

**LAPORAN AKHIR TAHUN TERAKHIR  
PENELITIAN TERAPAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI  
(PTUPT)**



**PENGUATAN LITERASI KESEHATAN MENTAL KOMUNITAS  
DAN KELUARGA UNTUK Mendukung PROGRAM  
ANTI PASUNG DI JAWA TIMUR**

**TAHUN KE – 2 DARI RENCANA 2 TAHUN**

**Dr. NURUL HARTINI, S.Psi., M.Kes.**

**0021047107**

**Dr. NUR AINY FARDANA, M.Si.**

**0012345678**

**ATIKA DIAN ARIANA, S.Psi., M.Sc.**

**0004038302**

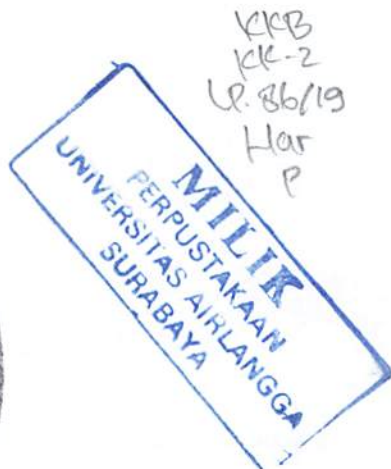
**DIBIYAI OLEH:  
DIREKTORAT RISET DAN PENGABDIAN MASYARAKAT  
DIREKTORAT JENDERAL PENGUATAN RISET DAN PENGEMBANGAN  
KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
SESUAI DENGAN PERJANJIAN PENDANAAN PENELITIAN DAN  
PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT  
NOMOR: 122/SP2H/PTNBH/DRPM/2018**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA  
NOVEMBER 2018**





LAPORAN AKHIR TAHUN TERAKHIR  
PENELITIAN TERAPAN UNGGULAN PERGURUAN TINGGI  
(PTUPT)



PENGUATAN LITERASI KESEHATAN MENTAL KOMUNITAS  
DAN KELUARGA UNTUK Mendukung PROGRAM  
ANTI PASUNG DI JAWA TIMUR

TAHUN KE - 2 DARI RENCANA 2 TAHUN

Dr. NURUL HARTINI, S.Psi., M.Kes.	0021047107
Dr. NUR AINY FARDANA, M.Si.	0012345678
ATIKA DIAN ARIANA, S.Psi., M.Sc.	0004038302

DIBIYAI OLEH:  
DIREKTORAT RISET DAN PENGABDIAN MASYARAKAT  
DIREKTORAT JENDERAL PENGUATAN RISET DAN PENGEMBANGAN  
KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
SESUAI DENGAN PERJANJIAN PENDANAAN PENELITIAN DAN  
PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT  
NOMOR: 122/SP2H/PTNBH/DRPM/2018

UNIVERSITAS AIRLANGGA  
NOVEMBER 2018

Judul : Penguatan Literasi Kesehatan Mental Komunitas dan Keluarga untuk mendukung Program Anti Pasung di Jawa Timur

**Peneliti/Pelaksana**

Nama Lengkap : Dr NURUL HARTINI, S.Psi, M.Kes  
Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga  
NIDN : 0021047107  
Jabatan Fungsional : Lektor Kepala  
Program Studi : Psikologi  
Nomor HP : 08155043321  
Alamat surel (e-mail) : nurul.hartini@psikologi.unair.ac.id

**Anggota (1)**

Nama Lengkap : Dr NUR AINY FARDHANA NAWANGSARI S.Psi,  
: M.Si  
NIDN : 0027027203  
Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga

**Anggota (2)**

Nama Lengkap : ATIKA DIAN ARIANA S.Psi, M.Sc.  
NIDN : 0004038302  
Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga

**Institusi Mitra (jika ada)**

Nama Institusi Mitra : -  
Alamat : -  
Penanggung Jawab : -  
Tahun Pelaksanaan : Tahun ke 2 dari rencana 2 tahun  
Biaya Tahun Berjalan : Rp 0  
Biaya Keseluruhan : Rp 0



Mengetahui,  
Wakil Dekan II




(Ilham Nur Alfian, M.Psi.)  
NIP/NIK 197609012003121001

Kota Surabaya, 12 - 11 - 2018  
Ketua,



(Dr NURUL HARTINI, S.Psi, M.Kes)  
NIP/NIK 197104211997022001

Menyetujui,  
Ketua Lembaga Penelitian dan Inovasi



(Prof. Drs. Hery Purnobasuki, MSi., Ph.D.)  
NIP/NIK 196705071991021001



## RINGKASAN

Gangguan mental adalah permasalahan yang serius di Indonesia, termasuk Jawa Timur. Selain harus berjuang dengan gangguan yang dimiliki, orang dengan gangguan mental (ODGM) juga harus menghadapi stigma dalam masyarakat (Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005). Tidak hanya terjadi pada masyarakat awam, stigma terhadap ODGM juga datang dari tenaga kesehatan (Üçok, 2008). Padahal, stigma ini tentu saja berdampak buruk pada ODGM. Salah satunya adalah diskriminasi terhadap ODGM dalam bentuk praktik pasung (Lestari dan Wardhani, 2014). Program anti pasung sudah banyak dicanangkan pada beberapa daerah di Indonesia, termasuk di provinsi Jawa Timur. Sayangnya, program anti pasung yang dicanangkan belum memberi perubahan yang substansial. Peningkatan literasi kesehatan mental dapat menjadi strategi untuk meningkatkan keberhasilan program anti pasung tersebut.

Penelitian ini menggunakan metode *survey* dan mengambil lokasi di Jawa Timur. Puskesmas akan dipilih secara *purposive* agar mewakili karakteristik *cross-sectional* yang dibutuhkan dalam penelitian ini.. Pengetahuan mengenai kesehatan mental dan kontak dengan ODGM diukur sebagai variabel independen, sedangkan 4 variabel stigma (yakni *authoritarianism*, *benevolence*, *social restrictiveness*, dan *community mental health ideology*) diukur sebagai variabel independen. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner demografis dan tiga skala, yakni *Community Attitudes toward Mental Illness*, *Mental Health Knowledge Schedule*, dan *Level of Contact Report*. Data akan dianalisis menggunakan uji beda *t-test* dan MANOVA. Selanjutnya, data penelitian juga diperoleh dari hasil Focus Group Discussion (FGD) para tenaga kesehatan untuk merancang desain promosi literasi kesehatan mental dalam mendukung program anti pasung.

Survei untuk masyarakat umum dilakukan terhadap 1.228 orang responden dari berbagai daerah di Jawa Timur. Rata-rata usia responden adalah 23,4 tahun. Mayoritas responden belum menikah, memiliki tingkat pendidikan SMA, dan berpenghasilan kurang dari Rp 2.200.000 per bulan. Hasil analisis sementara menunjukkan bahwa mayoritas responden pernah berinteraksi dengan ODGM (56,03%), tidak pernah mengalami permasalahan jiwa (93,89%), dan tidak setuju dengan praktik pemasangan terhadap ODGM (93,89%). Penelitian ini menyimpulkan bahwa terdapat korelasi negatif yang signifikan antara tingkat pengetahuan tentang kesehatan mental dan tingkat stigma terhadap orang dengan gangguan mental di masyarakat. Disamping itu, perbedaan tingkat stigma terhadap orang dengan gangguan mental mempunyai asosiasi yang signifikan dengan usia, jenis kelamin, pengalaman kontak, riwayat gangguan mental, sikap terhadap pasung, status pernikahan, dan penghasilan per bulan.

Kata Kunci: *literasi kesehatan mental, stigma, pasung*



## PRAKATA

Alhamdulillah, Puji syukur tim peneliti panjatkan ke hadirat Allah SWT dengan selesainya penelitian PUPT dengan judul : Penguatan literasi kesehatan mental komunitas dan keluarga untuk mendukung program anti pasung di Jawa Timur.

Penelitian dilakukan sebagai bagian dari program kesehatan mental komunitas dan keluarga untuk terbangunnya desain intervensi peningkatan literasi kesehatan mental pada komunitas, yakni masyarakat awam, tenaga kesehatan, dan keluarga. Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi acuan dan pedoman dalam membangun pengetahuan dan sikap yang lebih positif pada masyarakat mengenai kesehatan mental, penanganannya terhadap ODGM (Orang Dengan Gangguan Mental). Peningkatan literasi kesehatan mental dapat menjadi upaya dalam menurunkan stigma yang ada, sehingga memperbaiki pelayanan kesehatan mental serta mendukung program pelepasan pasung terhadap ODGM.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah berjasa dan berkontribusi dalam penelitian ini, terutama kepada (1) Menteri Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi Indonesia; (2) Rektor Universitas Airlangga; (3) Ketua Lembaga Penelitian dan Inovasi Universitas Airlangga; (4) Dekan Fakultas Psikologi Universitas Airlangga; (5) Subyek Penelitian.

Penelitian ini masih harus kami lanjutkan pada penelitian lanjutan sebagai tindak lanjut dari hasil temuan pada penelitian dua tahun ini agar tujuan penelitian dapat tercapai; oleh karena itu, masukan dari berbagai pihak sangat kami butuhkan untuk menyempurnakan proses dan hasil penelitian ini.

Surabaya, November 2018

Peneliti



## DAFTAR ISI

Halaman Sampul.....	1
Halaman Pengesahan.....	2
Ringkasan .....	3
Prakata .....	4
Daftar Isi .....	5
Bab I Pendahuluan.....	6
1.1. Latar Belakang Masalah .....	6
1.2. Rumusan Masalah.....	8
Bab II Tinjauan Pustaka.....	9
2.1. Kesehatan Mental .....	9
2.2. Stigma terhadap Gangguan Mental .....	9
2.3. Pasung.....	9
2.4. Intervensi terhadap Stigma Kesehatan Mental .....	10
Bab III Tujuan dan Manfaat Penelitian .....	12
3.1. Tujuan Penelitian .....	12
3.2. Manfaat Penelitian .....	12
Bab IV Metode Penelitian .....	13
4.1. Tipe dan Lokasi Penelitian .....	13
4.2. Variabel Penelitian.....	14
4.3. Subyek Penelitian .....	14
4.4. Teknik Pengumpulan Data .....	14
4.5. Teknik Analisis Data .....	15
Bab V Hasil Penelitian dan Luaran Yang Dicapai .....	16
5.1. Gambaran Subyek dan Lokasi Penelitian .....	16
5.2. Hasil Analisa Data .....	17
5.3. Pembahasan .....	20
5.4 Hasil dan Luaran Yang Dicapai .....	22
Bab VI Kesimpulan dan Saran .....	24
6.1. Kesimpulan .....	24
6.2. Saran .....	24
Daftar Pustaka.....	25
Lampiran-Lampiran .....	27





## BAB I PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang Masalah

Gangguan mental merupakan permasalahan serius di Indonesia, termasuk di Jawa Timur. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar atau Riskesdas (2013) prevalensi seumur hidup dari gangguan jiwa berat di Jawa Timur (skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya) sebesar 2,2 permil. Angka ini lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional yang sebesar 1,7 permil. Penganganan gangguan mental di Indonesia juga belum terlalu memuaskan. Banyak orang dengan gangguan mental (ODGM) yang tidak mendapatkan penanganan yang layak dan semestinya dikarenakan berbagai faktor (Lestari & Wardhani, 2014). Hal ini tentunya membuat para ODGM sulit memiliki kualitas hidup yang baik.

Selain harus berjuang melawan gangguan yang mereka miliki, para ODGM seringkali juga harus menghadapi stigma dari masyarakat (Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005). Stigma adalah dampak negatif dari pelabelan pada kelompok tertentu (Hayward & Bright, 1997). Beberapa penelitian telah mengkaji stigma terhadap ODGM pada beberapa negara terkait dengan perbedaan gender (Ng & Chan, 2000), perbedaan budaya (Corrigan, Edwards, Green, Diwan, & Penn, 2001; Mellor, Carne, Shen, McCabe, & Wang, 2012), peran kontak, pendidikan, dan pekerjaan (Papadopoulos, Leavy, & Vincent, 2002; Song, Chang, Shih, Lin, & Yang, 2005). Stigma terhadap ODGM tidak hanya terjadi pada masyarakat awam, tetapi juga pada tenaga kesehatan yang bekerja menangani ODGM (psikiater, psikolog, perawat dan staf kesehatan lainnya) (Üçok, 2008). Padahal, sikap negatif para tenaga kesehatan terhadap ODGM ini justru dapat semakin membentuk citra buruk dunia kesehatan mental dan menciptakan stigma di masyarakat.

Stigma tentu saja berdampak buruk pada diri penderita gangguan mental. Pertama, stigma akan membentuk citra buruk baik gangguan mental itu sendiri (Rüsch, dkk., 2005). Hal ini dapat membuat ODGM kehilangan harga diri dan efikasi diri, serta menghambat mereka untuk mencari bantuan medis atas gangguan yang mereka miliki (Corrigan, Kerr, & Knudsen, 2005; Rüsch, dkk., 2005). Selain itu, stigma juga berakibat pada diskriminasi terhadap ODGM dalam mendapatkan kesempatan untuk



mengejar dua tujuan hidup yang penting, yakni kesempatan bekerja dan kesempatan hidup secara mandiri dan aman (Corrigan, dkk., 2005).

Salah satu bentuk diskriminasi yang disebabkan oleh stigma terhadap ODGM adalah praktik pemasungan (Lestari & Wardhani, 2014). Pasung adalah praktik pengekangan dan pengurungan terhadap ODGM. Di Indonesia, praktik pasung ini cukup banyak dilakukan. Riskesdas (2013) mencatat terdapat 1.655 kasus pemasungan terhadap penderita gangguan jiwa berat di Indonesia. Sementara itu, berdasarkan data *e-pasung* (<http://wtpc.net/e-pasung>), terdapat 2.369 kasus pasung yang tercatat di Jawa Timur. Pemasungan lebih banyak dilakukan pada orang dengan gangguan mental berat seperti skizofrenia (Minas & Diatri, 2008; Puteh, Marthoenis, & Minas, 2011). Penderita gangguan mental berat memang biasanya lebih tidak diterima oleh masyarakat sekitar dan terdampak lebih besar oleh stigma yang ada (Mayville & Penn, 1998). Lebih jauh, praktik pasung juga lebih banyak dilakukan di daerah pedesaan oleh anggota keluarga dari kelompok sosioekonomi bawah dengan durasi yang bervariasi, mulai dari hanya beberapa hari hingga beberapa puluh tahun (Minas & Diatri, 2008; Puteh, dkk., 2011; Riskesdas, 2013). Penelitian terdahulu menyebutkan bahwa sebagian besar alasan keluarga melakukan pasung terhadap ODGM adalah karena pertimbangan keamanan, baik bagi diri ODGM maupun bagi masyarakat sekitar (Minas & Diatri, 2008; Puteh, dkk., 2011).

Pengesahan Undang-Undang Republik Indonesia nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa menjadi pemicu keseriusan pemerintah dalam menangani permasalahan gangguan jiwa, tak terkecuali menyangkut praktik pemasungan terhadap ODGM. Beberapa program anti pasung telah dicanangkan, baik dalam lingkup nasional, yakni program Indonesia Bebas Pasung, maupun dalam lingkup regional seperti program Aceh Bebas Pasung (Puteh, dkk., 2011; Lestari & Wardhani, 2014). Sayangnya, program pembebasan pasung masih belum berdampak secara signifikan. Misalnya saja, program Indonesia Bebas Pasung yang direncanakan akan terwujud pada tahun 2014 akhirnya harus diundur target pencapaiannya pada tahun 2019 karena tidak adanya perubahan yang substansial (Lestari & Wardhani, 2014).

Di Jawa Timur sendiri, program yang sama, yakni Jatim Bebas Pasung ditargetkan untuk terwujud pada tahun 2017. Namun, hingga saat ini (Januari 2017), baru tercatat 932 kasus pembebasan pasung di Jawa Timur, menyisakan 719 kasus

pemasangan lain yang masih terus berlanjut (<http://wtpc.net/e-pasung>, tanpa tahun). Pembebasan pasung memang tidak bisa begitu saja dilakukan. Pembangunan sistem pelayanan kesehatan mental yang terjangkau dan mudah diakses merupakan hal yang penting dalam keberhasilan program anti pasung (Minas & Diatri, 2008; Puteh, dkk., 2011). Selain itu, seperti yang telah disinggung sebelumnya, stigma di masyarakat juga menjadi tantangan dalam pemberantasan praktik pasung (Lestari & Wardhani, 2014).

Peningkatan literasi kesehatan mental dapat menjadi salah satu cara untuk menangani permasalahan tersebut. Literasi kesehatan mental adalah pengetahuan dan kepercayaan terkait gangguan mental yang membantu seseorang dalam mengenali, menangani, dan mencegah gangguan mental (Jorm, 2000). Studi menunjukkan bahwa individu yang memiliki literasi kesehatan mental yang baik cenderung menunjukkan sikap yang lebih positif terhadap gangguan mental (Dahlberg, Waern, & Runeson, 2008). Edukasi mengenai gangguan mental dan kontak sosial dengan ODGM dianggap sebagai bentuk intervensi yang efektif dalam meningkatkan literasi kesehatan mental dan mengeliminasi stigma, baik pada masyarakat awam maupun pada tenaga kesehatan (Rüsch, dkk., 2005; Üçok, 2008; Corrigan, Roe, & Tsang, 2011; Pinto-Foltz, Logsdon, & Myers, 2011).

## 1.2. Rumusan Permasalahan

Keberhasilan program anti pasung adalah hal yang penting demi terwujudnya kualitas hidup yang lebih baik dan terjaminnya hak asasi bagi ODGM. Peningkatan literasi kesehatan mental merupakan salah satu strategi kunci dalam menyukseskan program tersebut, termasuk di Jawa Timur. Strategi ini bukan hanya perlu dilakukan pada keluarga ODGM dan masyarakat awam secara luas, tetapi peningkatan literasi kesehatan mental pada tenaga kesehatan yang berinteraksi dan menangani langsung ODGM juga perlu dilakukan.

Oleh karena itu, penelitian yang menggali mengenai tingkat literasi kesehatan mental dan stigma terhadap ODGM pada komunitas dan keluarga serta efektivitas bentuk intervensi peningkatan literasi kesehatan mental menjadi perlu dilakukan untuk mengatasi permasalahan pasung yang ada di Jawa Timur. Berdasarkan penjabaran pada bagian latar belakang di atas, maka permasalahan yang menjadi fokus dalam penelitian ini adalah:

**Tahun I:**

- a. Bagaimana gambaran tingkat literasi kesehatan mental pada masyarakat awam dan keluarga ODGM?
- b. Bagaimana gambaran tingkat literasi kesehatan mental pada tenaga kesehatan?
- c. Bagaimana gambaran stigma pada masyarakat awam dan keluarga terhadap ODGM?
- d. Bagaimana gambaran stigma pada tenaga kesehatan terhadap ODGM?

**Tahun II:**

- a. Bagaimana efektivitas bentuk intervensi peningkatan literasi kesehatan mental terhadap tingkat literasi kesehatan mental dan stigma terhadap ODGM pada masyarakat awam dan keluarga?
- b. Bagaimana efektivitas bentuk intervensi peningkatan literasi kesehatan mental terhadap tingkat literasi kesehatan mental dan stigma terhadap ODGM pada tenaga kesehatan?





## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA PENELITIAN

#### 2.1. Kesehatan Mental

Kesehatan mental adalah keadaan kesejahteraan yang membuat individu menyadari potensi dirinya, dapat mengatasi berbagai tekanan dalam kehidupannya, dapat bekerja dengan baik dan produktif serta dapat memberi kontribusi pada komunitasnya. Dimensi sehat secara mental adalah memiliki kondisi fisik, mental dan sosial yang sehat bukan hanya karena tidak ada penyakit atau kelemahan fisik.

#### 2.2. Stigma terhadap Gangguan Mental

Hayward dan Bright (1997) menyatakan stigma adalah efek negatif dari label yang melekat pada orang yang didiagnosis mengalami sakit mental. Corrigan (1998) menyatakan bahwa stigma terhadap orang yang mengalami gangguan jiwa berdampak negatif. Dampak negatif tersebut adalah reaksi masyarakat yang selalu memberikan stereotip negatif pada orang yang mengalami gangguan jiwa. Masyarakat menyatakan bahwa orang dengan gangguan jiwa adalah “pasien mental yang berbahaya”, “orang yang tidak bisa mengurus diri sendiri”, “tidak ada obat untuk penyakit gangguan jiwa” dan lain sebagainya.

Stereotip negatif menyebabkan orang dengan gangguan jiwa terutama skizofrenia akan gagal ketika mencoba hidup mandiri, mendapatkan pekerjaan atau membangun hubungan interpersonal dalam jangka panjang. Secara global, 90% ODGM di negara-negara dunia ketiga dan 45% ODGM di negara-negara barat diketahui juga gagal mendapatkan perawatan yang tepat akibat adanya stigma (World Health Organization, 2001). Menurut Corrigan dan kawan-kawan (2011) stigma dapat terjadi pada tiga lapisan berbeda, yaitu: diri, publik, dan structural. Masing-masing lapisan ini memiliki dampak negatif yang berbeda-beda. Stigma diri berakibat pada rendahnya harga diri ODGM, stigma publik menimbulkan sikap negatif dan penolakan terhadap ODGM, sedangkan stigma struktural dapat menyebabkan alienisasi dan penelantaran ODGM dalam masyarakat (Corrigan & Watson, 2002; Corrigan, Roe, & Tsang, 2011).

### 2.3. Pasung

Pasung adalah alat untuk menghukum seseorang, berbentuk kayu apit atau kayu berlubang yang dipasangkan pada kaki, tangan atau leher. Praktik pemasangan adalah membelenggu seseorang dengan pasung yang menghambat atau membatasi ruang gerak seseorang. Penelitian terhadap praktik pasung di Indonesia menunjukkan bahwa mayoritas pemasangan dilakukan oleh keluarga ODGM dengan berbagai alasan seperti menjaga keselamatan diri ODGM dan masyarakat sekitar karena adanya riwayat kekerasan atau tindakan menyakiti diri sendiri (Minas & Diatri, 2008; Puteh, dkk., 2011).

Di Indonesia, Kementerian Kesehatan RI telah membuat program Indonesia Bebas Pasung 2014 pada tahun 2011 (Lestari & Wardhani, 2014). Sayangnya, program tersebut kemudian direvisi menjadi Indonesia Bebas Pasung 2019 karena belum dapat mencapai target yang ditetapkan. Program serupa juga banyak diterapkan dalam skala regional, seperti halnya di provinsi Jawa Timur. Pemerintah Provinsi setempat menargetkan Jawa Timur akan bebas pasung pada tahun 2017.

### 2.4. Intervensi terhadap stigma kesehatan mental

Corrigan (1998) menawarkan pendekatan *behavior* yaitu *empowerment* untuk melakukan intervensi terhadap stigma. Salah satu bentuk *empowerment* dikemukakan oleh Dickerson (1999) yaitu *foster empowerment*. Beberapa strategi *foster empowerment* adalah *clubhouse model*, *self help group*, *participatory action research*, *advocacy organization* dan *traditional therapies*.

*Clubhouse model* dibuat dengan tujuan mengubah mantan pasien gangguan jiwa (*exhospitalized patient*) untuk mendapatkan kesempatan berubah dari "*patienthood to personhood*" yang mengarah pada kehidupan produktif. *Clubhouse* adalah program yang menawarkan tempat bagi mantan pasien kejiwaan untuk membangun hubungan dengan orang lain, membangun pertemanan, belajar keterampilan kerja dan menjadi lebih mandiri. Berbagai macam kegiatan yang dilakukan di *clubhouse* didasarkan pada program psikososial yaitu melakukan kegiatan bermakna yang berhubungan dengan fungsi sehari-hari seperti menjawab telepon, menyiapkan makanan, mengetik surat dan membersihkan fasilitas. Kegiatan ini membuat peserta dapat membangun hubungan yang terstruktur yang berkaitan dengan

kegiatan yang biasanya dilakukan sehari-hari (*work ordered day*). *Clubhouse* bertujuan untuk menumbuhkan suasana yang meningkatkan kepercayaan diri dan *sense of purpose*. Salah satu contoh *Clubhouse* adalah *Fountain house* yang menawarkan banyak program psikosial untuk orang-orang yang mengalami penyakit mental yang serius.

*Self help group* didasarkan pada kesimpulan bahwa orang yang berbagi cacat memiliki sesuatu yang mereka tawarkan kepada satu sama lain di mana hal ini tidak dapat diberikan oleh pekerja profesional. *Self help* dilakukan karena para profesional sering dianggap *disempowerment* dan bersifat koersif (menekan dan memaksa).

*Participatory research* bertujuan untuk melakukan penelitian yang lebih relevan, kredibel dan bermakna. Literatur psikoterapi mencatat bahwa pendekatan ini digunakan untuk menganalisis konten terapi (Corrigan & Gorman, 1997; Rapp, Shera & Kisthardt, 1993).

*Advocacy organization* bertujuan untuk melobi para legislator lokal atau legislator negara tentang hukum yang diusulkan terutama legislator yang bekerja di kementerian kesehatan. Isi lobi dapat berupa penjelasan mengenai potret yang tidak menguntungkan dari penyakit mental yang serius.

*Traditional therapies* dikembangkan diluar konteks politik *empowerment* dan tidak bertujuan untuk mendorong pemberdayaan pasien. *Traditional therapies* dapat berupa medikasi, intervensi psikososial dan psikoterapi individual.



## **BAB III**

### **TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN**

#### **3.1. Tujuan Penelitian**

Secara spesifik, tujuan penelitian ini adalah menjawab permasalahan yang telah dijabarkan di atas. Sementara itu, tujuan penelitian secara umum adalah untuk mendukung program anti pasung di Jawa Timur melalui suatu bentuk intervensi peningkatan literasi kesehatan mental pada komunitas dan keluarga.

#### **3.2. Manfaat Penelitian**

Terbangunnya desain intervensi peningkatan literasi kesehatan mental pada komunitas, yakni masyarakat awam, tenaga kesehatan, dan keluarga dapat menjadi acuan dan pedoman dalam membangun pengetahuan dan sikap yang lebih positif pada masyarakat mengenai kesehatan mental, penanganannya, dan juga ODGM. Peningkatan literasi kesehatan mental dapat menjadi upaya dalam menurunkan stigma yang ada, sehingga memperbaiki pelayanan kesehatan mental serta mendukung program pelepasan pasung terhadap ODGM. Dengan demikian, kualitas hidup dan jaminan hak asasi bagi ODGM dapat ditingkatkan.

## BAB IV METODE PENELITIAN

### 4.1. Tipe dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode *survey* dan mengambil lokasi di Jawa Timur, yaitu di Surabaya, Banyuwangi, dan Madura. Puskesmas akan dipilih secara *purposive* agar mewakili karakteristik *cross-sectional* yang dibutuhkan dalam penelitian ini, yaitu mempunyai jumlah kasus kesehatan mental paling banyak dan paling sedikit. Puskesmas yang berpartisipasi selanjutnya dikelompokkan dalam 2 kategori, yaitu “lebih berpengalaman” dan “kurang berpengalaman”.

### 4.2. Variabel Penelitian

Terdapat 2 variabel bebas (X) dan 4 variabel tergantung (Y) dalam penelitian ini, yaitu:

- X1 = pengetahuan mengenai kesehatan mental
- X2 = kontak dengan ODGM
- Y1 = *authoritarianism*
- Y2 = *benevolence*
- Y3 = *social restrictiveness*
- Y4 = *community mental health ideology*

### 4.3. Subyek Penelitian

Subyek penelitian ini adalah tenaga kesehatan dan keluarga pasien jiwa di puskesmas di Surabaya. Metode *convencience sampling* digunakan untuk mengambil sampel dari puskesmas partisipan. Tidak ada kriteria eksklusi sehingga seluruh tenaga kesehatan dan keluarga pasien jiwa pada puskesmas partisipan dapat berpartisipasi dalam penelitian ini.

### 4.4. Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan 3 skala dan 1 kuesioner demografis, yaitu:

1. *Community Attitudes toward Mental Illness* (CAMI; Taylor & Dear, 1981). Skala ini digunakan untuk mengukur sikap terhadap ODGM. CAMI terdiri dari 40 aitem yang tersebar pada 4 sub-skala. Masing-masing sub-skala mewakili 4 variabel tergantung dalam penelitian ini: *authoritarianism*, *social restrictiveness*, *benevolence*, dan *community mental health ideology*. Skor yang tinggi di sub-skala *authoritarianism* dan *social restrictiveness* menunjukkan adanya sikap negatif atau stigmatik terhadap ODGM. Sebaliknya, skor tinggi di sub-skala *benevolence* dan *community mental health ideology* berhubungan dengan sikap positif terhadap ODGM. Menurut Taylor and Dear (1981) karena skor tinggi pada salah satu sub-skala CAMI bertentangan dengan skor tinggi pada sub-skala yang lain maka skor komposit tidak berguna.
2. *Mental Health Knowledge Schedule* (MAKS; Evans-Lacko, et al., 2010). MAKS mengukur 6 dimensi pengetahuan kesehatan mental yang berhubungan dengan stigma dan 6 aitem tentang pengetahuan mengenai kondisi gangguan mental.
3. *Level of Contact Report* (LCR; Holmes, et al., 1999). LCR terdiri dari 12 situasi yang menunjukkan berbagai macam tingkatan kontak dengan ODGM. Untuk mengisi LCR, subyek penelitian diminta untuk memberikan tanda pada seluruh situasi yang pernah atau tengah mereka miliki. Situasi yang mereka pilih kemudian dihubungkan dengan kunci jawaban yang telah disediakan sebelumnya dan skor tertinggi digunakan sebagai skor akhir LCR.
4. Kuesioner sosio-demografik. Selain ketiga skala tersebut diatas, subyek penelitian diminta untuk melengkapi informasi mengenai latar belakang mereka, meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan tertinggi, lama bekerja sebagai tenaga kesehatan, dan hubungan dengan pasien jiwa.
5. Focus Group Discussion (FGD) para tenaga kesehatan untuk merancang promosi literasi kesehatan masyarakat guna mendukung program anti pasung.

#### 4.5. Teknik Analisis Data

Analisa data pada penelitian ini dapat diuraikan secara berurutan sebagai berikut: analisa deskriptif untuk mengetahui sikap tenaga kesehatan dan keluarga terhadap ODGM; uji beda *t-test* dan Mann-Whitney untuk mengetahui perbedaan



pengetahuan tentang kesehatan mental, kontak dengan ODGM, dan sikap terhadap ODGM antar puskesmas; dan *multivariate analysis of variance* (MANOVA) untuk mengukur berbagai faktor yang mempunyai asosiasi dengan perbedaan sikap terhadap ODGM.

MANOVA dipilih sebagai teknik analisa data karena penelitian ini mencakup 4 variabel tergantung dan MANOVA dapat menguji keempatnya secara simultan (Tabachnick & Fidell, 2007). MANOVA juga dapat menguji perbedaan 2 atau lebih kelompok pada sebuah kombinasi variabel kuantitatif (Grice & Iwasaki, 2007). Lebih lanjut, MANOVA mengendalikan inter-korelasi antar variabel tergantung sehingga mencegah kesalahan tipe I akibat pengujian yang berulang pada variabel tergantung yang saling berhubungan (Tabachnick & Fidell, 2007). Seluruh analisis statistik menggunakan SPSS 20.

## BAB V

### HASIL PENELITIAN DAN LUARAN YANG DICAPAI

#### 5.1 Gambaran Subyek dan Lokasi Penelitian

Penyebaran kuesioner pada bulan Juni hingga September 2017 berhasil mendapatkan 1269 data lengkap dari responden yang berdomisili di Jawa Timur. Subjek berusia mulai dari 10 tahun hingga 75 tahun, dengan rerata usia 23,3 tahun. 444 (35%) subyek penelitian adalah laki-laki, sementara 807 (63,6%) orang adalah perempuan. Mayoritas (90,6%) subyek berdomisili di Surabaya dan sejumlah subyek berdomisili di Sidoarjo (4,1%), Malang (3,1%), dan daerah-daerah di Jawa Timur lainnya (2,3%). Gambaran subyek penelitian dapat dilihat pada Tabel 5.1.

**Tabel 5.1. Gambaran Subyek Penelitian**

Ciri Demografis	N	Persentase (%)
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	444	35.0
Perempuan	807	63.6
Missing	18	1.4
<b>Lokasi</b>		
Surabaya	1150	90.6
Sidoarjo	52	4.1
Malang	39	3.1
Madiun	7	0.6
Mojokerto	5	0.4
Jember	5	0.4
Lamongan	8	0.6
Lain-lain	3	0.3
<b>Tingkat Pendidikan</b>		
SMA ke bawah	918	72.3
Diploma	43	3.4
Sarjana	304	24.0
Pascasarjana	4	0.3
<b>Status Pernikahan</b>		
Belum Menikah	1036	81.6
Menikah	195	15.4
Pernah Menikah	18	1.4
Missing	20	1.6
<b>Penghasilan Per Bulan</b>		
< Rp 2.2 Juta	752	59.3

Ciri Demografis	N	Persentase (%)
Rp 2.2 Juta – Rp 3.5 Juta	155	12.2
Rp 3.5 Juta – Rp 4.6 Juta	86	6.8
Rp 4.6 Juta – Rp 8 Juta	81	6.4
> Rp 8 Juta	65	5.1
Missing	130	10.2

Berdasarkan tingkat pendidikannya, sebagian besar (72.3%) subyek memiliki latar belakang pendidikan SMA atau yang lebih rendah, disusul dengan latar belakang pendidikan sarjana (24%), diploma (3,4%), dan pascasarjana (0,3%). Berdasarkan status pernikahan, sebanyak 1036 (81,6%) subyek belum menikah, 195 (15,4%) menikah, dan 18 (1,4%) lainnya pernah menikah. Secara status ekonomi, mayoritas (59,3%) subyek memiliki penghasilan kurang dari 2,2 juta rupiah per bulan, diikuti dengan subyek yang berpenghasilan antara 2,2 juta hingga 3,5 juta rupiah per bulan sebesar 12,2%, penghasilan 3,5 hingga 4,6 juta per bulan sebesar 6,8%, penghasilan 4,6 hingga 8 juta per bulan sebesar 6,4%, dan yang berpenghasilan lebih dari 8 juta rupiah per bulan hanya sebesar 5,1% dari keseluruhan subyek penelitian.

## 5.2 Hasil Analisa Data

Dua teknik analisa statistik digunakan untuk menjawab pertanyaan penelitian. Pertama, pengujian korelasi dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang kesehatan mental (yang diukur dengan menggunakan MAKS), usia, dan stigma terhadap orang dengan gangguan mental (yang diukur dengan CAMI). Hasil pengujian korelasi dapat dilihat pada Tabel 5.2.

**Tabel 5.2. Hubungan antara Pengetahuan, Usia, dan Stigma**

Korelasi Spearman's Rho	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>n</i>
Skor CAMI * Usia	-0,14	<0,01	1248
Skor CAMI * Skor MAKS	-0,17	<0,01	1268



Faktor Sosiodemografis	N	Mean (SE)	t (df)	F(df)	p
Jenis Kelamin	444	137,15 (0,695)	-2,193 (1249)		<0,05
Laki-laki	807	139,09 (0,534)			
Perempuan	444	137,15 (0,695)			
Pengalaman Kontak	549	136,26 (0,658)	-4,271 (1261)		<0,01
Tidak ada	714	139,87 (0,544)			
Ada	549	136,26 (0,658)			
Riwayat Gangguan Mental	1191	138,02 (0,432)	-2,919 (1262)		<0,01
Tidak ada	73	143,29 (1,836)			
Ada	1191	138,02 (0,432)			
Sikap terhadap Pasung	1192	138,82 (0,430)	4,852 (1259)		<0,01
Tidak mendukung	69	129,87 (1,871)			
Mendukung	1192	138,82 (0,430)			
Tingkat Pendidikan	918	138,71 (0,496)			
SMA ke bawah	43	134,53 (2,225)			
Diploma	304	137,56 (0,862)			
Sarjana	4	139,75 (3,816)			
Pascasarjana	1036	139,35 (0,462)			
Status Pernikahan	195	133,58 (1,079)			
Belum Menikah	18	136,06 (2,572)			
Menikah	195	133,58 (1,079)			
Pernah Menikah	752	140,03 (0,524)			
Penghasilan/Bulan (Juta)	155	134,52 (1,131)			
< Rp 2,2	86	136,60 (1,659)			
Rp 2,2 – Rp 3,5	155	134,52 (1,131)			
Rp 3,5 – Rp 4,6	752	140,03 (0,524)			
	6,626			(4,1138)	<0,01
	12,615			(2,1246)	<0,01
	1,397			(3,1268)	0,242

Tabel 5.3. Perbedaan Tingkat Stigma Berdasarkan Faktor Sosiodemografis

Hasil uji beda dapat dilihat pada Tabel 5.3. Analisis kedua bertujuan untuk menguji adakah perbedaan tingkat stigma terhadap orang dengan gangguan mental ditinjau dari ada tidaknya kontak dengan orang dengan gangguan jiwa, jenis kelamin, status pernikahan, pendapatan, pendidikan terakhir, pengalaman gangguan atau keluhan kejiwaan, dan sikap terhadap pasung.

Analisa kedua bertujuan untuk menguji adakah perbedaan tingkat stigma terhadap orang dengan gangguan mental ditinjau dari ada tidaknya kontak dengan orang dengan gangguan jiwa, jenis kelamin, status pernikahan, pendapatan, pendidikan terakhir, pengalaman gangguan atau keluhan kejiwaan, dan sikap terhadap pasung. Hasil uji beda dapat dilihat pada Tabel 5.3.

Faktor Sosiodemografis	<i>N</i>	Mean (SE)	<i>t</i> ( <i>df</i> )	<i>F</i> ( <i>df</i> )	<i>p</i>
Rp 4,6 – Rp 8	81	135,16 (1,761)			
> Rp 8	65	141,03 (2,260)			

Tabel 5.3. menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan pada tingkat stigma terhadap orang dengan gangguan mental ditinjau dari jenis kelamin, pengalaman melakukan kontak dengan orang dengan gangguan mental, riwayat keluhan/gangguan mental, sikap terhadap pasung, status pernikahan, dan tingkat penghasilan. Sementara itu, tidak ada perbedaan yang signifikan pada tingkat stigma terhadap orang dengan gangguan mental berdasarkan tingkat pendidikan.

