BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Perempuan adalah makhluk yang memiliki perbedaan fisik maupun spiritual dengan kaum laki-laki. Secara biologis perbedaan fisik antara laki-laki dan perempuan pada umumnya adalah memiliki tubuh yang lebih kecil dibandingkan laki-laki, memiliki suara yang lebih halus, memiliki alat reproduksi seperti rahim, sel telur, saluran untuk melahirkan dan mempunyai alat menyusui (payudara).

Dalam konsep gender perbedaan sifat yang melekat pada kaum laki-laki maupun perempuan adalah hasil dari konstruksi sosial dan kultural, misalnya adalah perempuan itu dikenal lemah lembut, kasih sayang, anggun, cantik, sopan dan perlu perlindungan. Kemudian adanya pembagian peranan secara dualistis antara laki-laki dan perempuan sehingga menekankan aspek manusiawi, dalam aspek agama ditemukan penguasa hirarki yang semua laki-laki. Dalam tiga agama besar di Indonesia (Islam, Kristen dan Khatolik) percaya bahwa kedudukan perempuan tersubordinasi dengan adanya ajaran perempuan berasal dari tulang rusuk laki-laki penyebab manusia jatuh ke dosa asal. Ajaran dosa asal berasal dari Eva, karena Eva yang merayu Adam memakan buah larangan, sehingga personifikasi manusia pertama adalah adam (laki-laki), jadi berdasarkan sejarah perempuan tulang rusuk laki-laki sehingga

terbentuk persepsi bahwa perempuan bukan hanya lemah fisik tetapi juga lemah imannya.[1]

Keadaan fisik dan psikologis yang berbeda antara perempuan dan laki-laki, ditambah dengan konstruksi sosial dan kultural yang memposisikan perempuan dianggap lebih lemah dibandingkan laki-laki menimbulkan permasalahan kasus kekerasan dalam rumah tangga (KDRT). Adapun beberapa faktor penyebab terjadinya kekerasan dalam rumah tangga terhadap perempuan antara lain : adanya budaya patriaki di masyarakat yang telah tertanam kuat bahwa perempuan berada dalam kelopok tersubordinasi menjadi rentan terhadap kekerasan, posisi laki-laki lebih unggul daripada perempuan, pandangan dan pelabelan negatif (stereotip),rendahnya pendidikan dan pengetahuan perempuan sebagai istri, diskriminasi dan ketergantungan secara ekonomi.[2]

Berdasarkan data catatan tahunan Komnas Perempuan pada tahun 2016 telah tercatat kejadian kekerasan dalam rumah tangga sejumlah 5.784 kasus yang terjadi melalui kekerasan fisik sebesar 42%, kekerasan seksual sebesar 34 %, kekerasan psikis sebesar 42% dan sisanya adalah

---

[1]Agnes Widanti, 2007, Hasil seminar dalam PPT Peranan Perempuan Dalam Gereja, diakses melalui http://antonaryana.byethost13.com/cerita%20seminar/Sem%20Nas%20HAM%20@ma%208%20des%2007/Prof.%20Agnes%20Widanti%20-%20Makalaha.pdf?i=1 , hal : 7, diakses pada tanggal 12 Agustus 2018

[2]Evi Tri Jayanthi, 2009, *Faktor, Faktor Penyebab Terjadinya Kekerasan Dalam Rumah Tangga Pada Survivor yang Ditangani oleh Lembaga Sahabat Perempuan Magelang*, diakses melalui : http://download.portalgaruda.org/article.php?article=307374&val=481&title=FAKTOR-FAKTOR%20PENYEBAB%20TERJADINYA%20KEKERASAN%20DALAM%20RUMAH%20TANGGA%20PADA%20SURVIVOR%20YANG%20DITANGANI%20OLEH%20LEMBAGA%20SAHABAT%20PEREMPUAN%20MAGELANG, hal : 38, diakses pada tanggal 25 Oktober 2018

kekerasan akibat ekonomi. Sedangkan pada tahun 2017 periode bulan Januari hingga Sepember telah tercatat sejumlah 5.700 kasus kekerasan dalam rumah tangga.[3]

