



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**EFEKTIVITAS PRAKTIKUM KLINIS DI RSJ DALAM
MENINGKATKAN LITERASI KESEHATAN MENTAL DAN
MENGURANGI STIGMA GANGGUAN JIWA
PADA MAHASISWA**

OLEH:

NANA WILDANA

NPM:2407210011

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
BANDA ACEH**

2025



**PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**EFEKTIVITAS PRAKTIKUM KLINIS DI RSJ DALAM
MENINGKATKAN LITERASI KESEHATAN MENTAL DAN
MENGURANGI STIGMA GANGGUAN JIWA
PADA MAHASISWA**

Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

OLEH:

NANA WILDANA

NPM: 2407210011

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
BANDA ACEH**

2025

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nana Wildana

NPM : 2407210011

Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan

Dengan ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul " **Efektivitas Praktikum Klinis Di RSJ Dalam Meningkatkan Literasi Kesehatan Mental Dan Mengurangi Stigma Gangguan Jiwa Pada Mahasiswa** " benar-benar merupakan hasil karya pribadi dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Apabila dikemudian hari diketahui bahwa tesis ini merupakan hasil dibuat oleh pihak-pihak lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan oleh Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh (UNMUHA), termasuk pembatalan hasil sidang tesis atau pembatalan hak atas gelar magister saya.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya dan tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, 27 Oktober 2025



Nana Wildana
NPM. 2407210011

ABSTRAK

Nama : Nana Wildana
NPM : 2407210011
Prodi : Magister Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Administrasi Kebijakan Kesehatan

EFEKTIVITAS PRAKTIKUM KLINIS DI RSJ DALAM MENINGKATKAN LITERASI KESEHATAN MENTAL DAN MENGURANGI STIGMA GANGGUAN JIWA PADA MAHASISWA

Praktik klinik di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) merupakan metode pembelajaran esensial untuk mempersiapkan tenaga kesehatan yang kompeten. Namun, rendahnya literasi kesehatan mental dan tingginya stigma negatif terhadap gangguan jiwa di kalangan mahasiswa seringkali menjadi hambatan yang memicu kecemasan dan stres selama proses praktik. Pemahaman mendalam mengenai efektivitas praktik klinik dan faktor-faktor yang mempengaruhinya sangat diperlukan untuk optimalisasi kurikulum pendidikan profesi. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi efektivitas praktikum klinis dalam meningkatkan literasi dan mengurangi stigma, serta menganalisis determinan perubahan kesehatan mental mahasiswa berdasarkan durasi praktik, usia, dan jenis kelamin.

Penelitian ini merupakan studi kuantitatif analitik dengan desain *quasi-experimental one-group pretest-posttest* yang melibatkan 569 mahasiswa profesi kesehatan di Rumah Sakit Jiwa Aceh. Pengambilan sampel dilakukan menggunakan teknik total sampling. Data dikumpulkan menggunakan instrumen Mental Health Literacy Scale (MHLS), Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC), dan DASS-21. Analisis data dilakukan secara univariat, bivariat, dan multivariat menggunakan uji Regresi Linear Berganda (Multiple Linear Regression) dengan bantuan perangkat lunak STATA MP-17.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa praktikum klinis secara signifikan meningkatkan literasi kesehatan mental mahasiswa ($p=0,0007$) serta menurunkan gejala ansietas ($p=0,0204$) dan stres ($p=0,0287$). Namun, perubahan pada variabel stigma terhadap gangguan jiwa tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan secara statistik ($p=0,3913$). Analisis multivariat menunjukkan bahwa durasi praktik 1 bulan merupakan periode paling efektif dalam memperbaiki status kesehatan mental, dengan penurunan skor Ansietas ($B=-3,714$; $p=0,000$) dan Stres ($B=-3,549$; $p=0,000$) yang paling tajam dibandingkan durasi 2 minggu. Peningkatan literasi terbukti berkontribusi signifikan terhadap penurunan gejala Ansietas ($p=0,010$) dan Depresi ($p=0,045$), namun penurunan stigma tidak berkontribusi signifikan. Faktor demografi usia turut berpengaruh, di mana mahasiswa yang lebih tua cenderung memiliki adaptasi penurunan kecemasan yang lebih lambat ($p=0,029$).

Kesimpulan penelitian ini menegaskan bahwa praktikum klinis di RSJ efektif dalam memperbaiki aspek kognitif (literasi), namun tidak dengan persepsi (stigma) mahasiswa. Durasi praktik selama 1 bulan direkomendasikan sebagai standar waktu optimal untuk mencapai adaptasi psikologis yang maksimal.

Kata Kunci : Praktik klinik RSJ; literasi kesehatan mental; stigma; durasi praktik; kesehatan mental mahasiswa

Referensi : 68 Referensi (1984 – 2025)

ABSTRACT

Name : Nana Wildana
Student ID : 2407210011
Program : Master of Public Health
Field of Study : Health Policy and Administration

EFFECTIVENESS OF CLINICAL PRACTICE IN PSYCHIATRIC HOSPITALS IN IMPROVING MENTAL HEALTH LITERACY AND REDUCING MENTAL ILLNESS STIGMA AMONG STUDENTS

Clinical practice in psychiatric hospitals is an essential learning method to prepare competent healthcare professionals. However, low mental health literacy and stigma toward mental illness among students may contribute to anxiety and stress during clinical training. This study aimed to evaluate the effectiveness of clinical practice in improving mental health literacy and reducing stigma, and to analyze determinants of students' mental health changes based on practice duration, age, and gender.

This quantitative analytic study used a quasi-experimental one-group pretest–posttest design involving 569 healthcare students at Aceh Psychiatric Hospital. Total sampling was applied. Data were collected using the Mental Health Literacy Scale (MHLS), Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC), and Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). Data were analyzed using univariate, bivariate, and multivariate analyses with Multiple Linear Regression in STATA MP-17.

The results showed that clinical practice significantly improved mental health literacy ($p=0.0007$) and reduced anxiety ($p=0.0204$) and stress ($p=0.0287$), while stigma toward mental illness did not change significantly ($p=0.3913$). Multivariate analysis indicated that a one-month practice duration was the most effective period for improving mental health outcomes, with the greatest reductions in anxiety ($B = -3.714$; $p = 0.000$) and stress ($B = -3.549$; $p = 0.000$) compared with two weeks. Increased mental health literacy significantly contributed to reductions in anxiety ($p = 0.010$) and depression ($p = 0.045$), whereas stigma showed no significant contribution. Age was also associated with mental health outcomes, with older students showing slower reductions in anxiety ($p = 0.029$).

In conclusion, psychiatric clinical practice improves students mental health literacy and psychological outcomes but does not significantly reduce stigma. A one month practice duration is recommended to support optimal psychological adaptation.

Keywords : Psychiatric clinical practice; mental health literacy; stigma; practice duration; student mental health

Reference : 68 References (1984 – 2025)

PENGESAHAN KOMITE SIDANG TESIS

**EFEKTIVITAS PRAKTIKUM KLINIS DI RSJ DALAM MENINGKATKAN LITERASI
KESEHATAN MENTAL DAN MENGURANGI STIGMA
GANGGUAN JIWA PADA MAHASISWA**

Oleh:
NANA WILDANA
NPM: 2407210011

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Komite Sidang
Tesis Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, Februari 2026
Disetujui Oleh Komite Sidang Tesis

Pembimbing I : **Dr. dr. Melania Hidayat, MPH**
NIDN. 1306056301

DocuSigned by:
Melania Hidayat
E997D6B92B9145B...

Pembimbing II : **Dr.rer.med.Marthoenis,Msc.,MPH**
NIP. 198307292016091001

Penguji I : **Dr. Radhiah Zakaria, M.Sc**
Nik. 196810262019122001

Penguji II : **Dr. Maidar, M.Kes**
NIP. 197107231991012001

Mengetahui
Direktur Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh



Prof. Dr. Ir. Hafnidar A. Rani S.T, M.M, IPU., ASEAN Eng., ACPE., APEC Eng.
NIK. 19700314 200004 2 001

PENGESAHAN KOMITE SIDANG TESIS

**EFEKTIVITAS PRAKTIKUM KLINIS DI RSJ DALAM MENINGKATKAN LITERASI
KESEHATAN MENTAL DAN MENGURANGI STIGMA GANGGUAN JIWA
PADA MAHASISWA**

Oleh: **NANA
WILDANA** NPM:
2407210011

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Komite Sidang
Tesis Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, Februari 2026
Disetujui Oleh Komite Sidang Tesis

Pembimbing I : **Dr. dr. Melania Hidayat, MPH**
NIDN. 1306056301


DocuSigned by:
Melania Hidayat
e33b730a27b9145b

Pembimbing II : **Dr. rer. med. Marthoenis, Msc., MPH**
NIP. 198307292016091001

Penguji I : **Dr. Radhiah Zakaria, M.Sc**
Nik. 196810262019122001

Penguji II : **Dr. Maidar, M.Kes**
NIP. 197107231991012001

Mengetahui
Direktur Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh


Prof. Dr. Ir. Hafnidar A. Rani S.T, M.M, IPU., ASEAN Eng., ACPE., APEC Eng.
NIK. 19700314 200004 2 001

BIODATA

Nama : Nana Wildana
Tempat/Tanggal Lahir : Banda Aceh/17 Agustus 1988
Alamat : Jl. Syiah Kuala Lr. Hipelmakas Desa Banda
Desa Bandar Baru, Kec. Kuta Alam
Kota Banda Aceh
Pendidikan yang ditemput (S1) : Sarjana Kesehatan Masyarakat,
Universitas Serambi Mekkah

Publikasi

:

1. *Long Term Effects of Ketogenic Low Carbohydrate and Low Fat Diets On Weight Loss, Risk Of Dyslipidemia Risk, and Cardiometabolic Outcomes* (Jurnal Kesehatan SEHATI)
2. Evaluasi Program Hipertensi di Pelayanan Kesehatan Puskesmas Blang Bintang Kabupaten Aceh Besar (Jurnal Kesehatan SEHATI)
3. Evaluasi Program Hipertensi di Puskesmas Sirait, Samosir: Studi Logic Model Tahun 2022-2024 (Jurnal Kesehatan Tambusai)

Banda Aceh, 27 Oktober 2025



Nana Wildana
NPM: 2407210011

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Allah *Subhnanu Wa Ta'ala* atas rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan Tesis dengan judul **“Efektivitas Praktikum Klinis di RSJ Dalam Meningkatkan Literasi Kesehatan Mental dan Mengurangi Stigma Gangguan Jiwa Pada Mahasiswa”**, Shalawat serta salam senantiasa tercurah kepada junjungan Nabi Besar Muhammad *Shallahu Wa ‘Alaihi Wasalam* yang telah menjadi suri teladan dan panutan bagi umat manusia, baik di dunia maupun di akhirat.

Tesis ini merupakan salah satu syarat yang harus dipenuhi untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Program Studi MKM-Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh dan secara khusus penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada Ayahanda dan Ibunda (Almarhum/Almarhumah) tercinta yang senantiasa memberikan doa, serta motivasi dalam setiap langkah kehidupan penulis.

Ucapan terima kasih yang tak terhingga untuk suami dan anak-anak tercinta yang selalu memberikan dukungan, pengertian, kesabaran, serta semangat kepada penulis dalam menyelesaikan studi ini.

Selanjutnya penulis juga menyampaikan rasa terima kasih kepada:

- a. Bapak Dr. Aslam Nur, MA selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Aceh;
- b. Prof. Dr. Ir. Hafnidar A. Rani S.T, M.M, IPU., ASEAN Eng., ACPE., APEC Eng. Selaku Direktur Pasca Sarjana Universitas Muhammadiyah Aceh
- c. Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc. HPPF, DLSHTM, PhD, selaku Guru Besar Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh.
- d. Ibu Dharina, SKM., MKM., Ph.D, selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh;
- e. Ibu Dr.dr.Melania Hidayat, MPH dan Bapak Dr. rer.med Marthoenis, M.Sc, MPH sebagai pembimbing Tesis
- f. Ibu Dr. Radhiah Zakaria, M.Sc dan Ibu Dr. Maidar, M.Kes sebagai Dosen

penguji Tesis

- g. Semua dosen pembimbing mata kuliah yang telah membimbing dan mengarahkan penulisan Tesis ini.

Penulisan tesis ini masih banyak kekurangan yang sangat membutuhkan saran serta kritik untuk perbaikan tulisan ini. Akhirnya kepada Allah *Subhanahu Wa Ta'ala* saja semua urusan kita serahkan dan Dia Maha Kuasa atas segala sesuatu.

Terima kasih,

Banda Aceh, 27 Oktober 2025



Nana Wildana

NPM. 240721001



DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	i
ABSTRAK.....	ii
ABSTRACT	iii
LEMBAR PENGESAHAN TESIS	iv
PENGESAHAN KOMITE SIDANG TESIS	v
BIODATA.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1.Latar Belakang.....	1
1.2.1 Rumusan Masalah	3
1.3 Pertanyaan Penelitian	3
1.4 Tujuan Penelitian.....	4
1.4.1 Tujuan Umum Penelitian.....	4
1.4.2 Tujuan Khusus Penelitian	4
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	4
1.6 Manfaat Penelitian	5
1.6.1 Manfaat Praktis	5
1.6.2 Manfaat Teoritis.....	5
1.7 Originalitas Penelitian	6
Tabel 1 Originalitas Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 Praktikum Klinis.....	11
2.1.1 Pengertian Praktikum Klinis	11
2.1.2 Praktikum Klinis di Rumah Sakit Jiwa (RSJ)	11
2.1.3 Tujuan Praktikum Klinis.....	12
2.1.4 Manfaat Praktikum Klinis.....	12
2.1.5 Tantangan Praktikum Klinis di RSJ	12
2.1.6 Peran Pengalaman Langsung dalam Pendidikan Kesehatan Mental ..	12
2.1.7 Efek terhadap Empati, Pengetahuan, dan Kesehatan Mental Mahasiswa	13
2.2 Literasi Kesehatan Mental.....	14
2.2.1 Definisi Literasi Kesehatan Mental.....	14
2.2.2 Aspek Literasi Kesehatan Mental	14
2.2.3 Dimensi Literasi Kesehatan Mental.....	15
2.3 Stigma.....	16
2.3.1 Pengertian Stigma.....	16
2.3.2 Tipe Stigma.....	16
2.3.3 Dimensi Stigma.....	16

2.3.4	<i>Stigma Terhadap ODGJ</i>	17
2.3.5	<i>Penyebab Stigma Terhadap ODGJ</i>	17
2.3.6	<i>Bentuk Stigma Terhadap ODGJ</i>	18
2.4.6	Kesehatan Mental	18
2.4.1	<i>Pengertian Kesehatan Mental</i>	18
2.4.2	<i>Indikator-Indikator Kesehatan Mental</i>	19
2.4.3	<i>Faktor-faktor yang mempengaruhi Kesehatan Mental</i>	19
2.4.4	<i>Dampak Kesehatan Mental</i>	20
2.5	<i>Vignette sebagai Instrumen Penunjang Pengukuran</i>	21
2.6	Kerangka Teori	22
2.7	Kerangka Berpikir	24
BAB III	KERANGKA KONSEP	26
3.1	Kerangka Konsep	26
3.2	Hipotesis Penelitian.....	27
3.3	Variable Penelitian	28
3.3.1	<i>Variabel Independen</i>	28
3.3.2	<i>Variable Dependen</i>	28
3.4	Definisi Operasional.....	29
	<i>Tabel 3 Definisi Operasional</i>	29
BAB IV	METODOLOGI PENELITIAN	31
4.1	Desain Penelitian.....	31
4.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	32
4.3	Populasi dan Sampel Penelitian	32
4.3.1	<i>Populasi</i>	32
4.3.2	<i>Sampel</i>	33
4.4	Pengumpulan Data	33
4.5	Rancangan Analisis Data	36
4.6	Jadwal Penelitian.....	37
BAB V	HASIL PENELITIAN	39
5.1	Gambaran Umum.....	39
5.1.1	<i>Profil Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Aceh</i>	39
5.1.2	<i>Fasilitas dan Jenis Pelayanan</i>	40
5.1.3	<i>Data Kapasitas Tempat Tidur dan Indikator Pelayanan</i>	41
5.2	Hasil Penelitian.....	43
5.2.1	<i>Karakteristik Responden</i>	43
5.2.2	<i>Analisis Univariat</i>	46
5.2.3	<i>Analisis Bivariat</i>	49
5.2.4	<i>Analisis Multivariat</i>	52
5.2.5	<i>Ringkasan Temuan Kunci</i>	57
BAB VI	59
PEMBAHASAN	59
6.1	Pembahasan Umum Penelitian	59
6.2	Pembahasan Khusus Penelitian	60
6.2.1	<i>Pengaruh Durasi Praktik terhadap Penurunan Gejala Psikologis</i>	60
6.2.2	<i>Kontribusi Literasi Kesehatan Mental dan Stigma sebagai Determinan</i>	

<i>Perubahan Status Psikologis</i>	<i>63</i>
<i>6.2.3 Perbedaan Adaptabilitas Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin.....</i>	<i>65</i>
<i>6.2.4 Keterbatasan Penelitian.....</i>	<i>66</i>
BAB VII.....	68
KESIMPULAN DAN SARAN.....	68
7.1 Kesimpulan.....	68
7.2 Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA.....	71
LAMPIRAN	82



DAFTAR TABEL

Tabel 1 Originalitas Penelitian	7
Tabel 3 Definisi Operasional	29
Tabel 4. 1 Jadwal Penelitian	38
Tabel 5. 1 Data Ketenagaan Rumah Sakit Jiwa Aceh	41
Tabel 5. 2 Karakteristik Responden.....	43
Tabel 5. 3 Distribusi Jawaban Vignette (Studi Kasus Andi) pada Mahasiswa	45
Tabel 5. 4 Gambaran Skor Rata-Rata (Mean) Variabel Penelitian	46
Tabel 5. 5 Distribusi Frekuensi Variabel Penelitian Berdasarkan Kategori	47
Tabel 5. 6 Hasil Uji Normalitas Data (Shapiro-Wilk).....	49
Tabel 5. 7 Hasil Uji Beda Rata-Rata (Wilcoxon Signed Rank Test)	50
Tabel 5. 8 Hasil Uji Regresi Linear Pengaruh Durasi Praktik (Dummy) terhadap Selisih Skor Variabel Penelitian	50
Tabel 5. 9 Ringkasan Hasil Uji Asumsi Klasik (Multikolinearitas, Heteroskedastisitas, dan Normalitas).....	53
Tabel 5. 10 Hasil Analisis Multivariat Faktor Determinan Perubahan Kesehatan Mental Mahasiswa	55
Tabel 5. 11 Ringkasan Temuan Utama dan Bukti Statistik.....	57

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Experiential Learning Theory	23
Gambar 2.2 Mental Health Literacy Model	23
Gambar 2.3 Dual-Continua Model of Mental Health.....	24
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	27



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Dokumen Izin Penelitian
- Lampiran II Kuesioner Penelitian
- Lampiran III Dokumentasi Pengambilan Data
- Lampiran IV Master Tabel
- Lampiran V Output Analysis



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Masalah gangguan jiwa semakin menjadi perhatian global dalam dua dekade terakhir. Seseorang dikatakan sehat secara mental apabila ia mampu menyadari potensinya, mengelola stres kehidupan, bekerja secara produktif, dan berkontribusi pada komunitasnya. Namun, data global menunjukkan bahwa masalah kesehatan mental terus meningkat. Lebih dari 970 juta orang di dunia mengalami gangguan jiwa, dan angka tersebut cenderung meningkat pasca pandemi COVID-19 (WHO, 2023).

Di Indonesia, menurut hasil *Riskesdas* (2018), mencatat bahwa sekitar 6,1% penduduk berusia ≥ 15 tahun mengalami gangguan mental emosional, sedangkan 0,18% mengalami gangguan jiwa berat seperti skizofrenia. Selain itu, data dari Profil Kesehatan Indonesia tahun 2021 mengindikasikan peningkatan kunjungan ke fasilitas pelayanan jiwa di berbagai daerah, yang menandakan kesadaran dan beban gangguan jiwa yang semakin tinggi. Temuan ini mengindikasikan bahwa gangguan jiwa bukan hanya isu klinis, tetapi juga masalah kesehatan masyarakat yang kompleks dan memerlukan perhatian dari berbagai pihak, termasuk institusi pendidikan.

Salah satu tantangan utama dalam penanganan gangguan jiwa adalah tingginya stigma di masyarakat. Stigma tidak hanya datang dari masyarakat umum, tetapi juga ditemukan di kalangan tenaga kesehatan dan mahasiswa kesehatan. Stigma ini muncul karena kurangnya pemahaman, pengalaman langsung, serta pengaruh stereotip negatif yang terus berkembang. Akibatnya, banyak individu dengan gangguan jiwa enggan mencari pertolongan profesional, yang pada akhirnya memperburuk kondisi mereka.

Mahasiswa tenaga kesehatan memiliki peran strategis dalam mengubah paradigma tersebut. Oleh karena itu, penting bagi institusi pendidikan untuk menyediakan pengalaman belajar yang tidak hanya bersifat teoritis, tetapi juga praktis dan empatik. Mahasiswa kesehatan merupakan kelompok calon tenaga profesional yang kelak akan terlibat langsung dalam pelayanan kesehatan jiwa. Namun, pengetahuan yang terbatas, literasi kesehatan mental yang rendah, dan

sikap negatif terhadap gangguan jiwa sering kali masih melekat di kalangan mahasiswa (Andalasari & Safitri, 2024). Hal ini menjadi tantangan tersendiri dalam pendidikan kesehatan mental di institusi pendidikan tinggi. Rendahnya literasi dan tingginya stigma ini berdampak buruk terhadap kesiapan mereka dalam merawat pasien jiwa, mengurangi empati, bahkan meningkatkan risiko burnout (Dewi, 2022).

Menurut Mahardika (2021), Praktikum klinis di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) merupakan salah satu bentuk pendidikan berbasis pengalaman (*experiential learning*) yang dapat memainkan peran penting dalam membentuk persepsi, pengetahuan, dan sikap mahasiswa terhadap gangguan jiwa. Melalui interaksi langsung dengan pasien, mahasiswa berkesempatan untuk memahami kondisi pasien secara nyata, yang diharapkan dapat meningkatkan literasi kesehatan mental, mengurangi prasangka, dan membangun empati.

Sejumlah penelitian telah menunjukkan bahwa praktik klinis di Rumah Sakit Jiwa dapat meningkatkan pengetahuan dan literasi kesehatan mental mahasiswa, sekaligus menurunkan stigma mereka terhadap ODGJ. Menurut Andalasari (2024), mahasiswa keperawatan yang mengikuti praktikum selama dua minggu menunjukkan peningkatan skor literasi sebesar 18% dan penurunan sikap diskriminatif sebesar 25%. Hasil ini menunjukkan bahwa pengalaman langsung dalam merawat pasien jiwa mampu mempengaruhi sikap dan pemahaman mahasiswa secara positif.

Namun, pengalaman praktik di RSJ juga dapat menjadi sumber stres atau bahkan trauma apabila mahasiswa tidak memiliki kesiapan mental yang memadai. Lingkungan RSJ yang berbeda dengan rumah sakit umum, karakteristik pasien yang kompleks, serta beban psikologis yang mungkin timbul, berpotensi memengaruhi kesehatan mental mahasiswa itu sendiri. Oleh karena itu, evaluasi terhadap efektivitas praktikum klinis di RSJ perlu dilakukan secara menyeluruh, tidak hanya menilai aspek kognitif dan afektif, tetapi juga dampaknya terhadap kondisi psikologis mahasiswa.

Dengan demikian, penelitian ini penting dilakukan untuk mengetahui sejauh mana praktikum klinis di RSJ efektif dalam meningkatkan literasi kesehatan mental dan mengurangi stigma terhadap gangguan jiwa pada mahasiswa. Penelitian ini juga

bertujuan untuk mengkaji dampak praktikum tersebut terhadap kesehatan mental mahasiswa secara keseluruhan. Melalui pendekatan *pretest–posttest*, hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi ilmiah dalam pengembangan strategi pendidikan kesehatan jiwa yang lebih humanis dan berbasis pengalaman nyata.

1.2.1 Rumusan Masalah

Mahasiswa yang mengikuti praktik klinis di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) dihadapkan pada tantangan dalam memahami dan merespons gangguan jiwa secara komprehensif, baik dari aspek pengetahuan maupun sikap. RSJ sebagai institusi pelayanan sekaligus wahana pendidikan memiliki peran strategis dalam membentuk pemahaman mahasiswa terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Praktik klinis yang dilakukan di RSJ memberikan kesempatan bagi mahasiswa untuk berinteraksi langsung dengan pasien, sehingga diharapkan mampu meningkatkan literasi kesehatan mental, memperkuat pengetahuan, dan menurunkan stigma terhadap ODGJ. Selain itu, pengalaman praktik juga berpotensi memengaruhi kondisi psikologis mahasiswa itu sendiri, baik secara positif maupun negatif. Oleh karena itu, penelitian ini difokuskan untuk menjawab apakah praktikum klinis di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) efektif dalam meningkatkan literasi kesehatan mental mahasiswa, menurunkan stigma terhadap gangguan jiwa, dan meningkatkan kesehatan mental mahasiswa yang mengikuti kegiatan praktikum tersebut.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan utama dalam penelitian ini adalah apakah praktikum klinis di RSJ efektif untuk meningkatkan literasi kesehatan mental, menurunkan stigma, dan memperbaiki kesehatan mental mahasiswa.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum Penelitian

Untuk mengevaluasi efektivitas praktikum klinis di Rumah Sakit Jiwa dalam meningkatkan literasi kesehatan mental dan kesehatan mental mahasiswa serta menurunkan stigma terhadap gangguan jiwa

1.4.2 Tujuan Khusus Penelitian

- a. Menganalisis efektivitas praktik klinis dalam meningkatkan Literasi Kesehatan Mental mahasiswa sebelum dan sesudah intervensi di Rumah Sakit Jiwa.
- b. Menganalisis efektivitas praktik klinis dalam menurunkan Stigma mahasiswa terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) sebelum dan sesudah intervensi.
- c. Menganalisis perubahan skor Depresi, Ansietas, dan Stres (DASS-21) mahasiswa sebelum dan sesudah menjalani praktik klinis.
- d. Menganalisis pengaruh faktor determinan (Durasi Praktik, Usia, Jenis Kelamin, Perubahan Literasi, dan Perubahan Stigma) terhadap perbaikan status kesehatan mental mahasiswa.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini difokuskan pada mahasiswa yang sedang menjalani praktik klinis di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) pada tahun akademik berjalan. Objek penelitian mencakup tiga aspek utama, yaitu tingkat pengetahuan mahasiswa mengenai gangguan jiwa, literasi kesehatan mental, serta stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), yang diukur sebelum dan sesudah praktik klinis. Selain itu, penelitian ini juga mencermati perubahan kondisi kesehatan mental mahasiswa sebagai akibat dari pengalaman praktik di lingkungan RSJ. Lokasi penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa tempat praktik klinis berlangsung, serta institusi pendidikan tempat mahasiswa menempuh pendidikan. Waktu penelitian mencakup tahap pretest sebelum praktik klinis dimulai, dan posttest setelah praktik selesai. Penelitian ini dibatasi hanya pada mahasiswa yang mengikuti praktik klinis secara penuh dan bersedia menjadi responden. Evaluasi difokuskan pada dampak dari praktik klinis itu sendiri, bukan

pada keseluruhan kurikulum pendidikan. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari kuesioner baku seperti *Mental Health Literacy Scale (MHLS)*, *stigma scale (OMS-HC atau CAMI)*, *DASS-21*, serta kuesioner *Mental Health Knowledge Questionnaire (MHKQ)* yang telah divalidasi sebelumnya. Ruang lingkup ini memberikan gambaran jelas tentang fokus dan batasan penelitian dalam mengevaluasi efektivitas praktik klinis di RS Jiwa terhadap peningkatan literasi kesehatan mental dan pengurangan stigma mahasiswa.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Praktis

a. Institusi Pendidikan

Memberikan masukan dalam perancangan kurikulum praktik klinik yang lebih responsif terhadap kesiapan mental mahasiswa.

b. Rumah sakit jiwa

Menjadi bahan evaluasi dalam membimbing mahasiswa agar praktik menjadi edukatif dan minim tekanan psikologis.

c. Mahasiswa

Membantu mengenali dan memahami pentingnya kesiapan mental, pengetahuan, dan sikap positif terhadap ODGJ sebelum menjalani praktik di RSJ.

d. Pengembang program

Menjadi dasar pengembangan program pelatihan prapraktik yang berorientasi pada peningkatan empati dan penurunan stigma terhadap pasien gangguan jiwa.