Post-hoc test menemukan bahwa terdapat perbedaan sikap terhadap orang dengan gangguan mental antara individu yang belum menikah dan menikah. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara individu yang belum menikah dan pernah menikah maupun antara individu yang menikah dan pernah menikah. Sementara post-hoc test pada tingkat pendapatan menemukan bahwa perbedaan signifikan adalah antara individu dengan penghasilan 2,2 juta dan 2,2-3,5 juta; antara individu dengan penghasilan 2,2 juta dan 4,6-8 juta; serta antara individu dengan penghasilan 2,2-3,5 juta dan >8 juta.

### 5.3 Pembahasan

Penelitian ini bertujuan untuk mengukur sikap masyarakat Jawa Timur terhadap orang dengan gangguan mental sekaligus mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan sikap tersebut. Disamping pengetahuan mengenai kesehatan mental, penelitian ini juga menguji korelasi dan asosiasi antara stigma dengan faktor sosiodemografis, pengalaman melakukan kontak dengan orang dengan gangguan jiwa, riwayat kesehatan mental, dan sikap umum terhadap pasung.

Hasil analisa statistik menunjukkan bahwa pengetahuan mengenai kesehatan mental berhubungan secara signifikan dengan stigma terhadap orang dengan gangguan mental ( $r=-0,17$ ;  $p<0,01$ ). Meskipun korelasi kurang kuat, namun nampak adanya tren hubungan yang negatif diantara keduanya. Artinya, semakin individu mempunyai pemahaman yang lebih baik mengenai kesehatan mental, maka semakin rendah kemungkinan ia mempunyai sikap yang stigmatik terhadap gangguan mental.

Temuan ini mendukung hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa kurangnya pengetahuan mengenai kesehatan mental atau seringkali disebut dengan istilah literasi kesehatan mental merupakan salah satu sumber munculnya stigma (Wahl, Susin, Kaplan, Lax, & Zatina, 2011). Kurangnya literasi kesehatan mental diketahui dapat berdampak negatif pada diri sendiri, yaitu ketidaksiapan untuk memilih tindakan yang tepat ketika mempunyai keluhan terkait dengan kesehatan mental; maupun bagi orang lain, yaitu keengganan untuk berinteraksi dengan orang yang mempunyai gangguan mental (Center for Health Program Evaluation, 2002). Studi menunjukkan bahwa individu yang memiliki literasi kesehatan mental yang baik cenderung menunjukkan sikap yang lebih positif terhadap gangguan mental (Dahlberg, Waern, & Runeson, 2008). Oleh sebab itu, penelitian sebelumnya menyarankan adanya program psikoedukasi melalui berbagai media mengenai kesehatan mental untuk dapat menurunkan tingkat stigma terhadap gangguan mental di masyarakat (Corrigan, Edwards, Green, Thwart, Penn, 2001; Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz, Rusch, 2012).

Penelitian ini juga menemukan adanya perbedaan tingkat stigma terhadap orang dengan gangguan mental yang signifikan pada kelompok sampel ditinjau dari ada tidaknya pengalaman kontak ( $t=-4,271$ ,  $p<0,01$ ) dan riwayat gangguan mental ( $t=-2,919$ ,  $p<0,01$ ). Temuan ini mendukung *contact hypothesis* penting dipelajari untuk merumuskan intervensi anti stigma yang tepat (Couture & Penn, 2003). Tingkat keakraban (*familiarity*) dengan gangguan mental diketahui mempunyai kontribusi terhadap pembentukan sikap terhadap orang dengan gangguan mental (Corrigan, Edwards, Green, Diwan, Penn, 2001). Semakin individu akrab dengan gangguan mental, semakin ia kurang menjaga jarak dengan orang dengan gangguan mental. Keakraban yang dimaksud disini adalah seberapa jauh individu merasa mengenal orang dengan gangguan mental, berjenjang mulai dari individu tidak pernah melihat orang dengan gangguan mental sama sekali hingga individu mempunyai gangguan mental parah (Holmes, Corrigan, Williams, Canar, Kubiak, 1999).

Usia diketahui mempunyai korelasi negatif yang signifikan ( $r=-0,14$ ;  $p<0,01$ ) dengan stigma terhadap gangguan mental pada penelitian ini. Artinya, seiring dengan penambahan usia, individu cenderung bersikap lebih toleran terhadap orang dengan

gangguan jiwa. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Adewuya dan Oguntade (2007) yang menemukan bahwa individu berusia muda mempunyai sikap yang lebih stigmatik terhadap orang dengan gangguan mental dibandingkan mereka yang berusia lebih tua. Individu dewasa diasumsikan mempunyai pengalaman hidup yang lebih luas untuk dapat menerima perbedaan dan hal-hal unik sehingga lebih mudah menerima kehadiran orang dengan gangguan mental. Penjelasan yang sama juga berlaku pada mereka yang mempunyai pasangan. Pernikahan dijelaskan sebagai pengalaman yang memberikan kesempatan pada individu untuk berproses menerima perbedaan dan keunikan individu lain. Penjelasan ini berlaku pada pasangan yang tinggal bersama. Oleh sebab itu, individu yang menikah mempunyai sikap yang lebih toleran terhadap orang dengan gangguan mental dibandingkan individu yang belum menikah maupun dengan individu yang pernah menikah.

Hasil analisa statistik pada faktor demografis yang lain menemukan bahwa terdapat perbedaan tingkat stigma terhadap orang dengan gangguan mental yang signifikan pada kelompok sampel penelitian berdasarkan jenis kelamin, sikap terhadap pasang, dan tingkat penghasilan. Sementara itu, tingkat pendidikan diketahui tidak memberikan kontribusi pada perbedaan sikap terhadap orang dengan gangguan mental. Artinya, sikap masyarakat terhadap orang dengan gangguan mental tidak dipengaruhi oleh latar belakang pendidikannya sehingga sikap stigmatik dapat dikembangkan oleh individu dengan tingkat pendidikan terakhir apapun.

Penemuan ini sejalan dengan studi sebelumnya yang menemukan bahwa faktor sosiodemografis memberikan kontribusi yang signifikan terhadap pembentukan sikap terhadap orang dengan gangguan mental (Rüsch, dkk., 2005; Üçok, 2008; Corrigan, Roe, & Tsang, 2011; Pinto-Foltz, Logsdon, & Myers, 2011). Hanya saja, Munro dan Baker (2007) menyarankan bahwa ketika jenis kelamin diketahui mempunyai asosiasi dengan sikap terhadap orang dengan gangguan mental, sepertinya hal ini dipengaruhi oleh interaksi gender dengan karakteristik individual lainnya. Oleh sebab itu, interpretasi terhadap asosiasi antara stigma dan variabel sosiodemografis sebaiknya tidak dilakukan secara parsial.

Penelitian ini mempunyai beberapa kelemahan. Pertama, karakteristik subyek penelitian tidak seimbang pada hampir keseluruhan faktor sosiodemografis yang diikut.



Sebagian besar subyek penelitian (90.6%) berdomisili di kota yang sama, Surabaya, sehingga hasil penelitian tidak direkomendasikan untuk digeneralisasikan secara nasional. Kedua, penelitian menggunakan kuesioner terjemahan yang dikembangkan di Budaya Barat dan negara berkembang sehingga dapat mengurangi nilai validitas dan reliabilitas pengukuran. Walaupun CAMI telah digunakan di berbagai karakteristik subyek penelitian pada berbagai konteks, kuesioner ini belum pernah diadaptasi untuk digunakan pada sampel umum di Indonesia. Terakhir, sebagaimana pada studi lainnya yang menggunakan alat ukur berupa *self-report*, hasil penelitian mempunyai batasan terkait dengan respon subyek penelitian yang spontan dan tidak terkontrol.

Disamping kelemahan tersebut di atas, terdapat beberapa kekuatan dari penelitian ini. Tingkat respon secara umum dapat dikategorikan baik. Disamping itu, seluruh kuesioner yang kembali terisi penuh. Hal ini dapat dipengaruhi oleh pemilihan tipe alat ukur yang tepat; semisal mengukur pengetahuan dengan skala Likert yang dilengkapi dengan pilihan jawaban "Tidak tahu". Akhirnya, sebagai langkah awal studi tentang sikap masyarakat terhadap orang dengan gangguan mental di Jawa Timur, penelitian ini memberikan kontribusi yang penting untuk kegiatan dan penelitian lanjutan.

#### **5.4 Hasil dan Luaran yang Dicapai**

Naskah jurnal publikasi hasil ilmiah pada jurnal internasional terindeks scopus q2 "*psychology research and behavior management*" dengan judul "*stigma toward people with mental health problems in Indonesia*". Jurnal didasarkan pada survei terhadap masyarakat umum telah dilakukan kepada 1.228 responden. Kuesioner yang digunakan dalam survei terdiri dari 4 (empat) bagian. Bagian pertama adalah skala CAMI untuk mengukur sikap terhadap ODGM. Bagian kedua adalah skala MAKS bagian A yang bertujuan untuk mengukur pengetahuan kesehatan mental yang berhubungan dengan stigma. Bagian ketiga adalah kuesioner mengenai kontak dengan ODGM dan pendapat mengenai penanganan ODGM. Bagian keempat adalah kuesioner data demografis.

Desain Promosi Literasi Kesehatan Mental ditujukan untuk Program Bebas Pasung pada Orang Dengan Gangguan Mental (ODGM). Program promosi yang

didesain menjadi bagian dari upaya promosi kesehatan yang merujuk pada Piagam Ottawa (Ottawa Charter, 1986). Piagam Ottawa menyebutkan hasil konferensi internasional tentang promosi kesehatan. Promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat agar masyarakat memiliki kemauan dan kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya secara mandiri. Ada lima butir program promosi kesehatan: (1) Kebijakan berwawasan kesehatan (*health public policy*); (2) Lingkungan yang mendukung (*supportive environment*); (3) Reorientasi pelayanan kesehatan (*Reorient health service*); (4) Keterampilan individu (*Personal skills*); (5) Gerakan masyarakat (*Community action*).

Desain didasarkan pada *Focus Group Discussion* (FGD) dengan Para Tenaga Kesehatan untuk mendesain program promosi literasi kesehatan mental dalam bentuk poster sedang dalam proses finalisasi. Poster desain Promosi Literasi Kesehatan Mental ditujukan untuk Program Bebas Pasung pada Orang Dengan Gangguan Mental (ODGM). Program promosi yang didesain menjadi bagian dari upaya promosi kesehatan yang merujuk pada Piagam Ottawa (Ottawa Charter, 1986). Piagam Ottawa menyebutkan hasil konferensi internasional tentang promosi kesehatan. Promosi kesehatan adalah upaya yang dilakukan terhadap masyarakat agar masyarakat memiliki kemauan dan kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya secara mandiri.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 Kesimpulan**

Penelitian ini menyimpulkan bahwa terdapat korelasi negatif yang signifikan antara tingkat pengetahuan tentang kesehatan mental dan tingkat stigma terhadap orang dengan gangguan mental di masyarakat. Disamping itu, perbedaan tingkat stigma terhadap orang dengan gangguan mental mempunyai asosiasi yang signifikan dengan usia, jenis kelamin, pengalaman kontak, riwayat gangguan mental, sikap terhadap pasung, status pernikahan, dan penghasilan per bulan.

#### **6.2 Saran**

1. Perlunya intervensi anti stigma yang sistemik dengan menekankan pada peningkatan literasi kesehatan mental dan memperluas kontak dengan orang dengan gangguan mental. Dalam hal ini, advokasi dengan pengambil kebijakan menentukan keberhasilan pelaksanaan program intervensi.
2. Intervensi bebas pasung (yang merupakan tujuan lanjutan dari penelitian ini) perlu mempertimbangkan kesiapan masyarakat untuk menerima orang dengan riwayat gangguan mental. Dalam hal ini, intervensi anti stigma perlu dilakukan terlebih dahulu sehingga masyarakat telah mengembangkan sikap yang lebih positif atau toleran sebelum pelaksanaan bebas pasung.



## DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Diakses pada 13 Januari 2017 dari <https://www.google.co.id/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjH69ikoMTRAhXJqY8KHQy8CHAQFggMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.depkes.go.id%2Fresources%2Fdownload%2Fgeneral%2FHasil%2520Risikesdas%25202013.pdf&usg=AFQjCNH5N0m5ze5bOvcF9ja9z4da6wpXyQ>.
- Corrigan, P. W., & Garman, A. N. (1997). Considerations for research on consumer empowerment and psychosocial interventions. *Psychiatric Services*.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002, February). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *Forum-Stigma and Mental Illness*, pp. 16-20.
- Corrigan, P. W., Roe, D., & Tsang, H. W. (2011). *Challenging the Stigma of Mental Illness: Lessons for Therapists and Advocates*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Corrigan, P.W. (1988). The Impact of Stigma on Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201-222.
- Corrigan, P.W., Edwards, A.B., Green, A., Diwan, S.L., & Penn, D.L. (2001). Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 2, 219-225.
- Corrigan, P.W., Kerr, A., & Knudsen, L. (2005). The Stigma of Mental Illness: Explanatory Models and Methods for Change. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 179-190.
- Corrigan, P.W., Roe, D., & Tsang, H.W.H. (2011). *Challenging the Stigma of Mental Illness: Lessons for Therapists and Advocates*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Dahlberg, K.M., Waern, M., & Runeson, B. (2008). Mental Health Literacy and Attitudes in a Swedish Community Sample – Investigating the Role of Personal Experience of Mental Health Care. *BMC Public Health*, 8, 8, 1-10.
- Dickerson, F. B. (1999). Strategies that foster empowerment. *Cognitive and behavioral practice*, 5(2), 255-275.
- Hayward, P. & Bright, J.A. (1997). Stigma and Mental Illness: A Review and Critique. *Journal of Mental Health*, 6, 4, 345-354.
- Jorm, A.F. (2000). Mental Health Literacy: Public Knowledge and Beliefs about Mental Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Lestari, W. & Wardhani, Y. F. (2014). Stigma dan Penanganan Penderita Gangguan Jiwa Berat yang Dipasung. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 17, 2, 157-166.
- Mayville, E. & Penn, D.L. (1998). Changing Social Attitudes toward Persons with Severe Mental Illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 241-253.
- Mellor, D., Carne, L., Shen, Y., McCabe, M., & Wang, L. (2012). Stigma toward Mental Illness: A Cross-Cultural Comparison of Taiwanese, Chinese, Immigrants to Australia and Anglo-Australians. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1-13.
- Minas, H. & Diatri, H. (2008). Pasung: Physical Restraints and Confinement of the Mentally Ill in the Community. *International Journal of Mental Health Systems*, 2, 8, 1-5.



- Ng, P. & Chan, K. (2000). Sex Differences in Opinion towards Mental Illness of Secondary School Students in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 46, 2, 79-88.
- Papadopoulos, C., Leavy, G., & Vincent, C. (2002). Factors Influencing Stigma: A Comparison of Greek-Cypriot and English Attitudes towards Mental Illness in North London. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 430-434.
- Pinto-Foltz, M.D., Logsdon, M.C., & Myers, J.A. (2011). Feasibility, Acceptability, and Initial Efficacy of a Knowledge-Contact Program to Reduce Mental Illness Stigma and Improve Mental Health Literacy in Adolescents. *Social Science and Medicine*, 72, 2011-2019.
- Puteh, I., Marthoenis, M., & Minas, H. (2011). Aceh Free Pasung: Releasing the Mentally Ill from Physical Restraint. *International Journal of Mental Health Systems*, 5, 10, 1-5.
- Rapp, C. A., Shera, W., & Kisthardt, W. (1993). Research strategies for consumer empowerment of people with severe mental illness. *Social Work*, 38(6), 727-735.
- Rekap Keseluruhan Data Pasung Provinsi Jawa Timur. (tanpa tahun). *E-Pasung*. Diakses pada tanggal 13 Januari 2017 dari <http://wtpc.net/e-pasung/rekap/keseluruhan>.
- Rüsch, N., Angermeyer, M.C., & Corrigan, P.W. (2005). Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences, and Initiatives to Reduce Stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.
- Song, L., Chang, L., Shih, C., Lin, C., & Yang, M. (2005). Community Attitudes towards the Mentally Ill: The Result of a National Survey of the Taiwanese Population. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, 2, 174-188.
- Üçok, A. (2008). Other People Stigmatize... but, What about Us? Attitudes of Mental Health Professionals towards Patients with Scizophrenia. Dalam Alboleda-Flórez, J. & Sartorius, N. *Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- World Health Organization. (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.

JURNAL PUBLIKASI

LAMPIRAN

# Stigma toward people with mental health problems in Indonesia

Nurul Hartini  
Nur Ainy Fardana  
Atika Dian Ariana  
Nido Dipo Wardana

Faculty of Psychology, Universitas  
Airlangga, Surabaya, Indonesia

**Introduction:** Mental health problems are serious issues in Indonesia. The prevalence of severe mental disorder in Indonesian population is 1.7%. In community, people with mental disorder are often stigmatized, while in fact this stigmatization could negatively impact them. One of the most common form of discrimination toward people with mental disorder is the practice of pasung. **Method:** This research conducted a survey study on 1,269 respondents in East Java (in which the prevalence of severe mental disorder is 2.2%). The instruments used were Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI), Mental Health Knowledge Schedule (MAKS), and a sociodemographic questionnaire.

**Result:** The result shows that better knowledge about mental health was associated with lower public stigma toward people with mental disorder. Significance differences in stigma toward people with mental illness were also found across groups of age, sex, experience of contact history of mental disorder, attitude toward pasung, marital status, and income level.

**Conclusion:** The finding implies that anti-stigma interventions in Indonesia should consider associated sociodemographic factors and use psychosocial approach to improve literacy and contact with mental health patients.

**Keywords:** public stigma, people with mental health problem, knowledge, contact, demographic factor, pasung

## Introduction

Mental health problems are a serious issue in Indonesia, including in East Java, a province in the Java Island. According to the national survey or Riset Kesehatan Dasar,<sup>1</sup> the prevalence of severe mental illnesses such as schizophrenia and other psychotic disorders in East Java is 2.2 per mil. This figure is higher compared to the national prevalence in Indonesia which is 1.7 per mil.

People with mental disorder struggle to heal from illness; yet, they face stigmatization by the society.<sup>2</sup> Stigma is a negative labeling toward a particular group of people,<sup>3</sup> which could have deleterious effects on the sufferers of mental disorder. First, stigma shapes a bad image on mental disorders.<sup>2</sup> Second, it also makes people living with mental illness lose their self-esteem and self-efficacy, as well as preventing them from seeking medical help for their clinical conditions.<sup>2,4</sup> Furthermore, stigma may result in discrimination against people with mental disorder and prevent them from gaining two important opportunities to pursue their life goals: job opportunity and opportunity to live independently and safely.<sup>4</sup> Unfortunately, stigma toward people with mental illness has been found not only limited to lay population but also to occur among health professionals like psychiatrists, psychologists, and nurses who work with people with mental disorder.<sup>5,6</sup>

Correspondence: Nurul Hartini  
Faculty of Psychology, Universitas  
Airlangga Campus B, Jalan Airlangga 4-6,  
Surabaya 60286, Indonesia  
Email nurul.hartini@psikologi.unair.ac.id

submit your manuscript | [www.dovepress.com](http://www.dovepress.com)

Dovepress    

<http://dx.doi.org/10.2147/PRBM.S115251>

Psychology Research and Behavior Management 2018:11 535-541

535



© 2018 Hartini et al. This work is published and licensed by Dove Medical Press Limited. The full terms of this license are available at <http://www.dovepress.com/terms.php> and incorporate the Creative Commons Attribution – Non Commercial (unported, v3.0) License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>). By accessing the work you hereby accept the terms. Non-commercial uses of the work are permitted without any further permission from Dove Medical Press Limited, provided the work is properly attributed. For permission for commercial use of this work, please see paragraphs 4.2 and 5 of our terms (<http://www.dovepress.com/terms.php>).

