

**HUBUNGAN ANTARA STIGMA DIRI DENGAN KUALITAS HIDUP  
PASIEN SKIZOFRENIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
KARANGANYAR**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**NURUL SEPTIANI**

**(P17240224089)**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK**

**2025**

**HUBUNGAN ANTARA STIGMA DIRI DENGAN KUALITAS HIDUP  
PASIEN SKIZOFRENIA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
KARANGANYAR**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di Program Studi Keperawatan Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



**Disusun Oleh :**

**NURUL SEPTIANI**

**(P17240224089)**

**KEMENTRIAN KESEHATAN RI  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI DIPLOMA-III KEPERAWATAN  
KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK**

**2025**

## CURRICULUM VITAE

Nama : Nurul Septiani

Tempat Lahir : Trenggalek, 5 September 2004

Agama : Islam

Alamat : RT 23/RW 09, Ds. Wonoanti, Dsn.

Krebet, Kec. Gandusari, Kab. Trenggalek

Email : nurulseptiani466@gmail.com



Riwayat Pendidikan :

- |                                             |             |
|---------------------------------------------|-------------|
| 1) TK Dharma Wanita 2 Wonoanti              | : 2009-2011 |
| 2) SDN 3 Wonoanti                           | : 2011-2017 |
| 3) MTsN 1 Trenggalek                        | : 2017-2020 |
| 4) MAN 1 Trenggalek                         | : 2020-2022 |
| 5) Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang     |             |
| Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek | : 2022-2025 |

## **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertandatangan dibawah ini saya :

Nama : Nurul Septiani

Nim : P17240224089

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek Jurusan

Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiasi, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,

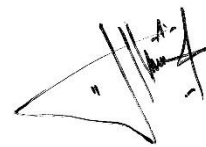
Trenggalek, 02 Mei 2025

Pembimbing



**Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep**  
**NIP. 919840706201901201**

Yang membuat pernyataan



**Nurul Septiani**  
**P17240224089**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Nurul Septiani (P17240224089) dengan **“Hubungan Antara Stigma Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar”**, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 02 Mei 2025

Pembimbing



**Ns. Elok Yulidaningsih, S. Kep., M. Kep**  
**NIP. 919840706 20190 1 201**

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Nurul Septiani (P17240224089) dengan judul  
**“Hubungan Antara Stigma Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Di  
Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar”**, telah dipertahankan di depan dewan  
penguji pada 07 Mei 2025

### Dewan Penguji

Ketua Penguji



Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep  
NIP. 919830626201901201

Anggota Penguji



Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep.  
NIP 919840706201901201

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP. 197608102002122001

## MOTTO

“Jika ingin menyerah, ingatlah kembali alasan kamu memulainya. Maka selesaikan apa yang kamu mulai”

*“Life isn't just about dreams; it's also about the destiny written in the heavens by the Divine. The wise words truly say, "Dream as high as the sky, so that even when you fall, you'll land on the stars." However, not everything we wish for becomes reality. It's not because our dreams are too low or our hopes aren't high enough. Perhaps it's just not part of our sacred destiny.*

*We can dream as high as the seventh heaven, but let's not forget—the sky itself bows to His will. Sometimes, what we chase is pushed away, and what we avoid comes our way. It's not because the universe is unfair, but because God is guiding us toward what's best, even if it doesn't always align with our heart's desires.*

*If something is meant to be yours, even if delayed, it will come to you without getting lost. But if it's not part of your story, no matter how hard you hold on, it will still leave.*

*So, keep dreaming, keep striving, and surrender. Though destiny belongs to God, effort and prayer are still ours. For God won't change a people's fate until they change it themselves—with faith, effort, and unending hope.”*

## LEMBAR PERSEMBAHAN

Alhamdulillah puji syukur saya panjatkan kepada-Mu ya Allah, karena atas Berkat dan Rahmat-Mu saya bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik dan lancar, saya persembahkan Karya Tulis Ilmiah ini untuk:

- 1) Aku persembahkan karya ini untuk Bapak dan ibu, sumber inspirasiku. Terimakasih telah memberikan kasih sayang tanpa batas, peluh yang tak pernah diperhitungkan, dan doa-doa yang tak pernah putus selalu menyertai langkahku. Setiap keberhasilanku adalah cerminan dari cinta dan pengorbanan kalian yang tulus. Karyaku ini adalah buah dari benih-benih kasih yang kalian tanamkan, dan aku berharap ini bisa menjadi sedikit balasan untuk pengorbanan kalian. Aku cinta dan hormat kepada Bapak dan Ibu selamanyaaa.
- 2) Untuk kakak laki-lakiku, terimakasih telah menjadi pelindung, pembimbing, dan sahabat sejati dalam perjalanan hidupku. Dukunganmu, doa-doamu, dan usaha kerasmu untukku adalah sumber kekuatan dan semangat bagiku. Aku sangat berterima kasih atas setiap waktu yang kau luangkan, setiap kata penyemangat yang kau ucapkan. Semoga karya ini bisa menjadi sedikit balasan untuk semua yang telah kau berikan. Sayang akak banyak-banyakkkk.
- 3) Untuk sahabat-sahabatku tersayang, terima kasih telah menjadi bagian dari perjalanan hidupku. Dengan kalian, aku menemukan arti sejati dari persahabatan: tawa yang tak terlupakan, tangisan yang dibagi, dan kenangan yang tak akan pernah pudar. Kalian telah menjadi tempatku berbagi suka dan duka, mendengarkan setiap cerita, dan memberikan dukungan tanpa syarat. Aku berterima kasih atas setiap momen, setiap lelucon, dan setiap langkah yang kita tempuh bersama. Semoga persahabatan kita terus berkembang dan menjadi



sumber inspirasi bagi kita semua. *Love you all*, calon ibu guru (eonnies adik Echan), calon ibu perawat (Rin-chan), and then calon ibu farmasi (Milla). Semoga apa yang kalian harapkan tercapai.

- 4) *And the last one* karya tulis ini ku persembahkan untuk diriku sendiri, terima kasih untuk tidak menyerah, terima kasih sudah bertahan, terima kasih sudah mau mencoba dan belajar untuk bersabar serta ikhlas. Walau mungkin apa yang terjadi tak sejalan dengan yang diharap, tapi pilihan-Nya adalah yang terbaik itu nyata. Dengan perjalanan ini aku menemukan mimpi besarku. Jadi, mari siapkan bahu, lapangkan hati, kuatkan kaki, *upgrade skills*, perluas relasi, karena perjalanan menuju mimpi besar itu sangat jauh dan akan ada banyak rintangan yang harus dihadapi. Sekali lagi *Thank you, you have done your best!*

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmatnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Hubungan Antara Stigma Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar”** tepat pada waktu yang sudah ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek.

Dalam penyusunan penulis mendapat banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini penulis tidak lupa mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

- 1) Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen, M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.
- 2) Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.,Ns.M.Kep Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
- 3) Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek Poltekkes Kemenkes Malang, yang telah memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, pengarahan serta saran sehingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.

- 4) dr. Sunarto, selaku Kepala Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Trenggalek yang telah memberikan izin penulis untuk melakukan penelitian.
- 5) dr. Ika Veristiana Santi, selaku Kepala Puskesmas Karanganyar Kabupaten Trenggalek yang telah memberikan izin penulis untuk melakukan penelitian.
- 6) Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan pengarahan, saran dan revisi kepada penulis dalam menyempurnakan isi dari Karya Tulis Ilmiah ini.
- 7) Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep. selaku Ketua Penguji yang telah banyak memberi pengarahan, revisi dan saran kepada penulis dalam menyempurnakan isi dari Karya Tulis Ilmiah.
- 8) Retnowati Wulandari, AMK, selaku Perawat Pemegang Program Kesehatan Jiwa yang telah memberi dukungan, pengarahan serta membantu penulis melakukan pengambilan data sehingga terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.
- 9) Dosen dan Staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.
- 10) Beberapa pasien skizofrenia yang telah bersedia untuk menjadi responden dan dijadikan sampel data pada penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangannya, oleh karena itu penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak.

Trenggalek, 02 Mei 2025

Penulis

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**  
**PRODI DII KEPERAWATAN TRENGGALEK**

2025

**ABSTRAK**

**Nurul Septiani**

**Hubungan antara Stigma Diri dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar**

*Skizofrenia* adalah gangguan jiwa serius yang berdampak pada kualitas hidup penderita. Salah satu faktor yang memperburuk kondisi adalah stigma, terutama stigma diri. Stigma menghambat pemulihan, menurunkan kepatuhan pengobatan, dan memperburuk kondisi psikologis. Intervensi berbasis edukasi, komunitas, dan keluarga diperlukan untuk mengurangi stigma dan meningkatkan kualitas hidup penderita skizofrenia. Dengan tujuan untuk mengetahui hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini yaitu desain penelitian kuantitatif korelasional, menggunakan teknik sampling *purposive* sampling dengan jumlah sampel 19 responden dari 71 populasi rata-rata perhitungan selama satu tahun 2024. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness) dan WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life).

*Hasil* penelitian dianalisis dengan uji statistika Spearman Rank menggunakan SPSS, diperoleh  $p = 0,001 (\leq 0,01)$ , dengan kekuatan korelasi 0,689 dan arah korelasi negatif. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden memiliki stigma diri yang tinggi (73,68%), dan kualitas hidup sedang (47,37% ).

Terdapat hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien skizofrenia di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar tahun 2025. Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian ini dengan metode yang berbeda, variabel yang berbeda atau menggunakan kuesioner lain.

**Kata Kunci:** Stigma Diri, Kualitas Hidup, Skizofrenia

**HEALTH POLYTECHNIC MINISTRY OF HEALTH MALANG  
DIII NURSING PROGRAM IN TRENGGALEK**

**2025**

**ABSTRACT**

**Nurul Septiani**

**The Relationship Between Self-Stigma and the Quality of Life of Schizophrenia Patients in the Karanganyar Health Center Work Area**

Schizophrenia is a serious mental disorder that affects quality of life. Self-stigma worsens the condition by lowering self-esteem, causing social withdrawal, and reducing treatment adherence. Stigma remains a major barrier to recovery. Community-based programs, psychosocial support, and family education are crucial interventions to reduce stigma and help improve the overall well-being of people living with schizophrenia. With the aim of knowing the relationship between self-stigma and the quality of life of schizophrenia patients in the Karanganyar Health Center working area.

The method used in this study is a correlational quantitative research design, utilizing purposive sampling technique with a sample size of 19 respondents out of a population of 71, based on calculations over an average of one year in 2024. The research instrument used the ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness) and WHOQOL-BREF (The World Health Organization Quality of Life) questionnaires.

The results of the study were analyzed with the Spearman Rank statistical test using SPSS, obtained  $\rho = 0.001 (\leq 0.01)$ , with a correlation strength of 0.689 and a negative correlation direction. The results showed that most respondents had high self-stigma (73.68%), and moderate quality of life (47.37%).

There is a relationship between self-stigma and the quality of life of schizophrenia patients in the Karanganyar Health Center working area in 2025. It is hoped that future researchers can develop this research with different methods, different variables or use other questionnaires.

**Keywords:** Self-stigma, Quality of Life, Schizophrenia

## DAFTAR ISI

|                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| HALAMAN JUDUL .....                 | i        |
| CURRICULUM VITAE .....              | ii       |
| PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....   | iii      |
| LEMBAR PERSETUJUAN .....            | iv       |
| LEMBAR PENGESAHAN .....             | v        |
| MOTTO .....                         | vi       |
| LEMBAR PERSEMBAHAN .....            | vii      |
| KATA PENGANTAR.....                 | ix       |
| ABSTRAK .....                       | xi       |
| ABSTRACT .....                      | xii      |
| DAFTAR ISI.....                     | xiii     |
| DAFTAR GAMBAR .....                 | xvi      |
| DAFTAR TABEL .....                  | xvii     |
| DAFTAR LAMPIRAN .....               | xviii    |
| DAFTAR SINGKATAN.....               | xix      |
| DAFTAR ISTILAH.....                 | xx       |
| <b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>       | <b>1</b> |
| 1.1    Latar Belakang .....         | 1        |
| 1.2    Batasan Masalah.....         | 6        |
| 1.3    Rumusan Masalah .....        | 6        |
| 1.4    Tujuan Penelitian.....       | 6        |
| 1.4.1    Tujuan Umum .....          | 6        |
| 1.4.2    Tujuan Khusus.....         | 7        |
| 1.5    Manfaat Penelitian.....      | 7        |
| 1.5.1    Manfaat Teoritis .....     | 7        |
| 1.5.2    Manfaat Praktis .....      | 7        |
| <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b> | <b>9</b> |
| 2.1    Konsep Skizofrenia .....     | 9        |

|                                        |                                                                  |           |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.1.1                                  | Definisi Skizofrenia .....                                       | 9         |
| 2.1.2                                  | Etiologi Skizofrenia .....                                       | 10        |
| 2.1.3                                  | Manifestasi Klinis Skizofrenia .....                             | 13        |
| 2.1.4                                  | Patofisiologi Skizofrenia .....                                  | 16        |
| 2.1.5                                  | Gambaran Klinis Skizofrenia .....                                | 17        |
| 2.1.6                                  | Macam-macam Skizofrenia .....                                    | 18        |
| 2.1.7                                  | Penatalaksanaan Skizofrenia .....                                | 21        |
| 2.2                                    | Konsep Stigma .....                                              | 26        |
| 2.2.1                                  | Definisi Stigma .....                                            | 26        |
| 2.2.2                                  | Stigma Diri .....                                                | 26        |
| 2.2.3                                  | Proses Terjadinya Stigma .....                                   | 27        |
| 2.2.4                                  | Mekanisme Stigma .....                                           | 28        |
| 2.2.5                                  | Faktor-faktor yang Mempengaruhi Stigma .....                     | 29        |
| 2.2.6                                  | Aspek Stigma .....                                               | 31        |
| 2.2.7                                  | Tipe-tipe Stigma .....                                           | 32        |
| 2.2.8                                  | Konsep Kuesioner ISMI (Internalized Stigma Of Mental Illness)... | 34        |
| 2.3                                    | Konsep Kualitas Hidup .....                                      | 35        |
| 2.3.1                                  | Definisi Kualitas Hidup .....                                    | 35        |
| 2.3.2                                  | Faktor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup .....             | 36        |
| 2.3.3                                  | Atribut Karakteristik Konsep Kualitas Hidup .....                | 38        |
| 2.3.4                                  | Aspek Kualitas Hidup .....                                       | 39        |
| 2.3.5                                  | Dimensi-dimensi Kualitas Hidup .....                             | 40        |
| 2.3.6                                  | Indikator Kualitas Hidup .....                                   | 41        |
| 2.3.7                                  | Domain Kualitas Hidup .....                                      | 42        |
| 2.3.8                                  | Konsep Kuesioner WHOQOL-BREF .....                               | 44        |
| 2.4                                    | Kerangka Konsep .....                                            | 48        |
| 2.5                                    | Hipotesis .....                                                  | 49        |
| <b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b> |                                                                  | <b>50</b> |
| 3.1                                    | Desain Penelitian .....                                          | 50        |
| 3.2                                    | Kerangka Kerja Penelitian .....                                  | 50        |
| 3.3                                    | Definisi Operasional .....                                       | 52        |
| 3.4                                    | Variable Penelitian .....                                        | 53        |

|                                         |                                                           |           |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------|
| 3.5                                     | Tempat dan Waktu Penelitian .....                         | 53        |
| 3.5.1                                   | Tempat Penelitian.....                                    | 53        |
| 3.5.2                                   | Waktu Penelitian .....                                    | 53        |
| 3.6                                     | Populasi, Sampel dan Sampling .....                       | 53        |
| 3.6.1                                   | Populasi.....                                             | 53        |
| 3.6.2                                   | Sampel.....                                               | 54        |
| 3.6.3                                   | Teknik Sampling .....                                     | 55        |
| 3.7                                     | Jenis Data dan Instrumen Penelitian .....                 | 55        |
| 3.7.1                                   | Jenis Data .....                                          | 55        |
| 3.7.2                                   | Instrument Penelitian .....                               | 55        |
| 3.8                                     | Pengumpulan Data, Pengolahan Data dan Analisis Data ..... | 56        |
| 3.8.1                                   | Pengumpulan Data .....                                    | 56        |
| 3.8.2                                   | Pengolahan Data.....                                      | 58        |
| 3.8.3                                   | Analisa Data .....                                        | 60        |
| 3.9                                     | Etika Penelitian.....                                     | 63        |
| <b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b> |                                                           | <b>65</b> |
| 4.1                                     | Gambaran Lokasi Penelitian.....                           | 65        |
| 4.2                                     | Hasil Penelitian.....                                     | 65        |
| 4.2.1                                   | Analisis Univariat.....                                   | 66        |
| 4.2.2                                   | Analisis Bivariat.....                                    | 69        |
| 4.3                                     | Pembahasan .....                                          | 70        |
| 4.3.1                                   | Analisis Univariat.....                                   | 70        |
| 4.3.2                                   | Analisis bivariat .....                                   | 78        |
| 4.4                                     | Keterbatasan Penelitian .....                             | 80        |
| <b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b> |                                                           | <b>81</b> |
| 5.1                                     | Kesimpulan.....                                           | 81        |
| 5.2                                     | Saran.....                                                | 82        |
| <b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>              |                                                           | <b>84</b> |
| <b>LAMPIRAN.....</b>                    |                                                           | <b>89</b> |



## DAFTAR GAMBAR

|                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gambar 2.1 Perkembangan gejala <i>skizofrenia</i> sejak awal masa perkembangan....                          | 17 |
| Gambar 2.2 Pathway <i>Skizofrenia</i> .....                                                                 | 18 |
| Gambar 2.3 Kerangka konsep hubungan stigma diri dengan kualitas hidup pasien <i>skizofrenia</i> .....       | 47 |
| Gambar 3.1 Kerangka kerja hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien <i>skizofrenia</i> ..... | 50 |

## DAFTAR TABEL

|                                                                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Table 2.1 <i>Aspek Dalam Kuesioner ISMI</i> .....                                                                                          | 34 |
| Table 2.2 <i>Domain Kuesioner WHOQOL-BREF</i> .....                                                                                        | 45 |
| Table 2.3 <i>Perhitungan Kuesioner WHOQOL-BREF</i> .....                                                                                   | 46 |
| Table 2.4 <i>Nilai Maksimal Dan Minimal Domain WHOQOL-BREF</i> .....                                                                       | 46 |
| Table 3.1 <i>Definisi Operasional</i> .....                                                                                                | 52 |
| Table 3.2 <i>Kriteria Terima Dan Tolak Hipotesis</i> .....                                                                                 | 62 |
| Table 3.3 <i>Interpretasi Hasil</i> .....                                                                                                  | 63 |
| Table 4.1 <i>Karakteristik Responden Berdasarkan Usia</i> .....                                                                            | 66 |
| Table 4.2 <i>Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin</i> .....                                                                   | 66 |
| Table 4.3 <i>Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir</i> .....                                                             | 67 |
| Table 4.4 <i>Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan</i> .....                                                                       | 67 |
| Table 4.5 <i>Stigma Diri Pasien Skizofrenia</i> .....                                                                                      | 68 |
| Table 4.6 <i>Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia</i> .....                                                                                   | 68 |
| Table 4.7 <i>Tabulasi Silang Antara Stigma Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar</i> .....  | 69 |
| Table 4.8 <i>Analisa Hubungan Antara Stigma Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar</i> ..... | 69 |

## DAFTAR LAMPIRAN

|                                                                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Lampiran 1 Lembar Konsul .....                                                                                                             | 89  |
| Lampiran 2 Lembar Persetujuan .....                                                                                                        | 91  |
| Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden .....                                                                                      | 92  |
| Lampiran 4 Kuesioner ISMI .....                                                                                                            | 93  |
| Lampiran 5 Kuesioner WHOQOL-BREF .....                                                                                                     | 95  |
| Lampiran 6 Data Umum Responden.....                                                                                                        | 98  |
| Lampiran 7 Data Khusus Rekapitulasi Stigma Diri.....                                                                                       | 99  |
| Lampiran 8 Data Khusus Rekapitulasi Kualitas Hidup.....                                                                                    | 101 |
| Lampiran 9 Surat Izin Penelitian Dari Kaprodi D3 Keperawatan Kampus<br>Trenggalek.....                                                     | 102 |
| Lampiran 10 Surat Izin Penelitian Dari Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian<br>Penduduk, dan Keluarga Berencana Kabupaten Trenggalek ..... | 103 |
| Lampiran 11 Surat Telah Melakukan Penelitian Dari Kepala Puskesmas<br>Karanganyar .....                                                    | 104 |

## **DAFTAR SINGKATAN**

|               |                                                                 |
|---------------|-----------------------------------------------------------------|
| AIDS          | : Acquired Immunodeficiency Syndrome                            |
| Dinkes Dalduk | : Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana |
| HIV           | : Human Immunodeficiency Virus                                  |
| Kabid P2PL    | : Kepala Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan lingkungan |
| QOL           | : Quality Of Life                                               |
| SPSS          | : Statistical Package of the Social Sciences                    |
| WHO           | : World Health Organization                                     |

## **DAFTAR ISTILAH**

### **A**

Adaptif : mudah menyesuaikan (diri) dengan keadaan

Antipsikotik : obat yang digunakan untuk mengobati gangguan jiwa yang disebut psikosis

### **D**

Depresi : gangguan suasana hati yang berkepanjangan, yang ditandai dengan perasaan sedih, kehilangan minat, dan kehilangan energi

Disability : disabilitas; keterbatasan fisik, mental atau kognitif yang dialami seseorang, sehingga membatasi mereka untuk berpartisipasi penuh dalam kehidupan sehari-hari

Distorsi : pola pikir yang berlebihan dan irasional yang menyebabkan seseorang mempersepsikan realitas secara tidak akurat

### **E**

Efikasi : respons maksimum yang dihasilkan oleh obat-obatan terhadap suatu kondisi yang dihitung menggunakan grafik dosis-respons yang menghasilkan sebuah kurva

### **F**

Farmakologi : ilmu yang mempelajari obat-obatan, termasuk sifat kimia dan fisiknya, cara kerjanya, dan penggunaannya untuk pengobatan penyakit

First-rank symptoms : gejala-gejala khas skizofrenia yang dianggap sebagai gejala utama

## **H**

**Hereditier** : sifat atau ciri yang diwariskan dari orang tua kepada keturunannya

## **I**

**Idiosinkratik** : karakteristik unik yang dimiliki oleh seseorang atau kelompok

**Inappropriate** : tidak cocok atau tidak pantas

**Infeksi** : gangguan kesehatan yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen, seperti virus, bakteri, jamur, atau parasit

**Intensif** : secara sungguh-sungguh dan terus-menerus dalam mengerjakan sesuatu hingga memperoleh hasil yang optimal

**Internalisasi** : Menyatunya nilai dalam diri seorang

**Interpersonal** : hubungan atau komunikasi yang terjadi antara dua orang atau lebih

**Interpretasi** : pemberian kesan, pendapat, atau pandangan teoretis terhadap sesuatu; tafsiran

## **L**

**Level of independence** : tingkat kemandirian; tingkat kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari

**Literature review** : tinjauan pustaka; proses sistematis, eksplisit, dan reproduktif untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mensintesi karya penelitian dan pemikiran yang sudah ada, yang dilakukan oleh peneliti dan praktisi

