

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN PERAWAT  
DALAM PENANGANAN PASIEN PERILAKU KEKERASAN  
DI RSJ PROF. DR SOEROJO MAGELANG TAHUN 2021**

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Sarjana Keperawatan pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan  
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang



Disusun Oleh :

**CANTIKA SALSABILLA KHOIRALLA**

NPM : 16.0603.0041

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG  
2021**

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Gangguan jiwa adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa yang menimbulkan penderitaan pada individu dan hambatan dalam melaksanakan peran sosial Depkes RI (2010). Angka kejadian gangguan jiwa berdasarkan data yang disampaikan *The American Psychiatric Association* disebutkan bahwa penderita gangguan jiwa cenderung meningkat dari tahun pertahunnya. Setiap tahun, disampaikan bahwa penderita gangguan jiwa mengalami kekambuhan Prabowo (2014). Menurut *World Health Organization* (2016) memandang serius masalah ini dengan menjadikan isu yang penting dan menjadi salah satu pokok program kerja dan menyebutkan bahwa sekitar 450 juta orang di dunia mengalami masalah gangguan kesehatan mental di seluruh dunia.

Berdasarkan laporan *World Health Organization* (2016) menyebutkan bahwa gangguan mental yang terbanyak di seluruh dunia yaitu Bipolar terdapat sekitar 60 juta orang, Depresi terdapat sekitar 35 juta, Skizofrenia terdapat sekitar 21 juta orang, dan Dimensia terdapat 47,5 juta orang. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdes, 2018), data gangguan jiwa cukup meningkat yaitu naik sekitar 1,7 sampai dengan per mil, artinya per 1.000 rumah tangga terdapat 7 rumah tangga yang memiliki ODGJ sehingga disimpulkan terdapat sekitar 450.000 orang yang menderita gangguan jiwa. Angka tersebut menempatkan Jawa Tengah menjadi peringkat ke-4 setelah provinsi Aceh di tahun 2018. Maka dari data tersebut terjadi peningkatan yang signifikan pada tahun 2018. Menurut data rekam medik Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang pada tahun 2016 terdapat 3.709 jiwa, pada tahun 2017 terdapat 3.308 jiwa, Sedangkan pasien gangguan jiwa yang dirawat di Unit Perawatan Intensif Psikiatrik (UPIP) pada tahun 2016 terdapat 3.568 jiwa, pada tahun 2017 terdapat 3.202 jiwa.

Gangguan jiwa adalah kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan dengan fisik, maupun dengan mental (Rahmawati,dkk, 2018). Berdasarkan data rekam medik di RSJ. Prof. Dr. Soerojo Magelang pada tahun 2019 pada pasien perilaku kekerasan terdapat 90 jiwa, Resiko perilaku kekerasan terdapat 122 jiwa. Perilaku kekerasan atau agresif merupakan bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Marah tidak memiliki tujuan khusus, tapi lebih merujuk pada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Dermawan dan Rusdi, 2013). Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan di mana pasien mengalami perilaku yang dapat membahayakan dirinya sendiri, lingkungan termasuk orang lain dan barang-barang (Fitria, 2010).

Dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami perilaku kekerasan adalah kehilangan orang yang dicintai, memiliki harga diri rendah, tidak berdaya, dan rasa bersalah terhadap dirinya sendiri. Bahkan dampak yang lebih ekstrim yang dapat ditimbulkan adalah kematian bagi pasien sendiri dan dampak perilaku kekerasan bagi keluarga yaitu merasa takut terhadap perilaku kekerasan pasien seperti menyerang dan mengancam orang lain dengan senjata (Permatasari Indah, 2018).

Ada beberapa faktor penyebab perilaku kekerasan yaitu dari mulai dari factor genetic yang di turunkan melalui orang tua menjadi potensi perilaku kekerasan agresif dalam gen ini terhadap potensi agresif yang sedang tidur dan akan terstimulus oleh factor eksternal serta factor fisiologik seperti objektif yang di cintai hilangnya harga diri dan factor lainnya diduga berperan dalam terjadinya perilaku kekerasan (Ahmad Huesin, 2012).

Pencegahan penyakit kesehatan jiwa intervensi perawatan jiwa terintegritasi upaya pelayanan kesehatan jiwa dan pencegahan penyakit kesehatan meliputi tiga area aktivitas pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier.

Dalam setiap upaya ini perawat mempunyai peran yang sangat penting pada area tingkat pencegahan, menurut (Ahmad Huesin, 2012).

Perawat adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan profesional yang merupakan bagian integral pelayanan kesehatan berdasar ilmu dan kiat keperawatan meliputi aspek biologi, psikologis, social, dan spritual yang bersifat komprehensif, di tunjukkan kepada individu, dan masyarakat yang sehat maupun sakit mencakup siklus hidup manusia untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal, menurut (Ahmad Husein, 2012).

Pengetahuan perawat adalah setiap individu mempunyai tingkat pengetahuan yang berbeda. Perawat perlu mengkaji tingkat pengetahuan lawan bicara pasien, sehingga dalam menyampaikan pesan atau membicarakan topik, perawat dapat menyesuaikan tingkat pengetahuan lawan bicara (Ahmad Husein, 2012).

Pengetahuan merupakan landasan utama dan penting bagi kesahatan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang memiliki tanggung jawab utama dalam pelayanan keperawatan serta pelaksanaan asuhan keperawatan yang holistic dan komprehensif dituntut memiliki pengetahuan yang tinggi dalam profesi keperawatan termasuk penanganan pasien perilaku kekerasan (Bandu Jatra, 2016). Pengetahuan perawat sangat dibutuhkan, terutama dalam pengambilan keputusan klinis dimana pengetahuan penting bagi perawat dalam penilaian awal, perawat harus mampu memprioritaskan perawatan pasien atas dasar pengambilan keputusan yang tepat, untuk mendukung hal tersebut diperlukan pengetahuan khusus dalam hal pemisahan jenis dan kegawatan pasien, sehingga dalam penanganan pasien bisa lebih optimal dan terarah (Tufani Rizki, 2018).

Pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan itu sangat penting, karena pengetahuan merupakan landasan utama dan penting bagi tenaga kesehatan, perawat sebagai tenaga kesehatan yang memiliki tanggung jawab

utama dalam pelayanan keperawatan serta pelaksanaan asuhan keperawatan yang holistic dan komprehensif dituntut memiliki pengetahuan yang tinggi dalam profesi keperawatan termasuk dalam penanganan pasien perilaku kekerasan (Bandu Jatra, 2016).

Dari hasil penelitian yang dilakukan mengenai Tingkat Pengetahuan Perawat Dalam Penanganan Pasien Perilaku Kekerasan di RSJ Prof Dr. Soerojo Magelang dari 61 responden dalam penelitian ini ditemukan tingkat pengetahuan cukup sebanyak 41 responden (67,2%), pengetahuan baik sebanyak 12 responden (19,7%), sedangkan pengetahuan kurang sebanyak 8 responden (13,1%). Dari penelitian ini ditemukan yang terbanyak responden dengan tingkat pengetahuan dalam kategori cukup sebanyak 41 responden (67,2%).

Penanganan perawat pada perilaku kekerasan dapat menggunakan pendekatan rentang rencana keperawatan mulai dari strategi pencegahan sampai strategi pengontrolan. Pada strategi pencegahan dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan, kesadaran diri, komunikasi diri, komunikasi verbal dan non verbal perubahan lingkungan, intervensi perilaku dan penggunaan psikofarmaka. Ahmad Husein (2012).

Menurut hasil survey yang terdahulu di RSJ Daerah Provinsi Sumatera Utara tahun 2012 masih banyak perawat yang baru dan belum memiliki pengalaman yang banyak. Perawat tersebut masih berbicara kasar terhadap pasien dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien. Hasil penelitian yang dilakukan 35 responden perawat jiwa di RSJ Daaerah Provinsi Medan pada sub pengkajian diperoleh mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 20 orang (57,1%), pada sub strategi pelaksanaan komunikasi yang pertama diperoleh mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 30 orang (85,7%), pada sub strategi pelaksanaan komunikasi yang kedua diperoleh mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 29 orang (82,8%), pada sub pelaksanaan komunikasi yang ketiga diperoleh mayoritas

responden memiliki tingkat pengetahuan sebanyak 20 orang (57,1%) dan pada sub strategi pelaksanaan komunikasi yang keempat diperoleh mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 24 orang (68,1%) (Ahmad Husein, 2012).

