

**HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT CMHN TERHADAP PENANGANAN
PEMASUNGAN ODGJ DI KABUPATEN MAGELANG TAHUN 2018**

SKRIPSI



Disusun oleh :

SITI HALIFAH

14.0603.0023

**PRODI ILMU KEPERAWATAN S1
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2018**

**HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT CMHN TERHADAP PENANGANAN
PEMASUNGAN ODGJ DI KABUPATEN MAGELANG TAHUN 2018**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang Tahun 2018



SITI HALIFAH

14.0603.0023

**PRODI ILMU KEPERAWATAN S1
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2018**

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Siti Halifah
NPM : 13.0603.0012
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Hubungan Pengetahuan Perawat CMHN Terhadap Penanganan Pemasungan ODGJ Di Kabupaten Magelang Tahun 2018

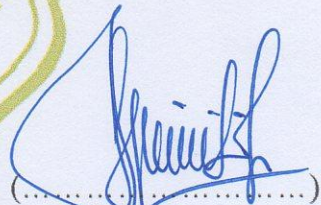
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.



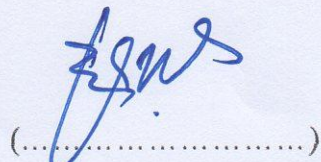
Penguji I : Puguh Widiyanto, S.Kp.M.Kep


(.....)

Penguji II : Ns.Sambodo Sriadi Pinilih, S.Kep.,M.Kep


(.....)

Penguji III : Ns. Retna Tri Astuti, S.Kep.,M.Kep


(.....)

Ditetapkan di : Magelang

Tanggal : 31 Agustus 2018

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi

HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT CMHN TERHADAP PENANGANAN PEMASUNGAN ODGJ DI KABUPATEN MAGELANG TAHUN 2018

Telah disetujui dan diujikan di hadapan Tim Penguji Skripsi
Progam Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Magelang



Ns. Retna Tri Astuti, S.Kep., M.Kep

NIDN:0602067801

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah karya saya sendiri dan bukan merupakan karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya. Apabila kemudian ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini atau ada klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini maka saya siap menanggung segala resiko atau sanksi yang berlaku.

Nama : Siti Halifah

NPM : 14.0603.0023

Tanggal : 31 Agustus 2018



Siti Halifah

14.0603.0023

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Magelang, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Siti Halifah
NPM : 14.0603.0023
Progam Studi : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu kesehatan
Jenis karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Magelang **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (Non-Exclusive-Royalty-Free Right)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : “Hubungan Pengetahuan Perawat CMHN Terhadap Penanganan Pemasangan ODGJ Di Kabupaten Magelang Tahun 2018”.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas *Royalty Non Eksklusive* ini Universitas Muhammadiyah Magelang berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Magelang

Pada tanggal : 31 Agustus 2018

Yang menyatakan



(Siti Halifah)
14.0603.0023

HALAMAN PERSEMBAHAN

Yang Utama

Rasa syukur selalu trucapkan kepada Allah SWT, atas segala rahmat dan hidayah-Nya, serta kelancaran dan kemudahan yang telah Engkau berikan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Tak lupa sholawat serta salam selalu terlimpah kehadiran Rasulullah Muhammad SAW

Ayah, Ibu, kakak, adik dan suami tercinta

Terimakasih atas kasih sayang yang setiap hari diberikan, untuk finansial yang tidak sedikit selama aku menempuh pendidikan sampai jenjang setinggi ini, untuk motivasi, masehat, kasih sayang dan tempat keluh kesah ternyaman. Terima kasih utuk semuanya, semua hal yang kalian berikan tidak akan pernah terbalas olehku semoga kelak akan digantikan oleh surga Allah, aamiin.

Teman-teman seperjuangan

Teman-teman S1 Keperawatan angkatan 2014 terimakasih atas bantuan yang telah kalian berikan, mudah-mudahan kita bisa sukses bersama...

ABSTRAK

Nama : Siti Halifah
Progam studi : S1 Ilmu Keperawatan, Fakultas Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Magelang
Judul : Hubungan Pengetahuan Perawat CMHN Terhadap Penanganan Pemasungan ODGJ Di Kabupaten Magelang Tahun 2018

Latar belakang: Puskesmas di wilayah Kabupaten Magelang sudah memiliki perawat yang khusus bertanggung jawab di bidang kesehatan mental masyarakat atau Community Mental Health Nursing (CMHN). Penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa pemahaman petugas kesehatan tentang pemasangan dan penanganannya masih rendah. Kurangnya pengetahuan tentang pemasangan tenaga kesehatan di Puskesmas akan berdampak pada terhambatnya upaya penanganan pemasangan. Pengetahuan tentang pemasangan merupakan informasi yang diketahui atau disadari oleh seseorang tentang segala tindakan pengikatan dan pengekangan fisik yang dapat mengakibatkan kehilangan kebebasan terhadap ODGJ. **Tujuan:** Tujuan penelitian ini adalah mengetahui Hubungan Pengetahuan Perawat CMHN Terhadap Penanganan Pemasungan ODGJ di Kabupaten Magelang Tahun 2018. **Metode penelitian:** Metode penelitian menggunakan Studi korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sample dalam penelitian ini menggunakan teknik Total sampling. **Hasil:** Didapatkan bahwa Sebanyak 13 responden atau (84.2%) memiliki tingkat pengetahuan kategori sedang, dan 16 responden (84.5%) memiliki tingkat penanganan pemasangan kategori cukup baik. **Kesimpulan:** Didapatkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan terhadap penanganan pemasangan ODGJ dengan nilai $P=0.03<0.05$.

Kata kunci: Perawat CMHN, penanganan pemasangan, ODGJ

ABSTRACT

Nama : Siti Halifah
Study Program : Nursing Science, Faculty Of Nursing, University Of
Muhammadiyah Magelang
Title : The Relationship Between a Nurse's Knowledge Of CMHN
Against Handling ODGJ *Pasung* In Magelang District In
The Years Of 2018

Background: Community health centers in Magelang District already have nurses specifically responsible for community mental health or Community Mental Health Nursing (CMHN). Research in Indonesia shows that health workers' understanding of *Pasung* the and handling is still low. Lack of knowledge about the provision of health workers in the Community health centers will have an impact on the hampering efforts of handling the storage. Knowledge about *Pasung* is information that is known or realized by a person about all acts of binding and physical restraints that can result in loss of freedom for ODGJ. **Objective:** The purpose of this study was to determine the relationship between CMHN Nurse's Knowledge Against Handling of ODGJ *Pasung* in Magelang District in The Years Of 2018. **Research Methods:** The research method used a correlation study with a cross sectional approach. The Sampling in this study using total sampling technique. **Results:** It was found that as many as 13 respondents or (84.2%) had a moderate level of knowledge, and 16 respondents (84.5%) had a fairly good level of handling the category. **Conclusion:** It was found that there was a relationship between the level of knowledge of the handling of ODGJ supplementation with $P=0.03<0.05$.

Keywords: CMHN nurse, handling storage, ODGJ

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah AWT atas berkat dan karunia Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan Pengetahuan Perawat CMHN Terhadap Penanganan Pemasangan ODGJ Di Kabupaten Magelang” tanpa mengalami suatu kesulitan maupun halangan apapun.

Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan, dorongan, dan bantuan dari berbagai pihak maka sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, penulis menghanturkn terimakasih kepada:

1. Puguh Widiyanto, M.Kep, sebagai Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang, sekaligus sebagai penguji sidang skripsi yang telah memberikan arahan dalam penyusunan skripsi.
2. Ns. Retna Tri Astuti, M.Kep, sebagai Wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang, sekaligus sebagai pembimbing II yang bersedia membimbing, memotivasi, memberikan arahan dan saran dalam penyusunan skripsi.
3. Ns. Sigit Priyanto, M.Kep, sebagai Ketua Progam Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
4. Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, M.Kep, selaku pembimbing I yang bersedia membimbing, memotivasi, memberikan arahan dan saran dalam penyusunan skripsi.
5. Seluruh dosen dan staf progam Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
6. Kepala Puskesmas di Seluruh Kabupaten Magelang yang telah memberikan izin penelitian untuk penyusunan skripsi ini.
7. Keluarga tercinta, Ayah, Ibu, Kakak, Adik dan Suami saya yang telah memberikan dukungan serta doa yang tiada hentinya kepada penulis dalam membuat skripsi ini.
8. Teman-teman Progam Studi S1 Ilmu Keperawatan angkatan 2014 Progam Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang memberikan dukungan, motivasi dan bantuan selama pnyusunan skripsi

9. Almamater Universitas Muhammadiyah Magelang
10. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah berkontribusi dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga kebaikan, bimbingan dan dukungan yang diberikan mendapat balasan dari Allah SWT, aamiin. Penulis menyadari penyusunan skripsi ini jauh dari sempurna, baik dalam tata bahasa ataupun cara penyajiannya, maka kritik dan saran yang dapat melengkapi skripsi ini sangat dihargai.

Magelang , 31 Agustus 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman judul	i
Lembar persetujuan	ii
Halaman pengesahan.....	iii
Pernyataan keaslian penelitian	iv
Halaman persetujuan publikasi	v
Halaman Persembahan	vi
Abstrak	vii
Abstract	viii
Kata pengantar	ix
Daftar isi.....	xi
Daftar Tabel	xiii
Daftar Skema.....	xiv
Daftar lampiran	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
Latar belakang.....	1
Rumusan masalah.....	5
Tujuan penelitian.....	5
Manfaat penelitian.....	6
Ruang lingkup penelitian	6
Keaslian penelitian	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
Tinjauan teoritis	9
Kerangka teori.....	27
Hipotesis.....	28
BAB 3 METODE PENELITIAN	
Rancangan Penelitian.....	29
Kerangka Penelitian	29

Definisi Operasional.....	30
Populasi dan Sample	31
Waktu dan Tempat	32
Alat dan Metode Pengumpulan Data	32
Metode Pengolahan Data dan Analisis Data.....	35
Etika Penelitian	37
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	
Hasil Penelitian	40
Pembahasan.....	43
Ketebatasan Penelitian	48
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	
Kesimpulan	49
Saran	49
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	7
Tabel 3.2 Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	30
Tabel 3.3 Kisi-kisi Kuesioner	32
Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasar Usia.....	39
Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasar Jenis Kelamin.....	39
Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasar Masa Kerja Perawat	40
Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasar Pendidikan.....	40
Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasar Pengetahuan	41
Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasar penanganan.....	41

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori.....	27
Skema 3.1 kerangka Konsep	30

LAMPIRAN

Lampiran 1. Studi Pendahuluan	59
Lampiran 2. Permohonan Ijin Uji Expert.....	60
Lampiran 3. Pernyataan Lulus Uji Expert.....	62
Lampiran 4. Surat Ijin Penelitian	65
Lampiran 5. Data Penderita Gangguan Jiwa Berat Yang Di Pasung.....	68
Lampiran 6. Lembar Persetujuan Menjadi Responden	69
Lampiran 7. Lembar permohonan Menjadi Responden.....	70
Lampiran 8. Kuesioner Penelitian.....	71
Lampiran 9. Hasil Uji Statistik.....	76
Lampiran 10. Daftar Riwayat Hidup.....	89

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Negara Kesatuan Republik Indonesia telah menjamin keberlangsungan kehidupan seluruh warganya tanpa kecuali mereka yang mengalami gangguan jiwa atau yang dikenal dengan istilah orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). ODGJ masuk dalam kategori penyandang disabilitas memiliki hak dan kewajiban yang sama sebagai Warga Negara Indonesia dimana Negara Republik Indonesia telah mengaturnya dalam Undang-Undang (UU) Disabilitas nomor 8 tahun 2016 (UU RI Disabilitas no. 8 tahun 2016). Dalam UU tersebut, penyandang disabilitas merupakan setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan serta kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasar kesamaan hak (UU RI Disabilitas no. 8 Bab 1 Pasal 1 tahun 2016).