1.6.2 Manfaat Teoritis

a. Kesehatan mental dan pendidikan

Memperkaya literatur akademik terkait pengaruh praktik klinik RSJ terhadap literasi, pengetahuan, dan stigma mahasiswa.

b. Pengembang teori

Menjadi landasan dalam pengembangan model *experiential learning* untuk pendidikan keperawatan jiwa yang berfokus pada interaksi langsung dengan pasien.

1.7 Originalitas Penelitian

Tabel 1.1 berikut mencantumkan sejumlah penelitian sebelumnya tentang hubungan antara literasi Kesehatan mental dan stigma dan kesehatan mental:



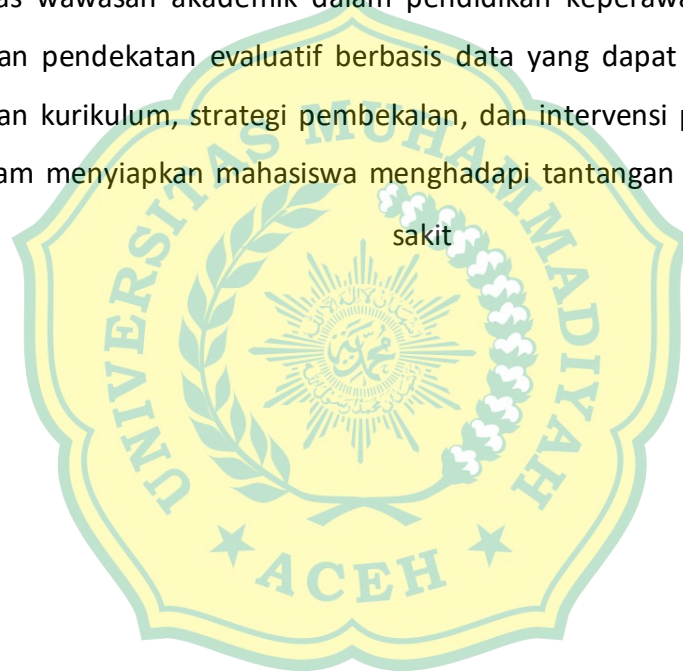
Tabel 1 Originalitas Penelitian

No.	Peneliti & Tahun	Judul Penelitian	Metode	Kesimpulan	Perbedaan dengan Penelitian Ini
1.	(Sugiharno et al., 2022)	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan Mahasiswa dalam Menghadapi Praktik Klinik	Penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan desain cross sectional study	Adanya hubungan signifikan antara pengetahuan, keterampilan, dosen pembimbing, dan lingkungan mahasiswa keperawatan tingkat diploma iii yang menghadapi praktik keperawatan klinis.	Penelitian ini meneliti pengaruh praktik klinis di rumah sakit jiwa terhadap literasi kesehatan mental, pengetahuan, dan stigma mahasiswa dengan menggunakan pendekatan one-group pretest-posttest.
2.	(Samperinding et al., 2021)	Gambaran Stigma Mahasiswa Mengenai Penderita Gangguan Jiwa	Penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional	Sebagian besar mahasiswa keperawatan di stikes jenderal achmad yani yogyakarta memiliki tingkat stigma terhadap odgj dalam kategori sedang.	Penelitian ini secara eksplisit bertujuan untuk mengukur perubahan tingkat stigma, literasi kesehatan mental, dan pengetahuan mahasiswa sebelum dan sesudah praktik klinis di rumah sakit jiwa, menggunakan desain kuasi-eksperimental one-group pretest-posttest.
3.	(Puspitasari et al., 2020)	<i>Perceptions, Knowledge, and Attitude Toward Mental Health Disorders and Their Treatment Among</i>	Cross-sectional	Siswa menunjukkan pengetahuan yang baik dan sikap positif terhadap gangguan kesehatan mental. Namun, beberapa siswa masih memiliki persepsi negatif mengenai pendekatan terhadap	Penelitian ini secara eksplisit bertujuan untuk mengukur perubahan tingkat stigma, literasi kesehatan mental, dan pengetahuan mahasiswa sebelum dan sesudah praktik klinis di rumah

		<i>Students in an Indonesian University</i>		<p>seseorang yang memiliki gangguan mental, sehingga menimbulkan keraguan dan ketakutan. Promosi kesehatan tentang gangguan kesehatan mental dan penanganannya harus dilakukan untuk meningkatkan persepsi positif, pengetahuan yang baik, dan sikap positif siswa. Media sosial dapat dipertimbangkan untuk meningkatkan promosi kesehatan mental dan pencegahan masalah kesehatan mental.</p>	<p>sakit jiwa, menggunakan desain kuasi-eksperimental one-group pretest-posttest.</p>
4.	(Taufik & Wulandari, 2020)	<p>Pengalaman Mahasiswa Keperawatan dalam Praktik Klinik di Rumah Sakit Jiwa: Sebuah Studi Kualitatif</p>	<p>penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi</p>	<p>bahwa praktik klinik di rumah sakit jiwa dapat menjadi pengalaman yang menantang secara emosional bagi mahasiswa keperawatan. Mahasiswa mengalami tekanan psikologis, seperti rasa takut, cemas, bahkan ketidaknyamanan ketika berinteraksi langsung dengan pasien gangguan jiwa. Hal ini disebabkan oleh kurangnya kesiapan mental, minimnya</p>	<p>penelitian ini menggunakan metode kuasi-eksperimental (one-group pretest-posttest) dengan pendekatan kuantitatif, yang secara sistematis mengukur perubahan pengetahuan, literasi kesehatan mental, dan stigma mahasiswa sebelum dan sesudah praktik klinik di Rumah Sakit Jiwa.</p>

				pengetahuan awal, serta pengaruh stigma yang telah terbentuk sebelumnya. Penelitian tersebut menekankan pentingnya pembekalan emosional dan psikologis sebelum praktik klinis, serta perlunya bimbingan dari dosen pembimbing dan perawat klinis selama praktik berlangsung.	
5.	(Kahar & Saleh, 2025)	Literasi Kesehatan Mental Pada Remaja Sebagai Upaya Preventif Mengatasi Masalah Kesehatan Mental Di Kota Ternate	jenis penelitian <i>true experimental design</i> bentuk pretest posttest control group design	Intervensi psikoedukasi mampu meningkatkan literasi kesehatan mental remaja dan dapat digunakan sebagai salah satu upaya preventif mengurangi masalah kesehatan mental di Ternate	Penelitian ini menyelidiki pengaruh praktik klinis di Rumah Sakit Jiwa pada mahasiswa dengan menggunakan pendekatan one-group pretest-posttest.

Kebaruan (*novelty*) atau perbedaan dari penelitian ini dengan terdahulu adalah bahwa penelitian ini secara khusus mengkaji pengaruh praktik klinis di Rumah Sakit Jiwa terhadap tiga aspek utama sekaligus, yaitu literasi kesehatan mental, pengetahuan, dan stigma mahasiswa kesehatan, dengan menggunakan desain kuasi-eksperimental one-group pretest-posttest. Berbeda dari penelitian sebelumnya yang umumnya bersifat deskriptif, kualitatif, atau cross-sectional dan hanya fokus pada satu variabel seperti stigma atau kecemasan, penelitian ini secara komprehensif mengukur perubahan sebelum dan sesudah praktik klinis, sehingga memberikan bukti empiris yang lebih kuat tentang dampak langsung pengalaman klinis terhadap aspek kognitif dan afektif mahasiswa. Dengan demikian, studi ini tidak hanya memperluas wawasan akademik dalam pendidikan keperawatan jiwa, tetapi juga menawarkan pendekatan evaluatif berbasis data yang dapat menjadi dasar dalam perancangan kurikulum, strategi pembekalan, dan intervensi pendidikan yang lebih efektif dalam menyiapkan mahasiswa menghadapi tantangan praktik di lingkungan rumah sakit jiwa.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Praktikum Klinis

2.1.1 Pengertian Praktikum Klinis

Praktikum klinis adalah bagian penting dari pendidikan profesi tenaga kesehatan yang bertujuan mengintegrasikan teori ke dalam praktik nyata. Praktikum ini memberikan kesempatan bagi mahasiswa untuk memperoleh pengalaman langsung dalam memberikan pelayanan kesehatan di bawah bimbingan dosen dan pembimbing klinis. Praktikum klinis merupakan bentuk dari pembelajaran berbasis pengalaman (*experiential learning*), yang menekankan keterlibatan aktif mahasiswa dalam lingkungan klinis nyata (Kolb, David A., 1984)

Menurut WHO (2021), pendidikan klinis yang efektif harus menciptakan suasana pembelajaran yang memungkinkan mahasiswa berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan klinis, bekerja dalam tim multidisiplin, serta mendapatkan umpan balik yang konstruktif. Praktikum klinis bukan hanya bertujuan mengasah keterampilan teknis, tetapi juga membentuk karakter, empati, komunikasi, dan profesionalisme mahasiswa.

2.1.2 Praktikum Klinis di Rumah Sakit Jiwa (RSJ)

Praktikum klinis di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) merupakan bagian khusus dari pendidikan keperawatan jiwa yang menuntut mahasiswa untuk memahami dinamika pasien dengan gangguan jiwa melalui interaksi langsung. Praktik ini penting karena pasien dengan gangguan jiwa memiliki kebutuhan yang berbeda dari pasien fisik, baik dalam aspek komunikasi, perawatan, maupun pendekatan psikososial.

Di RSJ, mahasiswa tidak hanya mengamati tetapi juga dilibatkan dalam proses terapi, asesmen kondisi psikologis pasien, serta kegiatan rehabilitasi. Praktikum ini memberikan pengalaman konkret yang membantu mahasiswa memahami gangguan jiwa dari sisi klinis maupun humanistik, sekaligus mengurangi stereotip dan stigma terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) (Nasution, 2021).

2.1.3 Tujuan Praktikum Klinis

- a. Meningkatkan pemahaman mahasiswa terhadap konsep gangguan jiwa dan intervensinya.
- b. Mengembangkan keterampilan komunikasi terapeutik dalam konteks psikiatri.
- c. Membentuk empati dan sikap profesional terhadap pasien dengan gangguan jiwa.
- d. Mengurangi stigma mahasiswa terhadap ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa).
- e. Meningkatkan kesiapan mental dan emosional mahasiswa dalam menghadapi kondisi klinis yang kompleks.

2.1.4 Manfaat Praktikum Klinis

- a. Meningkatkan literasi kesehatan mental dan pemahaman holistik terhadap pasien jiwa (Salsabila & Personasari, 2020)
- b. Meningkatkan empati serta keterampilan komunikasi interpersonal mahasiswa (Kang et al., 2020)
- c. Meningkatkan kesiapan mahasiswa dalam menghadapi tantangan di dunia kerja, khususnya dalam praktik keperawatan jiwa (Cho & Kim, 2024)
- d. Mengurangi prasangka dan sikap negatif terhadap pasien gangguan jiwa melalui kontak langsung.

2.1.5 Tantangan Praktikum Klinis di RSJ

Meskipun banyak manfaat yang diperoleh, praktik klinis di RSJ juga dapat memberikan tekanan emosional. Mahasiswa yang tidak dipersiapkan secara mental dapat mengalami stres, kecemasan, bahkan burnout. Oleh karena itu, perlu adanya pembekalan psikologis dan pendampingan selama proses praktik untuk menjaga kesejahteraan mental mahasiswa (Oktaviani & Wijayanti, 2024).

2.1.6 Peran Pengalaman Langsung dalam Pendidikan Kesehatan Mental

Berada di lingkungan klinis jiwa memungkinkan mahasiswa memahami kondisi emosional pasien secara komprehensif mulai dari dinamika perilaku, komunikasi terapeutik, hingga pendekatan humanis. Interaksi langsung ini

membantu membentuk perspektif yang lebih realistis, sehingga dapat menurunkan stereotip dan stigma negatif terhadap ODGJ (Siregar, 2022).

Menurut Kolb, David A. (1984), menjelaskan bahwa pengalaman langsung meningkatkan pemahaman konseptual dan reflektif mahasiswa. Sejalan dengan hal tersebut, hasil penelitian (Nasution, 2021), menemukan bahwa keterlibatan aktif di RSJ juga meningkatkan empati dan kemampuan komunikasi mahasiswa terhadap pasien jiwa.

2.1.7 Efek terhadap Empati, Pengetahuan, dan Kesehatan Mental Mahasiswa

Praktikum klinis di Rumah Sakit Jiwa memberikan dampak yang signifikan terhadap perkembangan empati, pengetahuan, dan kesehatan mental mahasiswa keperawatan. Melalui interaksi langsung dengan pasien gangguan jiwa, mahasiswa memperoleh pemahaman yang lebih dalam mengenai dinamika psikologis pasien, memperkuat literasi kesehatan mental, serta membentuk sikap yang lebih humanis dan tidak diskriminatif terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). (Taufik & Wulandari, 2020), mengungkapkan bahwa sebanyak 59,11% mahasiswa D-III Keperawatan di Banda Aceh memiliki tingkat stigma yang tinggi terhadap ODGJ. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa stereotip ($p = 0,001$; OR = 4,44), prasangka ($p = 0,001$; OR = 37,2), dan sikap otoriter ($p = 0,001$; OR = 6,2) merupakan faktor dominan yang menyebabkan tingginya stigma di kalangan mahasiswa keperawatan.

Sementara itu, penelitian oleh Andarasari (2024), menunjukkan bahwa praktikum klinis mampu meningkatkan literasi kesehatan mental mahasiswa sebesar 18% dan menurunkan sikap diskriminatif terhadap pasien gangguan jiwa sebanyak 25%. Hal ini membuktikan bahwa keterlibatan langsung mahasiswa dalam pelayanan keperawatan jiwa mampu mengubah pola pikir dan sikap mereka terhadap ODGJ ke arah yang lebih positif dan profesional. Namun, di sisi lain, praktikum klinis juga dapat menjadi sumber tekanan emosional yang signifikan. Mahasiswa yang belum memiliki kesiapan psikologis cenderung mengalami stres, kecemasan, bahkan burnout selama menjalani praktik. (Oktaviani & Wijayanti, 2024), menyatakan bahwa tanpa adanya pembekalan dan pendampingan psikologis yang memadai, mahasiswa dapat mengalami gangguan psikologis selama praktik berlangsung. Oleh karena itu, institusi

pendidikan perlu memberikan dukungan psikososial sebelum dan sesudah praktik klinis, seperti pelatihan manajemen stres dan pendampingan emosional, guna menjaga kesejahteraan mental mahasiswa selama proses pembelajaran berlangsung.

2.2 Literasi Kesehatan Mental

2.2.1 Definisi Literasi Kesehatan Mental

Literasi kesehatan mental merujuk pada kemampuan individu dalam memahami, mengakses, dan menggunakan informasi yang berkaitan dengan kesehatan jiwa guna meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi risiko gangguan mental. Literasi kesehatan mental mencakup pengetahuan dan keyakinan mengenai kesehatan jiwa yang dapat membantu individu dalam mengenali, mengelola, serta mencegah gangguan mental (Jorm, 1997).

Literasi ini meliputi pemahaman tentang jenis gangguan mental, penyebab serta faktor risikonya, dan informasi tentang sumber atau layanan bantuan yang tersedia (Furnham & Hamid, 2014). Literasi kesehatan mental bukan hanya mencakup pengetahuan dasar, tetapi juga kemampuan dalam memberikan pertolongan pertama psikologis kepada orang lain serta kemampuan untuk mencari bantuan profesional yang tepat (Jorm, 2012).

Selain itu Jorm (1997) menjelaskan bahwa pengetahuan ini dapat dikaitkan dengan kemungkinan perilaku yang memberikan keuntungan baik untuk diri sendiri maupun orang lain. Dengan demikian, seseorang yang memiliki literasi kesehatan mental yang baik dapat melakukan deteksi dini terhadap gejala gangguan mental dan memilih intervensi atau dukungan yang sesuai.

2.2.2 Aspek Literasi Kesehatan Mental

Menurut Jorm (2000), mengidentifikasi beberapa aspek penting dalam literasi kesehatan mental, yang meliputi:

- a. Pengetahuan (*Knowledge*): Kemampuan mengenali gangguan mental, memahami jenis-jenisnya, mengetahui penyebab dan faktor risiko, serta memahami cara memperoleh bantuan profesional atau layanan kesehatan jiwa.

- b. Kepercayaan (*Belief*): Keyakinan terhadap efektivitas tenaga kesehatan dan pendekatan psikologis seperti konseling dan terapi dalam menangani masalah kesehatan mental.
- c. Sikap (*Attitude*): Sikap individu dalam menghadapi stigma serta keterbukaan untuk mencari bantuan ketika menghadapi masalah psikologis. Sikap ini juga mencerminkan tingkat penerimaan terhadap realitas gangguan mental dalam masyarakat.

2.2.3 Dimensi Literasi Kesehatan Mental

Menurut Jung et al. (2017), yang mengadaptasi teori literasi kesehatan mental dari (Jorm, 1997) menyatakan bahwa literasi kesehatan mental mencakup beberapa dimensi penting, yaitu:

- 1) Pengenalan Gangguan Jiwa
Mahasiswa perlu mampu mengenali gejala gangguan seperti depresi, kecemasan, atau skizofrenia dalam diri sendiri maupun orang lain
- 2) Pengetahuan tentang faktor risiko dan penyebab
Memahami bahwa faktor genetik, biologi, konflik interpersonal, stres akademik, dan pengalaman berat hidup dapat menjadi penyebab gangguan mengenai kondisi penyakit mental yang mencakup pemahaman atas berbagai jenis gangguan mental itu sendiri
- 3) Pengetahuan tentang pertolongan profesional
Mahasiswa dengan literasi tinggi tahu kapan dan ke mana mencari bantuan klinis termasuk ke psikolog atau psikiater serta mengetahui layanan yang tersedia
- 4) Sikap positif terhadap pencarian bantuan
Kemauan untuk mendukung, membuka diri, serta mengurangi rasa malu bila perlu bantuan mental diukur melalui sikap proaktif dan penerimaan
- 5) Pengetahuan tentang cara menjaga kesehatan mental
Mencakup kebiasaan hidup sehat (olahraga, tidur cukup), coping strategi, dan pemanfaatan layanan promosi kesehatan mental.

2.3 Stigma

2.3.1 Pengertian Stigma

Menurut [Muljohardjono \(2020\)](#) stigma merupakan suatu proses dinamis dari devaluasi yang mendiskreditkan seseorang secara mendalam, sehingga individu tersebut dianggap tercemar atau tidak utuh. Hal ini berdampak pada perlakuan berbeda dari masyarakat, yang menyebabkan individu atau kelompok yang menerima stigma kehilangan berbagai kesempatan penting dalam hidupnya dan mengalami hambatan dalam berkembang.

Identitas individu terbentuk melalui proses interaksi sosial. Ia membedakan dua jenis identitas sosial: *virtual social identity* (identitas berdasarkan asumsi masyarakat) dan *actual social identity* (identitas berdasarkan karakteristik nyata). Ketika terdapat perbedaan antara keduanya, dan masyarakat menyadarinya, individu tersebut berpotensi mendapatkan stigma dan dikucilkan ([Elviera et al., 2021](#)).

2.3.2 Tipe Stigma

Menurut [Muljohardjono \(2020\)](#) mengelompokkan stigma menjadi lima jenis:

- a. Stigma publik: reaksi masyarakat terhadap kelompok tertentu yang distigmatisasi, seperti penghindaran dan kekerasan.
- b. Stigma struktural: diskriminasi institusional melalui kebijakan, hukum, atau praktik lembaga.
- c. Stigma diri (*self-stigma*): penurunan harga diri individu akibat persepsi bahwa dirinya distigma oleh masyarakat.
- d. Stigma yang dirasakan (*felt/perceived stigma*): individu merasa atau pernah mengalami diskriminasi secara langsung.
- e. Penghindaran label (*label avoidance*): individu menghindari pelayanan kesehatan agar tidak dilabeli sebagai penyandang gangguan jiwa.

2.3.3 Dimensi Stigma

Beberapa komponen stigma ([Fatmawati, 2018](#)):

- a. Stereotip: keyakinan umum mengenai karakteristik negatif suatu kelompok.

- b. Labeling: penamaan individu berdasarkan perbedaan atau atribut tertentu.
- c. Pemisahan (*separation*): perlakuan berbeda yang dilakukan oleh kelompok mayoritas terhadap individu yang distigma.
- d. Diskriminasi: perlakuan tidak adil atau merugikan karena keanggotaan dalam kelompok tertentu.
- e. Perilaku merugikan: tindakan yang merendahkan atau menyakiti individu secara langsung.

Menurut [Levi-Minz \(2014\)](#), menyebutkan empat indikator stigma, yaitu:

- a. Stereotip
- b. Penerimaan diri (*self-acceptance*)
- c. Kekhawatiran untuk mengungkapkan (*disclosure concerns*)
- d. Hubungan sosial (*social relationships*)

2.3.4 Stigma Terhadap ODGJ

Stigma terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) merupakan sikap negatif yang sering muncul di masyarakat dan keluarga, di mana gangguan jiwa dianggap sebagai aib ([Setiawati, 2012](#)). Stereotip umum terhadap ODGJ antara lain dianggap berbahaya, tidak rasional, dan harus dijauhi, yang dapat berdampak pada perlakuan tidak manusiawi seperti pemasungan dan kekerasan ([Lestari, 2014](#)). Stigma ini juga berdampak pada keluarga ODGJ, seperti perasaan malu, stres, dan kehilangan harapan, yang dapat memengaruhi proses pengobatan dan kesembuhan ODGJ ([Herdiyanto et al., 2017](#)). Keluarga sering kali mengalami penolakan sosial dan bahkan perlakuan diskriminatif, seperti dikucilkan atau dihina ([Holis, 2019](#)).

2.3.5 Penyebab Stigma Terhadap ODGJ

Menurut [Herdiyanto et al. \(2017\)](#), penyebab stigma publik terhadap ODGJ meliputi:

- a. Kepercayaan budaya dan religi: keyakinan bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh roh jahat atau kutukan.

- b. Tingkat pengetahuan yang rendah: menyebabkan labeling negatif dan perlakuan diskriminatif.
- c. Kurangnya pengalaman interaksi: menyebabkan anggapan bahwa ODGJ berbahaya dan tidak dapat disembuhkan.

2.3.6 Bentuk Stigma Terhadap ODGJ

Bentuk stigma terhadap ODGJ diklasifikasikan menjadi dua:

- a. Stigma publik: muncul dari masyarakat berupa diskriminasi, kekerasan, dan pelecehan verbal.
- b. Stigma diri (self-stigma): muncul dari individu ODGJ sebagai reaksi terhadap perlakuan negatif yang diterima.

Stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) tidak hanya berasal dari masyarakat luas, tetapi juga dari lingkungan keluarga. Rasa malu serta tekanan sosial yang dirasakan keluarga kerap mendorong mereka untuk menyembunyikan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, yang pada akhirnya dapat memperburuk kondisi dan proses pemulihan ODGJ (Yusuf, 2016).

2.4.6 Kesehatan Mental

2.4.1 Pengertian Kesehatan Mental

Kesehatan mental merupakan kondisi kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial yang memungkinkan individu mengelola stres, menjalani kehidupan secara produktif, serta berkontribusi pada masyarakat (WHO, 2022). Kesehatan mental bukan hanya ketiadaan gangguan jiwa, melainkan mencakup kemampuan untuk berfungsi secara optimal dalam kehidupan sehari-hari.

Menurut Fakhriyani (2019), Kesehatan mental adalah keadaan di mana pertumbuhan fisik, intelektual, dan emosional individu terus tumbuh dan matang sepanjang hidupnya, menerima tanggung jawab, menemukan penyesuaian, dan menegakkan norma-norma sosial dan perilaku budaya. Istilah Latin *mens*, *mentis*, yang berarti jiwa, kehidupan, roh, dan semangat, merupakan akar dari kata mental dalam bahasa Inggris. Meskipun kata "*hygiene*" berasal dari bahasa Yunani, yang berarti "ilmu kesehatan".

Menurut [Dendup \(2020\)](#), seseorang yang memiliki kesehatan mental yang baik adalah orang yang tidak merasa bersalah terhadap dirinya sendiri, memiliki pandangan yang realistis terhadap dirinya sendiri dan mampu menerima kekurangannya, mampu menghadapi tantangan hidup, merasa puas dalam kehidupan sosialnya, dan bahagia dalam hidupnya. Menurut salah satu definisi, kesehatan mental adalah keadaan kesejahteraan emosional, psikologis, dan sosial yang ditunjukkan oleh kondisi diri yang positif, perilaku dan penanganan yang efektif, hubungan interpersonal yang memuaskan, dan stabilitas emosional. Kesehatan mental juga didefinisikan sebagai serangkaian sifat positif yang mencerminkan kepribadian seseorang dan ditandai oleh harmoni dan keseimbangan jiwa.

2.4.2 Indikator-Indikator Kesehatan Mental

Menurut [Afifah \(2022\)](#), indikator seseorang dikatakan sehat secara mental mencakup keseimbangan emosional, kemampuan menghadapi stres, hubungan sosial yang sehat, serta kepuasan hidup. Indikator lain termasuk kestabilan suasana hati (mood), tingkat kecemasan yang terkendali, serta kemampuan mengambil keputusan rasional.

Sementara itu, [WHO \(2022\)](#) menegaskan bahwa kesehatan mental ditandai dengan kemampuan individu untuk menyadari potensinya, mengatasi tekanan hidup normal, bekerja secara produktif, dan berkontribusi kepada komunitasnya. Indikator kesehatan mental dapat mencakup aspek emosional, psikologis, sosial, dan spiritual.

2.4.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Kesehatan Mental

Berdasarkan literatur dari [Stuart \(2013\)](#), kesehatan mental dipengaruhi oleh faktor biologis, psikologis, dan sosial. Namun, dalam konteks mahasiswa keperawatan, faktor akademik dan klinik menjadi sangat dominan. Studi oleh [\(Sugiharno et al., 2022\)](#) menunjukkan bahwa tekanan akademik dan dukungan sosial menjadi variabel utama yang memengaruhi stres selama praktik klinik.

Selanjutnya, penelitian oleh [\(Viswanathan et al., 2024\)](#) membuktikan bahwa strategi coping dan harga diri (self-esteem) secara signifikan berkorelasi dengan stres mahasiswa di lingkungan klinik. Dengan demikian, praktik klinik di RSJ dapat menjadi

faktor risiko stres maupun pelindung, tergantung pada kesiapan mental mahasiswa dan kualitas supervisi klinis.

2.4.4 Dampak Kesehatan Mental

Secara umum berikut beberapa dampak kesehatan mental yang tidak ditanggulangi (Mind, 2017) :

a. Depresi

Depresi merupakan perasaan sedih yang berlangsung lama dan dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari. Hal ini dapat membuat seseorang cepat merasa putus asa, perasaan bersalah, tidak dihargai, tidak termotivasi, nafsu makan menurun, kesehatan fisik juga ikut menurun. Depresi ada yang ringan hingga berat. Depresi yang ringan dapat mengganggu aktivitas sehari-hari sedangkan depresi berat dapat mengancam nyawa, seperti keinginan bunuh diri.

b. Masalah Kecemasan

Kecemasan merupakan sesuatu yang kita rasakan sehingga membuat kita khawatir, tegang, hingga takut, terutama terkait masalah yang belum terjadi atau masalah yang akan datang dimasa depan. Hal ini mungkin menyebabkan panik dan dapat mempengaruhi fisik seperti gangguan tidur.

c. Fobia

Fobia merupakan ketakutan yang berlebih dan dipicu oleh situasi tertentu dan benda. Ketakutan yang tidak wajar lebih dari 6 bulan maka akan membahayakan dan berdampak pada kehidupan.

d. Halusinasi

Halusinasi merupakan sensasi yang dirasakan seseorang ketika melihat, mendengar, dan merasakan sesuatu yang sebenarnya hal tersebut tidak nyata.

e. Gangguan Kepribadian

Gangguan kepribadian merupakan jenis masalah kesehatan mental yang dapat menyebabkan masalah pada sikap, perilaku, emosional dan keyakinan seseorang.

