

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN KECEMASAN
KELUARGA KLIEN PERILAKU KEKERASAN
DI RUMAH SAKIT JIWA TAMPAN
PEKANBARU TAHUN 2018**

SKRIPSI



Oleh :

SRI ATUN
NIM. PO711430114031

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN RIAU
PROGRAM STUDI DIV KEPERAWATAN
PEKANBARU
2018**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN KECEMASAN
KELUARGA KLIEN PERILAKU KEKERASAN**

**DI RUMAH SAKIT JIWA TAMPAN
PEKANBARU TAHUN 2018**

Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Terapan Keperawatan

SKRIPSI



Oleh :

SRI ATUN
NIM. PO711430114031

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN RIAU
PROGRAM STUDI DIV KEPERAWATAN
PEKANBARU
2018**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa, skripsi ini merupakan karya saya sendiri (ASLI), dan isi dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademis di suatu Institusi Pendidikan, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis dan/ atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Pekanbaru, Mei 2018

Tanda Tangan

Sri Atun

NIM. PO711430114031

LEMBAR PENGESAHAN

Nama : Sri Atun
NIM : PO711430114031
Judul Skripsi : Hubungan Pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien
perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru
Tahun 2018

“Telah diuji dan disahkan oleh Tim Penguji Sidang Skripsi”

Ketua Tim Penguji

Ns. Usraleli, S.Kep., M.Kep
NIP. 19740725200212203

Anggota

Anggota

Idayanti, S.Pd., M.Kes
NIP. 196910221994032002

Hj. Masnun, SST., S.Kep., M.Biomed
NIP. 196412211985032003

Direktur

Ketua Jurusan Keperawatan

Hj. Rusherina, S.Pd., S.Kep., M.Kes
NIP. 196504241988032002

Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep., M.Kep
NIP. 197410081997032001

Tanggal Lulus Ujian: 28 Mei 2018

HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Nama : Sri Atun
NIM : PO711430114031
Program Studi : DIV Keperawatan
Jurusan : Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes Kemenkes Riau **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-Exclusive royalty free right*) atas skripsi Saya yang berjudul:

“HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN KECEMASAN KELUARGA KLIEN PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT JIWA TAMPAN PEKANBARU TAHUN 2018”

Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Poltekkes Kemenkes Riau bentuk menyimpan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan skripsi saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Pekanbaru
Pada Tanggal: 24 Mei 2018
Yang menyatakan

Sri Atun

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



NAMA : SRI ATUN
NIM : PO711430114031
TEMPAT/ TANGGAL LAHIR : KRUENG GEUKUEH, 29 JULI 1995
ALAMAT : JL. SUKAMAJU KM 8, MUARA FAJAR
NAMA ORANG TUA
AYAH : Alm. ARFAN
IBU : SITI KUATI

RIWAYAT PENDIDIKAN

NO	JENJANG PENDIDIKAN	TEMPAT PENDIDIKAN	TAHUN LULUS
1.	SDN 2 DEWANTARA	ACEH UTARA	2008
2.	SMPN 19 PEKANBARU	PEKANBARU	2011
3.	SMAN 13 PEKANBARU	PEKANBARU	2014
4.	DIV KEPERAWATAN KEMENKES RIAU	POLTEKKES PEKANBARU	2018

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan karunia-Nya peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Hubungan Pengetahuan Dengan Kecemasan Keluarga Klien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru”**. Skripsi ini merupakan syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Terapan Keperawatan. Dalam penyusunan skripsi ini peneliti menyadari masih banyak memiliki kesalahan dan kekurangan. Tetapi berkat bimbingan, pengarahan dan bantuan semua pihak skripsi ini dapat diselesaikan.

Dalam penyusunan skripsi ini, tidak terlepas dari peran serta dari berbagai pihak yang senantiasa memberikan bantuan, bimbingan, dukungan, serta doa sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan. Untuk itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Hj. Rusherina, S.Pd., S,Kep., M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Riau.
2. Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep., M.Kep selaku ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau.
3. Idayanti, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Program Studi DIV Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau dan selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh kesabaran dalam penyelesaian skripsi penelitian ini.
4. dr. Haznelli Juita, MM selaku Direktur Rumah Sakit Jiwa Tampan.
5. Drs. Akmal selaku Ka. Sub. Bidang Pendidikan dan Penelitian Rumah Sakit Jiwa Tampan.
6. Ns. Usraleli, S.Kep., M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh kesabaran dalam penyelesaian skripsi ini.
7. H. R. Sakhnan, SKM., M.Kes selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh kesabaran dalam penyelesaian skripsi ini.
8. Tim penguji Idayanti, S.Pd., M.Kes selaku penguji I dan Hj. Masnun, SST., S.Kep., M.Biomed selaku penguji II.

9. Cendrawe, SKM., M.Epid selaku Dosen Pengajar mata kuliah Statistik Kesehatan yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam menyelesaikan skripsi ini.
10. Ayahanda Alm. Arfan dan Ibunda Siti Kuati, abang-abang dan kakak-kakak saya yang teristimewa senantiasa memberikan doa, materi, semangat, kasih sayang, pengorbanan, dan ketulusan dalam mendampingi peneliti.
11. Sahabat seperjuangan Prodi DIV Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau yang senantiasa saling berbagi kritik dan saran dalam penyusunan skripsi penelitian ini.

Peneliti berharap skripsi ini bermanfaat untuk pengembangan ilmu pengetahuan khususnya di bidang keperawatan. Peneliti telah berusaha semaksimal mungkin untuk membuat skripsi ini namun kesempurnaan hanyalah milik Allah SWT. Untuk itu peneliti menerima dengan senang hati kritik beserta saran yang membangun dari pembaca. Semoga semua bentuk bantuan yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan imbalan dari Allah SWT.

Pekanbaru, Mei 2018

Peneliti

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU
PROGRAM STUDI D IV KEPERAWATAN**

SKRIPSI, MEI 2018

SRI ATUN

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN KECEMASAN KELUARGA
KLIEN PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT JIWA TAMPAN
PEKANBARU TAHUN 2018**

xv+63 halaman+12 tabel+1 skema+12 lampiran

ABSTRAK

Keluarga merupakan unit dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu yang mengalami masalah kesehatan jiwa seperti perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan dimana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan dirinya maupun orang lain sehingga akan menimbulkan kecemasan. Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar yang biasanya disebabkan karena kurangnya pengetahuan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan. Penelitian ini menggunakan metode *Cross Sectional*. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 42 responden yaitu keluarga dengan klien perilaku kekerasan. Metode pengambilan sampel yang digunakan adalah *consecutive sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner tingkat pengetahuan dan kuesioner HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Analisa data menggunakan uji *Chi-Square*. Hipotesis dalam penelitian ini adalah H_a : ada hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan dan H_0 : tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan. Hasil uji *Pearson Chi-Square* didapatkan hasil *p value* sebesar 0,58, nilai *p value* 0,58 tersebut \geq nilai α (0,05), secara statistik dapat disimpulkan bahwa H_0 diterima yang berarti tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan tingkat kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan. Dengan demikian, diharapkan kepada pihak Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru untuk dapat memberikan promosi kesehatan mengenai cara mengatasi kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan.

Kata Kunci : kecemasan, perilaku kekerasan, pengetahuan, keluarga

Referensi : 43 referensi (2008-2017)

**THE MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF INDONESIA
POLYTECHNIC OF HEALTH MINISTRY OF RIAU
STUDIES D IV NURSING**

RESEARCH, MAY 2018

SRI ATUN

**RELATIONSHIP OF KNOWLEDGE WITH FAMILY ANXIETY CLIENT
VIOLENCE BEHAVIOR IN THE PSYCHIATRIC HOSPITAL TAMPAN
PEKANBARU TAHUN 2018**

xv+63 pages+12 tables+1 scheme+12 attachment

ABSTRACT

Family is a basic unit that has a strong influence on the development of individuals who have mental health problems such as violence behavior. Violence behavior is a condition in which a person performs actions that may harm him or others so that will cause anxiety. Anxiety can occur if the individual is unable to find a way out which is usually caused by lack of knowledge. The purpose of this research is to know the relationship of knowledge with family anxiety client violence behavior. This research use Cross Sectional method. The sample in this research are 42 respondents that is family with client of violence behavior. The sampling method used is consecutive sampling. Data collection using HARS questionnaires and knowledge level questionnaires. Data analysis using Chi-Square test. Hypothesis in this research is Ha: there is correlation between knowledge with client's family anxiety violence behavior and H0: no relation between knowledge with family anxiety client of violence behavior. Pearson Chi-Square test results obtained p value of 0.58, p value $0,58 \geq$ the value of α (0,05), statistically it can be concluded that H0 is accepted which means there is no correlation between knowledge with client's family anxiety level of violence behavior. Therefore, it is expected to the Pekanbaru Charming Life Hospital to be able to provide health promotion on how to overcome family anxiety client violence behavior.

Keywords : anxiety, violence behavior, knowledge, family

References : 43 referensi (2008-2017)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR/SKEMA.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.4.1 Manfaat Aplikatif.....	7
1.4.2 Manfaat Keilmuan.....	7
1.4.3 manfaat Metodologi.....	7
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	7

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kecemasan.....	9
2.1.1 Pengertian Kecemasan.....	9
2.1.2 Penyebab Kecemasan.....	9
2.1.3 Gejala-Gejala Kecemasan.....	10
2.1.4 Dampak Kecemasan.....	12
2.1.5 Tingkat Kecemasan.....	12
2.1.6 Mekanisme Koping Kecemasan.....	13
2.1.7 Proses Terjadinya Kecemasan.....	14
2.1.8 Penatalaksanaan Kecemasan.....	15
2.1.9 Pengukuran tingkat Kecemasan.....	16
2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan.....	17

2.2.1	Pengertian Perilaku Kekerasan.....	17
2.2.2	Penyebab Perilaku Kekerasan.....	18
2.2.3	Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan.....	20
2.2.4	Dampak Perilaku Kekerasan.....	21
2.2.5	Mekanisme Koping Perilaku Kekerasan.....	21
2.2.6	Tindakan Keperawatan Pada Pasien Perilaku Kekerasan.....	22
2.3	Konsep Dasar Pengetahuan.....	22
2.3.1	Pengertian Pengetahuan.....	22
2.3.2	Tingkat Pengetahuan.....	23
2.3.3	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	24
2.3.4	Cara Memperoleh Pengetahuan.....	25
2.3.5	Cara Mengukur Pengetahuan.....	26
2.3.6	Kriteria Tingkat Pengetahuan.....	26
2.4	Konsep Keluarga.....	27
2.4.1	Pengertian Keluarga.....	27
2.4.2	Tujuan Dasar Keluarga.....	27
2.4.3	Fungsi Keluarga.....	27
2.4.4	Tipe Keluarga.....	29
2.4.5	Struktur Keluarga.....	30
2.4.6	Tugas Keluarga.....	31
2.4.7	Peran Keluarga.....	31
2.5	Hubungan Pengetahuan dengan Kecemasan Keluarga.....	31
BAB 3 KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, DAN		
HIPOTESIS		
3.1	Kerangka Konsep.....	33
3.2	Definisi Operasional.....	33
3.3	Hipotesis.....	34
BAB 4 METODE PENELITIAN		
4.1	Rancangan Penelitian.....	36
4.2	Waktu dan tempat Penelitian.....	36
4.3	Populasi dan Sampel.....	36
4.4	Jenis dan Cara Pengumpulan Data Penelitian.....	39
4.5	Etika Penelitian.....	41
4.6	Pengolahan dan Analisis Data.....	43
4.6.1	Pengolahan Data.....	43
4.6.2	Analisis Data.....	44
BAB 5 HASIL PENELITIAN		
5.1	Hasil Penelitian.....	47
5.1.1	Analisis Univariat.....	47
5.1.2	Analisis Bivariat.....	52

BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Analisis Univariat.....	54
6.2 Analisis Bivariat.....	61
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan.....	63
7.2 Saran.....	63
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	34
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018.....	46
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018.....	47
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Suku di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018.....	47
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Agama di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018.....	48
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018.....	48
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018.....	49
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Penghasilan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018.....	49
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan Dengan Pasien di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018.....	50
Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018.....	50
Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kecemasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018.....	51
Tabel 5.11 Hubungan Pengetahuan dengan Kecemasan Keluarga Klien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018.....	52

DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Kerangka Konsep.....	33
--------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal dan Skripsi
Lampiran 2	Lembar Usulan Seminar Proposal Skripsi
Lampiran 3	Lembar Pernyataan Persetujuan Pembimbing
Lampiran 4	Lembar Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 5	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 6	Lembar Kuesioner Penelitian
Lampiran 7	Surat Izin Riset dari Poltekkes Kemenkes Riau
Lampiran 8	Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian
Lampiran 9	Lembar Disposisi dari Rumah Sakit Jiwa Tampan
Lampiran 10	Lembar Usulan Seminar Skripsi
Lampiran 11	Master Tabel
Lampiran 12	Lembar SPSS

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, kondisi diri yang positif, serta kestabilan emosional (Johnson, 1997 dalam Direja, 2011: 1). Masalah jiwa akan meningkat di era globalisasi. Penderita tidak lagi didominasi masyarakat kelas bawah namun kalangan pejabat dan masyarakat lapisan menengah ke atas juga tersentuh oleh masalah kesehatan jiwa dan diketahuilah bahwa gangguan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan jiwa yang paling utama secara internasional (Yosep, 2013: 29-33).

Gangguan jiwa adalah kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik, maupun dengan mental. Keabnormalan tersebut dibagi ke dalam dua golongan yaitu: gangguan jiwa atau neurosa dan sakit jiwa atau psikosa (Yosep, 2010: 77). Sedangkan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah seseorang yang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku dan perasaan yang termanifestasi dalam bentuk sekumpulan gejala dan/atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi sebagai manusia (UU No. 18 tahun 2014 tentang kesehatan jiwa dalam Halida, Dewi dan Rasni, (2016:79). Fenomena gangguan jiwa pada saat ini mengalami peningkatan yang sangat signifikan, dan setiap tahun diberbagai belahan dunia jumlah penderita gangguan jiwa terus bertambah.

WHO (*World Health Organization*) dalam Yosep (2013: 30) menyatakan ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa. WHO (2001) dalam Yosep (2013: 30) menyatakan setidaknya ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah mental dan masalah gangguan kesehatan jiwa yang ada di seluruh dunia sudah menjadi masalah yang sangat serius. WHO (2016) menyatakan bahwa sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta orang terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia. WHO menyatakan prevalensi masalah kesehatan jiwa di Indonesia mencapai 13% dari

penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030 (Wijayanti, Sari & Hadi, 2016)

Jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia saat ini adalah 236 juta orang, yang terdiri dari gangguan jiwa ringan 6% dari populasi dan gangguan jiwa berat 0,17% dari populasi. Penderita gangguan jiwa berat dengan usia di atas 15 tahun di Indonesia mencapai 0,46%. Hal ini berarti terdapat lebih dari 1 juta jiwa di Indonesia yang menderita gangguan jiwa berat dari populasi (14,3% diantaranya dipasung). Proporsi rumah tangga dengan ART (Anggota Rumah Tangga) yang mengalami gangguan jiwa berat dan pernah dipasung berjumlah 1.655 rumah tangga (Risksedas, 2013). Pemasungan pada ODGJ menyebabkan terbatasnya pemenuhan kebutuhan dasar hidup yang layak, termasuk kesehatan, pendidikan, dan pekerjaan bagi orang tersebut. ODGJ yang dipasung mengalami masalah perawatan diri (Halida, Dewi & Rasni, 2016:79). Metode pemasungan tidak terbatas pada pemasungan secara tradisional (menggunakan kayu atau rantai pada kaki) saja, tetapi termasuk tindakan pengekangan lain yang membatasi gerak, pengisolasian, termasuk mengurung, dan penelantaran yang menyertai salah satu metode pemasungan (Risksedas, 2013).

Prevalensi gangguan jiwa berat di Riau sebesar 0,9 permil. Prevalensi paling tinggi ditemukan di Rokan Hulu dan Bengkalis (masing-masing 2,3%), sedangkan terendah terdapat di Rokan Hilir dan Siak (masing-masing 0%). Proporsi RT (Rumah Tangga) yang pernah memasung ART (Anggota Rumah Tangga) dengan gangguan jiwa berat sebesar 17,8%. Kelompok umur ≥ 75 tahun merupakan kelompok dengan gangguan mental emosional paling tinggi dan kelompok yang berjenis kelamin perempuan merupakan kelompok dengan gangguan mental emosional paling tinggi (Risksedas, 2013).

Berdasarkan laporan akuntabilitas kinerja Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2017 didapatkan data kunjungan pasien yaitu halusinasi berjumlah 3.885 orang, perilaku kekerasan berjumlah 639 orang, defisit perawatan diri berjumlah 143 orang, harga diri rendah berjumlah 128 orang, waham berjumlah 92 orang, isolasi sosial berjumlah 67 dan resiko bunuh diri berjumlah 18 orang. Masalah yang sering muncul pada klien gangguan jiwa berat adalah perilaku kekerasan (Choe, Teplin, & Abram, 2008 dalam Wijayanti, Sari & Hadi,

2016).

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 & Hartono, 2010 dalam Direja, 2011:131). Perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal yaitu diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan merupakan salah satu jenis gangguan jiwa dan masalah utama masyarakat di seluruh dunia saat ini. WHO (2009) dalam Iswanti dan Priharsanti (2013:159) menyatakan setiap tahunnya lebih dari 1,6 juta orang meninggal dunia akibat perilaku kekerasan, terutama pada laki-laki yang berusia 15-44 tahun, sedangkan korban yang hidup mengalami trauma fisik, seksual, reproduksi dan gangguan kesehatan mental. Bentuk perilaku kekerasan diantaranya adalah pengekangan fisik, ancaman serta caci maki secara verbal yang didukung oleh berbagai faktor penyebab terjadinya perilaku kekerasan.

Perilaku kekerasan disebabkan oleh kehilangan harga diri karena tidak dapat memenuhi kebutuhan sehingga individu tidak berani untuk bertindak, mudah tersinggung dan emosi yang mudah meledak (lekas marah), kebutuhan aktualisasi diri yang tidak tercapai sehingga menimbulkan ketegangan dan membuat individu cepat tersinggung dan frustrasi akibat tujuan tidak tercapai atau terhambat sehingga individu merasa cemas dan terancam. Individu yang merasa frustrasi akan berusaha mengatasi tanpa memperhatikan hak-hak orang lain. (Dalami, Suliswati, Rochimah, Suryati & Lestari, 2009:90). Penyebab-penyebab di atas dapat memicu perilaku kekerasan dengan beberapa tanda dan gejala yang muncul.

Tanda dan gejala perilaku kekerasan ditinjau dari delapan segi diantaranya yaitu dari segi fisik seperti mata melotot/pandangan tajam, tangan menggepal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku. Tanda dan gejala dari segi verbal seperti mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus. Kemudian tanda dan gejala dari segi perilaku seperti menyerang orang lain, melukai diri sendiri/orang lain, merusak lingkungan, amuk/agresif. Selanjutnya tanda dan gejala dari segi emosi yaitu tidak aman dan nyaman, merasa terganggu, dendam, jengkel, tidak berdaya, bermusuhan, mengamuk dan menuntut. Tanda dan gejala dari segi intelektual

seperti mendominasi, cerewet, kasar, berdebat dan tidak jarang suka meremehkan orang lain. Selanjutnya tanda dan gejala dari segi spiritual seperti merasa diri berkuasa, merasa diri benar dan tidak bermoral. Tanda dan gejala dari segi sosial seperti pengasingan, ejekan dan sindiran dan yang terakhir adalah tanda dan gejala dari segi perhatian seperti bolos, melarikan diri dan melakukan penyimpangan seksual (Direja, 2011:132). Keluarga yang mengetahui tanda dan gejala anggota keluarganya dengan perilaku kekerasan dapat mengontrol kondisi keluarganya dengan baik. Proses penyembuhan klien perilaku kekerasan tidak terlepas dari peran keluarga.

