

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DENGAN SIKAP PERAWAT DALAM
PENATALAKSANAAN PASIEN PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT
JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh gelar Sarjana Keperawatan**



DIAJUKAN OLEH

SITI MAULIDA NUR

1211308230460

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH

SAMARINDA

2016

MOTTO

*“..Barang siapa menginginkan
kebahagiaan didunia dan diakhirat
maka haruslah memiliki ilmu..”*

Hubungan antara Pengetahuan dengan Sikap Perawat dalam Penatalaksanaan Pasien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda

Siti Maulida Nur¹, Supriadi², Ramdhany Ismahmudi³

INTISARI

Latar Belakang : Berdasarkan *World Health Organization* pada tahun 2012 menyatakan angka penderita gangguan jiwa mengkhawatirkan secara global, sekitar 450 juta orang diseluruh dunia menderita gangguan mental salah satunya perilaku kekerasan. Pengetahuan dan sikap tentang penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan merupakan suatu hal yang harus dimiliki oleh setiap perawat jiwa.

Tujuan Penelitian : Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengetahuan perawat Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda tentang penanganan pasien perilaku kekerasan, mengidentifikasi sikap perawat Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda tentang penanganan pasien perilaku kekerasan, mengidentifikasi hubungan pengetahuan dengan sikap perawat dalam penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan.

Metode : Desain penelitian ini adalah deskriptif analitik observasional jenis pendekatan *cross sectional* dengan metode pengambilan sampel yaitu *Proportionate Stratified Random Sampling*. Subyek penelitian ini adalah perawat atau pegawai di 7 ruangan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. Terdiri dari ruangan Gelatik, Punai, Tiung, Pergam, Elang, Belibis dan Enggang. Yang masuk kriteria inklusi dengan jumlah perawat adalah 53 orang. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuisisioner dan analisa *bivariate* dengan uji statistik *Chi Square*.

Hasil : Pada hasil penelitian membuktikan terdapat korelasi positif yang signifikan ($P \text{ value } 0,000 < 0,05$), dengan koefisien korelasi sebesar 0,000 lebih rendah dari nilai 0,05 dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

Kesimpulan dan Saran: Hal ini berarti hipotesis nol (H_0) ditolak yaitu ada hubungan yang bermakna antara hubungan pengetahuan dengan sikap perawat dalam penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan. Saran dari hasil penelitian ini diharapkan bagi Manajemen Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda dapat meningkatkan jenjang pendidikan perawat, dapat memberikan pelatihan kepada perawat secara terus menerus dan berkesinambungan agar ilmu yang didapat selalu berkembang.

Kata kunci : Pengetahuan, Sikap, Penatalaksanaan

¹ Mahasiswa S-1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

² Dosen Poltekkes Kaltim

³ Dosen Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

Relationship between Attitude Knowledge Management Nurse Patient in Violent Behavior in Mental Hospital of Atma Husada Mahakam Samarinda

Siti Maulida Nur¹ , Supriadi² , Ramdhany Ismahmudi³

ABSTRACT

Background : Based on the World Health Organization in 2012 declared an alarming figure people with mental disorders globally , approximately 450 million people worldwide suffer from mental disorders one violent behavior . Knowledge and attitudes about the management of patients with violent behavior is a matter that should be owned by every nurse soul .

Objective: This study aimed to identify the knowledge of nurses Mental Hospital of Atma Husada Mahakam Samarinda tentang treating patients with violent behavior , identify the attitude of nursing Mental Hospital of Atma Husada Mahakam Samarinda tentang treating patients with violent behavior , identify the relation between knowledge with attitude of nurses in patient management violent behavior.

Methods : This study was descriptive and analytical observational cross-sectional approach to the type of sampling method is Proportionate Stratified Random Sampling . The subjects of this study were nurses or clerks at the 7 rooms at Mental Hospital of Atma Husada Mahakam Samarinda . consists of a room Wren , pigeon , Tiung , Pergam , eagles , grouse and Hornbill . the entry criteria for inclusion to the number of nurses is 53 people . The instrument used in this study a questionnaire and bivariate analysis with statistical test Chi Square .

Results : In the studies show there is a significant positive correlation (P value $0.000 < 0.05$) , with a correlation coefficient of 0.000 is lower than the value of 0.05 can be concluded that there is a relationship between knowledge and attitude of nurses in patient management violent behavior Mental Hospital of Atma Husada Mahakam Samarinda.

Conclusions and Recommendations : This means that the null hypothesis (H_0) denied that there was a significant relationship between knowledge relationship with the attitude of nurses in patient management violent behavior . Suggestions from the results of this study are expected for the Management of Mental Hospital of Atma Husada Mahakam Samarinda can enhance the education of nurses , can provide training to nurses continuously and sustainably so that knowledge gained is always evolving .

Keywords : Knowledge , Attitude , Management .

¹ Students Graduate Nursing STIKES Muhammadiyah Samarinda

² Lecturer Polytechnic of Kaltim

³ Lecturer Nursing STIKES Muhammadiyah Samarinda

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Wr. Wb

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT karena atas segala rahmat dan karunia-Nya yang memberikan nikmat kesehatan dan kesempatan kepada penulis untuk dapat menyelesaikan skripsi ini. Tidak lupa pula penulis panjatkan shalawat serta salam kepada baginda Rasul Nabi Muhammad SAW yang telah membawa kita dari zaman yang jauh lebih baik seperti saat ini.

Skripsi ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan pendidikan Program Sarjana Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.

Dalam penyusunan skripsi ini, tak lepas dari keinginan kuat serta motivasi yang tinggi untuk memberikan yang terbaik bagi diri pribadi dan orang lain dalam pengabdian di dunia keperawatan. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna dikarenakan keterbatasan yang penulis miliki. Oleh sebab itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan untuk kesempurnaan penelitian ini.

Dalam melakukan penyusunan skripsi ini, menjadi lebih mudah berkat motivasi, bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada :

1. Bapak Ghozali MH, M. Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.
2. Ibu Dr. Hj. Padilah Manteruna, M. Si. Selaku Direktur RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda yang telah memberikan izin dan dukungan dalam penyusunan proposal ini.
3. Ibu Ns. Siti Khoiroh M, S.Pd., M.Kep, selaku Ketua Program S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.
4. Bapak Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep., M.Kes selaku koordinator mata ajar skripsi Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan di Stikes Muhammadiyah Samarinda.
5. Bapak Supriadi, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing I (satu) sekaligus Penguji II. Terimakasih untuk beliau yang telah meluangkan waktu, tenaga dan arahan, serta kesabaran selama membimbing penulis dalam proses penyelesaian skripsi ini.
6. Bapak Ns. Ramdhany Ismahmudi, S.Kep., MPH selaku pembimbing II (dua) sekaligus penguji III. Terimakasih untuk beliau yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan arahan, serta kesabaran selama membimbing penulis dalam proses penyelesaian skripsi ini.
7. Ibu Ns. Mukhrifah Damayanti, S.Kep., MNS Selaku penguji I yang telah memberikan dukungan, motivasi dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.

8. Segenap Bapak dan Ibu dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda yang telah membekali penulis dengan berbagai ilmu dan pengetahuan selama penulis mengikuti perkuliahan.
9. Kedua orang tuaku tercinta Bapak H.Aspiransyah dan Ibu Hj. Ani Harti yang selalu dan tidak ada henti-hentinya memberikan semangat, dukungan, motivasi, doa, materi dan perhatian yang melimpah kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
10. Saudara-saudaraku, Jeri Rahman, Jemi Farman, Yobi Astuti, Dodi Anggara Putra serta keluarga lainnya yang selalu memberikan do'a dan semangat yang luar biasa dan menguatkan penulis untuk terus berjuang sampai saat ini.
11. Untuk sahabat-sahabatku Reza Wahyudi, Niken Dwi Anjarsari, Indah Pratiwi, Yuni Ulia Ningrum, Arabiya, Meiliyana Avidha, Dwi Atika Nur Amrina dan banyak lagi yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuan, doa, dukungan, motivasi yang diberikan selama ini.
12. Seluruh staf atau pegawai Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.
13. Semua teman-teman satu angkatan Program Studi S1 Keperawatan angkatan 2012 yang sama-sama berjuang menyelesaikan skripsi ini.
14. Semua pihak yang memberikan kasih sayang, motivasi, perhatian, dukungan dan bantuan dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Skripsi ini masih jauh dari kata sempurna karena keterbatasan pengetahuan dan pengalaman yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis mengharap kritik dan saran yang membangun demi kualitas penulisan dari pembaca agar dapat menunjang pengembangan dan perbaikan penulisan selanjutnya.

Akhir kata semoga kita semua selalu diberikan rahmat, hidayah serta karunia dari Allah SWT dan apa yang telah penulis peroleh selama pendidikan dapat bermanfaat dalam ilmu keperawatan dan diamalkan dengan baik.

Wassalamu'alaikum Wr.wb

Samarinda, Agustus 2016

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
MOTTO	v
INTISARI	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7

	D. Manfaat Penelitian.....	8
	E. Keaslian Penelitian.....	9
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA.....	11
	A. Telaah Pustaka.....	11
	B. Penelitian Terkait.....	47
	C. Kerangka Teori Penelitian.....	48
	D. Kerangka Konsep Penelitian.....	50
	E. Hipotesis.....	51
BAB III	METODE PENELITIAN.....	53
	A. Rancangan Penelitian.....	53
	B. Populasi dan Sampel.....	53
	C. Waktu dan Tempat Penelitian.....	58
	D. Definisi Operasional.....	58
	E. Instrumen Penelitian.....	59
	F. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	60
	G. Teknik Pengumpulan Data.....	65
	H. Teknik Analisa Data.....	66
	I. Etika Penelitian.....	71
	J. Jalannya Penelitian.....	72
	K. Jadwal Penelitian.....	73
BAB IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	74
	A. Gambaran Umum RSJD Atma Husada Mahakam.....	74

B. Hasil Penelitian	75
C. Pembahasan	82
D. Keterbatasan Penelitian.....	89
BAB V PENUTUP	90
A. Simpulan.....	90
B. Saran	91

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rencana Pendidikan Kesehatan Pengekspresian	41
Tabel 2.2 Proses Belajar Asertif.....	42
Tabel 3.1 Sampel Penelitian	57
Tabel 3.2 Definisi Operasional	58
Tabel 3.3 Jadual Penelitian.....	74
Tabel 4.1 Karakteristik Responden Penelitian.....	76
Tabel 4.2 Deskriptif Pengetahuan	77
Tabel 4.3 Deskriptif Sikap	77
Tabel 4.4 Uji Normalitas Data	78
Tabel 4.5 Analisa Chi Square	81

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kerangka Teori Penelitian.....	49
Gambar 2.2	Kerangka Konsep Penelitian.....	50

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Biodata Peneliti
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 3 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4 : Hasil Karakteristik Responden
- Lampiran 5 : Hasil Uji Validitas Dan Reabilitas
- Lampiran 6 : Hasil Analisa Univariat
- Lampiran 7 : Hasil Uji Normalitas
- Lampiran 8 : Analisis Statistik Chi Square

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Kesehatan jiwa adalah berbagai karakteristik positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya (Menurut WHO). Ciri-ciri sehat jiwa adalah seseorang dapat beradaptasi diri secara konstruktif pada kenyataan (berani menghadapi kenyataan), mendapatkan kepuasan dari usahanya, lebih puas memberi daripada menerima, bebas (relatif) dari cemas, berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan memuaskan, dapat menerima kekecewaan sebagai pelajaran di kemudian hari, mengarahkan rasa bermusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif.

