

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN SIKAP
PERAWAT DALAM PENANGANAN KEKAMBUHAN PASIEN
PERILAKU KEKERASAN DI RSJD ATMA HUSADA
MAHAKAM SAMARINDA
TAHUN 2016**

SKRIPSI



**DI AJUKAN OLEH
SINTHA NOOR FACHMI
1211308230467**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2016**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Sintha Noor Fachmi

NIM : 12.11.30823.0467

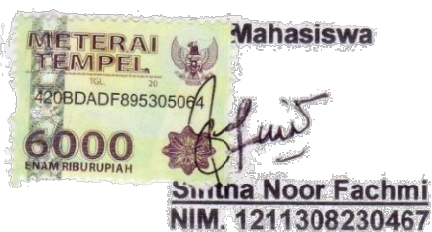
Program Studi : S1-Keperawatan

Judul Penelitian: Hubungan Antara Tingkat Kecemasan dengan Sikap Perawat dalam Penanganan Kekambuhan Pasien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Samarinda.

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan (Permendiknas No. 17 tahun 2010).

Samarinda, 5 Agustus 2016



**Hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Sikap Perawat dalam Penanganan
Kekambuhan Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada
Mahakam Samarinda Tahun 2016**

Sintha Noor Fachmi¹, Ediyar Miharja², Joanggi W Harianto³

INTISARI

Latar Belakang: Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Tingkat kecemasan adalah suatu apresiasi atau keadaan khawatir perawat dalam penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan yang mempengaruhi sikap perawat.

Tujuan: Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan dengan sikap perawat dalam penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

Metode: Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah *Deskriptif korelasi* dengan menggunakan rancangan *Cross Sectional*. Menggunakan teknik *Simple Random Sampling* (sampel sederhana/acak).

Hasil: Dari hasil uji statistik menggunakan *chi square* pada perawat dengan jumlah responden 60 orang didapatkan dengan taraf signifikan 5% nilai *p-value* $0,221 > 0,05$ maka keputusannya H_0 diterima yang berarti tidak ada hubungan bermakna antara tingkat kecemasan dengan sikap perawat.

Kesimpulan: Kesimpulan menurut karakteristik responden lebih dari setengah responden berada pada usia produktif dan dewasa awal atau dewasa muda yaitu sebanyak 18 orang responden atau sebesar 30,0%. Sebagian besar responden adalah perempuan yaitu sebanyak 33 orang responden atau sebesar 55,0%. Hampir setengah dari jumlah keseluruhan responden memiliki latar belakang pendidikan D3 Keperawatan (D3) yaitu sebanyak 45 responden atau sebesar 75,0%. Dan dari tingkat kecemasan responden mengenai penanganan pasien perilaku kekerasan secara keseluruhan adalah cemas, yaitu sebanyak 35 responden atau sebesar 58,3 %, tidak cemas sebanyak 25 responden atau sebesar 41,7 %. Sikap responden terhadap penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan secara keseluruhan adalah positif, yaitu sebanyak 32 responden atau 53,3% memiliki sikap yang negatif 28 responden atau 46,7%.

Kata Kunci: Tingkat Kecemasan, Sikap Perawat, Perilaku Kekerasan

¹ Mahasiswa Program S1 STIKES Muhammadiyah Samarinda, Kalimantan Timur

² Dosen AKPER PEMPROV Samarinda, Kalimantan Timur

³ Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda, Kalimantan Timur

Relationship between the Level of Anxiety with Nurses Attitude in Handling Patient Recurrence with Violence Behavior in RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda Year 2016

Sintha Noor Fachmi¹, Ediyar Miharja², Joangga W Harianto³

ABSTRACT

Background: Anxiety is a concern that is not clear and spreads associated with feelings of uncertainty and helplessness. The level of anxiety is an appreciation or a worrying state of nurse in the treatment of patients recurrence of violent behavior that affect the attitude of nurses.

Objective: The purpose of this study was to determine the level of anxiety with the attitude of nurses in the treatment of patients recurrence of violent behavior in RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

Methods: The method used in this research is Descriptive Correlation using Cross Sectional design. Using a Simple Random Sampling (simple sample/random)

Results: From results of statistical test using chi square at the nurse with the number of respondents, 60 people obtained with the standard of significant 5% p-value $0,221 > 0,05$ hence H_0 accepted, which means there is no significant relationship between the level of anxiety with the attitude of nurses.

Conclusion: In conclusion according to the characteristics of respondents more than half of respondents were childbearing age and early adulthood or young adults is as many as 18 respondents or by 30,0%. Some of respondents are women as many as 33 people of the respondents or by 55,0% almost and a half of the total number of respondents have the educational background of D3 nursing (D3) which is about 45 of the respondents or 75,0%. And from the anxiety level of respondents about the handling of the recurrence of the patient behavior of violence as a whole is worried that as many 35 of the respondents or by 58,3%, not anxiety as many 25 respondents or by 41,7%. The respondents to handling of the recurrence of the patient behavior of violence as a whole is positive namely a total of 32 respondents or 53,3%, have negative attitude 28 of thr respondents or 46,7%.

Keywords: The Level of Anxiety, The Attitude of Nurses, Violence Behavior

¹ Bachelor in Nursing Student STIKES Muhammadiyah Samarinda, Kalimantan Timur

² Lecturer AKPER PEMPROV Samarinda, Kalimantan Timur

³ Lecturer Nursing Science Program of STIKES Muhammadiyah Samarinda, Kalimantan Timur

MOTTO

“Sesungguhnya Allah SWT tidak akan membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya dan sesungguhnya setelah kesukaran itu ada kemudahan”

(Qs. Al – Insyirah ayat 5)

“ Belajarlah menerima kekurangan dan berusaha memperbaiki kekurangan”

KATA PENGANTAR

لله الحمد

Alhamdulillah atas kehadiran Allah SWT, Shalawat dan salam semoga senantiasa tercurah pada baginda Rasul Muhammad SAW, keluarga dan kerabatnya, karena atas petunjuk dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyusun skripsi ini yang berjudul “ **Hubungan antara tingkat kecemasan dengan sikap perawat dalam penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan di RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM Samarinda** ”.

Penulis mampu menyelesaikan penyusunan proposal merupakan sebuah pengalaman dan suatu pembelajaran yang sangat berharga dan tidak terlepas dari bantuan, bimbingan dan motivasi berbagai pihak khususnya bantuan dari Allah SWT. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Yth. Bapak Ghozali M Hasyim, M. Kes selaku Ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda yang telah memberikan penulis kesempatan untuk menuntut ilmu serta menambah pengalaman selama berkuliah di STIKES Muhammadiyah Samarinda.
2. Yth. Ibu Ns. Siti Khoiroh Muflikhatin, M.Kep selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan.

3. Yth. Bapak Ns. Ediyar Miharja, S.Kep.,M.H selaku pembimbing I yang telah berkenan menyediakan waktu, membimbing serta memberikan semangat selama proses pengajuan judul sampai selesainya penyusunan skripsi ini.
4. Yth. Ibu Ns. Joanggi W Harianto, M.Kep selaku pembimbing II yang telah berkenan menyediakan waktu, membimbing serta memberikan semangat selama proses pengajuan judul sampai selesainya penyusunan skripsi ini.
5. Yth. Bapak Ns. Ramdhany Ismahmudi, S.Kep., MPH selaku penguji skripsi ini.
6. Yth. Bapak Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep., M.Kes selaku koordinator mata kuliah skripsi.
7. Seluruh Bapak / Ibu Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda yang telah banyak membimbing dan memberikan ilmu pengetahuan kepada penulis.
8. Bapak / Ibu dosen dan staff pendidikan Strata I Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda.
9. Kedua orang tua penulis ayahanda Armain dan ibunda tercinta Sumarni, kakak saya Ary Oktaviani, dan adik-adik saya Nasua dan Feby, terimakasih sedalam-dalamnya atas segala dukungan baik secara materil maupun, nasihat, kasih sayang serta do'a yang tidak pernah putus-putusnya dipanjatkan kepada Allah SWT demi kesuksesan saya.

10. Teman-teman satu bimbingan saya Seriyati Pratiwi, Titin Setiawati dan M. Rusfat Rizal yang telah memberikan semangat serta dukungan.
11. Terimakasih kepada kakak-kakak pegawai di RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM Samarinda, atas bimbingannya dan motivasi serta do'a dalam pembuatan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan, sebagaimana sabda Rasulullah SAW “setiap manusia pernah melakukan kesalahan, dan sebaik-baik pelaku kesalahan itu adalah orang yang segera bertaubat kepada Allah SWT”, artinya manusia adalah tempatnya salah dan lupa karena sesungguhnya kesempurnaan itu hanyalah milik Allah SWT semata. Oleh karena itu kritik dan saran yang membangun demi perbaikan-perbaikan kedepan dari berbagai pihak sangat penulis harapkan demi perbaikan skripsi penelitian ini.

Samarinda, 5 Agustus 2016

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Pernyataan Keaslian Penelitian	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan.....	iv
Intisari.....	v
Abstrak.....	vi
Motto.....	vii
Kata Pengantar.....	viii
Daftar Isi.....	xi
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar	xiv
Daftar Lampiran.....	xv

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian	5
E. Keaslian Penelitian	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka	9
B. Penelitian Terkait.....	38
C. Kerangka Teori Penelitian.....	39
D. Kerangka Konsep Penelitian	39
E. Hipotesis.....	40

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian.....	42
B. Populasi dan Sampel.....	42
C. Waktu dan Tempat Penelitian.....	45
D. Definisi Operasional.....	45
E. Instrumen Penelitian.....	46
F. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	49
G. Teknik Pengumpulan Data.....	53
H. Teknik Analisa Data.....	54
I. Etika Penelitian.....	57
J. Jalannya Penelitian.....	58

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	60
B. Pembahasan.....	65
C. Keterbatasan penelitian.....	70

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	71
B. Saran-saran.....	72

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Respon fisiologis terhadap kecemasan	13
Tabel 2.2 : Respon perilaku, kognitif dan afektif terhadap kecemasan	14
Tabel 2.4 : <i>Skala RUFA</i> Perilaku Kekerasan	29
Tabel 3.1 : Definisi Operasional	45
Tabel 3.2 : Kuesioner Sikap Perawat	48
Tabel 3.3: Tabel uji normalitas tingkat kecemasan & sikap perawat.....	52
Tabel 3.4: Tabel uji normalitas mean median.....	52
Tabel 4.1 : Distribusi responden berdasarkan usia	61
Tabel 4.2 : Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin	62
Tabel 4.3 : Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir	62
Tabel 4.4 : <i>Analisa Univariat</i>	63
Tabel 4.3 : <i>Analisa bivariat</i>	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.3 : Rentang respon cemas	16
Gambar 2.5 : Kerangka Teori Penelitian.....	39
Gambar 2.6 : Kerangka Konsep Penelitian	39

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Biodata Peneliti Kuesioner Penelitian

Lampiran 2 : Lembar Penjelasan Menjadi Responden

Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 4 : Data Demografi

Lampiran 5 : Lembar Kuesioner Kecemasan

Lampiran 6 : Lembar Kuesioner Sikap Perawat

Lampiran 7 : Lembar uji valid variabel tingkat kecemasan (variabel X)

Lampiran 8 : Lembar uji valid variabel sikap perawat (variabel Y)

Lampiran 9 : Lembar uji validitas dan reliabilitas tingkat kecemasan

Lampiran 10 : Lembar uji validitas dan reliabilitas sikap perawat

Lampiran 11 : Lembar uji normalitas tingkat kecemasan

Lampiran 12 : Lembar uji normalitas sikap perawat

Lampiran 13 : Lembar karakteristik responden

Lampiran 14 : *Lembar analisa univariat*

Lampiran 15 : *Lembar analisa bivariat*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kecemasan kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik, kecemasan yang dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara personal. Kecemasan adalah respon emosional dan merupakan penilaian intelektual terhadap suatu bahaya (Stuart, 2007). Kecemasan adalah campuran perasaan yang sangat tidak enak, khawatir, cemas, gelisah yang disertai satu atau lebih keluhan badan. Kecemasan timbul karena adanya suatu bahaya yang mengancam diri seseorang (Kusuma et al, 2011).