Sebuah survey menyampaikan bahwa prevalensi ODGJ cukup besar. Yosep (2013) mengutip data dari World Health Organization (WHO) menjelaskan bahwa sekitar 450 juta orang didunia termasuk ODGJ. Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2016) juga menyebutkan bahwa prevalensi ODGJ jenis skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 % per 1.000 penduduk yang ada di Indonesia dan 57 ribu dari jumlah tersebut pernah atau sedang mendapatkan perlakuan pasung atau pemasungan dari keluarga atau masyarakatnya (Depkes, 2016). Secara legalitas, praktek pemasungan dilarang pemerintah Indonesia melalui UU RI Nomor 18 tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa Bab IX Pasal 86 yaitu “Setiap orang yang dengan sengaja melakukan pemasungan, penelantaran, dan atau menyuruh orang lain untuk melakukan pemasungan, penelantaran dan kekerasan terhadap Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) atau tindakan lainnya yang melanggar hak asasi ODMK dan ODGJ dipidana sesuai dengan

ketentuan peraturan perundang-undangan” (UU RI Nomor 18 Bab IX Pasal 86 Tahun 2014).

Pemasungan merupakan segala macam bentuk pengekangan fisik dan pembatasan dari seseorang yang menderita gangguan jiwa atau sakit mental oleh keluarganya atau masyarakat lingkungannya dalam berbagai bentuk bisa dengan dipasung menggunakan kayu, dirantai, dikandang, dikunci di dalam kamar, diasingkan ditengah hutan jauh dari masyarakat dan berbagai bentuk pengekangan atau pembatasan fisik lainnya (Peraturan Gubernur No.1 2012). Pemasungan yang dilakukan pada ODGJ akan berdampak negatif, baik dampak fisik, psikologi dan sosial (Kandar & Prambudi 2014). Kasus pemasungan yang ada di Propinsi Jawa Tengah masih cukup tinggi mencapai 943 kasus (Dinkes, 2012). Kasus pemasungan di Kabupaten Magelang menduduki peringkat tiga dalam pravalensi gangguan jiwa dan berada pada peringkat ke 4 terbanyak untuk data penderita gangguan jiwa yang mengalami pemasungan di Kabupaten/Kota di Jawa Tengah Sampai bulan Desember 2012 mencapai 32 kasus dengan prevalensi 19,7%.

Penyebab utama pemasungan adalah faktor ekonomi yang berdampak pada gangguan kejiwaan. Pemerintah provinsi Jawa Tengah pada tahun 2012 mencanangkan penanggulangan pasung dengan dikeluarkannya Peraturan Gubernur Jawa Tengah nomor 1 tahun 2012. Sasaran dari program ini adalah semua penderita gangguan jiwa yang dipasung dan belum mendapatkan pelayanan kesehatan secara intensive. Sebagai antisipasi dan penanganan kasus pemasungan yang tersebar di seluruh wilayah Jawa Tengah, Dinas Kesehatan secara proaktif mendatangi keluarga dengan pemasungan dan mengupayakan perawatan lanjut di rumah sakit jiwa (Sugihantono, 2012).

Pemerintah Republik Indonesia melalui Menteri Kesehatan RI pada tanggal 10 oktober 2010 telah mencanangkan program bebas pasung yang akan dicapai pada tahun 2014 (Pusat Komunikasi Publik Kemenkes RI, 2010) namun program tersebut belum menunjukkan hasil yang diharapkan sehingga

pemerintah berupaya memperpanjang program tersebut hingga tahun 2019 (yud, 2014 *cit.* Lestari dan Wardani, 2014).

Pemerintah Provinsi Jawa Tengah telah mencanangkan program penanggulangan pasung dengan disahkannya Peraturan Gubernur Jawa Tengah nomor 1 tahun 2012. Sasaran program ini adalah semua penderita gangguan jiwa yang dipasung dan belum mendapatkan pelayanan kesehatan yang serius. Program tersebut membutuhkan kerja sama dengan berbagai pihak di antaranya DPRD, BAPPEDA, Dinas Sosial, Dinas Agama, Pemuka Masyarakat dan kerja sama lintas sektor meliputi Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi, Departemen Kesehatan dan Puskesmas.

Puskesmas telah menerapkan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga yang disingkat PIS-PK. Program PIS-PK merupakan salah satu program dari Agenda ke-5 Nawa Cita yang sekaligus menjadi program utama Pembangunan Kesehatan yang Kemudian direncanakan pencapaiannya melalui Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015. Program indonesia sehat dengan Pendekatan keluarga merupakan salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan atau meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya. Puskesmas juga merupakan pelayanan primer yang menjadi ujung tombak program PIS-PK. Dalam rangka pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah disepakati adanya 12 indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga. Dalam dua belas indikator utama tersebut di dalam point ke 8 berbunyi bahwa Penderita gangguan jiwa harus mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan (PERMENKES RI No. 39 Tahun 2016), dari penjelasan tersebut dapat

disimpulkan bahwa puskesmas juga menjadi ujung tombak untuk mendukung program penanggulangan pemasungan.

Kabupaten Magelang memiliki sebanyak 29 puskesmas. Sejumlah Puskesmas di wilayah Kabupaten Magelang sudah memiliki perawat yang khusus bertanggung jawab di bidang kesehatan mental masyarakat atau Community Mental Health Nursing (CMHN). Perawat CMHN adalah perawat yang komprehensif, holistik, dan paripurna berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentang terhadap stres dan dalam tahan pemulihan serta pencegahan kekambuhan (Keliat et.al, 2011). Namun, beberapa penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa ternyata pemahaman masyarakat tentang pelayanan dan perawatan ODGJ masih rendah (Idiani & Raflizar, 2015; Mugianti & Suprajitno, 2017) bahkan pemahaman petugas kesehatan tentang pemasungan dan penanganannya juga masih rendah (Pinilih, S S. Dkk 2015). Kurangnya pengetahuan tentang pemasungan tenaga kesehatan di Puskesmas akan berdampak pada terhambatnya upaya penanganan pemasungan. Pengetahuan tentang pemasungan merupakan informasi yang diketahui atau disadari oleh seseorang tentang segala tindakan pengikatan dan pengekangan fisik yang dapat mengakibatkan kehilangan kebebasan terhadap ODGJ (Notoatmojo 2012).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang, dari 29 puskesmas di kabupaten magelang 13 puskesmas melaporkan bahwa didapatkan data sebanyak 24 orang dengan gangguan jiwa sedang mengalami pemasungan dan 50 orang sudah dibebaskan, sedangkan 16 puskesmas lainnya belum melaporkan terkait kasus pemasungan. Mengingat banyaknya jumlah kasus pemasungan yang ada di Kabupaten Magelang, maka di setiap puskesmas di Kabupaten Magelang setidaknya harus memiliki 1 perawat CMHN yang mempunyai pengetahuan yang baik tentang penanganan pemasungan ODGJ.

1.2 Rumusan masalah

Kabupaten Magelang menduduki peringkat tiga dalam prevalensi gangguan jiwa dan berada pada peringkat ke 4 terbanyak untuk data penderita gangguan jiwa yang mengalami pemasungan. Kabupaten Magelang memiliki 29 puskesmas sebagai ujung tombak dalam pemberdayaan kesehatan masyarakat untuk mendukung meningkatkan penanganan pemasungan. Puskesmas diwilayah Kabupaten Magelang sudah memiliki perawat penanggung jawab kesehatan jiwa masyarakat (CMHN). Pemahaman masyarakat bahwa pelayanan kesehatan jiwa dapat dilakukan di sarana kesehatan yang tersedia seperti puskesmas, balai kesehatan masyarakat, Rumah Sakit Umum (RSU) masih sangat rendah, bahkan pemahaman petugas kesehatan tentang pemasungan dan penanganannya juga masih rendah. Kurangnya pengetahuan tentang pemasungan tenaga kesehatan di Puskesmas akan berdampak serius dalam upaya penanganan pemasungan. Mengingat banyaknya jumlah kasus pemasungan yang ada di Kabupaten Magelang, maka di setiap puskesmas di Kabupaten Magelang setidaknya harus memiliki 1 perawat CMHN yang mempunyai pengetahuan yang baik tentang penanganan pemasungan. Berdasarkan uraian tersebut maka peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan pengetahuan perawat CMHN terhadap penanganan kasus pemasungan ODGJ di Kabupaten Magelang Tahun 2018.

1.3 Tujuan penelitian

3.1.1 Tujuan umum

Mengetahui hubungan pengetahuan perawat CMHN terhadap penanganan pemasungan ODGJ di Kabupaten Magelang.

3.1.2 Tujuan khusus

3.1.1.1 Mengidentifikasi karakteristik perawat CMHN di Kabupaten Magelang

3.1.1.2 Mengidentifikasi tingkat pengetahuan perawat CMHN tentang penanganan pemasungan di Kabupaten Magelang

3.1.1.3 Mengidentifikasi penanganan pemasangan ODGJ yang ada di Kabupaten Magelang.

3.1.1.4 Menganalisa hubungan pengetahuan perawat CMHN terhadap penanganan pemasangan di Kabupaten Magelang.

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Bagi profesi keperawatan

Sebagai sumber data untuk pencegahan kasus pemasangan, sebagai sumber informasi untuk melakukan edukasi dan meningkatkan upaya preventif.

1.4.2 Bagi instansi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sumber belajar dan pembaharuan kurikulum.

1.4.3 Bagi pelayanan kesehatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan dan membantu petugas kesehatan untuk mengetahui hubungan pengetahuan perawat CMHN dalam penanganan pemasangan, sehingga dapat memberikan masukan dan tindak lanjut dalam meningkatkan penanganan pemasangan.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

1.5.1 Lingkup masalah

Permasalahan dalam penelitian ini adalah hubungan pengetahuan perawat CMHN terhadap penanganan pemasangan ODGJ di Kabupaten Magelang

1.5.2 Lingkup subjek

Subjek dalam penelitian ini adalah perawat CMHN yang ada di 19 puskesmas di Kabupaten Magelang

1.5.3 Lingkup tempat dan waktu

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli-Agustus tahun 2018. Tempat penelitian adalah di wilayah Kabupaten Magelang.