One kind of discrimination resulting from stigma toward people with mental illness is the practice of pasung.<sup>7,8</sup> Pasung is the practice of confining and restraining the mentally ill. In Indonesia, pasung is fairly common. The National Basic Health Research<sup>1</sup> recorded 1,655 cases of pasung against people with mental disorder in Indonesia. In addition, based on the e-pasung data,<sup>9</sup> 2,369 cases of pasung were recorded in East Java. Pasung is more common in rural areas and is frequently committed by family members with low socio-economic status. The duration of pasung can range from few days to some years. The most common reason behind the practice of pasung by family of the mentally ill is safety, of both the patient and the community.<sup>10,11</sup>

The enforcement of the Law of Republic of Indonesia number 18 of 2014 concerning mental health has become a trigger for the government's commitment to overcoming issues pertaining to mental disorders, including but not limited to the practice of pasung against people with mental illness. A number of anti-pasung programs have been carried out, such as Indonesia Bebas Pasung (pasung-free Indonesia) and Jawa Timur Bebas Pasung (pasung-free East Java), which were targeted to be accomplished by 2019. In spite of the constant efforts to release mental health patients from pasung, these programs are still considered unsuccessful, which is indicated by the repeated postponement of the accomplishment year of these programs. Initially planned to be completed by 2015, the accomplishment year of these programs has been changed to 2017 before and is changed to 2019 now. This implies that release of the mentally ill is not enough and a more effective evidence-based strategy is required to eliminate pasung as a product of stigma attached to the mentally ill.

One of the strategies to challenge stigmatic attitudes is by education.<sup>12</sup> Knowledge is important for changing stigmatic belief against people with mental illness. It can decrease prejudice against mental health patients, raise awareness of mental disorders, and prevent stigmatizing labeling.<sup>12</sup> While stigma impedes people from seeking and receiving professional treatment, improving knowledge of mental health might offer a solution.<sup>5,13</sup>

Various studies have been conducted on stigma toward people with mental disorder and its relation to demographic characteristics. However, evidence of the relationship between stigma and sociodemographic variables is often inconclusive. For instance, some studies found that younger people can easily accept mentally ill people,<sup>14</sup> some found that stigmatic attitudes decrease as people become older,<sup>15,16</sup> and others found no association at all.<sup>17</sup> Inconclusive results were also found in studies on sex differences in stigma. Some studies found that males are more likely to have more stereotyping and stigmatizing attitudes

toward the mentally ill,<sup>18</sup> some found evidence of females having higher social distance from mental health patients,<sup>16</sup> and others found no correlation between sex and stigma.<sup>14,15</sup>

Unlike age and gender, the role of education level is less controversial. Higher educational attainment is found to be correlated with more positive attitudes toward the mentally ill.<sup>19,20</sup> A sociodemographic variable which is often explored in studies about mental health stigma is marital status, but its relation to public stigma toward mental health patients has never been particularly investigated. A meta-analysis showed no significant relationship between being married and self-stigma among mental health patients.<sup>21</sup>

Experience of contact with mental illness is also an important factor. There is a substantial body of evidence showing that level of contact is associated with less stigmatic and discriminating attitudes toward people with mental health problems.<sup>16,19,22</sup> Increasing level of contact is also a recommended strategy to reduce stigma.<sup>12,23</sup> In addition to contact with mental health patients, personal experience of mental health problem is also associated with more positive attitudes.<sup>24,25</sup> People who have gone through a mental health disorder themselves are found to be more familiar with mental illness and have less stigmatic attitudes.

Although studies on stigma, knowledge, and sociodemographic variables are quite common, there is a limited body of literature of such studies in Indonesia. The available evidence of cultural differences<sup>26,27</sup> demonstrated by studies on stigma suggests the necessity to conduct similar studies in Indonesia as the results may differ due to different cultural context from those of the previous studies. Therefore, this research aimed to explore the correlation between knowledge about mental health and stigma toward people with mental disorders and to find whether there is any marked difference in stigma toward people with mental illness across groups of age, sex, marital status, monthly income, education, experience of contact, history of mental disorder, and attitude toward pasung.

## Methods

### Sample

This survey research involved 1,269 respondents. The respondents ranged from 10 to 75 years of age, with an average age of 23.3 years. The majority of the respondents (63.6%) were female, while 35% were male and the remaining 1.4% preferred not to say.

### Measures

#### Community Attitudes toward Mental Illness (CAMI)

This research used CAMI to measure respondents' attitudes toward people with mental disorder. CAMI is a 40-item scale

developed by Taylor and Dear,<sup>28</sup> consisting of four subscales, namely authoritarianism, social restrictiveness, benevolence, and community mental health ideology. High score in authoritarianism and social restrictiveness subscales implies negative or stigmatic attitude toward people with mental disorder, while high score in benevolence and community mental health ideology subscales is associated with positive attitude.

### Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)

MAKS was used in this research to measure the respondents' knowledge about mental health and mental disorders. It was developed by Evans-Lacko et al.,<sup>29</sup> comprising two sets of items, each of which consists of six items. The first set aims to assess stigma-related knowledge areas, and the second set measures level of recognition and familiarity with various conditions.<sup>29</sup> This research used only the first set of items as it is the most relevant part to use in this study.

### Sociodemographic questionnaire

Respondents were asked to provide information about their age, sex, marital status, latest education, monthly income, experience of contact with patients of mental disorder, history of mental disorder, and attitude toward the practice of *pasung*.

### Procedures

Data collection was conducted from June to September 2017 in East Java. The survey was carried out door-to-door by trained surveyors using accidental sampling technique. Prior to data collection, participants were given a consent form they needed to sign. Underage participants were accompanied by adult relatives or guardians during completion of the questionnaires.

### Analysis

A correlational analysis was conducted to explore the relationship between knowledge about mental health, attitudes toward people with mental disorders, and demographic characteristics. Independent sample *t*-test and ANOVA were also run to examine significant differences in level of knowledge about mental health, and contact with and attitudes toward people with mental disorder across groups of demographic characteristics.

## Results

### Demographics of the respondents

Table 1 shows the demographic characteristics of the respondents. The age of the respondents varied from 10 to 75 years with a mean age of 23.3 years. Of the respondents, 444 (35%) were male and 807 (63.6%) were female.

In terms of educational level, the majority of the respondents (72.3%) had a high school education or lower, 24% were undergraduates, 3.4% had diploma, and 0.3% were postgraduates. In terms of marital status, 1,036 (81.6%) respondents were single, 195 (15.4%) were married, and 18 (1.4%) were divorced. In terms of economic status, the majority of the respondents (59.3%) had a monthly income of less than Indonesian rupiah (IDR) 2.2 million, 12.2% of the respondents had a monthly income of IDR 2.2–3.5 million, 6.8% earned IDR 3.5–4.6 million per month, 6.4% earned IDR 4.6–8 million per month, and 5.1% earned more than IDR 8 million per month.

Based on this demographic distribution, the participants involved in this research were fairly representative of the population. The majority of the respondents had low educational attainment and monthly income, indicating people of low socioeconomic status among whom *pasung* cases are commonly found.<sup>10,11</sup> However, the ratios of sex and marital group were rather disproportionate.

### Results of data analysis

Statistical analysis was run to test the hypotheses of the current research. First, correlational analysis was conducted to find out any significant correlation between knowledge

**Table 1** Demographics of the respondents

Demographics	N	Percentage
Age: 10–75 years old, mean: 23.3	1,269	100
Sex		
Male	444	35.0
Female	807	63.6
Missing	18	1.4
Education		
High school or lower	918	72.3
Diploma	43	3.4
Undergraduate	304	24.0
Postgraduate	4	0.3
Marital status		
Single	1,036	81.6
Married	195	15.4
Divorced	18	1.4
Missing	20	1.6
Monthly income (million)		
<IDR 2.2	752	59.3
IDR 2.2–3.5	155	12.2
IDR 3.5–4.6	86	6.8
IDR 4.6–8	81	6.4
>IDR 8	65	5.1
Missing	130	10.2

Abbreviation: IDR, Indonesian rupiah.



on mental health (as measured by MAKS), age, and stigma toward people with mental disorder (as measured by CAMI).

Table 2 indicates that there was a weak yet marked correlation between age and level of stigma toward people with mental illness and between knowledge of mental health and stigma. Both correlations were negative suggesting that an increase in one variable co-occurred with a decrease in the other variable.

The second statistical analysis aimed to examine any score differences in level of stigma across groups of sociodemographic factors (ie, contact with patients of mental disorder, history of mental disorder in family, attitude toward pasung, sex, level of education, marital status, and monthly income).

Tables 3 and 4 show some score differences in level of stigma toward people with mental illness across groups of contact experience, history of mental disorders or symptoms in family, attitude toward pasung, sex, marital status, and level of income. Meanwhile, no marked score differences in level of stigma were found across groups of education level.

Post hoc analysis found score differences in attitude toward people with mental health between single and married respondents. No significant differences were found between single and divorced respondents or between married and divorced individuals. Furthermore, post hoc analysis of income level showed notable differences between respondents who earned less than IDR 2.2 million and those who earned IDR 2.2–3.5 million a month, between individuals whose monthly income was less than IDR 2.2 million and those

whose monthly income was IDR 4.6–8 million, as well as between individuals with a monthly income of IDR 2.2–3.5 million and those with a monthly income of more than IDR 8 million.

## Declaration

Ethical approval was obtained from The Board of Ethics, Faculty of Psychology, Universitas Airlangga, prior to the study. All participants and parents of the participants aged under 18 years old were required to sign the informed consent that had been previously explained or informed by the researcher.

## Discussion

Statistical analysis showed that knowledge about mental health significantly correlated with stigma toward mental health patients ( $\rho = -0.17$ ,  $P < 0.01$ ). In addition to the weak correlation, the correlation between both variables was negative in nature. This suggests that the better knowledge individuals have about mental health, the lower their tendency to have stigmatic attitude toward people with mental disorders.

This finding supports the results of previous studies which suggest that lack of knowledge on mental health or mental health literacy is one of the sources of stigma.<sup>30</sup> Low mental health literacy is known to have repercussions both on oneself (eg, being unprepared to correctly decide what to do when one feels symptoms related to mental health problem) and on other people (eg, resistance to interact with mental health patients). A previous study showed that well-literate individuals in terms of mental health knowledge tend to have better attitude toward people with mental disorder.<sup>31</sup> Therefore, previous studies recommend psychoeducational programs through a variety of methods to reduce stigma toward mental health patients in the society.<sup>23,26,32</sup> Psychosocial interventions, such as

**Table 2** Correlation between knowledge, age, and stigma

Spearman's rho correlation	$\rho$	P	N
CAMI score $\times$ age	-0.14	<0.01	1,248
CAMI score $\times$ MAKS score	-0.17	<0.01	1,268

Abbreviations: CAMI, Community Attitudes toward Mental Illness; MAKS, Mental Health Knowledge Schedule.

**Table 3** Differences in stigma level across experience of contact, history of mental problem, attitude toward pasung, and sex

Binomial sociodemographic factor	N	Mean (SE)	t (df)	P-value
Experience of contact				
Yes	549	136.26 (0.658)	-4.271 (1,261)	<0.01
No	714	139.87 (0.544)		
History of mental disorder				
Yes	1,191	138.02 (0.432)	-2.919 (1,262)	<0.01
No	73	143.29 (1.836)		
Attitude toward pasung				
Not supportive	1,192	138.82 (0.430)	4.852 (1,259)	<0.01
Supportive	69	129.87 (1.871)		
Sex				
Male	444	137.15 (0.695)	-2.193 (1,249)	<0.05
Female	807	139.09 (0.534)		

**Table 4** Differences in stigma level across educational level, marital status, and income level

Polynomial sociodemographic factor	N	Mean (SE)	F (df)	P-value
<b>Education</b>			1.397 (3.1268)	0.242
High school or lower	918	138.71 (0.496)		
Diploma	43	134.53 (2.225)		
Undergraduate	304	137.56 (0.862)		
Postgraduate	4	139.75 (3.816)		
<b>Marital status</b>			12.615 (2.1246)	<0.01
Single	1,036	139.35 (0.462)		
Married	195	133.58 (1.079)		
Divorced	18	136.06 (2.572)		
<b>Monthly income (million)</b>			6.626 (4.1138)	<0.01
<IDR 2.2	752	140.03 (0.524)		
IDR 2.2–3.5	155	134.52 (1.131)		
IDR 3.5–4.6	86	136.60 (1.659)		
IDR 4.6–8	81	135.16 (1.761)		
>IDR 8	65	141.03 (2.260)		

Abbreviation: IDR, Indonesian rupiah.

family support toward people with mental illness, are also believed to be able to reduce stigma and improve health service toward mental health patients.<sup>33,34</sup>

This research also found significant score differences in level of stigma toward people with mental illness based on contact experience ( $t=-4.271$ ,  $P<0.01$ ) and history of mental disorder within family ( $t=-2.919$ ,  $P<0.01$ ). Familiarity with mental disorder was found to have notable contribution to the shaping of attitude toward mental health patients.<sup>26</sup> The more familiar individuals with mental illness, the lower their inclination to avoid mental health patients. Familiarity in this case means the extent to which individuals are exposed to mental health patients, ranging from never meeting someone with mental disorder to having severe mental illness themselves.<sup>35</sup>

Age was found to have a negative correlation with stigma toward people with mental illness ( $\rho=-0.14$ ,  $P<0.01$ ). This means that as people become older, they will be more tolerant toward mental health patients. This finding is similar to that of the study by Adewuya and Oguntade<sup>16</sup> which found that younger individuals tended to have more stigmatic attitude toward people with mental disorder compared to older individuals. It was assumed that older individuals had a wider range of life experiences which led them to better accept the differences and uniqueness of others, and hence better accept the presence of mental health patients. Similar explanation also applies to those who have a spouse. Marriage is deemed to be an experience which allows an individual to progressively accept the differences and uniqueness of other people. This is particularly the case with couples who live together.

Therefore, married individuals have more tolerant attitude toward people with mental disorder compared to single or divorced individuals.

Statistical analysis of other demographic factors found some score differences in level of stigma across groups of sex, attitude toward pasang, and level of income. Meanwhile, education level was found to have no marked contribution to the score difference in level of stigma toward mental health patients. This finding implies that public attitude toward people with mental illness is not associated with an individual's educational background. This is in line with previous studies which found that sociodemographic factors significantly contributed to the shaping of attitude toward individuals with mental disorders.<sup>2,6,36,37</sup>

## Limitations

This research has two limitations. First, it used translated versions of scales developed in Western culture which were never used for general samples in Indonesia. Second, like other studies that use self-report measurement, the results of this research might be limited in terms of spontaneity and uncontrolled nature of the subjects' responses.

## Conclusion

A marked negative correlation between level of knowledge about mental health and level of stigma toward people with mental health in community was found. In addition to that, score differences were found in level of stigma associated with age, sex, experience of contact, history of mental health, attitude toward pasang, marital status, and income per month.

Systemic anti-stigma intervention is recommended through psychosocial approach emphasizing efforts to improve mental health literacy and contact with mental health patients. The society should develop more positive or tolerant attitude toward people with mental illness and should support the realization of anti-pasung programs.

## Disclosure

The authors report no conflicts of interest in this work.