Jumlah orang yang mengalami gangguan kecemasan baik akut maupun kronik mencapai 5% dari jumlah penduduk suatu negara dengan perbandingan wanita dan pria adalah dua dibanding satu dan diperkirakan antara 2% sampai 4% diantara penduduk suatu saat dalam kehidupannya pernah mengalami gangguan kecemasan (Hawari, 2011).

Menurut Weis (1974) dalam Ansori (2013) peran perawat dalam penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan adalah dengan sikap mengobservasi perubahan yang terjadi pada klien. Kekambuhan

adalah peristiwa timbulnya kembali gejala-gejala yang sebelumnya sudah memperoleh kemajuan (Stuart dan Laraia, 2005 dalam Abdullah, 2015).

Pada gangguan jiwa kronis diperkirakan mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama, dan 70% pada tahun kedua (Yosep, 2006). Kekambuhan biasanya terjadi karena adanya kejadian-kejadian buruk sebelum mereka kambuh (Wiramihardja, 2007). Di Kalimantan Timur tepatnya di wilayah kota Samarinda sendiri pada tahun 2015 terdapat jumlah total kejadian 35 kekambuhan klien yang terjadi berdasarkan data dari Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. Beberapa faktor yang mempengaruhi kekambuhan penderita gangguan jiwa menurut Keliat (1996) meliputi klien, dokter, penanggung jawab klien dan keluarga. Sedangkan perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang dihadapi oleh seseorang. Respon ini dapat merugikan baik diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan maka penanganan klien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga perawat yang professional. Sedangkan perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat berlangsung perilaku kekerasan atau memiliki riwayat perilaku kekerasan, jika dilihat dari definisi perilaku kekerasan adalah suatu

bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Utomo, 2009).

Menurut data *WHO* pada tahun 2012 angka penderita gangguan jiwa mengkhawatirkan secara global sekitar 450 juta orang diseluruh dunia menderita gangguan mental dan sepertiganya tinggal di negara berkembang sebanyak 8 dari 10 penderita gangguan mental itu tidak mendapatkan perawatan (Kemenkes RI, 2012).

Meskipun penderita gangguan jiwa belum bisa disembuhkan 100% tetapi para penderita gangguan jiwa memiliki hak untuk sembuh dan diperlakukan secara manusiawi. UU RI No. 18 Tahun 2014 Bab I Pasal 3 Tentang Kesehatan Jiwa telah dijelaskan bahwa upaya kesehatan jiwa bertujuan menjamin setiap orang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan data pasien yang diperoleh dari Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda pada tahun 2015 yang diambil bulan Januari sampai bulan Desember bahwa terdapat pasien yang dirawat di ruang rawat inap sebanyak 10.711 orang dengan variasi kasus berupa halusinasi sebanyak 4580 orang (42, 76%), perilaku kekerasan sebanyak 2.320 orang (21, 72%), isolasi sosial sebanyak 643 orang (13, 31 %), harga diri rendah sebanyak 756 orang (7, 06%), defisit perawatan diri sebanyak 1221

orang (11, 40%), waham sebanyak 1114 orang (10, 4%), dan resiko bunuh diri sebanyak 77 orang (0, 72%).

Dan melihat kejadian angka perilaku kekerasan menempati urutan kedua dari tujuh masalah gangguan jiwa. Namun jika tidak diatasi akan berdampak negatif terhadap seluruh aspek dalam diri individu yang mengalami perilaku kekerasan, terutama kebutuhan dasarnya yaitu pemenuhan kebutuhan nutrisi, istirahat tidur, aktivitas motorik kurang, gangguan dalam kebutuhan sehari-hari bisa merugikan diri sendiri dan orang lain serta klien bisa mengakhiri hidupnya.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 22 Desember 2015 di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda dengan cara wawancara dan pengambilan data jumlah perawat. Peneliti mencatat ada 10 ruang rawat inap dan total jumlah perawat ada 151 orang perawat yang terdiri dari perawat honor 75 orang dan perawat PNS/CPNS 76 orang.

Berdasarkan data yang peneliti peroleh peneliti tertarik untuk meneliti "Hubungan antara tingkat kecemasan dengan sikap perawat dalam penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah "Adakah hubungan antara

tingkat kecemasan dengan sikap perawat dalam penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda ”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan dengan sikap perawat dalam penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda .

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik usia, jenis kelamin dan pendidikan terakhir.
- b. Mengidentifikasi tingkat kecemasan perawat RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
- c. Mengidentifikasi sikap perawat RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
- d. Mengidentifikasi hubungan antara tingkat kecemasan dengan sikap perawat dalam penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian antara lain

1. Manfaat Teoritis

Di dalam penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi dan manfaat bagi mahasiswa STIKES Muhammadiyah Samarinda.

Dan Institusi STIKES Muhammadiyah Samarinda :

a. Bagi Mahasiswa STIKES Muhammadiyah Samarinda.

Dapat digunakan sebagai bahan referensi atau perbandingan untuk penelitian selanjutnya yang akan dilakukan oleh mahasiswa STIKES Muhammadiyah Samarinda serta dapat meningkatkan pengetahuan, pengalaman dan kemampuan dalam mempelajari, mengidentifikasi serta mengembangkan teori-teori yang telah dipelajari secara benar.

b. Bagi Institusi STIKES Muhammadiyah Samarinda.

Dapat digunakan sebagai bahan bacaan dan arsip proposal dan penelitian di perpustakaan STIKES Muhammadiyah Samarinda.

2. Manfaat Praktis

Dari penelitian yang dilakukan diharapkan dapat memberikan manfaat bagi peneliti, RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dan tenaga kesehatan/perawat.

a. Bagi Peneliti.

Penelitian yang dilakukan diharapkan dapat menambah pengalaman, pengembangan ilmu pengetahuan dan wawasan bagi peneliti.

b. Bagi RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

Penelitian yang dilakukan ini diharapkan dapat digunakan untuk memberikan masukan dalam hal tingkat kecemasan dengan sikap perawat dalam penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan sehingga para perawat terhindar dari kecemasan dan

sikap yang negatif dalam menangani kekambuhan pasien perilaku kekerasan.

c. Bagi Tenaga Kesehatan/Perawat.

Penelitian yang dilakukan diharapkan dapat memberikan manfaat bagi perawat dalam dua hal mengidentifikasi tingkat kecemasan dan sikap perawat serta memberikan informasi dan pemahaman tentang tingkat kecemasan dan sikap perawat yang dialami oleh perawat.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian ini berupa hubungan antara tingkat kecemasan dengan sikap perawat dalam penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. Adapun penelitian terdahulu yang dapat dibandingkan dengan penelitian ini, yaitu :

Penelitian Chamid Ansori (2013), meneliti tentang analisis faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur tahun 2013. Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dengan total sampling yaitu 65 responden perawat yang bertugas di unit rawat inap RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur. Analisa data menggunakan *uji chi square*.

Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian sekarang antara lain judul yaitu “Hubungan Antara Tingkat Kecemasan dengan Sikap Perawat dalam Penanganan Kekambuhan Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda”. Pengambilan sampel menggunakan *Simple random sampling* dengan jumlah sampel 60 orang yang semuanya merupakan perawat di ruang rawat inap RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Kecemasan

a. Pengertian

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik, kecemasan dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara personal. Kecemasan adalah respon emosional dan merupakan penilaian intelektual terhadap suatu bahaya (Stuart, 2007). Kecemasan adalah campuran perasaan yang sangat tidak enak, khawatir, cemas, gelisah yang disertai satu atau lebih keluhan badan. Kecemasan timbul karena adanya suatu bahaya yang mengancam diri seseorang (Kusuma *et al*, 2011).

Kecemasan adalah suatu keadaan apresiasi atau keadaan khawatir yang mengeluhkan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi. Banyak hal yang harus dicemaskan misalnya kesehatan, relasi, sosial, ujian, karier, relasi internasional dan kondisi lingkungan adalah beberapa hal yang dapat menjadi sumber kekhawatiran (Nevid, 2005). Kecemasan adalah suatu sinyal yang menyadarkan, ia memperingatkan adanya bahaya yang mengancam dan memungkinkan seseorang mengambil tindakan untuk mengatasi ancaman (Kaplan, 2010). Kesimpulan yang

dapat ditarik dari kecemasan adalah respon terhadap suatu ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal, samar-samar atau konfliktual (Kaplan, 2010).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Menurut Stuart (2006), faktor predisposisi kecemasan yaitu :

- 1) Dalam pandangan psikoanalitis kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
- 2) Pandangan interpersonal kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah rentan mengalami kecemasan yang berat.
- 3) Pandangan perilaku kecemasan merupakan hasil dari instansi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
- 4) Kajian keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga.

- 5) Kajian biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin. Obat-obatan yang meningkatkan neurotransmitter menghambat asam gamma-butirat (GABA). Yang berperan penting dalam biologis yang berhubungan dengan kecemasan. Selain itu, kesehatan umum individu dan riwayat kecemasan pada keluarga memiliki efek nyata sebagai predisposisi.

Menurut Hartoyo (2004), *stressor* pencetus kecemasan dapat dikelompokkan dalam dua kategori :

- 1) Ancaman terhadap integritas fisik meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.
- 2) Ancaman terhadap diri sendiri, ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi integritas sosial. Faktor internal dan eksternal dapat mengancam harga diri.

Faktor eksternal meliputi kehilangan nilai diri akibat kematian, cerai atau perubahan jabatan sedangkan faktor internal meliputi kesulitan interpersonal di rumah atau tempat kerja.

Menurut Nevid (2005), gangguan kecemasan disebabkan oleh berbagai faktor yaitu :

- 1) Faktor-faktor biologis
 - a) Predisposisi genetik.
 - b) Irregularitas dalam fungsi *neurotransmitter*.

- c) Abnormalitas dalam jalur otak yang memberi sinyal bahaya atau yang menghambat tingkah laku *repetitive*.

2) Faktor-faktor sosial lingkungan

- a) Pemaparan terhadap peristiwa yang mengancam atau traumatis.
- b) Mengamati respons takut pada orang lain.
- c) Kurangnya dukungan sosial.

3) Faktor-faktor kognitif dan behavioral

- a) Kelegaan dari kecemasan karena melakukan ritual komplusif atau menghindari stimuli fobik.
- b) Penghindaran terhadap objek atau situasi yang ditakuti.

4) Faktor-faktor kognitif dan emosional

- a) Konflik psikologis yang tidak terselesaikan.
- b) Prediksi berlebih tentang ketakutan, keyakinan-keyakinan yang irasional, sensitivitas berlebih terhadap ancaman, dan sensitivitas kecemasan.

Menurut Kaplan dan Sadock (1997), faktor yang mempengaruhi kecemasan yaitu :

- a) Kondisi individu seperti umur, tahap kehidupan, pendidikan, jenis kelamin, suku, kebudayaan, sosial ekonomi dan kondisi sosial.
- b) Karakteristik kepribadian seperti introvert, ekstrovert dan ketahanan stabilitas emosi secara umum.
- c) Sosial kognitif seperti dukungan sosial yang dirasakan dan kontrol pribadi yang dirasakan.

d) Hubungan dengan lingkungan sosial, dukungan sosial yang diterima dan integrasi dalam jaringan sosial.

e) Strategi

koping. c. Respon

Kecemasan

Respon terhadap kecemasan terdiri dari respon fisiologis, perilaku, kognitif dan afektif (Stuart, 2007).

