

## **Stigma di Kalangan Tenaga Kesehatan terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa**

<sup>1,3</sup>Rr. Arum Ariasih, <sup>2,3</sup>Aisyah Maulina Zjubaidi

<sup>1</sup>Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Jakarta

<sup>2</sup>Sekolah Tinggi Kesehatan Pamentas

<sup>3</sup>Pengurus Pusat Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat

Email : [rrarumariasih@umj.ac.id](mailto:rrarumariasih@umj.ac.id)

### **ABSTRAK**

Stigma terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) dapat menghambat akses layanan kesehatan, kualitas perawatan, dan proses pemulihan. Penelitian ini mengevaluasi stigma di kalangan tenaga kesehatan serta menganalisis faktor sosiodemografi dan profesional yang mempengaruhi stigma tersebut. Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional*, data dikumpulkan pada Oktober 2024 dari 62 tenaga kesehatan di Puskesmas dan Dinas Kesehatan di Kota Tangerang dan Kota Tangerang Selatan. Instrumen yang digunakan adalah CAMI-12, dengan analisis distribusi frekuensi, uji *Independent T-test*, dan ANOVA. Mayoritas responden adalah perempuan (75,8%), berusia <37 tahun (51,6%), perawat (50,0%), dan telah bekerja lebih dari 10 tahun (58,1%). Skor rata-rata CAMI-12 adalah 28,87 (SD=4,67). Hasil analisis menunjukkan bahwa jenis kelamin dan profesi berhubungan signifikan dengan stigma dan faktor pengecualian ( $p<0,05$ ). Namun, usia, pendidikan, status pernikahan, lama bekerja, dan pengalaman menangani program kesehatan jiwa tidak menunjukkan hubungan signifikan. Stigma masih ditemukan di kalangan tenaga kesehatan, terutama berdasarkan jenis kelamin dan profesi, sehingga diperlukan pelatihan khusus untuk menguranginya. Penelitian lebih lanjut perlu dilakukan untuk mengidentifikasi faktor lain yang mempengaruhi stigma dan efektivitas strategi pengurangannya dalam layanan kesehatan di Indonesia.

**Kata kunci:** stigma, tenaga kesehatan, ODGJ, CAMI-12

### **ABSTRACT**

*Stigma towards People with Mental Disorders (ODGJ) can hinder access to health services, quality of care, and the recovery process. This study evaluates stigma among health workers and analyzes sociodemographic and professional factors that influence stigma. This study used a descriptive quantitative design with a cross-sectional approach, data were collected in October 2024 from 62 health workers at the Community Health Center and Health Office in Tangerang City and South Tangerang City. The instrument used was CAMI-12, with frequency distribution analysis, Independent T-test, and ANOVA. The majority of respondents were women (75.8%), aged <37 years (51.6%), nurses (50.0%), and had worked for more than 10 years (58.1%). The average CAMI-12 score was 28.87 (SD=4.67). The results of the analysis showed that gender and profession were significantly related to stigma and exclusion factors ( $p<0.05$ ). However, age, education, marital status, length of service, and length of experience in handling mental health programs did not show a significant relationship. Stigma is still found among health workers, especially based on gender and profession, so special training is needed to reduce it. Further research is needed to identify other factors that influence stigma and the effectiveness of reduction strategies in health services in Indonesia.*

**Keywords:** stigma, health workers, ODGJ, CAMI-12

## Pendahuluan

Gangguan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan yang terus menjadi perhatian global, termasuk di Indonesia. Berdasarkan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, terdapat 4% rumah tangga di Indonesia yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa psikosis atau skizofrenia (Kemenkes RI, 2023; Njoku, 2022; World Health Organization (WHO), 2022). Angka ini menunjukkan penurunan dibandingkan dengan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, yang mencatat prevalensi sebesar 6,7% (Kemenkes RI, 2018).

