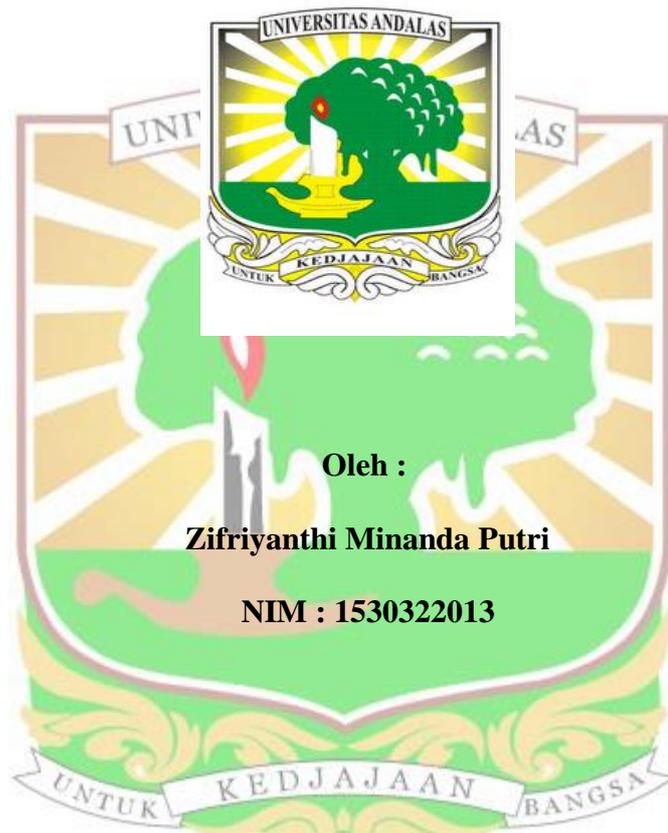


**PENGEMBANGAN MODEL RESILIENSI SEBAGAI UPAYA
MENINGKATKAN KETANGGUHAN PERAWAT
DI RUMAH SAKIT SUMATERA BARAT**



Oleh :
Zifriyanthi Minanda Putri
NIM : 1530322013

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT PROGRAM DOKTOR
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG
2022**

HALAMAN PERSYARATAN

**PENGEMBANGAN MODEL RESILIENSI SEBAGAI UPAYA
MENINGKATKAN KETANGGUHAN PERAWAT
DI RUMAH SAKIT SUMATERA BARAT**



**Oleh:
Zifriyanthi Minanda Putri
NIM : 1530322013**

**Sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Doktor pada
Program studi Kesehatan Masyarakat Program Doktor
Fakultas Kedokteran Universitas Andalas**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT PROGRAM DOKTOR
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ANDALAS**

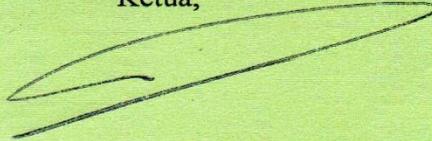
PADANG

2022

HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING
DISERTASI TELAH DISETUJUI

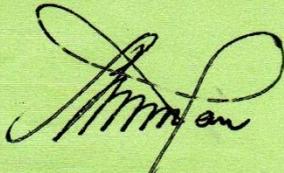
Komisi Pembimbing

Ketua,

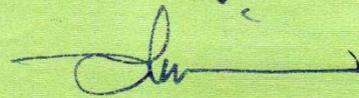


Prof. Dr. Dachriyanus, Apt
NIP. 196901211994031001

Anggota



Prof. Dr. Mudjiran, M.S., Kons
NIP. 194906091978031001

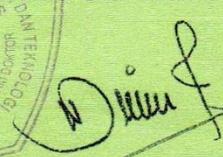


Hema Malini, S.Kp, MN, PhD
NIP. 197602042000032001

Menyetujui,

Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Doktor

Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang



Prof. Dr. dr. Delmi Sulastri, MS, SpGK
NIP. 196705101997022001

KATA PENGANTAR

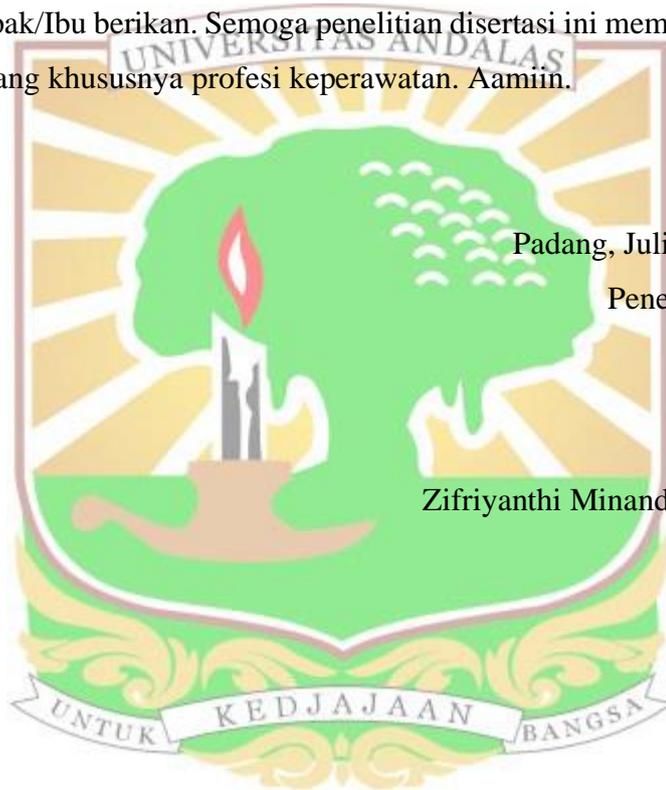
Puji syukur saya panjatkan ke hadirat Allah Subhanahu wata'ala, karena atas berkah dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan disertasi yang berjudul “Pengembangan Model Resiliensi Sebagai Upaya Meningkatkan Ketangguhan Perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat”.

Pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati serta niat yang tulus ikhlas saya ucapkan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. dr. Delmi Sulastrri, MS,Sp.GK sebagai Ketua Program Studi S3 Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang yang selalu memotivasi dengan sabar dalam memberikan masukan yang berharga dalam penyelesaian proposal ini.
2. Prof. Dr. dr. Masrul. M.Sc, Sp.GK sebagai Penasehat Akademik yang telah memotivasi dan memberikan masukan yang berharga dalam
3. Prof. Dr. Dachriyanus,Apt sebagai Promotor yang selalu memotivasi dan sangat banyak memberikan arahan, masukan serta saran dalam penyelesaian proposal ini.
4. Prof. Dr. Mudjiran, M.S., Kons dan Hema Malini, S.Kp., MN., PhD sebagai Co-Promotor yang tanpa lelah selalu memotivasi dan selalu punya waktu dalam membimbing, memberikan arahan dan saran yang membangun untuk penyelesaian proposal ini.
5. Prof. Achir Yani S. Hamid, M. N., DNSc., Prof., Dr., dr. Rizanda Machmud., M.Kes., FISPH., FISCM., Yantri Maputra., M. Ed., PhD., dan Prof. Dr. dr. Hardisman., MHiD., PhD sebagai dosen penguji yang telah memberikan masukan dan saran yang membangun untuk penyelesaian proposal ini.
6. Direktur Rumah Sakit Universitas Andalas, Direktur RSUD Rasidin Padang, Direktur RSUD P.Panjang, Direktur RSUD Arosuka beserta jajarannya dan perawat di ruangan, yang telah membantu dan mempermudah proses pelaksanaan penelitian ini sampai selesai.

7. Para Dosen S3 dan tenaga kependidikan serta seluruh rekan-rekan seperjuangan, yang sangat banyak membantu dalam memberikan dorongan supaya proposal ini dapat diselesaikan.
8. Suami dan anak-anak yang sangat saya sayangi, yang telah memberikan doa, dukungan dan semangat selama masa perkuliahan, yang disertai doa dan pengharapan sehingga proposal ini dapat diselesaikan.
9. Semua pihak yang telah membantu pelaksanaan penelitian ini hingga selesai, yang tidak dapat namanya disebutkan satu persatu.

Semoga Allah senantiasa memberikan pahala dan keberkahan atas kebaikan yang telah Bapak/Ibu berikan. Semoga penelitian disertasi ini memberikan manfaat bagi semua orang khususnya profesi keperawatan. Aamiin.



Padang, Juli 2022

Peneliti,

Zifriyanthi Minanda Putri

ABSTRAK

PENGEMBANGAN MODEL RESILIENSI SEBAGAI UPAYA MENINGKATKAN KETANGGUHAN PERAWAT DI RUMAH SAKIT SUMATERA BARAT

Banyak ditemukan kesulitan perawat dalam beradaptasi dengan proses dinamis dari sistem layanan yang dihadapinya. Hal ini diakibatkan hambatan personal seperti rendahnya tingkat resiliensi perawat. Resiliensi bertujuan untuk melindungi perawat terhadap stres terkait pekerjaan serta merupakan komponen penting untuk kesehatan mental, fisik dan kesejahteraan perawat. Penelitian ini dilakukan di empat rumah sakit di Sumatera Barat dan sebelumnya telah lolos kaji etik dengan Nomor: I.B.02.02/5.7/483/2021. Tujuan dari penelitian ini adalah mengembangkan model resiliensi sebagai upaya meningkatkan ketangguhan perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat.

Pengembangan model resiliensi perawat dengan menggunakan pendekatan metode ADDIE (*Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation*). Pada tahap *analysis*, penelitian dilakukan secara *mix-methods*, dengan desain penelitian *eksplanatori sekuensial*. Pada penelitian kualitatif dilakukan wawancara mendalam dengan jumlah partisipan sebanyak 23 perawat sedangkan pada penelitian kuantitatif jumlah sampel sebanyak 221 perawat. Pengumpulan data kuantitatif menggunakan kuesioner. Pada tahap *design*, menyusun *blue print* model resiliensi perawat. Tahap *development*, adalah mengembangkan model resiliensi perawat. Tahap *implementation*, yaitu mengimplementasikan model resiliensi yang sudah dikembangkan dengan pendekatan penelitian *quasi eksperimen dengan pre and post test control group design*. Jumlah sampel 60 perawat, 30 perawat di kelompok intervensi dan 30 perawat di kelompok kontrol. Analisa bivariat pada tahap implementasi menggunakan uji *Independent t-test* untuk menjelaskan perbedaan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah pelatihan. Pada tahap *evaluation* melakukan evaluasi pada semua tahapan untuk mengetahui kekurangan pada setiap tahapan dan langsung melakukan perbaikan.

Hasil penelitian tersusunnya model resiliensi yang diwujudkan dalam modul pelatihan peningkatan resiliensi perawat: pencegahan distres psikologis dan *burnout* di tempat kerja. Hasil analisa data pada tahap implementasi menunjukkan peningkatan resiliensi perawat beserta dimensi resiliensi yaitu: kompetensi personal, keyakinan terhadap insting, penerimaan positif, kontrol diri, dan spiritualitas pada kelompok intervensi setelah diberikan perlakuan berupa pelatihan dengan $p < 0,05$. Hasil *eta squared* didapatkan nilai 0,56, yang artinya perlakuan memiliki efek yang besar terhadap resiliensi atau ketangguhan perawat pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol. Diharapkan pada layanan kesehatan terutama di rumah sakit pelatihan dan pengembangan model resiliensi perlu diagendakan agar dapat meningkatkan profesionalisme perawat dalam mengelola tantangan, permasalahan dan solusi di lingkungan kerja serta dalam pemberian asuhan terhadap klien.

Kata Kunci: *Burnout*, Distres Psikologis, Resiliensi, Spiritualitas.

ABSTRACT

DEVELOPMENT OF RESILIENCE MODEL AS AN EFFORT TO INCREASE NURSE RESILIENCE IN WEST SUMATERA HOSPITAL

Many nurses find difficulties in adapting to the dynamic process of the service system they experience. This is due to personal barriers such as the low level of nurse resilience. Resilience aims to protect nurses against work-related stress, and is an important component for the mental and physical well-being of nurses. This research was conducted in four hospitals in West Sumatra and has since passed the ethical review which numbered: I.B.02.02/5.7/483/2021. The purpose of this study is to develop a model of resilience as an effort to increase the resilience of nurses at the West Sumatra Hospital.

The development of nurses resilience model used the ADDIE method approach (Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation). At the analysis stage, the research was carried out in a mix-methods manner, with a sequential explanatory research design. In qualitative research, in-depth interviews were conducted with 23 nurses as participants, while in quantitative research 221 nurses were used as samples. Quantitative data was collected using questionnaire. At the design stage, a blueprint for a nurse resilience model was compiled. At the development stage, a nurse resilience model was developed. The implementation stage was done by implementing the resilience model that had been developed with a quasi-experimental research approach, with pre and post test control group design. The number of samples was 60, 30 nurses in the intervention group and 30 nurses in the control group. The bivariate analysis at the implementation stage was conducted by using the Independent t-test to explain the differences between the intervention group and the control group after training. At the evaluation stage, all previous stages were evaluated to find out the deficiencies at each stage and to immediately make improvements.

The results of the research are the formulation of a resilience model that is realized in the training module to increase nurses resilience: prevention of psychological distress and burnout in the workplace. The results of data analysis at the implementation stage showed an increase in nurse resilience along with the dimensions of resilience, namely: personal competence, belief in instinct, positive acceptance, self-control, and spirituality in the intervention group after being given treatment in the form of training with $p < 0.05$. The results of eta squared obtained a value of 0.56, which means that the treatment has a larger effect on the resilience or toughness of nurses in the intervention group compared to the control group. It is hoped that in healthcare services, especially in hospitals, training and development of resilience models can be scheduled in order to improve the professionalism of nurses in managing challenges, problems, and finding solutions in the work environment, as well as in providing care to clients.

Keywords: *Burnout, Psychological Distress, Resilience, Spirituality.*

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSYARATAN	2
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING Error! Bookmark not defined.	
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.3.1 Tujuan Umum	8
1.3.2 Tujuan Khusus	9
1.4 Manfaat Penelitian	9
1.4.1 Bagi Ilmu Pengetahuan	9
1.4.2 Bagi Rumah Sakit dan Manajer Keperawatan	9
1.5 Potensi Jurnal Internasional	10
1.6 Potensi HAKI	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Resiliensi	10
2.1.1 Pengertian Resiliensi	10
2.1.2 Karakteristik Resiliensi	11
2.1.3 Dimensi Resiliensi	12
2.1.4 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Resiliensi	13
2.2 Konsep Distres Psikologis	15
2.2.1 Pengertian Distres Psikologis	15
2.2.2 Karakteristik, Tanda, dan Gejala Distres Psikologis	16
2.3 Konsep Stres	17
2.3.1 Proses Terjadinya Stress	17

2.3.2	Tanda dan Gejala Stres.....	18
2.3.3	Penyebab Stres atau Stressor.....	19
2.3.4	Tipe Stres dan Tingkatan Stres	20
2.3.5	Mengatasi Stressor	21
2.4	Konsep Kecemasan	22
2.4.1	Tingkat Kecemasan.....	23
2.4.2	Penyebab Kecemasan.....	25
2.5	Konsep Depresi	26
2.5.1	Tingkatan Depresi	27
2.5.2	Faktor-Faktor Penyebab Depresi.....	28
2.6	Konsep <i>Burnout</i>	28
2.6.1	Pengertian <i>Burnout</i>	28
2.6.2	Klasifikasi & Indikator <i>Burnout</i>	29
2.6.3	Faktor-Faktor yang Memengaruhi <i>Burnout</i>	30
2.7	Dampak Distress Psikologis, Burnout, dan Resiliensi Pada Perawat dan Pelayanan Kesehatan.....	31
2.8	Konsep Spiritualitas.....	33
2.8.1	Pengertian Spiritualitas	33
2.8.2	Fungsi Spiritualitas.....	34
2.8.3	Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Spiritualitas	34
2.8.4	Dampak Spiritualitas pada Perawat	35
2.9	Konsep Mekanisme Koping.....	36
2.9.1	Pengertian Mekanisme Koping.....	36
2.9.2	Sumber Koping	36
2.9.3	Penggolongan Mekanisme Koping	36
2.10	Konsep Dukungan Sosial	39
2.10.1	Pengertian Dukungan Sosial	39
2.10.2	Sumber- Sumber Dukungan Sosial.....	40
2.10.3	Aspek-aspek Dukungan Sosial.....	40
2.10.4	Bentuk Dukungan Sosial.....	41
2.10.5	Dampak Dukungan Sosial Bagi Perawat	42
2.11	Konsep Dukungan Organisasi	43

2.11.1	Pengetian Dukungan Organisasi	43
2.11.2	Indikator Dukungan Organisasi	43
2.11.3	Ukuran Dukungan Organisasi	44
2.11.4	Dampak Dukungan Organisasi Bagi Perawat	44
2.12	Model Resiliensi Perawat	45
2.13	Teori dan Model Resiliensi Perawat.....	46
2.13.1	Middle Range Theory oleh Polk (1997).....	46
2.13.2	Teori Imogene King	47
2.13.3	Model Sistem Neuman	48
2.13.4	Model Adaptasi Roy	51
2.13.5	Model Teoritis Resiliensi di Masa Pandemi Covid-19	52
2.14	Penelitian Terkait Resiliensi Pada Perawat	54
2.15	Kerangka Teori.....	60
BAB III KERANGKA KONSEP & HIPOTESIS PENELITIAN		63
3.1	Kerangka Konsep Penelitian	63
3.2	Hipotesa Penelitian.....	65
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN		66
4.1	Penelitian Tahap 1: Analisis.....	68
4.1.1	Pendekatan Kuantitatif	69
4.1.2	Pendekatan Kualitatif	77
4.1.3	Etika Penelitian	82
4.2	Penelitian Tahap 2 : <i>Design</i>	83
4.3	Penelitian Tahap 3 : <i>Development</i> (Pengembangan Model Resiliensi)..	84
4.4	Penelitian Tahap 4 : <i>Implementation</i>	85
4.4.1	Populasi dan Sampel	86
4.4.2	Tempat & Waktu Penelitian.....	87
4.4.3	Variabel penelitian dan Definisi Operasional Variabel	87
4.4.4	Prosedur Pengumpulan Data	88
4.4.5	Analisa data.....	88
4.5	Penelitian Tahap 5 : <i>Evaluation</i>	89
BAB V HASIL PENELITIAN.....		90
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	90

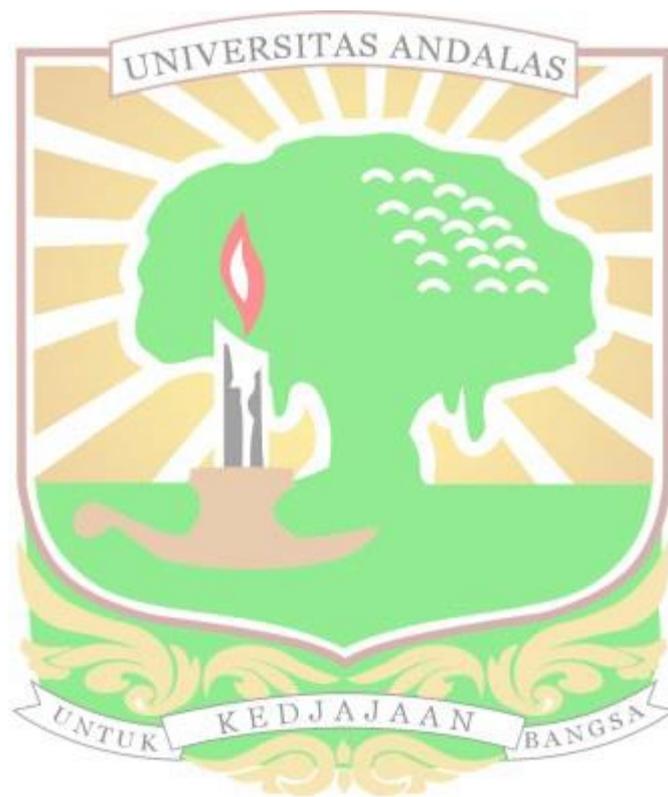
5.2	Hasil Penelitian Tahap 1 (<i>Analyse</i>)	93
5.2.1	Hasil Penelitian Kuantitatif	93
5.2.2	Hasil Penelitian Kualitatif	118
5.3	Hasil Penelitian Tahap 2 dan 3. Desain dan Pengembangan.....	141
5.3.1	Desain dan Pengembangan Model	141
5.3.2	Desain dan Pengembangan Modul.....	145
5.4	Hasil Penelitian Tahap 4.....	151
5.4.1	Resiliensi Perawat Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol (<i>Pre Test – Post Test</i>).	152
5.4.2	Pengaruh Model Resiliensi Terhadap Ketangguhan Perawat Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol <i>Pre Test – Post Test</i>	155
5.4.3	Hasil Penelitian Uji Beda 2 Mean Antara Kelompok Intervensi Dengan Kelompok Kontrol.....	158
5.5	Hasil penelitian Tahap 5.....	160
BAB VI PEMBAHASAN.....		161
6.1	Karakteristik Perawat, Distres Psikologis, <i>Burnout</i> , Resiliensi, dan Faktor-Faktor yang Memengaruhinya.....	161
6.2	Desain dan Pengembangan Model Resiliensi.....	172
6.3	Efektifitas Model dan Modul Resiliensi Terhadap Peningkatan Resiliensi Perawat	174
6.4	Keterbatasan Penelitian	183
6.5	Impilkasi Studi Terhadap Keperawatan	183
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....		185
7.1	Kesimpulan.....	185
7.2	Saran	185
DAFTAR PUSTAKA		188

DAFTAR TABEL

Tabel 2.14-1 Penelitian Resiliensi pada Perawat	54
Tabel 4.1-1 Distribusi Sampel Menurut Rumah Sakit di Sumatera Barat	70
Tabel 4.1-2 Definisi Operasional Tahap 1	71
Tabel 4.1-3 Penggalan Informasi dan Masalah pada Partisipan	78
Tabel 4.3-1 Kriteria Penilaian Modul Menurut BNSP	85
Tabel 4.3-2 Daftar Pakar yang Memvalidasi Modul Resiliensi Perawat	85
Tabel 4.4-1 Definisi Operasional Penelitian Tahap IV	87
Tabel 5.2-1 Distribusi Karakteristik Perawat Menurut Usia dan Lama Kerja di RS Sumatera Barat (n =221)	95
Tabel 5.2-2 Distribusi Resiliensi Perawat di RS Sumatera Barat (n = 221)	100
Tabel 5.2-3 Hubungan Jenis Kelamin dengan Resiliensi Perawat di Rumah Sakit di Sumatera Barat (n = 221)	109
Tabel 5.2-4 Hubungan Pendidikan dengan Resiliensi Perawat di Rumah Sakit di Sumatera Barat (n = 221)	110
Tabel 5.2-5 Hubungan Usia dan Lama Kerja dengan Resiliensi Perawat di Rumah Sakit di Sumatera Barat (n = 221)	111
Tabel 5.2-6 Hubungan Spiritualitas, Mekanisme koping, Dukungan Sosial, dan Dukungan Organisasi dengan Resiliensi Perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat	111
Tabel 5.2-7 Hasil seleksi bivariat	112
Tabel 5.2-8 Pemodelan Multivariat	112
Tabel 5.2-9 Pemodelan Multivariat Akhir	113
Tabel 5.2-10 Asumsi Eksistensi: Residual Statistik	113
Tabel 5.2-11 Asumsi Independensi	114
Tabel 5.2-12 Asumsi Linieritas	114
Tabel 5.2-13 Diagnostik <i>Multicollinearity</i>	117
Tabel 5.2-14 Karakteristik Informan Perawat	118
Tabel 5.2-15 Karakteristik Informan FGD	119
Tabel 5.2-16 Matriks Hasil Wawancara Mendalam Informan Tentang Mengenal Distres Psikologis Pada Perawat	123

Tabel 5.2-17 Matriks Hasil FGD Tentang Mengenal Distres Psikologis Pada Perawat.....	124
Tabel 5.2-18 Matriks Hasil Triangulasi Tentang Mengenal Distres Psikologis Pada Perawat.....	124
Tabel 5.2-19 Matriks Hasil Wawancara Mendalam Informan Tentang Burnout Pada Perawat.....	127
Tabel 5.2-20 Matriks Hasil FGD Tentang <i>Burnout</i> Pada Perawat.....	128
Tabel 5.2-21 Matriks Hasil Triangulasi Tentang Mengenal <i>Burnout</i> Pada Perawat	128
Tabel 5.2-22 Matriks Hasil Wawancara Mendalam Informan Tentang Masalah yang Dihadapi Perawat dalam Bekerja	131
Tabel 5.2-23 Matriks Hasil FGD Tentang Masalah yang Dihadapi Perawat dalam Bekerja.....	131
Tabel 5.2-24 Matriks Hasil Triangulasi Tentang Masalah yang Dihadapi Perawat dalam Bekerja.....	132
Tabel 5.2-25 Matriks Hasil Wawancara Mendalam Informan Tentang Respon yang Timbul Ketika Perawat menghadapi Masalah	136
Tabel 5.2-26 Matriks Hasil FGD Tentang Respon yang Timbul Ketika Perawat Menghadapi Masalah	136
Tabel 5.2-27 Matriks Hasil Triangulasi Tentang Respon yang Timbul Ketika Perawat Menghadapi Masalah	137
Tabel 5.2-28 Matriks Hasil Wawancara Mendalam Informan Tentang Mengenal Resiliensi Pada Perawat	139
Tabel 5.2-29 Matriks Hasil FGD Tentang Mengenal Resiliensi Pada Perawat..	140
Tabel 5.2-30 Matriks Hasil Triangulasi Tentang Mengenal Resiliensi Pada Perawat	140
Tabel 5.3-1 Desain Materi Modul Pelatihan Resiliensi Perawat	146
Tabel 5.3-2 Desain Materi Panduan Modul Pelatihan Resiliensi Perawat.....	147
Tabel 5.3-3 Perbaikan Modul Resiliensi	148
Tabel 5.3-4 Hasil Penilaian Modul Pelatihan Peningkatan Resiliensi Perawat: Pencegahan Distres Psikologis dan Burnout di Tempat Kerja.....	149
Tabel 5.3-5 Hasil Uji Normalitas Data Terhadap Uji Coba Model	150

Tabel 5.3-6 Hasil Uji Coba Modul.....	150
Tabel 5.4-1 Distribusi Resiliensi Perawat Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol (<i>Pre Test – Post Test</i>).....	152
Tabel 5.4-2 Pengaruh Model Resiliensi Terhadap Ketahanan Perawat Pada Kelompok Intervensi (<i>Pre Test – Post Test</i>).....	156
Tabel 5.4-3 Perbedaan Ketangguhan Perawat Antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol Setelah Perlakuan.....	158

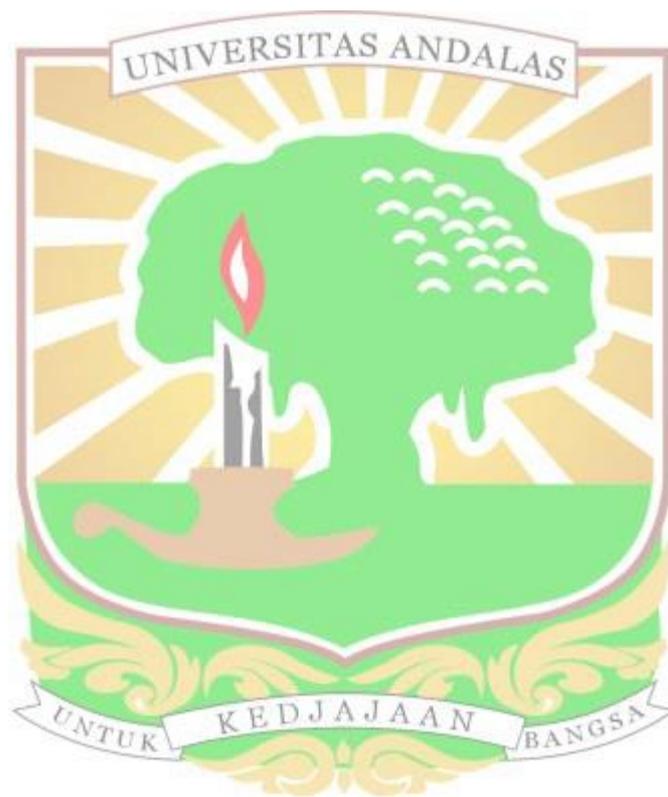


DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1-1 Karakteristik Perawat Tangguh (Yılmaz, 2017)	12
Gambar 2.4-1 Rentang Respon Kecemasan	23
Gambar 2.6-1 Faktor Resiko Burnout (Moss et al., 2016)	30
Gambar 2.13-1 <i>King' Conceptual System</i>	47
Gambar 2.13-2 Model Sistem Neuman	50
Gambar 2.13-3 Model Adaptasi Roy	51
Gambar 2.13-4 Model Teoritis Pengaruh Religiusitas, Dukungan Sosial dan Spiritualitas Terhadap Resiliensi	53
Gambar 2.15-1 Kerangka Teori Penelitian	60
Gambar 3.1-1 Kerangka Konsep Penelitian	64
Gambar 3.2-1 Alur Penelitian dengan Model ADDIE	67
Gambar 4.1-1 Desain Eksplanatori Sekuensial	68
Gambar 4.4-1 <i>Pre and post test control group design</i>	86
Gambar 5.1-1 Denah Lokasi RSUD dr Rasidin Padang	90
Gambar 5.1-2 Denah Lokasi Rumah Sakit Universitas Andalas	91
Gambar 5.1-3 Denah Lokasi RSUD Padang Panjang	92
Gambar 5.1-4 Denah Lokasi RSUD Arosuka Solok	93
Gambar 5.2-1 Distribusi Responden di Rumah Sakit Sumatera Barat	94
Gambar 5.2-2 Distribusi Karakteristik Perawat Menurut Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan di RS Sumatera Barat (n = 221)	94
Gambar 5.2-3 Distribusi Usia Responden Perawat di Rumah sakit Sumatera Barat	96
Gambar 5.2-4 Distribusi Lama Kerja Responden Perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat	96
Gambar 5.2-5 Distribusi Distres Psikologis Perawat di RS Sumatera Barat	97
Gambar 5.2-6 Analisis Kuesioner Distres Psikologis Perawat	98
Gambar 5.2-7 Distribusi <i>Burnout</i> Perawat di RS Sumatera Barat	99
Gambar 5.2-8 Analisis Kuesioner Burnout pada Perawat	100
Gambar 5.2-9 Distribusi Resiliensi Perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat ...	101
Gambar 5.2-10 Analisis Kuesioner Resiliensi Perawat	102

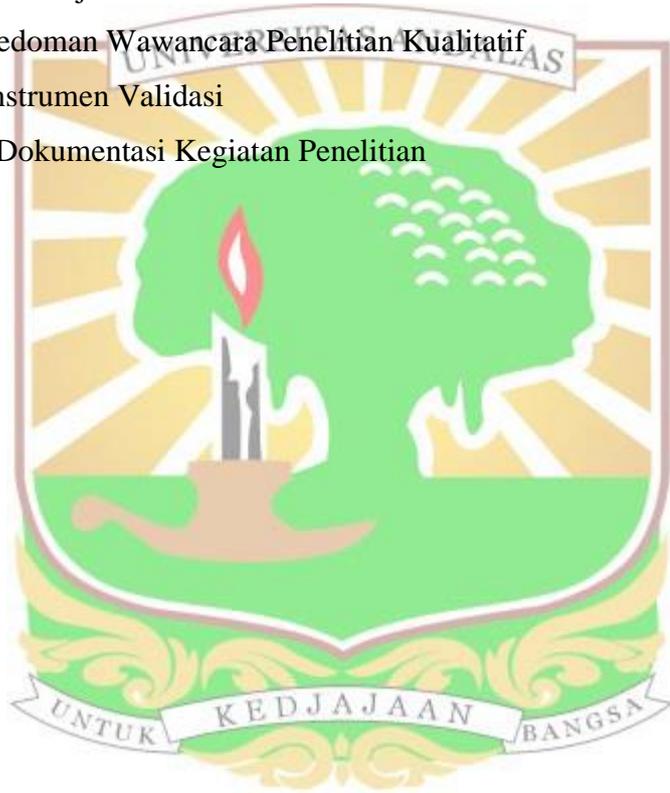
Gambar 5.2-11 Distribusi Spiritualitas pada Perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat	103
Gambar 5.2-12 Analisis Kuesioner Spiritual Perawat	103
Gambar 5.2-13 Distribusi Mekanisme Koping Perawat di Sumatera Barat	104
Gambar 5.2-14 Analisis Kuesioner Mekanisme Koping pada Perawat.....	105
Gambar 5.2-15 Distribusi Dukungan Sosial pada perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat.....	106
Gambar 5.2-16 Analisis Kuesioner Dukungan Sosial pada Perawat	106
Gambar 5.2-17 Distribusi Dukungan Organisasi pada Perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat.....	107
Gambar 5.2-18 Analisis Kuesioner Dukungan Organisasi pada Perawat.....	108
Gambar 5.2-19 Skor Jenis Kelamin dengan Resiliensi Pada Perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat	109
Gambar 5.2-20 Skor Pendidikan dengan Resiliensi Perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat.....	110
Gambar 5.2-21 Asumsi <i>Homoscedascity: Scatterplot</i>	115
Gambar 5.2-22 Asumsi Normalitas: Grafik Histogram	116
Gambar 5.2-23 Asumsi Normalitas: Grafik Normal P-P Plot.....	116
Gambar 5.2-24 Tema 1. Mengenal Distres Psikologis Pada Perawat.....	122
Gambar 5.2-25 Tema 2. Mengenal Burnout Pada Perawat.....	127
Gambar 5.2-26 Tema 3. Masalah yang Dihadapi Perawat dalam Bekerja	130
Gambar 5.2-27 Tema 4. Respon yang Timbul Ketika Perawat Menghadapi Masalah Dalam Pekerjaan	135
Gambar 5.2-28 Tema 5. Mengenal Resiliensi Pada Perawat	139
Gambar 5.3-1 Kerangka Konsep Model Resiliensi Berdasarkan <i>Outcome</i>	141
Gambar 5.3-2 Ringkasan Konsep Model Resiliensi Berdasarkan Hasil Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif	143
Gambar 5.3-3 Desain Model Resiliensi	144
Gambar 5.3-4 Contoh Halaman Sampul Modul Pelatihan Resiliensi Perawat ...	147
Gambar 5.3-5 Contoh Halaman Sampul Buku Panduan Penggunaan Modul	148
Gambar 5.4-1 Skor Rata-Rata Dimensi Resiliensi Perawat Sebelum dan Setelah Perlakuan pada Kelompok Intervensi	154

Gambar 5.4-2 Skor Rata-Rata Dimensi Resiliensi Perawat Sebelum dan Setelah Perlakuan pada Kelompok Kontrol.....	155
Gambar 5.4-3 Analisis Kuesioner Resiliensi Perawat Sebelum dan Sesudah Perlakuan pada Kelompok Intervensi	158
Gambar 5.4-4 Skor Perbedaan Resiliensi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Setelah Perlakuan.....	159
Gambar 5.4-5 Skor Resiliensi antara Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Sesudah Perlakuan.....	160



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Keterangan Lulus Kaji Etik (*Ethical Clearance*)
- Lampiran 2. Izin Penelitian
- Lampiran 3. Surat Rekomendasi Dari Kesbangpol
- Lampiran 4. Lembar Kesiediaan Menjadi Responden (*Informed Consent*)
- Lampiran 5. Instrumen Penelitian Kuantitatif
- Lampiran 6. Kisi-Kisi Instrumen Penelitian Kuantitatif
- Lampiran 7. Hasil Uji Validitas Dan Reliabilitas Kuisisioner
- Lampiran 8. Pedoman Wawancara Penelitian Kualitatif
- Lampiran 9. Instrumen Validasi
- Lampiran 10. Dokumentasi Kegiatan Penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kondisi bencana, wabah, kejadian luar biasa, di dalam tatanan pelayanan kesehatan merupakan hal yang sering dihadapi oleh perawat. Perawat hampir setiap hari menghadapi tantangan dalam bekerja merawat pasien yang sekarat atau kritis, kekurangan perawat dan kelelahan emosional (Turner, 2014). Perlu adanya ketangguhan atau resiliensi bagi perawat dalam menghadapi banyak situasi traumatis dalam kehidupan professional yang penuh tekanan (CAM, 2015).

American Psychological Association menyatakan resiliensi merupakan suatu proses adaptasi terhadap kesulitan, trauma, tragedi, ancaman, ataupun stressor yang berasal dari keluarga, masalah kesehatan, tempat kerja dan keuangan (APA, 2014). Resiliensi bertujuan untuk melindungi perawat terhadap stres terkait pekerjaan serta merupakan komponen penting untuk kesehatan mental, fisik dan kesejahteraan perawat (McDonald, Jackson, Wilkes, & Vickers, 2013). Resiliensi merupakan suatu alat atau keterampilan bagi perawat dalam mengatasi kesulitan di tempat kerja (Young & Rushton, 2017).

Banyak ditemukan kesulitan perawat dalam beradaptasi dengan proses dinamis dari sistem layanan yang dihadapinya. Hal ini diakibatkan hambatan personal seperti rendahnya tingkat resiliensi individu dan karakteristik personalitas (Henshall, Davey, & Jackson, 2020a). Hasil penelitian perawat yang tidak resilien memiliki permasalahan berkaitan dengan pekerjaan seperti stress dan kelelahan (Van Agteren, Iasiello, & Lo, 2018). Penelitian *Systematic Review* “Hubungan Resiliensi Dengan *Burnout* Pada Perawat” yang dilakukan oleh Deldar dkk didapatkan data lebih dari 50% responden mengalami stress, dan *burnout* (Deldar, Froutan, Dalvand, Gheshlagh, & Mazloum, 2018). Hasil studi literatur dari 30 studi penelitian “Tindakan Pencegahan Sindrom *Burnout* Pada Perawat” mendapatkan data terjadinya kebosanan, *burnout* dan stress pada perawat di tempat kerja di hampir semua studi tersebut (de Oliveira, de Alcantara Sousa, Vieira Gadelha, & do Nascimento, 2019).

Resiliensi juga dapat dilihat sebagai ukuran keberhasilan dalam mengatasi stres (K. M. Connor & Davidson, 2003). Hasil penelitian di Amerika Serikat menunjukkan tingkat resiliensi yang lebih tinggi dikaitkan dengan peningkatan harapan dan pengurangan stress pada perawat (Cynda, Rushton, & Batcheller, 2015). Semakin tinggi tingkat stres perawat semakin rendah tingkat ketahanan mereka (Yu, Raphael, Mackay, Smith, & King, 2019). Sejalan dengan hal tersebut, hasil penelitian pada perawat di rumah sakit swasta di Semarang didapatkan bahwa resiliensi berpengaruh signifikan dengan kualitas hidup perawat. (Digdyani & Kaloeti, 2018).

Perawat memainkan peran sentral dalam memungkinkan masyarakat untuk mencapai cakupan kesehatan universal (*universal health coverage*). Mempekerjakan, melatih, dan mempertahankan perawat adalah kunci utama untuk ketersediaan, aksesibilitas, penerimaan, dan kualitas perawatan sesuai dengan rekomendasi landasan perlindungan sosial dari International Labour Organisation (ILO) No. 202, 2012 (WHO, 2020).

Pada sistem layanan kesehatan saat ini penting untuk memulai memikirkan mengenai resiliensi perawat. Resiliensi sekarang dikenal sebagai komponen penting dalam manajemen organisasi sumber daya di rumah sakit (Celly, 2018). Resiliensi saat ini terbukti berkontribusi terhadap beberapa dampak positif kinerja perawat, kepuasan, dan kualitas asuhan keperawatan (Yu et al., 2019). Namun sebaliknya jika komponen resiliensi tidak diperhatikan secara serius oleh manajemen rumah sakit maka akan memberikan dampak negatif berupa distress psikologi, kelelahan, kejenuhan, ketidakpercayaan diri, prasangka buruk, yang akan membuat kualitas layanan kesehatan rendah (Roberts et al., 2021). Pelayanan kesehatan seharusnya mulai memikirkan strategi yang efektif dan efisien dalam membangun lingkungan kerja yang positif dan menguntungkan (Rangachari & Woods, 2020).

Resiliensi sudah mulai dikenal dan muncul sebagai isu yang harus diperhatikan oleh manajemen atau unit rumah sakit. Isu ini penting untuk diperhatikan agar dapat mengurangi turnover perawat, kekurangan tenaga perawat dan menambah pembiayaan rumah sakit yang lebih besar (Mealer et al., 2014). Penelitian pada unit pelayanan ICU, program pelatihan peningkatan resiliensi

perawat dapat diterima oleh manajemen rumah sakit dan sudah mulai tampak dilaksanakan secara rutin. Pelaksanaan pelatihan peningkatan resiliensi perawat mampu meningkatkan kemampuan coping dan mitigasi penyelesaian permasalahan. Secara Individual perawat juga mengalami pengurangan gejala gangguan kesehatan jiwa seperti kecemasan, *burnout*, dan depresi (Mealer et al., 2014).

Suatu program pelatihan berpikir secara holistik yang merupakan bagian dari peningkatan resiliensi diberikan pada perawat. Hasil penelitian didapatkan memberikan kontribusi terhadap peningkatan kualitas kerja profesional perawat, rasa perhatian terhadap orang lain, dan pengelolaan emosi yang lebih positif (Rees et al., 2018). Penelitian lain juga menggambarkan resiliensi yang tinggi dari perawat memberikan kontribusi terhadap kinerja tim yang lebih baik karena terjadinya pertumbuhan rasa saling menghargai dan sikap positif dalam bekerja. Hal ini juga berdampak secara tidak langsung terhadap kualitas pelayanan yang mampu meningkatkan pendapatan rumah sakit dan efisiensi biaya terhadap penyelesaian permasalahan keamanan dan distress pada petugas kesehatan (Tawfik, Sexton, Adair, Kaplan, & Profit, 2017).

Penelitian lainnya menunjukkan upaya peningkatan resiliensi pada perawat terbukti menguatkan aset internal sumberdaya rumah sakit dan menambah kompetensi sikap perawat yang lebih positif (Ramalisa, Du Plessis, & Koen, 2018). Sebaliknya dalam sebuah studi *cross sectional* di rumah sakit Yunani melaporkan terdapatnya kemampuan resiliensi yang tinggi pada perawat yang mendapatkan edukasi strategi persiapan kejiwaan dalam bekerja dengan angka kecemasan yang ditemukan rendah (Manomenidis, Panagopoulou, & Montgomery, 2019).

Peningkatan kapasitas resiliensi perawat dapat dilakukan dengan psiko edukasi terkait peningkatan resiliensi. Psiko edukasi merupakan intervensi yang dapat dilakukan kepada individu maupun kelompok yang berfokus pada mendidik partisipan terkait tantangan atau masalah dalam hidup, membantu partisipan dalam mengembangkan sumber dukungan dan dukungan sosial dalam menghadapi tantangan serta mengembangkan strategi coping dalam menghadapi tantangan dalam kehidupan (Walsh, 2010). Manfaat psikoedukasi adalah membantu mengatasi kecemasan, mengurangi depresi, membantu memecahkan masalah,

menumbuhkan rasa percaya diri, dan membuat perasaan menjadi lebih nyaman (Suryani, Hernawati, & Sriati, 2016).

Perhatian terhadap resiliensi petugas kesehatan di Indonesia masih sangat minim. Resiliensi masih belum disadari sebagai bagian integral yang penting dalam sistem manajemen rumah sakit. Pada *setting* pelayanan kesehatan di Sumatera Barat strategi-strategi dalam upaya memperhatikan variabel resiliensi sebagai bagian yang penting dalam manajemen sumber daya internal rumah sakit masih belum diperhatikan. Hasil survey yang dilakukan terhadap 10 orang perawat dari 3 rumah sakit di Sumatera Barat menyatakan belum adanya program peningkatan kapasitas resiliensi perawat secara sistematis dan belum adanya kebijakan dan aturan yang mendukung untuk meningkatkan resiliensi pada perawat. Perawat menyatakan ketika menghadapi masalah dalam pekerjaannya, mereka lebih banyak berdoa kepada Allah serta 4 orang perawat menceritakan masalah yang dihadapi pada orang terdekat.

Saat ini rumah sakit harus merancang dan membentuk program peningkatan kapasitas resiliensi perawat guna memenuhi kebutuhan spesifik perawat dengan stressor kerja yang tinggi. Namun, membentuk program untuk promosi resiliensi bukanlah hal yang mudah. Serangkaian hambatan dan tantangan akan dihadapi dalam rangka menginisiasi program penguatan resiliensi pada perawat. Hambatan tersebut dapat berupa pencocokan waktu antara kegiatan pelatihan peningkatan resiliensi dengan beban kerja perawat yang tinggi, adanya penugasan yang harus dikerjakan di rumah yang membuat perawat mengeluhkan tambahan kinerja serta ketersediaan instruktur yang masih belum bisa diakses dari sumber daya internal (Thew Jennifer, 2018).

Untuk mewujudkan perawat yang resilien membutuhkan pemahaman dan kapasitas yang tinggi dari perawat dalam memilih coping menghadapi permasalahan. Hasil penelitian kualitatif menyatakan 68 orang perawat kurang memiliki pemahaman terhadap pemilihan strategi coping (O'Dowd et al., 2018). Kegagalan dalam pemahaman strategi coping meningkatkan kemungkinan permasalahan kesehatan mental yang lebih tinggi. Suatu studi yang dilakukan pada perawat ICU terjadi tingkat stress yang sangat tinggi berkaitan dengan tantangan pekerjaan yang dihadapi. Pada studi tersebut perawat hanya mampu memilih

strategi koping dengan pendekatan religiusitas menyerahkan semuanya kepada Tuhan. Keterbatasan dalam pemilihan strategi koping membuat perawat maladaptif berhadapan dengan situasi pekerjaan yang beragam serta minimnya akses ke sumber dukungan yang tersedia di sekitar perawat (Alharbi & Alshehry, 2019).

Faktor lain yang diyakini berkontribusi terhadap pembentukan resiliensi perawat adalah persepsi terhadap dukungan sosial. Suatu studi di Turki didapatkan hasil dukungan sosial mempunyai hubungan yang signifikan terhadap berkembangnya kompetensi resiliensi perawat. Perawat merasa bahwa partisipasi rekan kerja memberikan rasa puas dalam melaksanakan tugas (Öksüz et al., 2019). Dukungan dari rekan sejawat juga memberikan dampak positif terhadap pilihan strategi koping bagi perawat. Perawat merasakan dampak emosional yang lebih positif jika memiliki lingkungan kerja yang lebih suportif dari rekan kerja (Carvello et al., 2019). Dukungan rekan sejawat memediasi terbentuknya resiliensi perawat dan efikasi diri. Hal ini menandakan kultur dan iklim kerja yang lebih positif terjadi di lingkungan kerja perawat. Suatu studi pada perawat yang baru lulus terbukti bahwa dukungan rekan sejawat memberikan dampak langsung dalam peningkatan resiliensi perawat (Wang, Tao, Bowers, Brown, & Zhang, 2018b).

Beberapa penelitian membahas dukungan organisasi dengan resiliensi di tempat kerja. Penelitian lainnya menyatakan bahwa dukungan organisasi dapat menurunkan kelelahan baik secara langsung maupun tidak langsung dan meningkatkan ketahanan (Qiu et al., 2020). Dukungan organisasi dianggap sebagai sumber daya lingkungan pekerjaan dan sumber daya pribadi di mana akan memediasi resiliensi. Ketangguhan perawat dapat dikembangkan melalui lingkungan yang mendukung berupa dukungan organisasinya. (N. Zhang, Xu, Li, & Gong, 2021).

Pandemi COVID-19 yang terjadi sejak akhir tahun 2019, memberikan dampak dari berbagai aspek kehidupan termasuk sistem layanan kesehatan. Sistem layanan kesehatan menjadi timpang karena tidak mampu beradaptasi dengan situasi krisis yang terjadi. Situasi yang tak terelakkan ini membuat sumber daya manusia dalam pelayanan kesehatan termasuk perawat harus beradaptasi terhadap situasi. Perawat bekerja memberikan perawatan kesehatan langsung serta menyediakan pelacakan kontak dan perawatan untuk klien yang dikarantina dan

layanan perawatan komunitas saat pandemi COVID-19 (Huang, Chen, Chen, & Wang, 2020). Masa pandemi COVID-19 perawat tidak hanya merawat atau merespon kebutuhan pasien dan keluarganya juga terjadi perubahan peran perawat ketika perawat harus mengambil bagian dalam pembuatan kebijakan, melakukan prosedur dan menjaga persediaan bahan dan peralatan yang diperlukan di rumah sakit (R. P. Sharma, Pohekar, & Ankar, 2020).

Penghormatan terhadap hak-hak perawat sangat diperlukan untuk perlindungan dalam melakukan perjuangan panjang di garis paling depan untuk menyelamatkan nyawa manusia. Menetapkan standar kerja yang layak, meningkatkan profesionalisme dan politik personel keperawatan, serta memberikan insentif untuk retensi staf, sangat penting memberikan mereka kondisi kerja yang baik dan cakupan perlindungan sosial, di semua negara (WHO, 2020).