## **M**

- Maindset** : kumpulan kepercayaan atau pemikiran yang membentuk cara seseorang melihat dunia dan dirinya sendiri
- Maladaptif** : perilaku yang tidak sehat atau negatif untuk mengatasi masalah
- Midlife crisis** : krisis paruh baya; periode ketidakstabilan emosional dan psikologis yang dialami seseorang saat memasuki usia paruh baya, umumnya antara usia 40 - 60 tahun
- Monozigot** : istilah yang digunakan untuk menyebut kembar identik, yaitu kembar yang berasal dari satu sel telur yang dibuahi oleh satu sperma

## **N**

- Neuroleptika** : obat antipsikotik yang digunakan untuk mengobati gangguan kejiwaan, seperti skizofrenia dan gangguan bipolar
- Neurotransmitter** : zat kimia yang berfungsi sebagai pembawa pesan kimiawi dalam tubuh

## **O**

- Odds ratio** : ukuran yang digunakan untuk mengukur hubungan antara dua kejadian atau faktor dalam statistik
- Optimistik** : bersikap optimis atau penuh harapan
- Orientasi** : proses pengenalan dan penyesuaian diri terhadap lingkungan baru

## **P**

|               |                                                                                                                                  |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Persekutorik  | : jenis gangguan delusi yang membuat seseorang yakin bahwa dirinya sedang dalam bahaya atau akan disakiti orang lain             |
| Persepsi      | : pengalaman tentang objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan |
| Predisposisi  | : kecenderungan seseorang untuk menerima atau menolak sesuatu, atau untuk melakukan suatu perilaku                               |
| Prevalensi    | : proporsi populasi yang memiliki karakteristik tertentu dalam jangka waktu tertentu                                             |
| Privacy       | : privasi; kemampuan menutup atau melindungi urusan personal dari public                                                         |
| Produktif     | : kemampuan untuk menghasilkan atau mendatangkan sesuatu, baik dalam jumlah besar atau bernilai manfaat                          |
| Proporsi      | : satu bagian dengan bagian lainnya, yang dapat berupa ukuran atau jumlah                                                        |
| Prospek       | : peluang, harapan, atau kemungkinan yang bisa terjadi di masa depan                                                             |
| Psikodinamika | : teori psikologi yang mempelajari hubungan antara pikiran, perasaan, dan perilaku manusia                                       |
| Psikologis    | : kondisi yang berkaitan dengan pikiran atau fenomena mental sebagai materi pelajaran psikologi                                  |



Psikopatologi : cabang ilmu psikologi yang mempelajari gangguan jiwa atau perilaku abnormal

Psikosis : gangguan mental yang menyebabkan seseorang sulit membedakan kenyataan dan imajinasi

Psikososial : aspek yang berkaitan dengan kondisi mental dan sosial seseorang

Psikoterapi : terapi yang dilakukan oleh psikolog atau psikiater untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan jiwa

## **R**

Recovery : pemulihan

Rehabilitasi : pemulihan kepada kedudukan (keadaan, nama baik) yang dahulu (semula) atau perbaikan anggota tubuh yang cacat dan sebagainya atas individu supaya menjadi manusia yang berguna dan memiliki tempat di masyarakat

Remisi : kondisi ketika tanda-tanda penyakit berkurang atau hilang

Resistance : resistensi; suatu sikap untuk melawan, menentang, atau berusaha bertahan

## **S**

Self-efficacy : keyakinan seseorang terhadap kemampuannya untuk menyelesaikan tugas atau mencapai tujuan

Social support : dukungan social; perasaan atau persepsi individu bahwa dirinya dicintai, diperhatikan, dihargai dan didukung oleh orang lain

|                |                                                                                                           |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sosiodemografi | : ilmu yang mempelajari karakteristik sosial dan demografi suatu kelompok individu                        |
| Stereotip      | : kepercayaan yang menggeneralisasi sifat-sifat suatu kelompok orang berdasarkan prasangka subjektif      |
| Stress         | : reaksi tubuh baik secara fisik maupun emosional terhadap perubahan lingkungan yang menuntut penyesuaian |
| Stressor       | : situasi atau kejadian yang menyebabkan stress                                                           |
| Supportif      | : bersifat memberi dukungan dan semangat                                                                  |
| <b>T</b>       |                                                                                                           |
| Tilikan        | : kesadaran dan pemahaman pasien terhadap penyakitnya                                                     |

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa saat ini telah menjadi masalah kesehatan global pada sebagian besar negara termasuk di Indonesia. Hal ini dapat dikarenakan oleh kehidupan yang semakin sulit dan kompleks serta semakin bertambahnya *stressor psikososial* akibat budaya masyarakat yang semakin modern. Hal ini dapat berakibat pada meningkatnya jumlah penderita gangguan kejiwaan (Jayanti & Muzdalifah, 2013). *Skizofrenia* adalah gangguan mental yang ditandai dengan *distorsi* dalam berfikir, *persepsi*, emosi, bahasa, konsep diri dan perilaku (WHO, 2019). *Skizofrenia* memiliki masalah yang ditandai dengan penurunan kemampuan kerja, kemandirian, kemunduran fungsi sosial, harga diri, penurunan harapan dan kualitas hidup (Sovitriana, 2019) Kualitas hidup adalah tingkat kepuasan atau tidak yang dirasakan seseorang tentang berbagai aspek dalam kehidupan. Kualitas hidup mencakup kemandirian, *privacy*, pilihan, penghargaan dan kebebasan bertindak (Ekasari et al, 2018; Yuni, 2021). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita *skizofrenia* diantaranya daya tilik diri, gejala *depresif*, gejala negatif, kurang dukungan sosial, lamanya putus obat, *sosiodemografi*, *psikopatologi*, dan stigma diri (Margariti et al., 2015). Stigma adalah label negatif yang melekat atau diberikan kepada seseorang berdasarkan beberapa karakteristik yang dimilikinya. Stigma diri adalah stigma yang di *internalisasi* oleh individu dengan penyakit mental yang mengakibatkan hilangnya harga diri dan *efikasi* diri, mempengaruhi

kepatuhan mereka terhadap pengobatan, dan dengan demikian membatasi *prospek* untuk pemulihan (Rössler, 2016). Berdasarkan hasil penelitian Wardani & Dewi (2018), menyebutkan bahwa ada hubungan antara stigma diri (perilaku mengasingkan diri, dukungan terhadap *stereotip*, menarik diri dari lingkungan sosial, perlawanan stigma) dengan kualitas hidup (kualitas hidup secara umum, kepuasan terhadap kesehatan, kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, lingkungan) pada pasien *skizofrenia*. Semakin tinggi stigma diri semakin rendah kualitas hidup pasien *Skizofrenia*. Ada hubungan antara perlawanan stigma dengan kualitas hidup, dengan arah hubungan positif, semakin tinggi perlawanan stigma semakin tinggi kualitas hidup pasien *Skizofrenia*.

Menurut data WHO pada tahun 2019 terdapat 20 juta jiwa menderita *skizofrenia*, pada 2020 dari 379 juta orang dengan gangguan jiwa, 20 diantaranya mengalami *skizofrenia*, sedangkan pada tahun 2021 terdapat 24 juta jiwa mengalami *skizofrenia* (Silviyana et al., 2024). Di Asia Tenggara berdasarkan WHO 2019 sekitar 5,3 orang per 100.000 jiwa mengalami *skizofrenia*, tahun 2021 *prevalensi skizofrenia* meningkat menjadi 40% jiwa dari tahun sebelumnya (Mardiana & Nurwijaya Fitri, 2025). Di Indonesia berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) *prevalensi* gangguan jiwa berat, mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7% pada tahun 2013 dan mengalami peningkatan *proporsi* yang cukup signifikan pada tahun 2018 menjadi 7% (Kemenkes, 2018). Disebutkan juga bahwa *prevalensi skizofrenia* di Indonesia sebanyak 6,7 per 1000 rumah tangga. Artinya, dari 1.000 rumah tangga terdapat 6,7 rumah tangga yang mempunyai anggota

rumah tangga (ART) pengidap *skizofrenia*. Penyebaran *prevalensi* tertinggi terdapat di Bali dan di Yogyakarta, dengan masing-masing 11,1 dan 10,4 per 1.000 rumah tangga yang mempunyai ART mengidap *skizofrenia* (Riskesdas, 2018). Berdasarkan data Dinkes Provinsi Jatim (2022), angka *prevalensi* gangguan jiwa di Jawa Timur menduduki nomor 12 di Indonesia dengan angka *prevalensi* mencapai 0.19% dari jumlah total penduduk Jawa Timur pada tahun 2018 atau sekitar 75.758 orang, dan di Trenggalek orang dengan *skizofrenia* mencapai 0,28% dimana angka ini sama dengan Kabupaten Ponorogo. Berdasarkan data yang didapatkan dari Dinkes Dalduk Trenggalek, pada tahun 2024 jumlah orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat yang mendapat pelayanan sesuai standar di seluruh kecamatan Kabupaten Trenggalek ada 1.157 orang dan kecamatan dengan ODGJ terbanyak ada di Kecamatan Durenan sebanyak 120 orang, selanjutnya Kecamatan Dongko ada 111 orang, sedangkan Kecamatan Gandusari sendiri merupakan kecamatan dengan ODGJ terbanyak ketiga yaitu terdapat 104 orang (Diskominfo Trenggalek, 2024).

Menurut Prasco *et al* (2016) stigma memiliki 2 faktor dasar yaitu sikap negatif dan diskriminasi dari masyarakat. Merujuk kepada dimensi stigma pada kebajikan dimana dimensi ini memiliki nilai median paling tinggi, artinya masyarakat mempunyai *persepsi* dan *mindset* yang baik, *humanistik*, dan memiliki rasa simpatik terhadap penderita *skizofrenia* (T. H. Putri & Tania, 2023). Adanya stigma membentuk sebuah ciri negatif pada diri seseorang yang disebabkan oleh pemikiran orang lain. Hal ini mengakibatkan pola pemikiran, perilaku, dan tindakan yang berbeda dari berbagai pihak baik

dari keluarga, teman, pemerintah, penyedia layanan kesehatan dan lapangan pekerjaan, bahkan oleh diri mereka sendiri, sehingga berdampak pada pembatasan perolehan hak pada individu yang memperoleh stigma. Hal yang tampak sederhana tapi sangat bermakna dalam keberhasilan sebuah proses *recovery* adalah adanya stigma. Stigma mengakibatkan hambatan dalam pelayanan kesehatan gangguan jiwa secara maksimal, diantaranya mengakibatkan hambatan dalam deteksi dini, ketidaktepatan dalam diagnosis, pengabaian terhadap keluhan-keluhan secara fisik dan mental, yang berakibat pada tatalaksana yang tidak tepat dan kondisi akhir dari penyakit yang semakin buruk (Soebiantoro, 2017). *Stereotip* yang negatif tentang orang dengan *skizofrenia*, keyakinan diri, keluarga, dan masyarakat yang salah, serta kekhawatiran tentang diagnosis *skizofrenia* akan memperburuk kondisi penderita itu sendiri. Kuatnya stigma menyebabkan seseorang malu atau takut mencari pengobatan sehingga penyakitnya bertambah parah, dan kurang kepatuhan terhadap pengobatan (Emine et al, 2015). Dampak yang ditimbulkan oleh stigma lebih besar daripada dampak dari penyakit itu sendiri, seseorang tidak dapat mencapai tujuan hidup secara optimal, tidak dapat hidup mandiri, tidak bisa mendapatkan pekerjaan yang layak, kemampuan untuk bersosialisasi yang terhambat, *interpersonal* yang buruk, yang menyebabkan kualitas hidup buruk dan penurunan harga diri. Akibat stigma juga menyebabkan seseorang lebih rentan menjadi *skizofrenia*, akses layanan kesehatan yang buruk, keterlambatan dalam perilaku mencari pengobatan, dan dapat memperberat *psikopatologi* yang ada (Fox, AB, et al, 2017).

Dalam upaya melakukan intervensi mengurangi stigma pada penderita *skizofrenia*, terlebih dahulu diperlukan *evaluasi* permasalahan terkait stigma, eksplorasi dampak dan konsekuensi stigma, siapa yang terlibat dan proses *recovery* serta hasil yang diperoleh. Setelah langkah-langkah tersebut akan diperoleh daftar masalah serta keluhan terkait konsekuensi stigma dan selanjutnya dapat dilakukan pembagian tugas menurut letak permasalahannya, dan tergantung tingkat kesulitan dan ketersediaan dukungan atau sumber daya. Tiap program memiliki target yang berbeda, bersifat sementara ataupun bertahan lama, memiliki dasar dukungan yang kuat dari institusi, pemerintah atau organisasi, ataukah independen dan tidak memiliki banyak dukungan. Intervensi yang dilakukan dapat berupa penggabungan atau penyusunan ulang disesuaikan kondisi di Indonesia. Lebih baik jika mampu berinovasi dan menyusun strategi intervensi sendiri yang sesuai yang selanjutnya dilakukan evaluasi keberhasilan program (Ardiyani & Muljohardjono, 2020). Dengan beberapa jenis strategi intervensi dalam mengurangi stigma diantaranya *Narrative Enhancement Cognitive Therapy* (NECT), Intervensi Komprehensif Berbasis Komunitas, *Coming Out Proud* (pengungkapan), *Ending Self-Stigma* (ESS), *Anti-Stigma Photovoice Intervention*, Intervensi Media Massa, dan Intervensi Berbasis Kontak. Orang dengan *skizofrenia* membutuhkan pengobatan seumur hidup, namun dapat menjalani kehidupan dengan penerimaan dan tepat dalam pengobatan. Manajemen yang optimal memerlukan pergeseran paradigma atau cara berpikir dalam fokus pengobatan *skizofrenia*, dari hanya mengendalikan gejala, mencapai kesembuhan hingga memelihara kesehatan jiwa (Mohr et

al., 2018). Psikoedukasi terhadap keluarga diperlukan dalam menangani stigma keluarga, tentu diperlukan untuk meningkatkan *self efficacy* keluarga, yaitu dengan memperkuat strategi koping, meningkatkan fungsi keluarga dalam mencegah kekambuhan serta meningkatkan kualitas hidup pada penderita *skizofrenia* (Dwidiyanti et al., 2019). Berdasarkan latar belakang diatas penulis tertarik melakukan penelitian terkait hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* di komunitas jiwa wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.

## **1.2 Batasan Masalah**

Batasan masalah pada penelitian ini adalah pasien *skizofrenia* yang kooperatif dengan kesadaran penuh dan tanpa komplikasi fisik di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.

## **1.3 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah adalah pertanyaan yang disusun dalam bentuk kalimat tanya yang menunjukkan masalah apa yang diteliti. Rumusan masalah berdasarkan latar belakang tersebut, dapat dirumuskan sebagai berikut :

“Bagaimana hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar?”

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### **1.4.1 Tujuan Umum**

Mengetahui hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.



### **1.4.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus yang ingin dicapai penulis setelah pelaksanaan penelitian adalah :

- 1) Mengidentifikasi data umum pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.
- 2) Mengidentifikasi stigma diri pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.
- 3) Mengidentifikasi kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.
- 4) Mengetahui hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan ilmu keperawatan mengenai hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.

### **1.5.2 Manfaat Praktis**

#### **1) Bagi Peneliti**

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan.

## **2) Bagi Institusi Pendidikan**

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai tambahan ataupun masukan dalam proses pembelajaran pembuatan karya tulis ilmiah di bidang ilmu keperawatan.

## **3) Bagi Institusi Kesehatan**

Penulisan ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam kegiatan belajar mengajar dalam proses pembelajaran pembuatan karya tulis ilmiah di bidang ilmu keperawatan.

## **4) Bagi Pasien**

Dengan adanya penelitian ini diharapkan bisa sebagai bahan pertimbangan tentang pentingnya stigma diri berkaitan dengan kualitas hidup.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Skizofrenia**

##### **2.1.1 Definisi Skizofrenia**

Istilah *skizofrenia* berasal dari bahasa Yunani yaitu *schizo* (*split*/perpecahan) dan *phren* (jiwa). Menurut Sadock (2014 dalam Yudhantara & Istiqomah, 2018) istilah tersebut digunakan untuk menjelaskan terpecahnya atau terfragmentasinya pikiran individu dengan gangguan ini. Istilah *skizofrenia* tidak menunjukkan beragamnya kepribadian pada individu (*multiple personality*).

*Skizofrenia* (*schizophrenia*; dibaca "skit-se-fri-nia") adalah salah satu gangguan jiwa berat yang dapat mempengaruhi pikiran, perasaan, dan perilaku individu. Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa-III (PPDGJ-III), *skizofrenia* adalah suatu deskripsi sindroma dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis atau "*deteriorating*") yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya (Yudhantara & Istiqomah, 2018).

Menurut Nolen dan Hoekesma (2001 dalam Amelia & Anwar, 2013) *skizofrenia* merupakan gangguan yang benar-benar membingungkan atau menyimpan banyak teka-teki. Pada suatu saat, orang-orang dengan *skizofrenia* berpikir dan berkomunikasi dengan sangat jelas, memiliki pandangan yang tepat atas realita, dan

berfungsi secara baik dalam kehidupan sehari-hari. Pada saat yang lain, pemikiran dan kata-kata mereka terbalik-balik, mereka kehilangan sentuhan (*touch*) dengan realita, dan mereka tidak mampu memelihara diri mereka sendiri, bahkan dalam banyak cara yang mendasar.

### 2.1.2 Etiologi Skizofrenia

#### 1) Faktor Genetik

Seorang penyandang *skizofrenia* memiliki risiko sebesar 10% untuk memiliki keturunan dengan penyakit serupa. Kedua orang tua yang menderita *skizofrenia* memiliki risiko lebih besar untuk mempunyai keturunan dengan *skizofrenia*, yakni sebesar 40%. Studi genetik yang dilakukan pada kembar *monozygot* menunjukkan bahwa kejadian *skizofrenia* terjadi sebesar 40-50% jika kembarannya juga menderita *skizofrenia*. Pada kembar *dizygot*, angka ini turun menjadi 10-15%. Studi genetika menunjukkan adanya *predisposisi* genetik yang kuat pada *skizofrenia* (Cannon et al., 1998; Cardno et al., 1999; Kringlen., 2000; Yudhantara & Istiqomah, 2018)

#### 2) Model *Diathesis-Stress*

Model *diathesis-stress* adalah teori yang menyatakan bahwa gangguan mental dan kondisi medis disebabkan oleh kombinasi antara kecenderungan bawaan dan pengalaman stres seseorang. Dikenal juga sebagai model kerentanan-stres, model ini merupakan kerangka kerja untuk memahami bagaimana

kerentanan yang ada dan stres lingkungan berinteraksi untuk memengaruhi kondisi kesehatan mental (Broerman, 2018). Model *diathesis-stress* berarti bahwa kerentanan genetik dan stres lingkungan berinteraksi dengan cara yang terkadang menyebabkan masalah kesehatan mental. Model ini menjelaskan alasan beberapa orang tidak mengalami gangguan mental meskipun mereka memiliki riwayat keluarga, juga alasan stres berkepanjangan sering kali menyebabkan kecemasan, depresi, dan gangguan lainnya. Dan meskipun kita tidak dapat benar-benar mengubah kerentanan genetik kita, ada beberapa langkah yang dapat kita ambil untuk membatasi dan mengelola stres kita. Menurut model *diathesis-stress*, melakukan hal tersebut merupakan peran besar dalam melindungi kesejahteraan mental (Cherry, 2024).

### 3) Faktor Perinatal

Individu yang mengalami komplikasi dalam kehamilan dan kelahiran memiliki risiko *schizophrenia* yang tinggi. Kemungkinan besar, hal ini disebabkan karena otak janin yang terpapar oleh *infeksi* saat kehamilan, atau malnutrisi ibu, termasuk defisiensi asam folat atau vitamin D. Hal-hal tersebut diduga menyebabkan gangguan perkembangan otak dan saraf pada awal kelahiran (Kahn et al., 2015). Wanita hamil yang kekurangan gizi atau memiliki penyakit yang disebabkan virus tertentu selama kehamilan memiliki risiko lebih tinggi untuk melahirkan anak

yang di kemudian hari menderita *skizofrenia*. Dalam studi kasus *skizofrenia*, hal ini disebabkan oleh kerentanan imun ibu hamil terhadap penyakit yang disebabkan virus, penyakit *infeksi* pada trimester kedua kehamilan meningkatkan risiko bayi di kemudian hari untuk menderita *skizofrenia* (Carrion et al, 2006).

#### 4) Faktor *Psikososial*

Menurut Widodo dan Wulansih (2018; Risna & Fauzia, 2023) menyebutkan bahwa faktor *psikososial* meliputi adanya kerawanan antar *herediter* yang semakin lama semakin kuat, trauma yang bersifat kejiwaan, hubungan orang tua-anak yang patogenik, serta interaksi yang patogenik dalam keluarga.

#### 5) Faktor Risiko Lain

Menurut Yudhantara dan Istiqomah (2018) terdapat faktor risiko lain yang dapat menjadi penyebab *skizofrenia*, yaitu:

- a) Penggunaan kanabis, dilaporkan memiliki *odds ratio* (OR) antara 2,2 – 2,8 untuk menderita *psikosis*, tergantung dari faktor risiko lain seperti riwayat keluarga, dan lain-lain (McGrath et al., 2010)
- b) Pemberian infus pada pasien dengan atau tanpa *skizofrenia* (D’Souza et al., 2005)
- c) Imigrasi, imigran memiliki risiko relatif hingga 4 kali lipat untuk menderita *skizofrenia*, hingga ke generasi kedua. Hal ini dikaitkan dengan diskriminasi sosial dan kesenjangan ekonomi (Bourque et al., 2011)

d) Peningkatan risiko *skizofrenia* juga dikaitkan dengan defisiensi vitamin D (McGrath et al., 2010)

#### 6) Neurokimiawi

Menurut Yudhantara & Istiqomah (2018) *skizofrenia* juga dapat disebabkan oleh neurokimiawi seperti Dopamin, Glutamat, *Gamma-amino-butyric acid* (GABA), Sistem kolinergik, dan Sistem adrenergik. Selain itu menurut Yosep (2016), penelitian neurokimia konsisten menunjukkan adanya perubahan sistem *neurotransmitters* pada otak setiap orang dengan *skizofrenia*. Pada orang normal, sinyal-sinyal *persepsi* yang datang dikirim dengan sempurna tanpa gangguan, sehingga menghasilkan perasaan, pemikiran, dan pada akhirnya melakukan tindakan sesuai dengan kebutuhan. Sedangkan sinyal-sinyal yang ada di otak penderita *skizofrenia* mengalami gangguan, oleh karena itu mereka tidak dapat mencapai sel sambungan yang diinginkan (Mashudi, 2021).