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 2010:9). Adanya masalah kesehatan pada salah satu anggota keluarga akan memungkinkan munculnya faktor risiko pada anggota keluarga yang lainnya. Peran keluarga sangat penting dalam tahapan-tahapan perawatan kesehatan, mulai dari tahapan peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan sampai dengan rehabilitasi (Setiawati & Dermawan, 2008: 38). Selain dapat menjalankan peran keluarga dengan baik, keluarga juga harus mampu melakukan tugas kesehatan keluarga diantaranya mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan atau menciptakan suasana rumah yang sehat dan merujuk pada fasilitas kesehatan masyarakat (Bailon & Maglaya, 1998 dalam Efendi & Makhfudli, 2013:185). Disamping tugas-tugas kesehatan keluarga yang telah dipaparkan sebelumnya, keluarga juga penting untuk menjalankan berbagai fungsi-fungsinya.

Fungsi afektif merupakan salah satu dari lima fungsi keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga, dimana apabila terjadi masalah dalam penerapan fungsi afektif maka akan berakibat terjadinya gangguan pemenuhan kebutuhan psikososial (Friedman, 1998 dalam Efendi & Makhfudli, 2013:184). Salah satu jenis dari gangguan psikososial adalah kecemasan.

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 (Stuart, 1995 dalam Direja, 2011:41). Kecemasan tidak hanya dirasakan oleh klien sendiri tapi juga keluarganya. Keluarga merasa cemas dengan perkembangan kondisi anggota keluarganya, pengobatan dan biaya perawatan (Arosa, Jumaini & Woferst 2014:2)

Salah satu dukungan dari keluarga yaitu dukungan emosional. Selama depresi berlangsung, individu sering menderita secara emosional, sedih, cemas dan kehilangan harga diri (Friedman, 2010). Beberapa masalah yang teridentifikasi yang dialami oleh keluarga gangguan jiwa yaitu meningkatnya stres dan kecemasan keluarga, kesulitan pemahaman (kurangnya pengetahuan keluarga) dalam menerima sakit yang diderita oleh anggota keluarganya (Mubin & Andriani, 2013:300). Pengetahuan keluarga pasien perilaku kekerasan sangat erat kaitannya, karena keluarga merupakan unit paling dekat dengan penderita, dan merupakan perawat utama bagi penderita, keluarga berperan dalam menentukan cara atau perawatan yang diperlukan penderita. Dengan pengetahuan yang baik yang dimiliki oleh keluarga akan meningkatkan kemampuan keluarga merawat penderita dengan baik sehingga kemungkinan kambuh dapat dicegah (Alias, Hartati & Indirawaty, 2013)

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2012: 138).

Penelitian ini sangat penting dilakukan melihat adanya peningkatan jumlah penderita gangguan jiwa setiap tahunnya. Serta pentingnya sebuah keluarga mengetahui dampak dari perilaku kekerasan yaitu bisa melukai atau mencederai diri sendiri atau orang lain, bahkan akan menimbulkan kematian yang dilakukan oleh pelakunya (Videbeck, 2013 dalam Wijayanti, Sari & Hadi, 2016). Besarnya dampak yang ditimbulkan akibat perilaku kekerasan, menuntut tenaga-tenaga profesional untuk menangani klien dengan perilaku kekerasan dengan cepat dan tepat (Keliat, dan Akemat, 2006 dalam Wijayanti, Sari & Hadi, 2016).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Suryaningrum dan Wardan (2013) terhadap 103 responden dengan judul hubungan antara beban keluarga dengan kemampuan keluarga merawat klien perilaku kekerasan di Poliklinik Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara beban dengan kemampuan keluarga dalam merawat klien perilaku kekerasan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Alias, Hartati dan Indirawaty (2013) terhadap 33 responden dengan judul hubungan pengetahuan dan sikap keluarga terhadap klien perilaku kekerasan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan bermakna antara pemahaman keluarga dengan pasien perilaku kekerasan dan sebagian besar keluarga memiliki sikap menerima yang positif terhadap pasien perilaku kekerasan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Saragih, Jumaini, dan Indriati (2014) terhadap 33 responden dengan judul gambaran tingkat pengetahuan dan sikap keluarga tentang perawatan klien risiko perilaku kekerasan di rumah. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan responden tentang perawatan anggota keluarga dengan perilaku kekerasan di rumah adalah sebagian besar kurang dan sikap responden tentang perawatan anggota keluarga dengan perilaku kekerasan di rumah adalah sebagian besar negatif.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru pada tanggal 12 Februari 2018 terhadap 7 keluarga klien dengan perilaku kekerasan didapatkan hasil bahwa 7 keluarga klien tersebut mengalami kecemasan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan sebelumnya, maka perumusan masalah penelitian ini adalah “Apakah Ada Hubungan Pengetahuan dengan Kecemasan Keluarga Klien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018.

a.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengetahuan keluarga dengan klien perilaku kekerasan di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru.
- b. Mengidentifikasi kecemasan keluarga dengan klien perilaku kekerasan di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru.
- c. Mengidentifikasi hubungan pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif :

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dan pengetahuan tentang hubungan pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru

1.4.2 Manfaat Keilmuan :

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya ilmu keperawatan khususnya keperawatan jiwa.

1.4.3 Manfaat Metodologi

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi bagi penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Karena keterbatasan waktu, tenaga dan biaya, maka penulis membatasi ruang lingkup penelitian. Penelitian mengenai hubungan pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru ini sasarannya hanya pada keluarga klien perilaku kekerasan yang ada di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Tampan. Penelitian ini dilakukan pada bulan April 2018. Alasan dilakukan penelitian ini yaitu dikarenakan bahayanya

kecemasan dan perilaku kekerasan jika tidak diatasi secara cepat dan tepat akan menimbulkan kematian jika dianggap sebagai masalah kecil yang tidak perlu diatasi. Penelitian ini dilakukan dengan cara mencari tahu apakah ada hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan yang berada di Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Tampan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kecemasan

2.1.1 Pengertian Kecemasan

Kecemasan merupakan respon emosional terhadap penilaian individu secara subjektif yang dipengaruhi alam bawah sadar dan tidak diketahui secara khusus penyebabnya (Dalami, Suliswati, Farida, Rochimah & Banon, 2009: 65)

Kecemasan adalah respon emosi tanpa objek yang spesifik sehingga klien merasakan suatu perasaan was-was seakan sesuatu yang buruk akan terjadi dan biasanya disertai gejala-gejala otonomik yang berlangsung beberapa hari, bulan bahkan sampai bertahun-tahun (Sumiati, Dinarti, Nurhaeni & Aryani, 2009: 122)

Kecemasan adalah gangguan alam perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, masih dapat berpikir realistis, kepribadian masih tetap utuh dan terganggunya perilaku tetapi masih dalam batas-batas normal (Manurung, 2016).

2.1.2 Penyebab Kecemasan

Berikut ini beberapa penyebab dari kecemasan yang dikemukakan oleh Ramaiah (2003) dalam Manurung (2016:9) yaitu:

a. Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berpikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat ataupun rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

b. Emosi yang ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan atau menahan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

c. Sebab-sebab fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti sewaktu pulih dari suatu penyakit, saat kehamilan dan semasa remaja. Selama ditimpa kondisi-kondisi ini, perubahan-perubahan perasaan tak lazim muncul dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan.

2.1.3 Gejala-Gejala Kecemasan

Sumiati, Dinarti, Nurhaeni dan Aryani (2009: 125) membagi tanda dan gejala kecemasan berdasarkan tingkat kecemasan yaitu sebagai berikut:

- a. Tanda dan gejala kecemasan ringan
 - 1) Respon fisiologis
 - a) Sese kali napas pendek
 - b) Nadi dan tekanan darah meningkat
 - c) Gangguan ringan pada lambung
 - d) Muka berkerut dan bibir bergetar
 - 2) Respon kognitif
 - a) Lapang persepsi meluas
 - b) Mampu menerima rangsang yang kompleks
 - c) Konsentrasi pada masalah
 - d) Menyelesaikan masalah secara efektif
 - 3) Respon perilaku dan emosi
 - a) Tidak dapat duduk tenang
 - b) Tremor halus pada tangan
 - c) Suara kadang-kadang meninggi
- b. Tanda dan gejala kecemasan sedang
 - 1) Respon fisiologis
 - a) Sering napas pendek
 - b) Nadi dan tekanan darah meningkat
 - c) Mulut kering
 - d) Anorexia
 - e) Diare/konstipasi
 - 2) Respon kognitif
 - a) Lapang persepsi menyempit
 - b) Tidak mampu menerima rangsang dari luar
 - c) Berfokus hanya pada apa yang menjadi perhatiannya
 - 3) Respon perilaku dan emosi
 - a) Gerakan tersentak/meremas tangan
 - b) Bicara banyak dan lebih cepat
 - c) Insomnia
 - d) Perasaan tidak aman
 - e) Gelisah
- c. Tanda dan gejala kecemasan berat
 - 1) Respon fisiologis
 - a) Napas pendek
 - b) Nadi dan tekanan darah meningkat

- c) Berkeringat dan sakit kepala
- d) Penglihatan kabur
- e) Ketegangan
- 2) Respon kognitif
 - a) Lapang persepsi sangat sempit
 - b) Tidak mampu menyelesaikan masalah
- 3) Respon perilaku dan emosi
 - a) Perasaan adanya ancaman meningkat
- d. Tanda dan gejala panik
 - 1) Respon fisiologis
 - a) Napas pendek
 - b) Nadi dan tekanan darah meningkat
 - c) Aktivitas motorik meningkat
 - d) Ketegangan
 - 2) Respon kognitif
 - a) Kehilangan pemikiran yang rasional
 - b) Tidak dapat melakukan apapun walau sudah diberikan arahan
 - 3) Respon perilaku dan emosi
 - a) Menurunnya berinteraksi dengan orang lain
 - b) Tidak dapat mengendalikan diri

2.1.4 Dampak Kecemasan

Kecemasan yang berlebihan dapat mempunyai dampak yang merugikan pada pikiran serta tubuh bahkan dapat menimbulkan penyakit-penyakit fisik (Cutler, 2004:304 dalam Manurung, 2016:15). Yustinus Semiun (2006:321) dalam Manurung (2016:15) membagi beberapa dampak dari kecemasan yang terbagi ke dalam beberapa simtom, antara lain:

a. Simptom suasana hati

Individu yang mengalami kecemasan memiliki perasaan akan adanya hukuman dan bencana yang mengancam dari suatu sumber tertentu yang tidak diketahui. Orang yang mengalami kecemasan tidak bisa tidur, dan dengan demikian dapat menyebabkan sifat mudah marah.

b. Simptom kognitif

Kecemasan dapat menyebabkan kekhawatiran dan keprihatinan pada individu mengenai hal-hal yang tidak menyenangkan yang mungkin terjadi. Individu tersebut tidak memperhatikan masalah-masalah real yang ada, sehingga individu sering bekerja dan belajar secara tidak efektif dan akhirnya akan menjadi lebih merasa cemas.

c. Simptom motor

Orang-orang yang mengalami kecemasan sering merasa tidak tenang, gugup, kegiatan sehari-hari menjadi tanpa tujuan dan sangat kaget terhadap suara yang terjadi secara tiba-tiba. Simtom motor merupakan gambaran rangsangan kognitif

yang tinggi pada individu dan merupakan usaha untuk melindungi dirinya dari apa saja yang dirasanya mengancam.

2.1.5 Tingkat Kecemasan

Direja (2011: 41-42) membagi tingkat kecemasan sebagai berikut:

- a. Kecemasan ringan: berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Dalam tingkat kecemasan ringan, individu masih dalam keadaan sadar.
- b. Kecemasan sedang: memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Dalam tingkat kecemasan sedang, individu mengalami penurunan pusat perhatian namun dapat melakukan sesuatu yang lebih banyak jika diberi arahan
- c. Kecemasan berat: seseorang yang hanya bisa memusatkan perhatian pada yang detail, tidak yang lain. Semua perilaku ditujukan untuk menurunkan kecemasan
- d. Panik: individu yang kehilangan kontrol. Seseorang yang mengalami panik dan tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan orang lain

2.1.6 Mekanisme Koping Kecemasan

Beberapa mekanisme koping yang dikemukakan oleh Manurung (2016) antara lain:

- a. Represi
Represi merupakan upaya penolakan secara tidak sadar terhadap sesuatu yang membuat tidak nyaman atau menyakitkan
- b. Reaksi formasi
Reaksi formasi adalah bagaimana mengubah suatu impuls yang mengancam dan tidak sesuai serta tidak dapat diterima norma sosial diubah menjadi suatu bentuk yang lebih dapat diterima. Misalnya seseorang yang mempunyai impuls seksual yang tinggi menjadi seseorang yang dengan gigih menentang pornografi.
- c. Proyeksi
Proyeksi adalah mekanisme pertahanan dari individu yang menganggap suatu impuls yang tidak baik, agresif dan tidak dapat diterima sebagai bukan miliknya melainkan milik orang lain. Misalnya seseorang berkata “aku tidak benci dia, tapi dia lah yang benci padaku”.
- d. Regresi
Regresi adalah suatu mekanisme pertahanan saat individu kembali ke masa periode awal dalam hidupnya yang lebih menyenangkan dan bebas dari frustrasi dan kecemasan yang saat ini dihadapi.
- e. Rasionalisasi
Rasionalisasi merupakan mekanisme pertahanan saat individu berusaha memaafkan atau mempertimbangkan suatu pemikiran atau tindakan yang

mengancam dengan meyakinkan diri sendiri bahwa ada alasan yang rasional dibalik pikiran dan tindakan itu.

f. Pemindahan

Suatu mekanisme pertahanan dengan cara mencari objek lain sebagai pelampiasan. Pada mekanisme ini objek pengganti adalah suatu objek yang menurut individu bukanlah merupakan suatu ancaman. Misalnya seorang anak yang kesal dengan orang tuanya, namun tidak berani berhadapan langsung dengan orang tuanya maka melampiasakan kekesalannya kepada adiknya.

g. Sublimasi

Sublimasi melibatkan perubahan atau penggantian dari impuls itu sendiri.

Misalnya energi seksual diubah menjadi perilaku kreatif yang artistik.

h. Isolasi

Isolasi adalah sebuah cara untuk menghindari perasaan yang tidak dapat diterima dengan cara melepaskan dan mengekspresikannya serta bereaksi terhadap peristiwa tersebut tanpa emosi.

i. *Undoing*

Dalam *undoing*, individu akan melakukan perilaku atau pikiran untuk mencegah perasaan yang tidak dapat diterima. Misalnya pada pasien dengan gangguan obsesif kompulsif, melakukan cuci tangan berulang kali demi melepaskan pikiran-pikiran seksual yang mengganggu.

j. Intelektualisasi

Individu menutupi emosinya dengan analisis intelektual yang dimilikinya.

2.1.7 Proses Terjadinya Kecemasan

Manurung (2016) menyatakan terdapat dua faktor yang mempengaruhi proses terjadinya kecemasan yaitu:

a. Faktor predisposisi kecemasan

Stuart dan Laraia (1998) dalam Manurung (2016) menyatakan bahwa penyebab kecemasan dapat dipahami melalui beberapa teori yaitu:

1) Teori psikoanalitik

Freud menyatakan kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan insting sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang.

2) Teori tingkah laku (pribadi)

Teori ini menjelaskan bahwa kecemasan adalah hasil frustrasi, dimana segala sesuatu yang menghalangi terhadap kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan dapat menimbulkan kecemasan.

3) Teori biologis

Teori ini menunjukkan bahwa kesehatan umum seseorang mempunyai akibat nyata sebagai predisposisi terhadap kecemasan.

b. Faktor presipitasi kecemasan

Stuart dan Laraia (1998) dalam Manurung (2016) menyatakan bahwa ada dua kategori faktor pencetus kecemasan, yaitu ancaman terhadap integritas fisik dan terhadap sistem diri.

1) Ancaman terhadap integritas fisik

Ancaman pada kategori ini meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari.

2) Ancaman terhadap sistem tubuh

Ancaman pada kategori ini dapat membahayakan identitas, harga diri dan fungsi sosial seseorang.

2.1.8 Penatalaksanaan Kecemasan

Hawari (2008) dalam Manurung (2016) menyatakan penatalaksanaan kecemasan memerlukan suatu metode yang mencakup fisik, psikologik, psikososial dan psikoreligius. Selengkapnya seperti pada uraian berikut ini:

a. Upaya meningkatkan kekebalan terhadap stres, dengan cara:

- 1) Makan makanan yang bergizi dan seimbang
- 2) Tidur yang cukup
- 3) Cukup olahraga
- 4) Tidak merokok
- 5) Tidak minum alkohol

b. Terapi psikofarmaka

Terapi psikofarmaka merupakan pengobatan untuk cemas dengan memakai obat-obatan yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan neuro-transmitter (sinyal penghantar saraf) di susunan saraf pusat otak.

c. Terapi somatik

Untuk menghilangkan keluhan-keluhan somatik (fisik) dapat diberikan obat-obatan yang ditujukan pada organ tubuh yang bersangkutan.

d. Psikoterapi

Psikoterapi diberikan tergantung dari kebutuhan individu, antara lain:

- 1) Psikoterapi suportif, untuk memberikan motivasi, semangat dan dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta percaya diri.
- 2) Psikoterapi re-edukatif, memberikan pendidikan ulang dan koreksi bila dinilai bahwa ketidakmampuan mengatasi kecemasan
- 3) Psikoterapi re-konstruktif, memperbaiki kembali kepribadian yang telah mengalami goncangan akibat stressor

- 4) Psikoterapi kognitif, untuk memulihkan fungsi kognitif pasien, yaitu kemampuan untuk berpikir secara rasional, konsentrasi dan daya ingat
 - 5) Psikoterapi psiko-dinamik, menganalisa dan menguraikan kondisi kejiwaan yang dapat menjelaskan alasan seseorang tidak mampu mengelola stres yang dihadapinya sehingga mengalami kecemasan
 - 6) Psikoterapi keluarga, memperbaiki hubungan kekeluargaan
- e. Terapi psikoreligius
Untuk meningkatkan keimanan seseorang yang erat hubungannya dengan kekebalan dan daya tahan dalam menghadapi masalah kehidupan.

2.1.9 Pengukuran Tingkat Kecemasan

Manurung (2016: 35-36) menyatakan bahwa pengukuran tingkat kecemasan menggunakan skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

- a. Perasaan cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- b. Ketegangan: merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah tersinggung dan lesu.
- c. Ketakutan: takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
- d. Gangguan tidur: sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
- e. Gangguan kecerdasan: penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit untuk konsentrasi.
- f. Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
- g. Gejala somatik: nyeri pada otot-otot dan otot-otot kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
- h. Gejala sensorik: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
- i. Gejala kardiovaskuler: takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
- j. Gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang, dan merasa napas pendek.
- k. Gejala gastrointestinal: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
- l. Gejala urogenital: sering BAK, tidak dapat menahan BAK, amenorea, ereksi lemah atau impotensi.
- m. Gejala vegetatif: mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala

- n. Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan napas pendek dan cepat.