Tabel 2.1 dan 2.2 menggunakan respon fisiologis, respon perilaku, kognitif dan afektif terhadap kecemasan :

a. Respon fisiologis terhadap kecemasan

Tabel 2.1 Respon fisiologis terhadap kecemasan

Sistem tubuh	Respons
Kardiovaskuler	Palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat, rasa ingin pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun.
Respirasi	Nafas cepat, sesak nafas, tekanan pada dada, nafas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, seperti tercekik, terengah-engah.
Neuromuskular	Refleks meningkat, mudah terkejut, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigitas, gelisah, wajah tegang, kelemahan umum, tingkat lemah, gerakan yang janggal.
Gastrointestinal	Kehilangan nafsu makan, menolak makan, mual, nyeri ulu hati, diare.
Saluran perkemihan	Tidak dapat menahan kencing, sering berkemih
Kulit	Wajah kemerahan, berkeringat pada telapak tangan, gatal, wajah pucat, diaphoresis.

b. Respon perilaku, kognitif dan afektif terhadap

kecemasan Tabel 2.2 Respon perilaku, kognitif dan afektif terhadap

Sistem	Respons
Perilaku	Gelisah, ketegangan fisik, tremor, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mengalami cedera, menarik diri dari hubungan interpersonal, inhibisi, melarikan diri dari masalah, menghindari, hiperventilasi, sangat waspada.
Kognitif	Perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, preokupasi, hambatan berpikir, lapang persepsi menurun, kreativitas menurun, produktivitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran diri, kehilangan kendali, takut pada gambaran

	visual, takut cedera atau kematian, mimpi buruk.
Afektif	Mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, ketakutan, waspada, kekhawatiran, mati rasa, malu.

d. Klasifikasi Kecemasan

Menurut Stuart (2007), tingkat kecemasan di klasifikasikan sebagai berikut :

1) Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan yang menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

2) Kecemasan sedang

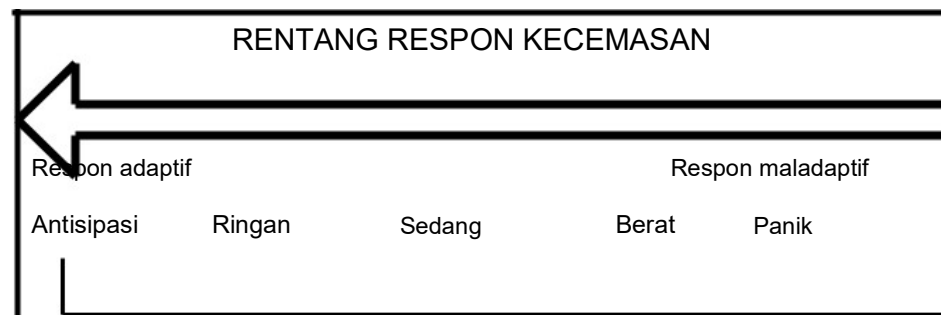
Kecemasan ini memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan sedang ini mempersempit lapang pandang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

3) Kecemasan berat

Pada tingkat kecemasan ini sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

4) Panik

Tingkat paling atas ini berhubungan dengan terperangah. Ketakutan dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali. Individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain. Persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan. Jika berlangsung terus dalam waktu yang lama dapat terjadi kelelahan dan kematian. Tingkat kecemasan panik jika berlangsung terus dalam waktu yang lama dapat terjadi kelelahan dan kematian. Serangan panik merupakan periode tersendiri dari kecemasan yang intens, seseorang dikatakan panik bila memiliki sedikitnya empat gejala berikut yang berkembang cepat dan mencapai puncaknya dalam 10 menit (Stuart, 2007).



Gambar 2.3 Rentang Respon Cemas

Sumber : Stuart (2007)

e. Cara Pengukuran Kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut *HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)*. Skala *HARS* merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptom* pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala *HARS* terdapat 14 *symptom* yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan *score (Skala Likert)* antara 0 (*No Present*) sampai dengan 4 (*Severe*) (Nursalam, 2008). Skala *HARS (Hamilton Anxiety Rating)* pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh **Max Hamilton** dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian *trial clinic*. Skala *HARS* telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian *trial clinic* yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala *HARS* akan diperoleh hasil yang valid dan reliabel. Skala *HARS* menurut *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* penilaian kecemasan terdiri dari item 14, meliputi :

- 1) Mengalami perasaan cemas; firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.

- 2) Merasakan ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
- 3) Merasa ketakutan ; terhadap gelap, terhadap orang asing bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
- 4) Mengalami gangguan tidur ; sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas, mimpi buruk.
- 5) Mengalami gangguan kecerdasan (pola pikir) ; penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit berkonsentrasi.
- 6) Mengalami perasaan depresi ; hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
- 7) Mengalami gejala somatik ; nyeri pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
- 8) Mengalami gejala sensorik ; perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
- 9) Mengalami gejala kardiovaskuler ; takikardi, nyeri dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
- 10) Mengalami gejala pernafasan ; rasa tekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik nafas panjang, dan merasa nafas pendek.
- 11) Mengalami gejala gastrointestinal ; sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
- 12) Mengalami gejala urogenital ; sering kencing, tidak dapat menahan kencing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi.

- 13) Mengalami gejala vegetatif ; mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
- 14) Perilaku sewaktu wawancara ; gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi dan kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan napas pendek serta cepat.

Jumlah pertanyaan terdiri dari 73 pernyataan dari 14 kelompok gejala menurut *HARS*, masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka antara 0 - 4 yang artinya :

Nilai 0 = Tidak ada pilihan dari gejala yang ada 1

= Satu gejala dari pilihan yang ada

2 = kurang dari separuh dari pilihan yang ada

3 = separuh atau lebih dari pilihan yang ada

4 = semua gejala

Untuk selanjutnya skor yang dicapai dari masing-masing unsur atau item dijumlahkan sebagai indikasi penilaian tingkat kecemasan, dengan ketentuan sebagai berikut :

- 1) Skor 7 - 14 = cemas ringan
- 2) Skor 15 - 27 = cemas sedang
- 3) Skor >27 = cemas berat / panik

2. Konsep Perawat

a. Pengertian

Perawat (*nurse*) berasal dari bahasa latin yaitu kata *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Menurut Kusnan (2003), perawat adalah seseorang (seorang profesional) yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan / asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan. Perawat adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan professional yang merupakan bagian integral

pelayanan kesehatan berdasar ilmu dan kiet keperawatan meliputi aspek biologi, psikologis, social dan spiritual yang bersifat komprehensif, di tunjukkan kepada individu dan masyarakat yang sehat maupun sakit mencakup siklus hidup manusia untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal (Gaffar, 2004).

Perawat adalah suatu profesi yang mempunyai fungsi autonomi yang didefinisikan sebagai fungsi profesional keperawatan. Fungsi profesional yaitu membantu mengenali dan menemukan kebutuhan pasien yang bersifat segera. Itu merupakan tanggung jawab perawat untuk mengetahui kebutuhan pasien dan membantu memenuhinya. Dalam teorinya tentang disiplin proses keperawatan mengandung elemen dasar, yaitu perilaku pasien, reaksi perawat dan tindakan perawat yang dirancang untuk kebaikan pasien (Sugiono, 2007) upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera, peningkatan kesejahteraan (UU no. 10 tahun 1992).

Undang-undang RI No. 38 tahun 2014 tentang keperawatan pasal 1 perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan keperawatan baik didalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah.

b. Peran Perawat

Peran merupakan seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang, sesuai kedudukannya dalam suatu sistem (Kusnanto, 2004). Peran

menggambarkan otoritas seseorang yang diatur dalam sebuah aturan yang jelas. Oleh karena itu diperlukan suatu standar dari profesi keperawatan.

Peran perawat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dalam maupun luar profesi keperawatan dan bersifat konstan. Sebagai tenaga kesehatan, perawat memiliki sejumlah peran di dalam menjalankan tugasnya sesuai dengan hak dan kewenangan yang ada. Peran perawat yang utama adalah sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti (Asmadi, 2008).

1) Pelaksana layanan keperawatan (*care provider*)

Perawat memberikan layanan berupa asuhan keperawatan secara langsung kepada klien (individu, keluarga, maupun komunitas) sesuai dengan kewenangannya. Asuhan keperawatan diberikan kepada klien disemua tatanan layanan kesehatan dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi oleh etik dan etika keperawatan, serta berada dalam lingkup wewenang dan tanggung jawab keperawatan.

2) Pengelola (*manager*)

Perawat mempunyai peran dan tanggung jawab dalam mengelola layanan keperawatan di semua tatanan layanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, dan sebagainya) maupun

tatanan pendidikan yang berada dalam tanggung jawabnya sesuai dengan konsep manajemen keperawatan.

3) Pendidik dalam keperawatan

Sebagai pendidik, perawat berperan mendidik individu, keluarga, masyarakat, serta tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya. Perawat bertugas memberikan pendidikan kesehatan kepada klien, dalam hal ini individu, keluarga, serta masyarakat sebagai upaya menciptakan perilaku individu/masyarakat yang kondusif bagi kesehatan. Pendidikan kesehatan tidak semata ditujukan untuk membangun kesadaran diri dengan pengetahuan tentang kesehatan. Lebih dari itu, pendidikan kesehatan bertujuan untuk membangun perilaku kesehatan individu dan masyarakat.

4) Peneliti dan pengembang ilmu keperawatan

Sebagai sebuah profesi dan cabang ilmu pengetahuan, keperawatan harus terus melakukan upaya untuk mengembangkan dirinya. Berbagai tantangan, persoalan, dan pertanyaan seputar keperawatan harus mampu dijawab dan diselesaikan dengan baik. Salah satunya adalah melalui upaya ri set.

c. Fungsi Perawat

Dalam menjalankan perannya perawat akan menjalankan berbagai fungsi diantaranya :

a. *Fungsi independen*, Merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, dimana perawat dalam melaksanakan tugasnya dilakukan secara sendiri dengan

keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologis, pemenuhan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri.

b. *Fungsi dependen*, Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatan atas pesan atau instruksi dari perawat lain. Sehingga sebagian tindakan pelimpahan tugas yang diberikan. Hal ini biasanya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum atau dari perawat primer ke perawat pelaksana.

c. *Fungsi interdependen*, Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan di antara tim satu dengan yang lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apa bila bentuk pelayanan seperti dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita yang mempunyai penyakit kompleks. Keadaan ini tidak dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan juga dari dokter ataupun yang lainnya. Ritme sirkadian setiap makhluk hidup memiliki bioritme (jam biologis) yang berbeda. Pada manusia bioritme ini dikontrol oleh tubuh dan disesuaikan dengan faktor lingkungan (misalnya cahaya, kegelapan, gravitasi, dan stimulasi elektromagnetik). Bentuk bioritme yang paling umum adalah ritme sirkadian yang melingkupi siklus 24 jam. Dalam hal ini fluktuasi denyut jantung, tekanan darah, temperatur tubuh, sekresi hormon, metabolisme dan penampilan serta perasaan individu

bergantung pada ritme sirkadiannya. Sinkronasi sirkadian terjadi jika individu memiliki pola tidur- bangun yang mengikuti jam biologisnya, individu akan bangun pada saat ritme fisiologis dan psikologis paling tinggi atau paling aktif dan akan tidur pada saat ritme tersebut paling rendah (Lilis, Taylor, Lemone, 1989 dalam Wahit Iqbal Mubarak, 2007).

d. Tugas Perawat

Tugas perawat dalam menjalankan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan ini dapat dilaksanakan sesuai dengan tahapan dalam proses keperawatan. Tugas perawat ini disepakati dalam Undang-undang No. 38 tahun 2014 pasal 29 ayat (1) sampai ayat (3)

- (1) Dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan perawat bertugas sebagai:
 - a) Pemberi Asuhan Keperawatan.
 - b) Penyuluh dan konselor bagi klien.
 - c) Pengelola pelayanan keperawatan.
 - d) Peneliti keperawatan.
 - e) Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dan atau
 - f) Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.
- (2) Tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama ataupun sendiri-sendiri.
- (3) Pelaksanaan tugas perawat sebagaimana dimaksud pada ayat

(1) harus dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

3. Konsep Sikap

a. Pengertian

Sikap merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat tetapi hanya dapat menafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup, sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial (Notoatmodjo, 2007).

b. Komponen Pokok Sikap

Sikap mempunyai tiga komponen pokok yaitu, yaitu :

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek artinya bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek artinya bagaimana penilaian (terkandung di dalamnya faktor emosi) orang terhadap objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*) artinya sikap merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah anjang-ancang untuk berperilaku terbuka (Notoatmodjo, 2007).

c. Tingkatan Sikap

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yakni (Notoatmodjo,2007):

- 1) Menerima (*receiving*), menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
- 2) Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi sikap karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan.
- 3) Menghargai (*valuing*), mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*), bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko adalah segala yang mempunyai sikap paling tinggi.

d. Ciri-ciri Sikap

Ciri-ciri sikap menurut Purwanto (1998) adalah :

- 1) Sikap bukan dilakukan sejak lahir melainkan dibentuk atau dipelajari sepanjang perkembangan itu dalam hubungannya dengan objeknya. Sifat ini membedakannya dengan sifat motif-motif biogenis seperti lapar, haus, kebutuhan akan istirahat.

