

PANDUAN DAN LANGKAH-LANGKAH
RESEARCH AND DEVELOPMENT

MODEL PENDIDIKAN KESEHATAN RIKA

Buku langkah-langkah dan prosedur research and development model pendidikan kesehatan RIKA ini memberikan pemahaman kepada pembaca tentang membangun sebuah model.

Dalam buku ini diangkat contoh membangun model pendidikan kesehatan RIKA. R & D model pendidikan kesehatan RIKA menggunakan pendekatan ADDIE. Step by step nya dijelaskan prosedur dan langkah-langkahnya dan langsung diberikan contoh hasil yang didapatkan. Sehingga, para pembaca dapat dengan mudah memahaminya.

Setelah membaca buku ini, diharapkan dapat meningkatkan minat dan motivasi para pembaca untuk melakukan penelitian dan pengembangan menghasilkan sebuah model baru sehingga tercipta inovasi-inovasi untuk kemajuan dunia pendidikan kesehatan.



PANDUAN DAN LANGKAH-LANGKAH
RESEARCH AND DEVELOPMENT

MODEL PENDIDIKAN KESEHATAN RIKA

Rika Sarfika, S.Kep., Ns., M.Kep
Prof. Dr. Rer. Soz. Nursyirwan Effendi
Hema Malini, SKp., MN., PhD
Dr. dr. Adnil Edwin Nurdin, Sp.KJ

Editor:

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



**PANDUAN DAN LANGKAH-LANGKAH *RESEARCH
AND DEVELOPMENT*
MODEL PENDIDIKAN KESEHATAN RIKA**

Penulis:

Rika Sarfika, S.Kep., Ns., M.Kep
Prof. Dr. Rer. Soz. Nursyirwan Effendi
Hema Malini, SKp., MN., PhD
Dr. dr. Adnil Edwin Nurdin, Sp.KJ

Editor:

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



**PANDUAN DAN LANGKAH-LANGKAH RESEARCH
AND DEVELOPMENT
MODEL PENDIDIKAN KESEHATAN RIKA**

- Penulis** : Rika Sarfika, S.Kep., Ns., M.Kep
Prof. Dr. Rer. Soz. Nursyirwan Effendi
Hema Malini, SKp., MN., PhD
Dr. dr. Adnil Edwin Nurdin, Sp.KJ
- Desain Sampul** : Syamsul Hidayat
- Tata Letak** : Syamsul Hidayat
Ikhsanul Anwar
- ISBN** : 978-623-6234-44-0
- Ukuran Buku** : 15,5 x 23 cm
- Tahun Terbit** : 2021
- Cetakan** : Pertama
- Anggota** : *Asosiasi Penerbit Perguruan Tinggi Indonesia (APPTI)*

Dicetak dan diterbitkan oleh :

*Andalas University Press
Jl. Situjuh No. 1, Padang 25129
Telp/Faks. : 0751-27066
email : cebitunand@gmail.com*

Hak Cipta Pada Penulis © 2021

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang.

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebahagian atau seluruh

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT, karena atas berkat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan buku “Panduan dan Langkah-Langkah *Research and Development* Model Pendidikan Kesehatan RIKA” sebagai hasil dari penelitian disertasi yang berjudul “Model Pendidikan Kesehatan RIKA (Remaja Peduli Kesehatan Jiwa) Berbasis *Machine Learning* untuk Mengurangi Stigma Gangguan Jiwa di Kalangan Remaja Kota Padang Sumatera Barat”.

Model pendidikan kesehatan RIKA merupakan sebuah model pendidikan kesehatan jiwa yang bertujuan untuk mengurangi stigma gangguan jiwa dikalangan remaja. Buku ini berusaha menjelaskan tentang cara membangun model pendidikan kesehatan RIKA dengan cara pendekatan *research and development* (R & D). R & D model pendidikan kesehatan RIKA ini menggunakan pendekatan ADDIE yang terdiri dari lima tahap yaitu meliputi: tahap *analysis, design, development, implementation dan evaluation*. Tahap *analysis* bertujuan menggali dan menganalisis potensi dan masalah yang terkait dengan stigma gangguan jiwa dikalangan remaja (*need assestment*). Tahap *design* bertujuan untuk merancang atau menyusun kerangka konseptual model yang sesuai dengan kebutuhan remaja (*need assestment*). Tahap *development* bertujuan merealisasikan rancangan konsep model yang telah dibangun kedalam pengembangan produk-produk yang dapat diterapkan atau diaplikasikan kepada remaja. *Implementation* bertujuan menerapkan model sebagai langkah awal dalam melaksanakan model. Sedangkan, tahap *evaluation* bertujuan untuk mengevaluasi efektifitas model dan kelemahan serta kekurangan model.

Dalam proses penyusunan model ini, penulis banyak mendapat masukan dan bimbingan dari berbagai pihak. Maka dari itu, pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada pihak-pihak yang telah banyak membantu.

Padang, 17 Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	xi
CHAPTER I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Pengembangan Model Pendidikan Kesehatan RIKA	1
1.2. Peranan <i>Research and Development</i> (R & D) dalam Pengembangan Model	2
1.3. Penggunaan Metode ADDIE dalam R & D	8
CHAPTER 2 DESKRIPSI MODEL PENDIDIKAN KESEHATAN RIKA	13
2.1 Deskripsi Model Pendidikan Kesehatan RIKA	13
2.2 Tujuan Model Pendidikan Kesehatan RIKA	15
2.3 Sasaran Model Pendidikan Kesehatan RIKA	15
2.4 Cara Menggunakan Model Pendidikan Kesehatan RIKA	15
CHAPTER 3 PROSEDUR DAN TAHAPAN PENGEMBANGAN MODEL PENDIDIKAN KESEHATAN RIKA BERBASIS <i>MACHINE LEARNING</i>	19
3.1 Penelitian Tahap I: Analisis Potensi dan Permasalahan Stigma Gangguan Jiwa di Kalangan Remaja	19
3.1.1. Prosedur Penelitian Kualitatif	20
3.1.2. Prosedur Penelitian Kuantitatif	34
3.2 Penelitian Tahap II: Merancang Model Pendidikan Kesehatan RIKA (<i>Design</i>)	43
3.2.1. Penyusunan <i>Blue-Print</i> Modul	43
3.2.2. Penyusunan <i>Algoritma K-Means Clustering</i>	50

3.3 Penelitian Tahap III: Mengembangkan Model Pendidikan Kesehatan RIKA (<i>Development</i>)	53
3.3.1. Penyusunan Draft Modul	54
3.3.2. Pengembangan Aplikasi Pembelajaran berbasis <i>Machine Learning</i>	55
3.3.3. Validasi Produk	55
3.3.4. Uji Coba Produk	59
3.4 Penelitian Tahap IV: Implementasi Model Pendidikan Kesehatan RIKA	60
3.5 Penelitian Tahap V: Evaluasi Model RIKA	64
3.5.1. Evaluasi terhadap efektifitas model	64
3.5.2. Evaluasi terhadap kekurangan model	64
3.5.3. Evaluasi terhadap kelebihan model	65
3.5.4. Rumusan Model Pendidikan Kesehatan RIKA	66
PENUTUP	67
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN	71
PROFIL PENULIS	83

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	<i>Research Questions</i> dalam Penelitian Kualitatif	21
Tabel 3.2	Analisis Tematik Hasil Wawancara dengan Orang Tua	24
Tabel 3.3	<i>Research questions</i> Penelitian Kuantitatif	34
Tabel 3.4	Daftar Validator Kuesioner Variabel Penelitian dalam Model RIKA	35
Tabel 3.5	Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner	36
Tabel 3.6	Distribusi Frekuensi Pengetahuan, <i>Perceived Stigma</i> , <i>Cultural Beliefs</i> , Sikap Mencari Bantuan, <i>Intended Behavior</i> , dan Stigma Gangguan Jiwa pada Remaja	38
Tabel 3.7	Hubungan Pengetahuan, <i>Cultural Beliefs</i> , <i>Perceived Stigma</i> , Sikap Mencari Bantuan, dan <i>Intended Behavior</i> dengan Stigma Gangguan Jiwa	39
Tabel 3.8	<i>Output Fornell-Larcker Criterion</i> pada Model <i>Measurement</i>	41
Tabel 3.9	<i>Blue Print</i> Modul Pendidikan Kesehatan Jiwa	46
Tabel 3.10	Materi dalam Video Pembelajaran Model RIKA	48
Tabel 3.11	Aktivitas Pembelajaran dalam Model RIKA	49
Tabel 3.12	Titik Pusat Awal	51
Tabel 3.13	Hasil Perhitungan Jarak Pusat <i>Cluster</i>	52
Tabel 3.14	Pengelompokan Anggota <i>Cluster</i>	53
Tabel 3.15	Daftar Validator Produk RIKA	56
Tabel 3.16	Rekapitulasi Hasil Validasi Modul dan Aplikasi RIKA	56
Tabel 3.17	Rekapitulasi Hasil Validasi Produk oleh Masing-Masing Pakar	57
Tabel 3.18	Matriks Ringkasan Hasil Revisi Modul dan Aplikasi RIKA	58

Tabel 3.19	Hasil Uji Efektifitas Aplikasi RIKA terhadap Pengurangan Stigma Gangguan Jiwa pada Remaja	59
Tabel 3.20	Analisis Perbandingan Stigma Gangguan Jiwa antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol Sesudah Perlakuan (n=97)	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Langkah-Langkah R & D Model Pendidikan berdasarkan Pendekatan ADDIE Menurut Branch (2009)	9
Gambar 2.1	Model Pendidikan Kesehatan RIKA Berbasis <i>Machine Learning</i> untuk Pengurangan Stigma Gangguan Jiwa	14
Gambar 3.1	Langkah-Langkah Analisis Data Penelitian Kualitatif Menggunakan Konsep Creswell & Poth, (2018)	23
Gambar 3.2	Peta Tematik Pengetahuan Gangguan Jiwa pada Remaja	28
Gambar 3.3	Peta Tematik <i>Perceived Stigma</i> Gangguan Jiwa pada Remaja	29
Gambar 3.4	Peta Tematik <i>Personal Stigma</i> Gangguan Jiwa pada Remaja	31
Gambar 3.5	Kata yang Sering di Ungkapkan Remaja Tentang Gangguan Jiwa	31
Gambar 3.6	Nilai <i>Average Variance Extracted (AVE)</i>	40
Gambar 3.7	Nilai <i>Composite Reliability</i>	41
Gambar 3.8	Output Model Struktural Stigma Gangguan Jiwa pada Remaja	42
Gambar 3.9	Alur penyusunan <i>Blue Print</i> Modul	44
Gambar 3.10	Peta Konsep Pokok Pembahasan dalam Modul Pembelajaran	45
Gambar 3.11	Strategi Model Pendidikan Kesehatan RIKA	47
Gambar 3.12	Modul Pendidikan Kesehatan Jiwa RIKA	54
Gambar 3.13	Tampilan Apikasi Model Pendidikan Kesehatan RIKA	55
Gambar 3.14	ALur Kerja Penelitian Tahap Implementasi	60
Gambar 3.15	Tahapan Penggunaan Aplikasi RIKA	61

Gambar 3.16 Teknik Pengumpulan Data Tahap Implementasi 62
Model Pendidikan Kesehatan RIKA

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kuesioner Penelitian	72
Lampiran 2	HAKI yang dihasilkan dari Model Pendidikan Kesehatan RIKA	80

CHAPTER I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Pengembangan Model Pendidikan Kesehatan RIKA

Remaja adalah individu yang rentan mengalami gangguan jiwa. Namun, keterlibatan remaja dengan layanan kesehatan jiwa tergolong paling rendah dibanding individu usia lain. Penelitian yang telah dilakukan sebelumnya menunjukkan bahwa hambatan remaja dalam mencari bantuan kesehatan adalah karena stigma gangguan jiwa. Sehingga, kelompok rentan ini perlu diberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan jiwa sebagai promosi kesehatan yang bertujuan untuk mengurangi stigma remaja terhadap gangguan jiwa.

Aspek terpenting dari promosi kesehatan jiwa meliputi kegiatan yang berhubungan dengan mitos yang tidak terlihat dan stereotip pada kelompok orang dengan gangguan jiwa, menyediakan pengetahuan terkait parameter normal, meningkatkan sensitifitas terhadap faktor psikososial yang memengaruhi sehat dan sakit, dan meningkatkan kemampuan untuk memberikan perawatan kesehatan yang sensitif, suportif, dan humanistik.

Dalam menurunkan stigma harus melibatkan program advokasi, edukasi, dan kontak dengan orang gangguan jiwa yang dapat diberikan melalui sekolah-sekolah dan atau institusi sosial lainnya. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa program edukasi dan kontak baik secara langsung maupun tidak langsung memiliki dampak positif terhadap peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap remaja.

Inisiatif penurunan stigma gangguan jiwa pada remaja dapat dilakukan mulai dari tingkat individu, keluarga, dan atau komunitas. Metode yang digunakan harus menggunakan pendekatan yang sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik kelompok target yang akan diberikan pendidikan, dalam hal ini adalah kebutuhan dan tumbuh kembang remaja. Karena itu, diperlukan penyusunan atau perancangan model pendidikan untuk program pengurangan stigma gangguan jiwa dengan menggunakan pendekatan yang sesuai dengan kebutuhan remaja tersebut.

Dalam merancang suatu produk atau model memerlukan panduan dan langkah-langkah penelitian yang tepat dan sistematis.

Hal ini membantu dan memudahkan peneliti dalam menyelesaikan perancangan dan pengembangan inovasi baru yang ditargetkan. Banyak metode penelitian yang dapat digunakan untuk merancang dan mengembangkan produk baru, diantaranya adalah metode *research and development* (R & D).

Metode R & D merupakan metode penelitian dan pengembangan yang berupaya mengembangkan suatu produk pendidikan atau menghasilkan karya-karya inovasi dan pengetahuan baru yang berkaitan dengan fenomena-fenomena yang bersifat fundamental, serta praktik-praktik pendidikan. R & D dapat mengantisipasi kegagalan dimasa lalu dan mengatasi kesenjangan antara hasil penelitian dasar yang bersifat teoritis dengan penelitian terapan yang bersifat praktis.

Minat yang berkembang saat ini disoroti dalam *Educational Technology Research and Development* (ETR & D) atau penelitian dan pengembangan teknologi pendidikan, sebagaimana yang diungkapkan oleh Hokanson (2012) bahwasanya dalam perancangan dan pengembangan produk baru sebaiknya disesuaikan dengan kebutuhan nyata terutama yang terkait dengan lingkungan pembelajaran *online* sebagai tantangan design pendidikan saat ini. Produk yang dihasilkan dari R & D dapat berupa perangkat keras (*hardware*) maupun perangkat lunak (*software*) yang memiliki karakteristik-karakteristik tertentu. R & D dapat dilakukan menggunakan berbagai metode salah satunya adalah pendekatan konsep ADDIE.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka tujuan penulisan buku ini adalah membahas langkah-langkah dan prosedur *research and development* model pendidikan kesehatan RIKA dengan menggunakan metode pengembangan ADDIE.

1.2. Peranan *Research and Development* (R & D) dalam Pengembangan Model

Penelitian pengembangan atau yang disebut dengan istilah *Research and Development* (R & D) adalah suatu proses yang digunakan untuk mengembangkan dan memvalidasi produk-produk pendidikan (Borg & Gall, 1983). Menurut Sugiono (2015), R & D merupakan jenis penelitian yang digunakan untuk menghasilkan suatu produk. R & D memilih serangkaian keadaan ideal untuk mencoba pendekatan atau proyek baru, hal ini bertujuan untuk mendapatkan wawasan yang lebih lengkap tentang cara kerjanya sebelum membawanya ke khalayak yang lebih luas. Praktisi, peneliti, dan pengembang bekerja

sama untuk menghasilkan intervensi dan inovasi yang bermanfaat (Cohen et al., 2018, hal 386).

Prinsip-prinsip utama studi desain pendidikan dalam mengembangkan lingkungan belajar, adalah (Cohen et al., 2018, hal 413):

1. Menghubungkan teori, model, dan praktik.
2. R & D terjadi dalam siklus penyempurnaan, pengujian, dan umpan balik (desain, penetapan, dan analisis).
3. Temuan harus dikomunikasikan dan dibagikan dengan semua pihak terkait, termasuk pengguna.
4. Penelitian dan hasilnya masing-masing harus diuji dan digunakan dalam setting dunia nyata yang autentik.
5. Pelaporan dan pengembangan berjalan bersama dalam mengembangkan hasil yang dapat digunakan.

Dalam pengembangan suatu model pendidikan yang baru, ada empat tahap siklus R & D yang harus dilalui (Clark, 2009), yaitu:

1. R & D tahap 1: Penelitian Deskriptif (*Descriptive Research*)

Pada tahap awal penelitian deskriptif ini adalah kegiatan mendefinisikan, dan mengukur konstruksi baru dan terkadang juga menghasilkan hipotesis. Ide-ide baru, konstruksi atau hipotesis penelitian dapat dihasilkan dari kilasan wawasan, pengalaman dan/atau dari penelitian sebelumnya. Metode deskriptif berkisar dari analisis historis, hingga survei, wawancara dan observasi atau dari analisis peluang atau masalah hingga prosedur analitis yang sangat kompleks seperti analisis isi komunikasi. Para peserta dalam karya deskriptif tidak harus memahami atau menerima metode ilmiah.

Tahap ini bertujuan mengidentifikasi konstruksi baru, mengembangkan definisi, ukuran, hipotesis, dan teori tentang masalah dan tantangan terkait teknologi pembelajaran. Tahap ini dapat dilakukan melalui penelitian metode campuran kualitatif dan kuantitatif, dan juga dapat didorong melalui identifikasi kebutuhan sosial, tujuan organisasi, dan nilai-nilai individu. Tujuannya adalah untuk mengembangkan wawasan baru tentang peristiwa kompleks melalui pendefinisian, pengukuran dan analisis fenomena baru yang berhubungan dengan masalah atau peluang. Pada tahap deskriptif, masalah

mengarah pada konstruksi survei atau wawancara untuk menggambarkan pandangan orang. Konstruksi baru yang terkait dengan masalah yang belum terpecahkan dihasilkan, ditentukan, diukur, dan hipotesis dihasilkan untuk pengujian pada tahap berikutnya dalam siklus R & D. Tujuan penelitian deskriptif adalah menghasilkan hipotesis yang dapat diuji dalam kondisi yang terkendali. Pekerjaan deskriptif harus dimulai dengan analisis yang jelas tentang masalah yang harus dipecahkan.

Langkah-langkah dalam penelitian deskriptif yang harus diperhatikan adalah:

- a. Tentukan masalah apa yang perlu dipecahkan
- b. Lakukan analisis masalah *front-end*
- c. Hindari kesimpulan

Tahap 1: *Descriptive research*

Konstruksi baru diidentifikasi, ukuran diuji, hipotesis dan teori dikembangkan menggunakan metode kualitatif dan kuantitatif

2. R & D tahap 2: Penelitian Prediktif (*Predictive Research*)

Ketika tahap deskriptif selesai, penelitian berlanjut ke tahap “prediktif” di mana hipotesis yang terkait dengan faktor-faktor yang mempengaruhi hasil telah diuji dan dihubungkan bersama menjadi teori. Orang yang melakukan penelitian pada tahap ini umumnya menerima asumsi tentang kausalitas yang mengarah pada studi empiris yang menguji teori.

Secara umum, ada tiga uji umum untuk menentukan kausalitas, yaitu:

- a. Sebab mendahului akibat;
- b. Ada kovariansi antara sebab dan akibat;
- c. Penyebabnya adalah penjelasan yang paling meyakinkan dari akibat.

Tes ketiga adalah yang paling sulit untuk dipenuhi, teori yang paling dapat diandalkan dihasilkan dari eksperimen yang

telah memeriksa banyak penjelasan alternatif yang rasional untuk hasil positif dan eksperimen yang dilakukan di mana kontrol yang memadai diterapkan untuk menghilangkan faktor pengganggu. Pertimbangan utama pada tahap ini adalah memilih teori atau rangkaian eksperimen yang paling komprehensif dan terverifikasi secara eksperimental yang memprediksi hasil yang diidentifikasi dalam analisis masalah *front-end* yang kita lakukan pada awal proses ini. Tujuan dari analisis *front-end* adalah untuk menggambarkan kesenjangan kinerja yang perlu ditutup dan bagaimana mengukur hasil dan menentukan bahwa kesenjangan telah ditutup.

Tujuan pada tahap dua ini adalah memilih teori dan/atau eksperimen yang telah diuji paling ketat dalam berbagai situasi, tugas, dan orang yang paling luas. Penelitian pendukung pada tahap ini seharusnya menghilangkan hipotesis saingan yang paling menarik yang menantang teori yang dipilih untuk diterapkan.

Secara umum, hal yang harus dilakukan dalam tahap prediktif ini adalah:

- a. Memilih bukti eksperimental terbaik yang terkait dengan masalah yang sedang dipecahkan
- b. Menghindari godaan untuk mengkonfirmasi bias atau keyakinan

Tahap 2: *Predictive research*

Hipotesis dan teori diuji dan direvisi berdasarkan eksperimen terkontrol untuk mencapai validitas internal. Banyak penelitian dilakukan dalam pengaturan yang berbeda dengan orang dan tugas yang berbeda

3. R & D tahap 3: Teknologi Generik (*Generic Technology*)

Tahap ketiga R & D adalah novelty dan kritis. Sebelum mencoba menerapkan intervensi yang ditemukan dalam penelitian, harus dilakukan pengujian lebih dalam terlebih dahulu. Desain intervensi yang efektif memerlukan identifikasi "*active ingredients*" atau elemen struktural utama

dari intervensi yang ditemukan dalam eksperimen tahap dua untuk mencapai hasil yang diinginkan. Analisis terhadap *treatment*, intervensi dan/atau variabel independen yang digunakan dalam eksperimen bertujuan untuk memverifikasi teori yang diadopsi dan membantu mengidentifikasi bahan aktif (*active ingredients*).