Berdasarkan data dari Legal Resources Center untuk Keadilan Jender dan Hak Asasi Manusia (LRC-KJHAM) Indonesia pada tahun 2016 ditemukan sebanyak 409 kasus KDRT , 80,4 % kasus tersebut terjadi melalui kekerasan seksual, sedangkan pada periode Januari hingga September 2017 telah tercatat sebanyak 232 kasus KDRT.[4] Sedangkan berdasarkan laporan LRC-KJHAM di Kota Semarang kejadian KDRT pada tahun 2016 tercatat sebanyak 201 kasus, dan pada periode bulan Januari hingga September tahun 2017 tercatat sebanyak 177 kasus kekerasan terhadap perempuan dalam rumah tangga.[5]

Berdasarkan data diatas menunjukkan terjadi penurunan angka kejadian KDRT, namun jumlah angka kejadian di Kota Semarang pada tahun 2017 sejumlah 177 kasus masih belum sesuai dengan target penurunan angka kejadian KDRT yang ditetapkan oleh Pemerintah Kota Semarang melalui program 3-Ends (merupakan suatu program mengakhiri kekerasan pada perempuan, mengakhiri perdagangan perempuann dan mengakhiri penelantaran ekonomi pada perempuan) yang merupakan upaya penjangkauan masyarakat untuk mengakhiri kekerasan terhadap perempuan dan anak, mengakhiri perdagangan orang dan mengakhiri ketidakadilan akses ekonomi untuk perempuan yaitu sejumlah 100 kasus per tahun.

---

[3]Laporan tahunan Komnas Perempuan periode tahun 2016 s/d tahun 2017.
[4] Laporan tahunan LRC-KJHAM Pusat Jakarta periode tahun 2016 s/d tahun 2017
[5]*Ibid*

Data yang didapatkan dari organisasi SERUNI berdasarkan laporan penanganan kasus KDRT di Kota Semarang didapatkan bahwa jumlah KDRT pada tahun 2016 adalah sebanyak 260 kasus dan pada tahun 2017 terjadi kenaikan jumlah laporan kasus KDRT meningkat menjadi 281 kasus.

Masih adanya KDRT yang terjadi pada perempuan menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan bagi perempuan diantaranya adalah kesehatan fisik, psikologis, hingga kesehatan reproduksi akibat terjadinya kekerasan seksual, hal tersebut tidak sejalan dengan hak untuk hidup sehat yang terdapat pada Pasal 4 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan yang berbunyi "Setiap Orang Berhak Atas Kesehatan". Hal tersebut merupakan tanggung jawab dari Pemerintah untuk menjamin kesehatan masyarakat, termasuk perempuan.

Faktor yang mendukung terjadinya penghapusan kekerasan rumah tangga pada perempuan adalah dengan munculnya teologi feminis sebagai gerakan untuk mewujudkan harapan perubahan dalam struktur dan kultur yang tidak adil, menghapuskan stereotip yang memarjinalkan perempuan, melahirkan ketidakadilan jender dalam pembagian kerja antara laki-laki dan perempuan, membebaskan relasi laki-laki dan perempuan yang tidak adil antara manusia dengan alam, dan peduli pada mereka yang lemah, kecil dan tertindas.[6]

Guna melindungi hak perempuan serta adanya dukungan terhadap teologi feminisme, maka Pemerintah bersama DPR menerbitkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 Tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah

[6]Agnes Widanti, *Op.cit,*. hal : 3

Tangga, dalam peraturan tersebut dikenal dua perlindungan yaitu perlindungan sementara dan perlindungan pengadilan. Dalam memberikan perlindungan dibedakan menjadi dua fungsi yaitu fungsi perlindungan dan fungsi pelayanan, yang artinya perlindungan oleh institusi atau lembaga non-penegak hukum lebih bersifat pemberi pelayanan seperti konsultasi, mediasi, pendampingan dan rehabilitasi.[7]