- 2) Sikap dapat berubah-ubah karena itu sikap dapat dipelajari dan sikap dapat berubah pada orang-orang bila terhadap keadaan dan syarat-syarat tertentu yang mempermudah sikap pada orang lain.
 - 3) Sikap tidak berdiri sendiri tetapi senantiasa mempunyai hubungan tertentu terhadap suatu objek dengan kata lain sikap itu terbentuk, dipelajari atau berubah senantiasa berkenaan dengan suatu objek tertentu yang dirumuskan dengan jelas.
 - 4) Objek sikap itu merupakan suatu hal tertentu tetapi juga merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut. Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan sifat alamiah yang membedakan sikap dengan kecakapan-kecakapan atau pengetahuan yang dimiliki orang.
- e. Sifat Sikap

Sikap dapat pula bersifat positif adapula bersifat negatif menurut Purwanto (1998) :

- a. Sikap positif kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan objek tertentu.
- b. Sikap negatif terhadap kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu.

4. Konsep Sikap Perawat

a. Pengertian

Sikap perawat tentu dibarengi warna kepribadiannya yang berpolakan kepribadian perawat yang diwarnai watak atau karakter yang baik. Sikap perawat harus dimulai dari motivasi atau persepsi yang berlandaskan profesi

keperawatan. Perawat harus dapat merubah sikap bila sikapnya tidak adaptif terhadap lingkungan keperawatan (Hardianto, 2013).

b. Peran perawat kesehatan jiwa

Menurut Weis (1974) dalam Ansori (2013)→*Attitude Therapy* (terapi sikap) yakni :

- 1) Mengobservasi perubahan yang terjadi pada klien.
- 2) Mendemonstrasikan penerimaan.
- 3) Respek (peduli).
- 4) Memahami klien.
- 5) Mempromosikan ketertarikan dan berpartisipasi dalam interaksi.

5. Penanganan Perilaku Kekerasan

Meningkatnya kesadaran masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu khususnya di bidang gawat darurat, dalam memasuki era globalisasi dan pasar bebas perlu mendapat perhatian dari unit-unit pelayanan kesehatan. Prinsip pada penanganan penderita gawat darurat harus cepat, tepat dan harus dilakukan segera oleh setiap orang yang pertama menemukan atau mengetahui (orang awam, perawat, para medis dan dokter) baik di dalam maupun di luar rumah sakit karena kejadian ini setiap saat dan menimpa siapa saja. Pada keperawatan kategori pasien yang dibuat dengan skor *RUFA* (Respon Umum Fungsi Adaptif)/*GARF* (*Global Assessment Functioning Scale*) karena keperawatan menggunakan

pendekatan respon manusia dalam asuhan keperawatan sesuai dengan fungsi respon yang adaptif. Keperawatan meyakini bahwa kondisi manusia selalu bergerak pada rentang adaptif dan maladaptif. Ada saat individu tersebut berada pada titik yang paling adaptif, namun disaat lain individu yang sama dapat berada pada titik yang paling maladaptif. Kondisi adaptif dan maladaptif ini dapat dilihat atau diukur dari respon yang ditampilkan dari respon ini kemudian dirumuskan diagnosa skor RUFA yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada pasien. Sehingga setiap diagnosa keperawatan memiliki kriteria skor RUFA tersendiri (Tim UPIP 2010). Skala RUFA perilaku kekerasan:

Domain	RUFA 1-10	RUFA 11-20	RUFA 21-30
Pikiran	Orang lain jahat, Mengancam, melecehkan.	Orang lain jahat, mengancam, melecehkan.	Orang lain jahat, mengancam, melecehkan.
Perasaan	Labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, marah-marah, dendam, merasa tidak aman.	Labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, dendam, merasa tidak aman.	Labil, mudah tersinggung, ekspresi tegang, merasa tidak aman.

Perilaku	Melukai diri sendiri, orang lain, merusak lingkungan, mengamuk, menentang, mengancam, mata Melotot, bicara kasar, intonasi tinggi, menghina orang lain, menuntut berdebat, muka merah, pandangan tajam, nafas pendek, keringat (+).	Menentang, mengancam, mata melotot, bicara kasar, intonasi sedang, menghina orang lain, menuntut berdebat muka merah, pandangan tajam.	Menentang, intonasi sedang, menghina orang lain, berdebat, pandangan tajam.
----------	---	--	---

Tabel 2.4 Skala RUFA Perilaku Kekerasan

Sumber : TIM UPIP 2010

6. Konsep kekambuhan gangguan jiwa

Kekambuhan adalah peristiwa timbulnya kembali gejala-gejala yang sebelumnya sudah memperoleh kemajuan (Stuart dan Laraia, 2005 dalam Abdullah, 2015). Pada gangguan jiwa kronis diperkirakan mengalami kekambuhan 50% pada tahun pertama, dan 70% pada tahun ke dua (Yosep, 2006). Kekambuhan biasanya terjadi karena adanya kejadian-kejadian buruk sebelumnya mereka kambuh (Wiramihardja, 2007).

a. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kekambuhan penderita gangguan jiwa Keliat (1996) meliputi :

- 1) Klien, Sudah umumnya diketahui bahwa klien yang gagal meminum obat secara teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh.

- 2) Dokter, Makan obat secara teratur dapat mengurangi frekuensi kekambuhan. Namun pemakaian obat neuroleptik yang sama dapat menimbulkan efek samping *tardive dyskinesia* yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan tidak terkontrol. Dokter yang memberi resep diharapkan waspada mengidentifikasi dosis terapeutik yang dapat mencegah kambuh dan menurunkan efek samping.
- 3) Penanggung jawab (*case manager*), Setelah klien pulang kerumah maka perawat puskesmas tetap bertanggung jawab atas program adaptasi klien dirumah.
- 4) Keluarga, Klien tinggal dengan keluarga ekspresi emosi yang tinggi diperkirakan kambuh dalam waktu 9 bulan. Hasilnya 57% kembali dirawat dari keluarga dengan ekspresi emosi tinggi dan 17% kembali dirawat dengan ekspresi emosi rendah (Vaugh dan Synder, 2001).
- 5) Masyarakat, Masyarakat di tempat tinggal klien yang tidak mendukung dapat juga meningkatkan frekuensi kekambuhan. Misalnya, masyarakat menganggap klien sebagai individu yang tidak berguna, mengucilkan klien, mengejek klien dan seterusnya.

b. Gejala-gejala kambuh

Herz dan Menville (1980, dikutip oleh Sullinger, 1998) dalam Keliat (1996) dalam Abdullah (2015) mengkaji gejala diidentifikasi oleh klien dan keluarganya yaitu *nervous*, tidak nafsu makan, sukar konsentrasi, sulit tidur, depresi, tidak ada

minat dan menarik diri. Pada gangguan jiwa psikotik akan timbul gejala positif yang lebih aktif seperti waham, halusinasi, gangguan pikiran, ekoprasia, asosiasi longgar, *flight of ideas* (Videbeck, 2008).

7. Konsep Perilaku kekerasan

a. Pengertian

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Utomo dkk, 2009). Perilaku kekerasan adalah suatu perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang, baik secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk, yaitu kekerasan saat berlangsung atau perilaku kekerasan terdahulu (riwayat perilaku kekerasan) (Keliat, 2010).

Menurut Barry, perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana emosi yang merupakan campuran perasaan frustrasi dan benci atau marah. Hal ini didasari keadaan emosi secara mendalam dari setiap orang sebagai bagian penting dari keadaan emosional kita yang dapat diproyeksikan ke lingkungan ke dalam diri atau secara destruktif (Yosep, 2007). Menurut Dorothy perawat psikiatrik/keperawatan jiwa dalam proses dimana perawat membantu individu atau kelompok dalam mengembangkan konsep diri yang positif meningkatkan pola

hubungan antara pribadi yang lebih harmonis serta berperan lebih produktif di masyarakat (Yosep, 2007).

Sedangkan menurut *America Nurses Associations* (ANA) keperawatan jiwa adalah area khusus praktek keperawatan yang menggunakan ilmu tingkah laku manusia sebagai dasar dan menggunakan diri sendiri secara terapeutik dalam meningkatkan, mempertahankan, memulihkan kesehatan mental masyarakat dimana klien berada (Yosep, 2007).

Perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrim dari marah atau kekuatan (panik). Perilaku agresif dan perilaku kekerasan itu sendiri sering dipandang sebagai suatu perilaku kekerasan dianggap sebagai suatu akibat yang ekstrim dari marah atau kekuatan (panik). Perilaku agresif dan perilaku kekerasan itu sendiri sering dipandang sebagai suatu rentang dimana agresif verbal di satu sisi dan perilaku kekerasan (*violence*) disisi lainnya (Yosep, 2007).

Kemarahan adalah perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman (Keliat, 1996 dalam Ansori, 2013). Ekspresi marah yang segera karena suatu penyebab adalah wajar dan hal ini kadang menyulitkan karena secara kultural ekspresi marah tidak diperbolehkan. Oleh karena itu, marah sering diekspresikan secara tidak langsung. Sedangkan menurut (Depkes RI, 1996 dalam Ansori, 2013) marah adalah pengalaman emosi yang kuat

dari individu dimana hasil atau tujuannya yang harus dicapai terhambat.

b. Tanda dan gejala marah

Tanda dan gejala marah (Stuart & Sundeen, 1991):

Suka marah, pandangan tajam, otot tegang, nada suara tinggi berdebat, selalu memaksakan kehendak dan memukul bila tidak sengaja ditandai dengan :

- 1) Fisik. Mata melotot/pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku.
- 2) Verbal. Mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar, ketus.
- 3) Perilaku. Menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif.
- 4) Emosi. Tidak adekuat, tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk, ingin berkelahi, menyalahkan dan menuntut.
- 5) Intelektual. Mendominasi, cerewet, kasar, berdebat, meremehkan dan tidak jarang mengeluarkan kata-kata bernada sarkasme.
- 6) Spiritual. Merasa diri berkuasa, merasa diri benar, keraguan, tidak bermoral dan kreativitas terhambat.
- 7) Sosial. Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran.
- 8) Perhatian. Bolos, melarikan diri dan melakukan penyimpangan seksual.

c. Penyebab kemarahan

Penyebab marah menurut (Stuart & Sundeen, 1998 dalam Ansori, 2013) yakni sebagai berikut :

1) Faktor biologis.

- a) Perilaku agresif yang disebabkan oleh dorongan kebutuhan dasar yang kuat contohnya ; kebutuhan sex yang tidak terpenuhi.
- b) Pengalaman rasa marah adalah sebagai akibat dari respon psikologis terhadap stimulus eksternal, internal dan lingkungan Contohnya ; stres masa lampau.

2) Faktor psikologis.