Orang dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) sering menghadapi berbagai tantangan, tidak hanya dalam aspek kesehatan, tetapi juga dalam kehidupan sosial mereka (Dragioti et al., 2023). Salah satu tantangan utama yang dihadapi ODGJ adalah stigma, baik yang datang dari masyarakat maupun yang bersifat internal atau dikenal sebagai stigma terhadap diri sendiri. Stigmatisasi terhadap orang dengan gangguan jiwa tersebar luas di populasi secara global (Ghuloum et al., 2022). Secara umum, stigma berkaitan kesehatan jiwa berkembang dari pandangan bahwa ODGJ dianggap sebagai orang yang berbeda, menimbulkan ketakutan, sulit diprediksi, cenderung agresif, dan memiliki kendali diri yang lemah (Valverde-Bolivar et al., 2022).

Stigma berdampak luas dan beragam, baik secara psikologis, sosial, maupun ekonomi. Secara psikologis, stigma dapat menyebabkan stres, kecemasan, dan depresi bagi ODGJ, yang semakin memperburuk kondisi mental mereka.

Rasa malu dan rendah diri akibat stigma juga dapat membuat mereka menarik diri dari lingkungan sosial dan menutup diri dari interaksi dengan orang lain. Stigma mengakibatkan ODGJ tertunda dalam mencari pertolongan bahkan hingga tidak ingin mencari pertolongan. Stigma ini menghalangi proses penerimaan seseorang yang memiliki gangguan jiwa. Padahal dalam proses pemulihan, penerimaan menjadi langkah awal yang besar (Gunasekaran et al., 2022; Singhal, 2024).

Stigma di kalangan tenaga kesehatan menjadi isu penting, mengingat layanan kesehatan berperan utama dalam membantu pasien dengan gangguan jiwa untuk kembali berinteraksi dengan masyarakat secara optimal. Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu memahami konsekuensi negatif dari sikap stigmatisasi dan perilaku diskriminatif yang dapat mempengaruhi pengguna layanan (Carrara et al., 2019). Tenaga kesehatan diharapkan untuk mempromosikan sikap positif, penuh kasih sayang, dan mendukung terhadap individu dengan gangguan jiwa. Namun, beberapa tenaga kesehatan sering menyampaikan persepsi yang kurang mendukung terkait dengan kemungkinan keberhasilan dan pemulihan orang dengan penyakit mental (Valverde-Bolivar et al., 2022).

Sebagian besar penelitian yang dipublikasikan berfokus pada stigma masyarakat terhadap ODGJ, sementara studi mengenai stigma di kalangan tenaga kesehatan masih terbatas. Padahal, mereka juga menunjukkan sikap stigmatisasi yang serupa terhadap ODGJ

(Lien et al., 2019). Pasien bahkan menganggap tenaga kesehatan sebagai pihak yang paling menstigmatisasi (Knaak et al., 2017). Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis stigma yang dimiliki tenaga kesehatan terhadap ODGJ serta mengeksplorasi faktor sosiodemografi dan profesional yang berkontribusi terhadap berbagai bentuk stigma tersebut.

### Metode Penelitian

Penelitian ini menerapkan desain kuantitatif deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional* untuk mengevaluasi stigma di kalangan tenaga kesehatan yang dilakukan pada bulan Oktober tahun 2024 terhadap tenaga kesehatan di puskesmas serta Dinas Kesehatan di Kota Tangerang dan Kota Tangerang Selatan. Responden penelitian mencakup dokter, perawat, dan bidan yang memiliki keterlibatan langsung dalam program kesehatan jiwa berjumlah 62 orang. Pengambilan sampel yang digunakan adalah *convenience sampling* dimana sampel dipilih berdasarkan kemudahan akses dan ketersediaan pada populasi tenaga kesehatan yang memegang program jiwa di puskesmas dan Dinas Kesehatan di Kota Tangerang Selatan dan Kota Tangerang pada tahun 2024 (N=68).