Kriteria sehat jiwa menurut Jahoda (Depkes, 2000) dan Kusumawati dan Hartono, (2010). Individu yang sehat jiwa ditandai dengan hal-hal sebagai berikut : sikap positif terhadap diri sendiri, tumbuh kembang dan aktualisasi diri, integrasi (keseimbangan / kebutuhan), otonomi, persepsi realitas dan kecakapan dalam beradaptasi dengan lingkungan. Jika mengganggu maka terjadi proses gangguan jiwa.

Keperawatan jiwa dimulai menjadi profesi pada awal abad ke-19 dan pada masa tersebut berkembang menjadi spesialis dengan

peran dan fungsi-fungsi yang unik. Keperawatan jiwa adalah proses interpersonal dengan tujuan untuk meningkatkan dan memelihara perilaku-perilaku yang mendukung terwujudnya suatu kesatuan yang harmonis (integrated). Kliennya dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi atau masyarakat. Tiga wilayah praktik keperawatan jiwa meliputi perawatan langsung, komunikasi dan manajemen (Direja, 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 WHO kesehatan jiwa bukan hanya tidak ada gangguan jiwa melainkan mengandung berbagai karakteristik yang positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kedewasaan kepribadiannya.

Menurut 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 pada bagian Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, dari bulan Januari sampai bulan Desember pada tahun 2015 mencatat data 7 besar penyakit yang dirawat berjumlah 10.711 orang. Terdiri dari pasien halusinasi 4.580 orang (42,76%). Pasien perilaku kekerasan sebanyak 2.320 orang (21,72%), Pasien isolasi sosial sebanyak 642 orang (13,31%), harga diri rendah sebanyak 756 orang (7,06%), deficit 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 negative terhadap seluruh aspek dalam diri sendiri 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.

Perawat adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan profesional 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).

Sikap perawat harus mempunyai cukup pengetahuan tentang startegi psikofarmakologi yang tersedia, tetapi informasi ini harus digunakan sebagai satu bagian dari pendekatan holistic pada asuhan pasien. Sikap perawat meliputi : pengkajian pasien, koordinasi modalitas terapi, pemberian agens psikofarmakologis, pemantauan efek obat, penyuluhan pasien, program rumutan obat (Stuart, 2007).

Pengetahuan perawat adalah setiap individu mempunyai tingkat pengetahuan yang berbeda. Perawat perlu mengkaji tingkat pengetahuan lawan bicara pasien, sehingga dalam menyampaikan pesan atau membicarakan topik, perawat dapat menyesuaikan dengan tingkat pengetahuan lawan bicara (Dalami, 2010).

Penanganan perawat pada perilaku kekerasan dapat menggunakan pendekatan rentang rencana keperawatan mulai dari strategi pencegahan sampai dengan strategi pengontrolan. Pada

strategi pencegahan dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan, kesadaran diri, komunikasi verbal dan non verbal, perubahan lingkungan, intervensi perilaku dan penggunaan psikofarmaka. (Riyadi, 2009).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada bulan Desember 2015 di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda dengan cara wawancara secara acak dan pengambilan data jumlah perawat. Peneliti mencatat ada 7 ruang rawat inap dan total jumlah perawat ada 151 orang perawat yang terdiri dari perawat honor 75 orang dan perawat PNS/CPNS 76 orang dan dari hasil wawancara dari 8 orang perawat, 5 orang perawat mengatakan bahwa akan melakukan pengekangan fisik terhadap pasien amuk yang tidak bisa dikendalikan lagi, 3 diantaranya mengatakan akan menjauhkan pasien dari lingkungan yang bisa menimbulkan perilaku kekerasan, mencoba berkomunikasi dengan pasien, dan memberikan obat untuk bisa mengendalikan pasien.

Berdasarkan data yang peneliti peroleh peneliti tertarik untuk meneliti “Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Sikap Perawat Dalam Penanganan Pasien Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda”.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samrinda”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengetahuan perawat Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda tentang penanganan pasien perilaku kekerasan
- b. Mengidentifikasi Sikap perawat Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda tentang penanganan pasien perilaku kekerasan
- c. Mengidentifikasi hubungan pengetahuan dengan sikap perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat kepada berbagai pihak, yaitu :

1. Bagi Perawat

Sebagai bahan pertimbangan serta masukan bagi perawat agar dapat meningkatkan motivasi dalam melakukan asuhan keperawatan yang merupakan bagian inti dalam bekerja sehingga akan mempengaruhi kinerja sebagai perawat.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

a. Sebagai informasi dan masukan bagi institusi rumah sakit untuk dapat di manfaatkan sebagai acuan ilmiah untuk pengembangan ilmu kesehatan khususnya keperawatan dalam penanggulangan gangguan jiwa.

b. Sebagai informasi dan masukan bagi pihak management rumah sakit yang secara teoritis dapat membantu pengembangan ilmu administrasi dan kebijakan kesehatan yang tepat bagi kemajuan rumah sakit.

3. Bagi Peneliti

Menambah pengalaman dan pengetahuan dalam mengkaji permasalahan hubungan pengetahuan dengan sikap perawat dalam penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Memberikan referensi ilmiah bagi peneliti selanjutnya, sehingga penelitian – penelitian berikutnya dapat lebih mendalami masalah yang terkait dengan objek penelitian ini.

E. Keaslian Penelitian

1. Hardianto (2013), meneliti tentang “Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Perawat Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda”. Metode yang digunakan adalah dengan *deskriptif analitik* jenis studi *cross-sectional* dengan metode pengambilan sampel yaitu *probability sampling*. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 64 orang. Analisa data menggunakan uji *pearson product moment*. Perbedaannya dengan penelitian pertama, pada penelitian ini menggunakan pendekatan slovin dengan perhitungan akhir menggunakan uji *chi-square* dan variabel dependennya adalah penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan.
2. Ika Tantie Ramadhani (2012), meneliti tentang “Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Dengan Frekuensi Kekambuhan Pada Pasien Halusinasi Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda”. Metode yang digunakan adalah dengan *deskriptif korelasi* dengan

menggunakan rancangan *Cross Sectional* dengan metode pengambilan data menggunakan teknik *purposive sampling* dengan jumlah sampel 49 keluarga pasien jiwa. Uji statistic yang digunakan yaitu *Chi-Square* dengan alpha 5%. Perbedaan dengan penelitian saya adalah terletak pada metode pengambilan data menggunakan teknik slovin dengan perhitungan akhir menggunakan uji *chi-square* dan variabel dependennya adalah penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Pengetahuan

a. Pengertian pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) adalah merupakan hasil dari tahu dari manusia setelah melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan juga dapat diartikan sebagai keterampilan untuk mengatakan kembali dari ingatannya hal – hal atau informasi tentang apa saja yang telah dialaminya dan saling menghubungkan hal-hal, gejala-gejala atau kejadian-kejadian tertentu, sehingga terbentuk keterampilan.

Pengetahuan dapat berwujud barang-barang fisik, pemahannya dilakukan dengan cara persepsi baik lewat indera maupun lewat akal, dapat pula objek yang dipahami oleh manusia berbentuk ideal atau yang bersangkutan dengan masalah kejiwaan.

Pengetahuan yang lebih menekankan pengamatan dan pengalaman inderawi dikenal sebagai pengetahuan empiris. Pengetahuan ini bisa didapatkan dengan melakukan pengamatan dan observasi yang dilakukan secara empiris dan rasional. Pengetahuan empiris tersebut juga dapat berkembang menjadi pengetahuan

deskriptif bila seseorang dapat melukiskan dan menggambarkan segala ciri, sifat dan gejala yang ada pada obyek empiris tersebut. Pengetahuan empiris juga bisa didapatkan melalui pengalaman pribadi manusia yang terjadi berulang kali. Selain pengetahuan empiris, adapula pengetahuan yang didapatkan melalui akal budi yang kemudian dikenal sebagai rasionalisme. Rasionalisme lebih menekankan pengetahuan yang bersifat apriori, tidak menekankan pada pengalaman (Notoatmadjo, 2010).

Disebutkan pula bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya.

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan juga dapat diartikan sebagai keterampilan untuk mengatakan kembali dari ingatannya hal-hal atau informasi tentang apa saja yang telah dialaminya dan saling menghubungkan hal-hal, gejala-gejala atau kejadian-kejadian tertentu, sehingga terbentuk keterampilan. Untuk mengatakan kembali dan menerapkannya pada

situasi lain dan sesuai dengan keperluan suatu pola, metode, aturan, keadaan atau kegiatan (Hasbullah, 2005).

Irmayanti (2007) mengemukakan pengetahuan adalah informasi atau maklumat yang diketahui atau disadari oleh seseorang tetapi tidak dibatasi pada deskripsi, hipotesis, konsep, teori, prinsip dan prosedur yang secara probabilitas bayesian adalah benar atau berguna.

b. Menurut Notoatmodjo (2010), Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan antara lain :

1) Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan professional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

2) Pendidikan

Tugas dari pendidikan adalah memberikan atau meningkatkan pengetahuan, menimbulkan sifat positif, serta memberikan atau meningkatkan kemampuan masyarakat atau individu tentang aspek-aspek yang bersangkutan, sehingga dicapai suatu masyarakat yang berkembang. Sistem pendidikan yang berkembang diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan melalui pola tertentu.

3) Umur

Umur mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah umur akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuanyang diperolehnya semakin membaik. Pada umur madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan social serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksenya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang umur madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada umur ini. Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup. Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang

dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya.

4) Faktor Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

c. Menurut Notoatmodjo (2010) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu :

1) Tahu (Know)

Tahu artinya sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya (recall) yang berisi tentang sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, sehingga tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

2) Memahami (Comprehention)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan

dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, dan meramalkan terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (Application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real sebenarnya.

4) Analisis (Analilysis)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan.

5) Sintesis (Synthesis)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Atau dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada.

6) Evaluasi (Evaluation)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang ada.

d. Menurut Notoatmodjo (2010). Cara memperoleh pengetahuan antara lain :

1) Cara tradisional

Cara tradisional digunakan orang untuk memperoleh pengetahuan sebelum ditemukannya metode ilmiah. Cara-cara penemuan pengetahuan ini antara lain meliputi :

- a) Cara coba salah (*Trial and Error*), cara ini digunakan orang sebelum adanya peradaban, pada waktu itu seseorang apabila menghadapi persoalan, upaya pemecahannya dilakukan dengan coba-coba saja.
- b) Secara kebetulan, penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan.
- c) Cara kekuasaan, pengetahuan yang diperoleh berdasarkan pada pemegang otoritas, yakni orang mempunyai wibawa atau kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama, maupun ahli ilmu pengetahuan atau ilmuwan.

- d) Berdasarkan pengalaman pribadi, pengalaman merupakan suatu cara untuk memperoleh pengetahuan, hal ini dilakukan dengan cara mengulangi kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu.
- e) Cara akal sehat (*common sense*), akal sehat terkadang dapat menemukan pengetahuan, sebelum ilmu berkembang orang tua zaman dahulu memberikan hadiah atau hukuman (*reward and punishment*) untuk mendisiplinkan anak dalam konteks pendidikan.
- f) Kebenaran melalui wahyu, ajaran agama adalah pengetahuan yang diwahyukan Tuhan melalui para nabi, kebenaran ini harus diterima oleh pengikut agama yang bersangkutan. Kebenaran ini diterima Nabi sebagai wahyu dan bukan hasil usaha penalaran atau penyelidikan manusia.
- g) Kebenaran intuitif, pengetahuan yang diperoleh manusia melalui proses di luar kesadaran dan tanpa melalui proses penalaran atau berpikir, pengetahuan ini diperoleh seseorang hanya berdasarkan intuisi atau suara hati atau bisikan hati.
- h) Melalui jalan pikiran, sejalan dengan perkembangan zaman, manusia pun ikut berkembang, disini manusia menggunakan penalaran dalam memperoleh pengetahuan. Pengetahuan

yang diperoleh dengan menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi. Induksi dan deduksi pada dasarnya merupakan cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pernyataan yang dikemukakan, kemudian dicari hubungannya sehingga dibuat kesimpulan. Apabila proses pembuatan kesimpulan itu dimulai dari pernyataan khusus ke umum dinamakan induksi. Sedangkan deduksi adalah pembuatan kesimpulan dari pernyataan umum ke khusus.