1.6 Keaslian penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan dengan penelitian yang akan diambil
1	Aldani Putri Wijayanti, Achmad Mujab Masykur	Lepas untuk kembali dikungkung; studi kasus pemasangan eks pasien gangguan jiwa	Observasi, dengan pendekatan <i>single-case study</i> .	Hasil penelitian menunjukkan pemasangan adalah upaya terakhir perlindungan terhadap ODGJ dan opsi terakhir keluarga. Periode upaya pengobatan dijalani subjek kasus dalam waktu yang relatif singkat, sehingga pasca menjadi eks RSJ subjek kasus kembali dipasung.	Perbedaan dari penelitian ini adalah Populasi, jumlah sample yang digunakan, waktu penelitian, tempat penelitian di wilayah Kabupaten Magelang, Metode yang digunakan adalah kuantitatif dengan pendekatan crosssectional.
2	Weny Lestari ¹ dan Yurika Fauzia Wardhani ¹	Stigma dan penanganan penderita gangguan jiwa berat yang dipasung	<i>The analysis was based on previous study.</i>	Menunjukkan penderita yang diduga menderita gangguan jiwa yang dipasung banyak dilakukan oleh keluarga sebagai alternatif terakhir penanganan gangguan jiwa.	Perbedaan dari penelitian ini adalah Populasi, Jumlah sample yang digunakan, waktu penelitian, tempat penelitian di wilayah Kabupaten Magelang, Metode yang digunakan adalah kuantitatif dengan pendekatan crosssectional.
3	Slamet Riyadi	Peningkatan pengetahuan dan efikasi diri melalui promosi kesehatan	Kuantitatif dengan pendekatan <i>Cross Sectional</i>	Terdapat perbedaan sebelum dan sesudah promosi kesehatan tentang	Perbedaan dari penelitian ini adalah Populasi, Jumlah sample yang digunakan,

tentang pencegahan kekambuhan pasien paska pasung pada keluarga dikabupaten klaten	pencegahan kekambuhan dan terdapat perbedaan efikasi diri sebelum dan sesudah [romosi kesehatan tentang pencegahan kekambuhan.	waktu penelitian, tempat penelitian di wilayah Kabupaten Magelang.
--	--	--

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teoritis

Bab 2 ini membahas tentang tinjauan teoritis yang berkaitan dengan tema yang diangkat dalam penelitian yaitu hubungan pengetahuan perawat CMHN terhadap penanganan pemasangan ODGJ di Kabupaten Magelang.

2.1.1 Perawat CMHN

2.1.1.1 Definisi Perawat CMHN

Community Mental Health Nursing atau CMHN adalah upaya untuk mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa dengan tujuan pasien yang tidak tertangani di masyarakat akan mendapatkan pelayanan yang lebih baik. Perawat CMHN adalah perawat yang komprehensif, holistik, dan paripurna berfokus pada masyarakat yang sehat jiwa, rentang terhadap stres dan dalam tahap pemulihan serta pencegahan kekambuhan (Keliat et.al, 2011).

2.1.1.2 Tugas Perawat CMHN

Keliat (2011) menjelaskan bahwa upaya yang digunakan untuk membantu masyarakat dalam menyelesaikan masalah-masalah kesehatan jiwa. Adapun tugas perawat CMHN meliputi:

a. Perencanaan Pelayanan Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas

Perencanaan adalah keseluruhan proses pemikiran dan penentuan secara matang hal-hal yang akan dikerjakan dimasa mendatang dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Rencana jangka pendek yang diterapkan pada pelayanan keperawatan kesehatan jiwa komunitas terdiri dari rencana bulanan dan tahunan.

1. Rencana bulanan perawat CMHN

Rencana bulanan adalah kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat CMHN dan kader dalam waktu 1 bulan. Rencana bulanan perawat memiliki dua aspek.

a) Kegiatan menejerial

Dalam kegiatan ini perawat melakukan supervisi kader, melakukan rapat atau pertemuan.

b) Kegiatan asuhan keperawatan

Kegiatan Asuhan keperawatan dilakukan pada pasien dan keluarga.

2. Rencana tahunan perawat CMHN

Setiap tahun perawat melakukan evaluasi hasil kegiatan dalam satu tahun yang dijadikan acuan rencana tindak lanjut serta penyusunan rencana tahun berikutnya.

Rencana kegiatan tahunan mencakup :

- a) Menyusun laporan tahunan yang berisi tentang kinerja pelayanan kesehatan jiwa komunitas berupa kegiatan yang dilaksanakan dan hasil evaluasi (wilayah kerja puskesmas dan desa siaga sehat jiwa)
- b) Penyegaran terkait dengan materi pelayanan keperawatan kesehatan jiwa komunitas khusus kegiatan yang masih rendah pencapaiannya.
- c) Pengembangan SDM (Perawat CMHN dan kader kesehatan jiwa) dalam bentuk rekomendasi untuk melanjutkan pendidikan formal dan informal.

b. Pengorganisasian Pelayanan Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas

Pengorganisasian adalah pengelompokan aktivitas untuk mencapai suatu tujuan penugasan suatu kelompok tenaga keperawatan untuk pengkoordinasian aktivitas yang tepat baik vertikal maupun horizontal yang bertanggung jawab (Keliat et.al, 2011). Pengorganisasian kegiatan dan tenaga dalam pelayanan kesehatan jiwa komunitas menggunakan pendekatan lintas sektor dan lintas program. Setiap perawat CMHN di puskesmas bertanggung jawab terhadap sejumlah desa yang menjadi area binaan. Desa siaga sehat jiwa dipimpin oleh perawat CMHN puskesmas yang bertanggungjawab terhadap dua desa atau lebih. Mekanisme pelaksanaan pengorganisasian desa sehat jiwa adalah:

1. Wilayah kerja puskesmas dibagi menjadi dua untuk 2 orang perawat CMHN. Sebagai contoh ada 20 desa maka masing-masing perawat bertanggung jawab pada 10 desa.
2. Perawat CMHN bersama tokoh masyarakat menetapkan satu desa untuk dikembangkan menjadi desa siaga sehat jiwa.

3. Perawat CMHN bersama tokoh masyarakat pada tingkat desa menetapkan calon kader kesehatan jiwa pada tingkat dusun. Tiap dusun minimal 2 kader kesehatan jiwa.

c. Pengarahan Pelayanan Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas

1. Manajemen waktu

Manajemen waktu adalah penggunaan waktu secara optimal. Pada desa siaga manajemen waktu diterapkan dalam bentuk penerapan rencana kegiatan bulanan untuk perawat CMHN dan kader jiwa masyarakat. Aktivitas manajemen waktu dievaluasi melalui instrumen evaluasi perencanaan.

2. Pendelegasian

Pendelegasian adalah melakukan pekerjaan melalui orang lain. Pendelegasian dilaksanakan melalui proses:

- a) Buat rencana tugas yang perlu diselesaikan.
- b) Identifikasi kemampuan kader kesehatan jiwa yang akan melakukan tugas.
- c) Komunikasi dengan jelas apa yang akan dikerjakan dan apa tujuannya.
- d) Jika kader kesehatan jiwa tidak mampu melaksanakan tugas karena menghadapi masalah tertentu maka perawat CMHN harus bisa menjadi contoh peran dan menjadi sumber untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi.
- e) Evaluasi kinerja setelah tugas selesai.

3. Supervisi

Supervis adalah proses memastikan kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan tujuan organisasi dengan cara melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan tersebut. Hal yang disupervisi adalah kemampuan fasilitator lokal, perawat CMHN dan kader kesehatan jiwa dalam melaksanakan tugasnya terkait aspek manajerial dan asuhan keperawatan.

4. Manajemen konflik

Konflik adalah perbedaan pendapat dan ide antara satu orang dengan orang yang lain. Dalam suatu organisasi yang dibentuk dari sekumpulan orang yang memiliki latar belakang yang berbeda konflik mungkin terjadi. Untuk mengantisipasi terjadinya konflik maka perlu dibudayakan manajemen konflik. Cara penanganan

konflik ada beberapa macam yaitu bersaing, berkolaborasi, menghindar, mengakomodasi dan berkompromi. Penanganan konflik yang diterapkan dalam pelayanan keperawatan kesehatan jiwa komunitas adalah dengan cara kolaborasi. Cara ini adalah salah satu bentuk kerja sama berbagai pihak yang terlibat konflik dalam menyelesaikan masalah yang mereka hadapi dengan jalan mencari dan menemukan persamaan kepentingan dan bukan perbedaan (Keliat et.al, 2011).

2.1.1.3 Progam Perawat CMHN

Membentuk desa siaga sehat jiwa menurut Keliat et.al, (2011) yaitu:

1. Pendidikan kesehatan jiwa untuk masyarakat sehat
2. Pendidikan kesehatan jiwa untuk resiko masalah psikososial
3. Resiko jiwa untuk mengalah gangguan jiwa
4. Terapi aktivitas bagi pasien gangguan jiwa mandiri
5. Rehabilitasi bagi pasien gangguan jiwa mandiri
6. Askep bagi keluarga pasien gangguan jiwa.

2.1.1.4 Peran Perawat CMHN

1. Pemberi asuhan keperawatan secara langsung

Perawat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien untuk membantu pasien mengembangkan kemampuan menyelesaikan masalah dan meningkatkan fungsi kehidupannya.

2. Pendidik

Perawat memberikan pendidikan kesehatan jiwa kepada individu dan keluarga untuk mengembangkan kemampuan menyelesaikan masalah dan mengembangkan kemampuan keluarga dalam mekalukan 5 tugas kesehatan keluarga.

3. Koordinator

Perawat melakukan koordinasi dalam kegiatan penemuan kasus pemasungan dan rujukan.

4. Advokat

Perawat melakukan membantu pasien dengan pemasungan untuk mendapatkan hak-haknya dan menyampaikan keinginanya. Perawat juga membantu keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanananan

kesehatan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang di berikan kepada pasien.

5. Konsultan

Perawat memberikan waktu kepada korban pemasungan atau keluarga korban untuk melakukan konsultasi terhadap masalah yang dialami klien maupun keluarga, berbagai masalah tersebut diharapkan dapat diatasi dengan cepat dan tidak terjadi kesenjangan antara perawat, keluarga maupun pasien itu sendiri. Koseling melibatkan pemberian dukungan emosi, intelektual dan spsikologis.