2.2 Konsep Dasar Perilaku Kekerasan

2.2.1 Pengertian Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis (Muhith, 2015: 145).

Perilaku kekerasan merupakan respons terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang, yang ditunjukkan dengan perilaku aktual melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan secara verbal maupun non verbal yang bertujuan untuk melukai orang lain secara fisik maupun psikologis (Berkowitz, 2000 dalam Yosep, 2013: 245).

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 & Hartono, 2010 dalam Direja, 2011).

2.2.2 Penyebab Perilaku Kekerasan

Dalami, Suliswati, Rochimah, Suryati dan Lestari (2009:90) menyatakan bahwa penyebab perilaku kekerasan sebagai berikut:

- a. Kehilangan harga diri karena tidak dapat memenuhi kebutuhan sehingga individu tidak berani bertindak, mudah tersinggung dan lekas marah
- b. Frustrasi akibat tujuan tidak tercapai atau terhambat sehingga individu merasa cemas dan terancam. Individu akan berusaha mengatasi tanpa memperhatikan hak-hak orang lain
- c. Kebutuhan aktualisasi diri yang tidak tercapai sehingga menimbulkan ketegangan dan membuat individu cepat tersinggung

Faktor-faktor lain yang menyebabkan munculnya perilaku kekerasan yang dikemukakan oleh Yosep (2013: 245-247) adalah:

- a. Faktor Predisposisi
 - 1) Teori Biologik
Adanya faktor keturunan yang diturunkan dari orang tua kepada anaknya menjadi potensi seseorang untuk berperilaku agresif.
 - 2) Teori Psikologik
Kekerasan dapat dipengaruhi oleh riwayat tumbuh kembang seseorang. Teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan membuat konsep diri

yang rendah. Perilaku kekerasan sebagai ungkapan secara terbuka terhadap rasa ketidakberdayaannya dan rendahnya harga diri pelaku tindak kekerasan. Dalam teori ini juga menjelaskan bahwa perilaku kekerasan bisa berkembang dalam lingkungan yang juga mempertahankan adanya tindakan kekerasan di lingkungan tersebut.

3) Teori Sosiokultural

Budaya masyarakat yang masih menyelenggarakan ritual-ritual yang cenderung mengarah pada kemusyrikan secara tidak langsung menumbuhkan suatu perilaku kekerasan dan rasa ingin menang sendiri. Sulitnya masyarakat dalam mengontrol emosi serta cenderung menerima perilaku kekerasan sebagai salah satu cara untuk menyelesaikan masalah dalam masyarakat merupakan salah satu faktor terjadinya perilaku kekerasan.

4) Aspek Religiusitas

Dalam aspek religiusitas, kemarahan merupakan dorongan dan bisikan dari syetan yang sangat menyukai kerusakan agar manusia menyesal. Dalam aspek ini dijelaskan bahwasanya semua bentuk kemarahan manusia itu berasal dari godaan atau bisikan syetan yang dituruti oleh manusia sebagai bentuk kepuasan hati dan harus segera dipenuhi tetapi tanpa melibatkan akal sehat dan norma agama.

5) Gangguan Otak

Sindroma otak organik terbukti sebagai faktor predisposisi perilaku agresif dan tindak kekerasan. Tumor otak, khususnya yang menyerang sistem limbik dan lobus temporal; trauma otak, yang menimbulkan perubahan serebral dan penyakit seperti ensefalitis, dan epilepsy, khususnya lobus temporal, terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

b. Faktor Presipitasi

Faktor-faktor yang dapat mencetuskan perilaku kekerasan seringkali berkaitan dengan:

- 1) Kesulitan menyampaikan pendapat kepada keluarga serta tidak membiasakan musyawarah atau diskusi sebagai salah satu cara memecahkan masalah cenderung akan melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik
- 2) Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan dirinya sebagai seorang yang dewasa

- 3) Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkohol serta tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi
- 4) Kematian salah satu anggota keluarga yang paling disayang, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan atau perubahan tahap perkembangan keluarga

2.2.3 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan

Direja (2011: 132) membagi tanda dan gejala perilaku kekerasan sebagai berikut:

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

2.2.4 Dampak Perilaku Kekerasan

Dampak dari perilaku kekerasan yaitu bisa melukai atau mencederai diri sendiri atau orang lain, bahkan akan menimbulkan kematian yang dilakukan oleh perilakunya (Videbeck, 2013 dalam Wijayanti, Sari & Hadi, 2016).

2.2.5 Mekanisme Koping Perilaku Kekerasan

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stres, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Stuart & Sundeen, 1998 dalam Muhith,

2015: 161). Beberapa mekanisme koping yang dipakai menurut Maramis (1998) dalam Muhith (2015: 161) pada klien dengan perilaku kekerasan untuk melindungi diri antara lain:

a. Sublimasi

Menerima suatu sasaran pengganti artinya saat mengalami suatu dorongan untuk marah kemudian melampiaskan rasa marahnya ke objek lain yang tujuannya untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

b. Proyeksi

Menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan seksual terhadap rekan kerjanya, malah berbalik menuduh bahwa temannya tersebut yang mencoba merayunya.

c. Represi

Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seorang anak yang sangat membenci orang tuanya akan tetapi menurut ajaran yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik. Sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.

d. Reaksi formasi

Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan dengan lebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seseorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.

e. Displacement

Melepaskan perasaan yang tertekan, melampiaskan pada objek yang tidak begitu berbahaya. Misalnya seorang anak yang baru saja mendapat hukuman dari orang tuanya karena menggambar di dinding kamarnya, mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

2.2.6 Tindakan Keperawatan pada Pasien Perilaku Kekerasan

Purba (2008) dalam Simatupang (2010) menyatakan beberapa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien perilaku kekerasan dapat meliputi tindakan untuk pasien dan tindakan untuk keluarga. Tindakan untuk pasien meliputi bina hubungan saling percaya agar pasien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan perawat, diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan yang dialami, perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan,

perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah, akibat dari perilakunya, cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik, obat, sosial/verbal, dan spiritual.

Tindakan untuk keluarga pasien perilaku kekerasan meliputi diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut), anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien dan memberi pujian bila pasien dapat melakukan kegiatan yang positif, diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan, diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat seperti melempar atau memukul benda/orang lain.

2.3 Konsep Dasar Pengetahuan

2.3.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak disengaja. Pengetahuan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu (Mubarak, 2011).

Pengetahuan adalah segala sesuatu yang diketahui atau segala sesuatu yang berkenaan dengan hal (Moliono, dkk, 1998 dalam Setyosari, 2013).

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terhadap objek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan (Notoatmodjo, 2012: 138).

2.3.2 Tingkat Pengetahuan

Notoatmodjo (2012:138-139) menyatakan bahwa pengetahuan yang cukup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, “tahu” ini adalah tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

b. Memahami (*comprehension*)

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, meramalkan, dan sebagainya terhadap suatu objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis yang dimaksudkan menunjukkan pada suatu kemampuan untuk melaksanakan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

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

2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Mubarak (2011) menyatakan bahwa terdapat tujuh faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu:

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain agar dapat memahami sesuatu hal. Tidak dapat dipungkiri bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah pula mereka menerima informasi dan pada akhirnya pengetahuan yang dimilikinya akan semakin banyak. Sebaliknya, jika seseorang memiliki tingkat pendidikan yang rendah, maka akan menghambat perkembangan sikap orang tersebut terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai yang baru saja diperkenalkan.

b. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat membuat seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan, baik secara langsung maupun tidak langsung.

c. Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan mengalami perubahan aspek fisik dan psikologis (mental). Secara garis besar, pertumbuhan fisik terdiri dari empat kategori perubahan yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Perubahan ini terjadi karena pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis (mental), taraf berpikir seseorang menjadi semakin matang dan dewasa.

d. Minat

Minat sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal, sehingga seseorang memperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

e. Pengalaman

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Orang akan cenderung berusaha melupakan pengalaman yang kurang baik. Sebaliknya, jika pengalaman tersebut menyenangkan, maka secara psikologis mampu menimbulkan kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam jiwa seseorang. Pengalaman baik ini akhirnya dapat membentuk sikap positif dalam kehidupannya.

f. Kebudayaan lingkungan sekitar

Kebudayaan lingkungan tempat kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Apabila dalam suatu wilayah mempunyai sikap menjaga kebersihan lingkungan, maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap selalu menjaga kebersihan lingkungan.

g. Informasi

Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat mempercepat seseorang memperoleh pengetahuan yang baru.

2.3.4 Cara Memperoleh Pengetahuan

Notoadmodjo (2003:11) dalam Wawan dan Dewi (2010) menyatakan bahwa ada 2 cara untuk memperoleh pengetahuan yaitu:

a. Cara kuno untuk memperoleh pengetahuan

1) Cara coba salah (*Trial and Error*)

Cara ini telah dipakai orang sebelum kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah. Apabila kemungkinan itu tidak

berhasil maka dicoba kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

2) Cara kekuasaan atau otoritas

Sumber pengetahuan cara ini berasal dari pemimpin-pemimpin masyarakat baik secara formal atau informal, ahli agama, pemegang pemerintah, dan berbagai pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas. Sumber pengetahuan yang diperoleh dari orang-orang yang mempunyai otoritas ini tanpa diuji terlebih dahulu atau tanpa dibuktikan kebenarannya.

3) Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi dimasa lalu.

b. Cara modern dalam memperoleh pengetahuan

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih dikenal dengan metodologi penelitian. Cara memperoleh pengetahuan dengan cara modern ini yaitu dengan melakukan penelitian. Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626), kemudian dikembangkan oleh Deobold Van Daven. Akhirnya lahir suatu cara untuk melakukan penelitian yang lebih dikenal dengan sebutan penelitian ilmiah.

2.3.5 Cara Mengukur Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan pengetahuan yang telah diuraikan di atas (Notoatmodjo, 2012: 140).

2.3.6 Kriteria Tingkat Pengetahuan

Arikunto (2006) dalam Wawan dan Dewi (2010) menyatakan bahwa pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- a. Baik: hasil presentase 76%-100%
- b. Cukup: hasil presentase 56%-75%
- c. Kurang: hail presentase >56%

2.4 Konsep Keluarga

2.4.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari tiap anggotanya (Andarmoyo, 2012: 3)

Dep Kes RI, 1998 dalam Achjar (2010: 2) menyatakan bahwa keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan kebersamaan dan ikatan emosional serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Wall, 1986 dalam Padila, 2012:19).

2.4.2 Tujuan Dasar Keluarga

Andarmoyo (2012: 5) menyatakan bahwa tujuan dasar keluarga adalah :

- a. Keluarga merupakan unit dasar yang memiliki pengaruh kuat terhadap perkembangan individu
- b. Keluarga sebagai perantara bagi kebutuhan dan harapan anggota keluarga dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat.
- c. Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan anggota keluarga dengan menstabilkan kebutuhan kasih sayang, sosio-ekonomi dan kebutuhan seksual.
- d. Keluarga memiliki pengaruh yang penting terhadap pembentukan identitas seorang individu dan perasaan harga diri.

2.4.3 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga merupakan hasil atau konsekuensi dari struktur keluarga atau sesuatu tentang apa yang dilakukan oleh keluarga. Terdapat beberapa fungsi keluarga menurut Friedman (1988) ; Setiawati & Dermawan (2005) dalam Achjar (2010: 5-6) yaitu:

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan pemeliharaan kepribadian dari anggota keluarga. Merupakan respon dari keluarga terhadap kondisi dan situasi yang dialami tiap anggota keluarga baik senang maupun sedih, dengan melihat bagaimana cara keluarga mengekspresikan kasih sayang. Contohnya: keluarga harus memenuhi kebutuhan kasih sayang anggota keluarganya karena respons kasih sayang satu anggota keluarga ke anggota keluarga lainnya memberikan dasar penghargaan pada kehidupan keluarga (Friedman, 2010)

b. Fungsi Sosialisasi

Fungsi sosialisasi tercermin dalam melakukan pembinaan sosialisasi pada anak, membentuk nilai dan norma yang diyakini anak, memberikan batasan perilaku yang boleh dan yang tidak boleh pada anak, meneruskan nilai-nilai budaya keluarga. Contohnya: keluarga mempersiapkan anak menjadi anggota masyarakat yang baik (Effendy, 2012)

c. Fungsi Perawatan Kesehatan

Fungsi perawatan kesehatan keluarga merupakan fungsi keluarga dalam melindungi keamanan dan kesehatan seluruh anggota keluarga serta menjamin pemenuhan kebutuhan perkembangan fisik, mental dan spiritual, dengan cara memelihara dan merawat anggota keluarga serta mengenali kondisi sakit tiap anggota keluarga. Contohnya: orang tua yang menyediakan perawatan kesehatan dan perlindungan terhadap bahaya untuk anggota keluarganya.

d. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi, untuk memenuhi kebutuhan keluarga seperti sandang, pangan, papan dan kebutuhan lainnya melalui keefektifan sumber dana keluarga. Contohnya: kepala keluarga yang bekerja untuk memperoleh penghasilan, mengatur penghasilan tersebut dengan baik sehingga dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarganya.

e. Fungsi Biologis

Fungsi biologis bukan hanya ditujukan untuk meneruskan keturunan tetapi untuk memelihara dan membesarkan anak untuk kelanjutan generasi selanjutnya. Contohnya: keluarga yang meneruskan keturunan sebagai generasi penerus

f. Fungsi Psikologis

Fungsi psikologis terlihat bagaimana keluarga memberikan kasih sayang dan rasa aman, memberikan perhatian diantara anggota keluarga, membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga dan memberikan identitas keluarga. Contohnya: anggota keluarga yang memberikan perhatian dan rasa aman kepada anggota keluarganya yang lain

g. Fungsi Pendidikan

Fungsi pendidikan diberikan keluarga dalam rangka memberikan pengetahuan, keterampilan, membentuk perilaku anak, mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa, mendidik anak sesuai dengan tingkatan perkembangannya. Contohnya: keluarga atau orang tua mendidik dan menyekolahkan anak untuk mempersiapkan kedewasaan dan masa depan anak bila kelak dewasa nanti.

2.4.4 Tipe Keluarga

Keluarga yang memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai macam pola kehidupan. Sesuai dengan perkembangan sosial maka tipe keluarga berkembang mengikutinya agar dapat mengupayakan peran serta keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan. Sussman (1974), Macklin (1988) dalam Padila (2012) menjelaskan tipe-tipe keluarga sebagai berikut:

a. Keluarga Tradisional

- 1) Keluarga inti, yaitu terdiri dari suami, istri dan anak. Biasanya keluarga yang melakukan perkawinan pertama atau keluarga dengan orang tua campuran atau orang tua tiri.

- 2) Pasangan istri, terdiri dari suami dan istri saja tanpa anak, atau tidak ada anak yang tinggal bersama mereka. Biasanya keluarga dengan karier tunggal atau karier keduanya.
- 3) Keluarga dengan orang tua tunggal, biasanya sebagai konsekuensi dari perceraian.
- 4) Bujangan dewasa sendirian.
- 5) Keluarga besar, terdiri dari keluarga inti dan orang-orang yang berhubungan di dalamnya.
- 6) Pasangan usia lanjut, keluarga inti di mana suami istri sudah tua dengan anak-anaknya yang sudah tidak serumah dengannya.

b. Keluarga Non Tradisional

- 1) Keluarga dengan orang tua beranak tanpa menikah. Biasanya ibu dengan anaknya.
- 2) Pasangan yang memiliki anak tapi tidak menikah, didasarkan pada hukum tertentu.
- 3) Pasangan kumpul kebo atau kumpul bersama tanpa adanya ikatan pernikahan.
- 4) Keluarga gay atau lesbian, orang-orang berjenis kelamin yang sama dan hidup bersama sebagai pasangan yang menikah.
- 5) Keluarga komuni, keluarga yang memiliki pasangan lebih dari satu pasangan *monogamy* dengan anak-anak secara bersama menggunakan fasilitas dan sumber yang sama.

2.4.5 Struktur Keluarga

Efendy & Makhfudli (2013) menyatakan bahwa struktur keluarga terdiri dari tiga domonasi yaitu:

a. Dominasi Jalur Hubungan Darah

1) Patrilineal

Keluarga yang berhubungan atau disusun melalui jalur garis keturunan ayah.

2) Matrilineal

Keluarga yang berhubungan atau disusun melalui jalur garis keturunan ibu.

b. Dominasi Keberadaan Tempat Tinggal

1) Patrilokal

Keberadaan tempat tinggal satu keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak suami.

2) Matrilokal

Keberadaan tempat tinggal satu keluarga yang tinggal dengan keluarga sedarah dari pihak istri.

c. Dominasi Pengambilan Keputusan

1) Patriakal

Dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak suami.

2) Matriakal

Dominasi pengambilan keputusan ada pada pihak istri.

2.4.6 Tugas Keluarga

Pada dasarnya tugas keluarga ada delapan tugas pokok sebagai berikut (Effendy, 2012: 37)

a. Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya

- b. Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga
- c. Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing.
- d. Sosialisasi antar anggota keluarga.
- e. Pengaturan jumlah keluarga.
- f. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga.
- g. Penempatan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat yang lebih luas.
- h. Membangkitkan semangat para anggota keluarga.

2.4.7 Peran Keluarga

Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat. Berbagai peranan yang terdapat di dalam keluarga yang dikemukakan oleh Effendy (2012: 34) adalah:

- a. Peranan Ayah: Ayah berperan sebagai pencari nafkah, pendidik, pelindung, dan pemberi rasa aman.
- b. Peranan Ibu: Ibu mempunyai peranan untuk mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya.
- c. Peranan Anak: Anak-anak melaksanakan peranan psiko-sosial sesuai dengan tingkat perkembangannya baik secara fisik, mental, sosial dan spiritual.

2.5 Hubungan Pengetahuan dengan Kecemasan Keluarga

Pengetahuan keluarga terhadap pasien perilaku kekerasan sangat erat kaitannya, karena keluarga merupakan unit paling dekat dengan penderita, dan merupakan perawat utama bagi penderita. Keluarga berperan dalam menentukan cara atau perawatan yang diperlukan penderita. Pengetahuan yang baik yang dimiliki oleh keluarga akan meningkatkan kemampuan keluarga merawat

penderita dengan baik sehingga kemungkinan kambuh dapat dicegah. Salah satu faktor penyebab terjadinya kekambuhan penderita perilaku kekerasan adalah kurangnya pengetahuan yang kurang baik terhadap penderita perilaku kekerasan (Alias, Hartati, Indirawaty, 2013: 127).

Dengan memberikan pengetahuan mengenai kesehatan mental atau kejiwaan (termasuk psikososial) kepada masyarakat maka secara bertahap stigma ‘orang aneh yang harus dikucilkan’ akan sedikit demi sedikit berkurang, dan bagi keluarga yang anggotanya memiliki gangguan kesehatan mental atau kejiwaan akan langsung memberikan pengobatan di tempat yang sesuai (Lubis, Krisnani, Fedryansyah, 2014: 138).