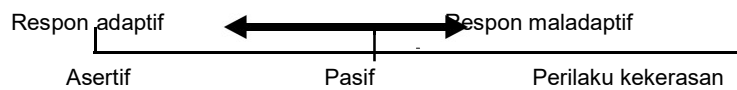
- a) Frustrasi terjadi bila keinginan individu untuk mencapai sesuatu gagal sehingga dapat menyebabkan suatu keadaan yang akan mendorong individu untuk berperilaku agresif. Contohnya ; kehilangan pekerjaan.
- b) Respon belajar yang dapat dicapai bila ada fasilitas/situasi yang mendukung.
- c) Kebutuhan yang tidak terpenuhi lewat hal positif.

3) Faktor sosiokultural.

- a) Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Norma kebudayaan dapat mendukung individu untuk berespon asertif/kasar (agresif).
- b) Perilaku agresif dapat dipelajari secara langsung maupun imitasi dari proses sosialisasi Contohnya ; mengejek.

d. Rentang respon marah

Rentang respon marah berfluktuasi sepanjang respon adaptif dan maladaptif.



Dalam setiap orang terdapat kapasitas untuk perilaku pasif, asertif/perilaku kekerasan (Stuart dan Laraia, 2005).

- 1) Perilaku asertif merupakan perilaku individu yang mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah atau tidak setuju tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain. sehingga perilaku ini dapat menimbulkan kelegaan pada individu.
- 2) Perilaku pasif merupakan perilaku individu yang tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan marah yang sedang dialami, dilakukan dengan tujuan menghindari suatu ancaman nyata.
- 3) Agresif / perilaku kekerasan, merupakan hasil dari kemarahan yang sangat tinggi atau ketakutan (panik).

Stress, cemas, Harga diri rendah dan rasa bersalah dapat menimbulkan kemarahan yang dapat mengarah pada perilaku kekerasan. Respon rasa marah bisa diekspresikan secara eksternal (perilaku kekerasan) maupun internal (depresi dan penyakit fisik). Mengekspresikan marah dengan perilaku konstruktif, menggunakan kata-kata yang dapat dimengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain akan memberikan perasaan lega menurunkan ketegangan sehingga perasaan marah dapat teratasi.

Apabila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku kekerasan biasanya dilakukan individu karena ia merasa kuat. Cara demikian tidak menyelesaikan masalah bahkan dapat menimbulkan kemarahan berkepanjangan dan perilaku destruktif.

Perilaku yang tidak asertif seperti menekan perasaan marah dilakukan individu seperti pura-pura tidak marah atau melarikan diri dari perasaan marahnya sehingga rasa marah tidak terungkap. Lama dan suatu saat akan menimbulkan perasaan destruktif yang ditujukan kepada diri sendiri.

B. Penelitian terkait

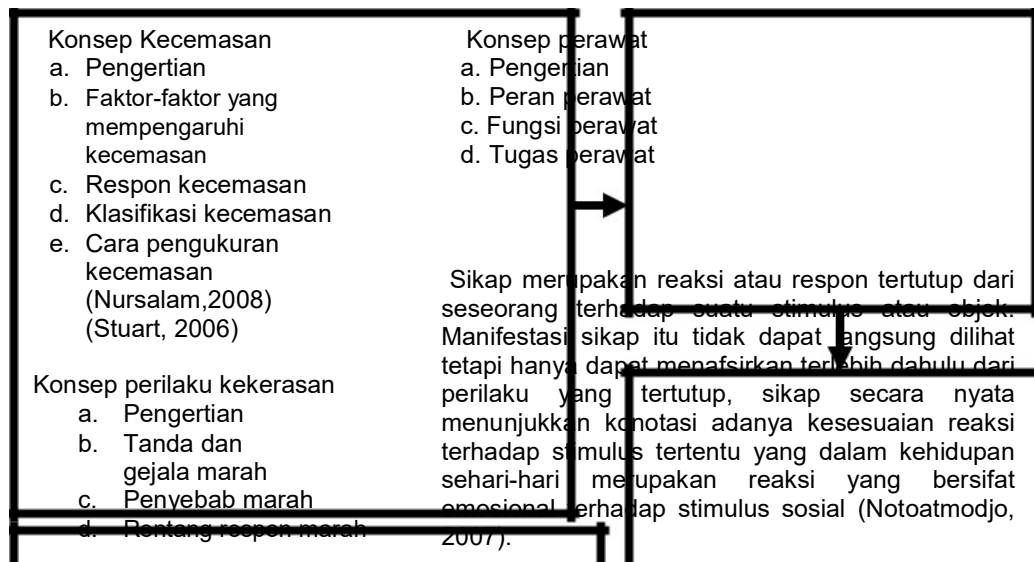
Adapun penelitian terdahulu yang terkait dengan penelitian ini adalah sebagai berikut :

Chamid Ansori (2013), meneliti tentang “Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Perilaku Kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur”. Jenis penelitian yang digunakan adalah *deskriptif korelasi* yang bertujuan mempelajari hubungan antar variabel dengan menggunakan rancangan potong silang (*cross sectional*). Analisa yang digunakan adalah analisa univariat yaitu distribusi frekuensi berdasarkan faktor dan analisa *bivariate* menganalisa faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan perawat. Dengan sampel 46 orang perawat, dilihat hasil uji statistik *fisher exact test* di peroleh *P value* usia 0,001, *P value* jenis kelamin 0,001, *P value* lamanya bekerja 0,002, *P value* tingkat pengetahuan 0,000 dan hasil uji statistik *pearson chi square* diperoleh *P value*

pendidikan $0,005 P < \alpha = (0,05)$. Maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara faktor usia, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja dan pengetahuan dengan tingkat kecemasan perawat dalam merawat pasien dengan perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur.

C. Kerangka teori penelitian

Kerangka teori adalah kerangka berpikir yang bersifat teoritis mengenai masalah, memberikan petunjuk - petunjuk terhadap kekurangan -kekurangan pada pengetahuan peneliti (Silalahi, 2003).



Gambar 2.5 Kerangka teori penelitian

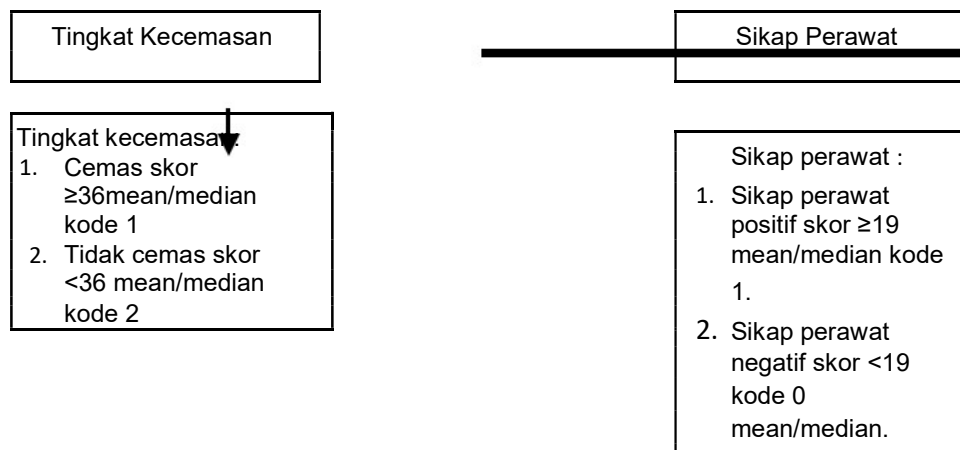
D. Kerangka konsep penelitian

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya atau antara variabel satu dengan variabel yang lain dari

masalah yang ingin diteliti. Konsep merupakan suatu abstraksi yang terbentuk dengan generalisasi suatu pengertian. Oleh karena itu, konsep tidak dapat diukur dan diamati secara langsung sehingga konsep tersebut harus dijabarkan ke dalam variabel-variabel (Notoatmodjo, 2010).

Variabel Independen

Variabel Dependen



Keterangan :

: Yang diteliti.

— : Pengaruh hubungan.

Gambar 2.6 Kerangka Konsep Penelitian

E. Hipotesa penelitian

Menurut Riyanto (2011) Hipotesa terbagi 2 yaitu Hipotesa alternatif (Ha) dan Hipotesa Nol (H0). Berdasarkan kerangka konsep penelitian diatas, maka hipotesa penelitian ini adalah :

1. Hipotesa Nol (H₀)

Merupakan hipotesa yang menyatakan tidak ada hubungan antara variabel satu dengan variabel lainnya atau tidak ada perbedaan

suatu kejadian antara dua kelompok. Dalam penelitian ini Hipotesa Nol (H_0) adalah : Tidak ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan sikap perawat dalam penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda tahun 2016.

2. Hipotesa Alternatif (H_a)

Merupakan hipotesa yang menyatakan ada hubungan antara variabel satu dengan variabel lainnya atau ada perbedaan suatu kejadian antara dua kelompok. Dalam penelitian ini Hipotesa Alternatif (H_a) adalah : Ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan sikap perawat dalam penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda tahun 2016.

BAB III
METODE PENELITIAN

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

Jl. Ir. H. Juanda No. 15

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian kepada 60 responden dapat diambil beberapa kesimpulan dan saran yang berkaitan dengan penelitian tentang studi deskriptif karakteristik, tingkat kecemasan dan sikap perawat dalam penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

A. Kesimpulan

1. Karakteristik Responden

- a. Lebih dari setengah responden berada pada usia produktif dan dewasa awal atau dewasa muda yaitu sebanyak 18 orang responden atau sebesar 30,0%.
- b. Sebagian besar responden adalah perempuan yaitu sebanyak 33 orang responden atau sebesar 55,0%
- c. Hampir setengah dari jumlah keseluruhan responden memiliki latar belakang pendidikan D3 Keperawatan (D3) yaitu sebanyak 45 responden atau sebesar 75,0%.

2. Tingkat Kecemasan.Responden

Tingkat kecemasan responden mengenai penanganan pasien perilaku kekerasan secara keseluruhan adalah cemas, yaitu sebanyak 35 responden atau sebesar 58,3 %, tidak cemas sebanyak 25 responden atau sebesar 41,7 %.

3. Sikap Responden

Sikap responden terhadap penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan secara keseluruhan adalah positif, yaitu sebanyak 32 responden atau 53,3% memiliki sikap yang positif 28 responden atau 46,7%.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, pembahasan peneliti memberikan saran terhadap berbagai aspek yang berhubungan atau terkait sebagai berikut :

- a. Sebelum perawat menghadapi pasien perilaku kekerasan sebelumnya perawat harus mengikuti pelatihan untuk penanganan pasien perilaku kekerasan agar ketika berhadapan dengan pasien perilaku kecemasan perasaan cemas perawat bisa tertangani dengan baik.
- b. Penelitian selanjutnya, kiranya dapat menggunakan hasil penelitian ini sebagai data dasar atau referensi untuk penelitian berkelanjutan tentang hubungan antara tingkat kecemasan dan sikap perawat dalam penanganan kekambuhan pasien perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S, (2010). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*, edisi revisi X. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ansori. (2013). *Analisis faktor yang berhubungan dengan tingkat kecemasan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Provinsi Kalimantan Timur*. Skripsi, tidak dipublikasikan, Samarinda: STIKES Muhammadiyah Samarinda.
- Azwar, S.(2009). *Metodelogi Penelitian*. Jakarta: Pustaka Pijar.
- Depkes. (2009). *Laporan nasional: Riset Kesehatan Dasar tahun 2013*. Jakarta.
- Dermawan, D dan Rusdi. 2013. *Keperawatan Jiwa Konsep dan Kerangka Kerja Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Gambaran tingkat kecemasan pada warga binaan wanita menjelang bebas di lembaga pemasyarakatan kelas II* :Bandung.(www.jurnal.unpad.ac.id diperoleh tanggal 8 Agustus 2016)
- Hariwijaya & Triton ((2005). *Pedoman Penulisan Ilmiah Skripsi dan Tesis*. Yogyakarta: Tugu Publisher.
- Hartoyo. (2004). *Asuhan Keperawatan Klien Ansietas*. Semarang: Dinas Kesehatan Jawa Tengah.
- Hardianto. (2013). *Hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien rawat inap di RSJD AHM Samarinda*. Skripsi, tidak dipublikasikan , Samarinda: STIKES Muhammadiyah Samarinda.
- Hidayat, A.A.A. (2003). *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hawari, D : *Manajemen Stress Cemas dan Depresi*. Balai Pustaka.FKUI, Edisi. 2. Cetakan ke 2, 2008.