Dalam penelitian ini, instrumen yang digunakan untuk mengukur stigma tenaga kesehatan terhadap ODGJ adalah instrumen adaptasi *Community Attitudes toward the Mentally* versi 12 (CAMI-12-ES) yang berjumlah 12 pertanyaan dengan enam pertanyaan *favorable*

(stigma) dan enam pertanyaan *unfavorable* (tidak stigma). Instrumen ini telah digunakan di banyak negara di seluruh dunia dan dalam penelitian yang membutuhkan instrumen yang lebih singkat namun tetap valid dan reliabel (Sánchez-Iglesias et al., 2024).

Setiap item dalam CAMI-12 dinilai menggunakan skala likert 5 poin. Pilihan jawaban dan nilai untuk butir *favorable* adalah “sangat setuju” dinilai 5, “setuju” dinilai 4, “biasa saja” dinilai 3, “tidak setuju” dinilai 2 dan “sangat tidak setuju” dinilai 1. Sedangkan pilihan jawaban dan nilai untuk butir *unfavorable* adalah sangat setuju dinilai 1, “setuju” dinilai 2, “biasa saja” dinilai 3, “tidak setuju” dinilai 4 dan “sangat tidak setuju” dinilai 5. Skor total diperoleh dengan menjumlahkan seluruh nilai item, sehingga rentang skor berada antara 12 hingga 60. Instrumen ini mengelompokkan faktor-faktor stigma menjadi tiga kategori utama: pengecualian (*exclusion*), yang mencerminkan sikap otoriter terhadap ODGJ dengan rentang skor 6-30; toleransi dan dukungan komunitas (*tolerance and community support*), yang menunjukkan sikap penerimaan dan dukungan terhadap ODGJ dengan rentang skor 4-20; serta pembatasan sosial (*social restriction*), yang menggambarkan kecenderungan untuk membatasi partisipasi ODGJ dalam masyarakat dengan rentang skor 3-10 (Sánchez-Iglesias et al., 2024).

Sosiodemografi dan faktor profesional tenaga kesehatan (lama menjadi tenaga kesehatan dan lama memegang program jiwa) dianalisis menggunakan distribusi frekuensi dan rata-rata.

Analisis uji T *independent* dan uji Anova digunakan untuk menilai hubungan antara skor CAMI dan faktor loading (variabel dependen) dengan variabel sosiodemografi dan faktor profesional responden (variabel independen). Tingkat signifikansi ditetapkan pada tingkat 5%.

## Hasil

Tabel 1 Sosiodemografi dan Faktor Profesional Tenaga Kesehatan di Kota Tangerang dan Kota Tangerang Selatan

| Variabel                      | Jumlah | Persen |
|-------------------------------|--------|--------|
| Jenis kelamin                 |        |        |
| Perempuan                     | 47     | 75,8   |
| Laki-laki                     | 15     | 24,2   |
| Umur                          |        |        |
| <37 tahun                     | 32     | 51,6   |
| ≥37 tahun                     | 30     | 48,4   |
| Pendidikan                    |        |        |
| D3                            | 18     | 29,0   |
| S1/S2                         | 44     | 71,0   |
| Status menikah                |        |        |
| Belum menikah                 | 8      | 12,9   |
| Menikah                       | 54     | 87,1   |
| Profesi                       |        |        |
| Bidan                         | 2      | 3,2    |
| Perawat                       | 31     | 50,0   |
| Dokter                        | 29     | 46,8   |
| Lama menjadi tenaga kesehatan |        |        |
| <10 tahun                     | 26     | 41,9   |
| ≥10 tahun                     | 36     | 58,1   |
| Lama memegang program jiwa    |        |        |
| <2 tahun                      | 21     | 33,9   |
| ≥2 tahun                      | 41     | 66,1   |

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa rata-rata skor total CAMI adalah 28,87 (SD 4,67), dengan rentang skor 16-41 dan interval kepercayaan 95% 27,68– 30,06, yang

Jumlah total responden adalah 62 orang. Tabel 1 menunjukkan karakteristik responden. Sebagian besar responden adalah perempuan (75,8%), berpendidikan S1/S2 (71%) dan status menikah (87,1%). Sebagian responden berprofesi perawat (50%), berusia <37 tahun (51,6%) dan telah lebih dari 10 tahun menjadi tenaga kesehatan (58,1%).

mencerminkan tingkat stigma secara keseluruhan, di mana skor lebih tinggi menunjukkan sikap yang lebih negatif terhadap ODGJ.