### 2.1.3 Manifestasi Klinis Skizofrenia

Pasien yang di diagnosis *skizofrenia* sesuai kriteria pada pedoman diagnostik berdasarkan (PPDGJ III, 2013) harus ada sedikitnya satu gejala berikut yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas):

#### 1) Isi pikiran

a) *Thought echo* = isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda

- b) *Thought insertion or withdrawal* = isi pikiran yang asing dari luar masuk kedalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*)
- c) *Thought broadcasting* = isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umumnya mengetahui

## 2) Delusi

- a) *Delusion of control* = waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar
- b) *Delusion of influence* = waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan dari luar
- c) *Delusion of passivity* = waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang dirinya = secara jelas, merujuk ke pergerakan tubuh/anggota gerak atau ke pikiran, tindakan atau penginderaan khusus)
- d) *Delusion perception* = pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik dan mukjizat

## 3) Halusinasi Auditorik

- a) Suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien
- b) Mendiskusikan perihal pasien di antar mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara)
- c) Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh



#### 4) Waham

Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, seperti keyakinan agama, politik tertentu, kekuatan dan kemampuan diatas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca atau berkomunikasi dengan makhluk asing atau dunia lain)

Sedangkan *first-rank symptoms* menurut Schneider dalam *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry* edisi 11 tahun 2015 (Yudhantara & Istiqomah, 2018), yaitu:

##### 1) Pikiran yang terdengar (*Audible thought*)

Halusinasi auditorik dari suara seseorang yang disampaikan dengan suara keras

##### 2) Suara yang berdebat atau berdiskusi (*Voices arguing or discussing*)

Halusinasi auditorik dari dua atau lebih suara yang berdebat atau berdiskusi, biasanya tentang pasien yang mengalami halusinasi

##### 3) Suara yang mengomentari perilaku pasien (*Voices commenting on patient's actions*)

Halusinasi auditorik yang mengomentari perilaku pasien

##### 4) Pasivitas somatic (*Somatic passivity*)

Halusinasi taktil/ visceral yang dipaksakan oleh penyebab diluar diri pasien, merupakan kombinasi beberapa halusinasi somatik

##### 5) Penarikan pikiran (*Thought withdrawal*)

Sensasi pikiran yang diambil atau dipindahkan dari benak pasien

6) Sisip pikir (*Thought insertion*)

Pikiran dimasukkan dalam benak seseorang oleh agen di luar dirinya

7) Siar pikir (*Thought broadcasting*)

Individu merasa pikirannya dapat didengar oleh orang lain, dapat dirasakan seperti telepati

8) Perasaan yang dibuat (*Made feeling*)

Perasaan yang dirasakan individu yang dipaksakan oleh agen diluar dirinya

9) Impuls atau dorongan yang dibuat (*Made impuls or drives*)

Impuls atau dorongan yang dirasakan individu yang dipaksakan oleh agen di luar dirinya

10) Perilaku sehari-hari yang dibuat (*Made volitional*)

Perilaku individu yang berasal dan dikontrol dari luar dirinya, individu pasif dalam perilaku tersebut

11) *Persepsi waham (Delusional perception)*

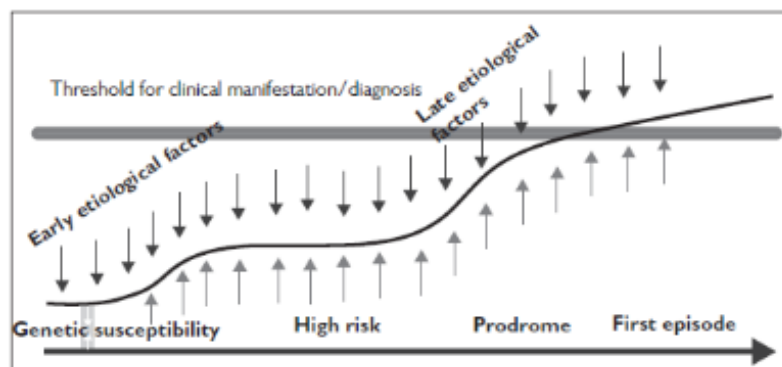
*Persepsi* yang unik dan bermakna *idiosinkratik*, menyebabkan munculnya waham

#### 2.1.4 Patofisiologi Skizofrenia

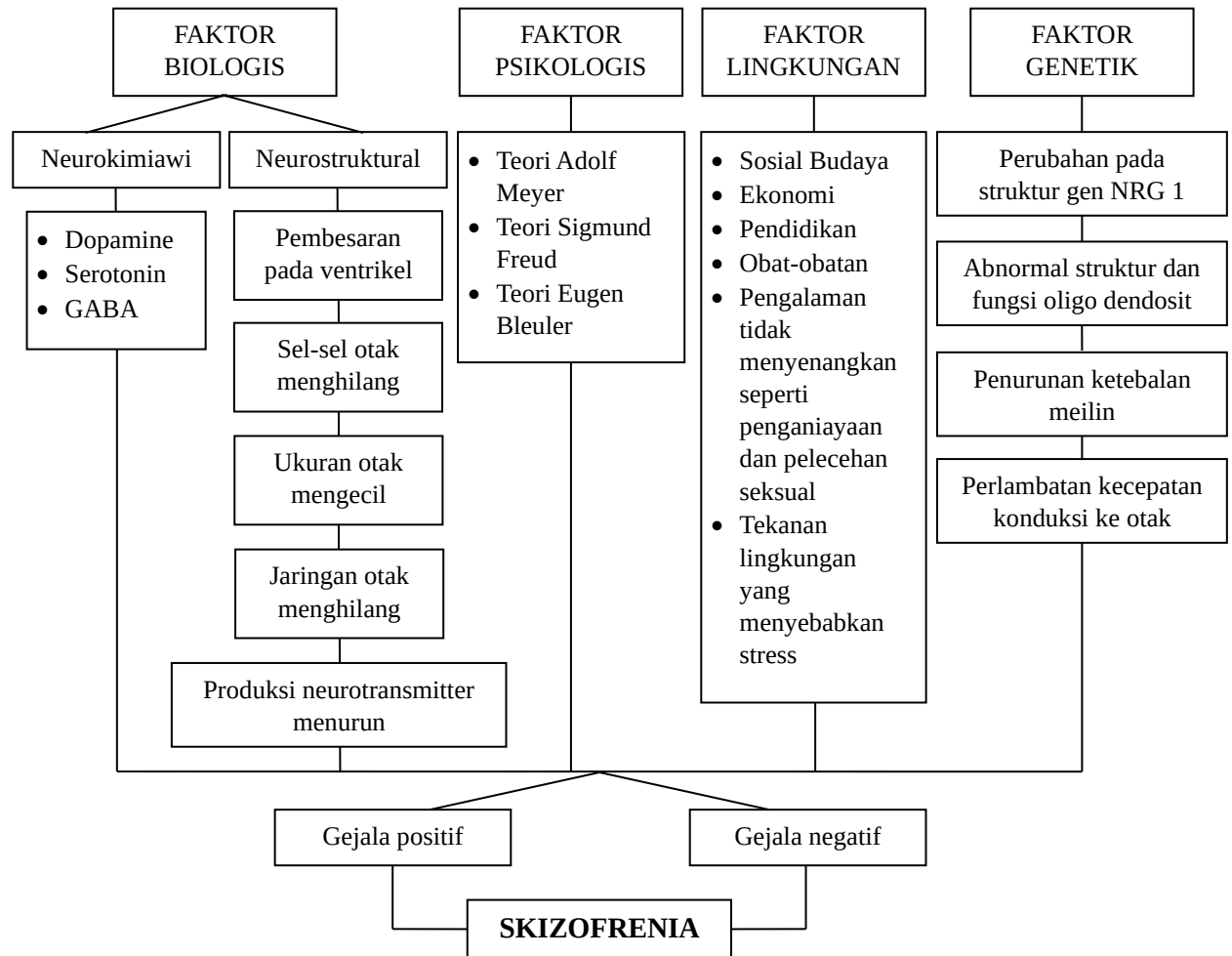
Perjalanan penyakit *skizofrenia* dibagi beberapa fase. Fase prodromal bermula saat remaja dimana terjadi perubahan *persepsi* dan keyakinan (*belief*), fungsi kognitif, mood, afek, serta kebiasaan yang mungkin tidak tampak nyata. Fase ini berakibat penurunan level fungsional secara sosial. fase ini terjadi sekitar bulanan hingga

tahunan sebelum gejala *psikosis* yang jelas dimana gejala negatif bersifat lebih dominan. Pada fase *psikosis* atau akut terjadi waham, halusinasi, perilaku dan pembicaraan yang disorganisasi. Fase transisional atau *postpsikosis* merupakan sebuah fase yang memungkinkan untuk terjadinya kekambuhan yang dipengaruhi oleh *stressor psikososial* ataupun ketidakpatuhan minum obat pada fase ini terjadi residual dari gejala yang berupa penurunan gejala *psikosis* dan mendominasinya gejala negatif dan kognitif. Pada fase penyembuhan terjadi bebas gejala dan dapat melakukan aktivitas sosial (Prasad, 2017; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

### 2.1.5 Gambaran Klinis Skizofrenia



Gambar 2.1. Perkembangan gejala *skizofrenia* sejak awal masa perkembangan (Prasad, 2017)



Gambar 2.2. Pathway *Skizofrenia* (Yosep.,dalam Purniawan, 2018).

### 2.1.6 Macam-macam Skizofrenia

Pada PPDGJ-III terdapat beberapa sub tipe *skizofrenia*, yaitu:

#### 1) *Skizofrenia* paranoid

*Skizofrenia* paranoid ditandai adanya satu atau lebih waham dengan halusinasi auditorik yang sering muncul. Pada konteks lain, paranoid yaitu disamakan juga dengan *persekutodik*. Meskipun pada kenyataannya, yang dialami tidak harus selalu *persekutodik*. Konten dari halusinasi auditorik sering berhubungan dengan waham (Lewis et al, 2009; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

## 2) *Skizofrenia* hebefrenik

Diperkenalkan pertama kali oleh Ewald Hecker, *skizofrenia* hebefrenik disebut dengan *skizofrenia disorganized*. *Skizofrenia* hebefrenik adalah suatu bentuk *skizofrenia* dengan perubahan afektif yang tampak jelas, dan secara umum juga dijumpai waham dan halusinasi yang bersifat mengambang serta terputus-putus. Suasana perasaan seringkali dangkal dan *inappropriate*, seringkali disertai cekikikan (*giggling*) atau perasaan puas diri (*self-satisfied*), senyum sendiri (*self-absorbed smiling*), atau oleh sikap yang angkuh/agung (*lofty manner*); tertawa menyeringai (*grimaces*), mannerismus, mengibuli secara bersenda gurau (*pranks*), keluhan yang hipokondrik, dan ungkapan kata yang diulang-ulang (*reiterated phrases*) (WHO 1990; Depkes RI, 1993; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

## 3) *Skizofrenia* katakonik

Gejala dengan gambaran motorik dan perilaku yang jelas pertama kali diperkenalkan oleh Karl Ludwig Kahlbaum dengan istilah katatonia. Sejak kriteria diagnosis *skizofrenia* yang dijelaskan oleh Kraepelin atau Bleuler, gejala katatonik merupakan bagian dari *skizofrenia*. Hal ini masih terjadi hingga saat ini (Lewis et al., 2009; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

## 4) *Skizofrenia* tak terinci

Dipakai untuk mengkategorikan pasien yang masuk dalam kriteria *skizofrenia* namun tidak dapat diklasifikasikan pada

subtipe paranoid, hebefrenik, maupun katatonik. Atau, pasien memperlihatkan gejala lebih dari satu subtipe tanpa gambaran predominasi yang jelas untuk suatu kelompok diagnosis yang khas. Pasien didiagnosis dengan mengeksklusi subtipe yang lain. Jika pasien dengan *skizofrenia* didiagnosis dengan hati-hati, akan banyak pasien yang memenuhi kriteria subtipe ini (Lewis et al., 2009; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

5) *Skizofrenia* residual

Diagnosis ini dipakai untuk pasien yang memiliki setidaknya satu episode *psikosis* sebelumnya dan memenuhi kriteria *skizofrenia*, namun sudah tidak memiliki gejala *psikosis*. Pasien masih mengalami gangguan dengan gambaran gejala-gejala negatif, gejala residual, atau keduanya. Kondisi dapat kronis atau merupakan transisi menuju *remisi* sempurna (Lewis et al., 2009; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

6) *Skizofrenia* simpleks

Gambaran klasik dari tipe *skizofrenia* ini adalah penurunan fungsi atau penarikan diri secara sosial dan okupasi atau hal-hal yang berhubungan dengan pekerjaan. Gejala *psikosis* yang berat, atau halusinasi yang parah, waham yang menetap, biasanya tidak didapatkan pada pasien (Serra-Mestres, et al., 2000; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

### 7) Depresi pasca *skizofrenia*

Suatu episode *depresi* yang mungkin berlangsung lama dan timbul sesudah suatu serangan *skizofrenia*. Beberapa gejala *skizofrenia* harus tetap ada tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya. Gejala-gejala yang menetap ini dapat merupakan gejala positif ataupun negatif, meskipun gejala negatif lebih sering ditemui. Seringkali sulit untuk memutuskan gejala-gejala pasien yang mana yang disebabkan oleh depresi dan mana yang disebabkan oleh medikasi *neuroleptika* atau karena gangguan dorongan kehendak dan mendatarnya afek dari *skizofrenia* itu sendiri. Gangguan depresi ini disertai oleh suatu peningkatan risiko bunuh diri (WHO, 1990; Depkes RI, 1993; Yudhantara & Istiqomah, 2018).

## 2.1.7 Penatalaksanaan Skizofrenia

### 1) Terapi Somatik (Medikamentosa)

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati *Skizofrenia* disebut *antipsikotik*. *Antipsikotik* bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada *Skizofrenia*. Pasien mungkin dapat mencoba beberapa jenis *antipsikotik* sebelum mendapatkan obat atau kombinasi obat *antipsikotik* yang benar-benar cocok bagi pasien. *Antipsikotik* pertama diperkenalkan 50 tahun yang lalu dan merupakan terapi obat-obatan pertama yang efektif untuk mengobati *Skizofrenia*. Terdapat 3 kategori obat *antipsikotik* yang dikenal saat ini, yaitu

*antipsikotik* konvensional, *newer atypical antipsychotics*, dan Clozaril (Clozapine) (Irwan et al., 2008).

Adapun beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam terapi somatik ini, diantaranya:

- a) Pemilihan obat untuk episode (serangan) pertama
- b) Pemilihan obat untuk keadaan relaps (kambuh)
- c) Pengobatan selama fase penyembuhan
- d) Efek samping obat-obat *antipsikotik*

## 2) Terapi Psikososial

### a) Terapi perilaku

Teknik perilaku menggunakan hadiah ekonomi dan latihan ketrampilan sosial untuk meningkatkan kemampuan sosial, kemampuan memenuhi diri sendiri, latihan praktis, dan komunikasi *interpersonal*. Perilaku *adaptif* adalah didorong dengan pujian atau hadiah yang dapat ditebus untuk hal-hal yang diharapkan, seperti hak istimewa dan pas jalan di rumah sakit. Dengan demikian, frekuensi perilaku *maladaptif* atau menyimpang seperti berbicara lantang, berbicara sendirian di masyarakat, dan postur tubuh aneh dapat diturunkan (Irwan et al., 2008).

### b) Terapi berorientasi-keluarga

Terapi ini sangat berguna karena pasien *skizofrenia* seringkali dipulangkan dalam keadaan *remisi* parsial, keluarga dimana pasien *skizofrenia* kembali seringkali mendapatkan manfaat



dari terapi keluarga yang singkat namun *intensif* (setiap hari). Setelah periode pemulangan segera, topik penting yang dibahas di dalam terapi keluarga adalah proses pemulihan, khususnya lama dan kecepatannya. Seringkali, anggota keluarga, di dalam cara yang jelas mendorong sanak saudaranya yang terkena *skizofrenia* untuk melakukan aktivitas teratur terlalu cepat. Rencana yang terlalu *optimistik* tersebut berasal dari ketidaktahuan tentang sifat *skizofrenia* dan dari penyangkalan tentang keparahan penyakitnya.

Ahli terapi harus membantu keluarga dan pasien mengerti *skizofrenia* tanpa menjadi terlalu mengecilkan hati. Sejumlah penelitian telah menemukan bahwa terapi keluarga adalah efektif dalam menurunkan relaps. Di dalam penelitian terkontrol, penurunan angka relaps adalah dramatik. Angka relaps tahunan tanpa terapi keluarga sebesar 25-50 % dan 5 - 10 % dengan terapi keluarga (Irwan et al., 2008).

#### c) Terapi kelompok

Terapi kelompok bagi *skizofrenia* biasanya memusatkan pada rencana, masalah, dan hubungan dalam kehidupan nyata. Kelompok mungkin terorientasi secara perilaku, terorientasi secara *psikodinamika* atau *tilikan*, atau *suportif*. Terapi kelompok efektif dalam menurunkan isolasi sosial, meningkatkan rasa persatuan, dan meningkatkan tes realitas bagi pasien *skizofrenia*. Kelompok yang memimpin dengan

cara *suportif*, bukannya dalam cara *interpretatif*, tampaknya paling membantu bagi pasien *skizofrenia* (Irwan et al., 2008).

d) Psikoterapi individual

Penelitian yang paling baik tentang efek *psikoterapi* individual dalam pengobatan *skizofrenia* telah memberikan data bahwa terapi alah membantu dan menambah efek terapi farmakologi. Suatu konsep penting di dalam *psikoterapi* bagi pasien *skizofrenia* adalah perkembangan suatu hubungan terapeutik yang dialami pasien sebagai aman. Pengalaman tersebut dipengaruhi oleh dapat dipercayanya ahli terapi, jarak emosional antara ahli terapi dan pasien, dan keikhlasan ahli terapi seperti yang diinterpretasikan oleh pasien.

Hubungan antara dokter dan pasien adalah berbeda dari yang ditemukan di dalam pengobatan pasien non-psikotik. Menegakkan hubungan seringkali sulit dilakukan; pasien *skizofrenia* seringkali kesepian dan menolak terhadap keakraban dan kepercayaan dan kemungkinan sikap curiga, cemas, bermusuhan, atau teregresi jika seseorang mendekati. Pengamatan yang cermat dari jauh dan rahasia, perintah sederhana, kesabaran, ketulusan hati, dan kepekaan terhadap kaidah sosial adalah lebih disukai daripada informalitas yang prematur dan penggunaan nama pertama yang merendahkan diri. Kehangatan atau profesi persahabatan yang berlebihan

adalah tidak tepat dan kemungkinan dirasakan sebagai usaha untuk suapan, manipulasi, atau eksploitasi (Irwan et al., 2008).

### 3) Perawatan di Rumah Sakit (*Hospitalization*)

Indikasi utama perawatan rumah sakit adalah untuk tujuan diagnostik, menstabilkan medikasi, keamanan pasien karena gagasan bunuh diri atau membunuh, perilaku yang sangat kacau termasuk ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar.

Tujuan utama perawatan di rumah sakit yang harus ditegakkan adalah ikatan efektif antara pasien dan sistem pendukung masyarakat. *Rehabilitasi* dan penyesuaian yang dilakukan pada perawatan rumah sakit harus direncanakan. Dokter harus juga mengajarkan pasien dan pengasuh serta keluarga pasien tentang *skizofrenia*.

Perawatan di rumah sakit menurunkan stres pada pasien dan membantu mereka menyusun aktivitas harian mereka. Lamanya perawatan rumah sakit tergantung dari keparahan penyakit pasien dan tersedianya fasilitas pengobatan rawat jalan. Rencana pengobatan di rumah sakit harus memiliki *orientasi* praktis ke arah masalah kehidupan, perawatan diri, kualitas hidup, pekerjaan, dan hubungan sosial. Perawatan di rumah sakit harus diarahkan untuk mengikat pasien dengan fasilitas perawatan termasuk keluarga pasien. Pusat perawatan dan kunjungan keluarga pasien kadang membantu pasien dalam memperbaiki kualitas hidup (Irwan et al., 2008).

## 2.2 Konsep Stigma

### 2.2.1 Definisi Stigma

Goffman (1963 dalam Dayanti & Legowo, 2021) memberikan pengertian bahwa stigma adalah atribut yang merusak *citra* diri seseorang dan membawa pengaruh besar pada kepribadian seseorang dan akhirnya membuatnya tidak bisa berperilaku seperti biasanya.

Stigma adalah label negatif yang melekat atau diberikan kepada seseorang berdasarkan beberapa karakteristik yang dimilikinya. Dalam hal ini, seorang individu dengan gangguan jiwa di stigmatisasi oleh orang lain atas penyakit mereka atau gejala penyakit mereka (Rössler, 2016; Kurniati et al., 2023).

Stigma merupakan atribut yang menggambarkan *stereotip* dari sudut pandang budaya, penggolongan, sejarah dan ekonomi serta dimensi visibilitas dan kontrobilitas (Clair, 2018; Banks, 2019; Benya Adriani et al., 2022). Stigma dianggap sebagai moderator dari aspek yang merugikan yang terbentuk sebagai stigma diri atau stigma sosial dari masyarakat. Tiga *komponen* dalam stigma meliputi *stereotip*, prasangka, dan diskriminasi (Benya et al., 2022).

### 2.2.2 Stigma Diri

Stigma diri dalam konteks kesehatan jiwa adalah suatu proses seseorang dengan gangguan jiwa berat kehilangan harapan untuk menunjukkan identitas dirinya yang ada sebelumnya kemudian menyetujui penilaian negatif terhadap dirinya (Eizenberg et al., 2013; Zaman & Miniharianti, 2022).

Stigma diri adalah stigma yang diinternalisasi oleh individu dengan penyakit mental yang mengakibatkan hilangnya harga diri dan *efikasi* diri, mempengaruhi kepatuhan mereka terhadap pengobatan dan dengan demikian membatasi *prospek* untuk pemulihan (Rössler, 2016; Kurniati et al., 2023).

Stigma diri tinggi dapat tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup yang rendah karena sudut pandang stigma dan kualitas hidup yang berbeda dipengaruhi oleh faktor *psikologis* dan faktor sosial atau lingkungan (Vidoric et al, 2015; Benya et al., 2022). Hasil penelitian menunjukkan bahwa stigma diri merupakan penentu untuk kualitas hidup, keluhan somatis, dan depresi bagi orang-orang dengan gangguan jiwa (Marta Suri & Daryanto, 2019; (Benya et al., 2022). Hasil penelitian (Huarcaya-Victoria et al., 2020) juga menemukan bahwa stigma diri memprediksi keparahan gejala depresi. Keputusan, ketidakberdayaan, dan gejala depresi terkait telah dihubungkan dengan stigma diri dan, dengan demikian, dapat menyebabkan hasil pengobatan yang tidak menguntungkan juga (Yunere & Yaslina, 2020).

### 2.2.3 Proses Terjadinya Stigma

Menurut Scheid, TL., & Brown, T.N (2010) ada beberapa proses dalam terjadinya stigma:

#### 1) *Interpretasi*

Pelanggaran yang dilakukan seseorang tidak semuanya mendapat stigma dari masyarakat, hanya pelanggaran norma yang

diinterpretasikan oleh masyarakat sebagai pelanggaran yang dapat menimbulkan stigma.

## 2) Pendefinisian

Tahap ini merupakan tahap apakah seseorang telah melakukan pelanggaran.

## 3) Diskriminasi

Tahap ini adalah dimana seseorang mulai menerima perlakuan dibedakan dari kelompok masyarakat, seperti halnya tidak diikuti sertakan dalam suatu kegiatan.

### 2.2.4 Mekanisme Stigma

Berdasarkan Fox, A.B. et al. (2018) mekanisme stigma berhubungan dengan sudut pandang yang memberi stigma dan berhubungan dengan mereka yang di stigmatisasi. Efek dari stigmatisasi dapat membuat orang lain untuk merubah *persepsi* mereka terhadap individu yang dikenai stigma, dan biasanya menyebabkan orang yang terkena stigma merasa sebagai orang yang menyimpang dan berusaha merubah *persepsi* tentang dirinya.