Hamilton : *Hamilton Anxiety Rating Scale For Anxiety and Depression*.
Modern Bussiness Report, Alexander Hamilton Institute, Inc. USA,
1979.

_____. (2007). *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah*.
Edisi kedua. Jakarta: Salemba Medika.

_____. (2010). *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik*
Analisis data. Edisi ke dua. Jakarta: Salemba Medika.

[http://www.hukor.depkes.go.id/up_prod_uu/UU%2038%202014%ttg%20k
eperawatan.pdf](http://www.hukor.depkes.go.id/up_prod_uu/UU%2038%202014%ttg%20k
eperawatan.pdf)(diperoleh tanggal 15 Mei 2016 23.00 PM)

Keliat, 1996, *Marah Akibat Penyakit yang Diderita*, penerbit buku
kedokteran EGC ; Jakarta.

Nevid, dkk. (2005). *Psikologi Abnormal Edisi 5 Jilid 1*. Surabaya: Erlangga.

Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu*
Keperawatan edisi 2. Jakarta : Penerbit Salemba Medika.

Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka
Cipta.

_____. (2012). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*.
Jakarta: Rineka Cipta.

Prof. Dr.dr. H. Dadang Hawari, *Psikiater Psikometri Alat ukur (skala)*
kesehatan jiwa. FKUI Jakarta, 2009.

Pambudi, P.S. 2012. *Hubungan Konsep Diri Dengan Prestasi Akademik*
MahasiswaKeperawatan.Jurnal Nursing Studies, 1,(1), 149-156

Riyanto. (2011). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta:
Nuha Medika

Stuart. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5*. Jakarta: EGC.

Sundberg, Winbarger, Taplin. (2007). *Psikologi Klinis Edisi Keempat*.
Jogjakarta: Pustaka Belajar.

Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*.
Bandung: Alfabeta.

- Sugiyono. 2011. *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R dan D*. Bandung : Alfabeta.
- Stuart, GW ; Sundeen, SJ. 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa* Penerbit EGC. Jakarta.
- _____. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan RND*. Bandung: Alfabeta.
- _____. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Stuart and Laraia. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing (8th edition)*. Missouri: Mosby Inc.
- Tim UPIP, Keliat dkk. (2012) *Modul Unit Perawatan Intensif Psikiatri*. Penerbit; RSJD AHM Samarinda
- Utomo, B Dkk. (2009) *Buku Pedoman Standar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Samarinda: Komite Keperawatan RSJD AHM Samarinda.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Wasis. 2008. *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC.
- Wiramihardja, Sutardjo A. 2005. *Pengantar Psikologi Abnormal*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Wawan dan Dewi. (2010). *Teori dan Pengukuran Pengetahuan Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yosep, I. 2007. *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama



LAMPIRAN

BIODATA PENELITI



A. Data Pribadi

Nama : Sintha Noor Fachmi
Tempat, Tanggal Lahir : Samarinda, 9 September 1995
Alamat Asal : Jl. Pampang
Alamat di Samarinda : Jl. Pampang No.022 RT 13 Kelurahan
Sei- Siring Samarinda Utara

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 033 Kelurahan Sei-Siring, Samarinda Utara tamat tahun 2006
2. SMP Negeri 19 Samarinda tamat tahun 2009
3. SMA Negeri 12 Samarinda tamat tahun 2012

Kode responden : (di isi oleh petugas)

**HUBUNGAN ANTARATINGKAT KECEMASAN DENGAN SIKAP
PERAWAT DALAM PENANGANAN KEKAMBUHAN PASIEN
PERILAKU KEKERASAN DI RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA
TAHUN 2016**

BAGIAN A

DATA DEMOGRAFI

Petunjuk:

A. Isilah data anda dengan tepat dan memberi cek list (√) pada kolom jawaban yang telah disediakan.

1. Usia : tahun
2. Jenis kelamin : Laki-Laki Perempuan
3. Hari/ tanggal :
4. Pendidikan terakhir : SPK
 Akademi Perawat
 S1 Keperawatan

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN SIKAP
PERAWAT DALAM PENANGANAN KEKAMBUHAN PASIEN
PERILAKU KEKERASAN DI RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA
TAHUN 2016**

BAGIAN B

**KUESIONER PENELITIAN HARS
(HAMILTON ANXIETY RATING SCALE)**

Petunjuk pengisian

1. Bacalah dengan teliti pernyataan berikut
2. Berilah tanda Check list (√) pada kolom yang tersedia disamping pernyataan yang menurut apa yang anda rasakan
3. Pernyataan-pernyataan dibawah adalah gejala yang bisa anda rasakan pada saat anda menangani/mengalami kekambuhan pada pasien perilaku kekerasan pada saat ini atau sebelumnya dan anda bisa memilih lebih dari 1 atau 2 bahkan semua jawaban jika anda merasakan semua pernyataan tersebut.

Kuisisioner kecemasan

1. Mengalami perasaan cemas yang ditandai dengan :

- Firasat buruk
- Takut akan pikiran sendiri
- Lebih mudah tersinggung

2. Merasakan ketegangan yang ditandai dengan

- Merasa tegang
- Badan terasa lesu
- Tidak dapat istirahat tenang
- Mudah menangis
- Badan gemetar
- Gelisah / tidak tenang
- Mudah terkejut

3. Merasa ketakutan yang ditandai dengan :

- Ketakutan pada gelap
- Ketakutan ditinggal sendiri
- Ketakutan pada orang asing
- Ketakutan pada binatang besar
- Ketakutan pada keramaian lalu lintas
- Ketakutan pada kerumunan banyak orang

4. Mengalami gangguan tidur yang ditandai dengan :

- Sulit memulai tidur
- Terbangun malam hari
- Bangun dengan badan lesu
- Mimpi buruk
- Mimpi yang menakutkan

5. Mengalami gangguan pola pikir yang ditandai dengan :

- Sukar konsentrasi / sulit konsentrasi
- Sering bingung
- Daya ingat menurun

6. Mengalami perasaandepresi yang ditandai dengan

- Menjadi kehilangan minat
- Perasaan selalu sedih
- Bangun dini hari
- Berkurangnya kesukaan pada hobi
- Perasaan berubah-ubah sepanjang hari

7. Mengalami gejala somatik (fungsi tubuh) yang ditandai dengan :

- Nyeri pada otot
- Kaku pada bagian tubuh
- Kedutan otot
- Suara tidak stabil
- Gigi gemeretak

8. Mengalami gejala sensorik (saraf) yang ditandai ditandai dengan

- Muka merah dan pucat

- Merasa lemah
- Perasaan ditusuk-tusuk
- Pengelihatannya kabur
- Telinga berdengung

9. Mengalami gejala kardiovaskuler yang ditandai dengan :

- Takikardi / denyut jantung lebih cepat
- Nyeri dada
- Berdebar-debar
- Rasa lemas seperti mau pingsan
- Detak jantung mengeras
- Detak jantung hilang sekejap

10. Mengalami gejala gangguan pernafasan yang ditandai dengan :

- Rasa tertekan atau rasa sempit didada
- Merasa nafas pendek atau sesak
- Sering menarik nafas panjang
- Perasaan tercekik.

11. Mengalami gejala gastrointestinal (sistem pencernaan) yang ditandai dengan :

- Mual muntah
- Perut melilit
- Nyeri lambung sebelum / sesudah makan
- Rasa panas di perut
- Perut terasa kembung atau penuh

Gangguan pencernaan

Konstipasi (sukar buang air besar)

Sulit menelan

Berat badan menurun

12. Mengalami gejala urogenital (pengeluaran) yang ditandai dengan:

Sering kencing

Tidak dapat menahan kencing

Amenore / menstruasi tidak teratur

Frigiditas (gangguan seksual pada perempuan)

13. Mengalami gejala vegetative / otonom ditandai dengan

Mulut kering

Muka kering

Mudah berkeringat

Pusing / sakit kepala

Bulu roma berdiri

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN SIKAP
PERAWAT DALAM PENANGANAN KEKAMBUHAN PASIEN
PERILAKU KEKERASAN DI RSJD ATMA HUSADA
MAHAKAM SAMARINDA
TAHUN 2016**

BAGIAN C

KUESIONER SIKAP PERAWAT

Petunjuk pengisian :

Untuk pertanyaan sikap pilihlah salah satu jawaban yang benar menurut apa yang anda rasakan dengan memberikan tanda (✓) pada kolom yang anda pilih, TP = Tidak Pernah, KK = Kadang-Kadang, S = Sering, SL = Selalu.

NO	PERNYATAAN	TP	KK	S	SL
1.	Perawat jarang mengajarkan pasien cara berkomunikasi kepada orang lain.				
2.	Perawat berkomunikasi secara langsung dengan klien untuk mengatakan " tidak " pada sesuatu yang tidak beralasan.				
3.	Perawat terkadang mendemonstrasikan cara mengontrol situasi yang terkesan berlebihan pada klien perilaku kekerasan.				
4.	Perawat menangani klien perilaku kekerasan tidak dengan cara menghakimi atau menyakiti klien.				
5.	Perawat tidak pernah memfasilitasi kegiatan atau program yang tidak sesuai.				
6.	Perawat memberikan antianxiety untuk mengendalikan agitasi yang akut.				
7.	Perawat jarang membentuk tim krisis dalam penanganan klien perilaku kekerasan.				



OUTPUT HASIL PENELITIAN

TABEL PENGUJIAN VALIDITAS TINGKAT KECEMASAN
(VARIABEL X)

PENGUJIAN VALIDITAS TINGKAT KECEMASAN															
KODE RESPONDEN	JUMLAH SOAL PERNYATAAN VARIABEL X (TINGKAT KECEMASAN)													TOTAL	CODING
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)		
1	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	46	1
2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	48	1
3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	48	1
4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	48	1
5	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	18	2
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	41	1
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	52	1
8	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	40	1
9	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	44	1
10	1	3	3	3	3	3	3	3	2	4	4	3	3	38	1
11	1	2	4	2	3	2	1	1	2	1	2	1	1	23	2
12	1	3	2	2	3	2	2	1	2	1	2	1	1	23	2
13	1	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	4	4	36	1
14	1	2	1	2	3	2	1	1	2	2	2	3	3	25	2
15	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	43	1
16	1	2	1	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	24	2
17	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	36	1
18	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	39	1
19	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	46	1
20	3	1	2	2	3	3	3	3	2	4	4	3	3	36	1
21	3	2	3	3	3	3	4	3	3	4	3	1	1	36	1
22	4	1	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	32	1
23	3	3	3	3	2	4	4	3	3	1	1	1	1	32	1
24	3	3	3	3	2	4	4	3	3	1	1	1	1	32	1
25	3	3	3	3	2	4	4	3	3	1	1	1	1	32	1
26	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	45	1
27	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	45	1
28	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	47	1