Adapun perlindungan dan pelayanan yang diberikan oleh lembaga dan institusi bagi korban kekerasan dalam rumah tangga yang telah ditetapkan oleh Pemerintah sesuai tugas dan fungsinya masing-masing adalah sebagai berikut [8]:

1. Perlindungan oleh kepolisian : berupa perlindungan sementara diberikan paling lama tujuh hari.
2. Perlindungan oleh advokat : dalam bentuk konsultasi hukum, melakukan mediasi , negoisas dan pendampingan peradilan.
3. Perlindungan dengan penetapan pengadilan dikeluarkan dalam bentuk perintah perlindungan.
4. Pelayanan tenaga kesehatan, penting sekali terutama dalam upaya memberikan sanksi bagi pelaku. Tenaga kesehatan sesuai profesinya wajib memberikan laporan tertulis hasil pemeriksaan medis dan membuat *visum et repretum* atas permintaan penyidik kepolisian, atau membuat surat keterangan medis lainnya yang mempunyai kekuatan hukum sebagai alat bukti.

[7]Moerti Hadiati Soeroso,2012, *Kekerasan Dalam Rumah Tangga Dalam Prespektif Yurudis-Viktimologis*, Jakarta : Sinar Grafika hal : 6
[8]*Ibid, hal : 8*

5. Pelayanan pekerja sosial dalam bentuk konseling guna menguatkan dan memberikan rasa nyaman
6. Pelayanan oleh pembimbing rohani diberikan untuk memberikan penjelasan mengenai hak dan kewajiban dan memberikan penguatan iman.

Sesuai dengan Pasal 39 huruf a Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 Tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga yang berbunyi "Untuk kepentingan pemulihan , korban memperoleh pelayanan dari tenaga kesehatan". Adapun kewajiban tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan bagi korban KDRT diatur pada Pasal 40 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 Tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga yang berbunyi :

(1) Tenaga kesehatan wajib memeriksa korban sesuai dengan standar profesinya
(2) Dalam hal korban memerlukan perawatan, tenaga kesehatan wajib memulihkan dan merehabilitasi kesehatan korban.

Guna mewujudkan ketentuan peraturan yang telah diuraikan di atas, maka Pemerintah Kota Semarang membentuk tim pelayanan terpadu penanganan kekerasan pada perempuan dan anak berbasis gender atau disebut dengan SERUNI menggunakan dasar peraturan SK Walikota Nomor 463/A.023 Tahun 2009 Tentang Pembentukan Tim Pelayanan Terpadu Penanganan Kekerasan Terhadap Perempuan Dan Anak Berbasis Gender "SERUNI". Bekerja sama lintas sektoral dengan RSUD Tugurejo untuk memberikan layanan kesehatan bagi korban KDRT. Menggunakan dasar Perda Kota Semarang Nomor 5 Tahun 2016 Tentang Perlindungan Perempuan dan

Anak Dari Tindak Kekerasan., RSUD Tugurejo memiliki tugas dan fungsi untuk :

1. Pemeriksaan fisik menyeluruh
2. Memberikan perawatan (Rawat jalan dan rawat inap)
3. *Mediko legal* (VER)
4. Psikoterapi
5. Memberikan layanan medis di shelter(rumah aman)

Rangkaian kegiatan tersebut melibatkan tenaga kesehatan guna memberikan pelayanan kesehatan bagi korban KDRT pada perempuan, adapun kewenangan dan peran tenaga kesehatan diatur pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.

Berdasarkan ketentuan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada korban KDRT harus memenuhi kualifikasi dan tanggung jawab yang dijelaskan pada masing-masing Pasal sebagai berikut :

1. Pasal 24 ayat (1) yang berbunyi "Tenaga kesehatan harus memenuhi kode etik, standar profesi, hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan dan standar prosedur operasional".
2. Pasal 52 ayat (2) yang berbunyi "Pelayanan kesehatan meliputi kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif"

   Sedangkan pada ketentuan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan, dalam melaksanakan penanganan korban KDRT maka tenaga kesehatan memiliki peran dan tanggung jawab yang dijelaskan pada masing-masing Pasal sebagai berikut :

1. Pasal 26 ayat (1) yang berbunyi “Tenaga kesehatan yang telah ditempatkan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya”.