Secara umum, hal yang harus diperhatikan dalam tahap 3 ini adalah:

- a. Menganalisis perawatan dan tugas penelitian
- b. Contoh analisis bahan aktif untuk hasil motivasi

Tahap 3: *Generic technology*

Teori yang diuji dianalisis untuk bahan aktif dalam variabel independen untuk membangun solusi generik untuk tujuan yang jelas sehingga dapat menutup kesenjangan yang dihasilkan dari analisis kebutuhan.

4. R & D tahap 4: *Situated Technology Development*

Pada tahap empat, intervensi generik berbasis bahan aktif yang dirancang pada tahap tiga diterjemahkan atau “dikondisikan” sesuai budaya, keyakinan, nilai, kebiasaan, pengalaman, harapan dan pengetahuan yang ada dalam pengaturan sosial atau pendidikan tertentu di mana beragam orang berusaha untuk belajar memecahkan berbagai masalah dan melakukan tugas yang berbeda. Teknologi yang dapat diterima dan efektif di universitas negara-negara Eropa mungkin tidak dapat diterima di universitas negara-negara Asia atau negara lain. Teknologi yang efektif untuk komunitas di perguruan tinggi mungkin tidak bisa diterapkan di pendidikan menengah atau yang lainnya.

Sebagai contoh serial televisi anak-anak “*Sesame Street*” yang sukses dikembangkan melalui proses R&D dan akhirnya diadopsi oleh lebih dari 80 negara. Namun, di banyak pengaturan negara tersebut, program tersebut dimodifikasi untuk mengakomodasi perbedaan budaya atas isu-isu

seperti fokus asli program pada keterampilan kognitif dan tidak adanya pendidikan keterampilan sosial. Sedangkan di negara lain, naskah harus diedit dan versi baru dari program diproduksi untuk mengubah elemen seperti peran gender, situasi, hubungan, pakaian, dan lagu agar dapat diterima secara budaya. Ini adalah jenis kegiatan penerjemahan budaya yang ditekankan pada tahap akhir ini.

Menerjemahkan teknologi “generik” pada tahap tiga ke dalam aplikasi di tahap empat jelas membutuhkan banyak pengalaman dengan budaya dan harapan dalam pengaturan klien atau sasaran. Pencarian literatur yang cermat tentang perbedaan budaya tidak menghasilkan arah atau serangkaian pertanyaan yang jelas. yang merekomendasikan.

Analisis budaya organisasi, profesional dan disiplin menurut Hofstede (2001; Hofstede dan McCrae, 2004) berdasarkan faktor-faktor seperti:

- a. Distribusi kekuasaan;
- b. Toleransi terhadap ketidakpastian;
- c. Individualisme menjadi kolektivisme; dan
- d. Maskulinitas menuju feminitas.

Hofstede dan McRae menganalisis empat dimensi lebih luas. Empat dimensi ini berkorelasi kuat dengan faktor kepribadian. Saat menerjemahkan teknologi generik untuk organisasi yang berbeda, keempat faktor ini mungkin menjadi indikator penting untuk cara menerapkan *active ingredients*.

Tahap 4: *Situated technology*

Bahan aktif (*active ingredients*) dalam teknologi generik diformat sehingga dapat diterima oleh organisasi, tim, dan budaya individu yang diwakili dalam organisasi klien tertentu - dan kemudian diimplementasikan, diuji, direvisi, dan dipantau

1.3. Penggunaan Metode ADDIE dalam R & D

Secara umum, model desain pembelajaran terdiri dari:

a. Model berorientasi kelas

Model berorientasi kelas biasanya ditujukan untuk mendesain pembelajaran level mikro (kelas) yang hanya dilakukan setiap dua jam pelajaran atau lebih. Contoh: model ASSURE.

b. Model berorientasi sistem

Model berorientasi sistem bertujuan untuk menghasilkan suatu sistem pembelajaran yang cakupannya luas, seperti desain sistem suatu pelatihan, kurikulum sekolah, dan lain-lain. Contoh: model ADDIE.

c. Model berorientasi produk

Model berorientasi produk bertujuan untuk menghasilkan suatu produk, biasanya media pembelajaran, misalnya video pembelajaran, multimedia pembelajaran, atau modul. Contoh: model Hannafin and Peck.

d. Model prosedural

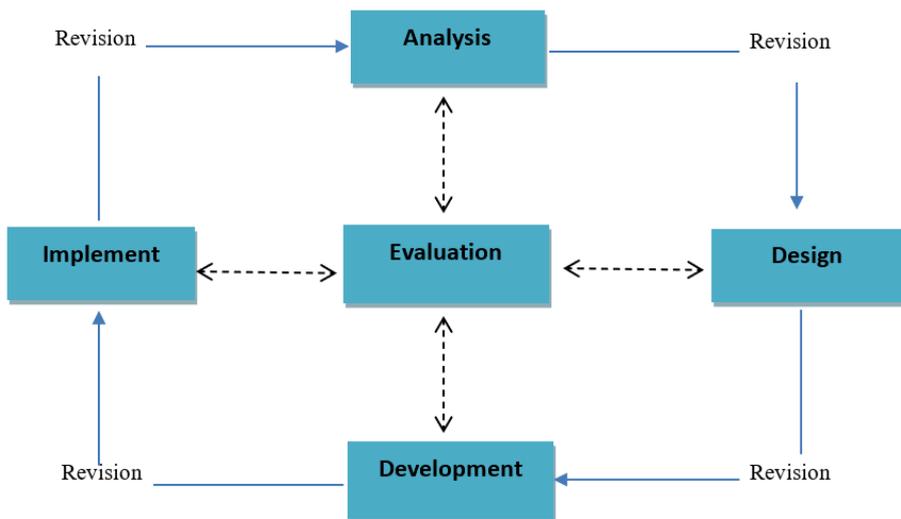
Contoh model prosedural adalah model Dick and Carrey.

e. Model melingkar

Contoh model melingkar adalah model Kemp.

Model ADDIE merupakan model R & D pendidikan yang bersifat generik yang dapat digunakan sebagai panduan atau pedoman dalam membangun perangkat dan infrastruktur program pelatihan yang efektif, dinamis, dan mendukung kinerja pelatihan itu sendiri. Sesuai dengan namanya, model ADDIE terdiri dari lima langkah atau fase pengembangan meliputi: (1) *Analysis*; (2) *Design*; (3) *Development atau Production*; (4) *Implementation atau Delivery*; dan (5) *Evaluations*.

Model ADDIE dikembangkan oleh Dick dan Carry (1996) dengan tujuan untuk merancang sistem pembelajaran. Langkah-langkah pengembangan produk pada model ADDIE lebih lengkap dibanding model lainnya. Karena itu, model ini lebih sering digunakan dalam pengembangan produk seperti model, strategi pembelajaran, metode pembelajaran, media dan bahan ajar. Secara umum, gambaran proses R & D dengan pendekatan ADDIE dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 3.1 Langkah-Langkah R & D Model Pendidikan berdasarkan Pendekatan ADDIE Menurut Branch (2009).

Adapun kegiatan yang dilakukan pada setiap tahap dalam model ADDIE dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Tahap 1: analisis potensi dan permasalahan (*analysis*)

Kegiatan utama tahap pertama adalah menganalisis permasalahan yang menjadi dasar perlunya pengembangan suatu model/metode pembelajaran dan menganalisis kelayakan dan syarat-syarat pengembangan model/metode pembelajaran baru. Analisis diawali dari adanya permasalahan dari model/metode pembelajaran yang sudah diterapkan. Masalah dapat terjadi karena model/metode pembelajaran yang ada sekarang sudah tidak relevan dengan kebutuhan peserta didik, lingkungan belajar, teknologi, karakteristik peserta didik, dan sebagainya.

Tahap analisis merupakan suatu proses mendefinisikan apa yang akan dipelajari oleh peserta didik. Untuk mengetahui itu, langkah-langkah yang harus dilakukan adalah:

- 1) Melakukan *needs analysis* (analisis kebutuhan) yaitu untuk menentukan kemampuan-kemampuan atau kompetensi yang perlu dipelajari oleh peserta didik untuk

meningkatkan hasil belajar.

- 2) Melakukan *performance analysis* (analisis kinerja) yaitu untuk mengetahui dan mengklarifikasi apakah masalah yang dihadapi memerlukan solusi berupa pembuatan perangkat pembelajaran. Karena itu, output yang akan dihasilkan adalah hasil identifikasi calon peserta, kesenjangan, kebutuhan dan analisis tugas yang rinci didasarkan kebutuhan.

Setelah melakukan analisis masalah, selanjutnya peneliti melakukan analisis kelayakan dan syarat pengembangan model pembelajaran baru tersebut.

Proses untuk uji kelayakan dan syarat pengembangan model pembelajaran baru ini biasanya dilakukan dengan menjawab beberapa pertanyaan berikut ini:

- 1) Apakah model baru mampu mengatasi masalah pembelajaran yang dihadapi?
- 2) Apakah model baru mendapat dukungan fasilitas untuk diterapkan?
- 3) Apakah target sasaran dapat menerapkan model baru tersebut?

Pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dapat membantu peneliti mengetahui kelayakan model yang baru dibangun atau dikembangkan. Jika semua pertanyaan dapat dijawab dengan baik, maka semakin layak model tersebut diciptakan atau dikembangkan.

b. Tahap 2: Desain model (*design*)

Tahap 2 adalah tahap membuat rancangan, terdiri dari serangkaian kegiatan yang sistematis dimulai dari penetapan tujuan belajar, perancangan skenario atau kegiatan atau metode belajar, perancangan media atau perangkat pembelajaran, perancangan materi pembelajaran, dan perancangan instrumen sebagai alat evaluasi hasil belajar. Rancangan model ini masih bersifat konseptual dan menjadi dasar kegiatan tahap selanjutnya (tahap 3).

Langkah-langkah kegiatan dalam tahap 2 ini, meliputi:

- 1) Menentukan *learning experience* yang perlu dimiliki oleh peserta didik selama mengikuti aktivitas pembelajaran. Kegiatan ini bertujuan untuk mengetahui desain yang

- dibuat dan mengatasi kesenjangan performa yang terjadi pada peserta didik.
- 2) Menentukan tujuan pembelajaran.
 - 3) Menyusun tes, dimana tes tersebut harus didasarkan pada tujuan pembelajaran yang telah dirumuskan.
 - 4) Menentukan strategi pembelajaran yang tepat dengan menggunakan metode diskusi untuk mencapai tujuan tersebut.
 - 5) Membuat modul pembelajaran berbasis *inquiry* terbimbing.
 - 6) Kombinasi metode diskusi dan perangkat pembelajarannya adalah modul pembelajaran berbasis *inquiry* terbimbing.
- c. Tahap 3: Pengembangan model (*development*)
- Tahap ini berisi kegiatan realisasi rancangan produk. Dalam rancangan desain, telah tersusun rancangan atau kerangka konseptual model pembelajaran baru. Pada tahap pengembangan ini, kerangka konseptual tersebut direalisasikan menjadi produk yang siap diimplementasikan. Misalnya RPP, media, dan lain-lain.
- d. Tahap penerapan produk (*implement*)
- Pada tahap ini, produk yang telah dihasilkan diimplementasikan atau diterapkan pada situasi yang nyata, misalnya di kelas. Tujuan tahap ini adalah sebagai berikut:
- 1) Membimbing peserta didik mencapai tujuan pembelajaran.
 - 2) Menjamin terjadinya pemecahan masalah atau solusi untuk mengatasi kesenjangan peserta didik.
 - 3) Menghasilkan output berupa pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang diperlukan dari peserta didik.
- e. Tahap evaluasi produk (*evaluation*)
- Evaluasi dilakukan dalam dua bentuk yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif mengukur kompetensi khusus pada setiap pertemuan dan dilakukan pada setiap akhir pertemuan atau tatap muka. Sedangkan, evaluasi sumatif mengukur kompetensi akhir atau kompetensi umum dari pembelajaran. Evaluasi sumatif dilakukan pada akhir setelah kegiatan selesai dilakukan secara keseluruhan.

Evaluasi bertujuan untuk mendapatkan umpan balik dari peserta didik atau pengguna model. Hasil dari umpan balik ini digunakan sebagai dasar atau pedoman untuk melakukan perbaikan atau revisi model baru. Sehingga, model baru yang diciptakan memiliki kelayakan dan keakuratan untuk diterapkan secara lebih luas.

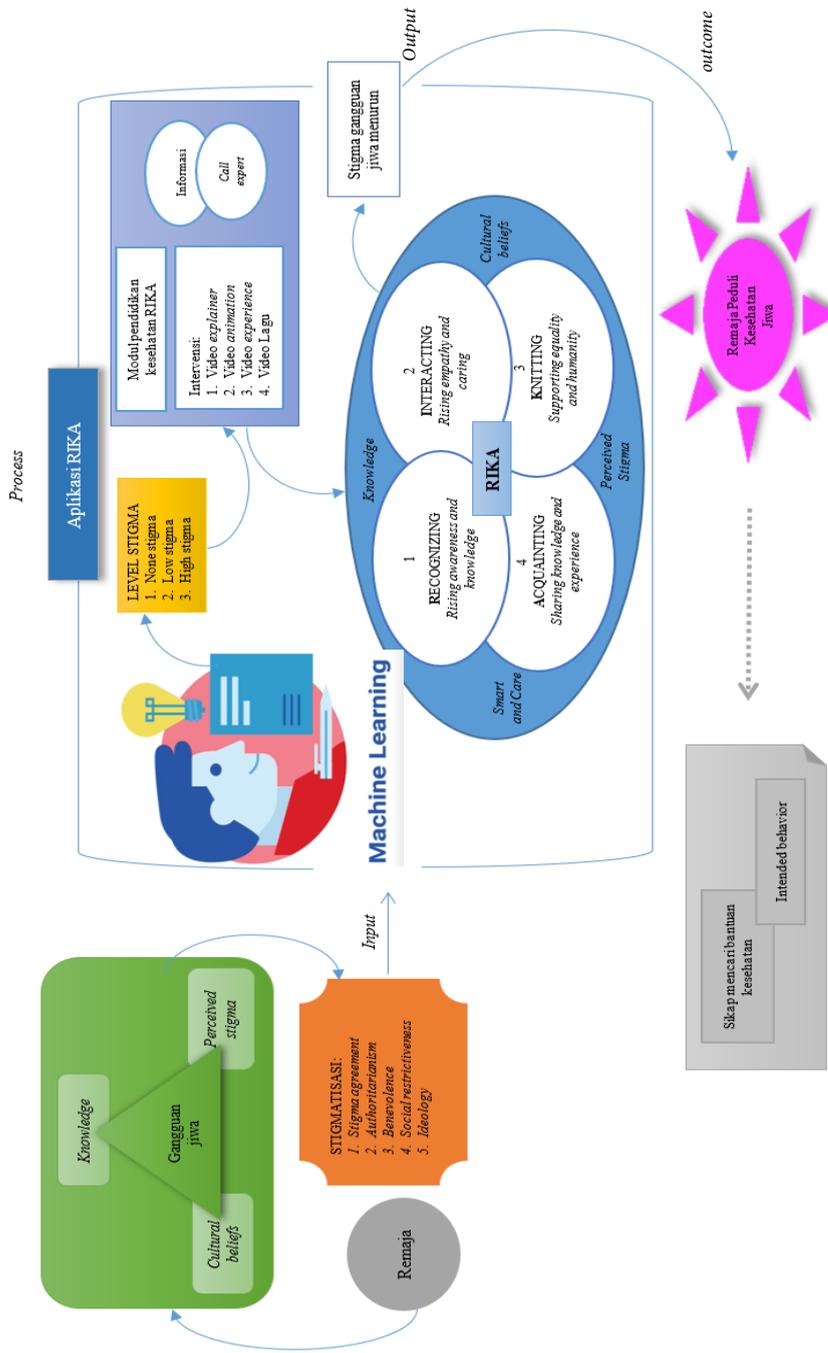
CHAPTER 2

DESKRIPSI MODEL PENDIDIKAN KESEHATAN RIKA

2.1 Deskripsi Model Pendidikan Kesehatan RIKA

Model RIKA merupakan model pendidikan kesehatan jiwa berbasis *machine learning* yang bertujuan untuk mengurangi stigma gangguan jiwa pada remaja. RIKA merupakan singkatan dari Remaja Peduli Kesehatan Jiwa. Sesuai dengan namanya, model pendidikan kesehatan RIKA berupaya untuk mewujudkan remaja yang *smart* dan *care* terhadap permasalahan kesehatan jiwa baik yang terjadi pada diri remaja sendiri maupun pada orang-orang disekitarnya (misalnya teman sebaya, keluarga, tetangga). *Smart* dalam arti bahasa inggris adalah pintar. Dalam pengertian disini, kata *smart* mengandung arti remaja yang memiliki pengetahuan yang baik tentang gangguan jiwa. Sedangkan, *care* dalam arti bahasa inggris adalah peduli. Dalam pengertian disini adalah remaja yang memiliki sikap dan perilaku peduli terhadap permasalahan kesehatan jiwa dan mampu berempati pada ODGJ.

Pendidikan kesehatan RIKA dapat digunakan secara *online* melalui aplikasi RIKA dengan link www.rikasmart.com. Untuk mencapai tujuan pembelajaran, strategi pendidikan kesehatan dilakukan dengan menggunakan pendekatan RIKA yaitu *Recognizing, Interacting, Knitting, dan Acquainting*. Adapun tahapan pembelajaran terdiri dari evaluasi stigma dengan menggunakan perhitungan *machine learning*, pemberian video pembelajaran yang terdiri dari video presentasi, video animasi, video *experience*, dan video lagu. Dalam aplikasi RIKA, juga tersedia modul pendidikan kesehatan RIKA yang dapat diunduh oleh remaja pada menu modul. Gambaran kerangka konseptual model pendidikan kesehatan RIKA dapat dilihat pada gambar 2.1.



Gambar 2.1 Model Pendidikan Kesehatan RIKA Berbasis Machine Learning untuk Pengurangan Stigma Gangguan jiwa

2.2 Tujuan Model Pendidikan Kesehatan RIKA

Model RIKA dibangun atas dasar fenomena stigma gangguan jiwa dimasyarakat yang sangat memperhatikan, termasuk pada kelompok remaja. Stigma gangguan jiwa merupakan pemberian atribut atau sikap yang mendiskreditkan atau mengecilkan orang dengan gangguan jiwa yang dianggap berbeda dengan orang pada umumnya atau dianggap menyimpang dari norma-norma dalam kelompok sosial tersebut. Dampak dari stigma gangguan jiwa ini menimbulkan perilaku diskriminasi dan penelantaran serta dapat berakhir pada perilaku kekerasan dan *bullying* terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Sementara itu, banyak studi dan ataupun survey kesehatan baik di Indonesia maupun dunia mengungkapkan bahwa remaja adalah kelompok usia yang paling tinggi mengalami gangguan jiwa dan memiliki resiko kecacatan yang lebih panjang. Usia remaja juga disebut sebagai usia beresiko mengalami gangguan jiwa. Namun, keterlibatan remaja dengan pengobatan dan atau perawatan kesehatan jiwa paling minim dibanding kelompok usia lain. Hal ini, oleh beberapa penelitian disebut sebagai pengaruh dari stigma gangguan jiwa.

Berangkat dari fenomena tersebut, maka model RIKA dibangun dengan tujuan untuk mengurangi stigma gangguan jiwa dikalangan remaja. Untuk dapat mengurangi stigma ini, upaya yang dilakukan adalah meningkatkan pengetahuan remaja tentang gangguan jiwa, dan memperbaiki *cultural beliefs* dan *perceived stigma* melalui pemberian pendidikan kesehatan berbasis *machine learning*. Untuk mencapai tujuan ini, strategi pendidikan kesehatan jiwa yang diberikan menggunakan 4 langkah RIKA, yaitu: *recognizing, interacting, knitting, dan acquainting*. Metode intervensi diberikan secara *online* melalui aplikasi RIKA melalui link www.rikasmart.com.

2.3 Sasaran Model Pendidikan Kesehatan RIKA

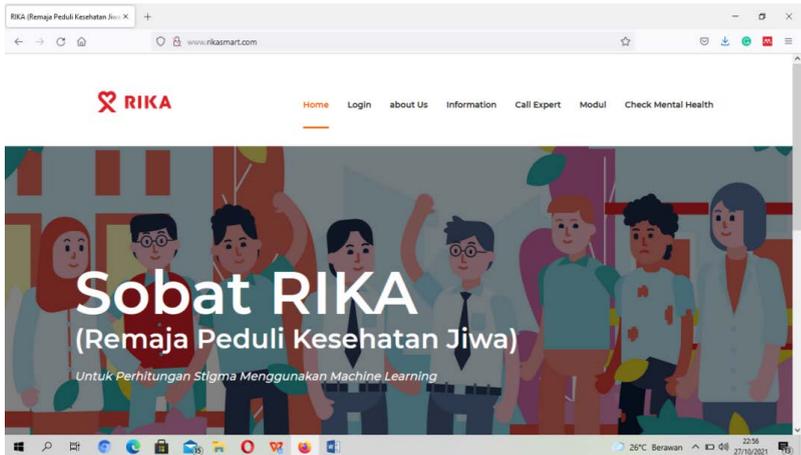
Sasaran model RIKA adalah remaja usia 12-19 tahun, baik remaja di sekolah maupun di komunitas yang memiliki akses menggunakan aplikasi RIKA.