Dari latar belakang diatas, penting untuk diteliti dan hal ilmiah membuat penulis ingin meneliti dalam studi penelitian tentang “Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Dalam Penanganan Pasien Perilaku Kekerasan Di RSJ Prof Dr.Soerojo Magelang Tahun 2021”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Menurut hasil survey yang terdahulu di RSJ Daerah Provinsi Sumatera Utara tahun 2012 masih banyak perawat yang baru dan belum memiliki pengalaman yang banyak. Perawat tersebut masih berbicara kasar terhadap pasien dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien. Hasil penelitian yang dilakukan 35 responden perawat jiwa di RSJ Daaerah Provinsi Medan pada sub pengkajian diperoleh mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 20 orang (57,1%), pada sub strategi pelaksanaan komunikasi yang pertama diperoleh mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 30 orang (85,7%), pada sub strategi pelaksanaan komunikasi yang kedua diperoleh mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 29 orang (82,8%), pada sub pelaksanaan komunikasi yang ketiga diperoleh mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan sebanyak 20 orang (57,1%) dan pada sub strategi pelaksanaan komunikasi yang keempat diperoleh mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 24 orang (68,1%) (Ahmad Husein, 2012).

Dampak yang diakibatkan oleh sebuah perawat yang baru dan belum memiliki pengalaman yang banyak, kurang baik atau belum maksimal dalam memberikan penanganan yang baik kepada pasien gangguan jiwa termasuk pasien perilaku kekerasan, dapat menimbulkan berbagai permasalahan yang dapat mengakibatkan kerugian pada pasien, dan keluarganya. Misalnya jika perawat salah dalam

penanganan, maka perawat akan salah dalam memberikan proses perawatan dan pengobatan yang akhirnya akan mengakibatkan kesehatan pasien semakin terganggu, masalah perilaku kekerasan tidak membaik, tapi semakin memburuk.

Berdasarkan latar belakang diatas pengetahuan perawat sangat dibutuhkan, terutama dalam pengambilan keputusan klinis dimana pengetahuan penting bagi perawat dalam penilaian awal, perawat harus mampu memprioritaskan perawatan pasien atas dasar pengambilan keputusan yang tepat, untuk mendukung hal tersebut diperlukan pengetahuan khusus dalam hal pemisahan jenis dan kegawatan pasien, sehingga dalam penanganan pasien bisa lebih optimal dan terarah.

Maka pertanyaan yang dirumuskan pada penelitian ini “Bagaimana Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Dalam Penanganan Pasien Perilaku Kekerasan Di RSJ. Prof. Dr. Soerojo Magelang Tahun 2021”.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui Tingkat Pengetahuan Perawat Dalam Penanganan Pasien Perilaku Kekerasan Di RSJ Prof Dr.Soerojo Magelang Tahun 2021.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Menggambarkan karakteristik responden.

1.3.2.2 Mengidentifikasi tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan.

### **1.4 Manfaat Penelian**

#### **1.4.1 Bagi RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang**

Rumah sakit diharapkan mendapat masukan tentang tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan.

#### **1.4.2 Bagi Profesi Keperawatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan dan masukan dalam melakukan penanganan pasien gangguan jiwa termasuk pasien perilaku kekerasan.

### 1.4.3 Bagi Instansi Pendidikan

Sebagai bahan informasi dan pengembangan ilmu pengetahuan khususnya tentang tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan.

### 1.4.4 Bagi penelitian Selanjutnya

Sebagai penelitian tambahan referensi untuk melanjutkan penelitian berikutnya, khususnya tentang penanganan pasien perilaku kekerasan.

## 1.5 Ruang Lingkup Penelitian

### 1.5.1 Lingkup Masalah

Permasalahan dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan dalam penanganan pasien perilaku kekerasan.

### 1.5.2 Lingkup Subjek

Subjek dalam penelitian ini adalah perawat jiwa.

### 1.5.3 Lingkup Tempat dan Waktu

Penelitian ini dilakukan pada Desember-Januari 2021. Tempat penelitian ini di RSJ Prof Dr.Soerojo Magelang.

## 1.6 Keaslian Penelitian

**Tabel 1.1 Keaslian Penelitian**

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
1.	Ahmad Huseinh, 2012	Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Peran Perawat Dalam Penanganan Pasien Perilaku Kekerasan Di Rsj Propsu Medan 2012	Desain: <i>deskriptif</i> korelasi. Sampel: <i>random sampling</i> Alat pengumpul data lembar observasi, kuesioner pengetahuan perawat data demografik, kuesioner peran perawat. Analisis univariat: umur, jenis kelamin, pendidikan, agama. Analisa bivariat: apakah ada hubungan antara dua variabel	30 responden, jenis perempuan: 20 (66,6%), umur 25-30 tahun: 10 (33,3%), umur 37-42 tahun: 10 (33,3%), islam: 16 (53,3%), suku batak: 10 (33,3%), pendidikan D3: 18 (60%), lama kerja mayoritas <5 tahun: (50%). Pengetahuan perawat tentang peran perawat: cukup: 14 (46,7%). Tingkat sikap perawat pada penanganan perilaku kekerasan, baik: 14 (46%,7), cukup: 14 (46,7%). Hasil uji <i>Chi</i>	Variabel terikat yang diteliti dalam penelitian tersebut adalah Peran perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan sedangkan dalam penelitian ini adalah penanganan



			menggunakan uji statistik <i>chi-squar</i>	<i>square</i> $p = 0,017$ , $p < 0,05$ ada hubungan signifikan pengetahuan dengan peran perawat dalam penanganan perilaku kekerasan di RSJ Provsu Medan.	pasien perilaku kekerasan.
2.	Ratna Iskana Purba, 2011	Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Strategi Pelaksanaan Komunikasi Pada Pasien Perilaku Kekerasan Di RSJ Daerah Provinsi Sumatera Utara Medan 2011	Desain penelitian yang digunakan adalah <i>deskriptif</i> yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran pengetahuan perawat tentang strategi pelaksanaan komunikasi pada pasien perilaku kekerasan. Jenis teknik pengambilan sampel menggunakan teknik <i>random sampling</i> . Penelitian ini menggunakan instrument kuesioner data demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja, dan status, dan Kuesioner pengetahuan perawat. Uji reliabilitas penelitian menggunakan <i>cronbach alpha</i> dengan bantuan sistem komputerisasi. Analisa data, yaitu analisa univariat / analisa deskriptif.	Dilihat dari hasil penelitian yang dilakukan 35 responden perawat jiwa di RSJ daerah Provsu Medan pada sub pengkajian diperoleh mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan sebanyak 20 orang (57,1%), pada sub strategi pelaksanaan komunikasi yang pertama diperoleh mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 30 orang (85,7%), pada sub strategi pelaksanaan komunikasi yang kedua diperoleh mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 29 orang (82,8%), pada sub strategi pelaksanaan komunikasi yang ketiga diperoleh mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan sebanyak 20 orang (57,1%), dan sub strategi pelaksanaan komunikasi yang keempat diperoleh mayoritas responden memiliki tingkat pengetahuan cukup sebanyak 24 orang (68,1%).	Variabel terikat yang diteliti dalam penelitian tersebut adalah strategi pelaksanaan komunikasi pada pasien perilaku kekerasan, sedangkan dalam penelitian ini adalah penanganan pasien perilaku kekerasan
3.	Sasmaida Saragih, Jumaini, Ganis	Gambaran Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Keluarga	Penelitian menggunakan desain penelitian <i>deskriptif</i> , bertujuan mengidentifikasi	Penelitian terhadap 33 responden tentang gambaran tingkat pengetahuan dan sikap keluarga tentang perawatan	Variabel bebas yang diteliti dalam penelitian tersebut