Faktor yang mungkin dapat menyebabkan kecemasan adalah kurangnya pengetahuan keluarga, maka dengan pengetahuan ini kecemasan keluarga akan berkurang. Kondisi pasien yang naik turun dapat menyebabkan perubahan pada kecemasan yang dialami oleh keluarga. Tingkat pengetahuan yang terlihat dalam penelitian menunjukkan bahwa seseorang yang memiliki tingkat pengetahuan yang rendah menimbulkan banyak kecemasan pada keluarga yang bervariasi baik ringan, sedang maupun berat. Berbeda dengan keluarga yang memiliki pengetahuan yang tinggi ternyata memiliki kecemasan sedang dan berat dalam jumlah yang rendah. Hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan bahwa faktor yang menyebabkan kecemasan adalah kurangnya pengetahuan keluarga (Arosa, Jumaini, Woferst, 2014).

BAB 3

KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya dari masalah yang ingin diteliti. Kerangka konsep ini gunanya untuk menghubungkan atau menjelaskan secara panjang lebar tentang suatu topik yang akan dibahas (Setiadi, 2013: 49).

Kerangka konsep pada penelitian ini dijelaskan lebih lengkap pada skema sebagai berikut:

Skema 3.1
Kerangka Konsep

Variabel Independen

Pengetahuan
Keluarga Tentang
Perilaku Kekerasan

Variabel Dependen

Kecemasan
Keluarga

3.2 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga akhirnya mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian. Pada definisi operasional akan dijelaskan secara padat mengenai unsur penelitian yang meliputi bagaimana caranya menentukan variabel dan mengukur suatu variabel (Setiadi, 2013: 122-123).

Tabel 3.1
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Independen						
1	Pengetahuan keluarga tentang perilaku kekerasan	Segala sesuatu yang diketahui keluarga mengenai perilaku kekerasan yang meliputi pengertian, penyebab, tanda dan Gejala dan cara mengontrol perilaku kekerasan	Menyebarkan angket	Kuesioner	Ordinal	1. Baik: hasil presentase 76%-100% 2. Cukup hasil presentase 56%-75% 3. Kurang: hasil presentase >56%
Dependen						
2	Kecemasan keluarga	Gangguan perasaan yang dialami oleh keluarga seperti perasaan takut atau khawatir dan perasaan was-was yang belum diketahui penyebab pastinya	Menyebarkan angket	Kuesioner (skala kecemasan HARS)	Ordinal	1. Tidak ada kecemasan: skor <6 2. Kecemasan ringan: skor 7-14 3. Kecemasan sedang: skor 15-27 4. Kecemasan berat: skor >27

3.3 Hipotesis

Hipo artinya bawah, tesis artinya pendapat. Jadi hipotesis berarti pendapat yang kebenarannya masih dangkal dan perlu diaji, patokan duga, atau dalil

sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian. Hipotesis adalah kesimpulan teoritis yang masih harus dibuktikan kebenarannya melalui analisis terhadap bukti-bukti empiris. Setelah melalui pembuktian dari hasil penelitian, maka hipotesis ini dapat benar atau salah, dapat diterima atau ditolak (Setiadi, 2013: 56).

Berdasarkan kerangka konsep di atas maka hipotesis pada penelitian ini adalah:

3.3.1 Hipotesis alternatif (hipotesis penelitian)

Hipotesis ini berbunyi adanya perbedaan atau adanya hubungan antara dua fenomena yang diteliti (variabel bebas dengan variabel terikat). Diberi notasi atau symbol dengan H_A (Setiadi, 2013: 58).

H_a : ada hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan

3.3.2 Hipotesis nol (hipotesis statistik)

Hipotesis nol diartikan sebagai tidak adanya hubungan atau perbedaan antara dua fenomena yang diteliti. Diberi notasi atau symbol dengan H_0 (Setiadi, 2013: 58).

H_0 : tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan atau desain penelitian adalah model atau metode yang digunakan peneliti untuk melakukan suatu penelitian, ditetapkan berdasarkan tujuan dan hipotesis penelitian (Dharma, 2015: 72). Rancangan penelitian ini adalah dengan metode penelitian non eksperimen, jenis penelitian ini bersifat *survey* analitik dengan pendekatan *cross sectional*, variabel sebab atau resiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian diukur dan dikumpulkan secara simultan, sesaat atau satu kali saja dalam satu kali waktu (dalam waktu yang bersamaan), dan tidak ada *follow up* (Setiadi, 2013: 69). Penelitian ini menghubungkan dukungan keluarga dengan kepatuhan hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Lancang Kuning Pekanbaru.

4.2 Waktu dan Tempat

4.2.1 Waktu Penelitian

Kegiatan penelitian ini dilakukan dari persiapan hingga seminar hasil riset penelitian yang telah dimulai pada bulan Januari sampai bulan Juni tahun 2018.

4.2.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Lancang Kuning Pekanbaru. Hal ini dikarenakan Rumah Sakit Lancang Kuning Pekanbaru merupakan rumah sakit swasta yang mendapat pindahan pasien gagal ginjal kronik RSUD Arifin Achmad terbanyak yang ada di Kota Pekanbaru.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek atau obyek penelitian yang akan diteliti (Setiadi, 2013: 102). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien gagal ginjal kronik yang berkunjung pada bulan Mei 2018 berjumlah 72 orang di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Lancang Kuning Pekanbaru yang didapat dari data sekunder.

4.3.2 Sampel

Sampel penelitian adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Dengan kata lain sampel adalah elemen-elemen populasi yang dipilih berdasarkan kemampuan mewakilinya (Setiadi, 2013: 104). Sampel dalam penelitian ini adalah klien dengan gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Lancang Kuning Pekanbaru.

a. Jumlah Sampel

Penentuan jumlah sampel yang dilakukan dengan menggunakan rumus:

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

Keterangan:

- n : besar sampel
 N : jumlah populasi
 d : tingkat kesalahan

Dalam penelitian ini ditentukan tingkat kepercayaan (α) 90%, maka tingkat kesalahan (d) 10%. Berdasarkan perhitungan, sampel yang didapatkan adalah sebagai berikut:

- Diketahui : N=72
 d= 10% (0,1)
 Ditanya : n=.....?
 Dijawab :

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{1+N(d^2)} \\ &= \frac{72}{1+72(0,1^2)} \\ &= \frac{72}{1+0,72} \end{aligned}$$

$$= 41,86$$

$$n = 42 \text{ orang}$$

Jadi sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah 42 orang.

b. Cara Mengambil Sampel

Penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel *non probability sampling* yaitu *consecutive sampling*, dimana semua calon responden yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subyek yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismael, 2010: 88). Pelaksanaan pengambilan sampel secara *consecutive sampling* yaitu dengan mengidentifikasi calon responden sesuai dengan kriteria inklusi, kemudian diberikan nomor urut berdasarkan urutan tanggal dan waktu saat kuesioner kembali ke peneliti setelah proses pengisian seluruhnya selesai dan jumlah sampel terpenuhi.

Adapun kriteria sampel untuk menjadi responden antara lain:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Setiadi, 2013: 130). Adapun kriteria inklusi dari sampel adalah:

1. Pasien gagal ginjal kronik yang sedang menjalani terapi hemodialisa secara rutin di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Lancang Kuning Pekanbaru.
2. Kesadaran komposmentis.
3. Mampu berkomunikasi, membaca dan menulis.
4. Bersedia diwawancarai dengan menandatangani *informed consent*.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang tidak dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Setiadi, 2013: 130). Adapun kriteria eksklusi dari sampel adalah:

1. Klien dengan gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa *incidental* (tidak rutin).
2. Klien yang mempunyai kondisi tubuh yang tidak normal.

4.4 Jenis Data dan Cara Pengumpulan Data

4.4.1 Jenis Data

Data adalah himpunan angka yang merupakan nilai dari unit sampel kita sebagai hasil mengamati atau mengukur. Adapun cara dalam memperoleh data tersebut yaitu:

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, survey, dan lain-lain (Setiadi, 2013: 139). Pengumpulan data primer diperoleh melalui wawancara secara langsung kepada responden yang datang ke ruang Hemodialisa Rumah Sakit Lancang Kuning Pekanbaru melalui kuesioner untuk mengetahui dukungan keluarga dengan kepatuhan hemodialisa pada pasien gagal ginjal kronik di ruang Hemodialisa Rumah Sakit Lancang Kuning Pekanbaru.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain, badan/instansi yang secara rutin mengumpulkan data (Setiadi, 2013: 139). Pengumpulan data sekunder yaitu data yang diperoleh dari RM Rumah Sakit Lancang Kuning Pekanbaru, pustakaan, internet, dan buku-buku yang sesuai dengan masalah yang diteliti.

4.4.2 Cara Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data diperoleh dari wawancara dan dengan cara penyebaran kuesioner oleh peneliti kepada responden penelitian yang memenuhi kriteria sebagai sampel pada saat penelitian. Alat atau instrument yang digunakan untuk mengumpulkan data pada penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner berupa daftar pertanyaan yang disusun sedemikian rupa sehingga responden diberi kemudahan dalam mengisinya dengan memberikan tanda ceklis (√) pada pilihan jawaban yang tersedia dan menuliskan jawaban singkat.

Instrument dalam penelitian ini menggunakan kuesioner 2 bagian, yaitu:

a. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga merupakan dukungan eksternal yang sangat kuat mempengaruhi perilaku pasien yang meliputi dukungan dalam kehadiran hemodialisis, pemberian motivasi, dukungan dalam pengaturan diet, cairan dan

obat-obatan serta perasaan pasien terhadap dukungan keluarganya. Pernyataan yang dikembangkan berbentuk 7 pernyataan dengan 5 skala *likert*, yang dimulai dari: selalu (5), sering (4), kadang-kadang (3), jarang (2) dan tidak pernah (1). Hasil pengukuran terhadap dukungan keluarga ini selanjutnya dilakukan analisis dan dikategorikkan menjadi 2 (dua) kategori yaitu dukungan keluarga baik jika jumlah skor lebih dari/ sama dengan 32, dan dukungan keluarga kurang bila jumlah skor jawaban dibawah 32.

b. Kepatuhan

Paparan tentang kepatuhan, menggunakan modifikasi kuesioner *The End Stage Renal Disease Adherence Questionnaire* (ESRD-AQ) dari kim, 2010 dalam Syamsiah, 2011 berisi pertanyaan tentang perilaku kepatuhan (6 item). Meliputi perilaku kehadiran HD (No.1), kebiasaan mempercepat durasi HD (No.2 & 3). Kebiasaan minum obat (No.4), perilaku restriksi cairan (No.5), dan perilaku diet (No.6). masing-masing pertanyaan terdiri dari 5 opsi jawaban dengan skor yang sudah ditentukan. Berikut skoring untuk masing-masing jawaban adalah:

Tabel 4.1 Skor Kuesioner Kepatuhan

No	Item yang ditanyakan	Skor/Nilai
1.	Frekuensi ketidakhadiran HD dalam sebulan	Jawaban 1: 300 Jawaban 2: 200 Jawaban 3: 100 Jawaban 4: 50 Jawaban 5: 0
2.	Frekuensi mempercepat waktu HD yang terjadi dalam sebulan	Jawaban 1: 200 Jawaban 2: 150 Jawaban 3: 100 Jawaban 4: 50 Jawaban 5: 0
3.	Durasi waktu HD yang dipercepat dalam sebulan	Jawaban 1: 100 Jawaban 2: 75 Jawaban 3: 50 Jawaban 4: 25 Jawaban 5: 0

No	Item yang ditanyakan	Skor/Nilai
4	Frekuensi tidak minum obat dalam sebulan	Jawaban 1: 200 Jawaban 2: 150 Jawaban 3: 100 Jawaban 4: 50 Jawaban 5: 0
5.	Frekuensi restriksi cairan (<i>self monitoring</i>)	Jawaban 1: 200 Jawaban 2: 150 Jawaban 3: 100 Jawaban 4: 50 Jawaban 5: 0
6.	Frekuensi restriksi diet (<i>self monitoring</i>)	Jawaban 1: 200 Jawaban 2: 150 Jawaban 3: 100 Jawaban 4: 50 Jawaban 5: 0

Sumber : Kim, 2010 dalam Syamsiah, 2011.

Hasil pengukuran terhadap kepatuhan selanjutnya dianalisis dan dikategorikan menjadi 2 (dua) kategori yaitu patuh jika jumlah skor lebih dari atau sama dengan 800, dan tidak patuh bila jumlah skor jawaban dibawah 800 dengan total skor 1200.

4.5 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Uji validitas dan uji realibitas adalah istilah yang digunakan untuk persyaratan suatu alat ukur penelitian atau instrument penelitian. Uji validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur. Untuk mengetahui apakah kuesioner yang kita susun tersebut mampu mengukur apa yang hendak kita ukur, maka perlu diuji dengan uji korelasi antara skor (nilai) tiap-tiap item (pernyataan) dengan skor total kuesioner tersebut. Apabila kuesioner tersebut telah memiliki validitas konstruk/korelasi yang bermakna, berarti semua item (pernyataan) yang ada di dalam kuesioner itu mengukur konsep yang diukur (Notoatmodjo, 2012).

Sedangkan uji reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2012).

Dalam penelitian ini instrumen dukungan keluarga dan kepatuhan ini telah digunakan di Indonesia yaitu pada penelitian Syamsiah (2011). Penelitian ini dilakukan pada 26 responden CKD yang menjalani hemodialisa di RSPAU Dr. Esnawan Antariksa Halim Perdana Kusuma Jakarta untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien CKD. Pada penelitian adapun untuk uji reliabilitas instrument dukungan keluarga, didapatkan nilai r alpha = 0,907 dan dengan berpedoman pada ketentuan nilai r tabel dengan nilai r hasil, dengan ketentuan bahwa bila nilai r hasil lebih besar dari r tabel (r hasil $>$ r tabel), maka pernyataan tersebut adalah valid. Sebaliknya bila r hasil lebih kecil dari r tabel (r hasil $<$ r tabel), maka pernyataan tersebut adalah tidak valid, dimana r alpha lebih besar dari r tabel ($0,907 > 0,423$), maka seluruh pernyataan tersebut (7 pernyataan, meliputi pernyataan 1, 2, 3, 4, 5, 6 dan 7) dinyatakan reliabel. Sedangkan untuk uji reliabilitas instrument kepatuhan, didapatkan 1 pernyataan yang nilai r hasilnya masih lebih kecil dari nilai r tabel, yaitu pernyataan 1 ($r=0,076$). Akan tetapi pernyataan 1 secara substansi penting harus ada untuk 1 paket pernyataan tentang kepatuhan, maka pernyataan tersebut tidak dibuang. Sementara itu untuk pernyataan lainnya (yaitu pernyataan 2, 3, 4, 5, dan 6) didapatkan r alpha yang lebih besar dari r tabel, sehingga dinyatakan valid. Adapun untuk nilai r alpha = 0,762 dan dengan berpedoman pada ketentuan diatas, dimana r alpha lebih besar dari r tabel ($0,762 > 0,423$), maka seluruh pernyataan tersebut (6 pernyataan, meliputi pernyataan 2, 3, 4, 5 dan 6) dinyatakan reliabel.

4.6 Etika Penelitian

Peneliti dalam melakukan penelitian ini menerapkan prinsip etik penelitian sebagai berikut:

4.6.1 Kebebasan (*Autonomy*)

Penelitian harus dilaksanakan dengan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Subjek penelitian hak asasi manusia dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak penelitian (*autonomy*). Tidak boleh ada paksaan atau penekanan tertentu agar subjek bersedia ikut dalam penelitian. Subjek dalam penelitian juga berhak mendapatkan informasi yang terbuka dan lengkap tentang pelaksanaan penelitian meliputi tujuan dan manfaat penelitian, prosedur penelitian, resiko penelitian, keuntungan yang mungkin di dapat dan kerahasiaan informasi (Dharma, 2015: 237).

4.6.2 Dirahasiakan (*Anonimity*)

Setiap orang mempunyai hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebebasan individu dalam memberikan apa yang diketahuinya kepada orang lain. Oleh sebab itu, peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas dan kerahasiaan identitas subjek. Peneliti seyognya cukup menggunakan kode sebagai pengganti identitas responden (Notoatmodjo, 2012: 203).

4.6.3 Manfaat (*Beneficence*)

Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal mungkin bagi masyarakat pada umumnya, dan subjek penelitian pada khususnya (Notoatmodjo, 2012: 204).

4.6.4 Tidak Merugikan (*Non Maleficence*)

Peneliti hendaknya berusaha meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subjek. Oleh sebab itu, pelaksana penelitian harus dapat mencegah atau paling tidak mengurangi rasa sakit, cedera, stress, maupun kematian subjek penelitian (Notoatmodjo, 2012: 204).

4.6.5 Keadilan (*Justice*)

Prinsip keterbukaan dan adil perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Untuk itu, lingkungan penelitian perlu dikondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan, yakni dengan menjelaskan

prosedur penelitian. Prinsip keadilan ini menjamin bahwa semua aspek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama., tanpa membedakan gender, agama, etnis, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012: 203-204).

4.6.6 Persetujuan (*Informed Consent*)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian serta mengetahui dampaknya. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak responden (Hidayat, 2011: 93).

4.7 Pengolahan dan Analisis Data

4.7.1 Pengolahan Data

Pengolahan data pada dasarnya merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan.

Ada beberapa kegiatan yang dilakukan oleh peneliti dalam pengolahan data, yaitu (Setiadi, 2013: 139-142):

a. Penyuntingan (*Editing*)

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

1. Kelengkapan jawaban, apakah tiap pertanyaan sudah ada jawabannya meskipun jawaban hanya berupa tidak tahu atau tidak mau menjawab.
2. Keterbacaan tulisan, tulisan yang tidak terbaca akan mempersulit pengolahan data atau berakibat pengolah data salah membaca.
3. Relevansi jawaban, bila ada jawaban yang kurang atau tidak relevan maka editor harus menolaknya.

b. Pengkodean (*Coding*)

Coding adalah mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden ke dalam bentuk angka/bilangan. Biasanya klasifikasi dilakukan dengan cara memberi tanda/kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban. Kegunaan dari *coding* adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat *entry data*.

Dalam penelitian ini pemberian kode:

1. Untuk umur kode yang diberikan sesuai dengan kategori umur menurut Depkes, 2009:

Kategori	Umur	Kode
Masa Remaja Awal	12-16 Tahun	1
Masa Remaja Akhir	17-25 Tahun	2
Masa Dewasa Awal	26-35 Tahun	3
Masa Dewasa Akhir	36-45 Tahun	4
Masa Lansia Awal	46-55 Tahun	5
Masa Lansia Akhir	56-65 Tahun	6
Masa Manula	>65 Tahun	7

2. Untuk jenis kelamin digunakan kode sebagai berikut:
 - a. Laki-laki: 1
 - b. Perempuan: 2
3. Untuk pendidikan digunakan kode sebagai berikut:
 - a. Tidak Sekolah: 1
 - b. SD: 2
 - c. SMP: 3
 - d. SMA: 4
 - e. Perguruan Tinggi: 5
4. Untuk lama menjalani HD digunakan kode sebagai berikut:
 - a. < 4 Tahun: 1
 - b. \geq 4 Tahun: 2
5. Untuk dukungan keluarga diberikan kode sebagai berikut:
 - a. Jika nilai \geq median (32) maka dikategorikan mendukung lalu digunakan kode: 1
 - b. Jika nilai < median (32) maka dikategorikan kurang mendukung lalu digunakan kode: 2

6. Untuk kepatuhan diberikan kode sebagai berikut:
 - a. Jika jumlah skore yang diperoleh ≥ 800 maka dikategorikan patuh digunakan kode: 1
 - b. Jika jumlah skore yang diperoleh < 800 maka dikategorikan tidak patuh digunakan kode: 2
- c. Memasukkan Data (*Entry*)

Jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam program atau *software* komputer. Untuk “*entry data*” penelitian adalah paket program komputerisasi.
- d. Pemrosesan (*Processing*)

Setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean, maka selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di *entry* dapat di analisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-*entry* data dari kuesioner ke paket program komputer. Ada bermacam-macam paket program yang dapat digunakan untuk pemrosesan data dengan masing-masing mempunyai kelebihan dan kekurangan.
- e. Pembersihan Data (*Cleaning*)

Pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat kita meng-*entry* data ke komputer
- f. Mengeluarkan Informasi

Disesuaikan dengan tujuan penelitian yang dilakukan.