6. Kolaborasi

Perawat melakukan kerja sama dalam tindakan dengan tim kesehatan lain. Pelayanan keperawatan terhadap klien tidak dilakukan mandiri oleh tim perawat tetapi harus melibatkan tim kesehatan lain seperti dokter, ahli gizi, psikolog, fisioterapis dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan termasuk diskusi dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya (Keliat et.al, 2011).

2.1.2 Pengetahuan Tentang Pemasungan

2.1.2.1 Definisi Pengetahuan Tentang Pemasungan

Pengetahuan merupakan informasi atau maklumat yang diketahui atau disadari oleh seseorang (Agus, 2013). Pengetahuan juga dapat diartikan sebagai hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap sustau objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman rasa, dan raba dengan sendiri. Tahap penginderaan sampai menghasilkan pengetahuan sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian presepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh oleh mata dan telinga (Notoatmojo, 2012).

Pemasungan merupakan suatu tindakan memasang sebuah balok kayu pada tangan dan atau kaki seseorang, diikat lalu dirantai lalu diasingkan pada suatu tempat tersendiri didalam rumah ataupun hutan. Tindakan tersebut mengakitkan orang yang terpasung tidak dapat menggerakkan anggota badanya dengan bebas sehingga terjadi atrofi. Pemasungan adalah segala tindakan pengikatan dan

pengekangan fisik yang dapat mengakibatkan kehilangan kebebasan terhadap ODGJ (Kemenkes RI 2011).

Berdasarkan uraian-uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa pengetahuan tentang pemasungan adalah informasi yang diketahui atau disadari oleh seseorang tentang segala tindakan pengikatan dan pengekangan fisik yang dapat mengakibatkan kehilangan kebebasan terhadap ODGJ.

2.1.2.2 Tingkat Pengetahuan Tentang Pemasungan.

Menurut Notoatmojo (2012) tingkat pengetahuan seseorang mempunyai 6 tingkatan yaitu:

1. Tahu

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tahu dikategorikan sebagai tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang pemasungan antara lain adalah dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan tentang pemasungan.

2. Memahami

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang dapat dikatakan paham tentang pemasungan jika dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, dan menyimpulkan tentang apa itu pemasungan.

3. Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menerapkan materi yang telah dipelajari kepada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Kata kerja yang dapat digunakan untuk mengukur aplikasi tentang pemasungan adalah jika seseorang mampu untuk menggunakan materi yang telah dipelajari kemudian diterapkan pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.

4. Analisis

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan masing-masing materi tetapi masih memiliki kaitan satu sama lain. Seseorang dikatakan dapat menganalisis

tentang pemasungan jika dapat membedakan, memisahkan dan mengelompokan berdasarkan kriteria yang ditentukan.

5. Sintesis

Sintesis merupakan suatu kemampuan dalam membuat temuan ilmu yang baru berdasarkan ilmu lama yang sudah dipelajari sebelumnya.. Seseorang dikatakan dapat melakukan sintesis tentang pemasungan jika mampu membuat temuan ilmu yang baru tentang pemasungan.

6. Evaluasi

Evaluasi adalah kemapuan untuk melakukan penilain terhadap suatu materi atau objek.Seseorang dikatakan mampu mengevaluasi tentang pemasungan jika dapat melakukan penilaian terhadap pemasungan berdasarkan kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang sudah ada.

2.1.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan pemasungan.

Beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan tentang pemasungan menurut Notoatmojo (2012) antara lain:

1. Faktor internal

a. Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang, semakin bertambah usia maka semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikir seseorang.

b. Pendidikan

Tingkat pendidikan dapat menentukan tigkat kemampuan sseorang dalam memahami dan menyerap pengetahuan yang telah diperoleh. Umumnya pendidikan mempengaruhi proses pembelajaran, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin baik pula tingkat pengetahuanya.

c. Pengalaman

Pengalaman merupakan suatu proses dalam memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang telah diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi saat masa lalu dan dapat digunakan dalam upaya memperoleh pengetahuan.

d. Informasi

Jika seseorang memiliki tingkat pendidikan yang rendah namun mendapatkan informasi yang baik dari berbagai media seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain, maka hal tersebut dapat mengingatkan pengetahuan seseorang.

2. Faktor eksternal

a. Lingkungan

Lingkungan sangat berpengaruh terhadap proses penyerapan pengetahuan yang berada dalam suatu lingkungan. Hal ini terjadi karena adanya interaksi yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

b. Sosial budaya dan ekonomi

Tradisi adalah kebiasaan yang sering dilakukan masyarakat dapat meningkatkan pengetahuan. Selain itu status ekonomi juga dapat mempengaruhi pengetahuan dengan tersedianya suatu fasilitas yang dibutuhkan oleh seseorang (Wawan & Dewi 2010).

2.1.2.4 Pengukuran Pengetahuan tentang Pemasungan.

Menurut Notoatmojo (2012), untuk pengukuran tingkat pengetahuan seseorang berdasarkan kualitas yang dimiliki dapat dibagi menjadi 3 yaitu:

1. Tingkat pengetahuan tentang pemasungan baik jika skor atau nilai responden 76 – 100%.
2. Tingkat pengetahuan tentang pemasungan cukup jika skor atau nilai responden 56 – 75%.
3. Tingkat pengetahuan tentang pemasungan kurang jika skor atau nilai responden < 56%.

2.1.3 Perilaku Penanganan Pemasungan

2.1.3.1 Definisi Perilaku Penanganan Pemasungan

Menurut Notoatmodjo (2010), perilaku adalah suatu kegiatan maupun aktivitas organisme (makhluk hidup), sehingga perilaku manusia dapat diartikan sebagai semua tindakan atau aktivitas manusia baik yang dapat diamati secara langsung,

maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku manusia timbul karena adanya stimulus dan rangsangan (Sunaryo, 2013). Berdasarkan penjelasan tersebut maka dapat disimpulkan bahwa Penanganan Pemasungan adalah segala tindakan atau aktivitas yang dilakukan untuk membebaskan ODGJ dari pengikatan dan pengekangan fisik yang dapat mengakibatkan kehilangan kebebasan ODGJ.

2.1.3.2 Teori perubahan perilaku

Menurut Notoatmodjo (2010) dalam perilaku kesehatan terdapat beberapa hal penting yaitu masalah pembentukan dan perubahan perilaku. Karena perubahan perilaku merupakan tujuan dari sebuah pemberian informasi kesehatan, maka ada banyak teori tentang perubahan perilaku ini antara lain :

a. Lawrence Green

Faktor-faktor yang membentuk perilaku untuk intervensi dalam pendidikan kesehatan adalah salah satunya dijelaskan dalam Teori Lawrence Green. Teori Lawrence Green merupakan salah satu teori modifikasi perubahan perilaku yang dapat digunakan dalam mendiagnosis masalah kesehatan ataupun sebagai alat untuk merencanakan kegiatan kesehatan. Teori ini sering menjadi acuan dalam penelitian-penelitian kesehatan masyarakat. Isi Teori Lawrence Green dalam Priyoto (2014) menyebutkan bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu:

1. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor predisposisi merupakan faktor yang menjadi dasar atau motivasi bagi perilaku. Dapat dikatakan faktor predisposisi ini sebagai preferensi pribadi yang dibawa seseorang atau kelompok ke dalam suatu pengalaman belajar. Preferensi ini dapat mendukung atau menghambat perilaku sehat, dan dalam setiap kasus faktor ini selalu memiliki pengaruh. *Predisposing factor* ini mencakup pengetahuan dan sikap terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, sosial, dan ekonomi.

2. Faktor Pemungkin (*Enabling Factors*)

Faktor pemungkin merupakan faktor estenden yang memungkinkan suatu atau motivasi dapat terlaksana, termasuk didalamnya keterampilan dan sumber daya pribadi di samping sumber daya masyarakat. *Enabling Factor* mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat untuk melakukan perilaku kesehatan. Faktor pemungkin ini juga menyangkut keterjangkauan sumber daya, biaya, jarak, ketersediaan transportasi, jam buka atau jam pelayanan, dan sebagainya.

3. Faktor Penguat (*Reinforcing Factors*)

Faktor penguat adalah faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan, memperoleh dukungan atau tidak. Faktor penguat merupakan faktor penyerta (yang datang sesudah) perilaku dan berperan bagi menetap atau menghilangnya perilaku itu. Yang termasuk dalam faktor ini adalah penghargaan atau dukungan dari keluarga, teman, petugas kesehatan, tokoh masyarakat, dan pengambil keputusan.

b. Teori Skinner (Stimulus-Organisme-Respon)

Menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2012) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (Rangsangan dari luar). Dengan demikian perilaku manusia terjadi melalui proses : Stimulus-Organisme-Respon, sehingga teori Skinner ini disebut teori “SOR”. Berdasarkan Teori SOR, maka perilaku manusia dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni:

1. Perilaku tertutup (*Covert behavior*) ; Perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus masih belum dapat diamati orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan dan sikap terhadap stimulus.
2. Perilaku terbuka (*Overt behavior*) ; Perilaku terbuka terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar.

c. Kurt Lewin

Kurt Lewin (1970) dalam Notoatmodjo (2012) mengemukakan bahwa suatu keseimbangan antara berbagai kekuatan pendorong (*driving forces*) dan berbagai kekuatan penahan (*restraining force*) membentuk perilaku seseorang. Adanya ketidakseimbangan antara kekuatan pendorong dan kekuatan penahan di dalam diri seseorang menyebabkan perubahan perilaku, sehingga kemungkinan tiga perubahan perilaku pada diri seseorang adalah sebagai berikut.

1. Meningkatnya kekuatan-kekuatan pendorong. Keadaan ini dapat terjadi karena adanya rangsangan-rangsangan yang mendorong untuk terjadinya perubahan perilaku. rangsangan ini berupa konseling, penyuluhan, pemberian informasi tentang hal yang berkaitan dengan perilaku tersebut.
2. Menurunnya kekuatan penahan. Keadaan ini disebabkan oleh melemahnya stimulus yang menyebabkan menurunnya kekuatan penahan.
3. Meningkatnya kekuatan pendorong dan menurunnya kekuatan penahan sehingga menyebabkan perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2012).

2.1.3.3 Bentuk Perilaku

Menurut Sunaryo (2013), terdapat dua macam bentuk perilaku yaitu :

a. Perilaku Pasif (*Internal Response*)

Perilaku pasif memiliki sifat yang masih tertutup (*convert behavior*) terhadap respon terhadap stimulus yang diterima. Perilaku ini terjadi dalam diri individu dan belum bisa diamati (dari luar) atau belum tampak oleh orang lain secara jelas. Respon yang timbul masih terbatas dalam sikap dan belum ada tindakan yang nyata. Bentuk perilaku pasif dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.

b. Perilaku Aktif (*External Response*)

Perilaku aktif memiliki sifat yang terbuka yang artinya perilaku ini dapat diamati atau di observasi secara langsung. Respon yang timbul berupa tindakan yang nyata (*overt behavior*) yang dapat diamati dari luar.