Indriati, 2013.	Tentang Perawatana Resiko Perilaku Kekerasan Di Rumah .	gambaran tentang tingkat pengetahuan dan sikap keluarga tentang perawatan pasien resiko perilaku kekerasan dirumah. Sampel: Metode pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah <i>accidental sampling</i> dengan jumlah sampel sebanyak 33 orang. Instrument: Alat pengumpul data yang digunakan lembar kuesioner yang sudah diuji validitas dan reliabilitasnya Analisa Data: Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariat. Analisa univariat dilakukan tiap variabel dari hasil penelitian yang menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel	pasien perilaku kekerasan di rumah di Ruang Unit Perawatan Intensif Psikiatri (UPIP) RSJ Tampan Provinsi Riau, bahwa karakteristik Responden dewasa awal (81,8%) ,berjenis kelamin laki-laki (63,6%), pendidikan responden tamat SMA (51,5%), memiliki pekerjaan wirawisata (42,4%). Mayoritas responden, anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa selama 4 sampai 10 tahun, sebanyak 24 responden (72,7%). Pengetahuan responden perawatan anggota keluarga perilaku kekerasan dirumah kurang:15 responden (45,5%), cukup: 9 responden (27,3%), dan baik: 9 (27,3%). Sikap responden tentang perawatan anggota keluarga perilaku kekerasan dirumah Negatif: 21 responden (63,6%), dan sikap positif:12 orang (36,4%). Sikap responden yang negatif memperlihatkan perlakuan keluarga dengan klien sehari-hari, dimana kebanyakan keluarga pasien jarang melakukan interaksi dengan pasien selama di rumah.	adalah Gambaran tingkat pengetahuan dan sikap keluarga, sedangkan dalam penelitian ini adalah gambaran tingkat pengetahuan perawat.
--------------------	---	--	---	---

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Gangguan Jiwa**

##### **2.1.1 Definisi Gangguan Jiwa**

Gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara berpikir (cognitive), kemauan (volition), emosi (affective), tindakan (psychomotor) (Nopyawati, 2013).

Gangguan jiwa adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa yang menimbulkan penderitaan pada individu dan hambatan dalam melaksanakan peran sosial (Fajar Kurniawan, 2016)

Gangguan jiwa adalah sindrom atau pola perilaku yang secara klinis bermakna yang berkaitan langsung dengan distress (penderitaan) dan menimbulkan ketidakmampuan (disabilitas) pada satu atau lebih fungsi kehidupan manusia (Budi Anna, dkk, Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas, 2016)

##### **2.1.2 Macam-Macam Gangguan Jiwa**

Klasifikasi berdasarkan diagnosis gangguan jiwa (Fajar Kurniawan, 2016) di bagi menjadi:

###### **2.1.2.1 Gangguan Jiwa Psikotik**

Gangguan jiwa psikotik yang meliputi gangguan otak organik ditandai dengan hilangnya kemampuan menilai realita, ditandai waham (delusi) dan halusinasi, misalnya skizofrenia dan demensia.

###### **a. Skizofrenia**

Skizofrenia merupakan penyakit otak kronis, berupa sindroma klinis yang melibatkan perubahan pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku individu serta membutuhkan strategi penatalaksanaan jangka panjang dan ketrampilan coping (Fajar Kurniawan, 2016).

###### **b. Demansia**

Diklasifikasikan sebagai gangguan medis dan kejiwaan, demensia terkait dengan hilangnya fungsi otak. Demensia melibatkan masalah progresif dengan memori,

perilaku, belajar, dan komunikasi yang mengganggu fungsi sehari-hari dan kualitas hidup.

c. Kerusakan kognitif reversibel

Sering dikaitkan dengan obat-obatan, resep atau lainnya, endokrin, kekurangan gizi, tumor, dan infeksi.

d. Kerusakan kognitif ireversibel

Alzheimer dan vaskular demensia merupakan kerusakan kognitif ireversibel yang paling umum. Alzheimer memiliki resiko meliputi usia, genetika, kerusakan otak, sindroma down. Demensia vaskular melibatkan kerusakan kognitif yang permanen akibat penyakit serebrovaskuler. Tingkat keparahan dan durasi gangguan tergantung pada penyakit serebrovaskular dan respon individu terhadap pengobatan.

2.1.2.2 Gangguan Jiwa Neurotik

Gangguan kepribadian dan gangguan jiwa yang lainnya merupakan suatu ekspresi dari ketegangan dan konflik dalam 17 jiwanya, namun umumnya penderita tidak menyadari bahwa ada hubungan antara gejala-gejala yang dirasakan dengan konflik emosinya. Gangguan ini tanpa ditandai kehilangan intrapsikis atau peristiwa kehidupan yang menyebabkan kecemasan (ansietas), dengan gejala-gejala obsesi, fobia, dan kompulsif.

2.1.2.3 Depresi

Depresi merupakan penyakit jiwa akibat dysphoria (merasa sedih), tak berdaya, putus asa, mudah tersinggung, gelisah atau kombinasi dari karakteristik ini. Penderita depresi sering mengalami kesulitan dengan memori, konsentrasi, atau mudah terganggu dan juga sering mengalami delusi atau halusinasi. Ketika seseorang dalam keadaan depresi ada penurunan signifikan dalam personal hygiene dan mengganggu kebersihan mulut.

## **2.2 Perilaku Kekerasan**

### **2.2.1 Definisi Perilaku Kekerasan**

Perilaku kekerasan atau agresif merupakan bentuk perilaku yang dapat melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Marah tidak memiliki tujuan khusus, tapi lebih merujuk pada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Dermawan dan Rusdi, 2013).

Perilaku kekerasan adalah suatu keadaan emosi yang merupakan campuran perasaan frustrasi dan benci atau marah. Hal ini didasari keadaan emosi secara mendalam dari setiap orang sebagai bagian penting dari keadaan emosional kita yang dapat diproyeksikan ke lingkungan ke dalam diri atau secara *desktruktif* (Ahmad Husein, 2012).

Perilaku kekerasan adalah respon terhadap stressor yang dihadapi seseorang yang ditunjukkan dengan melakukan kekerasan, baik pada diri sendiri dan orang lain secara fisik maupun psikologis (Berkowits, 2000 dalam Yosep, 2011).

### **2.2.2 Tanda dan Gejala Perilaku Kekerasan**

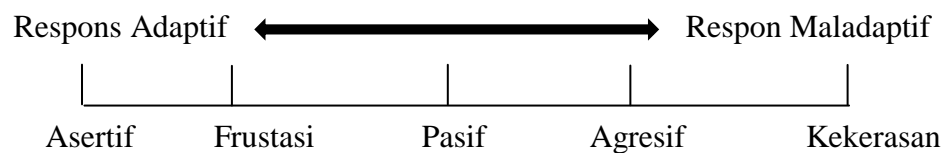
Menurut (Fitria, 2010) Perilaku kekerasan memiliki tanda dan gejala, yaitu:

- a. Fisik: mata melotot atau pandangan tajam, tangan mengempal, rahang mengatup, wajah memerah dan tegang, serta postur tubuh kaku.
- b. Verbal: mengancam, mengumpat dengan kata-kata kotor, berbicara dengan nada keras, kasar dan ketus.
- c. Perilaku: menyerang orang lain, melukai diri sendiri atau 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.

### 2.2.3 Rentang Respon Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan dianggap suatu akibat yang ekstrem dari marah. Perilaku agresif dan perilaku kekerasan sering di pandang sebagai rentang di mana agresif verbal di suatu sisi dan perilaku kekerasan di sisi yang lain. Suatu keadaan yang menimbulkan emosi, frustasi, dan marah. Hal ini akan mempengaruhi perilaku seseorang. Berdasarkan keadaan emosi secara mendalam tersebut kadang perilaku agresif atau melukai karena menggunakan koping yang tidak baik.



**Gambar 2.1 Rentang Respons Perilaku Kekerasan (Ahmad Husein, 2012)**

### 2.2.4 Penyebab Perilaku Kekerasan

#### 2.2.4.1 Faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor yang mendasari atau mempermudah terjadinya perilaku yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, nilai-nilai kepercayaan maupun keyakinan berbagai pengalaman yang dialami setiap orang merupakan faktor predisposisi artinya mungkin terjadi mungkin tidak terjadi perilaku kekerasan (Direja, 2011).

##### a. Faktor biologis

Beberapa hal yang dapat mempengaruhi seseorang melakukan perilaku kekerasan yaitu sebagai berikut:

- 1) Pengaruh neurofisiologi, beragam komponen sistem neurulogis mempunyai implikasi dalam memfasilitasi dan menghambat impuls agresif.
- 2) Pengaruh biokimia yaitu berbagai neurotransmiter (epineprin, noreineprin, dopamin, asetil kolin dan serotonin sangat berperan dalam memfasilitasi dan menghambat impuls negatif).

3) Pengaruh genetik menurut riset Murakami (2007) dalam gen manusia terdapat domain (potensi) agresif yang sedang tidur dan akan bangun jika terstimulasi oleh faktor eksternal.