2.5 Vignette sebagai Instrumen Penunjang Pengukuran

Vignette merupakan salah satu metode pengumpulan data berbasis narasi yang digunakan untuk mengukur sikap, persepsi, atau pemahaman responden terhadap suatu kondisi tertentu. Dalam konteks penelitian kesehatan mental, vignette umumnya berbentuk deskripsi singkat tentang seseorang yang mengalami gangguan jiwa, yang disusun untuk mencerminkan situasi kehidupan nyata. Tujuannya adalah untuk membantu responden memahami konteks gejala atau kondisi psikologis yang kompleks sehingga jawaban yang diberikan lebih akurat dan mencerminkan persepsi yang sebenarnya (Finch, 1987). Penggunaan vignette dalam penelitian ini difokuskan pada tahap pretest, untuk menggambarkan kasus individu dengan gejala gangguan jiwa tertentu tanpa menyebutkan diagnosis secara eksplisit. Dengan demikian, responden dalam hal ini mahasiswa dapat menilai atau merespons pertanyaan yang berkaitan dengan gejala, sikap terhadap individu tersebut, serta kemungkinan tindakan yang akan mereka ambil dalam situasi serupa. Teknik ini sangat berguna dalam menilai literasi kesehatan mental dan stigma, karena membantu mengevaluasi bagaimana responden menginterpretasikan suatu kondisi psikologis berdasarkan pemahamannya (Hughes, 2002).

Menurut Hughes (2004), vignette efektif dalam meminimalkan bias sosial karena responden tidak merasa dihakimi secara langsung saat memberikan jawaban. Selain itu, teknik ini dapat meningkatkan validitas konstruk, terutama dalam topik-topik yang sensitif seperti stigma terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Dengan bantuan vignette, responden tidak hanya diuji berdasarkan pengetahuan teoretis, tetapi juga dinilai berdasarkan pemahaman kontekstual dan sikap yang mungkin mereka tunjukkan dalam situasi kehidupan nyata.

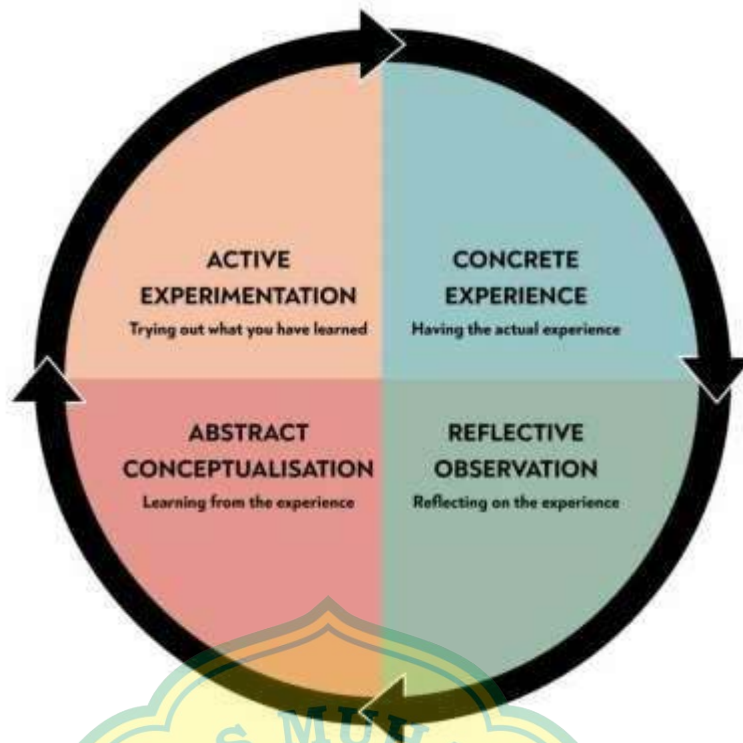
Dalam penelitian ini, *vignette* digunakan secara khusus pada tahap pretest, dengan tujuan mengevaluasi persepsi awal mahasiswa terhadap gangguan jiwa sebelum mereka mengikuti praktik klinik. Teknik ini tidak digunakan pada posttest, karena fungsinya lebih sebagai pemicu konteks awal dan pengukuran literasi serta stigma dalam kondisi belum terpapar pengalaman praktik lapangan secara langsung (Finch, 1987).

2.6 Kerangka Teori

Kerangka teori penelitian ini mengintegrasikan tiga teori utama untuk membangun alur sebab-akibat yang logis. Teori Experiential Learning (Kolb, 1984) menjadi fondasi yang menjelaskan proses intervensi, di mana praktikum klinis diposisikan sebagai pengalaman langsung (*concrete experience*) yang diubah mahasiswa menjadi pembelajaran melalui refleksi dan konseptualisasi. Proses pembelajaran ini kemudian diharapkan menghasilkan perubahan pada Literasi Kesehatan Mental, yang dalam penelitian ini didefinisikan menggunakan model komprehensif dari Newcomb-Anjo (2019). Model ini memecah literasi menjadi beberapa domain, termasuk pengetahuan tentang masalah kesehatan mental, kemampuan mengenali gejala, strategi mencari bantuan, dan sikap (*attitudes*).

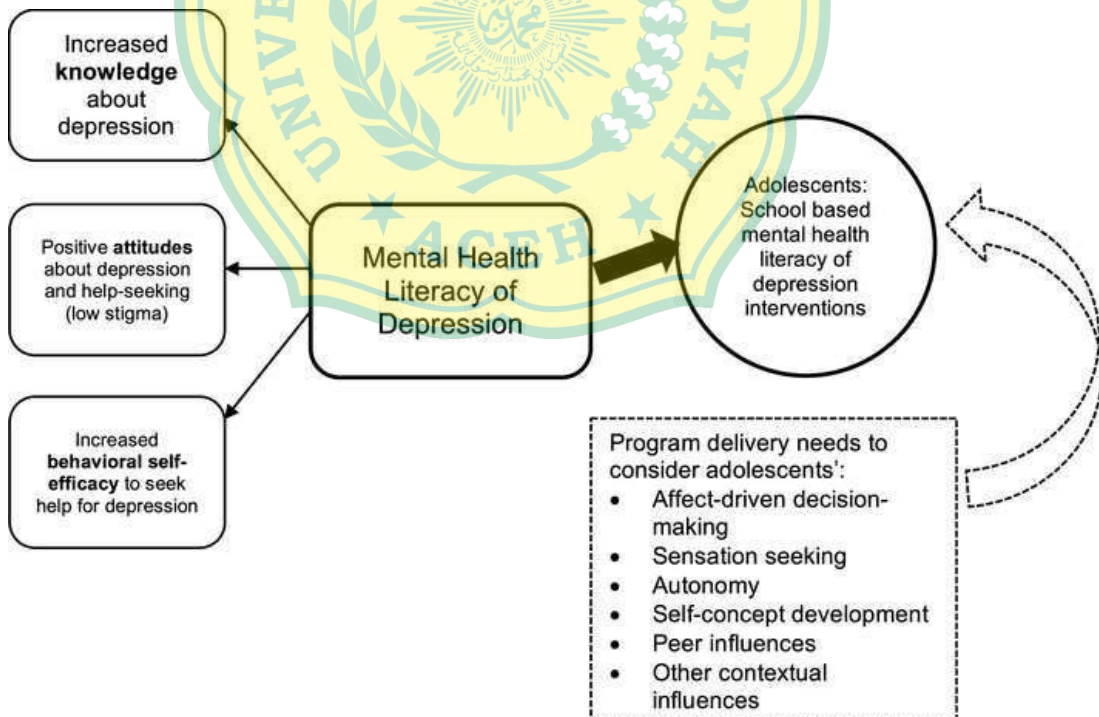
Dalam penelitian ini, domain kognitif (pengetahuan, pengenalan gejala) diukur sebagai 'Literasi', sementara domain afektif (sikap) diukur secara terpisah sebagai 'Stigma'. Akhirnya, penelitian ini mengukur dampak akhir terhadap mahasiswa, yaitu Kesehatan Mental, dengan mengacu pada Model Dua Kontinum (*Dual-Continua Model*) yang diuji oleh Mason Stephens et al. (2023). Teori ini membedakan antara *psychological distress* (penyakit mental) dan *mental wellbeing* (kesejahteraan). Penggunaan instrumen DASS-21 dalam penelitian ini secara spesifik mengukur sisi distress (depresi, kecemasan, stres) dari kontinum tersebut.

Relevansi integrasi ini adalah untuk menegaskan bahwa mahasiswa yang memproses pengalaman praktik (Kolb) akan menunjukkan peningkatan pada berbagai domain literasi (Newcomb-Anjo) dan penurunan stigma (domain sikap dalam Newcomb-Anjo). Peningkatan pemahaman dan sikap positif ini, pada gilirannya, diharapkan berkorelasi dengan kondisi kesehatan mental mereka, yang dalam hal ini diukur sebagai penurunan tingkat distress psikologis



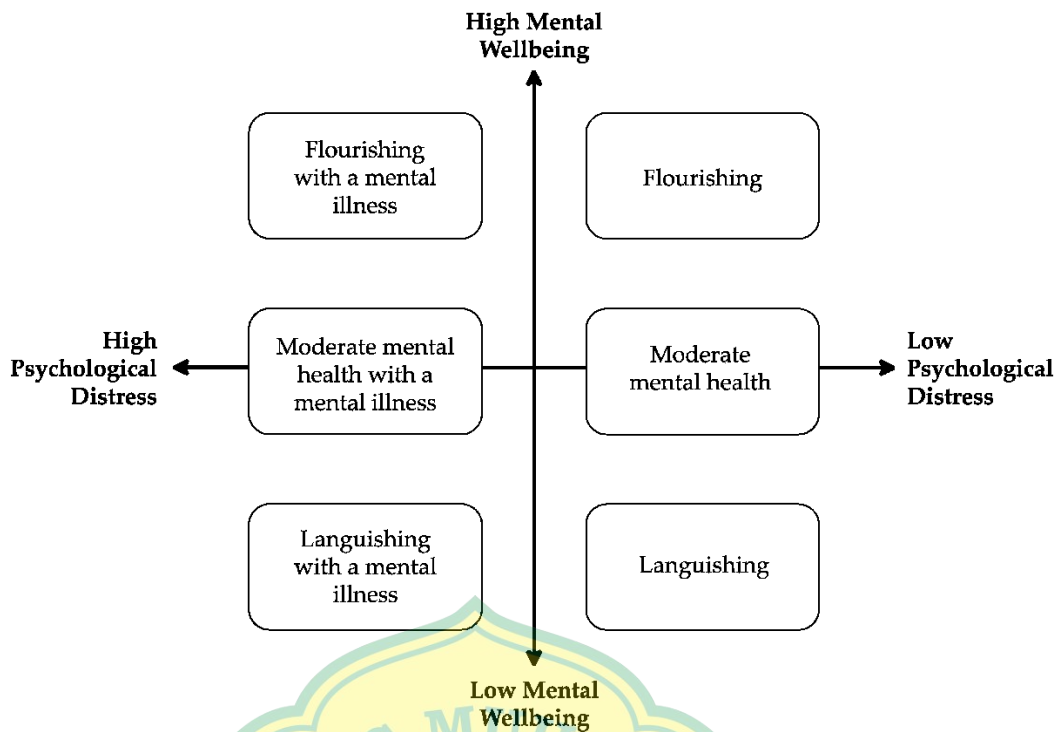
Gambar 2.1 Experiential Learning Theory

Sumber: (Kolb, David, 1984)



Gambar 2.2 Mental Health Literacy Model

Sumber: (Newcomb-Anjo, 2019)



Gambar 2.3 Dual-Continua Model of Mental Health

Sumber: (Mason Stephens et al., 2023)

2.7 Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir dalam penelitian ini dibangun berdasarkan integrasi tiga teori utama untuk menjelaskan mekanisme bagaimana praktikum klinis di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) dapat memengaruhi literasi, stigma, dan kesehatan mental mahasiswa.

Alur pemikiran dimulai dari permasalahan bahwa mahasiswa kesehatan sering kali masih memiliki literasi kesehatan mental yang rendah dan stigma yang tinggi terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ). Kondisi ini tidak hanya menghambat pelayanan yang optimal, tetapi juga berisiko menimbulkan tekanan psikologis (distress) pada mahasiswa itu sendiri saat berhadapan dengan situasi klinis yang kompleks.

Untuk mengatasi hal tersebut, Praktikum Klinis di RSJ diposisikan sebagai intervensi utama. Berdasarkan Teori Experiential Learning dari Kolb (1984), praktikum ini bukan sekadar kunjungan, melainkan sebuah pengalaman nyata (concrete experience). Melalui interaksi langsung dengan ODGJ, mahasiswa didorong

untuk melakukan observasi reflektif dan konseptualisasi abstrak, yang mengubah pemahaman teoritis menjadi pengalaman yang bermakna.

Proses pembelajaran berbasis pengalaman ini diharapkan memberikan dampak langsung pada dua aspek kognitif dan afektif:

1. Peningkatan Literasi Kesehatan Mental: Mengacu pada model Newcomb-Anjo (2019), pengalaman langsung membantu mahasiswa memahami secara riil gejala gangguan jiwa, mengetahui kapan dan bagaimana mencari bantuan profesional, serta memperbaiki keyakinan yang salah mengenai kesehatan mental.
2. Penurunan Stigma: Interaksi langsung yang positif selama praktikum meruntuhkan stereotip negatif yang sebelumnya dipegang mahasiswa. Mahasiswa melihat pasien sebagai manusia yang membutuhkan bantuan, bukan objek yang harus ditakuti, sehingga sikap diskriminatif (stigma) menurun.

Pada akhirnya, peningkatan literasi dan penurunan stigma ini berkontribusi pada kondisi psikologis mahasiswa. Mengacu pada Model Dua Kontinum (Dual-Continua Model) dari Mason Stephens et al. (2023), mahasiswa yang memiliki pemahaman baik dan sikap yang positif akan lebih adaptif dan memiliki mekanisme koping yang lebih baik dalam menghadapi tekanan praktik. Hal ini diharapkan bermuara pada perbaikan Kesehatan Mental Mahasiswa, yang dalam penelitian ini diukur melalui penurunan tingkat distres psikologis (depresi, kecemasan, dan stres).

Secara ringkas, kerangka berpikir ini meyakini bahwa praktikum klinis di RSJ adalah mekanisme pembelajaran krusial yang mampu mengubah aspek kognitif (literasi) dan afektif (stigma), yang pada gilirannya melindungi dan meningkatkan kesejahteraan mental mahasiswa itu sendiri.

BAB III

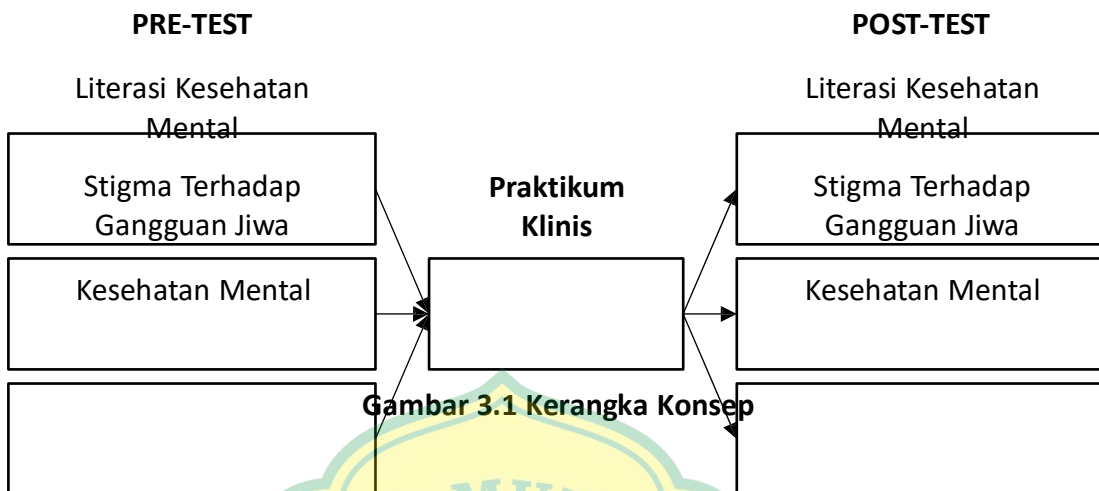
KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini menggambarkan hubungan antara pengalaman praktikum klinis di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) dengan peningkatan literasi kesehatan mental, pengetahuan, dan penurunan stigma terhadap gangguan jiwa, yang pada akhirnya berdampak pada kesehatan mental mahasiswa. Praktik klinis di RSJ berperan sebagai variabel perlakuan (*intervensi*) yang memberikan pengalaman langsung kepada mahasiswa dalam berinteraksi dengan pasien gangguan jiwa. Melalui pengalaman tersebut, mahasiswa diharapkan mengalami peningkatan literasi kesehatan mental, yang mencakup kemampuan mengenali gejala dan penanganan gangguan jiwa, memperkuat keyakinan positif terhadap pemulihan gangguan mental, serta meningkatkan akses terhadap informasi kesehatan jiwa. Selain itu, pengetahuan mahasiswa tentang kesehatan mental juga berkembang melalui pemahaman kognitif yang lebih baik, mulai dari pengenalan konsep hingga kemampuan untuk mengevaluasi dan menerapkan pengetahuan tersebut dalam situasi klinis nyata.

Pengalaman langsung selama praktik klinis juga diyakini dapat mengurangi stigma terhadap ODGJ, baik dalam bentuk stigma publik, self-stigma, maupun diskriminasi dan stereotip. Interaksi yang empatik dan berbasis bukti dengan pasien jiwa memungkinkan mahasiswa membangun sikap yang lebih inklusif dan terbuka. Perubahan dalam literasi, pengetahuan, dan sikap terhadap stigma ini pada akhirnya berdampak pada kondisi kesehatan mental mahasiswa itu sendiri. Mahasiswa yang memiliki pemahaman yang baik, bebas dari prasangka negatif, dan memiliki keterampilan menghadapi tekanan psikologis diharapkan memiliki tingkat stres dan kecemasan yang lebih rendah serta mampu beradaptasi secara lebih sehat selama menjalani praktik klinis di RSJ. Dengan demikian, kerangka konsep ini menekankan

bahwa praktikum klinis tidak hanya membentuk kompetensi akademik, tetapi juga mendukung ketahanan mental mahasiswa secara keseluruhan.



3.2 Hipotesis Penelitian

Adapun hipotesis dalam penelitian ini sebagai berikut:

- H_0 : Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat literasi kesehatan mental mahasiswa sebelum dan sesudah mengikuti praktik klinis di Rumah Sakit Jiwa.
- H_a : Terdapat perbedaan yang signifikan antara tingkat literasi kesehatan mental mahasiswa sebelum dan sesudah mengikuti praktik klinis di Rumah Sakit Jiwa.
- H_0 : Tidak terdapat penurunan stigma mahasiswa terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) setelah mengikuti praktik klinis di Rumah Sakit Jiwa.
- H_a : Terdapat penurunan stigma mahasiswa terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) setelah mengikuti praktik klinis di Rumah Sakit Jiwa.
- H_0 : Praktik klinis di Rumah Sakit Jiwa tidak memberikan dampak yang signifikan terhadap kondisi kesehatan mental mahasiswa.
- H_a : Praktik klinis di Rumah Sakit Jiwa memberikan dampak yang signifikan terhadap kondisi kesehatan mental mahasiswa

H_0 : Praktik klinis di Rumah Sakit Jiwa tidak efektif dalam meningkatkan literasi kesehatan mental dan mengurangi stigma terhadap gangguan jiwa pada mahasiswa.

H_a : Praktik klinis di Rumah Sakit Jiwa efektif dalam meningkatkan literasi kesehatan mental dan mengurangi stigma terhadap gangguan jiwa pada mahasiswa.

3.3 Variable Penelitian

3.3.1 Variabel Independen

Variabel independen adalah tipe variabel yang dijelaskan atau dipengaruhi oleh variabel independen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah Praktikum klinis di Rumah Sakit Jiwa (RSJ).

3.3.2 Variable Dependen

Variabel dependen adalah tipe variabel yang dijelaskan atau dipengaruhi oleh variabel independen. Dalam penelitian ini variabel dependen adalah Pengetahuan tentang kesehatan mental, literasi kesehatan mental, Stigma terhadap gangguan jiwa, dan kesehatan mental mahasiswa.

3.4 Definisi Operasional

Tabel 3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen						
1.	Literasi kesehatan mental	Kemampuan mahasiswa dalam mengenali gangguan jiwa, mencari bantuan profesional, dan memiliki sikap positif terhadap ODGJ	Pretest dan posttest Pada pretest, pengukuran didahului dengan vignette untuk mengondisikan konteks pemahaman responden.	<i>Mental Health Literacy Scale</i> (MHLS) dan vignette (pada pretest saja)	Skor total 35–140 (skala Likert 1–4 per item). Kategori: 35–70 = Rendah 71–105 = Sedang 106–140 = Tinggi	Rasio
2.	Stigma terhadap gangguan jiwa	Persepsi negatif, stereotip, dan kecenderungan menjauh dari ODGJ yang dimiliki mahasiswa	Pretest dan posttest	<i>Opening Minds Scale for Health Care Providers</i> (OMS-HC)	Skor total 20–80 (skala Likert 1–4 per item). Kategori 20–39 = Rendah 40–59 = Sedang 60–80 = Tinggi Semakin rendah, stigma semakin rendah; semakin tinggi, stigma semakin tinggi	Rasio

3.	Kesehatan mental mahasiswa - Depression - Anxiety - Stress	Kondisi psikologis mahasiswa yang mencerminkan kestabilan emosi, kemampuan sosial, dan ketahanan terhadap stres selama praktik klinik. Pengukuran menggunakan DASS-21, karena DASS-21 adalah versi singkat dari DASS-42, maka total skor mentah dari 7 item tadi harus DIKALIKAN 2 terlebih dahulu sebelum dikategorikan.	Pretest dan posttest	DASS-21 (<i>Depression, Anxiety, Stress Scale</i> – 21 item)	Depresi 0. Normal (Skor 0-9) 1. Sedang (Skor 10-20) 2. Berat (Skor >20) Anxiety 0. Normal (Skor 0-7) 1. Sedang (Skor 8-14) 2. Berat (Skor >14) Stres 0. Normal (Skor 0-14) 1. Sedang (Skor 15-25) 2. Berat (Skor >25)	Rasio
Variabel Independen						
4.	Praktikum klinis di Rumah Sakit Jiwa (RSJ)	Jumlah hari pelaksanaan praktik klinis mahasiswa di Rumah Sakit Jiwa, mencakup observasi, interaksi, dan asuhan keperawatan kepada ODGJ	Perlakuan (intervensi) yang diberikan kepada seluruh responden	Lembar presensi (daftar hadir)	Diberikan (1)	Nominal

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan jenis penelitian eksperimen semu (quasi-experiment). Rancangan yang digunakan adalah One-Group Pretest-Posttest Design, di mana pengukuran dilakukan sebelum dan sesudah intervensi (praktikum klinis di RSJ) pada satu kelompok yang sama tanpa menggunakan kelompok pembanding (control group).

Keputusan untuk tidak menggunakan kelompok kontrol didasarkan pada pertimbangan etis dan operasional pendidikan. Secara etis, seluruh mahasiswa memiliki hak yang setara untuk mendapatkan pengalaman pembelajaran klinik (equal opportunity to learn) demi pencapaian kompetensi profesi, sehingga menunda atau meniadakan praktik bagi sebagian mahasiswa hanya untuk tujuan penelitian dianggap tidak patut. Secara operasional, rotasi klinik merupakan kurikulum wajib yang telah terjadwal sistematis, sehingga sulit untuk mendapatkan kelompok pembanding yang setara namun tidak menjalani praktik pada periode waktu yang sama.

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi perubahan tingkat pengetahuan, literasi kesehatan mental, stigma, serta status kesehatan mental mahasiswa. Pengukuran pertama (Pretest) dilakukan sesaat sebelum mahasiswa memulai rotasi klinik di Rumah Sakit Jiwa, sedangkan pengukuran kedua (Posttest) dilakukan segera setelah mahasiswa menyelesaikan periode praktik tersebut.

Instrumen penelitian terdiri dari lima komponen pengukuran yang telah tervalidasi secara ilmiah, yaitu:

1. Mental Health Literacy Scale (MHLS): Dikembangkan oleh O'Connor & Casey (2015), terdiri dari 35 item skala Likert untuk mengukur kemampuan mengenali gangguan mental, pengetahuan tentang cara mencari bantuan, serta sikap terhadap orang dengan gangguan jiwa.
2. Vignette (Studi Kasus Singkat): Diberikan khusus pada saat Pretest sebagai pelengkap MHLS. Vignette berisi narasi singkat yang menggambarkan

seseorang dengan gejala gangguan jiwa (seperti skizofrenia atau depresi). Responden diminta menjawab pertanyaan persepsi (seperti: "Apakah orang ini mengalami gangguan mental?" dan "Apa yang sebaiknya dilakukan?"). Bagian ini tidak dijumlahkan dalam skor total, melainkan dianalisis secara deskriptif untuk memotret persepsi awal responden secara kontekstual.

3. Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC) (Modgill et al., 2014): Digunakan untuk mengukur stigma tenaga kesehatan. Instrumen ini terdiri dari 20 item (skala 1–5) yang menilai sikap negatif dan stereotip terhadap pasien gangguan jiwa.
4. Mental Health Knowledge Questionnaire (MHKQ): Disusun oleh Li et al. (2018), terdiri dari 15 pernyataan Benar/Salah untuk menguji pemahaman dasar mahasiswa mengenai konsep, penyebab, dan penanganan gangguan jiwa.
5. Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Dikembangkan oleh Lovibond & Lovibond (1995) untuk mengukur status kesehatan mental mahasiswa. Instrumen ini terdiri dari 21 item dengan skala 0–3 yang mengukur tiga domain: Depresi, Kecemasan, dan Stres. Skor akhir diperoleh dengan mengalikan total skor masing-masing domain dengan dua.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Aceh yang berlokasi di Jl. T. Syarief Thayeb No. 25, Desa Lampriet, Kecamatan Kuta Alam, Kota Banda Aceh. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan juli s/d oktober 2025.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh mahasiswa dari institusi pendidikan kesehatan yang sedang melaksanakan praktik klinik di Rumah Sakit Jiwa Aceh selama periode penelitian berlangsung.

4.3.2 Sampel

Sampel penelitian ini diambil menggunakan teknik total sampling. Seluruh anggota populasi yang memenuhi kriteria inklusi dijadikan responden penelitian. Populasi tersebut adalah mahasiswa dari institusi pendidikan kesehatan yang sedang melaksanakan praktik klinik di Rumah Sakit Jiwa Aceh selama periode penelitian, dengan jumlah total sampel sebanyak 569 mahasiswa, dan kriteria sebagai berikut:

- a. Inklusi
 1. Mahasiswa aktif yang sedang praktik di Rumah Sakit Jiwa Aceh
 2. Bersedia menjadi responden dengan menandatangani informed consent
 3. Mengikuti praktik minimal 2 minggu
- b. Eksklusi
 1. Mahasiswa yang tidak bersedia menjadi responden
 2. Mahasiswa yang tidak mengikuti praktik secara penuh

4.4 Pengumpulan Data

Data awal pada penelitian ini diperoleh dari hasil koordinasi dengan pihak Rumah Sakit Jiwa Aceh untuk data mahasiswa yang sedang melakukan praktik di rumah sakit tersebut. Data dikumpulkan berdasarkan keperluan yaitu seluruh mahasiswa yang melakukan praktik di RSJ Aceh. Pengumpulan data dilakukan melalui penyebaran kuesioner kepada responden sebanyak dua kali, yaitu saat pretest (sebelum praktik klinik dimulai) dan posttest (setelah praktik klinik selesai). Teknik pengumpulan data berupa pengisian kuesioner secara mandiri (*self-administered questionnaire*).