2) Cara modern

Cara baru dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah, cara ini disebut metode penelitian ilmiah, atau lebih populer disebut metodologi penelitian (Notoatmodjo, 2010)

2. Sikap

a. Pengertian Sikap

Pada awalnya, istilah sikap atau attitude digunakan untuk menunjukkan status mental individu. Sikap individu selalu diarahkan kepada suatu hal atau objek tertentu dan sifatnya masih tertutup. Oleh karena itu, manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan dari perilaku yang tertutup tersebut. Di samping sifat yang tertutup, sikap juga bersifat sosial, dalam arti bahwa sikap kita

hendaknya dapat beradaptasi dengan orang lain. Sikap menuntun perilaku kita sehingga kita akan bertindak sesuai dengan sikap yang kita ekspresikan. Kesadaran individu untuk menentukan tingkah laku nyata dan perilaku yang mungkin terjadi itulah yang dimaksud dengan sikap. Alport (1935, dalam Widayatun, 2009) mengatakan bahwa sikap adalah kesiapan seseorang untuk bertindak. Backman (1964 dalam Azwar 2011) mendefinisikan sikap sebagai keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi) dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya. Notoatmodjo S. (1997, dalam Sunaryo 2004) mengemukakan bahwa sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Walgito (2001, dalam Sunaryo 2004) mengatakan bahwa sikap merupakan organisasi pendapat, keyakinan seseorang mengenai objek atau situasi yang relative ajeg, yang disertai adanya perasaan tertentu, dan memberikan dasar pada orang tersebut untuk membuat respon atau berperilaku dalam cara tertentu yang dipilihnya.

Disini dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat ditafsirkan 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 social. Sikap belum

merupakan suatu tindakan atau aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku.

b. Komponen sikap

Menurut Allport (1954, dalam Notoatmodjo, 2010) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yaitu :

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

c. Fungsi Sikap

Ciri-ciri sikap, yaitu :

- 1) Sikap tidak dibawa sejak lahir, tetapi dipelajari (learnability) dan dibentuk berdasarkan pengalaman dan latihan sepanjang perkembangan individu dalam hubungan dengan objek
- 2) Sikap dapat berubah-ubah dalam situasi yang memenuhi syarat untuk itu sehingga dapat dipelajari

- 3) Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi selalu berhubungan dengan objek sikap
- 4) Sikap dapat tertuju pada satu objek ataupun dapat tertuju pada sekumpulan/banyak objek
- 5) Sikap dapat berlangsung lama atau sebentar
- 6) Sikap mengandung faktor perasaan dan motivasi sehingga membedakan dengan pengetahuan

d. Kekuatan Sikap

Terukir melewati motivasi seseorang dan pengalaman serta tujuan dan kebutuhan. Orang sering memiliki sikap yang kompleks secara kognitif, namun seperti kesan kepribadian, sikap cenderung terorganisir disekitar dimensi afektif (evaluatif) dan cenderung sederhana secara evaluatif.

Pendekatan belajar memandang sikap sebagai sesuatu dipelajari melalui asosiasi, peneguhan kembali dan imitasi. Pendekatan intensif memandang sikap sebagai hasil perhitungan untung rugi oleh individu. Teori konsistensi kognisi memandang orang sebagai makhluk yang berusaha mempertahankan konsistensi antara berbagai sikap mereka, antara dan kognitif terhadap objek tertentu.

e. Tingkatan sikap

Sikap itu terdiri dari berbagai tingkatan, yakni (Notoatmodjo, 2010):

- 1) Menerima (*receiving*), artinya bahwa orang atau subyek msu dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).
- 2) Merespon (*responding*), misalnya memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan atau menyelesaikan tugas yang diberikan.
- 3) Menghargai (*vauling*), dimana orang telah mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*) adalah merupakan tingkatan sikap yang paling tinggi, dimana pada tingkatan ini orang bertanggung jawab atas segala resiko dari yang dipilihnya, walaupun mendapat tekanan dari keluarga, suami, mertua atau dari orang lain.

Sikap merupakan hal yang penting dalam kehidupan sehari-hari, bila sikap itu sudah terbentuk dalam diri seseorang selanjutnya akan ikut menentukan tingkah lakunya terhadap sesuatu.

f. Kelompok Sikap

Notoatmodjo (2010) mengemukakan bahwa sikap itu mempunyai tiga kelompok pokok yaitu :

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap sesuatu obyek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak.

Ketiga komponen ini secara bersama-sama dapat membentuk suatu sikap yang utuh. Sikap yang utuh dipengaruhi oleh pengetahuan, keyakinan, dan emosi seseorang.

g. Sikap Perawat

Sikap perawat yang sebaik-baiknya adalah sikap yang tidak keluar dari jalur aturan kode etik dan disiplin perawat. Selain itu sikap perawat harus dibarengi dengan sikap sabar, tegas, cepat dalam bertindak, supel dan sebagainya.

Sikap perawat tentu dibarengi warna kepribadian yang berpolakan kepribadian perawat yang diwarnai watak/karakter yang baik. Sikap perawat harus dimulai dari motivasi dan persepsi yang berlandaskan profesi keperawatan. Perawat harus dapat segera merubah sikap bila sikapnya tidak adaptif terhadap lingkungan keperawatan.

h. Pentingnya sikap dalam urusan manusia

Dalam menyelidiki proses-proses persepsi social, mengkaji manusia, pembentukan konsep, pengembangan kepribadian, dan pembentukan sikap, para ahli psikologi telah menemukan bahwa manusia menilai tentang sesuatu yang mereka lakukan kontak dengan : orang lain, binatang, objek-objek tak berjiwa, lembaga-lembaga, kelompok-kelompok, dan sebagainya.

Sikap membangun komponen penting nomor satu dalam jiwa manusia. Secara kuat sekali mempengaruhi segala keputusan kita tentang : teman

yang kita pilih, pekerjaan yang kita terima, film yang kita tonton, makanan yang kita lahap, orang yang kita nikahi, pakaian yang kita beli, keyakinan dalam spiritual dan lain-lain.

3. Perawat

a. Definisi perawat

Sesuai dengan Kemenkes RI No. 1239 tahun 2001 tentang registrasi dan praktik perawat, perawat adalah seseorang yang lulus pendidikan perawat, baik didalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Kusnanto,2004). Taylor C Lilis C Lemone (1989 dalam La Ode 2012) mendefinisikan perawat adalah seseorang yang berperan dalam merawat atau memelihara, membantu dengan melindungi seseorang karena sakit, luka dan proses penuaan. Perawat adalah anggota tim dalam system pelayanan kesehatan dan mengembang berbagai peran dan tanggung jawab (Christensen, 2009)

Dalam menjalankan praktik keperawatan harus senantiasa meningkatkan mutu pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan tugasnya. Dalam melaksanakan praktik keperawatan, perawat juga dituntut melakukan peran dan fungsi sebagaimana yang diharapkan oleh profesi dan masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan keperawatan.

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 dari 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 pelayanan 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, 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) Pendidikan 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 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 riset. Riset keperawatan akan menambah dasar

pengetahuan ilmiah keperawatan dan meningkatkan praktik keperawatan bagi klien.

4. Penatalaksanaan

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/mengetahui (orang awam, perawat, para medis, dokter), baik di dalam maupun di luar rumah sakit karena kejadian ini dapat terjadi setiap saat dan menimpa siapa saja.

Pada keperawatan kategori pasien dibuat dengan skor RUFA (Respons Umum Fungsi Adaptif) / GARF (Global Assessment of Respons Functioning) yang merupakan modifikasi dari skor GAF (Global Assessment of Functioning Scale) karena keperawatan menggunakan pendekatan respons manusia dalam memberikan 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 di saat 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 diagnose Skor RUFA yang dibuat berdasarkan diagnose keperawatan yang ditemukan pada pasien. Sehingga setiap diagnose keperawatan memiliki kriteria skor RUFA tersendiri (Tim UPIP 2010). RUFA Perilaku Kekerasan :

Berdasarkan masalah keperawatan maka pasien yang perlu dirawat di unit perawatan intensif psikiatri adalah sebagai berikut :

- a. Perilaku kekerasan
- b. Perilaku bunuh diri
- c. Perubahan sensori persepsi : halusinasi (fase IV)
- d. Perubahan proses pikir : waham curiga
- e. Masalah – masalah keperawatan yang berkaitan dengan kondisi pasien putus zat dan over dosis
 - 1) Perubahan kenyamanan : nyeri
 - 2) Perubahan pola tidur
 - 3) Gangguan pemenuhan nutrisi
 - 4) Gangguan eliminasi bowel
 - 5) Defisit perawatan diri

5. Perilaku Kekerasan

a. Pengertian

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik pada dirinya sendiri maupun orang lain disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Kusumawati dan Hartono, 2010). Perilaku kekerasan merupakan salah satu respon terhadap stressor yang di hadapi 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 dkk, 2009).

Perilaku kekerasan merupakan suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik baik terhadap diri sendiri, orang lain maupun lingkungan (Stuart dan Sundeen, 1995 dalam Faraditina, 2013). Perilaku yang bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis (Berkowitz dalam Faraditina, 2013).

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 American Nurses Association (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).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan secara fisik, baik pada dirinya sendiri maupun orang lain disertai dengan amuk dan gaduh gelisah yang tidak terkontrol (Kusumawati dan Hartono, 2010). 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 cultural 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

1) Fisik

Mata melotot / pandangan tajam, tangan mengepal, rahang mengantup, 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, amik/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, keragu – raguan, tidak bermoral, dan kreativitas terhambat.

7) Sosial

Menarik diri, pengasingan, penolakan, kekerasan, ejekan dan sindiran.

c. Faktor Predisposisi

1) Faktor psikologis

- a) Terdapat asumsi bahwa seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan akan timbul dorongan agresif yang memotivasi perilaku kekerasan.
- b) Berdasarkan penggunaan mekanisme koping individu dan masa kecil yang tidak menyenangkan.
- c) Rasa frustrasi
- d) Adanya kekerasan dalam rumah tangga, keluarga atau lingkungan.
- e) Teori psikoanalitik, teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri yang rendah. Agresi dan kekerasan dapat memberikan kekuatan yang dapat meningkatkan citra diri serta memberikan arti dalam kehidupannya. Teori lainnya berasumsi bahwa perilaku agresif dan tindak kekerasan merupakan pengungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan.

f) Teori pembelajaran, perilaku kekerasan merupakan perilaku yang dipelajari, individu yang memiliki pengaruh biologis terhadap perilaku kekerasan lebih cenderung untuk dipengaruhi oleh contoh peran eksternal dibandingkan anak-anak tanpa faktor predisposisi biologis.

2) Faktor sosial budaya

Seseorang akan berespon terhadap peningkatan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya. Sesuai dengan teori menurut Bandura bahwa agresif tidak berbeda dengan respon-respon lain. Faktor ini dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan maka semakin besar kemungkinan terjadi. Budaya juga dapat mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi marah yang dapat diterima dan yang tidak dapat diterima.