4) Gangguan otak, sindrom otak organik berhubungan dengan gangguan sistem serebral, tumor otak, trauma otak, penyakit ensefalitis epilepsi terbukti berpengaruh terhadap perilaku agresif dan tindak kekerasan.

b. Faktor psikologis menurut (Direja, 2011)

1) Terdapat asumsi bahwa seseorang untuk mencapai tujuan mengalami hambatan akan timbul serangan agresif yang memotivasi perilaku kekerasan.

2) Berdasarkan mekanisme koping individu yang masa kecil tidak menyenangkan.

3) Rasa frustrasi.

4) Adanya kekerasan dalam rumah tangga, keluarga, atau lingkungan.

5) Teori psikoanalitik, teori ini menjelaskan bahwa tidak terpenuhinya kepuasan dan rasa aman dapat mengakibatkan tidak berkembangnya ego dan dapat membuat konsep diri yang rendah. Agresi dan kekerasan dapat memberikan kekuatan yang dapat meningkatkan citra diri serta memberi arti dalam kehidupan.

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

c. Faktor sosiokultural

1) *Social environment theory* (teori lingkungan)

Lingkungan sosial akan mempengaruhi sikap individu dalam mengekspresikan marah. Budaya tertutup dan membalas terhadap perilaku kekerasan akan menciptakan, seolah-olah perilaku kekerasan di terima.

2) *Social learning theory* (teori belajar sosial)

Perilaku kekerasan dapat dipelajari secara langsung maupun melalui proses sosialisasi (Direja, 2011).

#### 2.2.4.2 Faktor Presipitasi

Faktor-faktor yang dapat mencetus perilaku kekerasan sering kali berkaitan dengan :

- a. Ekspresi diri, ingin menunjukkan eksistensi diri atau simbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal, dan lain-lain.
- b. Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c. Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan menempatkan diri sebagai seorang yang dewasa.
- d. Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- e. Kematian anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

#### **2.2.5 Akibat Perilaku Kekerasan**

Klien dengan perilaku kekerasan dapat melakukan tindakan-tindakan berbahaya bagi dirinya, orang lain maupun lingkungannya, seperti menyerang orang lain, memecahkan perabot, membakar rumah dan lainnya. Sehingga klien dengan perilaku kekerasan beresiko untuk mencederai diri orang lain dan lingkungan (Direja, 2011).

#### **2.2.6 Dampak Perilaku Kekerasan**

Dampak yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami perilaku kekerasan adalah kehilangan orang yang dicintai, memiliki harga diri rendah, tidak berdaya, dan rasa bersalah terhadap dirinya sendiri. Dalam situasi ini pasien dalam membunuh orang lain, melukai dirinya bahkan orang lain, dan merusak lingkungan. Untuk memperkecil dampak yang ditimbulkan, dibutuhkan penanganan perilaku kekerasan yang tepat (Hawari, 2009).

#### **2.2.7 Tindakan Keperawatan**

Menurut (Ahmad Husein, 2012), tindakan keperawatan dalam penanganan pasien perilaku kekerasan, yaitu :

- a. Bina hubungan saling percaya.



- b. Diskusikan bersama klien mengenai penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu.
- c. Diskusikan perasaan klien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan.
- d. Diskusikan bersama klien perilaku yang biasa dilakukan pada saat marah secara verbal terhadap orang lain, terdapat lingkungan.
- e. Diskusikan bersama klien akibat perilakunya.
- f. Diskusikan bersama klien cara mengontrol perilaku kekerasan secara fisik: distraksi melalui pekerjaan seperti membersihkan lantai, membuat batako, olahraga, dan sebagainya.

## **2.2.8 Penatalaksanaan Perilaku Kekerasan**

### **2.2.8.1 Medis**

Obat-obatan yang dapat diberikan pada pasien dengan marah atau dengan perilaku kekerasan adalah :

- a. *Antianxiety* dan *sedative hypnotics*.

Obat-obatan ini digunakan untuk mengendalikan agitasi dalam level yang akut. *Benzodiazepine* seperti *lorazepam* dan *clonazepam*, sering digunakan dalam kedaruratan dalam kedaruratan psikiatrik untuk menenangkan perlawanan pasien. Tapi obat ini tidak direkomendasikan untuk penggunaan dalam waktu yang lama karena dapat menyebabkan kebingungan dan ketergantungan, bisa memperburuk *symptom* depresi.

- b. *Buspirone* obat *antyanxiety*, efektif dalam mengendalikan perilaku kekerasan yang berkaitan dengan kecemasan dan depresi.
- c. *Lithium* efektif untuk agresif karena manik
- d. *Antipsychotic* digunakan untuk perawatan perilaku kekerasan.

### **2.2.8.2 Keperawatan**

Peran perawat dalam pelaksanaan pada pasien perilaku kekerasan adalah dengan mengimplementasikan berbagai intervensi untuk mencegah dan manajemen perilaku agresif, intervensi tersebut dapat melalui rentang intervensi keperawatan (Reza Pahlevi, 2013).

Strategi preventif	Strategi antisipatif	Strategi pengurangan
Kesadaran diri	Komunikasi	Manajemen kritis
Pendidikan klien	Perubahan lingkungan	Seclusion
Latihan asertif	Tindakan psikofarmakologi	Restrein

**Gambar 2.2 Rentang Respon Intervensi Keperawatan**

a. Strategi Preventif

1) Kesadaran diri

Perawat harus terus menerus meningkatkan kesadaran dirinya dan melakukan *supervise* dengan memisahkan antara masalah pribadi dan masalah klien.

2) Pendidikan klien Pendidikan yang diberikan mengenai cara berkomunikasi dan cara mengeksplorasi marah yang tepat.

3) Latihan asertif

a) Kemampuan dasar interpersonal yang harus dimiliki meliputi :

b) Berkomunikasi secara langsung dengan setiap orang mengatakan tidak untuk sesuatu yang tidak beralasan dalam hal ini mengatakan hal yang menurut pasien adalah pikiran-pikiran negatif yang sering mengganggu pasien.

c) Sanggup melakukan *complain*.

d) Mengekspresikan penghargaan dengan tepat.

b. Strategi antisipatif

1) Komunikasi

Strategi berkomunikasi dengan klien perilaku agresif, bersikap tenang, bicara lembut, bicara tidak dengan cara menghakimi, bicara netral dan dengan cara konkrit, tujukan rasa hormat, hindari intensitas kontak mata langsung, demonstrasikan cara mengontrol situasi, Fasilitas pembicaraan klien dengan mendengarkan klien, jangan terburu-buru menginterpretasikan dan jangan buat janji yang tidak bisa ditepati.

Dari strategi komunikasi ini dapat dimodifikasi dengan menerapkan terapi kognitif untuk menurunkan pikiran negatif yang dimiliki oleh pasien.

## 2) Perubahan lingkungan

Unit perawatan sebaiknya menyediakan berbagai aktivitas seperti membaca, group program yang dapat mengurangi perilaku klien yang tidak sesuai dan ini dapat dimodifikasi dengan melakukan terapi kognitif untuk meningkatkan adaptasi sosialnya.

## 3) Psikofarmakologi

Pemberian obat sesuai dengan kolaborasi dan mampu menjelaskan manfaat obat pada pasien dan keluarga.

## 4) Tindakan perilaku

Pada dasarnya membuat kontak dengan klien mengenai perilaku yang dapat diterima dan tidak dapat diterima serta konsekuensi yang didapat bila kontak dilanggar. Pada tindakan perilaku perawat sebagai terapis juga dapat menerapkan terapi kognitif sebagai alternatif tambahan dalam melakukan kontrak dengan pasien dengan upaya untuk mengurangi pikiran negatif yang ada pada pasien.

### c. Strategi Pengurangan

#### 1) Manajemen krisis

2) *Seclusion* merupakan tindakan keperawatan yang terakhir dengan menempatkan klien dalam suatu ruangan dimana klien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri dan dipisahkan dengan pasien lain.

3) *Restrains* adalah pengekangan fisik dengan menggunakan alat manual untuk membatasi gerakan fisik pasien menggunakan manset, seprei pengekang.

## 2.3 Pengetahuan

### 2.3.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya sikap seseorang (Ahmad Husein, 2012).

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui

pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2014).