Selanjutnya seluruh responden terlebih dahulu mendapatkan penjelasan tentang tujuan dan prosedur penelitian serta diminta untuk menandatangani lembar informed consent. Pengumpulan data dilakukan baik secara daring (online) maupun luring (offline), tergantung pada kondisi teknis lapangan. Pengumpulan data dilakukan melalui penyebaran kuesioner kepada responden sebanyak dua kali, yaitu saat *pretest* (sebelum praktik klinik dimulai) dan *posttest* (setelah praktik klinik selesai). Adapun instrumen yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

1. *Mental Health Literacy Scale (MHLS)*

Skala ini dikembangkan oleh O'Connor dan Casey (2015) untuk mengukur literasi kesehatan mental secara komprehensif. MHLS terdiri dari 35 item dengan menggunakan skala Likert 1–5. Skala ini mencakup beberapa subdimensi, antara lain: kemampuan mengenali gangguan mental, pengetahuan dan keyakinan terhadap pencarian bantuan, sikap terhadap penyedia layanan profesional, dan pemahaman umum terhadap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ).

Skala Likert MHLS:

1 = Sangat Tidak Setuju (STS)

2 = Tidak Setuju (TS)

3 = Setuju (S)

4 = Sangat Setuju (SS)

Rentang skor total: 35–140

Kategori Skor:

a. 35–69 = Rendah

b. 70–104 = Sedang

c. 105–140 = Tinggi

2. *Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC)*

Instrumen ini digunakan untuk mengukur tingkat stigma terhadap ODGJ di kalangan mahasiswa sebagai calon tenaga kesehatan. OMS-HC terdiri atas 20 item yang dibagi ke dalam tiga dimensi utama, yaitu: sikap umum (attitude) terhadap ODGJ, kecenderungan untuk membuka diri atau mencari bantuan (disclosure/help-seeking), dan jarak sosial (social distance).

Skala Likert OMS-HC:

1 = Sangat Tidak Setuju (STS)

2 = Tidak Setuju (TS)

3 = Setuju (S)

4 = Sangat Setuju (SS)

Rentang skor total: 20–80

Kategori Skor:

- a. 20–39 = Rendah (Stigma rendah)
- b. 40–59 = Sedang
- c. 60–80 = Tinggi (Stigma tinggi)

3. Kesehatan mental (DASS-21)

Instrumen ini mengukur tingkat *depresi*, *ansietas*, dan *stres* berdasarkan *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21) yang dikembangkan oleh Lovibond & Lovibond (1995). Kuesioner terdiri dari 21 item, masing-masing 7 item untuk setiap dimensi. Responden diminta menilai frekuensi pengalaman gejala dalam 7 hari terakhir.

Skala Likert

1. = Tidak Pernah (TP)
2. = Kadang-kadang (P)
3. = Sering (S)
4. = Sangat Sering (SS)

Total skor dihitung dari jumlah seluruh item, lalu dikalikan 2 (sebagaimana standar DASS-21).

Rentang skor: 0–126.

- a. 0–41 = Normal
- b. 42–82 = Sedang
- c. 83–126 = Berat

4. Praktikum Klinis di Rumah Sakit Jiwa (RSJ)

Jumlah hari Intervensi yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa. Kegiatan mencakup observasi pasien, interaksi langsung dengan ODGJ. Seluruh responden merupakan mahasiswa yang sedang menjalani praktik klinik, sehingga semua menerima intervensi yang sama.

5. Vignette (Hanya pada Pretest)

Untuk melengkapi pengukuran persepsi dan sikap mahasiswa secara kontekstual, peneliti juga menambahkan vignette, yakni narasi singkat yang menggambarkan kondisi seseorang dengan gangguan jiwa (misalnya skizofrenia atau depresi). Setelah membaca vignette, responden diminta menjawab pertanyaan seperti:

- a. Apakah orang dalam vignette mengalami gangguan kesehatan mental?
- b. Apa tindakan yang sebaiknya dilakukan oleh lingkungan sosialnya?
- c. Bagaimana persepsi responden terhadap individu tersebut?

Skoring: Tidak ada skor total, tetapi dianalisis secara deskriptif untuk mengetahui persepsi awal responden.

4.5 Rancangan Analisis Data

Data yang telah diperoleh dari kuesioner pre-test dan post-test akan dianalisis menggunakan perangkat lunak statistik Stata versi 17 (StataCorp LLC, Texas, USA) di bawah lisensi institusi akademik. Tahapan analisis data meliputi:

- a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel penelitian secara tunggal, baik variabel dependen maupun independen. Tujuannya adalah untuk menggambarkan karakteristik umum responden dan persebaran data. Data kategorik seperti jenis kelamin, semester, dan pengalaman praktik sebelumnya akan disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase. Sementara itu, data numerik seperti skor, literasi kesehatan mental, stigma, dan kesehatan mental akan dianalisis menggunakan nilai rata-rata (*mean*), standar deviasi (SD), nilai minimum, dan maksimum. Analisis ini memberikan gambaran awal tentang kondisi responden sebelum dan sesudah praktik klinik di Rumah Sakit Jiwa.

- b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk menguji perbedaan signifikan antara nilai pre-test dan post-test pada variabel literasi (MHLS), stigma (OMS-HC), dan kesehatan mental (DASS-21) menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* sesuai distribusi data. Selanjutnya, untuk menganalisis pengaruh spesifik durasi praktik terhadap besaran perubahan skor (*delta score*), digunakan uji Regresi Linear Berganda (*Multiple Linear Regression*) dengan teknik variabel *dummy* (*dummy variable*). Dalam model ini, durasi praktik dikategorikan dengan kelompok "2 Minggu" sebagai referensi (*baseline*) untuk

mengestimasi koefisien pengaruh (*crude effect*) durasi "1 Bulan" dan ">1 Bulan" terhadap perubahan variabel dependen, serta sebagai tahap seleksi awal sebelum analisis multivariat.

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh beberapa variabel secara bersamaan terhadap satu variabel hasil (variabel dependen). Dalam penelitian ini, analisis multivariat digunakan untuk melihat apakah literasi kesehatan mental, dan stigma mahasiswa memiliki pengaruh terhadap kesehatan mental mereka setelah mengikuti praktik klinik di Rumah Sakit Jiwa. Metode yang digunakan adalah regresi linear berganda, karena variabel dependen berupa skor kesehatan mental yang bersifat numerik dan kontinu. Dengan menggunakan regresi, peneliti dapat mengetahui variabel mana yang paling berpengaruh, serta seberapa besar pengaruhnya terhadap kesehatan mental mahasiswa. Misalnya, apakah peningkatan literasi lebih berpengaruh dibandingkan dengan penurunan stigma atau peningkatan pengetahuan. Sebelum melakukan analisis regresi, terlebih dahulu akan diuji beberapa asumsi dasar, seperti normalitas data, tidak adanya hubungan yang terlalu kuat antar variabel (multikolinearitas), dan kesamaan varians (homoskedastisitas). Hasil dari analisis ini akan menunjukkan nilai koefisien dan signifikansi statistik untuk masing-masing variabel, sehingga dapat disimpulkan variabel mana yang paling dominan memengaruhi kesehatan mental mahasiswa setelah praktik klinik.

4.6 Jadwal Penelitian

Jadwal penelitian ini dimulai dari proses penentuan topik dan penyusunan bahan yang terkait dengan ide penelitian. Jadwal penelitian ini di rancang untuk membantu peneliti agar dapat mengatur jadwal pelaksanaan tesis dengan sebaik mungkin. Adapun jadwal penelitian tesis ini seperti yang ditampilkan pada tabel di bawah ini:

Tabel 4.1 Jadwal Penelitian

Penelitian dalam tesis mahasiswa Tahun Ajaran 2025/2026

Keterangan	Agustus Minggu ke-			Septmbr Minggu ke-			Oktober Minggu ke-			Novembr Minggu ke-			Desembr Minggu ke-			Januari Minggu ke-			Februari Minggu ke-		
Mengumpulkan referensi dan menyiapkan materi			II																		
Konsultasi s/d persetujuan proposal penelitian			II																		
Pendaftaran proposal																					
Seminar proposal																					
Proses bimbingan dan revisi proposal dengan pembimbing dan penguji																					
Penelitian dan analisis data																					
Penyusunan tesis																					
Konsultasi hasil penelitian dengan pembimbing																					
Penjadwalan seminar progress																					

Judul Penelitian “Efektivitas Praktikum Klinis Di Rsj Dalam Meningkatkan Literasi Kesehatan Mental dan Mengurangi Stigma Gangguan Jiwa Pada Mahasiswa”

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum

5.1.1 Profil Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Aceh

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Aceh, yang merupakan satu-satunya rumah sakit khusus jiwa rujukan utama milik Pemerintah Aceh. Secara administratif, RSJ Aceh berlokasi di wilayah strategis Kota Banda Aceh, tepatnya di Jl. Dr. T. Syarief Thayeb No. 25, Bandar Baru, Kec. Kuta Alam, Kota Banda Aceh, Provinsi Aceh, Kode Pos 23126.

Kedudukan, susunan organisasi, tugas, dan fungsi RSJ Aceh diatur berdasarkan Peraturan Gubernur Aceh Nomor 141 Tahun 2016. Regulasi ini menjadi landasan operasional rumah sakit dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa bagi masyarakat. Sebagai acuan dalam pengembangan pelayanan, pendidikan, dan penelitian, RSJ Aceh memiliki Visi, Misi, dan Nilai-nilai dasar sebagai berikut:

1. Visi “Menjadi Rumah Sakit Jiwa yang Prima dalam Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian di Bidang Kesehatan Jiwa Regional Sumatera pada tahun 2022”.
2. Misi Untuk mencapai visi tersebut, RSJ Aceh menetapkan misi sebagai berikut:
 - a. Menyelenggarakan good corporate governance dan good clinical governance RS dan mengikuti perkembangan IPTEKDOK terkini.
 - b. Meningkatkan derajat kesehatan dan kualitas hidup manusia secara akuntabel.
 - c. Melaksanakan Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian kesehatan Islami, paripurna, dan berkualitas.
 - d. Mempersiapkan dan meningkatkan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya untuk mencapai rumah sakit berkelas dunia.
 - e. Meningkatkan kesejahteraan karyawan.
3. Nilai-Nilai (Motto: KITA KOMPAK) Budaya kerja di RSJ Aceh tercermin dalam nilai-nilai berikut:

- a. Kejujuran: Kemampuan untuk mengatakan sesuatu sebagaimana adanya (trustworthy healing information).
- b. Integritas: Kemampuan mewujudkan hal yang disanggupi dalam melayani dan perhatian terhadap setiap tahap kehidupan (Integrity, care and compassion for every life we touch).
- c. Tanggung Jawab.
- d. Kekompakan: Ke-KOMPAK-an dalam tim kerja dan kegembiraan dalam bekerja bersama (Cohesiveness in team work and enjoyment in working together).

5.1.2 Fasilitas dan Jenis Pelayanan

Berdasarkan data operasional per Agustus 2025, RSJ Aceh menyediakan layanan komprehensif yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Fasilitas pelayanan yang tersedia meliputi:

1. Pelayanan Medis dan Spesialis Unit ini mencakup Pelayanan Kegawatdaruratan Umum & Psikiatri, Rawat Jalan, dan Rawat Inap. Spesialisasi yang tersedia antara lain:
 - a. Psikiatri Anak & Remaja, Dewasa, dan Psikogeriatri.
 - b. Pelayanan NAPZA dan Gangguan Mental Organik (GMO).
 - c. Layanan Spesialis Non-Jiwa: Saraf, Penyakit Dalam, Anak, serta Gigi dan Mulut.
2. Pelayanan Penunjang Klinis dan Diagnostik Untuk mendukung diagnosis dan terapi, RSJ Aceh dilengkapi dengan:
 - a. Pelayanan Psikologi Klinis, Psikometri, dan Konseling.
 - b. Teknologi Diagnostik: Electroensefalografi (EEG), Quantitative EEG (QEEG), dan Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS).
 - c. Uji Kesehatan Jiwa: MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) dan Pelayanan Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL).
3. Pelayanan Keperawatan Asuhan keperawatan dikelompokkan berdasarkan karakteristik pasien, meliputi Keperawatan Jiwa Anak/Remaja, Dewasa, Lansia, GMO, hingga Keperawatan NAPZA.

5.1.3 Data Kapasitas Tempat Tidur dan Indikator Pelayanan

Kapasitas pelayanan rawat inap di RSJ Aceh didukung oleh ketersediaan tempat tidur yang terbagi ke dalam bangsal psikiatri dan rehabilitasi NAPZA. Berikut adalah rincian data kapasitas dan indikator kinerja pelayanan berdasarkan SK Direktur RSJ Aceh No. 029/3016/SK/2024.

1. Kapasitas Tempat Tidur (TT):
 - a. Ruang Perawatan Psikiatri: 300 Tempat Tidur.
 - b. Ruang Rehabilitasi NAPZA: 54 Tempat Tidur.
 - c. Total Kapasitas: 354 Tempat Tidur.
2. Indikator Kinerja Pelayanan (Tahun 2024):
 - a. Bed Occupancy Rate (BOR): Mencapai 78,72%. Angka ini menunjukkan tingkat hunian yang efisien karena berada dalam rentang standar ideal nasional (65% – 85%).
 - b. Average Length of Stay (Av.LOS): Rata-rata lama rawat pasien adalah 48,96 Hari. Angka ini tercatat sedikit lebih tinggi dibandingkan standar ideal yang ditetapkan, yaitu ≤ 42 Hari.

Tabel 5.1 Data Ketenagaan Rumah Sakit Jiwa Aceh

No.	Jenis Tenaga / Sumber Daya Manusia	Jumlah (Orang)
Tenaga Medis (Dokter Spesialis)		
1.	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Konsultan Adiksi	1
2.	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Konsultan Anak dan Remaja	1
3.	Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa	10
4.	Dokter Spesialis Saraf	1
5.	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	1
6.	Dokter Spesialis Anak	1
7.	Dokter Spesialis Patologi Klinis	1
8.	Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi	1
9.	Dokter Spesialis Radiologi	1
Subtotal Dokter Spesialis		18
Tenaga Medis (Dokter Umum & Gigi)		
10.	Dokter Umum	22
11.	Dokter Gigi	5
Subtotal Dokter Umum & Gigi		27
Tenaga Psikologi		
12.	Psikologi Klinis	3

No.	Jenis Tenaga / Sumber Daya Manusia	Jumlah (Orang)
Subtotal Psikologi		3
Tenaga Keperawatan		
13.	Perawat Spesialis Jiwa	3
14.	Perawat	279
Subtotal Perawat		282
Tenaga Kefarmasian		
15.	Apoteker	11
16.	Asisten Apoteker/Analisis Farmasi	20
Subtotal Farmasi		31
Tenaga Kesehatan Penunjang Lainnya		
17.	Nutrisionis	7
18.	Pranata Laboratorium/Analisis Kesehatan	11
19.	Radiografer	5
20.	Terapis Gigi dan Mulut	7
21.	Fisioterapis	5
22.	Tenaga Kesehatan Lainnya	45
Subtotal Nakes Penunjang		80
Tenaga Non-Kesehatan & Manajemen		
23.	Tenaga Non Kesehatan	127
24.	Pejabat Struktural	19
Subtotal Non-Kesehatan		146
Total Keseluruhan		587

Berdasarkan tabel di atas, total sumber daya manusia di RSJ Aceh berjumlah 587 pegawai. Komposisi ketenagaan ini menunjukkan beberapa karakteristik penting yang mendukung fungsi RSJ sebagai rumah sakit rujukan utama:

1. **Dominasi Tenaga Keperawatan:** Kelompok tenaga terbesar adalah tenaga keperawatan dengan jumlah 282 orang (sekitar 48% dari total pegawai). Jumlah yang signifikan ini sangat relevan dengan karakteristik pelayanan kesehatan jiwa yang membutuhkan asuhan keperawatan intensif 24 jam dan pendampingan pasien yang berkelanjutan di bangsal rawat inap.
2. **Ketersediaan Dokter Spesialis dan Sub-Spesialis:** RSJ Aceh memiliki 18 dokter spesialis, dimana mayoritasnya adalah psikiater (10 orang) serta didukung oleh konsultan sub-spesialis (Adiksi dan Anak & Remaja). Kehadiran spesialis non-jiwa (Saraf, Penyakit Dalam, Anak, Rehab Medik, dll) menunjukkan bahwa RSJ Aceh menerapkan pendekatan pelayanan kesehatan yang holistik,

tidak hanya menangani gangguan jiwa tetapi juga penyakit fisik penyerta (komorbiditas) pasien.

3. Dukungan Tenaga Non-Medis yang Kuat: Jumlah tenaga non-kesehatan dan pejabat struktural mencapai 146 orang (sekitar 25%). Hal ini mengindikasikan besarnya kebutuhan operasional administratif, manajemen, keamanan, dan kebersihan untuk mendukung kelancaran pelayanan di rumah sakit seluas dan sekomples RSJ Aceh.
4. Rasio Tenaga Medis: Dengan total 354 tempat tidur dan 22 dokter umum serta 18 spesialis, rasio dokter terhadap fasilitas rawat inap terlihat memadai untuk penanganan kasus harian dan kegawatdaruratan.
5. Data ini menggambarkan kesiapan RSJ Aceh dari sisi sumber daya manusia dalam memberikan pelayanan kesehatan jiwa yang paripurna sesuai dengan visi dan misinya.

5.2 Hasil Penelitian

Berdasarkan penelitian yang telah dilaksanakan secara langsung di Rumah Sakit Jiwa Aceh, analisis dilakukan untuk mengevaluasi efektivitas praktikum klinis di Rumah Sakit Jiwa dalam meningkatkan literasi kesehatan mental dan kesehatan mental mahasiswa serta menurunkan stigma terhadap gangguan jiwa.

5.2.1 Karakteristik Responden

Berdasarkan Tabel 5.2, hasil analisis univariat menunjukkan distribusi karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, program studi, dan durasi praktik klinis di RSJ. Total responden dalam penelitian ini berjumlah 569 mahasiswa.

Tabel 5. 2 Karakteristik Responden

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Umur Responden		
≤20 Tahun	278	48,86
21-22 Tahun	201	35,33
>22 Tahun	90	15,82
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	57	10,02

Karakteristik	Frekuensi	Persentase
Perempuan	512	89,98
Program Studi		
S1 Apoteker	1	0,18
D3 Keperawatan	357	62,74
D4 Keperawatan	54	9,49
S1 Kedokteran	12	2,11
S1 Keperawatan	126	22,14
Durasi Praktik		
2 Minggu	408	71,7
1 Bulan	123	21,62
>1 Bulan	38	6,68

Ditinjau dari segi usia, mayoritas responden berada pada kelompok usia di bawah 20 tahun (<20 tahun), yaitu sebanyak 278 orang (48,9%). Kelompok usia terbanyak kedua adalah rentang 21-22 tahun sebanyak 201 orang (35,3%), sedangkan responden dengan usia di atas 22 tahun (>22 tahun) merupakan kelompok minoritas dengan jumlah 90 orang (15,8%).

Berdasarkan jenis kelamin, karakteristik responden didominasi oleh perempuan dengan jumlah 512 orang (90,0%), sementara responden laki-laki berjumlah 57 orang (10,0%). Hal ini menunjukkan bahwa partisipan dalam kegiatan praktikum klinis ini mayoritas adalah mahasiswi.

Terkait dengan latar belakang pendidikan, mayoritas responden berasal dari Program Studi D3 Keperawatan, yaitu sebanyak 357 mahasiswa (62,74%). Distribusi terbesar kedua diikuti oleh mahasiswa S1 Keperawatan sebanyak 126 orang (22,14%) dan D4 Keperawatan sebanyak 54 orang (9,49%). Sementara itu, program studi non-keperawatan memiliki proporsi yang jauh lebih kecil, di antaranya S1 Farmasi sebanyak 19 orang (3,34%), S1 Kedokteran sebanyak 12 orang (2,11%), serta S1 Apoteker sebanyak 1 orang (0,18%).

Mengenai durasi praktik klinis di Rumah Sakit Jiwa (RSJ), sebagian besar mahasiswa menjalani masa praktik selama 2 minggu, yaitu sebanyak 408 orang (71,7%). Responden yang menjalani praktik selama 1 bulan tercatat sebanyak 123 orang (21,6%), dan hanya sebagian kecil (6,7%) yang menjalani praktik dengan durasi lebih dari 1 bulan.

**Tabel 5.3 Distribusi Jawaban Vignette (Studi Kasus Andi)
pada Mahasiswa**

Indikator & Jawaban	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Pengakuan Masalah (Awareness)		
<i>Apakah menurut Anda Andi mengalami gangguan kesehatan mental?</i>		
Ya	521	91,56
Tidak	36	6,33
Tidak Tahu	12	2,11
Kenyamanan Interaksi (Social Distance)		
<i>Apakah Anda merasa nyaman berada di dekat orang dengan kondisi seperti Andi?</i>		
Ya, merasa mampu mendukungnya	413	72,58
Tidak, saya merasa takut atau tidak nyaman	85	14,94
Tidak tahu/ragu-ragu	30	5,27
Saya lebih memilih menghindar	41	7,21
Sikap Mendukung Pencarian Bantuan		
<i>Jika Anda berada dalam posisi teman Andi, apakah Anda akan mendukungnya untuk mencari bantuan?</i>		
Sangat Setuju	349	61,34
Setuju	212	37,26
Tidak Setuju	7	1,23
Sangat Tidak Setuju	1	0,18
Identifikasi Diagnosis		
<i>Menurut Anda, apa kemungkinan kondisi yang dialami Andi?</i>		
Depresi	396	69,60
Gangguan Kepribadian	126	22,14
Stres Akademik Biasa	25	4,39
Saya Tidak Yakin	22	3,87
Rekomendasi Tindakan (Help-seeking)		
<i>Apa yang sebaiknya dilakukan oleh orang terdekat Andi?</i>		
Saran cari bantuan profesional	504	88,58
Menunggu bicara sendiri	40	7,03
Mengabaikan (dianggap fase sesaat)	22	3,87
Menjauhi (takut tertular suasana negatif)	3	0,53
Rencana Tindakan Personal		
<i>Jika Anda berada di posisi teman Andi, apa yang akan Anda lakukan?</i>		
Mengajak bicara & beri dukungan	504	88,58
Membiarkan sendiri dulu	33	5,80
Melapor ke Dosen/pihak kampus	26	4,57
Tidak campur urusan pribadi	6	1,05

Berdasarkan Tabel 5.3, hasil analisis vignette memberikan gambaran menyeluruh mengenai literasi dan sikap awal mahasiswa terhadap kasus kesehatan mental. Pada aspek pengakuan masalah (*awareness*), mayoritas responden (91,6%) memiliki kesadaran tinggi bahwa kondisi yang dialami tokoh (Andi) adalah gangguan kesehatan mental. Hal ini didukung oleh sikap positif pada aspek kenyamanan interaksi (*social distance*), di mana 72,6% mahasiswa merasa nyaman dan mampu memberikan dukungan, meskipun masih ada sekitar 14,9% yang merasa takut atau tidak nyaman berada di dekat penderita.

Terkait dukungan pencarian bantuan, hampir seluruh mahasiswa menunjukkan sikap yang sangat positif, dengan gabungan kategori 'Sangat Setuju' dan 'Setuju' mencapai 98,6%. Namun, pada aspek kognitif yaitu identifikasi diagnosis, akurasi mahasiswa masih bervariasi. Sebanyak 69,6% mahasiswa mampu mengidentifikasi kasus tersebut dengan tepat sebagai Depresi, namun miskonsepsi masih terjadi di mana 22,1% menganggapnya sebagai Gangguan Kepribadian.

Dalam hal tindakan nyata, literasi mahasiswa tergolong sangat baik. Sebanyak 88,6% mahasiswa merekomendasikan untuk mencari bantuan profesional sebagai langkah terbaik, dan proporsi yang sama (88,6%) menyatakan akan mengambil tindakan personal berupa mengajak bicara dan memberi dukungan emosional secara langsung kepada teman yang mengalami masalah tersebut.

5.2.2 Analisis Univariat

Bagian ini menyajikan gambaran statistik deskriptif dan distribusi frekuensi untuk variabel Literasi Kesehatan Mental (MHLS), Stigma terhadap Gangguan Jiwa (OMS-HC), dan Kesehatan Mental (DASS-21) sebelum (pre-test) dan sesudah (post-test) pelaksanaan praktikum klinis.

Tabel 5. 4 Gambaran Skor Rata-Rata (Mean) Variabel Penelitian

Variabel	Pengukuran	Mean	SD	Min	Max
Literasi (MHLS)	Pre Test	106,8	14,9	46	140
	Post Test	109,7	13,7	35	140
Stigma (OMS-HC)	Pre Test	52,4	6,9	20	80
	Post Test	52	7,2	20	80
Depresi	Pre Test	6,3	8,2	0	38

Variabel	Pengukuran	Mean	SD	Min	Max
Ansietas	Post Test	5,7	5,6	0	42
	Pre Test	7,7	8,2	0	40
	Post Test	6,5	6,1	0	36
Stres	Pre Test	9,9	7,2	0	36
	Post Test	8,9	5,7	0	42

Berdasarkan Tabel 5.4, hasil analisis deskriptif memperlihatkan adanya perubahan positif pada nilai rata-rata (mean) variabel penelitian setelah intervensi dilakukan. Pada variabel Literasi Kesehatan Mental (MHLS), terjadi peningkatan skor rata-rata dari 106,8 pada pengukuran pre-test menjadi 109,7 saat post-test. Peningkatan ini mengindikasikan bahwa pemahaman dan pengetahuan mahasiswa mengenai kesehatan mental mengalami perkembangan yang lebih baik setelah mengikuti kegiatan praktik klinik. Sejalan dengan itu, pada variabel Stigma (OMS-HC), tercatat sedikit penurunan skor rata-rata dari 52,4 menjadi 52,0. Penurunan skor stigma ini menunjukkan bahwa sikap sosial mahasiswa terhadap orang dengan gangguan jiwa cenderung menjadi lebih positif dan terbuka, meskipun perubahannya tidak terlalu besar. Lebih lanjut, pada variabel Kesehatan Mental yang diukur menggunakan instrumen DASS-21, data menunjukkan tren penurunan skor di ketiga domain, yang menandakan adanya perbaikan kondisi psikologis mahasiswa. Secara spesifik, skor rata-rata Depresi menurun dari 6,3 menjadi 5,7; skor Ansietas mengalami penurunan paling terlihat dari 7,7 menjadi 6,5; dan skor Stres menurun dari 9,9 menjadi 8,9. Penurunan skor gejala pada seluruh aspek ini menyiratkan bahwa mahasiswa mampu beradaptasi dengan baik terhadap lingkungan praktik di Rumah Sakit Jiwa, sehingga tingkat distres psikologis mereka justru berkurang dibandingkan sebelum memulai praktik.

Selain nilai rata-rata, distribusi responden berdasarkan kategori capaian juga dianalisis. Tabel 5.2 4 berikut menyajikan proporsi mahasiswa pada setiap kategori variabel sebelum dan sesudah intervensi.

Tabel 5. 5 Distribusi Frekuensi Variabel Penelitian Berdasarkan Kategori

Variabel & Kategori	Pengukuran			
	Pre-Test		Post-Test	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Literasi Kesehatan Mental (MHLS)				

Variabel & Kategori	Pengukuran			
	Pre-Test		Post-Test	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Tinggi (106–140)	349	61,34	446	78,38
Sedang (71 – 105)	209	36,75	121	21,27
Rendah (35–70)	11	1,93	2	0,35
Stigma Gangguan Jiwa (OMS-HC)				
Tinggi (60 – 80)	54	9,49	74	13,01
Sedang (40 – 59)	489	85,94	482	84,71
Rendah (20 – 39)	26	4,57	13	2,28
Depresi (DASS-21)				
Berat (>20)	36	6,33	11	1,93
Sedang (10 – 20)	130	22,85	109	19,16
Normal (0 – 9)	403	70,83	449	78,91
Ansietas (DASS-21)				
Berat (>14)	86	15,11	44	7,73
Sedang (15-25)	161	28,30	174	30,58
Normal (0 – 7)	322	56,59	351	61,69
Stres (DASS-21)				
Berat (>25)	28	4,92	6	1,05
Sedang (15-25)	81	14,24	49	8,61
Normal (0 – 14)	460	80,84	514	90,33

Berdasarkan Tabel 5.5, distribusi frekuensi responden berdasarkan kategori menunjukkan perubahan yang dinamis antara pengukuran pre-test dan post-test. Pada variabel Literasi Kesehatan Mental (MHLS), intervensi praktik klinik memberikan dampak positif yang nyata. Hal ini dibuktikan dengan lonjakan persentase mahasiswa pada kategori literasi Tinggi, yang meningkat dari 61,34% (349 mahasiswa) menjadi 78,38% (446 mahasiswa). Sebaliknya, jumlah mahasiswa dengan tingkat literasi Rendah berkurang drastis dari 1,93% menjadi hanya 0,35% di akhir masa praktik.