Beberapa mekanisme stigmatisasi menurut Major & Obrien dalam (Asti, Sarifudin, & Agustin, 2016) yaitu:

#### 1) *Labelling*

Suatu pelabelan berdasarkan perbedaan yang dimiliki seseorang. Sebagian besar perbedaan tersebut dianggap selaras dan kadang bersifat menonjol kehidupan sosial. Pelabelan pada seseorang atau suatu kelompok dapat menurunkan rasa percaya diri.

### 2) *Stereotype*

Suatu kerangka pemikiran serta keyakinan orang tentang suatu karakteristik yang merupakan suatu keyakinan atribut yang dimiliki suatu kelompok atau kategori sosial. Stigma ini dengan melihat seseorang dari luar (penampilan ataupun latar belakang).

### 3) *Separation*

Stigma ini berupa perbedaan "Kita" dan "Mereka". "Kita" sebagai pemberi stigma dan "Mereka" sebagai penerima stigma.

### 4) *Discrimination*

Suatu perilaku mengarah kepada merendahkan seseorang karena keanggotaannya dalam suatu kelompok. Diskriminasi menjadi suatu kebiasaan perilaku negatif.

Bentuk mekanisme stigma yang dievaluasi berasal dari sudut pandang seseorang yang menerima stigma yaitu, *experienced* stigma (pengalaman mendapat stigma), *anted* stigma (stigma yang diantisipasi dari ketakutan stigma diberikan oleh orang lain) dan *internalized* stigma (stigma yang diinternalisasi).

## 2.2.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Stigma

Faktor-faktor yang mempengaruhi stigma dalam (Nawa Indriani et al., 2022) sebagai berikut :

### 1. Pengetahuan

Stigma terbentuk karena ketidaktahuan, kurangnya pengetahuan dan ketidakpahaman tentang penularan suatu penyakit (Liamputtong, 2013).

## 2. Tingkat pendidikan

Jika tingkat pendidikan tinggi maka tingkat pengetahuan juga tinggi. Hal ini sesuai penelitian Walusimbi dan Okonsky (Erkki & Hedlund, 2013) dimana menyatakan bahwa seseorang yang memiliki pengetahuan tinggi akan memiliki rasa ketakutan terhadap penularan penyakit yang rendah dan sikap positif yang lebih baik.

## 3. Umur

Semakin bertumbuhnya umur seseorang semakin berubah sikap dan perilaku seseorang sehingga pemikiran seseorang bisa berubah (Paryati et.al, 2012).

## 4. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kerja seseorang, Perempuan juga cenderung memiliki stigma yang tinggi dimana bersikap menyalahkan dibanding laki-laki (Andrewin dalam Salmon et.al, 2014)

## 5. Sikap

Sikap kepada penderita baik dari tetangga, keluarga, maupun tokoh masyarakat dapat mempengaruhi stigma dan diskriminasi (Utami et.al, 2020).

## 6. Komunikasi

Salah satu bentuk sosial dari manusia adalah berinteraksi dengan orang lain. Interaksi yang dilakukan seperti berkomunikasi. Komunikasi merupakan penyampaian informasi yang dilakukan



antar manusia. Stigma dan diskriminasi terjadi karena ada anggapan bahwa itu adalah aib sehingga tokoh masyarakat berperan penting untuk meningkatkan komunikasi yang baik diantara masyarakat sebab mereka dianggap sebagai panutan (Utami et.al, 2020).

#### 2.2.6 Aspek Stigma

Berdasarkan dari instrument *Internalized Stigma Of Mental Illness Inventory* (ISMI) terdapat lima aspek dalam (Newa Indriani et al., 2022) yang meliputinya diantaranya yaitu:

##### 1. Pengasingan (*Alienation*)

Aspek dimana seseorang mengalami keterasingan “Memiliki penyakit mental telah merusak hidup saya”. Dalam makna lain keterasingan adalah salah satu bentuk gangguan mental dimana seseorang mengalami kehilangan kendali atas dirinya sehingga dapat menimbulkan efek destrukatif terhadap dirinya menurut jurnal Keterasingan Manusia Menurut (Marandika,2018).

##### 2. *Stereotype*

Dukungan tentang *persepsi* seseorang terhadap penyakit mental. *Persepsi* terhadap orang dengan gangguan mental ini tidak hanya tertuju untuk individu yang menderita saja tetapi keluarga juga sering mengalami adanya *persepsi* yang salah karena memiliki keluarga dengan gangguan mental sehingga seringkali mengalami pengucilan dari masyarakat

### 3. Pengalaman diskriminasi (*Perceived Discrimination*)

Dikatakan sebagai pengalaman seseorang yang pernah mengalami suatu bentuk diskriminasi. Ketika seorang individu mengalami diskriminasi dari lingkungannya, peran keluarga sangat penting untuk selalu memberikan dukungan karena dapat membantu individu tetap melakukan kegiatan sosialisasinya (Safrina, 2016).

### 4. Resistensi stigma (*Stigma Resistance*)

Salah satu bentuk sikap positif dari diri seseorang walaupun dia mendapatkan stigma “saya dapat memenuhi kehidupan walaupun memiliki penyakit menular”. Salah satu sikap positif untuk mengurangi atau menghadapi stigma yang diterima dapat melalui resiliensi yang dibutuhkan individu untuk merespon masalahnya secara positif, sehingga dapat bertahan dari situasi sulit.

#### 2.2.7 Tipe-tipe Stigma

Goffman dalam (Dayanti & Legowo, 2021) membagi stigma menjadi tiga tipe, meliputi:

1. *Abominations of the body* (ketimpangan fisik). Stigma ini terbentuk karena adanya kecacatan pada tubuh yang dimiliki oleh seseorang yang akhirnya dianggap sebagai sebuah perbedaan dengan masyarakat pada umumnya.
2. *Blemishes of Individual Character*. Stigma ini cenderung diberikan kepada orang-orang yang melakukan kejahatan, biasanya dilihat dari sudahnya seseorang masuk kedalam penjara, meminum alkohol, atau orang yang kesehatannya mental buruk.

3. *Tribal stigma*. Stigma ini diberikan kepada ke dalam kelompok yang mana seseorang di dalamnya memiliki afiliasi.

Van Brakel dalam Fiorillo, Volpe, dan Bhugra (2016) mengungkapkan ada 5 tipe stigma sebagai berikut :

1. *Public stigma*

Dimana sebuah reaksi masyarakat umum yang memiliki keluarga atau teman yang sakit fisik ataupun mental.

2. *Structural stigma*

Dimana sebuah institusi, hukum, atau perusahaan yang menolak orang berpenyakit

3. *Self-stigma*

Dimana menurunnya harga dan kepercayaan diri seseorang yang memiliki penyakit

4. *Felt or perceived stigma*

Dimana orang dapat merasakan bahwa ada stigma terhadap dirinya dan takut berada di lingkungan komunitas.

5. *Experienced stigma*

Dimana seseorang pernah mengalami diskriminasi dari orang lain.

6. *Label avoidance*

Dimana seseorang tidak berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan untuk menghindari status dirinya sebagai orang yang memiliki penyakit. Salah satu contoh adalah pasien menyembunyikan obatnya.

## 2.2.8 Konsep Kuesioner ISMI (Internalized Stigma Of Mental Illness)

### 2.2.8.1 Pengertian ISMI

Kuesioner Internalized stigma of mental illness (ISMI) merupakan kuesioner berisi 29 item yang mengukur stigma diri di antara orang-orang dengan gangguan kejiwaan. Selain digunakan untuk mengukur stigma, kuesioner ini bisa digunakan untuk mengukur mental illness, HIV/AIDS/ *disability* serta *generic* (M. A. Putri et al., 2016).

### 2.2.8.2 Subskala Kuesioner ISMI

Dari penelitian Boyd et al. (2014) kuesioner yang digunakan untuk penelitian tentang stigma diri mencakup 55 item yang berkaitan dengan stigma yang terinternalisasi, yang disaring menghasilkan 29 item ISMI. Item-item dikelompokkan secara tematik secara apriori ke dalam lima subskala: Pengasingan ada 6 item, Dukungan stereotip ada 7 item, Pengalaman diskriminasi ada 5 item, Penarikan diri dari sosial ada 6 item, dan Resistensi terhadap stigma ada 5 item.

Table 2.1 *Aspek Dalam Kuesioner ISMI*

| Aspek                      | No Item               | Jumlah |
|----------------------------|-----------------------|--------|
| Pengasingan                | 1,2,3,5,6             | 5      |
| Dukungan stereotip         | 7,9,13,14,15,16,17,29 | 7      |
| Pengalaman diskriminasi    | 19,20,21,22,23        | 5      |
| Penarikan diri dari social | 4,8,10,11,12,18       | 6      |
| Resistensi terhadap stigma | 24,25,26,27,          | 5      |
| Total                      |                       | 29     |

### 2.2.8.3 Penilaian kuesioner ISMI

Stigma diri responden dinilai dengan memilih salah satu dari 4 skala likert, yaitu skor 1 = sangat tidak setuju, skor 2 = tidak setuju, skor 3 = setuju, skor 4 = sangat setuju dengan pertanyaan tersebut.

Hasil kuesioner ISMI dengan menjumlahkan skor item. Total skor tertinggi menunjukkan semakin tinggi stigma yang dirasakan, untuk itu peneliti membuat kategori sebagai berikut:

- 1) Skor 1 - 58 : stigma rendah yang terinternalisasi
- 2) Skor 59 - 116 : stigma tinggi yang terinternalisasi

## 2.3 Konsep Kualitas Hidup

### 2.3.1 Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup seringkali diartikan sebagai komponen kebahagiaan dan kepuasan terhadap kehidupan. Akan tetapi pengertian kualitas hidup tersebut seringkali bermakna berbeda pada setiap orang karena mempunyai banyak sekali faktor yang mempengaruhi seperti keuangan, keamanan, atau kesehatan. Untuk itulah digunakan sebuah istilah Kualitas Hidup Terkait Kesehatan dalam bidang kesehatan (Fayers and Machin, 2007; Hutagalung, 2021). *World Health Organization* (WHO, 1997:1), menyatakan *Quality of life as individual's perception of their position in life in the context of the culture and value system in which they live and in relation to their goals, expectation, standart and concerns*. Artinya,

kualitas hidup merupakan *persepsi* dari individu dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dan dalam kaitannya dengan nilai-nilai, standart dan kekhawatiran dalam hidup.

Beberapa hasil analisis konsep para ahli memberikan berbagai definisi tentang kualitas hidup. Kualitas hidup didefinisikan sebagai istilah kepuasan hidup (Ferrans, 1996; Zhan, 1992), kualitas hidup didefinisikan sebagai pengalaman hidup, kepuasan hidup, dan kesejahteraan (Meeberg, 1993, Hass, 1999). Feinstein (1987) menyatakan konsep kualitas hidup sebagai suatu payung yang memayungi variasi konsep fungsional, status kesehatan, *persepsi*, kondisi kehidupan, gaya hidup, dan kebahagiaan (Afiyanti, 2010).

### **2.3.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup**

Menurut Moons, dkk (dalam Murphy, 2007; Ramadhanty, 2019) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada manusia:

#### **1) Kemandirian**

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan pilihan individu dalam pengambilan keputusan, kontrol diri serta privasi.

#### **2) Mengekspresikan Rasa Puas**

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan kepuasan hidup, kesejahteraan *psikologis*, dan gambaran diri yang positif yang dimiliki individu.

### 3) Kesehatan Fisik dan Mental

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan kesehatan fisik dan kemampuan untuk melakukan sebuah pekerjaan atau aktivitas.

### 4) Status Ekonomi dan Sosial

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan pendapatan, pekerjaan tetap serta kepemilikan tempat tinggal.

### 5) Lingkungan Tempat Tinggal

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan rasa nyaman, keamanan, norma dan peraturan dalam lingkungan tempat tinggal.

### 6) Faktor Kultural

Faktor ini memiliki keterkaitan dengan umur, jenis kelamin, kelas sosial, ras dan agama atau kepercayaan.

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup manusia menurut WHO (Yurhansyah 2016; Ramadhanty, 2019), yaitu:

#### 1) Kesehatan fisik

Faktor ini meliputi energi dan tingkat kelelahan, rasa sakit dan perasaan tidak nyaman serta terkait waktu tidur dan istirahat.

#### 2) Kesehatan Psikologi

Faktor ini meliputi *body image* dan penampilan, perasaan negatif dan positif, *self esteem* (harga diri) individu, serta kemampuan mengingat dan konsentrasi.

#### 3) Tingkat kemandirian

Faktor ini meliputi mobilitas, aktivitas sehari-hari dan kapasitas kerja individu.

4) Hubungan sosial

Faktor ini meliputi hubungan secara personal, *social support*, dan aktifitas seksual.

5) Lingkungan

Faktor ini terkait dengan kepemilikan harta, keamanan di tempat tinggal, kepedulian sosial, kualitas pelayanan dan kemudahan akses kesehatan, kesempatan untuk mendapatkan informasi.

6) Spiritualitas

Faktor ini meliputi kepercayaan individu terkait agama.

### 2.3.3 Atribut Karakteristik Konsep Kualitas Hidup

Definisi atribut dari kriteria suatu konsep adalah berbagai karakteristik konsep yang seringkali muncul/disebutkan ketika konsep tersebut didefinisikan (Walker & Avant, 1988). Sebagai contoh, identifikasi dari beberapa atribut konsep kualitas hidup dapat membantu dalam membedakan konsep kualitas hidup dengan konsep-konsep lain yang saling berhubungan dengan konsep itu sendiri. Berdasarkan hasil pencarian dan penelusuran literatur Afiyanti (2010), terdapat empat karakteristik atribut dari konsep kualitas hidup, yaitu:

- 1) Pernyataan rasa puas seseorang/ individu terhadap kehidupannya secara umum.
- 2) Kapasitas mental individu untuk mengevaluasi kehidupannya sendiri sebagai suatu kepuasan atau sebaliknya.



- 3) Suatu status fisik, mental, sosial, dan kesehatan emosi seseorang yang ditentukan oleh individu itu sendiri berdasarkan referensinya sendiri.
- 4) Pengkajian/pengukuran objektif dari seseorang bahwa kondisi hidup seseorang adalah adekuat dan terbebas dari ancaman.

#### 2.3.4 Aspek Kualitas Hidup

Menurut WHO Quality of Life (WHOQOL) (Rapley, 2003; Muslimah & Rahmawati, 2019), menyatakan bahwa pengukuran kualitas hidup didasarkan pada 6 aspek yaitu aspek *physical health*, *psychological*, *level of independence*, *social relationships*, *environment*, dan *spirituality/religion/personal beliefs*. Namun 6 aspek tersebut diperbaharui menjadi 4 aspek (WHOQOL-BREF dalam Rapley, 2003; Muslimah & Rahmawati, 2019) yang meliputi:

##### 1) Aspek kesehatan fisik (*physical health*)

Aspek kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan kenyamanan, tidur dan istirahat, serta kapasitas kerja (WHOQOL-BREF dalam Rapley, 2003; Muslimah & Rahmawati, 2019).

##### 2) Aspek psikologis (*psychological*)

Aspek psikologis mencakup *bodily image* dan *appearance*; spiritual/agama/keyakinan pribadi; berpikir, belajar, memori dan konsentrasi (WHOQOL-BREF dalam Rapley, 2003; Muslimah & Rahmawati, 2019).

3) Aspek hubungan sosial (*social relationships*)

Hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial, dan aktivitas seksual (WHOQOL-BREF dalam Rapley, 2003; Muslimah & Rahmawati, 2019).

4) Aspek lingkungan (*environment*)

Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik; perawatan Kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas; lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun keterampilan; partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang; lingkungan fisik; serta transportasi (WHOQOL-BREF dalam Rapley, 2003; (Muslimah & Rahmawati, 2019).

### 2.3.5 Dimensi-dimensi Kualitas Hidup

Sedangkan menurut Ferrans and Powers (1992) yang dikembangkan berdasarkan *The Quality of Life Index* (Ramadhanty, 2019), menyebutkan kualitas hidup memiliki empat dimensi, yaitu:

1) *Health and Functioning*

Dimensi ini terkait dengan bagaimana individu dapat bermanfaat bagi orang lain, fisik yang bebas dari penyakit, dapat bertanggung jawab dengan apa yang dilakukannya, kesehatan diri, terkait stress atau kecemasan, waktu luang yang dimiliki, kehidupan seks, dan pelayanan kesehatan.

## 2) *Socioeconomic*

Dimensi ini terkait standar dari kehidupan yang dijalani, pendapatan pribadi yang diperoleh, rumah sebagai tempat berlindung, bekerja atau tidak bekerja, kondisi di Indonesia, teman yang dimiliki, dukungan emosi yang didapat, dan pendidikan.

## 3) *Psychological / Spiritual*

Dimensi ini terkait kepuasan dalam hidup yang dijalani, kebahagiaan, tujuan dari kehidupan, pikiran yang damai, penampilan pribadi, dan percaya kepada Tuhan.

## 4) *Family*

Dimensi ini terkait kebahagiaan yang dirasakan keluarga, anak dan pasangan yang dimiliki, serta kesehatan anggota keluarga.

### 2.3.6 Indikator Kualitas Hidup

Salah satu indikator sosial dari kualitas hidup yang paling mendapat sorotan akhir-akhir ini adalah *happiness* (kebahagiaan), kebahagiaan menjadi fokus studi dari ilmu sosial, psikologi, gerontologi, bahkan sampai pengembangan skala SF-36 yang merupakan salah satu kuesioner *psikologis* terkenal untuk mengukur kualitas hidup (Moller & Huschka, 2009; Kiling & Kiling-Bunga, 2019). Definisi kualitas hidup dari WHO dianggap terlalu berorientasi kepada indikator-indikator sosial sehingga tidak lagi seimbang dengan indikator-indikator dari tiga faktor lainnya yakni kesehatan fisiologis, kesehatan *psikologis*, dan keadaan lingkungan (Phillips, 2006; Kiling & Kiling-Bunga, 2019). Phillips (2006; Kiling & Kiling-Bunga, 2019)

dalam bukunya memberi contoh indikator dari faktor jejaring sosial dalam variabel kualitas hidup yakni:

- 1) *Proporsi* interaksi dengan tetangga sekitar,
- 2) *Proporsi* interaksi dengan teman-teman dekat,
- 3) *Proporsi* merasa sendirian atau terisolasi,
- 4) Durasi interaksi dengan sanak saudara, dan
- 5) Bantuan informal (non-keuangan) yang diterima dari keluarga.

Menurut Rapley (2003), indikator dalam kualitas hidup terbagi menjadi dua jenis yaitu indikator subjektif, dan obyektif. Indikator obyektif contohnya adalah pendapatan, pendapatan akan memakai pendapatan per kapita sebagai perbandingannya agar dapat diukur; sedangkan indikator subjektif contohnya seperti kebahagiaan yang merupakan *persepsi* subjektif dari individu. Rapley juga menyebutkan bahwa indikator kualitas hidup akan berbeda dari letak geografisnya, Rapley memberi contoh sebuah proyek penelitian *Measuring the Quality of Life in Newcastle* yang berhasil mengadopsi 27 indikator sosial untuk menggambarkan kualitas hidup masyarakat lokal Newcastle. Di daerah Newcastle, kualitas hidup berarti ‘pantai yang bersih’, ‘kualitas udara bersih’, ‘kualitas ruang publik yang luas’, dan indikator lainnya.

### 2.3.7 Domain Kualitas Hidup

Domain kualitas hidup sangat luas dan sangat abstrak. *The Centre for Health Promotion* (2007) mengemukakan bahwa kerangka kerja konseptual dari kualitas hidup terdiri dari 3 domain yaitu :

- 1) *Being* yaitu berkaitan dengan kapasitas diri, terdiri dari tiga subdomain yaitu *physical being* termasuk didalamnya adalah kesehatan, *personal hygiene*, nutrisi, aktifitas, berpakaian dan penampilan diri secara keseluruhan. *Psychological being* yaitu kesehatan *psikologis*, kognitif, perasaan, konsep diri dan kontrol diri. Dan *Spiritual being* yaitu nilai personal, standar personal, dan kepercayaan (Hutagalung, 2021).
- 2) *Belonging* yaitu kepemilikan dan hubungan dengan orang lain termasuk lingkungan. *Belonging* terdiri dari 3 subdomain yaitu *physical belonging* diantaranya kepemilikan rumah, pekerjaan atau sekolah, tetangga dan komunitas. *Social belonging* yaitu keintiman hubungan dengan orang lain, keluarga, teman dan rekan kerja. Dan *Community belonging* meliputi pendapatan, pelayanan sosial dan kesehatan, program pendidikan, program rekreasi dan aktifitas sosial (Hutagalung, 2021).
- 3) *Becoming* yaitu berkaitan dengan tujuan hidup, harapan dan aspirasi. *Becoming* meliputi 3 subdomain yaitu *practical becoming* diantaranya aktifitas domestik, aktifitas sekolah dan sosial, pencarian bantuan kesehatan dan kebutuhan sosial. *Leisure becoming* yaitu aktifitas untuk meningkatkan relaksasi dan menurunkan stres. Dan *Growth becoming* yaitu aktifitas untuk meningkatkan dan mempertahankan pengetahuan dan keterampilan serta kemampuan beradaptasi terhadap perubahan (Hutagalung, 2021).

### **2.3.8 Konsep Kuesioner WHOQOL-BREF**

#### **2.3.8.1 Pengertian WHOQOL-BREF**

WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality Of Life-BREF*) adalah instrumen Patient-Reported Outcome (PRO) yang dapat menilai status kesehatan global secara independen dari penyakit di 4 domain kesehatan dengan 24 aspek domain yang berbeda. Secara keseluruhan, instrumen ini mencakup 26 pertanyaan terpenting dari 100 pertanyaan terdahulu, yaitu rangkuman dari WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality Of Life-100*), dimana ini adalah pengurangan yang cukup besar dan perlu. WHOQOL- BREF terdiri dari dua bagian yang berasal dari kualitas hidup secara menyeluruh dan kesehatan secara umum, serta satu bagian yang terdiri dari 24 pertanyaan yang berasal dari WHOQOL – 100.

WHOQOL-BREF adalah salah satu instrumen paling terkenal yang telah dikembangkan untuk perbandingan lintas budaya kualitas hidup dan tersedia dalam lebih dari 40 bahasa.

#### **2.3.8.2 Domain WHOQOL-BREF**

Kualitas Hidup Organisasi Kesehatan Dunia - BREF (WHOQOL-BREF) adalah kuesioner yang menilai 4 domain kualitas hidup (QOL): kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Selain itu, ada 2 item yang mengukur kualitas hidup secara umum dan kesehatan umum.