Kontrol masyarakat yang rendah dan kecenderungan menerima perilaku kekerasan sebagai cara penyelesaian masalah dalam masyarakat merupakan faktor predisposisi terjadinya perilaku kekerasan

3) Faktor biologis

Berdasarkan hasil penelitian pada hewan, adanya pemberian stimulus listrik ringan pada hypothalamus (sistem limbik) ternyata menimbulkan perilaku agresif, dimana jika terjadi kerusakan fungsi limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional), dan lobus

temporal (untuk interpretasi indera penciuman dan memori) akan menimbulkan mata terbuka lebar, pupil berdilatasi dan hendak menyerang objek yang ada disekitarnya.

Selain itu berdasarkan teori biologik, ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan, yaitu sebagai berikut:

- a) Pengaruh neurofisiologik, beragam komponen sistem neurologis mempunyai implikasi dan memfasilitasi dan menghambat impuls agresif. Sistem limbik sangat terlibat dalam menstimulasi timbulnya perilaku bermusuhan dan respons agresif.
- b) Pengaruh genetik, menurut penelitian perilaku agresif sangat erat kaitannya dengan genetic termasuk genetic tipe kariotipe XXY, yang umumnya dimiliki oleh penghuni penjara tindak criminal (narapidana).
- c) Gangguan otak, sindrom otak organik berhubungan dengan berbagai gangguan serebral, tumor otak (khususnya pada limbik dan lobus temporal) terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

4. Faktor presipitasi

Secara umum seseorang akan marah jika dirinya merasa terancam, baik berupa injuri fisik, psikis atau ancaman konsep diri. Beberapa faktor pencetus perilaku kekerasan adalah sebagai berikut:

- 1) Klien : kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kehidupan yang penuh dengan agresif dan masa lalu yang tidak menyenangkan.
- 2) Interaksi : penghinaan, kekerasan, kehilangan orang yang berarti, konflik, merasa terancam baik internal dari permasalahan diri klien sendiri maupun eksternal dari lingkungan.
- 3) Lingkungan : panas, padat, dan bising. Menurut Shives dalam Faradina (2013), hal-hal yang dapat menimbulkan perilaku kekerasan atau penganiyaan antara lain sebagai berikut :
 - a) Kesulitan kondisi sosial ekonomi
 - b) Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu
 - c) Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuannya dalam menempatkan diri sebagai orang yang dewasa.
 - d) Pelaku mungkin mempunyai riwayat antisocial seperti penyalahgunaan obat dan alcohol serta tidak mampu mengontrol emosi pada saat menghadapi rasa frustrasi.
 - e) Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

d. Mekanisme koping

Perawat perlu mengidentifikasi mekanisme koping klien, sehingga dapat membantu klien untuk mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif dalam mengekspresikan kemarahannya. Mekanisme koping yang umum digunakan adalah mekanisme pertahanan ego seperti displacement, sublimasi, proyeksi, represif, denial dan reaksi formasi.

Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan antara lain :

1) Menyerang atau menghindar

Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena kegiatan sistem syaraf otonom bereaksi terhadap sekresi epineprin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, mual, sekresi HCL meningkat, peristaltik gaster menurun, pengeluaran urin dan saliva meningkat, tangan menggepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

2) Menyatakan secara asertif

Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif.

Perilaku asertif adalah cara yang terbaik, individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologisnya dan dengan perilaku tersebut individu juga dapat mengembangkan diri.

3) Memberontak

Perilaku yang muncul biasanya disertai kekerasan akibat konflik perilaku untuk menarik perhatian orang lain.

4) Perilaku kekerasan

Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan.

6. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditetapkan sesuai dengan kata yang didapat walaupun saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pernah melakukan atau mempunyai riwayat perilaku kekerasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan tersebut. Masalah keperawatan yang mungkin muncul untuk masalah perilaku kekerasan adalah :

Masalah keperawatan yang mungkin muncul untuk masalah perilaku kekerasan adalah :

1. Harga diri rendah
2. Perilaku kekerasan
3. Koping individu tidak efektif
4. Perubahan persepsi sensori : Halusinasi
5. Resiko mencederai diri sendiri dan orang lain dan lingkungan

c. Rencana Tindakan Keperawatan

1) Tujuan tindakan keperawatan

Tujuan umum :

Klien dapat mengontrol perilakunya dan dapat mengungkapkan kemarahannya secara asertif.

Tujuan khusus :

1. Klien dapat mengidentifikasi penyebab dan tanda-tanda perilaku kekerasan.
2. Klien mampu memilih cara yang konstruktif dalam berespons terhadap kemarahannya.
3. Klien mampu mendemonstrasikan perilaku yang terkontrol.
4. Klien memperoleh dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku dan menggunakan obat dengan benar.

7. Tindakan Keperawatan

Dengan menggunakan pendekatan rentang rencana keperawatan mulai dari strategi pencegahan sampai strategi pengontrolan. Pada strategi pencegahan dapat dilakukan pendidikan kesehatan (Tabel II) latihan asertif (Tabel III) kesadaran diri. Komunikasi verbal dan non verbal, perubahan lingkungan, intervensi perilaku dan penggunaan psikofarmaka.

Jika strategi ini dilakukan namun klien bertambah agresif maka manajemen krisis seperti isolasi dan pengikatan harus dilakukan. Namun

demikian pencegahan adalah upaya terbaik dalam mengelola klien dalam perilaku kekerasan.

Beberapa rencana keperawatan yang berkaitan dengan perilaku kekerasan :

Tabel II Rencana pendidikan kesehatan pengekspresian marah secara tepat

Isi	Kegiatan Instruksional	Evaluasi
Bantu klien, mengidentifikasi marahnya	Fokuskan pada perilaku non verbal. Mengekspresikan marah secara non verbal melalui bermain peran (Role playing)	Klien mendemonstrasikan sikap tubuh dan ekspresi wajah pada saat marah
Berikan kesempatan mengekspresikan marah, terapkan ekspresi marah pada situasi nyata.	Gambarkan situasi yang biasanya dapat menimbulkan rasa marah yang tepat. Bantu klien mengidentifikasi situasi nyata yang membuat ia marah. Bermain peran menghadapi objek yang menimbulkan rasa marah.	Klien dapat menggambarkan situasi. Klien mengidentifikasi situasi nyata yang telah membuat marah. Klien mampu mengekspresikan marahnya melalui peran bermain. Berikan umpan balik apabila klien dapat mengekspresikan perasaannya.
Identifikasi alternative yang digunakan untuk mengekspresikan marahnya.	Buat daftar beberapa cara ekspresi marah tanpa kronfrontasi langsung. Didiskusikan alternative situasi yang sesuai yang akan digunakan.	Klien ikut serta mengindetifikasi alternatif- alternatif yang akan digunakan

Hadapi klien dengan berperan sebagai orang yang menjadi sumber marah	Berikan dukungan selama kronfrontasi bila diperlukan. Diskusikan pengalaman yang dirasakan.	Klien mengidentifikasi perasaan marahnya dengan cara yang positif/sesuai.
--	---	---

Tabel III Proses belajar asertif

Proses Belajar Asertif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi perilaku anda. 2. Buat catatan tentang perilaku asertif dan tidak asertif. 3. Pilih salah satu situasi untuk menguji perilaku anda. 4. Ulangi perilaku anda dalam situasi yang berbeda. 5. Observasi apakah tindakan anda efektif untuk situasi yang berbeda. 6. Identifikasi alternative respon. 7. Bayangkan bagaimana anda menempatkan diri untuk melakukan tindakan yang efektif, ulangi latihan tersebut pada situasi yang berbeda. 8. Latih untuk melakukan hubungan yang baru dengan situais nyata. 9. Siapkan diri anda untuk menerima umpan balik dan bersikap positif terhadap tanggapan orang lain.

Prinsip yang perlu diperhatikan pada pengelolaan klien perilaku kekerasan :

1. Staf diberi latihan mengenai pencegahan dan pengelolaan klien termasuk bermain peran.
2. Perbandingan perawat-klien 1 : 1.

3. Untuk tindakan pengamanan dilakukan secara kompak, tidak dibenarkan menghadapi klien perilaku kekerasan seorang diri.
4. Berikan informasi tindakan yang akan dilakukan ataupun pemberian obat yang berkaitan dengan perilaku kekerasan.
5. Lindungi bagian tubuh vital staf dari upaya perlukaan.
6. Bila situasi dapat diatasi, segera diskusikan insiden yang terjadi.
7. Setelah klien tenang dan dapat mengontrol perilakunya beri kesempatan kepadanya untuk mengekspresikan perasaannya.
8. Berikan penguatan positif bila klien dapat mengekspresikan perasaannya.

d. **Tindakan Keperawatan**

Tindakan keperawatan untuk pasien

a. Tujuan

- 1) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.
- 2) Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan.
- 3) Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya.
- 4) Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya.
- 5) Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya.

6) Pasien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, social dan dengan terapi psikofarmaka.

b. Tindakan

1) Bina hubungan saling percaya.

Dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar pasien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan saudara. Tindakan yang harus saudara lakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah:

- a) Mengucapkan salam terapeutik
- b) Berjabat tangan
- c) Menjelaskan tujuan interaksi
- d) Membuat kontrak topic, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien.

2) Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu.

3) Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan.

- a) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
- b) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis.
- c) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara social.

- d) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual.
 - e) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual.
- 4) Diskusikan bersama pasien perilaku pasien yang biasa dilakukan pada saat marah secara :
- a) Verbal
 - b) Terhadap orang lain
 - c) Terhadap diri sendiri
 - d) Terhadap lingkungan
- 5) Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
- 6) Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara :
- a) Fisik : pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
 - b) Obat
 - c) Spiritual : sholat/berdo'a sesuai keyakinan pasien
- 7) Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik
- a) Latihan nafas dalam dan pukul kasur-bantal
 - b) Susun jadwal latihan tarik nafas dalam dan pukul kasur-bantal
- 8) Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal :

- a) Latih menggunakan rasa marah secara verbal : menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
 - b) Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal
 - 9) Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual ;
 - a) Latih mengontrol marah secara spiritual : sholat dan berdo'a
 - b) Buat jadwal latihan sholat dan berdo'a
 - 10) Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat :
 - a) Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat.
 - b) Susun jadwal minum obat secara teratur.
 - 11) Ikut sertakan pasien dalam Terapi Aktifitas Kelompok Stimulasi Persepsi (TAKSP) mengontrol perilaku kekerasan.
- c. Evaluasi

Evaluasi klien dengan perilaku kekerasan harus berdasarkan observasi perubahan perilaku dan respon subyektif, diharapkan klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, tanda-tanda perilaku kekerasan, akibat perilaku kekerasan, cara yang konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan, demonstrasikan perilaku yang

terkontrol, memperoleh dukungan keluarga dalam mengontrol perilaku, penggunaan obat dengan benar.

d. Dokumentasi

B. Penelitian Terkait

1. Hardianto (2013), meneliti tentang ."Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Perawat Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda". Dilihat hasil analisa bivariat hubungan pengetahuan perawat dengan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien rawat inap di RSJD Atma Husada Mahakam didapatkan bahwa nilai P Valuer hubungan pengetahuan perawat dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual pasien adalah 0,309. Artinya $0,309 > 0,05$ dengan demikian korelasi antara kedua variabel tidak signifikan. Hasil uji statistik dengan menggunakan Pearson Pruduct Moment maka dikatakan adanya korelasi, jika suatu hubungan tidak sama dengan 0, maka dikatakan terjadi hubungan. Didapatkan hasil-hasil berikut bahwa pengetahuan perawat berhubungan secara negative dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien sebesar $- 0,129$ ($r = - 0,129$). Arah hubungan negative artinya meskipun semakin tinggi pengetahuan perawat namun semakin kurang pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.
2. Ika Tantie Ramadhani (2012), meneliti tentang "Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Dengan Frekuensi Kekambuhan Pada

Pasien Halusinasi Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda”. Hasil uji chi-square diperoleh nilai $p=0,019$ (lebih kecil $\alpha = 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antaran tingkat pengetahuan keluarga dengan kekambuhan halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda Tahun 2012. Untuk sikap hasil uji chi-square diperoleh nilai $p=0,033$ (lebih kecil dari $\alpha = 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap keluarga dengan kekambuhan halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samrainda Tahun 2012.