Perawat sebagai bagian terbesar dari tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit, merupakan profesi yang akan berhadapan dengan sumber stress. Dampak psikologis juga dipicu akibat dari beban kerja atau jam kerja yang berlebihan, kelelahan karena jam kerja yang panjang, tidak bertemu keluarga selama sehari-hari, alat pelindung diri yang tidak memadai, berita media yang terlalu antusias, merasa tidak mampu serta tingginya tingkat infeksi di antara petugas kesehatan (Spoorthy, 2020, Zhang, Wang, Rauch, & Wei, 2020). Perubahan peran yang mendadak dari memberikan layanan kesehatan ke pasien COVID-19 yang terkonfirmasi atau dicurigai berpotensi menimbulkan rasa frustrasi, ketidakberdayaan, serta tantangan penyesuaian bagi layanan keperawatan profesional (Rana, Mukhtar, & Mukhtar, 2020).

Hasil penelitian ditemukan, (37,8%) perawat di Filipina memiliki tingkat kecemasan yang disfungsi dalam menghadapi pandemi COVID-19 (Labrague & De los Santos, 2020). Hampir 21% perawat yang bekerja di area klinis pernafasan selama masa pandemic di Inggris, mengalami gejala kecemasan sedang hingga berat atau berat serta mengalami depresi sebanyak 17,2% (Roberts et al., 2021). Kejadian *burnout* perawat di China pada periode COVID-19 adalah 81,6%. Angka kejadian *burnout* perawat pada periode COVID-19 cukup tinggi, yang berkaitan erat dengan kecemasan dan depresi (Guixia & Hui, 2020). Hasil studi kualitatif terhadap perawat di Slovenia didapatkan semua responden menyatakan bahwa rasa

burnout meningkat drastis selama pandemi COVID-19 karena peningkatan tanggung jawab yang sangat besar, mereka harus bertanggung jawab atas keselamatan diri sendiri, keselamatan rekan kerja, serta keselamatan pasien (Leskovic, Erjavec, Leskovic, & Vuković, 2020).

Hasil studi awal di 3 Rumah Sakit Umum Daerah di Sumatera Barat terhadap 69 perawat di temukan sebanyak 58% perawat mengalami kecemasan sedang serta 11,6% mengalami kecemasan berat selama masa pandemi. Perawat yang mengalami stress sedang sebanyak 2,9% dan 20,3% mengalami depresi sedang, serta sebanyak 47,8% merasakan *burnout* pada pekerjaannya. Sebanyak 28,2% responden menyatakan kadang mampu beradaptasi terhadap perubahan di tempat kerja, 7% jarang memiliki kecenderungan untuk bangkit kembali setelah berada dalam kesulitan, 7% kadang mempunyai hubungan yang dekat dengan keluarga, dan 78,9% percaya Tuhan membantu dalam setiap permasalahan yang dihadapinya. Data-data di atas menunjukkan kondisi yang terjadi dengan perawat selama masa pandemi. Kondisi krisis tidak bisa dielakkan dan bisa muncul kapan saja sehingga seorang perawat harus mempunyai kemampuan ketahanan dalam menghadapi masalah atau perubahan agar tidak menimbulkan efek negatif bagi perawat dan organisasi tempat bekerja.

Secara umum perawat dengan latar belakang budaya Minangkabau dikenal sebagai masyarakat yang religius, mempunyai dukungan sosial yang kuat serta mampu beradaptasi dengan baik. Masyarakat berlatar belakang etnis Minangkabau memiliki ciri identik dalam kapasitas ketahanan personal berupa adaptasi diberbagai situasi, lingkungan dan tempat (Rahman, Oktavia, & Besra, 2019). Merupakan hal yang turun menurun bagi orang Minangkabau berpesan agar anggota keluarga yang merantau untuk menyesuaikan diri dengan pola kehidupan yang baru. Selain itu masyarakat Minangkabau pada umumnya beragama Islam yang memiliki konteks nilai kepercayaan bahwa sesuatu yang terjadi akan berkaitan dengan Tuhan dan agama. Masyarakat Minangkabau juga dibiasakan untuk berhasil di tempat atau lingkungan yang baru (Narni, 2016). Masyarakat bersuku Minangkabau dikenal sangat menikmati dukungan positif dari orang terdekat sehingga budaya memberikan dukungan untuk orang terdekat dapat dianggap menjadi peluang untuk meningkatkan resiliensi terhadap stressor (Yahya, Untung,

Nasif, Setiawan, & Fajari, 2020). Karakteristik budaya tersebut dapat menjadi potensi bagi perawat dalam meningkatkan ketahanan atau resilien dan mekanisme koping positif dalam menghadapi situasi krisis atau pandemi saat ini.

Mewujudkan resiliensi perawat membutuhkan sebuah kerangka kerja. Tujuan dalam penelitian ini membuat model resiliensi dalam mencegah distress psikologis dan *burnout*. Model ini diharapkan mampu mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi resiliensi dalam upaya meningkatkan resiliensi perawat dalam menghadapi permasalahan di tempat kerja. Hal ini penting dalam meningkatkan kapasitas kerja dan resiliensi perawat serta dalam mengembangkan program manajemen kesehatan jiwa di lingkungan kerja rumah sakit.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimanakah resiliensi yang dimiliki oleh perawat? Apa saja faktor yang memengaruhi resiliensi perawat?
2. Bagaimanakah cara mengembangkan model dan uji coba model resiliensi sebagai upaya untuk meningkatkan ketangguhan perawat dalam mencegah distress psikologis dan *burnout* pada perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat?
3. Apakah model resiliensi dapat meningkatkan ketangguhan perawat dalam mencegah distress psikologis dan *burnout* pada perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan Penelitian terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus, seperti berikut ini.

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah mengembangkan model resiliensi sebagai upaya peningkatan ketangguhan perawat dalam mencegah distress psikologis dan *burnout* pada perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Mengidentifikasi resiliensi pada perawat serta faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat.
2. Mengembangkan model resiliensi dan uji coba model dalam upaya meningkatkan ketangguhan perawat dalam mencegah distress psikologis dan *burnout* pada perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat.
3. Mengetahui apakah model resiliensi ini dapat meningkatkan ketangguhan perawat dalam mencegah distress psikologis dan *burnout* pada perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Ilmu Pengetahuan

1. Memberikan kontribusi terhadap ilmu pengetahuan mengenai resiliensi dan faktor-faktor yang memengaruhinya pada perawat.
2. Menemukan model resiliensi untuk perawat dalam upaya meningkatkan ketangguhan perawat dalam mencegah distress psikologis dan *burnout* pada perawat di rumah sakit.

1.4.2 Bagi Rumah Sakit dan Manajer Keperawatan

1. Memberikan alternatif pemecahan masalah kepada pihak manajemen rumah sakit terkait distress psikologis dan *burnout* pada perawat serta upaya meningkatkan ketangguhan pada perawat dalam menghadapi masalah dalam pekerjaan. Hasil penelitian ini dapat menjadi rujukan untuk pengembangan dan perbaikan terhadap program kesehatan keselamatan kerja perawat di rumah sakit.
2. Memberikan pemahaman bagi para manajer keperawatan terkait distress psikologis dan *burnout* pada perawat sehingga dapat bersama-sama dengan perawat mengatasi permasalahan yang dihadapi dengan cara meningkatkan ketangguhan perawat.
3. Mendorong pihak manajemen rumah sakit untuk membentuk program peningkatan resiliensi atau ketangguhan perawat dalam menghadapi

permasalahan di tempat kerja melalui pelatihan peningkatan resiliensi perawat.

1.5 Potensi Jurnal Internasional

Penelitian ini memberikan luaran berupa artikel ilmiah yaitu:

Jurnal Ilmiah Internasional Terindeks, Judul: *The Effect of Spirituality on Burnout Nurses in West Sumatra Hospital During the COVID-19 Pandemic.*

1.6 Potensi HAKI

Kebaharuan serta potensi HAKI dari penelitian ini adalah:

1. Model resiliensi perawat dalam meningkatkan ketahanan perawat di rumah sakit.
2. Modul Pelatihan Resiliensi Perawat Dalam Upaya Meningkatkan Ketangguhan Untuk Mencegah Terjadinya Distres Psikologis dan *Burnout* di Tempat Kerja.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Resiliensi

2.1.1 Pengertian Resiliensi

Resiliensi merupakan hal yang dipandang sebagai bagian yang penting dalam perkembangan psikologis individu. Resiliensi berasal dari bahasa Inggris yaitu “*resilience*” yang berasal dari kata “*resile*” berarti bangkit kembali. Resiliensi merupakan kemampuan seorang individu dalam menangani stress ataupun tekanan, serta kecemasan dan depresi (K. Connor & Davidson, 2003). Menurut Gillespie, Chaboyer, & Wallis (2007) resiliensi merupakan proses berjuang secara terus menerus untuk mengatasi kesulitan dan tidak menyerah. Kesulitan yang dimaksud di sini bukan hanya disebabkan oleh bencana, namun dapat muncul dalam kehidupan sehari-hari seperti perceraian, kematian, *abuse*, pendidikan maupun pekerjaan. Resiliensi didefinisikan sebagai proses beradaptasi dengan kesulitan, trauma, tragedi, ancaman, ataupun stressor yang berasal dari keluarga, masalah kesehatan, tempat kerja dan keuangan (*American Psychological Association [APA]*, 2014).

Resiliensi dalam konteks profesional kesehatan merupakan kemampuan untuk mengatasi atau “bangkit kembali” dalam mengatasi stress dan tantangan serta untuk selalu bersikap positif dalam mengatasi setiap kesulitan (Taku, 2014). Menurut Kuntz, Naswall, & Mallinen (2016), resiliensi pada pegawai merupakan kapasitas seseorang untuk beradaptasi dan menanggapi situasi kerja yang didukung dan difasilitasi oleh organisasi.

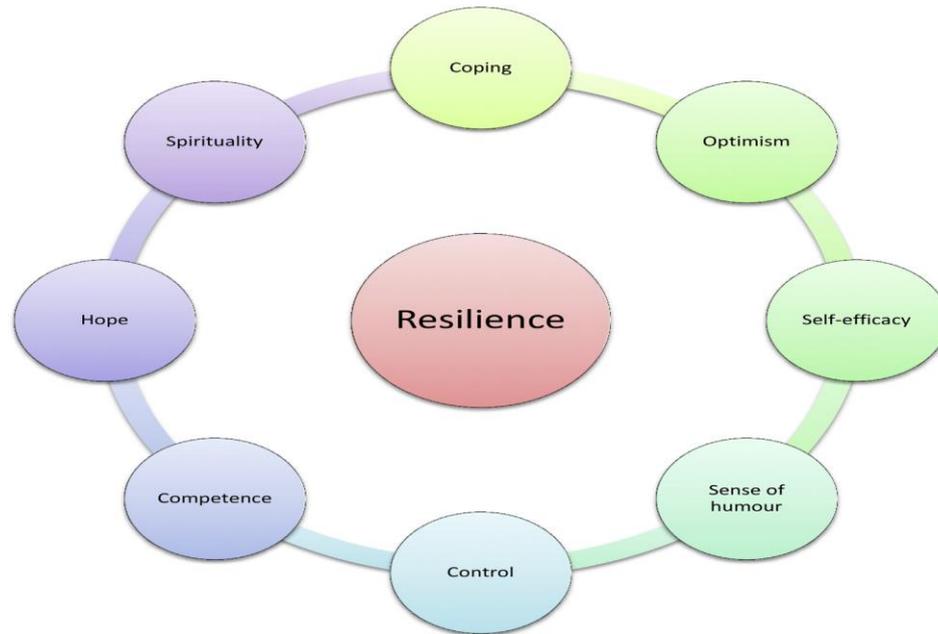
Berdasarkan pendapat para ahli di atas dapat disimpulkan resiliensi merupakan proses individu dalam beradaptasi dan bertahan untuk menghadapi kesulitan. Resiliensi mencerminkan kualitas pribadi yang memungkinkan seseorang untuk bertahan menghadapi kesulitan.

2.1.2 Karakteristik Resiliensi

Adapun karakteristik resiliensi menurut Wagnild (2009) dan Wagnild & Young (1993) terdapat lima karakteristik resiliensi, yaitu: (1) *perseverance*, (2) *equanimity*, (3) *meaningfulness*, (4) *self-reliance* dan (5) *existential aloneness*. *Perseverance* merupakan kemampuan seseorang untuk selalu konsisten dalam berjuang walaupun sedang dalam keadaan yang sulit. *Equanimity* merupakan suatu pandangan mengenai keseimbangan dan harmoni pada seorang individu. Mereka yang memiliki perspektif ini memiliki rasa humor.

Sementara itu, karakteristik resiliensi yang ketiga, *meaningfulness* adalah menyadari bahwa hidup memiliki tujuan yang harus dijalankan. *Self-reliance* adalah percaya pada kemampuan diri sendiri. Orang yang memiliki *self-reliance* menyadari bahwa mereka memiliki kekuatan dan kemampuan untuk berhasil serta menggunakan pengalaman dari keberhasilan di masa lalu untuk menjadi petunjuk dan bimbingan dalam mengambil tindakan. Karakteristik resiliensi yang terakhir yaitu *existential aloneness*. *Existential aloneness* merupakan suatu kesadaran bahwa setiap orang unik serta kemampuan untuk menghargai diri sendiri.

Menurut (Yılmaz, 2017) resiliensi dapat didefinisikan sebagai faktor pelindung selain menjadi karakteristik individu yang membantu perawat mengatasi kesulitan dalam pekerjaannya. Gambar di bawah menunjukkan perawat yang tangguh atau resilien menunjukkan tingkat resiliensi perawat, seperti koping, optimisme, efikasi diri, rasa humor, kontrol, kompetensi, harapan dan spiritualitas, yang berarti bahwa jika perawat memiliki karakteristik tersebut maka perawat itu resilien atau tangguh. Karakteristik ini mungkin berkontribusi untuk mengatasi faktor depresi secara efektif dan efisien, perawat menggunakan keterampilan pemecahan masalah, tidak kehilangan kendali atas peristiwa-pristiwa yang terjadi serta dapat beradaptasi dengan faktor-faktor depresi.



Gambar 2.1-1 Karakteristik Perawat Tangguh (Yilmaz, 2017)

2.1.3 Dimensi Resiliensi

Connor & Davidson (2003) membagi resiliensi dalam beberapa dimensi yaitu: (Octaryani, Baidun, & Jakarta, 2017)

1. Kompetensi personal (*personal competence: high standard and tenacity*)
Aspek ini menjelaskan terkait kompetensi personal individu dimana individu tersebut merasa sebagai orang yang mampu mencapai tujuan walaupun dalam situasi kegagalan ataupun kemunduran. Seseorang ketika mengalami stress ataupun tekanan cenderung merasa ragu akan berhasil dalam mencapai tujuan sehingga dibutuhkan keuletan dalam diri individu dan standar yang tinggi. Indikator pada aspek ini merupakan mampu menjadi individu yang kompeten, dapat menjadi individu yang ulet, dan memiliki standar yang tinggi.
2. Keyakinan terhadap insting (*trust in one's; tolerance of negative affect; strengthening effect of stress*)
Aspek ini berhubungan dengan ketenangan dalam bertindak. Individu yang memiliki kepribadian yang tenang cenderung berhati-hati dalam mengambil sikap atas masalah yang dihadapinya. Individu mampu melakukan koping terhadap stress dengan cepat dan tetap fokus pada tujuan meskipun sedang mengalami tekanan ataupun masalah. Indikator pada aspek ini yaitu percaya

pada naluri, toleran pada hal-hal buruk, serta mampu mengatasi akibat dari stress.

3. Penerimaan positif (*positive acceptance of change and secure relationship*)
Pada aspek ini berhubungan dengan kemampuan seseorang dalam menerima kesulitan secara positif dan jika berada dalam kesulitan mampu untuk berhubungan aman dengan orang lain. Seseorang menunjukkan kemampuan untuk menerima masalah secara positif dan tidak mempengaruhi kehidupan sosial seseorang dengan orang lain. Indikator pada aspek ini merupakan dapat menerima perubahan secara positif dan dapat menjaga hubungan baik dengan orang lain.
4. Kontrol diri (*control and factor*)
Pada aspek ini merupakan kemampuan untuk mengontrol diri dan mencapai tujuan. Seseorang yang memiliki kontrol pada dirinya sendiri dalam mencapai tujuan dan memiliki kemampuan untuk meminta dan mendapatkan dukungan sosial dari orang lain saat mengalami suatu masalah. Indikator pada aspek ini adalah mampu mengontrol diri sendiri dan mengendalikan diri sendiri.
5. Spiritualitas (*spiritual influences*)
Aspek ini berhubungan pada kemampuan untuk selalu berjuang dikarenakan keyakinannya kepada Tuhan dan takdir. Seseorang yang percaya kepada Tuhan akan menganggap bahwa masalah tersebut merupakan takdir dari Tuhan yang harus dilalui dengan perasaan yang positif hingga seseorang harus berjuang dalam mencapai tujuan. Indikator dalam aspek ini dimana individu percaya pada Tuhan dan percaya akan takdir.

2.1.4 Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Resiliensi

Faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi adalah variabel fisiologis, variabel psikologis, variabel sosiokultural, variabel perkembangan, variabel spiritual (Turner & Kaylor, 2015). Variabel fisiologis merupakan reaksi struktur dan sistem tubuh pada saat menerima reaksi stress, seperti perubahan nadi, tekanan darah, pernapasan dan sistem tubuh lainnya. Reaksi tersebut melindungi dan menimbulkan resiliensi pada tubuh melalui sistem *homeostatis*.

Variabel psikologis merupakan proses mekanisme perawat dalam menghadapi stressor. Resiliensi berhubungan dengan karakteristik positif psikologis seperti coping, *self-efficacy*, rendahnya kecemasan dan komitmen (Howe, Smajdor, & Stöckl, 2012). Mcallister & Mckinnon (2009) menyatakan perawat yang tangguh cenderung untuk membentuk hubungan kerja yang positif serta adanya kehidupan kerja yang seimbang.

Sedangkan variabel sosiokultural mengarah pada sosiokultural perawat yang berpengaruh pada resiliensi. Resiliensi terbentuk melalui hubungan dengan lingkungan sosial termasuk dengan keluarga, teman, dan hubungan professional (Mcallister & Mckinnon, 2009). Adanya hubungan yang kuat dari teman sejawat sangat berarti bagi perawat untuk meningkatkan adaptasi dalam menghadapi situasi kerja yang penuh dengan *stressor* (Turner & Kaylor, 2015). Selain dari teman sejawat, dukungan sosial di tempat kerja juga diperoleh dari pimpinan (Hart, 2012, McDonald, 2016).

Selanjutnya, variabel perkembangan mengarah pada proses perkembangan individu yang mencakup usia, perkawinan, dan tingkat pendidikan (Turner & Kaylor, 2015). Menurut (APA, 2014), Cameron & Brownie (2010) Mcallister & Mckinnon (2009), resiliensi merupakan sebuah proses yang dapat dilatih dan dikembangkan, yang perlu dimiliki perawat untuk menghadapi situasi pekerjaan yang penuh dengan tekanan (Turner & Kaylor, 2015). Sementara itu, terdapat beberapa penelitian yang menunjukkan karakteristik individu seperti jenis kelamin, usia, status pendidikan, dan status perkawinan memiliki hubungan dengan tingkat resiliensi (Ang, 2018, Wells, 2010).

McDonald, Jackson, Wilkes, & Vickers (2012) telah mengembangkan model intervensi yang bertujuan untuk memfasilitasi tanggapan positif terhadap lingkungan tempat kerja peserta melalui eksplorasi strategi coping yang praktis dan relevan. Membangun ketahanan pribadi bersama orang lain yang terlibat dalam tujuan tempat kerja yang sama, memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas dan mendapatkan kepuasan pribadi dari pekerjaan, berpotensi memfasilitasi komunikasi yang lebih efektif, kolaborasi dan dukungan antara rekan kerja dan pada akhirnya meningkatkan moral umum dan lingkungan tempat kerja. Lokakarya yang dilakukan mencakup topik pendampingan, membangun hubungan dan

memertahankan jaringan yang positif, membangun ketahanan, mempertahankan pandangan positif, intelektual, fleksibilitas dan kecerdasan emosional, mencapai keseimbangan kerja/kehidupan, memungkinkan spiritualitas, refleksi, pemikiran yang efektif dan kritis, dan bergerak maju serta merencanakan masa depan.

2.2 Konsep Distres Psikologis

2.2.1 Pengertian Distres Psikologis

Istilah '*distress*' sering digunakan dalam literatur keperawatan untuk menggambarkan ketidaknyamanan pasien/individu terkait dengan tanda dan gejala penyakit akut atau kronis, kecemasan sebelum atau sesudah pengobatan atau status janin atau sistem pernapasan yang terganggu. *Distress* psikologis merupakan kondisi tekanan psikologis negatif terhadap ancaman yang membahayakan.

Lazarus & Folkman (1984) menyatakan bahwa *distress* psikologis adalah kondisi yang dialami individu yang berkaitan dengan perasaan negatif dan gangguan fisik. Menurut Mirowsky & Ross (2003) *distress* psikologis merupakan keadaan subjektif yang tidak menyenangkan. Dua bentuk utama distress yaitu: 1) Kecemasan berupa perasaan tegang, gelisah, khawatir, marah, dan takut. 2) Depresi berupa perasaan sedih, kehilangan semangat, kesepian, putus asa, atau merasa tidak berharga, merasakan ingin mati, mengalami kesulitan tidur, menangis, merasa tidak punya harapan. Distress psikologis merupakan keadaan emosional yang dialami seseorang sebagai respon terhadap stressor tertentu yang mengakibatkan kerugian baik bersifat sementara atau permanen terhadap individu tersebut (Ridner, 2004).

Ketidakmampuan untuk menghadapi stresor dan munculnya gejala emosi ketika terpapar oleh situasi yang menegangkan merupakan salah satu penyebab munculnya distress psikologis (Drapeau, Marchand, & Beaulieu-Prevost, 2012). Distres psikologis memiliki hubungan yang negatif dengan kesejahteraan psikologis. Artinya, semakin sejahtera kondisi psikologis seseorang, maka semakin rendah tingkat distressnya, dan semakin tinggi tingkat distress seseorang, maka semakin rendah pula tingkat kesejahteraan psikologisnya (Mirowsky & Ross, 2003).

2.2.2 Karakteristik, Tanda, dan Gejala Distres Psikologis

Menurut Ridner (2004) terdapat lima karakteristik dari *distress* psikologis yaitu :

1. Ketidakmampuan yang dirasakan untuk mengatasi stressor.
Persepsi ketidakmampuan untuk mengatasi stressor secara efektif didasarkan pada keyakinan tidak ada solusi untuk mengatasi masalah. Jika individu menyakini coping yang digunakan maka pemecahan masalah dapat terjadi sehingga tidak terjadi distress. Tanda dan gejala yang muncul yaitu kegagalan untuk mengungkapkan cara-cara untuk mengatasi masalah, ketergantungan pada orang lain untuk membuat keputusan, keputus-asaan, menghindari masalah.
2. Perubahan status emosional
Ketika individu mengalami *distress* psikologis dapat terjadi perubahan dari keadaan emosi dasar yang stabil menjadi kecemasan, depresi, kurangnya motivasi, mudah tersinggung, agresivitas serta menarik diri dari orang lain.
3. Ketidaknyamanan
Ketidaknyamanan berupa perasaan menderita dan kesengsaraan yang ditandai dengan adanya perasaan sedih, sakit, marah dan pemusuhan.
4. Komunikasi ketidaknyamanan
Ketidaknyamanan yang dialami oleh seseorang sebagai akibat dari perubahan emosional atau fisik yang terkait dengan distress psikologis dikomunikasikan dengan banyak cara. Komunikasi dapat secara verbal ataupun dengan ekspresi wajah. Komunikasi verbal ditandai adanya ungkapan kurangnya harapan untuk masa depan, ketakutan, mengeluh sakit, susah tidur. Ekspresi wajah ditandai dengan cemberut, gelisah, mengabaikan penampilan, menghindari kontak mata.
5. Perilaku membahayakan
Perilaku membahayakan merupakan karakteristik penentu dari distress psikologis yang tidak boleh diabaikan. Kerusakan yang ditimbulkan saat individu mengalami distress psikologis bisa bersifat permanen atau tidak. Tanda dan gejala yang muncul adalah adanya perubahan tanda-tanda vital, keinginan dan perilaku bunuh diri, atau mengabaikan saran para ahli.

2.3 Konsep Stres

Banyak pengertian stress yang dikemukakan oleh para ahli. Stres merupakan respon adaptif individu pada stimulus yang menempatkan psikologis atau tuntutan fisik berlebihan pada individu tersebut (Griffin & Moorhead, 2014). Menurut Wibowo (2017) stres adalah respon psikologis terhadap tuntutan yang mempunyai taruhan tertentu bagi orang dan yang membebani atau melebihi kapasitas orang atau sumber daya. Tuntutan yang menyebabkan orang mengalami stress dinamakan *stressor*.

2.3.1 Proses Terjadinya Stress

Pada umumnya setiap individu mempunyai tingkat resistensi normal terhadap kejadian yang membuat stres. Sebagian di antara individu dapat sangat toleran terhadap kejadian yang membuat stres, sedangkan lainnya agak kurang. Semua individu mempunyai ambang batas saat stres mulai mempengaruhi (Wibowo, 2013).

General Adaptation Syndrome (GAS) mengidentifikasi adanya tiga tahapan respon pada *stressor*, yaitu: *alarm*, *resistance*, *exhaustion*. Proses GAS dirangsang secara tidak langsung oleh kejadian fisik atau secara tidak langsung oleh kejadian fisiologis (Lazarus & Folkman, 1984). Kondisi GAS melibatkan beberapa system saraf otonom dan system endokrin, dan respon cepat terhadap stres. Ketika tubuh mendapatkan kebutuhan fisik seperti trauma, maka kelenjar pituitari memulai GAS. Kelenjar pituitari berkomunikasi dengan hipotalamus, yang mensekresikan endorfin. Endorfin adalah hormon yang bekerja pada otak, menghasilkan perasaan damai dan mengurangi nyeri. Cara ini merupakan cara GAS melindungi terhadap stres, baik melalui aktivitas system neuroendokrin dan melalui penyediaan endorfin yang menurunkan rasa nyeri (Potter & Perry, 2021).

1. Tahap *Alarm*

Selama tahap alarm terjadi peningkatan kadar hormone yang mengakibatkan peningkatan volume darah, kadar glukosa darah, jumlah epinefrin dan norepinefrin, denyut jantung, aliran darah ke otot, masukan oksigen, dan keadaan mental. Pupil mata berdilatasi untuk menghasilkan lapang pandang terluas. Perubahan dalam sistem tubuh tersebut mempersiapkan individu untuk melawan atau meninggalkan,

dan biasanya berlangsung dari 1 menit sampai beberapa jam. Jika stressor merupakan ancaman terbesar bagi kehidupan atau berlangsung untuk waktu yang lama, maka individu masuk ke tahap selanjutnya yaitu tahap *resistance* nyeri (Griffin & Moorhead, 2014, Potter& Perry, 2021).

2. Tahap *Resistance*

Selama tahap *resistance* tubuh mempertahankan dan merespon reaksi peringatan dengan cara yang berlawanan. Kadar hormon, denyut jantung, tekanan darah, dan curah jantung kembali ke normal, dan tubuh memperbaiki segala kerusakan yang telah terjadi. Jika stressor tetap ada, dan tubuh tidak dapat beradaptasi maka individu masuk ke tahap ke tiga yaitu *exhaustion* nyeri (Griffin & Moorhead, 2014, Potter& Perry, 2021).

3. Tahap *Exhaustion*.

Pada tahap ini tubuh tidak lagi dapat menahan stressor dan tubuh telah menghabiskan energi yang diperlukan untuk mempertahankan coping. Pada tingkat ini orang yang menyerah dan sudah tidak dapat lagi melawan *stressor* nyeri (Griffin & Moorhead, 2014, Potter& Perry, 2021).

2.3.2 Tanda dan Gejala Stres

Stres dapat menimbulkan dampak negatif bagi individu. Dampak tersebut merupakan gejala fisik, psikis dan menimbulkan gejala-gejala tertentu. Menurut Rice (1992) reaksi dari stres pada individu dapat digolongkan menjadi beberapa gejala, yaitu sebagai berikut :

- 1) Gejala Fisiologis, merupakan keluhan seperti sakit kepala, diare, sembelit, sakit pinggang, urat tegang pada pundak, darah tinggi, kelelahan, sakit perut, maag, tidak nafsu makan, insomnia, dan kurang bergairah.
- 2) Gejala Emosional, merupakan keluhan seperti gelisah, cemas, emosional, gugup, timbulnya rasa takut, mudah tersinggung, dan depresi.
- 3) Gejala Kognitif, merupakan keluhan seperti susah berkonsentrasi, sulit dalam membuat keputusan, pelupa, melamun dengan berlebihan, dan pikiran kacau.
- 4) Gejala Interpersonal, merupakan sikap tidak acuh pada lingkungan, agresif, apatis, tidak percaya diri, hilangnya rasa percaya pada orang lain, dan berprasangka buruk pada orang lain.

- 5) Gejala Organisasional, merupakan meningkatnya rasa malas untuk masuk kerja atau kuliah, turunya produktifitas, kaku dalam pergaulan dengan rekan kerja, menurunnya dorongan untuk berprestasi (Safaria & Saputra, 2012).

Stres mempunyai 2 gejala yaitu gejala fisik dan psikis:

- 1) Gejala stres secara fisik dapat berupa jantung berdebar, nafas cepat dan terengah-engah, mulut kering, lutut gemetar, suara serak, perut melilit, sakit kepala seperti diikat kuat, berkeringat banyak, tangan lembab, letih yang tak beralasan, merasa gerah, panas, otot tegang.
- 2) Gejala psikoneurosa, seperti cemas atau ansietas, resah, gelisah, sedih, depresi, curiga, fobia, bingung, salah faham, agresi, labil, jengkel, marah, cepat panik (Lukaningsih & Bandiyah, 2014).

2.3.3 Penyebab Stres atau Stressor

Griffin dan Moorhead (2014) mengkategorikan penyebab stressor dalam dua kelompok, yaitu:

- 1) *Organizational stressor*. *Organizational stressor*, pendorong stres pada tingkat organisasional merupakan faktor yang dapat menyebabkan stres, yaitu: *task demands*, *physical demands*, *role demands*, dan *interpersonal demands*.
 - a. *Task Demands*. Tuntutan tugas adalah *stressors* yang berkaitan dengan pekerjaan spesifik yang harus diwujudkan karyawan. Beberapa pekerjaan menurut sifatnya lebih menimbulkan stres daripada lainnya. Antara lain terjadinya *overload*, kelebihan beban kerja dibandingkan kemampuan untuk menangani merupakan penyebab stres.
 - b. *Physical demands*. Tuntutan fisik adalah *stressors* yang berkaitan dengan pengaturan fisik pekerjaan, seperti kecukupan temperatur dan penerangan serta kebutuhan fisik pekerjaan pada pekerja. Kantor yang mempunyai desain buruk dapat membuat pekerja sulit mempunyai privasi dan melakukan interaksi sosial.
 - c. *Role demands*. Tuntutan peran adalah *stressors* yang berkaitan dengan peran yang diharapkan dilakukan oleh pekerja. Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan berkaitan dengan posisi tertentu dalam kelompok atau organisasi, baik formal maupun informal. Orang dalam organisasi atau

kelompok mengharapkan orang dalam peran tertentu bertindak dengan cara tertentu. Individu mempersepsikan harapan peran dengan bervariasi tingkat akurasi dan kemudian berusaha melakukan peran tersebut.

d. Interpersonal demands. Tuntutan hubungan antarpribadi adalah *stressors* berkaitan dengan *group pressure*, *leadership*, dan *personality conflict*. *Group pressure*, tekanan kelompok termasuk tekanan untuk membatasi hasil, tekanan untuk menyesuaikan diri dengan norma kelompok, dan seterusnya. *Leadership style*, gaya kepemimpinan juga dapat menjadi penyebab stres. Pekerja yang mengharapkan dukungan sosial pemimpin, namun apabila pemimpin tidak peduli akan menimbulkan stres. *Personality conflict*, konflik antara kepribadian dengan perilaku juga menimbulkan stres. Konflik terjadi ketika dua orang atau lebih harus bekerja bersama meskipun kepribadian, sikap dan perilaku mereka berbeda.

2) *Life stressors.* Stres dalam organisasi dapat pula dipengaruhi oleh kejadian yang terjadi di luar organisasi. *Life stressors* dapat dikategorikan dalam dua kelompok, yaitu *life change* dan *life trauma*.

a. Life change adalah sesuatu perubahan yang berarti dalam situasi personal atau pekerjaan orang. Terlalu banyak perubahan kehidupan selama periode waktu pendek dapat menimbulkan masalah kesehatan.

b. Life trauma adalah sesuatu pergolakan dalam kehidupan individu yang mengubah sikap, emosi, atau perilaku mereka. Trauma kehidupan utama yang dapat menyebabkan stres termasuk masalah perkawinan, kesulitan keuangan, dan masalah kesehatan yang pada awalnya tidak berhubungan dengan stres.

2.3.4 Tipe Stres dan Tingkatan Stres

Seyle dalam Potter & Perry (2021) mengidentifikasi dua tipe stress. 1) *Eustress* merupakan energi positif yang menyenangkan yang menyertai kejadian positif, pengharapan dan mengarah pada tujuan. 2) *Distress* adalah stress yang tidak menyenangkan yang menyertai kejadian negatif. Bentuknya dapat karena tekanan yang berlebihan, tuntutan waktu yang tidak realistis, atau berita buruk.

Menurut Hawari (2013) tingkat stres dapat dinilai dari tahapan stress yang dialami individu tersebut. Ada enam tahapan stress yaitu: (1) Stres tahap pertama

yang paling ringan, yaitu stress yang disertai perasaan nafsu bekerja yang sangat berat dan berlebihan, mampu menyelesaikan pekerjaan tanpa memperhitungkan tenaga yang dimilikinya. Pada tahapan ini penglihatan menjadi tajam. (2) Stres tahap kedua yaitu stress yang disertai dengan keluhan dan ketidaknyamanan fisik seperti perut tidak nyaman, jantung berdebar, otot tengkuk dan punggung tegang. (3) Stres tahap ketiga merupakan tahapan stres yang disertai dengan keluhan dan ketidaknyamanan fisik seperti diare, otot semakin tegang, emosional, insomnia, koordinasi tubuh terganggu dan mudah jatuh pingsan. (4) Stres tahap keempat ditandai dengan tidak mampu bekerja sepanjang hari (loyo), aktivitas pekerjaan terasa sulit dan menjenuhkan, timbul ketakutan dan kecemasan. (5) Stres tahap kelima ditandai dengan kelelahan fisik dan mental, ketidakmampuan menyelesaikan pekerjaan yang sederhana dan ringan, gangguan pencernaan ringan dan berat, meningkatnya rasa takut, cemas, bingung dan panik. (6) Stres tahap keenam merupakan tahapan stres yang paling berat yang ditandai, seperti jantung berdebar keras, sesak nafas, badan gemetar, dingin dan banyak keluar keringat, pingsan atau *collaps*.

2.3.5 Mengatasi Stressor

Mengatasi *stressors* menunjukkan pada perilaku dan pemikiran yang dipergunakan individu untuk mengelola baik tuntutan yang menimbulkan stres yang mereka hadapi maupun emosi yang berkaitan dengan tuntutan yang menimbulkan stres. Mengatasi stres dapat melibatkan banyak tipe aktivitas berbeda, dan aktivitas ini dapat dikelompokkan dalam empat kategori (Coquitt, LePine, dan Wesson, 2013).

- a. *Behavior coping* menyangkut serangkaian aktivitas yang digunakan untuk berurusan dengan situasi yang menimbulkan stres. Individu yang dihadapkan dengan banyak tekanan waktu di tempat kerja, mungkin memilih mengatasi dengan bekerja lebih cepat. Pekerja yang mengalami konflik sehari-hari mungkin mengatasi dengan menghindari pekerjaan, datang terlambat, pulang lebih awal, atau bahkan tinggal di rumah.
- b. *Cognitive coping* menunjukkan pada pemikiran yang menyangkut dalam usaha mengatasi situasi yang menimbulkan stres. Individu yang dihadapkan pada

tekanan waktu mungkin mengatasi dengan berpikir tentang cara berbeda menyelesaikan pekerjaan secara lebih efisien. Pekerja yang mengalami konflik mungkin berusaha menyamakan diri mereka bahwa konflik tidak terlalu buruk, mungkin dengan tinggal pada aspek yang kurang mengganggu dari kejadian sehari-hari.

- c. *Problem-focused coping* menunjukkan perilaku dan kesadaran dimaksudkan untuk mengelola situasi yang menimbulkan stres sendiri. Individu berusaha mengatasi tekanan waktu dengan bekerja lebih keras, atau individu berpikir tentang strategi untuk menyelesaikan pekerjaan dengan lebih efisien.
- d. *Emotion-focused coping* menunjukkan pada berbagai cara di mana individu mengelola reaksi emosional mereka sendiri pada tuntutan yang menimbulkan stres. Pekerja menggunakan penghindaran dan menjaga jarak perilaku untuk menurunkan kesulitan emosional yang disebabkan oleh situasi yang menimbulkan stres.

2.4 Konsep Kecemasan

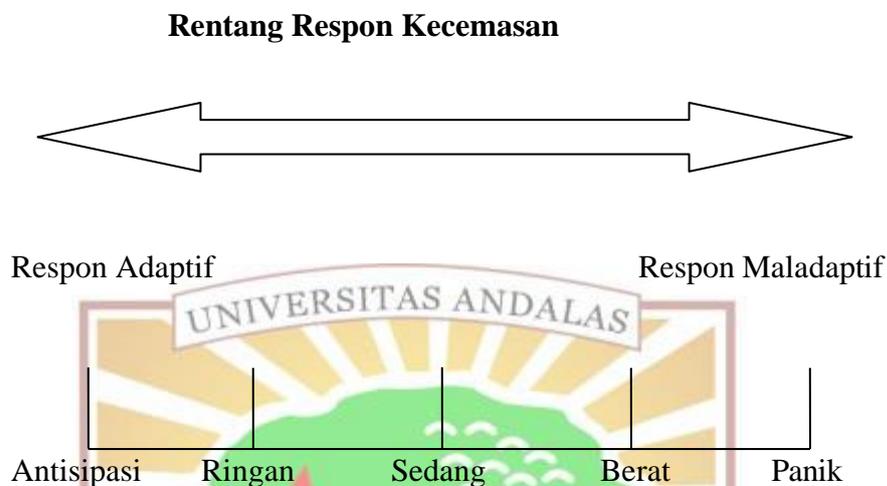
Townsend (2011) mendefinisikan kecemasan sebagai suatu perasaan tidak nyaman atau khawatir yang disebabkan oleh antisipasi bahaya atau ketakutan yang disertai dengan respon otonom. Ini adalah sinyal peringatan yang memperingatkan bahaya yang akan datang dan memungkinkan individu untuk mengambil tindakan untuk menghadapi ancaman.

Menurut Keliat (2012) cemas berbeda dengan rasa takut. Takut adalah penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya, sedangkan kecemasan merupakan respon emosional terhadap penilaian tersebut. Kecemasan merupakan pengalaman emosi dan subjektif tanpa ada objek yang spesifik sehingga orang merasakan suatu perasaan was-was (khawatir) seolah-olah ada sesuatu yang buruk akan terjadi dan pada umumnya disertai gejala-gejala otonomik yang berlangsung beberapa waktu (G.W Stuart & Laraia, 2013).

Kecemasan merupakan reaksi individu terhadap suatu ancaman yang menimbulkan rasa khawatir, was-was dan tidak nyaman. Kecemasan merupakan respon atau sinyal peringatan akan bahaya yang akan datang yang membuat individu mengambil tindakan dalam menghadapi ancaman.

2.4.1 Tingkat Kecemasan

Tingkat Kecemasan adalah suatu rentang respon yang membagi individu apakah termasuk cemas ringan, sedang, berat atau bahkan panik (Stuart, 2013), yang dapat dilihat pada gambar 2.4-1.



Gambar 2.4-1 Rentang Respon Kecemasan

Menurut Videbeck (2006) dalam Mosack (2011) dan Stuart (2013) membagi kecemasan dalam beberapa tingkat.

1. Tingkat Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan ditandai dengan: sedikit gairah fisik, persepsi tajam, kemampuan belajar dengan baik Videbeck (2006) dalam Mosack (2011). Kecemasan Ringan berhubungan dengan ketegangan peristiwa kehidupan sehari-hari. Lapang persepsi melebar dan orang akan bersikap hati-hati dan waspada. Orang yang mengalami kecemasan ringan akan terdorong untuk menghasilkan kreativitas.

Respons-respons fisiologis orang yang mengalami kecemasan ringan adalah sesekali mengalami napas pendek, naiknya tekanan darah dan nadi, muka berkerut, bibir bergetar, dan mengalami gejala pada lambung. Respons kognitif orang yang mengalami kecemasan ringan adalah lapang persepsi yang melebar, dapat menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah dan dapat menjelaskan masalah secara efektif. Adapun respons perilaku dan emosi dari orang yang mengalami kecemasan adalah tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, suara kadang-kadang meninggi (Stuart, 2013).

2. Tingkat Kecemasan Sedang

Menurut Videbeck (2006) dalam Mosack (2011) dan Stuart (2013) Pada kecemasan sedang terjadi penyempitan bidang persepsi, perhatian selektif, memfokuskan diri pada hal-hal penting saat itu juga dan menyampingkan hal-hal lain. Respons fisiologis dari orang yang mengalami kecemasan sedang adalah sering napas pendek, nadi dan tekanan darah naik mulut kering, anoreksia, diare, konstipasi dan gelisah.

Respon kognitif orang yang mengalami kecemasan sedang adalah lapang persepsi yang menyempit, rangsangan luar sulit diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatian. Adapun respons perilaku dan emosi adalah gerakan yang tersentak-sentak, meremas tangan, sulit tidur, dan perasaan tidak aman (Stuart, 2013).

3. Tingkat Kecemasan Berat

Pada kecemasan berat seseorang mengalami kesulitan berkonsentrasi, sangat memprihatinkan, dapat mengembangkan perilaku ritual, lapang persepsi menjadi sangat sempit, individu cenderung memikirkan hal-hal kecil dan mengabaikan hal-hal lain. Individu sulit berpikir realistis dan membutuhkan banyak pengarahan untuk memusatkan perhatian pada area lain. Respons-respons fisiologis kecemasan berat adalah napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, banyak berkeringat, rasa sakit kepala, penglihatan kabur, dan mengalami ketegangan (Videbeck, (2006) dalam Mosack (2011) dan Stuart, (2013)).

Respon kognitif pada orang yang mengalami kecemasan berat adalah lapang persepsi sangat sempit dan tidak mampu untuk menyelesaikan masalah. Adapun respons perilaku dan emosinya terlihat dari perasaan tidak aman, verbalisasi yang cepat, dan blocking (Stuart, 2013).

4. Panik

Menurut Videbeck, (2006) dalam Mosack (2011) dan (Pieter, Janiwarti, & Saragih, 2011) pada tingkatan panik lapang persepsi seseorang sudah sangat sempit, sedikit kemampuan untuk berkonsentrasi dan sudah mengalami gangguan sehingga tidak bisa mengendalikan diri lagi dan sulit melakukan apapun walaupun dia sudah diberikan pengarahan, ketakutan akan kematian, mungkin bunuh diri. Respons-respons fisiologis panik adalah kesulitan bernapas, jantung berdebar-debar, napas

pendek, rasa tercekik, sakit dada, pucat, hipotensi dan koordinasi motorik yang sangat rendah. Sementara respons-respons kognitif penderita panik adalah lapang persepsi yang sangat pendek sekali dan tidak mampu berpikir logis. Adapun respons perilaku dan emosinya terlihat agitasi, mengamuk dan marah-marah, ketakutan dan berteriak-teriak, blocking, kehilangan kontrol diri dan memiliki persepsi yang kacau.

2.4.2 Penyebab Kecemasan

Kecemasan dapat berkembang selama jangka waktu dan sebagian besar tergantung pada pengalaman hidup seseorang. Peristiwa – peristiwa atau situasi khusus dapat mempercepat munculnya kecemasan. Kecemasan menurut Suliswati (2014) terdiri dari berbagai faktor yaitu:

1. Faktor Predisposisi

Stressor predisposisi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat menimbulkan kecemasan. Ketegangan dalam kehidupan tersebut dapat berupa:

- a) Peristiwa traumatik, yang dapat memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu baik krisis perkembangan atau situasional.
- b) Konflik emosional yang dialami individu dan tidak terselesaikan dengan baik. Konflik antara id dan superego atau antara keinginan dan kenyataan yang menimbulkan kecemasan pada individu
- c) Konsep diri terganggu akan menimbulkan ketidakmampuan individu berpikir secara realitas sehingga akan menimbulkan kecemasan.
- d) Frustrasi akan menimbulkan rasa ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan yang berdampak terhadap ego.
- e) Gangguan fisik akan menimbulkan kecemasan karena merupakan ancaman terhadap integritas fisik yang dapat mempengaruhi konsep diri individu
- f) Pola mekanisme koping keluarga atau pola keluarga menangani stres akan mempengaruhi individu dalam berespon terhadap konflik yang dialami.
- g) Riwayat gangguan kecemasan dalam keluarga akan mempengaruhi respon individu dalam berespon terhadap konflik dan mengatasi kecemasan
- h) Medikasi yang dapat memicu terjadinya kecemasan adalah pengobatan yang

mengandung benzodiazepin, karena benzodiazepin dapat menekan neurotransmitter *gama aminobutyric acid* (GABA) yang mengontrol aktivitas neuron di otak yang bertanggung jawab menghasilkan kecemasan.

2. Faktor Presipitasi

Stressor presipitasi adalah ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya kecemasan. Stressor presipitasi kecemasan terdiri dari 2 kelompok:

a) Ancaman terhadap integritas fisik. Ketegangan yang mengancam integritas fisik yang meliputi :

- Sumber internal, meliputi kegagalan mekanisme fisiologis sistem imun, regulasi suhu tubuh, perubahan biologis normal (misalnya hamil).
- Sumber eksternal meliputi paparan terhadap infeksi virus dan bakteri, polutan lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi, tidak adekuatnya tempat tinggal.

b) Ancaman terhadap harga diri meliputi sumber eksternal dan internal

- Sumber internal, kesulitan dalam berhubungan interpersonal di rumah dan tempat kerja, penyesuaian terhadap peran baru. Berbagai ancaman terhadap integritas fisik juga dapat mengancam harga diri.
- Sumber eksternal: kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok, sosial budaya.

2.5 Konsep Depresi

Depresi adalah gangguan mental yang umum, dapat berlangsung lama atau berulang. Depresi ditandai dengan perasaan kesedihan, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, gangguan tidur atau nafsu makan, perasaan lelah, dan konsentrasi yang buruk, secara substansial mengganggu kemampuan seseorang dalam menghadapi kehidupan sehari-hari, bahkan depresi dapat menyebabkan bunuh diri (WHO, 2017). Menurut Hawari (2013) depresi adalah gangguan pada alam perasaan yang ditandai dengan gejala kemurungan, kelesuan, tidak ada semangat hidup, merasa tidak berguna, kekecewaan yang mendalam, rasa putus asa, pikiran kematian, serta keinginan bunuh diri.

Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan depresi adalah gangguan pada perasaan yang ditandai dengan rasa kesedihan dan kekecewaan yang berlebihan, rasa bersalah dan merasa diri tidak berguna serta timbulnya keinginan untuk bunuh diri.

2.5.1 Tingkatan Depresi

Tingkatan depresi di kelompokkan sebagai berikut (WHO,2017):

1. Depresi ringan (*Mild Depression atau Depression dan Dystymic Disorder*).

Gejala yang ditunjukkan pada tahap ini seperti : penolakan perasaan, kesedihan, regresi, gelisah, agitasi, penarikan, menyalahkan ataupun orang lain, anoreksia, insomnia, hypersomnia, sakit kepala, sakit punggung, nyeri dada dan gejala lain yang terkait dengan kehilangan (Townsend 2013). Seseorang dengan episode depresi ringan akan mengalami kesulitan untuk melanjutkan pekerjaan biasa dan kegiatan sosial tetapi mungkin tidak akan berhenti berfungsi sepenuhnya (WHO,2017).

2. Depresi sedang (*Moderate Depression*)

Depresi sedang menunjukkan gejala yang lebih kompleks. Hal ini menunjukkan dengan gangguan meliputi perasaan bersedih, tidak berdaya, keputusasaan, suram, pesimis, tingkat percaya diri rendah, kesulitan dalam aktifitas, mengalami keterlambat gerakan fisik, postur yang menurun, merasa gagal dalam hidup, terhambatnya dalam verbal, menurunkan dalam merawat kebersihan diri, terhambatnya proses pikir, konsentrasi menurun, mulai menunjukkan perilaku bunuh diri, anoreksia, insomnia, hypersomnia, nyeri dada, nyeri punggung, penurunan energi dalam beraktifitas (Townsend, 2013).