2.1.3.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Menurut Sunaryo (2013), ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku, yaitu:

- a. Kebutuhan. Sesuai dengan teori Maslow (1970) dimana manusia memiliki 5 kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis/biologis, kebutuhan rasa aman, kebutuhan mencintai dan dicintai, kebutuhan akan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri.
- b. Motivasi. Motivasi terbaik adalah motivasi yang datang dari diri sendiri (intrinsik), bukan dari pengaruh lingkungan (ekstrinsik).
- c. Faktor perangsang atau penguat, untuk meningkatkan motivasi berperilaku dapat dilakukan dengan berbagai cara seperti memberikan ganjaran berupa penghargaan, pujian, dan hadiah. Selain itu dapat juga dengan persaingan secara sehat, memperjelas tujuan maupun sasaran, serta menginformasikan keberhasilan yang telah dicapai.
- d. Sikap dan kepercayaan. Jika sikap yang dimiliki dipercayai positif maka akan menghasilkan perilaku positif begitupun sebaliknya.
- e. Faktor endogen atau genetik atau keturunan. Faktor ini adalah faktor yang berasal dari dalam individu (endogen) yang dapat didapat dari keturunan seperti ras, jenis kelamin, sifat fisik, sifat kepribadian, bakat bawaan, dan intelegasi.
- f. Faktor eksogen atau yang berasal dari luar individu, diantaranya lingkungan, pendidikan, agama yang sangat berpengaruh dalam bersikap, bereaksi, dan berperilaku.
- g. Proses belajar, dimana terjadinya mekanisme sinergi antara faktor hereditas dan lingkungan dalam pembentukan perilaku.

2.1.4 Sikap

2.1.4.1 Definisi sikap

Reaksi yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus disebut sikap. Sikap belum merupakan suatu tindakan nyata, tetapi masih berupa persepsi dan kesiapan seseorang untuk bereaksi terhadap stimulus yang ada di sekitarnya. Sikap dapat

diukur secara langsung dan tidak langsung. Pengukuran sikap merupakan pendapat yang diungkapkan oleh responden terhadap objek (Notoatmodjo, 2012). Secara garis besar sikap terdiri dari komponen kognitif (ide yang dipelajari), komponen perilaku (berpengaruh terhadap respon sesuai atau tidak sesuai), dan komponen emosi (menimbulkan respon-respon yang konsisten) (Wawan & Dewi, 2011).

2.1.4.2 Tingkatan sikap

Tingkatan sikap menurut Fitriani (2011) adalah:

- a. Menerima (*receiving*) : seseorang mau dan memperhatikan rangsangan yang diberikan.
- b. Merespons (*responding*) : memberi jawaban apabila ditanya, menyelesaikan tugas yang diberikan sebagai tanda seseorang menerima ide tersebut.
- c. Menghargai (*valuing*) : tingkatan selanjutnya dari sikap adalah menghargai. Menghargai berarti seseorang dapat menerima ide dari orang lain yang mungkin saja berbeda dengan idenya sendiri, kemudian dari dua ide yang berbeda tersebut didiskusikan bersama antara kedua orang yang mengajukan ide tersebut.
- d. Bertanggung jawab (*responsible*) : mampu mempertanggungjawabkan sesuatu yang telah dipilih merupakan tingkatan sikap yang tertinggi.

2.1.4.3 Fungsi sikap

Fungsi sikap menurut Wawan & Dewi (2011) adalah:

- a. Fungsi instrumental atau fungsi manfaat atau fungsi penyesuaian
Disebut fungsi manfaat karena sikap dapat membantu mengetahui sejauh mana manfaat objek sikap dalam pencapaian tujuan. Dengan sikap yang diambil oleh seseorang, orang dapat menyesuaikan diri dengan baik terhadap lingkungan sekitar, disini sikap berfungsi untuk penyesuaian.
- b. Fungsi pertahanan ego.

Sikap tertentu diambil seseorang ketika keadaan dirinya atau egonya merasa terancam. Seseorang mengambil sikap tertentu untuk mempertahankan egonya.

c. Fungsi ekspresi nilai

Pengambilan sikap tertentu terhadap nilai tertentu akan menunjukkan sistem nilai yang ada pada diri individu yang bersangkutan.

d. Fungsi pengetahuan

Jika seseorang mempunyai sikap tertentu terhadap suatu objek, itu berarti menunjukkan orang tersebut mempunyai pengetahuan terhadap objek sikap yang bersangkutan.

2.1.4.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Sikap

Menurut Wawan & Dewi (2011) Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap adalah:

a. Pengalaman pribadi

Pengalaman pribadi harus meninggalkan kesan yang kuat agar dapat dijadikan sebagai dasar pembentukan sikap yang baik. Sikap akan lebih mudah terbentuk jika pengalaman pribadi yang terjadi melibatkan faktor emosional.

b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting Individu cenderung mempunyai sikap yang searah dengan orang yang dianggapnya penting karena dimotivasi oleh keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggapnya penting tersebut.

c. Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan memberi corak pengalaman individu-individu masyarakat asuhannya sehingga kebudayaan yang dianut menjadi salah satu faktor penentu pembentukan sikap seseorang.

d. Media massa

Media massa yang harusnya disampaikan secara objektif cenderung dipengaruhi oleh sikap penulis sehingga berpengaruh juga terhadap sikap konsumennya.

e. Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Konsep moral dan ajaran dari lembaga pendidikan dan lembaga agama sangat menentukan sistem kepercayaan sehingga konsep ini akan ikut mempengaruhi pembentukan sikap.

f. Faktor emosional

Sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi sebagai bentuk pertahanan egonya.

2.1.5 Penangan pemasungan

2.1.3.1 Definisi pemasungan

Pasung merupakan suatu tindakan memasang sebuah balok kayu pada tangan dan atau kaki seseorang, diikat lalu dirantai lalu diasingkan pada suatu tempat tersendiri didalam rumah ataupun hutan. Tindakan tersebut mengakitkan orang yang terpasung tidak dapat menggerakkan anggota badanya dengan bebas sehingga terjadi atrofi. Pemasungan adalah segala tindakan pengikatan dan pengekangan fisik yang dapat mengakibatkan kehilangan kebebasan ODGJ (Kemenkes RI 2011).

2.1.3.2 Penyebab pemasungan

Pemasungan merupakan tindakan yang dilakukan keluarga yang dipengaruhi oleh beberapa faktor, menurut Lestari & Wardhani, (2014) diantara faktor-faktor tersebut adalah :

- a. Faktor internal keluarga, yaitu terbatasnya informasi dan pengetahuan tentang gangguan jiwa menyebabkan keluarga dan masyarakat melakukan pemasungan.
- b. Faktor eksternal keluarga yaitu kesulitan mengakses sarana pelayanan kesehatan oleh keluarga dan dukungan dari lingkungan tentang gangguan jiwa dan peraturan pemerintahan yang mengatur tentang sistem pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia.
- c. Faktor ODGJ itu sendiri yaitu, kondisi ODGJ parah atau berat, mengamuk, membahayakan orang lain, perilaku ODGJ tidak dapat dikendalikan supaya tidak kabur atau merusak, penyembuhan ODGJ dapat lebih cepat, ketidak tahuan keluarga dan rasa malu keluarga serta tidak adanya biaya pengobatan (Depkes dalam sari 2009)

2.1.3.3 Dampak pemasungan

Pemasungan yang dilakukan pada ODGJ akan berdampak negatif, baik dampak fisik, psikologi dan sosial.

a. Dampak fisik

Dampak fisik ini jika dilihat dari anatomi tubuh, kondisi kaki kaki dan tangan akan mengecil, otot dari pinggul sampai kaki mengecil karena lama tidak digunakan. dampak ini dapat dijumpai pada pasien ODGJ yang sudah dipasung selama sekitar sepuluh tahun. Selain itu cedera fisik yang ODGJ alami berupa ketidak nyamanan fisik, lecet pada area pemasungan, peningkatan inkontinesia, ketidak efektifan sirkulasi, peningkatan resiko kontraktur dan terjadinya iritasi kulit (Kandar & Prambudi 2014).

b. Dampak fisiologis

Dampak fisiologi yang muncul yaitu ODGJ mengalami trauma, dendam kepada keluarga, merasa dibuang, rendah diri, dan putus asa sehingga muncul depresi dan niat untuk bunuh diri.

c. Dampak sosial

Dampak sosial yang muncul pada ODGJ yang mengalami pemasungan yaitu, pengabaian, prasangka dan diskriminasi yang dilakukan oleh masyarakat. Pengabaian merupakan masalah pengetahuan dari masyarakat terkait gangguan jiwa itu sendiri. Prasangka merupakan masalah dari sikap, baik itu dari klien yang mengarah pada stigma diri maupun dari masyarakat yang menimbulkan stigma terhadap klien gangguan jiwa. Diskriminasi merupakan masalah dari perilaku, baik itu dari penyedia layanan penanganan kesehatan jiwa maupun dari masyarakat terhadap klien gangguan jiwa berat (Lestari & Wardani 2014).

2.1.3.4 Pencegahan Pemasungan

Pencegahan Pemasungan Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2017 Pasal 4 ayat (1) huruf a yaitu meningkatkan derajat kesehatan ODGJ sehingga dapat berfungsi optimal baik bagi diri sendiri, keluarga, dan masyarakat. Pencegahan Pemasungan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui kegiatan:

- a. Advokasi dan sosialisasi;
- b. Fasilitasi kepesertaan jaminan kesehatan;
- c. Penyediaan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan terjangkau;
- d. Pemberian tata laksana untuk mengontrol gejala melalutერი medikasi maupun non medikasi; dan
- e. Pengembangan layanan rawat harian (*day care*).

2.1.3.5 Penanganan pemasungan

Penanganan adalah upaya yang terdiri dari aspek pencegahan, peningkatan pelayanan kesehatan penderita gangguan jiwa, deteksi dan keterlibatan secara dini, pengobatan, rehabilitasi baik yang berlangsung di sektor kesehatan maupun nonkesehatan. Penanganan pemasungan yang dimaksudkan adalah:

- 1. Advokasi dan sosialisasi;
- 2. Fasilitasi kepesertaan jaminan kesehatan;
- 3. Pemeriksaan dan tata laksana awal di komunitas;
- 4. Rujukan ke rumah sakit umum (RSU) atau rumah sakit jiwa (RSJ);
- 5. Kunjungan rumah (*home visit*) atau layanan rumah (*home care*);
- 6. Pengembangan layanan di tempat kediaman (residensial) termasuk layanan rawat harian (*day care*); dan
- 7. Pengembangan kapasitas tenaga kesehatan dan kader (Peraturan Menteri RI no. 54 tahun 2017).