2.4 Cara Menggunakan Model Pendidikan Kesehatan RIKA

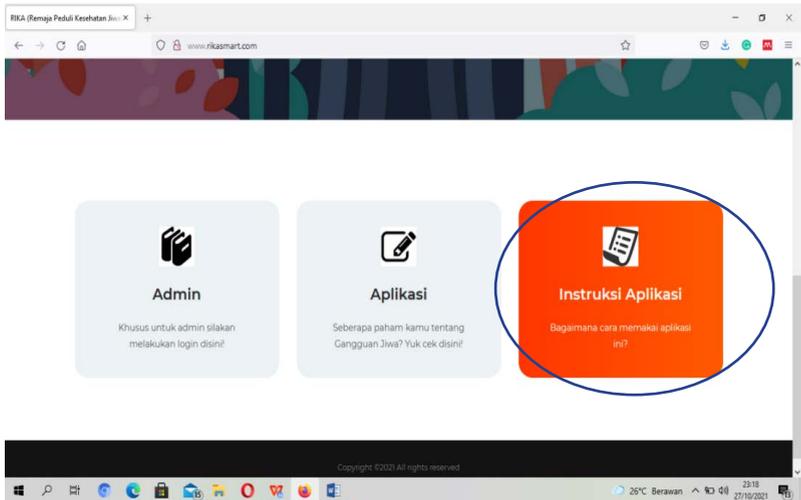
Seperti yang dijelaskan pada bagian deskripsi diatas, bahwa model RIKA adalah model pendidikan kesehatan jiwa berbasis *machine learning*. Karena itu, model RIKA hanya dapat digunakan dari laptop/

pc/android secara *online* melalui aplikasi RIKA dengan link www.rikasmart.com. Semua remaja yang memiliki akses menggunakan *website* dapat mengikuti pendidikan kesehatan secara mandiri. Adapun prosedur menggunakan model RIKA adalah sebagai berikut:

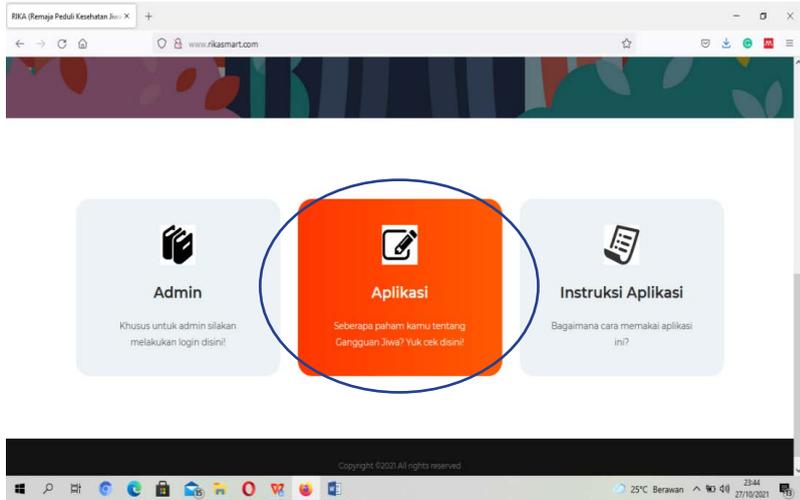
- a. Buka aplikasi RIKA pada url www.rikasmart.com. Maka akan tampak tampilan aplikasi seperti dibawah ini.



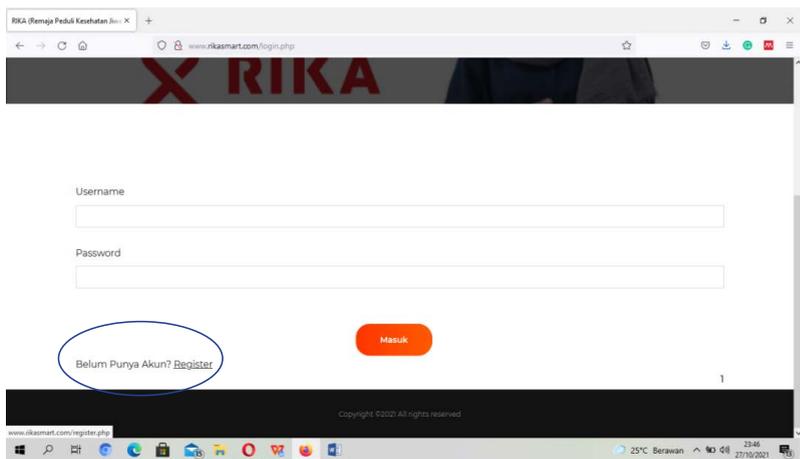
- b. Sebelum memulai intervensi, sebaiknya membaca instruksi penggunaan aplikasi dengan mengklik “instruksi aplikasi” dibagian paling bawah halaman utama.



- c. Selanjutnya, Klik menu “aplikasi” untuk memulai intervensi pendidikan kesehatan berbasis *machine learning*.

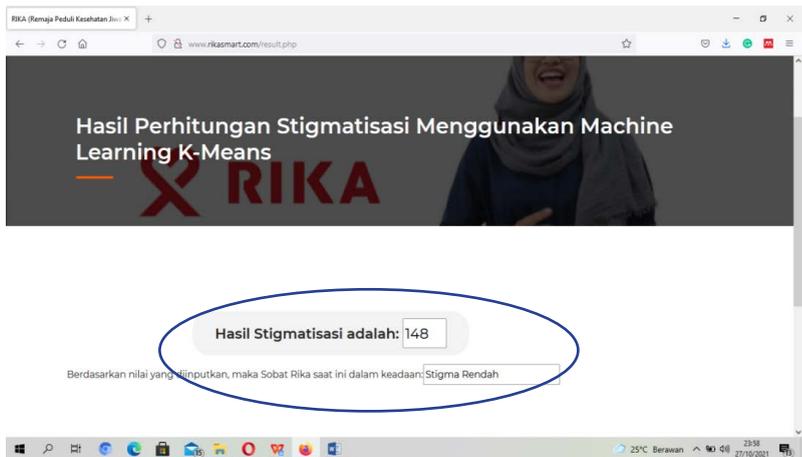


- d. Klik “registrasi” dan masukkan *password* sesuai *username* yang diberikan. Setelah melakukan registrasi, artinya user sudah memiliki akun pada aplikasi RIKA.

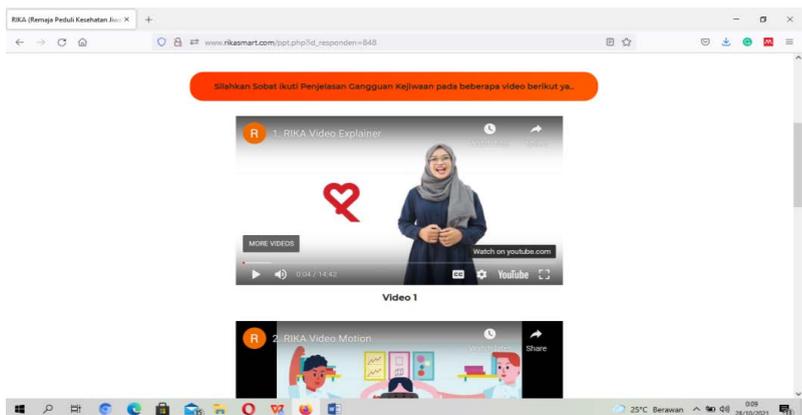


- e. Setelah masuk ke akun pribadi, maka tugas pertama yang dilakukan adalah mengisi data sosiodemografi. Isi semua data sesuai dengan kondisi.

- f. Mengisi pertanyaan tentang stigma gangguan jiwa. Setelah pengisian instrumen stigma selesai, maka *user* akan dapat langsung melihat hasilnya seperti tampilan dibawah ini:



- g. Selanjutnya klik video pembelajaran 1, 2, 3, dan 4 secara berurutan untuk mendapatkan pendidikan kesehatan jiwa.



- h. Setelah mengikuti semua video pembelajaran, klik stigmatisasi 2 untuk melakukan evaluasi kedua. Setelah selesai mengisi evaluasi kedua, maka aplikasi akan menampilkan hasil kedua yang dapat kita bandingkan dengan hasil yang sebelumnya.

CHAPTER 3

PROSEDUR DAN TAHAPAN PENGEMBANGAN MODEL PENDIDIKAN KESEHATAN RIKA BERBASIS MACHINE LEARNING

Chapter ini membahas tentang bagaimana langkah-langkah dan prosedur yang dilakukan peneliti dalam membangun model RIKA. Bagian ini akan menjelaskan tentang tahapan-tahapan R & D dalam menghasilkan model RIKA yang dilakukan dengan menggunakan pendekatan ADDIE.

Model RIKA dibangun menggunakan metode *research and development* (R & D) dengan pendekatan ADDIE. Sebagaimana telah dijelaskan pada chapter 1, bahwa metode ADDIE terdiri dari 5 tahapan, yaitu: (1) *Analysis*; (2) *Design*; (3) *Development*; (4) *Implementation*; dan (5) *Evaluation*. Tahap I (*analysis*) dilakukan untuk menganalisis potensi dan permasalahan stigma gangguan jiwa dikalangan remaja, tahap II (*design*) membuat rancangan model RIKA, tahap III (*development*) mengembangkan model RIKA berbasis machine learning, tahap IV (*implementation*) melaksanakan atau menerapkan model RIKA pada remaja di lingkungan yang nyata, dan tahap V (*evaluation*) mengevaluasi pengaruh model RIKA terhadap stigma gangguan jiwa pada remaja. Pada bagian ini akan dijelaskan step by step prosedur R & D dengan menggunakan pendekatan ADDIE dalam membangun model pendidikan kesehatan RIKA.

3.1 Penelitian Tahap I: Analisis Potensi dan Permasalahan Stigma Gangguan Jiwa di Kalangan Remaja

Tahap analisis merupakan tahap awal dari R & D dalam metode ADDIE dan merupakan bagian penting dalam membangun suatu model. Pada tahap ini penggalan informasi dan perumusan masalah dilakukan sehingga dapat diketahui seberapa penting model baru diciptakan atau pengembangan model yang telah ada sebelumnya. Pada penelitian pengembangan model RIKA, tahap analisis dilakukan untuk mengeksplorasi atau menggali secara luas permasalahan stigma gangguan jiwa dikalangan remaja dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Dalam membangun model RIKA, tahap analisis dilakukan menggunakan pendekatan *mixed-methods* yaitu dimulai dari penelitian kualitatif dan kemudian dilanjutkan dengan penelitian kuantitatif. Metode penelitian yang digunakan ini disebut dengan metode *mixed-methods* dengan strategi *exploratory sequential design*. Penelitian *mixed-methods* merupakan sebuah pendekatan penelitian yang melibatkan pengumpulan data kualitatif dan kuantitatif serta pengintegrasian bentuk data kualitatif dan kuantitatif dalam satu proyek penelitian (Creswell, 2013). *Mixed-methods* dapat mendeskripsikan, menjelaskan, atau mengevaluasi suatu fenomena yang diteliti dan umumnya digunakan dalam penelitian ilmu sosial dan perilaku terapan, termasuk penelitian yang bertujuan mendorong perubahan komunitas atau tindakan sosial (Leavy, 2017).

3.1.1 Prosedur Penelitian Kualitatif

Dalam penelitian ini, tahapan yang dilalui mengacu pada 8 tahapan proses penelitian kualitatif menurut Creswell & Poth (2018), yaitu sebagai berikut:

1. Menyusun asumsi kualitatif dan mengidentifikasi lensa interpretatif yang akan digunakan

Penelitian ini berangkat dari permasalahan atau fenomena stigma gangguan jiwa dikalangan remaja yang terus berlangsung hingga saat penelitian baik dunia, nasional, maupun ditempat penelitian. Untuk dapat menggali permasalahan ini, maka dirancang desain penelitian fenomenologi. Menurut Taylor et al., (2016) studi fenomenologi dapat menggali kesamaan makna dari sebuah konsep atau fenomena yang menjadi pengalaman hidup sekelompok individu. Penelitian fenomenologi menggambarkan makna umum bagi beberapa individu dari pengalaman yang mereka alami dari suatu fenomena, sebagaimana penelitian fenomenologi bertujuan mereduksi pengalaman individual terhadap suatu fenomena ke dalam deskripsi yang menjelaskan tentang esensi universal dari fenomena tersebut (Creswell & Poth, 2018).

Penelitian ini menggali stigma remaja terhadap gangguan jiwa dan mengetahui secara luas apakah stigma ini dikaitkan dengan pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja terhadap gangguan jiwa (ODGJ), serta menggali apakah stigma ini

berdampak terhadap sikap remaja dalam mencari bantuan kesehatan jiwa. Peneliti mengumpulkan data dari sekelompok remaja yang memiliki pengalaman pernah melihat atau bertemu ODGJ, kemudian mencari kesamaan makna yang terdapat dalam pengalaman remaja tersebut.

2. Menentukan apakah masalah/topik penelitian perlu ditangani menggunakan pencarian literatur

Untuk menggali masalah stigmatisasi gangguan jiwa yang sedang berlangsung dikalangan remaja ini diamati secara nyata pada saat berlangsungnya penelitian dan diverifikasi melalui pencarian literatur. Pengumpulan data secara langsung didasarkan pada pertimbangan bahwa keragaman atau karakteristik sosiodemografi remaja dan budaya masyarakat suatu daerah yang berbeda pulau, negara, ataupun benua memungkinkan adanya perbedaan dan kemampuan atau potensi yang dimiliki remaja.

3. Menyusun daftar pertanyaan penelitian terbuka sebagai eksplorasi

Untuk memudahkan peneliti mengeksplorasi stigma gangguan jiwa pada remaja maka peneliti menyusun beberapa pertanyaan terbuka penelitian (*research questions*). Daftar pertanyaan pada penelitian pada penelitian kualitatif ini dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 3.1. *Research Questions* dalam Penelitian Kualitatif

RQ1	Bagaimanakah stigma gangguan jiwa pada remaja?
RQ2	Bagaimanakah pengetahuan remaja tentang gangguan jiwa?
RQ3	Bagaimanakah sikap remaja terhadap orang dengan gangguan jiwa?
RQ4	Bagaimanakah perilaku remaja terhadap orang dengan gangguan jiwa?
RQ5	Bagaimanakah sikap remaja dalam mencari bantuan kesehatan jiwa?

Keterangan: RQ = *research questions*

4. Mengumpulkan berbagai sumber data

Untuk dapat menjawab RQ dalam penelitian kualitatif ini, maka ditentukan partisipan sebagai sumber data yang akurat. Partisipan dalam penelitian ini terdiri dari 2 kategori

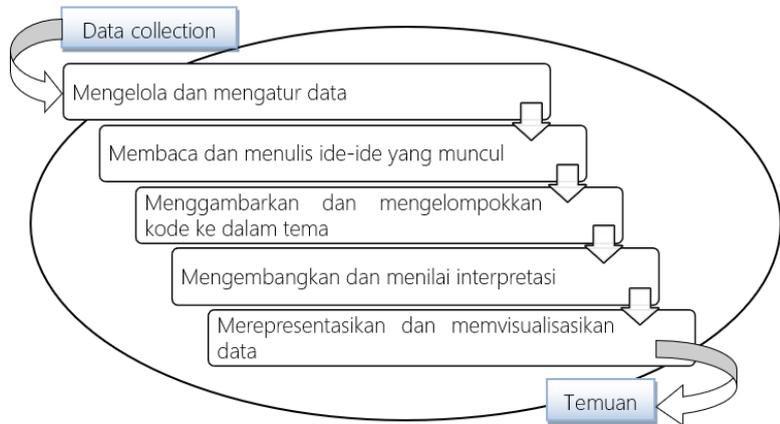
yakni partisipan utama (partisipan kunci) dan partisipan pendukung. Partisipan utama yaitu remaja yang memiliki pengalaman pernah bertemu atau melihat ODGJ secara langsung. Sedangkan partisipan pendukung adalah mereka yang mengetahui dan memiliki informasi pokok yang diperlukan. Partisipan pendukung ini terdiri dari orang tua, guru, dan programmer kesehatan jiwa di puskesmas dan dinas kesehatan.

Teknik pemilihan partisipan berdasarkan strategi *purposive sampling* yaitu memilih partisipan dengan sengaja dan penuh perencanaan sehingga dapat membantu peneliti memahami masalah yang diteliti (Creswell & Poth, 2018). Partisipan yang memenuhi kriteria inklusi diambil sebagai partisipan penelitian.

Teknik pengumpulan data dilakukan secara *focus group discussion* (FGD) pada remaja dan *interview* pada orangtua, guru, dan programmer kesehatan jiwa di puskesmas dan dinas kesehatan. FGD dilakukan pada remaja kelas 10, 11, dan 12 di empat sekolah menengah di kota Padang. Kelompok FGD terdiri dari 5-10 orang dan dilakukan disekolah pada waktu yang telah disepakati bersama guru dan siswa. Siswa yang berpartisipasi diminta mengisi *informed consent* terlebih dahulu, untuk pernyataan kesediaan dari orangtua atau wali diwakilkan oleh guru wali kelas masing-masing siswa. Data penelitian kualitatif ini dikumpulkan dalam satu waktu melalui teknik wawancara diskusi kelompok terarah.

5. Menganalisis data

Pada tahap ini, peneliti melakukan analisis data dengan mengintegrasikan strategi induktif dan deduktif. Analisis data dilakukan sejak awal penelitian (*on going*). Peneliti sejak awal membaca dan menganalisis data yang terkumpul, baik berupa transkrip, catatan lapangan (*field note*), dokumen, atau material lainnya secara kritis analitis sembari melakukan uji kredibilitas maupun pemeriksaan keabsahan data secara kontinu.



Gambar 3.1. Langkah-Langkah Analisis Data Penelitian Kualitatif Menggunakan Konsep Creswell & Poth, (2018)

Dalam penelitian ini, analisis data yang digunakan adalah analisis tematik. Menurut (Flick, 2014), analisis tematik merupakan proses mengidentifikasi tema dalam data yang menangkap makna yang relevan dengan pertanyaan penelitian, dan juga dapat melihat keterkaitan antara tema-tema tersebut. Dengan cara ini, analisis tematik membantu peneliti mengidentifikasi pola dalam tema (Braun & Clarke, 2006).

Proses analisis data dalam penelitian ini mengikuti pedoman dan langkah-langkah analisis tematik Braun & Clarke (2006), yaitu sebagai berikut:

- a) Pencelupan atau membiasakan diri dalam data melalui pembacaan transkrip yang berulang-ulang.
- b) Pengkodean data yang sistematis melalui pembacaan yang berulang yang fokus pada pengulangan pola.
- c) Pengembangan tema awal dengan mengurutkan kode-kode.
- d) Proses peninjauan tema untuk homogenitas internal dan heterogenitas eksternal. Homogenitas internal adalah ketika data dalam tema membentuk satu kesatuan yang utuh. Sedangkan heterogenitas eksternal adalah ketika data dalam setiap tema cukup berbeda dari tema lain

yang diidentifikasi (Atkins, 2019).

- e) Proses penyempurnaan dan pendefinisian tema dengan menyatakan secara jelas prinsip masing-masing tema dan kaitannya dengan pertanyaan penelitian.
- f) Pengorganisasian dan penulisan setiap tema, memberikan contoh data untuk menggambarkan relevansi pertanyaan penelitian.

6. Interpretasi hasil Penelitian

Setelah proses analisis data selesai, maka tahap selanjutnya adalah menginterpretasikan hasil penelitian. Pada tahap ini, hasil penelitian disajikan berdasarkan perspektif partisipan dan interpretasi peneliti. Hasil analisis tematik dari masing-masing partisipan dapat disajikan pada Tabel dibawah ini.