4.7.2 Analisis Data

Setelah melalui tahapan pengolahan data, data kemudian dianalisis secara univariat dan bivariat.

- a. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya. Untuk data numerik digunakan nilai mean atau rata-rata, median dan standar deviasi. Pada umumnya dalam analisa ini hanya menghasilkan

distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010: 182). Pada penelitian ini variabel yang dideskripsikan melalui analisis univariat adalah variabel dependen yaitu kepatuhan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dan variabel independen yaitu dukungan keluarga. Untuk mencari persentase responden digunakan rumus :

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

- P : Persentase
 F : Jumlah skor
 N : Jumlah soal

b. Analisis Bivariat

Analisa bivariat yang dilakukan terhadap dua variabel yang di duga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012: 183). Analisa bivariat dilakukan untuk menganalisa hubungan variabel independen dengan variabel dependen yang dilakukan dengan pengujian statistik *Chi-square* dengan tingkat kemaknaan atau derajat kesalahan (α) 0,05 dan *Confidence Interval* 95% dengan menggunakan komputersasi. Untuk melihat korelasi variabel independen terhadap variabel dependen maka digunakan rumus sebagai berikut:

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Keterangan :

- X^2 = Nilai *Chi-square* yang dicari
 O = Observasi (yang diamati)
 E = Expected (nilai yang diharapkan)

Untuk mencari nilai X^2 tabel dengan rumus:

$$df = (k-1) (b-1)$$

Keterangan :

df = Derajat kebebasan

k = Banyaknya kolom

b = Banyaknya baris

Batas kemaknaan yang digunakan adalah 0,05. Pengambilan keputusan statistik dilakukan dengan membandingkan nilai p (*p value*) dan nilai α (0,05) dengan ketentuan:

1. Bila nilai $p \text{ value} < \text{nilai } \alpha$ (0,05), maka ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen (H_0 ditolak).
2. Bila nilai $p \text{ value} \geq \text{nilai } \alpha$ (0,05), maka tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen (H_0 diterima).

Analisis keeratan hubungan antara dua variabel tersebut, dengan melihat nilai *Odds Ratio* (OR). Besar kecilnya nilai OR menunjukkan besarnya keeratan hubungan antara dua variabel yang diuji.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1 Hasil Penelitian

Pada bab ini akan dibahas mengenai Hubungan Pengetahuan dengan Kecemasan Keluarga Klien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru yang dilaksanakan pada tanggal 4 Mei s/d 16 Mei 2018 terhadap 42 responden. Data hasil penelitian ini didapatkan melalui penyebaran kuesioner kepada responden.

5.1.1 Analisis Univariat

Analisis Univariat adalah analisa yang dilakukan untuk memperoleh data tentang karakteristik demografi responden yang meliputi umur, jenis kelamin, suku, agama, pendidikan terakhir, pekerjaan, penghasilan per bulan, hubungan dengan pasien, pengetahuan dan kecemasan. Adapun data yang telah diperoleh dalam penelitian ini sebagai berikut:

a. Umur

**Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur
di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru
Tahun 2018 (n=42)**

No	Klasifikasi Umur	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1	17-25	12	28,6
2	26-35	4	9,5
3	36-45	9	21,4
4	46-55	11	26,2
5	56-65	4	9,5
6	>65	2	4,8
	Jumlah	42	100

Berdasarkan tabel 5.1 mayoritas klasifikasi umur keluarga klien dengan perilaku kekerasan adalah berada pada rentang umur 17-25 tahun sebanyak 12 orang (28,6%).

b. Jenis Kelamin

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis
Kelamin Keluarga Klien Perilaku Kekerasan
di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru
Tahun 2018 (n=42)

No	Jenis Kelamin	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1	Laki-laki	20	47,6
2	Wanita	22	52,4
	Jumlah	42	100

Berdasarkan tabel 5.2 mayoritas jenis kelamin keluarga klien perilaku kekerasan adalah wanita sebanyak 22 orang (52,4%).

c. Suku

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Suku Keluarga Klien
Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan
Pekanbaru Tahun 2018 (n=42)

No	Suku	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1	Batak	8	19
2	Jawa	6	14,3
3	Melayu	15	35,7
4	Minang	12	28,6
5	Sasak	1	2,4
	Jumlah	42	100

Berdasarkan tabel 5.3 mayoritas suku keluarga klien perilaku kekerasan adalah suku melayu sebanyak 15 orang (35,7%).

d. Agama

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Agama Keluarga Klien
Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan
Pekanbaru Tahun 2018 (n=42)

No	Agama	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1	Islam	38	90,5
2	Katolik	1	2,4
3	Protestan	3	7,1
Jumlah		42	100

Berdasarkan tabel 5.4 mayoritas agama keluarga klien perilaku kekerasan adalah Islam sebanyak 38 orang (90,5%).

e. Pendidikan

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Keluarga
Klien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan
Pekanbaru Tahun 2018 (n=42)

No	Pendidikan	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1	Tidak Sekolah	1	2,4
2	SD	5	11,9
3	SMP	7	16,7
4	SMA	26	61,9
5	Perguruan Tinggi	3	7,1
Jumlah		42	100

Berdasarkan tabel 5.5 mayoritas pendidikan keluarga klien perilaku kekerasan adalah SMA sebanyak 26 orang (61,9%).

f. Pekerjaan

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Keluarga
Klien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan
Pekanbaru Tahun 2018 (n=42)

No	Pekerjaan	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1	Buruh	3	7,1
2	Ibu Rumah Tangga	13	31
3	Mahasiswa	3	7,1
4	Pedagang	4	9,5
5	Pegawai Negeri Sipil	4	9,5
6	Petani	2	4,8
7	Tidak Bekerja	2	4,8
8	Wiraswasta	11	26,2
	Jumlah	42	100

Berdasarkan tabel 5.6 mayoritas pekerjaan keluarga klien perilaku kekerasan adalah ibu rumah tangga sebanyak 13 orang (31%).

g. Penghasilan

Tabel 5.7
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Penghasilan
di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru
Tahun 2018 (n=42)

No	Penghasilan	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1	Rp <800.000	3	7,1
2	Rp 800.000-1500.000	14	33,3
3	Rp >1.500.000	25	59,5
	Jumlah	42	100

Berdasarkan tabel 5.7 mayoritas penghasilan keluarga klien perilaku kekerasan adalah Rp >1500.000 sebanyak 25 orang (59,5%).

h. Hubungan dengan pasien

Tabel 5.8
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan
Dengan Pasien di Rumah Sakit Jiwa Tampan
Pekanbaru Tahun 2018

No	Hubungan dengan Pasien	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1	Ayah	4	9,5
2	Ibu	7	16,7
3	Abang	1	2,4
4	Kakak	5	11,9
5	Adik	9	21,4
6	Suami	3	7,1
7	Istri	1	2,4
8	Paman	1	2,4
9	Bibi	1	2,4
10	Anak	8	19
11	Keponakan	1	2,4
12	Cucu	1	2,4
	Jumlah	42	100

Berdasarkan tabel 5.8 mayoritas hubungan keluarga dengan klien perilaku kekerasan adalah sebagai adik sebanyak 9 orang (21,4%).

i. Pengetahuan

Tabel 5.9
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan Keluarga
Klien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan
Pekanbaru Tahun 2018 (n=42)

No	Kategori Pengetahuan	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1	Baik	28	66,7
2	Cukup	10	23,8
3	Kurang	4	9,5
	Jumlah	42	100

Berdasarkan tabel 5.9 mayoritas pengetahuan keluarga klien perilaku kekerasan adalah termasuk kategori baik sebanyak 28 orang (66,7%).

j. Kecemasan

Tabel 5.10
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat
Kecemasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan
Pekanbaru Tahun 2018 (n=42)

No	Tingkat Kecemasan	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
1	Ringan	4	9,5
2	Sedang	16	38,1
3	Berat	22	52,4
	Jumlah	42	100

Berdasarkan tabel 5.10 mayoritas tingkat kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan adalah tingkat kecemasan berat sebanyak 22 orang (52,4%).

5.1.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisa yang dilakukan untuk menganalisa hubungan pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan yang dilakukan dengan pengujian statistik *Chi-square*. Hasil analisa Bivariat dari penelitian ini sebagai berikut:

Tabel 5.11
Hubungan Pengetahuan dengan Kecemasan Keluarga Klien Perilaku
Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Tahun 2018 (n=42)

Variabel Pengetahuan Keluarga	Tingkat Kecemasan						Total		<i>p</i> value
	Ringan		Sedang		Berat		F	%	
	F	%	F	%	F	%			
Baik	4	14,3%	11	39,3%	13	46,4%	28	100%	0,58
Cukup	0	0%	4	40%	6	60%	10	100%	
Kurang	0	0%	1	25%	3	75%	4	100%	
Total	4	9,5%	16	38,1%	22	52,4%	42	100%	

Berdasarkan tabel 5.11 dari 28 responden berpengetahuan baik ditemukan 14,3% (4 orang) memiliki tingkat kecemasan ringan, 39,9% (11 orang) memiliki tingkat kecemasan sedang dan 46,4% (13 orang) memiliki tingkat kecemasan berat. Sedangkan dari 10 orang responden yang berpengetahuan cukup ditemukan 40% (4 orang) memiliki tingkat kecemasan sedang dan 60% (6 orang) memiliki tingkat kecemasan berat. Sedangkan dari 4 orang responden berpengetahuan kurang ditemukan 25% (1 orang) memiliki tingkat kecemasan sedang dan 75% (3 orang) memiliki tingkat kecemasan berat.

Hasil uji statistik diperoleh nilai *p value* sebesar 0,58, nilai *p value* 0,58 tersebut \geq nilai α (0,05), secara statistik dapat disimpulkan bahwa H0 diterima yang berarti tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan tingkat kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan.

BAB 6

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah didapat maka peneliti membahas secara sistematis hasil analisa data univariat yang terdiri dari distribusi frekuensi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, hubungan dengan pasien, pengetahuan dan kecemasan. Untuk analisa bivariat, peneliti menggunakan uji statistik *chi-square* untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru.

6.1 Analisis Univariat

6.1.1 Data Umum

a. Umur

Berdasarkan hasil penelitian pada karakteristik umur dari 42 responden didapatkan hasil bahwa lebih banyak umur keluarga klien perilaku kekerasan berkisar pada rentang 17-25 tahun yaitu 12 orang (28,6%) . Umur merupakan salah satu domain penting yang mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang dalam hidupnya. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini merupakan bagian dari pengalaman dan kematangan jiwa (Notoatmodjo, 2010 dalam Arosa, Jumaini, Woferst, 2014).

Depkes RI (2009) menyatakan bahwa rentang umur 17-25 tahun termasuk dalam kategori remaja akhir. Remaja akhir memiliki kondisi emosi yang tidak meledak-ledak lagi melainkan relatif telah stabil. Bila menghadapi objek yang menyenangkan atau tidak menyenangkan remaja akhir tetap bersikap positif sesuai hasil pemikirannya sendiri. Bukan berarti remaja akhir ini tidak pernah bertengkar dengan orang lain. Bila terjadi bentrokan atau salah paham, remaja akhir ini akan menghadapi dengan tenang dan teratur sesuai dengan norma-norma yang berlaku (Sumini & Sundari, 2013). Selanjutnya pada masa remaja akhir ini mulai memunculkan peran sebagai orang dewasa dan lebih bertanggung jawab

(Patterson, 2008 dalam Rachmasari, 2015)

Peneliti berpendapat bahwa umur dalam kategori remaja akhir ini erat kaitannya dengan pengetahuan. Umur yang masih dalam rentang muda akan mampu menyerap informasi lebih cepat dan mampu mengingat informasi yang diberikan petugas kesehatan dalam merawat keluarga klien perilaku kekerasan, hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian bahwa mayoritas pengetahuan keluarga klien perilaku kekerasan adalah baik. Emosi dari kategori remaja akhir ini juga tidak mudah meledak, sehingga keluarga lebih sesuai dalam merawat klien dan menemani klien untuk berobat. Perilaku kekerasan memiliki gejala yang mudah mengamuk, sehingga keluarga dalam kategori remaja akhir akan mampu meredakan emosi klien perilaku kekerasan dan tidak mudah terpancing akan sikap klien itu sendiri. Walaupun remaja akhir memiliki emosi yang stabil namun bukan berarti mereka tidak memiliki rasa cemas, mereka tetap cemas dan khawatir jika sewaktu-waktu klien tiba-tiba memukul orang lain atau bahkan memukul diri sendiri.

b. Jenis kelamin

Berdasarkan hasil penelitian pada karakteristik jenis kelamin. Keluarga klien perilaku kekerasan lebih banyak berjenis kelamin wanita yaitu 22 orang responden (52,4%). Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Rondonuwu, Moningga dan Patani (2014:27) terhadap 42 responden bahwa mayoritas responden yang mengalami kecemasan berjenis kelamin wanita. Pada umumnya seorang laki-laki dewasa mempunyai mental yang kuat terhadap sesuatu hal yang dianggap mengancam bagi dirinya dibandingkan dengan seorang wanita (Sunaryo, 2004 dalam Rondonuwu, Moningga & Patani, 2014). Penelitian ini juga sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Dahro (2012) bahwa wanita biasanya lebih berminat terhadap masalah rumah tangga, kehidupan sehari-hari dan kejadian-kejadian yang berlangsung di sekitar rumah tangganya. Dengan demikian tepat kiranya bila wanita berfungsi sebagai teman klien dalam merawat kondisi klien perilaku kekerasan.

Wanita pada hakikatnya lebih sosial sesuai dengan kodrat alaminya dan disebabkan oleh banyak mengalami tantangan. Selain itu, wanita lebih banyak

tertarik pada kehidupan orang lain sebaliknya kaum pria lebih bersifat memikirkan diri sendiri dan lebih suka berpikir pada hal-hal yang rumit. Namun, ada kalanya pria mengarahkan diri pada keluarganya namun hal ini hanya berlangsung sesaat dan selanjutnya akan kembali memikirkan diri sendiri. Sementara wanita menyerahkan dirinya secara total pada keluarganya. Wanita biasanya lebih terbuka, perhatian, suka melindungi, memelihara dan mempertahankan yang dipengaruhi oleh sifat kelembutan.

Peneliti berpendapat bahwa wanita lebih sesuai untuk menemani klien berobat serta melakukan perawatan di rumah, karena sifat keibuan yang sudah tumbuh dalam diri wanita sehingga wanita lebih sabar dan perhatian ketika merawat klien perilaku kekerasan. Sifat lembut yang dimiliki oleh wanita memungkinkan klien perilaku kekerasan merasa dirinya lebih diakui keluarganya dan tidak meningkatkan stres bagi klien. Wanita juga lebih mampu membagi waktunya antara mengurus rumah dan keluarga, sedangkan laki-laki lebih fokus untuk mencari nafkah sehingga jarang bertemu anggota keluarganya.

c. Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian pada karakteristik pendidikan diperoleh hasil bahwa mayoritas pendidikan keluarga klien perilaku kekerasan adalah SMA. Pada penelitian ini sebanyak 26 orang responden (61,9%) memiliki latar belakang pendidikan SMA. Data demografi penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Ayub dan Wiguna (2004) dalam Simatupang (2010) dimana dalam penelitiannya dinyatakan bahwa salah satu hal yang paling penting bagi keluarga adalah mencari pengetahuan sebanyak-banyaknya tentang perilaku kekerasan sehingga keluarga memiliki keterampilan menghadapi gejala perilaku kekerasan. Penelitian ini sejalan dengan data demografi dari penelitian Ulfah (2010) dengan jumlah responden 30 orang. Hasil penelitian Ulfah (2010) diketahui masih ada keluarga yang memiliki pendidikan yang tinggi tetapi mengalami kecemasan berat, hal ini mungkin terjadi karena semakin seseorang tahu akan penyakitnya maka seseorang atau keluarga akan semakin mengalami kecemasan.

Ulfah (2010:94-95) menyatakan tingkat kecemasan erat kaitannya dengan tingkat pendidikan seseorang dimana seseorang akan dapat mencari informasi atau

menerima informasi dengan baik sehingga akan cepat mengerti akan kondisi dan keparahan penyakitnya dan dengan keadaan yang seperti ini akan menyebabkan peningkatan kecemasan pada orang tersebut ataupun keluarganya. Penelitian ini didukung oleh teori dari Notoadmojo (2003) dalam Simatupang (2010) yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pendidikan adalah pengetahuan. Pada umumnya pendidikan itu akan mempertinggi taraf intelegensia individu tersebut. Semakin meningkat tingkat pendidikan seseorang maka akan memotivasi dirinya untuk hidup sehat dan lebih baik.

Peneliti berpendapat bahwa pendidikan SMA sudah memasuki jenjang pendidikan yang cukup tinggi sehingga informasi yang didapatkan pun sudah cukup banyak. Pendidikan yang baik akan membawa pengetahuan yang baik pula sehingga keluarga mengetahui cara merawat keluarga klien perilaku kekerasan.

d. Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian pada karakteristik pekerjaan didapatkan hasil bahwa pekerjaan keluarga klien perilaku kekerasan dengan jumlah terbanyak yaitu ibu rumah tangga sebanyak 13 orang responden (31%). Aktivitas perempuan sehari-hari dapat mempengaruhi kualitas hidup yang dimiliki. Secara tidak langsung pekerjaan turut mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang (Asih, 2017:79-80). Penelitian ini sesuai dengan data demografi penelitian yang dilakukan oleh Asih (2017) terhadap 88 responden yaitu pekerjaan terbanyak adalah ibu rumah tangga. Dapat diketahui bahwa seorang ibu rumah tangga memungkinkan mereka mempunyai waktu untuk mencari informasi kesehatan sehingga informasi yang dimiliki pun akan cukup. Dengan demikian informasi yang didapatkan akan menambah pengetahuan. Penelitian ini juga sejalan dengan teori Darmojo & Hadi (2006) dalam Asih (2017) bahwa seorang perempuan sebagai ibu rumah tangga yang mempunyai aktivitas sosial di luar rumah akan lebih banyak mendapat informasi baik misalnya dari teman nya yang sudah bekerja atau teman dalam aktivitas sosial.