Pengetahuan adalah suatu hasil dari rasa keingintahuan melalui proses sensoris, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang penting dalam terbentuknya perilaku terbuka atau open behavior (Donsu, 2017).

### **2.3.2 Tingkat Pengetahuan**

Daryanto dalam Yuliana (2017), pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas yang berbeda-beda, dan menjelaskan bahwa ada enam tingkatan pengetahuan yaitu sebagai berikut:

a. Pengetahuan (Knowledge)

Tahu diartikan hanya sebagai recall (ingatan). Seseorang dituntut untuk mengetahui fakta tanpa dapat menggunakannya.

b. Pemahaman (Comprehension)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui.

c. Penerapan (Application)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek tersebut dapat menggunakan dan mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi yang lain.

d. Analisis (Analysis)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu objek.

e. Sintesis (Synthesis)

Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada. Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

#### f. Penilaian (Evaluation)

Penilaian yaitu suatu kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek tertentu didasarkan pada suatu kriteria atau norma-norma yang berlaku di masyarakat.

### **2.3.3 Kriteria Tingkat Pengetahuan**

Menurut (Ahmad Husein, 2012) pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu :

- a. Pengetahuan Baik : 8-10
- b. Pengetahuan Cukup : 4-7
- c. Pengetahuan Kurang : 0-3

### **2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan**

Menurut (Ahmad Husein, 2012) faktor yang mempengaruhi pengetahuan antara lain yaitu:

#### a. Faktor pendidikan

Semakin tinggi tingkat pengetahuan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menerima informasi tentang obyek atau yang berkaitan dengan pengetahuan. Pengetahuan umumnya dapat diperoleh dari informasi yang disampaikan oleh orang tua, guru, dan media masa. Pendidikan sangat erat kaitannya dengan pengetahuan, pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang sangat diperlukan untuk pengembangan diri. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin mudah untuk menerima, serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi.

#### b. Faktor Pekerjaan

Pekerjaan seseorang sangat berpengaruh terhadap proses mengakses informasi yang dibutuhkan terhadap suatu obyek.

#### c. Faktor pengalaman

Pengalaman seseorang sangat mempengaruhi pengetahuan, semakin banyak pengalaman seseorang tentang suatu hal, maka akan semakin bertambah pula pengetahuan seseorang akan hal tersebut. Pengukuran pengetahuan dapat

dilakukan dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden.

#### d. Keyakinan

Keyakinan yang diperoleh oleh seseorang biasanya bisa didapat secara turun-temurun dan tidak dapat dibuktikan terlebih dahulu, keyakinan positif dan keyakinan negatif dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang.

#### e. Sosial budaya

Kebudayaan beserta kebiasaan dalam keluarga dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap seseorang terhadap sesuatu.

### **2.3.5 Cara Memperoleh Pengetahuan**

#### 2.3.5.1 Cara Tradisional

##### a. Cara coba (trial and error).

Cara ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil dicoba kemungkinan lain.

##### b. Cara kebiasaan otoritas.

Sumber pengetahuan dapat berupa pemimpin masyarakat baik formal maupun informal, ahli agama, dan pemegang pemerintah.

##### c. Berdasarkan pengalaman pribadi.

Pengalaman pribadi dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dan cara mengulangi kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang lain yang dapat digunakan cara tersebut.

##### d. Memulai jalan pikir.

Dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikir baik melalui jalan induksi maupun jalan deduksi.

#### 2.3.5.2 Cara Modern

Merupakan cara pengembangan antara proses berpikir deduktif-induktif yang dijadikan dasar untuk mengembangkan metode penelitian yang lebih praktis.

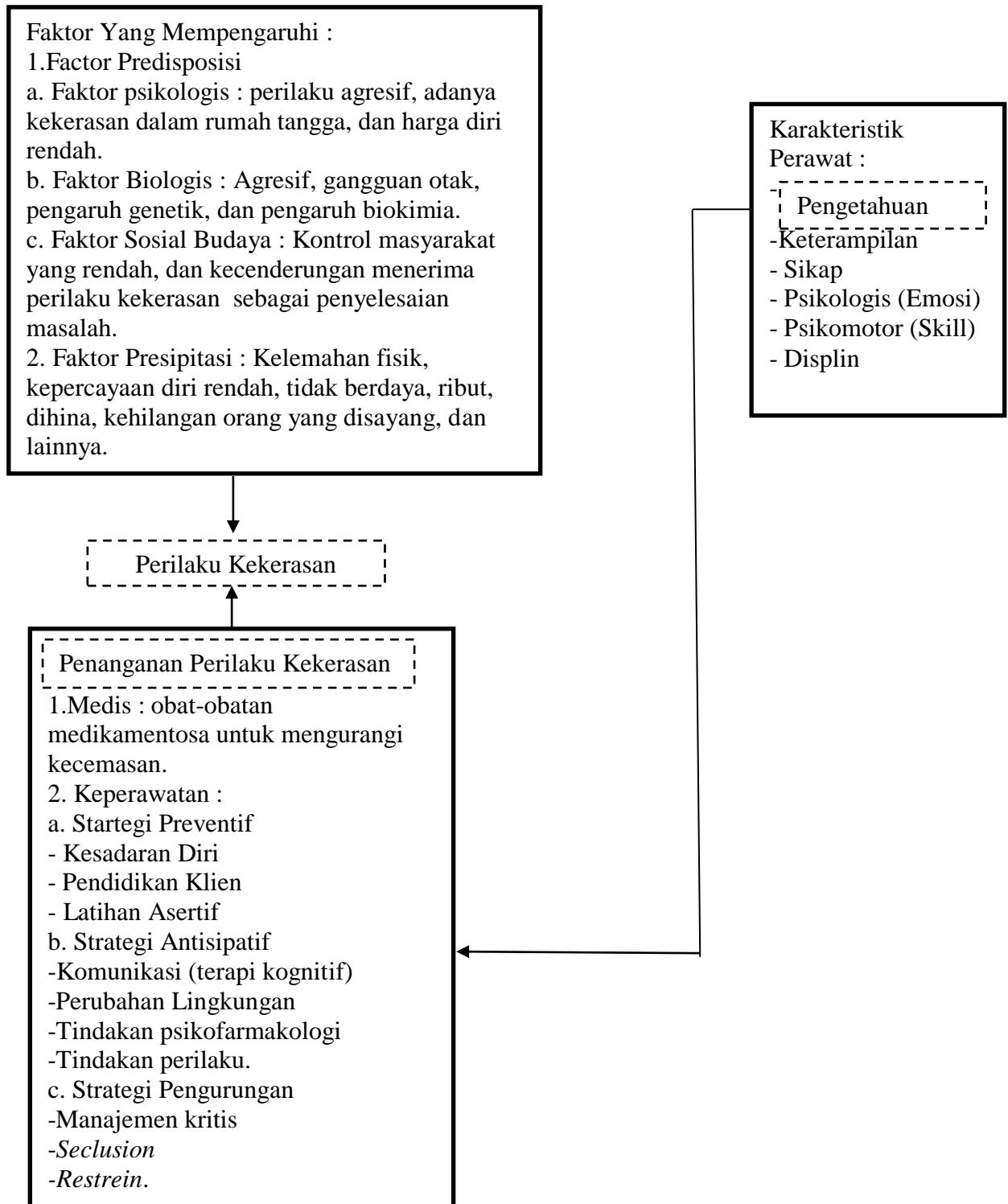
### **2.3.6 Hasil Faktor Pengetahuan**

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu dari pembahasan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan, didapatkan kesimpulan bahwa umur responden sebagian besar berada pada 26-35 tahun, jenis kelamin lebih banyak perempuan, pendidikan sebagian besar lulus SMP dalam kategori baik dan umur merupakan faktor paling dominan yang memiliki pengaruh terhadap tingkat pengetahuan (Putra Agina, 2017).

### **2.3.7 Pengukuran Pengetahuan**

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoadmojo, 2012). Peneliti melakukan pengukuran pengetahuan menggunakan kuesioner dengan skala Guttman. Skala pengukuran dengan tipe ini akan di dapat jawaban yang tegas, yaitu ya atau tidak, benar atau salah, pernah atau tidak, positif atau negatif, dan lain-lain. Bila pertanyaan dalam bentuk positif maka jawaban benar diberi nilai 1 dan salah diberi nilai 0, sedangkan bila pertanyaan dalam bentuk negatif maka jawaban benar diberi nilai 0 dan salah diberi nilai 1.