Tabel 2 Skor dan Loading Faktor CAMI

| Variabel                               | No item      | Mean  | SD   | Min | Maks | 95%CI       |
|----------------------------------------|--------------|-------|------|-----|------|-------------|
| CAMI                                   | 1-12         | 28,87 | 4,67 | 16  | 41   | 27,68-30,06 |
| <i>Exclusion</i>                       | 1,2,6,7,8,12 | 14,92 | 2,79 | 10  | 20   | 14,21-15,63 |
| <i>Tolerance and community support</i> | 3,4,5,11     | 8,27  | 2,40 | 4   | 13   | 7,66-8,88   |
| <i>Social restriction</i>              | 9,10         | 5,68  | 1,61 | 2   | 10   | 5,27-6,09   |

Pada dimensi *exclusion*, skor rata-rata 14,92 (SD 2,79) menunjukkan kecenderungan tenaga kesehatan untuk mengeksklusi ODGJ dari lingkungan sosial, dengan rentang skor 10–20 dan interval kepercayaan 14,21–15,63. Dimensi *Tolerance and Community Support* memiliki rata-rata 8,27 (SD 2,40), dengan rentang 4–13 dan interval kepercayaan 7,66–8,88, menunjukkan tingkat toleransi dan dukungan sosial yang bervariasi terhadap ODGJ. Sementara itu, dimensi *Social Restriction* mencatat skor rata-rata 5,68 (SD 1,61), dengan rentang 2–10 dan interval kepercayaan 5,27–6,09, yang mencerminkan adanya kecenderungan untuk membatasi peran sosial ODGJ.

Tabel 3 menunjukkan hubungan antara sosiodemografi responden dengan skor CAMI dan faktor stigma terhadap ODGJ. Laki-laki memiliki skor CAMI lebih tinggi (31,00 vs. 28,19,  $p = 0,042$ ), menunjukkan sikap yang lebih negatif terhadap ODGJ dibandingkan perempuan. Selain itu, laki-laki cenderung memiliki skor *exclusion* lebih tinggi (16,33 vs. 14,47,  $p=0,023$ ),

hal ini mengindikasikan kecenderungan eksklusi yang lebih tinggi juga.

Tidak terdapat perbedaan signifikan dalam skor CAMI maupun faktor stigma antara responden berusia di bawah dan di atas 37 tahun ( $p > 0,05$ ). Responden dengan pendidikan D3 memiliki skor *exclusion* lebih tinggi (15,83 vs. 14,55,  $p = 0,099$ ), tetapi perbedaan ini tidak signifikan. Tidak ditemukan hubungan signifikan antara status pernikahan dengan skor CAMI maupun faktor stigma ( $p > 0,05$ ).

Bidan dan perawat memiliki skor CAMI lebih tinggi dibandingkan dokter (29,50 dan 30,65 vs. 26,93,  $p = 0,007$ ), yang menunjukkan sikap lebih negatif terhadap ODGJ. Skor *exclusion* juga tertinggi pada bidan (17,00,  $p = 0,014$ ), menunjukkan tingkat eksklusi yang lebih tinggi. Tidak ada perbedaan signifikan dalam sikap stigma berdasarkan lama bekerja sebagai tenaga kesehatan maupun dalam program kesehatan jiwa ( $p > 0,05$ ).