Peneliti berpendapat bahwa ibu rumah tangga lebih banyak menghabiskan waktu di rumah sehingga lebih mampu mengawasi dan merawat keluarganya yang sedang mengalami masalah kesehatan jiwa. Ibu rumah tangga lebih banyak

berinteraksi dengan anggota keluarganya sehingga keluhan-keluhan anggota keluarganya dapat diterima dan juga dapat saling bertukar informasi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa pekerjaan sebagai ibu rumah tangga lebih dominan dibandingkan pekerjaan yang lainnya.

e. Penghasilan

Berdasarkan hasil penelitian pada karakteristik penghasilan per bulan mayoritas keluarga klien perilaku kekerasan yang merawat klien berpenghasilan Rp >1.500.000 sebanyak 25 responden (59,5%). Penghasilan tersebut merupakan penghasilan tertinggi dibandingkan dengan 2 penghasilan dibawahnya yaitu Rp 800.000-1.500.000 dan Rp <800.000. Data demografi penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pramana, Elita & Dewi (2017) terhadap 81 responden. Pramana, Elita & Dewi (2017:329-330) menyatakan tingkat ekonomi mempunyai peranan penting dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan jiwa. Keluarga mengatakan bahwa untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan membutuhkan biaya, baik biaya untuk mengunjungi tempat pelayanan, biaya administrasi maupun biaya pembelian obat. Pendapatan keluarga pasien yang tinggi akan dengan mudah memanfaatkan pelayanan kesehatan ke RSJ Tampan Provinsi Riau. Keluarga dengan pendapatan tinggi akan mudah mencegah kekambuhan pada pasien dikarenakan ada biaya untuk ongkos, dan akan mudah melakukan kontrol ulang kembali.

Keluarga dengan penghasilan tinggi memiliki kepedulian dan cara menentukan asuhan keperawatan yang diperlukan oleh anggota keluarga yang mengalami Perilaku Kekerasan. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Friedman bahwa yang dapat mempengaruhi peran keluarga antara lain perbedaan kelas sosial, bentuk keluarga, pengaruh kebudayaan/etnik, tahap perkembangan keluarga, dan model peran (Wijayanti, Sari & Hadi, 2016:8). Vijay (2005) dalam simatupang (2010:53) juga menyatakan bahwa perawatan yang dibutuhkan penderita perilaku kekerasan menimbulkan dampak yang besar bagi keluarga, yaitu dampak ekonomi yang ditimbulkan berupa hilangnya hari produktif untuk mencari nafkah bagi penderita maupun keluarga yang harus merawat serta tingginya biaya perawatan yang harus ditanggung.

Peneliti berpendapat bahwa dari hasil penelitian diperoleh penghasilan keluarga yang merawat klien perilaku kekerasan yaitu Rp >1.500.000 ini sesuai dengan kondisi yang saat ini sedang dialami oleh keluarga klien perilaku kekerasan, dimana keluarga harus mengeluarkan dana untuk biaya merawat klien perilaku kekerasan mulai dari tingginya biaya perawatan, biaya psikoterapi, terapi psikososial dan rehabilitasi yang harus ditanggung keluarga dalam masa penyembuhan klien sehingga perawatan tetap terus berlanjut.

f. Hubungan dengan pasien

Berdasarkan hasil penelitian pada karakteristik hubungan dengan pasien. Hubungan keluarga dengan klien perilaku kekerasan terbanyak adalah sebagai adik yaitu 9 orang responden (21,4%). Penelitian ini sejalan dengan teori Furman, dkk 1989 dalam Rachmasari (2015) bahwa hubungan antara adik dan kakak atau hubungan antar saudara tersebut mengandung unsur persahabatan, perilaku saling menolong, saling memiliki kesamaan, adanya pengasuhan terhadap saudara, penuh kehangatan, dan saling mendukung satu sama lain.

Peneliti berpendapat bahwa adik lebih banyak memiliki waktu bersama kakaknya, mereka saling bercerita mengenai kondisi fisik maupun psikisnya. Kebanyakan individu hanya berani mengungkapkan perasaannya pada saudaranya atau adiknya. Kesibukan dari orang tua mereka bekerja juga menjadi salah satu faktor tidak dapat menemani klien perilaku kekerasan untuk mengontrol kesehatannya atau menjalani pengobatan rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Tampan.

g. Pengetahuan

Berdasarkan hasil penelitian pada karakteristik pengetahuan menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki pengetahuan baik yaitu 28 orang responden (66,7%). Hal ini membuktikan bahwa sudah lebih dari setengah responden memiliki pengetahuan yang baik tentang perilaku kekerasan. Hasil penelitian ini sejalan dengan variabel pengetahuan pada penelitian Simatupang (2010) terhadap 32 responden bahwa hasil penelitian Simatupang (2010) menyatakan mayoritas tingkat pengetahuan keluarga dalam kategori baik yaitu 90,6% responden dan tingkat pengetahuan ini diperoleh dari tingkat pendidikan.

Penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Asih (2017) terhadap 88 responden bahwa hasil penelitian Asih (2017) menyatakan bahwa pengalaman juga merupakan faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan, pengalaman yang nantinya melekat menjadi pengetahuan pada individu dan semakin banyak pengalaman tentunya pengetahuan yang didapat juga semakin banyak (Asih, 2017). Hal tersebut dapat dikaitkan dengan teori Notoatmodjo (2012) yaitu pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.

Peneliti berpendapat jika pengetahuan keluarga itu baik maka akan semakin baik tindakan keluarga untuk merawat klien perilaku kekerasan, keluarga mengetahui cara menjaga kesehatan anggota keluarganya.

h. Kecemasan

Berdasarkan hasil penelitian pada karakteristik kecemasan mayoritas responden memiliki kecemasan berat yaitu 22 orang responden (52,4%). Hasil penelitian ini sejalan dengan variabel penelitian Ulfah (2010) terhadap 30 responden bahwa hasil penelitian Ulfah (2010) menyatakan mayoritas kecemasan keluarga dalam kategori kecemasan berat yaitu 18 responden (56,67%). Keluarga yang memiliki anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan jiwa tentunya makin merasa cemas karena bagi sebagian masyarakat memiliki keluarga yang menderita gangguan jiwa merupakan suatu hal yang buruk sehingga keluarga merasa malu, merasa tidak dihargai, tidak lagi diterima oleh masyarakat.

Keluarga yang memiliki anggota keluarga mengalami masalah kesehatan jiwa, serta menunjukkan perilaku yang mengganggu lingkungan disekitarnya dan telah berlangsung lama, keluarga akan cenderung merasa bersalah, merasa tidak lagi dihargai, dan tidak diterima oleh masyarakat disekitarnya, sehingga keluarga menjadi cemas, apabila keluarga tidak dapat mengatasi kecemasan ini maka makin berkembang menjadi kecemasan berat, dimana kecemasan berat sangat mengurangi lapang persepsi individu, individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik dan tidak berfikir tentang hal lain sehingga memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain (Ulfah, 2010).

Peneliti berpendapat bahwa kecemasan begitu sangat dirasakan oleh

keluarga klien perilaku kekerasan. Keluarga cemas jika sewaktu-waktu klien akan melakukan tindakan kekerasan seperti memukul anggota keluarganya atau orang lain. Hal ini juga menjadi sebuah tantangan untuk pendidikan keperawatan agar dapat menambah pengetahuannya tentang cara mengatasi kecemasan sehingga keluarga dapat merawat klien dengan baik.

6.2 Analisis Bivariat

6.2.1 Data Khusus

a. Hubungan Pengetahuan dengan Kecemasan Keluarga Klien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi-square* antara pengetahuan dengan kecemasan diperoleh nilai *p value* sebesar 0,58, nilai *p value* 0,58 tersebut \geq nilai α (0,05), secara statistik dapat disimpulkan bahwa hipotesis nol (H_0) diterima yang berarti tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan tingkat kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan. Hal ini dapat disebabkan karena mayoritas responden memiliki pengetahuan yang baik tentang perilaku kekerasan namun mereka masih mengalami kecemasan yang berat.

Penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian Ulfah (2010) dengan judul Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kecemasan Keluarga pada Klien Halusinasi di BPRS Dadi Makassar terhadap 30 responden yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan. Selain pengetahuan, ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan seseorang yaitu usia, nilai budaya dan spiritual, pendidikan, keadaan fisik, respon koping, dukungan sosial, tahap perkembangan dan pengalaman masa lalu (Stuart dan Sundeen, 2000 dalam Suhaidah, 2013). Kecemasan yang terjadi pada seseorang tidak sama pada beberapa situasi. Kecemasan yang terjadi dipengaruhi oleh salah satu faktor yaitu faktor ancaman terhadap integritas diri yang meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar seperti penyakit fisik dan menilai kecemasan sebagai pengalaman yang mungkin didasarkan atas situasi yang terjadi (Stuart & Sundeen, 2007 dalam Asih, 2017).

Suliswati (2005) dalam Ulfah (2010) menyatakan seorang individu dapat

menanggulangi kecemasan dengan adanya sumber koping yang diantaranya adalah aset ekonomi, kemampuan dalam memecahkan masalah, dukungan sosial budaya yang diyakini. Bila individu mengalami kecemasan, maka ia akan meniadakan kecemasan dengan mengembangkan pola kopingnya. Walaupun individu memiliki pengetahuan yang baik tetapi tetap mengalami kecemasan berat, hal ini disebabkan karena beberapa hal yaitu ketidakmampuan keluarga dalam kontrol kognitif, mekanisme koping masih kurang dan ia tak mampu memecahkan masalah yang terjadi pada anggota keluarganya.

Peneliti berpendapat bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kecemasan karena timbulnya perilaku kekerasan yang tidak dapat diprediksi menyebabkan sepanjang waktu keluarga tetap merasakan kecemasan. Selain itu, kecemasan juga tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuannya saja namun ada faktor lain seperti pengalaman masa lalu. Karena walaupun keluarga klien perilaku kekerasan memiliki pengetahuan yang baik tentang perilaku kekerasan namun keluarga memiliki pengalaman pernah dipukul oleh klien maka keluarga tersebut tetap mengalami kecemasan saat klien mengamuk. Memiliki anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan jiwa akan menimbulkan banyak kecemasan diantaranya cemas mendengar stigma dari masyarakat, cemas akan pikiran sendiri jika anggota keluarganya tidak kunjung sembuh dan cemas akan kehilangan kebersamaan dengan anggota keluarganya. Setiap individu pasti akan merasakan cemas karena itu hal yang bersifat normal.

Semakin banyak seseorang itu tahu maka semakin banyak mengetahui efek samping dari perilaku kekerasan dan hal itu menimbulkan kecemasan. Sehingga keluarga klien perilaku kekerasan perlu mengetahui cara mengatasi kecemasan dengan memperoleh promosi kesehatan dari pihak Rumah Sakit Jiwa khususnya dari bagian keperawatan.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan pada keluarga klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan, maka kesimpulan dari penelitian ini sebagai berikut:

- 7.1.1 Pengetahuan keluarga klien perilaku kekerasan mayoritas adalah kategori baik sebanyak 28 orang (66,7%).
- 7.1.2 Kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan mayoritas adalah tingkat kecemasan berat sebanyak 22 orang (52,4%).
- 7.1.3 Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai *p value* sebesar 0,58, nilai *p value* 0,58 tersebut \geq nilai α (0,05) dapat disimpulkan bahwa H_0 diterima yang berarti tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan tingkat kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan.

7.2 Saran

7.2.1 Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru

Untuk Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru diharapkan dapat memberikan promosi kesehatan mengenai cara mengatasi kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan.

7.2.2 Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan bagi pendidikan keperawatan agar dapat menambah pengetahuannya tentang cara mengatasi kecemasan sehingga keluarga dapat merawat klien dengan baik.

7.2.3 Peneliti Selanjutnya

Untuk peneliti selanjutnya diharapkan untuk menambahkan variabel independen lainnya seperti pendidikan, dukungan sosial dan pengalaman masa lalu.

DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, Komang A.H. 2010. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : Sagung Seto
- Alias., Hartati., Indirawaty. 2013. *Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Terhadap Pasien Perilaku Kekerasan Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan*. Diperoleh pada tanggal 25 Januari 2018 dari <http://ejournal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/download/3/2/>
- Andarmoyo, Sulistyono. 2012. *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Arosa, F. A., Jumaini., Woferst, R. 2014. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang Hemodialisa Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Yang Anggota Keluarganya Menjalani Terapi Hemodialisa*. Diperoleh pada tanggal 19 Januari 2018 dari <https://media.neliti.com/media/publications/185244-ID-hubungan-tingkat-pengetahuan-keluarga-te.pdf>
- Asih, D. A. 2017. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Tingkat Kecemasan Pada Perempuan Menopause Di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Ciputat Tangerang Selatan*. Diperoleh pada tanggal 19 Mei 2018 dari <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/35982/1/Deta%20Amelia%20Asih-FKIK.pdf>
- Dahro, Ahmad. 2012. *Psikologi Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika
- Dalami, E., Suliswati, Rochimah, Suryati, K. R & Lestari, W., 2009. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa*. Jakarta: Trans Info Media.
- Dalami, E., Suliswati, Farida, P., Rochimah & Banon, E., 2009. *Asuhan Keperawatan Jiwa Dengan Masalah Psikososial*. Jakarta: Trans Info Media
- Depkes RI. 2009. *Kategori Umur*. Diperoleh pada tanggal 12 Mei 2018 dari <https://yhantiaritra.wordpress.com/2015/06/03/kategori-umur-menurut-depk-es/>
- Dharma, K. K. 2015. *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media
- Direja, Ade H.S. 2011. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta :Nuha Medika
- Efendy, F. & Makhfudli . 2013. *Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Jakarta :

Salemba Medika.

Effendy, Nasrul. 2012. *Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC

Friedman, Marilyn M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC

Halida, N., Dewi, E. I., Rasni, H. 2016. *Pengalaman Keluarga Dalam Pemenuhan Kebutuhan Perawatan Diri Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Dengan Pasung Di Kecamatan Ambulu Kabupaten Jember*. Diperoleh pada tanggal 25 Januari 2018 dari <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=431511>

Hidayat, AA. 2011. *Metode Penelitian Kebidanan & Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika

Iswanti, D. I., Priharsanti, C. L. 2013. *Hubungan Ekspresi Emosi Keluarga Dengan Perilaku Kekerasan Pada Klien Di Instalasi Gawat Darurat Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2013*. Diperoleh pada tanggal 25 Januari 2018 dari <http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/1138/1192>

Lubis, N., Krisnani, H., Fedryansyah, M. 2014. *Pemahaman Masyarakat Mengenai Gangguan Jiwa Dan Keterbelakangan Mental*. Diperoleh tanggal 19 Januari 2018 dari <http://jurnal.unpad.ac.id/share/article/download/13073/5958>

Manurung, Nixson. 2016. *Terapi Reminiscence*. Jakarta: Trans Info Media.

Mubarak, W.I. 2011. *Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.

Mubin, M. F., Andriani. T. 2013. *Gambaran Tingkat Stres Pada Keluarga Yang Memiliki Penderita Gangguan Jiwa Di Rsud Dr. H. Soewondo Kendal*. Diperoleh pada tanggal 19 Januari 2018 dari <http://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/898>

Muhith, Abdul. 2015. *Pendidikan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Andi Offset

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

Padila. 2012. *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika

- Pramana, Elita, Veny., Dewi, P. A. 2017. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Motivasi Keluarga Dalam Mencegah Kekambuhan Pada Klien Gangguan Jiwa*. Diperoleh pada tanggal 19 Mei 2018 dari <https://jom.unri.ac.id/index.php/JOMPSIK/article/download/19091/18452>
- Rachmasari, Finy. 2015. *Hubungan Antar Saudara Pada Remaja Yang Tinggal Terpisah Dengan Saudara Kandung (Studi Pada Keluarga Bercerai*. Diperoleh pada tanggal 20 Mei 2016 dari <http://repository.unair.ac.id/26523/8/26523-ilovepdf-compressed.pdf>
- Riskesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Diperoleh pada tanggal 18 Januari 2018 dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf>
- Rondonuwu, R., Moningka, L., Patani, R. 2014. *Hubungan Pengetahuan Dengan Tingkat Kecemasan Pada Klien Pre Operasi Katarak Di Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Manado*. Diperoleh pada tanggal 20 Mei 2018 dari <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=402151&val=6851&title=HUBUNGAN%20PENGETAHUAN%20DENGAN%20TINGKAT%20KECEMASAN%20PADA%20KLIEN%20PRE%20OPERASI%20KATARAK%20DI%20BALAI%20KESEHATAN%20MATA%20MASYARAKAT%20>
- Saragih, S., Jumaini., Indriati, G. 2014. *Gambaran Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Tentang Perawatan Klien Risiko Perilaku Kekerasan Di Rumah*. Diperoleh tanggal 1 Februari 2018 dari <http://www.e-jurnal.com/2016/11/gambaran-tingkat-pengetahuan-dan-sikap.html>
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Setiadi. 2013. *Konsep Dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Setiawati, Santun., dan Dermawan A.C. 2008. *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : Trans Info Media
- Setyosari, Punaji. 2013. *Pendidikan dan Pengembangan*. Jakarta: Prenadamedia Group
- Simatupang, Marsono. 2010. *Hubungan Pengetahuan Keluarga tentang Perilaku Kekerasan dengan Kesiapan Keluarga dalam Merawat Pasien di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provsu Medan*. Diperoleh pada tanggal 26 Februari 2018 dari http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/17321/browse?rpp=85&sort_by=1&type=title&offset=648&etal=1&order=ASC

- Suhaidah, Dede. 2013. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Tingkat Kecemasan Perempuan Dalam Menghadapi Menopause Di Wilayah Kerja Puskesmas Kelurahan Pulo Gebang Jakarta Timur*. Diperoleh pada tanggal 19 Mei 2018 dari <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25846/1/dedeh%20suhaidah-fkik.pdf>
- Sumiati, Dinarti, Nurhaeni, H., Aryani, R. 2009. *Kesehatan Jiwa Remaja Dan Konseling*. Jakarta: Trans Info Media
- Sundari, Siti., dan Rumini, Sri. 2013. *Perkembangan Anak Dan Remaja*. Jakarta: Rineka Cipta
- Suryaningrum, S., Wardan, I. Y. 2013. *Hubungan Antara Beban Keluarga Dengan Kemampuan Keluarga Merawat Klien Perilaku Kekerasan Di Poliklinik Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor*. Diperoleh pada tanggal 25 Januari 2018 dari <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=137409&val=5090>
- Ulfah. 2010. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kecemasan Keluarga Pada Klien Halusinasi Di Badan Pengelola Rumah Sakit Dadi Makassar*. Diperoleh pada tanggal 18 Mei 2018 dari <http://repositori.uin-alauddin.ac.id/3469/1/ULFAH.pdf>
- Wawan, D., Dewi. 2010. *Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Wijayanti, D. Y., Sari, S. P., Hadi, R. 2016. *Dukungan Keluarga Dan Kekambuhan Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Rsjd Dr. Amino Gondohutomo Propinsi Jawa Tengah*. Diperoleh pada tanggal 1 Februari 2018 dari <http://ejurnal.poltekkesjakarta3.ac.id/index.php/JITEK/article/view/173>
- Yosep, Iyus. 2013. *Keperawatan Jiwa*. Bandung : Refika Aditama

Lampiran 1. Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN
PROPOSAL SKRIPSI MAHASISWA PROGRAM STUDI DIV KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RIAU
T.A 2017/2018

Nama :

NIM :

Judul :
.....

Pembimbing Utama :

Pembimbing Pendamping :

Penguji : 1.
2.