## 2.4 Kerangka Teori



**Gambar 2.3 Kerangka Teori**

Sumber : (Dermawan dan Rusdi, 2013, Hidayat, 2012, Reza Pahlevi, 2013).



## 2.5 Hipotesis

Hipotesis adalah sebuah pernyataan tentang hubungan yang diharapkan antara dua variabel atau lebih yang dapat diuji secara empiris (Notoatmodjo, 2010) :

- a. Hipotesis kerja ( $H_a$ ) adalah suatu rumusan hipotesis dengan tujuan untuk membuat ramalan tentang peristiwa dengan tujuan untuk membuat ramalan tentang peristiwa yang terjadi apabila suatu gejala muncul.
- b. Hipotesis nol ( $H_0$ ) adalah hipotesis statistic biasanya dibuat untuk menyatakan suatu kesamaan atau tidak adanya suatu perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok atau lebih mengenai suatu hal yang dipermasalahkan.

Hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

- a.  $H_a$  = Terdapat tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan di RSJ Prof Dr.Soerojo Magelang tahun 2021.
- b.  $H_0$  = Tidak terdapat tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan di RSJ Prof Dr.Soerojo Magelang tahun 2021.

## BAB 3 METODE PENELITIAN

### 3.1 Rancangan Penelitian

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga dapat menuntun peneliti untuk mendapatkan jawaban atas pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2014). Desain penelitian ini menggunakan desain *Deskriptif*, bertujuan untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan di RSJ. Prof. Dr. Soerojo Magelang. Semua responden diukur tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan dengan menggunakan kuesioner pengetahuan untuk mendapatkan data pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan. ~~Penelitian ini merupakan penelitian *Observasionale*.~~

### 3.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan kerangka pikiran yang menghubungkan antara variabel independent dengan variabel dependent dalam penelitian (Sugiyono, 2009). Variabel sendiri merupakan sebagai karakteristik subjek yang dari satu objek ke objek lainnya. *Variabel bebas atau variabel independent* didefinisikan sebagai variabel bila berubah akan mengakibatkan perubahan pada variabel lainnya. Sedangkan pengertian dari variabel terikat atau variabel dependent merupakan suatu akibat dari perubahan pada variabel independent (Sastroasmoro, 2011).

*Variabel independent* dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan perawat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang.

*Variable Independent*

Tingkat Pengetahuan

**Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian**

### 3.3 Definisi Operasional Penelitian

Definisi operasional adalah suatu atribut atau sifat atau nilai dari obyek atau kegiatan yang memiliki variasi tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono,2015).

**Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian**

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Variabel Independent :				
	a. Tingkat Pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan.	Pengetahuan adalah informasi yang di dapat untuk memperoleh pemahaman, pembelajarn dan pengalaman.	Kuesioner Pengetahuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan  Beri tanda (x) pada jawaban dan pilih salah satu jawaban yang benar (a, b, c, d).	1. Baik : skor 8-10. 2. Cukup : skor 4-7. 3. Kurang : skor 0-3.	Ordinal

### 3.4 Populasi dan Sampel

#### 3.4.1 Populasi

Populasi merupakan seluruh kumpulan subjek penelitian yang mempunyai karakteristik tertentu dan diterapkan oleh peneliti (Sastroasmoro, 2011). Populasi

pada penelitian ini adalah perawat jiwa di RSJ. Prof. Dr. Soerojo Magelang. Besar populasi pada penelitian ini berjumlah 126 orang, Sedangkan populasi yang menjadi target adalah perawat jiwa di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang sebanyak 61 perawat jiwa di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang.

### 3.4.2 Sampel

Menurut (Sastroasmoro, 2011) juga menjelaskan bahwa sampel adalah bagian dari populasi yang sudah terpilih dan ditentukan dengan rumus sehingga dapat mewakili populasi target yang sudah ditentukan. Sampel dalam penelitian ini adalah perawat jiwa di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang jumlah 126 orang yang diambil dengan teknik *Simple Random Purposive Sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang didasarkan pada kriteria tertentu yang sebelumnya ditetapkan oleh penelitian, subjek yang memenuhi kriteria tersebut menjadi sampel. Pengambilan sampel menggunakan rumus untuk menentukan jumlah sampel dan diperoleh sampel sebanyak:

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan :

$n$  = Besar sampel minimal

$N$  = Jumlah populasi

$Z$  = Standar deviasi normal untuk 1,96 dengan CI 95%

$d$  = Derajat ketetapan yang digunakan oleh 90% atau 0,1

$p$  = Proposi target populasi adalah 0,5

$q$  = Proposi tanpa atribut adalah 0,5

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 126 \times 0,5 \times 0,5}{(0,1)^2 \times (126 - 1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{3,8416 \times 31,5}{0,01 \times 125 + 0,9604}$$

$$n = \frac{121,0104}{2,2104}$$

$$n = 54,74 \text{ orang}$$

Dibulatkan menjadi 55 perawat jiwa.

Penelitian menantisipasi responden terpilih yang drop out, maka dilakukan koreksi terhadap besar sampel dengan menambah sejumlah 10% responden agar sampel tetap terpenuhi dengan rumus sebagai berikut :

$$n^1 = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan :

$n$  = Besar sampel yang dihitung

$f$  = Perkiraan proporsi drop out

$$n^1 = 61 \text{ orang}$$

$$n^1 = \frac{55}{(1 - 0,1)}$$

$$n^1 = \frac{55}{(0,9)}$$

$$n^1 = 61,1 \text{ orang}$$

Dibulatkan menjadi 61 orang.

Maka jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 61 orang dari perawat jiwa di RSJ. Prof. Dr. Soerojo Magelang berjumlah 126 perawat jiwa. Untuk menetapkan jumlah sampel setiap masing-masing bangsal maka ditetapkan dengan rumus :

$$\frac{\text{Jumlah populasi tiap bangsal}}{\text{Jumlah total populasi}} \times \text{Jumlah total sampel}$$

Berdasarkan rumus, jumlah sampel dari masing-masing wilayah sebagai berikut:

**Tabel 3.2**  
**Pembagian sampel teknik *Simple Random Purposive Sampling***

No	Nama Wisma	Perhitungan Sampel	Jumlah
1.	Wisma Abiyasa	12/126x61= 5,80	6
2.	Wisma Antareja	12/126x61= 5,80	6
3.	Wisma Antasena	22/126x61= 10,65	11
4.	Wisma Dewi Kunthi	13/126x61= 6,29	6
5.	Wisma Dwarawati	13/126x61= 6,29	6
6.	Wisma Kresna	13/126x61= 6,29	6
7.	Wisma Puntadewa	12/126x61= 5,80	6
8.	Wisma Sadewa	12/126x61= 5,80	6
9.	Wisma Shinta	17/126x61= 8,23	8
<b>TOTAL</b>			<b>61</b>

#### 3.4.2.1 Kriteria Inklusi

- a. Perawat yang minimal lulus D3 Keperawatan
- b. Perawat yang bersedia menjadi responden

### 3.5 Waktu dan Tempat

#### 3.5.1 Waktu

Waktu penelitian ini dilakukan sejak Desember sampai Januari 2021 dengan beberapa tahap, mulai dari persiapan yaitu pengajuan judul penelitian sampai pelaksanaan penelitian.

#### 3.5.2 Tempat Penelitian

Tempat penelitian ini dilakukan di 9 wisma yang ada di RSJ. Prof. Dr. Soerojo, Jl. Ahmad Yani No. 169, Kramat Selatan. Kecamatan. Magelang Utara, Kota

Magelang, Jawa Tengah 56115. Dari 9 wisma tersebut yaitu, Wisma Abiyasa, Wisma Antareja, Wisma Antasena, Wisma Dewi Kunthi, Wisma Dwarawati, Wisma Kresna, Wisma Puntadewa, Wisma Sadewa, Wisma Shinta.

### **3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data**

#### **3.6.1 Alat pengumpulan data**

Alat pengumpulan data atau instrumen penelitian merupakan suatu alat yang digunakan untuk mengukur fenomena yang diamati dan bertujuan untuk memperoleh data (Sugiyono,2012).