Table 2.2 *Domain Kuesioner WHOQOL-BREF*

| Domain            | Aspek yang tergabung dalam domain                                                                                                                                             |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kesehatan jasmani | Aktivitas sehari-hari<br>Tergantung dari obat<br>Energik<br>Mobilitas<br>Rasa sakit<br>Kepuasan tidur<br>Kemampuan kerja                                                      |
| Psikologis        | Citra dan penampilan tubuh<br>Perasaan negatif<br>Perasaan positif<br>Harga diri<br>Spiritual/agama/keyakinan pribadi<br>Berpikir dan konsentrasi                             |
| Hubungan sosial   | Hubungan pribadi<br>Dukungan sosial<br>Aktivitas seksual                                                                                                                      |
| Lingkungan        | Sumber daya keuangan<br>Rasa aman<br>Akses layanan kesehatan<br>Lingkungan tempat tinggal<br>Ketersedian informasi<br>Kesempatan rekreasi<br>Lingkungan fisik<br>Transportasi |

### 2.3.8.3 Penilaian

Pada WHOQOL-BREF terdapat 26 pertanyaan yang dikategorikan menjadi 4 domain. Dimana nomor soal dalam kuesioner tidak dibuaturut sesuai dengan urutan domain. Berikut adalah table nomor soal dari setiap domain dan perhitungan dari kuesioner WHOQOL-BREF:

Table 2.3 *Perhitungan Kuesioner WHOQOL-BREF*

| Perhitungan skor untuk setiap domain |                          |   |                          |   |                          |           |                          |   |                          | Raw<br>score | Transformed scores**     |           |                          |     |                          |           |
|--------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|-----------|--------------------------|---|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----|--------------------------|-----------|
|                                      |                          |   |                          |   |                          |           |                          |   |                          |              | 4-20                     | 0-100     |                          |     |                          |           |
| Domain 1                             | Q3                       | + | Q4                       | + | Q10                      | +         | Q15                      | + | Q16                      | +            | Q17                      | +         | Q18                      | a.= | b:                       | c:        |
|                                      | <input type="checkbox"/> | + | <input type="checkbox"/> | + | <input type="checkbox"/> | +         | <input type="checkbox"/> | + | <input type="checkbox"/> | +            | <input type="checkbox"/> | +         | <input type="checkbox"/> |     |                          |           |
| Domain 2                             | Q5                       | + | Q6                       | + | Q7                       | +         | Q11                      | + | Q19                      | +            | Q26                      | a.= b: c: |                          |     |                          |           |
|                                      | <input type="checkbox"/> | + | <input type="checkbox"/> | + | <input type="checkbox"/> | +         | <input type="checkbox"/> | + | <input type="checkbox"/> | +            | <input type="checkbox"/> |           |                          |     |                          |           |
| Domain 3                             | Q20                      | + | Q21                      | + | Q22                      | a.= b: c: |                          |   |                          |              |                          |           |                          |     |                          |           |
|                                      | <input type="checkbox"/> | + | <input type="checkbox"/> | + | <input type="checkbox"/> |           |                          |   |                          |              |                          |           |                          |     |                          |           |
| Domain 4                             | Q8                       | + | Q9                       | + | Q12                      | +         | Q13                      | + | Q14                      | +            | Q23                      | +         | Q24                      | +   | Q25                      | a.= b: c: |
|                                      | <input type="checkbox"/> | + | <input type="checkbox"/> | + | <input type="checkbox"/> | +         | <input type="checkbox"/> | + | <input type="checkbox"/> | +            | <input type="checkbox"/> | +         | <input type="checkbox"/> | +   | <input type="checkbox"/> |           |

Pada setiap pertanyaan diberikan 5 kelas penilaian yang masing masing memiliki nilai yang berbeda; 1 : Selalu; 2 : Sangat Sering; 3 : Cukup Sering; 4 : Jarang; 5 : Tidak pernah. Pengecualian untuk pertanyaan 3, 4, dan 26, di mana harus membalikkan nilai poin.

Pada masing – masing domain memiliki nilai maksimal dan minimal yang berbeda. Berikut nilai maksimal dan minimal dari setiap domain WHOQOL-BREF:

Table 2.4 *Nilai Maksimal Dan Minimal Domain WHOQOL-BREF*

| Domain   | Maksimal | Minimal |
|----------|----------|---------|
| Domain 1 | 35       | 7       |
| Domain 2 | 30       | 6       |
| Domain 3 | 15       | 3       |
| Domain 4 | 40       | 8       |

Lalu setelah mendapatkan nilai pada masing-masing domain digunakanlah rumus untuk mengubah hasil setiap domain menjadi rentang nilai 0-100:



$$\text{Domain 1} = \frac{\text{skor pasien}}{35} \times 100 \quad \text{Domain 3} = \frac{\text{skor pasien}}{15} \times 100$$

$$\text{Domain 2} = \frac{\text{skor pasien}}{30} \times 100 \quad \text{Domain 4} = \frac{\text{skor pasien}}{40} \times 100$$

Setelah itu hasil dari masing-masing domain ditambahkan dan dibagi 4 lalu dinilai menurut grafik di bawah ini:

81 - 100: Sangat baik

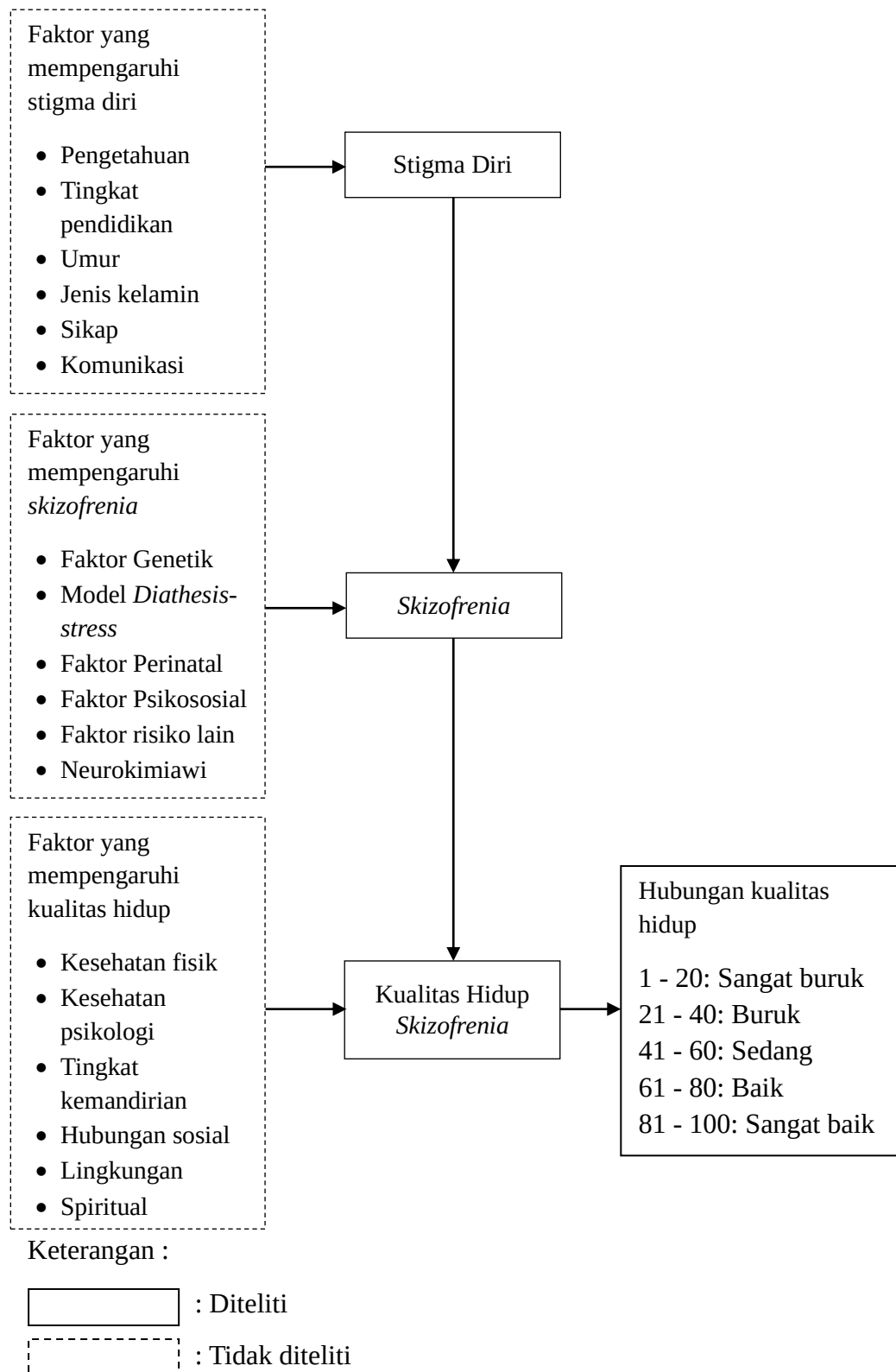
61 - 80: Baik

41 - 60: Sedang

21 - 40: Buruk

1 - 20: Sangat buruk

## 2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka konsep hubungan stigma diri dengan kualitas hidup pasien skizofrenia

## 2.5 Hipotesis

Menurut La Biondo-Wood dan Haber (2002) hipotesis adalah suatu pertanyaan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variable yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian.

H0 : **tidak adanya hubungan** antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.

Ha : **adanya hubungan** antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

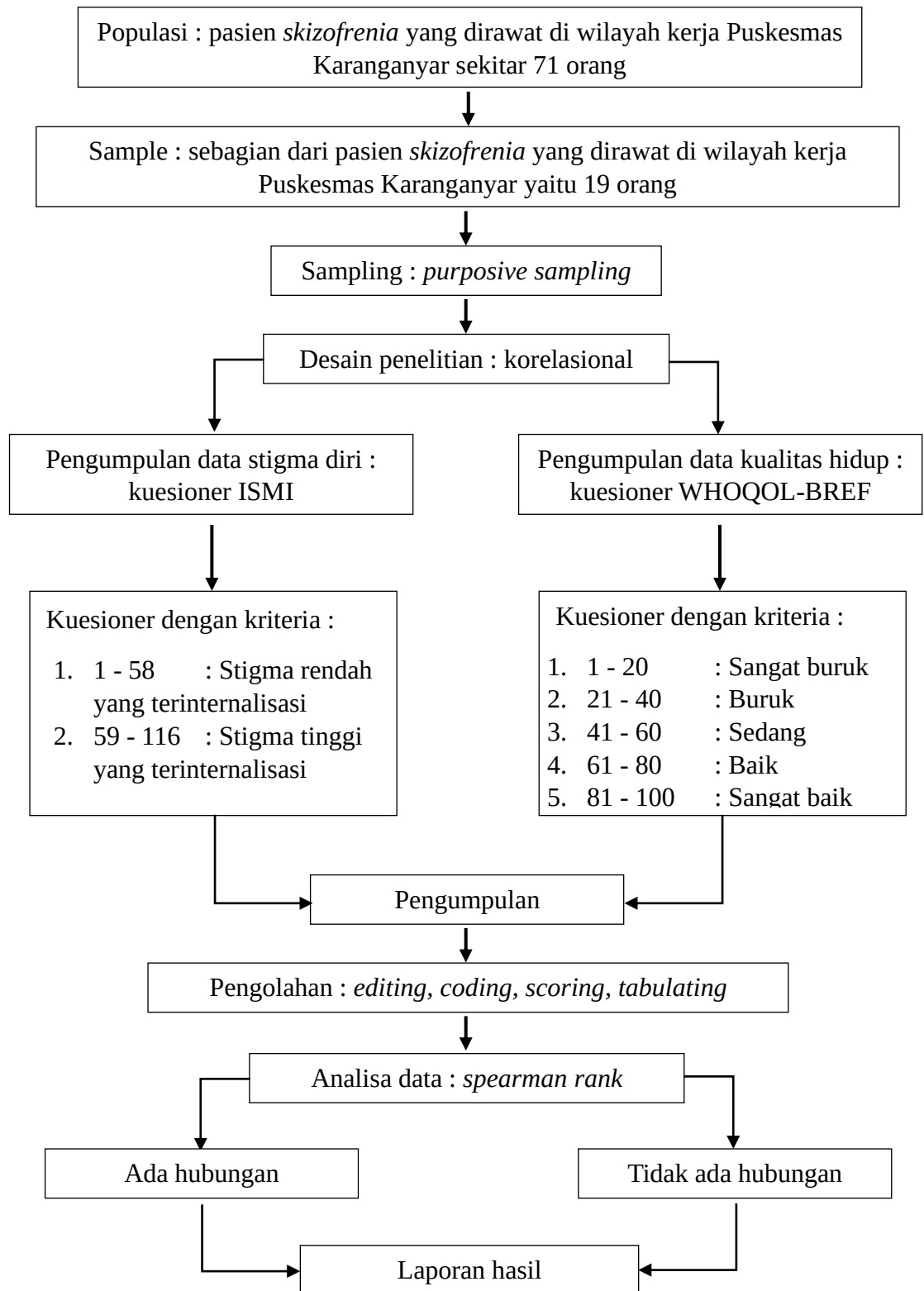
Desain penelitian yang digunakan penelitian kuantitatif korelasional. Menurut Nursalam (2017) penelitian korelasional bertujuan untuk mencari hubungan antara dua variabel yang bersifat kuantitatif. Dua variabel dikatakan berkorelasi apabila perubahan pada variabel yang satu akan diikuti perubahan pada variabel yang lain secara teratur dengan arah yang sama atau berlawanan.

Pendekatan kuantitatif ialah suatu pendekatan yang menekankan analisis data-data numerik (angka) yang diolah dengan metode statistika. Dengan metode ini akan diperoleh signifikansi perbedaan kelompok atau signifikansi hubungan antar variabel yang diteliti (Ibrahim A., dkk.2018).

Pada penelitian ini peneliti akan mempelajari dan menggambarkan hubungan antara variabel independen (Stigma diri) dan variabel dependen (Kualitas hidup) pada pasien *skizofrenia* yang dirawat di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.

#### **3.2 Kerangka Kerja Penelitian**

Kerangka kerja merupakan bagan kerja terhadap rancangan kegiatan penelitian yang akan dilakukan, meliputi siapa saja yang akan diteliti (subjek penelitian), variabel yang akan diteliti, dan variabel yang mempengaruhi dalam penelitian (Alimul, 2003).



Gambar 3.1 Kerangka kerja hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien skizofrenia

### 3.3 Definisi Operasional

Definisi Operasional adalah unsur penelitian yang menjelaskan bagaimana caranya menentukan variabel dan mengukur suatu variabel, definisi operasional merupakan suatu informasi ilmiah yang membantu peneliti lain yang ingin menggunakan variabel yang sama (Setiadi, 2007).

Table 3.1 *Definisi Operasional*

| No | Variabel                                      | Definisi Operasional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Instrumen                                                                           | Skala   | Skor Kriteria                                                                                                              |
|----|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Stigma diri pada pasien <i>skizofrenia</i>    | <p>Hasil pengukuran dengan menjawab pertanyaan kuesioner dari peneliti tentang penilaian negatif terhadap diri</p> <p>Stigma diri adalah pandangan/ penilaian negatif terhadap diri</p> <p>Kuesioner adalah alat untuk mengumpulkan data yang dilakukan dengan memberikan pertanyaan tertulis kepada responden</p> <p>Pasien <i>skizofrenia</i> adalah seseorang yang menderita <i>skizofrenia</i></p>  | <p>Kuesioner ISMI (<i>Internalized Stigma of Mental Illness</i>)</p>                | Ordinal | <p>1 - 58 : Stigma rendah yang terinternalisasi</p> <p>59 - 116: Stigma tinggi yang terinternalisasi</p>                   |
| 2. | Kualitas hidup pada pasien <i>skizofrenia</i> | <p>Hasil pengukuran dengan menjawab pertanyaan kuesioner dari peneliti tentang kepuasan dalam hidup</p> <p>Kualitas hidup adalah persepsi dari individu tentang kepuasan dalam hidup</p> <p>Kuesioner adalah alat untuk mengumpulkan data yang dilakukan dengan memberikan pertanyaan tertulis kepada responden</p> <p>Pasien <i>skizofrenia</i> adalah seseorang yang menderita <i>skizofrenia</i></p> | <p>Kuesioner WHOQOL-BREF (<i>The World Health Organization Quality of Life</i>)</p> | Ordinal | <p>1 - 20: Sangat buruk</p> <p>21 - 40: Buruk</p> <p>41 - 60: Sedang</p> <p>61 - 80: Baik</p> <p>81 - 100: Sangat baik</p> |

### 3.4 Variable Penelitian

Variabel adalah karakteristik yang diamati dimana mempunyai variasi nilai dan merupakan operasionalisasi dari suatu konsep agar dapat diteliti secara empiris atau ditentukan tingkatannya (Setiadi, 2007).

Dalam penelitian ini terdapat 2 variabel yaitu:

#### 1) Variable Independen (bebas)

Variable independen dalam penelitian ini adalah tingkat stigma diri pada pasien *skizofrenia* yang dirawat di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.

#### 2) Variable Dependen (terikat)

Variable dependen dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pada pasien *skizofrenia* yang dirawat di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.

### 3.5 Tempat dan Waktu Penelitian

#### 3.5.1 Tempat Penelitian

Tempat penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar, yaitu diruang Poli Jiwa Puskesmas Karanganyar.

#### 3.5.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan pada 10 Maret sampai dengan 30 April 2025

### 3.6 Populasi, Sampel dan Sampling

#### 3.6.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian yang akan diteliti (Notoatmojo, 1993). Populasi penelitian yaitu 71 pasien *skizofrenia* yang dirawat di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.

### 3.6.2 Sampel

Sampel merupakan bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi.

|                                    |                                                                   |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| $n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$         | Keterangan :                                                      |
|                                    | n : jumlah sampel yang dicari                                     |
|                                    | N : besar populasi                                                |
| $n = \frac{71}{1 + 71(0,2)^2}$     | d : error level (tingkat kesalahan)                               |
| $n = \frac{71}{3,84} = 18,49 = 19$ | (10% untuk jumlah sampel besar,<br>20% untuk jumlah sampel kecil) |

Jadi, sampel yang akan diambil dalam penelitian ini sebagian dari pasien *skizofrenia* yang dirawat di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar sejumlah 19 responden.

Dalam penelitian keperawatan, kriteria sampel meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, dimana kriteria tersebut menentukan dapat dan tidaknya sampel tersebut digunakan.

#### 3.6.2.1 Kriteria Inklusi

- 1) Pasien *skizofrenia* dengan usia lebih dari 16 tahun
- 2) Pasien *skizofrenia* yang bersedia menjadi responden
- 3) Pasien *skizofrenia* yang pernah dirawat/ hanya melakukan berobat jalan di Ruang Poli Jiwa Puskesmas Karanganyar.

#### 3.6.2.2 Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien *skizofrenia* yang mengalami demensia
- 2) Pasien *skizofrenia* dengan diagnosis cacat fisik bawaan, cacat intelektual atau gangguan komunikasi verbal



- 3) Pasien *skizofrenia* dengan penyebab Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat Aktif Lainnya (NAPZA)

### 3.6.3 Teknik Sampling

Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*. *Purposive sampling* yaitu Teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu sesuai yang dikehendaki peneliti (Setiadi, 2007).

## 3.7 Jenis Data dan Instrumen Penelitian

### 3.7.1 Jenis Data

Jenis data dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh dari kuisioner penelitian.

### 3.7.2 Instrument Penelitian

Pengumpulan data untuk penelitian ini berupa kuisioner. Untuk mengukur stigma diri menggunakan kuesioner *Internalized Stigma of Mental Illness* (ISMI) dikembangkan oleh Boyd, Adler, Otilingam, & Peters (2014) terdiri dari 29 pertanyaan dengan 4 jawaban sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju dan sangat setuju. Sedangkan untuk mengukur kualitas hidup menggunakan kuesioner yang dibuat oleh WHO yaitu *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-BREF) rangkuman dari *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL)-100 terdiri dari 26 pertanyaan dengan 4 dimensi yaitu fisik, *psikologis*, hubungan sosial dan lingkungan.

### **3.8 Pengumpulan Data, Pengolahan Data dan Analisis Data**

#### **3.8.1 Pengumpulan Data**

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008). Dalam melakukan penelitian ini prosedur yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:

1) Prosedur Administrasi

- a) Peneliti melakukan pengurusan surat izin penelitian untuk diajukan kepada Ketua Prodi D3 Keperawatan kampus Kabupaten Trenggalek pada tanggal 20 Februari 2025.
- b) Terbitnya surat pengantar ijin melakukan penelitian nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/129/2025 dari Kaprodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek pada tanggal 28 Februari 2025.
- c) Peneliti menyerahkan surat izin penelitian dari Prodi D3 Keperawatan kampus Kabupaten Trenggalek ke bagian Kabid P2PL dan Arsip Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk Dan Keluarga Berencana pada tanggal 6 Maret 2025.
- d) Setelah mengajukan surat penelitian ke bagian Kabid P2PL dan Arsip Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk Dan Keluarga Berencana, peneliti mendapatkan surat izin dari Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk Dan Keluarga Berencana nomor 000.9.2/1546/406.010/2025 untuk melaksanakan penelitian dan diserahkan kepada Kepala Puskesmas Karanganyar.

- e) Peneliti menyerahkan surat izin penelitian dari Prodi D3 Keperawatan kampus Kabupaten Trenggalek dan surat balasan penelitian dari Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk Dan Keluarga Berencana kepada Kepala Puskesmas Karanganyar.

## 2) Tahap Pelaksanaan

- a) Proses pengumpulan data dilaksanakan pada 11 Maret – 15 April 2025 yang dimulai dari peneliti mendatangi perawat pemegang program kesehatan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar. Peneliti mendapat arahan untuk melakukan penelitian di ruang poli jiwa kepada pasien *skizofrenia* yang melakukan kunjungan rutin.
- b) Selanjutnya peneliti menyediakan lembar *inform consent*, lembar persetujuan bersedia menjadi responden, dan kuesioner yang dibutuhkan.
- c) Saat pasien datang, peneliti melakukan pengenalan diri, menanyakan kesediaan menjadi responden dan menjelaskan kepada responden tujuan dan manfaat penelitian. Peneliti menjelaskan prosedur pengisian data umum dan pertanyaan kuesioner.
- d) Selama pengisian data peneliti mendampingi responden dan menjelaskan maksud dari setiap pertanyaan yang ada di kuesioner.

- e) Selama pengambilan data di ruang poli jiwa Puskesmas Karanganyar, semua pasien yang datang kunjungan rutin bersedia menjadi responden pada penelitian ini.
- f) Selain di ruang poli jiwa Puskesmas Karanganyar, peneliti juga melakukan beberapa kunjungan ke rumah pasien *skizofrenia* dan mengambil penelitian. Disana peneliti banyak mendapat penolakan dari pasien maupun keluarga, dan hanya 1 pasien yang bersedia menjadi responden pada penelitian ini.
- g) Setelah semua kuesioner terkumpul, dilakukan pemeriksaan kelengkapan pengisian setiap kuesioner. Jika kuesioner semua sudah lengkap peneliti melakukan pengolahan data.
- h) Diperoleh data secara langsung dari sumbernya dan jawaban atas pertanyaan yang disediakan melalui pengisian kuesioner oleh responden tentang stigma diri dan kualitas hidup pasien *skizofrenia* yang baik, benar dan lengkap.
- i) Penelitian telah selesai, peneliti melakukan pembayaran administrasi di kasir Puskesmas Karanganyar guna mendapatkan surat telah melaksanakan penelitian.
- j) Lalu terbitlah surat telah melaksanakan penelitian dari kepala Puskesmas Karanganyar dengan nomor 400.7.22.1/1080/406.010.10.002/2025 pada 26 April 2025.

### 3.8.2 Pengolahan Data

Pengolahan data pada dasarnya merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok

data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan (Setiadi, 2007)

#### 1) *Editing*

*Editing* adalah memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh para pengumpul data. Pemeriksaan daftar pertanyaan yang telah selesai ini dilakukan terhadap:

- a) Kelengkapan jawaban, apakah tiap pertanyaan sudah ada jawabannya.
- b) Keterbacaan tulisan, tulisan yang tidak terbaca akan mempersulit pengolahan data atau berakibat pengolahan data salah membaca.
- c) Relevansi jawaban, bila ada jawaban yang kurang atau tidak relevan maka editor harus menolaknya.