Dari uraian di atas dapat diketahui bahwa tenaga kesehatan memiliki peran yang cukup besar dalam upaya pencegahan dan penanggulangan KDRT pada perempuan. Namun dari hasil laporan LRC-KJHAM di Kota Semarang dari 177 kasus KDRT yang terjadi di Kota Semarang, peneliti menemukan bahwa upaya yang ditempuh oleh korban KDRT sebelum mendatangi LRC-KJHAM untuk menyelesaikan masalah kekerasan ini adalah sebanyak 31% berupaya mengobati sendiri atau cenderung mendiamkan adanya kekerasan yang menimpanya, sebanyak 29 % upaya penanganan kekerasan dilaksanakan oleh pelayanan kesehatan dan bantuan hukum, kemudian 40% upaya penanganan kekerasan di dapat dari bantuan relasi, keluarga dan orang terdekat korban yang kemudian dilaporkan kepada lembaga atau mitra penanganan KDRT.

Berdasarkan data tersebut diketahui bahwa upaya penanganan KDRT yang dilakukan oleh pelayanan kesehatan yang anggotanya terdiri atas tenaga kesehatan memiliki prosentase yang paling rendah yaitu 29% dari uraian tersebut maka peneliti tertarik untuk meneliti apakah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sudah sesuai dengan ketentuan yang di tetapkan pada Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan. Sehingga peneliti tertarik untuk meneliti tentang **“ Peran Tenaga Kesehatan Dalam**

Penanganan KDRT Ditinjau Dari Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan (Studi Kasus di RSUD Tugurejo Kota Semarang)".

B. PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang tersebut maka perumusan masalah yang ditemukan adalah:

1. Bagaimana bentuk pengaturan peran tenaga kesehatan dalam penanganan KDRT menurut Perda Kota Semarang No. 5 Th 2016 Perlindungan perempuan dan anak dari tindak kekerasan?
2. Bagaimana pelaksanaan peran tenaga kesehatan dalam penanganan KDRT di RSUD Tugurejo Kota Semarang?
3. Faktor-faktor apa saja yang menjadi penghambat dan pendukung bagi tenaga kesehatan untuk melaksanakan perannya sesuai dengan ketentuan UU Nomor 36 Tahun 2009 dan UU Nomor 36 Tahun 2014 dalam penanganan KDRT di RSUD Tugurejo Kota Semarang?

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Untuk mengetahui bentuk pengaturan peran tenaga kesehatan dalam penanganan KDRT menurut Perda Kota Semarang No. 5 Th 2016 Perlindungan perempuan dan anak dari tindak kekerasan.
2. Untuk mendapatkan gambaran pelaksanaan peran tenaga kesehatan dalam penanganan KDRT di RSUD Tugurejo Kota Semarang
3. Untuk mendapatkan gambaran faktor-faktor yang menghambat dan mendukung tenaga kesehatan untuk melaksanakan perannya sesuai dengan

ketentuan UU Nomor 36 Tahun 2009 dan UU Nomor 36 Tahun 2014 dalam penanganan KDRT di RSUD Tugurejo Kota Semarang.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Praktis

   a. Bagi Pemerintah

      Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai pelaksanaan kebijakan berkaitan dengan pelaksanaan peran tenaga kesehatan terhadap penanganan korban KDRT.

   b. Bagi Rumah Sakit

      Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai kendala-kendala yang dialami berkaitan dengan pelaksanaan peran tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan pada penanganan korban KDRT di rumah sakit.

   c. Bagi masyarakat

      Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan mengenai pengaturan mengenai peran tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas penanganan korban KDRT, pelaksanaan dan faktor-faktor yang menghambat pelaksanaan peran tenaga kesehatan dalam memberikan penanganan terhadap korban KDRT.