Alat pengumpulan variabel Independen menggunakan kuesioner pengetahuan untuk mengetahui pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan yang terdiri dari 10 item. Beri tanda silang dan pilih salah satu jawaban yang benar (a, b, c, d)

##### **3.6.1.1 Kuesioner A (Data Demografi)**

Instrumen ini terdapat pertanyaan tentang identitas diri yang meliputi umur, jenis kelamin, agama, dan pendidikan terakhir. Pada pengisian diri, diisi dengan menulis umur diri dengan tulisan angka. Jenis kelamin diisi dengan menggunakan tanda checklist yang terdiri dari 2 pilihan yaitu laki-laki dan perempuan. Agama diisi dengan menggunakan tanda checklist yang terdiri dari 5 pilihan yaitu islam, kristen katolik, kristen protestan, hindhu dan budha. Pendidikan terakhir diisi dengan menggunakan tanda checklist yang terdiri dari 3 pilihan yaitu D3 keperawatan, S1 keperawatan, dan S2 keperawatan.

##### **3.6.1.2 Kuesioner B (Pengetahuan perawat tentang pasien perilaku kekerasan)**

Instrumen ini berisi pertanyaan terkait dengan pengetahuan perawat pada pasien perilaku kekerasan. Instrumen tersebut di ambil dari kuesioner yang digunakan pada penelitian (Ahmad Husein, 2016). Kuesioner ini bertujuan untuk mengetahui pengetahuan perawat pada pasien perilaku kekerasan. Skala pengetahuan memiliki tingkatan dari baik, cukup dan kurang. Aspek pengetahuan terdiri dari pengetahuan perawat mengenai pasien perilaku kekerasan. Diisi oleh responden dengan menjawab pertanyaan yang telah disediakan dan dijawab sesuai dengan

jawaban menurut responden benar. Responden menjawab pertanyaan dengan memberi tanda silang (x) atau memilih jawaban yang dianggap benar.

**Tabel 3.3**  
**Instrumen Pengumpulan Data**

Variabel	Indikator	Butir Pertanyaan	No Item pertanyaan uji coba	Total Pertanyaan
Tingkat Pengetahuan Perawat Dalam Penanganan Pasien Perilaku Kekerasan	Pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan	10 pertanyaan	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	10 Pertanyaan

### 3.6.2 Metode pengumpulan data

Proses pengumpulan data penelitian ini dimulai dengan mengurus surat izin penelitian dari program studi ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Selanjutnya mengurus perijinan dari RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang. Setelah itu melakukan uji etik di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang. Setelah melakukan uji etik dan mendapatkan perijinan, maka peneliti melakukan pengambilan data.

Tahap selanjutnya yaitu tahap pengumpulan data yang dilakukan di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang. Peneliti mendatangi setiap wisma, dan peneliti berinteraksi dengan responden untuk mencari responden yang sesuai dengan kriteria inklusi pada penelitian ini. Peneliti memperkenalkan diri kepada calon responden dan menunjukkan surat izin penelitian. Selanjutnya peneliti memberi penjelasan mengenai tujuan penelitian, lalu peneliti memberitahu kepada responden untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden yang sudah disediakan, lalu peneliti menjelaskan cara pengisian kuesioner kepada para responden. Memberi kesempatan kepada responden untuk mengisi kuesioner dan mengumpulkan kembali kepada peneliti. Peneliti mengakhiri pertemuan saat semuanya telah selesai.



Data yang dikumpulkan berupa:

- a. Data Demografi meliputi : Nama, Jenis Kelamin, Usia, Agama, Tingkat Pendidikan.
- b. Pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan.

Pada akhir pertemuan peneliti memberikan kenang-kenangan kepada responden.

Semua hasil kuesioner yang sudah diisi oleh tiap responden, kemudian peneliti mengolah data hasil kuesioner menggunakan SPSS. Uji yang digunakan pada penelitian ini yaitu Uji Statistik Deskriptif dengan Software SPSS.

### **3.7 Uji Validitas dan Reliabilitas Alat Pengumpulan Data**

#### **3.7.1 Uji Validitas**

Validitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoadmojo, 2014). Validitas adalah kecermatan dan kesesuaian pengukuran, valid berarti alat tersebut dapat mengukur apa yang diukur (Riyanto, 2011). Kuesioner yang digunakan pada penelitian yaitu kuesioner pengetahuan yang terdiri dari 10 item, uji validitas ini sudah pernah dilakukan sebelumnya di RSJ Provinsi Sumatera Utara Medan.

#### **3.7.2 Analisa Reliabilitas**

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama, dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoadmojo, Soekidjo 2014). Uji reliabilitas terhadap 10 orang responden di RSJ Provinsi Sumatera Utara Medan. Hasil yang didapatkan di analisa melalui program analisa statistik dengan menggunakan formula *cronbach's alpha* pada setiap item kuesioner pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan. Hasil reliabilitas terhadap 10 orang diperoleh hasil koefisien sebesar 0,726. Hal ini berarti bahwa instrument (kuesioner) dikatakan reliabel dan mempunyai reliabilitas sedang dimana koefisien berada diantara 0,60-0,89 (Ahmad Husein, 2012).

### **3.8 Metode Pengelolaan dan Analisis Data**

#### **3.8.1 Metode Pengolahan**

Menurut (Notoadmojo Soekidjo, 2014), Pengolahan data yang telah terkumpul dilakukan dengan tahap sebagai berikut:

##### **1. *Editing***

*Editing* yaitu kegiatan yang dilakukan memeriksa kembali kebenaran dan kelengkapan dari instrumen atau data yang diperoleh. Peneliti melakukan pemeriksaan kembali terhadap kelengkapan data yang diperoleh. Jika ada data yang kurang lengkap, maka data tersebut dilengkapi kembali oleh responden. Data yang terdapat didalam penelitian ini diantaranya tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan.

##### **2. *Coding***

*Coding* adalah tindakan untuk mengklarifikasi hasil observasi pemeriksaan yang sudah ada menurut jenisnya dengan cara memberi tanda pada masing-masing kolom dengan kode (angka, huruf atau simbol lainnya). Distribusi pengolahan data dalam memberikan kode menggunakan sistem aplikasi IBM SPSS Statistic 17.

Pada kuesioner tentang tingkat pengetahuan perawat yaitu :

Usia:

- a) 25-36 tahun bernilai 1
- b) 35-46 tahun bernilai 2
- c) 45-56 tahun bernilai 3
- d) 55-66 tahun bernilai 3

Jenis Kelamin :

- a) Laki-laki bernilai 1
- b) Perempuan bernilai 2

Tingkat Pendidikan :

- a) D3 Keperawatan bernilai 1
- b) S1 Keperawatan bernilai 2
- c) S2 Keperawatan bernilai 3
- d) S3 Keperawatan bernilai 4

Pada kuesioner tentang tingkat pengetahuan perawat yaitu :

- a) Jawaban salah bernilai 0
- b) Jawaban benar bernilai 1

### **3. Tabulasi / *Entry Data***

Kegiatan memproses dan memasukkan data dari hasil penelitian ke dalam program analisis perangkat komputer berdasarkan kriteria yang telah ada. Data dimasukkan kedalam kategori yang telah ditetapkan dan diberi kode untuk memudahkan pengolahan data. Data yang diperoleh berdasarkan dari pengakuan klien dengan mengkaji, observasi dan responden melakukan pengisian lembar kuesioner yang telah disediakan oleh peneliti.

### **4. *Cleaning***

*Cleaning* adalah kegiatan yang dilakukan untuk memeriksa kembali data yang sudah dimasukkan untuk diperiksa ada atau tidak kesalahan. Saat memasukkan data yaitu dengan mengetahui data yang hilang, konsistensi data, dan variasi data.

### **3.8.2 Analisa Data**

Untuk mengetahui metode edukasi terhadap pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan, peneliti menggunakan program SPSS untuk menganalisa data yang didapat. Analisa data dalam penelitian ini antara lain:

#### **a. Analisa Univariat**

Analisa univariat dilakukan pada tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel. Penggambaran populasi dan analisa statistik dilakukan dengan melihat setiap variabel secara satu persatu secara terpisah (Asra, dkk, 2015). Analisa univariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui karakteristik responden, yaitu jenis kelamin, umur, agama dan pendidikan. Analisa ini digunakan untuk mengetahui tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan, dengan cara menghitung hasil kuesioner yang telah terkumpul dan sudah terisi dari para responden. Setelah data terkumpul, peneliti

akan mengolah data dalam bentuk presentase dan data akan disajikan dalam bentuk tabel.