No	Tanggal Konsultai	Hal/Bab Yang Dikonsulkan	Hasil Konsultasi	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing Utama/Pemb.1	Paraf Pembimbing Pendamping/Pemb.2

--	--	--	--	--	--	--

No	Tanggal Konsultasi	Hal/Bab Yang Dikonsulkan	Hasil Konsultasi	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing Utama/Pemb.1	Paraf Pembimbing Pendamping/Pemb.2

Pekanbaru,..... 2018

Pembimbing Utama,

Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep

NIP.197407252002122003

Lampiran 2. Lembar Usulan Seminar Proposal

LEMBAR USULAN SEMINAR PROPOSAL

Nama : Sri Atun
Nim : PO711430114 031
Judul Proposal : Hubungan pengetahuan dengan kecemasan keluarga
klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa
Tampan Pekanbaru Tahun 2018
Pembimbing Utama : Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep
Pembimbing Pendamping : H. R. Sakhnan, SKM, M.Kes
Penguji : 1. Idayanti, S.Pd, M.Kes
2. Hj. Masnun, SST, S.Kep, M.Biomed
Hari/Tanggal : Senin/5 Maret 2018
Waktu/Pukul : 10.00 s/d 11.00 WIB
Ruangan : Ruang 2

Pekanbaru, Februari 2018

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep
NIP. 197407252002122003

H. R. Sakhnan, SKM, M.Kes
NIP. 196910221994032002

Koordinator Mata Ajar Skripsi

Ns. Dewi Sartika, S.Kep, M.Kep
NIP. 198410272015032002

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Nama : Sri Atun
Nim : PO711430114 031
Judul Skripsi : Hubungan pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018

“Skripsi ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Skripsi Poltekkes Kemenkes Riau”

Pekanbaru, 25 Mei 2018

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Ns. Usraleli, S.Kep., M.Kep
NIP. 197407252002122003

H. R. Sakhnan, SKM., M.Kes
NIP. 196406091989031003

Ketua Jurusan Keperawatan

Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep., M.Kep
NIP. 197410081997032001



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLTEKES KEMENKES RIAU
PRODI DIV KEPERAWATAN PEKANBARU**



Jl. Melur No, 103 Pekanbaru Kode Pos.28122 Tlp : (0761) 20656

E-mail : poltekkespekanbaru@yahoo.com Website : www.poltekkesriau.ac.id

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth :

Saudara/i/Bapak/Ibu Responden Penelitian

Di – tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sri Atun

NIM : PO711430114 031

Jurusan : DIV Keperawatan

Alamat : Jl. Sukamaju Km 8, Rumbai

Akan melakukan penelitian dengan judul “Hubungan pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018”. Untuk itu peneliti meminta Saudara/i/Bapak/Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

Penelitian ini semata-mata bertujuan untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak akan menimbulkan kerugian bagi responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya untuk kepentingan penelitian.

Maka dengan ini peneliti mohon kesediaan Saudara/i/Bapak/Ibu untuk menandatangani lembar persetujuan ini dan menjawab pertanyaan yang telah saya buat pada lembar pertanyaan. Atas perhatian Saudara/i/Bapak/Ibu sebagai responden, peneliti mengucapkan terima kasih.

Pekanbaru, Mei 2018

Sri Atun
NIM. PO711430114 031



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLTEKES KEMENKES RIAU
PRODI DIV KEPERAWATAN PEKANBARU**



Jl. Melur No, 103 Pekanbaru Kode Pos.28122 Tlp : (0761) 20656

E-mail : poltekkespekanbaru@yahoo.com Website : www.poltekkesriau.ac.id

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi responden di dalam penelitian yang diajukan oleh Saudari Sri Atun Mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau yang diajukan sebagai salah satu kegiatan dalam menyelesaikan tugas akhir Jurusan Keperawatan.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Untuk bermanfaatnya penelitian ini saya berjanji akan memberikan jawaban dengan sejujur-jujurnya.

Pekanbaru, Mei 2018
Responden



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLTEKKES KEMENKES RIAU
PRODI DIV KEPERAWATAN PEKANBARU



Jl. Melur No, 103 Pekanbaru Kode Pos.28122 Tlp : (0761) 20656
E-mail : poltekkespekanbaru@yahoo.com Website : www.poltekkesriau.ac.id

KUESIONER PENELITIAN

HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN KECEMASAN KELUARGA
KLIEN PERILAKU KEKERASAN DI RUMAH SAKIT JIWA TAMPAN
PEKANBARU TAHUN 2018

No. Responden :

Petunjuk pengisian :

Jawablah pertanyaan di bawah sesuai dengan keadaan Saudara/i sebenarnya dengan memberikan tanda checklist (✓) dalam kurung di samping pilihan jawaban dan mengisi pada isian titik-titik yang telah tersedia.

I. Identitas Responden

1. Umur : tahun

2. Jenis kelamin
 - 1. Pria
 - 2. Wanita

3. Suku
 - 1. Batak
 - 2. Jawa
 - 3. Melayu
 - 4. Minang
 - 5. Lain-lain, sebutkan...

4. Agama

- 1. Islam
- 2. Protestan
- 3. Katolik
- 4. Budha
- 5. Hindu

5. Pendidikan Terakhir

- 1. Tidak sekolah
- 2. SD
- 3. SMP
- 4. SMA
- 5. Perguruan Tinggi

6. Pekerjaan

- 1. Tidak Bekerja
- 2. Pegawai Negeri Sipil
- 3. Wiraswasta
- 4. Ibu rumah tangga
- 5. Lain-lain, sebutkan...

7. Penghasilan keluarga per bulan

- 1. < Rp800.000
- 2. Rp 800.000-1.500.000
- 3. Rp > 1.500.000

8. Hubungan dengan pasien

- 1. Ayah
- 2. Ibu
- 3. Abang
- 4. Kakak
- 5. Adik
- 6. Lain-lain, sebutkan...

II. Hubungan pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru.

a. Pengetahuan keluarga

NO	DEFINISI PERILAKU KEKERASAN	BENAR	SALAH
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.		
3	Perilaku kekerasan adalah tindakan untuk mengungkapkan perasaan kesal atau marah.		
4	Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana seseorang melakukan tindakan yang dapat membahayakan dirinya sendiri		

NO	PENYEBAB PERILAKU KEKERASAN	BENAR	SALAH
5	Frustrasi adalah salah satu penyebab kekerasan.		
6	Masyarakat juga berpengaruh pada perilaku kekerasan apabila individu menyadari bahwa kebutuhan dan keinginan mereka tidak dapat terpenuhi.		
7	Sindroma otak organik terbukti sebagai faktor predisposisi perilaku agresif dan tindak kekerasan.		
8	Pada dasarnya manusia itu mempunyai kebutuhan untuk dihargai.		

NO	TANDA DAN GEJALA PERILAKU KEKERASAN	BENAR	SALAH
9	Pasien perilaku kekerasan cenderung mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.		
10	Gejala yang timbul pada pasien perilaku kekerasan adalah bicara kasar, suara tinggi, menjerit atau berteriak.		
11	Ciri khas pasien perilaku kekerasan adalah murka merah dan tegang, pandangan tajam dan suka mengepal tangan.		
12	Pasien suka melempar atau memukul benda dan orang lain.		

NO	CARA MENGONTROL PERILAKU KEKERASAN	BENAR	SALAH
13	Salah satu upaya untuk mengatasi perilaku kekerasan adalah dengan cara tarik nafas dalam dan pukul kasur atau bantal.		
14	Untuk mengurangi resiko perilaku kekerasan keluarga dapat melatih pasien cara bicara yang baik bila sedang marah.		
15	Keluarga tidak perlu mengajari pasien cara mengungkapkan perasaan marah dengan baik dan benar.		
16	Keluarga harus menganjurkan pasien untuk minum obat sesuai dengan prinsip 5 benar yaitu : benar obat, benar pasien, benar dosis, benar waktu, benar pemakaian.		

b. Kecemasan

Nomor Responden :

Nama Responden :

Tanggal Pemeriksaan :

Skor : 0 = Tidak ada

1 = Ringan

2 = Sedang

3 = Berat

Total Skor : kurang dari 6 = Tidak ada kecemasan

7-14 = Kecemasan ringan

15-27 = Kecemasan sedang

lebih dari 27 = Kecemasan berat

No	Pertanyaan	0	1	2	3
1.	Perasaan Ansietas - Cemas - Firasat buruk - Takut akan pikiran sendiri - Mudah tersinggung				

2.	<p>Ketegangan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merasa tegang - Lesu - Tak bisa istirahat tenang - Mudah terkejut - Mudah menangis - Gemetar - Gelisah 				
3.	<p>Ketakutan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada gelap - Pada orang asing - Ditinggal sendiri - Pada binatang besar - Pada keramaian lalu lintas - Pada kerumunan orang banyak 				
4.	<p>Gangguan Tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sukar masuk tidur - Terbangun malam hari - Tidak nyenyak - Bangun dengan lesu - Banyak mimpi-mimpi - Mimpi buruk - Mimpi menakutkan 				
5.	<p>Gangguan Kecerdasan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sukar konsentrasi - Daya ingat buruk 				
6.	<p>Perasaan Depresi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hilangnya minat - Berkurangnya kesenangan pada hobi - Sedih - Bangun dini hari - Perasaan berubah-ubah sepanjang hari 				

7.	<p>Gejala Somatik (Otot)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sakit dan nyeri di otot-otot - Kaku - Kedutan otot - Gigi gemerutuk - Suara tidak stabil 				
8.	<p>Gejala Somatik (Sensorik)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tinitus - Penglihatan kabur - Muka merah atau pucat - Merasa lemah - Perasaan ditusuk-tusuk 				
9.	<p>Gejala Kardiovaskuler</p> <ul style="list-style-type: none"> - Takhikardia (nadi cepat) - Berdebar - Nyeri di dada - Denyut nadi mengeras - Perasaan lesu/lemas seperti mau pingsan - Detak jantung menghilang (berhenti sekejap) 				
10.	<p>Gejala pernapasan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rasa tertekan atau sempit di dada - Perasaan tercekik - Sering menarik napas - Napas pendek/sesak 				
11.	<p>Gejala Gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sulit menelan - Perut melilit - Gangguan pencernaan - Nyeri sebelum dan sesudah makan - Perasaan terbakar di perut - Rasa penuh atau kembung - Mual 				

	<ul style="list-style-type: none"> - Muntah - Buang air besar lembek - Kehilangan berat badan - Sukar buang air besar (konstipasi) 				
12.	<p>Gejala Urogenital</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sering buang air kecil - Tidak dapat menahan air seni - <i>Amenorrhea</i> (tidak haid) - <i>Menorrhagia</i> (haid berlebihan) - Menjadi dingin (frigid) - Ejakulasi praecoeks - Ereksi hilang - Impotensi 				
13.	<p>Gejala Otonom</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulut kering - Muka merah - Mudah berkeringat - Pusing, sakit kepala - Bulu roma berdiri 				
14.	<p>Tingkah Laku Pada Wawancara</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gelisah - Tidak tenang - Jari gemetar - Kerut kening - Muka tegang - Tonus otot meningkat - Napas pendek dan cepat - Muka merah 				

Skor Total =

LEMBAR USULAN SEMINAR SKRIPSI

Nama : Sri Atun
Nim : PO711430114 031
Judul Skripsi : Hubungan pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018
Pembimbing Utama : Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep
Pembimbing Pendamping : H. R. Sakhnan, SKM, M.Kes
Penguji : 1. Idayanti, S.Pd, M.Kes
2. Hj. Masnun, SST, S.Kep, M.Biomed
Hari/Tanggal : Senin/28 Mei 2018
Waktu/Pukul : 09.00 s/d 10.00 WIB
Ruangan : Ruang 2

Pekanbaru, 25 Mei 2018

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep
NIP. 197407252002122003

H. R. Sakhnan, SKM, M.Kes
NIP. 196406091989031003

Koordinator Mata Ajar Skripsi

Ns. Dewi Sartika, S.Kep, M.Kep
NIP. 198410272015032002

MASTER TABEL
HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN KECEMASAN KELUARGA KLIEN PERILAKU KEKERASAN
DI RUMAH SAKIT JIWA TAMPAN PEKANBARU TAHUN 2018

NO	UMUR	JENIS KELAMIN	SUKU	AGAMA	PEND TERAKHIR	PEKERJAAN	PENGHASILAN PER BULAN	HUB DGN PASIEN
1	30	WANITA	JAWA	ISLAM	SMA	WIRASWASTA	Rp 800.000-1.500.000	KAKAK
2	46	WANITA	MELAYU	ISLAM	SMA	IBU RUMAH TANGGA	Rp > 1.500.000	ADIK
3	25	WANITA	MINANG	ISLAM	SMA	IBU RUMAH TANGGA	Rp 800.000-1.500.000	KAKAK
4	36	PRIA	MINANG	ISLAM	SMA	WIRASWASTA	Rp > 1.500.000	SUAMI
5	48	PRIA	MINANG	ISLAM	SMA	WIRASWASTA	Rp > 1.500.000	SUAMI
6	23	PRIA	MELAYU	ISLAM	SMA	MAHASISWA	Rp > 1.500.000	ADIK
7	35	PRIA	BATAK	KATOLIK	SMA	WIRASWASTA	Rp > 1.500.000	ADIK
8	48	PRIA	MELAYU	ISLAM	SMP	PEDAGANG	Rp 800.000-1.500.000	ABANG
9	58	WANITA	MINANG	ISLAM	SMP	IBU RUMAH TANGGA	Rp > 1.500.000	IBU
10	34	PRIA	JAWA	ISLAM	SMA	WIRASWASTA	Rp > 1.500.000	ADIK
11	23	PRIA	MINANG	ISLAM	SMA	WIRASWASTA	Rp > 1.500.000	KAKAK
12	69	PRIA	MELAYU	ISLAM	PERGURUAN TINGGI	PEGAWAI NEGERI SIPIL	Rp > 1.500.000	PAMAN
13	46	WANITA	JAWA	ISLAM	SD	IBU RUMAH TANGGA	Rp 800.000-1.500.000	IBU
14	70	PRIA	MELAYU	ISLAM	SMA	PEGAWAI NEGERI SIPIL	Rp > 1.500.000	AYAH
15	44	PRIA	BATAK	ISLAM	SMA	BURUH	Rp > 1.500.000	ADIK
16	52	WANITA	MINANG	ISLAM	SD	IBU RUMAH TANGGA	Rp > 1.500.000	IBU
17	19	WANITA	MELAYU	ISLAM	SMA	WIRASWASTA	Rp > 1.500.000	ANAK
18	47	WANITA	BATAK	ISLAM	SMA	IBU RUMAH TANGGA	Rp > 1.500.000	IBU
19	41	PRIA	MELAYU	ISLAM	SMA	WIRASWASTA	Rp > 1.500.000	ADIK
20	22	PRIA	MINANG	ISLAM	SMA	MAHASISWA	Rp > 1.500.000	ANAK
21	53	PRIA	MELAYU	ISLAM	PERGURUAN TINGGI	WIRASWASTA	Rp > 1.500.000	KEPONAKAN
22	61	PRIA	MELAYU	ISLAM	SMA	PEGAWAI NEGERI SIPIL	Rp 800.000-1.500.000	ANAK
23	44	PRIA	MELAYU	ISLAM	SMA	PETANI	Rp 800.000-1.500.000	ADIK
24	24	WANITA	JAWA	ISLAM	SMA	IBU RUMAH TANGGA	Rp > 1.500.000	ADIK
25	57	WANITA	MELAYU	ISLAM	TIDAK SEKOLAH	PEDAGANG	Rp 800.000-1.500.000	BIBI
26	20	WANITA	MINANG	ISLAM	SMA	BURUH	Rp 800.000-1.500.000	ANAK
27	18	PRIA	JAWA	ISLAM	SMP	PEDAGANG	Rp 800.000-1.500.000	ADIK
28	23	WANITA	MELAYU	ISLAM	SMA	TIDAK BEKERJA	Rp < 800.000	CUCU

29	48	WANITA	BATAK	PROTESTAN	SMA	PEGAWAI NEGERI SIPIL	Rp > 1.500.000	IBU
30	53	PRIA	MELAYU	ISLAM	SMA	PETANI	Rp 800.000-1.500.000	AYAH
31	47	WANITA	BATAK	PROTESTAN	SMP	IBU RUMAH TANGGA	Rp 800.000-1.500.000	IBU
32	43	WANITA	MINANG	ISLAM	SMA	IBU RUMAH TANGGA	Rp 800.000-1.500.000	ANAK
33	36	WANITA	BATAK	ISLAM	SMP	IBU RUMAH TANGGA	Rp > 1.500.000	ANAK
34	23	WANITA	MINANG	ISLAM	PERGURUAN TINGGI	TIDAK BEKERJA	Rp < 800.000	ANAK
35	20	WANITA	MELAYU	ISLAM	SMA	MAHASISWA	Rp > 1.500.000	ANAK
36	43	PRIA	BATAK	ISLAM	SMP	WIRASWASTA	Rp > 1.500.000	SUAMI
37	65	PRIA	MELAYU	ISLAM	SMP	BURUH	Rp 800.000-1.500.000	AYAH
38	40	PRIA	SASAK	ISLAM	SD	WIRASWASTA	Rp > 1.500.000	AYAH
39	40	WANITA	MINANG	ISLAM	SD	PEDAGANG	Rp 800.000-1.500.000	ISTRI
40	24	WANITA	JAWA	ISLAM	SMA	IBU RUMAH TANGGA	Rp > 1.500.000	KAKAK
41	35	WANITA	MINANG	ISLAM	SD	IBU RUMAH TANGGA	Rp < 800.000	KAKAK
42	51	WANITA	BATAK	PROTESTAN	SMA	IBU RUMAH TANGGA	Rp > 1.500.000	IBU

No	Pengetahuan																Total	Kategori
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16		
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14	BAIK
2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14	BAIK
3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	BAIK
4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	13	BAIK
5	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13	BAIK
6	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	13	BAIK
7	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	14	BAIK
8	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	10	CUKUP
9	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	BAIK
10	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	BAIK
11	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	BAIK
12	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	BAIK
13	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	BAIK
14	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	BAIK
15	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	13	BAIK
16	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	BAIK
17	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	11	CUKUP
18	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	10	CUKUP
19	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14	BAIK
20	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	BAIK
21	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11	CUKUP
22	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12	BAIK
23	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	BAIK
24	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	11	CUKUP
25	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	14	BAIK
26	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	12	BAIK
27	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	8	CUKUP