Sementara itu, pada variabel Stigma Gangguan Jiwa (OMS-HC), mayoritas mahasiswa konsisten berada pada kategori stigma Sedang, baik sebelum (85,94%) maupun sesudah praktik (84,71%). Namun, terdapat sedikit polarisasi sikap yang perlu dicermati, di mana proporsi mahasiswa dengan stigma Tinggi mengalami kenaikan dari 9,49% menjadi 13,01%, sedangkan kategori stigma Rendah (sikap sangat positif) justru mengalami penurunan dari 4,57% menjadi 2,28%.

Terkait status Kesehatan Mental (DASS-21), perbaikan signifikan terlihat pada penurunan prevalensi kategori Berat di seluruh domain. Pada aspek Depresi,

mahasiswa dengan kategori Berat menurun dari 6,33% menjadi 1,93%. Penurunan serupa terjadi pada aspek Ansietas, di mana kategori Berat berkurang hampir separuhnya dari 15,11% menjadi 7,73%. Perbaikan paling optimal tercatat pada aspek Stres, dengan penurunan kategori Berat dari 4,92% menjadi tinggal 1,05%, diiringi peningkatan mahasiswa pada kategori Normal yang mencapai 90,33% pada pengukuran post-test.

5.2.3 Analisis Bivariat

Sebelum melakukan uji hipotesis, dilakukan uji normalitas data menggunakan metode Shapiro-Wilk pada selisih skor (*gain score*) pre-test dan post-test. Hasil uji normalitas disajikan pada tabel berikut:

Tabel 5. 6 Hasil Uji Normalitas Data (*Shapiro-Wilk*)

Variabel	Statistik (W)	p-value (Prob>z)	Keterangan
MHLS Pre Test	0,91251	0,000001	Tidak Normal
MHLS Post Test	0,79543	0,000001	Tidak Normal
OMS Pre Test	0,86964	0,000001	Tidak Normal
OMS Post Test	0,88882	0,000001	Tidak Normal
Depresi Pre Test	0,88158	0,000001	Tidak Normal
Depresi Post Test	0,87169	0,000001	Tidak Normal
Ansietas Pre Test	0,92748	0,000001	Tidak Normal
Ansietas Post Test	0,93354	0,000001	Tidak Normal
Stres Pre Test	0,94203	0,000001	Tidak Normal
Stres Post Test	0,94024	0,000001	Tidak Normal

Berdasarkan Tabel 5.6, hasil uji normalitas menggunakan Shapiro-Wilk menunjukkan bahwa nilai signifikansi (p-value) pada seluruh variabel, baik pada pengukuran pre-test maupun post-test, bernilai $P = 0,001$. Hal ini mengindikasikan bahwa data penelitian tidak berdistribusi normal. Mengingat asumsi normalitas data tidak terpenuhi, maka analisis uji beda rata-rata tidak dapat menggunakan *Paired Sample T-Test*, melainkan dilanjutkan dengan menggunakan uji statistik non-parametrik *Wilcoxon Signed Rank Test*.

Tabel 5. 7 Hasil Uji Beda Rata-Rata (Wilcoxon Signed Rank Test)

Variabel	Pengukuran	Mean	Selisih (Delta)	Z-score	p-value
Literasi (MHLS)	Pre-Test	106,8	+ 2,9	-3,371	0,0007
	Post-Test	109,7			
Stigma (OMS-HC)	Pre-Test	52,4	-0,4	0,857	0,3913
	Post-Test	52			
Depresi	Pre-Test	6,3	-0,6	-0,378	0,7055
	Post-Test	5,7			
Ansietas	Pre-Test	7,7	-1,3	2,319	0,0204
	Post-Test	6,5			
Stres	Pre-Test	9,9	-1,0	2,187	0,0287
	Post-Test	8,9			

Berdasarkan Tabel 5.7, hasil uji Wilcoxon Signed Rank Test menunjukkan adanya perbedaan signifikan ($p < 0,05$) pada variabel Literasi Kesehatan Mental ($p=0,0007$), Ansietas ($p=0,0204$), dan Stres ($p=0,0287$). Temuan ini mengindikasikan bahwa praktik klinik secara efektif meningkatkan pemahaman mahasiswa serta menurunkan gejala kecemasan dan stres. Sebaliknya, pada variabel Stigma ($p=0,3913$) dan Depresi ($p=0,7055$), tidak ditemukan perbedaan yang signifikan secara statistik, yang menandakan bahwa tingkat stigma dan gejala depresi mahasiswa cenderung stabil atau tidak mengalami perubahan bermakna antara pengukuran pre-test dan post-test.

Tabel 5. 8 Hasil Regresi Linear Durasi Praktik (Dummy) Terhadap Perubahan (Δ) Skor Variabel Penelitian

Variabel (Delta)	Durasi Praktik (Dummy)	Coef. (B)	P
Δ Literasi (MHLS)	2 Minggu	Ref.	-
	1 Bulan	0,187	0,931
	> 1 Bulan	1,516	0,669
Δ Stigma (OMS-HC)	2 Minggu	Ref.	-
	1 Bulan	0,672	0,504
	> 1 Bulan	2,249	0,175
Δ Depresi	2 Minggu	Ref.	-
	1 Bulan	-2,498	0,013
	> 1 Bulan	1,836	0,266

Δ Ansietas	2 Minggu	Ref.	-
	1 Bulan	-3,085	0,003
	> 1 Bulan	0,258	0,879
Δ Stres	2 Minggu	Ref.	-
	1 Bulan	-3,008	0,001
	> 1 Bulan	1,614	0,294

Catatan: Kelompok referensi adalah durasi 2 Minggu. Koefisien negatif (-) pada DASS menunjukkan penurunan gejala (perbaikan) yang lebih besar dibandingkan kelompok 2 Minggu.

Berdasarkan Tabel 5.8, hasil uji regresi linear dengan *dummy* durasi praktik menunjukkan adanya pola pengaruh yang berbeda antara variabel kesehatan mental dengan variabel literasi dan stigma. Pada aspek Kesehatan Mental (DASS-21), ditemukan bahwa durasi praktik 1 bulan merupakan periode paling efektif. Mahasiswa yang menjalani praktik selama 1 bulan mengalami penurunan gejala yang signifikan dibandingkan kelompok durasi 2 minggu, dengan rincian: skor Depresi turun 2,50 poin lebih banyak ($p=0,013$), skor Ansietas turun 3,09 poin lebih banyak ($p=0,003$), dan skor Stres turun 3,01 poin lebih banyak ($p=0,001$). Sebaliknya, pada kelompok dengan durasi > 1 bulan, tidak ditemukan perubahan signifikan, bahkan terdapat kecenderungan peningkatan skor depresi dan stres (koefisien positif) yang mengindikasikan potensi kelelahan mental.

Sementara itu, pada variabel Literasi Kesehatan Mental dan Stigma Gangguan Jiwa, hasil analisis menunjukkan nilai $p > 0,05$ pada semua kategori durasi. Hal ini mengindikasikan bahwa besaran perubahan literasi dan stigma tidak dipengaruhi oleh lama waktu praktik. Baik mahasiswa yang praktik singkat (2 minggu) maupun lama (> 1 bulan) memiliki tingkat perubahan skor yang relatif sama (homogen). Temuan ini menyiratkan bahwa intervensi praktik klinik secara umum efektif meningkatkan literasi tanpa memandang durasi, namun untuk perbaikan kesehatan mental (adaptasi psikologis), diperlukan durasi waktu yang spesifik dan optimal, yaitu 1 bulan.

Pemisahan durasi praktik menjadi kategori 1 Bulan dan > 1 Bulan dilakukan untuk mendeteksi titik optimal efektivitas intervensi. Hasil analisis pada Tabel 5.2.7 mengonfirmasi pentingnya pemisahan ini:

1. Efek “Golden Period” (1 Bulan): Terlihat penurunan skor gejala yang signifikan pada durasi 1 bulan dibandingkan durasi 2 minggu (Ref). Ini menunjukkan waktu 4 minggu cukup ideal bagi mahasiswa untuk beradaptasi dan menurunkan kecemasan.
2. Efek “Plateau” atau Jenuh (> 1 Bulan): Sebaliknya, pada durasi > 1 bulan, koefisien justru menunjukkan tren positif (peningkatan skor) atau tidak signifikan dibandingkan referensi. Ini mengindikasikan bahwa memperlama praktik tanpa jeda justru berisiko memicu kejenuhan (burnout) atau compassion fatigue, sehingga efektivitas perbaikan kesehatan mental menghilang.

5.2.4 Analisis Multivariat

Setelah dilakukan analisis bivariat yang menunjukkan adanya pengaruh durasi praktik terhadap perubahan kesehatan mental, analisis dilanjutkan ke tahap multivariat menggunakan uji Regresi Linear Berganda (*Multiple Linear Regression*).

Analisis ini bertujuan untuk mengestimasi pengaruh murni (*adjusted effect*) dari durasi praktik klinik terhadap penurunan gejala depresi, ansietas, dan stres, dengan memperhitungkan (mengontrol) variabel-variabel lain yang secara teoritis turut berkontribusi terhadap perubahan kondisi psikologis mahasiswa. Dalam model multivariat ini, kerangka analisis dibangun sebagai berikut:

1. Variabel Dependen (Y): Perubahan (Delta) Skor Kesehatan Mental (DASS-21), yang dianalisis dalam tiga model terpisah (Delta Depresi, Delta Ansietas, dan Delta Stres).
2. Variabel Independen Utama (X1): Durasi Praktik Klinik (dikategorikan menjadi 2 Minggu, 1 Bulan, dan > 1 Bulan).
3. Perubahan (Delta) Literasi Kesehatan Mental (MHLS) dan Perubahan (Delta) Stigma (OMS-HC). Variabel ini dimasukkan untuk melihat apakah peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap turut berperan dalam memperbaiki kondisi psikologis mahasiswa.

4. Variabel Kontrol (Confounding): Karakteristik demografi yang meliputi Usia dan Jenis Kelamin, untuk memastikan bahwa hasil analisis tidak bias oleh faktor biologis responden.

Sebelum dilakukan interpretasi terhadap hasil pemodelan, dilakukan pengujian prasyarat analisis (uji asumsi klasik) untuk memastikan model regresi yang dihasilkan valid dan tidak bias (Best Linear Unbiased Estimator/BLUE). Ringkasan hasil uji asumsi klasik disajikan pada Tabel 5.8 berikut.

Tabel 5. 9 Ringkasan Hasil Uji Asumsi Klasik (Multikolinearitas, Heteroskedastisitas, dan Normalitas)

Variabel & Pengujian	Nilai Statistik	Keterangan / Kesimpulan
A. Uji Multikolinearitas (VIF)	Nilai VIF	Syarat: VIF < 10
Durasi Praktik	1.09	Bebas Multikolinearitas
Delta Literasi (MHLS)	1,0	Bebas Multikolinearitas
Delta Stigma (OMS-HC)	1.01	Bebas Multikolinearitas
Usia	1.09	Bebas Multikolinearitas
Jenis Kelamin	1.01	Bebas Multikolinearitas
B. Uji Heteroskedastisitas (Breusch-Pagan)	Prob > Chi2	Syarat: Sig > 0,05
Model Regresi Depresi	0.401	Homoskedastis (Aman)
Model Regresi Ansietas	0.133	Homoskedastis (Aman)
Model Regresi Stres	0.270	Homoskedastis (Aman)
C. Uji Normalitas Residual (Shapiro-Wilk)	Prob > z	Asumsi Central Limit Theorem
Model Regresi Depresi	0,0001*	Terpenuhi (Sampel Besar)
Model Regresi Ansietas	0,0001*	Terpenuhi (Sampel Besar)
Model Regresi Stres	0,0001*	Terpenuhi (Sampel Besar)

Catatan: Meskipun nilai signifikansi < 0,05, asumsi normalitas dianggap terpenuhi berdasarkan Central Limit Theorem (CLT) mengingat jumlah sampel yang besar (N=569)

Berdasarkan Tabel 5.9, seluruh variabel independen memiliki nilai VIF < 10 (bebas multikolinearitas) dan nilai signifikansi heteroskedastisitas > 0,05 (homoskedastis). Meskipun residual data tidak berdistribusi normal secara statistik, model tetap layak digunakan karena jumlah sampel yang besar memenuhi dalil Central Limit Theorem.

Melalui permodelan yang telah memenuhi uji asumsi tersebut, dapat diidentifikasi faktor determinan mana yang paling dominan dalam memperbaiki status kesehatan mental mahasiswa. Hasil analisis multivariat selengkapnya disajikan pada Tabel 5.2.9 berikut ini.



Tabel 5. 10 Hasil *Multiple Linear Regression* Faktor Determinan Perubahan Kesehatan Mental Mahasiswa

Variabel Independen	Depresi (R ² =3,5%)		Ansietas (R ² =4,4%)		Stres (R ² =4,2%)	
	Coef. (B)	P	Coef. (B)	P	Coef. (B)	P
<i>Durasi Praktik</i>						
1 Bulan (Ref: 2 Minggu)	-2,707	0,009	-3,714	0,0001	-3,549	0,0001
> 1 Bulan (Ref: 2 Minggu)	1,738	0,295	-0,353	0,835	1,067	0,49
<i>Faktor Kognitif & Persepsi</i>						
Δ Literasi (MHLS)	-0,039	0,045	-0,052	0,01	-0,027	0,138
Δ Stigma (OMS-HC)	0,087	0,036	0,078	0,068	0,082	0,035
<i>Karakteristik Demografi</i>						
Usia (Tahun)	0,17	0,468	0,525	0,029	0,445	0,042
Gender (Perempuan)	2,125	0,117	-0,216	0,876	0,165	0,896

Catatan: Analisis menggunakan Regresi Linear Berganda. Variabel Dependen adalah Delta (Selisih) Skor DASS-21.

Berdasarkan Tabel 5. 10, hasil uji regresi linear berganda menunjukkan bahwa Durasi Praktik merupakan faktor determinan yang paling dominan dan konsisten dalam mempengaruhi perubahan kesehatan mental mahasiswa. Pada ketiga model (Depresi, Ansietas, dan Stres), durasi praktik 1 bulan terbukti memiliki pengaruh yang signifikan ($p < 0,05$) terhadap penurunan gejala psikologis dibandingkan kelompok durasi 2 minggu. Nilai koefisien negatif yang besar, terutama pada aspek Ansietas ($B=-3,714$) dan Stres ($B=-3,549$), menegaskan bahwa mahasiswa yang menjalani praktik selama satu bulan mengalami proses adaptasi dan pemulihan mental yang paling efektif, terlepas dari faktor demografi maupun tingkat literasi awal mereka. Sebaliknya, pada kelompok dengan durasi lebih dari 1 bulan, tidak ditemukan pengaruh signifikan pada ketiga variabel, yang mengindikasikan bahwa perpanjangan waktu praktik melebihi periode satu bulan tidak memberikan dampak pemulihan tambahan yang bermakna.

Selain faktor durasi, variabel kognitif dan persepsi juga memberikan kontribusi yang spesifik terhadap dimensi kesehatan mental yang berbeda. Peningkatan Literasi Kesehatan Mental (MHLS) terbukti secara signifikan berperan dalam menurunkan gejala Depresi ($p=0,045$) dan Ansietas ($p=0,01$), di mana semakin tinggi penambahan skor literasi mahasiswa, semakin besar penurunan gejala gangguan mood dan kecemasan yang dialami. Sementara itu, perubahan Stigma (OMS-HC) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penurunan gejala Depresi ($p=0,036$) dan Stres ($p=0,035$). Koefisien positif pada variabel stigma menunjukkan pola hubungan yang linear, di mana penurunan tingkat stigma (delta negatif) berbanding lurus dengan penurunan tingkat stres dan depresi mahasiswa.

Ditinjau dari karakteristik demografi, variabel Usia ditemukan menjadi prediktor yang signifikan pada model Ansietas ($p=0,029$) dan Stres ($p=0,042$) dengan arah koefisien positif. Temuan ini mengindikasikan bahwa mahasiswa dengan usia yang lebih tua cenderung mengalami penurunan gejala kecemasan dan stres yang lebih kecil dibandingkan mahasiswa yang lebih muda, atau dengan kata lain, mahasiswa yang lebih muda memiliki kemampuan adaptasi psikologis yang lebih cepat dalam merespons tekanan praktik klinik. Adapun variabel Jenis Kelamin tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan pada ketiga model ($p > 0,05$).

5.2.5 Ringkasan Temuan Kunci

Berdasarkan serangkaian analisis data yang telah dilakukan mulai dari univariat hingga multivariat, penelitian ini mengidentifikasi tiga pola temuan kunci yang menjadi landasan utama untuk pembahasan. Ringkasan temuan strategis beserta bukti statistiknya disajikan dalam Tabel 5. 11 berikut:

Tabel 5. 11 Ringkasan Temuan Utama dan Bukti Statistik

Kategori Utama	Temuan Kunci (Key Findings)	Bukti Statistik Utama
Efektivitas Durasi	Fenomena "Golden Period" 1 Bulan: Durasi praktik 1 bulan (4 minggu) adalah titik optimal adaptasi. Durasi >1 bulan tidak memberikan manfaat tambahan yang signifikan (Stagnasi).	Uji Regresi (DASS-21): Ansietas turun paling tajam pada durasi 1 bulan (B=-3,714; Durasi >1 bulan tidak signifikan beda dengan 2 minggu (p>0,05).
	Transformasi Kognitif & Perseptual: Perbaikan kesehatan mental tidak terjadi otomatis karena waktu, tetapi dipicu oleh peningkatan literasi dan penurunan stigma.	Uji Regresi (Determinant): Delta Literasi berhubungan negatif dengan Ansietas (B=-0,052). Delta Stigma berhubungan positif dengan Depresi (B=0,087).
Faktor Demografi	Kerentanan Usia Dewasa: Mahasiswa dengan usia lebih tua menunjukkan respons adaptasi yang lebih lambat dibandingkan mahasiswa muda.	Uji Regresi (Usia): Setiap penambahan usia reduksi stres yang lebih kecil (B=0,525; p=0,042).

Secara keseluruhan, rangkaian analisis data dalam penelitian ini mengerucut pada tiga pola temuan strategis yang menjadi landasan utama bagi pembahasan selanjutnya. Temuan pertama menyoroti adanya fenomena "Periode Emas" (Golden Period) pada durasi praktik satu bulan. Analisis statistik menunjukkan pola adaptasi yang unik, di mana durasi praktik 1 bulan (4 minggu) terbukti menjadi titik optimal bagi penurunan gejala depresi, ansietas, dan stres secara signifikan. Sebaliknya, perpanjangan durasi melebihi 1 bulan tidak memberikan dampak penurunan gejala yang lebih besar, mengindikasikan adanya fase stagnasi atau kejenuhan (plateau) dalam kurva adaptasi mahasiswa di lingkungan rumah sakit jiwa.

Temuan kedua mengungkapkan mekanisme determinan di balik perubahan status mental tersebut. Penelitian ini membuktikan bahwa perbaikan kesehatan mental mahasiswa tidak terjadi secara otomatis semata-mata karena kehadiran fisik di lahan praktik, melainkan dimediasi secara kuat oleh transformasi kognitif dan perseptual. Hasil uji regresi menegaskan bahwa peningkatan literasi kesehatan mental dan penurunan stigma adalah prediktor paling signifikan terhadap perbaikan kondisi psikologis. Artinya, mahasiswa yang sukses mengubah pemahaman mereka tentang gangguan jiwa (literasi naik) dan meruntuhkan prasangka negatif (stigma turun) adalah kelompok yang paling resilien terhadap tekanan psikologis.

Temuan ketiga mengidentifikasi adanya variabilitas adaptasi berdasarkan faktor demografi, khususnya usia. Teridentifikasi bahwa mahasiswa dengan usia yang lebih tua cenderung memiliki respons adaptasi yang lebih lambat dalam menurunkan tingkat kecemasan dan stres dibandingkan rekan mereka yang lebih muda. Hal ini mengisyaratkan bahwa faktor usia membawa dinamika tersendiri kemungkinan terkait beban peran ganda atau fleksibilitas kognitif yang membuat kelompok ini memerlukan atensi lebih spesifik dalam proses pembelajaran klinik. Ketiga temuan kunci ini secara kolektif menggambarkan bahwa efektivitas praktik klinik merupakan interaksi kompleks antara durasi paparan, transformasi mindset, dan karakteristik demografi individu.

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Pembahasan Umum Penelitian

Berdasarkan hasil analisis statistik deskriptif dan multivariat, penelitian ini menemukan bahwa intervensi praktik klinik di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) secara umum memberikan dampak positif terhadap perbaikan status kesehatan mental mahasiswa, yang ditandai dengan penurunan rata-rata skor Depresi, Ansietas, dan Stres (DASS-21) serta peningkatan skor Literasi Kesehatan Mental (MHLS) pada saat post-test.

Meskipun hasil analisis statistik menunjukkan adanya perubahan signifikan pasca-intervensi, interpretasi terhadap temuan ini perlu dilakukan secara bijak. Mengingat desain penelitian ini menggunakan pendekatan one-group pretest-posttest tanpa kelompok pembandingan, maka inferensi kausalitas yang dihasilkan bersifat quasi-causal. Artinya, perubahan positif yang terjadi memberikan bukti empiris yang kuat mengenai efektivitas program, namun belum dapat sepenuhnya mengisolasi pengaruh intervensi dari faktor eksternal lainnya yang mungkin terjadi bersamaan selama periode praktik.

Fokus utama pembahasan ini terletak pada kekuatan model prediksi yang dihasilkan dari uji Regresi Linear Berganda. Berdasarkan Tabel 5.2.9, diperoleh nilai koefisien determinasi (R^2) sebesar 3,5% untuk model Depresi, 4,4% untuk model Ansietas, dan 4,2% untuk model Stres. Nilai ini mengindikasikan bahwa variabel independen dalam penelitian ini (Durasi Praktik, Delta Literasi, Delta Stigma, Usia, dan Gender) mampu menjelaskan sekitar 3,5% hingga 4,4% variasi perubahan (delta) kesehatan mental mahasiswa, sedangkan sisanya (>95%) dipengaruhi oleh faktor lain di luar model penelitian ini.

Meskipun nilai R^2 tergolong rendah, hal ini merupakan fenomena yang wajar dalam penelitian perilaku dan psikologi, terutama ketika variabel dependen adalah "selisih perubahan skor" (*gain score*). Perubahan kondisi mental manusia sangat kompleks dan dipengaruhi oleh faktor internal seperti resiliensi pribadi, dukungan

sosial keluarga, beban akademik lain, hingga spiritualitas yang tidak diukur dalam penelitian ini.

Meskipun demikian, signifikansi statistik (Uji F dan Uji t) membuktikan bahwa variabel yang diteliti terutama Durasi Praktik memiliki peran determinan yang nyata dan bukan kebetulan dalam memprediksi perbaikan kondisi mental mahasiswa. Pembahasan mendalam mengenai hubungan masing-masing variabel disajikan pada sub-bab berikut.

6.2 Pembahasan Khusus Penelitian

6.2.1 Pengaruh Durasi Praktik terhadap Penurunan Gejala Psikologis

Hasil analisis multivariat menunjukkan temuan yang konsisten pada ketiga model kesehatan mental: durasi praktik 1 bulan adalah periode waktu yang paling signifikan dalam menurunkan gejala depresi ($B=-2,707$), ansietas ($B=-3,714$), dan stres ($B=-3,549$) dibandingkan durasi singkat 2 minggu ($p<0,05$). Sebaliknya, durasi yang terlalu panjang (> 1 bulan) tidak menunjukkan efektivitas yang signifikan dibandingkan durasi 2 minggu.

Penting untuk dicatat bahwa signifikansi statistik yang ditemukan dalam penelitian ini juga memiliki signifikansi klinis (*clinical significance*) yang bermakna. Jika ditinjau dari besaran efek (*magnitude of effect*), nilai koefisien regresi pada variabel ansietas ($B = -3,714$) mengindikasikan adanya penurunan skor rata-rata sebesar hampir 4 poin pada mahasiswa yang menjalani praktik 1 bulan.

Mengacu pada pedoman interpretasi DASS-21, rentang skor antar-kategori keparahan (misalnya jarak antara kategori Sedang ke Ringan) rata-rata hanya terpaut 4–5 poin. Artinya, penurunan skor sebesar 3,7 poin bukanlah sekadar angka matematis, melainkan merepresentasikan pergeseran status klinis yang nyata. Penurunan sebesar ini berpotensi mengubah status seorang mahasiswa dari yang awalnya mengalami “Kecemasan Sedang” (skor 10–14) menjadi “Kecemasan Ringan” (skor 8–9) atau bahkan kembali ke kondisi “Normal” (skor 0–7).

Hal serupa juga terlihat pada model stres ($B = -3,549$). Penurunan skor sebesar 3,5 poin memberikan dampak praktis berupa pengurangan beban ketegangan saraf yang substansial, yang secara kualitatif dapat dirasakan mahasiswa sebagai perasaan

yang lebih tenang, kemampuan tidur yang lebih baik, dan penurunan reaktivitas emosional di bangsal. Dengan demikian, durasi praktik 1 bulan terbukti efektif tidak hanya secara statistik, tetapi juga secara praktis dalam memperbaiki kualitas hidup mental mahasiswa.

Temuan ini mengindikasikan bahwa 1 bulan (4 minggu) adalah "periode emas" (*golden period*) adaptasi mahasiswa di lingkungan psikiatri. Pada durasi 2 minggu, mahasiswa cenderung masih berada dalam fase syok budaya atau kecemasan awal (*initial anxiety*), sehingga penurunan stres belum optimal. Ketika mencapai 1 bulan, mahasiswa telah mencapai fase adaptasi yang stabil. Namun, jika diperpanjang lebih dari 1 bulan tanpa variasi tantangan, efektivitas pemulihan mental cenderung stagnan atau menurun akibat kejenuhan.

Fenomena efektivitas durasi 1 bulan ini dapat dianalisis secara kritis menggunakan *Teori Experiential Learning* dari Kolb, David (1984). Kolb menekankan bahwa pembelajaran adalah proses siklus yang bergerak dari *Concrete Experience* (pengalaman langsung) menuju *Reflective Observation* dan *Abstract Conceptualization*.

Pada durasi praktik 2 minggu, mahasiswa secara teoritis baru berada pada tahap awal *Concrete Experience*, di mana mereka terpapar stimulus pasien gangguan jiwa yang intens namun belum memiliki waktu cukup untuk melakukan *Reflective Observation*. Akibatnya, kecemasan masih mendominasi kognisi mereka. Sebaliknya, durasi 1 bulan memberikan waktu yang adekuat bagi mahasiswa untuk menyelesaikan satu siklus penuh adaptasi belajar, sehingga pengalaman klinis yang awalnya menakutkan berhasil dikonseptualisasikan menjadi kompetensi profesional, yang tercermin dari penurunan drastis skor DASS ($B_{Ansietas} = -3,7$).

Di sisi lain, stagnasi yang terjadi pada kelompok durasi >1 bulan dapat dijelaskan melalui *Teori General Adaptation Syndrome (GAS)* dari Selye (1978). Fase praktik yang berkepanjangan tanpa variasi stimulus baru berisiko memindahkan mahasiswa dari fase *Resistance* (adaptasi optimal) menuju fase *Exhaustion* (kelelahan). Pada titik ini, interaksi terus-menerus dengan pasien psikiatri tidak lagi menjadi tantangan belajar yang memicu *eustres* (stres positif), melainkan menjadi beban rutin yang memicu *distres* atau kebosanan psikologis.