Table 3.2 Analisis Tematik Hasil Wawancara Diskusi Kelompok Terarah (FGD) pada Remaja

No	Tema	Sub Tema	Kategori
1	Penge- tahuan tentang gangguan jiwa	Penyebab gangguan jiwa	1. Faktor biologis 2. Faktor psikologis 3. Faktor lingkungan 4. Faktor spiritual
		Tanda dan ge- jala gangguan jiwa	1. Bicara sendiri 2. Stres 3. Gelisah 4. Suka menyendiri 5. Tertawa sendiri 6. Sering melamun
		Jenis-jenis gangguan jiwa	1. Tidak tahu 2. Psikopat 3. Autis 4. Depresi 5. Bunuh diri 6. Pengguna narkoba
		Cara penanga- nan gangguan jiwa	1. Dibawa ke professional 2. Dibawa ke layanan kesehatan 3. Cerita dengan orang terdekat 4. Meningkatkan kegiatan spir- itual 5. Memberikan perhatian dan dukungan

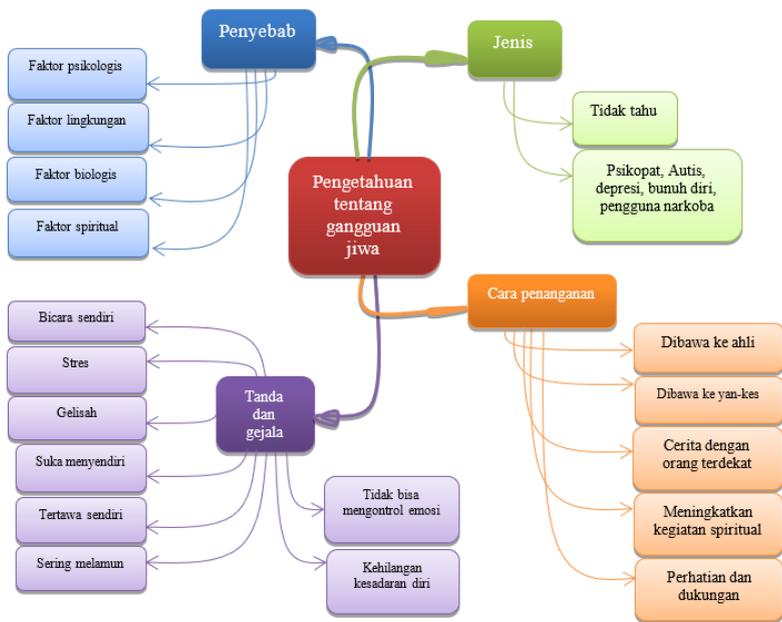
2	<i>Positive beliefs</i>	Tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psikiater/ psikolog adalah orang yang ahli menangani masalah kejiwaan 2. Layanan kesehatan adalah tempat yang tepat mengobati masalah kejiwaan
		<i>Recovery</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ODGJ ada keinginan untuk sembuh 2. ODGJ dapat sembuh jika diobati
		<i>Intellectual ability</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ODGJ dapat menyelesaikan pendidikan dengan baik 2. ODGJ banyak yang pintar
		ODGJ dapat berperilaku baik dan dapat dipercaya	<ol style="list-style-type: none"> 1. ODGJ bisa berperilaku baik 2. ODGJ juga memiliki jiwa kemanusiaan yang sama seperti orang lain
3	<i>Perceived stigma</i>	<i>Stereotype</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelabelan “orang gila”
		<i>Prejudice</i>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Berbahaya 3. Kebiasaan buruk 4. Tidak punya kompetensi
		Respon	<ol style="list-style-type: none"> 1. Takut
		Perilaku	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Isolation</i>: <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak dianggap b. Tidak diterima c. Dijauhi 2. <i>Discrimination</i>: <ol style="list-style-type: none"> a. Pelarangan bergaul dengan ODGJ oleh orang terdekat 3. <i>Bully</i>: <ol style="list-style-type: none"> a. Verbal dan physical bullying 4. <i>Neglected</i>: <ol style="list-style-type: none"> a. Masyarakat b. Keluarga

4	<i>Personal stigma</i>	<i>Stereotype</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelabelan “orang gila” 2. Pelabelan “orang tidak waras”
		<i>Prejudice</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak punya tujuan hidup 2. Berbahaya 3. Hilang akal dan pikiran 4. Pikiran tidak normal 5. Tidak bisa diprediksi 6. Hilang kesadaran diri
		Respon psikologi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidakberdayaan 2. Takut
		Perilaku	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Passiveness</i> 2. <i>Bullying</i> 3. <i>Avoidance</i> 4. <i>Neglected</i>
5	<i>Intended behavior</i>	Sikap jika bertemu ODGJ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membiarkan saja 2. Waspada 3. Menjauh
		Sikap jika keluarga mengalami gangguan jiwa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi perhatian dan dukungan pengobatan 2. Mendiskusikan masalah ODGJ dengan keluarga
		Jika teman mengalami gangguan jiwa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi perhatian dan bantuan 2. Dibawa ke guru BK 3. Dibawa berobat 4. Menjauh 5. Jika bukan teman dekat dibiarkan saja
6	Sikap dalam mencari bantuan kesehatan	Sikap jika mengalami masalah kejiwaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan kegiatan spiritual 2. Cerita ke orang terdekat 3. Mendinginkan masalah 4. Mengalihkan pikiran 5. Menemui guru BK 6. Mencari bantuan ahli
		Sikap jika masalah kejiwaan sudah terasa berat	<ol style="list-style-type: none"> 7. Mengalihkan pikiran 8. Mendinginkan masalah 9. Memperbanyak ibadah 10. Cerita ke orang terdekat 11. Mencari bantuan kesehatan

7	Persepsi remaja terhadap t a n g - g a p a n lingkungan jika bergaul dengan ODGJ	Dilarang bergaul dengan ODGJ	1. Orang tua akan melarang bergaul dengan ODGJ
		Akan jadi korban <i>bully</i>	2. <i>Dibully</i> seperti ODGJ
		Akan dianggap buruk	3. Dianggap buruk seperti ODGJ
		Akan di jauhi teman	1. Ditinggal teman
8	Dampak yang dipersepsikan jika didiagnosis gangguan jiwa	Dampak psikologis	1. Malu 2. Hancur 3. Takut
		Dampak sosial	1. Akan dianggap rendah 2. Tidak ada yang peduli lagi 3. Dijauhi teman 4. Akan di bully
9	H a m - b a t a n remaja dalam mencari bantuan kesehatan jiwa	Stigma	1. Kekhawatiran terhadap anggapan negatif orang lain
		Kurang pengetahuan	1. Kurang mengenal ahli kesehatan jiwa dan perannya 2. Kurang mengetahui waktu yang tepat untuk mencari dukungan pengobatan 3. Kurang mengetahui cara mengakses layanan kesehatan 4. Kurang mengetahui ketersediaan layanan kesehatan jiwa
10	Harapan remaja	Harapan terhadap pemerintah	1. Peningkatan layanan kesehatan jiwa 2. Memperhatikan kehidupan-ODGJ
		Harapan terhadap masyarakat	1. Berempati terhadap ODGJ
		Harapan terhadap keluarga	1. Perhatian dan dukungan keluarga terhadap pengobatan ODGJ
		Harapan terhadap ODGJ	1. Mampu merawat diri 2. Masalah bisa selesai 3. Segera pulih

7. Mendiskusikan hasil dan membandingkan dengan penemuan lain

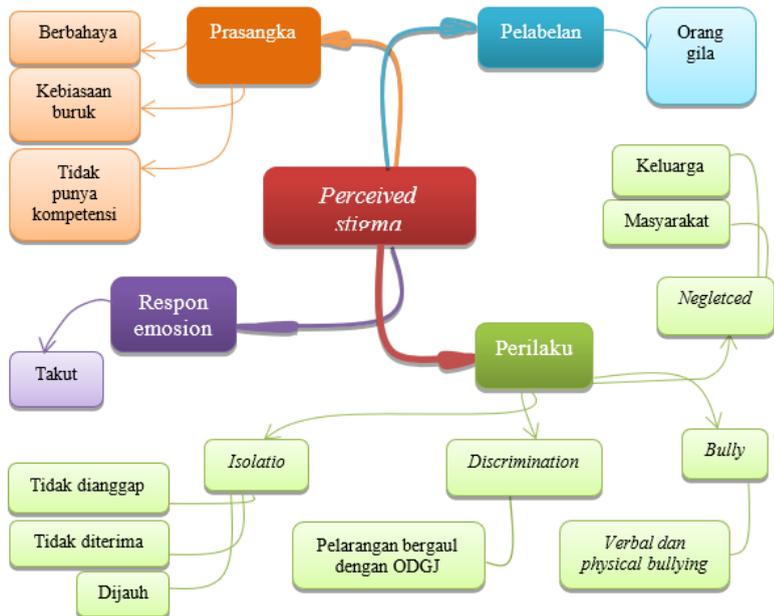
Hasil penelitian kemudian dibandingkan dengan hasil penelitian lain. Dari perbandingan ini dapat diketahui bahwa hasil penelitian menunjukkan penemuan yang sama dengan beberapa penelitian sebelumnya. Sebagai contoh pada tematik pengetahuan ditemukan bahwa pengetahuan partisipan tentang gangguan jiwa masih terbatas yaitu hanya terfokus pada penyebab dan tanda gejala. Sementara pengetahuan mengenai jenis-jenis gangguan jiwa dan cara penanganan gangguan jiwa masih sangat minim. Gambaran tentang analisis tematik pengetahuan remaja dapat dilihat pada gambar 3.2.



Gambar 3.2 Peta Tematik Pengetahuan Gangguan Jiwa pada Remaja

Pengetahuan yang baik tentang gangguan jiwa meliputi kemampuan mengenali gangguan jiwa tertentu, mengetahui penyebab dan faktor resiko, mengetahui cara mencari informasi kesehatan jiwa, mengetahui cara merawat diri, mengetahui ketersediaan bantuan professional, dan sikap dalam mencari bantuan yang sesuai (Burns & Rapee, 2006).

Karena itu, remaja perlu diberikan intervensi pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan remaja tentang gangguan jiwa.



Gambar 3.3 Peta Tematik *Perceived Stigma* Gangguan Jiwa pada Remaja

Berdasarkan gambar 3.3. diatas dapat dilihat bahwa *perceived stigma* gangguan jiwa yang dihadapi remaja terdiri dari 4 komponen yaitu pelabelan, prasangka, respon emosional, dan perilaku. Hal ini hampir sama dengan yang diungkapkan oleh Kranke et al., (2015) bahwa stigma gangguan jiwa adalah hasil dari empat komponen yaitu kognitif (pelabelan dan stereotip), emosional (prasangka), perilaku (diskriminasi), dan struktural (akumulasi kebijakan dan praktik organisasi) yang menyebabkan ketidakadilan bagi ODGJ.

Pada komponen pelabelan, remaja menyadari bahwa kebanyakan masyarakat melabeli ODGJ dengan sebutan orang gila. Penyebutan orang gila ini dikaitkan remaja dengan anggapan masyarakat bahwa perilaku ODGJ berbahaya, tidak

bisa diprediksi, dan suka mengganggu. Hal ini sama dengan yang diungkapkan oleh Lamb (2009) bahwa Kebanyakan orang ketika mendengar atau melihat sesuatu yang berkaitan dengan gangguan jiwa mereka langsung berfikir “looney bin”, yang artinya orang gila yang dapat membahayakan. Hampir sama dengan yang diungkapkan oleh Ke et al., (2015) bahwa pelabelan negatif yang umum diberikan pada ODGJ yaitu “berbahaya”, “kekerasan”, “tidak punya otak”, “tidak berguna”, “lemah”, dan “malas”.

Akibat dari pelabelan dan prasangka ini menimbulkan perilaku diskriminatif masyarakat. Remaja mengungkapkan bahwa kebanyakan masyarakat mengucilkan, mendiskriminasi, mengabaikan, dan bahkan melakukan perbuatan yang tidak menyenangkan terhadap ODGJ seperti tindakan bullying.

Sama halnya dengan *perceived stigma*, stigma remaja terkait gangguan jiwa (*personal stigma*) juga ditemukan. Komponen stigma terdiri dari pelabelan, prasangka, respon emosional, dan perilaku (lihat gambar 3.4). Remaja lebih cenderung melabel ODGJ dengan sebutan orang gila dan orang tidak waras. Gambar 3.5 memperlihatkan bahwa istilah yang sering digunakan remaja untuk ODGJ adalah orang gila. Menurut remaja, pelabelan ini dikarenakan ODGJ tidak memiliki tujuan hidup, berbahaya, hilang akal dan pikiran, pikiran tidak normal, pikiran tidak bisa diprediksi, dan orang yang tidak memiliki kesadaran atas apa yang dilakukannya.

8. Memanfaatkan strategi validasi

Untuk memastikan informasi yang disampaikan oleh remaja, maka perlu dilakukan validasi kepada orang-orang terdekat remaja yang mengetahui banyak informasi tentang stigma gangguan jiwa pada remaja, seperti orang tua dan guru. Informasi tentang program dan kebijakan terkait stigma gangguan jiwa juga perlu digali dari informan yang kompeten seperti programer kesehatan jiwa dipuskesmas dan dinas kesehatan.

Tabel 3.2. Analisis Tematik Hasil Wawancara dengan Orang Tua

No	Tema	Sub Tema	Kategori
1	Pengetahuan orang tua tentang gangguan jiwa	Penyebab gangguan jiwa	Faktor biologis
			Faktor psikologis
			Faktor lingkungan
			Faktor spiritual
		Tanda dan gejala gangguan jiwa	Aspek kognitif
			Aspek Perilaku
			Aspek hubungan sosial
		Jenis-jenis gangguan jiwa	Gelandangan
			Kebodohan
			Kenakalan
			Depresi
			Stroke
		Cara penanganan	Dibawa ke profesional
Dibawa ke rumah sakit			
2	Stigma orang tua terhadap ODGJ	Pelabelan	Pelabelan "orang gila"
		Prasangka	Berbahaya
			Tidak waras
			Tidak bisa diprediksi
		Respon psikologi	Takut
		Perilaku	Menjauh
			Tidak peduli

3	Sikap masyarakat terhadap ODGJ persepsi orang tua	Pengucilan	Pengusiran
			Menjauh
		Bullying	<i>Bullying</i> verbal
			<i>Bullying</i> fisik
4	Sikap orang tua jika anak mengalami gangguan jiwa	M e m b e r i k a n d u k u n g a n pengobatan	Dibawa ke professional kesehatan
			Diobati hingga tuntas
			Mencari tahu penyebab
			Memberi perhatian
5	Sikap orang tua jika anak bergaul dengan ODGJ	Sikap positif	Menganjurkan anak untuk peduli
		Sikap negatif	Menganjurkan anak membatasi hubungan sosial
			Menjaga jarak
6	Harapan orang tua	D u k u n g a n keluarga	Memperhatikan dan merawat anggota keluarga yang sakit
		D u k u n g a n pemerintah	Akses dan layanan pengobatan untuk ODGJ yang gelandangan
			Memperhatikan kehidupan dan tempat tinggal ODGJ

Berdasarkan hasil validasi, didapatkan informasi bahwa stigma gangguan jiwa di lingkungan remaja juga termasuk tinggi. Maka hal yang wajar jika stigma pada remaja juga cenderung tinggi. Hasil triangulasi data pada programmer kesehatan jiwa juga menyebutkan bahwa kebanyakan masyarakat cenderung masih menganggap gangguan jiwa sebagai momok atau aib yang harus dihindari dan disembunyikan. Akibat stigma ini, banyak masyarakat termasuk kelompok remaja enggan memeriksakan dirinya ke layanan kesehatan jiwa. Stigma juga membuat remaja melakukan tindakan diskriminasi dan bahkan *bullying* terhadap ODGJ.

Berdasarkan hasil validasi ini, maka dapat ditetapkan variabel-variabel yang akan diangkat dalam penelitian kuantitatif untuk dilihat lebih mendalam. Variabel pengetahuan, *perceived stigma*, dan *cultural beliefs* dijadikan

sebagai variabel independen yang mempengaruhi stigma. Sedangkan, sikap mencari bantuan kesehatan dan perilaku (*intended behavior*) sebagai variabel dampak dari stigma gangguan jiwa. Variabel-variabel ini kemudian diselidiki lebih lanjut keterkaitannya dengan stigma gangguan jiwa pada remaja pada penelitian kuantitatif.

3.1.2 Prosedur Penelitian Kuantitatif

Berdasarkan hasil penelitian kualitatif, maka didapatkan variabel-variabel yang akan ditindaklanjuti pada penelitian kuantitatif. Adapun variabel-variabel yang dilihat meliputi stigma gangguan jiwa, pengetahuan, *perceived stigma*, *cultural beliefs*, sikap mencari bantuan kesehatan, dan *intended behavior*. Prosedur dan langkah-langkah pada penelitian kuantitatif adalah sebagai berikut:

1. Merancang desain penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah analitik dengan rancangan *cross-sectional study*. Variabel dependen adalah stigma remaja terhadap gangguan jiwa. Sedangkan, variabel independen terdiri dari pengetahuan, *cultural belief*, *perceived stigma*, sikap, dan *intended behaviour*.

2. Menyusun pertanyaan penelitian

Tabel 3.3 *Research questions* Penelitian Kuantitatif

RQ1	Seberapa besar stigma gangguan jiwa dikalangan remaja dan seberapa kuat faktor pengetahuan, <i>cultural belief</i> , dan <i>perceived stigma</i> memengaruhi stigma gangguan jiwa pada remaja?
RQ2	Seberapa besar hubungan stigma gangguan jiwa terhadap sikap remaja mencari bantuan kesehatan dan niat berperilaku dengan ODGJ (<i>intended behavior</i>) ?

Keterangan: RQ = *Research Question*

Untuk dapat menjawab RQ pada penelitian kuantitatif digunakan teknik pengumpulan data secara angket. Desain penelitian yang dipilih adalah *cross-sectional study*, dimana kelompok individu dipelajari pada saat yang sama.

3. Mengumpulkan Data di Lapangan

Lokasi penelitian sama dengan penelitian kualitatif yaitu berlokasi di kecamatan Lubug Begalung, Pauh, Padang Timur, dan Padang Barat. Mekanisme penetapan lokasi dan waktu

pelaksanaan penelitian yaitu pada bulan September-Oktober 2019.

Remaja siswa yang teregistrasi di sekolah yang ditetapkan dalam penelitian, berdomisili di Padang, minimal pernah melihat ODGJ, dan bersedia menjadi responden, serta kooperatif dijadikan sebagai responden penelitian. Sebelum pengumpulan data, responden diminta untuk mengisi *informed consent* terlebih dahulu dan izin dari wali kelas sebagai pengganti orang tua remaja disekolah. Sebanyak 516 responden menyelesaikan penelitian sampai selesai.

Instrumen untuk mengukur variabel dependen maupun variabel independen dalam penelitian ini adalah berupa kuesioner. Kuesioner disusun oleh peneliti berdasarkan konsep teoritis dan modifikasi dari kuesioner sebelumnya sesuai kebutuhan penelitian. Semua instrumen yang digunakan dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a) *Proofreading* bahasa melalui Unit Pelayanan Terpadu (UPT) bahasa UNAND untuk memvalidasi translet bahasa terhadap kuesioner sebelumnya.
- b) Uji validasi konten dengan metode delbec oleh ahli (*expert*) untuk memastikan kesesuaian bahasa dan materi yang digunakan pada anak usia remaja serta kesesuaian dengan tujuan penelitian. Adapun ahli yang terlibat dapat dilihat pada tabel 3.4.

Tabel 3.4 Daftar Validator Kuesioner Variabel Penelitian dalam Model RIKA

No	Nama	Alamat	Keahlian	Keterangan
1	Dr. Lenny Rosbi Rimbun, SKp., M.Si., M.Kep	Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Pertamedika, Jakarta	Psikologi anak dan remaja	Pakar materi
2	Dr. Novy Helena Chatarina Daulima SKp., M.Sc	Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia	Keperawatan kesehatan jiwa	Pakar materi

3.	Kusrini S. Kadar, SKp. MN.PhD	Fakultas Keperawatan Universitas Hasanudin, Makasar	Keperawatan medikal bedah	Tata bahasa
4	Prof. Dr. Almahdy A., MS, Apt	Fakultas Farmasi Universitas Andalas	Bioaktifitas	Lay person

- c) Validasi konstruk dan reliabilitas instrumen dengan melakukan uji coba kuesioner pada 40 remaja yang memiliki karakteristik yang sama dengan responden yang akan diteliti. Hasil uji validitas dan reliabilitas menunjukkan bahwa instrumen yang digunakan sudah valid dan reliabel mengukur setiap variabel yang ada dalam penelitian ini. Nilai Cronbach's alpha instrumen dalam penelitian ini berkisar 0,664 – 0,959 (lihat tabel 3.5).

Tabel 3.5 Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner

Variabel	Indikator	Cronbach's Alpha
Stigma gangguan jiwa	Stigma agreement	0.871
	Authoritarianism	0.664
	Benevolence	0.742
	Social restrictiveness	0.869
	Community mental health ideology	0.927
Pengetahuan	Pengetahuan tentang gangguan jiwa	0.892
Perceived stigma	Perceived stigma	0.865
Cultural belief	Cultural belief	0.959
Intended behavior	Intended behavior	0.876
Sikap mencari bantuan	Sikap mencari bantuan kesehatan	0.768

4. Menganalisis data

Analisis data univariat dan bivariat menggunakan SPSS IBM 21, sedangkan analisis multivariat menggunakan metode *Structural Equation Modelling (SEM)* melalui *Software SmartPLS 3.2.7*. Analisa univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi stigma gangguan jiwa, pengetahuan, *cultural*

beliefs, perceived stigma, sikap mencari bantuan kesehatan, dan *intended behavior*. Analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antara variabel pengetahuan, *cultural belief, perceived stigma, intended behavior* dan sikap dengan stigma gangguan jiwa pada remaja dengan menggunakan uji korelasi Spearman. Sedangkan, analisis multivariat untuk menentukan Goodness of Fit outer model (model *measurement*), *Goodness of Fit inner model (structural model)*, *predictive relevance* (seberapa baik nilai observasi yang dihasilkan) dan model *fit* (seberapa baik model yang dimiliki).

a) Hasil analisis univariat

Hasil univariat terhadap data sosiodemografi menunjukkan bahwa dari 516 responden terdapat lebih dari separuh mereka adalah remaja awal (70,5%), berjenis kelamin perempuan (60,1 %), dan lebih dari sepertiga adalah siswa/i tingkat 11 (36,0%). Lebih dari separuh responden adalah remaja yang tinggal di area perkotaan (57,4%), sekitar separuh responden memiliki orang tua tamatan pendidikan tingkat menengah (ayah 54,7 % dan ibu 49,2 %), dan hampir separuh responden adalah dari keluarga yang memiliki pendapatan ekonomi keluarga tingkat menengah (49,8%).

Hasil univariat juga menunjukkan bahwa sekitar sepertiga responden mengakui sering melihat ODGJ (37,8%), sebagian besar dari mereka mengakui ODGJ yang dilihat adalah orang lain (89,3%). Hampir separuh dari responden mengaku pernah mengalami masalah kejiwaan (gangguan mental-emosional yang tidak terdiagnosis) sebesar (43,8%), dan sebagian besar responden mengaku tidak pernah mencari bantuan kesehatan disekolah terkait masalah kejiwaan yang pernah mereka alami (94,0%), dan tidak pernah mencari bantuan profesional kesehatan (95,2%). Sekitar sepertiga responden ingin mencari bantuan dari sumber internet atau website untuk menyelesaikan masalah kesehatan jiwa yang mereka alami (35,1%).