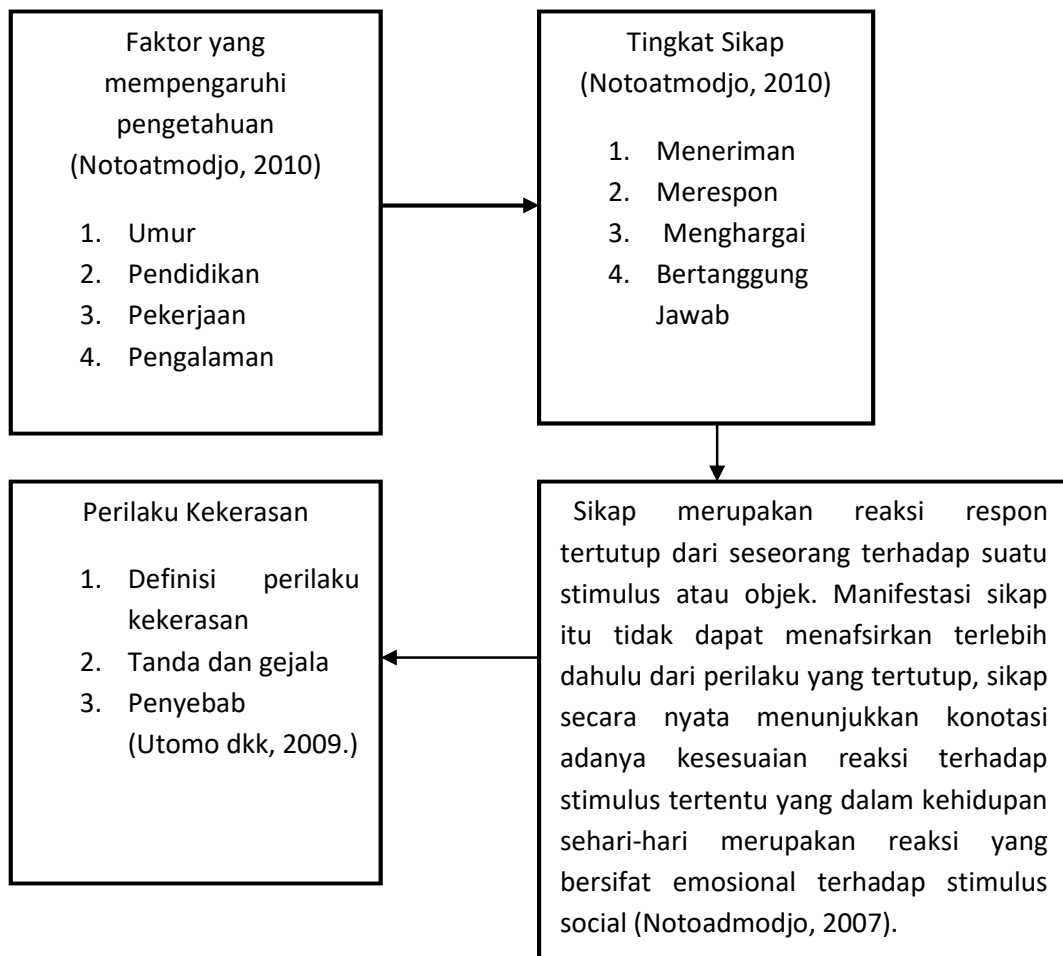
C. Kerangka Teori

Kerangka teori yang dimaksud adalah penjelasan aliran jalan pemikiran penelitian disesuaikan dengan kerangka teori yang logis. Untuk itu, masukkan identifikasi masalah yang telah ditetapkan ke dalam kerangka teori yang sesuai agar masalah – masalah yang diidentifikasi menjadi jelas Subyantoro dan Suwanto (2007 dalam hardianto 2013)

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, penciuman rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga (Notoatmodjo, 2010).

Sikap merupakan hal yang penting dalam kehidupan sehari-hari, bila sikap itu sudah terbentuk dalam diri seseorang selanjutnya akan ikut menentukan tingkah lakunya terhadap sesuatu (Notoatmodjo, 2010).

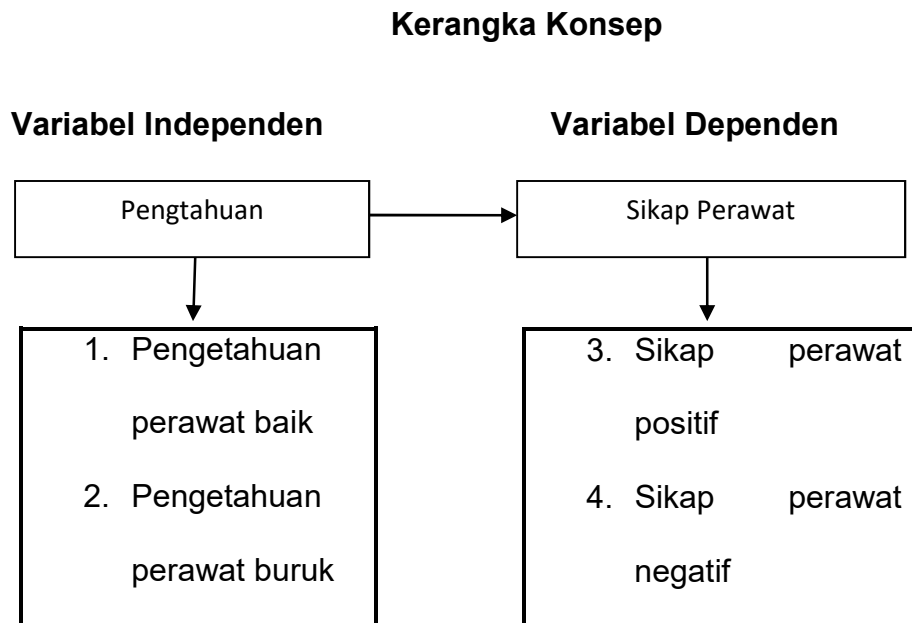
Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep atau satu terhadap konsep lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoadmodjo, 2012).



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka Konsep Penelitian Hubungan Pengetahuan Dengan Sikap Perawat Dalam Penatalaksanaan Pasien Perilaku Kekerasan Di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

E. Hipotesa Penelitian

Hipotesa adalah suatu asumsi sementara tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa memberikan jawaban sementara atas suatu pertanyaan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2000). Menurut Riyanto (2011) Hipotesa terbagi dua (2) yaitu, Hipotesa Alternatif (H_a) dan Hipotesa Nol (H_0) :

1. 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) yaitu :

- a. Ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
- b. Ada hubungan antara sikap perawat dengan penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Hipotesa Nol (H_0)

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) yaitu :

- a. Tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
- b. Tidak ada hubungan antara sikap perawat dengan penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

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

PENUTUP

Pada bab ini akan disajikan tentang kesimpulan hasil penelitian dan saran yang perlu ditindak lanjuti dari hasil penlitian ini.

A. Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, karakteristik responden diperoleh bahwa sebagian besar umur responden adalah umur 26-30 tahun sebanyak 21 orang (39,7%), sebagian besar responden adalah perempuan yaitu sebanyak 30 orang (56,6%), bahwa mayoritas responden berpendidikan D-III Keperawatan yaitu sebanyak 34 orang (64,1%), lebih dari setengah responden adalah pegawai dengan status honor yaitu 34 orang (64,1%), sebagian besar responden yang tidak pernah mengikuti pelatihan psikiatrik sebanyak 31 orang (58,4%).

2. Pengetahuan Responden

Pengetahuan responden mengenai penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan secara keseluruhan adalah Baik, yaitu sebanyak 35 responden atau sebanyak 66% buruk sebanyak 18 responden yaitu sebesar 34%.

3. Sikap Responden

Sikap responden terhadap penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan secara keseluruhan adalah positif, yaitu sebanyak 28 responden atau 52,8% memiliki sikap yang negative sebanyak 25 responden atau 47,2%.

4. Ada hubungan pengetahuan dengan sikap perawat dalam penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. diperoleh P Value $0,000 < \alpha 0,05$, sehingga H_0 ditolak. Artinya ada hubungan signifikan (bermakna) antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa daerah atma husada Mahakam samarinda.

B. Saran

Dari hasil penelitian dan kesimpulan, peneliti memberikan saran :

1. Bagi Perawat

Sebagai bahan pertimbangan serta masukan bagi perawat agar dapat meningkatkan motivasi dalam melakukan asuhan keperawatan yang merupakan bagian inti dalam bekerja sehingga akan mempengaruhi kinerja sebagai perawat.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

- a. Sebagai informasi dan masukan bagi institusi rumah sakit untuk dapat di manfaatkan sebagai acuan ilmiah untuk

pengembangan ilmu kesehatan khususnya keperawatan dalam penanggulangan gangguan jiwa.

b. Sebagai informasi dan masukan bagi pihak management rumah sakit yang secara teoritis dapat membantu pengembangan ilmu administrasi dan kebijakan kesehatan yang tepat bagi kemajuan rumah sakit.

c. Bagi Peneliti

Menambah pengalaman dan pengetahuan dalam mengkaji permasalahan hubungan pengetahuan dengan sikap perawat dalam penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Kiranya dapat menggunakan hasil penelitian ini sebagai data dasar atau referensi untuk penelitian berkelanjutan tentang hubungan antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam penatalaksanaan pasien perilaku kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi.(2008), *Konsep Dasar Keperawatan*, Jakarta : EGC.
- Azwar.(2011).*Sikap dan Perilaku. Dalam: Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya. 2nd ed.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Christensen. (2009). *Proses Keperawatan: Aplikasi Model Konseptual*. Ed.4. Jakarta: EGC.
- Dahlan.(2013).*Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Direja, A.H. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hasbullah.(2005). *Dasar-Dasar Ilmu Pendidikan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Irmayanti, 2007, *MPKT Modul I*, Jakarta, Lembaga Penerbitan FKUI.b.
- Kusnanto.(2004) .*Pengantar Profesi Dan Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC.
- Kusnanto.(2004). *Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: EGC.
- Kusumawati & Hartono (2010).*Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, Jakarta : Salemba Medika.
- La Ode. (2012). *Analisis Penerapan Pendekatan, Metode, Strategi, dan Model-Model Pembelajaran*. Yogyakarta: Multi Presindo.
- Notoatmodjo. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo.(2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Cetakan Pertama, Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo.(2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam.(2008). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian keperawatan*. Jakarta.

Nursalam.(2011). *Manajemen Keperawatan*. edisi 3. Jakarta : Salemba Medika.

Purba, dkk.(2008). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Masalah Psikososial dan Gangguan Jiwa*. Medan: USU Press.

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

Stuart &Laraia.(1998). *Principles and practice of psychiatric nursing*. USA: Mosby Company.

Stuart and Sundeen.(1995). *Buku Keperawatan (AlihBahasa)* AchirYani S. Hamid.Edisi 3.Jakarta : EGC

SubyantorodanSuwanto.(2007). *Metode dan Teknik Penelitian Sosial*. Yogyakarta: Penerbit ANDI.

Sugiyono, (2008).*Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung Alfabeta.

Sunaryo.(2004). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.

Widayatun.(2009). *IlmuPerilaku M.A.104*.Jakarta : CV AgungSeto.