3. Depresi Berat (*Severe Depression / Major Depression*).

Depresi berat dikarakteristikan oleh gejala sedang yang berlangsung lebih intensif. Individu akan merasa tidak ada lagi harapan, putus-asa total, merasa kekosongan, kesedihan, tampil tanpa nada emosional, merasa tidak berharga, adanya retardasi psikomotor, adanya gangguan dalam berkomunikasi dan perawatan diri, adanya hasrat untuk bunuh diri yang tinggi, mengalami konstipasi, gangguan tidur, anoreksia, penurunan libido, amenorea, adanya delusi atau halusinasi (Townsend, 2013). Selama episode depresi yang parah, kecil

kemungkinan penderitanya akan dapat melanjutkan kegiatan sosial, pekerjaan atau rumah tangga, kecuali sampai batas tertentu (WHO, 2017).

2.5.2 Faktor-Faktor Penyebab Depresi

Menurut Kaplan & Sadock (2014) depresi dapat disebabkan oleh berbagai faktor yaitu faktor biologi, faktor genetik, faktor psikososial dan sosial.

1. Faktor Biologi

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terdapat kelainan pada amin biogenik seperti 5 HIAA (5-Hidroksi Indol Asetic Acid), HAV (Homoanilic Acid), MPGH (5 Methoxy-0-hidroksi phenil glikol), pada darah urin, dan cairan serebrospinal pada pasien gangguan mood. Neurotransmitter yang terkait dengan patologis depresi adalah serotonin dan epineprin. Penurunan serotonin dapat menyebabkan depresi pada pasien bunuh diri, beberapa pasien mempunyai serotonin yang rendah. Pada terapi despiran mendukung teori bahwa neropineprin berperan pada patofisiologi depresi.

2. Faktor Genetik

Penelitian genetik menunjukkan angka resiko pada anggota keluarga tingkat pertama dari individu yang menderita depresi berat (unipolar) diperkirakan 2 sampai 3 kali dibandingkan dengan populasi umum

3. Faktor psikososial

Peristiwa kehidupan yang mengakibatkan stres, lebih sering mendahului episode pertama dalam gangguan mood dari episode selanjutnya. Para ahlimeyakini bahwa peristiwa kehidupan memegang peranan utama dalam depresi, ahli lain mengatakan bahwa kejadian kehidupan hanya memiliki peranan terbatas dalam onset depresi. Faktor psikososial yang dapat mempengaruhi depresi diantaranya peristiwa kehidupan dan stressor lingkungan, kepribadian, kegagalan yang berulang, teori kognitif, serta dukungan sosial.

2.6 Konsep *Burnout*

2.6.1 Pengertian *Burnout*

Burnout termasuk dalam Revisi ke -11 dari The International Classification of Diseases (ICD -11) sebagai fenomena pekerjaan bukan diklasifikasikan sebagai kondisi medis (WHO, 2019). Akibat pandemi COVID-19 *burnout* menjadi

ancaman utama bagi stabilitas tenaga kesehatan di lini terdepan (Janeway, 2020).. *Burnout* adalah perasaan umum kelelahan yang berkembang ketika individu secara simultan mengalami terlalu banyak tekanan dan memiliki terlalu sedikit sumber kepuasan (Wibowo, 2017). Maslach (1981) dalam (Leskovic et al., 2020) menyatakan *burnout* sebagai respons individu terhadap stres terkait pekerjaan dalam jangka waktu yang lama yang dapat memengaruhi kepuasan kerja, produktivitas, kinerja, dan kesejahteraan. *Burnout* adalah sindrom sebagai akibat dari stress kronis di tempat kerja yang belum berhasil dikelola (WHO, 2019).

Berdasarkan pendapat ahli di atas dapat disimpulkan bahwa *burnout* merupakan kondisi individu akibat adanya stress terkait pekerjaan yang menimbulkan rasa kelelahan secara fisik, mental, dan emosional yang memengaruhi kinerja individu tersebut.

2.6.2 Klasifikasi & Indikator *Burnout*

Organisasi Kesehatan Dunia (2019) mengklasifikasikan kelelahan di tempat kerja sebagai fenomena pekerjaan berdasarkan tiga faktor: 1) perasaan kehabisan energi atau kelelahan; 2) meningkatnya jarak mental dari pekerjaan seseorang, atau perasaan negativisme atau sinisme yang terkait dengan pekerjaan seseorang; 3) mengurangi efektivitas profesional.

Menurut Wibowo (2017) indikator *burnout* dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. *Emotional Exhaustion* berupa

Kelelahan merupakan penentu utama dari *burnout*. Individu merasa memiliki pekerjaan yang berat secara fisik dan emosional, sehingga muncul perasaan lelah di pagi hari, frustrasi, dan kehilangan energi. Hal ini menyebabkan individu merasa enggan untuk bekerja atau berinteraksi dengan lingkungan sekitar. Individu selalu merasa lelah meskipun sudah beristirahat.

2. *Depersonalization*

Pada dimensi ini individu merasa kehilangan idealismenya dalam bekerja dan cenderung meminimalkan keterlibatan dalam pekerjaan, menjadi sinis tentang pekerjaan, memperperlakukan orang lain sebagai objek, tidak peduli tentang apa yang terjadi pada orang lain, dan merasa orang lain menyalahkannya.

3. *Low personal accomplishment*

Individu cenderung memberikan penilaian negatif terhadap dirinya. Individu menganggap pekerjaan sebagai beban yang berlebihan sehingga merasa tidak mampu menyelesaikan pekerjaannya dengan efektif. Individu tidak dapat menghadapi masalah secara efektif, tidak mempunyai pengaruh positif pada orang lain, tidak dapat memahami atau mengidentifikasi masalah orang lain, dan tidak lagi melanjutkan pekerjaannya.

2.6.3 Faktor-Faktor yang Memengaruhi *Burnout*

The Critical Care Societies Collaborative (CCSC) menjelaskan 4 kategori faktor risiko yang terkait dengan kelelahan (Moss, Good, Gozal, Kleinpell, & Sessler, 2016).

1. Karakteristik pribadi : kritis terhadap diri sendiri, strategi koping yang tidak sehat, kurang tidur, ketidakseimbangan kehidupan kerja
2. Faktor organisasi: beban kerja yang meningkat, kurangnya kontrol lingkungan kerja, penghargaan yang tidak memadai, gangguan umum dalam komunitas kerja
3. Kualitas hubungan kerja : konflik, hubungan kerja yang buruk dengan rekan kerja
4. Paparan masalah terkait akhir kehidupan: merawat pasien sekarat, berpartisipasi dalam keputusan akhir kehidupan pasien.



Gambar 2.6-1 Faktor Resiko Burnout (Moss et al., 2016)

Menurut Cherniss, Maslach dan Sullivan (dalam (Spector, 2008)) terdapat empat faktor utama penyebab burnout diantaranya:

- a. Faktor keterlibatan dengan penerima pelayanan. Dalam pekerjaan yang berhubungan dengan orang lain atau biasa disebut dengan pelayanan sosial, para pekerjanya memiliki keterlibatan langsung dengan obyek kerja atau kliennya sehingga memungkinkan untuk timbulnya burnout.
- b. Faktor lingkungan kerja. Faktor ini berkaitan dengan beban kerja yang berlebihan, konflik peran, ambiguitas peran, dukungan sosial dari rekan kerja yang tidak memadai, dukungan sosial dari atasan tidak memadai, kontrol yang rendah terhadap pekerjaan, peraturan-peraturan yang kaku, kurangnya stimulasi dalam pekerjaan.
- c. Faktor individu. Faktor ini meliputi faktor demografik (jenis kelamin, latar belakang etnis, usia, status perkawinan, latar belakang pendidikan), dan karakteristik kepribadian (konsep diri rendah, kebutuhan diri yang terlalu besar, kemampuan yang rendah dalam mengendalikan emosi, locus of control eksternal, introvert).
- d. Faktor sosial budaya. Faktor ini meliputi keseluruhan nilai yang dianut masyarakat umum berkaitan dengan profesi pelayan sosial.

2.7 Dampak Distress Psikologis, Burnout, dan Resiliensi Pada Perawat dan Pelayan Kesehatan

Perawat yang bekerja di rumah sakit berperan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan. Perawat berisiko tinggi mengalami stress dalam pekerjaannya. Hasil penelitian di Iran terkait stress kerja didapatkan sepertiga perawat mengalami stress tinggi dalam bekerja. Sumber utama penyebab stres adalah gaji yang tidak memadai, ketidaksetaraan di tempat kerja, terlalu banyak pekerjaan, kekurangan staf, kurangnya promosi, ketidakamanan pekerjaan dan kurangnya dukungan manajemen (Mosadeghrad, 2013).

Tingkat kecemasan dan *distress* dilaporkan dari beberapa penelitian. Hasil penelitian di Peru melaporkan bahwa 21,7% petugas kesehatan di Peru mengalami kecemasan berat, sedangkan 26,1% dari mereka mengalami tekanan mental yang

berat (Yáñez, Jahanshahi, Alvarez-Risco, Li, & Zhang, 2020). Penelitian di Athena memaparkan bahwa perawat mengalami stres sedang sebanyak 45,5% dan 4,8 % mengalami stres tinggi (Tselebis et al., 2020). Perawat dengan tingkat stress tinggi dapat menyebabkan penyalahgunaan obat, depresi, kepuasan kerja menurun, keinginan untuk meninggalkan pekerjaan serta mengalami kelelahan (Rushton, Batcheller, Schroeder, & Donohue, 2015).

Tenaga keperawatan adalah salah satu tenaga profesional yang paling sering terkena burnout. *Burnout* terjadi akibat paparan secara terus-menerus terhadap stress akibat kondisi pekerjaan yang buruk yang mengakibatkan kinerja menurun. *Burnout* pada perawat memiliki hubungan yang signifikan dengan ketidaksopanan di tempat kerja, keinginan untuk turnover, kesehatan, perilaku mencari bantuan, kepuasan hidup dan harga diri (Oyeleye, Hanson, O'Connor, & Dunn, 2013). Hasil studi literatur review terkait burnout pada perawat telah menunjukkan bahwa kelelahan di antara staf keperawatan memiliki dampak langsung pada perawatan pasien (Velando-Soriano et al., 2020).

Kondisi perawat saat menghadapi beban kerja yang tinggi, adanya stigma, stress terhadap keselamatan diri, mengakibatkan terjadinya kecemasan, burnout, sehingga timbul keinginan perawat untuk berhenti kerja. Agar perawat tetap dapat bekerja memberikan layanan keperawatan diperlukan ketahanan pada perawat yang disebut resiliensi. Resiliensi diartikan sebagai kemampuan untuk mengadaptasi strategi coping untuk meminimalkan tekanan. Resiliensi melibatkan aktivitas eksternal seperti mengembangkan keterampilan pemecahan masalah (Rushton, Batcheller, Schroeder, & Donohue, 2015).

Resiliensi pada perawat dapat mengurangi stress, meningkatkan coping, serta meningkatkan fungsi dan kesejahteraan pada perawat (Tarantino, Earley, Audia, D'Adamo, & Berman, 2013). Resiliensi dapat dianggap sebagai pertahanan yang menyeluruh yang dapat meningkatkan kapasitas perawat untuk menghadapi dan beradaptasi terhadap resiko dalam pekerjaan di area keperawatan (Delgado, Upton, Ranse, Furness, & Foster, 2017).

2.8 Konsep Spritiualitas

2.8.1 Pengertian Spiritualitas

Spiritualitas adalah proses dari keberadaan manusia dan kekuatan besar dalam mencari makna dan tujuan dari hidup (Mac Donald, 2001). Spiritualitas tidak hanya bergantung pada kepemilikan terhadap agama atau sebuah kepercayaan yang diinginkan (Skalla & McCoy, 2006). Spiritualitas juga diartikan sebagai sesuatu yang kompleks dan multidimensional dari pengalaman manusia.

Spiritualitas mempunyai aspek kognitif, pengalaman dan perilaku. Aspek kognitif atau filosofi meliputi pencarian arti, tujuan dan kebenaran dalam kehidupan serta keyakinan dan nilai kehidupan seseorang (Ross, 1995). Aspek pengalaman melibatkan perasaan adanya harapan, cinta, hubungan, kedamaian hati, kenyamanan dan dukungan. Hal tersebut merefleksikan kualitas sumber – sumber spiritualitas dari dalam diri seseorang (Craigie & Hobbs, 1999). Aspek perilaku dari spiritualitas melibatkan cara seseorang melakukan sesuatu yang terlihat secara kasat mata (praktik keagamaan) yang merupakan manifestasi dari keyakinan spiritual seseorang dan kondisi spiritual dalam diri orang tersebut (Anandarajah & Hight, 2001).

Peran spiritualitas pada dunia kesehatan telah menjadi fokus dan pertimbangan yang menarik pada beberapa tahun terakhir. Spiritualitas dan keyakinan agama serta praktik keagamaan telah terbukti mempunyai sebuah pengaruh terhadap pengelolaan stres, memberikan kekuatan diri, dan kemampuan beradaptasi dengan apa yang dialami. Semua hal tersebut diperkirakan berdampak secara psikosomatis terhadap kondisi tubuh. Spiritualitas akan memberikan ketenangan didalam diri yang selanjutnya akan berefek secara fisiologis terhadap mekanisme regulasi didalam tubuh.

Belum banyak bukti yang meyakinkan pada literatur yang menjelaskan manfaat dari spiritualitas pada kesehatan, sehingga dibutuhkan lebih banyak lagi tulisan dan penelitian tentang hal ini (Anandarajah & Hight, 2001). Oleh karena itu pada beberapa dekade terakhir banyak penelitian yang menjadikan spiritualitas sebagai variabelnya untuk lebih menggali manfaat spiritualitas pada kesehatan, hal ini disebabkan spiritualitas mulai dikenal luas sebagai salah satu elemen yang penting dalam dunia kesehatan (Puchalski, 2010).

2.8.2 Fungsi Spiritualitas

Spiritualitas dapat mempengaruhi kesejahteraan hidup dan kesehatan individu. Spiritualitas berperan dalam sumber kekuatan dan dukungan pada individu. Ketika seseorang sedang stres, seseorang akan mencari dukungan dari keyakinan agamanya melaksanakan ibadah, berdoa, membaca kitab suci, dan melakukan praktek keagamaan lainnya dapat membantu memenuhi kebutuhan spiritualitas dan merupakan suatu perlindungan bagi individu (Taylor, 2002).

Keyakinan spiritualitas akan berupaya untuk mempertahankan, keselarasan, dan keharmonisan dengan dunia luar. Berjuang untuk mendapatkan atau menjawab kekuatan ketika sedang menghadapi masalah seperti penyakit fisik, keterasingan sosial, stres emosional, hingga ketakutan menghadapi acaman kematian (Yusuf, Nihayati, Iswari, & Okviasanti, 2016).

2.8.3 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Spiritualitas

Menurut Hidayat (2017) dan Potter & Perry (2019), faktor-faktor yang memengaruhi spiritualitas seseorang adalah sebagai berikut:

- a. Perkembangan. Usia perkembangan dapat menentukan proses pemenuhan kebutuhan spiritual, karena setiap perkembangan memiliki cara menyakini kepercayaan terhadap Tuhan.
- b. Keluarga. Keluarga memiliki peran penting dalam memenuhi kebutuhan spiritual disebabkan keluarga memiliki ikatan emosional yang kuat dan selalu berinteraksi dalam kehidupan sehari-hari.
- c. Ras/Suku. Ras atau suku memiliki keyakinan/kepercayaan yang berbeda sehingga proses pemenuhan kebutuhan spiritual berbeda pula sesuai dengan keyakinan yang dimiliki.
- d. Agama yang dianut. Keyakinan pada agama tertentu yang dimiliki oleh seseorang dapat menentukan arti pentingnya kebutuhan spiritualitas.
- e. Kegiatan keagamaan. Adanya kegiatan keagamaan dapat selalu mengingatkan seseorang terhadap keberadaan dirinya dengan Tuhan, dan selalu mendekatkan diri kepada Penciptanya.
- f. Pengalaman masa lalu. Pengalaman masa lalu baik positif maupun negatif dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang. Peristiwa dalam kehidupan sering dianggap sebagai suatu ujian. Pada saat ini, kebutuhan spiritual akan meningkat yang

memerlukan kedalaman spiritual dan kemampuan koping untuk memenuhinya.

- g. Krisis dan perubahan. Ketika sakit, kehilangan, duka cita, atau perubahan hidup yang besar, individu menggunakan sumber daya spiritual untuk membantu beradaptasi dalam situasi tersebut.

2.8.4 Dampak Spiritualitas pada Perawat

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh setiap manusia. Dampak tidak terpenuhinya kebutuhan spiritual yaitu distress spiritual dan seseorang akan jauh lebih rentan terhadap depresi, stres, mudah gelisah, kehilangan kepercayaan diri dan kehilangan motivasi, adanya keputusasaan, menolak kegiatan ritual, dan terdapat tanda-tanda seperti menangis, menarik diri, cemas, dan marah, bunuh diri, kemudian ditunjang dengan keadaan fisik seperti nafsu makan terganggu, kesulitan tidur, dan tekanan darah tinggi (Kurniawati & Saputra, 2014).

Aspek spiritualitas dapat menjadikan seseorang lebih bisa memaknai arti kehidupan dan memiliki penerimaan diri terhadap kondisi apapun sehingga memberikan respon positif terhadap perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya. Memiliki spiritualitas yang tinggi akan menjadikan seseorang lebih kreatif dalam menentukan hal-hal yang bersifat intrapersonal dan interpersonal, serta dapat meningkatkan kepuasan kerja. Perawat dengan spiritualitas yang tinggi dapat merawat pasien dengan lebih efisien dan memiliki koping yang lebih efektif terhadap stres yang dihadapi dalam memberikan asuhan keperawatan (Rohman, 2009). Seseorang perawat dengan spiritualitas yang baik dapat memberikan pengaruh yang positif terhadap pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian Doraiswamy dan Deshmukh (2015) pada perawat menunjukkan bahwa spiritualitas kerja bermanfaat dalam mengurangi persepsi perawat terhadap stres kerja. Ghosh (2013) menyatakan bahwa solusi kuat dalam mengatasi stres pekerjaan yang terus terjadi adalah dengan meningkatkan spiritualitas kerja, hasil penelitiannya menunjukkan bahwa stres kerja berhubungan negatif dengan spiritualitas di tempat kerja. Individu yang memiliki spiritualitas di tempat kerja percaya bahwa pekerjaan yang dilakukannya merupakan hal yang bermanfaat dan memberi kontribusi pada kebaikan. Individu juga merasakan keselarasan antara nilai, kepercayaan dan perilaku di tempat kerja serta menyadari adanya hubungan dengan sesuatu yang lebih besar dari diri mereka sendiri dan

merasakan adanya hubungan mendalam dengan manusia lain (Kinjerski & Skrypnek, 2006).

2.9 Konsep Mekanisme Koping

2.9.1 Pengertian Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah setiap upaya yang diarahkan kepada penatalaksanaan stres, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri (Muhith 2015). Nursalam (2011) menyatakan cara atau perilaku yang digunakan individu untuk menghadapi perubahan yang dialaminya disebut dengan mekanisme koping. Apabila mekanisme koping berhasil, maka orang tersebut akan dapat beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi.

2.9.2 Sumber Koping

Individu dapat mengatasi masalah yang terjadi dengan menggerakkan sumber koping di lingkungannya. Yusuf (2015) menyatakan ada lima sumber koping yang dapat membantu individu beradaptasi dengan *stressor* yaitu aset ekonomi, kemauan dan keterampilan, teknik pertahanan, dukungan sosial, serta motivasi.

2.9.3 Penggolongan Mekanisme Koping

Ada beberapa penggolongan mekanisme koping. Menurut Stuart (2013) penggolongan mekanisme koping adalah sebagai berikut:

1. Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping adaptif adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif. Ketika individu menggunakan mekanisme koping adaptif, efek negatif yang timbul dari suatu masalah dapat berkurang (Stuart, 2013; Donoghue, dkk, 2014).

Foster (2014) mengemukakan penggunaan mekanisme koping adaptif memberikan hasil yang produktif, efek psikososial dan fisik yang sehat bagi individu dan dalam konteks peristiwa kehidupan traumatis, mekanisme koping

adaptif dapat berfungsi sebagai pelindung dan penyangga terhadap konsekuensi negatif yang akan muncul.

Mekanisme koping adaptif dapat berupa (1) Koping aktif (*active coping*) yaitu proses pengambilan langkah aktif yang ditujukan untuk mengurangi atau menghilangkan *stressor* atau memperbaiki akibatnya (2) Perencanaan (*planning*) yaitu berfikir mengenai langkah-langkah terbaik yang akan dilakukan seseorang untuk mengatasi atau menyelesaikan masalah (3) Penggunaan dukungan emosional (*seeking emotional support*) yaitu mencari dukungan sosial seperti dukungan moral, simpati dan pengertian (4) Penggunaan dukungan instrumental (*seeking instrumental support*) yaitu mencari saran atau nasihat, bantuan dan dukungan atau informasi (5) Penyesuaian positif (*positive reframing*) yaitu memberikan arti yang lebih positif dan bermanfaat terhadap masalah yang dialami (6) Penerimaan (*acceptance*) yaitu individu menerima kenyataan adanya situasi yang mengakibatkan stres dan cenderung siap melakukan usaha untuk mengatasi kenyataan tersebut (7) Religi (*religion*) yaitu pengembalian masalah pada agama guna meminta pertolongan kepada Tuhan, seperti rajin beribadah, berdoa dan lain sebagainya (8) Humor (*humour*) yaitu dengan membuat lelucon terhadap masalah yang dialami (Fletcher, Parker, & Manicavasagar, 2013).

2. Mekanisme koping maladaptif

Mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan atau tidak makan, bekerja berlebihan, dan menghindar. Koping maladaptif pada sisi lain, dapat mengakibatkan ketidakmampuan psikologis, penghindaran pasif, perenungan dan pengunduran diri, penyalahgunaan zat, serta penurunan prestasi kerja. (Stuart, 2013).

Mekanisme koping maladaptif dapat berupa (1) Pelampiasan emosi (*venting*) yaitu kecenderungan untuk melepaskan emosi dari masalah yang dialami (2) Penyangkalan (*denial*) yaitu menolak untuk percaya bahwa *stressor* yang dihadapi benar-benar ada atau bertindak seolah-olah *stressor* tidak ada (3) Penggunaan obat-obatan (*substance use*) yaitu menggunakan minuman yang mengandung alkohol

atau obat-obatan untuk melupakan masalah (4) Pelepasan perilaku (*behavioral disengagement*) yaitu mengurangi usaha untuk menghadapi stressor, menyerah dalam usaha untuk mencapai tujuan dimana stressor mengganggu seseorang (5) Mengalihkan diri (*self distraction*) yaitu strategi yang menggambarkan pelarian dari masalah dengan melakukan tindakan-tindakan alternatif untuk melupakan masalah, melamun, melarikan diri dengan tidur, dan membenamkan diri dengan menonton televisi (6) Menyalahkan diri (*self blame*) yaitu menyalahkan diri sendiri terhadap apa yang telah terjadi. Penggunaan mekanisme koping maladaptif memberikan efek destruktif, hasil interpersonal, fisik, dan psikologis yang tidak sehat bagi individu (Foster, 2014).

Menurut Lazarus dan Folkman (1984) ada dua strategi koping yang biasa dilakukan yaitu:

1. Koping yang berfokus pada masalah (*problem focused coping mechanism*) merupakan usaha yang dilakukan individu dengan cara mengatur atau mengubah masalah yang dihadapi dan lingkungan sekitarnya yang menyebabkan terjadinya tekanan. Seseorang cenderung menggunakan metode *problem focused coping* apabila mereka percaya bahwa sumber dari situasi dapat diubah.

Strategi yang digunakan adalah sebagai berikut:

- a. *Confrontative coping*, usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara agresif, tingkat kemarahan cukup tinggi, dan pengambilan resiko
 - b. *Seeking social support*, usaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain.
 - c. *Planful problem solving*, usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap menekan dengan cara hati-hati, bertahap, dan analitis.
2. Koping yang fokus pada emosi (*Emotion focused coping mechanism*, yaitu suatu usaha mengatasi stres dengan cara mengatur respon emosional dalam rangka penyesuaian diri terhadap dampak yang ditimbulkan oleh suatu kondisi dan situasi yang penuh tekanan.

Strategi yang digunakan adalah sebagai berikut:

- a. *Self-control*, usaha mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan.
- b. *Distancing*, yaitu usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan, seperti menghindar dari permasalahan seakan tidak terjadi apa-apa atau menciptakan pandangan-pandangan yang positif, seperti menganggap masalah sebagai lelucon.
- c. *Positive reappraisal*, usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan berfokus pada pengembangan diri, biasanya juga melibatkan hal-hal yang bersifat religius.
- d. *Accepting responsibility*, usaha untuk menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapi dan mencoba menerimanya untuk membuat semuanya menjadi lebih baik.
- e. *Escape or avoidance*, usaha untuk mengatasi situasi yang menekan dengan lari dari situasi tersebut atau menghindarinya dengan beralih pada hal lain seperti makan, minum, merokok, atau menggunakan obat-obatan.

Menurut Nasir & Muhith (2011) koping yang efektif adalah koping yang membantu seseorang untuk menoleransi dan menerima situasi yang menekan, serta tidak merisaukan tekanan yang tidak dapat dikuasainya. Strategi koping yang efektif mengacu kepada lima fungsi koping, yaitu:

1. Mengurangi kondisi lingkungan yang berbahaya dan meningkatkan prospek untuk memperbaikinya
2. Menoleransi atau menyesuaikan diri dengan kenyataan yang negatif
3. Mempertahankan gambaran diri yang positif.
4. Mempertahankan keseimbangan emosional.
5. Melanjutkan kepuasan hubungan dengan orang lain.

2.10 Konsep Dukungan Sosial

2.10.1 Pengertian Dukungan Sosial

Dukungan sosial merupakan kepercayaan pada seseorang sebagai akibat dari orang tersebut dicintai, dihormati, dan dihargai, dan terhubung dengan jaringan sosial dan komitmen bersama. Saat mendefinisikan dukungan sosial, seseorang dapat membedakan antara kualitas dukungan yang diterima (kepuasan) dan

pemberian dukungan sosial yang memungkinkan untuk membedakan antara dukungan yang diterima dan harapan pada saat dibutuhkan dan antara dukungan khusus dan dukungan publik (Mahmoudi, Hosseini, Joonbakhsh, & Ajoodanian, 2020).

Dukungan sosial adalah adanya transaksi interpersonal yang ditunjukkan dengan memberikan bantuan pada individu lain, dimana bantuan itu umumnya diperoleh dari orang yang berarti bagi individu yang bersangkutan. Dukungan sosial dapat berupa pemberian informasi, bantuan tingkah laku, ataupun materi yang didapat dari hubungan sosial akrab yang dapat membuat individu merasa diperhatikan, bernilai, dan dicintai (Kendahlunt dalam Harnida, 2015).

2.10.2 Sumber- Sumber Dukungan Sosial

Sumber-sumber dukungan sosial dapat berasal dari keluarga, rekan sekerja, dan atasan. Seorang perawat yang bekerja di rumah sakit diharapkan mendapat dukungan sosial baik dari atasan, teman sekerja, maupun keluarga. Bentuk dukungan sosial yang terpenting yang harus diberikan kepada perawat yaitu dukungan informatif dan dukungan penghargaan. Contoh dari dukungan informatif misalnya memberikan informasi bila terdapat alat kesehatan baru dan informasi tentang jenis penyakit baru serta cara menanganinya di rumah sakit tersebut. Contoh dari dukungan penghargaan yaitu memberikan *rewards* bila seorang perawat sudah menjalankan tugasnya dengan sangat baik tanpa ada komplain dari pasien dan memberikan semangat dari sesama teman kerja maupun atasan (Adnyaswari & Adnyani, 2017).

Bagi perawat, dukungan yang berasal dari organisasi dan anggotanya berupa informasi dan umpan balik, bantuan praktis, dan/atau dukungan emosional lebih relevan untuk mengurangi tingkat stres dibandingkan dengan keluarga, dan teman-teman. Dukungan di tempat kerja biasanya dapat berasal dari 3 sumber, seperti organisasi pemberi kerja, supervisor, dan rekan kerja .

2.10.3 Aspek-aspek Dukungan Sosial

Menurut (Sarafino, 2012) menyatakan adanya beberapa aspek yang terlibat dalam pemberian dukungan sosial yaitu sebagai berikut:

- a. Dukungan emosional.

Dukungan ini melibatkan ekspresi rasa empati dan perhatian terhadap individu sehingga individu tersebut merasa nyaman, dicintai dan diperhatikan. Dukungan ini meliputi perilaku seperti memberikan perhatian dan afeksi serta bersedia mendengarkan keluh kesah orang lain.

b. Dukungan informatif.

Dukungan informatif dapat berupa memberikan informasi untuk mengatasi masalah pribadi atas pemberian nasehat, pengarahan dan ketenangan lain yang dibutuhkan.

c. Dukungan instrumental.

Aspek ini melibatkan penyediaan sarana untuk mempermudah menolong orang lain, meliputi peralatan, uang, perlengkapan, dan sarana pendukung yang lain termasuk di dalamnya pemberian waktu luang.

d. Dukungan penghargaan.

Dukungan penghargaan terjadi melalui ungkapan positif atau penghargaan yang positif pada individu, dorongan untuk maju, atau persetujuan untuk gagasan dan perasaan individu dengan orang lain. Biasanya dukungan ini diberi atasan atau rekan kerja, dengan dukungan jenis ini, akan membangun perasaan berharga, kompeten, dan bernilai.

2.10.4 Bentuk Dukungan Sosial

Bentuk-bentuk dukungan sosial pada perawat dikenal sebagai dukungan organisasi yang dirasakan, dukungan pengawasan yang dirasakan, dan dukungan rekan yang dirasakan, dengan penjelasan sebagai berikut (Nasurdin, Tan, & Khan, 2020) :

1) Organisasi yang dirasakan.

Mengacu pada keyakinan karyawan bahwa organisasi mereka mengakui kontribusi mereka dan pemeliharaan pada kesejahteraan mereka.

2) Dukungan Pengawasan yang dirasakan.

Mengacu pada keyakinan karyawan bahwa supervisor mereka peduli dan menghargai kontribusi mereka.

3) Dukungan rekan yang dirasakan.

Mengacu pada keyakinan karyawan dalam membantu rekan kerja dalam tugas-tugas pekerjaan bila diperlukan, dengan berbagi pengetahuan dan keahlian, dan memberikan dukungan dan dorongan kepada rekan kerja.

Dukungan sosial dapat diberikan kepada seseorang dengan melakukan beberapa cara, seperti memberikan dukungan, memberikan pernyataan yang memihak kepada individu, memberikan suatu penghargaan, memberikan kalimat positif, memberikan semangat, perhatian, segama macam bantuan berupa psikis maupun fisik. Adapaun cara yang digunakan seseorang dalam menerima dukungan sosial dengan melakukan perubahan *mind set* terhadap stresor, dengan begitu seseorang mampu merasakan, bahwa ada orang-orang terdekat yang memberikan perhatian kepadanya, seperti halnya seorang perawat memiliki masalah akan pergi ke menghampiri teman untuk membicarakan masalahnya (Smet, dalam Putra & Susilawati, 2018).

2.10.5 Dampak Dukungan Sosial Bagi Perawat

Dukungan sosial yang diberikan keluarga, teman, dan rekan sejawat, dapat membantu perawat mengatasi situasi yang ada di tempat kerja. Hasil penelitian terkait “Dukungan Sosial dengan Resiliensi Perawat” didapatkan perawat yang mendapatkan dukungan sosial yang tinggi akan cenderung memiliki resiliensi yang tinggi 20 kali dibanding dengan perawat yang mendapatkan dukungan sosial yang rendah (Asih et al., 2019).

Hasil- hasil penelitian menunjukkan dukungan sosial yang dirasakan dari keluarga atau kerabat juga berpengaruh positif terhadap kesehatan fisik dan mental perawat di rumah sakit (Fu et al., 2018), serta tingkat dukungan sosial yang tinggi meningkatkan kepuasan kerja perawat (Öksüz et al., 2019). Dukungan sosial berupa dukungan rekan kerja berhubungan signifikan terhadap efikasi diri dan pengaruh tidak langsung terhadap resiliensi perawat (Wang, Tao, Bowers, Brown, & Zhang, 2018a).

2.11 Konsep Dukungan Organisasi

2.11.1 Pengetian Dukungan Organisasi

Dukungan organisasi didefinisikan sebagai sejauh mana pekerja merasa bahwa organisasi menghargai kontribusi dan peduli tentang kesejahteraan mereka. Ini adalah sebuah faktor kunci dalam mempengaruhi komitmen pekerja untuk organisasi, kepuasan kerja, dan kualitas kerja secara umum kehidupan. Dalam lingkungan bisnis yang kompetitif saat ini, pekerja organisasi dapat dipandang sebagai representasi yang unik sumber daya organisasi, yang dapat digunakan untuk memperoleh keunggulan kompetitif di bawah lingkungan kerja yang kondusif bagi pekerjaan. Dukungan organisasi adalah salah satunya konsep organisasi yang paling penting yang menjaga pekerja dalam organisasi, karena dukungan organisasi dikenal sebagai faktor kunci dalam meningkatkan kepuasan kerja dan komitmen organisasi pekerja (Rozaini, Norailis, & Aida, 2015).

Dukungan organisasi sering dikenal dengan istilah *Perceived Organizational Support* (POS) yang merupakan dukungan organisasi yang dipersepsikan dengan keyakinan global mengenai sejauh mana organisasi menilai kontribusi, memperhatikan kesejahteraan, mendengar keluhan, memperhatikan kehidupan dan mempertimbangkan tujuan yang akan dicapai serta dapat dipercaya untuk memperlakukan karyawan dengan adil (Sahrah, 2018).

Perceived Organizational Support (POS) secara luas didefinisikan sebagai sejauh mana organisasi menghargai, menghormati, dan peduli terhadap kesejahteraan karyawan di samping kontribusi dan layanan mereka yang meluas ke dalam organisasi. Dukungan organisasi yang dirasakan memanifestasikan dirinya dalam berbagai cara seperti perlakuan yang adil atau setara, dukungan supervisor yang memadai, dan peluang untuk penghargaan organisasi dan kondisi kerja yang mendukung (Labrague, McEnroe Petite, Leocadio, Van Bogaert, & Tsaras, 2018).

2.11.2 Indikator Dukungan Organisasi

Menurut (Rosyiana, 2019) terdapat 3 indikator dukungan organisasi, yaitu:

1. Indikator keadilan, yaitu keadilan prosedural yang digunakan sebagai cara untuk menentukan pembagian yang merata terhadap sumber daya

karyawan. Terdapat dua macam keadilan yaitu keadilan struktural dan keadilan sosial.

2. Indikator dukungan dari atasan, yaitu pandangan umum karyawan terhadap peran atasan yang melibatkan atasan yang menghargai kontribusi dan peduli tentang kesejahteraan karyawan.
3. Indikator penghargaan dari organisasi dan kondisi pekerjaan, yaitu merupakan segala macam bentuk penghargaan dari perusahaan yang diberikan kepada karyawan, antara lain gaji, promosi, program pengembangan karyawan, keamanan kerja, otonomi, stress kerja dan ukuran organisasi.

2.11.3 Ukuran Dukungan Organisasi

Untuk mengukur *Perceived Organizational Support* (POS), (Allen & Brady dalam Sahrah, 2018) mengemukakan ada 3 aspek POS, yaitu :

1. Sikap organisasi terhadap ide-ide karyawan.
Bila organisasi dinilai oleh karyawan, dapat melihat atau menghargai ide-ide karyawannya, maka POS menjadi positif. Sebaliknya, POS akan menjadi negatif bila perusahaan selalu menolak ide dari karyawan dan segala sesuatu merupakan keputusan dari manajemen tertinggi.
2. Sikap organisasi terhadap karyawan yang mengalami masalah.
Bila organisasi dinilai tidak memperlihatkan usaha untuk membantu karyawan yang sedang terlibat masalah. Hal ini akan menyebabkan karyawan melihat tidak ada dukungan yang diberikan organisasi terhadap karyawan yang bersangkutan.
3. Sikap organisasi terhadap kesejahteraan dan kesehatan karyawan.
Perceived Organizational Support (POS) disebut tinggi, jika karyawan melihat bahwa organisasi memberikan dukungan agar setiap orang dapat bekerja secara optimal demi tercapainya tujuan bersama.

2.11.4 Dampak Dukungan Organisasi Bagi Perawat

Perawat lebih cenderung mengalami stres ketika mereka merasakan kekhawatiran dan dukungan yang rendah dari organisasi. Sebaliknya, peningkatan persepsi dukungan organisasi merupakan faktor pelindung yang signifikan terhadap kelelahan antara perawat Cina dan Italia. Selanjutnya, tingkat *Perceived*

Organizational Support (POS) yang lebih tinggi berkontribusi pada rasa konsep diri profesional, rasa memiliki, dan meningkatkan tingkat optimisme, harapan, dan efikasi diri karyawan yang diperlukan untuk meningkatkan kepuasan kerja dan komitmen organisasi perawat. Ada banyak bukti di seluruh dunia yang menghubungkan POS yang lebih tinggi dengan hasil pekerjaan perawat seperti kepuasan kerja, kompetensi, keterlibatan kerja, perilaku inovatif, niat untuk tetap tinggal, dan kelelahan (Labrague et al., 2018).

2.12 Model Resiliensi Perawat

Tenaga kesehatan bekerja di lingkungan yang penuh tekanan, yang dapat berdampak negatif pada kesehatan mental dan kesejahteraan mereka sehingga akibatnya mempengaruhi fungsi psikososial dan profesional (Van Agteren et al., 2018). Adanya tekanan dan tantangan bagi perawat saat bekerja di pelayanan kesehatan membutuhkan ketangguhan atau resilien perawat untuk dapat beradaptasi terhadap kondisi yang dialaminya.

Model Resiliensi merupakan suatu teknik untuk meningkatkan kapasitas individu perawat untuk bangkit dari kesulitan, konflik, kebingungan, kegagalan serta kemampuan untuk melakukan perubahan kearah yang positif. Tujuan model resiliensi ini adalah untuk meningkatkan ketangguhan perawat, sebagai mekanisme untuk merefleksikan, membangun dan meningkatkan ketangguhan perawat dalam menghadapi permasalahan di tempat kerja..

Model Resiliensi ini dikembangkan dari teori-teori yang digunakan dalam penelitian ini. Model Resiliensi di dalamnya meliputi:

1. Spiritualitas, terpenuhinya spiritualitas perawat mengurangi stress dan kecemasan yang dihadapi dalam pekerjaannya.
2. Mekanisme koping yang efektif membantu perawat dalam menghadapi situasi penuh tekanan pada pekerjaannya.
3. Dukungan sosial yang diperoleh dari keluarga dan rekan kerja mempunyai dampak terhadap resiliensi perawat dalam meningkatkan kapasitas perawat menghadapi krisis atau perubahan di lingkungan kerjanya
4. Dukungan organisasi diperlukan perawat untuk meningkatkan konsep diri profesional, tingkat optimisme, harapan, dan efikasi diri.

2.13 Teori dan Model Resiliensi Perawat

Teori-teori dan model sebagai rujukan dalam penelitian adalah:

2.13.1 Middle Range Theory oleh Polk (1997)

Konsep resiliensi menarik minat berbagai kelompok profesional, termasuk pada area keperawatan. Konsep ini mulai banyak diteliti dalam konteks klinik termasuk pada perawat sendiri ((Gillespie et al., 2007). Pada tahun 1997, Polk memperkenalkan *middle range theory* mengenai resiliensi pada perawat. Polk (1997) mengidentifikasi terdapat empat pola (*pattern*) resiliensi yang sesuai dengan paradigma keperawatan dari 26 literatur resiliensi yang terpublikasi yaitu *dispositional pattern*, *relational pattern*, *situational pattern*, *philosophical pattern*.

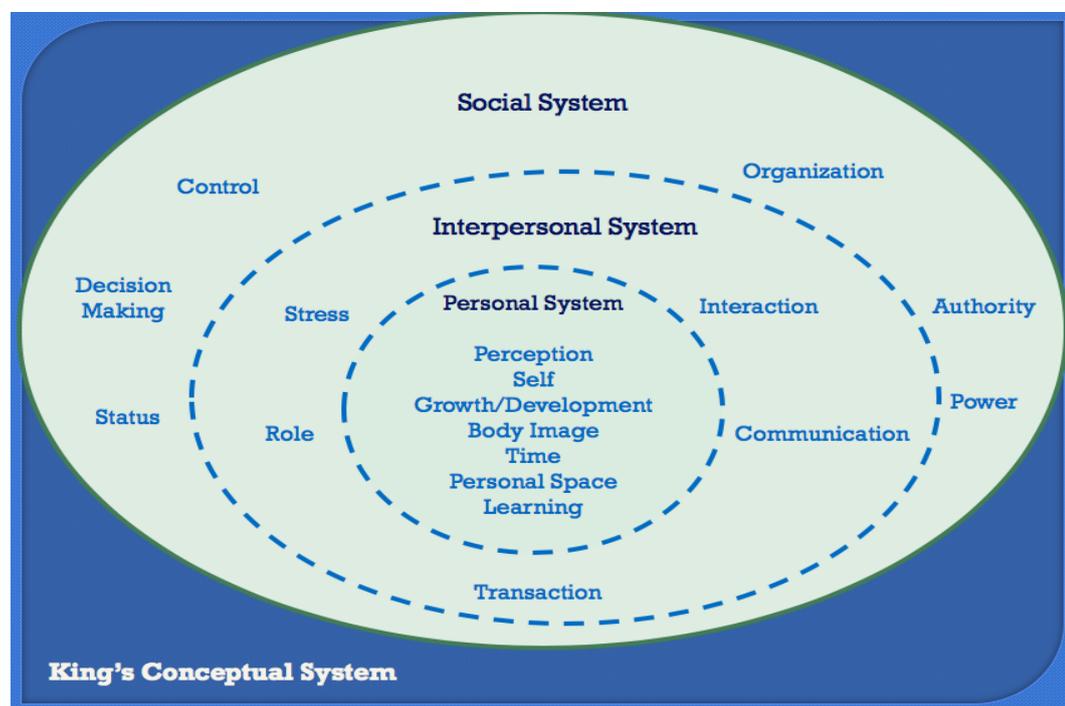
Pada *dispositional pattern* terdapat dua atribut yang membentuk resiliensi yaitu fisik dan psikososial. Adapun yang termasuk faktor fisik yaitu genetik, kecerdasan, karakteristik individu dan atribut psikososial mencakup kompetensi pribadi. Sementara itu, *relational pattern* mencakup aspek intrinsik dan ekstrinsik yang mempengaruhi faktor hubungan dan peran yang pada akhirnya berpengaruh pada resiliensi seseorang. Faktor intrinsik mengarah kepada keterampilan yang dimiliki individu untuk menjalin hubungan dan mencari seseorang yang dapat dipercaya, memiliki keterampilan lebih dari dirinya untuk bisa berbagi pengalaman serta kemampuan membangun hubungan dekat, sehingga memiliki hubungan sosial yang luas. Pada faktor ekstrinsik, seseorang memiliki ketertarikan dalam hubungan sosial. Dukungan sosial dan interaksi dengan keluarga, teman, serta orang lain terbukti dapat meningkatkan resiliensi (Polk, 1997).

Situational pattern yaitu kemampuan individu untuk memecahkan masalah melalui koping *problem-oriented* (berfokus pada penyelesaian masalah), bersifat fleksibel, tekun yang pada akhirnya membentuk resiliensi pada individu. Pola yang terakhir yaitu *philosophical pattern*, mengacu pada keyakinan individu bahwa setiap orang bersifat unik, hidup memiliki tujuan serta sangat penting untuk memiliki keseimbangan dalam hidup (Polk, 1997).

2.13.2 Teori Imogene King

Teori Imogene King mengenai pencapaian tujuan dilandaskan pada teori sistem, ilmu perilaku. Teori King terdiri dari tiga sistem dinamis yang berinteraksi: (1) sistem personal (individu), (2) sistem interpersonal (kelompok), dan (3) sistem sosial (masyarakat).

Konsep penting yang diidentifikasi untuk tiap sistem adalah sebagai berikut: (1) Konsep sistem personal: persepsi, diri, citra tubuh, tumbuh kembang, ruang, dan waktu. (2) Konsep sistem interpersonal: interaksi, komunikasi, transaksi, peran, stres, dan koping. (3) Konsep sistem sosial: organisasi, otoritas, kekuasaan, status, dan pengambilan keputusan (Blais, KK., Hayes, JS., Kozier, B., & Erb, G., 2002).



Gambar 2.13-1 King' Conceptual System

Klien dan perawat adalah sistem personal atau sub-sistem dalam sistem interpersonal dan sosial. Untuk mengidentifikasi masalah dan menetapkan tujuan, perawat dan klien saling menyadari, bertindak dan bereaksi, berinteraksi, dan bertransaksi. Transaksi didefinisikan sebagai interaksi dengan maksud tertentu yang mengarahkan ke pencapaian tujuan. Transaksi memiliki karakteristik sebagai berikut:

1. Transaksi adalah dasar dalam mencapai tujuan dan mencakup pertukaran sosial, tawar-menawar dan negosiasi, dan berbagi kerangka rujukan dalam penetapan tujuan bersama.
2. Transaksi membutuhkan keakuratan persepsi dalam interaksi perawat-klien dan kesesuaian antara performa peran dan harapan peran untuk perawat dan klien.
3. Transaksi mengarah pada pencapaian tujuan, kepuasan, perawatan yang efektif, dan peningkatan tumbuh kembang.

King mempostulatkan tujuh hipotesis dalam teori pencapaian tujuan: (1) Kesesuaian persepsi dalam interaksi perawat-klien meningkatkan penetapan tujuan bersama. (2) Komunikasi meningkatkan penetapan tujuan bersama antara perawat dan klien dan menghasilkan kepuasan. (3) Kepuasan perawat dan klien meningkatkan pencapaian tujuan. (4) Pencapaian tujuan menurunkan stres dan kecemasan dalam situasi keperawatan. (5) Pencapaian tujuan meningkatkan pembelajaran klien dan kemampuan koping dalam situasi keperawatan. (6) Konflik peran yang dialami oleh klien, perawat, atau keduanya mengurangi transaksi dalam interaksi perawat-klien. (7) Kesesuaian dalam harapan peran dan performa peran meningkatkan transaksi dalam interaksi perawat-klien.

Teori King menekankan pentingnya partisipasi semua individu dalam pengambilan keputusan dan berhadapan dengan pilihan, alternatif, dan hasil akhir asuhan keperawatan. Teori ini menawarkan pemahaman ke dalam interaksi perawat dengan individu dan kelompok dalam lingkungan.

2.13.3 Model Sistem Neuman

Model sistem Neuman dilandaskan pada hubungan individu terhadap stres, reaksi terhadap stres, dan faktor-faktor rekonstitusi (*reconstitution*) yang sifatnya dinamis. Rekonstitusi adalah kondisi adaptasi terhadap stressor (Blais, KK., Hayes, JS., Koziar, B., & Erb, G., 2002).

Neuman memandang individu sebagai suatu sistem terbuka yang terdiri dari struktur dasar atau inti pusat sumber energi (fisiologis, psikologis, sosiokultural, perkembangan, dan spiritual) yang dikelilingi oleh dua batasan atau cincin konsentris yang disebut garis resistensi. Garis resistensi mewakili faktor-faktor internal yang membantu klien bertahan dalam menghadapi stressor. Di luar garis resistensi terdapat dua garis pertahanan. Garis pertahanan di bagian dalam, atau

normal, digambarkan sebagai garis utuh, menunjukkan kondisi ekuilibrium seseorang atau kondisi adaptasi yang dikembangkan dan dipertahankan sepanjang waktu dan dianggap normal untuk orang tersebut. Garis pertahanan diri fleksibel, digambarkan sebagai garis putus-putus, bersifat dinamis dan dapat dengan cepat berubah dalam periode waktu yang singkat. Ini adalah suatu penyangga protektif yang mencegah stresor menembus garis pertahanan normal (Blais, KK., Hayes, JS., Kozier, B., & Erb, G., 2002).

Neuman menjelaskan stresor sebagai setiap kekuatan lingkungan yang mengubah stabilitas sistem. Stresor dikategorikan menjadi stresor intrapersonal, yang terjadi dalam individu (mis, Infeksi); stresor interpersonal, yang terjadi antar individu (mis, harapan peran yang tidak realistis); dan stresor ekstrapersonal, yang terjadi di luar individu (mis, kekhawatiran finansial). Reaksi individu terhadap stresor bergantung pada kekuatan garis pertahanan. Ketika garis pertahanan gagal, reaksi hasilnya akan bergantung pada kekuatan dari garis resistensi. Sebagai bagian dari reaksi, sistem seseorang dapat beradaptasi terhadap stresor, efek yang dikenal sebagai rekonstitusi.