Tabel 3 Hubungan antara Sosiodemografi Responden dengan Skor CAMI  
dan Loading Faktor CAMI

| Variabel       | Skor CAMI |      |              | Exclusion |      |              | Tolerance |      |         | Social restriction |      |         |
|----------------|-----------|------|--------------|-----------|------|--------------|-----------|------|---------|--------------------|------|---------|
|                | Mean      | SD   | P-value      | Mean      | SD   | P-value      | Mean      | SD   | P-value | Mean               | SD   | P-value |
| Jenis kelamin  |           |      |              |           |      |              |           |      |         |                    |      |         |
| Perempuan      | 28,19     | 3,93 | <b>0,042</b> | 14,47     | 2,48 | <b>0,023</b> | 8,19      | 2,35 | 0,635   | 5,53               | 1,12 | 0,400   |
| Laki-laki      | 31,00     | 6,15 |              | 16,33     | 3,28 |              | 8,53      | 2,64 |         | 6,13               | 2,62 |         |
| Umur           |           |      |              |           |      |              |           |      |         |                    |      |         |
| <37 tahun      | 29,06     | 4,75 | 0,742        | 15,13     | 2,87 | 0,553        | 8,13      | 2,42 | 0,618   | 5,81               | 1,51 | 0,499   |
| ≥37 tahun      | 28,67     | 4,66 |              | 14,70     | 2,73 |              | 8,43      | 2,42 |         | 5,53               | 1,72 |         |
| Pendidikan     |           |      |              |           |      |              |           |      |         |                    |      |         |
| D3             | 29,72     | 3,89 | 0,363        | 15,83     | 2,60 | 0,099        | 8,33      | 3,05 | 0,917   | 5,56               | 1,72 | 0,718   |
| S1/S2          | 28,52     | 4,95 |              | 14,55     | 2,81 |              | 8,25      | 2,12 |         | 5,73               | 1,58 |         |
| Status menikah |           |      |              |           |      |              |           |      |         |                    |      |         |
| Belum          | 27,00     | 4,66 | 0,228        | 13,63     | 2,39 | 0,161        | 8,13      | 2,64 | 0,853   | 5,25               | 1,49 | 0,425   |
| Menikah        | 29,15     | 4,65 |              | 15,11     | 2,81 |              | 8,30      | 2,39 |         | 5,74               | 1,63 |         |
| Profesi        |           |      |              |           |      |              |           |      |         |                    |      |         |
| Bidan          | 29,50     | 3,54 | <b>0,007</b> | 17,00     | 1,41 | <b>0,014</b> | 8,00      | 5,66 | 0,263   | 4,50               | 0,71 | 0,094   |
| Perawat        | 30,65     | 4,64 |              | 15,77     | 2,62 |              | 8,77      | 2,70 |         | 6,10               | 1,95 |         |
| Dokter         | 26,93     | 4,07 |              | 13,86     | 2,70 |              | 7,76      | 1,75 |         | 5,31               | 1,04 |         |
| Lama nakes     |           |      |              |           |      |              |           |      |         |                    |      |         |
| <10 tahun      | 29,08     | 5,46 | 0,771        | 14,96     | 3,01 | 0,920        | 8,35      | 2,43 | 0,843   | 5,77               | 1,73 | 0,706   |
| ≥10 tahun      | 28,72     | 4,08 |              | 14,89     | 2,66 |              | 8,22      | 2,42 |         | 5,61               | 1,54 |         |
| Lama di jiwa   |           |      |              |           |      |              |           |      |         |                    |      |         |
| <2 tahun       | 29,19     | 4,47 | 0,703        | 15,19     | 2,29 | 0,554        | 8,29      | 2,78 | 0,979   | 5,71               | 1,38 | 0,898   |
| ≥2 tahun       | 28,71     | 4,82 |              | 14,78     | 2,03 |              | 8,27      | 2,23 |         | 5,66               | 1,73 |         |

## Pembahasan

Riset ini membuktikan stigma petugas kesehatan bahkan yang memberikan pelayanan kesehatan jiwa pada ODGJ masih ada. Pengukuran dengan CAMI menunjukkan skor stigma petugas kesehatan pada sampel ini lebih tinggi daripada penelitian lainnya (Zamorano et al., 2024) namun lebih rendah dibandingkan skor stigma masyarakat umum (Manescu et al., 2020). Stigma terhadap orang yang memiliki masalah kesehatan jiwa atau gangguan jiwa, apalagi yang berasal dari petugas kesehatan, memiliki konsekuensi yang sangat merugikan. Salah satu yang terburuk adalah keterlambatan dalam melakukan pengobatan yang dapat berlangsung hingga delapan tahun sehingga meningkatkan