Depkes RI (2000). *Keperawatan Jiwa: Teori dan Tindakan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Depkes RI

LAMPIRAN

LAMPIRAN

BIODATA PENELITI

A. Data Pribadi

Nama : Siti Maulida Nur

Tempat, Tanggal lahir : Muara Pahu, 28 Agustus 1994

Alamat Asli : Jln. Revolusi 1 gg 1 No. 88 Kel. Lok Bahu

B. Riwayat Pendidikan

Pendidikan Formal

Tamat SD : Tahun 2006 di SDN 004 Muara Pahu

Tamat SMP : Tahun 2009 di SMPN 13 Sendawar

Tamat SMA : Tahun 2012 di SMK KESEHATAN Samarinda

KUESIONER A : Data Demografi

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DENGAN SIKAP PERAWAT
DALAM PENATALAKSANAAN PASIEN PERILAKU KEKERASAN DI
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA**

1. Perawat diharapkan menjawab pertanyaan yang ada
2. Menjawab setiap pertanyaan yang ada dengan memberikan tanda checklist (√) pada tempat yang disediakan
3. Bila ada yang tidak dimengerti bisa ditanyakan pada peneliti

A. Data Demografi

1. Kode : (diisi oleh peneliti)
2. Umur :
3. Jenis Kelamin : a. () Wanita
b. () Pria
3. pendidikan terakhir :
4. Status Kepegawaian : a. PNS
b. Kontrak / Honorer
6. Pernah mengikuti pelatihan kegawatdaruratan psikiatri
a. () Tidak pernah
b. () Pernah

LEMBAR KUESIONER B : PENGETAHUAN

Petunjuk : berikan tanda check list (√) pada kolom jawaban yang anda pilih.

Keterangan :

- Benar = Jika pertanyaan dianggap benar
- Salah = Jika pertanyaan dianggap salah

No	Pernyataan	Benar	Salah
Pengertian			
1.	Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan emosi yang merupakan campuran perasaan frustrasi dan benci atau marah		
2.	Perilaku kekerasan merupakan bentuk ekspresi kemarahan yang tidak sesuai		
Penyebab			
3.	Frustrasi adalah salah satu penyebab kekerasan		
4.	Masyarakat juga berpengaruh pada perilaku kekerasan apabila individu menyadari bahwa kebutuhan dan keinginan mereka tidak dapat terpenuhi		
Tanda Gejala			
5.	Gejala yang timbul pada perilaku		

	kekerasan adalah bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak		
6.	Ciri khas pasien perilaku kekerasan adalah muka merah dan tegang, pandangan tajam dan suka mengepal tangan		

LEMBAR KUESIONER C : SIKAP

Petunjuk : berikan tanda check list (√) pada kolom jawaban yang anda pilih.

Keterangan :

- TP = Tidak Pernah
- S = Sering
- KK = Kadang-kadang
- SL = Selalu

NO	Pernyataan	TP	KK	S	SL
		1	2	3	4
1.	Perawat bersikap tenang ketika pasien melakukan perilaku kekerasan				
2.	Perawat berusaha mengontrol diri agar bisa di dengar				
3.	Perawat mengajarkan cara berkomunikasi kepada orang lain				
4.	Perawat berkomunikasi secara langsung dengan klien untuk mengatakan tidak pada sesuatu yang tidak beralasan				
5.	Perawat menangani klien perilaku kekerasan tidak dengan cara menghakimi				
6.	Perawat berbicara secara lemah lembut				
7.	Perawat menyiapkan jadwal kegiatan harian pasien perilaku kekerasan				

8.	Perawat memfasilitasi kegiatan atau program yang dapat mengurangi perilaku klien yang tidak sesuai				
9.	Perawat memberikan konsekuensi kepada klien perilaku kekerasan selama perawatan				
10.	Perawat memberikan antianxiety untuk mengendalikan agitasi yang akut				
11.	Perawat membentuk tim krisis dalam penanganan klien				
12.	Perawat melakukan pengekangan fisik terhadap pasien perilaku kekerasan				

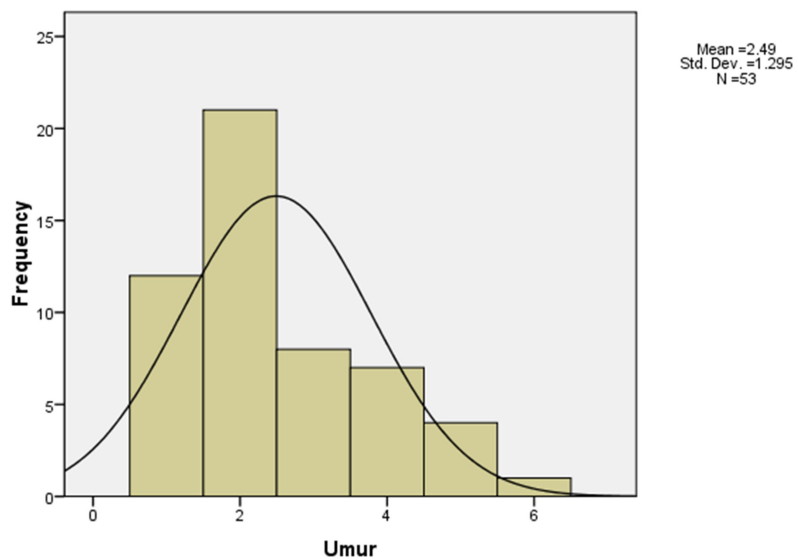
LAMPIRAN 4

HASIL KARAKTERISTIK RESPONDEN

A. Umur Responden

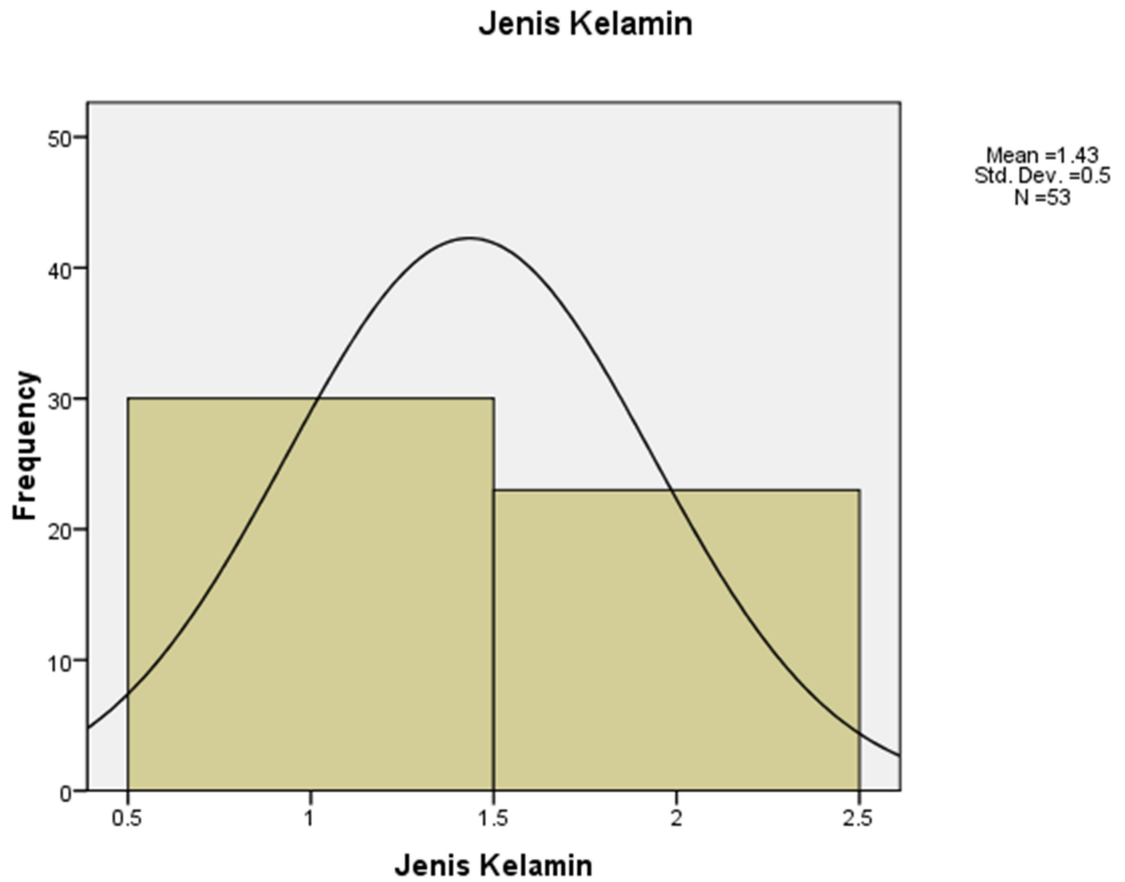
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-25	12	21.4	22.6	22.6
	26-30	21	37.5	39.6	62.3
	31-35	8	14.3	15.1	77.4
	36-40	7	12.5	13.2	90.6
	41-45	4	7.1	7.5	98.1
	>45	1	1.8	1.9	100.0
	Total		53	94.6	100.0
Missing	System	3	5.4		
Total		56	100.0		

Umur



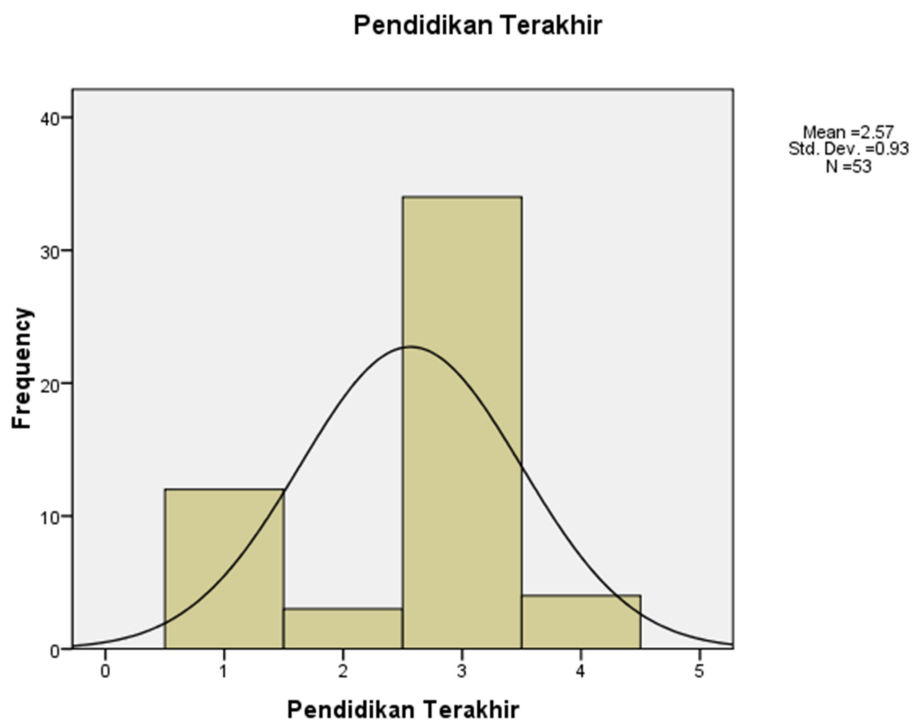
B. Jenis Kelamin Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	23	30	53.6	56.6	56.6
	30	23	41.1	43.4	100.0
	Total	53	94.6	100.0	
Missing	System	3	5.4		
Total		56	100.0		