Intervensi keperawatan berfokus pada menahan atau memelihara stabilitas sistem. Intervensi ini dilaksanakan dengan menggunakan tiga tingkat preventif.

1. Pencegahan primer mengidentifikasi faktor risiko, berupaya untuk menyingkirkan stresor, dan berfokus pada perlindungan garis pertahanan normal dan memperkuat garis pertahanan fleksibel. Suatu reaksi belum terjadi, tetapi tingkat risiko diketahui.
2. Pencegahan sekunder berhubungan dengan intervensi atau terapi aktif yang dimulai setelah gejala telah terjadi. Fokusnya adalah untuk memperkuat garis resistensi internal, mengurangi reaksi, dan meningkatkan faktor-faktor resistensi.
3. Pencegahan tersier mengacu pada intervensi lanjutan setelah intervensi tingkat sekunder. Pencegahan ini berfokus pada readaptasi dan stabilitas serta melindungi rekonstitusi atau kembali ke kondisi sejahtera setelah terapi. Perawat menekankan pendidikan kesehatan pada klien dalam menguatkan resistensi terhadap stresor dan cara untuk membantu mencegah berulangnya reaksi atau regresi.

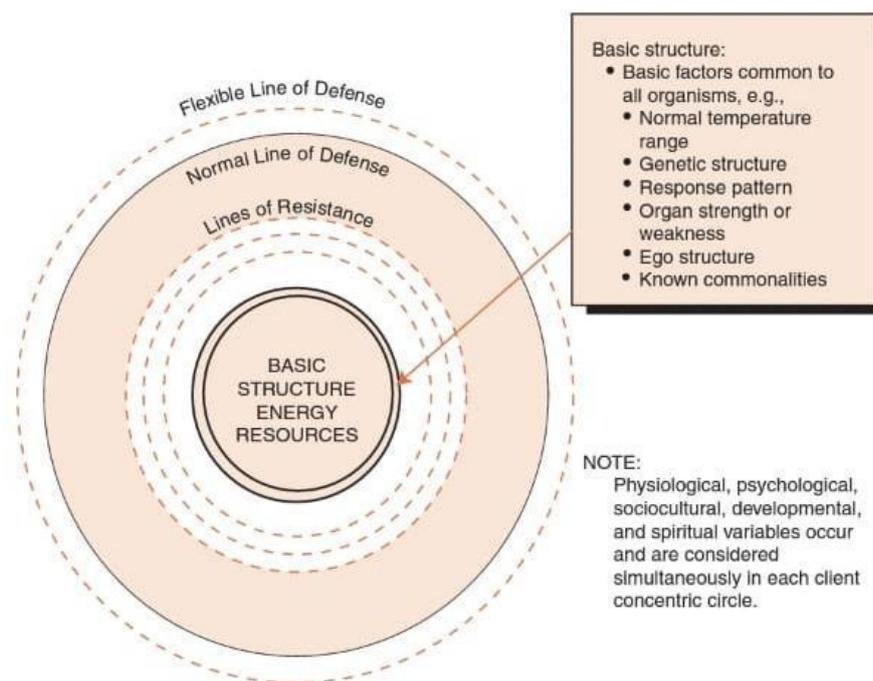


Figure 7-2 The Neuman systems model. (Source: Neuman, B., & Fawcett, J. [2002]. *The Neuman systems model* [4th ed.]. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc. Used with permission of Betty Neuman, RN, PhD, FAAN.)

Gambar 2.13-2 Model Sistem Neuman

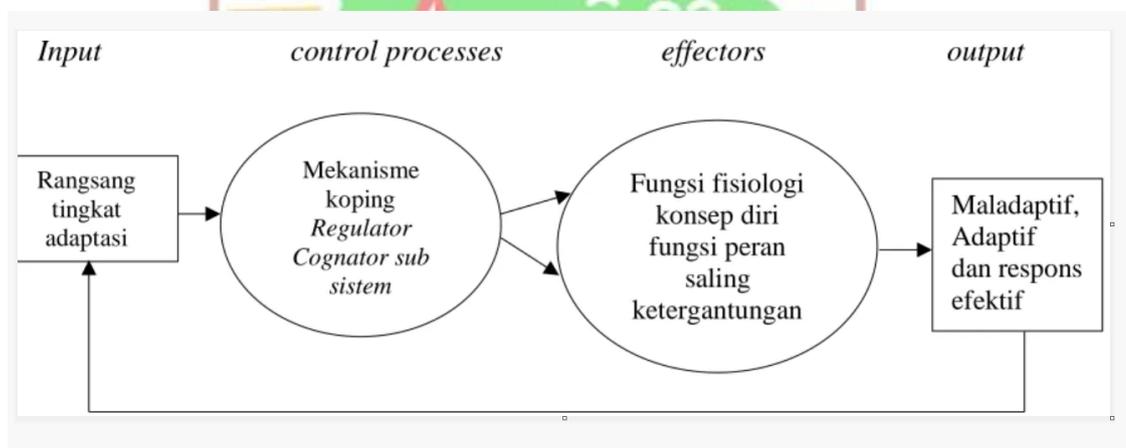
Turner & Kaylor (2015) mengembangkan pengaplikasian model sistem Neuman dalam kerangka konseptual resiliensi pada perawat. Model Neuman berfokus pada stressor yang dapat mengganggu kesehatan dan kesejahteraan seseorang (Skalski, DiGerolamo, & Gigliotti, 2006). Pada model Neuman, individu termasuk perawat dianggap sebagai sistem unik yang berubah dan berinteraksi dengan lingkungan. Perawat dilihat sebagai klien yang merupakan sistem terbuka (Neuman, 1995).

Perawat sebagai sistem, berinteraksi dengan lingkungan atau dimensi diantaranya fisik, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual. Faktor-faktor ini yang nantinya akan mempengaruhi adaptasi perawat terhadap stressor yang dihadapinya, yang mana garis pertahanan perawat (*nurse's line defense*) dapat terganggu dengan banyaknya sumber stress di tempat kerja. Interaksi yang seimbang dan harmonis dari kelima faktor tersebut dapat menimbulkan resiliensi

yang pada akhirnya dapat meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan perawat. Dalam hal ini, resiliensi dikonseptualisasikan sebagai faktor pelindung untuk mengelola, mengurangi dan mencegah stress (Turner & Kaylor, 2015).

2.13.4 Model Adaptasi Roy

Teori Adaptasi Sister Callista Roy (Roy & Andrews, 1997 dalam Blais et al, 2007), melihat individu sebagai suatu sistem adaptif biopsikologis. Baik individu maupun lingkungan adalah sumber stimulus yang memerlukan modifikasi untuk meningkatkan adaptasi. Menurut model Roy, tujuan keperawatan adalah membantu individu beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan psikologis, konsep diri, aturan-aturan yang berlaku dan hubungan yang bebas pada waktu sehat dan sakit (Potter & Perry, 2017). Respons adaptif berperan pada kesehatan serta tingkat adaptasi seseorang bersifat unik dan berubah secara konstan. Model adaptasi Roy dapat dilihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 2.13-3 Model Adaptasi Roy

Sebagai suatu sistem terbuka, individu menerima input atau stimulus dari diri sendiri maupun lingkungannya. Input atau stimulus yang masuk, dimana feedbacknya dapat berlawanan atau responnya yang berubah ubah dari suatu stimulus. Hal ini menunjukkan bahwa manusia mempunyai tingkat adaptasi yang berbeda dan sesuai dari besarnya stimulus yang dapat ditoleransi oleh manusia.

Proses kontrol yaitu bagaimana mekanisme koping yang digunakan individu sebagai suatu sistem adaptif. Sistem adaptif Roy terdiri dari dua sub sistem yang saling berhubungan. Sub sistem primer adalah suatu proses kontrol internal atau fungsional yang terdiri dari regulator dan kognotor. Regulator memproses input

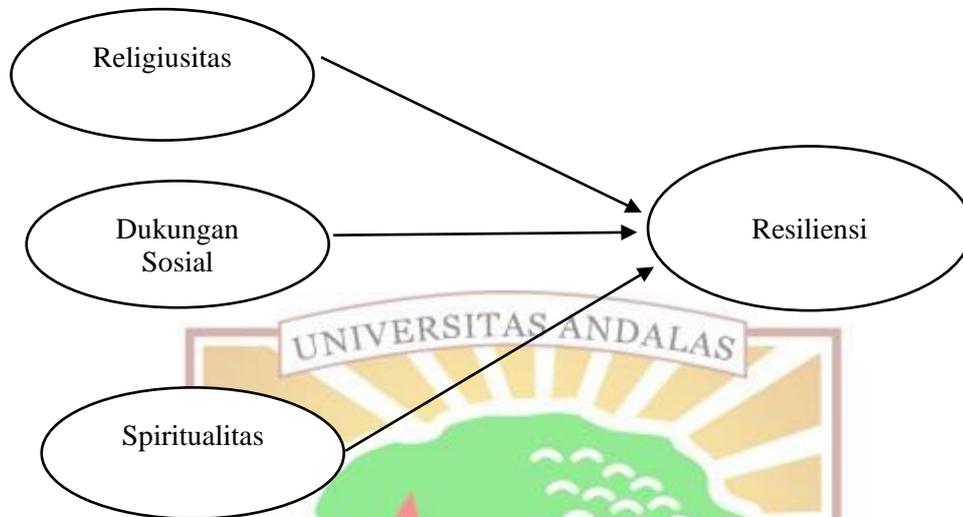
secara otomatis melalui saluran endokrin kimia otak. Kognotor memproses input melalui jalur kognitif seperti persepsi, pemrosesan informasi, belajar, penilaian, dan emosi.

Efektor, merupakan sub sistem sekunder yang menunjukkan aktivitas kognator dan regulator. Sub sistem sekunder ini terdiri dari empat model adaptif yaitu : 1) Modus fisiologis mencakup kebutuhan fisiologis dasar tubuh dan cara beradaptasi terkait dengan cairan dan elektrolit, aktivitas dan istirahat, sirkulasi dan oksigen, nutrisi dan eliminasi, perlindungan, indera, dan fungsi neurologi dan endokrin; 2) Modus konsep diri mencakup dua komponen : diri fisik, yang mencakup sensasi dan citra tubuh, dan diri pribadi: yang mencakup ideal diri, konsistensi diri, dan etika moral diri; 3) Modus fungsi peran ditentukan oleh kebutuhan akan integritas sosial dan mengacu pada pelaksanaan tugas yang berlandaskan pada posisi yang diberikan dalam masyarakat; 4) Modus interdependen, melibatkan hubungan seseorang dengan orang dekat dan sistem pendukung yang memberikan bantuan, kasih sayang, dan perhatian.

Output dari sistem mengacu pada perilaku individu yang dapat berupa respons adaptif yang meningkatkan integritas sistem atau respons yang tidak efektif, seperti tidak mengikuti terapi yang dianjurkan. Output atau respons ini memberikan umpan balik untuk sistem (Blais et al, 2007).

2.13.5 Model Teoritis Resiliensi di Masa Pandemi Covid-19

Penyebaran COVID-19 telah memberikan efek negatif terhadap kesehatan mental, salah satu penurunan kesehatan mental adalah resiliensi. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi resiliensi yaitu religiusitas, dukungan sosial dan spiritualitas. Ketiga variabel tersebut memiliki hubungan yang positif dengan resiliensi. Resiliensi merupakan salah satu kemampuan substansial yang sangat diperlukan individu dan masyarakat, terutama di masa pandemic COVID-19, model teoritis resiliensi yang dapat digunakan di masa pandemi sebagai berikut. (Khoiri Oktavia & Muhopilah, 2021).



Gambar 2.13-4 Model Teoritis Pengaruh Religiusitas, Dukungan Sosial dan Spiritualitas Terhadap Resiliensi

Model di atas menjelaskan bahwa religiusitas, dukungan sosial dan spiritual berkaitan erat dengan resiliensi. Pemahaman keagamaan mengenai kehidupan setelah kematian membuat individu dapat mengatasi efek negatif dari kesulitan yang dialami. Religiusitas dapat menjadi salah satu sumber daya yang membuat individu dapat menghadapi kesulitan atau fenomena traumatis yang dialaminya (Bradshaw, 2010., Masqueiro, 2015 dalam Khoiri Oktavia & Muhopilah, 2021).

Salah satu faktor yang berperan dalam meningkatkan resiliensi adalah dukungan sosial. Dukungan Sosial membuat individu merasa nyaman, serta mampu mengendalikan emosi sehingga dapat menyelesaikan masalah dengan baik (Fong et al, 2017, Liu et al, 2017).

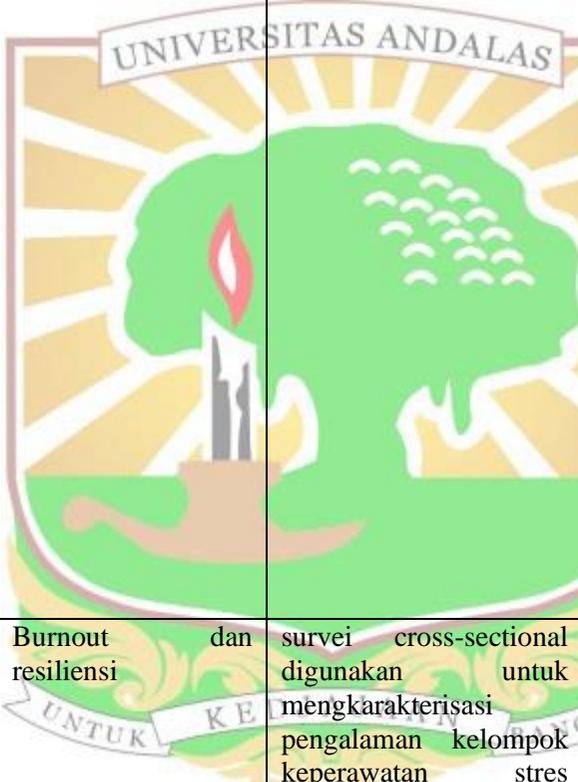
Spiritualitas membuat individu dapat menilai dan menemukan makna dan tujuan dari berbagai kejadian yang dialami. Pemahaman tersebut membuat individu lebih optimis meskipun sedang mengalami kesulitan. Spiritualitas menyebabkan coping yang sehat dan meningkatkan resiliensi individu saat mengalami kesulitan (Hesketh et al, 2014, Das et al 2018 dalam Khoiri Oktavia & Muhopilah, 2021).

2.14 Penelitian Terkait Resiliensi Pada Perawat

Penelitian-penelitian terkait resiliensi pada perawat dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 2.14-1 Penelitian Resiliensi pada Perawat

No	Judul Jurnal dan Penulis	Variabel	Metode	Hasil	Luaran
1	<i>Levels of resilience, anxiety and depression in nurses working in respiratory clinical areas during the COVID pandemic (N.J. Roberts , K. McAloney-Kocaman , K. Lippiett , E. Ray , L. Welch , C. Kelly</i>	Kecemasan, depresi dan resiliensi	Studi ini melihat hubungan serta mengeksplorasi pengalaman bekerja perawat di area klinis pernapasan selama pandemi COVID-19 di Inggris	Dua ratus lima puluh lima tanggapan diterima untuk survei, didominasi wanita (89%, 226/ 255), berusia di atas 35 (79%, 202/255). Hampir 21% (40/191) mengalami gejala kecemasan sedang hingga berat atau berat. Tingkat serupa terlihat untuk depresi (17,2%, 31/181). 18,9% (34/180) memiliki skor resiliensi yang rendah atau sangat rendah	Kelompok ini mengalami tingkat kecemasan dan depresi yang signifikan, dengan tingkat ketahanan sedang hingga tinggi. Mekanisme dukungan dan intervensi perlu dilakukan untuk mendukung semua perawat selama wabah pandemi, terutama staf yang lebih muda atau kurang berpengalaman
2	<i>Improving the wellbeing and resilience of health services staff via psychological skills training (Joep van Agteren, Matthew Iasiello and Laura Lo)</i>	Resiliensi dan kesejahteraan	Eksperimen: Pelaksanaan pelatihan ketahanan bertujuan untuk membekali staf dengan keterampilan psikologis dasar untuk meningkatkan hasil kesehatan mental	Studi ini menunjukkan peningkatan yang signifikan secara statistik dalam ketahanan ($r = 0,51$, $p = 0,02$) dan kesejahteraan ($d = 0,29$, $p = 0,001$) dari sebelum sampai 1 bulan setelah pelatihan. Peserta dengan skor kesejahteraan dan ketahanan terendah pada awal pelatihan	Intervensi peningkatan kapasitas sangat efektif bagi mereka yang memiliki tingkat kesejahteraan yang lebih rendah, dan hasil yang ditemukan oleh penelitian ini memperkuat argumen bahwa intervensi tersebut harus dipertimbangkan sebagai pilihan untuk memperkuat kesehatan mental dan

No	Judul Jurnal dan Penulis	Variabel	Metode	Hasil	Luaran
				<p>menunjukkan ukuran efek yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang memiliki skor kesejahteraan dan ketahanan tertinggi, ($r = 0,67$ dibandingkan dengan $r = -0,36$ untuk skor kesejahteraan dan $d = 0,92$ dibandingkan dengan $d = 0,24$ untuk skor ketahanan); perbedaan yang menunjukkan dampak tertentu dari pelatihan untuk orang-orang dengan nilai dasar terendah. Tidak ada perubahan signifikan dalam tekanan psikologis sebagai akibat dari depresi, kecemasan dan stres yang ditemukan</p>	<p>kesejahteraan profesi kesehatan juga baik sebagai solusi pencegahan, atau sebagai metode untuk menjangkau profesional kesehatan yang berisiko</p>
3	<p><i>Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings (Cynda Hylton Rushton, RN, PhD, Joyce Batcheller, RN, DNP, NEA-BC, Kaia Schroeder, RN, BSN, dan Pamela Donohue, ScD)</i></p>	<p>Burnout dan resiliensi</p>	<p>survei cross-sectional digunakan untuk mengkarakterisasi pengalaman kelompok keperawatan stres tinggi. Sebanyak 114 perawat di 6 unit intensitas tinggi</p>	<p>Distres moral adalah prediktor yang signifikan dari ketiga aspek burnout, dan hubungan antara burnout dan ketahanan kuat. Ketahanan yang lebih besar melindungi perawat dari kelelahan emosional dan</p>	<p>Temuan ini memberikan dasar untuk intervensi eksperimental dalam fase 2, yang dirancang untuk membantu peserta mengembangkan strategi dan praktik untuk pembaruan, termasuk praktik kesadaran dan</p>

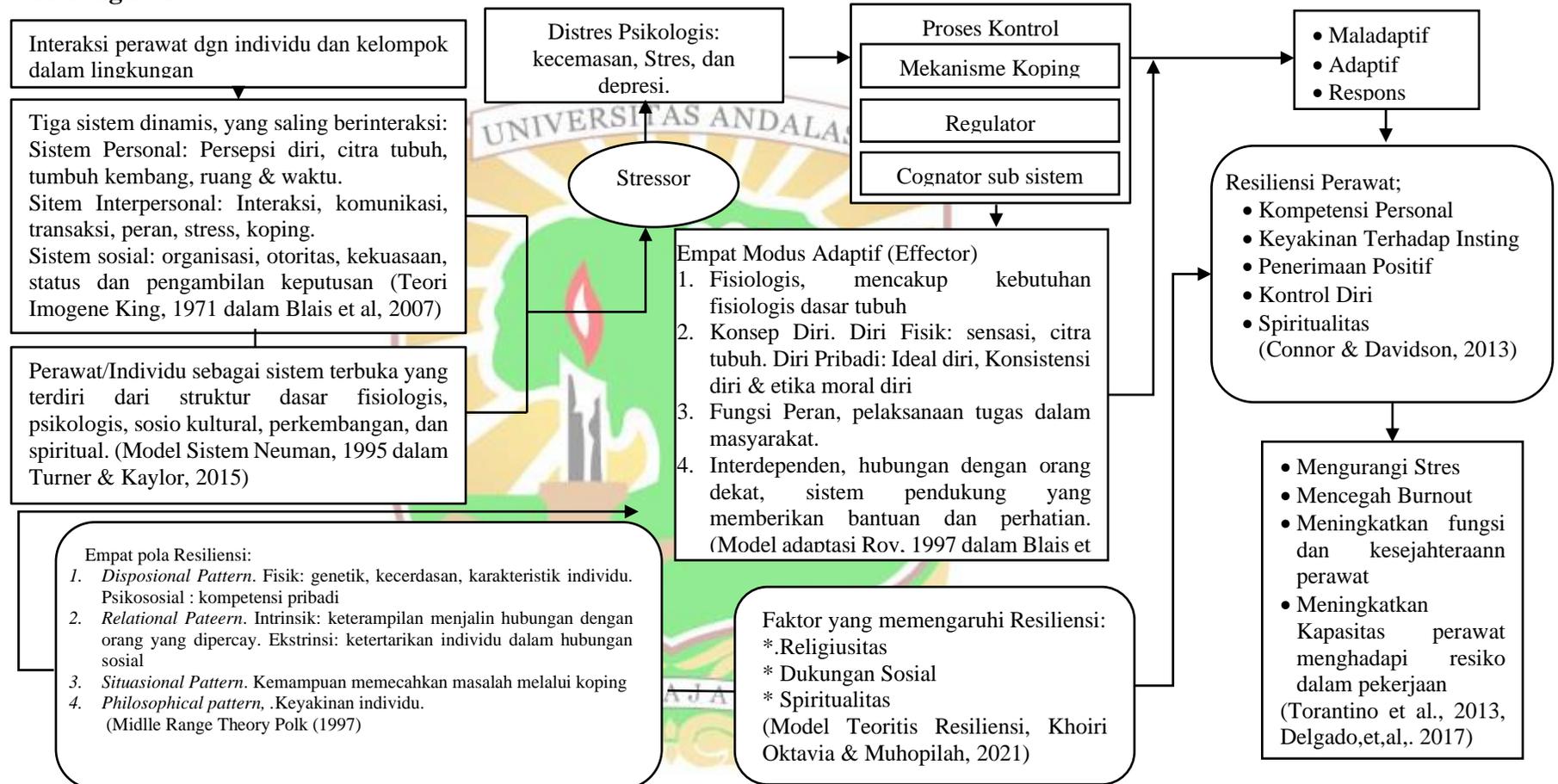
No	Judul Jurnal dan Penulis	Variabel	Metode	Hasil	Luaran
				<p>berkontribusi pada pencapaian pribadi. Kesejahteraan spiritual mengurangi kelelahan emosional dan depersonalisasi; kesejahteraan fisik dikaitkan dengan pencapaian pribadi. Arti dalam perawatan pasien dan harapan adalah prediktor independen dari kelelahan. Tingkat ketahanan yang lebih tinggi dikaitkan dengan peningkatan harapan dan pengurangan stres. Skor ketahanan relatif selama bertahun-tahun pengalaman</p>	rencana ketahanan pribadi
4	<p><i>Burnout and its association with resilience in nurses: a cross-sectional study Nurse burnout and resilience (Yu-fang Guo, Yuan-hui Luo, Louisa Lam, Wendy Cross, Virginia Plummer and Jing-ping Zhang)</i></p>	Burnout dan resiliensi	Desain survei cross-sectional. Sampel 1.061 perawat dari 6 rumah sakit tiga tingkat yang terpisah di Provinsi Hunan, Cina	<p>Perawat mengalami gejala kelelahan yang parah dan menunjukkan tingkat ketahanan yang sedang. Tiga metrik kelelahan memiliki korelasi negatif yang signifikan dengan skor total dan variabel ketahanan berikut. Analisis regresi linier menunjukkan ketahanan, terutama kekuatan, karakteristik demografi</p>	Temuan penelitian ini dapat membantu manajer perawat dan administrator rumah sakit untuk memiliki pemahaman yang lebih baik tentang kelelahan dan ketahanan perawat. Hubungan negatif yang signifikan antara gejala kelelahan dan ketahanan telah dibuktikan, dan ini menginformasikan peran

No	Judul Jurnal dan Penulis	Variabel	Metode	Hasil	Luaran
				(olahraga, penggunaan alkohol dan status perkawinan) dan karakteristik pekerjaan (pendapatan per bulan, rasio pasien terhadap perawat, kerja shift dan peringkat profesional) adalah prediktor utama dari tiga metrik kelelahan	ketahanan dalam mempengaruhi kelelahan
5	<i>COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support.</i> (Leodoro J. Labrague RN, DM, PhD, Janet Alexis A. De los Santos RN, MAN, PhD)	Kecemasan, dukungan organisasi, dukungan sosial, resiliensi.	Studi cross-sectional ini melibatkan 325 perawat terdaftar dari Filipina	Dari 325 perawat dalam penelitian ini, 123 (37,8%) ditemukan memiliki tingkat kecemasan yang disfungsi. Menggunakan analisis regresi linier berganda, dukungan sosial ($\beta = -0.142, p = .011$), ketahanan pribadi ($\beta = -0.151, p = .008$) dan dukungan organisasi ($\beta = -0.127, p = .023$) memprediksi kecemasan COVID-19. Karakteristik perawat tidak terkait dengan kecemasan COVID-19.	Perawat yang tangguh dan mereka yang merasakan dukungan organisasi dan sosial yang lebih tinggi cenderung melaporkan kecemasan yang lebih rendah terkait dengan COVID-19.
6	<i>The implementation and evaluation of a resilience enhancement programme for nurses working in the forensic setting</i> (Catherine Henshall, Zoe Davey, & Debra Jackson)	Resiliensi	Penelitian ini menggunakan metode campuran antara studi kualitatif dan kuantitatif secara bersamaan dalam	Hasil penelitian menunjukkan tingkat resiliensi pribadi secara signifikan lebih tinggi setelah diberikan intervensi daripada sebelum program	Perawat merasa program ini memiliki dampak yang nyata pada resiliensi pribadi mereka, kesadaran diri, kepercayaan diri, dan

No	Judul Jurnal dan Penulis	Variabel	Metode	Hasil	Luaran
			<p>bentuk survei dan wawancara. Intervensi dalam penelitian ini terdiri dari 6 sesi sehari penuh selama 12 minggu.</p>	<p>dimana program peningkatan resiliensi dapat meningkatkan tingkat ketahanan dan kepercayaan diri perawat dan meningkatkan hubungan antar-profesional.</p>	<p>hubungan profesional. Manfaat dari program ini menunjukkan keuntungan dari menyediakan lingkungan pengasuhan bagi perawat untuk mengkonsolidasikan tingkat resiliensi mereka. Temuan ini menunjukkan bahwa program ini dapat meningkatkan tingkat resiliensi dan kepercayaan diri perawat serta meningkatkan hubungan antar-profesional.</p>
7	<p><i>Decreasing stress and burnout in nurses: Efficacy of Blended Learning with Stress Management and Resilience Training Program (Donna L Magtibay & Serry S Chesak)</i></p>	<p>Stress, burnout, dan resiliensi</p>	<p>Penelitian ini menggunakan quasi-experimental, yang terdiri atas 1 kelompok pasca intervensi yang dilakukan di Mayo Clinic di Rochester. Intervensi pada penelitian ini dilakukan pada minggu ke 8, 12, 16, dan 20. Sesi pada minggu ke 8 dan 12 dilakukan secara langsung serta minggu ke 16 dan 20 dilakukan</p>	<p>Melibatkan lima puluh perawat. Didapatkan bahwa secara signifikan dapat menurunkan tingkat ansietas, stress dan burnout serta dapat meningkatkan resiliensi, kebahagiaan, dan perhatian.</p>	<p>Intervensi menggunakan SMART efektif digunakan sebagai strategi untuk meningkatkan resiliensi perawat</p>

No	Judul Jurnal dan Penulis	Variabel	Metode	Hasil	Luaran
			melalui percakapan telepon. Sesi yang difasilitasi dilakukan untuk memecahkan masalah dan menjawab pertanyaan dan tidak terstruktur di sekitar topik tertentu.		
8	<p><i>Resilience training: Effects on occupational stress and resilience of critical care nurses.</i> (Babanataj, R., Mazdarani, S., Hesamzadeh, A., Gorji, M. H., & Cherati, J. Y.)</p>	Resiliensi dan stres kerja.	Jumlah sampel 30 Orang perawat. Metode penelitian <i>quasi-experimental</i> yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh pelatihan resiliensi terhadap stress kerja dan tingkat resiliensi perawat unit perawatan intensif. Pelatihan resiliensi diberikan dalam 5 sesi selama 90-120 menit dengan pendekatan <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> yang dilakukan sebelum dan 2 minggu setelah program pelatihan.	Hasil penelitian menunjukkan stress kerja responden menurun secara signifikan setelah diberikan intervensi dan skor rata-rata resiliensi meningkat secara signifikan setelah intervensi.	Pelatihan resiliensi adalah cara yang praktis dan dapat diterima untuk mengurangi stress kerja perawat di rumah sakit.

2.15 Kerangka Teori



Gambar 2.15-1 Kerangka Teori Penelitian

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan akan berinteraksi dengan individu dan kelompok dalam pekerjaannya. Berdasarkan teori King ada tiga sistem dinamis yang berinteraksi yaitu: (1) sistem personal (individu), (2) sistem interpersonal (kelompok), dan (3) sistem sosial (masyarakat). Ketiga system tersebut akan berinteraksi, bertindak, bereaksi dan bertransaksi. (Blais, KK., Hayes, JS., Kozier, B., & Erb, G., 2002).

Perawat sebagai sistem, berinteraksi dengan lingkungan atau dimensi diantaranya fisik, psikologis, sosiokultural, perkembangan dan spiritual. Faktor-faktor ini yang nantinya akan mempengaruhi adaptasi perawat terhadap stressor yang dihadapinya, yang mana garis pertahanan perawat (*nurse's line defense*) dapat terganggu dengan banyaknya sumber stress di tempat kerja. (Neuman, 1995. dalam Turner & Kaylor, 2015).

Menurut model Roy, tujuan keperawatan adalah membantu individu beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan psikologis, konsep diri, aturan-aturan yang berlaku. Cara atau perilaku yang digunakan perawat untuk menghadapi perubahan yang dialaminya disebut dengan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping perawat merupakan suatu sistem adaptif dari dua sub sistem yang saling berhubungan. Sub sistem primer adalah suatu proses kontrol internal atau fungsional yang terdiri dari regulator dan kognotor. Sub sistem sekunder mencakup: 1) Modus fisiologis 2) Modus konsep diri 3) Modus fungsi peran 4) Modus interdependen.

Pemilihan koping dalam menghadapi permasalahan membutuhkan pemahaman dan kapasitas yang tinggi dari perawat. Kegagalan dalam pemilihan koping meningkatkan kemungkinan permasalahan mental pada perawat, untuk itu dibutuhkan suatu resiliensi bagi perawat.

Terdapat empat pola (*pattern*) resiliensi yang yaitu *dispositional pattern*, *relational pattern*, *situational pattern*, *philosophical*. Pada *dispositional pattern* terdapat dua atribut yang membentuk resiliensi yaitu fisik dan psikososial. *Relational pattern* mencakup aspek intrinsik dan ekstrinsik yang mempengaruhi faktor hubungan dan peran yang pada akhirnya berpengaruh pada resiliensi seseorang. *Situasional pattern* yaitu kemampuan individu untuk memecahkan masalah melalui koping *problem-oriented* (berfokus pada penyelesaian masalah),

bersifat fleksibel, tekun yang pada akhirnya membentuk resiliensi pada individu. *Philosophical pattern*, mengacu pada keyakinan individu bahwa setiap orang bersifat unik, hidup memiliki tujuan serta sangat penting untuk memiliki keseimbangan dalam hidup (Polk, 1997).

Resiliensi merupakan salah satu kemampuan substansial yang sangat diperlukan individu dan masyarakat, terutama di masa pandemi COVID-19 (Khoiri Oktavia & Muhopilah, 2021). Lima dimensi resiliensi adalah: kompetensi personal, keyakinan terhadap insting, penerimaan positif, kontrol diri, dan spiritualitas.

Terbentuknya resiliensi pada perawat berdampak mengurangi stress, serta meningkatkan fungsi dan kesejahteraan pada perawat, juga dapat meningkatkan kapasitas perawat untuk menghadapi dan beradaptasi terhadap resiko dalam pekerjaan di area keperawatan (Tarantino et al., 2013, Delgado et al., 2017).



BAB III

KERANGKA KONSEP & HIPOTESIS PENELITIAN

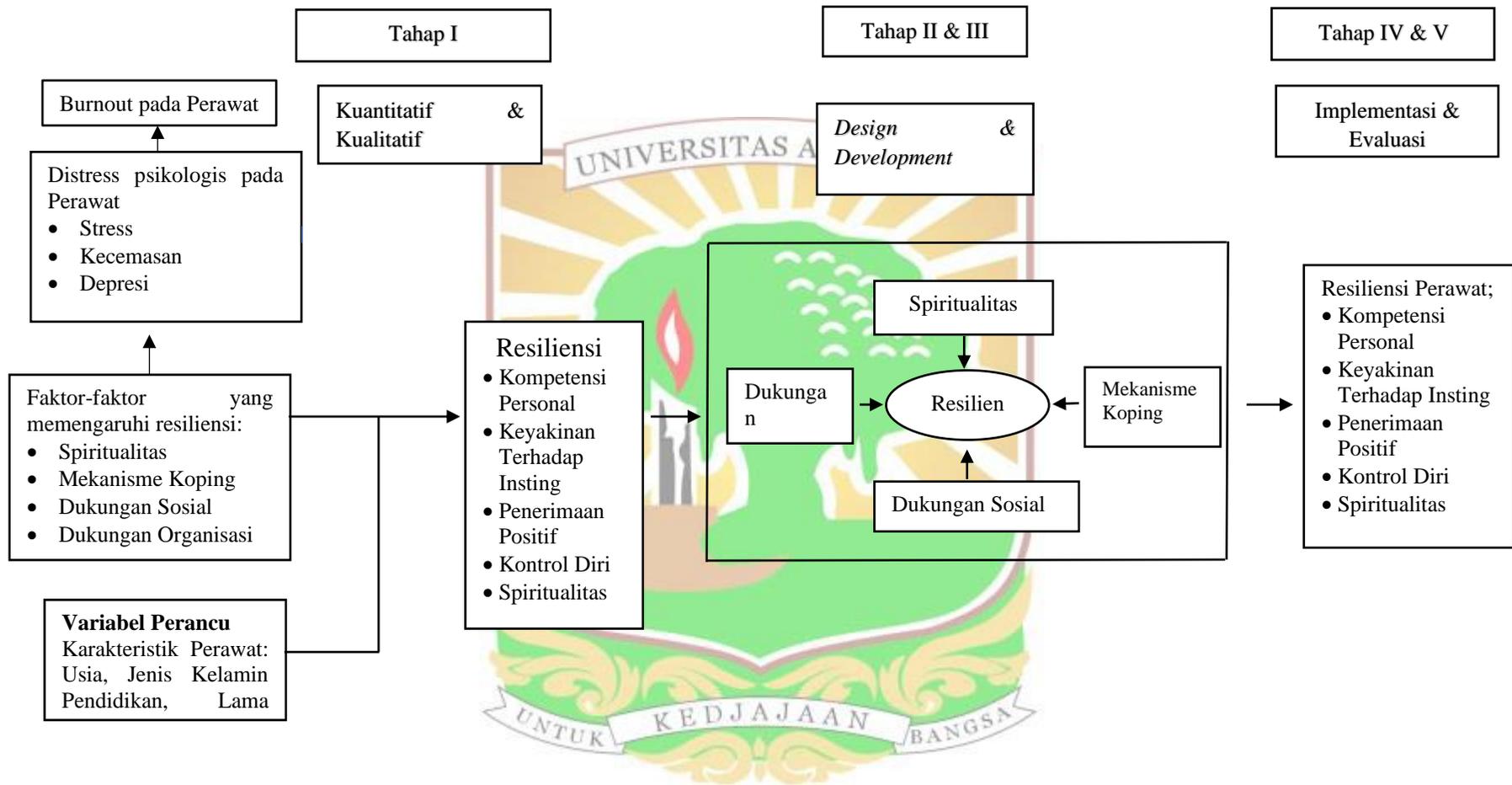
3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konseptual merupakan penjelasan tentang konsep-konsep yang terkandung di dalam asumsi teoritis yang akan digunakan untuk mengabstraksikan unsur-unsur yang terkandung di dalam fenomena yang akan diteliti dan bagaimana hubungan di antara konsep-konsep tersebut (Dharma, 2011). Kerangka konsep penelitian ini mengacu pada tujuan penelitian yaitu mengembangkan model resiliensi dalam upaya peningkatan ketahanan perawat untuk mencegah *distress* psikologis dan *burnout* pada perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat.

Pada gambar 3.1-1 dapat dilihat penelitian Tahap I bertujuan mengidentifikasi *distress* psikologis, *burnout*, resiliensi serta faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi. variabel independen yang akan diteliti yaitu: *distress* psikologis perawat (kecemasan, stress, dan depresi), *burnout* pada perawat dan faktor-faktor yang memengaruhi resiliensi (spiritualitas, mekanisme koping, dukungan sosial, dan dukungan organisasi). Sedangkan variabel perancu adalah karakteristik perawat: usia, jenis kelamin, pendidikan, dan lama kerja. Variabel dependen yaitu resiliensi perawat.

Penelitian Tahap II dan III adalah desain dan pengembangan model berdasarkan hasil penelitian tahap I. Model ini terdiri dari empat faktor yang memengaruhi resiliensi yaitu: spiritualitas, mekanisme koping, dukungan sosial, dan dukungan organisasi.

Penelitian Tahap IV & V merupakan implementasi dan evaluasi dari model dan modul yang telah dibuat dan hasil akhir yang diukur berupa variabel resiliensi perawat setelah dilakukan intervensi.



Gambar 3.1-1 Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Hipotesa Penelitian

Hipotesis pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara spiritualitas dengan resiliensi perawat di rumah sakit di Sumatera Barat.
2. Ada hubungan antara mekanisme coping dengan resiliensi perawat di rumah sakit di Sumatera Barat.
3. Ada hubungan antara dukungan sosial dengan resiliensi perawat di rumah sakit di Sumatera Barat.
4. Ada hubungan antara dukungan organisasi dengan resiliensi perawat di rumah sakit di Sumatera Barat.
5. Ada pengaruh model resiliensi terhadap peningkatan resiliensi/ketangguhan perawat di rumah sakit di Sumatera Barat.

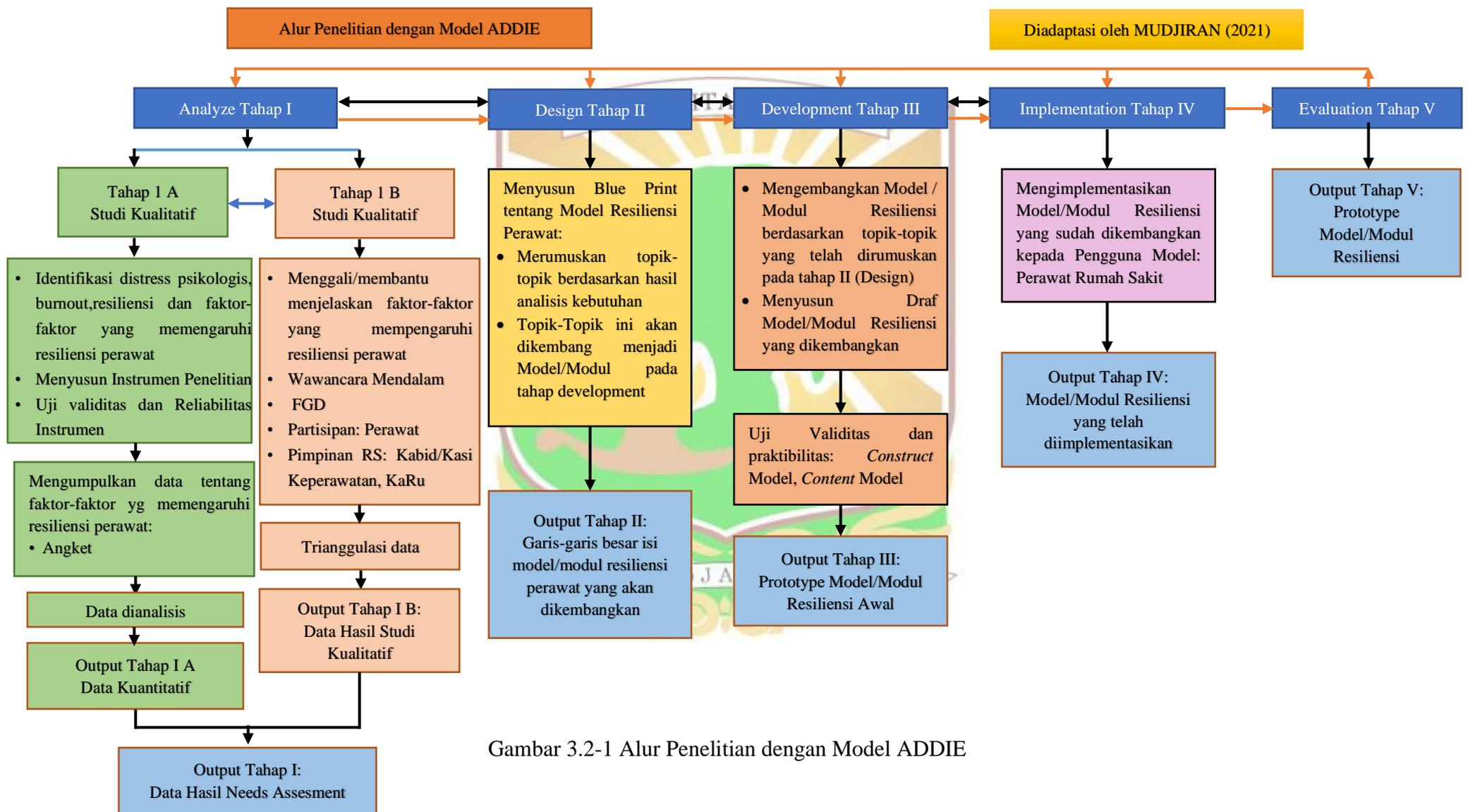


BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

Pada tahap penelitian ini menggunakan metode campuran (*mix methods research*). *Mixed Methods Research* (MMR) sebuah pendekatan dalam riset sosial, perilaku dan ilmu kesehatan di mana peneliti mengumpulkan data kuantitatif dan kualitatif, mengintegrasikan keduanya, dan kemudian membuat interpretasi baru berdasarkan kombinasi kekuatan kedua data dalam memahami masalah penelitian (Creswell, 2020).

Pengembangan model resiliensi perawat dengan menggunakan pendekatan metode ADDIE (*Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation*). Penelitian ini terdiri dari 5 tahap yang memiliki tujuan masing-masing. Tahap 1: *Analysis*, bertujuan menggali data tentang variable yang akan diteliti. Output yang diharapkan adalah data hasil *needs assessment*. Tahap 2: *Design*, adalah menyusun *blue print* model resiliensi perawat. Tahap 3: *Development*, adalah mengembangkan model resiliensi perawat. Tahap 4: *Implementation*, yaitu mengimplementasikan model resiliensi yang sudah dikembangkan. Tahap 5: *Evaluation*: Evaluasi pada setiap tahapan. Alur penelitian dapat dilihat pada gambar 43.2-1 di bawah ini:



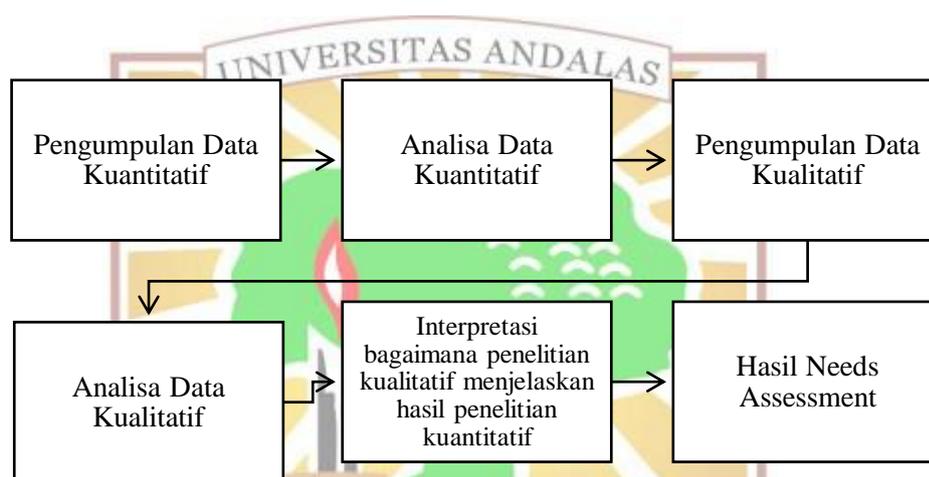


Gambar 3.2-1 Alur Penelitian dengan Model ADDIE

Alur penelitian pada gambar 4.1 dapat dijelaskan sebagai berikut:

4.1 Penelitian Tahap 1: Analisis

Pada tahap ini penelitian ini menggunakan metode campuran (*mix methods research*). Desain yang digunakan adalah esplanatori sekuensial yaitu melakukan metode kuantitatif dan kualitatif secara berurutan dengan tahap pertama penelitian kuantitatif untuk menjawab pertanyaan penelitian, kemudian dilakukan penelitian kualitatif untuk membantu menjelaskan hasil temuan pada penelitian kuantitatif secara mendalam (Hardisman, 2020).



Gambar 4.1-1 Desain Eksplanatori Sekuensial

Berdasarkan gambar 4.1-1 dapat dijelaskan pada penelitian *mix methods* dengan desain eksplanatori sekuensial. Tahapan pertama penelitian yang dilakukan adalah pengumpulan data kuantitatif dengan memberikan kuesioner berdasarkan variabel yang menjadi tujuan penelitian pada responden. Setelah data terkumpul maka dilakukan analisa data kuantitatif serta menginput data dengan software. Hasil yang didapat adalah hasil statistik pada tabel.

Penelitian kualitatif dilakukan setelah diperoleh hasil analisa data kuantitatif. Pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan cara wawancara dan FGD. Hasil yang diperoleh berupa transkrip data untuk memudahkan pengkodean. Setelah itu dilakukan analisa data kualitatif berdasarkan transkrip data serta melakukan pengkodean dan membuat tema-tema. Hasil yang didapat berupa interpretasi hasil

penelitian kualitatif menjelaskan hasil penelitian kuantitatif, maka diperoleh data hasil *needs assessment*.

Uraian lebih lanjut akan dipaparkan sebagai berikut:

4.1.1 Pendekatan Kuantitatif

4.1.1.1 Populasi dan Sampel

1) Populasi

Sugiyono (2018) menyatakan populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek dan subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Populasi dalam penelitian ini adalah perawat di Rumah Sakit di Sumatera Barat terdiri dari RSUD dr. Rasidin Padang, RS Pendidikan Unand, RSUD Arosuka Solok, RSUD P.Panjang, dengan jumlah populasi sebanyak 494 perawat.

2) Sampel

Sampel merupakan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoadmodjo, 2010). Sampel pada penelitian ini diambil dengan menggunakan teknik *proportional random sampling*. Pengambilan sampel secara proporsi dengan cara mengambil subyek dari setiap strata atau wilayah, ditentukan seimbang dengan banyaknya subyek dalam masing-masing strata atau wilayah (Sugiyono, 2018).

Sampel dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja memberikan asuhan keperawatan langsung kepada pasien. Pemilihan sampel dilakukan dengan mengikuti kriteria yang ditentukan.

Kriteria inklusi berupa:

- a. Masa kerja ≥ 6 bulan
- b. Tidak dalam keadaan sakit.
- c. Tidak dalam keadaan cuti
- d. Bersedia menjadi responden yang dinyatakan dengan menandatangani surat persetujuan sebagai subjek penelitian.

Perhitungan sampel menggunakan rumus Isaac dan Michael (Sugiono, 2018).

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

Keterangan :

n = Jumlah sampel yang diperlukan

N = Jumlah populasi

e = Tingkat kesalahan sampel (*sampling error*), biasanya ditetapkan 1% atau 5%.