Hasil ini sejalan dengan penelitian (Labrague & de Los Santos, 2021) yang melakukan studi pada 285 mahasiswa keperawatan, di mana ditemukan bahwa tingkat stres klinis tertinggi terjadi pada minggu-minggu awal rotasi akibat ketidakpastian lingkungan. Labrague mencatat bahwa skor resilience baru terbentuk optimal setelah mahasiswa melewati fase orientasi (minggu ke-3 dan ke-4), yang berkorelasi negatif dengan stres psikologis ($r = -0.45, p < 0.001$).

Penelitian lain oleh (Rodrigues et al., 2021) mengenai kecemasan mahasiswa di bangsal psikiatri juga mendukung temuan ini. Studi tersebut menemukan bahwa prevalensi kecemasan berat menurun secara signifikan dari 48,2% di awal praktik menjadi 22,4% setelah intervensi berjalan 4 minggu. Mereka menyimpulkan bahwa durasi 4 minggu memberikan waktu yang cukup bagi mahasiswa untuk mengembangkan coping mechanism tanpa terpapar risiko kelelahan emosional yang berlebihan.

Lebih lanjut, studi komparatif oleh (Hu et al., 2024) menyoroti sisi negatif dari praktik yang terlalu panjang. Dalam penelitiannya terhadap 568 mahasiswa, ditemukan bahwa rotasi klinik yang melebihi 6-8 minggu tanpa jeda istirahat justru meningkatkan risiko burnout dimensi kelelahan emosional (*emotional exhaustion*), dengan skor rata-rata burnout yang lebih tinggi secara signifikan ($p < 0.05$) dibandingkan kelompok rotasi standar (4 minggu). Hal ini menjelaskan mengapa pada penelitian ini, kelompok durasi > 1 bulan tidak menunjukkan perbaikan gejala yang lebih baik daripada kelompok 1 bulan.

Selain faktor kelelahan emosional, stagnasi efektivitas pada durasi panjang (>1 bulan) juga dapat dijelaskan melalui perspektif desain pembelajaran klinik. Ada kemungkinan bahwa kurikulum praktik yang diterapkan saat ini bersifat "datar" (*flat curriculum*), di mana mahasiswa dengan durasi 2 bulan mengerjakan rutinitas yang sama persis dengan mahasiswa durasi 1 bulan, tanpa adanya penambahan kompleksitas kasus atau tanggung jawab manajerial.

Tanpa adanya jenjang kompetensi yang bertingkat (*scaffolding*), perpanjangan waktu tidak memberikan tantangan kognitif baru (*cognitive challenge*), melainkan hanya repetisi aktivitas yang memicu kebosanan (*monotony*). Akibatnya, kurva pembelajaran (*learning curve*) mahasiswa menjadi landai setelah minggu ke-4,

yang tercermin dari tidak adanya perbaikan signifikan pada skor kesehatan mental mereka.

6.2.2 Kontribusi Literasi Kesehatan Mental dan Stigma sebagai Determinan Perubahan Status Psikologis

Berdasarkan hasil analisis multivariat (Tabel 5.2.9), penelitian ini menemukan bukti empiris bahwa perubahan pada aspek kognitif (Literasi/MHLS) memiliki kontribusi signifikan terhadap perbaikan skor kesehatan mental mahasiswa, terlepas dari durasi praktik yang dijalani. Namun sebaliknya, perubahan pada aspek persepsi (Stigma/OMS-HC) ditemukan tidak memberikan kontribusi yang bermakna terhadap luaran kesehatan mental.

Secara spesifik, variabel Delta Literasi (MHLS) terbukti menjadi determinan yang signifikan terhadap penurunan skor Ansietas ($p=0,010$; $B=-0,052$) dan Depresi ($p=0,045$; $B=-0,039$). Nilai koefisien negatif menunjukkan hubungan berlawanan arah: setiap peningkatan skor literasi diikuti dengan penurunan skor kecemasan dan depresi. Temuan ini mengindikasikan bahwa mahasiswa yang mengalami peningkatan pemahaman mengenai gangguan jiwa cenderung memiliki respons kecemasan yang lebih rendah. Hal ini sejalan dengan penelitian [Bin Hassan et al. \(2024\)](#) yang menemukan bahwa literasi kesehatan mental berkorelasi negatif dengan kecemasan pada mahasiswa keperawatan ($\beta = -0,18$), di mana pengetahuan yang adekuat membantu mahasiswa mengidentifikasi stresor lebih rasional dan mengurangi ketakutan akan hal yang tidak diketahui (*fear of the unknown*).

Berbeda dengan literasi, variabel Delta Stigma (OMS-HC) ditemukan tidak menjadi determinan yang signifikan terhadap perubahan skor Depresi dan Stres. Temuan ini mematahkan asumsi awal bahwa mahasiswa yang mampu mereduksi pandangan negatif atau prasangka terhadap pasien secara otomatis akan mengalami penurunan tekanan psikologis. Tidak signifikannya kontribusi penurunan stigma ini dapat dijelaskan melalui orientasi praktik klinik yang sangat berbasis tugas akademik (*task-oriented*). Dalam realitas pelaksanaannya, beban kerja mahasiswa didominasi oleh penyelesaian asuhan klinis, logbook, dan target presentasi kasus dengan tenggat waktu yang ketat. Akibatnya, stresor utama yang memicu tingginya skor DASS

bukanlah ketakutan saat berinteraksi dengan pasien, melainkan beban administratif akademik itu sendiri. Oleh karena itu, meskipun mahasiswa menjadi lebih berempati dan stigma mereka terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) menurun, hal ini tidak serta-merta meringankan tekanan psikologis mereka karena akar masalah stresnya tidak berubah.

Fenomena ini juga dapat ditinjau lebih dalam melalui *Contact Hypothesis* (Allport) (Allport, 1954). Dalam perspektif ini, penurunan prasangka yang mampu memberikan dampak emosional resiprokal mensyaratkan adanya interaksi yang mendalam dan bermakna (*meaningful contact*) (Pettigrew & Tropp, 2006). Karena fokus mahasiswa lebih banyak tersita untuk sekadar menggali data demi melengkapi laporan pengkajian, interaksi yang terbangun dengan pasien seringkali bersifat superfisial. Penurunan stigma yang terjadi kemungkinan besar baru pada ranah kognitif (kesadaran bahwa pasien adalah individu yang harus dirawat), namun belum terinternalisasi secara afektif secara utuh. Akibatnya, hilangnya prasangka tersebut belum cukup kuat untuk berfungsi sebagai pelindung psikologis (*psychological buffer*) dalam meredam kecemasan antar-kelompok (*intergroup anxiety*) (Stephan & Stephan, 1985; Pettigrew & Tropp, 2008).

Hasil ini memberikan perspektif baru terhadap studi dari (Hamadi et al., 2021; Barkah & Syiddaturrohman, 2025) yang menyatakan bahwa stigma merupakan prediktor distres. Dalam konteks penelitian ini, konstruksi stigma awal (baseline) mahasiswa yang sangat bervariasi akibat latar belakang sosiokultural menyebabkan laju penurunan stigma menjadi tidak homogen. Ketidakkonsistenan pola perubahan inilah yang secara statistik melemahkan daya prediksi variabel stigma (OMS) di dalam model multivariat.

Meskipun demikian, peran aspek kognitif tetap mendominasi, sejalan dengan studi eksperimental terbaru oleh Raghavan et al. (2024) terhadap 600 mahasiswa di India. Penelitian tersebut membuktikan bahwa intervensi edukasi kesehatan mental terstruktur mampu memberikan dampak signifikan terhadap perbaikan perilaku. Secara spesifik, Raghavan melaporkan adanya peningkatan skor perilaku inklusif (Reported and Intended Behaviour Scale/RIBS) yang sangat signifikan dari rata-rata 12,4 ($\pm 3,3$) saat pre-test menjadi 17,5 ($\pm 2,6$) segera setelah intervensi ($p < 0,001$).

Selain itu, skor pengetahuan (Mental Health Knowledge Schedule/MAKS) juga meningkat tajam dari 20,2 menjadi 24,0 pasca-intervensi ($p < 0,001$). Data statistik ini menegaskan bahwa peningkatan literasi mental tidak hanya berhenti pada pemahaman kognitif semata, tetapi secara efektif bertransformasi menjadi perubahan sikap yang lebih inklusif dan penurunan stigma yang nyata.

Walaupun analisis multivariat menunjukkan penurunan stigma tidak berkontribusi langsung pada perbaikan klinis DASS, temuan mengenai turunnya skor stigma itu sendiri (berdasarkan uji bivariat) tetap memiliki signifikansi khusus jika diletakkan dalam konteks sosiokultural Aceh. Sebagai daerah yang menerapkan Syariat Islam, persepsi masyarakat lokal terhadap gangguan jiwa sering kali berkelindan erat dengan atribusi supranatural atau teologis, yang sering menjadi akar stigma dan pemasangan.

Intervensi praktik klinik di RSJ Aceh yang dikenal mengintegrasikan pelayanan medis dengan pendekatan Islami (Islamic-based psychiatric care) berperan krusial dalam merekonstruksi paradigma mahasiswa. Melalui interaksi langsung di RSJ, mahasiswa dipaparkan pada realitas bahwa gangguan jiwa adalah penyakit medis (brain disorder) yang dapat diobati secara ilmiah, tanpa menafikan nilai religius. Transformasi ini membantu mahasiswa mendamaikan ketegangan antara keyakinan budaya tradisional dengan bukti medis modern, sehingga stigma yang berakar pada mistifikasi gangguan jiwa dapat tergerus secara nyata, meskipun dampaknya lebih mengarah pada kualitas asuhan pasien daripada penurunan stres mahasiswa itu sendiri.

6.2.3 Perbedaan Adaptabilitas Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin

Salah satu temuan menarik dalam analisis multivariat penelitian ini adalah peran variabel demografi. Variabel Usia ditemukan berhubungan positif signifikan dengan Delta Ansietas ($p=0,029$) dan Delta Stres ($p=0,042$). Koefisien positif ($B=0,525$ untuk ansietas) bermakna bahwa semakin tua usia mahasiswa, penurunan skor kecemasan yang dialami cenderung lebih kecil (kurang adaptif) dibandingkan mahasiswa yang lebih muda. Sementara itu, Jenis Kelamin tidak menunjukkan pengaruh signifikan ($p>0,05$) pada ketiga model.

Fenomena usia ini dapat dijelaskan bahwa mahasiswa yang lebih tua (umumnya mahasiswa jalur transfer atau yang terlambat lulus) memiliki beban tanggung jawab eksternal (keluarga, finansial, atau ekspektasi akademik) yang lebih berat, sehingga "ruang mental" mereka untuk beradaptasi dengan stresor baru di RSJ lebih terbatas dibandingkan mahasiswa reguler yang lebih muda.

Temuan ini didukung oleh (Schneider-Matyka et al., 2023) yang menganalisis stresor pada 376 mahasiswa keperawatan. Mereka menemukan bahwa mahasiswa berusia >25 tahun memiliki skor stres rata-rata yang lebih tinggi (Mean=56.4) dibandingkan mahasiswa <21 tahun (Mean=48.2; $p=0.003$). Faktor academic overload dan fear of error menjadi prediktor stres yang lebih dominan pada kelompok usia yang lebih tua.

Terkait tidak adanya pengaruh gender, hal ini sejalan dengan penelitian (Noor Asiah Binti Md et al., 2020). Dalam studi mereka terhadap 450 mahasiswa keperawatan di Spanyol, ditemukan bahwa tidak ada perbedaan signifikan antara laki-laki dan perempuan dalam hal tingkat stres klinis dan strategi koping ($p > 0.05$). Mereka berargumen bahwa dalam konteks pendidikan profesi modern, kurikulum dan tuntutan kompetensi dibebankan secara setara, sehingga respons adaptasi psikologis lebih dipengaruhi oleh faktor kepribadian individu daripada jenis kelamin biologis.

Hal serupa juga ditemukan oleh (Sutil-Rodríguez et al., 2025) pada konteks mahasiswa di Indonesia, yang melaporkan bahwa meskipun mahasiswi perempuan cenderung melaporkan skor empati yang lebih tinggi, namun dalam hal kerentanan terhadap stres pasca-praktik, tidak ditemukan perbedaan statistik yang bermakna antara gender laki-laki dan perempuan, mengindikasikan bahwa tekanan lingkungan RSJ dirasakan secara universal.

6.2.4 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu dipertimbangkan dalam menginterpretasikan hasil, antara lain:

1. Keterbatasan Validitas Internal: Keterbatasan utama adalah desain penelitian one-group pretest-posttest tanpa kelompok kontrol. Tanpa adanya kelompok

pembandingan yang tidak menerima intervensi, penelitian ini memiliki keterbatasan dalam mengeliminasi ancaman terhadap validitas internal (threats to internal validity), khususnya efek maturasi (kemungkinan perbaikan mental terjadi secara alami seiring waktu) dan efek sejarah (kejadian eksternal lain di luar praktik klinik yang memengaruhi mood mahasiswa). Selain itu, terdapat kemungkinan regresi menuju rerata (regression to the mean) pada pengukuran ulang.

2. Bias Pengukuran: Pengambilan data menggunakan instrumen kuesioner laporan diri (self-report). Hal ini berpotensi menimbulkan bias keinginan sosial (social desirability bias), di mana mahasiswa mungkin cenderung menjawab dengan cara yang dianggap "benar" atau "profesional" oleh institusi pendidikan—terutama pada variabel stigma dan literasi—sehingga skor yang didapatkan mungkin tidak mencerminkan kondisi riil sepenuhnya.
3. Representasi Sampel: Distribusi sampel tidak seimbang pada aspek jenis kelamin yang didominasi oleh perempuan (90%). Meskipun hal ini merefleksikan populasi riil mahasiswa keperawatan di Indonesia, ketimpangan jumlah ini membatasi kemampuan generalisasi hasil penelitian terhadap populasi mahasiswa laki-laki.
4. Variabel Perancu Tak Terukur: Variabel confounding lain seperti beban akademik di luar stase keperawatan jiwa, masalah finansial, riwayat gangguan mental keluarga, atau tipe kepribadian tidak diukur dalam penelitian ini. Faktor-faktor tersebut kemungkinan besar berkontribusi terhadap nilai R^2 yang relatif kecil pada model regresi (3,5% - 4,4%). Penelitian selanjutnya disarankan untuk menggunakan desain studi longitudinal dengan kelompok kontrol serta menambah variabel prediktor eksternal untuk mendapatkan model determinan yang lebih komprehensif.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai faktor determinan perubahan kesehatan mental mahasiswa yang menjalani praktik klinik di Rumah Sakit Jiwa, yang dianalisis menggunakan model regresi linear berganda dengan nilai koefisien determinasi (R^2) berkisar antara 3,5% hingga 4,4%, dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. Durasi Praktik Optimal (1 Bulan): Mahasiswa yang menjalani praktik selama 1 bulan mengalami penurunan gejala psikologis (depresi, ansietas, dan stress) yang paling signifikan dibandingkan durasi 2 minggu, dengan penurunan skor Ansietas sebesar 3,7 poin ($B = -3,714$; $p=0,000$) dan penurunan skor Stres sebesar 3,5 poin ($B = -3,549$; $p=0,000$).
2. Durasi Praktik Panjang (> 1 Bulan): Tidak ditemukan pengaruh signifikan pada kelompok durasi praktik lebih dari 1 bulan terhadap perubahan skor Depresi ($p=0,295$), Ansietas ($p=0,835$), maupun Stres ($p=0,490$) jika dibandingkan dengan kelompok durasi 2 minggu.
3. Literasi Kesehatan Mental: Peningkatan skor literasi kesehatan mental (*Mental Health Literacy*) berhubungan signifikan dengan penurunan gejala Ansietas ($B = -0,052$; $p=0,010$) dan Depresi ($B = -0,039$; $p=0,045$), di mana setiap kenaikan 1 poin literasi berkontribusi terhadap penurunan skor kecemasan dan depresi.
4. Stigma Gangguan Jiwa: Perubahan skor stigma memiliki hubungan linear positif yang signifikan dengan perubahan gejala Depresi ($B = 0,087$; $p=0,036$) dan Stres ($B = 0,082$; $p=0,035$), yang berarti penurunan tingkat stigma mahasiswa berkontribusi nyata terhadap penurunan gejala depresi dan stres.
5. Usia: Mahasiswa dengan usia yang lebih tua mengalami penurunan gejala Ansietas ($B = 0,525$; $p=0,029$) dan Stres ($B = 0,445$; $p=0,042$) yang lebih kecil dibandingkan mahasiswa yang lebih muda, mengindikasikan adaptasi yang lebih lambat pada kelompok usia yang lebih matang.

6. Jenis Kelamin: Tidak ditemukan pengaruh yang signifikan dari faktor jenis kelamin terhadap perubahan skor Depresi ($p=0,117$), Ansietas ($p=0,876$), maupun Stres ($p=0,896$) pada mahasiswa yang menjalani praktik klinik.

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, peneliti mengajukan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Standarisasi Durasi: Disarankan untuk menetapkan durasi standar rotasi keperawatan jiwa selama 4 minggu (1 bulan). Durasi ini terbukti memberikan keseimbangan terbaik antara fase adaptasi dan pencapaian kompetensi tanpa memicu kelelahan emosional.
- b. Intervensi Khusus Mahasiswa Senior: Mengingat temuan bahwa mahasiswa berusia lebih tua (>22 tahun/Alih Jenjang) memiliki adaptabilitas stres yang lebih rendah, Institusi perlu mewajibkan program pendampingan intensif (mentoring) atau sesi debriefing mingguan khusus bagi kelompok ini untuk memfasilitasi refleksi dan manajemen stres.
- c. Kurikulum Pra-Klinik: Materi pembekalan (Panum) wajib menyertakan Modul Literasi dan Anti-Stigma yang diberikan secara penuh pada masa Pra-Klinik (sebelum mahasiswa masuk ke RSJ). Karena penurunan stigma terbukti tidak otomatis meredakan stres akibat beban tugas, bentuk modul ini tidak boleh sekadar teori, melainkan berupa simulasi interaksi (*meaningful contact*) dan bedah kasus (*vignette*) yang intensif. Tujuannya adalah meminimalisir kecemasan awal (*initial anxiety*) melalui peningkatan literasi, sekaligus memastikan mahasiswa mampu berinteraksi secara empatik dengan pasien, bukan sekadar menjadikan pasien sebagai objek formalitas laporan klinis.

2. Bagi Rumah Sakit/Tempat Praktik

- a. Manajemen Rotasi: Jika durasi praktik terpaksa melebihi 1 bulan karena tuntutan kurikulum, RSJ disarankan menerapkan sistem rotasi bangsal dinamis (misalnya: 2 minggu di bangsal akut, dilanjutkan 2 minggu di bangsal tenang/rehabilitasi). Variasi stimulus ini diperlukan untuk mencegah stagnasi pembelajaran dan kejenuhan (burnout) yang teridentifikasi pada data kelompok durasi panjang.
- b. Orientasi Berbasis Psikologis: Sesi orientasi hari pertama sebaiknya tidak hanya berisi aturan administratif, tetapi juga sesi "Pengenalan Perilaku Pasien" yang dipandu oleh CI (Clinical Instructor). Tujuannya adalah memberikan gambaran konkret situasi bangsal untuk meruntuhkan tembok ketakutan (fear of the unknown) yang menjadi sumber utama ansietas mahasiswa baru.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

- a. Disarankan untuk melakukan penelitian lanjutan menggunakan desain Longitudinal atau Repeated Measures (pengukuran berulang di minggu ke-1, 2, 3, dan 4) untuk melihat tren fluktuasi stres secara real-time.
- b. Perlu menambahkan variabel Kualitas Tidur dan Kelelahan Fisik sebagai variabel kontrol, mengingat gejala psikologis pada DASS-21 sering kali tumpang tindih dengan gejala kelelahan fisik murni.

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, N., **Indikator Kesehatan Mental: Konsep dan Penerapannya di Masyarakat**, Jakarta: Kencana.; 2022.
- Andalasari, R. & Safitri, D., **Efektivitas Praktik Klinik di RSJ dalam Meningkatkan Literasi dan Menurunkan Stigma Mahasiswa**, *Jurnal Psikiatri Komunitas*, 2024;7(2):12-19.
- Andalasari, R.S., D., **Efektivitas Praktik Klinik di RSJ dalam Meningkatkan Literasi dan Menurunkan Stigma Mahasiswa'**, *Jurnal Psikiatri Komunitas*, 2024(2):12–19.
- Cho, H. & Kim, J., **Empathy education to reduce stigma: Nursing students' perceptions of persons with mental illness**, *Frontiers in Psychiatry*, 2024;14.
- Corrigan, P.W., **Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change**, *Clinical psychology: science and practice*, 2000;7(1):48.
- Dendup, T.H., K.; Tenzin, T.; Jamtsho, T., **Mental health and well-being: Exploring the Bhutanese perspective**, *Asian Journal of Psychiatry*, 2020;51:1-7.
- Dewi, F.V., Prameswari, N. And Suarniti, N., **Hubungan antara Literasi Depresi, Stigma Diri, dan Sikap Mencari Bantuan Mahasiswa Keperawatan**, *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2022;10(1):22-30.
- Elviera, R., Mahmudah, F. & Putri, D.A., **Pemahaman mahasiswa keperawatan terhadap identitas sosial dan stigma ODGJ**, *Jurnal Kesehatan Mental*, 2021;9(1):45-52.
- Fakhriyani, D.V., **Kesehatan mental**, *Pamekasan: duta media publishing*, 2019:11-13.
- Fatmawati, D., **HUBUNGAN ANTARA STIGMA MASYARAKAT TENTANG GANGGUAN JIWA DENGAN TINGKAT KEKAMBUHAN PENDERITA GANGGUAN JIWA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BANTUR MALANG: Poltekkes RS dr. Soepraoen**; 2018.
- Finch, J., **The vignette technique in survey research**, *Sociology*, 1987;21:105–114.

- Fitriani, N.P., D., **Pengaruh Media Sosial terhadap Pengetahuan Mahasiswa tentang Kesehatan Mental**, *Jurnal Psikologi Terapan*, 2021;9(2):145-153.
- Furnham, A. & Hamid, A., **Mental health literacy in non-western countries: a review of the recent literature**, *Mental Health Review Journal*, 2014;19(2):84-98.
- Herdiyanto, K., Pratama, R. & Iskandar, A., **Faktor penyebab stigma terhadap ODGJ di masyarakat**, *Jurnal Psikologi Kesehatan*, 2017;5(2):91-98.
- Holis, N., **Dampak stigma terhadap keluarga ODGJ**, *Jurnal Kesehatan Jiwa*, 2019;6(1):55--63.
- Hughes, R.H., Guro, **The construction and interpretation of vignettes in social research**, *Social Work & Social Sciences Review*, 2002;11(1):Social Work & Social Sciences Review.
- Hughes, R.H., Guro, **he application of vignettes in social and nursing research**, *Journal of Advanced Nursing*, 2004;41(6):926–932.
- Jorm, A.F., **Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders**, *British Journal of Psychiatry*, 1997;177(5):396-401.
- Jorm, A.F., **Mental health literacy**, *British Journal of Psychiatry*, 2000;177(5):396-401.
- Jorm, A.F., **Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health**, *American Psychologist*, 2012;67(3):231-243.
- Jorm, A.F., **Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health**, *American Psychologist*, 2020;75(8):968-978.
- Jung, H., Von Sternberg, K. & Davis, K., **The impact of mental health literacy, stigma, and social support on attitudes toward mental health help-seeking**, *International Journal of Mental Health Promotion*, 2017;19(5):252-267.
- Kahar, A.S. & Saleh, H.H.N., **LITERASI KESEHATAN MENTAL PADA REMAJA SEBAGAI UPAYA PREVENTIF MENGATASI MASALAH KESEHATAN MENTAL DI KOTA TERNATE**, *PSIKOSAINS (Jurnal Penelitian dan Pemikiran Psikologi)*, 2025;20(1):22-32.

- Kang, J., Kim, J.S. & Kim, S., **Effect of psychiatric clinical practicum on empathy and communication in nursing students**, *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2020;29(3):267-276.
- Keyes, C.L., **The mental health continuum: From languishing to flourishing in life**, *Journal of health and social behavior*, 2002:207-222.
- Kolb, D.A., **Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development**, New Jersey: Prentice Hall; 1984.
- Kolb, D.A., **Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development**, Prentice Hall 1984.
- Lestari, W.W., E. Prasetyo, A., **Stigma dan pelayanan kesehatan mental**, *Jurnal Psikiatri Indonesia*, 2014;10(3):101.
- Levi-Minz, R.S., J., **Mental health stigma and measurement**, New York: Academic Press; 2014.
- Lovibond, P.F. & Lovibond, S.H., **The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories**, *Behaviour research and therapy*, 1995;33(3):335-343.
- Mahardika, H.F.K., **Hubungan Antara Literasi Kesehatan Mental Dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo**: UNIVERSITAS dr. SOEBANDI; 2021.
- Mind. **How to improve your mental wellbeing** 2017. Available from: <https://www.mind.org.uk>.
- Muljohardjono, H., **Intervensi untuk Mengurangi Stigma pada Penderita Skizofrenia**, 2020.
- Nasution, R.P., A., **Efektivitas Pembelajaran Klinis Jiwa dalam Meningkatkan Empati Mahasiswa Keperawatan**, *Jurnal Psikologi Pendidikan dan Konseling*, 2021;7(2):19-26.
- Notoatmodjo, S., **Pendidikan dan Perilaku Kesehatan**, Jakarta: Rineka Cipta.; 2007.

- Notoatmodjo, S., **Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku**, Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
- O'Connor, M. & Casey, L., **The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy**, *Psychiatry research*, 2015;229(1-2):511-516.
- Oktaviani, L. & Wijayanti, D., **Tingkat Stres dan Dampaknya pada Mahasiswa Praktik Klinis Jiwa**, *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2024;12(1):34-41.
- Afifah, N., **Indikator Kesehatan Mental: Konsep dan Penerapannya di Masyarakat.**, Jakarta: Kencana.; 2022.
- Allport, G.W., **The nature of prejudice**, Oxford, England: Addison-Wesley; 1954. xviii, 537-xviii, 537 p.
- Andalasari, R. & Safitri, D., **Efektivitas Praktik Klinik di RSJ dalam Meningkatkan Literasi dan Menurunkan Stigma Mahasiswa**, *Jurnal Psikiatri Komunitas*, 2024;7(2):12-19.
- Andalasari, R.S., D., **Efektivitas Praktik Klinik di RSJ dalam Meningkatkan Literasi dan Menurunkan Stigma Mahasiswa'**, *Jurnal Psikiatri Komunitas*, 2024(2):12-19.
- Barkah, R. & Syiddaturrohmah, N.S., **The Relationship between Coping Strategies and Stress Levels among Undergraduate Nursing Students**, *Genius Journal*, 2025;7(1):148-155.
- Bin Hassan, S.A., Kumar, L., Verma, A., Mittal, P., Yadav, A., Al Malwi, A.A., *et al.*, **Evaluation of Perceived Stress and Its Association with Dental Caries in 290 Undergraduate Medical Students**, *Med Sci Monit*, 2024;30:e946528.
- Cho, H. & Kim, J., **Empathy education to reduce stigma: Nursing students' perceptions of persons with mental illness**, *Frontiers in Psychiatry*, 2024;14.
- Dendup, T.H., K.; Tenzin, T.; Jamtsho, T., **Mental health and well-being: Exploring the Bhutanese perspective**, *Asian Journal of Psychiatry*, 2020;51:1-7.
- Dewi, F.V., Prameswari, N. And Suarniti, N., **Hubungan antara Literasi Depresi, Stigma Diri, dan Sikap Mencari Bantuan Mahasiswa Keperawatan**, *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2022;10(1):22-30.