2. Manfaat Teoritis

Manfaat penelitian bagi Institusi Pendidikan adalah dapat dijadikan referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan serta dapat menjadi rujukan dalam mengevaluasi undang-undang yang sudah ada tentang peran tenaga kesehatan pada penanganan korban KDRT .

E. METODE PENELITIAN

1. Metode Pendekatan

Metode pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah yuridis sosiologis, merupakan pendekatan yang bertujuan untuk mendapatkan data lapangan yang bersifat melengkapi data sekunder, dengan melakukan inventarisasi hukum positif.

Jadi secara yuridis teknis pelaksanaan penanganan korban KDRT oleh tenaga kesehatan dikaitkan dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014, kemudian secara sosiologis dikaitkan dengan praktik pelaksanaan penanganan korban KDRT oleh tenaga kesehatan.

2. Spesifikasi Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian *deskriptif* yaitu menggambarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku dikaitkan dengan teori hukum dan praktek pelaksanaan hukum positif yang menyangkut permasalahan tersebut.[9]

[9]Hamidi.2004. *Metode Penelitian Kualitatif.* UMM Press. Malang. Hal : 10

Dikatakan deskriptif karena penelitian ini bertujuan membuat deskripsi atau gambaran mengenai sejauhmana perlindungan yang diberikan kepada perempuan yang menjadi korban KDRT khususnya di bidang kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja RSUD Tugurejo Semarang.

3. Unsur-Unsur Penelitian dan Definisi Operasional

Unsur-unsur penelitian dan definisi operasional dalam penelitian ini beserta indikator-indikator :

a. Peran merupakan perilaku individu yang diharapkan sesuai dengan posisi yang dimiliki.
b. Tenaga kesehatan merupakan seseorang yang memberikan pelayanan kesehatan kepada individu di RSUD Tugurejo Kota Semarang
c. Pelayanan P2KPA (Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Terhadap Perempuan dan Anak).
d. RSUD Tugurejo Kota Semarang

4. Jenis Data

a. Data Primer

Data primer merupakan sumber data yang diperoleh langsung dari sumbernya baik melalui wawancara mendalam atau observasi.[10] Pada penelitian ini pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara berdasarkan dengan kuesioner terbuka kepada narasumber. Adapun narasumber untuk penelitian ini adalah sebagai berikut :

[10]Zainudin Ali, 2016, *Metode Penelitian Hukum* , Jakarta : Sinar Grafika, hal. 106

1) Ketua tim PPKPA

2) Dokter tim PPKPA

3) Perawat tim PPKPA

4) Bidan tim PPKPA

5) lima orang korban KDRT yang dirawat di RSUD Tugurejo atau pernah dirawat di RSUD Tugurejo

b. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh orang yang melakukan penelitian dari sumber-sumber yang telah ada.[11]

Jenis data sekunder dikumpulkan sebagai data pelengkap penelitian terdiri dari:

1) Bahan hukum primer

a) Undang-Undang Dasar 1945

b) Undang–Undang Nomor 23 Tahun 2004 Tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga

c) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

d) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan

e) Peraturan Pemerintah Nomor Tahun 2006 Tentang Penyelenggaraan Dan Kerjasama Pemulihan Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga.

[11]Iqbal Hasan, 2010, *Analisis Data Penelitian dengan Statistik.* Jakarta: PT Bumi Aksara. Hal 19.

2) Bahan hukum sekunder

a) Buku tentang hukum kesehatan

b) Makalah tentang hukum kesehatan

c) Hasil penelitian hukum kesehatan

d) Jurnal tentang hukum kesehatan

e) Dokumen laporan inventarisasi SOP RSUD Tugurejo Semarang.

f) Modul Pedoman penatalaksanaan korban KDRT di RSUD Tugurejo Semarang.

5. Metode Pengumpulan Data

a. Teknik Pengumpulan Data

1) Studi Lapangan

Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara. Di dalam studi lapangan alat pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara.