## References

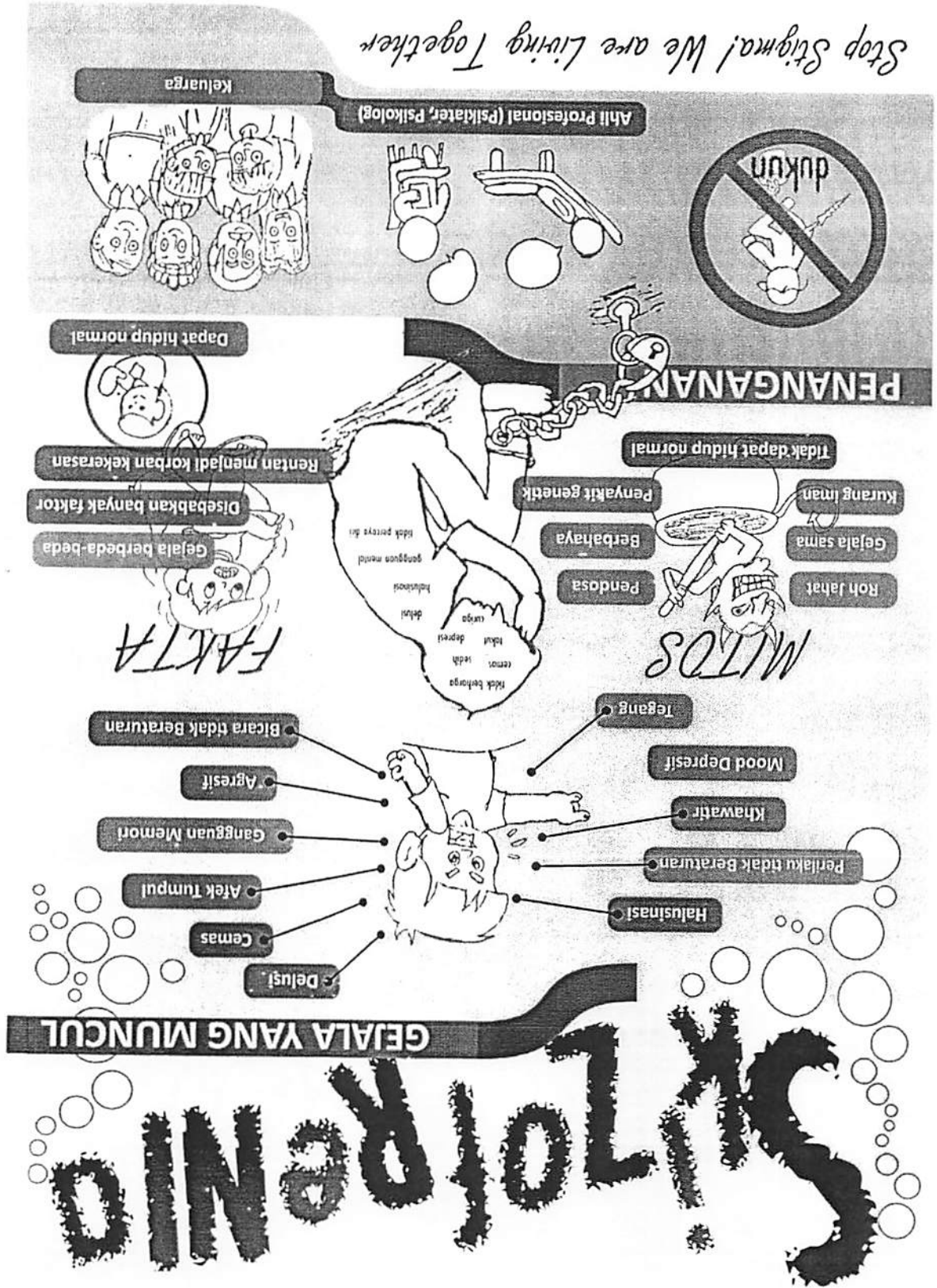
1. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan [National Institute of Health Research and Development]. Riset Kesehatan Dasar [Basic Health Research]. Jakarta; 2013. Available from: <http://www.depkes.go.id/resources/download/genera/Hasil%20RISKESDAS%202013.pdf>. Indonesian.
2. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005;20(8):529–539.
3. Hayward P, Bright JA. Stigma and mental illness: A review and critique. *J Ment Health*. 1997;6(4):345–354.
4. Corrigan PW, Kerr A, Knudsen L. The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Appl Prev Psychol*. 2005;11(3):179–190.
5. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2000;177:396–401.
6. Üçok A. Other people stigmatize ... but, what about us? Attitudes of mental health professionals towards patients with schizophrenia. In: Alboleda-Flórez J, Sartorius N, editors. *Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd; 2008:108–116.
7. Mayville E, Penn DL. Changing societal attitudes toward persons with severe mental illness. *Cogn Behav Pract*. 1998;5(2):241–253.
8. Lestari W, Wardhani YF. Stigma and Management on People with Severe Mental Disorders with "Pasung" (Physical Restraint). *Bid Penelit Sist Kesehat*. 2014;17:157–1662.
9. Rekap Keseluruhan Data Pasung Provinsi Jawa Timur [Recapitulation of pasung data in East Java province]. Available from: <http://wtpe.net/e-pasung/rekap/keseluruhan>. Indonesian. Accessed January 13, 2017.
10. Minas H, Diatri H. Pasung: Physical restraint and confinement of the mentally ill in the community. *Int J Ment Health Syst*. 2008;2(1):8.
11. Puteh I, Marthoenis M, Minas H. Aceh Free Pasung: Releasing the mentally ill from physical restraint. *Int J Ment Health Syst*. 2011;5:10–15.
12. Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(8):907–922.
13. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol*. 2012;67(3):231–243.
14. Johnson PJ, Beditz J. Community support systems: scaling community acceptance. *Community Ment Health J*. 1981;17(2):153–160.
15. Chea CY, Ng TP, Kua EH. Comparing the stigma of mental illness in a general hospital with a state mental hospital: a Singapore study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(8):648–653.
16. Adewuya AO, Oguntade AA. Doctors' attitude towards people with mental illness in Western Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(11):931–936.
17. Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *Br J Psychiatry*. 1996;168(2):191–198.
18. Ng P, Chan KF. Sex differences in opinion towards mental illness of secondary school students in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry*. 2000;46(2):79–88.
19. Papadopoulos C, Leavey G, Vincent C. Factors influencing stigma: a comparison of Greek-Cypriot and English attitudes towards mental illness in north London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(9):430–434.
20. Song LY, Chang LY, Shih CY, Lin CY, Yang MJ. Community attitudes towards the mentally ill: the results of a national survey of the Taiwanese population. *Int J Soc Psychiatry*. 2005;51(2):162–176.
21. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):2150–2161.
22. Francis C, Pirkis J, Dunt D, Blood RW, Davis C. Improving mental health literacy: a review of the literature. 2002. Available from: <http://www.childhealthresearch.eu/research/add-knowledge/Literature%20review%20on%20mental%20health%20literacy%20strategies>.pdf.
23. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsch N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*. 2012;63(10):963–973.
24. Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1996;31(6):321–326.
25. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(3):163–179.
26. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull*. 2001;27(2):219–225.
27. McIlror D, Carne L, Shen YC, McCabe M, Wang L. Stigma Toward Mental Illness: A Cross-Cultural Comparison of Taiwanese, Chinese Immigrants to Australia and Anglo-Australians. *J Cross Cult Psychol*. 2013;44(3):352–364.
28. Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull*. 1981;7(2):225–240.
29. Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, et al. Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *Can J Psychiatry*. 2010;55(7):440–448.
30. Wahl OF, Susin J, Kaplan L, Lax A, Zatina D. Changing Knowledge and Attitudes with a Middle School Mental Health Education Curriculum. *Stigma Res Action*. 2011;1(1):44–53.
31. Dahlberg KM, Waern M, Runeson B. Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – Investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*. 2008;8(1):1–10.
32. Couture SM, Penn DL. Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *J Ment Health*. 2003;12(3):291–305.
33. Setyanto AT, Hartini N, Alfian IN. Penerapan social support untuk meningkatkan Kemandirian pada penderita Skizofrenia [Implementation of social support to improve independence of schizophrenia patients]. *J Wacana*. 2017;9(1):91–115. Indonesian [with English abstract].
34. Hartini N, Ariana AD, Dewi TK, Kurniawan A. Improving urban environment through public commitment toward the implementation of clean and healthy living behaviors. *Psychol Res Behav Manag*. 2017;10:79–84.
35. Holmes EP, Corrigan PW, Williams P, Canar J, Kubiak MA. Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1999;25(3):447–456.
36. Levav I. *Corrigan PW, Roe D, Tsang HWH: Challenging the Stigma of Mental Illness: Lessons for Therapists and Advocates*. John Wiley & Sons; 2011.
37. Pinto-Foltz MD, Logsdon MC, Myers JA. Feasibility, acceptability, and initial efficacy of a knowledge-contact program to reduce mental illness stigma and improve mental health literacy in adolescents. *Soc Sci Med*. 2011;72(12):2011–2019.

### Psychology Research and Behavior Management Publish your work in this journal

Psychology Research and Behavior Management is an international, peer-reviewed, open access journal focusing on the science of psychology and its application in behavior management to develop improved outcomes in the clinical, educational, sports and business arenas. Specific topics covered in the journal include: Neuroscience, memory and decision making; Behavior modification and management; Clinical applications; Business and sports performance management; Social and developmental studies; Animal studies; The manuscript management system is completely online and includes a very quick and fair peer-review system, which is all easy to use. Visit <http://www.dovepress.com/testimonials.php> to read real quotes from published authors.

Submit your manuscript here: <http://www.dovepress.com/psychology-research-and-behavior-management-journal>

Dovepress



LAMPIRAN  
PROGRAM PROMOSI KESEHATAN MENTAL



**LAMPIRAN**  
**DRAFT BUKU KESEHATAN MENTAL**

**II. Lingkup sasaran upaya kesehatan mental**

Program kesehatan mental memiliki sasaran yang luas dan telah mengalami pengembangan pola pikir (mindset) dari generasi ke generasi, sesuai dengan pemahaman dan permasalahan aktual yang dialami. Pengembangan pola pikir tersebut nampak dari perluasan orientasi penanganan: dari skala mikro (individual/kelompok) ke arah skala makro (masyarakat/sistem sosial), maupun pada fokus penanganan: dari penanganan gangguan jiwa individual ke pengembangan kualitas lingkungan, sosial dan individual. Pengembangan tersebut nampak dalam ruang lingkup sasaran upaya kesehatan mental, yang bergerak pada promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

**I. Definisi Kesehatan Mental**

Konsep sehat menurut World Health Organization (WHO) adalah keadaan yang sempurna baik fisik, mental, maupun sosial; tidak hanya bebas dari penyakit/cacat. Konsep WHO ini cakupannya sangat luas dan keadaan ideal tersebut sulit dicapai oleh individu maupun kelompok. Sehat Menurut UU Kesehatan No 23 tahun 1992 adalah yaitu merupakan suatu keadaan sehatera dari badan (jasmani), jiwa (rohani) dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Sakit (illness) adalah sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan yang menimpa seseorang sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari baik itu dalam aktivitas jasmani, rohani dan sosial. (Perkins) Sakit sebagai suatu keadaan dari badan atau sebagian dari organ badan dimana fungsinya terganggu atau menyimpang. (Oxford English Dictionary)

Kesehatan mental menurut WHO (2001) adalah kondisi sehatera dimana individu dapat merealisasikan kecakapannya, dapat melakukan coping terhadap tekanan hidup yang normal, bekerja dengan produktif, dan memiliki kontribusi dalam kehidupan di komunitasnya. Kesehatan mental merupakan pondasi tercapainya kesejahteraan individu dan fungsi efektif dalam komunitas. Sehat mental menyangkut keseimbangan dalam diri sendiri, hubungan dengan orang lain, dan komunitas; individu yang sehat secara mental memahami cara untuk mencapai kondisi tersebut. Dengan demikian, perbedaan antara sehat dan sakit merupakan sebuah rentang yang kontinum. Konsep sehat dan sakit dalam satu rentang kontinum menunjukkan bahwa kesehatan individu/kelompok dapat meningkat/ditingkatkan maupun dapat menurun/diturunkan.

Kesehatan mental yang baik adalah keadaan emosional dan psikologis yang baik dimana individu dapat memanfaatkan kemampuan kognisi dan emosinya untuk memenuhi kehidupan sehari-hari dan berfungsi dalam komunitasnya. Status kesehatan mental masing-masing individu berbeda. Individu dengan mental yang sehat dapat hidup dan berfungsi optimal dalam komunitasnya meskipun mereka memiliki keterbatasan fisik dan mental (seperti: cacat tubuh, sakit kronis, mantan pecandu, dll)

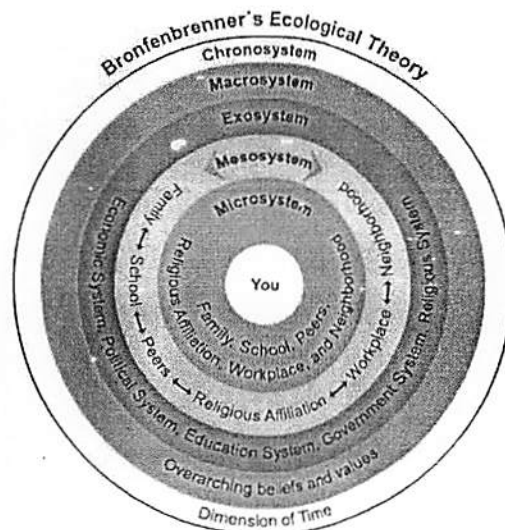
Tabel. Lingkup sasaran dan gambaran upaya kesehatan mental

LINGKUP	PROMOTIF	PREVENTIF	KURATIF	REHABILITATIF
Kondisi penerapan	Upaya peningkatan kondisi yang sebelumnya sudah baik/tidak bermasalah	Penerapan pada kondisi yang beresiko	Penerapan pada kondisi yang bermasalah/gangguan	Penerapan pada kondisi yang sudah ditangani dan menjadi lebih baik
Karakteristik subjek sasaran	Individu sehat, tanpa tanda-tanda masalah/resiko	Individu beresiko, tinggal di lingkungan beresiko, melakukan aktivitas beresiko.	Individu dengan masalah atau gangguan	Individu yang telah menunjukkan perkembangan yang baik setelah penanganan
Tujuan penerapan	Untuk meningkatkan kondisi individu agar semakin baik	Untuk mencegah agar tidak mejadi masalah/gangguan yang nyata, atau bertambah parah, serta mempertahankan kemampuan fungsional.	Untuk menghilangkan/meminimalisir masalah/gangguan	Untuk mempersiapkan individu menjalani kehidupan baru setelah perbaikan kondisi
Contoh bentuk penerapan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pencantuman materi kesehatan di kurikulum, sekolah</li> <li>- Kebijakan publik</li> <li>- Psikoedukasi kepada kelompok sosial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi dan deteksi dini kondisi atau kelompok subjek beresiko</li> <li>- Penanganan segera dan efektif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penanganan klinis</li> <li>- Penerapan langkah-langkah terapeutik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psikoedukasi kepada penderita</li> <li>- Pemberian dukungan</li> </ul>

## Promotif

Promosi kesehatan merupakan suatu upaya yang bertujuan membantu orang-orang meningkatkan kemampuannya dalam menjaga kondisi kesehatan mereka maupun determinan-determinan kesehatan tersebut (WHO, 2005). Pada ranah kesehatan mental, promosi diterapkan pada kondisi subjek yang sebelumnya sudah cukup memenuhi standard kesehatan, dan tidak menunjukkan masalah ataupun resiko masalah kesehatan. Hal ini berarti bahwa tujuan penerapannya adalah untuk meningkatkan kondisi individu agar semakin baik, meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pribadi dalam menghadapi stressor kehidupan atau faktor-faktor resiko lainnya.

Upaya-upaya promotif difokuskan pada faktor-faktor hulu (determinan) yang ikut membentuk kondisi kesehatan mental individu, misalnya tempat tinggal, pekerjaan dan kualitas kondisi kerja, pendidikan, asupan gizi, dukungan sosial, ataupun kebijakan publik. Pengkondisian faktor-faktor tersebut dapat menghindarkan individu mengalami resiko atau bahkan gangguan di kemudian hari. Dengan karakteristik tersebut, upaya promosi kesehatan mental mencakup area yang sangat luas, baik dalam diri individu dan orang-orang terdekat (*microsystem*), lingkungan sekitar (*mesosystem*), maupun sistem sosiokultural yang luas (*macrosystem*). Area-area tersebut secara skematik dapat digambarkan melalui model Teori Ekologis (Bronfenbrenner, 1979) sebagai berikut:



Gambar. Model Teori Ekologis dari Bronfenbrenner

## Preventif

Prevensi secara etimologi dari bahasa Latin *praevenire*, yang berarti “datang sebelum”. Dalam pengertian yang luas, prevensi dapat diartikan sebagai upaya yang dilakukan secara sengaja untuk mencegah terjadinya gangguan, kerusakan, atau kerugian bagi seseorang atau masyarakat. Langkah preventif dalam kesehatan mental secara umum merupakan bentuk-bentuk upaya untuk mencegah teraktualisasinya potensi masalah yang ada, ataupun mencegah bertambah parahnya masalah yang sudah mulai terjadi. Prevensi kesehatan mental tidak hanya mencakup pengendalian penyakit, namun juga masalah fungsi adaptasi (*adaptive dysfunction*), penyimpangan sosial (*social deviation*), juga hendaya dalam perkembangan (*developmental impairment*) (Adler, 1978).

Upaya preventif diterapkan pada kondisi individu atau kelompok yang beresiko, tinggal di lingkungan beresiko, atau melakukan aktifitas-aktifitas yang beresiko. Fokus upaya tersebut dinilai lebih efisien dan lebih mudah dilakukan dibandingkan fokus penanganan semata-mata pada masalah/gangguan yang tengah terjadi (kuratif) (Lehtinen, 1996). Hal ini dikarenakan individu maupun kelompok sasaran belum terjebak di dalam kompleksitas masalah, dan masih berpotensi melakukan langkah-langkah antisipatif.

Caplan (1964, 1967) mengklasifikasikan prevensi kesehatan mental menjadi tiga macam, yakni prevensi primer, sekunder, dan tersier.

### Prevensi primer

Prevensi primer merupakan aktivitas yang didesain untuk mengurangi insidensi gangguan atau kemungkinan terjadi insiden dalam populasi beresiko. Terdapat dua tujuan prevensi primer, yakni: (1) mengurangi resiko terjadinya gangguan mental, dan (2) menunda atau menghindari munculnya gangguan mental. Dengan kata lain, prevensi primer ini berarti upaya mencegah jangan sampai terjadi suatu gangguan mental pada masyarakat yang berada dalam resiko.

### Prevensi sekunder

Prevensi sekunder berarti upaya pencegahan yang dilakukan untuk mengurangi durasi maupun keparahan gangguan mental. Upaya tersebut dilakukan pada fase di mana masalah atau gangguan mulai terjadi dan sulit dibendung. Terdapat dua kegiatan utama dalam prevensi sekunder, yakni (1) diagnosis awal (*early detection*) untuk mengetahui faktor-faktor penyebab serta cara penanganan, dan (2) penanganan secepatnya dan seefektif mungkin (*prompt treatment*) agar masalah segera tertangani.



### Prevensi tersier

Prevensi tersier diterapkan ketika masalah atau gangguan berakibat terganggunya kemampuan fungsional, sehingga perlu dilakukan upaya untuk: (1) mempertahankan kemampuan yang masih tersisa, (2) mencegah gangguan tidak terus berlangsung, dan (3) agar penderita segera pulih dan berfungsi sebagaimana mestinya. Sasaran dalam prevensi ini adalah individu atau kelompok masyarakat yang mengalami masalah atau gangguan yang bersifat jangka panjang dan berakibat penurunan kapasitas dan kehidupan sehari-hari.

Prevensi tersier dilakukan pada fase dimana masalah atau gangguan telah berlangsung. Oleh karena itu, penerapannya biasa berdampingan dengan upaya-upaya kuratif.

Tindakan promotif dan preventif dalam upaya kesehatan seringkali bertalian satu sama lain. Promosi menaruh perhatian pada determinan kesehatan, sedangkan prevensi berfokus pada penyebab-penyebab masalah kesehatan. Wawasan yang diperoleh tentang gangguan mental berkontribusi terhadap wawasan tentang promosi kesehatan mental (Hosman & Jané-Llopis, 2005). Sebaliknya, upaya-upaya untuk meningkatkan kesehatan mental akan seringkali memiliki hasil yang penting dalam pencegahan gangguan mental. Promosi kesehatan mental juga memiliki dukungan yang luas terhadap pencegahan terhadap masalah kesehatan fisik yang didasari pola perilaku, misalnya pencegahan AIDS maupun kehamilan tak dikehendaki pada remaja.

Pendekatan kombinasi antara promosi kesehatan mental dan prevensi penyakit memunculkan kategori intervensi berdasar tingkat resiko penyakit (maupun cakupan upaya) pada kelompok populasi yang beragam sehingga menjadi lebih jelas jenis tindakan apa yang dibutuhkan (Eaton & Harrison, 1996; Mrazek & Haggerty, 1994). Kategorisasi intervensi tersebut dibagi menjadi: (1) Universal, mencakup seluruh populasi, misalnya perawatan sebelum melahirkan, (2) Khusus, diarahkan pada sub kelompok dari populasi dengan resiko masalah di atas rata-rata, misalnya dukungan keluarga untuk ibu-ibu muda, kurang mampu, pada kehamilan pertama, dan (3) Terindikasi, Diarahkan pada individu-individu beresiko tinggi dengan simptom minimal namun terdeteksi, misalkan *screening* dan *treatment* awal untuk simptom-simptom depresi ataupun dimensia.

### **Kuratif**

Lingkup kuratif kesehatan mental diwujudkan melalui upaya-upaya yang bertujuan untuk: menyembuhkan atau menghilangkan esensi dari suatu permasalahan atau gangguan, mengurangi penderitaan maupun mengendalikan dampak yang diakibatkan karena masalah

atau gangguan yang dialami, maupun memperbaiki aspek-aspek dalam diri subjek sasaran yang mengalami hendaya. Hal ini berarti upaya kuratif diterapkan pada sasaran individu atau kelompok masyarakat di mana masalah atau gangguan tengah terjadi. Contoh upaya kurasi dalam kesehatan mental dapat berupa konseling, psikoterapi, maupun langkah-langkah terapeutik lainnya.