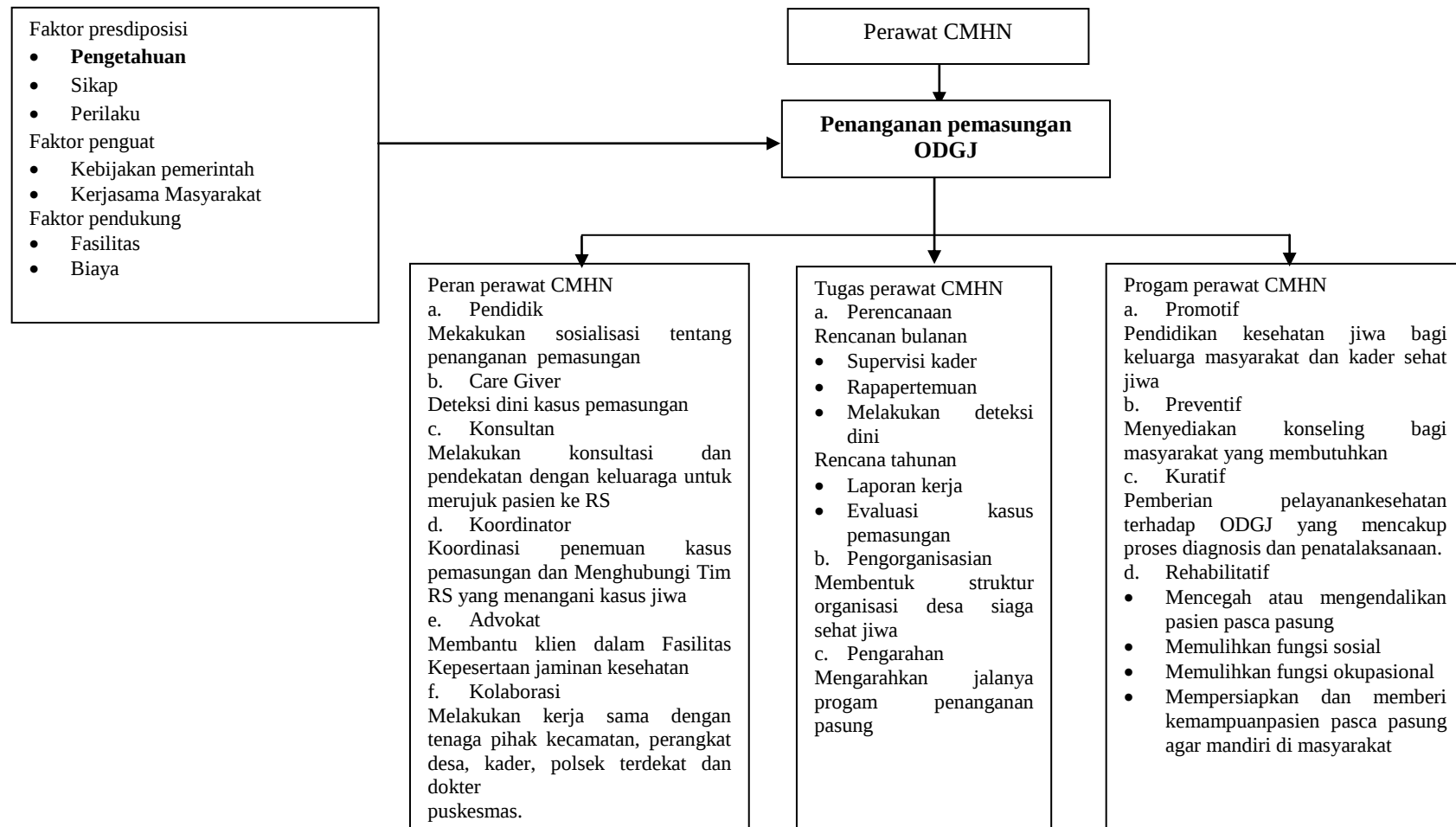
Menurut SK Permenkes No.75 tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masyarakat alur penanganan pemasungan adalah sebagai berikut:

- 1. Petugas menemukan kasus pasien jiwa dengan pasung.
- 2. Petugas menggali informasi tentang riwayat, penyebab pasien jiwa di pasung.
- 3. Petugas melakukan pendekatan kepada keluarga untuk merujuk pasien ke RS Jiwa.
- 4. Petugas melakukan kerja sama dengan pihak kecamatan, perangkat desa, kader, dan polsek terdekat.

5. Petugas menghubungi tim medis RS yang menangani kasus jiwa.
6. Petugas melakukan kerjasama dengan dokter puskesmas untuk pemeriksaan fisik pasien pasung.
7. Petugas menyiapkan keluarga pasien terkait pendampingan dan administrasi di RS Jiwa.
8. Evakuasi pasien pasung di bantu pihak kecamatan, perangkat desa, kader, polisi, keluarga dan tim pasung RS Jiwa.

Sasaran penanganan pemasungan di daerah adalah semua Penderita Gangguan Jiwa yang diikuti dengan pemasungan yang ada di 35 Kabupaten atau Kota. Penanggung jawab di Jawa Tengah khususnya Magelang adalah Pemerintah Daerah dan Bupati/Walikota. Penanggung jawab sebagaimana di maksud wajib menemukan Penderita Gangguan Jiwa yang dipasung dan membebaskannya. Penanggung jawab sebagaimana dimaksud wajib memprogramkan Daerah dan Kabupaten/Kota bebas pasung. Penanggung jawab sebagaimana dimaksud wajib memiliki data dan informasi orang dengan gangguan jiwa yang mengalami pemasungan (Pergub No.1 2012)

2.2 Kerangka Teori



(Keliat , 2011), (Hidayat, 2012), (Notoatmojo, 2012) (Lawrence Green dalam priyoto 2014)
Skema 2.1 Kerangka Teori

2.3 Hipotesis

Menurut Sugiono (2014), hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pernyataan. Dikatakan sementara karena jawaban atau asumsi yang diberikan hanya berdasarkan teori dan belum berdasarkan fakta-fakta empiris yang diperoleh melalui pengumpulan data di penelitian yang sedang dilakukan.

H_a : Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan perawat CMHN terhadap penanganan pemasangan ODGJ di Kabupaten Magelang.

H_o : Tidak terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan perawat CMH terhadap penanganan pemasangan ODGJ di Kabupaten Magelang.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Bab ini akan menjelaskan tentang rancangan penelitian, populasi, sampel, tempat dan waktu penelitian, alat dan metode pengumpulan data, analisa data dan etika penelitian. Analisa data meliputi analisa univariat dan bivariat.

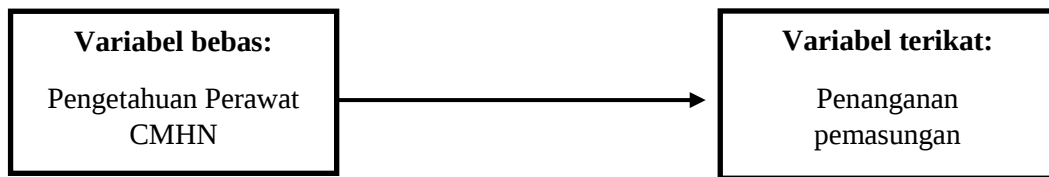
3.1 Rancangan penelitian

Rancangan penelitian merupakan suatu wahana untuk mencapai tujuan penelitian, yang juga berperan sebagai rambu-rambu yang akan menuntun peneliti dalam semua proses penelitian. Rancangan penelitian juga merupakan rancangan yang disusun sedemikian rupa sehingga dapat menuntun peneliti untuk dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Sastroasmoro dan Ismail 2011).

Rancangan penelitian ini adalah *correlational, cross-sectional study*. *Correlational design* adalah salah satu desain penelitian kuantitatif yang digunakan untuk mengetahui korelasi (hubungan) antara dua variabel atau lebih dalam satu grup responden (Curtis, Comiskey, & Dempsey, 2016). Ditinjau dari waktu pengumpulan datanya, penelitian ini akan menggunakan pendekatan *Cross-sectional* karena pengumpulan data, baik variabel bebas dan terikat akan dilakukan dalam kurun waktu yang bersamaan (Setia, 2016). Adapun variabel dalam penelitian ini terbagi menjadi dua yaitu variabel bebas (pengetahuan perawat) dan variabel terikat (penanganan pemasangan).

3.2 Kerangka penelitian

Kerangka penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian yang dilakukan (Notoatmojo, 2010). Kerangka penelitian dalam riset ini tergambar dalam bagan di bawah ini adalah:



Keterangan:

: Variabel yang diteliti

Skema 3.1 Kerangka Konsep

3.3 Definisi operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan tentang variabel (bebas dan terikat) yang akan diteliti, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmojo, 2012).

Tabel 3.2 Definisi operasional variabel penelitian

No	Variable	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
Variable independent					
1	Pengetahuan Perawat CMHN	Pengetahuan perawat CMHN dalam pengelolaan kesehatan jiwa yang berfokus pada komunitas terkait tugas, peran, undang-undang, penyebab, dampak, faktor dan pencegahan pemasangan.	Kuesioner dengan menggunakan skala guttman berisi 27 pertanyaan dengan penilaian skor Benar (1) dan Salah (0)	Tinggi : skor 76 – 100%. Sedang: skor 56 – 75%. Kurang: skor < 56%.	Ordinal
Variable dependent					
2	Penanganan pemasangan	Aktivitas yang dilakukan perawat CMHN yang terdiri dari aspek deteksi dini, pencegahan, dan	Kuesioner dengan menggunakan skala likert berisi 16 pertanyaan dengan pilihan jawaban Tidak Pernah (skor 1),	Baik: skor 76 – 100%. Cukup: skor 56 – 75%. Kurang: skor	Ordinal

penanganan untuk membebaskan seseorang dari pengikatan dan kurungan.	Kadang-kadang (Skor 2), Sering (Skor 3), Sering Sekali (skor 4) dengan skor.	< 56%.
---	--	--------

3.4 Populasi dan sample

3.4.1 Populasi

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas subjek atau objek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2014).

Populasi dalam penelitian ini adalah perawat CMHN yang ada di 19 Puskesmas Kabupaten Magelang yang berjumlah 19 perawat.

3.4.2 Sample

Sample merupakan bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasi (Sastroasmoro, 2014). Pengambilan sample dalam penelitian ini menggunakan teknik *total sampling*. Peneliti memilih teknik ini karena keterbatasan jumlah sampel yang ada di populasi (Setia, 2016; Tyrer & Heyman, 2016). Sample yang diambil dalam penelitian ini adalah 29 perawat CMHN di 29 puskesmas di Kabupaten Magelang, namun 10 dari 29 perawat tidak memenuhi kriteria inklusi sehingga sample dalam penelitian ini menjadi 19 perawat CMHN di 19 puskesmas di Kabupaten Magelang. Kriteria inklusi yang dimaksud adalah sebagai berikut: Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- Perawat CMHN yang bekerja di Puskesmas wilayah Kabupaten Magelang.
- Perawat CMHN yang pernah menangani kasus pemasangan.
- Perawat CMHN yang sudah mendapatkan pelatihan.
- Perawat CMHN yang mendapat informasi atau tahu ada kasus pemasangan di wilayah binaan Puskesmas.
- Perawat CMHN yang bersedia mengikuti penelitian yang dibuktikan dengan menandatangani informed consent.