Maka jumlah sampel yang diteliti adalah:

$$n = \frac{494}{1 + 494(0.05)^2}$$

Jadi, $n = 221$ orang

Adapun jumlah pembagian sampel untuk masing-masing rumah sakit adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{x}{N} \times Ni$$

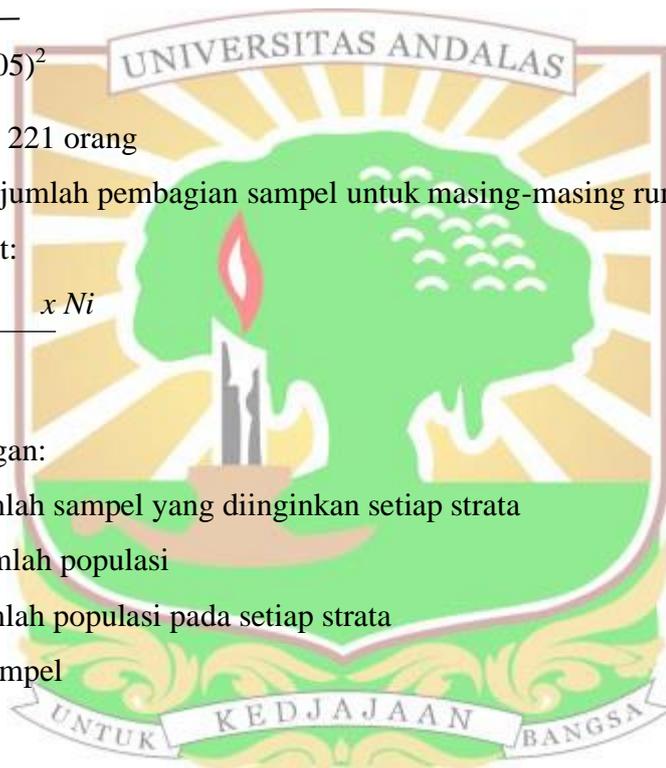
Keterangan:

n = Jumlah sampel yang diinginkan setiap strata

N = Jumlah populasi

x = Jumlah populasi pada setiap strata

Ni = Sampel



Tabel 4.1-1 Distribusi Sampel Menurut Rumah Sakit di Sumatera Barat

No	Rumah Sakit	Jumlah Ppopulasi	Jumlah Sampel per rumah sakit
1	RSUD dr. Rasidin Padang	154	$\frac{154}{494} \times 221 = 69$
2	RS Pendidikan Unand	77	$\frac{77}{494} \times 221 = 34$
3	RSUD Arosuka Solok	112	$\frac{112}{494} \times 221 = 50$
4	RSUD P.Panjang	151	$\frac{151}{494} \times 221 = 68$
TOTAL		494	221

4.1.1.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di RSUD dr. Rasidin Padang, RS Pendidikan Unand, RSUD Arosuka Solok, RSUD P. Panjang. Waktu penelitian dimulai bulan Januari 2021 – Juni 2022.

4.1.1.3 Variabel Penelitian & Definisi Operasional

Variabel dan definisi operasional penelitian dapat dilihat pada Tabel 4.2 berikut ini:

Tabel 4.1-2 Definisi Operasional Tahap 1

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Dependen				
Resiliensi/ Ketangguhan Perawat	Kemampuan atau kekuatan diri perawat dalam beradaptasi dan bertahan menghadapi tantangan serta perubahan untuk mengatasi setiap kesulitan di tempat kerja	Kuesioner Resiliensi (K. M. Connor & Davidson, 2003)	25 – 100	Rasio
Variabel Independen				
Distres Psikologis	Kondisi yang dialami perawat berkaitan dengan perasaan tidak menyenangkan dan adanya gangguan fisik	Kuesioner DASS-21.	<p>Kecemasan</p> <ul style="list-style-type: none"> • normal (0-7) • ringan (8-9) • sedang (10-14) • berat (15-19) • sangat berat (>20) <p>Stres</p> <ul style="list-style-type: none"> • normal (0-14) • ringan (15-18) • sedang (19-25) • berat (26-33) • sangat berat (>34) <p>Depresi</p> <ul style="list-style-type: none"> • normal (0-9) • ringan(10-13) • sedang (14-20) • berat (21-27) • sangat berat (>28). 	Ordinal
<i>Burnout</i>	Kondisi yang dialami perawat akibat adanya stress terkait pekerjaan yang menimbulkan rasa kelelahan secara fisik,	Kuesioner <i>Maslach Burnout Inventory</i>	0 – 132	Rasio

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	mental, dan emosional yang memengaruhi kinerja perawat			
Spiritualitas	Persepsi perawat dalam memaknai kehidupan dan dzat yang maha besar	Kuesioner, Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (Christopher, 1999).	0 – 48	Rasio
Mekanisme Koping	Respon perawat atau mekanisme pertahanan diri yang digunakan perawat dalam menyelesaikan masalah terhadap situasi yang tidak menyenangkan	Kuesioner <i>Brief COPE Inventory</i> (BCI) (Carver, 1997).	28 – 112	Rasio
Dukungan sosial	Persepsi perawat terhadap hubungan sosial dan interaksi antara perawat dengan orang lain untuk membantu mendukung perawat pada saat mengalami kesulitan dan tantangan	Kuesioner, <i>The Multidimensional Scale Perceived Social Support (MSPSS)</i> (Zimet, 1988).	0 – 48	Rasio
Dukungan organisasi	Persepsi perawat terhadap hubungan sosial dan interaksi antara perawat pimpinan/manajemen untuk membantu mendukung perawat pada saat mengalami kesulitan dan tantangan	Kuesioner, <i>Survey of Perceived Organizational Support</i> (Eisenberger, 1986).	0 – 60	Rasio

4.1.1.4 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan untuk penelitian berupa kuesioner dalam bentuk pernyataan-pernyataan yang diisi langsung oleh perawat. Pernyataan-pernyataan tersebut meliputi data demografi perawat, resiliensi, distress psikologis, burnout, dan faktor-faktor yang memengaruhi resiliensi: spiritualitas, mekanisme koping, dukungan sosial, dan dukungan organisasi.

A. Kuesioner Resiliensi Perawat

Pengukuran resiliensi atau ketangguhan perawat menggunakan kuesioner resiliensi dari (K. M. Connor & Davidson, 2003). Kuesioner resiliensi terdiri 5 dimensi yaitu: kompetensi personal, keyakinan terhadap insting, penerimaan positif, kontrol diri, dan spiritualitas. Instrumen terdiri dari 25 pertanyaan,

pengukuran menggunakan skala Likert dengan 4 kriteria penilaian sebagai berikut nilai 4 = benar hampir sepanjang waktu, 3 = sering benar, 2 = jarang benar, 1 = tidak benar sama sekali. Semua pertanyaan dalam bentuk positif. Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner dinyatakan valid dan reliabel dengan nilai $\alpha = 0.967$.

B. Kuesioner Distres Psikologis

Distres Psikologis diukur menggunakan kuesioner *Depression, Anxiety and Stress Scale-21* (DASS-21) terdiri dari 21 pertanyaan. Kuesioner DASS-21 mengukur tingkat stress, kecemasan, dan depresi dari tingkatan normal, ringan, sedang, berat, dan sangat berat. Pengukuran menggunakan skala Likert dengan 4 kriteria penilaian sebagai berikut nilai 3 = sangat sering dialami, 2 = sering dialami, 1 = kurang dialami, 1 = tidak pernah dialami. Kuesioner ini telah di uji validitas dan reliabilitas dengan nilai *Alpha Cronbach* 0,93.

C. Kuesioner Burnout

Burnout pada perawat diukur menggunakan kuesioner *Maslach Burnout Inventory* yang terdiri dari 22 pertanyaan. Kuesioner *burnout* terdiri dari 3 indikator yaitu: *emotional exhaustion, depersonalization, dan low personal accomplishment*. Pengukuran menggunakan skala Likert dengan 7 kriteria penilaian sebagai berikut: nilai 6 = setiap hari, nilai 5 = beberapa kali dalam seminggu, nilai 4 = satu kali dalam seminggu, nilai 3 = beberapa kali dalam sebulan, 2 = satu kali dalam sebulan, 1 = beberapa kali dalam setahun, 0 = tidak pernah. Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner dinyatakan valid dan reliabel dengan nilai $\alpha = 0.953$.

D. Kuesioner Spiritualitas

Spiritualitas perawat diukur menggunakan kuesioner, *Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality* (Christopher, 1999). Kuesioner spiritualitas terdiri dari 12 pertanyaan dan beberapa sub variabel yaitu: nilai keyakinan (2 pertanyaan), koping spiritual (6 pertanyaan), dan praktek keagamaan (4 pertanyaan). Pengukuran menggunakan skala Likert dengan 4 kriteria penilaian pada pertanyaan positif nilai 4 = sangat setuju, 3 = setuju, 2 = kurang setuju, 1 = tidak setuju. Sedangkan pada pertanyaan negatif, nilai 1 = sangat setuju, 2 = setuju,

3 = kurang setuju, 4 = tidak setuju. Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner dinyatakan valid dan reliabel dengan nilai $\alpha = 0.804$.

E. Kuesioner Mekanisme Koping

Kuesioner mekanisme koping menggunakan kuesioner *Brief COPE Inventory* (BCI) oleh Carver (1997) terdiri dari 28 pertanyaan. Kuesioner mekanisme koping terdiri dari 2 sub variabel yaitu; strategi koping adaptif dan strategi koping maladaptif. Pengukuran menggunakan skala Likert dengan 4 kriteria penilaian pada pertanyaan positif nilai 4 = selalu, 3 = sering, 2 = kadang-kadang, 1 = tidak pernah. Sedangkan pada pertanyaan negatif, nilai 1 = selalu, 2 = ssering, 3 = kadang-kadang, 4 = tidak pernah. Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner dinyatakan valid dan reliabel dengan nilai $\alpha = 0.955$.

F. Dukungan Sosial

Dukungan sosial diukur menggunakan kuesioner *The Multidimensional Scale Perceived Social Support (MSPSS)* oleh Zimet (1988), terdiri dari 12 pertanyaan. Pengukuran menggunakan skala Likert dengan 5 kriteria penilaian sebagai berikut: nilai 4 = selalu, 3 = sering, 2 = kadang-kadang, 1 = jarang, 0 = tidak pernah. Semua pertanyaan dalam bentuk positif. Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner dinyatakan valid dan reliabel dengan nilai $\alpha = 0.936$

G. Dukungan Organisasi

Dukungan organisasi diukur menggunakan kuesioner *Survey of Perceived Organizational Support* oleh Eisenberger (1986) terdiri dari 15 pertanyaan. Pengukuran menggunakan skala Likert dengan 5 kriteria penilaian sebagai berikut: nilai 4 = selalu, 3 = sering, 2 = kadang-kadang, 1 = jarang, 0 = tidak pernah. Semua pertanyaan dalam bentuk positif. Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner dinyatakan valid dan reliabel dengan nilai $\alpha = 0.922$.

4.1.1.5 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dilakukan untuk menentukan sejauh mana ketepatan alat ukur digunakan untuk mengukur data. Validitas instrumen dilakukan dengan menggunakan rumus *product moment* (Notoatmodjo, 2010) yaitu variable

dinyatakan valid bila skor variable tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Caranya dengan membandingkan r hitung dengan r table, bila r hitung lebih besar dari r table maka pertanyaan tersebut valid. Uji reliabilitas dilakukan dengan membandingkan r tabel dengan r hitung pada *Cronbach's Alpha*. Jika r pada *Cronbach's Alpha* $\geq 0,80$ maka pertanyaan pada instrument tersebut reliabel (Dharma, 2011).

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan di RSUD Prof. Dr. M Ali Hanfiah. Rumah sakit tersebut dipilih karena memiliki karakteristik hampir sama dengan RSUD lainnya di Sumatera Barat dengan sampel sebanyak 30 orang.

4.1.1.6 Pengolahan Data

Proses pengolahan data dilakukan melalui beberapa tahap yaitu (Notoatmodjo, 2010):

a. *Editing*

Editing bertujuan agar data yang diperoleh bersih, dan telah terisi, konsisten, relevan dan dapat dibaca dengan baik. Teknik *editing* dilakukan dengan meneliti tiap lembar kuesioner apakah sudah terisi semua oleh responden, bila data ada yang belum terisi dikembalikan kepada responden supaya dilengkapi.

b. *Coding*

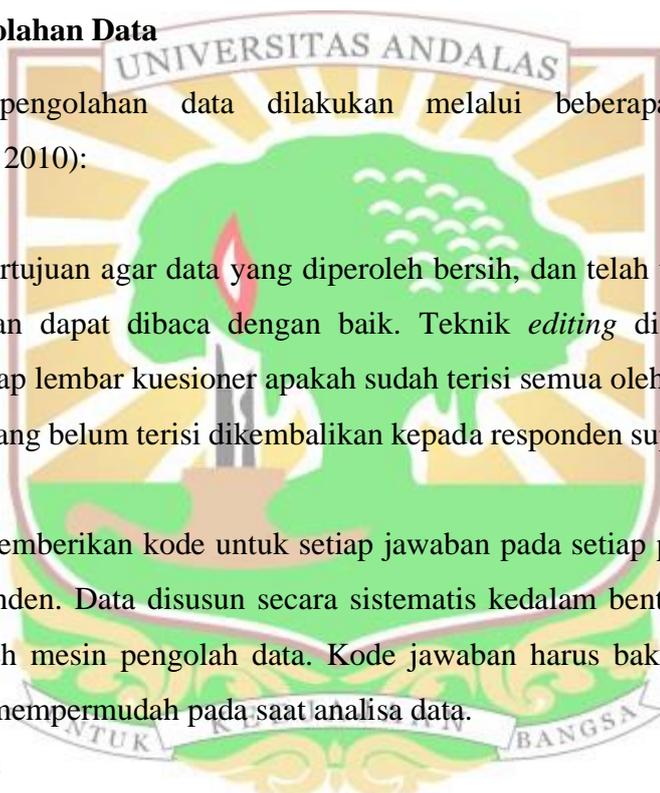
Peneliti memberikan kode untuk setiap jawaban pada setiap pernyataan yang diisi responden. Data disusun secara sistematis kedalam bentuk yang mudah dibaca oleh mesin pengolah data. Kode jawaban harus baku dan konsisten sehingga mempermudah pada saat analisa data.

c. *Entry data*

Data yang telah dilakukan pengkodean diolah dengan menggunakan bantuan program komputer.

d. *Cleaning*

Peneliti memastikan data yang masuk ke dalam mesin pengolah data sudah sesuai dengan kondisi sebenarnya untuk melihat kemungkinan-kemungkinan kesalahan kode, ketidak lengkapan dan sebagainya agar dapat dilakukan pembetulan atau koreksi.



4.1.1.7 Analisa Data

1) Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya. Data numerik menggunakan nilai mean (rata-rata), median, dan standar deviasi. Pada data kategorik peringkasan data hanya menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran prosentase atau proporsi. (Notoatmodjo, 2010):. Analisa univariat dilakukan pada variabel independen dan dependen pada penelitian ini.

2) Analisis Bivariat.

Analisis bivariat dilakukan untuk menguji hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. *Independent-test* digunakan untuk menguji beda mean dari 2 kelompok yang berbeda. Bila data tidak berdistribusi normal atau asumsi parametrik tidak terpenuhi maka menggunakan uji *Mann Withney Test*.

Analisis hubungan data berbentuk kategorik (≥ 3 kelompok) dengan numerik menggunakan uji Kruskal-Wallis bila syarat uji parametrik tidak terpenuhi..

Analisis hubungan data numerik dengan numerik atau data parametrik menggunakan uji korelasi pearson. Bila data tidak berdistribusi normal atau asumsi parametrik tidak terpenuhi maka menggunakan uji *spearman's rho*.

Uji non parametrik menjadi pilihan langsung karena menghapus atau mengeliminasi data ekstrim dan transformasi data dapat menghilangkan arti temuan yang sesungguhnya, sehingga data yang diolah tidak lagi mencerminkan hasil temuan yang asli (Osborne, 2008, dalam Hardisman, 2021).

3) Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan lebih dari satu variabel independen dengan satu variabel dependen. Analisa multivariat berguna untuk mengetahui faktor mana yang paling mempengaruhi resiliensi perawat.

Uji Regresi Linear Ganda (*Multiple Regression Linear*) merupakan analisis hubungan antara beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen.

Pada analisis ini jenis data pada variabel dependen harus numerik sedangkan pada variabel independen jenis data boleh semuanya numerik atau campuran numerik dan kategorik. (Hastono, 2007).

4.1.2 Pendekatan Kualitatif

Penelitian kualitatif bertujuan untuk membantu menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi pada perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat. Data didapatkan melalui teknik *indepth interview* dan *Focus Group Discussion (FGD)*. Untuk menjamin validasi hasil kualitatif, dilakukan triangulasi sumber data, yang dapat meningkatkan keyakinan terhadap jawaban yang diberikan oleh informan sehingga hasil penelitian dapat memberikan kesimpulan yang kredibel dan bertanggung jawab (Wibowo, 2014).

4.1.2.1 Informan/Partisipan

Sampel dalam penelitian kualitatif disebut partisipan. Moleong (2014) menyatakan partisipan adalah orang-orang yang terlibat dalam penelitian yang memberikan informasi kredibel tentang situasi dan kondisi terkait topik penelitian.

Teknik Pengambilan Sampel menggunakan *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik pemilihan sampel yang dilakukan berdasarkan maksud atau tujuan tertentu yang ditentukan oleh peneliti (Dharma Kelana K, 2011). Jumlah partisipan dalam penelitian kualitatif dianggap telah memadai bila datanya telah jenuh, yang ditandai partisipan sudah memberikan jawaban yang sama atau berulang-ulang terhadap pertanyaan yang diberikan. Saat pelaksanaan Focus Group Discussion (FGD), jumlah partisipan tidak lebih dari 10 orang dalam pelaksanaannya.

Partisipan dalam penelitian ini terdiri dari:

1. *Key person* yaitu perawat yang memberikan asuhan keperawatan di rumah sakit.
2. Partisipan pendukung merupakan orang-orang yang mengetahui dan memiliki informasi berkaitan dengan topik penelitian, yaitu Direktur rumah sakit, Kepala Bidang atau Kasi keperawatan serta Kepala Ruangan.

Penggalan informasi yang ditargetkan pada partisipan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.1-3 Penggalan Informasi dan Masalah pada Partisipan

Faktor-faktor yang berkontribusi	Target Individu/tempat	Metoda	Informasi
Distres Psikologis	Perawat	<i>Indepth interview</i>	Hal-hal yang menyebabkan perawat mengalami distres psikologis.
<i>Burnout</i>	Perawat	<i>Indepth interview</i>	Hal-hal yang menyebabkan perawat mengalami <i>burnout</i> .
Resiliensi	Perawat	<i>Indepth interview</i>	a. Perasaan yang dialami ketika adanya situasi krisis. b. Sikap/tindakan yang dilakukan dalam menghadapi masalah/perubahan. c. Cara perawat bertahan dalam menghadapi masalah di tempat kerja.
Resiliensi	Direktur, KaBid/Kasi Keperawatan & Kepala Ruangan	<i>FGD</i>	a. Sikap/tindakan yang telah dilakukan dalam menghadapi masalah pada perawat b. Bantuan yang telah diberikan kepada perawat dalam menghadapi krisis/masalah dalam pekerjaan

4.1.2.2 Instrumen Penelitian

Saat pengumpulan data pada partisipan peneliti menggunakan bantuan pedoman wawancara dengan pertanyaan terbuka dan alat perekam suara. Pedoman wawancara dibuat berdasarkan tujuan penelitian untuk menggali informasi secara mendalam pada partisipan terkait distress psikologis, burnout, resiliensi dan faktor-faktor yang memengaruhinya.

4.1.2.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di RSUD dr. Rasidin Padang, RSUD Arosuka Solok, RSUD P.Panjang, RS Pendidikan Unand Unand. Waktu penelitian dimulai bulan Januari 2021 – Juni 2022.

4.1.2.4 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data pada penelitian kualitatif menggunakan pendekatan : 1) pengamatan; 2) wawancara; 3) dokumen ; 4) bahan audiovisual (Creswell, 2015).

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara mendalam (*in-depth-interview*) dan *Focus Grup Discussion* (FGD). Pedoman wawancara menjadi panduan peneliti dalam mewawancarai partisipan. Wawancara mendalam dilakukan pada perawat yang memberikan asuhan keperawatan langsung pada pasien yang bertujuan untuk mendalami secara detail, luas dan dalam terkait resiliensi perawat.

Pengumpulan data kualitatif pada pimpinan perawat yaitu Ka.Bid/Kasi keperawatan dan Kepala Ruangan dilakukan dengan cara FGD. Metode FGD dapat menggali informasi dari suatu kelompok informan dalam waktu yang relatif singkat dari pada wawancara. Pada kegiatan FGD peneliti dapat mengetahui kesamaan informasi yang diberikan peserta sehingga akan lebih cepat diperoleh data yang saturasi. Perbedaan pandangan antar peserta dalam proses diskusi juga terlihat saat FGD berlangsung sehingga dapat diketahui hal yang mendasari perbedaan tersebut.

Proses penelitian dimulai dengan mengurus perizinan di rumah sakit yang dijadikan penelitian yaitu : RSUD dr. Rasidin Padang, RS Pendidikan Unand, RUD P.Panjang, RSUD Arosuka Solok. Setelah izin didapatkan maka selanjutnya peneliti menghubungi *key person* yaitu perawat yang memberikan asuhan langsung kepada pasien serta sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti. Peneliti mengadakan pendekatan pada partisipan dengan cara melakukan komunikasi dan membina hubungan percaya sehingga mendapatkan data yang dibutuhkan melalui wawancara. Peneliti juga melakukan FGD dengan para pimpinan rumah sakit : KaBid/Kasi Keperawatan dan Kepala Ruangan untuk mendapatkan gambaran yang komprehensif. Pada saat kegiatan penelitian menggunakan alat perekam suara berupa *voice recorder*.

4.1.2.5 Pengolahan dan Analisa Data Kualitatif

Analisis data kualitatif merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain, sehingga dapat mudah difahami, dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain. Analisis data dalam penelitian kualitatif dimulai dengan menyiapkan dan mengorganisir data (data teks seperti transkrip atau data gambar seperti foto) untuk dianalisis, kemudian mereduksi data tersebut menjadi tema

melalui proses pengodean dan peringkasan kode, terakhir menyajikan data dalam bentuk bagan, tabel, atau pembahasan (Creswell, 2015).

Langkah-langkah analisis data sebagai berikut (Dharma KK, 2011):

1) Membuat transkrip data.

Data yang terekam dalam tape recorder, catatan lapangan (*field note*) atau dokumentasi lainnya kemudian ditranskrip menjadi suatu teks narasi berisi pernyataan partisipan atau catatan hasil observasi.

2) Menentukan *meaning unit*

Meaning unit adalah kata, kalimat, atau paragraph yang saling berhubungan melalui isinya dan membentuk suatu makna. Data yang tidak relevan dan tidak sesuai dengan tujuan penelitian dapat dihilangkan tanpa mengurangi makna dari data secara keseluruhan. Pemilihan *meaning unit* membuat peneliti lebih fokus dalam melakukan analisis isi.

3) Meringkas dan mengorganisir data

Pada tahap ini data yang mengandung makna (*meaning unit*) diatur dan dikelompokkan sesuai dengan topik atau pertanyaan yang diajukan. Mengelompokkan dan mengurutkan *meaning unit* sesuai dengan topik akan mempermudah peneliti dalam menganalisa data.

4) Melakukan abstraksi data

Abstraksi data yaitu mengelompokkan data yang memiliki makna yang sama kemudian membuat label terhadap data tersebut. Peneliti membuat label terhadap suatu unit data, mengelompokkan beberapa label yang serupa menjadi satu kategori tertentu serta membuat suatu tema dari beberapa kategori yang saling berhubungan.

Abstraksi data terdiri dari 3 tahap, yaitu:

- a. Koding yaitu membuat label dari data yang memiliki makna tertentu. Setiap meaning unit diberi label dengan kode berupa kata atau frase yang dibuat oleh peneliti atau berdasarkan apa yang disampaikan oleh partisipan.
- b. Membuat kategori. Setelah membuat label data, peneliti kemudian membuat kategori dari beberapa label. Beberapa kode atau label yang sama dikelompokkan menjadi suatu kategori, sedangkan beberapa kode lainnya membentuk kategori yang lain pula.

c. Menyusun tema. Tema merupakan ekspresi isi sebuah teks yang telah dibuat dalam bentuk kategori. Satu tema disusun dari beberapa kategori-kategori dalam kelompok yang sama.

5) Mengidentifikasi variabel dan hubungan antar variabel secara kualitatif

Tema-tema yang telah teridentifikasi dirumuskan dan dikelompokkan menjadi suatu variabel. Variabel-variabel yang teridentifikasi dari kumpulan tema selanjutnya dilihat kecenderungan hubungannya secara kualitatif. Pada tahap ini peneliti melakukan verifikasi data secara keseluruhan untuk mendukung adanya hubungan sebab akibat secara kualitatif.

6) Menarik Kesimpulan

Peneliti pada tahap ini harus memahami kembali seluruh isi data dan mengidentifikasi benang merah dari kumpulan kategori, tema, hubungan antar tema dan variable. Pemahaman tentang benang merah ini akan menghasilkan suatu wawasan baru tentang fenomena yang diteliti.

Untuk mendapatkan data yang handal pada penelitian kualitatif maka peneliti melakukan triangulasi yaitu:

1. Triangulasi Sumber

Pendekatan ini digunakan mendapatkan data yang sama dari kelompok partisipan atau pemberi informasi yang berbeda. Semakin banyak sumber informasi serta mendapatkan data yang saturasi maka data tersebut semakin sahih. Melalui triangulasi sumber, peneliti akan dapat pengecekan ulang terhadap informasi yang diberikan oleh partisipan sebelumnya serta begitu juga sebaliknya. Data yang sudah saturasi dapat dikonstruksikan atau disimpulkan menjadi satu kesimpulan yang sama dari banyak partisipan, yang menunjukkan data tersebut valid.

2. Triangulasi Metode

Pada triangulasi metode, peneliti mendapatkan data yang sama dengan metode yang berbeda. Peneliti menggunakan metode wawancara (*in-depth-interview* dan *Focus Grup Discussion*) juga dapat melakukan telaah dokumentasi serta observasi. Data yang diperoleh pada suatu metode akan diperiksa silang, diuji kebenarannya atau dikonfirmasi dengan metode lainnya. Kesamaan informasi

yang didapatkan merujuk pada data yang saturasi serta dapat menjadi suatu kesimpulan dan data yang valid.

4.1.3 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip etika penelitian. Tanggung jawab dasar dari peneliti adalah melindungi semua peserta penelitian dari kesalahan atau bahaya yang ditimbulkan selama mereka berpartisipasi dalam suatu penelitian. Etika penelitian tidak hanya melindungi hak subjek manusia tetapi juga mencakup rentang prinsip yang lebih luas (Blais, 2007). Terdapat empat prinsip utama dalam etika penelitian keperawatan (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2004; Milton, 1999 dalam Dharma, 2011):

1. Menghormati harkat dan martabat manusia

Penelitian dilaksanakan dengan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Peneliti menghargai hak dan kebebasan responden untuk menentukan keikutsertaan berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti memberikan informasi secara jelas tentang penelitian secara lisan dan tertulis. Responden diberikan kesempatan untuk membaca penjelasan penelitian dan lembar persetujuan. Informasi yang diberikan sebelum persetujuan berisi tentang maksud dan tujuan penelitian, manfaat penelitian, prosedur penelitian dan penjelasan tentang jaminan kerahasiaan dan anonimitas. Responden diberi kebebasan untuk ikut atau tidak ikut dalam penelitian ini. Responden yang bersedia menjadi subjek penelitian menyatakan persetujuannya dengan menandatangani lembar persetujuan. Responden berhak untuk mengundurkan diri dari keikutsertaan sebagai subjek penelitian, kapanpun sesuai dengan keinginan subjek.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian

Responden mempunyai hak untuk dihargai terhadap kerahasiaan informasi yang diberikan. Peneliti berusaha merahasiakan berbagai informasi yang menyangkut privasi responden yang tidak ingin identitas dan segala informasi tentang dirinya diketahui orang lain. Kuesioner yang telah diisi oleh responden dijaga kerahasiaannya dengan cara meniadakan identitas seperti nama responden diganti dengan kode tertentu. Peneliti menjamin kerahasiaan informasi dari data yang diberikan oleh subjek penelitian dengan menggunakannya hanya untuk

kepentingan penelitian ini serta menyimpan data hasil penelitian dengan sebaik mungkin, dan memusnahkan data yang tidak diperlukan lagi.

3. Keadilan dan keterbukaan

Peneliti memperlakukan responden dengan adil dengan cara terbuka sesuai dengan kejelasan prosedur penelitian. Peneliti memperlakukan setiap responden dengan moral yang benar dan pantas, serta memberikan hak yang sama, tidak membedakan perlakuan antara subjek yang satu dengan yang lain. Peneliti akan memberikan modul penelitian kepada rumah sakit untuk diberikan kepada perawat yang menjadi kelompok kontrol dalam penelitian setelah model dan modul penelitian ini dinyatakan valid.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan

Penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang diperoleh responden dan populasi di tempat penelitian serta meminimalisir risiko yang merugikan bagi responden. Responden diberikan jaminan bahwa data yang didapatkan dijamin kerahasiaannya dan tidak berdampak terhadap karier responden. Data yang sudah didapatkan disimpan dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

4.2 Penelitian Tahap 2 : *Design*

Hasil dari penelitian tahap I pada penelitian kuantitatif adalah mengetahui distress psikologis, *burnout*, resiliensi dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Selanjutnya hasil penelitian kualitatif pada tahap I mendalami dan memperluas hasil penelitian kuantitatif. *Out put* penelitian tahap I adalah berupa data hasil *Needs Assesment*. Selanjutnya pada tahapan II, hasil penelitian di tahap pertama akan menjadi dasar bagi pengembangan model resiliensi yang diwujudkan dalam bentuk “Modul Pelatihan Resiliensi Perawat Dalam Upaya Meningkatkan Ketangguhan Untuk Mencegah Terjadinya Distres Psikologis dan Burnout di Tempat Kerja”.

Langkah awal dalam penyusunan modul, peneliti akan melakukan penelusuran literatur terkait resiliensi perawat dalam mencegah distress psikologis dan *burnout* pada perawat untuk mendapatkan teori, konsep serta model yang mendasari dalam pengembangan model ini. Literatur yang digunakan berupa artikel-artikel penelitian yang telah dipublikasikan baik pada jurnal dalam negeri maupun luar negeri serta buku-buku yang terkait dengan penyusunan modul

resiliensi perawat. Peneliti mempelajari teori-teori dan model resiliensi perawat yang digunakan dalam pembuatan modul ini.

Langkah berikutnya yang akan peneliti lakukan adalah menyusun *blue print* terkait modul resiliensi perawat berdasarkan hasil analisis penelitian kualitatif dan kuantitatif sebelumnya. Peneliti merumuskan topik-topik berdasarkan hasil analisis pada penelitian tahap I seterusnya topik-topik tersebut akan dikembangkan menjadi garis-garis besar isi dari modul resiliensi perawat. Peneliti juga mengintegrasikan beberapa teori dan konsep yang berkaitan dengan pembentukan model resiliensi. Teori utama yang menjadi landasan Model resiliensi adalah Model Imogene King.

4.3 Penelitian Tahap 3 : *Development* (Pengembangan Model Resiliensi)

Kegiatan yang akan dilakukan pada tahapan ini adalah:

1. Peneliti akan menyusun dan mengembangkan model. Setelah *blue print* model *resiliensi* dirancang, tahapan selanjutnya peneliti mewujudkan *blue print* menjadi modul cetak. Modul ini diperlukan untuk media atau alat bantu bagi peneliti dalam menerapkan model resiliensi serta materi yang akan disampaikan kepada perawat. Peneliti juga melakukan studi literatur untuk menemukan konsep atau landasan teoritis yang memperkuat suatu modul untuk dikembangkan dan menyusun modul dari mengintegrasikan beberapa teori dan model yang berkaitan dengan resiliensi perawat terhadap distress psikologis dan burnout pada perawat.
2. Konsultasi Pakar. Melibatkan konsultasi dengan pakar dalam pembuatan modul. Konsultasi pakar dilakukan untuk memperoleh masukan dan persetujuan atas modul dan model yang akan diterapkan melalui diskusi dan tanya jawab terkait substansi, dan sistematika yang digunakan dengan kapasitas pengetahuan, pengalaman, dan jenjang pendidikan yang tinggi.
3. Validasi Modul. Modul yang telah tersusun akan dilakukan validasi menggunakan instrumen penilaian dari Badan Standar Nasional Pendidikan (BSNP) tahun 2006 yang telah dimodifikasi. Lembar penilaian modul dengan butir penilaian sebagai berikut :
 - a. Kelayakan isi terdiri dari: kesesuaian materi dengan teori.

- b. Kebahasaan terdiri dari: sesuai dengan tingkat kemampuan penerimaan, komunikatif, kesesuaian dengan kaidah bahasa Indonesia, keruntutan dan kesatuan gagasan serta penggunaan istilah.
- c. Kelayakan kegrafikan terdiri dari: ukuran modul, desain sampul modul, dan desain.

Kriteria penilaian akhir menurut BNSP adalah sebagai berikut:

Tabel 4.3-1 Kriteria Penilaian Modul Menurut BNSP

Skor Nilai	Kriteria
81,25% < skor ≤ 100%	Sangat Layak
62,50% < skor ≤ 81,25%	Layak
43,75% < skor ≤ 62,50%	Kurang Layak
25% < skor ≤ 43,75%	Tidak Layak

Konsultasi pakar melibatkan empat orang pakar yaitu pakar keperawatan manajemen, pakar psikologi, pakar bahasa, dan pakar modul. Kriteria pendidikan pakar ahli adalah S3. Berikut daftar pakar ahli yang dilibatkan dalam konsultasi dan penilaian modul.

Tabel 4.3-2 Daftar Pakar yang Memvalidasi Modul Resiliensi Perawat

No	Pakar	Nama
1	Ahli Materi	Dr. Yulastri Arif, M.Kep Dr. Yantri Maputra, M, Ed
2	Ahli Bahasa	Dr. Fajri Usman, M.S
3	Ahli Modul	Prof. Dr. Mudjiran, M.S, Kons

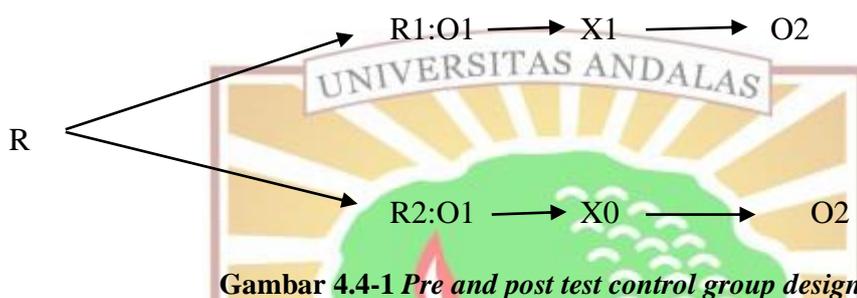
4. Uji Coba Model dan Modul. Pelaksanaan uji coba model dan modul dilakukan pada 30 perawat di RSUD dr. Rasidin untuk mendapatkan gambaran apakah modul ini dapat diterapkan. Responden pada tahapan uji coba model dan modul akan diminta penilaiannya terhadap pelaksanaan model dan modul pelatihan resiliensi perawat. Hasil uji coba dilakukan perbaikan seperlunya agar mendapatkan model dan modul yang layak untuk digunakan pada tahap implementasi pada tahapan penelitian berikutnya.

4.4 Penelitian Tahap 4 : *Implementation*

Pada tahap ini akan dilakukan implementasi terhadap model yang telah dibuat dengan melakukan uji coba model resiliensi perawat sehingga diketahui kekuatan

dan kelemahan terhadap model tersebut. Pada tahap ini, peneliti akan melakukan intervensi modul kepada perawat yang ada di rumah sakit. Peneliti akan melakukan penelitian *quasi eksperiment* dengan *pre and post test control group design*. Pada desain ini penelitian dibagi menjadi dua kelompok. Satu kelompok adalah kelompok perlakuan yang akan mendapatkan pelatihan terkait resiliensi dengan menggunakan modul sedangkan kelompok kontrol sebagai pembanding tidak mendapat perlakuan sama sekali.

Skema *pre and post test control group design* adalah sebagai berikut:



Gambar 4.4-1 *Pre and post test control group design*

Keterangan Gambar :

R : Responden penelitian

R1: Responden kelompok perlakuan yang mendapatkan pelatihan resiliensi serta diberikan modul

R2: Responden kelompok kontrol tanpa perlakuan

O1: *Pre-test* pada kedua kelompok sebelum perlakuan

O2: *Post-test* pada kedua kelompok setelah perlakuan

X1: Intervensi pada kelompok perlakuan sesuai protokol

X0: Kelompok kontrol tanpa perlakuan

4.4.1 Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah perawat di RSUD P.Panjang untuk kelompok perlakuan dan perawat di RSUD Arosuka untuk kelompok kontrol. Sampel pada penelitian ini diambil dengan menggunakan teknik purposive sampling. Sampel dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Jumlah sampel sebanyak 60 orang, masing-masing 30 sampel dikelompok perlakuan dan 30 sampel dikelompok kontrol.

Khusus untuk penelitian eksperimen dan komparatif, menurut Borg and Gall (2007) diperlukan sampel 15-30 responden setiap kelompok yang akan dibandingkan

Pemilihan sampel dilakukan dengan mengikuti kriteria yang ditentukan.

Kriteria inklusi berupa:

- a. Masa kerja \geq 6 bulan
- b. Tidak dalam keadaan sakit.
- c. Tidak dalam keadaan cuti
- d. Bersedia menjadi responden yang dinyatakan dengan menandatangani surat persetujuan sebagai subjek penelitian.

4.4.2 Tempat & Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan RSUD P.Panjang dan RSUD Arosuka Solok. Waktu penelitian dimulai bulan Januari 2021 – Juni 2022.

4.4.3 Variabel penelitian dan Definisi Operasional Variabel

Variabel dan definisi operasional penelitian tahap 4 dapat dilihat pada Tabel 4.4-1 di bawah ini:

Tabel 4.4-1 Definisi Operasional Penelitian Tahap IV

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel Independen				
Modul pelatihan resiliensi perawat dalam upaya meningkatkan ketangguhan untuk mencegah terjadinya distress psikologis dan <i>burnout</i> di tempat kerja.	Modul resiliensi perawat dalam upaya meningkatkan ketangguhan perawat menghadapi masalah dan tantangan yang dihadapi dalam pekerjaan untuk mencegah distress psikologis dan <i>burnout</i> pada perawat			
Variabel Dependen				
Resiliensi atau ketangguhan perawat	Kemampuan perawat dalam beradaptasi dan menghadapi tantangan serta	Kuesioner (K. M. Connor &	25 – 100	Rasio

perubahan untuk mengatasi Davidson,
setiap kesulitan di tempat kerja 2003)

4.4.4 Prosedur Pengumpulan Data

Pada tahap persiapan peneliti mengurus surat perizinan penelitian ke RSUD Padang Panjang serta RSUD Arosuka Solok. Pada tahap pelaksanaan peneliti sebelumnya berkoordinasi dengan pihak manajerial rumah sakit terkait jadwal, tempat, dan peserta pelatihan. Peneliti juga menentukan responden sesuai dengan kriteria yang sudah ditetapkan. Saat pelaksanaan pelatihan akan diberikan materi pelatihan resiliensi perawat dalam upaya meningkatkan ketangguhan untuk mencegah distres psikologis dan *burnout* di tempat kerja menggunakan modul yang sudah dibuat sebelumnya. Sebelum dan sesudah pelatihan responden/peserta pelatihan akan diminta untuk mengisi kuesioner terkait resiliensi perawat.

4.4.5 Analisa data

4.4.5.1 Analisa Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya. Data numerik menggunakan nilai mean (rata-rata), median, dan standar deviasi. Pada data kategorik peringkasan data hanya menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran prosentase atau proporsi. (Notoatmodjo, 2010).

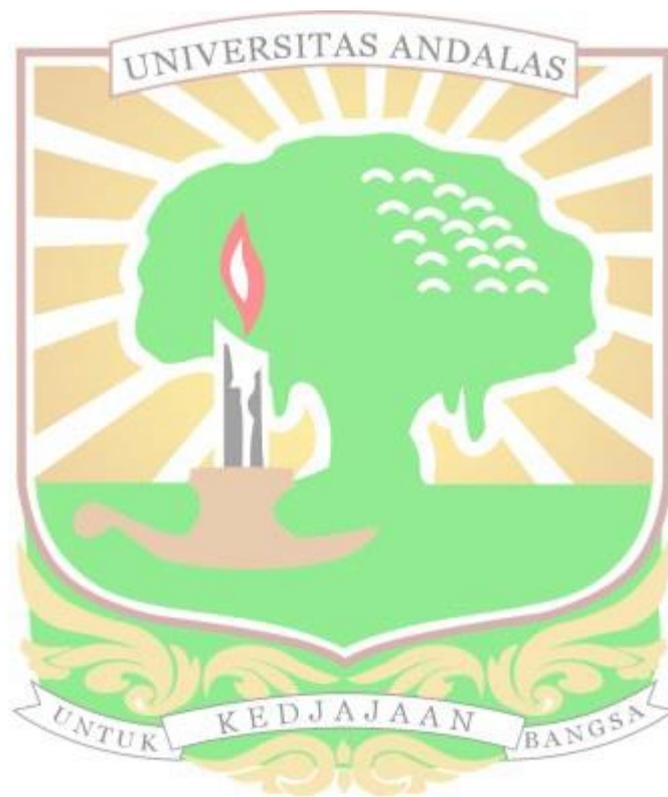
4.4.5.2 Analisa Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk melihat perbedaan rerata ketangguhan/resiliensi perawat sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan. Uji Independent t-test digunakan untuk menguji beda mean dari 2 kelompok yang berbeda. Jika data tidak berdistribusi normal atau asumsi parametrik tidak terpenuhi maka menggunakan uji *Mann Withney Test*.

Uji *Paired t-test* digunakan untuk menguji beda mean dari 2 hasil pengukuran pada kelompok yang sama (misalnya beda mean pre test dan post test). Jika data tidak berdistribusi normal atau asumsi parametrik tidak terpenuhi maka menggunakan uji *Wilcoxon test*. Variabel tersebut dikatakan ada pengaruh/efektif/ada perbedaan jika $p \text{ value} \leq 0,05$ ($p < \alpha$).

4.5 Penelitian Tahap 5 : *Evaluation*

Evaluasi dilakukan pada semua tahapan, baik tahap 1, 2, 3, dan 4 yang berguna untuk mengetahui kelemahan dan kekurangan pada saat tahapan penelitian. Ketika ditemukan kelemahan dan kekurangan pada saat dilakukan penelitian pada tahap tersebut, maka peneliti akan langsung melakukan perbaikan sehingga tujuan penelitian tercapai. Output Penelitian Tahap 5 berupa Model/Modul pelatihan resiliensi perawat hasil pengembangan (Prototype Model/Modul).



BAB V HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di dua kota dan satu kabupaten di Provinsi Sumatera Barat yaitu Kota Padang, Padang Panjang dan Kabupaten Solok. Kota Padang adalah ibu kota Provinsi Sumatera Barat. Secara geografis Kota Padang berada diantara 0^o44' dan 01^o08' Lintang Selatan serta antara 100^o05' dan 100^o34' Bujur Timur. Menurut Perda No. 10 Tahun 2005 luas wilayah Kota Padang secara administratif adalah 1.414,96 Km². Kota Padang yang membujur dari Utara ke Selatan memiliki pantai sepanjang 68,126 km dan terdapat deretan Bukit Barisan dengan panjang daerah bukit (termasuk sungai) 486,209 Km² (Diskominfo, 2016).

Batas-batas wilayah Kota Padang sebelah Utara dengan Kabupaten Padang Pariaman, sebelah Selatan dengan Kabupaten Pesisir Selatan, sebelah Timur dengan Kabupaten Solok, sebelah Barat dengan Samudera Hindia. Secara Administratif, Kota Padang memiliki 11 Kecamatan dan 104 Kelurahan (Diskominfo, 2016).

Peneliti melakukan penelitian di dua rumah sakit yang ada di Kota Padang yaitu RSUD dr. Rasidin Padang dan Rumah Sakit Universitas Andalas. RSUD dr. Rasidin Padang terletak di Kecamatan Kuranji, Kelurahan Sungai Sapih, Sungai Sapih, Jl. Air Paku.



Gambar 5.1-1 Denah Lokasi RSUD dr Rasidin Padang

Rumah Sakit kedua yang diteliti oleh peneliti di Kota Padang. Rumah Sakit Unand merupakan Rumah Sakit Perguruan tinggi Negeri (RSPTN) yang berada

dibawah pengelolaan Universitas Andalas. Rumah Sakit Unand berada di kompleks kampus Unand Limau Manis, kecamatan Pauh, kota Padang, Sumatera Barat (Rumah Sakit Universitas Andalas, 2022).



Gambar 5.1-2 Denah Lokasi Rumah Sakit Universitas Andalas

Selain Kota Padang peneliti juga melakukan penelitian di Kota Padang Panjang. Luas wilayah Kota Padang Panjang adalah 2.300 Ha atau sekitar 0.05% dari luas Provinsi Sumatera Barat. Secara geografis Padang Panjang terletak antara $100^{\circ}20'$ dan $100^{\circ}27'$ Bujur Timur serta $0^{\circ}27'$ dan $0^{\circ}30'$ Lintang Selatan. Berbatasan Langsung dengan dua kecamatan di Kabupaten Tanah Datar yaitu Sebelah Barat dengan Kecamatan X Koto, Sebelah Timur dengan Kecamatan Batipuh, Sebelah Utara dengan Kecamatan X Koto, Sebelah Selatan dengan Kecamatan X Koto. Kota Padang Panjang terdiri dari dua Kecamatan yaitu Kecamatan Padang Panjang Barat dan Kecamatan Padang Panjang Timur (Badan Pusat Statistik Kota Padang Panjang, 2022).

Rumah sakit di Kota Padang Panjang ada dua yaitu RSUD Kota Padang Panjang dan RS Ibnu Sina Padang Panjang. Peneliti melakukan penelitian di RSUD Kota Padang Panjang yang terletak di Kelurahan Ganting, Jl. Tabek Gadang, Kecamatan Padang Panjang Timur, Kota Padang Panjang.



Gambar 5.1-3 Denah Lokasi RSUD Padang Panjang

Lokasi penelitian selanjutnya di Kabupaten Solok. Secara geografis Kabupaten Solok saat ini terletak diantara $01^{\circ}20'27''$ dan $01^{\circ}21'39''$ Lintang Selatan dan $100^{\circ}25'00''$ dan $100^{\circ}33'43''$ Bujur Timur. Luas wilayah Kabupaten Solok \pm 373.800 Ha yang terbagi dalam 14 kecamatan dengan 74 Nagari dan 414 Jorong. Adapun batas-batas wilayah administrasi Kabupaten Solok yaitu sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Tanah Datar, sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Solok Selatan, sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Pesisir Selatan dan Kota Padang, sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Sawahlunto/Sijunjung (Pemerintah Daerah Kabupaten Solok, 2017).

Penelitian dilakukan di RSUD Arosuka Solok, yang terletak di Jl. Raya Solok Padang KM 20, Koto Gaek Guguak, Gunung Talang, Kabupaten Solok.



Gambar 5.1-4 Denah Lokasi RSUD Arosuka Solok

5.2 Hasil Penelitian Tahap 1 (Analyse)

Penelitian tahap 1 menggunakan metoda campuran (*mixed methods research*). Desain penelitian berupa esplanatori sekuensial. Pada tahap pertama, penelitian menggunakan metode kuantitatif dengan melakukan pengumpulan data menggunakan kuesioner. Data yang dikumpulkan adalah terkait distres psikologis, *burnout*, resiliensi dan faktor-faktor yang memengaruhi resiliensi: spiritualitas, mekanisme koping, dukungan sosial, dan dukungan organisasi pada perawat.

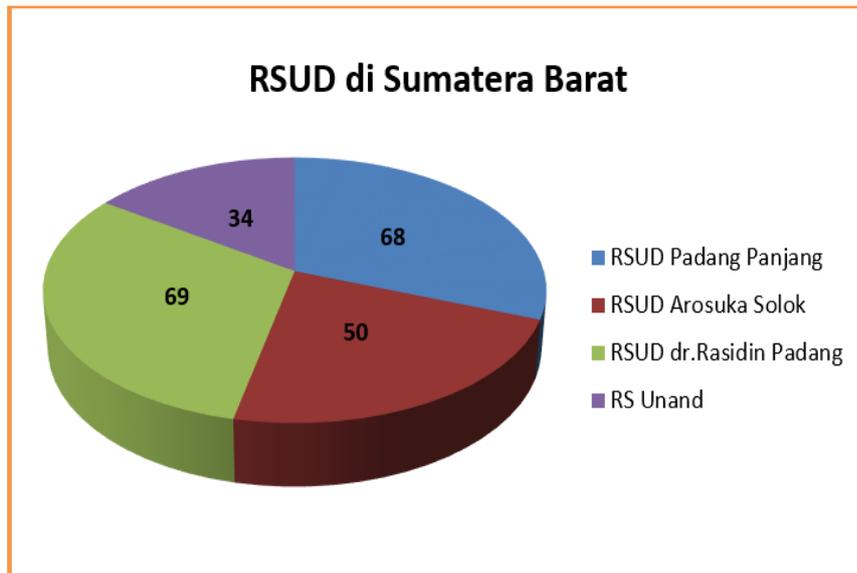
Metode selanjutnya yang digunakan dalam penelitian tahap 1 adalah metoda kualitatif yang bertujuan menjelaskan hasil temuan pada penelitian kuantitatif secara mendalam. Penelitian kualitatif dilakukan dengan wawancara mendalam kepada perawat serta melaksanakan FGD dengan para manajer rumah sakit.