Menimbang urgensi dalam kondisi tersebut, upaya kuratif dilakukan oleh profesional yang telah mendapatkan pendidikan dan pelatihan intensif untuk menangani masalah kesehatan mental ataupun gangguan psikologis, yang dipandu oleh kode etik profesi dalam menjalankan pekerjaannya. Dibutuhkan juga jaringan kerja lintas sektor ketika masalah yang dihadapi melibatkan banyak segi dalam kehidupan.

### Rehabilitatif

Pengertian upaya rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya. Contoh Rehabilitatif adalah rehabilitasi pasien narkoba dan lain-lain.

Kerangka kerja dari lingkup upaya kesehatan mental dapat digambarkan berdasarkan luas cakupan penanganan pada tabel berikut:

Tabel . Matrik contoh ilustrasi kerangka kerja upaya kesehatan mental  
(diadaptasi dari Finnish Ministry of Social Affairs and Health & STAKES, 2000)

Cakupan Penanganan	Masyarakat luas	Komunitas lokal	Individual
Promotif	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peningkatan nilai dan pemahaman kesehatan mental dan kualitas hidup</li> <li>- Koreksi stigma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas komunitas proaktif</li> <li>- Pencantuman materi kesehatan mental di kurikulum sekolah</li> <li>- Apresiasi kesehatan mental di tempat kerja</li> <li>- Adanya ruang publik untuk anak-anak dan keluarga</li> <li>- Lingkungan tempat tinggal yang aman dan berkualitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Akses ke pendidikan, pelatihan, dan pekerjaan</li> <li>- Partisipasi dalam kegiatan rekreatif, olahraga, dan hobi</li> <li>- Peningkatan pemahaman kesehatan mental</li> </ul>
Prevensi Primer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengurangan tingkat pengangguran, putus sekolah, dan tuna wisma</li> <li>- Asesmen dampak kesehatan mental atas perkembangan di masyarakat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pengajaran keterampilan pengasuhan (<i>parenting skills</i>)</li> <li>- Dukungan sosial terhadap kelompok beresiko</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukungan proaktif dan reaktif terhadap orang-orang yang mengalami kejadian yang mengancam</li> </ul>

<b>Cakupan Penanganan</b>	<b>Masyarakat luas</b>	<b>Komunitas lokal</b>	<b>Individual</b>
<b>Prevensi sekunder</b>	- Panduan untuk deteksi dan penanganan dini	- Akses terhadap layanan lokal untuk deteksi dan penanganan dini	- Deteksi dan penanganan dini atas gangguan - Pencegahan kekambuhan
<b>Kuratif/Rehabilitatif</b>	- Pengembangan layanan kesehatan dan sosial yang terintegrasi	- Keterhubungan antara layanan kesehatan dengan layanan sosial, pekerjaan, sekolah, lembaga masyarakat, dll. untuk orang-orang dengan masalah kesehatan mental	- Penanganan psikologis, sosial, dan medis
<b>Prevensi mortalitas</b>	- Strategi pencegahan bunuh diri - Program nasional jaminan kesehatan fisik bagi orang-orang dengan masalah kesehatan mental	- Implementasi dengan penyesuaian kondisi lokal program pencegahan bunuh diri - Akses bagi orang-orang dengan masalah kesehatan mental kepada layanan kesehatan fisik	- Akses kepada pertolongan krisis dengan segera - Tindak lanjut aktif terhadap pelaku percobaan bunuh diri

## DINAMIKA KESEHATAN MENTAL

### I. Determinan Kesehatan Mental: dinamika faktor-faktor protektif & resiko

Determinan kesehatan mental mencakup tidak hanya faktor-faktor yang terkait dengan tindakan individual (seperti kepribadian dan gaya hidup, keterampilan *coping*, dan hubungan interpersonal yang baik) tetapi juga faktor-faktor lingkungan dan sosial (seperti pendapatan, status sosial, pendidikan, pekerjaan, kondisi pemukiman dan lingkungan kerja, akses ke layanan kesehatan, dan kesehatan fisik yang baik. Meningkatkan kualitas-kualitas individual, sosial dan lingkungan tersebut, serta menghindari penurunannya menjadi tujuan umum dari promosi kesehatan mental dan pencegahan gangguan mental (Herrman, 2001).

Dinamika determinan kesehatan mental dapat terwujud menjadi faktor-faktor protektif maupun resiko dalam kehidupan sehari-hari. Faktor protektif dalam kesehatan mental adalah variabel yang dapat membuat individu menjadi lebih resisten dalam menghadapi faktor resiko yang dapat memicu gangguan dalam kesehatan mental, dan dapat menghindarkan individu dari kondisi yang dapat menimbulkan masalah (Vandiver, 2009). Sebaliknya, faktor resiko dapat menempatkan individu pada predisposisi yang rawan terjadinya masalah ataupun gangguan kesehatan mental. Faktor protektif akan berinteraksi dengan faktor risiko dengan hasil akhir berupa terjadi atau tidaknya masalah perilaku atau emosi, atau gangguan mental di kemudian hari.

Faktor protektif dapat memodifikasi pengaruh dari faktor resiko dengan membantu, menolong, meningkatkan, atau melindungi individu dalam menghadapi ancaman lingkungan. Rutter (1985) menjelaskan bahwa faktor protektif merupakan faktor yang memodifikasi, merubah, atau menjadikan respons seseorang menjadi lebih kuat menghadapi berbagai macam tantangan yang datang dari lingkungannya.

**Faktor individual.** Determinan kesehatan mental dapat bersumber pada atribut-atribut yang terdapat pada kepribadian seseorang. Atribut tersebut merupakan hasil interaksi dinamis dari predisposisi bawaan individu dengan pengalaman dan hasil belajar dari lingkungan. Faktor-faktor proteksi pada diri individu antara lain dapat berupa harga diri, resiliensi emosional, sikap dan cara pandang optimis, keterampilan pemecahan masalah, keterampilan sosial, kemampuan manajemen stress, keyakinan pada kemampuan diri sendiri (*self efficacy*), maupun religiusitas.

**Faktor sosial dan keluarga.** Selain atribut individual, faktor sosial dan keluarga memiliki peran yang luas dalam menunjang peningkatan kesehatan mental. Kondisi sosial masyarakat yang sehat menawarkan proteksi terhadap individu dari resiko mental yang tidak sehat. Sebagai contoh, eksistensi individu dalam kelompok, interaksi antar individu di lingkungan sosial, interaksi antar tetangga, pergaulan yang baik di tempat kerja atau di sekolah, dapat memberikan dukungan moral bagi individu. Keluarga juga menjadi agen penting dalam melindungi individu dari resiko masalah kesehatan mental. Dengan adanya dukungan keluarga, maka individu dapat menjadi lebih adaptif. Contohnya adalah penanaman nilai dan norma yang baik semjak dini, komunikasi yang baik antar anggota keluarga, serta saling mendukung antara anggota keluarga, pemberian psikoedukatif dalam keluarga agar individu mampu berinteraksi dengan lingkungan secara baik (Vandiver, 2009).

**Faktor sosial lain yang menjadi proteksi bagi kesehatan mental adalah promosi kesehatan.** Dalam hal ini, proteksi diberikan dengan cara memberikan psikoedukasi kepada individu, kelompok, maupun komunitas. Sebagai contoh, psikoedukasi keluarga mengenai resolusi konflik dalam keluarga dapat menghindarkan anggota keluarga dari faktor resiko gangguan kesehatan mental (*mental illness*) (Vandiver, 2009).

**Faktor lingkungan.** Agen yang berperan pada lingkungan dalam melindungi individu dari resiko *mental illness* adalah lingkungan tempat tinggal individu.



**Faktor individual.** Sebagian klinisi berpendapat bahwa karakteristik psikologis individu yang berkolaborasi dengan stimulasi sosial dapat menjadi determinan gangguan mental. Sebagai contoh, pemicu lingkungan dan psikologis individu dapat saling melengkapi dalam memperparah distress yang mengarah kepada gangguan (Ahn, Proctor, & Flanagan, 2009). Karakteristik mental individu, seperti cara individu dalam mempersepsikan-bertikir-merasakan hal-hal tertentu (Peer, et al., 2009), tempramen maupun gaya coping (Jerominus, et e., 2016), atau "ilusi positif" seperti optimisme (Mathews, 2005) dipandang memiliki kaitan dengan tumbuhnya gangguan mental dalam diri seseorang ketika berkembang secara tidak sehat. Individu dengan trait kepribadian tertentu dinilai cenderung lebih beresiko mengalami stress. abnormal kelemahan fisik dan kekurangan energi).

**Faktor biologis.** Kondisi-kondisi biologis tertentu yang dialami seseorang dapat menjadi resiko, baik secara langsung maupun tidak, dalam munculnya gangguan pada kesehatan mental. Beberapa penelitian membuktikan bahwa gen dapat menyebabkan manusia mengalami berbagai jenis gangguan mental (Cottesman, McGuffin, & Farmer, 1987). Contohnya adalah individu yang mengalami gangguan skizofrenia terbukti memiliki faktor resiko yang diturunkan dari keluarganya. Penderitaan penyakit yang kronis, khususnya yang bersifat paliatif, dapat menimbulkan masalah seratan (*co morbid*) berupa depresi, kecemasan, ataupun *astenia* (kondisi

Di balik faktor-faktor protektif yang dimiliki individu, terdapat potensi faktor-faktor resiko bagi terganggunya kesehatan mental, baik yang berasal dari dalam maupun dari luar diri individu. Contoh sumber faktor resiko dalam kehidupan seseorang dapat berupa biologis, pekerjaan, keluarga, dan interaksi sosial.

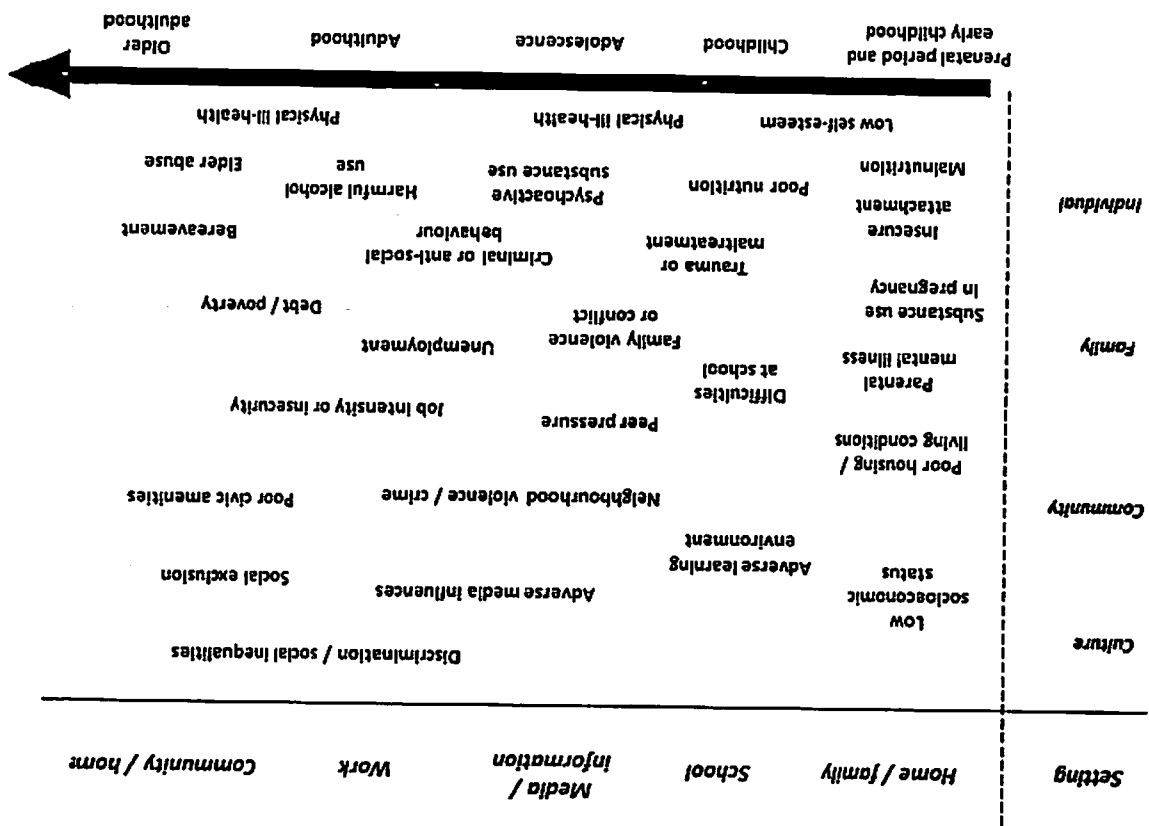
Contohnya lingkungan fisik yang sehat, keamanan yang terjamin dan lain sebagainya. Faktor lingkungan juga mencakup bagaimana keterjangkauan layanan kesehatan terhadap individu yang membutuhkan, serta kondisi yang berkaitan dengan keamanan dan keselamatan.

Misalnya, tingginya trait *neuroticism* berkorelasi secara signifikan dengan kerentanan terhadap stress (Bedin, et al., 2015).

Faktor sosial dan keluarga. Keluarga merupakan lingkungan yang paling dekat dan paling sering berinteraksi dengan individu. Keluarga memiliki caranya dalam berperilaku. Pola-perilaku dalam keluarga jelas mempengaruhi bagaimana keprabdian individu terbentuk. Pola asuh ini dapat menjadi resiko anak mengalami gangguan mental. Contohnya, apabila ada orang tua yang mengalami gangguan makan, maka kemungkinan besar mereka membesarkan anak-anaknya dengan pola-pola makan dan citra diri yang menggambarkan gangguan mental (Brown & Ogden, 2004).

Segala bentuk kejadian yang terjadi di lingkungan sekunder atau lingkungan di luar rumah juga dapat berdampak pada kesehatan mental seseorang. Contohnya adalah fenomena yang cukup sering terjadi di kalangan sekolah maupun pekerjaan yaitu *bullying*. *Bullying* ini tidak dapat dipungkiri berdampak buruk bagi performa belajar siswa, tingkat *self-esteem*, kepercayaan diri, dan dapat menyebabkan depresi hingga tendensi untuk bunuh diri (Olweus, 1997).

Faktor lingkungan. Kondisi lingkungan tempat tinggal maupun kerja yang tidak sehat seringkali menjadi faktor resiko. Kondisi lingkungan berkaitan dengan bagaimana individu membangun kebiasaan beraktivitas, dan dengan cara tertentu ikut membentuk keprabdian orang-orang di dalamnya. Algría, dkk. (2007) menjelaskan bahwa anak-anak yang tinggal di perkampungan kumuh dan menjadi minoritas menunjukkan masalah kesehatan mental lebih banyak dibandingkan angka rata-rata di Amerika. Stress dan kecemasan sering muncul pada orang-orang yang menghabiskan waktu terlalu lama di tempat kerja, khususnya dengan lingkungan kerja yang sulit atau tidak aman (WHO, 2004).



**Figure 2** Schematic overview of risks to mental health over the life course (Adapted from: Foresight project, 2008; Kielling et al, 2011; Fisher et al, 2011)<sup>45 6</sup>

Faktor-faktor resiko dapat diidentifikasi berdasarkan latar, antara lain rumah/keuarga, sekolah, media informasi, tempat kerja, dan komunitas. Bentuk-bentuk faktor resiko secara skematik dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar. Ikhtisar skematik faktor resiko kesehatan mental pada rangkaian aspek kehidupan

(Foresight Mental Capital and Wellbeing project, 2008)

Setiap ranah, baik individual, sosial dan keluarga, serta lingkungan, sama-sama mengandung potensi faktor-faktor protektif dan resiko. Suatu atribut ataupun kondisi secara dinamis dapat termanifestasi menjadi salah satu di antaranya, sebagaimana tergambar pada tabel berikut:

Tabel. Determinan Kesehatan Mental

(diadaptasi dari WHO, 2012)

Tingkatan	Faktor Protektif	Faktor Resiko
<b>Atribut individual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Harga diri &amp; rasa percaya diri yang baik ↔</li> <li>- Kemampuan pemecahan masalah dan manajemen stress ↔</li> <li>- Keterampilan komunikasi ↔</li> <li>- Kesehatan dan kebugaran fisik ↔</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Harga diri &amp; rasa percaya diri yang rendah</li> <li>- Ketidakmatangan kognitif/emoi</li> <li>- Hambatan komunikasi</li> <li>- Penyakit medis, penyalahgunaan zat</li> </ul>
<b>Kondisi sosial dan keluarga</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukungan sosial keluarga &amp; teman ↔</li> <li>- Interaksi pengasuhan &amp; keluarga yang baik ↔</li> <li>- Keamanan dan keselamatan fisik ↔</li> <li>- Keamanan ekonomi ↔</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rasa kesepian dan kehilangan</li> <li>- Konflik keluarga dan penolakan</li> <li>- Paparan kekejaman &amp; penganiayaan</li> <li>- Pendapatan rendah &amp; kemiskinan</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pencapaian akademik</li> <li>- Kepuasan &amp; kesuksesan kerja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↔ - Kesulitan dan kegagalan di sekolah</li> <li>↔ - Stress kerja &amp; kondisi menganggur</li> </ul>
<b>Faktor lingkungan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesetaraan akses ke layanan dasar</li> <li>- Keadilan sosial, toleransi &amp; integrasi</li> <li>- Kesetaraan sosial &amp; gender</li> <li>- Keamanan dan keselamatan fisik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↔ - Akses yang sulit ke layanan dasar</li> <li>↔ - Ketidakadilan dan diskriminasi</li> <li>↔ - Kesenjangan sosial dan gender</li> <li>↔ - Paparan perang dan bencana</li> </ul>

**Posisi Faktor Psikologis Dalam Masalah Sehari-Hari**

Faktor psikologis pasti berperan dalam setiap masalah yang dihadapi manusia (baik itu peran yang kuat maupun kurang kuat, langsung maupun tak langsung), khususnya pada masalah yang terkait dengan kesehatan mental. Dinamika faktor psikologis dapat dicermati berdasarkan posisinya pada fase atau tahapan perkembangan suatu masalah; yakni sebagai predisposisi, seiring terjadinya masalah, serta sebagai akibat dari dialaminya masalah. Faktor psikologis dapat menempati satu atau lebih dari posisi di atas.