### **3.9 Etika Penelitian**

#### **3.9.1 Informed consent (Persetujuan)**

Sebelum dilakukan pengambilan data penelitian, calon responden akan diberi penjelasan mengenai tujuan manfaat dari penelitian yang akan di lakukan serta penjelasan mengenai pengisian kuesioner kepada calon responden yang bersedia untuk di teliti. Perawat pelaksana yang bersedia untuk menjadi responden harus mendandatangani lembar persetujuan menjadi responden, dan jika calon responden menolak untuk di teliti maka peneliti tidak boleh memaksa dan tetap menghormati keputusan yang dipilih.

#### **3.9.2 Anonymity (Tanpa nama)**

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak akan memasukkan nama responden dalam pengolahan data penelitian. Penelitian akan menggunakan inisial sebagai pengganti nama responden.

#### **3.9.3 Confidentiality (Kerahasiaan)**

Semua data yang sudah di isi oleh responden akan di jamin kerahasiaan oleh peneliti meliputi metode tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan yang dialami perawat serta identitasnya, seperti nama serta alamat tidak akan di publikasikan oleh peneliti. Sehingga hanya beberapa data tertentu yang akan di tampilkan untuk kebutuhan pengolahan data penelitian.

#### **3.9.4 Beneficence (Bermanfaat) & Non Maleficence (Tidak merugikan)**

Pada penelitian ini responden akan mendapatkan manfaat sebagai berikut, responden dapat mengetahui tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan.

## **BAB 5**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil pembahasan dapat diambil kesimpulan dan saran mengenai Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Dalam Penanganan Pasien Perilaku Kekerasan di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang.

#### **5.1 Simpulan**

Dari hasil penelitian Gambaran Tingkat Pengetahuan Perawat Dalam Penanganan Pasien Perilaku Kekerasan di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang didapatkan :

- 5.1.1 Berdasarkan karakteristik usia, didapatkan responden yang berusia 35-45 tahun sebanyak 25 responden (41,0%).
- 5.1.2 Berdasarkan karakteristik jenis kelamin, didapatkan jenis kelamin terbanyak yaitu perempuan sebanyak 32 responden (52,5%).
- 5.1.3 Berdasarkan karakteristik pendidikan, didapatkan berpendidikan terbanyak yaitu pendidikan D3 Keperawatan sebanyak 36 responden (59,0%).
- 5.1.4 Dalam penelitian ini tingkat pengetahuan terbanyak yaitu tingkat pengetahuan cukup sebanyak 41 responden (67,2%).

## **5.2 Saran**

Dari penelitian yang telah dilakukan, terdapat saran yang dapat diberikan, yaitu :

- 5.2.1 Sebaiknya jumlah sampel penelitian ditambah untuk mendapatkan hasil yang lebih representif.
- 5.2.2 Perlunya penelitian lanjutan untuk karakteristik responden seperti lama bekerja, karena lamanya kerja itu sangat penting untuk tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan.
- 5.2.3 Penelitian selanjutnya dapat menambahkan faktor-faktor yang berhubungan tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan, sehingga diketahui faktor apa saja yang memiliki hubungan dengan pengetahuan perawat atau penanganan dalam pasien perilaku kekerasan.
- 5.2.4 Hasil penelitian ini dapat menjadi gambaran tingkat pengetahuan perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan yang terjadi di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ah. Yusuf, Rizky Fitryasari PK, H. E. N. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa* (Faqihani Ganiajri (ed.); Faqihani G). [http://ners.unair.ac.id/materikuliaah/buku\\_ajar\\_keperawatan\\_kesehatan\\_jiwa.pdf](http://ners.unair.ac.id/materikuliaah/buku_ajar_keperawatan_kesehatan_jiwa.pdf)
- Husein, A. (2012). Jurnal hubungan pengetahuan dengan peran perawat dalam penanganan pasien perilaku kekerasan di RSJ Prosu Medan.
- Azizatunnisa, N. (2013). Di Indonesian Holistic Tourist Hospital Purwakarta. *Jurnal Keperawatan Komunitas*, 1(2), 80–86.
- DECOSTA, E. J. (1961). Gynecologic endocrinology. *World-Wide Abstracts of General Medicine*, 4, 8–15. <https://doi.org/10.1097/00007611-195909000-00043>
- Ghony, M. Djunaidi. Fauzan Almanshur. 2012. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Hewan, F. K., Airlangga, U., & Banyuwangi, K. (2018). *Ir – perpustakaan universitas airlangga skripsi*. 2017.
- Ihsan, A. H. (2017). Poltekkes Kemenkes Padang. *Jurnal Keperawatan*.
- Keliat Budi Anna, dkk. (2016). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas* ( dkk Monica Ester (ed.); Dr. Budi A). Buku Kedokteran EGC.
- Purba, Ratna, 2011. Gambaran Pengetahuan Tentang Strategi Pelaksanaan Komunikasi Pada Pasien Perilaku Kekerasan Di RSJ Daerah Provinsi Sumatera Utara Medan 2011. Medan.
- Rinawati, F., & Alimansur, M. (1970). Analisa Faktor-Faktor Penyebab Gangguan Jiwa Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Stres Stuart. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 5(1), 34. <https://doi.org/10.32831/jik.v5i1.112>
- Rizki, T., & Handayani, T. N. (2018). Pengetahuan dan keterampilan perawat dalam melaksanakan Triage. *JIM FKep*, IV(1), 26–32.
- Saragih, Sasmada, dkk. Gambaran Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Tentang Perawatan Resiko Perilaku Kekerasan Di Rumah. Riau.
- Siahaan, D. N., & Tarigan, M. (2012). Kinerja Perawat Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijau Medan. *Jurnal Keperawatan Holistik*, 1(2).

- Sulistiyorini, N. (2013). Hubungan pengetahuan tentang gangguan jiwa terhadap sikap masyarakat kepada penderita gangguan jiwa. 1, 3–15.
- Yusuf, A. H, Fitryasari R. P. K, & Nihayati, H. E. (2015). Buku ajar keperawatan kesehatan jiwa. Jakarta: Salemba Medika..
- Indriati, Ganis, dkk. (2013). Gambaran Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Tentang Perawatan Pasien Resiko Perilaku Kekerasan Di Rumah. Tamvan Provonsi Riau.
- Soeyanto. (2011). *Kesehatan mental, konsep, cakupan, dan perkembangannya*. Yogyakarta: CV. Andi Offset.
- Inoo, Florentina. (2017). Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Restrain Dengan Tindakan Pemasangan Restrain Pada Pasien Dengan Perilaku Kekerasan Di Unit Perawatan Intensif (UPI) Rumah Sakit Jiwa Grahasia Daerah Istimewa Yogyakarta. Yogyakarta.
- Wawan. A, Dkk. (2010). Teori Dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap, Dan Perilaku Manusia. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nur, Siti Maulida. (2016). Hubungan Antara Pengetahuan Ddengan Sikap Perawat Dalam Penatalaksanaan Pasien Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. Samarinda.
- Jatra, B, Dkk. (2016). Hubungan Pengetahuan Dengan Perilaku Perawat Dalam Penanganan Pasien Perilaku Kekerasan. *Sehat Masada*, 10(2), 13-19. Bandung. [Http://Ejurnal.Stikesdhb.Ac.Id/Index.Php/Jsm/Article/View/17](http://Ejurnal.Stikesdhb.Ac.Id/Index.Php/Jsm/Article/View/17). Dibuka Pada Tanggal 28 Januari 2021.
- Alias, 2013. Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Terhadap Pasien Perilaku Kekerasan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan. Makasar: Vol 3 No 5.



Theacer, Margaret. (2019). *Gambaran Perilaku Keluarga Tentang Cara Merawat Pasien Perilaku Kekerasan Di Poliklinik Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Medan Tahun 2019*. Medan.

Laoh, Joice, dkk. (2014). *Gambaran Pengetahuan Perawat Pelaksana Dalam Penanganan Paisean Gawat Darurat Di Ruang IGDM BLU RSUP*. Prof. Dr. R. D Kandou Manado. Vol 3. Manado.

Susyanto. (2011). *Metodologi dan Aplikasi Penelitian Keperawatan*. Nuha Medika, Yogyakarta.

Anonym. (2010) . *Perbedaan Tingkat Pengetahuan dan Ketrampilan Perawat Dalam Pelaksanaan Triase*. Semarang. Diakses pada tanggal 30 Januari 2020.