Sedangkan, hasil analisis univariat terhadap variabel-variabel penelitian, dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 3.6 Distribusi Frekuensi Pengetahuan, *Perceived Stigma*, *Cultural Beliefs*, Sikap Mencari Bantuan, *Intended Behavior*, dan Stigma Gangguan Jiwa pada Remaja

Variabel	Median	SD	Min-Max	95% CI
Pengetahuan	29,00	6,186	14-42	28,97 – 30,04
Perceived Stigma	38,00	6,719	15-60	38,20 – 39,36
Cultural beliefs	27,00	7,048	14-44	26,41 – 27,63
Sikap mencari bantuan kesehatan	28,00	7,124	10-48	27,81 – 29,04
Intended behavior	12,00	3,289	4-20	10,44 – 11,01
Stigma (total)	144,00	28,295	72-234	141,87 – 146,77
Stigma agreement	35,00	6,141	14-56	33,51 – 34,57
Authoritarianism	28,00	7,713	10-50	26,72 – 28,06
Benevolence	26,00	6,644	10-46	25,04 – 26,19
Social Restrictiveness	29,00	8,506	12-50	29,35 – 30,82
Ideology	27,00	6,848	11-50	26,60 – 27,78

Singkatan: CI = *confident interval*; SD = standar deviasi

Berdasarkan tabel 3.6 diatas dapat diketahui bahwa nilai tengah stigma gangguan jiwa responden adalah 144,00. Ini artinya separuh dari responden memiliki skor stigma dibawah nilai tengah dan separuhnya lagi memiliki skor stigma diatasnya, dengan skor minimal 72 dan maksimal 234. Nilai tengah pengetahuan responden adalah 29,00 dengan separuh responden memiliki skor pengetahuan dibawah nilai tengah tersebut dan separuhnya lagi berada dibawahnya.

Nilai tengah *perceived stigma* adalah 38,00 dengan separuh responden memiliki skor dibawah nilai tengah tersebut dan separuhnya lagi berada diatasnya. Nilai tengah *cultural beliefs* sebesar 27,00, separuh responden memiliki skor diatas nilai tengah tersebut dan separuhnya lagi berada dibawahnya. Nilai tengah sikap mencari bantuan kesehatan adalah 28,00, dimana separuh responden memiliki skor dibawah nilai tengah dan separuhnya lagi diatas nilai tengah tersebut. Nilai tengah *intended behavior* adalah 12,00 dengan separuh responden memiliki skor dibawah nilai tengah tersebut dan separuhnya lagi berada diatasnya.

b) Hasil Analisis Bivariat

Hasil analisis bivariat menunjukkan hubungan yang signifikan antara variabel pengetahuan dengan variabel stigma gangguan jiwa dengan arah negatif dan kuat ($r=-0,641$; $p=0,0001$). Artinya, semakin tinggi pengetahuan maka semakin rendah stigma gangguan jiwa dikalangan remaja. Pada variabel *cultural beliefs* dengan stigma gangguan jiwa terdapat hubungan yang signifikan dengan arah positif dan kuat ($r=0,513$; $p=0,000$). Sedangkan, pada variabel *perceived stigma* terdapat hubungan yang signifikan dengan arah positif dan berkekuatan sedang dengan stigma gangguan jiwa pada remaja ($r=0,492$, $p=0,000$).

Hasil analisis bivariat juga menunjukkan hubungan yang signifikan antara variabel sikap mencari bantuan kesehatan dengan stigma gangguan jiwa dengan arah negatif dan berkekuatan sedang ($r=-0,344$, $p=0,000$). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi stigma gangguan jiwa maka semakin negatif sikap remaja dalam mencari bantuan kesehatan. Pada hasil analisis tersebut juga dapat diketahui hubungan yang signifikan dengan arah negatif dan kekuatan kuat antara *intended behavior* dengan stigma gangguan jiwa ($r=-0,585$, $p=0,000$), artinya semakin negatif *intended behavior* maka semakin tinggi stigma gangguan jiwa pada remaja.

Tabel 3.7 Hubungan Pengetahuan, *Cultural Beliefs*, *Perceived Stigma*, Sikap Mencari Bantuan, dan *Intended Behavior* dengan Stigma Gangguan Jiwa

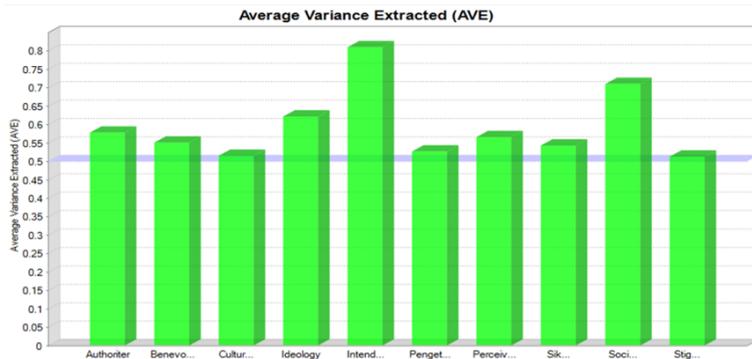
Variabel	Stigma		SA		AU		BE		SR		CMHI	
	r	P	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Pengetahuan	-0,641	0,0001	-0,504	0,0001	-0,402	0,0001	-0,467	0,0001	-0,581	0,0001	-0,529	0,0001
Cultural beliefs	0,513	0,0001	0,402	0,0001	0,493	0,0001	0,498	0,0001	0,280	0,0001	0,385	0,0001
Perceived stigma	0,492	0,0001	0,473	0,0001	0,355	0,0001	0,248	0,0001	0,487	0,0001	0,342	0,0001
Sikap mencari bantuan	-0,352	0,0001	-0,326	0,0001	-0,174	0,0001	-0,221	0,0001	-0,283	0,0001	-0,344	0,0001
Intended behavior	-0,585	0,0001	-0,573	0,0001	-0,437	0,0001	-0,452	0,0001	-0,412	0,0001	-0,437	0,0001

Catatan: SA = *Stigma Agreement*; AU = *Authoritarianism*; BE = *Benevolence*; SR = *Social Restrictiveness*; CMHI = *Community Mental Health Ideology*. r= Nilai Korelasi; Nilai p signifikan pada $\alpha < 0,05$

c) Hasil Analisis Multivariat

1) Model pengukuran (model *measurement*)

Untuk melihat model pengukuran (model *measurement*) dilakukan uji *outer* model dengan analisis SEM. Berdasarkan hasil analisis tersebut, dapat diketahui semua instrumen yang digunakan dalam penelitian memiliki nilai *validity* dan *reliability* yang baik. Hal ini dapat dilihat dari nilai loading factor $>0,6$ dan nilai *Average Variance Extracted* (AVE) $>0,5$ (lihat gambar 3.6). Ini berarti bahwa setiap variabel yang masuk dalam pemodelan stigma sudah memiliki *convergent validity* yang baik.



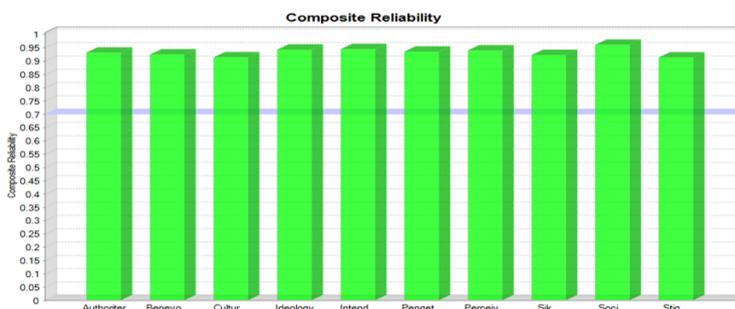
Gambar 3.6 Nilai *Average Variance Extracted* (AVE)

Selain itu, nilai *Fornell-Lacrker Criterion* (lihat tabel 3.8) dan *cross-loadings* juga sudah terpenuhi. Ini berarti bahwa indikator-indikator yang terdapat dalam model sudah dinyatakan reliabel. Nilai *composite reliability* semua variabel dalam model *measurement* memiliki nilai $> 0,7$ (lihat gambar 3.7) dan nilai *cronbach's alpha* semua variabel juga memiliki nilai $>0,7$ (lihat gambar 3.8). Dengan demikian, dapat dinyatakan bahwa semua variabel penelitian memiliki tingkat reliabilitas yang baik.

Tabel 3.8 Output Fornell-Larcker Criterion pada Model Measurement

Variabel	AU	BE	CB	CMHI	IB	K	PC	S	SR	SA
AU	0,760									
BE	0,625	0,742								
CB	0,518	0,530	0,718							
CMHI	0,419	0,531	0,422	0,788						
IB	-0,475	-0,486	-0,390	-0,460	0,900					
K	-0,415	-0,478	-0,486	-0,574	0,385	0,726				
PC	0,406	0,315	0,195	0,431	-0,389	-0,260	0,752			
S	-0,194	-0,244	-0,372	-0,358	0,252	0,444	-0,185	0,737		
SR	0,463	0,463	0,305	0,559	-0,427	-0,579	0,550	-0,269	0,842	
SA	0,557	0,577	0,411	0,531	-0,604	-0,500	0,533	-0,316	0,571	0,716

Catatan: AU = *Authoritarianism*; BE = *Benevolence*; CMHI= *Community mental health ideology*; SR= *Social restrictiveness*; SA = *Stigma Agreement*; K= *Knowledge*; IB = *Intended Behavior*; CB= *Cultural Belief*; PC = *Perceived stigma*



Gambar 3.7 Nilai Composite Reliability

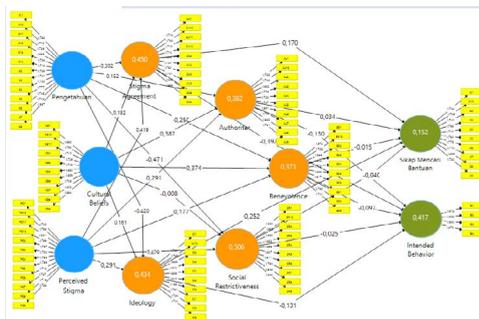
Gambar 3.8 menunjukkan *output* dari model struktural yang memperlihatkan *goodness of Fit inner model*. Model struktural ini menjelaskan bahwa variabel pengetahuan berperan sebagai faktor protektif stigma gangguan jiwa pada remaja. Artinya, semakin tinggi pengetahuan tentang gangguan jiwa maka semakin rendah stigma remaja terhadap gangguan jiwa. Sedangkan variabel *cultural beliefs* dan *perceived stigma* berperan sebagai faktor resiko bagi remaja. Artinya, semakin tinggi (semakin negatif) *cultural beliefs* dan *perceived stigma* tentang gangguan jiwa, maka semakin tinggi pula stigma

gangguan jiwa dikalangan remaja.

Stigma agreement dipengaruhi oleh faktor pengetahuan, *cultural beliefs*, dan *perceived stigma* sebesar 45%, sedangkan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain. *Authoritarianism* dipengaruhi oleh faktor pengetahuan, *cultural beliefs*, dan *perceived stigma* sebesar 38,2%. *Benevolence* dipengaruhi oleh faktor pengetahuan *cultural beliefs*, dan *perceived stigma* sebesar 37,3%. *Social restrictiveness* dipengaruhi oleh faktor pengetahuan dan *perceived stigma* sebesar 50,6%. *Community mental health ideology* dipengaruhi oleh faktor pengetahuan *cultural beliefs*, dan *perceived stigma* sebesar 43,4%.

Stigma agreement, *authoritarianism*, *benevolence*, dan *ideology*, berkontribusi memengaruhi intended behavior sebesar 41,7%, sedangkan sisanya dipengaruhi oleh faktor lain. Sedangkan, *stigma agreement* dan *community mental health ideology* berkontribusi memengaruhi sikap remaja dalam mencari bantuan kesehatan sebesar 15,2%, sisanya dipengaruhi oleh faktor lain.

Hasil akhir dari model struktural ini memperlihatkan *goodness-fit* dari pemodelan stigma gangguan jiwa terhadap variabel-variabel yang disusun yang dapat dilihat dari nilai *r-square* (lihat gambar 3.9). Berdasarkan pemodelan akhir ini, maka selanjutnya dapat disusun rancangan model pendidikan kesehatan untuk mengurangi stigma gangguan jiwa dikalangan remaja.



Gambar 3.8 Output Model Struktural Stigma Gangguan Jiwa pada Remaja

3.2 Penelitian Tahap II: Merancang Model Pendidikan Kesehatan RIKA (*Design*)

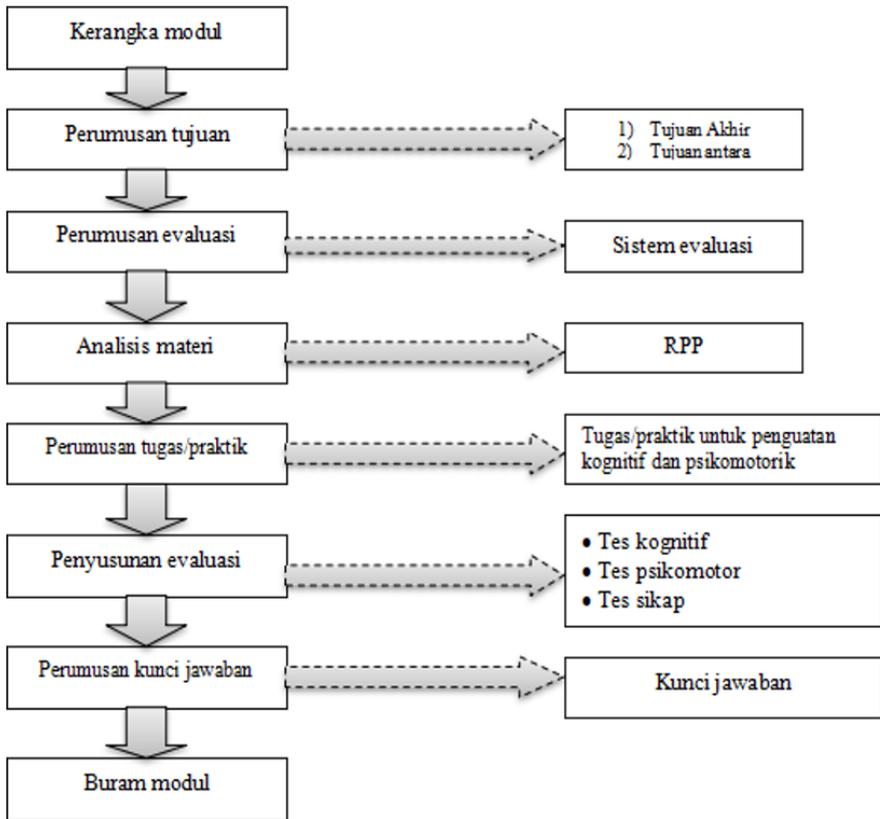
Berdasarkan hasil penelitian tahap 1, maka selanjutnya dilakukan penyusunan atau perancangan model RIKA sebagai model pendidikan kesehatan jiwa pada remaja. Tujuan pada tahap desain ini adalah menyusun kerangka koseptual model RIKA dalam bentuk perangkat produk.

Hasil analisis SEM pada tahap sebelumnya menjelaskan bahwa ada 3 faktor yang mempengaruhi stigma gangguan jiwa pada remaja yaitu pengetahuan, *cultural beliefs*, dan *perceived stigma*. Pengetahuan berperan sebagai faktor protektif stigma gangguan jiwa. Sedangkan, *cultural beliefs* dan *perceived stigma* berperan sebagai faktor resiko stigma gangguan jiwa. Berdasarkan pemodelan ini, maka dapat disusun rancangan program pembelajaran dengan memperhatikan 3 faktor tersebut. Hasil ini kemudian menjadi acuan dalam pengembangan materi pendidikan kesehatan jiwa sebagai program pengurangan stigma gangguan jiwa pada remaja.

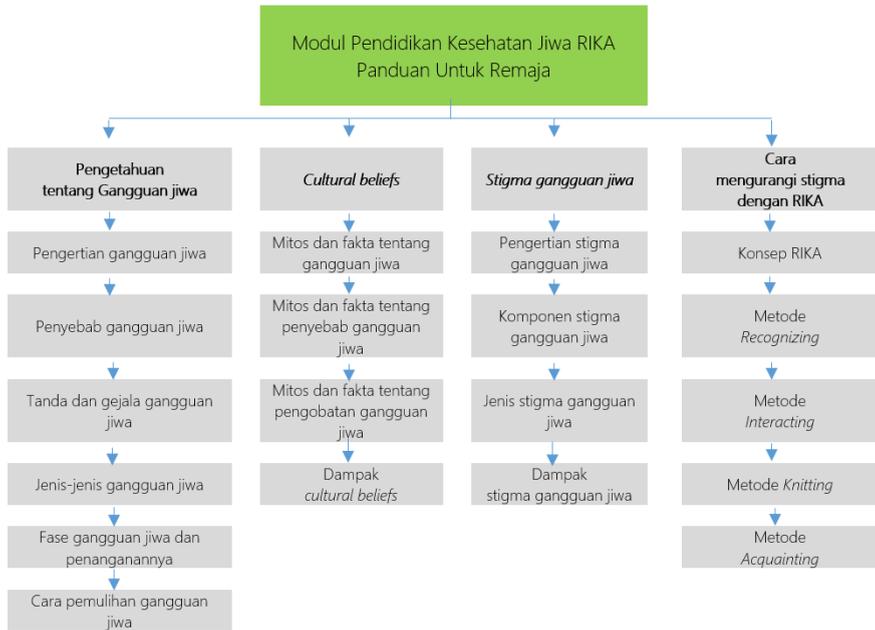
Secara umum, kegiatan yang dilakukan pada tahap desain ini adalah merancang *blue print* modul dan menyusun algoritma *K-means clustering machine learning*. Prosedur dan langkah-langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut:

3.2.1 Penyusunan *Blue-Print* Modul

Implementasi modul dalam kegiatan belajar dilaksanakan sesuai dengan alur yang telah digariskan dalam modul. Bahan, alat, media dan lingkungan belajar yang dibutuhkan dalam kegiatan pembelajaran diupayakan dapat dipenuhi agar tujuan pembelajaran dapat tercapai. Strategi pembelajaran dilaksanakan secara konsisten sesuai skenario yang ditetapkan. Alur penyusunan *blue print* modul dalam penelitian ini dilakukan seperti pada gambar 3.9.



Gambar 3.9. Alur penyusunan *Blue Print* Modul



Gambar 3.10. Peta Konsep Pokok Pembahasan dalam Modul Pembelajaran

Berdasarkan peta konsep diatas, maka dapat ditetapkan tujuan pembelajaran sebagai berikut:

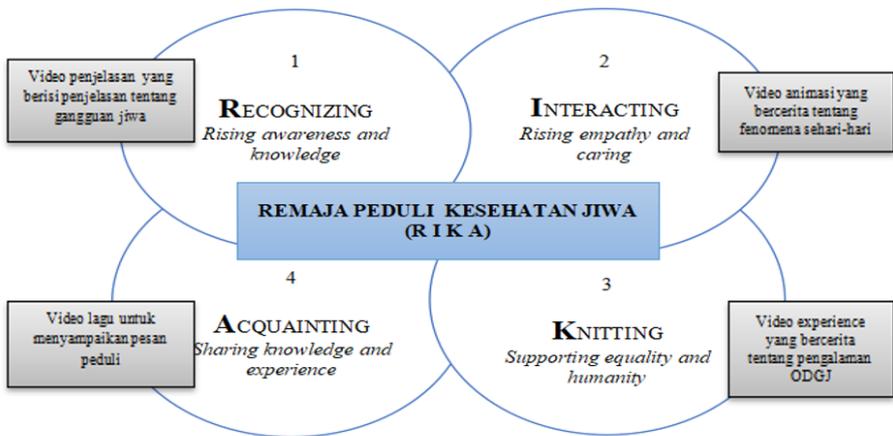
- a. Tujuan Umum: Setelah mengikuti pendidikan kesehatan RIKA, stigma gangguan jiwa pada peserta didik dapat berkurang
- b. Tujuan Khusus: Setelah mengikuti pendidikan kesehatan RIKA, peserta didik mampu:
 - 1) Mengenal dan memahami tentang gangguan jiwa
 - 2) Mengenal dan memahami *cultural beliefs* tentang gangguan jiwa
 - 3) Mengenal dan memahami *perceived stigma* tentang gangguan jiwa
 - 4) Dapat menerapkan cara mengurangi stigma gangguan jiwa dengan menggunakan pendekatan RIKA.