Tabel . Posisi faktor psikologis dalam terjadinya masalah terkait kesehatan mental

Tahapan	Predisposisi	Seiring Berlangsungnya Masalah	Akibat
Karakteristik	- Kecenderungan perilaku/pola penyesuaian diri yang telah ada sebelumnya	- Masalah sertaan yang beresiko meningkatkan kompleksitas/keparahan	- Masalah baru yang muncul dikarenakan tidak terselesaikannya masalah secara efektif
Manifestasi	- Kepribadian - Pengalaman - Hasil belajar	- Gangguan keseimbangan psikologis - Penurunan fungsi mental	- Munculnya indikasi psikopatologi atau masalah kesehatan mental lain - <i>Trait</i> kepribadian, ataupun pola perilaku hasil pembelajaran <i>maladjustment</i>
Dinamika	- Penyebab - Pengkondisi - Pemicu	- Terbentuk seiring terakumulasinya distress, frustrasi, kecemasan, atau	- Kegagalan membangun penyesuaian diri secara efektif

Berkaitan dengan contoh pada masalah gangguan, kondisi gangguan memiliki pengaruh negatif yang kuat pada kesejahteraan psikologis (*psychological well-being*) subjek individu (McKee-Ryan, et al., 2005). Kondisi gangguan dalam jangka waktu yang lama bereisiko menurunkan harga diri dan rasa percaya diri, motivasi, membentuk konsep diri negatif, dan menimbulkan perasaan frustrasi. Berbagai resiko tersebut pada akhirnya ikut memperparah kesulitan individu untuk

Pada masa seiring berlangsungnya masalah, faktor psikologis dapat muncul sebagai masalah *co morbidity*/sertaan yang bereisiko meningkatkan kompleksitas atau keparahan. Dalam kondisi ini, faktor psikologis dapat muncul dalam bentuk terganggunya keseimbangan atau penurunan fungsi-fungsi mental serta emosional. Masalah sertaan ini terbentuk seiring terakumulasinya distress, kecemasan, frustrasi, atau meningkatnya iritabilitas psikis akibat permasalahan yang tak kunjung selesai.

### Faktor psikologis seiring berlangsungnya masalah

Sebagai contoh, pada masalah gangguan faktor psikologis yang menempati posisi sebagai predisposisi dapat berupa beberapa hal. Individu dengan trait *openness* yang kuat dan kontrol diri yang kurang, memiliki kecenderungan berganti-ganti pekerjaan, dan lebih sering mengalami masa gangguan (Viminkainen & Kokko, 2012). Pengalaman berulang kali ditolak kerja atau gagal dalam bisnis memberikan kesempatan bagi individu untuk menambah pengalaman atau memperbaiki keterampilan, namun dalam kondisi tertentu dapat meningkatkan rasa frustrasi dan kecemasan pada individu untuk berusaha lagi.

Sebagai predisposisi, faktor psikologis merupakan hal-hal yang menumbuhkan kecenderungan pada diri individu untuk memunculkan perilaku tertentu ketika menghadapai situasi tertentu, dapat juga dikatakan sebagai pola penyelesaian diri. Faktor psikologis sebagai pembentuk kecenderungan dapat berupa sifat (*trait*) kepribadian, menjadi penyebab langsung maupun tak langsung, ataupun menjadi pengkondisi yang mempermudah timbulnya masalah, juga dapat menjadi pemicu bagi terjadinya masalah yang sudah terkondisikan sebelumnya.

### Faktor psikologis sebagai predisposisi

- Ketidakmampuan individu membangun penanggulangan dengan segera karena beban psikologis yang terlalu berat	meningkatkan iritabilitas psikis		
---	----------------------------------	--	--



Adler, D.A., Levinson, D.J., & Astrochan, B.M. (1978). The Concept of Prevention in Psychiatry: A Reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 35, 786-789.

## Referensi

Sehubungan dengan masalah gangguan yang dialami oleh individu, kondisi gangguan yang dialami oleh individu cendrung mengalami penurunan sifat peduli ataupun ketertarik dengan tantangan dan pengalaman baru. Jahoda, dkk. (1971) melaporkan adanya pengaruh kondisi gangguan terhadap penurunan kondisi kesehatan mental dan fisik. Orang-orang yang lama mengalami gangguan menunjukkan tanda-tanda kepribadian pasif, apatis, mudah lelah, dan penurunan motivasi. Lebih lanjut, hal-hal tersebut membuat individu semakin kesulitan untuk keluar dari kondisi gangguan maupun membangun hubungan sosial yang sehat. Kondisi ini dapat menjadi predisposisi bagi timbulnya masalah lanjutan.

Sebagai akibat, faktor psikologis menjadi masalah baru muncul dikarenakan tidak terselesaikannya masalah secara efektif. Masalah baru tersebut merupakan akibat dari efek distres berkepanjangan yang merupakan kegagalan membangun penyelesaian diri secara efektif, atau bisa juga sebagai akibat dari beban psikologis yang terlalu berat sehingga individu tidak mampu membangun penanggulangan/ *coping* dengan segera. Pada kondisi pertama fokusnya adalah pada kegagalan individu dalam belajar dan beradaptasi terhadap masalah, sementara pada kondisi kedua fokusnya pada beban psikologis yang berlebihan. Faktor-faktor tersebut dapat muncul berupa terbentuk dan diperiharanya berbagai simptom/gejala psikopatologi atau masalah kesehatan mental tertentu. Faktor psikologis sebagai akibat bisa menjadi predisposisi baru apabila berupa *trait* kepribadian maupun pola perilaku hasil pembelajaran *maldadjustment*, atau kondisi traumatik, yang mempengaruhi proses penyelesaian diri individu di masa mendatang.

Pada kondisi pertama fokusnya adalah pada kegagalan individu dalam belajar dan beradaptasi terhadap masalah, sementara pada kondisi kedua fokusnya pada beban psikologis yang berlebihan. Faktor-faktor tersebut dapat muncul berupa terbentuk dan diperiharanya berbagai simptom/gejala psikopatologi atau masalah kesehatan mental tertentu. Faktor psikologis sebagai akibat bisa menjadi predisposisi baru apabila berupa *trait* kepribadian maupun pola perilaku hasil pembelajaran *maldadjustment*, atau kondisi traumatik, yang mempengaruhi proses penyelesaian diri individu di masa mendatang.

Pada sebagian individu dengan predisposisi *trait* kepribadian tertentu, kondisi gangguan dalam jangka waktu lama dapat mengkondisikan munculnya perilaku-perilaku melanggar hukum (Mendolia & Walker, 2015).

## Faktor psikologis sebagai akibat

- Ahn, W., Proctor, C.C., & Flanagan, E.H. (2009). "Mental Health Clinicians' Beliefs About the Biological, Psychological, and Environmental Bases of Mental Disorders". *Cognitive Science*. 33 (2): 147–182.
- Alegria M, Mulvaney-Day N, Torres M, Polo A, Cao Z, Canino G. 2007. Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *American Journal of Public Health*, 97(1):68-75
- Bedin, J. E. et al. (2015). The Relationship between Personality Traits and Stress Levels in Children. *Psychology*, 6, 672-680. h
- Boyce, C. J., Wood, A. M., Daly, M, & Sedikides, C. (2015). Personality change following unemployment. *Journal of Applied Psychology*, online, Feb. 9, 2015
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brown, R., & Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Education Research*. (2004) 19 (3):261-271..
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Caplan, G., & Grunnebaum, H. 1967. Perspective on Primary Prevention, A Review. *Archives Journal of Psychiatry*, 17, 331-346.
- Eaton WW, Harrison G. (1996). Prevention priorities. *Current Opinion in Psychiatry*, 9:141–143.
- Finnish Ministry of Social Affairs and Health and the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). (2000). *Public Health Action Framework on Mental Health*.
- Foresight Mental Capital and Wellbeing project. (2008). *Final Project report – Executive summary*. The Government Office for Science, London.
- Gottesman, II., McGuffin, P., & Farmer, A.E. (1987). Clinical genetics as clues to the "real" genetics of schizophrenia (a decade of modest gains while playing for time). *Schizophrenia Bulletin*, 13, 23-47.
- Herrman H. (2001). The need for mental health promotion. *Australian and New Zealand Journal of Psycpp0p-[9hiatry*, 2001, 35: 709-715.

- Hosman C, Jané-Llopis E (2005). Evidence of effective interventions of mental health promotion. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, World Health Organization.
- Jahoda, Marie, Paul F. Lazarsfeld, and Hans Zeisel. (1971). *Marienthal - The Sociography of an unemployed community*. London: Tavistock.
- Lehtinen, V. (1996). *Social Psychiatry*. Helsinki: Tammi.
- Mathews, Andrew; MacLeod, Colin (2005). "Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders". *Annual Review of Clinical Psychology*. 1 (1): 167–95.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A metaanalytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90, 53–76.
- Mendolia, S., Walkerr, I. (1993). Youth unemployment and personality traits. *ZA Journal of Labor Economics*, 2015, 4:19.
- Olweus, D. (1997). Bully/victim problems in school: Facts and intervention. *European Journal of Psychology of Education*. December 1997, 12:495.
- Peer JE, Rothmann TL, Penrod RD, Penn DL, Spaulding WD. (2004). "Social cognitive bias and neurocognitive deficit in paranoid symptoms: evidence for an interaction effect and changes during treatment". *Schizophrenia Research*. 71(2–3): 463–71.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147 (6): 598-611.
- Vandiver, VL. (2009). *Integrating Health Promotion and Mental Health*. Oxford, Oxford University Press.
- Viinikainen, J., & Kokko, K. (2012). Personality traits and unemployment: Evidence from longitudinal data. *Journal of Economic Psychology*, 33 (6), 1204-1222.
- WHO (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. World Health Organization; Geneva, Switzerland.
- WHO. (2005). Participants at the 6th Global Conference on Health Promotion. The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005 August 11.

WHO. (2012). *Risks to Mental Health: an Overview of Vulnerabilities and Risk Factors*. Background Paper by Who Secretariat for The Development of A Comprehensive Mental Health Action Plan, 2012 August 27.

Jerominus, B. F.; Kotov, R.; Riese, H.; Ormel, J. (2016). "Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms and psychiatric history, but the adjusted association hardly decays with time: a meta-analysis on 59 longitudinal/prospective studies with 443 313 participants". *Psychological Medicine*: 1-24.

Studi *positive mental health* dan *positive psychology* termasuk dalam bidang merupakan keberlanjutan dari perkembangan paradigma humanistik dalam bidang

(Ryan & Deci, 2001).

dengan hadirnya psikologi positif pada tahun 2000 yang dipelopori oleh Seligman *positive mental health*. Perkembangan pesat konsep *positive mental health* ditandai intervensi kesehatan mental jauh lebih berkembang daripada pengembangan konsep *functioning* pada diri manusia. Sejak tahun 1960, orientasi pada pengembangan menaruh perhatian pada faktor-faktor yang mendukung dan mendorong *positive* studi kesehatan mental berkembang ke arah kesehatan mental yang positif yang ketidakbahagiaan dan gangguan-gangguan psikis yang dialami manusia. Selanjutnya, kesehatan mental, pada awalnya lebih menaruh perhatian dan pemikiran pada perkembangan konsep kesejahteraan *well being* dalam perkembangan studi

*being* menjadi sebuah isu yang kompleks sampai dengan hari ini. pendekatan dalam memberikan definisi pada konsep *well being* ini, membuat *well* kesehatan, kebahagiaan, kualitas hidup, kepuasan, dan kesejahteraan. Beragamnya bermakna luas. *Well being* dapat dilihat sebagai bagian dari perkembangan pendekatan kesehatan mental positif. Sejak awal perkembangannya, konsep "*well being*" *being*. Perkembangan konsep *well being* menjadi bagian dari perkembangan studi Kesejahteraan psikologis adalah sebuah konsep yang berasal dari konsep *well*

#### A. Perkembangan Konsep

Pembahasan tentang kesejahteraan psikologis akan diawali dengan perkembangan konsep kesejahteraan psikologis, definisi kesejahteraan psikologis, dimensi-dimensi kesejahteraan psikologis dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesejahteraan psikologis.

## KESEJAHTERAAN PSIKOLOGIS

psikologi. Paradigma yang memandang manusia memiliki potensi-potensi positif yang berfungsi untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan individu atau pribadi kearah yang lebih baik. Potensi-potensi dasar manusia yang positif dapat mengarahkan manusia pada pencapaian keseimbangan dalam kehidupannya. Dengan potensi positifnya, manusia mampu bertahan dalam kehidupannya. Manusia akan mencari dan menemukan cara untuk mencapai perkembangan yang lebih baik atau aktualisasi diri secara aktif. Hasil dari optimalisasi fungsi-fungsi positif dalam diri manusia adalah pencapaian kondisi mental yang sehat. (Snyder & Lopez, 2007)

Perkembangan konsep kesejahteraan psikologis atau *psychological well being* yang menjadi bagian dari perkembangan *positive mental health* dan *positive psychology*, penjabarannya dapat diawali dari penjelasan Ryan & Deci (2001). Ryan & Deci (2001) menjelaskan bahwa studi *psychological well being* berkembang dalam dua perspektif, yaitu pendekatan *hedonic* dan pendekatan *eudaimonic*.

Pertama, pendekatan *hedonic*. Pendekatan *hedonic* memandang *well being* dalam konteks kebahagiaan (*happiness*) yang dialami manusia sebagai pencapaian kenikmatan (*hedonism*). *Hedonism* berfokus pada perasaan kebahagiaan yang dirasakan sekarang. *Well being* didefinisikan sebagai pencapaian suatu kesenangan (*pleasure*) dan penghindaran dari penderitaan (*pain*). Pendekatan *hedonic* atau *subjective well-being* ini menekankan bahwa *well being* tersusun atas kebahagiaan subjektif dan berfokus pada pengalaman yang mendatangkan kenikmatan (kepuasan hidup dan kebahagiaan). Diener (dalam Ryan & Deci, 2001) menjelaskan kebahagiaan sebagai konsep *subjective well-being* yang terdiri dari kepuasan hidup, adanya afek positif, dan tiadanya afek negatif. Kebahagiaan memiliki dimensi kognitif dan emosi.

Pendekatan *hedonic subjective well being* menurut Diener (1984) berasal dari konsep Aristippus, filsuf Yunani abad keempat yang bertikir bahwa tujuan hidup manusia adalah mengalami sebanyak mungkin kesenangan. Kebahagiaan adalah totalitas dari pencapaian kesenangan hedonis seseorang. Konsep Aristippus ini



selanjutnya dikembangkan oleh Hobbes yang berpendapat bahwa kebahagiaan adalah kesenangan pada pencapaian tujuan hidup.

Kedua, pendekatan *eudaimonik*. Pendekatan *eudaimonik* memandang *well being* dalam konteks memfokuskan diri pada makna hidup dan realisasi diri (*self realization*). *Well being* didefinisikan sebagai derajat keberfungsian manusia secara optimal. *Well being* bukanlah dicapainya kesenangan, tapi lebih pada perjuangan mencapai kesempurnaan yang mewakili pengaktualisasian potensi seseorang yang sebenarnya. *Eudaimonic* memformulasikan *well being* sebagai konsep pengaktualisasian potensi manusia dalam menghadapi berbagai tantangan kehidupan. Salah satu pendekatan *eudaimonic* yang berkembang pesat dalam kajian psikologi positif adalah pendekatan *psychological well being* yang dipelopori oleh Ryff. *Psychological well being* Ryff menekankan bahwa kesejahteraan psikologis merupakan dimensi kognitif, emosi, dan perilaku termasuk hubungan sosial.

Pendekatan *eudaimonic psychological well being* menurut Ryff (1989), pertama kali diperkenalkan oleh Aristoteles dalam bukunya yang berjudul *Nicomachean Ethics*. Menurut Aristoteles (dalam Ross, 1925 dalam Ryff, 2006), tujuan tertinggi yang ingin diraih oleh setiap individu adalah kebahagiaan (*happiness*). Aristoteles menjelaskan bahwa kebahagiaan bukanlah diperoleh dengan jalan mengajar kenikmatan dan menghindari sakit, atau terpenuhinya segala kebutuhan melainkan melalui tindakan nyata dimana individu mengaktualisasikan potensi-potensinya. Hal itulah yang merupakan tugas dan tanggung jawab manusia sehingga manusia sendiri lah yang menentukan apakah akan menjadi individu yang berbahagia, bermutu, berhasil ataukah gagal. Aristoteles memandang kebahagiaan sebagai bagian dari perilaku etik. Dalam perkembangannya, konsep *happiness* menurut Aristoteles ini dikembangkan oleh Bradburn (1969). Bradburn mendefinisikan kebahagiaan sebagai keseimbangan afek positif dan afek negatif; bukan sekedar hadirnya afek positif dan tiadanya afek negatif. Konsep kebahagiaan menurut Bradburn ini, selanjutnya dikenal

Dienar (1984) mendefinisikan *well being* sebagai *subjective well being*. *Subjective well being* menekankan kebahagiaan pada aspek kognitif dan emosi. *Well being* dievaluasi dari *pleasure/pain continuum* dalam pengalaman manusia. *Well being* adalah evaluasi seseorang tentang kehidupannya, termasuk penilaian kognitif terhadap kepuasan hidupnya serta evaluasi afektif terhadap *mood* dan emosinya. *Well being*

### B.1. Subjective Well Being

menurut Dienar (1984) dan Ryff (1989).  
Definisi tentang kesejahteraan psikologis dalam kajian ini akan dibahas

### B. Definisi Kesejahteraan Psikologis

Pendekatan *eudaimonic* yang paling dikenal adalah konsep *psychological well being* Ryff (1989). Konsep *psychological well being* Ryff (1989) berupaya mengintegrasikan teori psikologi klinis, psikologi perkembangan yang merujuk pada *personal development* Erikson (1959) dan kesehatan mental yang merujuk pada teori *positive mental health* Jahoda (1958). Teori psikologi klinis yang dimaksud Ryff (2008) adalah konsep *basic life tendencies* Buhler (1935), konsep *individuation* Jung (1948), konsep *maturity* Allport (1961), konsep *fully functioning person* Rogers (1962), konsep *executive processes of personality* Neugarten (1968), konsep *self actualization* Maslow (1968), dan konsep *will to meaning* Frankl (1992) (Ryff & Keyes, 1995)

dalamnya (*fully engaged*).  
dengan nilai-nilai yang dianut dan dilakukan secara menyeluruh serta terlibat penuh di yang sejati terjadi ketika manusia melakukan aktivitas yang paling kongruen dan sesuai cara manusia untuk hidup dalam *daimon*-nya atau dirinya yang sejati (*true self*). Diri Ryan & Deci, 2001) yang mengatakan bahwa *well being* menekankan pada bagaimana *eudaimonic* juga dapat dijelaskan dari artikel yang ditulis oleh Waterman (1993 dalam dengan *psychological well being* (Ryff, 1989, 2006). Sejarah perkembangan konsep

dilihat dari dua dimensi, yaitu: kepuasan hidup, dan adanya afek positif serta tidaknya afek negatif.

## B.2. *Psychological Well Being*

Ryff (1989) merumuskan konsep *psychological well being* sebagai sebuah kondisi dimana individu memiliki sikap positif terhadap diri sendiri dan orang lain, dapat membuat keputusan sendiri dan mengatur tingkah lakunya sendiri, dapat menciptakan dan mengatur lingkungan sesuai dengan kebutuhannya, memiliki tujuan hidup dan membuat hidup lebih bermakna, serta berusaha mengeksplorasi dan mengembangkan diri. Ryff & Singer (2006, 2008) menjelaskan tentang enam faktor model *well being* yang dikembangkannya dalam konsep *psychological well being*. Keenam faktor model Ryff, dalam banyak studi penelitian menunjukkan korelasi tinggi secara signifikan antar dimensinya dalam mengukur *psychological well being*, yang manifes dengan perilaku *psychological well being*. Dimensi-dimensi tersebut adalah *self acceptance, positive relations with other people, autonomy, environmental mastery, purpose in life, dan personal growth*.

## C. Dimensi Kesejahteraan Psikologis

Dimensi kesejahteraan psikologis berikut akan dijelaskan berdasarkan dimensi *subjective well being* Diener (1984) dan *psychological well being* Ryff (1989).