- Elviera, R., Mahmudah, F. & Putri, D.A., **Pemahaman mahasiswa keperawatan terhadap identitas sosial dan stigma ODGJ**, *Jurnal Kesehatan Mental*, 2021;9(1):45-52.
- Fakhriyani, D.V., **Kesehatan mental**, *Pamekasan: duta media publishing*, 2019:11-13.
- Fatmawati, D., **HUBUNGAN ANTARA STIGMA MASYARAKAT TENTANG GANGGUAN JIWA DENGAN TINGKAT KEKAMBUIHAN PENDERITA GANGGUAN JIWA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BANTUR MALANG**: Poltekkes RS dr. Soepraoen; 2018.
- Finch, J., **The vignette technique in survey research**, *Sociology*, 1987;21:105–114.
- Furnham, A. & Hamid, A., **Mental health literacy in non-western countries: a review of the recent literature**, *Mental Health Review Journal*, 2014;19(2):84-98.
- Hamadi, H.Y., Zakari, N.M.A., Jibreel, E., Al Nami, F.N., Smida, J.a.S. & Ben Haddad, H.H., **Stress and Coping Strategies among Nursing Students in Clinical Practice during COVID-19**, *Nurs Rep*, 2021;11(3):629-639.
- Herdiyanto, K., Pratama, R. & Iskandar, A., **Faktor penyebab stigma terhadap ODGJ di masyarakat**, *Jurnal Psikologi Kesehatan*, 2017;5(2):91-98.
- Holis, N., **Dampak stigma terhadap keluarga ODGJ**, *Jurnal Kesehatan Jiwa*, 2019;6(1):55--63.
- Hu, P., Kong, L.-N., Chen, S.-Z. & Luo, L., **The mediating effect of self-directed learning ability between professional identity and burnout among nursing students**, *Heliyon*, 2024;10(6):e27707.
- Hughes, R.H., Guro, **The construction and interpretation of vignettes in social research**, *Social Work & Social Sciences Review*, 2002;11(1):Social Work & Social Sciences Review.
- Hughes, R.H., Guro, **he application of vignettes in social and nursing research**, *Journal of Advanced Nursing*, 2004;41(6):926–932.
- Jorm, A.F., **Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders**, *British Journal of Psychiatry*, 1997;177(5):396-401.

Jorm, A.F., **Mental health literacy**, *British Journal of Psychiatry*, 2000;177(5):396-401.

Jorm, A.F., **Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health**, *American Psychologist*, 2012;67(3):231-243.

Jung, H., Von Sternberg, K. & Davis, K., **The impact of mental health literacy, stigma, and social support on attitudes toward mental health help-seeking**, *International Journal of Mental Health Promotion*, 2017;19(5):252-267.

Kahar, A.S. & Saleh, H.H.N., **LITERASI KESEHATAN MENTAL PADA REMAJA SEBAGAI UPAYA PREVENTIF MENGATASI MASALAH KESEHATAN MENTAL DI KOTA TERNATE**, *PSIKOSAINS (Jurnal Penelitian dan Pemikiran Psikologi)*, 2025;20(1):22-32.

Kang, J., Kim, J.S. & Kim, S., **Effect of psychiatric clinical practicum on empathy and communication in nursing students**, *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2020;29(3):267-276.

Kolb, D., **Experiential Learning: Experience As The Source Of Learning And Development** 1984.

Kolb, D.A., **Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development**, New Jersey: Prentice Hall; 1984.

Kolb, D.A., **Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development**, Prentice Hall 1984.

Labrague, L.J. & De Los Santos, J.a.A., **Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses**, *J Nurs Manag*, 2021;29(3):395-403.

Lestari, W.W., E. Prasetyo, A., **Stigma dan pelayanan kesehatan mental**, *Jurnal Psikiatri Indonesia*, 2014;10(3):101.

Levi-Minz, R.S., J., **Mental health stigma and measurement**, New York: Academic Press; 2014.

Li, J., Zhang, M.-M., Zhao, L., Li, W.-Q., Mu, J.-L. & Zhang, Z.-H., **Evaluation of attitudes and knowledge toward mental disorders in a sample of the Chinese population using a web-based approach**, *BMC Psychiatry*, 2018;18(1):367.

Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F., **Manual for the Depression Anxiety Stress Scales**, 2nd ed, Sydney: Psychology Foundation of Australia; 1995.

Mahardika, H.F.K., **Hubungan Antara Literasi Kesehatan Mental Dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo**: UNIVERSITAS dr. SOEBANDI; 2021.

Mason Stephens, J., Iasiello, M., Ali, K., Van Agteren, J. & Fassnacht, D.B. **The Importance of Measuring Mental Wellbeing in the Context of Psychological Distress: Using a Theoretical Framework to Test the Dual-Continua Model of Mental Health**. Behavioral Sciences [Internet]. 2023; 13(5).

Mind. **How to improve your mental wellbeing**2017. Available from: <https://www.mind.org.uk>.

Modgill, G., Patten, S.B., Knaak, S., Kassam, A. & Szeto, A.C.H., **Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness**, *BMC Psychiatry*, 2014;14(1):120.

Muljohardjono, H., **Intervensi untuk Mengurangi Stigma pada Penderita Skizofrenia**, 2020.

Nasution, R.P., A, **Efektivitas Pembelajaran Klinis Jiwa dalam Meningkatkan Empati Mahasiswa Keperawatan**, *Jurnal Psikologi Pendidikan dan Konseling*, 2021;7(2):19-26.

Newcomb-Anjo, S., **Applying What is Known About Adolescent Development to Improve School-Based Mental Health Literacy of Depression Interventions: Bridging Research to Practice**, *Adolesc Res Rev*, 2019;4.

Noor Asiah Binti Md, N., Rosnida Abu, B. & Yee, B.-L., **STRESS AND COPING STRATEGIES DURING CLINICAL PRACTICES AMONG DEGREE NURSING STUDENTS OF A PRIVATE INSTITUTION**, *The Malaysian Journal of Nursing (MJN)*, 2020;11(3):53-62.

O'connor, M. & Casey, L., **The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy**, *Psychiatry Res*, 2015;229(1-2):511-6.

- Oktaviani, L. & Wijayanti, D., **Tingkat Stres dan Dampaknya pada Mahasiswa Praktik Klinis Jiwa**, *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2024;12(1):34-41.
- Pettigrew, T.F. & Tropp, L.R., **A meta-analytic test of intergroup contact theory**, *J Pers Soc Psychol*, 2006;90(5):751-83.
- Pettigrew, T.F. & Tropp, L.R., **How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators**, *European Journal of Social Psychology*, 2008;38(6):922-934.
- Puspitasari, I.M., Garnisa, I.T., Sinuraya, R.K. & Witriani, W., **Perceptions, knowledge, and attitude toward mental health disorders and their treatment among students in an Indonesian University**, *Psychology research and behavior management*, 2020:845-854.
- Raghavan, V., Chandrasekaran, S., Paul, V., Pattabiraman, R., Mohan, G., Durairaj, J., *et al.*, **Effectiveness of a mental health literacy module on stigma related mental health knowledge and behaviour among youth in two educational settings in Chennai, South India: A quasi-experimental study**, *Asian J Psychiatr*, 2024;98:104074.
- Riskesdas. **Hasil Utama Riskesdas 2018**, 2018.
- Rodrigues, L., Peter, D., Kuriakose, A., Rashmi, S. & Mathias, N., **Anxiety Among the Nursing Students During the Initial Clinical Experience**, *International Journal of Current Research and Review*, 2021;13:161-165.
- Salsabila, R. & Personasari, R., **Self-awareness and psychosocial screening competence of nursing students during mental health clinical practice**, *Jurnal Ners*, 2020;15(2):178-184.
- Samperinding, M., Juniarta, J. & Theresia, T., **Gambaran stigma mahasiswa mengenai penderita gangguan jiwa**, *Jurnal Keperawatan Cikini*, 2021;2(1).
- Schneider-Matyka, D., Świątoniowska-Lonc, N., Polański, J., Szkup, M., Grochans, E. & Jankowska-Polańska, B., **Assessment of The Effect of Stress, Sociodemographic Variables and Work-Related Factors on Rationing of Nursing Care**, *Int J Environ Res Public Health*, 2023;20(3).
- Selye, H., **The stress of life**, Rev: McGraw Hill; 1978.

Setiawati, E.P., **Stigma masyarakat terhadap ODGJ di lingkungan keluarga**, *Jurnal Psikologi Sosial*, 2012;8(1):71-78.

Siregar, F.W., S., **Peran Praktikum Keperawatan Jiwa dalam Mengurangi Stigma Mahasiswa terhadap Pasien Gangguan Jiwa**, *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 2022;10(2):23-30.

Stephan, W.G. & Stephan, C.W., **Intergroup Anxiety**, *Journal of Social Issues*, 1985;41(3):157-175.

Stuart, G., **Legal and ethical context of psychiatric nursing care**, *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 10th ed. China: Mosby Elsevier*, 2013:110-26.

Sugiharno, R.T., Susanto, W.H.A., Ardiansa, A., Wospakrik, F. & Ester, E., **Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan mahasiswa dalam menghadapi praktik klinik keperawatan**, *Jurnal Keperawatan Silampari*, 2022;6(1):717-724.

Sutil-Rodríguez, E., Liébana-Presa, C., Martín-Vázquez, C., Ortega-Donaire, L., Bermejo-Martínez, D. & Fernández-Martínez, E., **Humanization and empathy in undergraduate nursing students: A cross-sectional study**, *Journal of Professional Nursing*, 2025;59:20-26.

Taufik, A., Nurmala, Intan & Wulandari, A., **Pengalaman Mahasiswa Keperawatan dalam Praktik Klinik di Rumah Sakit Jiwa: Sebuah Studi Kualitatif**, *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2020;8(1):45-54.

Viswanathan, M., Rains, C., Hart, L.C., Doran, E., Sathe, N., Hudson, M.K., *et al.*, **Evidence Synthesis Number 235**, 2024.

Who. **Guidance on strengthening clinical training in mental health**, Geneva: 2021.

Who. **Mental health: strengthening our response**, 2022.

Who. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**, 2023.

Yusuf, A.M.F., L.N. Wahyuni, T.R., **Peran keluarga dalam mengurangi stigma terhadap penderita gangguan jiwa**, *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2016;4(1):21–27.

Puspitasari, I.M., Garnisa, I.T., Sinuraya, R.K. & Witriani, W., **Perceptions, knowledge, and attitude toward mental health disorders and their treatment among students in an Indonesian University**, *Psychology research and behavior management*, 2020:845-854.

Puspitasari, I.N., A.; Nugraheni, Y., **Hubungan Tingkat Pengetahuan Mahasiswa dengan Sikap terhadap ODGJ**, *Jurnal Kesehatan Jiwa*, 2022;15(1):23.

Risikesdas. **Hasil Utama Risikesdas 2018**, 2018.

Salsabila, R. & Personasari, R., **Self-awareness and psychosocial screening competence of nursing students during mental health clinical practice**, *Jurnal Ners*, 2020;15(2):178-184.

Samperinding, M., Juniarta, J. & Theresia, T., **Gambaran stigma mahasiswa mengenai penderita gangguan jiwa**, *Jurnal Keperawatan Cikini*, 2021;2(1).

Setiawati, E.P., **Stigma masyarakat terhadap ODGJ di lingkungan keluarga**, *Jurnal Psikologi Sosial*, 2012;8(1):71-78.

Shaban, I.A., Khater, W.A. & Akhu-Zaheya, L.M., **Undergraduate nursing students' stress sources and coping behaviours during their initial period of clinical training: A Jordanian perspective**, *Nurse education in practice*, 2012;12(4):204-209.

Simamora, R., **Pengaruh Usia terhadap Daya Tangkap dan Pengetahuan Kesehatan** *Jurnal Geriatri Indonesia*, 2019;4(2):85-92.

Siregar, F.W., S., **Peran Praktikum Keperawatan Jiwa dalam Mengurangi Stigma Mahasiswa terhadap Pasien Gangguan Jiwa**, *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 2022;10(2):23-30.

Stuart, G., **Legal and ethical context of psychiatric nursing care**, *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 10th ed. China: Mosby Elsevier*, 2013:110-26.

Sugiharno, R.T., Susanto, W.H.A., Ardiansa, A., Wospakrik, F. & Ester, E., **Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan mahasiswa dalam menghadapi praktik klinik keperawatan**, *Jurnal Keperawatan Silampari*, 2022;6(1):717-724.

Surwayono, S.Y., H., **Hubungan Pekerjaan dengan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Mental**, *Jurnal Psikologi Kesehatan*, 2017;8(1):33-40.

Taufik, A., Nurmala, Intan & Wulandari, A., **Pengalaman Mahasiswa Keperawatan dalam Praktik Klinik di Rumah Sakit Jiwa: Sebuah Studi Kualitatif**, *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2020;8(1):45-54.

Viswanathan, M., Rains, C., Hart, L.C., Doran, E., Sathe, N., Hudson, M.K., *et al.*, **Evidence Synthesis Number 235**, 2024.

Who. **Guidance on strengthening clinical training in mental health**, Geneva: 2021.

Who. **Mental health: strengthening our response**, 2022.

Who. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**, 2023.

Wulandari, D.P., A. , **Hubungan Semester dengan Tingkat Pengetahuan Mahasiswa Keperawatan tentang Kesehatan Mental**, *Jurnal Pendidikan Kesehatan*, 2016;4(2):112-118.

Yani, A.M., F., **Peran Pendidikan dalam Meningkatkan Literasi Kesehatan Jiwa di Kalangan Remaja**, *Jurnal Pendidikan Kesehatan*, 2019;7(1):34-40.

Yusuf, A.M.F., L.N. Wahyuni, T.R., **Peran keluarga dalam mengurangi stigma terhadap penderita gangguan jiwa**, *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 2016;4(1):21–27.

Zulmiyetri, S., **Pengaruh Lingkungan Sosial terhadap Pengetahuan dan Perilaku Sehat**, *Jurnal Sosiologi Kesehatan*, 2019;3(1):50-58.

LAMPIRAN

LAMPIRAN I

DOKUMEN IZIN PENELITIAN



PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
TERAKREDITASI "UNGGUL" LAM-PTKes SK No.0012/LAM-PTKes/Akr.Bd/Mag/XI/2021
Jl. Kampus Muhammadiyah No. 93, Btob, Lueng Bata, Banda Aceh 23245
Telp/Fax: 0651-31053 / 0651-31053
Website: <http://mkm.umma.ac.id> | E-mail: mkm@umma.ac.id

No : 374/UM.MKM.M/VII/2025
Lamp :-
Hal : Permohonan Izin Rekomendasi Penelitian

Kepada Yth.
Direktur Rumah Sakit Jiwa Aceh
di
Tempat

Assalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh
Dengan Hormat,

1. Sehubungan dengan proses penyusunan tesis yang merupakan salah satu syarat kelulusan pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh, maka kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu dapat memberikan rekomendasi izin penelitian terhadap mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

Nama	: Nana Wildana
NPM	: 2407210011
Peminatan	: Administrasi Kebijakan Kesehatan
Judul Tesis	: "EFEKTIVITAS PRAKTIKUM KLINIS DI RSJ DALAM MENINGKATKAN LITERASI KESEHATAN MENTAL DAN MENGURANGI STIGMA GANGGUAN JIWA PADA MAHASISWA"

2. Demikianlah kami sampaikan, atas bantuan dan perhatian bapak/ibu kami ucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh

Banda Aceh, 14 Juli 2025

Ka. Prodi MKM,

Dr. Maidar, M.Kes



KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH

Jln. Kampus Muhammadiyah No.93, Batoah, Lueng Bata, Kota Banda Aceh, Kode Pos : 23245
E-Mail : sekretariatkepku@unmuha.ac.id | Tlpn : (0651) 31054 | Hp: (+62) 81360208187



PERSETUJUAN ETIK
ETHICAL APPROVAL

Nomor: 09/EA/KEPK/Unmuha/VII/2025

Protokol Penelitian yang Berjudul: "Efektivitas Praktikum Klinis di RSJ dalam Meningkatkan Literasi Kesehatan Mental dan Mengurangi Stigma Gangguan Jiwa pada Mahasiswa"

Research Protocol Entitled: "The Effectiveness of Practical Training in RSJ in Increasing Mental Health Literacy and Reducing Stigma of Mental Disorders among Students"

Peneliti Utama : Nana Wildana, SKM
Principal Investigator

Pembimbing/Peneliti Lain : Dr. dr. Melania Hidayat, MPH
Supervisor/ Other investigators
Dr.rer.med.Marthoenis, Msc. MPH

Nama Institusi : Prodi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana
Name of the institution Universitas Muhammadiyah Aceh

Dinyatakan layak etik sesuai 7(tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2026. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar. Pernyataan laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 23 July 2025 sampai dengan tanggal 23 July 2026.

Has been approved by the ethical Clearance Committee as it is ethically in accordance with the 7 (seven) WHO 2011 Standards, that includes 1) Social Value, 2) Scientific Value, 3) Equalization of burden and benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Consent Prior to Explanation, that refers to CIOMS 2016 Guidelines. This is as indicated by the fulfilment of all indicators in each standard. This ethical Approval is valid for the period of July 23, 2025 until July 23, 2026.

Banda Aceh, 23 Juli, 2025
Komite Etik Penelitian Kesehatan
Ketua,

Fahmi Ichwansyah, S.Kp., M.P.H. PhD
NIP. 196609051989021001



**PEMERINTAH ACEH
RUMAH SAKIT JIWA**

Jalan Dr. T. Syarif Thayeb, Nomor 25 Banda Aceh Kode Pos 23126
Telepon : (0651) 32010-32020, Faksimil : (0651) 25857
E-mail : rsj@acehprov.go.id, Website : www.rsj.acehprov.go.id

Banda Aceh, 16 Oktober 2025 M
23 Rabiul Akhir 1447 H

Nomor : 800.2/5547
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Hal : Selesai Penelitian

Yth. Ka. Prodi MKM Pasca Sarjana UNMUHA Aceh

di-
Banda Aceh

1. Sehubungan dengan surat saudara nomor : 374/UM.MKM.M/VII/2025 Tanggal 14 Juli 2025 perihal permohonan izin penelitian, dengan ini, dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Nana Wildana
NIM : 2407210011
Pekerjaan : Mahasiswa Magister Kesehatan Masyarakat UNMUHA
Judul Penelitian : Efektivitas Praktikum Klinis di RSJ Dalam Meningkatkan Literasi Kesehatan Mental Dan Mengurangi Stigma Gangguan Jiwa Pada Mahasiswa

2. Benar telah selesai melakukan Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Aceh, Pada tanggal 15 Juli 2025 sampai dengan 15 Oktober 2025.
3. Demikian kami sampaikan dan terima kasih.

WADIR ADM DAN UMUM


Muhammad Syarif SKM, MKM
Pembina Tingkat I
NIP. 19690604 199101 1 002

INFORMED CONSENT PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sukarela menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang berjudul:

“ Efektivitas Praktikum Klinis di Rumah Sakit Jiwa dalam Meningkatkan Literasi Kesehatan Mental dan Mengurangi Stigma Gangguan Jiwa pada Mahasiswa”

Saya memahami bahwa partisipasi saya bersifat sukarela dan saya dapat menarik diri kapan saja tanpa konsekuensi apa pun.

Data yang saya berikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan akademik.

Dengan ini saya memberikan persetujuan untuk mengikuti penelitian tersebut.



Banda Aceh, 2025

()

LAMPIRAN II

KUESIONER PENELITIAN

EFEKTIVITAS PRAKTIKUM KLINIS DI RSJ DALAM MENINGKATKAN LITERASI DAN MENGURANGI STIGMA GANGGUAN JIWA PADA MAHASISWA

PETUNJUK PENGISIAN

- a. Bacalah setiap pertanyaan dengan seksama.
 - b. Beri tanda (✓) yang paling sesuai dengan kondisi Anda.
 - c. Jawaban bersifat rahasia dan hanya untuk kepentingan penelitian
-

A. DATA DEMOGRAFI

1. Nama Inisial : _____
2. Usia : _____ tahun
3. Jenis Kelamin:
 Laki-laki
 Perempuan
4. Program Studi:
 Kedokteran
 Keperawatan
 Farmasi
 Lainnya: _____
5. Durasi praktik di RSJ Aceh (Hari) :

B. VIGNETTE (Hanya untuk Pretest)

Bacalah skenario berikut dengan saksama. Cerita ini disajikan sebagai ilustrasi untuk membantu Anda memahami konteks pertanyaan-pertanyaan selanjutnya. Jawablah seluruh item kuesioner berdasarkan persepsi Anda terhadap situasi yang digambarkan.

Andi, seorang mahasiswa berusia 21 tahun, mulai menunjukkan perubahan perilaku dalam beberapa minggu terakhir. Ia tampak sering murung, lebih banyak menyendiri, dan menjauh dari pergaulan dengan teman-temannya. Minat belajarnya menurun drastis, ia kesulitan tidur, dan sering kali menyampaikan bahwa hidupnya terasa tidak berarti. Ketika diajak bicara, Andi enggan terbuka dan merasa tidak ada seorang pun yang bisa memahami perasaannya. Teman-temannya merasa khawatir dengan kondisinya, namun mereka tidak tahu tindakan apa yang sebaiknya dilakukan.

1. Apakah menurut Anda Andi mengalami gangguan kesehatan mental?
 Ya Tidak Tidak tahu
2. Apakah Anda merasa nyaman berada di dekat orang dengan kondisi seperti Andi?
 Ya, saya merasa mampu mendukungnya
 Tidak, saya merasa takut atau tidak nyaman
 Tidak tahu / ragu-ragu
 Saya lebih memilih menghindar
3. Jika Anda berada dalam posisi teman Andi, apakah Anda akan mendukungnya untuk mencari bantuan?
 Sangat setuju
 Setuju
 Tidak setuju
 Sangat tidak setuju
4. Menurut Anda, apa kemungkinan kondisi yang dialami Andi?
 Depresi
 Stres akademik biasa
 Gangguan kepribadian
 Saya tidak yakin
5. Apa yang sebaiknya dilakukan oleh orang terdekat Andi?
 Mengabaikan karena mungkin hanya fase sesaat

- Menyarankan untuk mencari bantuan profesional
 - Menjauhi agar tidak tertular suasana negatif
 - Menunggu hingga ia bicara sendiri
6. Jika Anda berada di posisi teman Andi, apa yang akan Anda lakukan?
- Mengajaknya berbicara dan memberi dukungan emosional
 - Tidak mencampuri urusan pribadi
 - Melapor ke dosen pembimbing atau pihak kampus
 - Membiarkannya sendiri dulu agar tenang

Sumber: Adaptasi dari Jorm et al., 1997

C. Skala Literasi Kesehatan Mental (*Mental Health Literacy Scale – MHLS*)

Petunjuk: Bacalah setiap pernyataan dan beri tanda centang (✓) pada salah satu jawaban sesuai pendapat Anda:

1. Sangat Tidak Setuju : STS
2. Tidak Setuju : TS
3. Setuju : S
4. Sangat Setuju : SS

No	Pernyataan	STS (1)	TS (2)	S (3)	SS (4)
1	Saya dapat mengenali gejala depresi.				
2	Saya tahu ke mana harus mencari informasi tentang kesehatan mental.				
3	Saya percaya gangguan jiwa dapat diobati secara efektif.				
4	Saya merasa nyaman berbicara tentang masalah kesehatan mental.				
5	Saya memahami faktor risiko yang dapat menyebabkan gangguan jiwa.				
6	Saya tahu bagaimana cara mendukung seseorang yang memiliki masalah kesehatan mental.				
7	Saya menyadari adanya stigma terhadap gangguan jiwa.				
8	Saya dapat mengidentifikasi gejala gangguan kecemasan.				

9	Saya tahu penyebab umum masalah kesehatan mental.				
10	Saya memahami manfaat mencari bantuan profesional.				
11	Saya tahu layanan kesehatan mental yang tersedia.				
12	Saya percaya diri dengan pengetahuan saya tentang kesehatan mental.				
13	Saya dapat membedakan antara kesehatan mental dan gangguan jiwa.				
14	Saya memahami bagaimana gangguan jiwa memengaruhi kehidupan sehari-hari.				
15	Saya tahu cara mengakses sumber daya kesehatan mental.				
16	Saya mengetahui strategi swadaya untuk menjaga kesehatan mental.				
17	Saya memahami pentingnya intervensi dini.				
18	Saya tahu tanda-tanda perilaku bunuh diri.				
19	Saya dapat mengenali gejala psikosis.				
20	Saya percaya pemulihan dari gangguan jiwa adalah mungkin.				
21	Saya tahu tentang obat-obatan yang digunakan untuk gangguan jiwa.				
22	Saya memahami terapi psikologis yang digunakan dalam kesehatan mental.				
23	Saya mengetahui cara mengurangi stigma terhadap gangguan jiwa.				
24	Saya merasa nyaman mendorong orang lain untuk mencari bantuan.				
25	Saya tahu dampak gangguan jiwa terhadap keluarga.				
26	Saya memahami peran stres terhadap kesehatan mental.				
27	Saya tahu cara mempromosikan kesehatan mental di masyarakat.				
28	Saya dapat mengenali tanda-tanda gangguan makan.				
29	Saya memahami hubungan antara penyalahgunaan zat dan kesehatan mental.				
30	Saya tahu tentang kebijakan dan hak terkait kesehatan mental.				
31	Saya menyadari prevalensi masalah kesehatan mental.				

32	Saya memahami perbedaan budaya dalam kesehatan mental.				
33	Saya tahu cara mendukung seseorang yang mengalami krisis.				
34	Saya percaya diri berdiskusi tentang kesehatan mental dengan profesional kesehatan.				
35	Saya memahami pentingnya pendidikan tentang kesehatan mental.				

Sumber : O'Connor, M., & Casey, L. (2015). *The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy*

D. Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC)

Petunjuk: Nilailah sejauh mana Anda setuju atau tidak setuju dengan pernyataan-pernyataan berikut menggunakan skala berikut ini:

1. Sangat Tidak Setuju : STS
2. Tidak Setuju : TS
3. Setuju : S
4. Sangat Setuju : SS

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1	Saya merasa tidak nyaman merawat pasien dengan gangguan jiwa.				
2	Saya yakin ODGJ dapat membuat keputusan yang baik.				
3	Saya menghindari kontak sosial dengan ODGJ.				
4	Saya tidak akan terbuka jika saya mengalami gangguan jiwa.				
5	ODGJ harus diperlakukan dengan penuh hormat dan martabat.				
6	Saya merasa takut berada di dekat pasien dengan gangguan jiwa.				
7	Saya percaya ODGJ dapat pulih dan hidup mandiri.				
8	Saya merasa kesulitan bekerja sama dengan ODGJ.				
9	Saya terbuka untuk mencari bantuan jika mengalami masalah psikologis.				
10	Saya lebih memilih menjaga jarak sosial dari ODGJ.				
11	Saya yakin gangguan jiwa adalah penyakit seperti penyakit fisik lainnya.				
12	Saya merasa ODGJ sebaiknya tidak terlalu dilibatkan dalam pengambilan keputusan.				

13	Saya tidak masalah jika memiliki rekan kerja yang pernah mengalami gangguan jiwa.				
14	Saya merasa ODGJ tidak bisa bekerja secara efektif.				
15	Saya akan menyarankan seseorang untuk mencari bantuan jika mengalami gangguan jiwa.				
16	Saya tidak nyaman membicarakan kesehatan jiwa saya kepada orang lain.				
17	Saya menganggap ODGJ sebagai bagian dari masyarakat yang perlu didukung.				
18	Saya menghindari berbicara tentang topik gangguan jiwa.				
19	Saya merasa ODGJ cenderung tidak stabil secara emosional.				
20	Saya percaya penting untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang gangguan jiwa.				

Sumber: Modgill, G., Patten, S.B., Knaak, S. et al. Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness. BMC Psychiatry 14, 120 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-120>

E. Mental Health Knowledge Questionnaire (MHKQ)

Disusun berdasarkan *Mental Health Knowledge Questionnaire* – MHKQ

Petunjuk: Pilihlah satu jawaban yang paling benar dari masing-masing pertanyaan berikut.