#### 2) *Coding*

*Coding* adalah mengklasifikasi jawaban-jawaban dari para responden kedalam kategori. Memberikan tanda/ kode berbentuk angka untuk memudahkan proses analisis data di komputer.

#### 3) *Scoring*

*Scoring* yaitu menentukan skor/nilai untuk setiap item pertanyaan dan tentukan nilai terendah dan tertinggi.

#### 4) *Entry Data*

Jawaban-jawaban yang sudah diberi kode kategori kemudian dimasukkan dalam table dengan cara menghitung frekuensi data. Memasukan data secara manual dan pengolahan dengan komputer.

### 5) *Tabulating*

Tabulasi adalah penyajian dalam bentuk angka (data numerik) yang disusun dalam kolom dan baris dengan tujuan untuk menunjukkan frekuensi kejadian dalam kategori yang berbeda.

## 3.8.3 Analisa Data

### 1) Analisa Univariate

Dalam penelitian ini analisis univariat digunakan untuk melihat karakteristik responden yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan pekerjaan saat ini, juga distribusi dari stigma diri dan kualitas hidup pasien *skizofrenia* menggunakan

rumus:  $\text{Persen} = \frac{F}{N} \times 100$        $F = \text{Jumlah skor yang didapatkan}$

$N = \text{Total skor}$

### 2) Analisa Bivariat

Dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pada pasien *skizofrenia*. Uji statistika yang digunakan adalah *spearman rank* dengan nilai  $p < 0,01$ , sebagai batas kemaknaan dengan menggunakan SPSS.

- Rumus korelasi Spearman Rank ( $\rho = rho$ )

Rumus ini digunakan jika tidak ada nilai yang sama untuk setiap variabel. Jika ada nilai yang sama, tidak lebih dari 20%

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

$\rho$  = nilai korelasi Spearman Rank

$d_i^2$  = selisih setiap pasangan rank

$n$  = jumlah pasangan rank untuk spearman ( $5 < n < 30$ )

- Rumus koreksian

Apabila ada skor-skor yang sama (kembar) lebih dari 20%, maka digunakan rumus koreksian berikut :

$$\rho = \frac{\sum x^2 + \sum y^2 - \sum d^2}{2\sqrt{\sum x^2 \sum y^2}}$$

Dimana :

$$\sum x^2 = \frac{N(N^2 - 1)}{12} - \sum \frac{t(t^2 - 1)}{12}$$

$$\sum y^2 = \frac{N(N^2 - 1)}{12} - \sum \frac{t(t^2 - 1)}{12}$$

$t$  = banyaknya anggota kembar pada suatu skor

Apabila dilanjutkan untuk mencari signifikan, maka digunakan rumus  $Z_{hitung}$

$$Z_{hitung} = \frac{\rho}{\frac{1}{\sqrt{n-1}}}$$

- Cara mencari ranking

Ada 2 cara pendekatan yang dapat digunakan:

1. Menggunakan rumus koreksian di atas
2. Menggunakan rumus berikut:

$$R_e = \sqrt{M_R^2 + \frac{n^2 - 1}{12}}$$

Dimana :  $R_e$  = Rank yang dicari urutan karena ada data kembar

$M_R$  = Mean dari Rank data yang kembar

$n$  = Banyaknya skor yang kembar

1 dan 12 = bilangan konstan

- Langkah-langkah uji Spearman Rank
  1. Berikan peringkat pada nilai-nilai **variabel x** dari **1** sampai **n**. Jika terdapat angka-angka sama, peringkat yang diberikan adalah peringkat rata-rata dari angka-angka yang sama.
  2. Berikan peringkat pada nilai-nilai **variabel y** dari **1** sampai **n**. Jika terdapat angka-angka sama, peringkat yang diberikan adalah peringkat rata-rata dari angka-angka yang sama.
  3. Hitung  $d_i$  untuk tiap-tiap sampel ( $d_i =$  peringkat  $x_i$  - peringkat  $y_i$ )
  4. Kuadratkan masing-masing  $d_i$  dan jumlahkan semua  $d_i^2$
  5. Hitung koefisien korelasi Rank Spearman ( $\rho$ )  $\rightarrow$  dibaca **rho**
- Kriteria terima dan tolak hipotesis

Table 3.2 *Kriteria Terima Dan Tolak Hipotesis*

| No | Parameter                          | Nilai                             | Interpretasi                                                                          |
|----|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | $\rho_{hitung}$ dan $\rho_{tabel}$ | $\rho_{hitung} \leq \rho_{tabel}$ | Ho ditolak Ha diterima                                                                |
|    |                                    | $\rho_{hitung} > \rho_{tabel}$    | Ho diterima Ha ditolak                                                                |
| 2. | Kekuatan korelasi $\rho_{hitung}$  | 0.000-0.199                       | Sangat Lemah                                                                          |
|    |                                    | 0.200-0.399                       | Lemah                                                                                 |
|    |                                    | 0.400-0.599                       | Sedang                                                                                |
|    |                                    | 0.600-0.799                       | Kuat                                                                                  |
|    |                                    | 0.800-1.000                       | Sangat Kuat                                                                           |
| 3. | Arah korelasi $\rho_{hitung}$      | + (positif)                       | Searah, semakin besar nilai $x_i$ semakin besar pula nilai $y_i$                      |
|    |                                    | - (negatif)                       | Berlawanan arah, semakin besar nilai $x_i$ semakin kecil nilai $y_i$ , dan sebaliknya |



Kemudian hasil pengolahan data tersebut diinterpretasikan menurut (Arikunto, 2013) dengan menggunakan skala kuantitatif :

Table 3.3 *Interpretasi Hasil*

| Skor   | Interpretasi    |
|--------|-----------------|
| 0%     | Tidak satupun   |
| 1-25%  | Sebagian kecil  |
| 26-49% | Hampir setengah |
| 50%    | Setengah        |
| 51-75% | Sebagian besar  |
| 76-99% | Hampir seluruh  |
| 100%   | Seluruh         |

### 3.9 Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut:

#### 1) *Informed Consent*

*Informed Consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan menjadi responden yang diberikan sebelum penelitian dilakukan. Tujuannya agar responden mengerti maksud, tujuan penelitian, dan mengetahui dampaknya. Jika responden bersedia mereka harus menandatangani lembar persetujuan, dan jika tidak bersedia peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

2) *Anonymity* (tanpa nama)

Etika keperawatan memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3) *Confidentiality* (kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Gambaran Lokasi Penelitian**

Penelitian ini telah dilakukan pada 10 Maret sampai dengan 30 April 2025 di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar, dengan judul “Hubungan Stigma Diri dengan Kualitas Hidup Pasien *Skizofrenia* Di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar”. Peneliti melakukan pengambilan data pada 19 responden dengan sampel pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.

Puskesmas Karanganyar merupakan salah satu Puskesmas yang berada di Kabupaten Trenggalek yang berlokasi di Jl. Gandusari Kampak, Depok, Karanganyar, Kec. Gandusari, Kaupaten Trenggalek, Jawa Timur. Dengan cakupan wilayah kerja 5 desa yang meliputi Desa Widoro, Desa Karanganyar, Desa Melis, Desa Krandegan, dan Desa Sukorame.

Penelitian ini dilakukan di ruang Poli Jiwa Puskesmas Karanganyar yaitu kepada pada pasien *skizofrenia* yang sedang melakukan kunjungan/kontrol rutin. Selain itu, penelitian juga dilakukan di rumah pasien *skizofrenia* pada desa yang merupakan cakupan dari Puskesmas Karanganyar.

#### **4.2 Hasil Penelitian**

Hasil penelitian ini meliputi penjabaran mengenai karakteristik responden dan identifikasi hubungan stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar.

Dari penelitian yang dilaksanakan kemudian diolah dan didapatkan hasil sebagai berikut:

#### 4.2.1 Analisis Univariat

Subjek dalam penelitian adalah pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar dengan jumlah responden 19 orang pasien *skizofrenia*. Hubungan mengenai karakteristik subjek penelitian:

##### 1) Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Distribusi frekuensi pasien *skizofrenia* berdasarkan usia di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar pada bulan Maret - April 2025.

Table 4.1 *Karakteristik Responden Berdasarkan Usia*

| Usia          | Frekuensi | persentase     |
|---------------|-----------|----------------|
| <40           | 5         | 26,32%         |
| 40-59         | 9         | 47,37%         |
| ≥60           | 5         | 26,32%         |
| <b>Jumlah</b> | <b>19</b> | <b>100,00%</b> |

Berdasarkan tabel 4.1 diperoleh hasil bahwa karakteristik usia pasien *skizofrenia* hampir setengah responden 47,37% (9 responden) adalah rentang usia 40-59 tahun.

##### 2) Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Distribusi frekuensi pasien *skizofrenia* berdasarkan jenis kelamin di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar pada bulan Maret - April 2025.

Table 4.2 *Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin*

| Jenis Kelamin | Frekuensi | persentase     |
|---------------|-----------|----------------|
| Laki-Laki     | 11        | 57,89%         |
| Perempuan     | 8         | 42,11%         |
| <b>Jumlah</b> | <b>19</b> | <b>100,00%</b> |

Berdasarkan tabel 4.2 diperoleh hasil bahwa karakteristik jenis kelamin pasien *skizofrenia* sebagian besar 57,89% (11 responden) adalah laki-laki.

### 3) Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Distribusi frekuensi pasien *skizofrenia* berdasarkan pendidikan terakhir di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar pada bulan Maret - April 2025.

Table 4.3 *Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir*

| Pendidikan Terakhir | Frekuensi | persentase     |
|---------------------|-----------|----------------|
| Tidak Sekolah       | 1         | 5,26%          |
| SD                  | 6         | 31,58%         |
| SMP                 | 4         | 21,05%         |
| SMA                 | 6         | 31,58%         |
| Perguruan Tinggi S1 | 2         | 10,53%         |
| S2                  | 0         | 0,00%          |
| S3                  | 0         | 0,00%          |
| Lainnya             | 0         | 0,00%          |
| <b>Jumlah</b>       | <b>19</b> | <b>100,00%</b> |

Berdasarkan tabel 4.3 diperoleh hasil bahwa karakteristik pendidikan terakhir pasien *skizofrenia* adalah hampir setengah SD dan SMA dengan masing-masing sebesar 31,58% (6 responden).

### 4) Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Saat Ini

Distribusi frekuensi pasien *skizofrenia* berdasarkan pekerjaan saat ini di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar pada bulan Maret - April 2025.

Table 4.4 *Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan*

| Pekerjaan Saat Ini | Frekuensi | presentase     |
|--------------------|-----------|----------------|
| Tidak Bekerja      | 7         | 36,84%         |
| Wiraswasta         | 3         | 15,79%         |
| Swasta             | 3         | 15,79%         |
| Petani             | 2         | 10,53%         |
| IRT                | 3         | 15,79%         |
| Pendeta            | 1         | 5,26%          |
| <b>Jumlah</b>      | <b>19</b> | <b>100,00%</b> |

Berdasarkan tabel 4.4 diperoleh hasil bahwa karakteristik pekerjaan pasien *skizofrenia* hampir setengah 36,84% (7 responden) adalah tidak bekerja.

#### 5) Stigma Diri

Distribusi frekuensi stigma diri pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar pada bulan Maret - April 2025.

Table 4.5 *Stigma Diri Pasien Skizofrenia*

| Stigma Diri   | Frekuensi | presentase     |
|---------------|-----------|----------------|
| Tinggi        | 14        | 73,68%         |
| Rendah        | 5         | 26,32%         |
| <b>Jumlah</b> | <b>19</b> | <b>100,00%</b> |

Berdasarkan tabel 4.5 diperoleh hasil bahwa stigma diri pasien *skizofrenia* sebagian besar 73,68% (14 responden) adalah stigma diri tinggi.

#### 6) Kualitas Hidup

Distribusi frekuensi kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar pada bulan Maret - April 2025.

Table 4.6 *Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia*

| Kualitas Hidup | Frekuensi | presentase     |
|----------------|-----------|----------------|
| Sangat Buruk   | 0         | 0,00%          |
| Buruk          | 2         | 10,53%         |
| Sedang         | 9         | 47,37%         |
| Baik           | 7         | 36,84%         |
| Sangat Baik    | 1         | 5,26%          |
| <b>Jumlah</b>  | <b>19</b> | <b>100,00%</b> |

Berdasarkan tabel 4.6 diperoleh hasil bahwa kualitas hidup pasien *skizofrenia* hampir setengah 47,37% (9 responden) adalah kualitas hidup sedang.

#### 4.2.2 Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui kekuatan hubungan antara variabel independent yaitu stigma diri terhadap variabel dependen yaitu kualitas hidup.

Table 4.7 *Tabulasi Silang Antara Stigma Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar*

|        |               | Kualitas Hidup |   |       |    |        |    |      |    |             |   | Jumlah |     |
|--------|---------------|----------------|---|-------|----|--------|----|------|----|-------------|---|--------|-----|
|        |               | Sangat Buruk   |   | Buruk |    | Sedang |    | Baik |    | Sangat Baik |   |        |     |
|        |               | N              | % | N     | %  | N      | %  | N    | %  | N           | % | N      | %   |
| Stigma | Stigma Rendah | 0              | 0 | 0     | 0  | 0      | 0  | 4    | 21 | 1           | 5 | 5      | 26  |
|        | Stigma Tinggi | 0              | 0 | 2     | 11 | 9      | 47 | 3    | 16 | 0           | 0 | 14     | 74  |
|        | Jumlah        | 0              | 0 | 2     | 11 | 9      | 47 | 7    | 37 | 1           | 5 | 19     | 100 |

Berdasarkan tabel 4.7 diperoleh hasil bahwa pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar dengan hampir setengah 47% (9 responden) stigma diri yang terinternalisasi tinggi memiliki kualitas hidup sedang, pasien *skizofrenia* dengan sebagian kecil 21% (4 responden) stigma diri yang terinternalisasi rendah memiliki kualitas hidup baik.

Table 4.8 *Analisa Hubungan Antara Stigma Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar*

| Correlations   |                    |                         | Kat_ Stigma | Kat_Kualitas Hidup |
|----------------|--------------------|-------------------------|-------------|--------------------|
| Spearman's rho | Kat_Stigma         | Correlation Coefficient | 1.000       | -.689**            |
|                |                    | Sig. (2-tailed)         | .           | .001               |
|                |                    | N                       | 19          | 19                 |
|                | Kat_Kualitas Hidup | Correlation Coefficient | -.689**     | 1.000              |
|                |                    | Sig. (2-tailed)         | .001        | .                  |
|                |                    | N                       | 19          | 19                 |

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

Hasil perhitungan statistik menggunakan uji spearman Rank dengan perangkat lunak computer berupa SPSS seperti yang disajikan pada tabel 4.8 diperoleh p-value atau sig. dalam tabel sebesar  $p=0,001$  ( $\rho \leq 0,01$ ) yang berarti ada hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar. Untuk mengetahui kekuatan korelasi dapat dilihat koefisien korelasi yaitu sebesar 0,689 yang menunjukkan hubungan kuat karena terletak pada rentang 0,600-0,799. Dengan arah korelasi negatif yang artinya berlawanan arah atau semakin besar stigma diri maka semakin rendah kualitas hidup, begitu pula sebaliknya.

### 4.3 Pembahasan

#### 4.3.1 Analisis Univariat

##### 1) Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Berdasarkan karakteristik usia pada pasien *skizofrenia* dalam penelitian ini menunjukkan bahwa hampir setengah berada di rentang 40-59 tahun.

Berdasarkan teori Bialangi & Mokodompis (2024), pada akhir remaja atau usia 40 tahun keatas merupakan usia *produktif* yang dipenuhi banyak faktor seperti tanggung jawab yang besar dan rentan untuk stress. Pada orang dengan usia lebih matang biasanya sering menghadapi stress yang lebih besar, seperti perubahan karier, masalah finansial, atau kehilangan orang yang disayangi. Menurut Tim Medis Siloam Hospitals (2024), ketika memasuki usia 40-50 tahun seseorang kerap mengalami *midlife*



*crisis* yang ditandai dengan perasaan khawatir dan takut dengan kenyataan bahwa hidup mereka sudah semakin mendekati masa tua. Penyebabnya stigma tentang penuaan, takut kematian, perubahan karier, finansial, hubungan dengan orang sekitar, merasa hidup tidak sesuai harapan, penurunan kesehatan dan kemampuan fisik. Pengaruhnya orang terobsesi dengan penampilan, merasa tidak puas dengan hubungan yang dijalani, akhirnya *stress* dan *depresi*.

Menurut pendapat peneliti *skizofrenia* lebih banyak terjadi pada rentang usia 40 - 59 tahun karena hal ini berhubungan dengan pengalaman individu terhadap stressor, pengaruh lingkungan sekitar, dan mekanisme koping dari setiap individu.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian *literature review* tentang karakteristik pasien *skizofrenia* yang dilakukan oleh Girsang et al. (2020), didapatkan hasil bahwa responden terbanyak berusia 14 - 54 tahun, dikarenakan pada usia remaja akhir sampai dewasa awal rentan terdiagnosa *skizofrenia*.

## 2) Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan karakteristik jenis kelamin pada pasien *skizofrenia* dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar adalah laki-laki.

Berdasarkan teori Rony et al. (2023), laki-laki lebih sering menghadapi stress dibanding perempuan, mereka juga lebih sering merasakan dampak negatif dari stress. Perempuan tidak begitu

rentan terhadap *skizofrenia* sebab adanya hormon estrogen yang berperan sebagai pelindung bagi perempuan, dimana memiliki efek antipsikotik dan melindungi otak perempuan dari kerusakan. Selain itu, wanita memiliki kemampuan untuk menerima berbagai situasi dikehidupannya dibandingkan pria (Girsang et al., 2020).

Menurut pendapat peneliti *skizofrenia* lebih banyak dialami oleh laki-laki karena sifat laki-laki saat menghadapi suatu masalah cenderung akan fokus pada solusi dan kurang peduli dengan emosionalnya, berbanding terbalik dengan perempuan yang akan mencari dukungan sosial. Selain itu, mereka juga menghindari untuk mencari bantuan, menganggap dirinya tangguh, berani dan kebal terhadap rasa sakit.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bialangi & Mokodompis (2024), dimana laki-laki memiliki *proporsi* yang lebih besar yaitu 55,93%, disebutkan juga dalam studinya bahwa *prevalensi* pria sedikit lebih tinggi dibandingkan wanita dengan rasio 1,4:1.

### 3) Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Berdasarkan karakteristik pendidikan terakhir pada pasien *skizofrenia* dalam penelitian ini menunjukkan bahwa hampir setengah SD dan SMA memiliki jumlah responden yang sama.

Menurut teori (Kurspahic, 2019; Luo, 2020; Wulandari & Febriana, 2024), pendidikan penting untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Pendidikan dapat mengajarkan seseorang

berpikir logis dalam menyelesaikan permasalahan yang dihadapi. Selain itu, pendidikan yang tinggi akan memperluas kesempatan mengakses layanan kesehatan yang memadai dan kemudian mengurangi risiko menderita skizofrenia. Individu dengan kompetensi terbatas akan semakin sulit mencari pekerjaan dan beresiko menghadapi kemiskinan. Rendahnya pendidikan dan terbatasnya kompetensi berpotensi memicu risiko normatif dari masyarakat seperti dikucilkan yang kemudian mengakibatkan gangguan *psikologis* (Sudarmono, 2018; Wulandari & Febriana, 2024).

Menurut pendapat peneliti tingkat pendidikan dapat mempengaruhi interaksi individu dengan orang disekitarnya. Mereka yang tingkat pendidikannya rendah cenderung malu untuk berinteraksi dengan masyarakat, terutama orang-orang yang berpendidikan tinggi. Selain itu, tingkat pendidikan dapat mempengaruhi cara berpikir setiap individu dalam mengambil keputusan dan menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Hal inilah yang kemudian dapat memicu orang dengan tingkat pendidikan yang rendah mengalami gangguan *psikologis* atau *skizofrenia*.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Girsang et al. (2020), didapatkan hasil bahwa *skizofrenia* lebih rentan menyerang orang dengan pendidikan yang rendah, mereka kurang peduli terhadap kualitas hidup yang sehat, dimana hal ini mempengaruhi

terapi yang mereka jalani. Jika pasien memiliki pendidikan yang lebih tinggi, maka mereka mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk mendapat pengobatan yang lebih cepat, serta lebih mudah untuk mengikuti rangkaian pascasakit (Bialangi & Mokodompis, 2024).

#### 4) Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan Saat Ini

Berdasarkan karakteristik pekerjaan pada pasien *skizofrenia* dalam penelitian ini menunjukkan bahwa hampir setengah adalah tidak bekerja.

Berdasarkan teori Bialangi & Mokodompis (2024), Orang yang tidak bekerja akan mudah stress karena tingginya kadar hormon stress (katekolamin) dan dapat menyebabkan ketidakberdayaan. Tidak memiliki pekerjaan alias menganggur dapat menyebabkan depresi karena kehilangan kontak sosial dan penghasilan, membentuk koping yang tidak sehat, menurunkan harga diri dan kepercayaan diri, juga meningkatkan tekanan *psikologis* (Handayani, 2020).

Menurut pendapat peneliti *skizofrenia* banyak terjadi pada orang yang tidak bekerja karena orang yang tidak memiliki pekerjaan akan kehilangan sumber pendapatannya, yang berakibat pada kesulitan memenuhi kebutuhan sehari-hari. Tidak bekerja juga dapat menyebabkan rendah diri, penurunan kepercayaan diri, dan sulit menemukan pekerjaan baru. Selain itu, mereka juga

cenderung tidak bertemu orang-orang baru yang mengakibatkan cara pandang dan cara berpikir mereka tidak dapat berkembang.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Girsang et al. (2020), didapatkan hasil bahwa orang yang tidak bekerja dapat mengakibatkan *stress* dan melemahnya kondisi kejiwaan. Hal ini disebabkan rasa tidak berdaya, tidak percaya diri dan perasaan pesimis terhadap masa depannya.

#### 5) Stigma Diri

Berdasarkan stigma diri pada pasien *skizofrenia* dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar adalah stigma diri tinggi. Hasil ini dibuktikan dari jawaban responden yang sebagian besar menjawab setuju, sehingga hasil penelitian ini banyak responden yang mengalami stigma diri ringan.

Berdasarkan teori Singhal (2024), stigma diri adalah internalisasi dari stigma masyarakat yaitu ketika seseorang menerapkan label negatif dari masyarakat kepada dirinya, sehingga mereka merasa malu atau tidak berharga. Stigma diri dapat memperburuk masalah dan menghambat proses pemulihan. Hal ini dapat mengurangi harga diri, meningkatkan gejala, menyebabkan isolasi sosial, hambatan mencari bantuan, dan penurunan kualitas hidup serta kesejahteraan.

Menurut pendapat peneliti stigma diri yang terjadi pada pasien *skizofrenia* tergolong tinggi, hal ini berhubungan dengan karakteristik dari responden dimana sebagian besar responden

berusia 40-59 tahun, berjenis kelamin laki-laki, berpendidikan SD dan SMA, serta banyak dari responden yang tidak bekerja. Semua karakteristik tersebut mendukung responden memiliki stigma diri yang tinggi. Selain itu, didukung kurangnya keterlibatan aktif, dukungan emosional, pemahaman yang lebih baik tentang penyakit ini, dan penciptaan sosial yang mendukung oleh keluarga dan semua pihak termasuk masyarakat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Jacobsson et al. (2017), yang menyatakan bahwa pasien *skizofrenia* memiliki stigma diri ringan sebesar 58%. Menurut Harahap & Eryanti (2022), banyak faktor yang mempengaruhi stigma diri, yaitu usia, jenis kelamin, kekambuhan, kualitas hidup, dan faktor budaya. Dimana faktor yang paling berkaitan dengan stigma diri adalah pekerjaan dan pendidikan.