risiko masalah kesehatan yang lebih serius dan bahkan kematian (Shrivastava et al., 2012). Adanya stigma juga memprediksi risiko terjadi *burn-out* di kalangan petugas kesehatan (Koutra et al., 2022; Zamorano et al., 2024).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa faktor sosiodemografi tenaga kesehatan berperan dalam membentuk sikap terhadap ODGJ. Berdasarkan skor CAMI, ditemukan bahwa jenis kelamin dan profesi memiliki hubungan signifikan dengan tingkat stigma terhadap ODGJ, sementara faktor lain seperti usia, pendidikan, status pernikahan, dan lama bekerja menjadi tenaga kesehatan jiwa tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan.

Perempuan memiliki skor CAMI yang lebih rendah dibandingkan laki-laki (28,19 vs. 31,00,  $p=0,042$ ), yang menunjukkan bahwa sikap mereka terhadap ODGJ cenderung lebih positif. Selain itu, laki-laki memperoleh skor exclusion yang lebih tinggi, menandakan tingkat eksklusi yang lebih besar terhadap ODGJ. Penelitian sebelumnya di Spanyol juga mengungkapkan bahwa laki-laki cenderung memiliki stigma lebih kuat terkait tanggung jawab terhadap gangguan jiwa, sering kali menyalahkan ODGJ atas kondisi mereka, serta lebih enggan berada dalam situasi yang normal bersama ODGJ (Valverde-Bolivar et al., 2022). Studi di Qatar memperkuat bukti bahwa tenaga kesehatan perempuan mempunyai stigma yang lebih rendah dibandingkan laki-laki (Ghuloum et al., 2022).

Profesi menunjukkan hubungan signifikan dengan sikap terhadap ODGJ. Perawat dan bidan memiliki skor CAMI lebih tinggi dibandingkan dokter (30,65 dan 29,50 vs. 26,93,  $p=0,007$ ), yang menunjukkan sikap negatif yang lebih tinggi. Perawat juga menunjukkan tingkat eksklusi yang lebih besar dibandingkan dokter (15,77 vs. 13,86,  $p = 0,014$ ). Temuan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Qatar (Ghuloum et al., 2022) dan Yunani yang menunjukkan perawat mempunyai sikap yang tidak baik terhadap ODGJ (Economou et al., 2020). Sikap perawat tersebut mungkin dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan mereka tentang gangguan jiwa dan kontak dengan ODGJ (Sari & Yuliastuti, 2018). Sikap perawat mungkin dipengaruhi oleh penggambaran media tentang

ODGJ sebagai potensi bahaya, ketidakpastian, kekerasan, dan disebabkan oleh kelemahan moral (Cremonini et al., 2018).

Tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara usia, pendidikan, dan status pernikahan dengan stigma terhadap ODGJ ( $p > 0,05$ ). Meskipun terdapat perbedaan skor *exclusion* antara responden dengan pendidikan D3 dan S1/S2 (15,83 vs. 14,55,  $p = 0,099$ ), perbedaan ini tidak signifikan secara statistik. Hal ini tidak sejalan dengan studi sebelumnya yang menunjukkan tingkat pendidikan tenaga kesehatan dikaitkan dengan keyakinan yang menstigmatisasi dimana tenaga kesehatan dengan pendidikan lebih tinggi memiliki sikap stereotip lebih sedikit dibandingkan pendidikan diploma (Koutra et al., 2022).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lama bekerja sebagai tenaga kesehatan dan lama bekerja dalam program kesehatan jiwa tidak memiliki hubungan signifikan dengan sikap terhadap ODGJ ( $p > 0,05$ ). Hal ini mengindikasikan bahwa pengalaman kerja dalam durasi tertentu tidak selalu mempengaruhi sikap terhadap ODGJ, dan faktor lain seperti pelatihan khusus dalam kesehatan jiwa serta interaksi langsung dengan pasien lebih berperan dalam membentuk sikap tenaga kesehatan (Koutra et al., 2022; Valverde-Bolivar et al., 2022).