5.2.1 Hasil Penelitian Kuantitatif

Hasil penelitian kuantitatif menampilkan data-data karakteristik perawat, distres psikologis, *burnout*, resiliensi dan faktor-faktor yang memengaruhi resiliensi: spiritualitas, mekanisme koping, dukungan sosial, dan dukungan organisasi pada perawat. Analisis data ditampilkan dalam bentuk data univariat, bivariat serta multivariat dari variabel yang diteliti.

Total sampel penelitian tahap 1 dengan metode kuantitatif adalah 221 responden dengan sebaran sebagai berikut (Tabel 5.2-1): RS Unand 34 orang

(15,4%), RSUD dr. Rasidin 69 Orang (31,2%), RSUD Padang Panjang 68 orang (30,8%), dan RSUD Arosuka Solok 50 orang (22,6%).



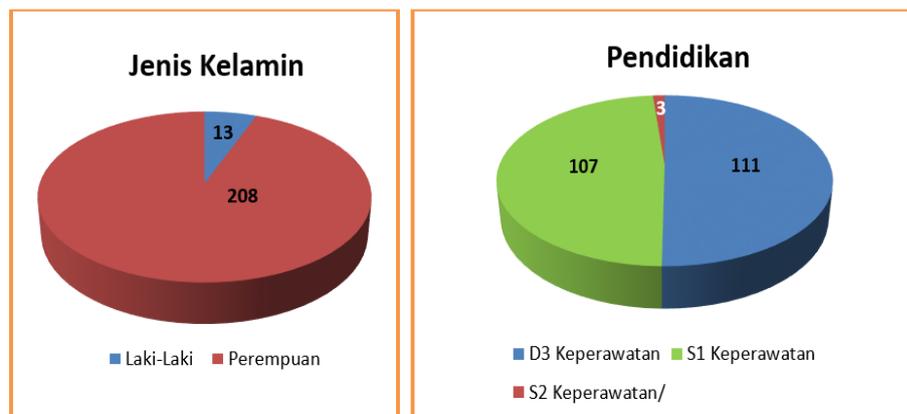
Gambar 5.2-1 Distribusi Responden di Rumah Sakit Sumatera Barat

5.2.1.1 Analisa Univariat

Analisa univariat pada penelitian kuantitatif pada tahap 1 data ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi, nilai mean, median dan standar deviasi.

A. Karakteristik Responden di Rumah Sakit Sumatera Barat

Hasil analisis karakteristik responden perawat menurut jenis kelamin dan tingkat pendidikan berdasarkan kategorik yang telah ditentukan sebelumnya.



Gambar 5.2-2 Distribusi Karakteristik Perawat Menurut Jenis Kelamin dan Tingkat Pendidikan di RS Sumatera Barat (n = 221)

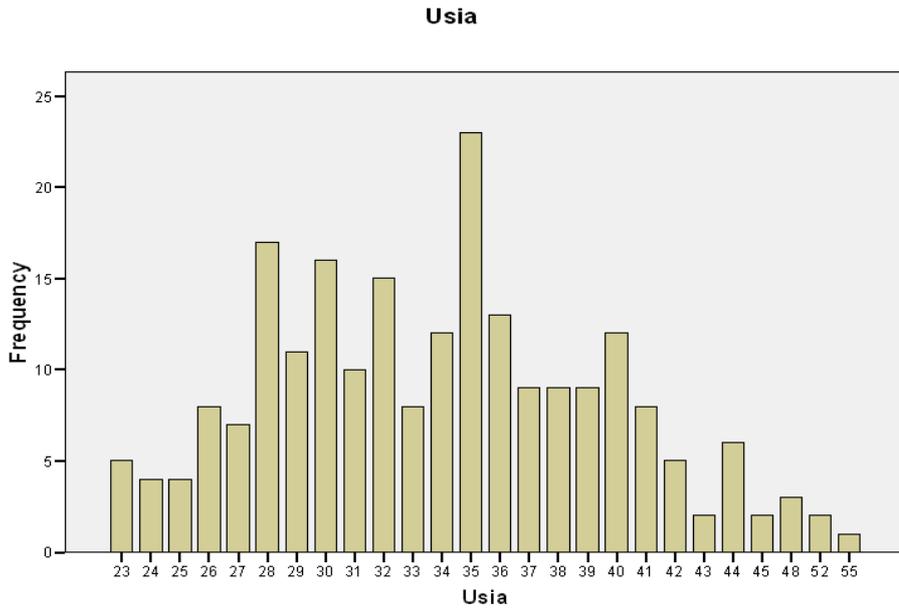
Berdasarkan Gambar 5.2-2 gambaran karakteristik responden menurut jenis kelamin dan tingkat pendidikan didapatkan sebanyak 208 perawat (94,1%) dengan jenis kelamin perempuan dan sebanyak 111 perawat (50,2%) dengan tingkat pendidikan D3 Keperawatan.

Hasil analisis karakteristik responden perawat menurut usia dan lama kerja ditampilkan berdasarkan nilai mean dari masing-masing variabel usia dan lama kerja.

Tabel 5.2-1 Distribusi Karakteristik Perawat Menurut Usia dan Lama Kerja di RS Sumatera Barat (n =221)

No	Variabel	Mean (\pm SD)	Median (Min-Max)	95% CI
1.	Usia	33,96 tahun (5,968)	34 tahun (23 tahun – 55 tahun)	33,17 – 34,75
2.	Lama Bekerja	7,8 tahun (5,311)	8 tahun (6 bulan – 23 tahun)	7,14 – 8,548

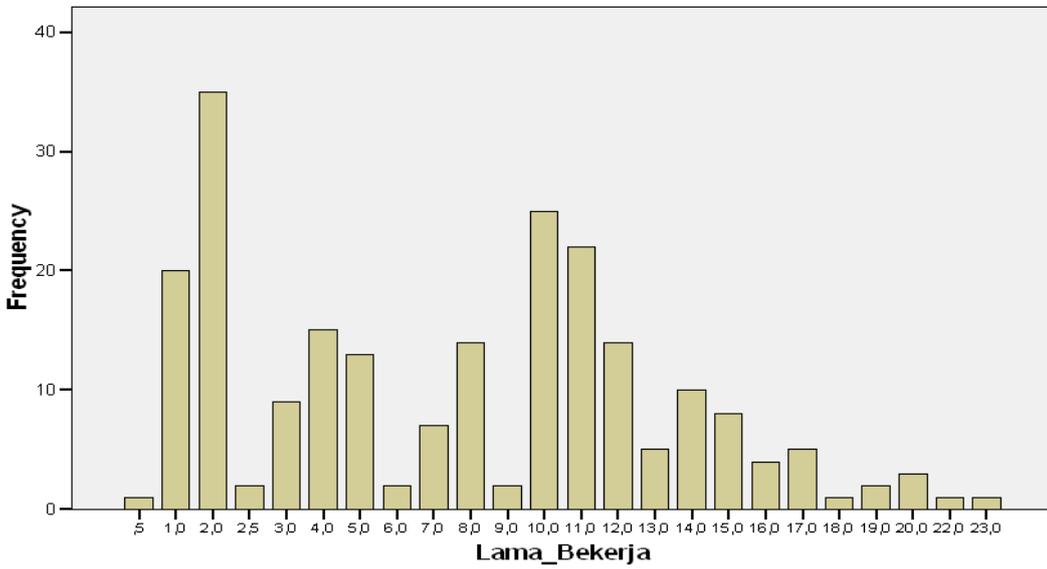
Berdasarkan Tabel 5.2-1 menunjukkan hasil analisis didapatkan rata-rata usia perawat 33.96 tahun (95% CI : 33,17 – 34,75), dengan standar deviasi 5,968. Usia termuda 23 tahun dan usia tertua 55 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur perawat adalah di antara 33,17 sampai dengan 34,75 tahun. Hasil analisis juga didapatkan rata-rata lama bekerja perawat 7,8 tahun (95% CI : 7,14 – 8,548), dengan standar deviasi 5,311. Lama bekerja paling rendah 6 bulan dan lama bekerja tertinggi 23 tahun. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata lama bekerja perawat adalah di antara 7,14 sampai dengan 8,548 tahun.



Gambar 5.2-3 Distribusi Usia Responden Perawat di Rumah sakit Sumatera



Lama_Bekerja

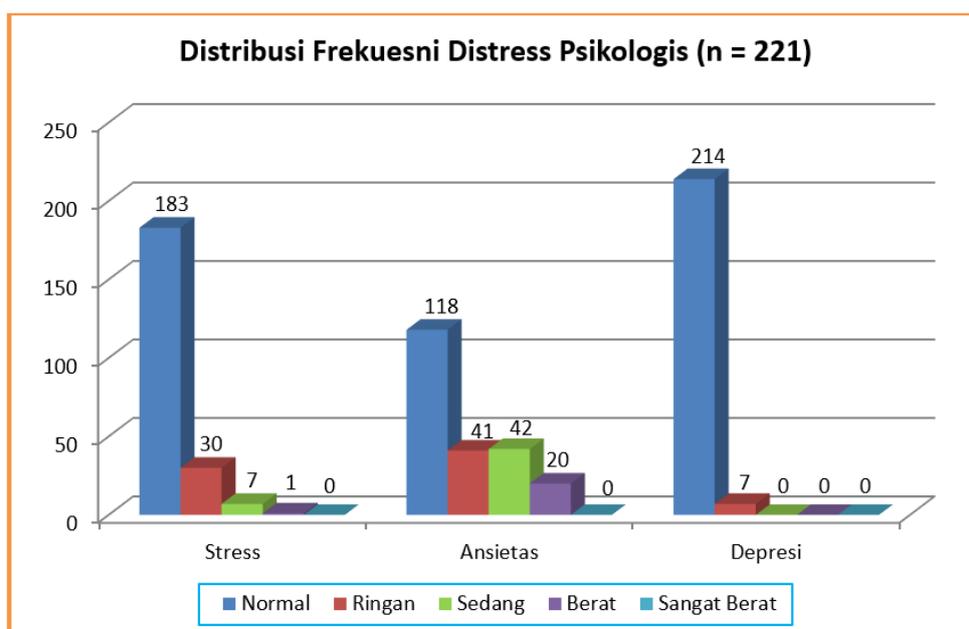


Gambar 5.2-4 Distribusi Lama Kerja Responden Perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat

B. Variabel Penelitian Distres Psikologis, *Burnout*, Resiliensi dan Faktor-Faktor yang Memengaruhinya (Spiritualitas, Mekanisme Koping, Dukungan Sosial, Dukungan Organisasi)

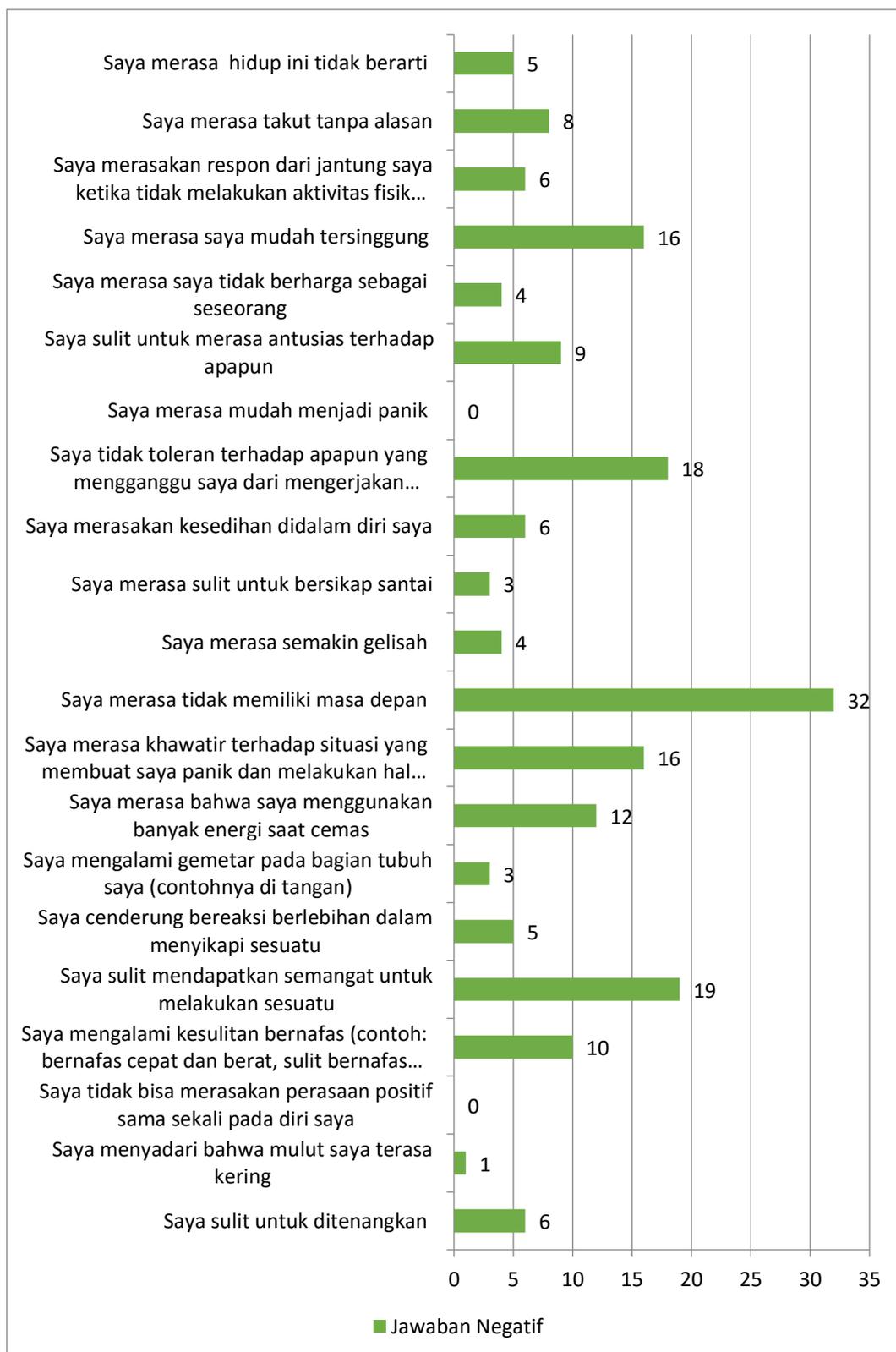
Pada bagian ini, hasil analisis data univariat variabel penelitian terkait distres psikologis, *burnout*, resiliensi, spiritualitas, mekanisme koping, dukungan sosial, dan dukungan organisasi, ditampilkan dalam bentuk tabel deskriptif.

Hasil analisis univariat variabel distress psikologis yang terdiri dari stress, kecemasan, dan depresi, seperti berikut ini:



Gambar 5.2-5 Distribusi Distres Psikologis Perawat di RS Sumatera Barat (n = 221)

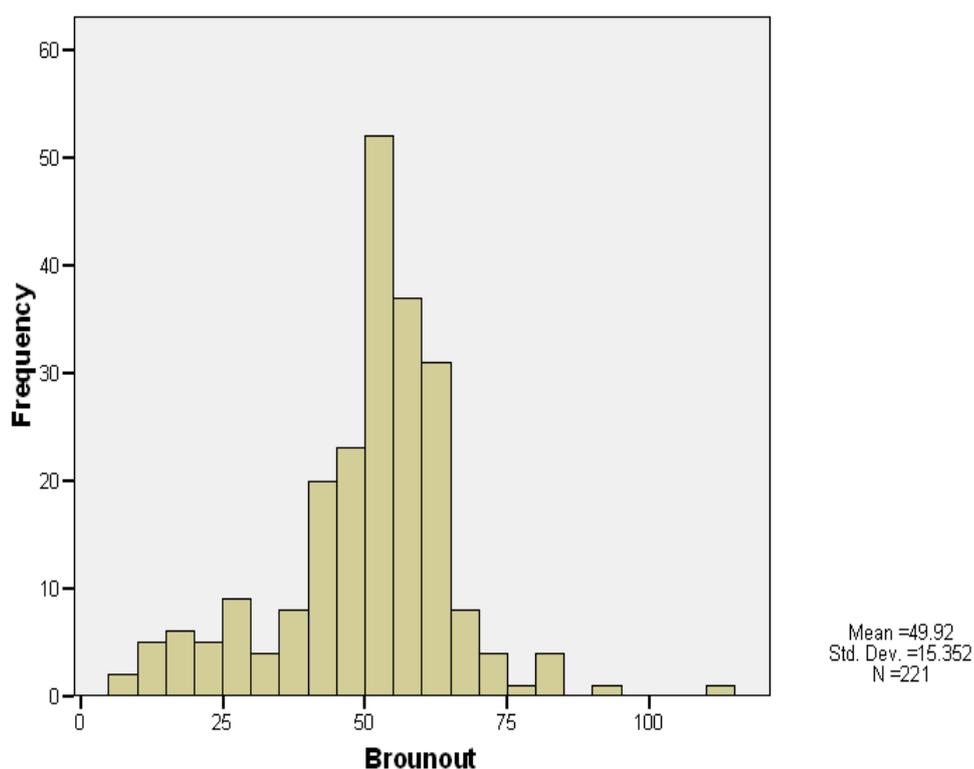
Berdasarkan Gambar 5.2-3 distribusi frekuensi perawat yang mengalami distress psikologis berupa stress berat sebanyak 1 orang (0,5%), stress sedang sebanyak 7 orang (3,2%), stress ringan sebanyak 30 orang (13,6%). Perawat yang mengalami kecemasan berat sebanyak 20 orang (9,0%), kecemasan sedang sebanyak 42 orang (19,0%), kecemasan ringan sebanyak 41 orang (18,6%). Perawat yang mengalami depresi ringan sebanyak 7 orang (3,2%).



Gambar 5.2-6 Analisis Kuesioner Distres Psikologis Perawat

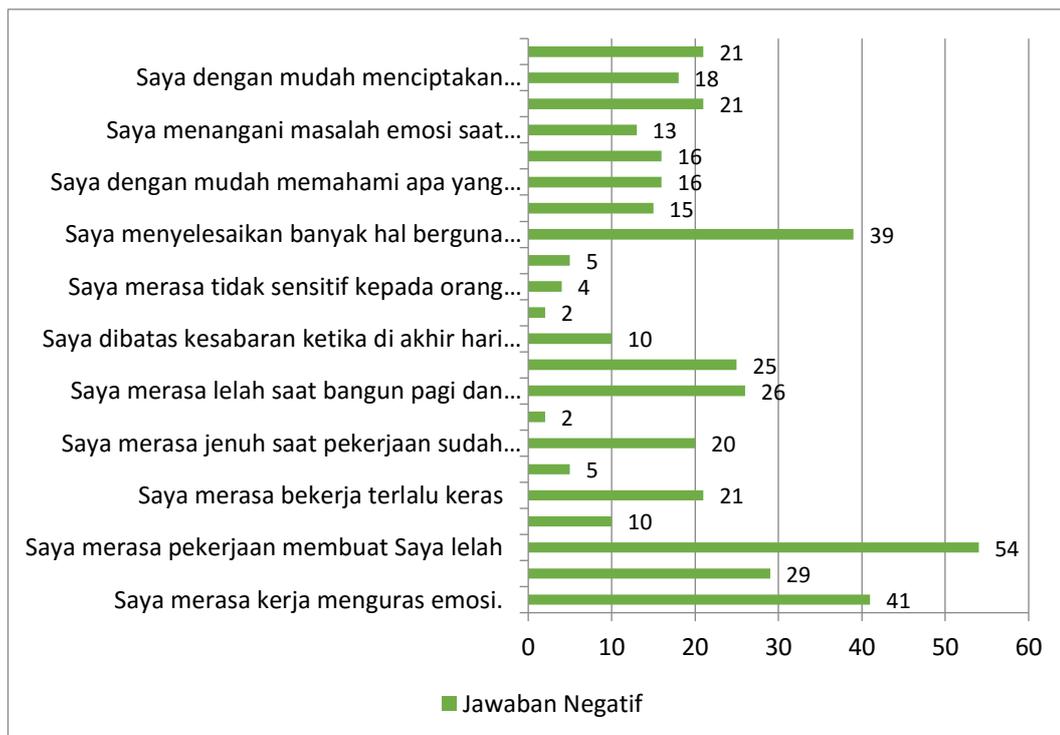
Berdasarkan analisis kuesioner distress psikologis perawat, jawaban negatif yang paling banyak yaitu: perawat merasa tidak memiliki masa depan dan sulit mendapatkan semangat untuk melakukan sesuatu.

Hasil analisis univariat *burnout* pada perawat dapat dilihat pada Gambar 5.2-7.



Gambar 5.2-7 Distribusi *Burnout* Perawat di RS Sumatera Barat

Pada Gambar 5.2-7 menunjukkan hasil analisis rata-rata *burnout* pada perawat adalah 49.92 dengan standar deviasi 15.352.



Gambar 5.2-8 Analisis Kuesioner Burnout pada Perawat

Berdasarkan hasil analisis kuesioner *burnout* pada perawat jawaban negatif yang paling banyak adalah perawat merasa pekerjaannya membuatnya lelah dan pekerjaan menguras emosi perawat.

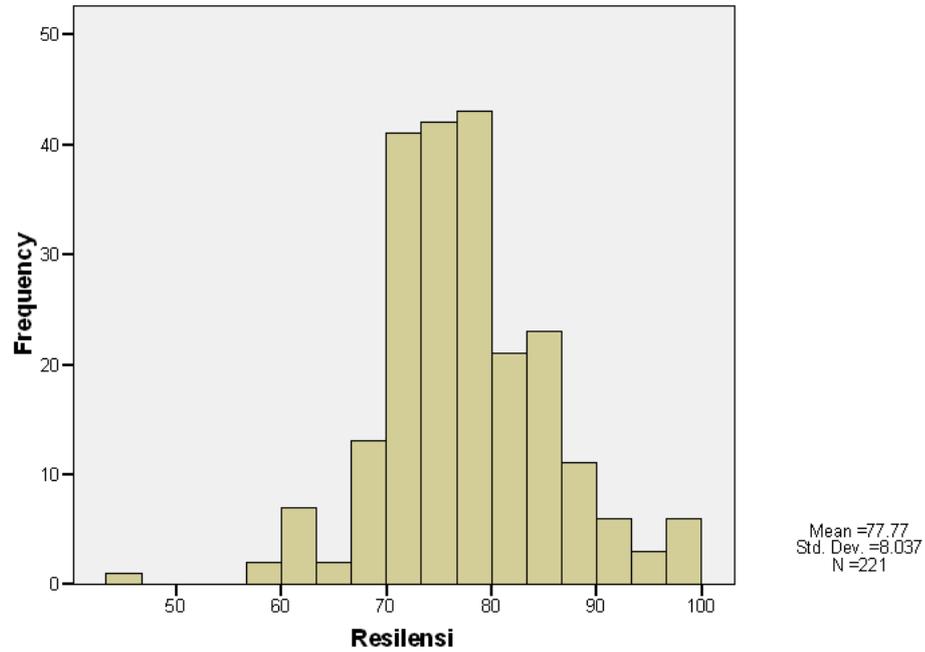
Hasil analisis univariat variabel resiliensi perawat ditampilkan sebagai berikut:

Tabel 5.2-2 Distribusi Resiliensi Perawat di RS Sumatera Barat (n = 221)

Variabel	Mean (\pm SD)	Median (Min-Max)	95% CI
Resiliensi	77,77 (8,037)	77 (45 – 100)	76,70 – 78,83
• Kompetensi Personal	25.81 (3,33)	25 (14 – 32)	25.37 – 26.26
• Kenyakinan Terhadap Insting	19.27 (2,630)	19 (14 - 28)	18.92 – 19.62
• Penerimaan Positif	16.05 (1,980)	16 (6 – 20)	15.79 – 16.31
• Kontrol Diri	9.69 (1,347)	9 (6 – 12)	9.51 – 9.87
• Spiritualitas	6.94 (0,714)	7 (5 – 8)	6.94 – 6.85

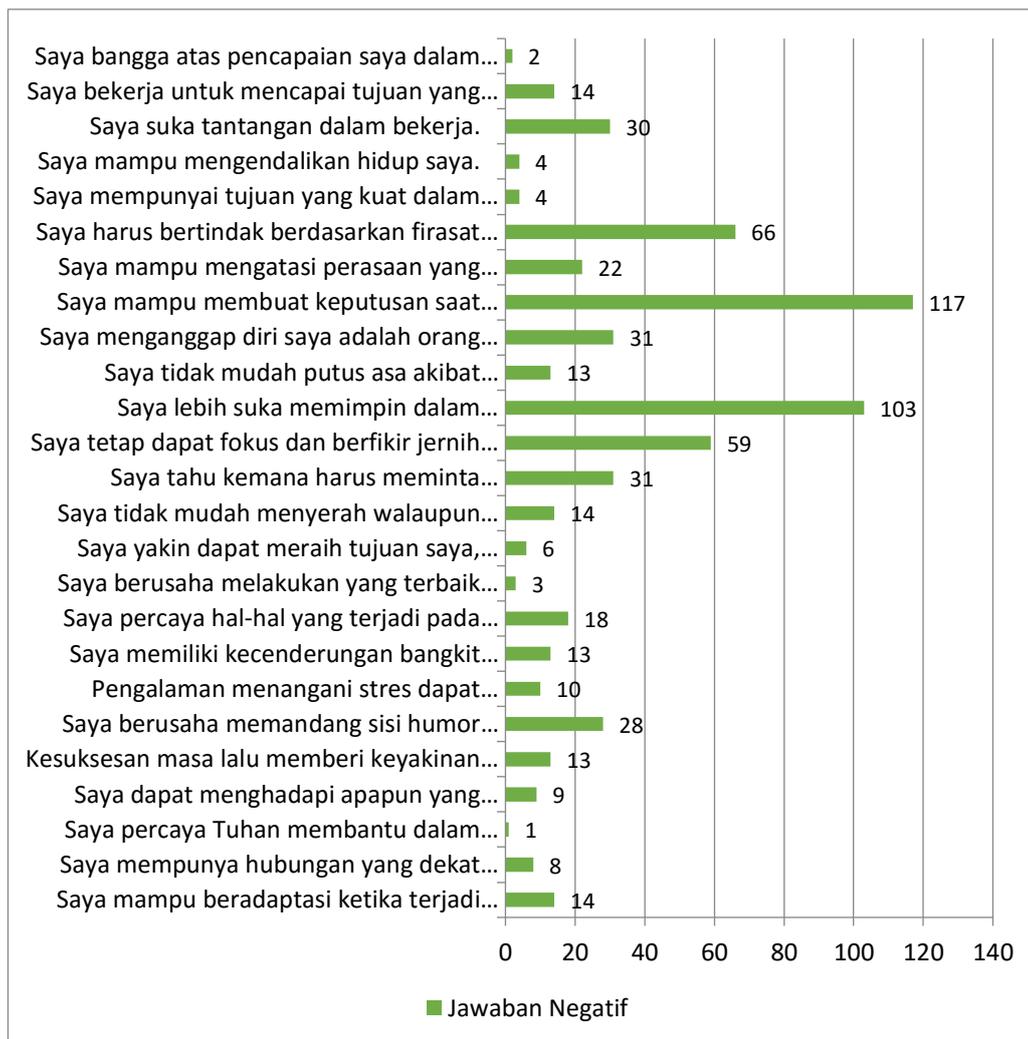
Tabel 5.2-2 menunjukkan hasil analisis data didapatkan rata-rata resiliensi perawat 77,7 (95% CI : 76,70 – 78,83), dengan standar deviasi 8,037. Resiliensi

terendah 45 dan tertinggi 100. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata resiliensi perawat adalah di antara 76,70 sampai dengan 78,83.



Gambar 5.2-9 Distribusi Resiliensi Perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat

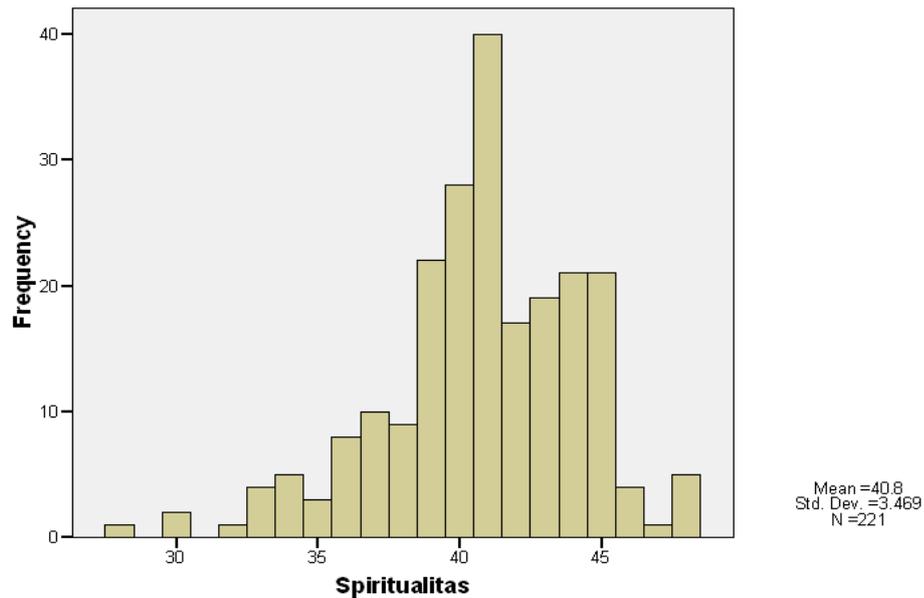




Gambar 5.2-10 Analisis Kuesioner Resiliensi Perawat

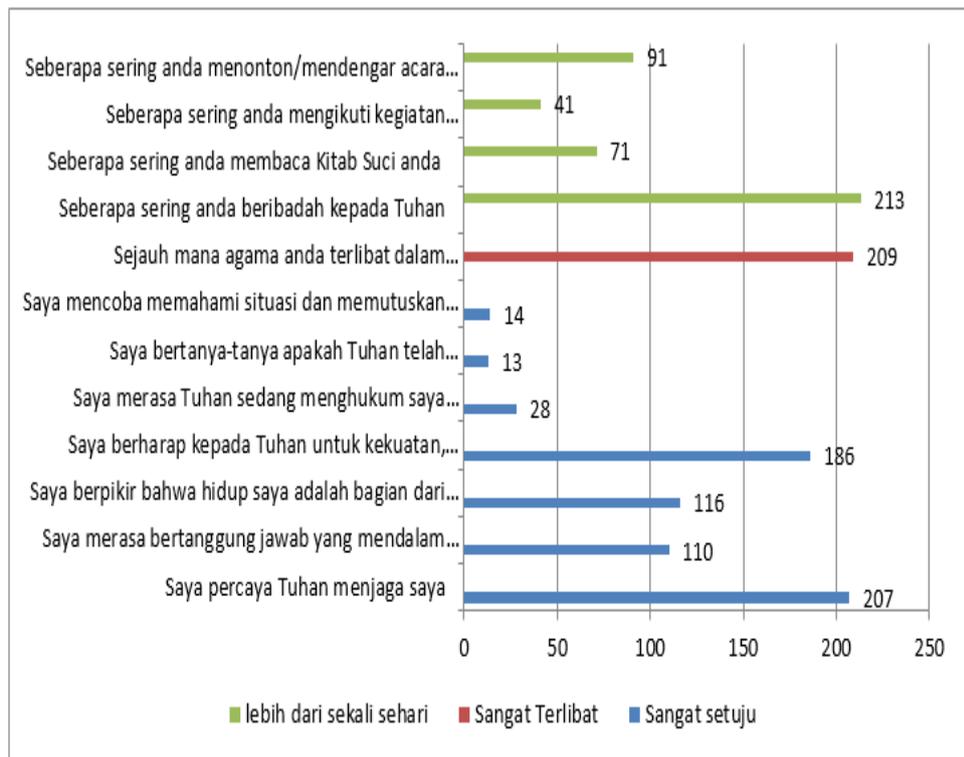
Berdasarkan hasil analisis kuesioner resiliensi perawat jawaban negatif terbanyak adalah perawat jarang mampu membuat keputusan saat situasi sulit/penuh tekanan dalam menyelesaikan masalah dan jarang suka memimpin dalam pemecahan masalah di tempat kerja

Hasil analisis univariat faktor yang memengaruhi resiliensi pada perawat berupa spiritualitas dapat dilihat pada Gambar 5.2-11.



Gambar 5.2-11 Distribusi Spiritualitas pada Perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat

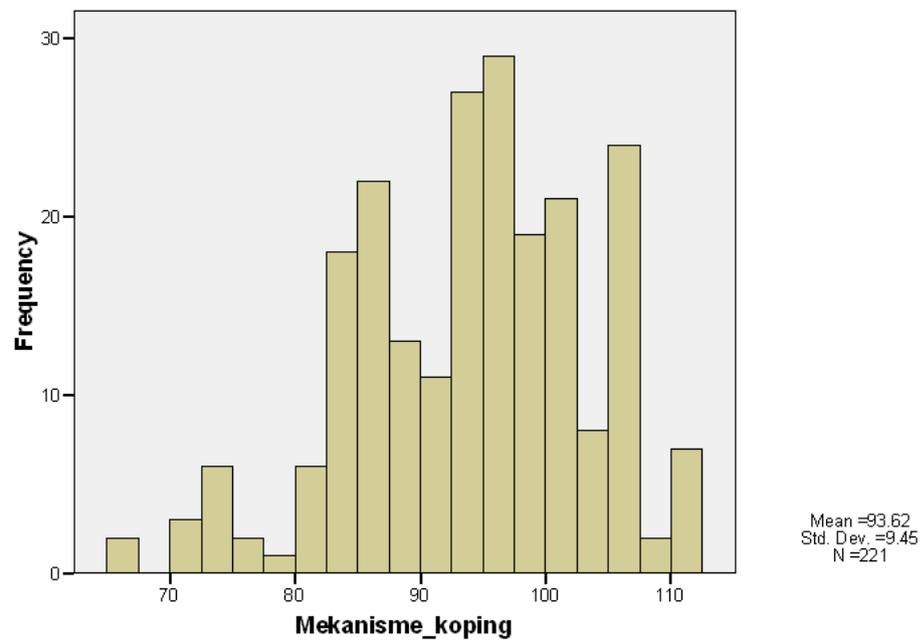
Pada Gambar 5.2-11 di atas menunjukkan hasil analisis rata-rata spiritualitas pada perawat 40,80 dengan standar deviasi 3,469.



Gambar 5.2-12 Analisis Kuesioner Spiritual Perawat

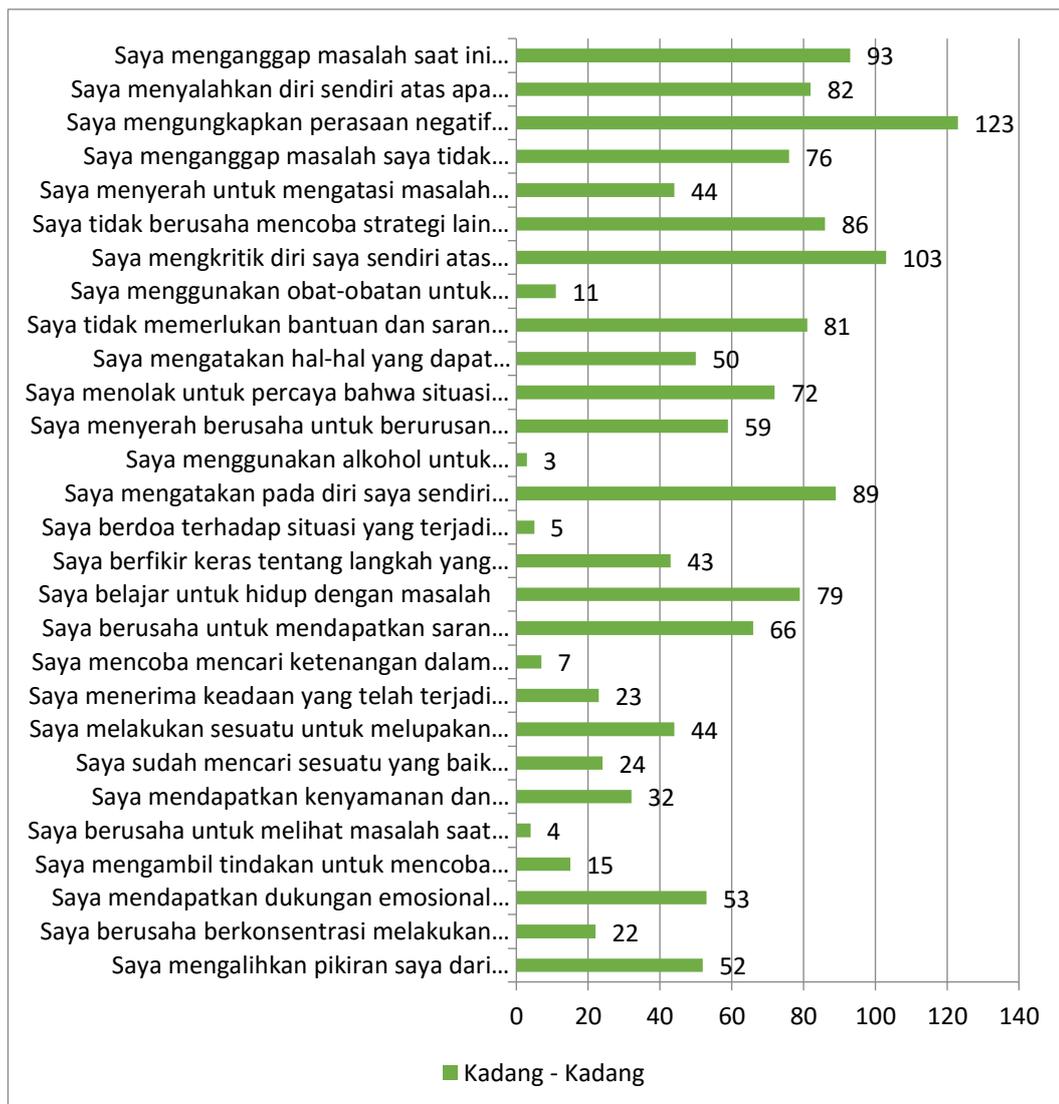
Hasil analisis kuesiner spiritualitas perawat pada gambar 5.2-12 menunjukkan jawaban terbanyak adalah lebih dari sekali sehari perawat beribadah kepada Tuhannya dan agama sangat terlibat dalam menghadapi stress dengan cara apapun.

Hasil analisis univariat faktor yang memengaruhi resiliensi pada perawat berupa mekanisme koping dapat dilihat pada Gambar 5.2-13.



Gambar 5.2-13 Distribusi Mekanisme Koping Perawat di Sumatera Barat

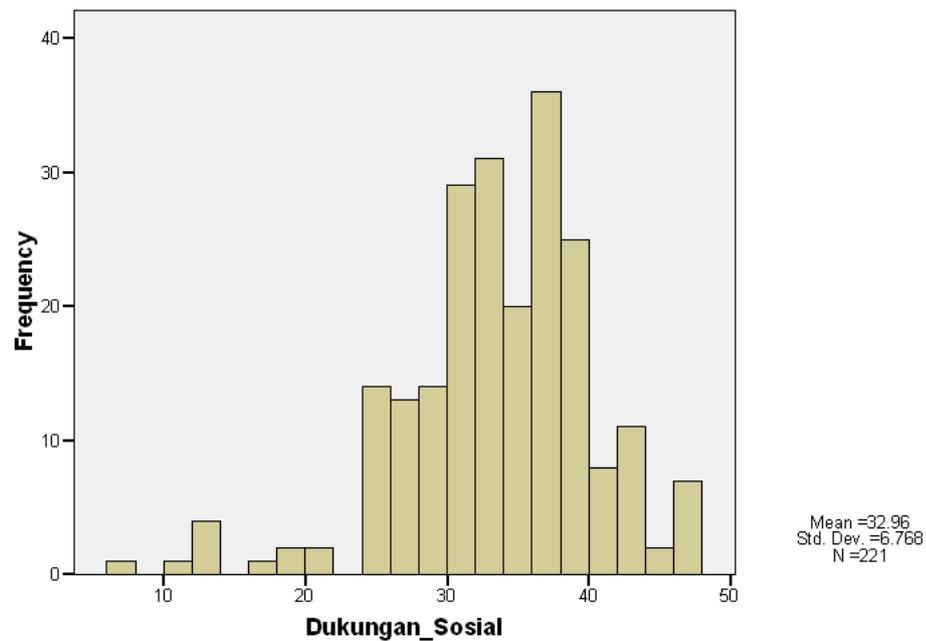
Pada Gambar 5.2-13 di atas menunjukkan hasil analisis rata-rata mekanisme koping pada perawat 93,62 dengan standar deviasi 9,450.



Gambar 5.2-14 Analisis Kuesioner Mekanisme Koping pada Perawat

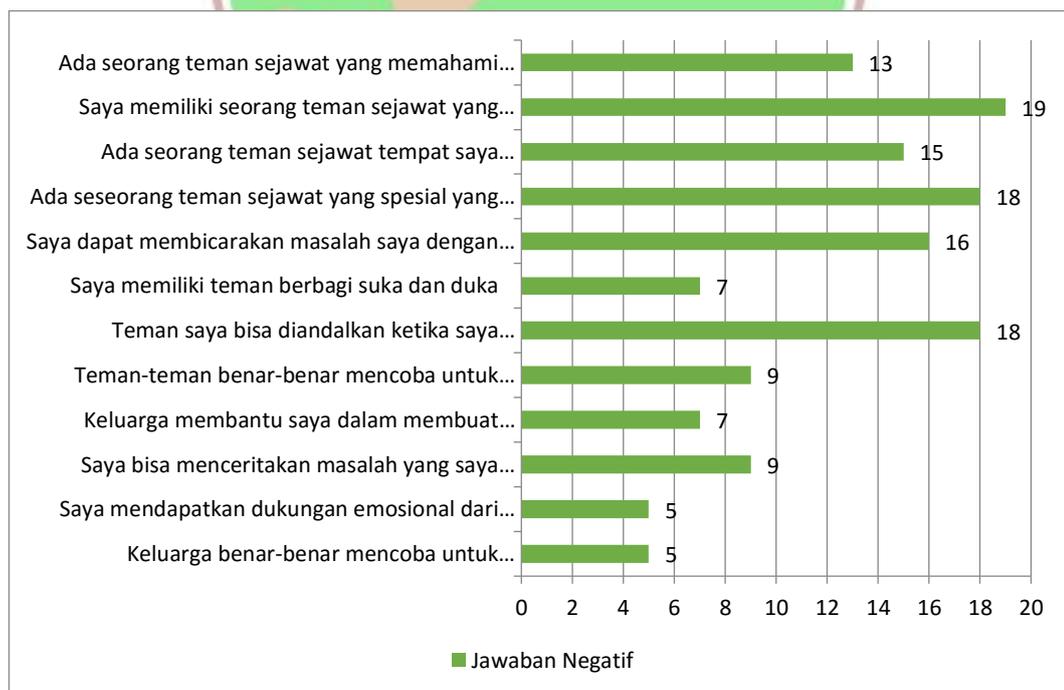
Hasil analisis kuesioner pada Gambar 5.2-14 menunjukkan jawaban masih banyaknya perawat yang kadang-kadang mengungkapkan perasaan negatif atas masalahnya.

Hasil analisis univariat faktor yang memengaruhi resiliensi pada perawat berupa dukungan sosial dapat dilihat pada Gambar 5.2-15.



Gambar 5.2-15 Distribusi Dukungan Sosial pada perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat

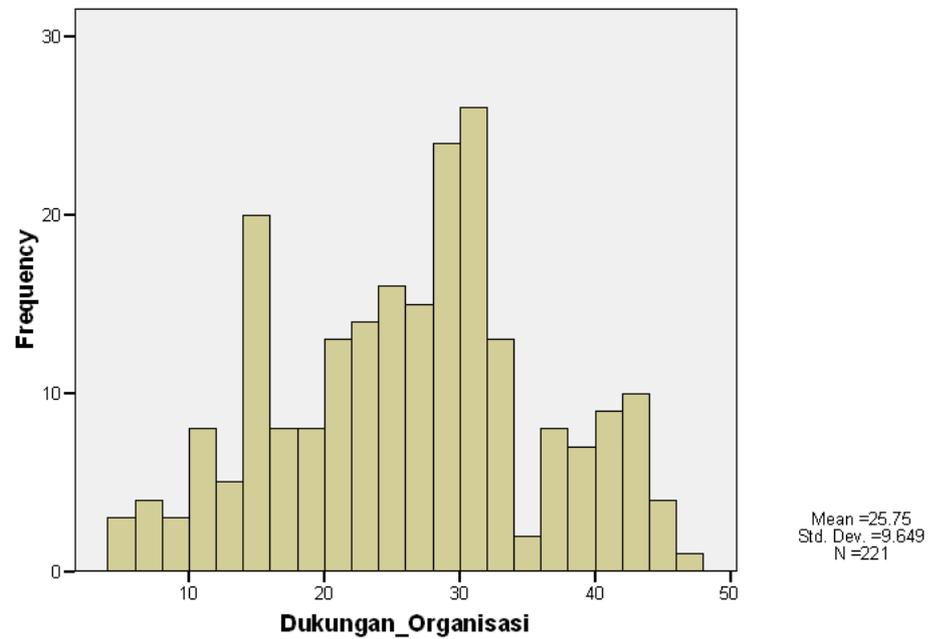
Pada Gambar 5.2-15 di atas menunjukkan hasil analisis rata-rata dukungan sosial pada perawat 32,96 dengan standar deviasi 6,768.



Gambar 5.2-16 Analisis Kuesioner Dukungan Sosial pada Perawat

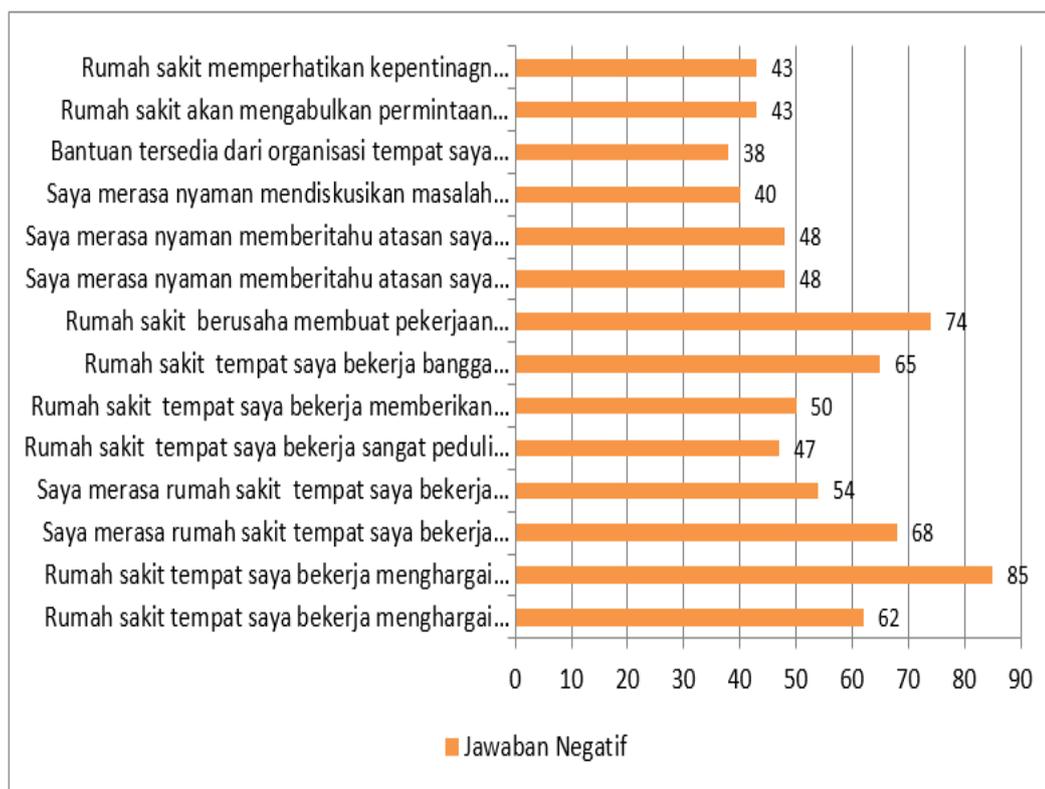
Gambar 5.2-16 di atas menunjukkan hasil analisis kuesioner dukungan sosial pada perawat menunjukkan 19 orang perawat menjawab jarang memiliki seorang teman sejawat yang membuat perawat merasa nyaman., serta 18 orang menyatakan jarang mempunyai teman yang bisa diandalkan ketika mengalami kesulitan.

Hasil analisis univariat faktor yang memengaruhi resiliensi pada perawat berupa dukungan organisasi dapat dilihat pada Gambar 5.2-17.



Gambar 5.2-17 Distribusi Dukungan Organisasi pada Perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat

Gambar 5.2-17 di atas menunjukkan hasil analisis rata-rata dukungan organisasi pada perawat 25.75 dengan standar deviasi 9.649.