Dalam penelitian ini, wawancara dilakukan dengan narasumber yang mempunyai pengalaman tertentu atau yang diwawancarai terjun langsung pada obyek tertentu yang berkaitan dengan permasalahan penelitian ini.

2) Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan diperoleh dari data kepustakaan melalui penelitian kepustakaan yang bersumber dari peraturan perundang-

undangan, buku-buku, dokumen resmi, publikasi dan hasil penelitian.[12]

Data sekunder dalam penelitian ini misalnya berupa catatan kejadian korban KDRT di RSUD Tugurejo Semarang, dokumen laporan inventarisasi SPO RSUD Tugurejo Semarang.

b. Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di RSUD Tugurejo Semarang, merupakan rumah sakit kelas B milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah yang terletak di Jalan Raya Walisongo Kota Semarang.

6. Metode Sampling

Pengambilan sampling dalam penelitian ini dilakukan dengan cara teknik *non probability sampling* secara *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya.[13]

7. Metode Penyajian Data

Metode penyajian data pada penelitian ini menggunakan data kualitatif yaitu data disusun secara sistematis dan disajikan dalam bentuk teks, penyajian dalam bentuk kalimat.[14]

---

[12]Zainudin Ali, *Op.cit*, hal. 107
[13]Soerjono Soekanto, 1990, *Sosiologi Suatu Pengantar*, Jakarta : PT Raja Grafindo
[14]Notoatmodjo, 2002, *Metode Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta, hal. 194

8. Metode Analisis Data

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan metode analisis data kualitatif. Analisa data kualitatif diolah dengan netral sesuai karakteristik penelitian, pengolahan data disesuaikan dengan tujuan penelitian, disajikan dalam bentuk kajian sosiologis untuk menggambarkan penerapan peran tenaga kesehatan terhadap penanganan korban KDRT di RSUD Tugurejo Semarang.

F. RENCANA PENYAJIAN TESIS

Hasil penelitian direncanakan akan diuraikan dalam 4 bab yang tersusun sebagai berikut :

Bab I berisi Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah, pembatasan masalah, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, kerangka pikir yang terdiri dari kerangka konsep dan kerangka teori, metode penelitian, dan sistematika penyajian tesis.

Bab II berisi tinjauan pustaka yang memuat teori-teori yang diambil berdasarkan permasalahan yang akan diteliti, antara lain: Teori mengenai kekerasan dalam rumah tangga, teori pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, teori tentang tenaga kesehatan, teori teori peran, teori mengenai peraturan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan bagi korban KDRT, teori faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku Tenaga Kesehatan.

Bab III berisi tentang hasil penelitian dan pembahasan. Bab ini akan menguraikan mengenai uraian pembahasan perumusan masalah

yang menjabarkan mengenai pengaturan tentang peran tenaga kesehatan terhadap penanganan korban KDRT, pelaksanaan peran tenaga kesehatan terhadap penanganan korban KDRT dan kendala pelaksanaan peran tenaga kesehatan terhadap penanganan korban KDRT di RSUD Tugurejo Semarang.

Bab IV adalah penutup yang berisi kesimpulan dan saran yang mungkin dapat bermanfaat bagi RSUD Tugurejo Semarangsesuai dengan harapan dan tujuan penelitian ini.

Bagian akhir dilengkapi dengan Daftar Pustaka dan Lampiran.

G. JADWAL PENELITIAN

Jadwal persiapan, aktivitas penelitian sampai penulisan laporan perlu dibuat agar penelitian dapat secara tepat waktu menyelesaikan studinya. Dengan membuat jadwal, peneliti mempunyai target dan alokasi waktu untuk setiap kegiatan.

Tabel 1.1. Jadwal Persiapan Aktivitas Penelitian

No	Kegiatan	Okt		Nov				Des				Jan				Feb				Mar			
		3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Pembuatan Proposal																						
2.	Ujian Proposal																						
3.	Pengumpulan dan Pengolahan Data																						
4.	Pembuatan Tesis																						
5.	Ujian Tesis																						
6.	Revisi																						