### C.1. Dimensi *Subjective Well Being*

Diener (1984, 1995) dan Ryan & Deci (2001) menjelaskan dimensi-dimensi dalam *subjective well being* dalam dua dimensi, yaitu; evaluasi terhadap kepuasan hidup dan evaluasi terhadap keberadaan afek positif dan afek negatif. Adapun penjabaran dari kedua dimensi tersebut adalah:

1. Evaluasi kognitif. Evaluasi kognitif dalam *subjective well being* terdiri dari beberapa dimensi, yaitu:

- a. Evaluasi terhadap kepuasan hidup secara global, yaitu evaluasi seseorang terhadap kehidupannya secara menyeluruh. Kepuasan hidup secara global dimaksudkan untuk mempresentasikan penilaian seseorang secara umum dan reflektif terhadap kehidupannya secara umum.
  - b. Evaluasi terhadap kepuasan pada domain tertentu, yaitu penilaian yang dibuat seseorang dalam mengevaluasi domain tertentu dalam hidupnya, seperti: kesehatan, pekerjaan, rekreasi, hubungan sosial dan keluarga. Evaluasi terhadap kepuasan hidup secara global dan evaluasi terhadap kepuasan pada domain tertentu tidak sepenuhnya terpisah. Seseorang akan menggunakan informasi mengenai kepuasan pada domain yang paling penting bagi hidupnya untuk menilai kepuasan hidupnya secara global.
2. Evaluasi Afektif. Dimensi afektif merefleksikan pengalaman dasar atas peristiwa yang terjadi di dalam hidup seseorang. Seseorang dapat memahami cara mengevaluasi kondisi dan peristiwa di dalam hidupnya dengan cara meneliti tipe-tipe dari reaksi afektif yang ada. Evaluasi afektif dalam *subjective well being* terdiri dari dua dimensi, yaitu:
- a. Evaluasi terhadap keberadaan afek positif. Afek positif mempresentasikan *mood* dan emosi yang menyenangkan. Emosi positif atau menyenangkan merupakan refleksi seseorang atas peristiwa-peristiwa dalam hidupnya yang menunjukkan bahwa hidup berjalan sesuai dengan apa yang diinginkan. Watson dan Tellegen (dalam Diener, 2005, 2009) mengatakan bahwa afek positif adalah kombinasi dari hal-hal yang sifatnya membangkitkan (*arousal*) dan hal yang bersifat menyenangkan (*pleasantness*). Afek positif yang tinggi adalah keadaan dimana seseorang merasakan energi yang tinggi, penuh konsentrasi, keterlibatan yang menyenangkan; sedangkan afek positif yang rendah ditunjukkan oleh kesedihan dan kelelahan.
  - b. Evaluasi terhadap keberadaan afek negatif. Afek negatif merepresentasikan *mood* dan emosi yang tidak menyenangkan. Emosi negatif atau tidak menyenangkan merupakan refleksi seseorang terhadap peristiwa-peristiwa

1. Penerimaan diri (*self Acceptance*). Penerimaan diri merupakan ciri sentral dari konsep kesehatan mental dan karakteristik utama dari orang yang mampu mengaktualisasikan diri, berfungsi secara optimal, dan matang. Penerimaan diri yang baik ditandai dengan kemampuan bersikap positif terhadap diri sendiri, mengakui dan menerima diri termasuk kualitas baik dan buruk, dan memiliki pandangan positif tentang kehidupan yang dijalani saat ini dan masa lalu. Sebaliknya, penerimaan diri yang kurang baik ditandai oleh

Dimensi kesejahteraan psikologis menurut *psychological well being* Ryff (1989). Ryff (1989, 2008; Ryff & Keyes, 1995) menjabarkan dimensi-dimensi *psychological well being* menjadi enam dimensi, yaitu penerimaan diri (*self acceptance*), hubungan positif dengan orang lain (*positive relation with others*), otonomi (*autonomy*), penguasaan lingkungan (*environment mastery*), tujuan hidup (*purpose of life*), dan pertumbuhan pribadi (*personal growth*). Adapun penjabaran dari keenam dimensi *psychological well being* Ryff, sebagai berikut:

## C.2. Dimensi *Psychological Well Being*

kehidupannya tidak menyenangkan. dalam hidupnya yang menunjukkan bahwa dia apa yang diinginkan. Watson dan Tellegen (dalam Diener, 2005, 2009) mengatakan bahwa afek negatif adalah kombinasi dari hal-hal yang membangkitkan (*arousal*) dan hal yang bersifat tidak menyenangkan (*unpleasantness*). Afek negatif yang tinggi adalah keadaan dimana seseorang merasakan kemarahan, kebencian, jijik, rasa bersalah, ketakutan, dan kegelisahan; sedangkan afek negatif yang rendah ditunjukkan oleh ketenangan dan kedamaian. Beberapa emosi negatif memang diharapkan terjadi dalam hidup dan dibutuhkan agar seseorang dapat hidup secara efektif, namun emosi negatif yang sering terjadi atau berkepanjangan dalam hidup dapat mengganggu seseorang bertingkah laku efektif. Seseorang akan dapat menyimpulkan bahwa kehidupannya tidak menyenangkan.

Kemampuan individu untuk memilih dan menciptakan lingkungan yang sesuai dengan kondisi dirinya; Dengan demikian, individu akan mampu menghadapi

#### 4. Penguasaan lingkungan (*environment mastery*).

Omtonomi adalah kemampuan untuk menentukan diri sendiri, kemandirian dan kemampuan mengatur tingkah laku sendiri. Omtonomi menceritakan pribadi yang mampu mengarahkan diri dan bersikap mandiri; memiliki locus internal dalam mengevaluasi diri dan dalam pengambilan keputusan (memiliki standar *personal* atau *self control* bagi perilakunya sendiri), dan mampu bertahan dari tekanan sosial. Individu yang otonom menunjukkan kemampuan menolak tekanan sosial, mandiri untuk bertikir dan bertindak laku, dapat mengevaluasi diri sendiri dengan standar *personal*. Sebaliknya, individu yang kurang otonom, ditandai dengan perilaku membuat keputusan berdasarkan penilaian orang lain, dan cenderung konformis.

#### 3. Omtonomi (*autonomy*).

Memiliki hubungan positif dengan orang lain merupakan karakteristik utama dari orang yang mampu menjalin hubungan saling percaya dan hangat dengan orang lain. Individu yang memiliki hubungan positif dengan orang lain memiliki hubungan yang hangat, memuaskan, saling percaya, peduli terhadap kesejahteraan orang lain, mampu berempati, berafeksi, membina kedekatan, memahami perlunya memberi dan menerima dalam membina hubungan dengan orang lain. Sedangkan individu yang tidak mampu membina hubungan positif dengan orang lain adalah pribadi yang sulit menaruh kepercayaan kepada orang lain, burburuk sangka, tidak peduli dengan kepentingan orang lain, tidak memahami makna memberi dan menerima dalam membina relasi bersama dengan orang lain.

#### 2. Hubungan positif dengan orang lain (*positive relation with others*).

perasaan tidak puas terhadap diri sendiri, merasa kecewa dengan pengalaman masa lalu, dan memiliki pengharapan untuk tidak menjadi dirinya seperti saat ini.

6. Pertumbuhan pribadi (*personal growth*). Kemampuan individu untuk mengembangkan potensi dalam diri, berkembang sebagai seorang individu dan dapat berfungsi secara optimal. Individu yang baik dalam dimensi pertumbuhan pribadi memiliki keinginan untuk terus berkembang, terbuka terhadap pengalaman baru, memiliki keinginan kuat untuk merealisasikan potensinya, dapat melihat peningkatan dalam diri dan perilakunya dari waktu ke waktu. Sebaliknya, individu yang kurang baik dalam dimensi ini menampilkan ketidakmampuan untuk mengembangkan sikap dan tingkah laku baru, mempunyai

5. Tujuan hidup (*purpose of life*). Kemampuan individu untuk mencapai tujuan hidup. Individu yang sehat secara mental, memiliki tujuan dan arah dalam hidup, memiliki makna pada kehidupan masa lalu dan sekarang. Individu dengan tujuan hidup, memiliki perasaan bahwa kehidupan saat ini dan masa lalu mempunyai keberartian dan mempunyai target yang ingin dicapai dalam hidup. Sebaliknya, individu yang kurang memiliki tujuan menunjukkan tidak memiliki tujuan dalam hidup, tidak melihat adanya manfaat dari pengalaman masa lalu, dan tidak memiliki arti akan masa depan.

kegiatan-kejadian di luar dirinya. Individu yang menguasai lingkungan adalah individu yang memiliki kompetensi dalam mengatur lingkungan, dapat mengendalikan situasi eksternal yang kompleks, menggunakan kesempatan di lingkungan secara efektif, memilih atau menciptakan lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai pribadinya. Individu mampu mengontrol dan memanipulasi lingkungan yang kompleks, serta memiliki kemampuan untuk mengambil keuntungan dari kesempatan di luar lingkungan dirinya. Sebaliknya, individu yang kurang memiliki penguasaan lingkungan menunjukkan ketidakmampuan untuk mengatur kehidupan sehari-hari, dan memiliki kontrol yang lemah terhadap lingkungan luar.



perasaan sebagai pribadi yang stagnan, dan tidak tertarik dengan kehidupan yang dijalani.

#### D. Faktor yang mempengaruhi Kesejahteraan Psikologis

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesejahteraan psikologis secara umum adalah genetik, kepribadian, demografis, dukungan sosial, pengalaman hidup, religiusitas, status pernikahan, proses kognitif, dan tujuan hidup. Beberapa faktor akan dijabarkan di bawah ini dengan didukung penelitian yang relevan. Faktor-faktor tersebut adalah:

##### 1. Genetik

Diener (2005) menjelaskan bahwa sejak lahir seseorang telah memiliki kecenderungan masing-masing untuk bahagia atau tidak bahagia. Terdapat karakteristik respon emosional tertentu pada masing-masing orang yang dibawa sejak lahir untuk beradaptasi dengan perubahan dalam hidup.

##### 2. Kepribadian

Kepribadian mempengaruhi kondisi *subjective well being* seseorang (Ryan & Deci, 2001). Dengan model tes kepribadian "*the big five trait factors*" dijelaskan bahwa *extraversion* berpengaruh terhadap keberadaan afek positif dan *neurocism* berpengaruh terhadap keberadaan afek negatif. Trait *agreeableness*, *conscientiousness*, dan *openness to experience* menunjukkan hubungan dengan *subjective well being* yang lebih lemah dikarenakan terbentuk lebih karena pengaruh lingkungan

##### 3. Demografis

Faktor-faktor demografis yang berpengaruh pada kesejahteraan psikologis adalah sebagai berikut:

###### a. Usia

Dalam penelitian Ryff (1989 dalam Compton, 2005) dan Diener (2005) dijelaskan bahwa faktor usia berpengaruh pada kondisi kesejahteraan psikologis seseorang. Dimensi penguasaan lingkungan dan otonomi mengalami peningkatan pada usia dewasa; selain itu, dimensi hubungan positif dengan orang lain akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia (Ryff, 1989 dalam Compton, 2005).

**b. Jenis kelamin.**

Ada perbedaan kondisi kesejahteraan psikologis antara laki-laki dan wanita. Wanita menunjukkan skor yang lebih tinggi pada dimensi hubungan positif dengan orang lain dan pertumbuhan pribadi dibandingkan dengan laki-laki (Ryff, 1989). Wanita mengalami emosi positif dan negatif yang lebih intens dibandingkan dengan laki-laki (Diener, 2005).

**c. Status sosial ekonomi**

Ditemukan kondisi kesejahteraan psikologis yang lebih tinggi pada pribadi dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dan status pekerjaan yang tetap (Ryff, 1989). Ditemukan juga kondisi kesejahteraan psikologis yang lebih tinggi pada individu yang hidup di negara dengan pendapatan yang lebih tinggi (Diener, 2009).

**d. Budaya**

Ditemukan kondisi kesejahteraan psikologis yang berbeda pada setiap budaya yang diteliti. Artinya, gambaran kondisi kesejahteraan psikologis pada setiap budaya tidaklah sama. (Crocker, Luhtaren, Blaine, & Broadnax, 1994; Diener & Oishi, 2001)

**4. Dukungan sosial**

Penelitian Wenk, Hardesty, Morgan, & Blair (1994) dan Ryan & Deci (2008) menjelaskan bahwa dukungan sosial keluarga menjadi faktor signifikan untuk mencapai prestasi di keluarga, sekolah dan tempat kerja. Penelitian Oishi (2010)

juga menunjukkan bahwa dukungan sosial memberikan pengaruh yang signifikan pada kondisi kesejahteraan psikologis seseorang. Dukungan sosial yang tinggi dapat meningkatkan *subjective well being* dan interaksi sosial yang kuat mengindikasikan tingginya *subjective well being*. (Diener & Tay, 2010; Keyes, Dov, & Ryff, 2002)

#### 5. Pengalaman hidup

Evaluasi terhadap pengalaman hidup memiliki pengaruh terhadap *psychological well being* (Ryff, 1995; Oishi, dkk., 2001). Artinya, mekanisme evaluasi diri berpengaruh terhadap *psychological well being* terutama pada dimensi penguasaan lingkungan, tujuan hidup, dan hubungan positif dengan orang lain. Gracia, Danilo, Siddiqui, & Anver (2009) dalam hasil penelitiannya menjelaskan bahwa memori tentang peristiwa-peristiwa dalam hidup berpengaruh terhadap kepuasan hidup remaja dan terdapat hubungan yang kuat antara kepuasan hidup dengan *psychological well being* remaja.

#### 6. Religiusitas

Hubungan pribadi dengan Tuhan memberikan pengaruh terhadap kondisi kesejahteraan psikologis. Semakin tinggi tingkat religiusitas seseorang semakin tinggi pula kesejahteraan psikologis (Compton, 2005). Penelitian Schaick, Laura, Walton, & Kate (2010) menjelaskan bahwa peran agama pada masa kanak-kanak dan remaja menentukan pencapaian kondisi *psychological well being* seseorang di masa dewasa.

#### 7. Status Pernikahan dan ada/tidak adanya anak

Status pernikahan dan ada atau tidak adanya anak dalam pernikahan berpengaruh terhadap kondisi kesejahteraan psikologis seseorang. Ditemukan bahwa mereka yang menikah menunjukkan kondisi kesejahteraan psikologis yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang tidak menikah. Mereka yang memiliki anak menunjukkan kondisi kesejahteraan psikologis yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki anak (Astone & McLanahan, 1991)

#### 8. Proses Kognitif

Bagaimana seseorang memahami dan memproses informasi berpengaruh terhadap kondisi menyenangkan atau tidak menyenangkan dalam dirinya; dan hal tersebut memberikan pengaruh pada kondisi *subjective well being*nya (Diener, 2005). Kreativitas individu berkorelasi positif dengan *psychological well being* (Walton & Andre, 2003; Solomon, 2008, dan Russel, 2011). Kesadaran akan realitas diri menjadi bagian penting dalam pencapaian *subjective well being* (Bidar, Ingrid, Anic, & Petra, 2010).

## 9. Tujuan

Pentingnya mengetahui dan memahami tugas yang dihadapi terutama jika dikaitkan dengan tahap perkembangan dalam kehidupan seseorang memberikan pengaruh pada kondisi tingkat kesejahteraan psikologisnya. Penelitian Bidar, Ingrid, Anic, & Petra (2010) menunjukkan adanya pengaruh yang kuat antara ketercapaian tujuan ekstrinsik (pengakuan sosial, finansial, dan penampilan diri) dengan *subjective well being*.

### Acuan Pustaka :

- Astone, N., & McLanahan, S.S. (1991). Family Structure, parental practices, and high school completion. *American Sociological Review*, 56: 433-438.
- Bidar, Ingrid, Anic, & Petra. (2010). Teenagers happiness: objectives & quality of life. *Psychological Topics*, 19, 1: 169-187. Proquest.
- Compton, W. C. (2005). An introduction to positive psychology. USA: Thomson Wadsworth. *Annual Reviews Psychology*. 52: 141-166
- Diener, E., Diener, M., & Diener, C. (1995). Factor predicting the subjective well being of nations. *Journal of Personality & Social Psychology*. 69, 5: 851-864. doi. 10.1037/0022.3514-69.5.851.
- Diener, E. (1984). Subjective well being. *Psychology Bulletin*. 95, 3: 542-575.
- Crocker, Luhtaren, Blaine, & Broadnax. (1994). Collective self esteem & Psychological well being among white, black & Asian college students. *Journal of Personality & Social Psychology*, 9, 255 – 276.
- Diener, E., & Tay, L. (2010). Needs and subjective well being around the world. Paper under revision for *Journal of Personality and Sosial Psychology*. Proquest.
- Diener, E. (2009). The science of well being: general review and theories of subjective well being. *Social Indicators Research*. 37, 280.

- Diener, E. (2005). Assessing subjective well being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 26, 421-475
- Diener, E., & Oishi, S. (2001). Goals, culture, and subjective well being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 12: 1674-1682.
- Gracia, Danilo, Siddiqui, & Anver. (2009). Adolescent's psychological well-being and memory for life events: influences on life satisfaction with respect to temperamental disposition. *Journal of Happiness Studies*, 10, 4: 407-419. Proquest.
- Keyes, C.L. D., & Ryff, C.D. (2002). Optimizing well being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 6 : 1007-1022.
- Wenk, D., Hardesty, C.I., Morgan, C.S., & Blair, S.I. (1994). The influence of parental involvement on the well-being of sons and daughters. *Journal of Marriage and The Family*, 56, 229-234.
- Oishi, S. (2010). The psychology of residential mobility: implications for the self, social relationships, and well being. *Perspective of Psychological Science*, 5, 5-21. doi 10/1177/1745691609356781.
- Oishi, S., Ulrich, S., & Diener, E. (2001). Pleasure and subjective well being. *European Journal of Personality*, 15, 2: 153-167.
- Ryan R. M. & Deci, E. L. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well being across life's dominans. *Canadian Psychological Association*, 49, 1: 14-23. doi: 10.1037/0708-5591.49.1.14
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: Review of research on hedonic and eudaimonic well being. *Annual Reviews Psychology*. APA. 52, 141-166
- Ryff, C. D & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well being 9: 13-39. doi: 10.1007/s10902-006-9019-0. Springer.
- Ryff, C. D & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six factor model of well being. *Social Science Research*, 35, 1103-1119. Science Direct.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L. (1995). The Structure of psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 4: 719-727.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 6: 1069-1081.

- Russel, D. (2011). Creativity, autonomy, and psychological well being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56, 815-822.
- Schaick, Laura, Walton, & Kate. (2010). Predicting resilience and psychological well being in early adulthood: The role of religion on childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, John's university New York. Proquest.
- Snyder, C. R. & Lopez, J. S. (2007). *Positive Psychology: The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*. New Delhi: Sage Publications.
- Solomon, M. (2008). Creative Values: What differential student with a 'high' from the student a 'low'; sense of meaning psychological well being. *International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy*, 2, 2.
- Walton, T. A. & Andre, P. (2003). Affect: Psychological well being and creativity. Result of field study. Consulting psychology: *Journal Practice & Research*, 53, 182-199.