29	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	45	1
30	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	39	1
31	4	3	3	3	4	4	1	4	2	4	2	2	3	39	1
32	1	2	1	3	1	2	1	1	2	1	2	1	1	19	2
33	4	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	2
34	3	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	2
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	2
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	14	2
37	4	1	2	4	3	2	1	2	3	2	2	3	2	31	2
38	4	4	3	4	4	2	2	3	1	1	1	1	3	33	2
39	1	0	0	1	4	2	2	1	1	1	2	1	2	18	2
40	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	40	1
41	1	3	3	3	3	2	2	4	3	3	3	3	2	35	2
42	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	40	1
43	4	4	3	4	3	3	2	3	2	1	2	3	3	37	1
44	4	3	3	4	3	3	2	3	2	1	2	3	3	36	1
45	4	4	3	4	4	2	2	3	1	1	1	1	3	33	2
46	4	4	3	4	4	2	2	3	1	1	1	1	3	33	2
47	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	2
48	4	3	2	2	3	3	1	3	2	3	2	1	3	32	2
49	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	2
50	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	42	1
51	3	2	1	2	3	3	1	1	1	3	2	1	1	24	2
52	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	12	2
53	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	15	2
54	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	2
55	1	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	34	2
56	4	4	3	4	3	3	2	3	2	1	2	3	3	37	1
57	4	4	3	4	3	3	2	3	2	1	2	3	3	37	1
58	4	4	3	4	3	3	2	3	2	1	2	3	3	37	1
59	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	2
60	4	4	3	4	3	3	2	3	2	1	2	3	3	37	1

TABEL PENGUJIAN VALIDITAS SIKAP PERAWAT
(VARIABEL Y)

KODE RESPONDEN	JUMLAH SOAL/PERTANYAAN VARIABEL Y (SIKAP PERAWAT)							TOTAL	Coding
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		
1	3	3	3	3	3	3	3	21	1
2	3	3	3	3	3	3	3	21	1
3	3	3	3	3	3	3	3	21	1
4	3	3	3	3	3	3	3	21	1
5	4	2	4	4	3	3	3	23	1
6	3	3	3	3	3	3	3	21	1
7	2	3	3	3	3	3	3	20	1
8	3	3	2	3	3	2	2	18	0
9	3	3	3	3	3	3	3	21	1
10	3	3	3	3	3	2	3	20	1
11	2	2	2	3	2	2	2	15	0
12	2	2	2	3	2	2	2	15	0
13	2	3	2	1	3	2	2	15	0
14	4	3	3	4	2	1	1	18	0
15	4	3	3	4	3	1	3	21	1
16	3	4	2	3	3	2	2	19	1
17	3	3	4	4	3	3	2	22	1
18	4	4	4	4	3	1	4	24	1
19	0	0	0	1	0	0	2	3	0
20	2	3	3	4	3	1	3	19	1
21	3	3	3	3	3	2	3	20	1
22	3	3	3	3	3	3	3	21	1
23	3	3	3	3	3	2	3	20	1
24	3	3	4	4	3	3	3	23	1
25	3	3	4	4	3	3	3	23	1
26	4	1	4	1	2	1	1	14	0
27	3	3	3	3	3	3	3	21	1
28	4	4	3	3	4	3	3	24	1
29	3	3	3	1	3	3	2	18	0
30	3	3	3	1	3	3	2	18	0
31	4	4	3	3	4	3	3	24	1

32	3	3	3	3	3	3	3	21	1
33	4	1	4	1	2	1	1	14	0
34	3	3	4	3	3	3	3	22	1
34	4	3	3	4	3	4	3	24	1
36	3	4	3	2	2	1	2	17	0
37	4	3	3	3	2	1	2	18	0
38	3	2	3	2	2	1	2	15	0
39	4	1	3	3	2	1	2	16	0
40	4	1	3	2	3	1	2	16	0
41	3	3	3	3	3	3	3	21	1
42	3	2	4	2	2	1	2	16	0
43	2	3	3	2	2	1	2	15	0
44	2	3	3	2	2	1	2	15	0
45	3	2	3	2	2	1	2	15	0
46	3	2	3	2	2	1	2	15	0
47	3	2	3	3	2	1	2	16	0
48	2	3	3	4	2	1	2	17	0
49	4	3	3	4	2	4	3	23	1
50	3	3	4	4	4	3	3	24	1
51	4	4	2	4	3	3	2	22	1
52	4	2	3	4	3	0	0	16	0
53	4	4	3	4	3	3	2	23	1
54	4	4	3	3	3	2	3	22	1
55	3	3	3	3	3	3	3	21	1
56	3	3	2	3	2	1	3	17	0
57	3	3	2	3	2	1	3	17	0
58	3	3	2	3	2	1	3	17	0
59	3	3	2	3	2	1	3	17	0
60	2	3	3	2	2	1	2	15	0

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS TINGKAT KECEMASAN

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	30	100.0
Excluded ^a	0	.0
Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.932	13

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
TK1	3.00	1.203	30
TK2	2.97	.928	30
TK3	3.10	.923	30
TK4	3.10	.845	30
TK5	3.17	.747	30
TK6	3.20	.805	30
TK7	3.07	.944	30
TK8	2.77	.817	30
TK9	2.93	.691	30
TK10	2.83	1.085	30
TK11	2.70	.877	30
TK12	2.57	1.006	30
TK13	2.57	1.006	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TK1	34.97	63.620	.747	.926
TK2	35.00	68.552	.651	.928
TK3	34.87	68.395	.666	.928
TK4	34.87	66.602	.877	.921
TK5	34.80	69.752	.730	.926
TK6	34.77	69.495	.690	.927
TK7	34.90	67.886	.683	.927
TK8	35.20	68.028	.795	.924
TK9	35.03	69.964	.775	.925
TK10	35.13	65.568	.721	.926
TK11	35.27	69.582	.619	.929
TK12	35.40	68.593	.588	.931
TK13	35.40	68.593	.588	.931

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
37.97	79.413	8.911	13

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS SIKAP PERAWAT

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.839	7

Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SK1	2.93	.828	30
SK2	2.83	.791	30
SK3	2.93	.828	30
SK4	2.93	.980	30
SK5	2.80	.664	30
SK6	2.30	.877	30
SK7	2.60	.675	30

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SK1	16.40	12.317	.591	.816
SK2	16.50	11.983	.699	.800
SK3	16.40	11.834	.688	.801
SK4	16.40	12.179	.482	.839
SK5	16.53	12.120	.838	.786
SK6	17.03	12.861	.446	.840
SK7	16.73	13.513	.498	.830

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
19.33	16.437	4.054	7

UJI NORMALITAS TINGKAT KECEMASAN VARIABEL X (INDEPENDEN)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
tingkat kecemasan	60	100.0%	0	.0%	60	100.0%

Descriptives

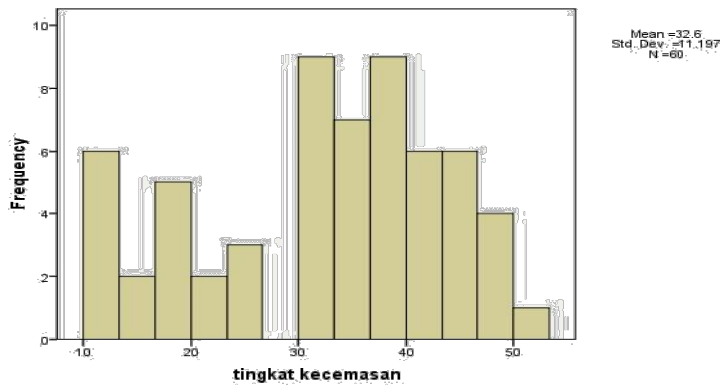
		Statistic	Std. Error
tingkat kecemasan	Mean	32.60	1.445
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	29.71	
	Upper Bound	35.49	
	5% Trimmed Mean	32.78	
	Median	36.00	
	Variance	125.363	
	Std. Deviation	11.197	
	Minimum	12	
	Maximum	52	
	Range	40	
	Interquartile Range	17	
	Skewness	-.469	.309
	Kurtosis	-.870	.608

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
tingkat kecemasan	.162	60	.000	.927	60	.001

a. Lilliefors Significance Correction

Histogram

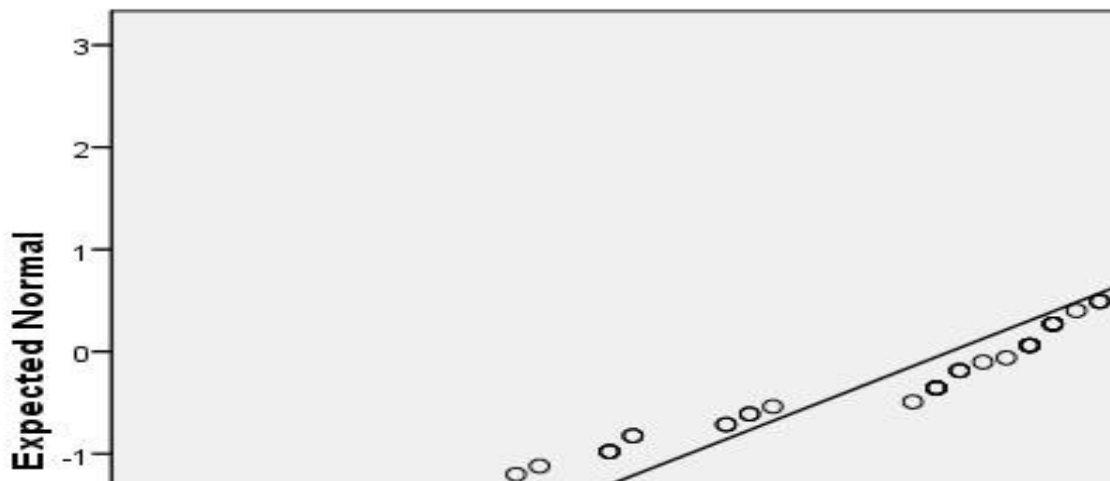


tingkat kecemasan Stem-and-Leaf Plot

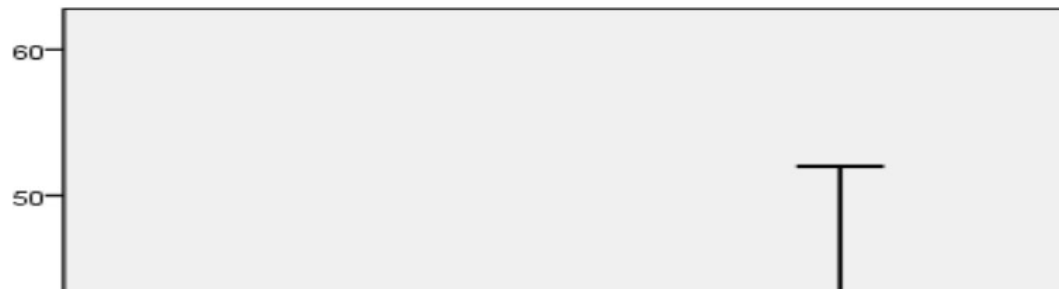
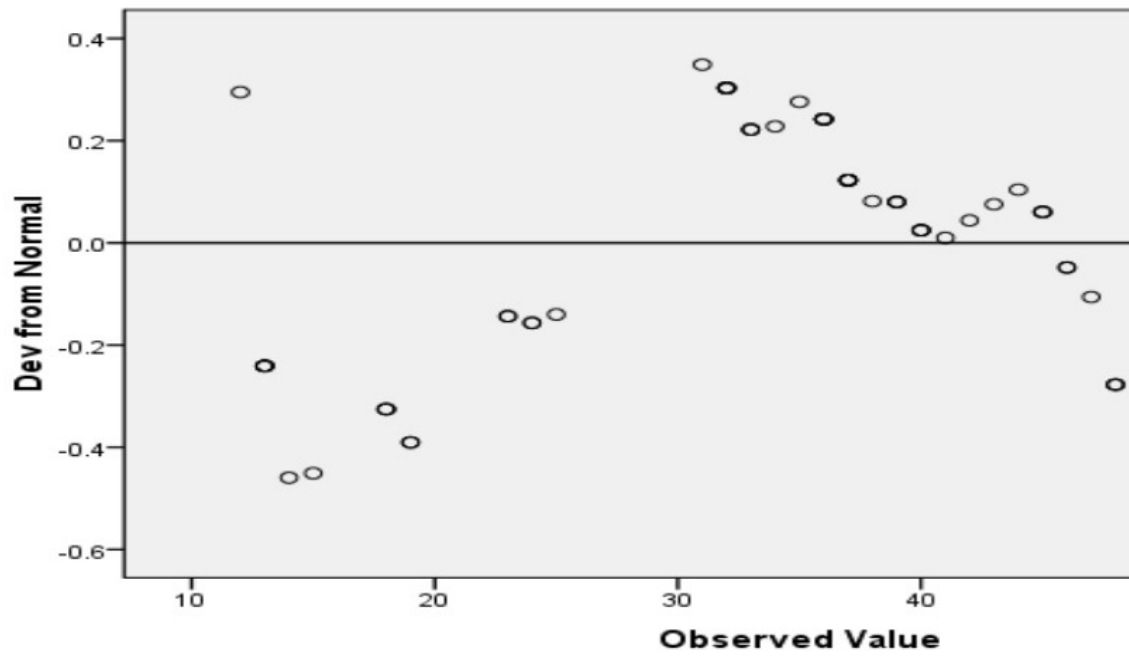
Frequency	Stem & Leaf
7,00	1 . 2333334
6,00	1 . 588899
4,00	2 . 3344
1,00	2 . 5
10,00	3 . 1222223334
15,00	3 . 566666777778999
7,00	4 . 0001234
9,00	4 . 555667888
1,00	5 . 2