C. Pendidikan Terakhir

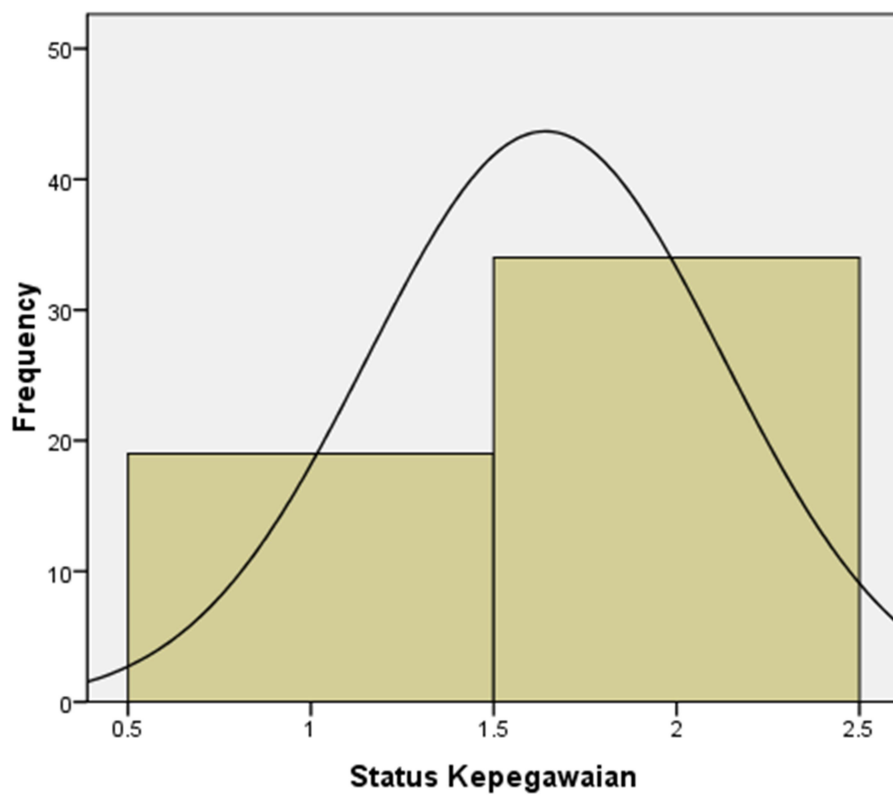
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12	12	21.4	22.6	22.6
	3	3	5.4	5.7	28.3
	34	34	60.7	64.2	92.5
	4	4	7.1	7.5	100.0
Total		53	94.6	100.0	
Missing	System	3	5.4		
Total		56	100.0		



D. Status Kepegawaian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19	19	33.9	35.8	35.8
	34	34	60.7	64.2	100.0
	Total	53	94.6	100.0	
Missing	System	3	5.4		
Total		56	100.0		

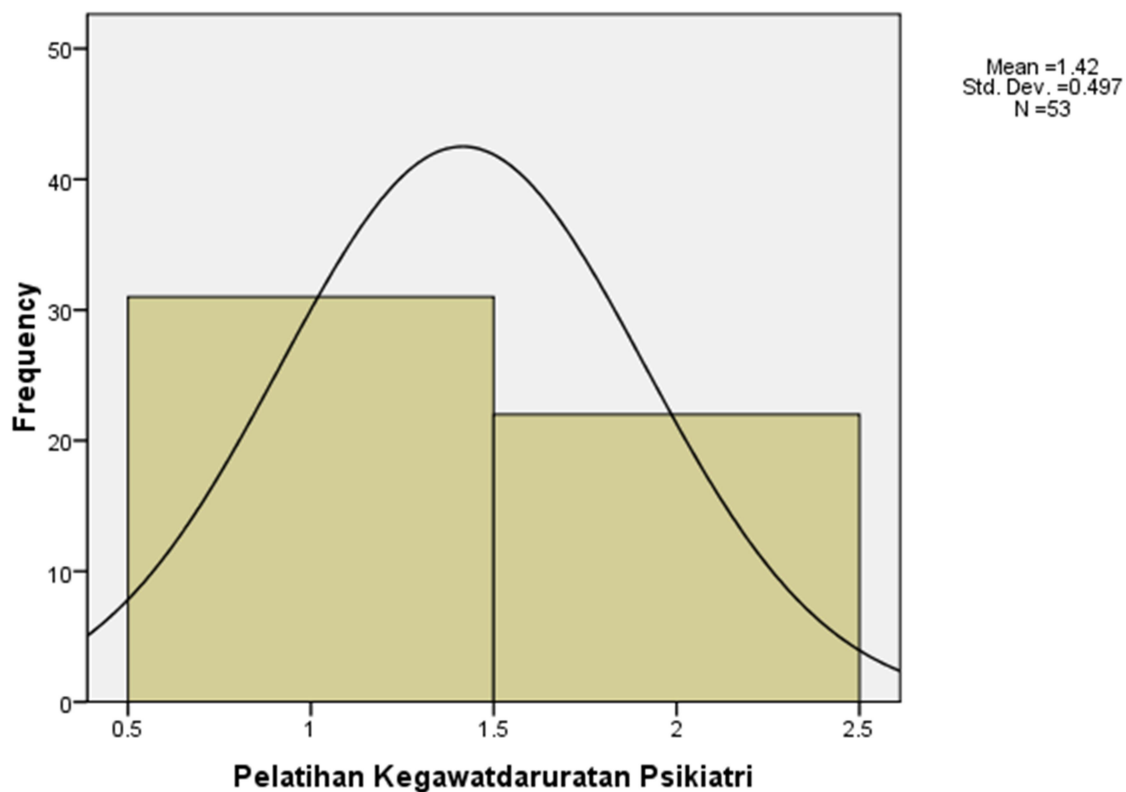
Status Kepegawaian



E. Pelatihan Kegawatdaruratan Psikiatri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	31	31	55.4	58.5	58.5
	22	22	39.3	41.5	100.0
	Total	53	94.6	100.0	
Missing	System	3	5.4		
Total		56	100.0		

Pelatihan Kegawatdaruratan Psikiatri



F. Statistics

		Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan Terakhir	Status Kepegawaian	Pelatihan Kegawatdaruratan Psikiatri
N	Valid	53	53	53	53	53
	Missing	3	3	3	3	3
Mean		2.49	1.43	2.57	1.64	1.42
Std. Error of Mean		.178	.069	.128	.067	.068
Median		2.00	1.00	3.00	2.00	1.00
Mode		2	1	3	2	1
Std. Deviation		1.295	.500	.930	.484	.497
Variance		1.678	.250	.866	.234	.247
Range		5	1	3	1	1
Minimum		1	1	1	1	1
Maximum		6	2	4	2	2
Sum		132	76	136	87	75

LAMPIRAN 6

HASIL ANALISA UNIVARIAT

Statistics

		Pengetahuan	Sikap
N	Valid	53	53
	Missing	0	0

Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	18	34.0	34.0	34.0
	Baik	35	66.0	66.0	100.0
Total		53	100.0	100.0	

Sikap

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nergatif	25	47.2	47.2	47.2
	Positif	28	52.8	52.8	100.0
Total		53	100.0	100.0	

LAMPIRAN 7

HASIL UJI NORMALITAS

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan	53	85.5%	9	14.5%	62	100.0%
Sikap	53	85.5%	9	14.5%	62	100.0%

Descriptives

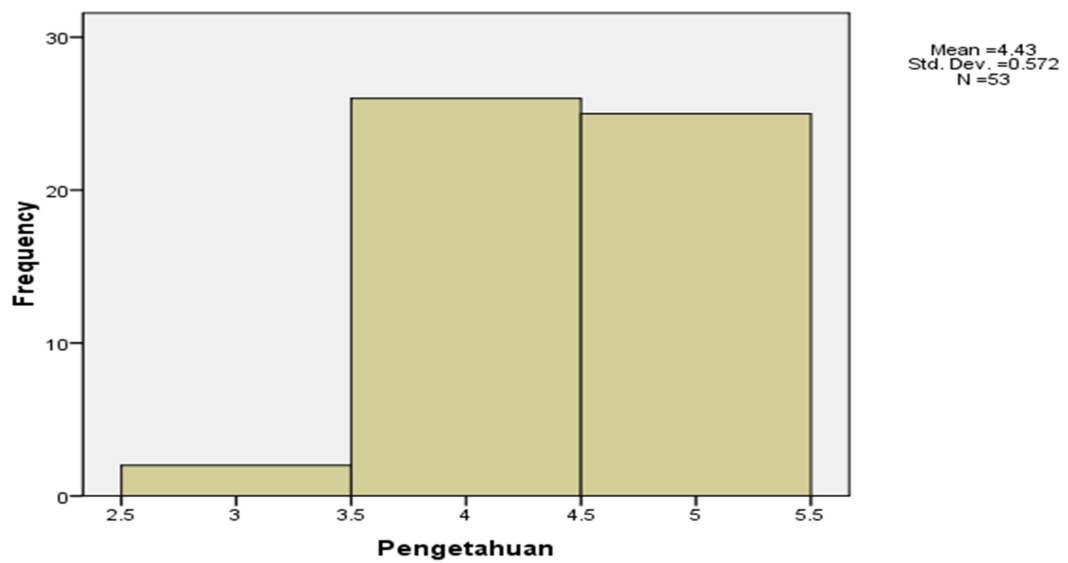
		Statistic	Std. Error	
Pengetahuan	Mean	4.43	.079	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	4.28	
		Upper Bound	4.59	
	5% Trimmed Mean	4.47		
	Median	4.00		
	Variance	.327		
	Std. Deviation	.572		
	Minimum	3		
	Maximum	5		
	Range	2		
	Interquartile Range	1		
	Skewness	-.372	.327	
	Kurtosis	-.774	.644	
Sikap	Mean	32.60	1.011	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	30.57	
		Upper Bound	34.63	
	5% Trimmed Mean	32.45		

Median	32.00	
Variance	54.205	
Std. Deviation	7.362	
Minimum	22	
Maximum	46	
Range	24	
Interquartile Range	13	
Skewness	.228	.327
Kurtosis	-1.146	.644

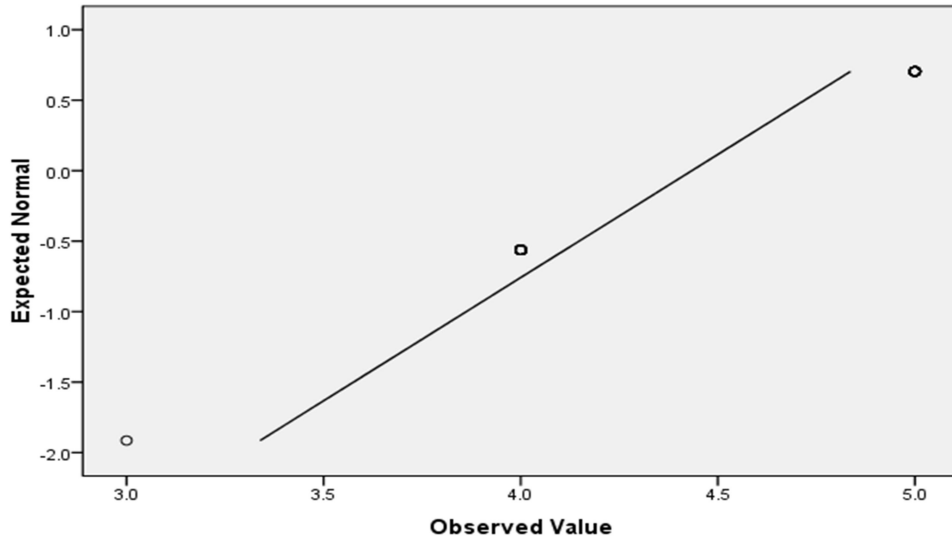
Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pengetahuan	.310	53	.000	.721	53	.000
Sikap	.111	53	.098	.939	53	.009