#### 6) Kualitas Hidup

Berdasarkan kualitas hidup pada pasien *skizofrenia* dalam penelitian ini menunjukkan bahwa hampir setengah adalah kualitas hidup sedang.

Berdasarkan teori WHO tahun 2022 (Jamaruddin & Sudirman, 2022), kualitas hidup adalah persepsi seseorang mengenai posisi mereka dalam konteks budaya kehidupan dan sistem nilai dimana mereka tinggal dan kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan keinginan mereka. Kualitas hidup yang buruk dapat menyebabkan berbagai masalah termasuk frustrasi,

kecemasan, ketakutan dan kesal, yang dapat membuat seseorang menyerah atau kehilangan semangat. Kualitas hidup yang buruk juga dapat memengaruhi kesehatan fisik dan mental, serta hubungan sosial (Destriande et al., 2021).

Menurut pendapat peneliti kualitas hidup pasien *skizofrenia* berhubungan dengan karakteristik dari responden dimana sebagian besar responden berusia 40-59 tahun, berjenis kelamin laki-laki, berpendidikan SD dan SMA, serta banyak dari responden yang tidak bekerja. Semua karakteristik tersebut mempengaruhi kualitas hidup pasien skizofrenia. Selain itu, kualitas hidup akan baik ketika mendapat dukungan dari keluarga, masyarakat sekitar dan dari tim medis. Keterlibatan keluarga sangat penting untuk menunjang proses penanganan masalah kesehatan jiwa pasien *skizofrenia* agar mereka dapat melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri yang dapat diterima oleh keluarga dan masyarakat.

Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Sopiatus (2024), pasien dengan tanda dan gejala depresi, dan kecemasan sosial memiliki kualitas hidup yang rendah. Hal ini terjadi pada pasien yang sering dirawat dengan tingkat keparahan penyakit tinggi dan dosis antipsikotik tinggi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup rendah banyak terjadi pada individu yang mengalami penolakan diri yang tinggi. Ketika kualitas hidup pasien *skizofrenia* baik maka mereka dapat bersosialisasi dengan baik, dan menjalankan aktifitas sehari-hari seperti orang sehat,

namun ketika seseorang memiliki kualitas hidup yang buruk dan tidak teratasi maka dapat memicu keinginan untuk melakukan bunuh diri.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Wardani & Dewi (2018), kualitas hidup pasien *skizofrenia* berada pada klasifikasi rendah meliputi kualitas hidup secara umum, kepuasan kesehatan fisik, kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Beberapa faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* adalah daya tilik diri, gejala depresif, kurang dukungan sosial, lamanya putus obat, gejala negatif, kecemasan, sosiodemografi, *psychopathology*, dan stigma diri pasien.

#### 4.3.2 Analisis bivariat

##### **Hubungan Stigma Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah di uji menggunakan uji *spearman rank*, diperoleh hasil p-value sebesar ( $\rho = 0,001 \leq 0,01$ ) yang berarti ada hubungan signifikan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar dengan kekuatan korelasi dalam kategori ( $R = - 0,689$ ).

Berdasarkan Wardani & Dewi (2018), Gambaran stigma diri tinggi adalah perilaku mengasingkan diri, menarik diri dari lingkungan sosial, dukungan terhadap stereotip dan pengalaman diskriminasi, hanya perlawanan stigma yang bersifat positif pada tingkat stigma yang rendah. Gambaran kualitas hidup pasien *skizofrenia* rendah yaitu



meliputi kualitas hidup secara umum, kepuasan kesehatan fisik, kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, lingkungan. Tingginya stigma diri negatif berdampak pada lamanya proses pemulihan sehingga memengaruhi kualitas hidup pasien *skizofrenia*, maka perlu intervensi keperawatan yang berorientasi pada pasien sebagai upaya pencegahan stigma negatif dan peningkatan kualitas hidup. Kualitas hidup yang tinggi menggambarkan kemampuan dan daya tilik pasien *skizofrenia* yang baik.

Menurut pendapat peneliti stigma diri dan kualitas hidup pasien *skizofrenia* saling berhubungan, dimana keduanya sama-sama dipengaruhi oleh semua karakteristik dari responden yang sebagian besar responden berusia 40-59 tahun, berjenis kelamin laki-laki, berpendidikan SD dan SMA, serta banyak dari responden yang tidak bekerja. Selain itu, adanya dukungan atau penolakan dari keluarga dan masyarakat dapat mempengaruhi tingkat stigma diri juga kualitas hidup. Orang yang mendapat dukungan dari keluarga dan masyarakat dapat menurunkan stigma diri dan meningkatkan kualitas hidupnya. Begitu pula sebaliknya, mereka yang mendapat penolakan dapat meningkatkan stigma diri juga menurunkan kualitas hidupnya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Manorek et al. (2024), didapatkan bahwa ada hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup, dengan arah hubungan semakin tinggi stigma negatif maka semakin kurang baik kualitas hidup pasien *skizofrenia*. Pada penelitian lain yang dilakukan oleh Wardani & Dewi

(2018), didapatkan hasil yang serupa yaitu ada hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup, dimana semakin tinggi stigma diri maka semakin rendah kualitas hidup pasien *skizofrenia*. Ada hubungan antara perlawanan stigma dengan kualitas hidup, dengan arah hubungan positif, semakin tinggi perlawanan stigma semakin tinggi kualitas hidup pasien *skizofrenia*.

#### **4.4 Keterbatasan Penelitian**

Dalam penelitian ini beberapa responden memiliki keterbatasan dalam memahami pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner. Hal ini diakibatkan karena peneliti menggunakan kuesioner asing yang sudah dialih bahasakan, sehingga kuesioner ini memiliki perbedaan persepsi di setiap masing-masing item pertanyaan tersebut.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Bedasarkan hasil penelitian tentang hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

**1) Data umum pasien skizofrenia yang ada di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar**

Data umum pasien *skizofrenia* yang ada di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar hampir setengah berusia 40-59 tahun, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, hampir setengah berpendidikan terakhir SD dan SMA, dan hampir setengah tidak bekerja.

**2) Stigma diri pasien skizofrenia yang ada di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar**

Stigma diri pasien *skizofrenia* yang ada di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar sebagian besar memiliki stigma diri tinggi.

**3) Kualitas hidup pasien skizofrenia yang ada di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar**

Kualitas hidup pasien *skizofrenia* yang ada di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar hampir setengah memiliki kualitas hidup sedang.

**4) Hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien skizofrenia yang ada di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar**

Terdapat hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar tahun 2025

( $\rho = 0,001 \leq 0,01$ ), dengan kekuatan korelasi 0,689 dan arah korelasi negatif yang artinya menunjukkan hubungan kuat dengan arah semakin besar stigma diri maka semakin rendah kualitas hidup, begitu pula sebaliknya.

## 5.2 Saran

Dari hasil penelitian tentang hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia* di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar perlu diperhatikan hal-hal sebagai berikut :

### 1) Bagi Responden

Hasil penelitian di wilayah kerja Puskesmas Karanganyar ini menunjukkan adanya hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup yang signifikan. Oleh karena itu, diharapkan para responden bisa menurunkan stigma diri yang mereka rasakan, baik yang berasal dari keluarga maupun masyarakat. Dengan demikian, diharapkan tidak akan ada efek negatif pada kondisi responden yang mengalami *skizofrenia*. Hal ini juga bertujuan untuk membantu meningkatkan kualitas hidup mereka yang berjuang dengan *skizofrenia*, sehingga proses penyembuhan dan pengobatan bisa berjalan lebih cepat dan mengurangi kemungkinan kambuhnya *skizofrenia*.

### 2) Bagi Peneliti

Diharapkan peneliti dapat mengembangkan lagi karya tulis ilmiah yang sesuai dengan teori tentang riset yang diterima selama perkuliahan dan diharapkan peneliti mengetahui sejauh mana hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia*.

### **3) Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan penelitian ini dapat menambah wawasan untuk memperkaya pengetahuan dan dijadikan keperluan referensi ilmu keperawatan terkait hubungan antara stigma diri dengan kualitas hidup pasien *skizofrenia*.

### **4) Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan penelitian ini dengan metode yang berbeda, variabel yang berbeda atau menggunakan kuesioner lain yang lebih jelas, ringkas dan sederhana sehingga mudah dipahami oleh responden dan hasil penelitian lebih akurat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. (2010). Analisis Konsep Kualitas Hidup. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13(2), 81–86. <https://doi.org/10.7454/jki.v13i2.236>
- Amelia, D. R., & Anwar, Z. (2013). Relaps Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 1(1).
- Ardiyani, I. D., & Muljohardjono, H. (2020). Intervensi untuk Mengurangi Stigma pada Penderita Skizofrenia. *Jurnal Psikiatri Surabaya*, 8(1), 7. <https://doi.org/10.20473/jps.v8i1.14655>
- Benya, A. R., Sulistyowati, D., Editya, D. R., & D.T. Donsu, J. (2022). Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Terhadap Stigma Diri, Harga Diri Dan Kualitas Hidup Pasien TBC. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*, 243–251. <https://doi.org/10.34035/jk.v13i2.873>
- Bialangi, S., & Mokodompis, Y. (2024). Status Pekerjaan Berhubungan Dengan Remisi Pada Penderita Skizofrenia; Studi Percontohan Cross-Sectional Di Gorontalo. *Jambura Journal of Epidemiology*, 3(2).
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221–231. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>
- Broerman, R. (2018). Diathesis-Stress Model. In *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1–3). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8\\_891-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_891-1)
- Cherry, K. (2024). Hal Yang Perlu Diketahui Tentang Model Diatesis-Stres. Verrywell Mind.
- Dayanti, F., & Legowo, M. (2021). Stigma dan Kriminalitas : Studi Kasus Stigma Dusun Begal Di Bangkalan Madura. *Jurnal Ilmiah Dinamika Sosial*, 5(2), 96–110. <https://doi.org/10.38043/jids.v5i2.3202>

- Destriande, I. M., Faridah, I., Oktania, K., & Rahman, S. (2021). Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pada Lanjut Usia. *Jurnal Psikologi Wijaya Putra*, 2(1), 1–9.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. (2022). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2021. DINKES JATIM PROV.
- Diskominfo Trenggalek. (2024). Jumlah Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Berat Mendapat Pelayanan Sesuai Standar Menurut Kecamatan. Satu Data Indonesia.
- Dwidiyanti, M., Sari, S. P., & Rokhyati. (2019). Intervensi Keperawatan terhadap Self Efficacy Keluarga Pasien Skizofrenia. *Keperawatan Jiwa*, 7(2), 197–202.
- Girsang, G. P., Taringan, M. G., & Pakpahan, E. A. (2020). Karakteristik Pasien Skizofrenia. *Jurnal Kedokteran Methodist*, 13(1).
- Handayani, V. V. (2020). Kenali Dampak Pengangguran Bagi Kesehatan Mental. Halodoc.
- Harahap, & Eryanti, E. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Stigmatisasi Dalam Merawat Pasien Skizofrenia Selama Pandemi Covid-19 Di Rumah Sakit Jiwa M. Ildrem Medan [Skripsi]. Universitas Sumatera Utara.
- Hutagalung, M. S. (2021). *Stroke, Kualitas Hidup Dan Discharge Planning*. NUSAMEDIA.
- Irwan, M., Fajriansyah, A., Sinuhadji, B., & Indrayana, M. T. (2008). Penatalaksanaan Skizofrenia [Skripsi]. University of Riau RSJ Tampan.
- Jacobsson, L., Lejon, M., & Edin-Liljegren, A. (2017). Internalized Stigma of Mental Illness in Swedish Patients with Mental Illness. *Open Journal of Psychiatry*, 07(03), 123–130. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2017.73012>
- Jamaruddin, & Sudirman. (2022). Dimensi Pengukuran Kualitas Hidup Di Beberapa Negara. *Pallangga Praja*, 4(1), 51–63.

- Jayanti, I., & Muzdalifah, F. (2013). Internalisasi Stigma Dan Harga Diri Pada Orang Dengan Skizofrenia. *JPPP - Jurnal Penelitian Dan Pengukuran Psikologi*, 2(1), 37–44. <https://doi.org/10.21009/JPPP.021.06>
- Kahn, R. S., Sommer, I. E., Murray, R. M., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D. R., Cannon, T. D., O'Donovan, M., Correll, C. U., Kane, J. M., van Os, J., & Insel, T. R. (2015). Schizophrenia. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 15067. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.67>
- Kiling, I. Y., & Kiling-Bunga, B. N. (2019). Pengukuran dan Faktor Kualitas Hidup pada Orang Usia Lanjut. *Journal of Health and Behavioral Science*, 1(3), 149–165.
- Kurniati, S. R., Putri, M. E., & Saribu, H. J. D. (2023). Psikoedukasi Untuk Mengurangi Stigma Diri Pada Penderita Gangguan Jiwa : Systematic Review. *Jurnal Ners Indonesia*, 13(2), 96–107. <https://doi.org/10.31258/jni.13.2.96-107>
- Manorek, D. G., Mastur, V., & Assa, R. R. L. (2024). Hubungan Stigma Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Di Poliklinik Rumah Sakit jiwa Prof. Dr. Ratumbusang Manado. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Manado*, 3(1).
- Mardiana, N., & Nurwijaya Fitri. (2025). Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Terhadap Penurunan Frekuensi Halusinasi Pasien Skizofrenia. *Citra Delima Scientific Journal of Citra Internasional Institute*, 8(2), 111–116. <https://doi.org/10.33862/citradelima.v8i2.496>
- Margariti, M., Ploumpidis, D., Economou, M., Christodoulou, G. N., & Papadimitriou, G. N. (2015). Quality of life in schizophrenia spectrum disorders: Associations with insight and psychopathology. *Psychiatry Research*, 225(3), 695–701.
- Mashudi, S. (2021). Buku Askep Skizofrenia (1st ed.). Global Aksara Pres.
- Mohr, P., Galderisi, S., Boyer, P., Wasserman, D., Arteel, P., Ieven, A., Karkkainen, H., Pereira, E., Guldmond, N., Winkler, P., & Gaebel, W. (2018). Value Of



- Schizophrenia Treatment I : The Patient Journey. In *European Psychiatry* (Vol. 53). Cambridge University Press.
- Muslimah, R. N., & Rahmawati, A. (2019). Gambaran Kualitas Hidup Pada Wanita Dewasa Awal Penderita Kanker Payudara. *Psikologia: Jurnal Pemikiran Dan Penelitian Psikologi*, 13(3), 142–152. <https://doi.org/10.32734/psikologia.v13i3.2274>
- Newa Indriani, C., Andriyanto, A., & Triwibowo, H. (2022). Hubungan Stigma Masyarakat Dengan Konsep Diri Penderita Tuberkulosis. STIKes Bina Sehat PPNI Mojokerto.
- Putri, M. A., Harmayetty, & Utomo, B. (2016). Psycoducative Family Therapy Mempengaruhi Pengetahuan Dukungan Keluarga Dan Stigma Kusta. *Ners Journal*, 11.
- Putri, T. H., & Tania, F. (2023). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Stigma Masyarakat Pada Penderita Skizofrenia Di Kalimantan Barat. *Jurnal Perawata Indonesia*, 7(2), 1379–1386.
- Ramadhanty, F. N. (2019). Peran Family Resilience Terhadap Kualitas Hidup Pada Remaja Miskin Serta Tinjauannya Dalam Islam [Diploma (Thesis)]. Universitas Yarsi.
- Risna, & Fauzia, N. (2023). Stigma Pada Penderita Skizofrenia Ditinjau Dari Aspek Sosial Budaya (1st ed.). Amerta Media.
- Rony, F. Q., Nurmasuri, Oktafany, & Pardilawati, C. Y. (2023). Analisis Cost Of Illness Pada Pasien Skizofrenia Di Poliklinik Psikiatri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. *Jurnal Kedokteran Unila*, 7, 73–78.
- Rössler, W. (2016). The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. <https://doi.org/10.15252/embr.201643041>
- Silviyana, A., Kusumajaya, H., & Fitri, N. (2024). Faktor -Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekambuhan Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(1).

- Singhal, M. N. (2024, March). Stigma, Prasangka Dan Diskriminasi Terhadap Orang Dengan Penyakit Mental. American Psychiatric Association.
- Soebiantoro, J. (2017). Pengaruh Edukasi Kesehatan Mental Intensif Terhadap Stigma pada Pengguna Layanan Kesehatan Mental. *INSAN Jurnal Psikologi Dan Kesehatan Mental*, 2(1), 1. <https://doi.org/10.20473/jpkm.V2I12017.1-21>
- Sopiatun, A. (2024). Hubungan Stigma Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Di Puskesmas Srandakan Bantul [Skripsi]. Universitas Jenderal Achmad Yani.
- Sovitriana, R. (2019). Dinamika Psikologis Kasus Penderita Skizofrenia (Fungky, Ed.). Uwais Inspirasi Indonesia.
- Tim Medis Siloam Hospitals. (2024). Mengenal Midlife Crisis, Penyebab, dan cara Menghadapinya. Siloam Hospitals.
- Wardani, I. Y., & Dewi, F. A. (2018). Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Dipersepsikan Melalui Stigma Diri. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 21(1), 17–26. <https://doi.org/10.7454/jki.v21i1.485>
- Wulandari, A., & Febriana, A. I. (2024). Kejadian Skizofrenia pada Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. H. Soewondo Kendal. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 7(4), 562–573. <https://doi.org/10.15294/higeia.v7i4.69619>
- Yudhantara, D. S., & Istiqomah, R. (2018). *Sinopsis Skizofrenia* (1st ed.). UB Press.
- Yunere, F., & Yaslina. (2020). Hubungan Stigma Dengan Kecemasan Perawat Dalam Menghadapi Pandemi Covid-19. *Prosiding Seminar Kesehatan Perintis*, 3(1), 2622–2256.
- Yuni, T. P. (2021). Literature Review : Hubungan Stigma Diri dan Kualitas Hidup Orang dengan Skizofrenia [Thesis (Diploma)]. Universitas Andalas.
- Zaman, B., & Miniharianti. (2022). Peningkatan dukungan sosial dan stigma terhadap kualitas hidup penderita skizofrenia. *Jurnal Keperawatan*, 20(1), 22–32.

## Lampiran 1 Lembar Konsul Pembimbing



**Kementerian Kesehatan**  
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C  
Malang, Jawa Timur 65112  
☎ (0341) 566075  
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Nurul Septiani  
 NIM : P17240224089  
 Pembimbing : Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep.  
 Judul : Hubungan Antara Stigma Diri Dengan Kualitas Hidup  
 Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas  
 Karanganyar

| No. | Tanggal    | Rekomendasi Pembimbing                                                                                                                                                                                                              | Paraf                                                                                 |
|-----|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | 02-01-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelajari penyusunan KTI</li> <li>• Spasi di cek ulang</li> <li>• Margin</li> </ul>                                                                                                         |  |
| 2.  | 03-01-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan Bab 2</li> <li>• Cari instrument kualitas hidup dan self stigma scale</li> </ul>                                                                                                 |  |
| 3.  | 08-01-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bab 2 kerangka konsep belum sesuai</li> <li>• Bab 3 belum lengkap Definisi operasional, proses pengumpulan data, analisa data, dst.</li> <li>• Tunjukkan kuesioner, dicetak</li> </ul>     |  |
| 4.  | 13-01-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kerangka konsep dibenahi</li> <li>• Definisi operasional</li> <li>• Jumlah populasi</li> <li>• Instrument penelitian</li> <li>• Prosedur administrasi</li> <li>• Daftar pustaka</li> </ul> |  |

|     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                       |
|-----|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.  | 15-01-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACC Sempro</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |
| 6.  | 03-02-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsultasi PPT</li> <li>• ACC PPT, persiapan Sempro</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                       |    |
| 7.  | 20-02-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisi Sempro:<br/>Bab 1 alinea 2, Batasan masalah<br/>Bab 2 lengkapi judul kerangka konsep<br/>Bab 3 desain penelitian korelasional,<br/>kerangka kerja, definisi operasional</li> <li>• ACC Penelitian</li> </ul>                                                                                  |    |
| 8.  | 25-04-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surat izin penelitian dilampirkan</li> <li>• Screening di kata pengantar untuk kata-kata proposal dihilangkan semua</li> <li>• Analisis ulang untuk pembahasan</li> </ul>                                                                                                                            |    |
| 9.  | 30-04-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buat abstrak, perhatikan jumlah kata dalam penyusunan abstrak</li> <li>• Pembahasan dihubungkan dengan hasil penelitian</li> </ul>                                                                                                                                                                   |  |
| 10. | 02-05-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACC Semhas</li> <li>• Siapkan PPT</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| 11. | 09-05-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisi Semhas: abstrak alinea 2 jadi 1 dengan alinea 1 dan di analisis data ditambah interpretasinya sehingga bisa sebagai acuan untuk pembahasan</li> <li>• Interpretasi penyebutan presentase di ganti dengan literatur dari Arikunto, sehingga berpengaruh pada pembahasan dan abstrak</li> </ul> |  |
| 12. | 09-05-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstrak dan pembahasan</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 13. | 09-05-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACC</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |

## Lampiran 2 Lembar Konsul Penguji



**Kementerian Kesehatan**  
**Poltekkes Malang**

📍 Jalan Besar Ijen 77C  
Malang, Jawa Timur 65112  
☎ (0341) 566075  
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Nurul Septiani  
 NIM : P17240224089  
 Pembimbing : Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep.  
 Judul : Hubungan Antara Stigma Diri Dengan Kualitas Hidup  
 Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas  
 Karanganyar

| No. | Tanggal    | Rekomendasi Pembimbing                                                                                                                                                                                                                                                                      | Paraf       |
|-----|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1.  | 07-02-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisi Sempro:<br/>Bab 1 alinea 1 introduksi, gambaran masalah penelitian, fenomena apa yang dijumpai di lapangan, alinea 2 dicantumkan 3 kecamatan dengan kasus terbanyak<br/>Perbaiki kerangka konsep<br/>Jelaskan definisi operasional</li> </ul> | <i>Ikhs</i> |
| 2.  | 20-02-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>ACC Penelitian</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                            | <i>Ikhs</i> |
| 3.  | 07-05-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisi Semhas:<br/>Perbaiki penulisan abstrak<br/>Tabel terbuka</li> </ul>                                                                                                                                                                           | <i>Ikhs</i> |
| 4.  | 08-05-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisi abstrak</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                            | <i>Ikhs</i> |
| 5.  | 09-05-2025 | <ul style="list-style-type: none"> <li>ACC</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                       | <i>Ikhs</i> |

## Lampiran 2 Lembar Persetujuan

**LEMBAR PERSETUJUAN****(INFORMED CONCENT)**

Nama saya Nurul Septiani. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek Program Studi D-III Keperawatan Tremggalek mengharapkan partisipasi saudara sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **“Hubungan Antara Stigma Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar”** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa pasien telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Trenggalek,

2025

(.....)