Stem width: 10
Each leaf: 1 case(s)

Normal Q-Q Plot of tingkat kecem



Detrended Normal Q-Q Plot of tingkat kecemas



UJI NORMALITAS SIKAP PERAWAT VARIABEL Y (DEPENDEN)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
sikap perawat	60	100.0%	0	.0%	60	100.0%

Descriptives

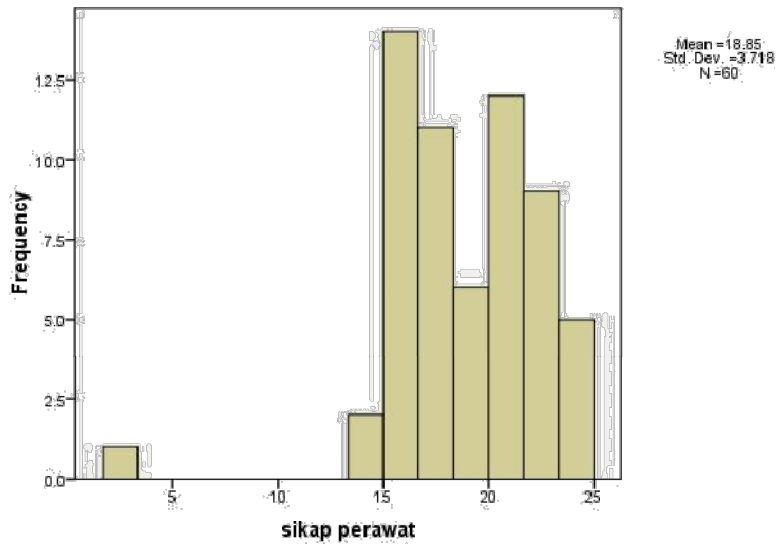
		Statistic	Std. Error
sikap perawat	Mean	18.85	.480
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	17.89	
	Upper Bound	19.81	
	5% Trimmed Mean	19.04	
	Median	19.50	
	Variance	13.825	
	Std. Deviation	3.718	
	Minimum	3	
	Maximum	24	
	Range	21	
	Interquartile Range	5	
	Skewness	-1.224	.309
	Kurtosis	3.935	.608

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
sikap perawat	.152	60	.001	.886	60	.000

a. Lilliefors Significance Correction

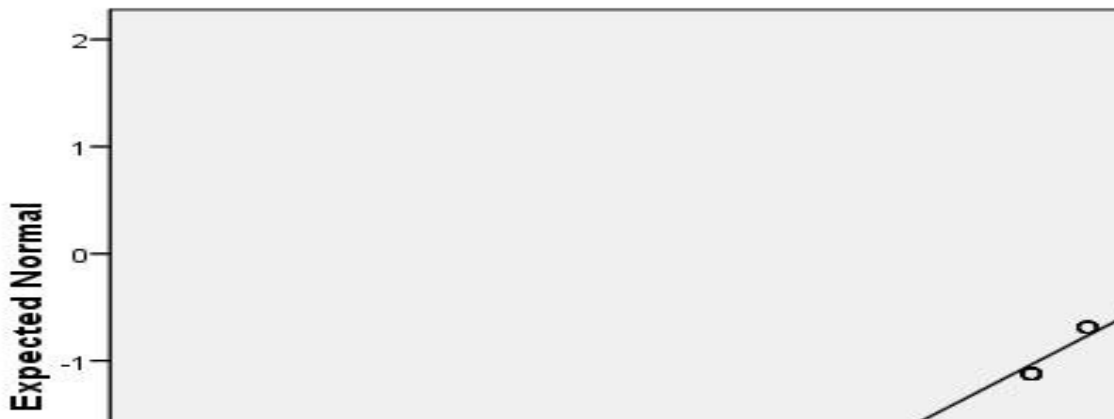
Histogram



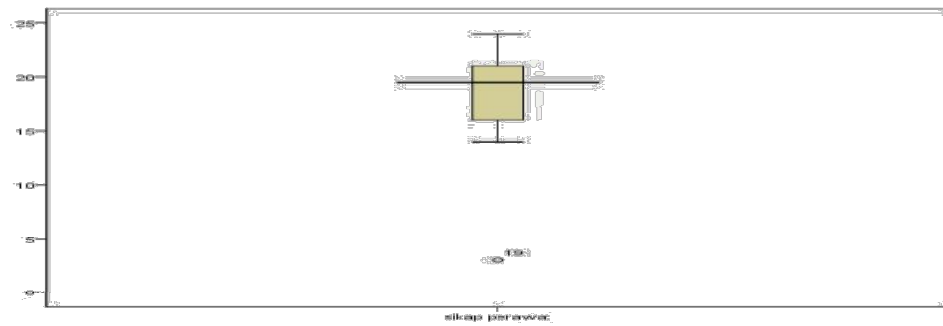
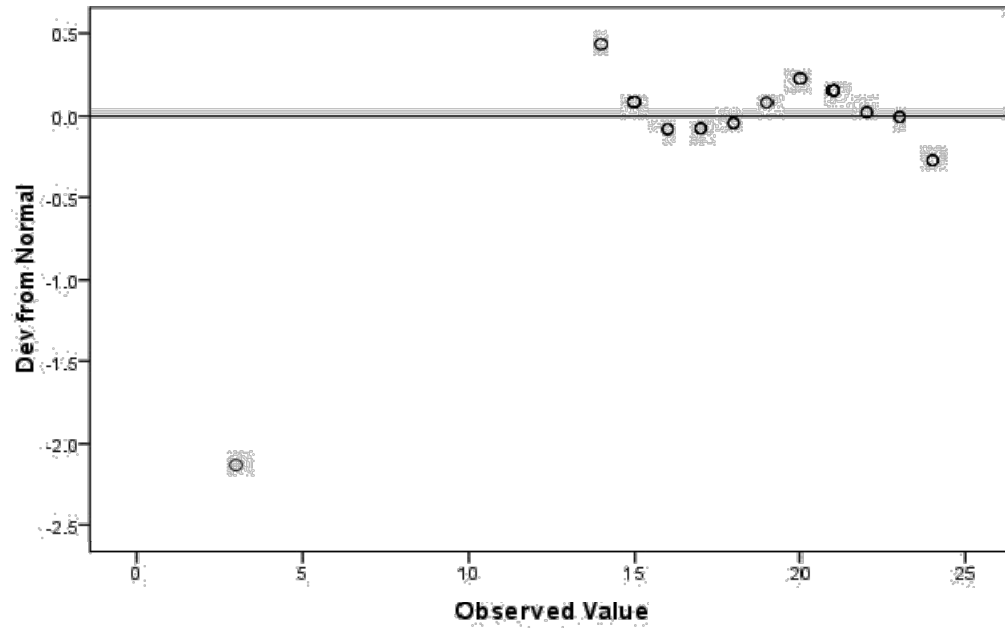
sikap perawat Stem-and-Leaf Plot

Frequency	Stem	Leaf
1,00	Extremes	(=<3)
,00	1 .	
11,00	1 .	4455555555
11,00	1 .	6666677777
7,00	1 .	8888899
16,00	2 .	0000111111111111
9,00	2 .	222233333
5,00	2 .	44444
Stem width: 10		
Each leaf: 1 case(s)		

Normal Q-Q Plot of sikap perawat



Detrended Normal Q-Q Plot of sikap perawat



KARAKTERISTIK RESPONDEN

Statistics

		USIA	JENIS KELAMIN	PENDIDIKAN TERAKHIR	TINGKAT KECEMASAN	SIKAP PERAWAT
N	Valid	60	60	60	60	60
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

USIA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21-23	3	5.0	5.0	5.0
	24-26	14	23.3	23.3	28.3
	27-29	18	30.0	30.0	58.3
	30-32	9	15.0	15.0	73.3
	33-35	9	15.0	15.0	88.3
	36-38	3	5.0	5.0	93.3
	39-41	4	6.7	6.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

JENIS KELAMIN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	27	45.0	45.0	45.0
	PEREMPUAN	33	55.0	55.0	100.0
Total		60	100.0	100.0	

PENDIDIKAN TERAKHIR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SPK	2	3.3	3.3	3.3
	D3	45	75.0	75.0	78.3
	S1 KEPERAWATAN	13	21.7	21.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

ANALISA UNIVARIAT
(TINGKAT KECEMASAN DAN SIKAP PERAWAT)

Statistics

		USIA	JENIS KELAMIN	PENDIDIKAN TERAKHIR	TINGKAT KECEMASAN	SIKAP PERAWAT
N	Valid	60	60	60	60	60
	Missing	0	0	0	0	0

TINGKAT KECEMASAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	CEMAS=>36	35	58.3	58.3	58.3
	TIDAK CEMAS<36	25	41.7	41.7	100.0
Total		60	100.0	100.0	

SIKAP PERAWAT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NEGATIF=<19	28	46.7	46.7	46.7
	POSITIF=>19	32	53.3	53.3	100.0
Total		60	100.0	100.0	

ANALISA BIVARIAT

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TINGKAT KECEMASAN * SIKAP PERAWAT	60	100.0%	0	.0%	60	100.0%

TINGKAT KECEMASAN * SIKAP PERAWAT Crosstabulation

			SIKAP PERAWAT		Total
			NEGATIF	POSITIF	
TINGKAT KECEMASAN	CEMAS	Count	14	21	35
		Expected Count	16.3	18.7	35.0
		% within TINGKAT KECEMASAN	40.0%	60.0%	100.0%
		% within SIKAP PERAWAT	50.0%	65.6%	58.3%
		% of Total	23.3%	35.0%	58.3%
TIDAK CEMAS		Count	14	11	25
		Expected Count	11.7	13.3	25.0
		% within TINGKAT KECEMASAN	56.0%	44.0%	100.0%
		% within SIKAP PERAWAT	50.0%	34.4%	41.7%
		% of Total	23.3%	18.3%	41.7%
Total		Count	28	32	60
		Expected Count	28.0	32.0	60.0
		% within TINGKAT KECEMASAN	46.7%	53.3%	100.0%
		% within SIKAP PERAWAT	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	46.7%	53.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square ^a	1.500	1	.221		
Continuity Correction ^b	.926	1	.336		
Likelihood Ratio	1.503	1	.220		
Fisher's Exact Test				.296	.168
Linear-by-Linear Association	1.475	1	.225		
N of Valid Cases ^b	60				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,67.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig. ^a
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.156			.221
Interval by Interval	Pearson's R	-.158	.128	-1.219	.228 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.158	.128	-1.219	.228 ^c
N of Valid Cases		60			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for TINGKAT KECEMASAN (CEMAS / TIDAK CEMAS)	.524	.185	1.481
For cohort SIKAP PERAWAT = NEGATIF	.714	.419	1.219
For cohort SIKAP PERAWAT = POSITIF	1.364	.812	2.290
N of Valid Cases	60		