Gambar 5.2-18 Analisis Kuesioner Dukungan Organisasi pada Perawat

Hasil analisis kuesioner dukungan organisasi pada perawat pada Gambar 5.2-18 di atas menunjukkan jawaban negatif paling banyak adalah rumah sakit jarang menghargai usaha ekstra yang dilakukan perawat.

5.2.1.2 Analisa Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui ada atau tidak hubungan antara variabel independen dengan dependen. Variabel independen yaitu spiritualitas, mekanisme coping, dukungan sosial, dukungan organisasi,;sedangkan variabel dependen adalah resiliensi perawat.

A. Hubungan Karakteristik dengan Resiliensi Perawat di Rumah Sakit di Sumatera Barat.

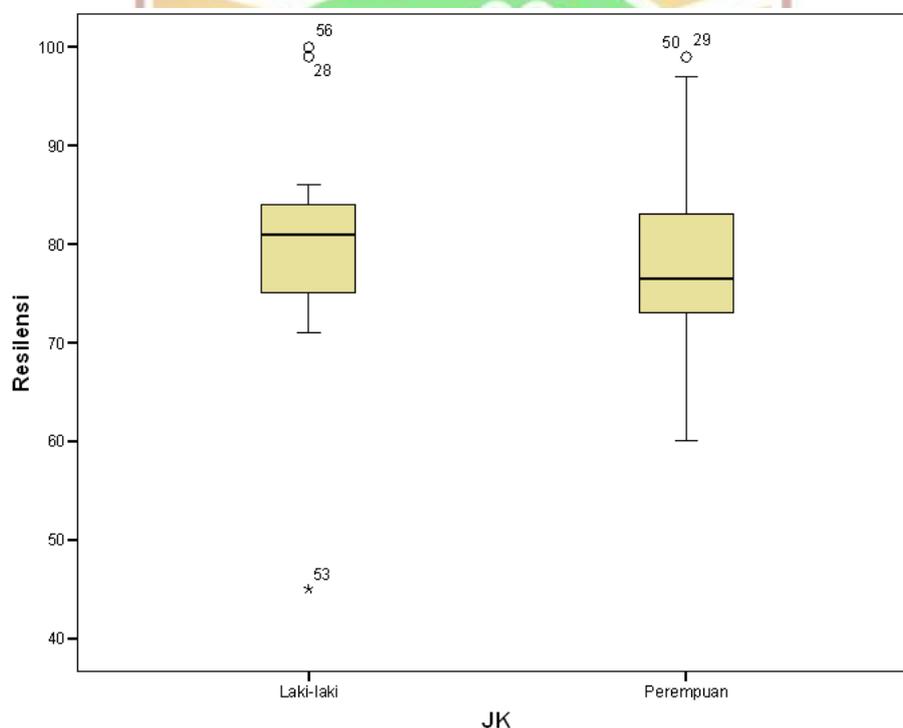
Analisis hubungan karakteristik: jenis kelamin dengan resiliensi menggunakan uji *Mann Whitney* karena bentuk data karakteristik jenis kelamin berupa kategori sedangkan resiliensi berupa data numerik dan data tidak berdistribusi normal.

Tabel 5.2-3 Hubungan Jenis Kelamin dengan Resiliensi Perawat di Rumah Sakit di Sumatera Barat (n = 221)

Jenis Kelamin	Resiliensi				<i>p-value</i>
	N	Mean Rank	Median	Min-Max	
Laki-Laki	13	135,96	81	45 - 100	0,146
Perempuan	208	109,44	76,50	60 - 99	

Berdasarkan Tabel 5.2-3 diketahui hasil analisis tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan resiliensi perawat dengan nilai $p > 0,05$.

Gambar 5.2-19 di bawah ini menunjukkan skor jenis kelamin dengan resiliensi pada perawat di rumah sakit Sumatera Barat.



Gambar 5.2-19 Skor Jenis Kelamin dengan Resiliensi Pada Perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat

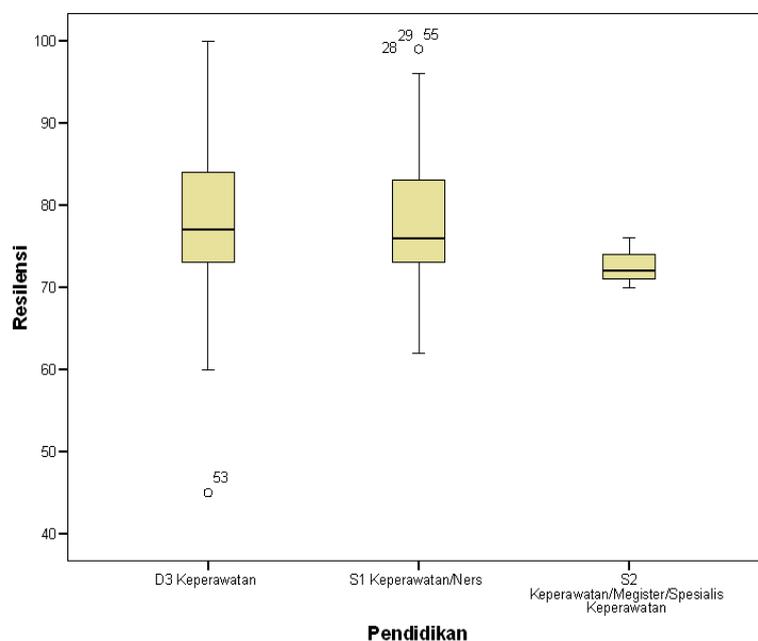
Hasil analisis hubungan karakteristik: pendidikan dengan resiliensi menggunakan uji *Kruskal-Wallis* karena bentuk data karakteristik pendidikan berupa kategori (lebih dari 2 kategori) sedangkan resiliensi berupa data numerik dan tidak berdistribusi normal, adalah sebagai berikut:

Tabel 5.2-4 Hubungan Pendidikan dengan Resiliensi Perawat di Rumah Sakit di Sumatera Barat (n = 221)

Pendidikan	Resiliensi				
	N	Mean Rank	Median	Min-Max	<i>p-value</i>
D3 Keperawatan	111	113,40	77	45 - 100	0,314
S1/Ners	107	110,02	76	62 - 99	
S2 Keperawatan/Spesialis	3	57,17	72	70 - 76	

Berdasarkan Tabel 5.2-4 di atas didapatkan hasil analisis tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan resiliensi perawat dengan nilai $p = 0,314 > 0,05$.

Gambar 5.2-20 menunjukkan skor pendidikan dengan resiliensi perawat di rumah sakit Sumatera Barat.



Gambar 5.2-20 Skor Pendidikan dengan Resiliensi Perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat.

Hasil analisa data hubungan usia dan lama kerja dengan resiliensi perawat menggunakan uji *Spearman* seperti berikut ini:

Tabel 5.2-5 Hubungan Usia dan Lama Kerja dengan Resiliensi Perawat di Rumah Sakit di Sumatera Barat (n = 221)

No	Variabel	r	p-value
1.	Usia	0,001	0,989
2.	Lama Kerja	-0,076	0,260

Tabel 5.2-5 di atas menunjukkan hasil analisis tidak terdapat hubungan yang bermakna antara usia dan lama kerja dengan resiliensi perawat dengan nilai $p > 0.05$.

B. Hubungan Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Resiliensi: Spiritualitas, Mekanisme Koping, Dukungan Sosial, dan Dukungan Organisasi.

Analisis data hubungan faktor-faktor yang memengaruhi resiliensi perawat berupa spiritualitas, mekanisme koping, dukungan sosial dan dukungan organisasi menggunakan uji *Spearman's* karena data tidak berdistribusi normal. Hasil analisis data dapat dilihat pada Tabel 5.2-6.

Tabel 5.2-6 Hubungan Spiritualitas, Mekanisme koping, Dukungan Sosial, dan Dukungan Organisasi dengan Resiliensi Perawat di Rumah Sakit Sumatera Barat (n = 221)

No	Variabel	r	p-value
1.	Spiritualitas	0,296	0,001
2.	Mekanisme Koping	0,426	0,001
3.	Dukungan Sosial	0,008	0,908
4.	Dukungan Organisasi	0,095	0,159

Tabel 5.2-6 menunjukkan hasil analisis terdapat hubungan yang bermakna antara spiritualitas dengan resiliensi perawat dengan nilai $p < 0.05$, dengan nilai nilai $r = 0,296$ artinya hubungan antara spiritualitas dan resiliensi perawat menunjukkan hubungan yang sedang. Hasil analisis mekanisme koping dengan resiliensi perawat menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara mekanisme koping dengan resiliensi perawat dengan nilai $p < 0.05$, dengan nilai nilai $r = 0,426$ artinya hubungan antara mekanisme koping dan resiliensi perawat menunjukkan hubungan yang sedang.

Hasil analisis dukungan sosial dengan resiliensi perawat menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan sosial dengan resiliensi perawat dengan nilai $p = 0,908 > 0,05$. Hasil analisis dukungan organisasi dengan resiliensi

perawat menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan organisasi dengan resiliensi perawat dengan nilai $p = 0,159 > 0,05$.

5.2.1.3 Analisa Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan lebih dari satu variabel independen yaitu faktor-faktor yang memengaruhi resiliensi (spiritualitas, mekanisme koping, dukungan sosial, dan dukungan organisasi) dengan satu variabel dependen yaitu resiliensi. Analisis multivariat juga dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel karakteristik perawat dengan variabel terikat yaitu resiliensi perawat. Analisis yang dilakukan menggunakan analisis regresi linear ganda. Untuk melakukan analisis multivariat dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

A. Seleksi Bivariat

Seleksi bivariat dilakukan dengan melihat nilai p pada uji hubungan masing-masing variabel independen dengan variabel dependen, hasilnya sebagai berikut:

Tabel 5.2-7 Hasil seleksi bivariat

Variabel	<i>p-value</i>
Spiritualitas	0,001
Mekanisme Koping	0,001
Dukungan Sosial	0,908
Dukungan Organisasi	0,159

Tabel 5.2-7 menunjukkan *p-value* hasil seleksi bivariat. Variabel yang dapat masuk model multivariat adalah variabel yang pada analisis bivariat mempunyai nilai p value < 0.25 . Variabel faktor-faktor yang memengaruhi resiliensi semuanya dimasukkan ke dalam model multivariat karena secara substansi dianggap penting.

B. Pemodelan Multivariat

Prinsip pemodelan harus yang sederhana variabelnya sehingga masing-masing variabel independent perlu dicek *p-value* nya, sehingga variabel dengan nilai $p > 0.05$ dikeluarkan dari model.

Tabel 5.2-8 Pemodelan Multivariat

Variabel	Tahap 1		Tahap 2		Tahap 3	
	B	<i>p-value</i>	B	<i>p-value</i>	B	<i>p-value</i>
Spiritualitas	0,333	0,030	0,337	0,026	0,321	0,034
Mekanisme Koping	0,284	0,001	0,286	0,001	0,298	0,000
Dukungan Sosial	0,014	0,853	-	-	-	-
Dukungan organisasi	0,060	0,266	0,061	0,242	-	-

Berdasarkan Tabel 5.2-8 pada pemodelan multivariat Tahap 1, variabel dukungan sosial dan dukungan organisasi mempunyai $p > 0,05$. Langkah selanjutnya adalah mengeluarkan variabel dengan $p > 0,05$ dimulai dari nilai p yang tertinggi yaitu variabel dukungan sosial, $p = 0,853$, dukungan organisasi, $p = 0,266$.

Pada pemodelan multivariat Tahap 2 variabel dukungan organisasi mempunyai nilai $p > 0,05$. Langkah selanjutnya adalah mengeluarkan variabel dengan $p > 0,05$ dari pemodelan yaitu variabel dukungan organisasi, $p = 0,242$.

Pada pemodelan multivariat Tahap 3 variabel jenis kelamin mempunyai nilai $p > 0,05$. Langkah berikutnya adalah mengeluarkan variabel dengan $p > 0,05$ dari pemodelan yaitu variabel jenis kelamin, $p = 0,063$.

Tabel 5.2-9 Pemodelan Multivariat Akhir

Variabel	B	Beta	<i>p-value</i>
Spiritualitas	0.297	0.128	0,049
Mekanisme Koping	0.290	0.342	0,000

Hasil analisis multivariat pemodelan akhir didapatkan variabel mekanisme koping merupakan variabel yang paling memengaruhi resiliensi dengan nilai $p < 0,05$ dan nilai Beta = 0.342.

C. Uji Asumsi

1) Asumsi Eksistensi

Cara mengetahui asumsi eksistensi dengan cara melakukan analisis deskriptif variabel residual dari model, bila residual menunjukkan adanya mean mendekati nilai 0 dan ada sebaran (varian atau standar deviasi) maka asumsi terpenuhi.

Tabel 5.2-10 Asumsi Eksistensi: Residual Statistik

Variabel	Mean (\pm SD)	Min-Max	N
----------	---------------------	---------	---

Residual	0,000 (7,373)	-25,650 - 22,634	221
----------	------------------	------------------	-----

Pada Tabel 5.2-10 hasil dari *output* residual statistik dengan variabel dependen resiliensi, menunjukkan angka residual dengan mean 0.000 dan standar deviasi 7.373, dengan demikian asumsi eksistensi terpenuhi.

2) Asumsi Indenpedensi

Untuk mengetahui asumsi ini dilakukan dengan cara mengeluarkan uji *Durbin Watson*, bila nilai *durbin* -2 s.d. $+2$ berarti asumsi independensi terpenuhi, sebaliknya bila nilai *durbin* < -2 atau $> +2$ berarti asumsi tidak terpenuhi. Pada tabel 5.2-11 hasil uji asumsi independensi dengan variabel dependen resiliensi dan prediktornya spiritualitas dan mekanisme coping, menunjukkan koefisien *Durbin Watson* 1,622 maka, asumsi indenpendensi terpenuhi,

Tabel 5.2-11 Asumsi Independensi

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Durbin-Watson
1	0,398	0,158	0,151	1,622

3) Asumsi Linieritas

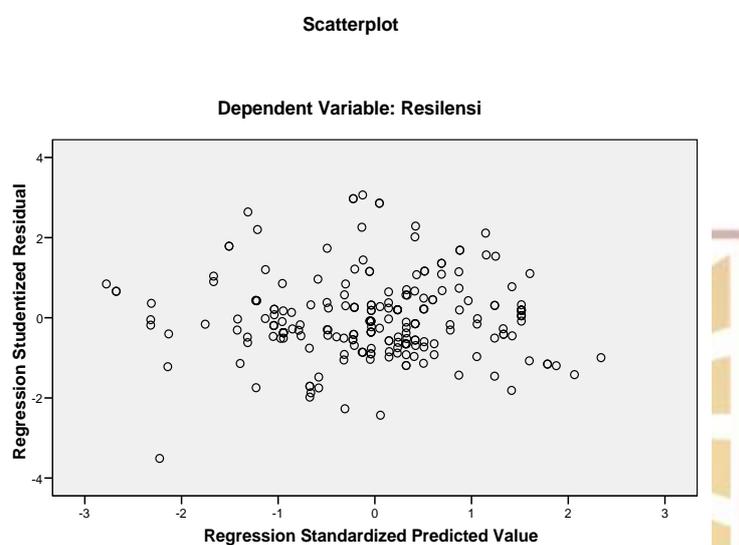
Untuk mengetahui asumsi linieritas dapat diketahui dari uji anova (Overall F Test) bila hasilnya signifikan (p value $<$ alpha) maka model berbentuk linier. Tabel 5.2-12 hasil uji anova dengan variabel dependen resiliensi dan prediktor spiritualitas dan mekanisme coping, menunjukkan nilai $p < 0,0005$, berarti asumsi linearitas terpenuhi.

Tabel 5.2-12 Asumsi Linieritas

Model	Df	F	<i>p-value</i>
Regresi	2	20,514	0,001
Residual	218		
Total	220		

4) Asumsi *Homoscedascity*

Bila titik tebaran tidak berpola tertentu dan menyebar merata disekitar garis titik nol maka dapat disebut varian *homogeny* pada setiap nilai x dengan demikian homoscedascity terpenuhi. Jika titik tebaran membentuk pola tertentu seperti mengelompok dibawah atau diatas garis tengah 0 maka variannya *heteroscedastisty*.



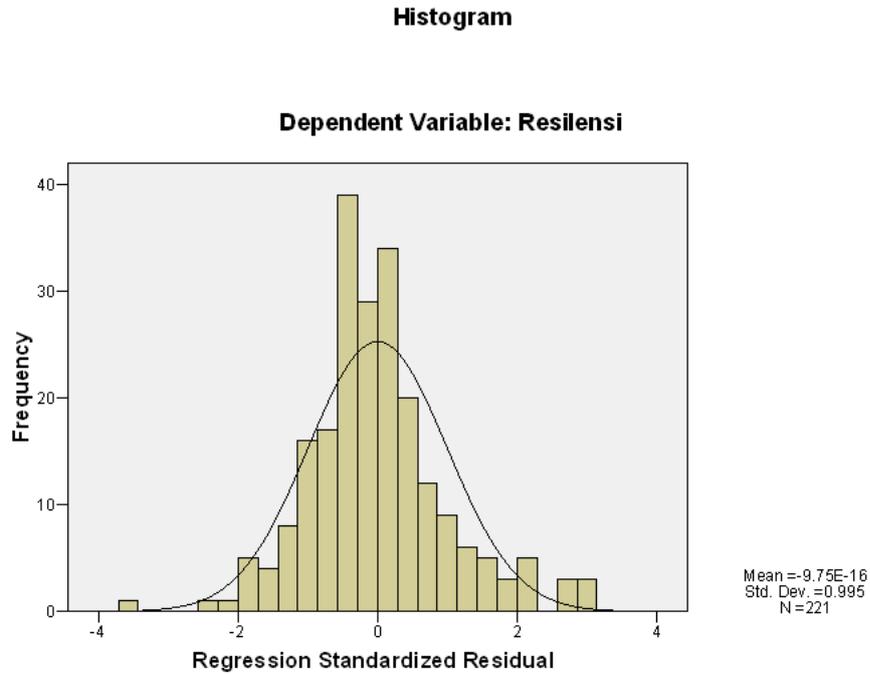
Gambar 5.2-21 Asumsi *Homoscedascity*: Scatterplot

Pada gambar 5.2-21 di atas hasil plot terlihat titik mempunyai pola yang sama antara titik-titik diatas dan dibawah garis diagonal 0. Dengan demikian asumsi terpenuhi.

5) Asumsi Normalitas

Variabel Y mempunyai distribusi normal untuk setiap pengamatan variable X dapat diketahui dari normal P-P plot residual. Bila data menyebar disekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal, maka model regresi memenuhi model regresi tidak memenuhi asumsi normalitas.

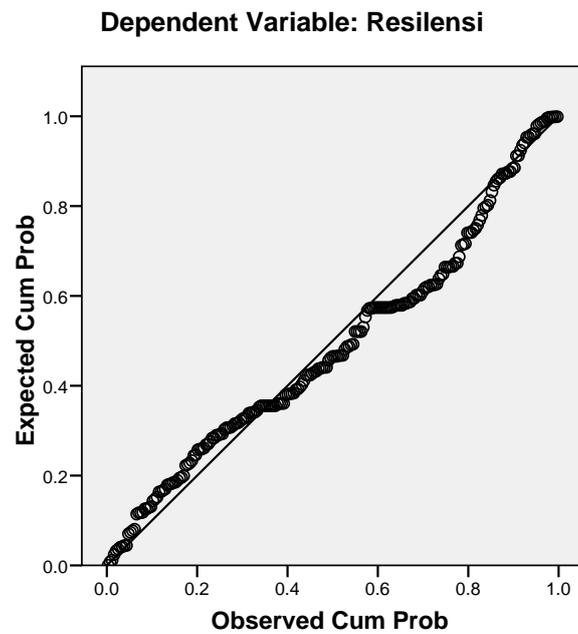
Pada gambar 5.2-22 dan 5.2-23 di bawah, grafik histogram dan grafik normal p-plot terbukti bahwa bentuk distribusi normal, maka asumsi normalitas terpenuhi.



Gambar 5.2-22 Asumsi Normalitas: Grafik Histogram

Uji asumsi normalitas dengan grafik normal P-P plot pada gambar 5.2-3 di bawah ini:

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Gambar 5.2-23 Asumsi Normalitas: Grafik Normal P-P Plot

6) Diagnostik *Multicollinearity*

Pada regress linier tidak boleh terjadi sesama variabel independen berkorelasi secara kuat (*multicollinearity*). Untuk mendeteksi *collinearity* dapat diketahui dari Nilai VIF (*varian inflation factor*), bila Nilai VIF lebih dari 10 maka mengindikasikan telah terjadi *collinearity*.

Tabel 5.2-13 Diagnostik *Multicollinearity*

Model	B	Beta	T	p-value	VIF
1 (Constant)	38,438		5,649	0,001	
Mekanisme Koping	0,290	0,342	5,265	0.001	1,090
Spiritualitas	0,297	0,128	1,979	0.049	1,090

Pada Tabel 5.2-13 hasil uji asumsi didapatkan Nilai VIF tidak lebih dari 10, dengan demikian tidak ada *multicollinearity* antara sesama variabel independen.

Hasil uji asumsi dan uji kolinearitas ternyata semua asumsi terpenuhi sehingga model dapat digunakan untuk memprediksi resiliensi. Setelah dilakukan analisis, ternyata variabel independen yang masuk model regresi adalah mekanisme koping dan spiritual. Pada Tabel 5.2-11 terlihat koefisien determinasi (R square) menunjukkan nilai 0,158 artinya bahwa model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 15,8 % variasi variabel dependen resiliensi atau dengan kata lain kedua variabel independen tersebut dapat menjelaskan variasi variabel resiliensi sebesar 15,8%.

Kemudian pada Tabel 5.2-12 menunjukkan hasil Uji F dengan nilai $p = 0,001$, berarti pada alpha 5% kita dapat menyatakan bahwa model regresi cocok (fit) dengan data yang ada, atau dapat diartikan kedua variabel tersebut secara signifikan dapat memprediksi variabel resiliensi. Pada Tabel 5.2-13 di atas diperoleh persamaan garisnya, pada kolom B (dibagian VIF), menunjukkan koefisien regresi masing-masing variabel. Persamaan regresi yang diperoleh :

$$\text{Resilensi} = 38,438 + 0,29 \text{ mekanisme koping} + 0,297 \text{ spiritualitas}$$

Model persamaan di atas dapat memperkirakan tingkat resiliensi perawat dengan menggunakan variabel mekanisme koping dan spiritual. Arti koefisien B untuk masing-masing variabel yaitu: pada variabel mekanisme koping, resiliensi akan meningkat positif sebesar 0,290 dan pada variabel spiritual, resiliensi perawat akan meningkat positif sebesar 0,297.

5.2.2 Hasil Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif mengeksplorasi informasi dari perawat terkait distress psikologis, *burnout*, resiliensi, dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Partisipan atau informan berasal dari RS Unand, RSUD dr. Rasidin, RSUD Padang Panjang dan RSUD Arosuka berjumlah 23 partisipan. Peneliti melaksanakan FGD dengan para manajer keperawatan yaitu Ka.Bid Keperawatan/Kasi Keperawatan, dan Kepala Ruangan. Penelitian dilaksanakan dari awal Januari sampai dengan 9 Februari 2022. Peneliti dibantu dengan 2 orang enumerator untuk pengambilan data kualitatif yang sebelumnya telah dilakukan persamaan persepsi terkait wawancara yang akan dilakukan.

5.2.2.1 Karakteristik Informan Perawat

Informan atau partisipan dalam penelitian ini merupakan perawat yang memberikan asuhan keperawatan langsung pada pasien. Selama penelitian berlangsung tidak ada paksaan dari siapapun untuk terlibat dalam penelitian ini. Tabel 5.2-14 menunjukkan karakteristik informan perawat

Tabel 5.2-14 Karakteristik Informan Perawat

No	Kode	Jenis Kelamin	Umur (Thn)	Pendidikan Terakhir	Masa Kerja (Thn)
1.	R1 U	Perempuan	24	D3 Keperawatan	1
2.	R2 U	Perempuan	37	S1 Keperawatan/Ners	3
3.	R3 U	Perempuan	30	S1 Keperawatan/Ners	4
4.	R4 U	Perempuan	26	S1 Keperawatan/Ners	1
5.	R5 U	Perempuan	31	S1 Keperawatan/Ners	5
6.	R1 P	Perempuan	35	S1 Keperawatan/Ners	11
7.	R2 P	Perempuan	36	D3 Keperawatan	12
8.	R3 P	Perempuan	36	D3 Keperawatan	12
9.	R4 P	Perempuan	35	D3 Keperawatan	14
10.	R5 P	Perempuan	35	D3 Keperawatan	13
11.	R6 P	Perempuan	41	S1 Keperawatan/Ners	20
12.	R7 P	Perempuan	30	D3 Keperawatan	6
13.	R8 P	Perempuan	30	D3 Keperawatan	9
14.	R1 A	Perempuan	42	D3 Keperawatan	12,5
15.	R2 A	Perempuan	34	S1 Keperawatan/Ners	8
16.	R3 A	Perempuan	38	D3 Keperawatan	13
17.	R4 A	Perempuan	30	D3 Keperawatan	1
18.	R5 A	Laki-Laki	34	D3 Keperawatan	3
19.	R6 A	Perempuan	30	S1 Keperawatan/Ners	6
20.	R1 R	Perempuan	34	S1 Keperawatan/Ners	5
21.	R2 R	Perempuan	41	S1 Keperawatan/Ners	13
22.	R3 R	Perempuan	30	D3 Keperawatan	5
23.	R4 R	Perempuan	50	S1 Keperawatan/Ners	4

5.2.2.2 Karakteristik Informan FGD

Peneliti juga melaksanakan FGD di RSUD P.Panjang dan RSUD dr Rasidin Padang, yang dihadiri oleh para manajer keperawatan: KaBid dan Kasi Keperawatan dan para kepala ruangan. Berikut karakteristik informan FGD.

Tabel 5.2-15 Karakteristik Informan FGD

No	Kode	Jenis Kelamin	Umur (Thn)	Pendidikan Terakhir	Jabatan	Lama Jabatan (Tahun)
1.	R1P	Perempuan	40	S1 Keperawatan Ners	Karu	< 1 tahun
2.	R2P	Perempuan	40	S1 Keperawatan Ners	Karu	>2 tahun
3.	R3P	Perempuan	48	S1 Keperawatan Ners	Karu	>2 tahun
4.	R4P	Perempuan	37	S1 Keperawatan Ners	Karu	>2 tahun
5.	R5P	Perempuan	44	S2 Keperawatan	Karu	>2 tahun
6.	R6P	Perempuan	52	S2 Keperawatan	Karu	>2 tahun
7.	R7P	Perempuan	49	S2 Kesehatan Masyarakat	Kabid	>2 tahun
8.	R8R	Perempuan	42	S2 Keperawatan	Kasi	>2 tahun
9.	R1R	Perempuan	41	D3 Keperawatan	Wakaru	>2 tahun
10.	R2R	Perempuan	40	S1 Keperawatan Ners	Karu	<1 tahun
11.	R3R	Perempuan	44	S1 Keperawatan Ners	Karu	>2 tahun
12.	R4R	Perempuan	42	S1 Keperawatan Ners	Karu	<1 tahun
13.	R5R	Perempuan	46	S1 Keperawatan	Karu	1 - 2 tahun
14.	R6R	Perempuan	55	S1 Keperawatan Ners	Wakaru	>2 tahun
15.	R7R	Perempuan	44	S1 Keperawatan Ners	Karu	<1 tahun
16.	R8R	Perempuan	46	S1 Keperawatan Ners	Kasi	>2 tahun

5.2.2.3 Hasil Analisis Data Penelitian Kualitatif Wawancara Mendalam, FGD dan Triangulasi.

Peneliti melakukan wawancara pada informan perawat untuk menggali informasi terkait pengalaman, pengetahuan, perasaan, dan tindakan yang dilakukan perawat ketika menghadapi masalah di tempat kerja. Peneliti juga melakukan *Focus Group Discussion* (FGD) pada para manajer keperawatan yang bertujuan untuk menjamin validasi hasil kualitatif serta dilakukan triangulasi sumber data yang dapat meningkatkan keyakinan terhadap jawaban yang diberikan oleh informan perawat Hasil transkrip wawancara mendalam dengan partisipan perawat dapat dilihat pada lampiran 6. Sedangkan hasil FGD dengan manajer keperawatan terdapat pada lampiran 7.

5.2.2.4 Tema 1. Mengenal distress psikologis pada perawat

Hasil wawancara pada bagian ini memberikan gambaran pemahaman perawat terkait distress psikologis dalam bekerja serta penyebab dan tanda gejala yang ketika mengalami distress psikologis. Untuk menggali pengetahuan informan tentang distress psikologis pada perawat hal yang pertama ditanyakan adalah tentang definisi dari distress psikologis. Berdasarkan hasil wawancara beberapa informan tidak dapat dengan tepat memberikan definisi tentang distress psikologis, yaitu: distress psikologis adalah pikiran kita.

*“Distres psikologis itu kan **pikiran kita** kan buk dalam kita menanggapi atau menghadapi koping kita masing-masing”.* (R1 U)

Dua orang informan menyatakan tidak mengetahui pengertian atau definisi dari distress psikologis : *“Distress psikologis itu s **nggak tahu bu.**”* (R2 U). *Tidak tahu bu.* (R1 A).

Beberapa informan dapat memberikan jawaban yang mendekati terkait definisi distress psikologis yaitu: perawat yang mengalami tekanan dalam pekerjaan, permasalahan yang membuat stress. Berikut kutipan pernyataan informan.

*Distress psikologis itu kan kondisi karyawan atau perawat yang **mengalami tekanan dalam pekerjaan** misalnya seperti malas bekerja”.* (R5 A).

*“Tekanan psikologis itu mungkin semacam **permasalahan mungkin yang membuat kita stress,** menyebabkan **adanya tekanan dalam bekerja.**”* (R3 P).

*“Distress psikologis itu kan kondisi karyawan atau perawat yang **mengalami tekanan dalam pekerjaan** misalnya seperti malas bekerja”.* (R5 A).

Lebih lanjut pewawancara menanyakan faktor-faktor penyebab distress psikologis pada perawat. Informan dapat menjelaskan penyebab munculnya distress psikologis dalam bekerja seperti komunikasi yang baik antara perawat dengan pasien atau rekan kerja, tekanan dalam pekerjaan, tuntutan pekerjaan, fasilitas di rumah sakit serta kondisi pasien. Kutipan pernyataan informan terkait faktor-faktor penyebab distress psikologis adalah sebagai berikut:

“Dalam bekerja itu mungkin kurang kooperatif antara komunikasi perawat jo pasien atau perawat sama perawat”. (R6 A))

“Tekanan dari pasien. Trus pasien kritis, pokoknya pas pasien emergency tekanan juga dari peraturan-peraturan “ (R3 A)

“Kalau tekanan dalam pekerjaan kalau di ICU, tuntutan ke pasien tu lebih besar. Safety ruangan kita belum terstandar seperti ruangan ICU yang layak”. (R4 P)

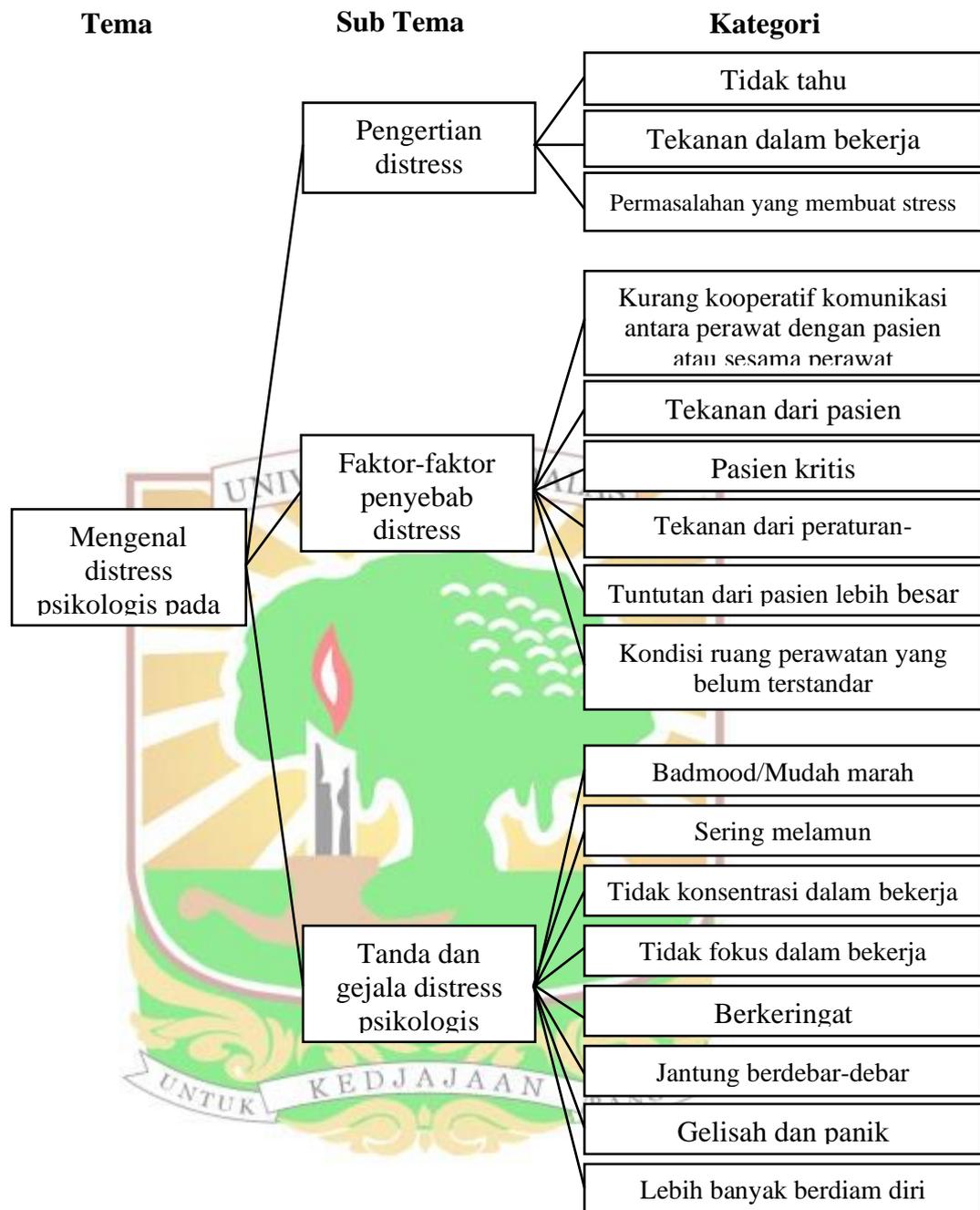
“Kita masuk shift nih bu dan ga konsisten jadwal kita dari hari ke hari. Kadang yang membuat tekanan kita kadang misalnya mau pergi dinas malam tugas anak dirumah belum selesai itu aja kali bu ”. (R2 P).

Pewawancara lanjut menanyakan terkait tanda dan gejala dari perawat yang mengalami distress psikologis. Sebagian besar informan dapat menjelaskan tanda dan gejala perawat atau orang-orang yang mengalami distress psikologis seperti pernyataan berikut ini:

“Bad mood kali bu, kalau yang dilihat dari teman agak tempramen.. kayak marah-marah”. (R4 U).

“Sering melamun, tidak konsentrasi dalam bekerja, pokoknya tidak fokus dalam bekerja”.. (R5 A).

Informan lain menyatakan tanda dan gejala orang yang mengalami distress psikologis adalah: *“..berkeringat, jantung berdebar-debar, nadi cepat”.. (R3 U).*
“Paling gelisah bu, panik bisa jadi bu”. (R1 P). *“..lebih banyak berdiam diri aja gak mau ngomong gitu. (R2 R).*



Gambar 5.2-24 Tema 1. Mengenal Distres Psikologis Pada Perawat

Kesimpulan dari hasil wawancara terkait distress psikologis pada perawat adalah sebagai berikut.

Tabel 5.2-16 Matriks Hasil Wawancara Mendalam Informan Tentang Mengenal Distres Psikologis Pada Perawat

Tematik	Sub Tema	Jawaban	Kesimpulan
Mengenal distress psikologis pada perawat	Pengertian distress psikologis	Tidak tahu. Tekanan dalam bekerja. Permasalahan yang membuat stress	Informan belum dapat mendefinisikan distress psikologis dengan tepat.
	Faktor-faktor penyebab distress psikologis	Kurang kooperatif komunikasi antara perawat dengan pasien atau sesama perawat. Tekanan dari pasien. Pasien kritis. Tekanan juga dari peraturan-peraturan. Tuntutan dari pasien lebih besar. Kondisi ruangan perawatan yang belum terstandar.	Sebagian informan menjelaskan faktor-faktor yang mengakibatkan perawat mengalami distress psikologis : kurang kooperatif komunikasi antara perawat dengan pasien atau sesama perawat, tekanan dari pasien, tekanan dari peraturan-peraturan, tuntutan dari pasien, kondisi ruangan perawatan yang belum terstandar.
	Tanda dan gejala distress psikologis	<i>Bad mood</i> . Marah-marah. Sering melamun. Tidak konsentrasi dalam bekerja. Tidak fokus dalam bekerja. Berkeringat, jantung berdebar-debar, nadi cepat. Gelisah, panik. Lebih banyak berdiam diri.	Sebagian informan menjelaskan tanda gejala distress psikologis seperti <i>bad mood</i> , marah-marah, sering melamun, tidak konsentrasi dalam bekerja, tidak fokus dalam bekerja, berkeringat, jantung berdebar-debar, nadi cepat, gelisah, panik, lebih banyak berdiam diri.

Hasil FGD terkait distress psikologis pada perawat adalah sebagai berikut:

Tabel 5.2-17 Matriks Hasil FGD Tentang Mengenal Distres Psikologis Pada Perawat

Tematik	Sub Tema	Jawaban	Kesimpulan
Mengenal distress psikologis pada perawat	Pengertian distress psikologis	Gangguan mental dan fikiran kondisi psikologis dari perawat. Suatu kondisi ketidaknyamanan, perasaan, mendapatkan tekanan. Akibat beban kerja yang berlebih,	Informan belum bisa mendefinisikan distress psikologis pada perawat dengan tepat.
	Faktor-faktor penyebab distress psikologis	Tuntutan pekerjaan, kekurangan tenaga, dan fasilitas yang tidak memadai.	Informan menjelaskan faktor-faktor penyebab distress psikologis: tuntutan pekerjaan, kekurangan tenaga, dan fasilitas yang tidak memadai
	Tanda dan gejala distress psikologis	Stress, cemas, kurang fokus dalam bekerja	Informan menjelaskan tanda dan gejala distress psikologis: stress, cemas, kurang fokus dalam bekerja

Hasil analisis triangulasi antara wawancara mendalam dan FGD tentang mengenal distress psikologis pada perawat dapat dilihat pada matriks berikut ini:

Tabel 5.2-18 Matriks Hasil Triangulasi Tentang Mengenal Distres Psikologis Pada Perawat

Tematik	Wawancara Mendalam	FGD	Kesimpulan
Mengenal distress psikologis pada perawat	Informan belum dapat mendefinisikan distress psikologis dengan tepat.	Informan belum bisa mendefinisikan distress psikologis pada perawat dengan tepat.	Perlu diberikan edukasi terkait pengenalan distress psikologis pada perawat.
	Sebagian informan menjelaskan faktor-faktor yang mengakibatkan perawat mengalami distress psikologis : kurang kooperatif komunikasi antara	Informan menjelaskan faktor-faktor penyebab distress psikologis: tuntutan pekerjaan, kekurangan tenaga,	

Tematik	Wawancara Mendalam	FGD	Kesimpulan
	perawat dengan pasien atau sesama perawat, tekanan dari pasien, tekanan dari peraturan-peraturan, tuntutan dari pasien, kondisi ruangan perawatan yang belum terstandar.	dan fasilitas yang tidak memadai	
	Sebagian informan menjelaskan tanda gejala distress psikologis seperti <i>bad mood</i> , marah-marah, sering melamun, tidak konsentrasi dalam bekerja, tidak fokus dalam bekerja, berkeringat, jantung berdebar-debar, nadi cepat, gelisah, panik, lebih banyak berdiam diri.	Informan menjelaskan tanda dan gejala distress psikologis: stress, cemas, kurang fokus dalam bekerja	

5.2.2.5 Tema 2. Mengenal *Burnout* pada Perawat

Peneliti dibagian ini menggali lebih dalam terkait pemahaman informan tentang *burnout* dalam bekerja. Informan menjelaskan faktor-faktor penyebab timbulnya *burnout* dalam bekerja. Sebagian informan menyatakan terlalu banyak pekerjaan, tuntutan pekerjaan yang tinggi serta kurangnya tantangan dalam bekerja atau pekerjaan yang dilakukan berulang-ulang menimbulkan *burnout* pada perawat. Berikut kutipan pernyataan dari informan:

“Terlalu banyak pekerjaan dan pekerjaan tersebut dilakukan berulang-ulang setiap hari. Rasanya ingin berenti bekerja dan mencari kesibukan yang lain”.(R2 A)

“Karena banyak tuntutan, tapi realisasinya ndak langsung dari atasan bagaimana pekerjaan minta tuntutannya banyak begitu bu”.(R5 P)

“Pekerjaan yang monoton gitu aja bu...gini gini aja...tidak ada perubahan setelah disampaikan misalnya ada masalah kayak gini kayak gini kemudian disudahi...saran atau apa...masih seperti itu juga”. (R6 P)

*“Disini ada dua ruangan yaitu ruangan anak dan perinatologi. Kami dinas hanya berdua, terkadang **pasien banyak sehingga membuat kami kelelahan**”.* (R7 P)

*“Misalkan kita dinas itu tidak ada rotasi dalam bekerja sehingga membuat kita jenuh dalam **pekerjaan yang itu-itu saja**”.* (R4 R)

Hasil wawancara didapatkan informan juga menyampaikan tanda dan gejala terkait *burnout* atau kejenuhan atau kelelahan yang dialaminya, seperti rasa malas, bosan, tidak bersemangat dalam bekerja, kurang respon, tidak fokus serta tidak peduli. Berikut kutipan pernyataan informan terkait tanda dan gejala *burnout*.

“Kejenuhan kerja hmn selama kita zaman covid sih oohh adaa. Karena kita menghadapin pasien memakai APD jenuh juga, panasnya memakai APD jenuh”. **Jadi intinya ya udah malas aja jadinya gitu buk, malas dalam membuat laporan malas ooh jenuh itu-itu aja yang dihadapinya**”.(R1 U)

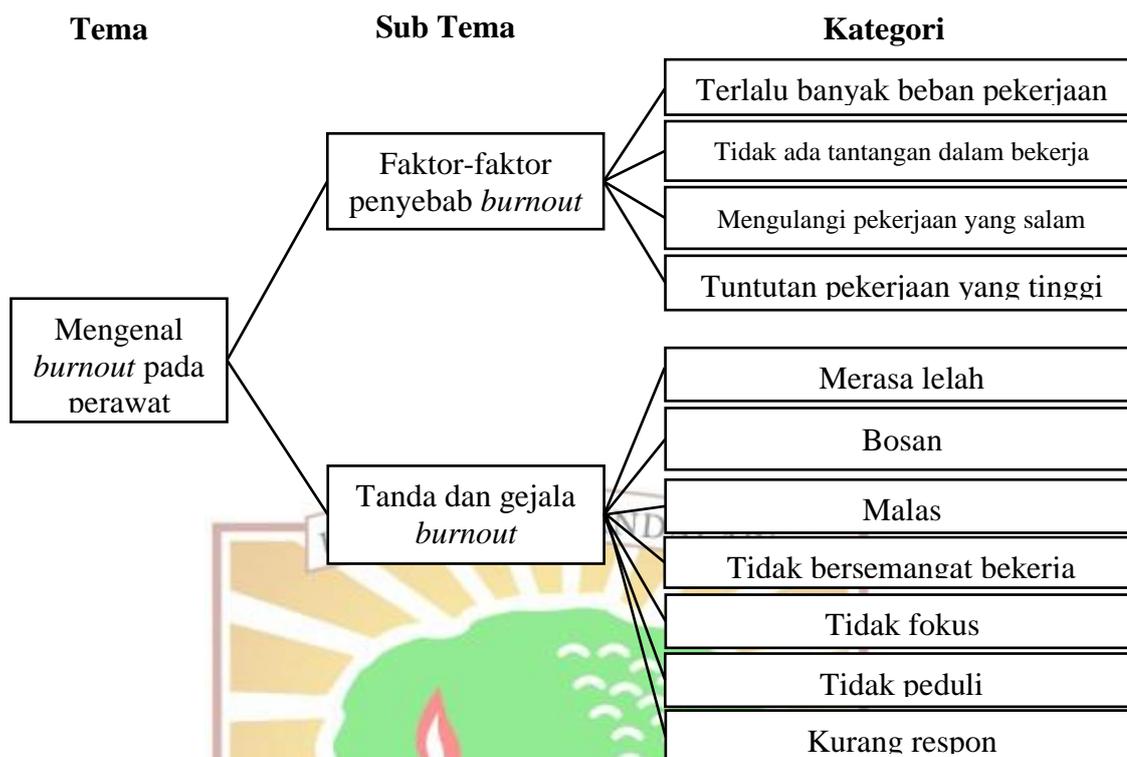
*“Kalau bosan itu mungkin kayak ada kemalasan, **malas untuk memulai pekerjaan kalau udah jenuh mungkin untuk kerjapun tidak semangat**”.* (R4 U).

“Udah mulai malas...udah kurang respon...udah nampak kurang peduli lah dengan pasien atau dengan pekerjaanya”. (R2 P).

*“Kebosanan yang kita rasakan dalam bekerja. Kalau jenuh, pekerjaan menjadi tidak selesai, **bekerja tidak semangat** dan bisa juga komunikasi menjadi tidak bagus”.* (R8 P).

*“Kalau banyak pasien terkadang **merasa lelah**”.* (R1 A).

*“**Terlalu lelah** perawat dalam bekerja, perawat menjadi **tidak fokus**, terus **tidak menyelesaikan pekerjaan** kadang, dan **malas** melakukan pekerjaannya (R5 A).*



Gambar 5.2-25 Tema 2. Mengenal Burnout Pada Perawat

Kesimpulan dari hasil wawancara terkait *burnout* pada perawat adalah sebagai berikut.

Tabel 5.2-19 Matriks Hasil Wawancara Mendalam Informan Tentang Burnout Pada Perawat

Tematik	Sub Tema	Jawaban	Kesimpulan
Mengenal <i>burnout</i> pada perawat	Faktor-faktor penyebab <i>burnout</i>	Terlalu banyak pekerjaan, Tidak adanya tantangan dalam bekerja. Tuntutan pekerjaan yang tinggi. Pekerjaan yang sama dilakukan berulang-ulang.	Informan menjelaskan faktor-faktor penyebab <i>burnout</i> : terlalu banyak pekerjaan, tidak adanya tantangan dalam bekerja, tuntutan pekerjaan yang tinggi, pekerjaan yang sama dilakukan berulang-ulang.
	Tanda dan gejala <i>burnout</i>	Merasa lelah, bosan, malas, tidak bersemangat dalam bekerja, tidak fokus, tidak peduli, kurang respon.	Informan menjelaskan tanda dan gejala <i>burnout</i> : merasa lelah, bosan, malas, tidak bersemangat dalam bekerja, tidak fokus, tidak peduli, kurang respon.

Hasil FGD terkait *burnout* pada perawat adalah sebagai berikut.

Tabel 5.2-20 Matriks Hasil FGD Tentang *Burnout* Pada Perawat

Tematik	Sub Tema	Jawaban	Kesimpulan
Mengenal <i>burnout</i> pada perawat	Faktor-faktor penyebab <i>burnout</i>	Rutinitas pekerjaan yang dilakukan, beban kerja yang tinggi, jumlah tenaga yang tidak seimbang dengan pasien,	Informan menjelaskan faktor-faktor penyebab <i>burnout</i> : rutinitas pekerjaan yang dilakukan, beban kerja yang tinggi, jumlah tenaga yang tidak seimbang dengan pasien,
	Tanda dan gejala <i>burnout</i>	Rasa lelah, tidak ingin melakukan sesuatu, ingin keluar dari zona nyaman, ingin keluar dari pekerjaan.	Informan menjelaskan tanda dan gejala <i>burnout</i> : rasa lelah, tidak ingin melakukan sesuatu, ingin keluar dari zona nyaman, ingin keluar dari pekerjaan.