Temuan ini menunjukkan masih pentingnya upaya mengikis sikap negatif petugas kesehatan pada ODGJ. Kemampuan petugas kesehatan yang cukup untuk menangani gangguan jiwa, interaksi langsung dan

pengalaman petugas menjadi hal penting untuk membentuk sikap positif terhadap ODGJ. Oleh karena itu, program pendidikan dan pelatihan bagi petugas kesehatan harus menekankan pentingnya pengalaman langsung dan interaksi dengan ODGJ untuk mengurangi stigma. Selain itu, diperlukan penelitian lebih lanjut untuk memahami faktor-faktor lain yang mungkin mempengaruhi sikap tenaga kesehatan terhadap ODGJ, serta intervensi yang efektif untuk mengurangi stigma di kalangan tenaga kesehatan. Selanjutnya, petugas kesehatan juga berisiko mengalami masalah kesehatan jiwa dan cenderung melakukan *self-stigma* (Ng et al., 2024) sehingga intervensi yang dilakukan perlu juga untuk mendorong mereka lebih menyadari kondisi kesehatan jiwanya dan bersedia mencari bantuan.

Secara keseluruhan, penelitian ini menegaskan bahwa meskipun beberapa faktor demografis tidak berhubungan signifikan dengan stigma terhadap ODGJ, profesi dan jenis kelamin memiliki peran penting. Upaya untuk mengurangi stigma terhadap ODGJ di kalangan tenaga kesehatan harus mempertimbangkan faktor-faktor ini dan menekankan pentingnya pengalaman langsung serta pendidikan yang komprehensif.

### **Kesimpulan dan Saran**

Secara keseluruhan, hasil ini menunjukkan adanya variasi dalam stigma tenaga kesehatan terhadap ODGJ. Skor rata-rata yang cukup moderat pada masing-masing dimensi

menunjukkan bahwa sebagian tenaga kesehatan masih memiliki kecenderungan untuk mengeksklusi ODGJ dan mendukung pembatasan sosial terhadap mereka. Namun, terdapat pula stigma yang relatif toleran dan mendukung integrasi ODGJ dalam komunitas. Temuan ini menyoroti perlunya intervensi lebih lanjut untuk mengurangi stigma dan meningkatkan kesadaran tenaga kesehatan terhadap pentingnya dukungan bagi ODGJ.

### **Ucapan Terimakasih**

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh tenaga kesehatan yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini. Penghargaan juga disampaikan kepada pihak Puskesmas dan Dinas Kesehatan di Kota Tangerang dan Kota Tangerang Selatan atas dukungan yang diberikan dalam pelaksanaan studi ini.

### **Daftar Pustaka**

- Carrara, B. S., Ventura, C. A. A., Bobbili, S. J., Jacobina, O. M. P., Khenti, A., & Mendes, I. A. C. (2019). Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(4), 311–318. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.006>
- Cremonini, V., Pagnucci, N., Giacometti, F., & Rubbi, I. (2018). Health Care Professionals Attitudes Towards Mental Illness: Observational Study Performed at a Public Health Facility in Northern Italy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 24–30.