## Lampiran 3 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama Nurul Septiani yang berjudul **“Hubungan Antara Stigma Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar”** saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menandatangani surat perjanjian ini.

Trenggalek,

2025

(.....)

## Lampiran 4 Kuesioner ISMI

**Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI)****Nama (Inisial)** :**Usia** :**Jenis Kelamin** : Laki-laki/Perempuan**Pendidikan Terakhir:** Tidak sekolah/SD/SMP/SMA/Perguruan Tinggi  
S1/S2/S3/Lainya**Pekerjaan Saat Ini** :**Keterangan cara pengisian:**

Berilah tanda X untuk setiap pernyataan dibawah ini sesuai dengan apa yang anda rasakan

1. Tidak setuju      2. Tidak setuju      3. Setuju      4. Sangat setuju

|     |                                                                                                                                                       | Sangat tidak setuju | Tidak setuju | Setuju | Sangat setuju |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|--------|---------------|
| 1.  | Saya merasa tidak memiliki tempat di dunia ini karena saya memiliki gangguan mental.                                                                  | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 2.  | Orang dengan gangguan mental cenderung melakukan kekerasan                                                                                            | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 3.  | Orang-orang mendiskriminasi saya karena saya memiliki gangguan mental                                                                                 | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 4.  | Saya menghindari mendekati orang-orang yang tidak memiliki gangguan mental untuk menghindari penolakan.                                               | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 5.  | Saya merasa malu karena saya memiliki gangguan mental.                                                                                                | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 6.  | Orang dengan gangguan mental seharusnya tidak menikah.                                                                                                | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 7.  | Orang dengan gangguan mental memberikan kontribusi penting bagi Masyarakat.                                                                           | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 8.  | Saya merasa minder dengan orang lain yang tidak memiliki gangguan mental.                                                                             | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 9.  | Saya tidak bersosialisasi banyak seperti yang pernah saya lakukan karenan gangguan mental saya mungkin membuat saya terlihat atau berperilaku “aneh”. | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 10. | Orang dengan penyakit mental tidak dapat menjalani kehidupan yang baik dan bermanfaat.                                                                | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 11. | Saya tidak banyak bicara tentang diri saya sendiri karena saya tidak ingin membebani orang lain dengan gangguan mental saya.                          | 1                   | 2            | 3      | 4             |



|     |                                                                                                                               | Sangat tidak setuju | Tidak setuju | Setuju | Sangat setuju |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------|--------|---------------|
| 12. | Stereotip negatif tentang gangguan mental membuat saya terisolasi dari dunia “normal”.                                        | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 13. | Berada di sekitar orang-orang yang tidak memiliki gangguan mental membuat saya merasa tidak memiliki ruang atau tidak pantas. | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 14. | Saya merasa nyaman terlihat di depan umum dengan orang yang jelas memiliki gangguan mental.                                   | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 15. | Orang-orang sering memandang rendah atau memperlakukan saya seperti anak kecil hanya karena saya memiliki gangguan mental.    | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 16. | Saya kecewa pada diri saya karena memiliki gangguan mental.                                                                   | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 17. | Memiliki gangguan mental telah merusak hidupku.                                                                               | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 18. | Orang-orang dapat mengatakan bahwa saya memiliki gangguan mental dengan cara melihat saya.                                    | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 19. | Karena saya memiliki gangguan mental, saya membutuhkan orang lain untuk membuat keputusan bagi saya.                          | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 20. | Saya tinggal jauh dari situasi sosial untuk melindungi keluarga atau teman-teman saya dari rasa malu.                         | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 21. | Orang-orang tanpa gangguan mental tidak mungkin mengerti saya.                                                                | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 22. | Orang-orang mengabaikan saya atau menganggap saya kurang serius hanya karena saya memiliki gangguan mental.                   | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 23. | Saya tidak bisa berkontribusi apa pun kepada masyarakat karena saya memiliki penyakit mental.                                 | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 24. | Hidup dengan penyakit mental telah membuat saya menjadi orang yang sulit bertahan hidup.                                      | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 25. | Tidak ada orang yang tertarik untuk mendekati saya karena saya memiliki gangguan mental.                                      | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 26. | Secara umum, saya dapat menjalani hidup seperti yang saya inginkan.                                                           | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 27. | Saya dapat memiliki kehidupan yang baik, memuaskan, meskipun saya memiliki gangguan mental.                                   | 1                   | 2            | 3      |               |
| 28. | Orang lain berpikir bahwa saya tidak dapat mencapai banyak hal dalam kehidupan karena saya memiliki gangguan mental.          | 1                   | 2            | 3      | 4             |
| 29. | Stereotip tentang gangguan mental berlaku untuk saya.                                                                         | 1                   | 2            | 3      | 4             |

Kami ucapkan terimakasih banyak atas kesediaan saudara untuk mengisi kuesioner ini.

## Lampiran 5 Kuesioner WHOQOL-BREF

**Kuesioner WHOQOL-BREF Versi Indonesia**

Inisial Nama : .....

Jenis Kelamin : L/P

Usia : .....

Pendidikan Terakhir : .....

Tinggal Bersama : .....

Jika bapak/ibu memiliki penyakit di bawah ini beri tanda  $\checkmark$  pada ☐ yang telah disediakan!

☐ Stroke☐ Parkinson☐ Dimensia

**THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE (WHOQOL)-  
BREF VERSI INDONESIA**

Berikan tanda  $\checkmark$  pada ☐ yang telah disediakan jika bapak/ibu kehilangan hal-hal di bawah ini dalam 4 minggu terakhir!

☐ Kehilangan keluarga☐ Kehilangan tempat tinggal☐ Kehilangan hewan peliharaan yang sangat disayangi☐ Peristiwa menyedihkan lainnya:

Pilihlah jawaban dengan cara mencentang jawaban yang menurut bapak/ibu paling sesuai! Jika bapak/ibu tidak yakin tentang jawaban yang akan bapak/ibu berikan terhadap pertanyaan yang telah diajukan, pikiran pertama yang muncul pada benak bapak/ibu seringkali merupakan jawaban yang terbaik.

A. Camkanlah dalam pikiran bapak/ibu segala standar hidup, harapan, kesenangan, dan perhatian bapak/ibu.

Apa yang bapak/ibu pikirkan tentang kehidupan bapak/ibu pada 4 minggu terakhir?

| No | Pertanyaan                                            | Sangat buruk | Buruk | Biasa-biasa saja | Baik | Sangat baik |
|----|-------------------------------------------------------|--------------|-------|------------------|------|-------------|
| 1. | Bagaimana menurut bapak/ibu kualitas hidup bapak/ibu? | 1            | 2     | 3                | 4    | 5           |
| 2  | Seberapa puas bapak/ibu terhadap kesehatan bapak/ibu? | 1            | 2     | 3                | 4    | 5           |

B. Seberapa sering bapak/ibu telah mengalami hal-hal berikut selama 4 minggu terakhir?

| No | Pertanyaan                                                                                                      | Tidak sama sekali | Sedikit | Dalam jumlah sedang | Sangat sering | Dalam jumlah berlebihan |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|---------------------|---------------|-------------------------|
| 3  | Seberapa jauh rasa sakit fisik bapak/ibu mencegah bapak/ibu dalam beraktivitas sesuai kebutuhan bapak/ibu?      | 5                 | 4       | 3                   | 2             | 1                       |
| 4  | Seberapa sering bapak/ibu membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari bapak/ibu? | 5                 | 4       | 3                   | 2             | 1                       |
| 5  | Seberapa jauh bapak/ibu menikmati hidup bapak/ibu?                                                              | 1                 | 2       | 3                   | 4             | 5                       |
| 6  | Seberapa jauh bapak/ibu merasa hidup bapak/ibu berarti?                                                         | 1                 | 2       | 3                   | 4             | 5                       |
| 7  | Seberapa jauh bapak/ibu mampu berkomunikasi?                                                                    | 1                 | 2       | 3                   | 4             | 5                       |
| 8  | Secara umum, seberapa aman bapak/ibu rasakan dalam kehidupan bapak/ibu sehari-hari?                             | 1                 | 2       | 3                   | 4             | 5                       |
| 9  | Seberapa sehat lingkungan dimana bapak/ibu tinggal (berkaitan dengan sarana dan prasarana)?                     | 1                 | 2       | 3                   | 4             | 5                       |

C. Seberapa penuh bapak/ibu alami hal-hal berikut dalam 4 minggu terakhir?

| No | Pertanyaan                                                                       | Tidak sama sekali | Sedikit | Sedang | Sering kali | Sepe-<br>nuhnya<br>dialami |
|----|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------|--------|-------------|----------------------------|
| 10 | Apakah bapak/ibu memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktivitas sehari?        | 1                 | 2       | 3      | 4           | 5                          |
| 11 | Apakah bapak/ibu dapat menerima penampilan tubuh bapak/ibu?                      | 1                 | 2       | 3      | 4           | 5                          |
| 12 | Apakah bapak/ibu memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan bapak/ibu?         | 1                 | 2       | 3      | 4           | 5                          |
| 13 | Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan bapak/ibu dari hari ke hari? | 1                 | 2       | 3      | 4           | 5                          |
| 14 | Seberapa sering bapak/ibu memiliki kesempatan untuk bersenang-senang/rekreasi?   | 1                 | 2       | 3      | 4           | 5                          |
| 15 | Seberapa baik kemampuan bapak/ibu dalam bergaul?                                 | 1                 | 2       | 3      | 4           | 5                          |

| No | Pertanyaan                                                                                                         | Sangat tidak memuaskan | Tidak memuaskan | Biasa-biasa saja | Memuaskan | Sangat memuaskan |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|------------------|-----------|------------------|
| 16 | Seberapa puaskah bapak/ibu dengan tidur bapak/ibu?                                                                 | 1                      | 2               | 3                | 4         | 5                |
| 17 | Seberapa puaskah bapak/ibu dengan kemampuan bapak/ibu untuk menampilkan aktivitas kehidupan bapak/ibu sehari-hari? | 1                      | 2               | 3                | 4         | 5                |

|    |                                                                                    |   |   |   |   |   |
|----|------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 18 | Seberapa puaskah bapak/ibu dengan kemampuan bapak/ibu untuk bekerja?               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Seberapa puaskah bapak/ibu terhadap diri sendiri?                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Seberapa puaskah bapak/ibu dengan hubungan personal/sosial bapak/ibu?              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Seberapa puaskah bapak/ibu dengan kehidupan seksual bapak/ibu?                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Seberapa puaskah bapak/ibu dengan dukungan bapak/ibu peroleh dari teman bapak/ibu? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Seberapa puaskah bapak/ibu dengan kondisi tempat tinggal bapak/ibu saat ini?       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Seberapa puaskah bapak/ibu dengan akses bapak/ibu pada pelayanan kesehatan?        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Seberapa puaskah bapak-ibu dengan transportasi yang harus bapak/ibu jalani?        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

D. Seberapa sering bapak/ibu merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam 4 minggu terakhir?

| No | Pertanyaan                                                                                                                    | Tidak pernah | Jarang | Cukup sering | Sangat sering | Selalu |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------|--------------|---------------|--------|
| 26 | Seberapa sering bapak/ibu memiliki perasaan negatif seperti ' <i>feeling blue</i> '(kesepian), putus asa, cemas, dan depresi? | 5            | 4      | 3            | 2             | 1      |

## Lampiran 6 Data Umum Responden

**Data Umum Responden Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas****Karanganyar**

| No. Responden | Nama   | Usia | Jenis Kelamin | Pendidikan Terakhir | Pekerjaan Saat Ini |
|---------------|--------|------|---------------|---------------------|--------------------|
| 1             | Sdr. A | 38   | L             | SMA                 | Tidak Bekerja      |
| 2             | Tn. S  | 68   | L             | SD                  | Wiraswasta         |
| 3             | Tn. S  | 62   | L             | SD                  | Petani             |
| 4             | Nn. M  | 37   | P             | Tidak Sekolah       | Tidak Bekerja      |
| 5             | Sdr. K | 44   | L             | SMA                 | Tidak Bekerja      |
| 6             | Sdr. R | 36   | L             | SMA                 | Wiraswasta         |
| 7             | Nn. K  | 26   | P             | SMP                 | Tidak Bekerja      |
| 8             | Tn. K  | 68   | L             | Perguruan Tinggi S1 | Pendeta            |
| 9             | Ny. M  | 65   | P             | SD                  | Tidak Bekerja      |
| 10            | Ny. S  | 48   | P             | SMP                 | IRT                |
| 11            | Tn. S  | 49   | L             | SD                  | Swasta             |
| 12            | Sdr. A | 42   | L             | SMA                 | Swasta             |
| 13            | Ny. M  | 55   | P             | SD                  | Wiraswasta         |
| 14            | Sdr. N | 45   | L             | SMP                 | Tidak Bekerja      |
| 15            | Ny. S  | 34   | P             | SMA                 | Swasta             |
| 16            | Ny. R  | 57   | P             | Perguruan Tinggi S1 | IRT                |
| 17            | Sdr. S | 40   | L             | SMA                 | Tidak Bekerja      |
| 18            | Ny. T  | 55   | P             | SMP                 | IRT                |
| 19            | Tn. K  | 64   | L             | SD                  | Petani             |

## Lampiran 7 Data Khusus Rekapitulasi Stigma Diri

**Data Khusus Rekapitulasi Stigma Diri Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar**

| No.<br>Respo<br>nden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | N  | Kate<br>gori     |
|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|------------------|
| 1                    | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 2  | 3  | 3  | 2  | 80 | Stigma<br>Tinggi |
| 2                    | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 2  | 3  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2  | 2  | 65 | Stigma<br>Tinggi |
| 3                    | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2  | 2  | 3  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2  | 3  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 2  | 3  | 3  | 2  | 2  | 69 | Stigma<br>Tinggi |
| 4                    | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 78 | Stigma<br>Tinggi |
| 5                    | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  | 3  | 3  | 83 | Stigma<br>Tinggi |
| 6                    | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  | 3  | 3  | 80 | Stigma<br>Tinggi |
| 7                    | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  | 3  | 3  | 82 | Stigma<br>Tinggi |
| 8                    | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2  | 2  | 55 | Stigma<br>Rendah |
| 9                    | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  | 3  | 3  | 79 | Stigma<br>Tinggi |
| 10                   | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2  | 3  | 2  | 3  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2  | 3  | 2  | 2  | 2  | 3  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2  | 2  | 69 | Stigma<br>Tinggi |
| 11                   | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 1  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2  | 1  | 55 | Stigma<br>Rendah |
| 12                   | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  | 3  | 3  | 81 | Stigma<br>Tinggi |
| 13                   | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2  | 3  | 2  | 3  | 2  | 3  | 3  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2  | 3  | 2  | 2  | 3  | 3  | 2  | 3  | 2  | 73 | Stigma<br>Tinggi |
| 14                   | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 4  | 4  | 3  | 4  | 2  | 4  | 3  | 3  | 3  | 4  | 3  | 3  | 3  | 4  | 3  | 3  | 2  | 1  | 4  | 4  | 92 | Stigma<br>Tinggi |

|    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |               |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------|
| 15 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 58 | Stigma Rendah |
| 16 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 56 | Stigma Rendah |
| 17 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 4 | 3 | 88 | Stigma Tinggi |
| 18 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 67 | Stigma Tinggi |
| 19 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 1 | 58 | Stigma Rendah |

## Lampiran 8 Data Khusus Rekapitulasi Kualitas Hidup

**Data Khusus Rekapitulasi Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar**

| No. Responden | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | D1 | D2 | D3 | D4 | N  | Kategori    |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------------|
| 1             | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3  | 4  | 3  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 3  | 4  | 2  | 4  | 4  | 4  | 4  | 3  | 74 | 63 | 67 | 73 | 69 | Baik        |
| 2             | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4  | 3  | 3  | 3  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 5  | 80 | 83 | 80 | 75 | 80 | Baik        |
| 3             | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 3  | 4  | 51 | 67 | 60 | 55 | 58 | Sedang      |
| 4             | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  | 2  | 3  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 49 | 47 | 53 | 53 | 50 | Sedang      |
| 5             | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3  | 2  | 3  | 3  | 1  | 2  | 3  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  | 46 | 40 | 53 | 53 | 48 | Sedang      |
| 6             | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3  | 2  | 3  | 3  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 46 | 43 | 53 | 55 | 49 | Sedang      |
| 7             | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3  | 2  | 2  | 2  | 2  | 2  | 3  | 2  | 1  | 3  | 2  | 2  | 3  | 3  | 4  | 3  | 2  | 46 | 43 | 47 | 53 | 47 | Sedang      |
| 8             | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 5  | 4  | 5  | 80 | 83 | 80 | 83 | 81 | Sangat Baik |
| 9             | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 2  | 3  | 2  | 2  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 3  | 3  | 46 | 53 | 60 | 60 | 55 | Sedang      |
| 10            | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 51 | 57 | 60 | 60 | 57 | Sedang      |
| 11            | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3  | 3  | 3  | 4  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 3  | 4  | 63 | 67 | 60 | 70 | 65 | Baik        |
| 12            | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3  | 2  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 4  | 3  | 3  | 54 | 50 | 53 | 55 | 53 | Sedang      |
| 13            | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2  | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 2  | 3  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 2  | 3  | 57 | 53 | 60 | 58 | 57 | Sedang      |
| 14            | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2  | 1  | 2  | 2  | 1  | 1  | 2  | 2  | 1  | 1  | 2  | 1  | 2  | 1  | 3  | 1  | 1  | 31 | 27 | 33 | 30 | 30 | Buruk       |
| 15            | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3  | 3  | 3  | 4  | 3  | 4  | 4  | 4  | 4  | 3  | 3  | 3  | 4  | 4  | 5  | 3  | 4  | 71 | 67 | 67 | 75 | 70 | Baik        |
| 16            | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3  | 3  | 3  | 4  | 3  | 3  | 4  | 3  | 3  | 3  | 3  | 4  | 3  | 5  | 3  | 4  | 4  | 69 | 63 | 67 | 70 | 67 | Baik        |
| 17            | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2  | 2  | 2  | 2  | 1  | 2  | 2  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 3  | 2  | 3  | 2  | 1  | 34 | 30 | 33 | 38 | 34 | Buruk       |
| 18            | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3  | 3  | 3  | 4  | 3  | 3  | 4  | 3  | 3  | 3  | 4  | 3  | 4  | 3  | 5  | 4  | 4  | 69 | 63 | 73 | 70 | 69 | Baik        |
| 19            | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3  | 3  | 3  | 4  | 3  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 4  | 5  | 4  | 4  | 74 | 67 | 80 | 73 | 73 | Baik        |



# Lampiran 9 Surat Izin Penelitian Dari Kaprodi D3 Keperawatan Kampus Trenggalek



**Kementerian Kesehatan**  
**Direktorat Jenderal**  
**Sumber Daya Manusia Kesehatan**  
 Politeknik Kesehatan Malang  
 Jalan Besar Ijen 77C  
 Malang, Jawa Timur 65112  
 ☎ (0341) 566075  
 🌐 <https://poltekkes.malang.ac.id>

Trenggalek, 28 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/129/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

Perihal : Surat Ijin Mencari Data Dan Penelitian Bagi Mahasiswa

K e p a d a :

Yth.Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Pengendalian Penduduk dan

Keluarga Berencana Kabupaten Trenggalek

di –

**TRENGGALEK**

Sehubungan dengan tugas akhir bagi mahasiswa tingkat III Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 – Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek diwajibkan untuk membuat Studi Kasus, maka mohon diperkenankan mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : NURUL SEPTIANI

NIM : P17240224089

Judul KTI : Hubungan Antara Stigma Diri dengan Kualitas Hidup Pasien *Skizofrenia* di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar

Untuk mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja Saudara mulai Maret s/d April 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



**Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes**

**TEMBUSAN disampaikan kepada :**

- Yth. 1. Sdr. Kabid. P2PL
2. Sdr. Kepala Puskesmas Karanganyar
3. Arsip.

Lampiran 10 Surat Izin Penelitian Dari Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana Kabupaten Trenggalek



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK  
**DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN  
 PENDUDUK DAN KELUARGA BERENCANA**  
 Jl. R. Ng. Ronggowarsito No. 2  
 Website : dinkes-ppkb.trenggalekkab.go.id & email: dinkestrenggalek@gmail.com  
 TRENGGALEK 66315

Trenggalek, 10 Maret 2025

Nomor : 000.9.2 /1546/406.010/2025  
 Sifat : Segera  
 Lampiran : - Lembar  
 Perihal : Penelitian

Yth. Kepala Puskesmas Karanganyar  
 di  
 TRENGGALEK

Menindaklanjuti surat dari Ketua Program Studi D3 Keperawatan Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang tanggal 28 Februari 2025, Nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/129/2025, Perihal : Surat Mencari Data dan ijin Melaksanakan Penelitian bagi Mahasiswa, maka diharap bantuan Saudara untuk memfasilitasi Mahasiswa berikut melaksanakan Penelitian dalam rangka menyelesaikan Tugas Akhir :

Nama : NURUL SEPTIANI  
 NIM : P17240224089  
 Judul Penelitian : Hubungan Antara Stigma Diri dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar  
 Tempat : Puskesmas Karanganyar  
 Lamanya : 10 Maret s.d 30 April 2025

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN  
 PENGENDALIAN PENDUDUK  
 DAN KELUARGA BERENCANA  
 KABUPATEN TRENGGALEK



Dr. SUNARTO  
 Pembina Tk. I  
 NIP. 19740223 200604 2 019

**TEMBUSAN** : disampaikan kepada

- Yth. 1. Ketua Program Studi D3 Keperawatan Trenggalek  
 Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang  
 2. Kepala Bidang UKM dan UKP  
 Dinas Kesehatan PPKB Kab. Trenggalek  
 3. Sdr. NURUL SEPTIANI

**Catatan :**

- UU ITE No 11 Tahun 2008 Pasal 5 Ayat 1  
 "Informasi Elektronik dan/atau Dokumen Elektronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti yang sah"  
 - Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan **Sertifikat Elektronik** yang diterbitkan **BSrE**



Lampiran 11 Surat Telah Melakukan Penelitian Dari Kepala Puskesmas Karanganyar



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK  
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK DAN  
KELUARGA BERENCANA  
**PUSKESMAS KARANGANYAR**  
Jl. Gandusari - Kampak Telp. (0355) 811244  
E-mail : pusk.karanganyar@gmail.com  
TRENGGALEK 66372

**SURAT KETERANGAN**

Nomor: 400.7.22.1 / 1080 /406.010.10.002/2025

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. IKA VERISTIANA SANTI  
NIP : 19900301 201903 2 002  
Pangkat / Golongan : Penata / III c  
Jabatan : Kepala Puskesmas  
Unit Kerja : Puskesmas Karanganyar Kab. Trenggalek

Menerangkan bahwa :

Nama : NURUL SEPTIANI  
NIM : P17240224089  
Perguruan Tinggi : Poltekkes Kemenkes Malang  
Program Studi : D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek

Menerangkan bahwa yang bersangkutan benar – benar telah melaksanakan penelitian dalam menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul penelitian “Hubungan Antara Stigma Diri dengan Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia di Wilayah Kerja Puskesmas Karanganyar” yang bertempat di Puskesmas Karanganyar Kabupaten Trenggalek .

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapatnya dipergunakan dengan sebagaimana mestinya.

Trenggalek, 26 April 2025

Plh KEPALA PUSKESMAS KARANGANYAR  
KABUPATEN TRENGGALEK



**dr. IKA VERISTIANA SANTI**  
NIP. 19900301 201903 2 002