Tabel 3.9 *Blue Print* Modul Pendidikan Kesehatan Jiwa

No	Standar kompetensi	Materi	Metode
1	<i>Recognizing</i> (Memahami gangguan jiwa)	<ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan pengertian gangguan jiwa b. Menjelaskan penyebab gangguan jiwa c. Menjelaskan jenis-jenis gangguan jiwa d. Menjelaskan tanda dan gejala gangguan jiwa e. Menjelaskan fase gangguan jiwa dan penanganannya f. Menjelaskan cara pemulihan gangguan jiwa 	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengamati video persentasi atau penjelasan dari seorang narasumber (video explainer) b. Membaca materi dalam modul pendidikan kesehatan jiwa c. Membaca informasi yang terdapat dalam aplikasi RIKA d. Berdiskusi dengan narasumber e. Mengerjakan lembar aktivitas dan lembar evaluasi
2	Memahami cultural beliefs tentang gangguan jiwa	<ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan mitos dan fakta tentang penyebab gangguan jiwa b. Menjelaskan mitos dan fakta tentang pengobatan gangguan jiwa c. Menjelaskan dampak <i>cultural beliefs</i> terhadap sikap dan perilaku remaja 	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengamati video edukasi yang berupa penjelasan dari narasumber, video animasi, dan video experience. b. Membaca materi dalam modul pendidikan kesehatan jiwa c. Berdiskusi dengan narasumber d. Mengerjakan lembar aktivitas dan lembar evaluasi
3	Memahami stigma gangguan jiwa	<ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan pengertian stigma gangguan jiwa b. Menjelaskan komponen stigma gangguan jiwa c. Menjelaskan jenis stigma gangguan jiwa d. Menjelaskan dampak stigma gangguan jiwa 	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengamati video edukasi yang berupa penjelasan dari narasumber, video animasi, video experience, dan video lagu RIKA b. Membaca materi dalam modul pendidikan kesehatan jiwa c. Berdiskusi dengan narasumber d. Mengerjakan lembar evaluasi dan lembar aktivitas

4	Memahami cara mengurangi stigma gangguan jiwa dengan pendekatan RIKA	<ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan konsep RIKA b. Menjelaskan metode <i>recognizing</i> c. Menjelaskan metode <i>interacting</i> d. Menjelaskan metode <i>knitting</i> e. Menjelaskan metode <i>acquainting</i> 	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengamati video edukasi yang berupa penjelasan dari narasumber, video animasi, video experience, dan video lagu RIKA b. Membaca materi dalam modul pendidikan kesehatan jiwa c. Berdiskusi dengan narasumber d. Mengerjakan lembar aktivitas dan lembar evaluasi
---	--	---	--

Untuk mencapai tujuan pembelajaran ini, maka perlu disusun strategi pembelajaran yang dapat menyesuaikan dengan karakteristik dan kebutuhan remaja. Strategi pendidikan kesehatan dalam model RIKA dapat dilihat pada gambar 3.12.



Gambar 3.11 Strategi Model Pendidikan Kesehatan RIKA

Perancangan skenario pembelajaran memudahkan peneliti dalam mengembangkan model pembelajaran nantinya. Karena pendidikan kesehatan yang akan dirancang adalah berbasis *machine learning*, maka pembelajaran diberikan dalam bentuk video-video edukasi. Video-video edukasi yang dibuat disesuaikan dengan tujuan pembelajaran yang telah ditetapkan.

Strategi pendidikan kesehatan diberikan melalui pendekatan RIKA yaitu *Recognizing*, *Interacting*, *Knitting*, dan *Acquainting*.

Recognizing adalah mengenalkan dan menjelaskan konsep gangguan jiwa kepada remaja untuk meningkatkan kesadaran dan pengetahuan remaja tentang gangguan jiwa. *Interacting* mengajak dan memotivasi remaja untuk bersikap positif terhadap ODGJ melalui pemberian pemahaman kepada remaja tentang fenomena budaya dan dampaknya terhadap ODGJ melalui video animasi. Strategi ini diharapkan dapat meningkatkan rasa empati dan peduli remaja. *Knitting* memberikan pemahaman kepada ODGJ tentang kehidupan nyata ODGJ melalui video experience, strategi ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman *equality* dan *humanity* remaja terhadap ODGJ. *Acquainting* mengajak dan memotivasi remaja untuk mengedukasi orang lain disekitar remaja tentang gangguan jiwa dan ODGJ.

Pembelajaran diberikan secara online yang akan diakses dalam aplikasi RIKA melalui 4 video pendek yaitu video *explainer*, video animasi, video *experience*, dan video lagu. Semua materi ini disesuaikan dengan kebutuhan remaja yang telah digali pada penelitian sebelumnya (lihat tabel 3.10).

Tabel 3.10 Materi dalam Video Pembelajaran Model Pendidikan Kesehatan RIKA

Jenis video	Konten	Gambaran
V i d e o explain-er	<ul style="list-style-type: none"> • Pengertian gangguan jiwa dan masalah kejiwaan • Penyebab gangguan jiwa • Tanda dan gejala gangguan jiwa • Jenis gangguan jiwa • Cara penanganan gangguan jiwa 	<ul style="list-style-type: none"> • Durasi sekitar 10.26 menit • Penjelasan gangguan jiwa secara umum dan fokus pada jenis gangguan yang umum terjadi pada remaja seperti skizofrenia, depresi, bipolar
V i d e o animasi	<ul style="list-style-type: none"> • Skenario budaya disekolah yang menggambarkan sikap terhadap teman sebaya dengan masalah kejiwaan • Skenario budaya dalam keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa • Scenario budaya di masyarakat terhadap ODGJ gelandangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Terdiri dari 3 video animasi pendek • Durasi masing-masing video berkisar 1.15 menit • Bercerita tentang cara bersikap dan strategi membantu ODGJ baik di sekolah, rumah, maupun dilingkungan tempat tinggal untuk mendapatkan bantuan kesehatan

V i d e o e x p e r i - e n c e	<ul style="list-style-type: none"> • Cerita ODGJ tentang penyebab gangguan jiwa yang dialami • Cerita ODGJ tentang tanda dan gejala gangguan jiwa yang dialami • Cerita ODGJ tentang pengobatan yang dilakukan ODGJ • Cerita ODGJ tentang aktivitas/ rutinitas yang dilakukan • Pesan dan harapan ODGJ kepada remaja 	<ul style="list-style-type: none"> • Durasi sekitar 8.14 menit • Tokoh dalam video adalah remaja dengan gangguan jiwa • Cerita yang disampaikan tentang masalah yang dialami remaja yang diyakini sebagai penyebab gangguan jiwa, tanda dan gejala, pengobatan yang dilakukan, serta aktivitas remaja
V i d e o l a g u R I K A	<ul style="list-style-type: none"> • Pesan untuk menerapkan sikap peduli terhadap ODGJ dengan menerapkan recognizing, interacting, knitting, dan acquainting. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durasi berkisar 2.08 menit • Pesan yang disampaikan

Tabel 3.11 Aktivitas Pembelajaran dalam Model RIKA

No	Nama Kegiatan	Aktivitas Pembelajaran
1	Mengidentifikasi stigma pribadi (personal stigma) terhadap ODGJ	Mengisi instrumen yang tersedia dalam aplikasi yang berbasis machine learning, memahami hasil yang teridentifikasi oleh sistem.
2	Video <i>explainer</i> (penjelasan tentang gangguan jiwa, <i>cultural belief</i> dan stigma gangguan jiwa)	Mengamati video, membaca modul, mendiskusikan topik dengan narasumber, dan mengerjakan lembar evaluasi
3	Video animasi	Mengamati video, membaca modul, mendiskusikan topik terkait dengan narasumber, dan mengerjakan lembar evaluasi
4	Video <i>experience</i>	Mengamati video, membaca modul, mendiskusikan topik terkait dengan narasumber, dan mengerjakan lembar evaluasi
5	Lagu RIKA	Menyayikan lagu, memahami pesan lagu dan menerapkan pesan yang disampaikan dalam kehidupan sehari-hari

Tahap selanjutnya dari penyusunan *blue-print* modul adalah menyusun evaluasi pembelajaran. Evaluasi ini bertujuan untuk mengetahui apakah tujuan pembelajaran sudah tercapai atau belum. Evaluasi hasil belajar dilakukan pada setiap penyajian pokok bahasan. Penyusunan evaluasi berdasarkan tes kognitif, tes psikomotor, dan tes afektif. Untuk tes psikomotor dan afektif, maka disusun lembar aktivitas yang dapat dilakukan remaja sebagai latihan dirumah maupun disekolah.

3.2.2 Penyusunan Algoritma *K-Means Clustering*

Kegiatan penyusunan atau perancangan pembelajaran *machine learning* dengan menggunakan algoritma *K-means clustering* adalah kegiatan mempartisi data ke dalam kelompok sehingga data berkarakteristik sama dimasukkan ke dalam satu kelompok yang sama dan data dengan karakteristik berbeda dikelompokkan ke dalam kelompok yang lain. Adapun tujuan pengelompokkan data ini adalah untuk meminimalkan fungsi objektif yang di set dalam suatu kelompok dan memaksimalkan variasi antar kelompok (Ramler, 2008).

Adapun langkah-langkah dan hasil dari perhitungan *K-means clustering* yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Menentukan data *centroid*. Pada sistem ini ditentukan bahwa centroid pertama adalah n data pertama dari 516 data yang akan di *cluster*.
2. Menentukan jumlah *cluster k*. Pada penelitian ini perhitungan nilai *k* berdasarkan nilai rata-rata titik tertinggi dan titik terendah masing masing cluster.
3. Menghitung jarak antara centroid dengan masing-masing data. Cara perhitungan ini dilakukan dengan menempatkan setiap data/objek ke *cluster* terdekat. Dalam tahap ini dihitung jarak tiap data ke tiap pusat *cluster*. Jarak paling dekat antara satu data dengan satu cluster tertentu akan menentukan suatu data masuk ke dalam suatu *cluster*.

Untuk menghitung jarak semua data ke setiap titik pusat *cluster* dapat menggunakan teori jarak *Euclidean Distance* yang dirumuskan sebagai berikut:

$$d(x, y) = \|x - y\|^2 = \sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - y_i)^2} \dots\dots\dots(1)$$

Keterangan:

d = nilai jarak dengan *centroid*

x= data perhitungan stigma

y= data *centroid* k yang ditetapkan

4. Mengelompokkan data berdasarkan jarak minimum. Pengelompokan data diambil dengan mengambil jarak terdekat dengan dengan masing-masing *centroid*. Adapun langkah-langkah yang dilakukan dalam pengelompokan data responden berdasarkan nilai *centroid* k pada algoritma K-means dalam penelitian ini adalah:

- a) Menentukan jumlah *cluster* yang diinginkan

Dalam perhitungan ini, data akan dikelompokkan menjadi tiga *cluster*. Pertama menentukan jumlah *cluster*. Jumlah *cluster* pada penelitian ini adalah 3 yaitu *cluster* 1 tidak menstigma, dengan nama 'tidak menstigma' dengan rentang nilai < 104, *cluster* 2: stigma rendah, dengan nama 'stigma rendah' dengan rentang nilai 105 - 168, *cluster* 3 sangat tinggi dalam menstigma, dengan nama 'stigma tinggi' dengan rentang nilai >169.

- b) Menentukan titik pusat awal dari setiap *cluster*

Titik pusat dari setiap *cluster* dapat dilihat pada tabel. Penghitungan *centroid*, k1 untuk *cluster* 1, k2 untuk *cluster* 2 dan k3 untuk *cluster* 3. Nilai *centroid* dihitung dengan mengambil nilai rata-rata total dari rentang tertinggi dengan rentang terendah dan nilai meannya, sehingga didapatkan nilai k1= 52+((104-52):2)=78 dan rata-rata 1,5; k2=105+((168-105):2)=137 dan 2,63, dan k3=169+((260-169):2) 215 dan 4,13.

Tabel 3.12 Titik Pusat Awal

Titik Pusat Awal	Total	Rata-rata
Cluster 1	78	1,5
Cluster 2	137	2,63
Cluster 3	215	4.13

c) Mengukur jarak antara pusat cluster dengan data. Perhitungan jarak pusat cluster menggunakan rumus *Euclidean Distance*. Hasil perhitungan dapat dilihat pada tabel 3.13

1) Perhitungan jarak data pertama dengan pusat *cluster* pertama:

$$d_{1.1} = \sqrt{(178 - 78)^2} = 100$$

2) Perhitungan jarak data pertama dengan pusat *cluster* kedua:

$$d_{1.2} = \sqrt{(178 - 137)^2} = 41$$

3) Perhitungan jarak data pertama dengan pusat *cluster* ketiga:

$$d_{1.3} = \sqrt{(178 - 215)^2} = 37$$

Tabel 3.13 Hasil Perhitungan Jarak Pusat *Cluster*

No.	Total	Mean	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Jarak Minimum
1	178	3,42	100	41	37	37
2	146	2,81	68	9	69	9
3	160	3,08	82	23	55	23
4	177	3,40	99	40	38	38
5	222	4,27	144	85	7	7
6	201	3,86	123	64	14	14
7	131	2,52	53	6	84	6
8	167	3,21	89	30	48	30
9	139	2,67	61	2	76	2
10	97	1,86	19	40	118	19
11	75	1,44	3	62	140	3
12	102	1,96	24	35	113	24

- d) Pengelompokan data ke dalam *cluster*. Semua data penelitian di kelompokkan ke dalam *cluster* berdasarkan jarak minimum ke dalam pengelompokan, nilai 1 berarti jarak yang paling dengan satu titik pusat *cluster* sehingga dapat dinyatakan data tersebut berada dalam kelompok *cluster* tersebut. Selengkapnya dapat dilihat pada Tabel 3.14.

Tabel 3.14 Pengelompokan Anggota *Cluster*

No.	Total	Mean	Cluster 1 (tidak stigma)	Cluster 2 (stigma rendah)	Cluster 3 (stigma tinggi)	Keterangan stigma
1	178	3,42			1	Tinggi
2	146	2,81		1		Rendah
3	160	3,08		1		Rendah
4	177	3,40			1	Tinggi
5	222	4,27			1	Tinggi
6	201	3,86			1	Tinggi
7	131	2,52		1		Rendah
8	167	3,21		1		Rendah
9	139	2,67		1		Rendah
10	97	1,86	1			Tidak
11	75	1,44	1			Tidak
12	102	1,96	1			Tidak

- e) *Output machine learning*: Sistem menetapkan hasil pengelompokan sesuai dengan *cluster* yang ditentukan berdasarkan hasil perhitungan *K-means*. Pada contoh ini terdapat 3 orang reponden tidak menstigma, 5 orang stigma rendah, dan 4 orang stigma tinggi.

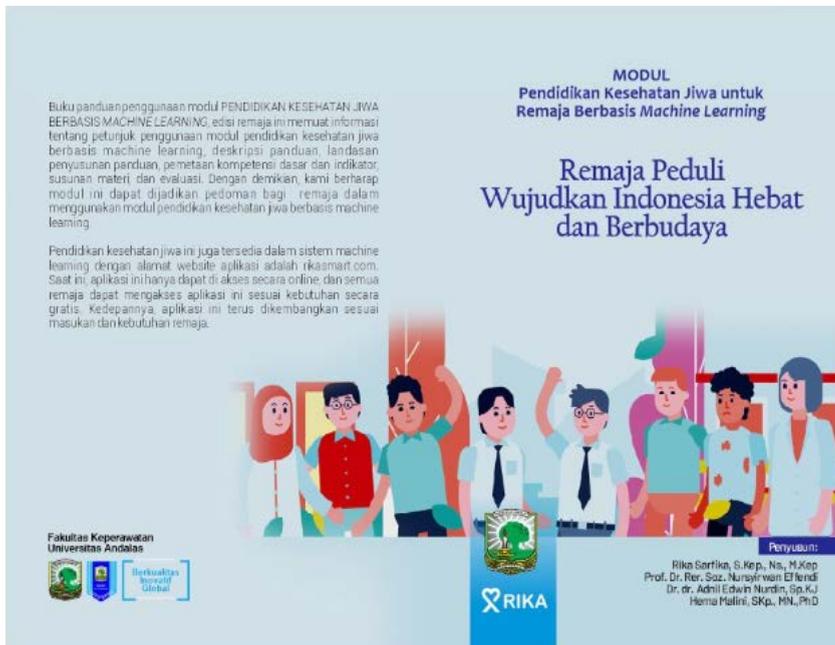
3.3 Penelitian Tahap III: Mengembangkan Model Pendidikan Kesehatan RIKA (*Development*)

Development dalam model ADDIE berisi kegiatan realisasi rancangan produk. Setelah rancangan model RIKA terbentuk pada penelitian tahap 2, maka selanjutnya dilakukan pengembangan model agar model RIKA yang telah dibangun dapat diterapkan pada remaja.

Aktivitas yang dilakukan pada tahap ini adalah mengembangkan perangkat produk (materi/bahan dan alat) yang diperlukan dalam pengembangan, berbasis pada hasil rancangan produk. Dengan kata lain, akhir dari tahapan ini sudah menghasilkan produk berupa modul dan aplikasi berbasis machine yang siap digunakan atau diimplementasikan pada remaja. Adapun aktivitas pada tahap ini selengkapnya dapat dijelaskan sebagai berikut:

3.3.1 Penyusunan *Draft* Modul

Modul merupakan alat bantu untuk menyampaikan model pendidikan kesehatan RIKA kepada remaja. Modul ini disusun berdasarkan *blue print* yang telah disusun pada penelitian tahap 2. Adapun output dari kegiatan ini telah menghasilkan modul dengan judul “pendidikan kesehatan jiwa berbasis *machine learning*: remaja peduli wujudkan Indonesia hebat dan berbudaya”.



Gambar 3.12 Modul Pendidikan Kesehatan Jiwa RIKA

3.3.2 Pengembangan Aplikasi Pembelajaran berbasis *Machine Learning*

Setelah penyusunan modul, selanjutnya dilakukan pengembangan aplikasi berbasis *machine learning* dengan menggunakan algoritma *K-means clustering*. Adapun output dari kegiatan pada tahap ini adalah terbentuknya aplikasi/ *software* RIKA berbasis *machine learning* dengan url www.rikasmart.com sebagai media untuk penerapan model RIKA berbasis *machine learning*.



Gambar 3.13 Tampilan Aplikasi Model Pendidikan Kesehatan RIKA

3.3.3 Validasi Produk

Setelah pengembangan model selesai, maka produk yang dihasilkan dilakukan uji validasi untuk memastikan bahwa model pendidikan kesehatan RIKA valid digunakan remaja sebagai intervensi untuk pengurangan stigma gangguan jiwa. Aplikasi ini telah terdaftar sebagai HKI Model RIKA dalam bentuk software di Kemenkumham (lampiran 2).

Validasi produk adalah validasi terhadap modul dan aplikasi RIKA yang telah dibangun. Validasi produk menggunakan metode *delbec*, dimana pakar yang kompeten dalam bidang IT, modul, media modul, materi dan bahasa melakukan penilaian terhadap produk yang dihasilkan sesuai dengan bidang keahlian masing-masing. Metode ini bertujuan untuk memastikan bahwa produk yang digunakan memiliki standar validitas dan reliabilitas yang baik dari berbagai aspek sehingga produk yang dihasilkan mudah dipahami

dan diminati remaja.

Validasi dilakukan dengan mengisi mengisi instrumen pada lembar validasi sesuai tujuan validasi masing-masing. Berdasarkan hasil penilaian pakar tersebut maka dapat dinyatakan bahwa modul dan aplikasi yang telah dikembangkan dinyatakan valid. Hasil penilaian dari masing-masing aspek yang diberikan validator, kemudian diolah dan dianalisis menggunakan rumus statistik Aiken's V yang merupakan validasi terhadap hasil rancangan produk yang dihasilkan. Produk dikatakan valid apabila berada pada tingkat pencapaian 0,667 sampai dengan 1,00 (Azwar, 2012).

Tabel 3.15 Daftar Validator Produk RIKA

Hari/ Tanggal	Nama Pakar	Kepakaran
15 Juli 2020	Dr. Ahmad Syafruddin Indrapriyatna	Pakar Media Aplikasi
28 Juli 2020	Prof. Dr. Mudjiran, M.S., Kons	Pakar Modul
3 Agustus 2020	Yantri Maputra, PhD	Pakar Materi
5 Agustus 2020	Dr. apt. Syofyan, M.Farm	Pakar Media Modul
10 Agustus 2020	Dr. Fajri Usman M.Hum	Pakar bahasa

Tabel 3.16 Rekapitulasi Hasil Validasi Modul dan Aplikasi RIKA

No	Aspek Penilaian	Jumlah Item	Total Skor	S k o r Maksimal	Rata-Rata	Nilai	Ket
1	Validator 1						
a	Kaidah media aplikasi	9	31	36	3,4	0,85	Valid
b	Tata laksana	4	15	16	3,8	0,94	Valid
c	Tampilan aplikasi	8	31	32	3,9	0,97	Valid
2	Validator 2						
a	Teknik penyajian	4	16	16	4	1,00	Valid
b	Pendukung penyajian materi	10	36	40	3.6	0,90	Valid
c	Penyajian pembelajaran	4	14	16	3.5	0,87	Valid
3	Validator 3						
a	Tujuan pembelajaran	2	8	8	4	1,00	Valid
b	Keluasan	2	8	8	4	1,00	Valid
c	Kedalaman	2	8	8	4	1,00	Valid
4	Validator 4						

a	Ukuran modul	2	8	8	4	1,00	Valid
b	Desain sampul modul	9	36	36	4	1,00	Valid
c	Desain isi modul	20	80	80	4	1,00	Valid
5	Validator 5						
a	Kemampuan memotivasi	2	8	8	4	1,00	Valid
b	Kelugasan	1	4	4	4	1,00	Valid
c	Koherensi dan keruntutan alur pikir	2	8	8	4	1,00	Valid
d	Kesesuaian dengan kaidah bahasa Indonesia	1	4	4	4	1,00	Valid
e	Penggunaan istilah dan symbol/ lambang	2	8	8	4	1,00	Valid
f	Ketepatan penulisan nama ilmiah/ istilah asing	1	4	4	4	1,00	Valid
Rata-rata hasil validasi						0,97	Valid

Tabel 3.17 Rekapitulasi Hasil Validasi Produk oleh Masing-Masing Pakar

No	Validator	Hasil Validasi	Kategori
1.	Pakar Media aplikasi	0,92	Valid
2.	Pakar Modul	0,92	Valid
3.	Pakar Materi	1,00	Valid
4.	Pakar Media Modul	1,00	Valid
5.	Pakar Bahasa	1,00	Valid

No	Aspek Penilaian	Komentar Validator	Hasil Revisi
1	P a k a r M e d i a Aplikasi	<p>Ketika sudah login, tampilan berubah (ada kode user dan menu ketika di-klik user tersebut)</p> <p>Kursor ketika ada yang aktif berubah menjadi tangan</p> <p>Isian dalam demografi berupa pilihan tertutup (misal usia dibatasi 15, 16, 17, dan 18 tahun)</p> <p>Classification tidak cocok, lebih cocok Information</p> <p>Score dan Mean disembunyikan (pada kuesioner)</p> <p>Tambahkan notifikasi pada kuesioner bahwa semua pertanyaan harus dijawab</p> <p>Jika ada pertanyaan yang belum diisi, maka halaman kuesioner langsung mengarahkan kepada pertanyaan tersebut. Jika ada lebih dari 1 pertanyaan yang belum dijawab maka halaman kuesioner kembali ke pertanyaan paling atas (yang belum dijawab)</p>	<p>Tampilan setelah login sudah diperbaiki</p> <p>Tampilan kursor sudah diperbaiki</p> <p>Isian usia memang dibatasi, karena aplikasi ini baru bisa digunakan oleh remaja usia 14 – 19 tahun</p> <p>Istilah Classification sudah diganti menjadi Information</p> <p>Score dan Mean sudah dimunculkan pada kuesioner</p> <p>Notifikasi pada kuesioner sudah ditambahkan</p>
2	P a k a r Modul	Dibuat satu buku lagi tentang petunjuk penggunaan modulnya	Buku petunjuk penggunaan modul sudah dibuat dan dicetak serta ber ISBN
3	P a k a r Materi	Lebih baik materi disederhanakan lagi, sehingga tidak banyak teoritis. Fokus pada factual yang akan meningkatkan skill (soft skill) sehingga tujuan pelatihan dapat tercapai. Agar dipertegas CPL dari setiap materi	Materi yang disampaikan sudah disederhanakan dan disesuaikan dengan problem riset. CPL pada setiap materi sudah dibuat.
4	Pakar Media Modul	Sebaiknya untuk bagian evaluasi, dalam bentuk pilihan ganda atau jawaban B atas S saja, jadi lebih ringkas. Kalau berupa essay membuat pembaca kurang tertarik membacanya. Kemudian jawaban ditulis sebagai umpan balik di dalam terakhir	Umpan balik sudah dibuat dan ditempatkan di halaman akhir

5	Pakar bahasa	Secara substansi modul ini sudah sangat bagus. Pendidikan kesehatan jiwa tolong perhatikan penulisan.	Penulisan sudah diperbaiki sesuai saran validator
---	--------------	---	---

Validasi produk dilakukan pada bulan Juli – Agustus 2020 pada pakar modul, pakar materi, pakar media modul, pakar media aplikasi, dan pakar bahasa. Hasil konsultasi pakar kemudian dituangkan dalam berita acara dan ditanda tangani oleh pakar.