- <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.007>
- Dragioti, E., Radua, J., Solmi, M., Gosling, C. J., Oliver, D., Lascialfari, F., Ahmed, M., Cortese, S., Estradé, A., Arrondo, G., Gouva, M., Fornaro, M., Batiridou, A., Dimou, K., Tsartsalis, D., Carvalho, A. F., Shin, J. Il, Berk, M., Stringhini, S., ... Fusar-Poli, P. (2023). Impact of mental disorders on clinical outcomes of physical diseases: an umbrella review assessing population attributable fraction and generalized impact fraction. *World Psychiatry*, 22(1), 86–104. <https://doi.org/10.1002/wps.21068>
- Economou, M., Peppou, L. E., Kontoangelos, K., Palli, A., Tsaliagkou, I., Legaki, E.-M., Gournellis, R., & Papageorgiou, C. (2020). Mental Health Professionals' Attitudes to Severe Mental Illness and Its Correlates in Psychiatric Hospitals of Attica: The Role of Workers' Empathy. *Community Mental Health Journal*, 56(4), 614–625. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00521-6>
- Ghuloum, S., Mahfoud, Z. R., Al-Amin, H., Marji, T., & Kehyayan, V. (2022). Healthcare Professionals' Attitudes Toward Patients With Mental Illness: A Cross-Sectional Study in Qatar. *Frontiers in Psychiatry*, 13(May). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.884947>
- Gunasekaran, S., Tan, G. T. H., Shahwan, S., Goh, C. M. J., Ong, W. J., & Subramaniam, M. (2022). The perspectives of healthcare professionals in mental health settings on stigma and recovery - A qualitative inquiry. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08248-z>
- Kemenkes RI. (2018). Laporan Nasional RISKESDAS 2018. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan* (p. 198). [http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan\\_Nasional\\_RKD2018\\_FINAL.pdf](http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf)
- Kemenkes RI. (2023). Survei Kesehatan Indonesia dalam Angka. In *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. [https://drive.google.com/file/d/1rjNDG\\_f8xG6-Y9wmhJUnXhJ-vUFevVJC/view](https://drive.google.com/file/d/1rjNDG_f8xG6-Y9wmhJUnXhJ-vUFevVJC/view)
- Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- Koutra, K., Mavroeides, G., & Triliva, S. (2022). Mental Health Professionals' Attitudes Towards People with Severe Mental Illness: Are they Related to Professional Quality of Life? *Community Mental Health Journal*, 58(4), 701–712. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00874-x>
- Lien, Y.-Y., Lin, H.-S., Tsai, C.-H., Lien, Y.-J., & Wu, T.-T. (2019). Changes in Attitudes toward Mental Illness in Healthcare Professionals and Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4655.

- <https://doi.org/10.3390/ijerph16234655>
- Manescu, E. A., Robinson, E. J., & Henderson, C. (2020). Attitudinal and demographic factors associated with seeking help and receiving antidepressant medication for symptoms of common mental disorder. *BMC Psychiatry*, 20(1), 579. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02971-9>
- Ng, I. K., Tan, B. C., Goo, S., & Al-Najjar, Z. (2024). Mental health stigma in the medical profession: Where do we go from here? *Clinical Medicine*, 24(1), 100013. <https://doi.org/10.1016/j.clinme.2024.100013>
- Njoku, I. (2022). *What is Mental Illness?* American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- Sánchez-Iglesias, I., Zamorano, S., González-Sanguino, C., Santos-Olmo, A. B., & Muñoz, M. (2024). Psychometric properties of the 12 items Community Attitudes toward Mental Illness scale (CAMI) in a representative sample of Spain: The CAMI-12-ES. *Stigma and Health*. <https://doi.org/10.1037/sah0000557>
- Sari, S. P., & Yuliastuti, E. (2018). Investigation of attitudes toward mental illness among nursing students in Indonesia. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 414–418. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.09.005>
- Singhal, N. (2024). *Stigma, prejudice and discrimination against people with mental illness*. American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>
- Shrivastava, A., Johnston, M., & Bureau, Y. (2012). Stigma of Mental Illness-1: Clinical reflections. *Mens Sana Monographs*, 10(1), 70–84. <https://doi.org/10.4103/0973-1229.90181>
- Valverde-Bolivar, E., García-Arenas, J. J., Pelegrin, I. L., Pérez-Gómez, L., Muñoz-López, M., & Simonelli-Muñoz, A. J. (2022). The stigma of mental health professionals towards users with a mental disorder. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 50(4), 178–186.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Mental Disorders*. WHO. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Zamorano, S., González-Sanguino, C., Fernández-Jiménez, E., & Muñoz, M. (2024). A Burnt-Out Health: Stigma towards Mental Health Problems as a Predictor of Burnout in a Sample of Community Social Healthcare Professionals. *Behavioral Sciences*, 14(9), 812. <https://doi.org/10.3390/bs14090812>