3.5 Waktu dan Tempat

3.5.1 Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada tanggal 30 Juli sampai dengan 10 Agustus 2018. Kegiatan penelitian ini dilaksanakan sesuai waktu yang dibutuhkan peneliti untuk melakukan pengambilan data.

3.5.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di 19 puskesmas di Kabupaten Magelang dengan pembagian Puskesmasnya yaitu Puskesmas Bandongan, Puskesmas Mertoyudan II, Puskesmas Candimulyo, Puskesmas Borobudur, Puskesmas Mungkid, Puskesmas Mertoyudan I, Puskesmas Tempuran, Puskesmas Kajoran II, Puskesmas Secang I, Puskesmas Tegalorejo, Puskesmas Kajoran I, Puskesmas Kota Mngkid, Puskesmas Muntlan I, Puskesmas Grabag II, Puskesmas Salaman II, Puskesmas Dukun, Puskesmas Ngablak, Puskesmas Grabag I dan Puskesmas Kaliangkrik.

3.6 Alat dan metode Penelitian

3.6.1 Alat Penelitian

Alat penelitian yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner yang digunakan untuk mengetahui hubungan pengetahuan perawat terhadap penanganan pemasangan di Kabupaten Magelang.

Adapun kisi-kisi kuesioner sebagai berikut:

Kisi-kisi Kuesioner

Tabel 3.3 Kisi-kisi kuesioner Pengetahuan Perawat CMHN dan Penanganan Pemasungan

No	Jenis pernyataan	Nomor pernyataan
1	Kuesioner A Pengetahuan pemasungan	
a.	Tentang pemasungan	1-7
b.	Penyebab pemasungan	8-11
c.	Dampak pemasungan	12-15
d.	Undang-undang pemasungan	16-19
e.	Penanganan pemasungan	20-27
	• Promitif	
	• Preventif	

	• Kuratif • Rehabilitatif	
2	Kuesioner B Penanganan pemasangan	
a.	Penanganan pemasangan	
	• Promitif • Preventif • Kuratif • Rehabilitatif	1-2 3-5 6-12 13

3.6.2 Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam penelitian (Nursalam, 2010). Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yang dibagikan kepada responden sejumlah 19 perawat yang tersebar di 29 Puskesmas di Kabupaten Magelang.

Adapun tahapan proses pengambilan data sebagai berikut:

- Peneliti meminta ijin penelitian ke Direktorat Jendral Kesatuan Bangsa dan Politik Kementerian dalam Negeri (KESBANGPOL) Kabupaten Magelang.
- Peneliti meminta ijin penelitian ke Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) Kabupaten Magelang.
- Peneliti meminta ijin penelitian ke Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Kabupaten Magelang.
- Peneliti meminta ijin penelitian ke Dinas Kesehatan (DINKES) Kabupaten Magelang.
- Peneliti meminta ijin uji validitas dan reabilitas ke Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
- Peneliti meminta ijin untuk uji validitas dan reliabilitas kepada para ahli dibidang keperawatan jiwa yang berjumlah 3 orang yaitu Ns. Abdul Jalil, M.Kep., Sp.Kep.J, Ns. Heri Setiawan, M.kep., Sp.Kep.J, Ns. M. Khoirul Amin, M.kep.

- g. Peneliti meminta izin penelitian kepada 29 Puskesmas di Kabupaten Magelang.
- h. Peneliti mendatangi 29 puskesmas yang ada di Kabupaten Magelang.
- i. Peneliti menemui responden dan menjelaskan tentang maksud dan tujuan penelitian.
- j. Peneliti menjelaskan hak-hak responden termasuk hak untuk menerima ataupun menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian.
- k. Apabila responden bersedia berpartisipasi, peneliti memberikan lembar persetujuan atau *informed consent* untuk ditanda tangani.
- l. Peneliti menjelaskan tata cara pengisian kuesioner.
- m. Peneliti memberikan waktu kepada responden untuk mengisi kuesioner.
- n. Setelah responden selesai mengisi kuesioner peneliti memeriksa kejelasan dan kelengkapan jawaban kuesioner.

3.6.3 Validitas dan Reliabilitas

a. Validitas

Menurut Grondlund dalam Ibrahim dan Wahyuni (2012) Validitas mengarah kepada ketepatan interpretasi hasil penggunaan suatu prosedur evaluasi sesuai dengan tujuan pengukurannya. Validitas merupakan suatu keadaan apabila suatu instrumen evaluasi dapat mengukur apa yang sebenarnya harus diukur secara tepat. Sebelum dilakukan pengambilan data, kuesioner penelitian akan dilakukan expert validity oleh 3 ahli dalam bidang keperawatan jiwa yang mana dua diantaranya adalah perawat jiwa yang bekerja di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang dan yang satu adalah dosen pengampu keperawatan jiwa Universitas Muhammadiyah Magelang. Kemudian hasil dari *expert validity* akan diuji menggunakan *Content Validity Ratio* (CVR) untuk mengetahui apakah item-item yang ada dikuesioner tersebut valid atau tidak. Untuk uji validitas dalam kuesioner tersebut terdapat 4 skor penilaian, skor 1 yang artinya butir soal tidak relevan untuk digunakan, skor 2 yang artinya butir soal kurang relevan untuk digunakan, skor 3 yang artinya butir soal cukup relevan untuk digunakan, dan skor 4 yang butir soal artinya relevan untuk digunakan.

b. Reliabilitas

Uji reabilitas digunakan untuk mengetahui apakah alat ukur yang dirancang dapat dipercaya, suatu alat ukur dapat dipercaya apabila alat ukur tersebut digunakan berulang kali akan memberikan hasil yang konsisten (Sugiyono, 2010). Sebelum dilakukan pengambilan data, kuesioner penelitian akan dilakukan *expert validity* oleh 3 ahli dalam bidang keperawatan jiwa yang mana dua diantaranya adalah perawat jiwa yang bekerja di RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang dan yang satu adalah dosen pengampu keperawatan jiwa Universitas Muhammadiyah Magelang. Kemudian hasil dari *expert validity* akan diuji menggunakan *Content Validity Ratio* (CVR) untuk mengetahui apakah item-item yang ada di kuesioner tersebut valid atau tidak. Untuk uji reliabilitas dalam kuesioner tersebut terdapat 4 skor penilaian, skor 1 yang artinya butir soal tidak relevan untuk digunakan, skor 2 yang artinya butir soal kurang relevan untuk digunakan, skor 3 yang artinya butir soal cukup relevan untuk digunakan, dan skor 4 yang artinya butir soal relevan untuk digunakan.

3.7 Metode pengolahan dan analisis data

3.7.1 Metode Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan hal yang penting dalam suatu penelitian. Data yang diperoleh masih mentah dan harus diolah terlebih dahulu agar dapat disajikan. Menurut Hidayat (2011) pengolahan data dilakukan melalui berbagai tahap yaitu:

a. Editing

Editing dilakukan dengan cara memeriksa hasil dan kelengkapan data yang diperoleh dari responden.

b. Coding

Merupakan proses selanjutnya setelah editing. Pemberian kode angka pada kuesioner untuk memudahkan dalam pengolahan data. Kode diberikan dengan menggunakan angka.

c. Processing

Dilakukan dengan memasukkan data untuk selanjutnya diolah kedalam komputer. Peneliti memindahkan jawaban yang sudah diubah dalam bentuk kode kedalam sebuah program komputer agar data dapat dianalisis.

d. Cleaning

Dilakukan dengan cara pengecekan ulang data yang sudah dimasukan ke dalam program komputer agar terhindar dari kesalahan, misalnya pada saat pengkodean.

e. Analizing

Data yang diperoleh kemudian diolah, ditabulasi dan dianalisis dengan menggunakan program SPSS. Data karakteristik dikelompokkan sesuai kategori. Data tingkat pengetahuan diklasifikasikan menjadi rendah, sedang, tinggi dan data penanganan diklasifikasikan menjadi kurang, cukup dan baik. Setelah pengelompokan selesai kemudian dilakukan analisa hubungan antar variabel menggunakan uji statistik *spearman rank*.

3.7.2 Analisis Data

Menurut Sumantri (2011) analisa data dilakukan untuk memudahkan dalam pengolahan data. Analisis data juga digunakan untuk menguji secara statistik kebenaran hipotesis yang telah ditulis. Data yang diperoleh kemudian diolah dan ditabulasi kemudian dianalisis menggunakan program SPSS dalam komputer. Analisa data terdiri dari:

a. Analisa Univariat

Analisa univariat merupakan analisa yang digunakan untuk menganalisis setiap variabel dari hasil penelitian. Analisa univariat berfungsi untuk meringkas data hasil pengukuran sedemikianrupa sehingga data-data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. Ringkasan tersebut dapat berupa ukuran statistik, tabel maupun grafik.

b. Analisa Bivariat

Analisa Bivariat merupakan analisa yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi. Penelitian ini menggunakan uji

korelasi Spearman Rank yaitu untuk mengukur hubungan antar dua variabel yang berskala ordinal (Hidayat, 2011):

Rumus Korelasi Spearman Rank

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Keterangan:

r_s = nilai korelasi spearman rank

d^2 = selisih setiap pasangan Rank

n = jumlah pasangan Rank untuk Spearman Rank ($5 < n < 30$).

Dasar pengambilan keputusan dalam uji Spearman Rank:

1. Jika nilai sig. < 0.05 maka, dapat disimpulkan bahwa terdapat korelasi yang signifikan antara variable yang dihubungkan.
2. Sebaliknya, jika nilai sig. > 0.05 maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat korelasi yang signifikan antara variable yang dihubungkan.