3.3.4 Uji Coba Produk

Setelah validasi pakar, selanjutnya dilakukan uji coba aplikasi RIKA kepada remaja untuk melihat apakah aplikasi betul-betul efektif sebagai media edukasi kesehatan jiwa bagi remaja. Untuk mengetahui efektifitas aplikasi ini, maka dilakukan *pilot study* dengan menggunakan design *pretest – posttest*. Tujuan pilot studi ini adalah untuk melihat apakah aplikasi RIKA dapat mengurangi stigma gangguan jiwa pada remaja.

Uji coba dilakukan pada 40 orang remaja yang memiliki kriteria sama dengan responden penelitian. Responden menggunakan aplikasi RIKA selama 3 minggu yaitu dari 28 September – 12 Oktober 2020. Pengukuran dilakukan selama tiga minggu dengan pertimbangan bahwa pengetahuan yang terukur sudah tersimpan dalam memori jangka panjang remaja sehingga rangsangan yang sudah diketahui dan disadari sudah dapat menimbulkan respon berupa tindakan sesuai dengan stimulus yang diberikan (Kerlinger, 2003).

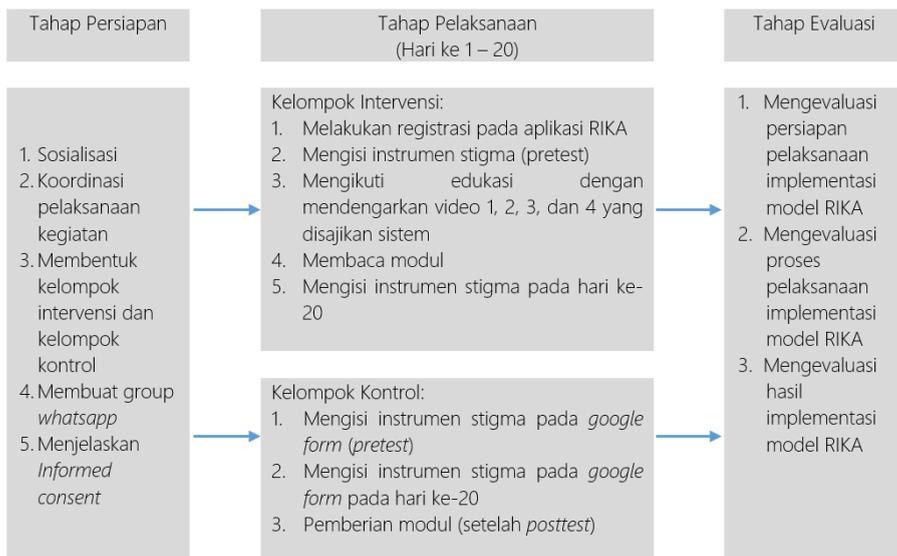
Tabel 3.19 Hasil Uji Efektifitas Aplikasi RIKA terhadap Pengurangan Stigma Gangguan Jiwa pada Remaja

Variabel	Mean Pretest	Mean Posttest	Mean Selisih	p
Stigma	161,70	134,08	27,625	0,000
Stigma agreement	38,73	25,10	13,625	0,000
Stigma authoritarianism	34,83	20,30	14,525	0,000
Stigma benevolence	27,50	18,23	9,275	0,000
Stigma social restrictiveness	28,48	18,80	9,675	0,000
Community mental health ideology	34,13	21,53	12,600	0,000

Berdasarkan Tabel 3.19 dapat diketahui bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara stigma gangguan jiwa pada remaja pada saat pretest (mean 161,70) dengan posttest (mean 134,08). Terdapat penurunan skor stigma gangguan jiwa setelah menggunakan aplikasi RIKA sebesar 27,625. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa model pendidikan kesehatan RIKA memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pengurangan stigma gangguan jiwa pada remaja. Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa model pendidikan kesehatan RIKA dapat digunakan pada remaja.

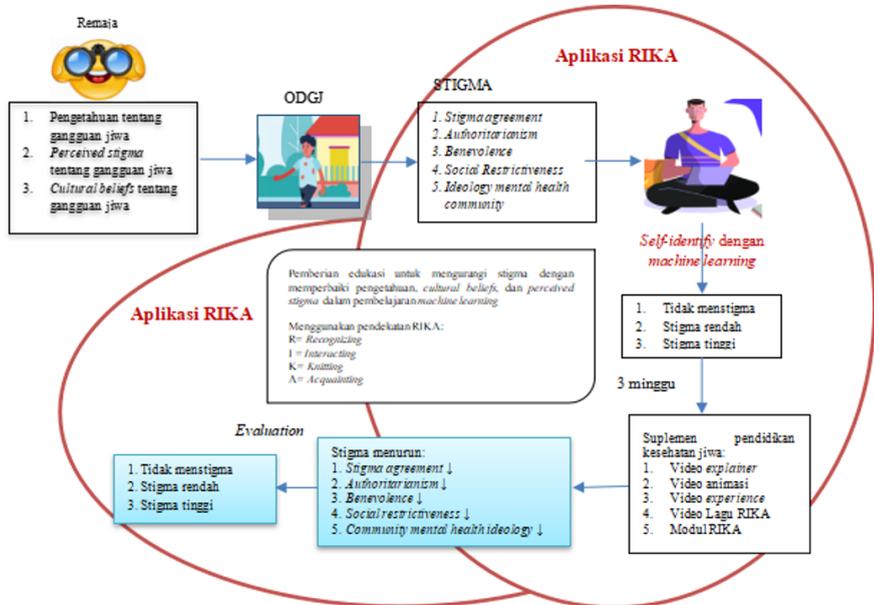
3.4 Penelitian Tahap IV: Implementasi Model Pendidikan Kesehatan RIKA

Aktivitas yang dilakukan pada penelitian ini adalah menerapkan model RIKA pada remaja dan melihat kembali tujuan-tujuan pengembangan produk, interaksi antar peserta didik serta menanyakan umpan balik awal proses evaluasi. Penelitian ini menggunakan pendekatan riset kuantitatif dengan desain "quasi-experimental" dengan rancangan "nonequivalent control group design". Adapun alur kerja penelitian pada tahap implementasi ini dapat digambarkan pada gambar 3.15.



Gambar 3.14 ALur Kerja Penelitian Tahap Implementasi

Implementasi model RIKA dilakukan melalui 3 tahap yaitu tahap persiapan, tahap pelaksanaan, dan tahap evaluasi. Kegiatan yang dilakukan pada tahap persiapan meliputi sosialisasi kegiatan dengan sekolah, koordinasi kegiatan dengan guru BK dan wali kelas, membentuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol, membuat grup whatsapp, dan meminta persetujuan kepada siswa yang terpilih dengan menandatangani *informed consent*. Pada tahap pelaksanaan, masing-masing responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol mengikuti prosedur pelaksanaan penelitian hari ke 1-20. Pada tahap evaluasi, melakukan evaluasi terhadap hambatan dan kendala responden selama mengikuti kegiatan, serta mengevaluasi pengaruh pendidikan kesehatan model RIKA terhadap perubahan skor stigma gangguan jiwa pada responden.

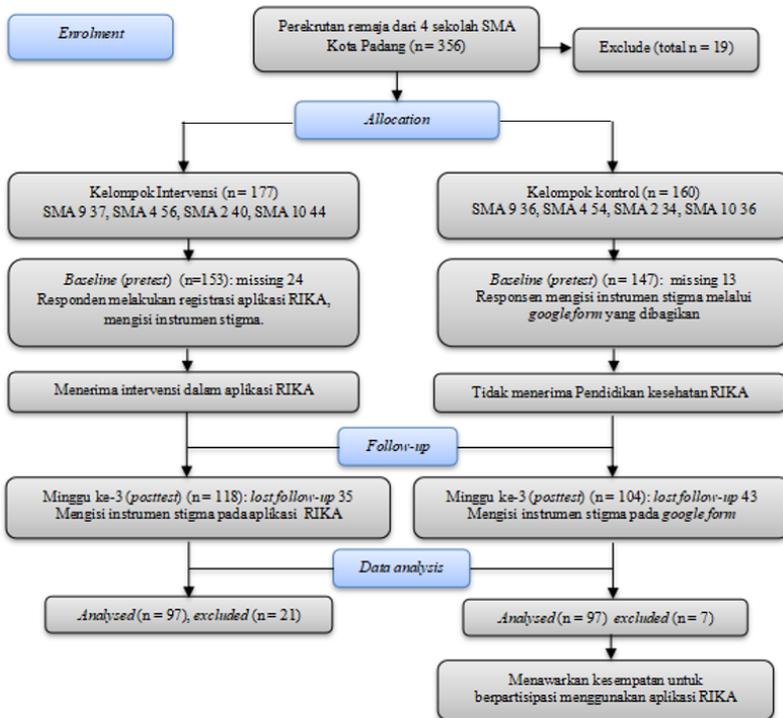


Gambar 3.15 Tahapan Penggunaan Aplikasi RIKA

Sebelum memulai pendidikan kesehatan jiwa RIKA pada aplikasi rikasmart, responden diminta terlebih dahulu membuat akun dengan melakukan registrasi. Setelah registrasi berhasil, aplikasi akan mengarahkan responden untuk mengikuti pendidikan kesehatan jiwa yang dimulai dari pengisian biodata dan pengukuran stigma gangguan jiwa dengan yang tersedia dalam aplikasi yang menggunakan algoritma

K-Means. Setelah pengisian instrumen, remaja dapat langsung mengetahui skor dan tingkatan stigma yang dimiliki terhadap ODGJ. Selanjutnya aplikasi akan mengarahkan responden mengikuti edukasi berupa video penjelasan, video skenario animasi, mendengar video cerita pengalaman ODGJ, serta mendengarkan lagu Remaja Peduli Kesehatan Jiwa (RIKA). Remaja dapat memutar video pembelajaran berulang-ulang sesuai kebutuhan.

Responden dapat mengunduh modul pendidikan kesehatan jiwa dari aplikasi RIKA untuk kebutuhan belajar diluar jaringan. Selain itu, responden juga dapat mengakses fitur lain dari aplikasi selama masa penelitian. Selama masa implementasi, responden diminta untuk dapat menerapkan pengetahuan yang didapatkan dalam edukasi dan melakukan latihan-latihan yang tersedia dalam modul. Adapun tahap pengumpulan data dapat dilihat pada gambar dibawah ini:



Gambar 3.16 Teknik Pengumpulan Data Tahap Implementasi Model Pendidikan Kesehatan RIKA

Implementasi model pendidikan kesehatan RIKA memberikan pengaruh terhadap stigma gangguan jiwa pada remaja. Gambaran hasil penelitian tahap implementasi dapat dilihat pada Tabel 3.20.

Tabel 5 diatas menjelaskan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara rata-rata stigma gangguan jiwa (total) dan semua subskala stigma antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ($p < \alpha$).

Tabel 3.20 Analisis Perbandingan Stigma Gangguan Jiwa antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol Sesudah Perlakuan (n=97)

Variabel	Kelompok	Sebelum		Sesudah		Z	p
		Mean	SD	Mean	SD		
Stigma (total)	Intervensi	161.35	13.654	104.35	11.304	-11.958	0.0001
	Kontrol	146.98	15.523	145.61	1.561		
Stigma agreement	Intervensi	38.66	4.819	25.43	4.798	-9.775	0.0001
	Kontrol	35.30	5.042	34.72	5.178		
Authoritarianism	Intervensi	34.93	4.309	21.24	3.799	-10.765	0.0001
	Kontrol	28.94	3.702	29.20	3.587		
Benevolence	Intervensi	28.32	4.155	18.90	3.277	-10.362	0.0001
	Kontrol	26.72	3.605	26.12	3.678		
Social Restrictiveness	Intervensi	28.90	3.917	28.90	3.328	-10.327	0.0001
	Kontrol	26.27	4.256	26.89	4.303		
Community Mental Health Ideology	Intervensi	32.81	5.540	20.98	3.363	-9.807	0.0001
	Kontrol	28.25	6.188	28.86	5.331		

Catatan: $\alpha < 0,05$

3.5 Penelitian Tahap V: Evaluasi Model RIKA

Evaluasi ini bertujuan untuk mengevaluasi apakah model RIKA efektif menurunkan stigma gangguan jiwa pada remaja. Evaluasi dilakukan dalam bentuk:

1. Evaluasi kekurangan dan kelebihan model. Output penelitian tahap ini telah mengevaluasi efektifitas model RIKA, kekurangan dan kelebihan model.
2. Melihat kembali dampak pembelajaran dengan cara yang kritis.
3. Mengukur ketercapaian tujuan pengembangan model.
4. Mengukur apa yang telah mampu dicapai oleh sasaran.
5. Mencari informasi apa saja yang dapat membuat peserta didik dapat mencapai hasil dengan baik.

Berdasarkan hasil evaluasi terhadap efektifitas model, kekurangan dan kelebihan model maka hasil evaluasi dapat diuraikan sebagai berikut:

3.5.1 Evaluasi terhadap efektifitas model

Berdasarkan hasil evaluasi terhadap implementasi, model RIKA dapat mengurangi stigma gangguan jiwa secara signifikan pada remaja. Sehingga, model ini dapat direkomendasikan sebagai program promosi kesehatan jiwa pada remaja.

3.5.2 Evaluasi terhadap kekurangan model

Berdasarkan evaluasi terhadap pengalaman responden yang diungkapkan selama mengikuti kegiatan penelitian, didapatkan beberapa kekurangan yang dicatat sebagai masukan dan acuan dalam memodifikasi dan mengembangkan model yang lebih nyaman digunakan oleh remaja.

Adapun kekurangan model yang dicatat sebagai berikut :

- a) Tampilan pilihan jawaban pada instrumen agak susah dilihat ketika responden mengakses aplikasi melalui android karena layar tidak menampilkan keterangan pilihan jawaban pada setiap item pernyataan.
- b) Untuk dapat membuka aplikasi RIKA, responden harus terhubung dengan internet. Ketika internet kurang kuat,

maka proses menjadi terganggu.

- c) Jumlah instrumen terlalu banyak sehingga dapat menimbulkan kebosanan
- d) Tes formatif sebaiknya juga disediakan didalam aplikasi sehingga remaja lebih mudah mengerjakan latihan-latihan.

3.5.3 Evaluasi terhadap kelebihan model

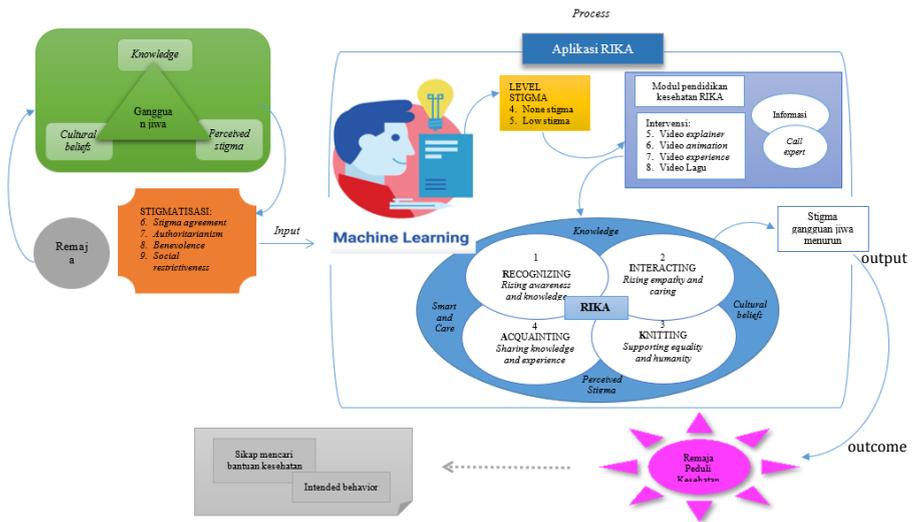
Hasil evaluasi terhadap kelebihan model yang dicatat dari komentar responden yang diberikan setelah mengikuti kegiatan penelitian, yaitu:

- a) Aplikasi RIKA dianggap bagus dan menarik karena dapat meningkatkan pemahaman dan kesadaran diri (self awareness) remaja dalam memandang gangguan jiwa dan dapat merubah pandangan terhadap ODGJ.
- b) Aplikasi RIKA dan edukasi yang terdapat dalam aplikasi sangat menarik dan sesuai kebutuhan remaja. Bahasan yang diberikan dapat dengan mudah dimengerti sehingga dapat memberikan pemahaman kepada remaja tentang gangguan jiwa, cara bersikap dan berperilaku yang baik menanggapi masalah kejiwaan pada teman, keluarga, dan di lingkungan masyarakat.
- c) Aplikasi RIKA menyajikan informasi-informasi yang mudah dimengerti dan dipahami bagi kalangan remaja.
- d) Penggunaan aplikasi model RIKA lebih mudah dan digunakan secara lebih fleksibel.

3.5.4 Rumusan Model Pendidikan Kesehatan RIKA

Berdasarkan hasil R & D dengan menggunakan ADDIE, maka model pendidikan kesehatan RIKA dapat dirumuskan seperti pada skema dibawah ini.

Model Pendidikan Kesehatan RIKA untuk Remaja



PENUTUP

Model RIKA adalah model pendidikan kesehatan jiwa berbasis machine learning. Tujuan pembelajaran adalah berkurangnya stigma gangguan jiwa dikalangan remaja. Adapun proses penelitian dan pengembangan model ini menggunakan pendekatan ADDIE. Model ini telah diimplementasikan pada remaja dan menghasilkan penurunan stigma gangguan jiwa yang signifikan pada remaja.