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Depresi adalah gangguan mental yang dapat mempengaruhi emosi, pikiran, dan perilaku seseorang.		
2	Kecemasan yang berlebihan dan berlangsung lama bisa menjadi gangguan mental yang serius.		
3	Skizofrenia adalah gangguan mental yang dapat memengaruhi cara seseorang berpikir, merasa, dan berperilaku.		
4	Obat-obatan dapat membantu dalam pengelolaan gangguan mental seperti depresi dan kecemasan.		
5	Konseling atau terapi bicara dapat membantu mengatasi gangguan mental.		
6	Mengabaikan gejala gangguan mental dapat menyebabkan kondisi semakin memburuk.		
7	Gangguan kecemasan dan depresi dapat diobati dengan pengobatan dan terapi.		
8	Gangguan mental hanya memengaruhi orang yang memiliki faktor keturunan tertentu.		

9	Mencari bantuan dari profesional kesehatan mental seperti psikolog atau psikiater adalah langkah penting ketika seseorang merasa tertekan atau cemas.		
10	Gangguan mental hanya terjadi pada orang yang memiliki latar belakang sosial atau ekonomi yang buruk.		
11	Depresi dapat menyebabkan seseorang merasa tidak memiliki harapan atau kehilangan minat terhadap hal-hal yang dulu mereka nikmati.		
12	Mencari bantuan untuk gangguan mental adalah tindakan yang baik dan dapat membantu pemulihan.		
13	Pengobatan untuk gangguan mental termasuk penggunaan obat dan terapi psikologis.		
14	Stigma terhadap gangguan mental dapat menghalangi seseorang untuk mencari bantuan.		
15	Melakukan aktivitas fisik dan menjaga pola makan sehat tidak dapat membantu dalam mengatasi gangguan mental.		
16	Orang dengan gangguan mental sering kali bisa menjalani kehidupan yang produktif jika menerima pengobatan yang tepat.		

Sumber: Li, J., Zhang, M. M., Zhao, L., Li, W. Q., Mu, J. L., & Zhang, Z. H. (2018). Evaluation of attitudes and knowledge toward mental disorders in a sample of the Chinese population using a web-based approach. *BMC psychiatry*, 18(1), 367

F. Kesehatan Mental (DASS-21)

Petunjuk: Bacalah setiap pernyataan dan beri tanda centang (✓) pada salah satu jawaban sesuai pendapat Anda:

No	Pernyataan	1	2	3	4
		Tidak Pernah	Kadang-kadang	Cukup Sering	Sangat Sering
1 (s)	Saya merasa kesulitan untuk tenang.				
2 (a)	Saya merasa mulut saya kering.				
3 (d)	Saya tidak bisa merasakan hal positif apapun				
4 (a)	Saya mengalami kesulitan bernafas (misalnya napas cepat, sesak).				
5 (d)	Saya merasa tidak punya energi untuk melakukan hal-hal.				
6 (s)	Saya merasa sangat mudah merasa marah.				
7 (a)	Saya merasa bahwa saya gugup tanpa alasan jelas.				
8 (s)	Saya merasa saya tidak				

	berharga.				
9 (a)	Saya merasa bahwa saya mudah panik.				
10 (d)	Saya merasa sedih dan Tertekan				
11 (s)	Saya merasa saya tidak bisa bersantai.				
12 (s)	Saya merasa tidak sabaran.				
13 (d)	Saya merasa tidak memiliki harapan untuk masa depan.				
14 (s)	Saya mengalami gangguan tidur karena kekhawatiran.				
15 (a)	Saya merasa bahwa saya mengalami kekhawatiran berlebihan.				
16 (d)	Saya sulit merasa bahagia.				
17 (d)	Saya merasa bahwa saya tidak bisa mengatasi masalah apapun.				
18 (s)	Saya merasa bahwa saya berada di ujung tanduk.				
19 (a)	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas.				
20 (a)	Saya merasa hidup ini tidak berarti.				
21 (d)	Saya merasa bahwa saya tidak dapat tenang bahkan dalam situasi santai.				

Sumber: Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation of Australia.

H. Depresi (PHQ-9) & Kecemasan (GAD-7)

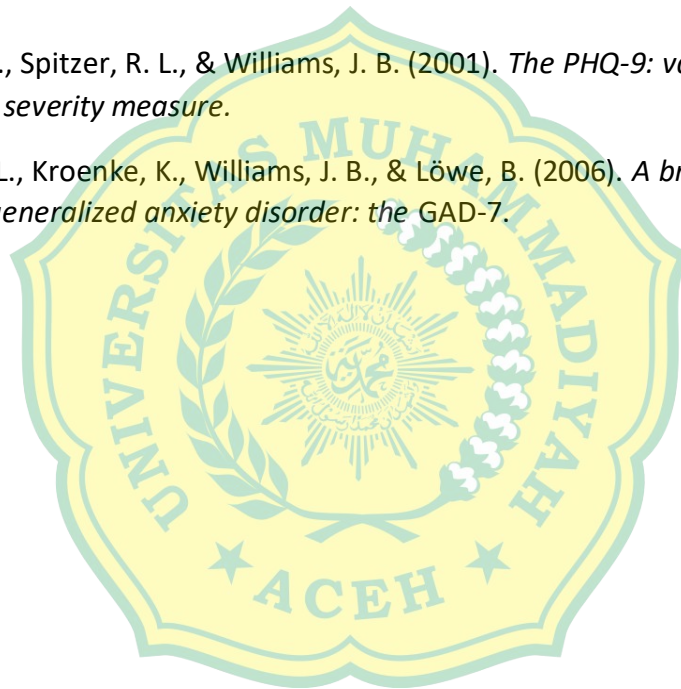
No.	Pernyataan	TP	KK	S	SS
Depresi (PHQ-9)					
1.	Saya merasa tidak memiliki harapan untuk masa depan				
2.	Saya merasa sedih dan tertekan				
3.	Saya mengalami kesulitan menikmati hal-hal yang saya sukai				
4.	Saya merasa tidak berharga				
5.	Saya merasa tidak ada harapan untuk segalanya				
6.	Saya merasa hidup ini tidak layak dijalani				

7.	Saya merasa hampa secara emosional				
Kecemasan (GAD-7)					
8.	Saya merasa gelisah tanpa alasan yang jelas				
9.	Saya sulit untuk bernapas padahal tidak sedang beraktivitas berat				
10.	Saya merasa panik tanpa alasan				
11.	Saya mengalami rasa takut tanpa penyebab yang jelas				
12.	Saya merasa akan kehilangan kendali				
13.	Saya merasa lemas secara tiba-tiba				
14.	Saya merasa mudah terkejut				

Sumber:

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure.*

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7.*



LAMPIRAN III

DOKUMENTASI PENGAMBILAN DATA







LAMPIRAN IV

MASTER TABEL

Data Demografi dan Vignette (1-12 Responden)

DEMOGRAFI DATA						KARAKTERISTIK RESPONDEN					
No.	Nama Inisial	Usia	Jenis Kelamin	Program Studi	Durasi Praktik di RSJ Aceh (Hari)	Apakah menurut Anda Andi mengalami gangguan kesehatan mental?	Apakah Anda merasa nyaman berada di dekat orang dengan kondisi seperti Andi?	Jika Anda berada dalam posisi teman Andi, apakah Anda akan mendukungnya untuk mencari bantuan?	Menurut Anda, apa kemungkinan kondisi yang dialami Andi?	Apa yang sebaiknya dilakukan oleh orang terdekat Andi?	Jika Anda berada di posisi teman Andi, apa yang akan Anda lakukan?
001	Y	35	Perempuan	Farmasi	1 Bulan	Ya	Ya, saya merasa mampu mendukungnya	Sangat setuju	Depresi	Menyarankan untuk mencari bantuan profesional	Mengajaknya berbicara dan memberi dukungan emosional
002	UL	23	Perempuan	Keperawatan	2 Minggu	Ya	Ya, saya merasa mampu mendukungnya	Setuju	Depresi	Menyarankan untuk mencari bantuan profesional	Mengajaknya berbicara dan memberi dukungan emosional
003	Kn	20	Perempuan	Keperawatan	2 Minggu	Ya	Ya, saya merasa mampu mendukungnya	Sangat setuju	Depresi	Menyarankan untuk mencari bantuan profesional	Mengajaknya berbicara dan memberi dukungan emosional
004	F	22	Perempuan	Keperawatan	2 Minggu	Ya	Ya, saya merasa mampu mendukungnya	Setuju	Depresi	Menyarankan untuk mencari bantuan profesional	Mengajaknya berbicara dan memberi dukungan emosional
005	NDP	22	Perempuan	Keperawatan	2 Minggu	Ya	Ya, saya merasa mampu mendukungnya	Sangat setuju	Depresi	Menyarankan untuk mencari bantuan profesional	Mengajaknya berbicara dan memberi dukungan emosional
006	Rossanti Navis	21	Perempuan	Keperawatan	2 Minggu	Ya	Ya, saya merasa mampu mendukungnya	Setuju	Depresi	Menyarankan untuk mencari	Mengajaknya berbicara dan

											bantuan profesional	memberi dukungan emosional
007	m	22	Perempuan	Keperawatan	2 Minggu	Ya	Tidak Tahu	Setuju	Depresi	Menyarankan untuk mencari bantuan profesional	Mengajaknya berbicara dan memberi dukungan emosional	
008	KY	22	Perempuan	Keperawatan	2 Minggu	Ya	Ya, saya merasa mampu mendukungnya	Sangat setuju	Depresi	Menyarankan untuk mencari bantuan profesional	Mengajaknya berbicara dan memberi dukungan emosional	
009	ER	21	Perempuan	Keperawatan	2 Minggu	Ya	Ya, saya merasa mampu mendukungnya	Sangat setuju	Depresi	Menyarankan untuk mencari bantuan profesional	Mengajaknya berbicara dan memberi dukungan emosional	
010	RJ	22	Perempuan	Keperawatan	2 Minggu	Ya	Ya, saya merasa mampu mendukungnya	Setuju	Depresi	Menyarankan untuk mencari bantuan profesional	Mengajaknya berbicara dan memberi dukungan emosional	
011	H	21	Perempuan	Keperawatan	2 Minggu	Ya	Ya, saya merasa mampu mendukungnya	Sangat setuju	Depresi	Menyarankan untuk mencari bantuan profesional	Mengajaknya berbicara dan memberi dukungan emosional	
012	M	22	Perempuan	Keperawatan	2 Minggu	Ya	Ya, saya merasa mampu mendukungnya	Sangat setuju	Depresi	Menyarankan untuk mencari bantuan profesional	Mengajaknya berbicara dan memberi dukungan emosional	

Data Total Skor Variabel Penelitian (1-12 Responden)

MHLS_Pre Test	MHLS_Post Test	OMS_HC_PreTest	OMS_HC_Pos tTest	Depression_Pr eTest	Depression_Po stTest	Anxiety_Pr eTest	Anxiety_Pos tTest	Stress_Pre Test	Stress_Post Test
74	105	61	55	14	0	20	6	14	10
103	104	49	61	16	14	6	14	18	18
104	100	55	52	12	14	6	14	10	14
94	116	57	53	12	0	16	0	16	4
69	102	57	51	12	2	2	0	4	6
101	91	56	53	0	4	0	2	6	6
102	140	50	38	14	12	14	8	8	16
106	105	36	55	0	0	2	0	8	0
102	140	54	51	0	2	0	0	4	4
86	140	51	62	10	18	10	16	12	20
96	101	59	53	8	0	14	0	8	2
74	132	34	51	0	0	2	0	4	4
103	105	51	60	4	0	0	0	16	0
101	105	52	52	8	6	14	10	14	12
110	113	52	52	8	42	10	26	8	34

LAMPIRAN V

OUTPUT ANALYSIS

. tab1 usia gender_kat prodi_kat durasi_kat

-> tabulation of usia

Usia	Freq.	Percent	Cum.
17	5	0.88	0.88
18	36	6.33	7.21
19	73	12.83	20.04
20	164	28.82	48.86
21	125	21.97	70.83
22	76	13.36	84.18
23	49	8.61	92.79
24	27	4.75	97.54
25	9	1.58	99.12
26	1	0.18	99.30
27	2	0.35	99.65
29	1	0.18	99.82
35	1	0.18	100.00
Total	569	100.00	

-> tabulation of gender_kat

Jenis Kelamin	Freq.	Percent	Cum.
Laki-Laki	57	10.02	10.02
Perempuan	512	89.98	100.00
Total	569	100.00	

. tab programstudi

Program Studi	Freq.	Percent	Cum.
D3 Keperawatan	357	62.74	62.74
D4 Keperawatan	54	9.49	72.23
S1 Apoteker	1	0.18	72.41
S1 Farmasi	19	3.34	75.75
S1 Kedokteran	12	2.11	77.86
S1 Keperawatan	126	22.14	100.00
Total	569	100.00	

-> tabulation of durasi_kat

durasi_kat	Freq.	Percent	Cum.
2 Minggu	408	71.70	71.70
1 Bulan	123	21.62	93.32
> 1 Bulan	38	6.68	100.00
Total	569	100.00	

. summarize MHLS_PreTest MHLS_PostTest OMS_HC_PreTest OMS_HC_PostTest Depression_PreTest
 Depression_PostTest Anxiety_PreTest Anxiet
 > y_PostTest Stress_PreTest Stress_PostTest

Variable	Obs	Mean	Std. dev.	Min	Max
MHLS_PreTest	569	106.8278	14.94079	46	140
MHLS_PostTest	569	109.717	13.74692	35	140

OMS_HC_Pre~t	569	52.4833	6.96926	20	80
OMS_HC_Pos~t	569	52.0826	7.255051	20	80
Depres~eTest	569	6.3058	8.212708	0	38

Depres~tTest	569	5.73638	5.684866	0	42
Anxiety_Pr~t	569	7.753954	8.204854	0	40
Anxiety_Po~t	569	6.530756	6.187748	0	36
Stress_Pre~t	569	9.975395	7.282486	0	36
Stress_Pos~t	569	8.977153	5.722562	0	42

```
. swilk MHLS_PreTest MHLS_PostTest OMS_HC_PreTest OMS_HC_PostTest Depression_PreTest
Depression_PostTest Anxiety_PreTest Anxiety_Po
> stTest Stress_PreTest Stress_PostTest
```

Shapiro-Wilk W test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
MHLS_PreTest	569	0.91251	33.073	8.459	0.00000
MHLS_PostT~t	569	0.79543	77.329	10.513	0.00000
OMS_HC_Pre~t	569	0.86964	49.275	9.423	0.00000
OMS_HC_Pos~t	569	0.88882	42.026	9.038	0.00000
Depres~eTest	569	0.88158	44.763	9.191	0.00000
Depres~tTest	569	0.87169	48.504	9.385	0.00000
Anxiety_Pr~t	569	0.92748	27.412	8.005	0.00000
Anxiety_Po~t	569	0.93354	25.121	7.794	0.00000
Stress_Pre~t	569	0.94203	21.914	7.464	0.00000
Stress_Pos~t	569	0.94024	22.589	7.537	0.00000

```
. * 1. Literasi
```

```
. signrank MHLS_PreTest = MHLS_PostTest
```

Wilcoxon signed-rank test

Sign	Obs	Sum ranks	Expected
Positive	216	66980	80197.5
Negative	294	93415	80197.5
Zero	59	1770	1770
All	569	162165	162165

Unadjusted variance 15392161

Adjustment for ties -5356

Adjustment for zeros -17552.5

Adjusted variance 15369253

H0: MHLS_PreTest = MHLS_PostTest

z = -3.371

Prob > |z| = 0.0007

Note: Exact p-value is not computed by default for sample sizes > 200.
Use option exact to compute it.

```
. * 2. Stigma
```

```
. signrank OMS_HC_PreTest = OMS_HC_PostTest
```

Wilcoxon signed-rank test

Sign	Obs	Sum ranks	Expected
Positive	283	84179	80818.5
Negative	254	77458	80818.5
Zero	32	528	528
All	569	162165	162165

```

Unadjusted variance    15392161
Adjustment for ties   -19858.375
Adjustment for zeros    -2860
-----
Adjusted variance      15369443

```

```

H0: OMS_HC_PreTest = OMS_HC_PostTest
      z = 0.857
Prob > |z| = 0.3913

```

Note: Exact p-value is not computed by default for sample sizes > 200.
Use option exact to compute it.

```

. * 3. Depresi

```

```

. signrank Depression_PreTest = Depression_PostTest

```

Wilcoxon signed-rank test

Sign	Obs	Sum ranks	Expected
Positive	212	77647.5	79124.5
Negative	269	80601.5	79124.5
Zero	88	3916	3916
All	569	162165	162165

```

Unadjusted variance    15392161
Adjustment for ties   -56233.375
Adjustment for zeros    -57761
-----
Adjusted variance      15278167

```

```

H0: Depression_PreTest = Depression_PostTest
      z = -0.378
Prob > |z| = 0.7055

```

Note: Exact p-value is not computed by default for sample sizes > 200.
Use option exact to compute it.

```

. * 4. Ansietas

```

```

. signrank Anxiety_PreTest = Anxiety_PostTest

```

Wilcoxon signed-rank test

Sign	Obs	Sum ranks	Expected
Positive	265	89020	79943.5
Negative	237	70867	79943.5
Zero	67	2278	2278
All	569	162165	162165

```

Unadjusted variance    15392161
Adjustment for ties   -47556.375
Adjustment for zeros    -25627.5
-----
Adjusted variance      15318977

```

```

H0: Anxiety_PreTest = Anxiety_PostTest
      z = 2.319
Prob > |z| = 0.0204

```

Note: Exact p-value is not computed by default for sample sizes > 200.
Use option exact to compute it.

```
. * 5. Stres
```

```
. signrank Stress_PreTest = Stress_PostTest
```

Wilcoxon signed-rank test

Sign	Obs	Sum ranks	Expected
Positive	274	88814.5	80256
Negative	238	71697.5	80256
Zero	57	1653	1653
All	569	162165	162165

```
Unadjusted variance 15392161
Adjustment for ties -67817.25
Adjustment for zeros -15841.25
-----
Adjusted variance 15308503
```

```
H0: Stress_PreTest = Stress_PostTest
```

```
z = 2.187
```

```
Prob > |z| = 0.0287
```

Note: Exact p-value is not computed by default for sample sizes > 200.
Use option exact to compute it.

```
. regress delta_mhls ib1.durasi_kat
```

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	569
Model	80.1789597	2	40.0894799	F(2, 566)	=	0.09
Residual	247443.846	566	437.179939	Prob > F	=	0.9124
Total	247524.025	568	435.781733	R-squared	=	0.0003
				Adj R-squared	=	-0.0032
				Root MSE	=	20.909

delta_mhls	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]
durasi_kat					
1 Bulan	.1874103	2.150774	0.09	0.931	-4.037062 4.411883
> 1 Bulan	1.515609	3.546302	0.43	0.669	-5.449909 8.481127
_cons	2.747549	1.035142	2.65	0.008	.7143598 4.780738

```
. regress delta_oms ib1.durasi_kat
```

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	569
Model	198.004427	2	99.0022136	F(2, 566)	=	1.04
Residual	54044.6353	566	95.4852214	Prob > F	=	0.3552
Total	54242.6397	568	95.4976051	R-squared	=	0.0037
				Adj R-squared	=	0.0001
				Root MSE	=	9.7717

delta_oms	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]
durasi_kat					
1 Bulan	.6716882	1.005154	0.67	0.504	-1.3026 2.645976
> 1 Bulan	2.24871	1.657348	1.36	0.175	-1.006593 5.504013
_cons	-.6960784	.483769	-1.44	0.151	-1.64628 .2541232

```
. regress delta_dep ib1.durasi_kat
```

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	569
--------	----	----	----	---------------	---	-----

Model	796.751471	2	398.375736	F(2, 566)	=	4.22
Residual	53458.7564	566	94.4500997	Prob > F	=	0.0152
				R-squared	=	0.0147
				Adj R-squared	=	0.0112
Total	54255.5079	568	95.5202604	Root MSE	=	9.7185

delta_dep	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
durasi_kat						
1 Bulan	-2.498446	.9996911	-2.50	0.013	-4.462003	-.5348883
> 1 Bulan	1.836171	1.64834	1.11	0.266	-1.401439	5.073781
_cons	-.1519608	.4811396	-0.32	0.752	-1.096998	.7930764

. regress delta_anx ib1.durasi_kat

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	569
Model	932.990598	2	466.495299	F(2, 566)	=	4.68
Residual	56431.6632	566	99.7025851	Prob > F	=	0.0097
				R-squared	=	0.0163
				Adj R-squared	=	0.0128
Total	57364.6538	568	100.994109	Root MSE	=	9.9851

delta_anx	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
durasi_kat						
1 Bulan	-3.085007	1.027112	-3.00	0.003	-5.102424	-1.067591
> 1 Bulan	.2577399	1.693553	0.15	0.879	-3.068676	3.584156
_cons	-.5735294	.494337	-1.16	0.246	-1.544488	.3974296

. regress delta_stres ib1.durasi_kat

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	569
Model	1044.15436	2	522.077181	F(2, 566)	=	6.36
Residual	46428.8439	566	82.0297595	Prob > F	=	0.0018
				R-squared	=	0.0220
				Adj R-squared	=	0.0185
Total	47472.9982	568	83.5792223	Root MSE	=	9.057

delta_stres	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
durasi_kat						
1 Bulan	-3.007532	.9316448	-3.23	0.001	-4.837435	-1.177629
> 1 Bulan	1.613777	1.536142	1.05	0.294	-1.403457	4.631011
_cons	-.4558824	.4483897	-1.02	0.310	-1.336593	.4248286

. * --- BAGIAN A: MODEL DEPRESI (Untuk VIF, Heteros, Normalitas) ---

. quietly regress delta_dep ib1.durasi_kat delta_mhls delta_oms usia i.gender_kat

. display ">>> 1. AMBIL NILAI VIF DARI SINI (Untuk Kolom A):"

>>> 1. AMBIL NILAI VIF DARI SINI (Untuk Kolom A):

. vif

Variable	VIF	1/VIF
durasi_kat		

```

      2 |      1.09   0.917811
      3 |      1.05   0.955889
delta_mhls |      1.00   0.997423
delta_oms |      1.01   0.989057
usia |      1.09   0.918759
2.gender_kat |      1.01   0.991537
-----+-----
Mean VIF |      1.04

```

```

.
.
>>> 2. NILAI HETEROSKEDASTISITAS

```

```

. estat hettest

Breusch-Pagan/Cook-Weisberg test for heteroskedasticity
Assumption: Normal error terms
Variable: Fitted values of delta_dep

H0: Constant variance

      chi2(1) = 0.71
Prob > chi2 = 0.4011

```

```

.
.
>>> 3. NILAI NORMALITAS

```

```

. predict resid_dep, r
.
. swilk resid_dep

```

```

Shapiro-Wilk W test for normal data

```

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
resid_dep	569	0.95340	17.615	6.936	0.00000

```

. drop resid_dep

```

```

. * --- BAGIAN B: MODEL ANSIETAS (Cek Ulang Heteros & Normalitas) ---

```

```

. quietly regress delta_anx ib1.durasi_kat delta_mhls delta_oms usia i.gender_kat

```

```

. display ">>> 4. HETEROSKEDASTISITAS ANSIETAS:"
>>> 4. HETEROSKEDASTISITAS ANSIETAS:

```

```

. estat hettest

```

```

Breusch-Pagan/Cook-Weisberg test for heteroskedasticity
Assumption: Normal error terms
Variable: Fitted values of delta_anx

```

```

H0: Constant variance

```

```

      chi2(1) = 2.26
Prob > chi2 = 0.1325

```

```

. display ">>> 5. NORMALITAS RESIDUAL ANSIETAS:"
>>> 5. NORMALITAS RESIDUAL ANSIETAS:

```

```

. predict resid_anx, r

. swilk resid_anx

Shapiro-Wilk W test for normal data

Variable | Obs W V z Prob>z
-----+-----
resid_anx | 569 0.98665 5.047 3.914 0.00005

. drop resid_anx

.
.
. * --- BAGIAN C: MODEL STRES (Cek Ulang Heteros & Normalitas) ---

. quietly regress delta_stres ib1.durasi_kat delta_mhls delta_oms usia i.gender_kat

.
.
. display ">>> 6. HETEROSKEDASTISITAS STRES:"
>>> 6. HETEROSKEDASTISITAS STRES:

. estat hettest

Breusch-Pagan/Cook-Weisberg test for heteroskedasticity
Assumption: Normal error terms
Variable: Fitted values of delta_stres

H0: Constant variance

chi2(1) = 1.22
Prob > chi2 = 0.2699

. display ">>> 7. NORMALITAS RESIDUAL STRES:"
>>> 7. NORMALITAS RESIDUAL STRES:

. predict resid_stres, r

. swilk resid_stres

Shapiro-Wilk W test for normal data

Variable | Obs W V z Prob>z
-----+-----
resid_stres | 569 0.98857 4.319 3.537 0.00020

. drop resid_stres

. * Model Determinan: Y = Delta DASS, X = Durasi + Delta MHLS + Delta OMS + Usia + Gender
. * Tujuannya: Melihat pengaruh murni Durasi setelah dikontrol variabel lain.

.

. * MODEL A: DEPRESI

```

. regress delta_dep ib1.durasi_kat delta_mhls delta_oms usia i.gender_kat

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	569
Model	1880.17483	6	313.362471	F(6, 562)	=	3.36
Residual	52375.3331	562	93.1945429	Prob > F	=	0.0029
				R-squared	=	0.0347
				Adj R-squared	=	0.0243
Total	54255.5079	568	95.5202604	Root MSE	=	9.6537

delta_dep	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
durasi_kat						
1 Bulan	-2.706589	1.026254	-2.64	0.009	-4.722351	-.6908276
> 1 Bulan	1.737726	1.658092	1.05	0.295	-1.519088	4.99454
delta_mhls	-.0389555	.0194288	-2.01	0.045	-.0771175	-.0007935
delta_oms	.0874352	.0416787	2.10	0.036	.0055702	.1693003
usia	.169834	.2338104	0.73	0.468	-.289415	.629083
gender_kat						
Perempuan	2.125395	1.353706	1.57	0.117	-.5335471	4.784337
_cons	-5.399563	5.024446	-1.07	0.283	-15.26855	4.469424

. * MODEL B: ANSIETAS

. regress delta_anx ib1.durasi_kat delta_mhls delta_oms usia i.gender_kat

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	569
Model	2511.53289	6	418.588815	F(6, 562)	=	4.29
Residual	54853.1209	562	97.603418	Prob > F	=	0.0003
				R-squared	=	0.0438
				Adj R-squared	=	0.0336
Total	57364.6538	568	100.994109	Root MSE	=	9.8794

delta_anx	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
durasi_kat						
1 Bulan	-3.713697	1.050249	-3.54	0.000	-5.776589	-1.650804
> 1 Bulan	-.3528014	1.696859	-0.21	0.835	-3.685762	2.98016
delta_mhls	-.0515285	.0198831	-2.59	0.010	-.0905828	-.0124743
delta_oms	.0778791	.0426532	1.83	0.068	-.0059	.1616582
usia	.5247882	.2392771	2.19	0.029	.0548015	.9947748
gender_kat						
Perempuan	-.2160073	1.385357	-0.16	0.876	-2.937118	2.505103
_cons	-10.94334	5.141922	-2.13	0.034	-21.04307	-.8436072

. * MODEL C: STRES

. regress delta_stres ib1.durasi_kat delta_mhls delta_oms usia i.gender_kat

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	569
Model	2004.6575	6	334.109584	F(6, 562)	=	4.13
Residual	45468.3407	562	80.9045209	Prob > F	=	0.0005
				R-squared	=	0.0422
				Adj R-squared	=	0.0320
Total	47472.9982	568	83.5792223	Root MSE	=	8.9947

delta_stres	Coefficient	Std. err.	t	P> t	[95% conf. interval]	
durasi_kat						
1 Bulan	-3.549053	.956194	-3.71	0.000	-5.427203	-1.670902

> 1 Bulan	1.067457	1.544898	0.69	0.490	-1.967022	4.101936
delta_mhls	-.0268839	.0181025	-1.49	0.138	-.0624406	.0086729
delta_oms	.0819755	.0388334	2.11	0.035	.0056991	.1582518
usia	.4448012	.2178487	2.04	0.042	.0169041	.8726983
gender_kat						
Perempuan	.1645912	1.261292	0.13	0.896	-2.312831	2.642013
_cons	-9.596316	4.681439	-2.05	0.041	-18.79157	-.4010618