No	Kecemasan														TOTAL	KATEGORI
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14		
1	3	4	0	4	6	3	0	0	1	0	2	0	0	0	23	SEDANG
2	9	21	17	11	0	5	0	0	0	0	1	2	1	0	67	BERAT
3	8	9	0	0	0	0	4	1	0	0	1	0	1	1	25	SEDANG
4	4	8	0	1	1	1	2	0	0	0	2	1	0	1	21	SEDANG
5	1	5	0	0	0	4	0	3	0	2	3	3	0	0	21	SEDANG
6	6	8	5	2	1	7	2	0	4	0	6	1	2	3	47	BERAT
7	4	3	0	2	0	0	0	2	0	1	2	0	2	0	16	SEDANG
8	0	4	3	5	0	1	1	1	0	1	1	0	3	2	22	SEDANG
9	2	1	2	0	1	2	1	2	2	1	7	2	2	3	28	BERAT
10	3	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	9	RINGAN
11	9	20	3	12	3	6	12	12	12	9	3	0	3	0	104	BERAT
12	2	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	7	RINGAN
13	8	9	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	SEDANG
14	6	5	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	1	0	17	SEDANG
15	2	1	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	7	RINGAN
16	12	10	0	16	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	40	BERAT
17	5	3	3	5	1	3	0	1	0	0	0	1	1	1	24	SEDANG
18	7	7	3	8	2	7	0	1	2	1	0	0	1	1	40	BERAT
19	7	8	6	5	3	6	1	3	2	2	2	2	4	1	52	BERAT
20	1	1	1	1	2	2	1	1	3	2	3	0	4	3	25	SEDANG
21	5	11	6	17	6	11	7	8	6	4	0	4	9	9	103	BERAT
22	9	4	3	3	2	4	1	1	1	0	0	2	1	0	31	BERAT
23	8	9	8	3	2	4	3	0	2	0	0	0	5	0	44	BERAT
24	1	5	6	13	0	1	4	5	5	2	7	1	5	3	58	BERAT
25	10	12	2	4	0	4	1	7	3	0	0	0	1	1	45	BERAT
26	6	1	5	4	4	3	0	1	0	1	1	1	4	2	33	BERAT
27	4	8	0	10	0	1	0	0	0	0	3	0	4	5	35	BERAT
28	4	3	5	2	2	2	0	3	2	2	1	0	1	2	29	BERAT
29	1	4	0	3	1	2	1	3	3	4	3	1	0	0	26	SEDANG
30	0	0	1	2	0	0	0	4	0	0	0	2	2	0	11	RINGAN

31	2	3	5	5	2	2	0	1	2	3	1	0	0	2	28
32	8	9	2	4	4	2	0	0	0	0	0	0	2	4	35
33	0	2	1	4	2	1	1	3	3	1	5	2	1	2	28
34	5	0	0	8	4	5	0	0	0	0	0	0	0	5	27
35	6	3	0	2	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	15
36	4	17	10	5	3	15	9	6	6	5	2	2	1	1	86
37	6	2	1	2	1	2	0	6	4	2	6	0	0	8	40
38	4	4	3	3	0	2	3	1	1	0	0	0	0	0	21
39	1	1	0	1	1	2	0	3	1	0	2	1	2	4	19
40	4	4	4	5	1	5	1	1	1	0	0	1	1	4	32
41	3	0	3	7	4	1	0	0	0	0	2	0	0	4	24
42	9	5	4	3	1	2	2	3	2	2	6	2	2	3	46

BERAT

BERAT

BERAT

SEDANG

SEDANG

BERAT

BERAT

SEDANG

SEDANG

BERAT

SEDANG

BERAT

LAMPIRAN SPSS

A. Analisis Univariat

1. Umur

UMURKAT

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	12	28,6	28,6	28,6
3	4	9,5	9,5	38,1
4	9	21,4	21,4	59,5
5	11	26,2	26,2	85,7
6	4	9,5	9,5	95,2
7	2	4,8	4,8	100,0
Total	42	100,0	100,0	

2. Jenis Kelamin

JENISKELAMIN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PRIA	20	47,6	47,6	47,6
WANITA	22	52,4	52,4	100,0
Total	42	100,0	100,0	

3. Suku

SUKU

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid BATAK	8	19,0	19,0	19,0
JAWA	6	14,3	14,3	33,3
MELAYU	15	35,7	35,7	69,0
MINANG	12	28,6	28,6	97,6
SASAK	1	2,4	2,4	100,0
Total	42	100,0	100,0	

4. Agama

AGAMA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ISLAM	38	90,5	90,5	90,5
KATOLIK	1	2,4	2,4	92,9
PROTESTAN	3	7,1	7,1	100,0
Total	42	100,0	100,0	

5. Pendidikan**PENDIDIKAN**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid PERGURUAN TINGGI	3	7,1	7,1	7,1
SD	5	11,9	11,9	19,0
SMA	26	61,9	61,9	81,0
SMP	7	16,7	16,7	97,6
TIDAK SEKOLAH	1	2,4	2,4	100,0
Total	42	100,0	100,0	

6. Pekerjaan**PEKERJAAN**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid BURUH	3	7,1	7,1	7,1
IBU RUMAH TANGGA	13	31,0	31,0	38,1
MAHASISWA	3	7,1	7,1	45,2
PEDAGANG	4	9,5	9,5	54,8
PEGAWAINEGERI	4	9,5	9,5	64,3
SIPIL				
PETANI	2	4,8	4,8	69,0
TIDAK BEKERJA	2	4,8	4,8	73,8
WIRASWASTA	11	26,2	26,2	100,0
Total	42	100,0	100,0	

7. Penghasilan**PENGHASILAN**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1500000	25	59,5	59,5	59,5
800000	3	7,1	7,1	66,7
800000-1500000	14	33,3	33,3	100,0
Total	42	100,0	100,0	

8. Hubungan Dengan Pasien

HUBDGNPASIEN

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ABANG	1	2,4	2,4	2,4
ADIK	9	21,4	21,4	23,8
ANAK	8	19,0	19,0	42,9
AYAH	4	9,5	9,5	52,4
BIBI	1	2,4	2,4	54,8
CUCU	1	2,4	2,4	57,1
IBU	7	16,7	16,7	73,8
ISTRI	1	2,4	2,4	76,2
KAKAK	5	11,9	11,9	88,1
KEPONAKAN	1	2,4	2,4	90,5
PAMAN	1	2,4	2,4	92,9
SUAMI	3	7,1	7,1	100,0
Total	42	100,0	100,0	

9. Pengetahuan Responden

pengetahuanresponden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	28	66,7	66,7	66,7
Cukup	10	23,8	23,8	90,5
Kurang	4	9,5	9,5	100,0
Total	42	100,0	100,0	

10. Tingkat Kecemasan

tingkatkecemasan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	Ringan	4	9,5	9,5	9,5
	Sedang	16	38,1	38,1	47,6
	Berat	22	52,4	52,4	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

B. Analisis Bivariat

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengetahuanrespon den * tingkatkecemasan	42	100,0%	0	0,0%	42	100,0%

[DataSet1] E:\PROPOSAL JIWA\proposal fix\SPSS STEH.sav

pengetahuanrespon den * tingkatkecemasan Crosstabulation

			tingkatkecemasan			Total
			Ringan	Sedang	Berat	
pengetahuanrespon den	Baik	Count	4	11	13	28
		% within pengetahuanrespon den	14,3%	39,3%	46,4%	100,0%
	Cukup	Count	0	4	6	10
% within pengetahuanrespon den		0,0%	40,0%	60,0%	100,0%	
Kuran g	Count	0	1	3	4	
	% within pengetahuanrespon den	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%	
Total	Count	4	16	22	42	
	% within pengetahuanrespon den	9,5%	38,1%	52,4%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,891 ^a	4	,576
Likelihood Ratio	4,116	4	,391
Linear-by-Linear Association	2,252	1	,133
N of Valid Cases	42		

a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,38.

LEMBAR PENGESAHAN

Nama : Sri Atun
NIM : PO711430114031
Judul Skripsi : Hubungan Pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien
perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru
Tahun 2018

“Telah diuji dan disahkan oleh Tim Penguji Sidang Skripsi”

Ketua Tim Penguji

Ns. Usraleli, S.Kep., M.Kep
NIP. 197407252002122003

Anggota

Idayanti, S.Pd., M.Kes
NIP. 196910221994032002

Anggota

Hj. Masnun, SST., S.Kep., M.Biomed
NIP. 196412211985032003

Direktur

HjoRusherina, S.Pd., S.Kep., M.Kes
NIP. 196504241988032002

Ketua Jurusan Keperawatan

Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep., M.Kep
NIP. 197410081997032001

Tanggal Lulus Ujian: 28 Mei 2018

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN
PROPOSAL SKRIPSI MAHASISWA PROGRAM STUDI D IV KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RIAU
TA. 2017/2018**

Nama : Sri Atun

NIM : P011430114 031

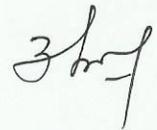
Judul : Hubungan Pengetahuan dengan Kelemasan keluarga terhadap klien Perilaku
kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampar Pekanbaru Tahun 2018

Pembimbing Utama : Ns. Usraleti, S.Kep, N.Kep

Pembimbing Pendamping : H.P. Satrian, STM, N.Kes

Penguji : 1. Idawanti, S, Pd, M. Kes

2. Hj. Masnun, SST, S.Kep, M.Biomed

No	Tanggal Konsultasi	Hal/Bab Yang Dikonsultasikan	Hasil Konsultasi	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing Utama/Pemb.1	Paraf Pembimbing Pendamping/Pemb.2
1	15 Januari 2018	Konsultasi mengenai masalah yg ada untuk mengangkat judul	Mencari masalah dan fenomena yang ada terlebih dahulu sebelum mengangkat judul			

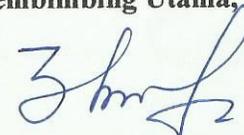
2.	18 Januari 2018	Konsultasi judul	Mencari jurnal yang terkait sesuai dengan judul yang diambil	Handwritten signature	Zhrif	
3.	19 Januari 2018	Konsultasi judul dan masuk ke BAB I.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ganti judul 2. Cari jurnal 3. Cari yang ada buku 	Handwritten signature	Zhrif	
4.	24 Januari 2018	Konsultasi BAB I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki penulisan sumber (sesuai jurnal) 2. Setiap paragraf harus nyambung 3. Penambahan kalimat untuk menyambung ke paragraf 	Handwritten signature	Zhrif	
5.	31 Januari 2018	Konsultasi BAB I	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penulisan sesuai buku panduan 2. Penulisan sesuai EYD 3. Penggunaan kata "Di" sesuai kempat 4. Penggunaan kalimat "penyambung" 	Handwritten signature	Zhrif	
6.	8 Februari 2018	Konsultasi BAB I dan Lanjut BAB II	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki tulisan 2. Perbaiki penulisan rumusan masalah 3. Perbaiki penulisan manfaat penulisan 	Handwritten signature	Zhrif	

7.	23 Februari 2018	BAB 2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki tulisan 2. Masukkan pnyclab / gabungkan pnyclab Pte 3. tambahkan koni keluarga 	XXXXXXXXXX	Zhm f	
8	28 Februari 2018	Konsul BAB 1,2,3 dan 4	Menyiapkan PPT	XXXXXXXXXX		
9.	1 Maret 2018	Revisi Penulisan dan isi proposal penelitian	Acc untuk ujian proposal		Zhm f	
10.	2 Maret 2018	Sistematika penulisan	Acc untuk ujian proposal			

No	Tanggal Konsultasi	Hal/Bab Yang Dikonsulkan	Hasil Konsultasi	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing Utama/Pemb.1	Paraf Pembimbing Pendamping/Pemb.2

Pekanbaru, 2 Maret 2018

Pembimbing Utama,



Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep

NIP. 197407252002122003

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN
SKRIPSI MAHASISWA PROGRAM STUDI D IV KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RIAU
TA. 2017/2018**

Nama : Sri Atun

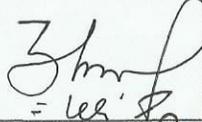
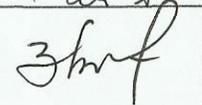
NIM : P0711430114 031

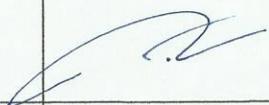
Judul : Hubungan Pengetahuan dengan Kecemasan Keluarga Klien Perilaku Kekerasan
di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018

Pembimbing Utama : Ns. Usraleti, S.kep., M.kep.

Pembimbing Pendamping : H. B. Sakhnan, SKM, M.kes

Penguji : 1. Idayanti, S.pd., M.kes.
2. Hs. Masnun, SST, S.kep., M. Bidmed

No	Tanggal Konsultasi	Hal/Bab Yang Dikonsultasikan	Hasil Konsultasi	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing Utama/Pemb.1	Paraf Pembimbing Pendamping/Pemb.2
1	18 Mei 2018	BAB 5 Hasil penelitian	1. Panduan Penulisan 2. urutan urutan isi tabel 3. membaca/analisa data			
2	22 Mei 2018	BAB 5 & 6	1. Perhatikan penulisan 2. ikuti - panduan Skripsi			

3.	24 Mei 2018	Bab 6	1. Sesuaikan penelitian dgn keri		Zhrf	
4.	24 Mei 2018	Bab 6 dan Bab 7	Perbaikan letak penelitian dgn keri		Zhrf	
5.	25 Mei 2018	ACC utk ujian hasil Penelitian.			Zhrf	
C.	25 Mei 2018	ACC ujian hasil Penelitian	Perbaikan manfaat dan saran			

Pekanbaru, 2018

Pembimbing Utama



Ns. Usraleli., S.Kep., M.Kep
NIP. 197407252002122003

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Nama : Sri Atun
Nim : PO711430114 031
Judul Skripsi : Hubungan pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018

“Skripsi ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Skripsi Poltekkes Kemenkes Riau”

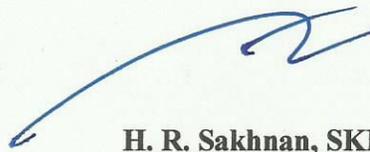
Pekanbaru, 25 Mei 2018

Pembimbing Utama



Ns. Usraleli, S.Kep., M.Kep
NIP. 197407252002122003

Pembimbing Pendamping



H. R. Sakhnan, SKM., M.Kes
NIP. 196406091989031003

Ketua Jurusan Keperawatan



Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep., M.Kep
NIP. 197410081997032001

Lampiran 2. Lembar Usulan Seminar Proposal

LEMBAR USULAN SEMINAR PROPOSAL

Nama : Sri Atun
Nim : PO711430114 031
Judul Proposal : Hubungan pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018
Pembimbing Utama : Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep
Pembimbing Pendamping : H. R. Sakhnan, SKM, M.Kes
Penguji : 1. Idayanti, S.Pd, M.Kes
2. Hj. Masnun, SST, S.Kep, M.Biomed
Hari/Tanggal : Senin/5 Maret 2018
Waktu/Pukul : 10.00 s/d 11.00 WIB
Ruangan : Ruang 2

Pekanbaru, 1 Maret 2018

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep
NIP. 197407252002122003



H. R. Sakhnan, SKM, M.Kes
NIP. 196406091989031003

Koordinator Mata Ajar Skripsi



Ns. Dewi Sartika, S.Kep, M.Kep
NIP. 198410272015032002

LEMBARAN DISPOSISI

INDEKS : 10.11 Tgl 09-01-2018	TANGGAL PENYELESAIAN
PERIHAL : Pelaksanaan kegiatan Riset / pra riset dan pengumpulan data utk scrpsi NO. : 503/PP/PPSP/SP/WONP/riset/1964 Tgl. 09-01-2018 ASAL : PP/PPSP	
INSTRUKSI/INFORMASI ^{x)} <p style="text-align: center;"><u>Wardir and up</u></p> <p style="text-align: center;">R. Bi proadun 07/01/18</p> <p style="text-align: center;"><u>Kabir pen. Mesihuk Rilit</u></p> <p style="text-align: center;">4/9/18 & fasilitas serin akum & 2/2/18.</p>	DITERUSKAN KEPADA : 1. 2. 3. 4. 5. Jth. Ka. Sub. Bis. Keperawatan Jint. Mohon mohon bantunya & difasilitasi mhu Yls. 6/2-2018
x) 1. Kepada bawahan "Instruksi" dan atau "Informasi" 2. Kepada atasan "Informasi" Coret "Instruksi"	

Surut ket penelitian
 4/5 - 16/5/18

LEMBAR USULAN SEMINAR SKRIPSI

Nama : Sri Atun
Nim : PO711430114 031
Judul Skripsi : Hubungan pengetahuan dengan kecemasan keluarga klien perilaku kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018
Pembimbing Utama : Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep
Pembimbing Pendamping : H. R. Sakhnan, SKM, M.Kes
Penguji : 1. Idayanti, S.Pd, M.Kes
2. Hj. Masnun, SST, S.Kep, M.Biomed
Hari/Tanggal : Senin/28 Mei 2018
Waktu/Pukul : 09.00 s/d 10.00 WIB
Ruangan : Ruang 2

Pekanbaru, 25 Mei 2018

Pembimbing Utama



Ns. Usraleli, S.Kep, M.Kep
NIP. 197407252002122003

Pembimbing Pendamping



H. R. Sakhnan, SKM, M.Kes
NIP. 196406091989031003

Koordinator Mata Ajar Skripsi



Ns. Dewi Sartika, S.Kep, M.Kep
NIP. 198410272015032002



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLTEKKES KEMENKES RIAU



JURUSAN KEBIDANAN, JURUSAN KEPERAWATAN DAN JURUSAN GIZI
Jl. Melur Nomor 103 Pekanbaru Kode Pos. 28122 Telepon : (0761) 36581 Fax : (0761) 20656
Email : poltekkespekanbaru@yahoo.co.id Website : www.poltekkesriau.ac.id

Nomor : PP.04.03/M.III.3-1/0616 /2018

30 April 2018

Lampiran :

Hal : Izin Penelitian

Kepada Yth :

Direktur Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru

di

Tempat

Bersama ini kami sampaikan kepada Bapak / Ibu bahwa Mahasiswi Program Studi Diploma IV Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau Tahun Akademik 2017/2018 diwajibkan untuk membuat Tugas Akhir / Skripsi yang merupakan salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma IV Keperawatan.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami mohon bantuan Bapak / Ibu memberikan Izin kepada Mahasiswi kami untuk melaksanakan penelitian yang diperlukan dalam membuat Tugas Akhir / Skripsi tersebut.

Nama : Sri Atun

NIM : P0711430114031

Judul Skripsi : Hubungan Pengetahuan dengan Kecemasan Keluarga Klien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018

Tempat : Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru

Demikianlah disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Pembantu Direktur I,

Husnan, S.Kp, MKM
NIP 196505101985031008





PEMERINTAH PROVINSI RIAU
RUMAH SAKIT JIWA TAMPAN



Jl. H.R. Subrantas Km 12,5 Pekanbaru Telp. (0761) 63240 Fax. (0761) 63239

RUMAH SAKIT JIWA TAMPAN
PROVINSI RIAU

Nomor : 074/RSJT-DL/25-4A
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Penelitian

Kepada Yth :
Pembantu Direktur I Poltekes
Kemenkes Riau
di
Pekanbaru

Dengan Hormat,

Memenuhi maksud surat saudara Nomor : PP.04.03/M.III.3-1/0212/2018, Tanggal 29 Januari 2018, Tentang Permohonan izin melakukan Penelitian, atas nama :

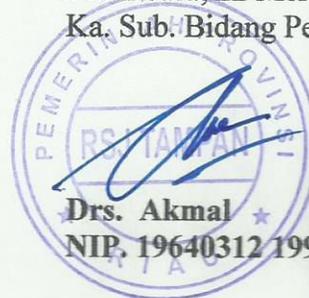
Nama : Sri Atun
NIM : PO711430114031
Jurusan : D-IV Keperawatan
Judul Skripsi : Hubungan Pengetahuan dengan Kecemasan Keluarga Klien Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Jiwa Tampan Pekanbaru Tahun 2018.

Bersama ini kami sampaikan bahwa mahasiswa tersebut sudah Melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau dari tanggal 4 Mei s/d 16 Mei 2018.

Demikian surat ini kami sampaikan untuk dapat dipergunakan sebaik-baiknya, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Pekanbaru, 22 Mei 2018

Ka. Sub-Bidang Pendidikan dan Penelitian



Drs. Akmal

NIP. 19640312 199503 1 002

Tembusan Disampaikan Kepada Yth :
1. Mahasiswa Yang Bersangkutan
2. Arsip