Untuk dapat menggunakan model ini, remaja harus menggunakan android atau pc. Peneliti menyadari bahwa model RIKA ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, perlu dilakukan evaluasi dan pengembangan terhadap model agar dapat mencapai hasil yang optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Asroni, A., Fitri, H., & Prasetyo, E. (2018). Penerapan Metode Clustering dengan Algoritma K-Means pada Pengelompokan Data Calon Mahasiswa Baru di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (Studi Kasus: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, dan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik). *Semesta Teknika*, 21(1). <https://doi.org/10.18196/st.211211>
- Borg, W. ., & Gall, M. . (1983). *Educational Research: An Introduction*. In Longman, Inc. (7th ed.). Longman, Inc.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Qualitative Research in Psychology Using thematic analysis in psychology Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=uqrp20>
<http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=uqrp20>
- Clark, R. E. (2009). Translating research into new instructional technologies for higher education: The active ingredient process. *Journal of Computing in Higher Education*, 21(1), 4–18. <https://doi.org/10.1007/s12528-009-9013-8>
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2018). *Research Methods in Education* (8th ed.). Taylor & Francis.
- Creswell, J. W. (2005). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). SAGE.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry And Research Design: Choosing Among Five Approaches* (4th ed.). SAGE.
- Hokanson, B. (2012). *Design in Educational Technology: Design Thinking, Design Process, and The Design Studio* (A. Gibbons (ed.)). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-00927/>
- John W. Creswell - *Research Design_ Qualitative, Quantitative, and Mixed Method Approaches*-SAGE Publications (2013).pdf. (n.d.).
- Leavy, P. (2017). *Research Design: Quantitative, Qualitative, Mixed Methods, Arts-Based, and Community-Based Participatory Research Approaches*. The Guilford Press.
- Taylor, S. J., Bogdan, R., & DeVault, M. L. (2016). *Introduction to*

Qualitative Research Methods: a Guidebook and Resource (4th ed.). John Wiley & Sons, Inc.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuesioner Penelitian

A. STIGMA

No	Pernyataan	SS	S	N	TS	SSTS
Stigma Agreement						
1	Saya percaya ODGJ memiliki kecerdasan yang sama dengan orang lain					
2	Saya memandang rendah seseorang yang pernah mendapatkan perawatan kejiwaan					
3	Saya merasa senang bergaul dengan ODGJ					
4	Saya yakin ODGJ berbahaya					
5	Saya yakin ODGJ tidak dapat dipercaya seperti orang lain					
6	Saya yakin gangguan jiwa yang terjadi pada seseorang karena perilaku buruknya					
7	Saya yakin ODGJ dapat pulih					
8	Memberikan pekerjaan pada ODGJ adalah ide yang kurang tepat					
9	Saya yakin ODGJ mampu menyelesaikan pendidikannya					
10	Saya menganggap ODGJ tidak bisa berperilaku baik seperti orang lain					
11	Saya yakin ODGJ tidak bisa mengurus dirinya sendiri					
12	Saya merasa takut saat berada didekat ODGJ					
Authoritarianism						
13	Salah satu penyebab gangguan jiwa adalah karena kurangnya disiplin dan kemauan diri					
14	Cara terbaik menangani ODGJ adalah dengan mengurung mereka diruangan yang terkunci					
15	Mudah saja bagi ODGJ menceritakan masalahnya kepada orang lain					
16	Segera setelah seseorang menunjukkan gejala gangguan jiwa, dia harus dibawa ke rumah sakit					
17	ODGJ membutuhkan disiplin dan kontrol seperti anak kecil					

18	Gangguan jiwa adalah penyakit biasa, sama seperti hal nya penyakit lain					
19	ODGJ seharusnya tidak diperlakukan seperti orang buangan					
20	Tekanan dimasyarakat harusnya dikurangi untuk mencegah seseorang mengalami gangguan jiwa					
21	Rumah sakit jiwa adalah metode lama untuk merawat ODGJ					
22	Hampir setiap orang bisa terkena gangguan jiwa					
Benevolence						
23	ODGJ sudah terlalu lama menjadi bahan ejekan					
24	Dana pemerintah untuk penanganan ODGJ mestinya ditingkatkan					
25	Kita perlu menerapkan sikap yang lebih toleran terhadap ODGJ dimasyarakat					
26	Rumah sakit jiwa tampak lebih mirip seperti penjara dibanding tempat lain yang dapat merawat orang dengan masalah kejiwaan					
27	Kita memiliki tanggung jawab bersama untuk membantu menyediakan perawatan bagi ODGJ					
28	ODGJ tidak pantas mendapatkan simpati kita					
29	ODGJ adalah beban masyarakat					
30	Peningkatan layanan kesehatan jiwa untuk merawat ODGJ hanya akan menghabiskan biaya dan sia-sia saja					
31	Layanan yang memadai untuk ODGJ sudah banyak tersedia					
32	Menghindari siapapun yang memiliki masalah kejiwaan adalah pilihan terbaik					
Social Restrictiveness						
33	ODGJ seharusnya tidak diberi tanggung jawab apapun					
34	ODGJ harus dijauhkan dari masyarakat					

35	Seorang wanita/ pria akan terlihat bodoh jika menikah dengan seseorang yang mengalami gangguan jiwa, meskipun ia sudah pulih					
36	Saya tidak mau memiliki tetangga yang gangguan jiwa					
37	Siapapun yang mengalami gangguan jiwa harus dikeluarkan dari kegiatan publik					
38	Hak-hak individu ODGJ tidak boleh dilanggar					
39	ODGJ seharusnya dimotivasi untuk memikul tanggung jawab					
40	Tidak ada seorang pun yang berhak mengeluarkan ODGJ dari lingkungannya					
41	ODGJ tidak seberbahaya anggapan orang lain					
42	Sebagian besar wanita yang pernah dirawat di RSJ bisa bekerja sebagai pengasuh					
Community Mental Health Ideology						
43	Masyarakat sebaiknya mendukung pengadaan fasilitas kesehatan jiwa dilingkungan untuk melayani kebutuhan masyarakat setempat					
44	Terapi terbaik bagi ODGJ adalah dengan tetap menjadi bagian dari masyarakat					
45	Sedapat mungkin perawatan kesehatan jiwa harus berbasis masyarakat					
46	Mengadakan layanan kesehatan jiwa di pemukiman tidak lah membahayakan warga setempat					
47	Masyarakat tidak perlu takut jika ada ODGJ datang untuk mendapatkan layanan kesehatan jiwa di lingkungan mereka					
48	Fasilitas kesehatan jiwa harus dijauhkan dari pemukiman warga					
49	Masyarakat memiliki alasan kuat untuk menolak lokasi layanan kesehatan jiwa di lingkungan mereka					
50	Merawat ODGJ di pemukiman warga dapat berdampak buruk bagi warga setempat					
51	Mengerikan bila membayangkan ODGJ tinggal di lingkungan pemukiman warga					

52	Membangun fasilitas kesehatan jiwa di area pemukiman warga bisa memperburuk citra pemukiman tersebut					
----	--	--	--	--	--	--

Keterangan: SS = Sangat Setuju; S = Setuju; N = Netral; TS = Tidak Setuju; SSTS = Sama Sekali Tidak Setuju

B. PENGETAHUAN

No	Pernyataan	Tahu	Kurang tahu	Tidak tahu
1	Apakah Anda mengetahui penyebab gangguan jiwa?			
2	Apakah Anda mengetahui tanda dan gejala gangguan jiwa?			
3	Apakah Anda mengetahui jenis-jenis gangguan jiwa (misalnya gangguan depresi, stres, kecanduan obat-obatan, psikotik, autis, skizofrenia, gangguan bipolar, dan lain-lain)?			
4	Apakah Anda mengetahui jenis-jenis gangguan jiwa yang butuh penanganan ahli kesehatan jiwa?			
5	Apakah Anda mengetahui ketersediaan layanan kesehatan jiwa di tempat Anda? (misalnya tempat, no telp, jenis perawatan yang tersedia)			
6	Apakah Anda mengetahui peran psikiater dalam penanganan masalah kejiwaan?			
7	Apakah Anda mengetahui peran psikolog dalam penanganan masalah kejiwaan?			
8	Apakah Anda mengetahui peran perawat spesialis jiwa dalam penanganan masalah kejiwaan?			
9	Apakah Anda mengetahui peran konselor dalam penanganan masalah kejiwaan?			
10	Apakah Anda mengenali para tenaga kesehatan jiwa di tempat Anda? (misalnya psikiater, psikolog, perawat jiwa, konselor)			

11	Apakah Anda mengetahui model perawatan dilayanan kesehatan jiwa? (misalnya terapi perilaku)			
12	Apakah Anda mengetahui pengobatan orang dengan gangguan jiwa? (misalnya jenis-jenis obat)			
13	Apakah Anda mengetahui cara mendapatkan layanan kesehatan jiwa? (misalnya prosedur dan persyaratan mendapatkan layanan)			
14	Apakah Anda mengetahui jenis asuransi kesehatan jiwa yang dapat Anda gunakan saat ini?			

C. CULTURAL BELIEFS

No	Pernyataan	SS	S	N	TS	SSTS
1	Gangguan jiwa dapat disebabkan oleh faktor biologis (misalnya keturunan, kanker, dan lain-lain)					
2	Gangguan jiwa dapat disebabkan oleh faktor lingkungan (misalnya tekanan, bullying, kekerasan, pola asuh dan lain-lain)					
3	Gangguan jiwa dapat disebabkan oleh faktor psikologis (misalnya stres, pengalaman traumatis, tekanan, kepribadian, konsep diri)					
4	Gangguan jiwa disebabkan karena kurang iman					
5	Banyak penyakit fisik kemungkinan besar disebabkan oleh masalah kejiwaan					
6	Gangguan jiwa dapat disebabkan oleh kebiasaan perilaku negatif (misalnya menggunakan alkohol, narkoba, LGBT, dan lain-lain)					
7	Gangguan jiwa dapat disebabkan oleh ilmu hitam/ santet/ guna-guna					
8	Gangguan jiwa dapat disebabkan karena kerasukan makhluk halus (setan/ jin/ roh)					

9	Gangguan jiwa dapat diobati di layanan kesehatan jiwa (misalnya rumah sakit)					
10	Gangguan jiwa dapat diobati dengan pengobatan tradisional (misalnya minum ramu-ramuan, mandi kembang, dll)					
11	Gangguan jiwa dapat diobati dengan ruqiah (pembacaan alqur'an)					

Keterangan: SS = Sangat Setuju; S = Setuju; N = Netral; TS = Tidak Setuju; SSTS = Sama Sekali Tidak Setuju

D. PERCEIVED STIGMA

No	Pernyataan	SS	S	N	TS	SSTS
1	Kebanyakan orang percaya bahwa ODGJ memiliki kecerdasan yang sama dengan orang lain					
2	Kebanyakan orang memandang rendah seseorang yang pernah mendapatkan perawatan jiwa					
3	Kebanyakan orang senang bergaul dengan ODGJ					
4	Kebanyakan orang meyakini ODGJ berbahaya					
5	Kebanyakan orang meyakini ODGJ tidak dapat dipercaya seperti orang lain					
6	Kebanyakan orang menganggap bahwa gangguan jiwa pada seseorang karena perilakunya sendiri					
7	Kebanyakan orang meyakini bahwa ODGJ bisa pulih					
8	Kebanyakan orang menganggap bahwa memberikan pekerjaan pada ODGJ adalah ide yang kurang tepat					
9	Kebanyakan orang meyakini ODGJ mampu menyelesaikan pendidikannya					
10	Kebanyakan orang menganggap ODGJ tidak bisa berperilaku baik seperti orang lain					
11	Kebanyakan orang meyakini ODGJ tidak mengurus dirinya sendiri					

12	Kebanyakan orang takut saat berada dekat ODGJ					
----	---	--	--	--	--	--

Keterangan: SS = Sangat Setuju; S = Setuju; N = Netral; TS = Tidak Setuju; SSTS = Sama Sekali Tidak Setuju

E. SIKAP Mencari Bantuan Kesehatan

No	Pernyataan	SSTS	TS	N	S	SS
1	Jika saya merasa ada masalah kejiwaan, hal pertama yang saya lakukan adalah mencari bantuan psikolog/ psikiater/ perawat spesialis jiwa/ konselor jiwa					
2	Menemui psikolog untuk menyelesaikan masalah kejiwaan menurut saya adalah cara yang buruk					
3	Jika saya mengalami masalah kejiwaan, saya yakin dengan psikoterapi (misalnya terapi pikiran) dapat meringankan masalah saya					
4	Saya merasa kagum terhadap seseorang yang mampu mengatasi masalah kejiwaannya tanpa harus mencari bantuan psikolog/ psikiater/ perawat jiwa/ konselor jiwa					
5	Saya akan mencari bantuan psikolog/ psikiater/ perawat jiwa/ konselor jiwa, jika saya mengalami masalah kejiwaan atau perasaan khawatir dalam waktu yang lama					
6	Saya mungkin memerlukan bantuan psikolog/ psikiater/ perawat jiwa/ konselor jiwa di waktu mendatang					
7	Seseorang tidak mungkin mampu menyelesaikan masalah kejiwaannya sendiri tanpa bantuan psikolog/ psikiater/ perawat jiwa/ konselor jiwa					
8	Saya menjadi ragu mendatang ahli kesehatan jiwa mengingat waktu dan biaya yang harus dikeluarkan untuk psikoterapi					
9	Seseorang harus menyelesaikan masalahnya sendiri, menemui psikolog/ psikiater/ perawat jiwa/ konselor jiwa merupakan pilihan terakhir					

10	Masalah pribadi dan emosional cenderung akan selesai sendiri tanpa harus menggunakan bantuan psikolog/ psikiater/ perawat jiwa/ konselor jiwa					
----	---	--	--	--	--	--

Keterangan: SS = Sangat Setuju; S = Setuju; N = Netral; TS = Tidak Setuju; SSTS = Sama Sekali Tidak Setuju

F. INTENDED BEHAVIOR

No	Pernyataan	SSTS	TS	N	S	SS
1	Di masa yang akan datang, saya bersedia hidup (tinggal serumah) dengan orang gangguan jiwa					
2	Dimasa yang akan datang, saya bersedia bekerja sama dengan orang gangguan jiwa					
3	Dimasa yang akan datang, saya bersedia bertetangga dengan orang gangguan jiwa					
4	Dimasa yang akan datang, saya bersedia berteman dengan orang gangguan jiwa					

Keterangan: SS = Sangat Setuju; S = Setuju; N = Netral; TS = Tidak Setuju; SSTS = Sama Sekali Tidak Setuju

Lampiran 2 HAKI yang dihasilkan dari Model Pendidikan Kesehatan RIKA


REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202126101, 4 Juni 2021

Pencipta

Nama : Rika Sarfika, Prof. Dr. Rer. Soz. Nursyirwan Effendi dkk
Alamat : Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang, Padang, SUMATERA BARAT, 25163
Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : LPPM Universitas Andalas
Alamat : Gedung Rektorat Lantai 2, Kampus UNAND Limau Manis, Padang, SUMATERA BARAT, 25163
Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : Buku
Judul Ciptaan : PANDUAN PENGGUNAAN MODUL PENDIDIKAN KESEHATAN JIWA BERBASIS MACHINE LEARNING REMAJA SMART DAN CARE KARAKTER GERMAS (GENERASI EMAS) INDONESIA 2045

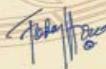
Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 1 Januari 2021, di Padang

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama 50 (lima puluh) tahun sejak Ciptaan tersebut pertama kali dilakukan Pengumuman.

Nomor pencatatan : 000252155

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.
Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.

a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL



Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.
NIP. 196611181994031001



Disclaimer:
Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan permohonan.



REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202117232, 24 Maret 2021

Pencipta

Nama : Rika Sarfika
Alamat : Kampus Fakultas Keperawatan Universitas Andalas, Padang,
SUMATERA BARAT, 25163

Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : LPPM Universitas Andalas
Alamat : Gedung Rektorat Lantai 2, Kampus UNAND Limau Manis, Padang,
SUMATERA BARAT, 25163

Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : Lagu (Musik Dengan Teks)
Judul Ciptaan : RIKA

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 11 November 2019, di Padang

Angka waktu perlindungan : Berlaku selama 50 (lima puluh) tahun sejak Ciptaan tersebut pertama kali dilakukan Pengumuman.

Nomor pencatatan : 000244707

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.
Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL

Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.
NIP. 196611181994031001

Disclaimer:

Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan permohonan.



REPUBLIK INDONESIA
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC00202117552, 26 Maret 2021

Pencipta

Nama : Rika Sarfika, Prof. Dr. Rer. Soz. Nursyirwan Effendi dkk
Alamat : Fakultas Keperawatan Universitas Andalas, Padang, SUMATERA BARAT, 25163
Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : LPPM Universitas Andalas
Alamat : Gedung Rektorat Lantai 2, Kampus UNAND Limau Manis, Padang, SUMATERA BARAT, 25163
Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : Program Komputer
Judul Ciptaan : RIKASMART
Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali : 6 November 2019, di Padang
di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia
Angka waktu perlindungan : Berlaku selama 50 (lima puluh) tahun sejak Ciptaan tersebut pertama kali dilakukan Pengumuman.
Nomor pencatatan : 000247362

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL


Dr. Freddy Harris, S.H., LL.M., ACCS.
NIP. 196611181994031001

Disclaimer:

Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan permohonan.

PROFIL PENULIS



Rika Sarfika, yang akrab dipanggil Rika, lahir di Pesisir Selatan 15 September 1984. Penulis menyelesaikan pendidikan dasar di Sekolah Dasar Negeri (SDN) 55 Padang Tae (1991-1997), dan Sekolah Menengah Pertama Negeri (SMPN) 2 Sutera Pesisir Selatan (1997-2000), dan Sekolah Menengah Atas Negeri (SMAN) 2 Painan Pesisir Selatan (2000-2003). Kemudian Penulis melanjutkan pendidikannya ke Perguruan Tinggi Negeri (PTN) di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas (FK-UNAND) dengan mengambil jurusan Ilmu Keperawatan program studi S1 Keperawatan dan Program profesi Ners (2003-2010). Pada tahun yang sama, Penulis melanjutkan pendidikannya ke jenjang Magister di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (UI) dengan mengambil bidang keilmuan Keperawatan Jiwa (2010-2012).

Setelah menyelesaikan pendidikan S2 nya di Universitas Indonesia, Penulis bekerja sebagai dosen di Fakultas Keperawatan UNAND. Pada Tahun 2015-2021, Penulis melanjutkan pendidikannya pada Program Doktor Program Studi S3 Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran UNAND. Tahun 2020 hingga sekarang, Penulis menjabat sebagai Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (UP2M) Fakultas Keperawatan (FKEP). Penulis juga aktif menulis buku ajar dan buku karya penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Salah satu buku yang paling banyak di sitasi adalah buku ajar keperawatan yang berjudul “Komunikasi Dalam Keperawatan 2”. Selain itu, penulis juga aktif menulis dan menelaah artikel-artikel penelitian baik pada jurnal nasional maupun internasional.



Prof. Dr. rer. soz. Nursyirwan Effendi, adalah dosen jurusan Antropologi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (FISIP), Universitas Andalas semenjak tahun 1990. Semenjak tahun 2008 menjadi guru besar Antropologi. Lulus S1 ilmu Antropologi di FISIP Universitas Indonesia tahun 1989. Pernah mendapatkan program *internship* di *School of Oriental and African Studies (SOAS)*, London, tahun 1992. Studi S3 dilanjutkan

dibidang Antropologi Sosial di University of Bielefeld, Jerman, tahun 1994 s/d 1999 dan mendapat yudisium ***magna cum laude***, dibawah bimbingan Prof. Dr. Günther Schlee (pakar Antropologi Sosial) dan Prof. Dr. Hans-Dieter Evers (pakar Sosiologi Pembangunan). Karya awal buku internasional yang telah dihasilkan *Trade and Traders in West Sumatra* (2005) diterbitkan oleh LIT Verlag, Jerman, yang tersedia di *amazon.com*. Karya buku, *Antropologi dan Pembangunan di Masyarakat Lokal* (2007) dan *Komunitas, Pembangunan dan Globalisasi* (2017). Sertifikat Paten no. EC 00201974763, 8 Oktober 2019.

Tulisan berupa *book chapter* ada dalam sejumlah buku yang diterbitkan oleh Gramedia, LIPI, HIPIIS dan lainnya. Riset multi year tentang Kajian budaya kewirausahaan dan suku bangsa yang terangkum dalam konsep *ethnopreneurship* didapat melalui Riset Unggulan Kemasyarakatan dan Kemanusiaan (RUKK) oleh Kemenristek 2001-2003, kemudian dikembangkan dalam riset-riset lanjutan sejak tahun 2011-2013 tentang wirausahawan etnis (*ethnic entrepreneurs*). Sejak tahun 2018, riset tentang pembangunan masyarakat desa (Nagari) yang dikombinasikan dengan budaya kewirausahaan di desa menjadi *interest*.

Beberapa undangan menjadi keynote di dalam dan luar negeri seperti di Unveraitas Bangka Belitung, 2015, University of Sun Yat Sen, Guang Zhou (2017), dan Chongqing University (2018), menjadi visiting scholar di LA Trobe University Australia (2003) dan Max Planck Institute for Social Anthropology, Halle-Saale Jerman tahun 2004, 20011 dan 2018. Beberapa tulisan di jurnal nasional Masyarakat Indonesia (LIPI), Jurnal Antropologi: Isu-isu Sosial Budaya, dll. Diundang sebagai *external reviewer* dari Jurnal Makara UI, Jurnal Antropologi Indonesia (JAI) UI, dan Jurnal Ilmu Soal dan Ilmu Politik (JSP), UGM, Jurnal Pembangunan Nagari (JPN), Balitbang Sumbar.

Sekarang ini, semenjak tahun 2017 dipercaya menjadi Koordinator Program Studi Magister Ilmu Antropologi, FISIP, Universitas Andalas.



Dr. dr. Adnil Edwin Nurdin, SP.K.J (alm)

Penulis adalah seorang dosen senior pada Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. Penulis memiliki banyak pengalaman dalam menulis buku-buku ilmiah dan artikel penelitian. Salah satu karya buku yang paling dikenal adalah “Buku Tumbuh Kembang Perilaku Manusia” yang terbit di Penerbit Buku Kedokteran EGC tahun 2011 yang hingga saat ini telah disitasi sebanyak 59 kali oleh para penulis dibidang ilmu terkait. Penulis merupakan

lulusan S3 kedokteran dengan kosentrasi spesialis kedokteran jiwa di Universitas Airlangga tahun 2000-2004. Pada semasa aktifnya, penulis giat menulis buku-buku dan artikel-artikel penelitian yang berkaitan dengan ilmu kedokteran jiwa.



Hema Malini, S.Kp, M.N., Ph.D

Associate Professor dan seorang pengajar pada Fakultas Keperawatan Universitas Andalas. Saat ini banyak menekuni bidang pengembangan model pendidikan kesehatan terutama dalam penanganan penyakit kronis dan tidak menular. Lulus Sarjana Keperawatan dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, tahun 1999, dan melanjutkan studi Master of Nursing, di Monash University

Australia, tahun 2003-2004. Menyelesaikan pendidikan Doctoral in Nursing pada tahun 2015 dari Monash Univeristy Australia. Beberapa buku yang telah berhasil diterbitkan adalah buku Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan; Keperawatan Medikal Bedah I dan II, Manajemen Diabetes Distress; dan satu buku yang merupakan hasil menerjemahkan buku teks bahasa Inggris yaitu Pengantar Penelitian Mixed Methods.