Kriteria tingkat hubungan (koefisien korelasi) antar variable berkisar antara $\pm 0,00$ sampai $1,00$ tanda (+) adalah positif dan (-) adalah negatif. Adapun kriteria penafsirannya adalah:

1. $0,00$ sampai $0,20$ artinya: tidak ada korelasi
2. $0,21$ sampai $0,40$ artinya: korelasi rendah
3. $0,41$ sampai $0,60$ artinya: korelasi sedang
4. $0,61$ sampai $0,80$ artinya: korelasi tinggi
5. $0,81$ sampai $1,00$ artinya: korelasi sempurna

3.8 Etika penelitian

Hidayat (2011) menyebutkan bahwa etika penelitian merupakan hal yang penting dalam sebuah penelitian dikarenakan penelitian dalam keperawatan berhubungan langsung dengan manusia. Prinsip-prinsip yang harus diperhatikan adalah:

a. Prinsip manfaat (*benefience*)

Peneliti harus memperhatikan prinsip *benefience* sehingga diharapkan penelitian dapat memberikan manfaat yang besar. Pada penelitian ini peneliti menjelaskan kepada responden bahwa penelitian dapat bermanfaat bagi perawat CMHN. Salah satunya agar perawat mampu mengetahui tingkat pengetahuan tentang pemasangan dan penanganannya sehingga dapat dijadikan tolak ukur untuk menentukan langkah selanjutnya dalam penanganan pemasangan ODGJ di Kabupaten Magelang. Manfaat dari penelitian ini untuk mengetahui hubungan pengetahuan perawat CMHN terhadap penanganan pemasangan ODGJ di Kabupaten Magelang

b. Prinsip *nonmalefience*

Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa dalam penelitian ini tidak berbahaya dan menimbulkan resiko bagi responden. Penelitian ini tidak menggunakan sebuah perlakuan yang berakibat fatal. Peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk menuliskan jawaban di lembar kuesioner secara privasi dan memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya pada saat mengisi kuesioner.

c. Prinsip keadilan (*justice*)

Peneliti memperlakukan responden secara adil sebelum, selama dan sesudah penelitian tanpa adanya diskriminasi terhadap mereka yang bersedia maupun yang tidak bersedia. Semua responden mempunyai hak yang sama dalam penelitian ini tanpa terkecuali. Responden dapat bekerja sama dengan baik sehingga proses pengambilan data berjalan dengan lancar dan peneliti memberikan perlakuan yang sama terhadap semua responden.

d. Prinsip kerahasiaan (*confidentiality*)

Peneliti menjamin kerahasiaan terhadap semua informasi data yang sudah didapat dan dikumpulkan dari semua pihak termasuk responden. Hasil yang boleh ditampilkan hanya data tertentu yang tidak mencemarkan nama baik dan sudah dirahasiakan identitasnya. Responden yang sudah mengisi kuesioner datanya akan dirahasiakan, hanya peneliti dan responden tersebut yang tahu.

e. Informed Consent

Informed Consent adalah suatu bentuk persetujuan antar peneliti dan responden dengan memberikan lembar persetujuan sebelum melakukan penelitian. Tujuan *Informed Consent* adalah agar responden mengerti maksud, tujuan dan dampak dari penelitian. Jika bersedia maka responden harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada di *Informed Consent* antara lain: partisipan responden, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi dan lain-lain (Hidayat, 2011).

BAB 5

PENUTUP

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

5.1.1.1 Karakteristik usia responden dengan jumlah terbanyak dalam penelitian ini adalah 36 sampai 45 tahun dengan presentasi 37.0%, responden dengan jenis kelamin wanita lebih banyak daripada pria yaitu sebanyak 13 responden dengan presentase 68.4%. Hampir semua responden adalah lulusan D3 keperawatan dengan presentase 94.7%.

5.1.1.2 Gambaran tingkat pengetahuan responden dalam penanganan pemasangan ODGJ di Kabupaten Magelang yang berjumlah 19, 13 diantaranya atau sebanyak 68% memiliki pengetahuan kategori sedang.

5.1.1.3 Gambaran penanganan pemasangan ODGJ di Kabupaten Magelang, diketahui sebanyak 16 responden atau 84.2% memiliki tingkat penanganan yang cukup baik.

5.1.1.4 Hasil perhitungan spearman rank antar variable pengetahuan dengan sikap diperoleh nilai koefisien sebesar 0.637 yang berarti tingkat korelasi tinggi dan terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan terhadap penanganan pemasangan ODGJ dengan nilai $P = 0.03 < 0.05$.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian diatas maka dapat disarankan dengan rumusan sebagai berikut:

5.2.1 Bagi tenaga kesehatan

5.2.1.1 Dengan hasil penelitian ini diharapkan penanganan pemasangan ODGJ dapat dilaksanakan dengan lebih baik, sehingga tidak ada lagi kasus pemasangan di Kabupaten Magelang. Memberikan reward kepada tenaga kesehatan yang menjalankan tugasnya dengan baik dan penuh tanggung jawab dan memberikan punishmen yang tegas kepada tenaga kesehatan yang lalai dalam menjalankan tugasnya.

5.2.1.2 Mengupayakan tenaga kesehatan untuk membentuk dan mengaktifkan kembali kader kesehatan jiwa di setiap dusun di daerah binaan puskesmas masing-masing agar deteksi dini kasus pemasungan dapat berjalan dengan semestinya.

5.2.2 Bagi institusi pendidikan

5.2.2.1 Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data awal dalam melakukan penelitian lebih lanjut tentang hubungan pengetahuan perawat CMHN terhadap penanganan pemasungan ODGJ sebagai bahan masukan dan informasi.

5.2.2.2 Mengupayakan pihak Pendidikan untuk mengaplikasikan penanganan yang tepat pada ODGJ yang dipasung berdasarkan jurnal maupun ilmu yang sudah di pelajari, dan meningkatkan kerja sama dalam bentuk advokasi seperti pendampingan ataupun pembinaan.

5.2.3 Bagi peneliti selanjutnya

5.2.3.1 Dengan adanya penelitian ini disarankan pada penelitian selanjutnya untuk dapat melihat variabel yang mempengaruhi penanganan pemasungan tidak hanya dari pengetahuanya saja, masih terdapat resferensi lain yang dapat mempengaruhi penanganan pemasungan selain yang telah disebutkan dalam penelitian ini.

5.2.3.2 Informasi yang telah dibahas dalam penelitian ini bisa menjadi sumber informasi untuk dikembangkan dan dibahas peneliti selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Republik Indonesia. 2016. Undang-Undang No. 8 Tahun 2016 Tentang Penyandang Disabilitas. Sekretariat Negara. Jakarta.
- Republik Indonesia. 2014. Undang-Undang No. 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa. Sekretariat Negara. Jakarta.
- RepublikIndonesia. 2017. Peraturan Menteri Kesehatan RepublikIndonesia Nomor 54 Tahun 2017 Tentang Penanggulangan Pemasungan Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa. Sekretariat Negara. Jakarta.
- RepublikIndonesia. 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Sekretariat Negara. Jakarta.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
<http://www.depkes.go.id/article/view/201410270011/stop-stigma-dan-diskriminasi-terhadap-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj.html> (diakses 22 november 2017)
- Sugihantono, Anung (2012) <http://www.jatengtime.com/2012/08/28pemasungan-di-jateng-mencapai-angka-943-kasus> (diakses 21 november 2017)
- Lestari, W. L. dan Wardhani, Y. F. 2014. Stigma dan Penanganan Penderita Gangguan Jiwa Berat yang Dipasung. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. Vol.17 (2) :157:166
- Kandar & Pambudi, P. S. 2013. Efektivitas Tindakan Restrain Pada Pasien Perilaku Kekerasan yang Mengalami Perawatan di Unit Pelayanan Intensive Psikiatrik (UPIP) RSJ Daerah Dr.Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2013. Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
- Republik Indonesia. 2014. Undang-undang Nomor 38 tahun 2014 Tentang Keperawatan. Sekretariat Negara. Jakarta.
- Gubernur Jawa Tengah. 2012. Peraturan Gubernur Jawa Tengah. No. 1 Tahun 2012 Tentang Penanggulangan Pasung Di Provinsi Jawa Tengah.
- Sari, H. 2009. Pengaruh Family Psychoeducatuin Therapy Terhadap Beban dan Kemampuan Darussalam. Tesis. Jakarta. Universitas Indonesia.
- Agus, Riyanto & Budiman. 2013. Kapita Selekt Kuesioner, Pengetahuan dan Sikap Perawat Dalam Penelitian Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika.

- Hidayat, A.A. 2012. Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Efendi, F. 2009. Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik. Jakarta: Salemba Medika.
- Wawan, A. & Dewi Maria. 2010. Medical Book: Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia: Yogyakarta: Numed
- Sugiyono Prof. Dr., (2014) *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif Kualitatif dan kombinasi (mixed methods)* Bandung : Cv. Alfa Beta
- Notoatmojo, S. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. 2010. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Sastroasmoro, S. Sofyan I. Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke -5, Jakarta: CV. Sagung Seto. 2014
- Kudless, M., & White, J. (2007). Competencies and roles of community mental health nurses. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*, 45(5), 36-44.
- Idaiani, S., & Raflizar. (2015). Faktor yang Paling Dominan terhadap Pemasungan Orang dengan Gangguan Jiwa di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 18(1), 11-17.
- Mugianti, S., & Suprajitno. (2017). Prediksi Penderita Gangguan Jiwa Dipasung Keluarga. *Jurnal Ners*, 9(1), 118-125.
- Republik Indonesia. 2016. Undang - Undang tentang Disabilitas No. 8 Tahun Bab. 1 Pasal 1 Tahun 2016. Sekretariat Negara. Jakarta.
- Republik Indonesia. 2014. Undang-Undang tentang Kesehatan Jiwa No. 18 Bab IX Pasal 86 Tahun 2014. Sekretariat Negara. Jakarta
- Idaiani, S., & Raflizar. (2015). Faktor yang Paling Dominan terhadap Pemasungan Orang dengan Gangguan Jiwa di Indonesia. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 18(1), 11-17.
- Mugianti, S., & Suprajitno. (2017). Prediksi Penderita Gangguan Jiwa Dipasung Keluarga. *Jurnal Ners*, 9(1), 118-125.
- Curtis, E., Comiskey, C., & Dempsey, O. (2016). Importance and use of correlational research. *Nurse Res*, 23(6), 20-25. doi:10.7748/nr.2016.e1382.

- Setia, M. S. (2016). Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(3), 261-264. doi:10.4103/0019-5154.182410
- Tyrer, S., & Heyman, B. (2016). Sampling in epidemiological research: issues, hazards and pitfalls. *BJPsych Bulletin*, 40(2), 57-60. doi:10.1192/pb.bp.114.050203
- Duwi Priyatno, 2010. Teknik Mudah dan Cepat Melakukan Analisis Data Penelitian dengan SPSS dan Tanya Jawab Ujian Pendadaran. Gaya Media, Yogyakarta
- Jonathan Sarwono, *Statistik Itu Mudah: Panduan Lengkap untuk Belajar Komputasi Statistik Menggunakan SPSS 16* (Yogyakarta: Penerbit Universitas Atma Jaya Yogyakarta, 2009)
- Saryono. Metodologi Penelitian Kesehatan : Penuntun Praktis Bagi Pemula. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press. 2011
- Arikunto, S. 2013. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik. Jakarta: PT.Rineka Cipta
- <http://www.depkes.go.id/article/view/17070700004/program-indonesia-sehat-dengan-pendekatan-keluarga.html> (diakses tanggal 05 juni 2018 pukul)
- Lestari puji. 2014. Kecenderungan atau sikap keluarga penderita gangguan jiwa terhadap tindakan pemasangan(studi kasus di RSJ Amino Gondho Hutomo, Semarang). Jurnal keperawatan jiwa. Volume 2, No. 1, mei 2014; 14-23. Semarang