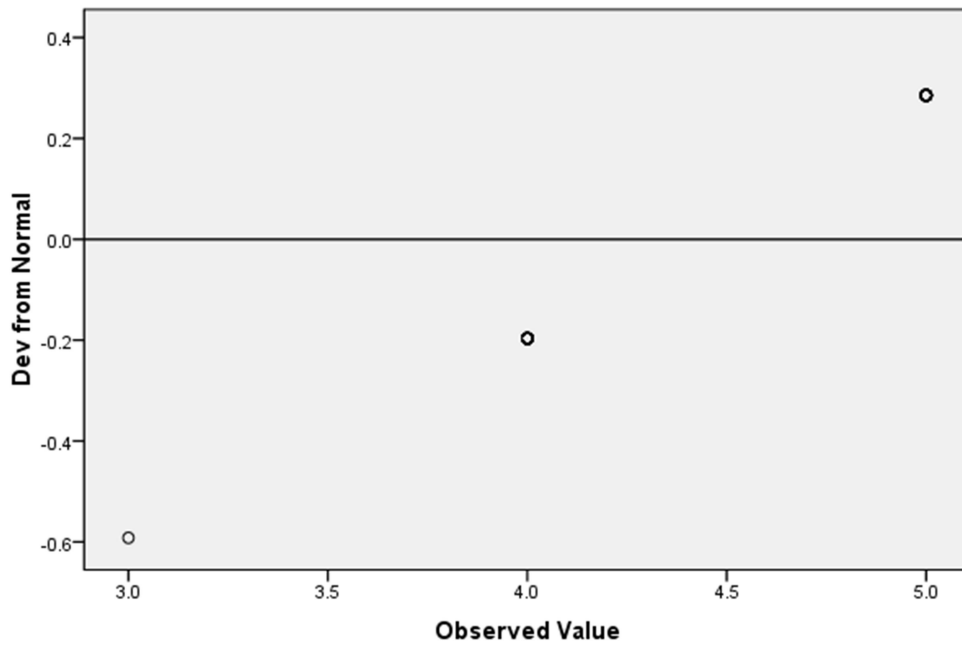
Histogram



Normal Q-Q Plot of Pengetahuan



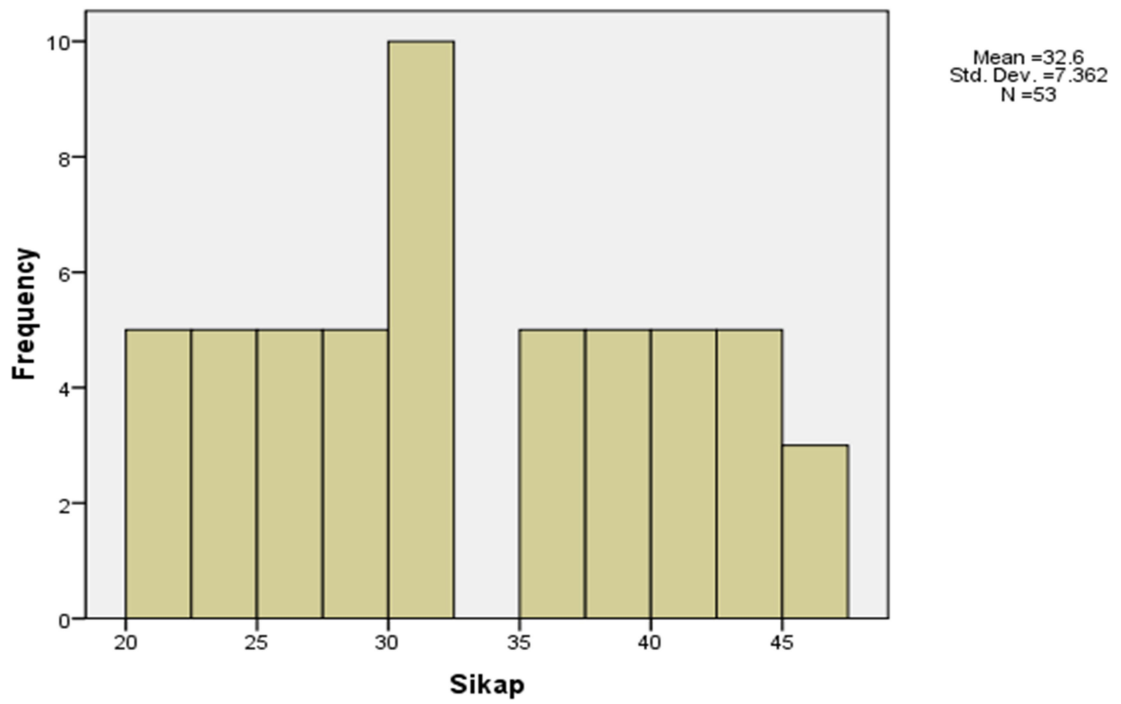
Detrended Normal Q-Q Plot of Pengetahuan



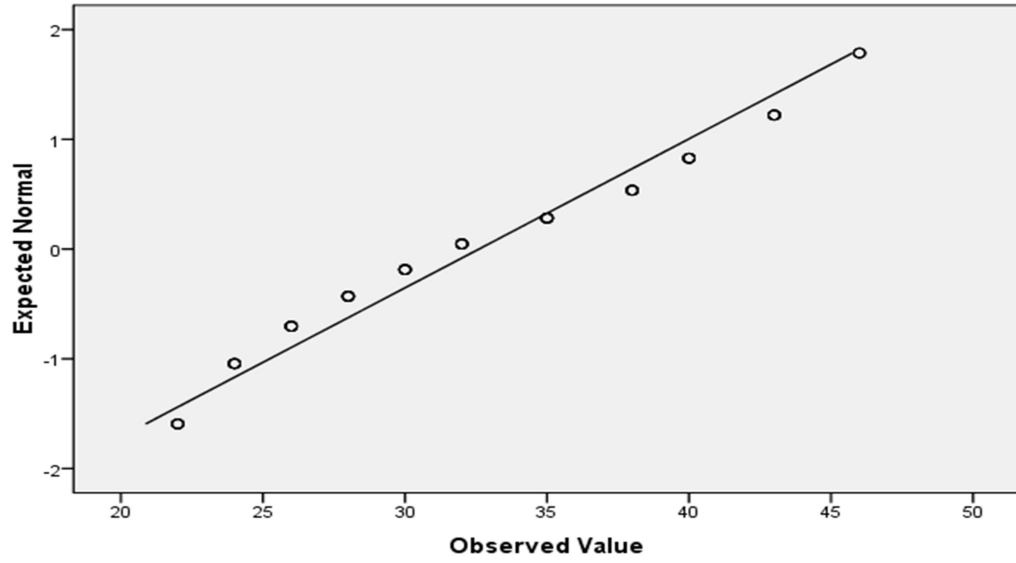


SIKAP

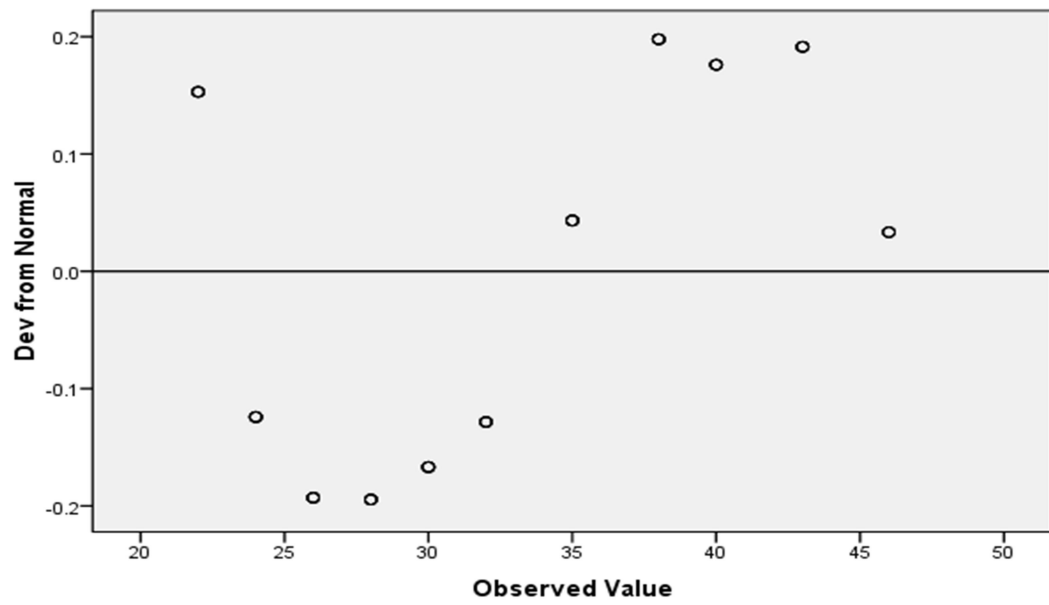
Histogram

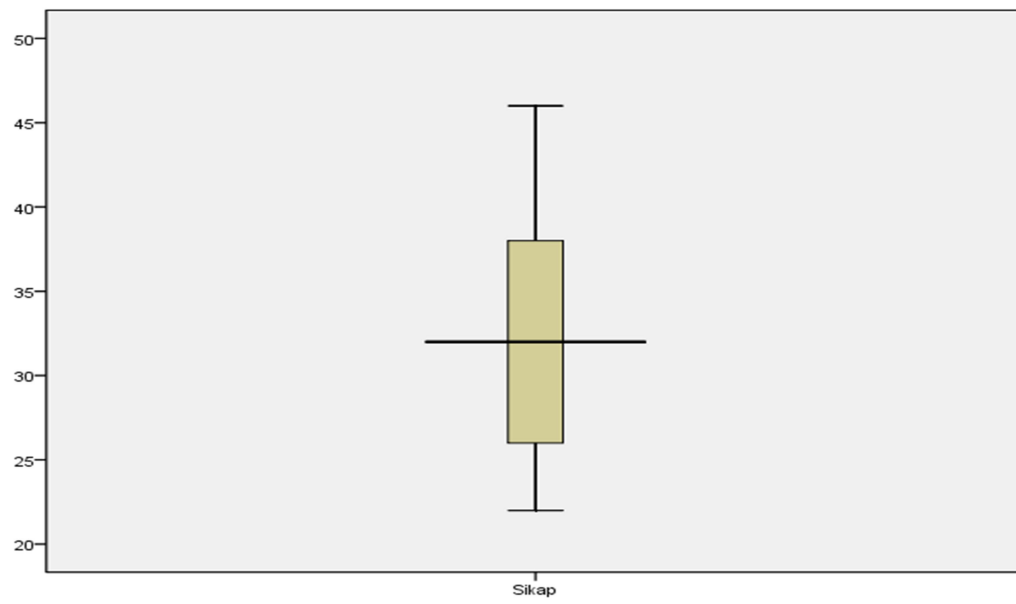


Normal Q-Q Plot of Sikap



Detrended Normal Q-Q Plot of Sikap





LAMPIRAN 8

ANALISIS STATISTIK CHI SQUARE

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Sikap	53	100.0%	0	.0%	53	100.0%

Pengetahuan * Sikap Crosstabulation

			Sikap		Total
			Negatif	Positif	
Pengetahuan	Buruk	Count	18	0	18
		% within Pengetahuan	100.0%	.0%	100.0%
	Baik	Count	7	28	35
		% within Pengetahuan	20.0%	80.0%	100.0%
Total		Count	25	28	53
		% within Pengetahuan	47.2%	52.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	30.528 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	27.402	1	.000		
Likelihood Ratio	38.276	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	29.952	1	.000		
N of Valid Cases ^b	53				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,49.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	30.528 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	27.402	1	.000		
Likelihood Ratio	38.276	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	29.952	1	.000		
N of Valid Cases ^b	53				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,49.

b. Computed only for a 2x2 table