Hasil analisis triangulasi antara wawancara mendalam dan FGD tentang mengenal *burnout* pada perawat dapat dilihat pada matriks berikut ini:

Tabel 5.2-21 Matriks Hasil Triangulasi Tentang Mengenal *Burnout* Pada Perawat

Tematik	Wawancara Mendalam	FGD	Kesimpulan
Mengenal <i>burnout</i> pada perawat.	Informan menjelaskan faktor-faktor penyebab <i>burnout</i> : terlalu banyak pekerjaan, tidak adanya tantangan dalam bekerja, tuntutan pekerjaan yang tinggi, pekerjaan yang sama dilakukan berulang-ulang.	Informan menjelaskan faktor-faktor penyebab <i>burnout</i> : rutinitas pekerjaan yang dilakukan, beban kerja yang tinggi, jumlah tenaga yang tidak seimbang dengan pasien,	Perlu adanya suatu edukasi tentang mengenal <i>burnout</i> pada perawat.
	Informan menjelaskan tanda dan gejala <i>burnout</i> : merasa lelah, bosan, malas, tidak bersemangat dalam bekerja, tidak fokus, tidak peduli, kurang respon.	Informan menjelaskan tanda dan gejala <i>burnout</i> : rasa lelah, tidak ingin melakukan sesuatu, ingin keluar dari zona nyaman, ingin keluar dari pekerjaan.	

5.2.2.6 Tema 3. Masalah yang Dihadapi Perawat dalam Bekerja

Peneliti lebih lanjut menggali informasi dari informan terkait masalah yang dihadapi perawat dalam bekerja. Pada tema ini peneliti mendapatkan informasi terkait masalah yang dihadapi perawat dalam bekerja yaitu beban kerja yang berlebihan, komunikasi yang tidak jelas, fasilitas dan sarana rumah sakit yang tidak memadai serta aturan yang tidak jelas. Kondisi seperti ini yang dapat menyebabkan distress psikologis dan *burnout* pada perawat. Berikut kutipan jawaban informan terkait masalah yang dihadapi perawat dalam bekerja.

“Cuman masalah kalau kita lagi dinas pasien dalam keadaan sadar penuh dan tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran. Kalau dengan keluarga pasien, yang agak nyinyir atau merasa lebih tahu dari kita”.
(R2 U)

“Masalahnya seperti disini ada 2 ruangan perinatologi dan ruang anak. Sebenarnya disini ada pembagian tjanya. Tapi kan di perinatologi membutuhkan pemantuan khusus. Karena kami hanya dinas 2 orang membuat tekanan itu ada dan apalagi jika pasien banyak. Jadi kami kekurangan tenaga perawat disini bu. (R8 P).

“Antara perawat kan bu kurang sinkron, kurang kolaborasinya mungkin bu, ada beberapa mungkin ada miskomunikasi atau cara penyampaiannya gitu bu”.(R3 U).

“Misalnya kalau kita konsul ke dokter...ordernya tu belum jelas...dokternya lama datang, jadi tu kadang yang membuat kita lama menunggu”. (R2 P).

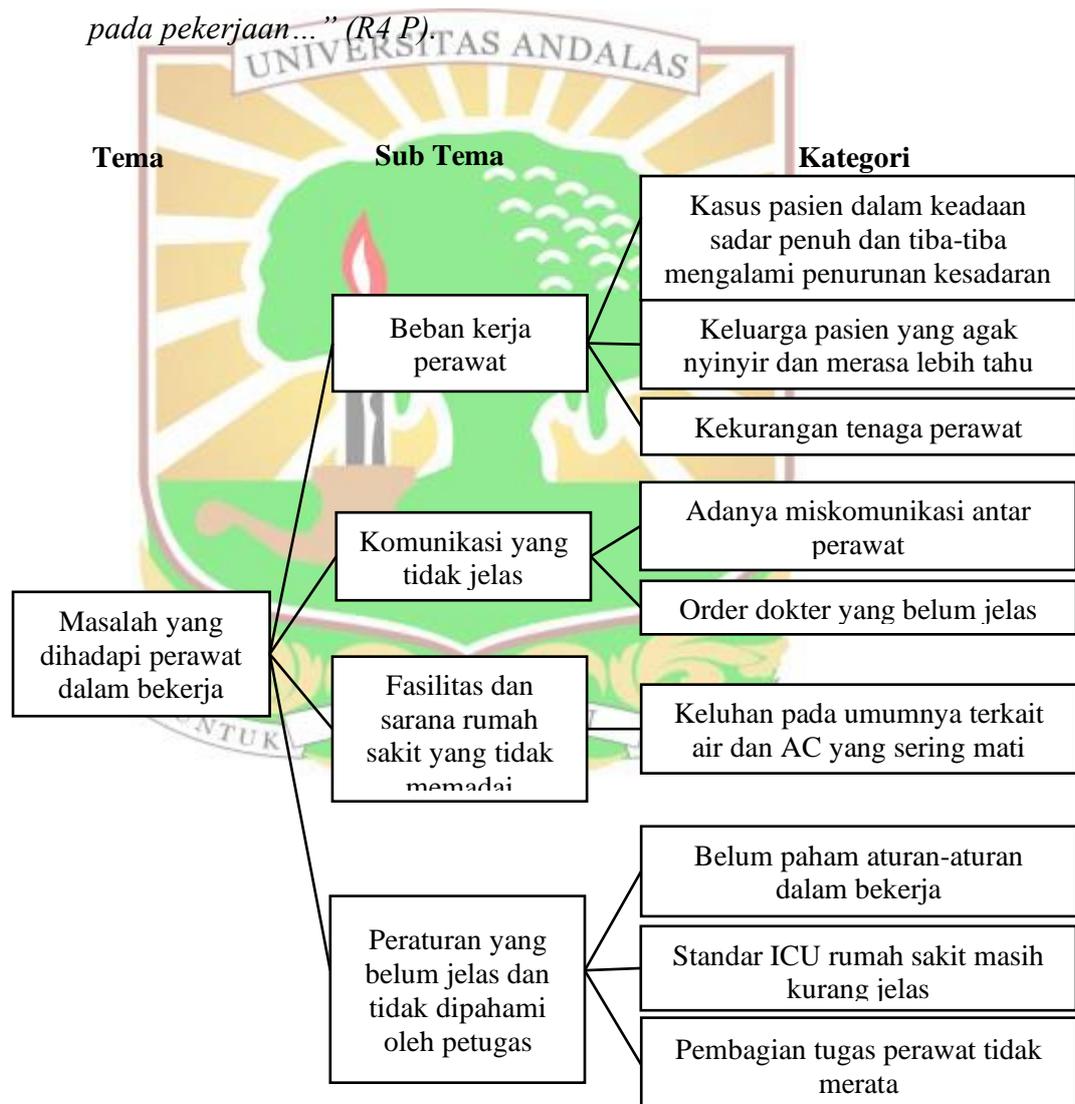
“Kebetulan kemarin ini kita gabung dalam bekerja, ada yang dari bedah, interne. Teman-temannya tidak itu-itu saja. Sehingga ada yang belum paham sifat antara satu dengan yang lainnya dan belum paham aturan-aturan dalam bekerja. Sehingga sering salah paham dalam bekerja”. (R4 P).

“Terkadang teman-teman disini meminta temannya bekerja, yang lain banyak yang main hp. Intinya kurang bertanggung jawab dalam bekerja dan pembagian pekerjaan tidak rata. Dan ada juga beberapa yang tidak mau beradaptasi ke pasien. Kalau dengan pasien tidak ada

bu, tapi kalau keluarga pasien mungkin keluarga sering tidak mendengarkan apa yang perawat bicarakan. (R2 A).

“*Keluhannya.. umumnya fasilitas ,umpamanya nak mati air umumnya fasilitas sih kalo kadang pasienkan ngeluhnya ke perawatnya. Contohnya kan kadang air mati yaa AC, itu aja mungkin mati*”. (R1 R)

“*Kayak ICU ini sebenarnya standarnya jelas cuman rumah sakit belum jelas. Maksudnya siapa yang boleh masuk ke sini, kriteria apa itu belum di patuhi oleh para DPJP dan pada akhirnya berdampaklah pada pekerjaan...*” (R4 P).



Gambar 5.2-26 Tema 3. Masalah yang Dihadapi Perawat dalam Bekerja

Kesimpulan dari hasil wawancara mendalam tentang masalah yang dihadapi perawat dalam bekerja dapat dilihat pada matriks berikut ini.

Tabel 5.2-22 Matriks Hasil Wawancara Mendalam Informan Tentang Masalah yang Dihadapi Perawat dalam Bekerja

Tematik	Sub Tema	Jawaban	Kesimpulan
Masalah yang dihadapi perawat dalam bekerja	Beban Kerja Perawat	Kondisi pasien dalam keadaan sadar penuh dan tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran. Keluarga pasien, yang agak nyinyir atau merasa lebih tahu dari perawat. Kekurangan tenaga perawat.	Informan menjelaskan masalah-masalah yang dihadapi perawat yaitu kondisi pasien yang berubah-ubah, tuntutan keluarga, kekurangan tenaga,
	Komunikasi yang tidak jelas	Ada miskomunikasi sesama perawat. Order dokter belum jelas.	komunikasi yang tidak jelas, fasilitas yang tidak memadai,
	Fasilitas dan sarana rumah sakit yang tidak memadai	Keluhannya. umumnya kadang air mati, AC mati.	dan aturan-aturan yang tidak jelas serta tidak dipahami oleh petugas.
	Peraturan-peraturan yang belum jelas dan tidak dipahami oleh petugas	Belum paham aturan-aturan dalam bekerja. Sehingga sering salah paham dalam bekerja. ICU ini sebenarnya standarnya jelas dari rumah sakit belum jelas. Pembagian pekerjaan tidak rata.	

Hasil FGD terkait masalah yang dihadapi perawat dalam bekerja adalah sebagai berikut.

Tabel 5.2-23 Matriks Hasil FGD Tentang Masalah yang Dihadapi Perawat dalam Bekerja

Tematik	Sub Tema	Jawaban	Kesimpulan
Masalah yang dihadapi perawat dalam bekerja	Beban Kerja Perawat	Beban kerja berlebih	Informan menyebutkan
	Komunikasi yang tidak jelas	<i>Komplein</i> pasien terkait pembiayaan	masalah yang dihadapi perawat dalam bekerja adalah
	Fasilitas dan sarana rumah sakit yang tidak memadai	EKG hanya satu, infus pump kurang.	beban kerja yang berlebih, sarana prasarana yang
	Peraturan-peraturan yang	Keluarga pasien yang tidak mematuhi aturan.	kurang dan aturan yang tidak dipahami dan dipatuhi oleh

tidak jelas dan tidak dipatuhi	Sistem pembagian jasa keluarga pasien dan yang tidak jelas. petugas. SOP penanndaan pasien operasi tidak dipatuhi
--------------------------------	--

Hasil analisis triangulasi antara wawancara mendalam dan FGD tentang masalah yang dihadapi perawat dalam bekerja dapat dilihat pada matriks berikut ini:

Tabel 5.2-24 Matriks Hasil Triangulasi Tentang Masalah yang Dihadapi Perawat dalam Bekerja

Tematik	Wawancara Mendalam	FGD	Kesimpulan
Masalah yang dihadapi perawat dalam bekerja	Informan menjelaskan masalah-masalah yang dihadapi perawat yaitu kondisi pasien yang berubah-ubah, tuntutan keluarga, kekurangan tenaga, komunikasi yang tidak jelas, fasilitas yang tidak memadai, dan aturan-aturan yang tidak jelas serta tidak dipahami oleh petugas.	Informan menyebutkan masalah yang dihadapi perawat dalam bekerja adalah beban kerja yang berlebih, sarana prasarana yang kurang dan aturan yang tidak dipahami dan dipatuhi oleh keluarga pasien dan petugas.	Perlu adanya edukasi terkait cara perawat mengatasi beragamnya masalah yang dihadapi di tempat kerja.

5.2.2.7 Tema 4. Respon yang Timbul Saat Perawat Menghadapi Masalah dalam Pekerjaan

Peneliti lebih lanjut menggali informasi terkait respon perawat ketika menghadapi masalah dalam pekerjaannya. Hasil wawancara dengan informan terkait respon yang timbul ketika perawat menghadapi masalah adalah berupa perasaan yang dialami perawat, rasa sedih, kesal, marah, capek, jenuh, apatis dan stress. Kutipannya sebagai berikut:

“Waktu tu ingin mundur aja sebenarnya buk. Bulan Sembilan tu ajaa sebenarnya stresnya buk. Saya langsung menghadap pimpinan Saya meminta carikan pengganti atau gak carikan dua ..tenaga antara basement antara lantai empat.”(R1 U).

“Saat itu sih...sedih sih bu...kita tau kan pasien kurang cepat dapat pertolongan”. (R2 P).

*“Sama pasien pasien kita **kesal**, tapi ndak bisa dikeluarkan gitu bu jadi mending di tahan aja “. (R4 A).*

*“Kalau terus-terus ditanya keluhannya itu aja tu ada rasa aa **capek** juga ndak. Setiap dinas ada itu aja masalahnya gitu kan”. (R1 R).*

*“Ya pastinya **kesal** lah, kesal seperti itu. Ya sudahlah, **jadi seperti apa adanya aja gitu** ... akhirnya **apatis** itu ending Ya jenuh, yaa seperti itu rata-rata (R4 P).*

*“Marah buk.. **kesal**, ingin marah tapi untuk apa gunanya marah buk. Jenuh tadi tu lah buk”. (R5 P)*

Pewawancara juga menggali informasi terkait sikap dari informan ketika menghadapi masalah dalam bekerja. Hasil wawancara didapatkan hasil sikap perawat ketika menghadapi masalah yaitu: santai, diam saja, pasrah dalam menghadapi masalah, sabar, dan kesal. Informasi yang didapat dari informan dapat dilihat pada kutipan berikut ini:

*“**Palingan dibawa santai aja sih buk**. Mungkin kita konfirmasi ulang lagi ke dokternya ini gimana (R3 U).*

*“Kalo C dalam menghadapi masalah dan pegawai itu **lebih banyak yang diam ni**. Yang utama dari dulu C ndak bisa menentang”. (R3 R).*

“Ya di jalani aja seperti itu. Di jalani beberapa kali, di bahas di rapat setelah meeting, sudah di sampaikan KARU tapi nggak ada ini, kembali seperti itu”. (R4 P).

*“**Dibawa santai aja bu**. Tidak ada beban, jika kita bekerja sesuai SOP kenapa takut”. (R2 A)..*

*“**Sabar, dan memaklumi** kalo pasien-pasien kan memang menengah ke bawah pendidikannya”. (R3 A).*

Lebih lanjut wawancara menggali informasi terkait tindakan yang dilakukan perawat ketika menghadapi masalah. Tindakan yang dilakukan perawat ketika menghadapi masalah dari informasi yang didapat berupa tetap memberikan pelayanan kepada pasien, bercerita kepada teman atau keluarga, refreasing, menghubungi bagian terkait serta melapor kepada atasan. Informasi yang diperoleh seperti dalam kutipan berikut:

*“Kalau seandainya gak bisa ngehandle lagi **telpon bagian yang terkait**. Biasanya R langsung **komunikasi dengan KARU**”. (R4 U).*

*”Kalau masalah seperti itu...**kita kerjakan dulu...apa yang perlu pertolongan dasarnya...kita berikan oksigen aja dulu...atau apa...menjelang dokternya...atau ndak minta vist nya lewat telepon aja dulu...nanti minta tolong dokternya nulis kebawah**”. (R2 P)*

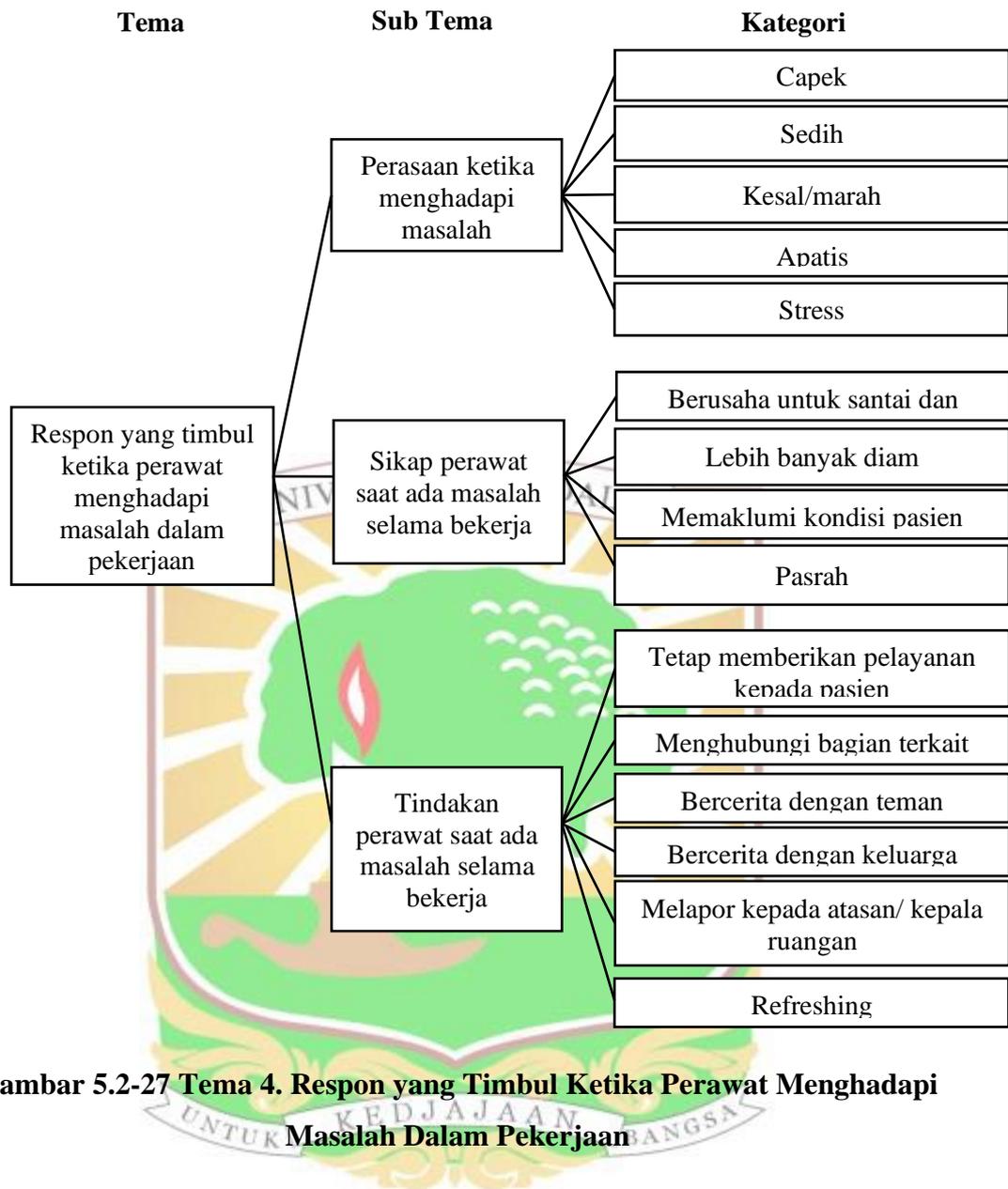
*“**Curhat sama kawan-kawan buk . Trus nanti ceritalah di rumah. Kalo ndak bawa jalan-jalan buk. Iya refreshing**”. (R5 P).*

*“Pertama sih...kalau mendapatkan seperti itu dijelaskan kembali tentang peraturan yang kita punya. Umumnya setelah dijelaskan...kalau masih ngotot kita beri alasan. Jika tidak bisa teratasi sama kita...**kita lapor sama kepala ruangan**”. (R6 P).*

*“**Lapor sama KARU**. Ada teman-teman sejawat jadi kita ngobrol, di rumah nanti misalnya suami nanya jadi bilang aja masalahnya itu (R4 A).*

*“**Tetap melakukan tindakan ke pasien, jika pekerjaannya tidak tuntas meminta tolong ke teman untuk membantu melanjutkan**”. (R3 R)*





Gambar 5.2-27 Tema 4. Respon yang Timbul Ketika Perawat Menghadapi Masalah Dalam Pekerjaan

Kesimpulan dari hasil wawancara terkait respon yang timbul ketika perawat menghadapi masalah adalah sebagai berikut.

Tabel 5.2-25 Matriks Hasil Wawancara Mendalam Informan Tentang Respon yang Timbul Ketika Perawat menghadapi Masalah

Tematik	Sub Tema	Jawaban	Kesimpulan
Respon yang timbul ketika perawat menghadapi masalah	Perasaan ketika menghadapi masalah	Stres, sedih, kesal, marah capek, apatis.	Respon yang timbul ketika perawat menghadapi masalah berupa perasaan stres, sedih, kesal, marah capek, apatis. Sikap perawat yang muncul ketika ada masalah dalam bekerja adalah bersikap santai, lebih banyak berdiam diri, dijalani saja, dan sabar serta memaklumi kondisi pasien. Tindakan yang dilakukan perawat ketika ada masalah adalah tetap melakukan tindakan ke pasien, cerita ke teman, keluarga, melapor kepada kepala ruangan atau bagian yang terkait, serta <i>refresing</i>
	Sikap yang muncul ketika ada masalah dalam bekerja	Dibawa santai saja sih Lebih banyak diam ni Dijalani aja seperti itu. Sabar dan memaklumi	
	Tindakan yang dilakukan ketika ada masalah dalam bekerja	Menghubungi bagian yang terkait. Melapor ke kepala ruangan. Tetap melakukan tindakan ke pasien Cerita ke teman. Cerita ke keluarga. <i>Refreshing.</i>	

Tabel 5.2-26 Matriks Hasil FGD Tentang Respon yang Timbul Ketika Perawat Menghadapi Masalah

Tematik	Sub Tema	Jawaban	Kesimpulan
Respon yang timbul ketika perawat menghadapi masalah	Sikap yang muncul ketika ada masalah pada perawat	Biasa saja Berusaha terima keluhan perawat	Manajer keperawatan merespon keluhan dari perawat terkait masalah dalam bekerja.
	Tindakan yang dilakukan ketika ada masalah pada perawat	Berusaha mengatasi sendiri. Melapor ke manajemen atau bagian terkait. Berusaha menenangkan perawat	

Hasil analisis triangulasi antara wawancara mendalam dan FGD tentang respon yang timbul ketika perawat menghadapi masalah dapat dilihat pada matriks berikut ini:

Tabel 5.2-27 Matriks Hasil Triangulasi Tentang Respon yang Timbul Ketika Perawat Menghadapi Masalah

Tematik	Wawancara Mendalam	FGD	Kesimpulan
Respon yang timbul ketika perawat menghadapi masalah	Respon yang timbul ketika perawat menghadapi masalah berupa perasaan stres, sedih, kesal, marah capek, apatis. Sikap perawat yang muncul ketika ada masalah dalam bekerja adalah bersikap santai, lebih banyak berdiam diri, dijalani saja, dan sabar serta memaklumi kondisi pasien. Tindakan yang dilakukan perawat ketika ada masalah adalah tetap melakukan tindakan ke pasien, cerita ke teman, keluarga, melapor kepada kepala ruangan atau bagian yang terkait, serta <i>refresing</i>	Manajer keperawatan merespon keluhan dari perawat terkait masalah dalam bekerja.	Perlu adanya edukasi untuk meningkatkan mekanisme koping perawat dalam menghadapi masalah di tempat kerja.

5.2.2.8 Tema 5. Mengenal Resiliensi Pada Perawat

Pada tema ini peneliti menggali informasi terkait pengetahuan perawat tentang resiliensi dan cara perawat bertahan menghadapi masalah dalam bekerja. Hasil wawancara terkait pemahaman informan terhadap pengertian resiliensi, hampir semua informan tidak dapat menjelaskan pengertian dari resiliensi. Berikut kutipan wawancara dengan informan:

“Resiii? Belum buk”. (R3 U). “Resilien baru sekarang dengar resilien tu bu”. (R4 A). “Tulah apa tu ya bu”. (tertawa) (R2 P). “Maaf, baru dengar bu.” (R3 R).

Lebih lanjut peneliti menggali informasi terkait cara perawat bertahan dalam menghadapi masalah dalam bekerja. Informasi yang di dapat perawat menyatakan berpikir positif, tidak terlalu memikirkan hal yang membuat cemas, menyesuaikan diri, menarik diri, mencari kesibukan lain, bercerita pada teman atau keluarga serta berdoa dan sholat. Berikut kutipan pernyataan dari informan:

“Berpikir positif aja, jalani dan diselesaikan masalah tersebut. (R5 U).

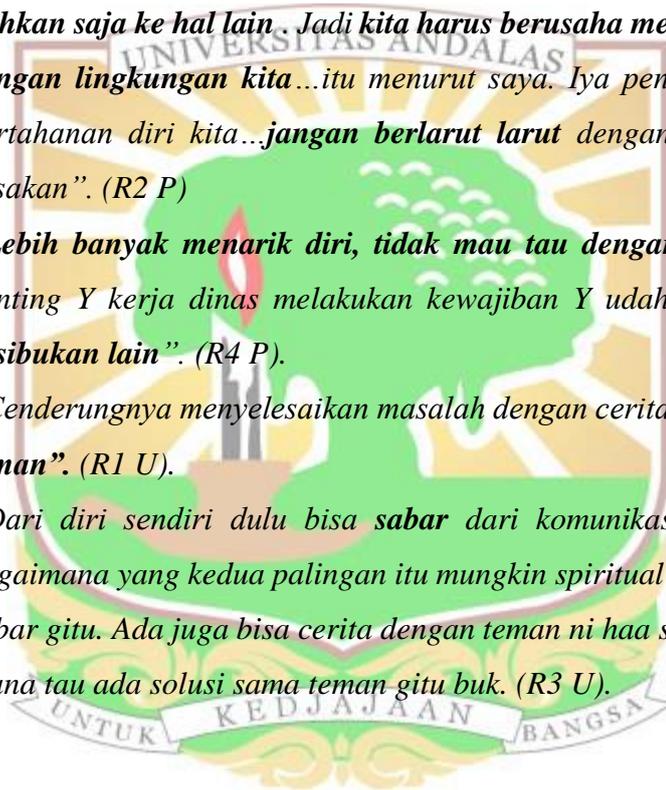
Tapi yang paling besar kalau bagi saya minta sama yang diatas dan sama keluarga. Yang berperan sangat menguatkan gitu bu (R1 P)

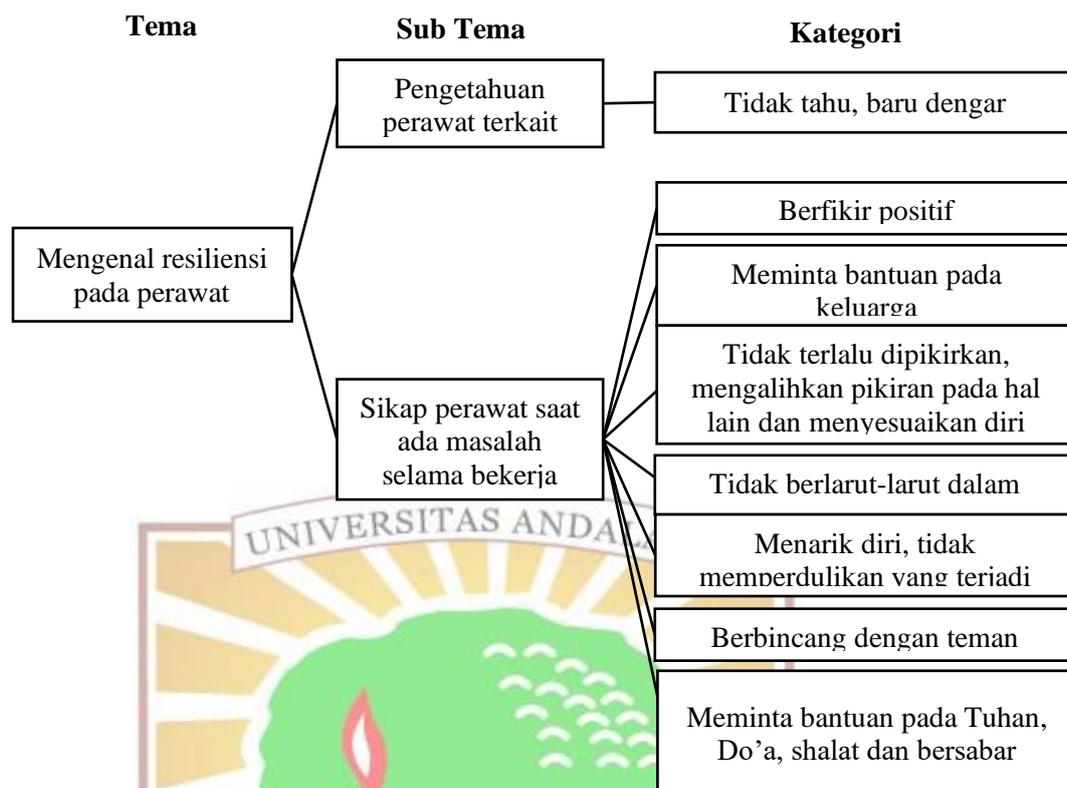
“Jangan terlalu memikirkan hal yang membuat saya cemas, saya alihkan saja ke hal lain . Jadi kita harus berusaha menyesuaikan diri dengan lingkungan kita...itu menurut saya. Iya penyesuaian...terus pertahanan diri kita...jangan berlarut larut dengan apa yang kita rasakan”. (R2 P)

“Lebih banyak menarik diri, tidak mau tau dengan apa-apa yang penting Y kerja dinas melakukan kewajiban Y udah itu gitu, nyari kesibukan lain”. (R4 P).

“Cenderungnya menyelesaikan masalah dengan cerita, bicara dengan teman”. (R1 U).

“Dari diri sendiri dulu bisa sabar dari komunikasinya dulu atau bagaimana yang kedua palingan itu mungkin spiritual gitu do’a shalat sabar gitu. Ada juga bisa cerita dengan teman ni haa sharing gitu buk, mana tau ada solusi sama teman gitu buk. (R3 U).





Gambar 5.2-28 Tema 5. Mengenal Resiliensi Pada Perawat

Kesimpulan dari hasil wawancara mendalam terkait mengenal resiliensi pada perawat adalah sebagai berikut.

Tabel 5.2-28 Matriks Hasil Wawancara Mendalam Informan Tentang Mengenal Resiliensi Pada Perawat

Tematik	Sub Tema	Jawaban	Kesimpulan
Mengenal resiliensi pada perawat	Pengertian tentang resiliensi	Belum bu. Resilien baru sekarang dengar resilien Maaf, baru dengar bu.	Informan belum bisa menjelaskan pengertian resiliensi.
	Cara perawat bertahan menghadapi masalah dalam bekerja	Berpikir positif . Minta sama yang diatas (Tuhan) dan sama keluarga. Jangan terlalu memikirkan hal yang membuat cemas, saya alihkan saja ke hal lain . Harus berusaha menyesuaikan diri dengan lingkungan.Jangan berlarut larut dengan apa yang kita rasakan. Lebih banyak menarik diri, tidak mau tau dengan apa-apa, mencari kesibukan lain. Bicara dengan teman. Do'a, shalat, sabar	Informan menjelaskan cara bertahan dalam menghadapi masalah yaitu dengan berpikir positif, tidak terlalu memikirkan masalah yang dihadapi, mengalihkan pikiran, mencari kesibukan lain, meyesuaikan diri dengan lingkungan, menarik diri, bercerita dengan teman, berserah diri pada Tuhan, sabar, berdo'a, dan sholat

Hasil FGD terkait mengenal resiliensi pada perawat adalah sebagai berikut.

Tabel 5.2-29 Matriks Hasil FGD Tentang Mengenal Resiliensi Pada Perawat

Tematik	Sub Tema	Jawaban	Kesimpulan
Mengenal resiliensi pada perawat	Pengertian tentang resiliensi	Pertahanan seseorang ketika menghadapi stress. Ketangguhan dalam menghadapi stress apapun dalam pekerjaan maupun masalah pribadi.	Sebagian Informan bisa menjelaskan pengertian resiliensi.
	Cara perawat bertahan menghadapi masalah dalam bekerja	Bercerita, diam, tidak masuk dinas, minta izin libur, saling mendukung, mengingatkan untuk sholat.	Informan menjelaskan cara perawat bertahan dalam menghadapi masalah dengan bercerita, diam, tidak masuk dinas, minta izin libur, saling mendukung, mengingatkan untuk sholat.

Hasil analisis triangulasi antara wawancara mendalam dan FGD tentang mengenal resiliensi pada perawat dapat dilihat pada matriks berikut ini:

Tabel 5.2-30 Matriks Hasil Triangulasi Tentang Mengenal Resiliensi Pada Perawat

Tematik	Wawancara Mendalam	FGD	Kesimpulan
Mengenal resiliensi pada perawat	Informan belum bisa menjelaskan pengertian resiliensi. Informan menjelaskan cara bertahan dalam menghadapi masalah yaitu dengan berpikir positif, tidak terlalu memikirkan masalah yang dihadapi, mengalihkan pikiran, mencari kesibukan lain, menyesuaikan diri dengan lingkungan, menarik diri, bercerita dengan teman, berserah diri pada Tuhan, sabar, berdo'a, dan sholat	Sebagian Informan bisa menjelaskan pengertian resiliensi. Informan menjelaskan cara perawat bertahan dalam menghadapi masalah dengan bercerita, diam, tidak masuk dinas, minta izin libur, saling mendukung, mengingatkan untuk sholat.	Perlu adanya edukasi untuk meningkatkan pemahaman dan kemampuan resiliensi perawat dalam menghadapi masalah di tempat kerja.

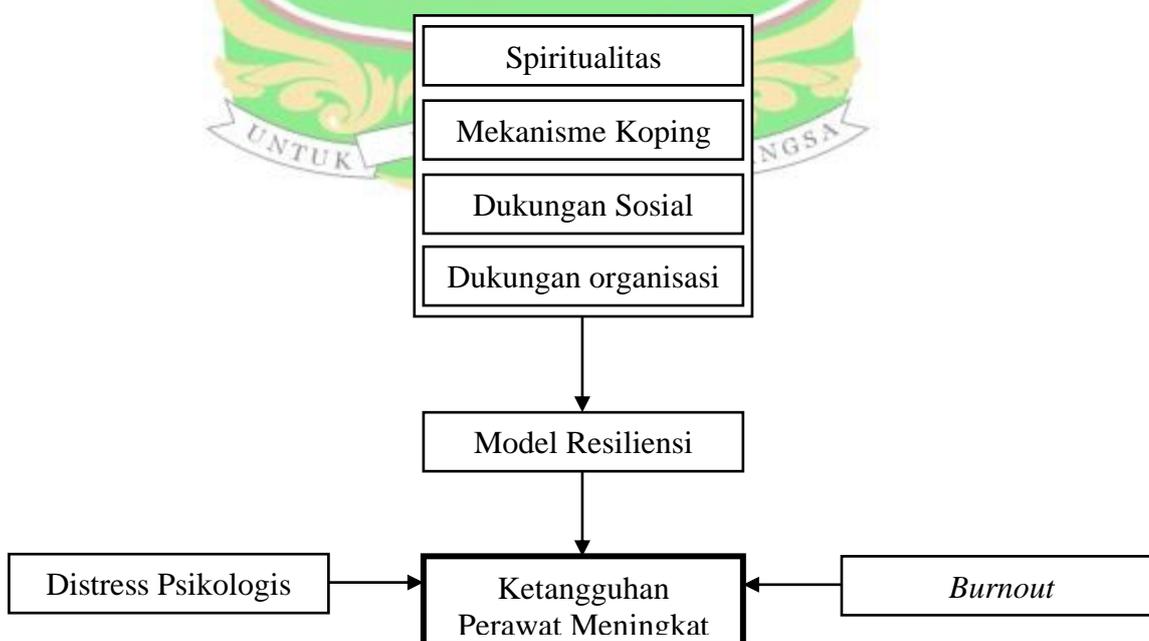
5.3 Hasil Penelitian Tahap 2 dan 3. Desain dan Pengembangan

5.3.1 Desain dan Pengembangan Model

Desain dan pengembangan model resiliensi mengacu kepada hasil penelitian pada Tahap 1 berupa penelitian kuantitatif dan kualitatif yang telah dilakukan sebelumnya serta berdasarkan teori-teori yang digunakan dalam penelitian ini.

Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan berinteraksi dengan klien atau individu lainnya dan kelompok dalam lingkungannya. Menurut teori King, tiga sistem dinamis yang saling berinteraksi yaitu 1) sistem personal, 2) sistem interpersonal, dan 3) sistem sosial. Perawat dan klien saling bertindak, bereaksi, berinteraksi dan bertransaksi untuk mencapai tujuan. Salah satu tujuan berdasarkan teori King adalah: pencapaian tujuan menurunkan stres dan kecemasan dalam situasi keperawatan serta meningkatkan coping. Hal ini menjadi dasar bagi pengembangan model resiliensi dalam upaya menjadikan perawat tangguh dalam berinteraksi dengan klien dan kelompok di lingkungan pekerjaannya.

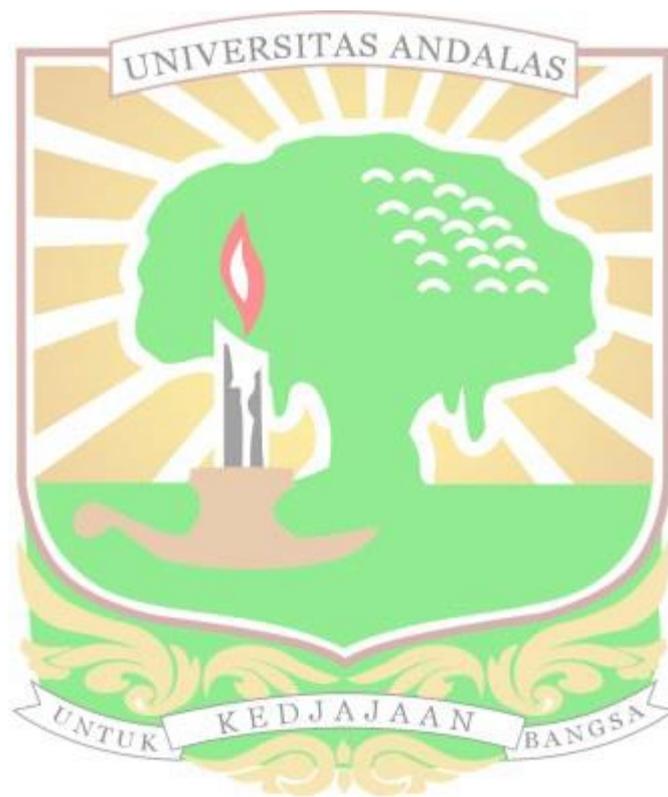
Pelatihan resiliensi perawat merupakan salah satu cara untuk meningkatkan ketangguhan perawat dalam menghadapi permasalahan di tempat kerja. Perawat yang mempunyai resiliensi atau ketangguhan akan dapat memberikan pelayanan yang berkualitas.

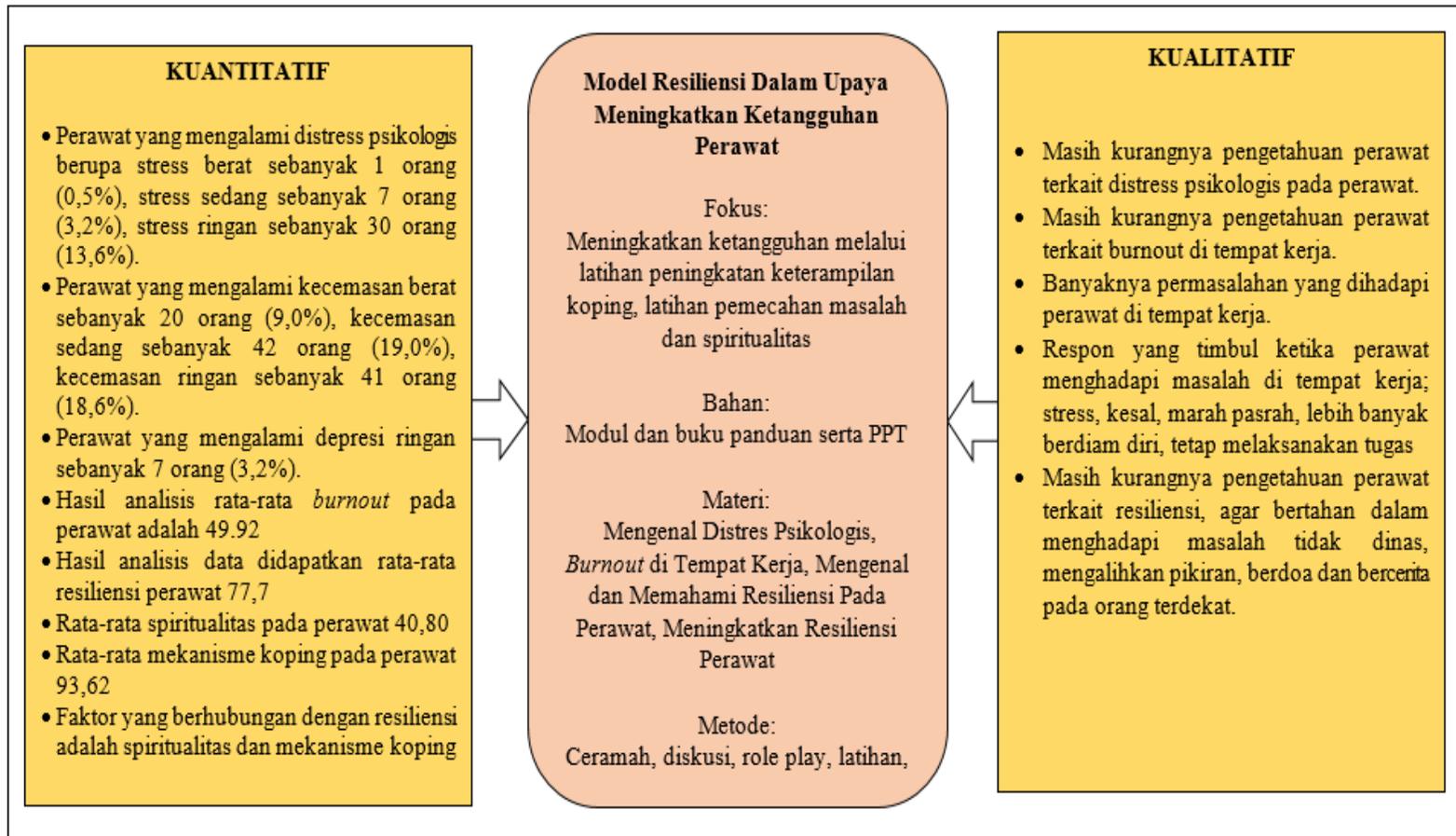


Gambar 5.3-1 Kerangka Konsep Model Resiliensi Berdasarkan Outcome

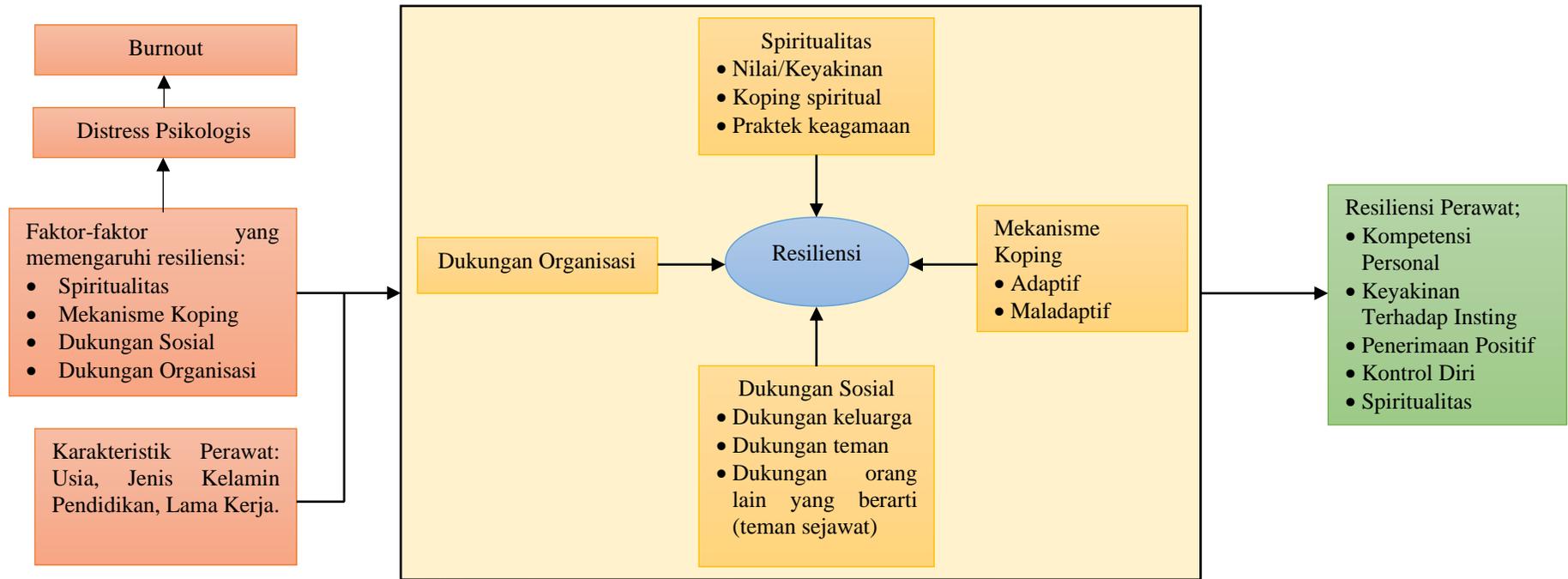
Berdasarkan gambar di atas bahwa *outcome* dari model resiliensi adalah peningkatan ketangguhan perawat sehingga dapat mencegah distress psikologis dan *burnout*.

Berikut ringkasan konsep dan strategi model resiliensi berdasarkan hasil penelitian kualitatif dan kuantitatif pada Gambar 5.3-2





Gambar 5.3-2 Ringkasan Konsep Model Resiliensi Berdasarkan Hasil Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif



Gambar 5.3-3 Desain Model Resiliensi



Berdasarkan kerangka konsep model resiliensi maka desain model resiliensi dapat dilihat pada gambar 5.3-3 di atas.

5.3.2 Desain dan Pengembangan Modul

Pada tahap desain ini peneliti merumuskan akar permasalahan dalam meningkatkan ketangguhan perawat untuk mencegah distress psikologis dan *burnout* pada perawat. Peneliti menyusun *blue print* terkait model resiliensi perawat berdasarkan hasil analisis penelitian pada tahap 1 yaitu hasil analisis kuantitatif dan kualitatif. Hasil penelitian yang didapat sebagai berikut:

1. Pada hasil penelitian kuantitatif faktor-faktor yang berpengaruh secara signifikan terhadap resiliensi perawat ada 2 yaitu spiritualitas dan mekanisme koping.
2. Pada hasil penelitian kualitatif, didapatkan beberapa tema utama yaitu:
 - a. Mengenal distress psikologis pada perawat.
 - b. Mengenal *burnout* pada perawat.
 - c. Masalah yang dihadapi perawat dalam bekerja.
 - d. Respon yang timbul saat perawat menghadapi masalah dalam pekerjaan.
 - e. Mengenal resiliensi pada perawat

Berdasarkan hasil penelitian tahap 1 di atas, langkah selanjutnya adalah membangun Model “Resiliensi” yang diwujudkan dalam bentuk Modul “Pelatihan Resiliensi Perawat”. Desain Modul Pelatihan Resiliensi Perawat terdiri dari:

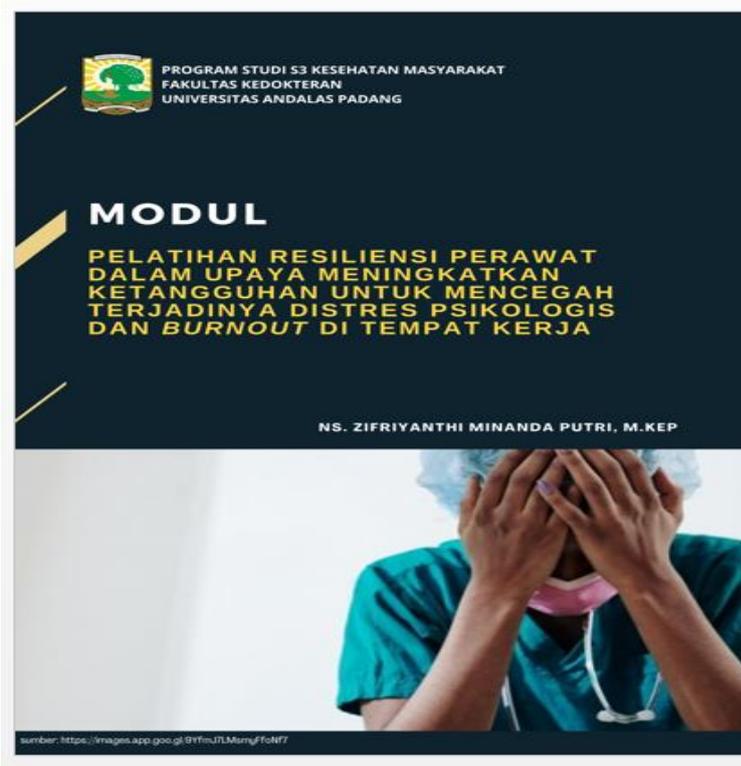
- a. Kerangka Modul
Kerangka modul terdiri dari bagian-bagian diantaranya adalah: halaman sampul, daftar isi, halaman isi, daftar pustaka, serta format evaluasi.
- b. Materi dalam modul
Materi modul mencakup tentang: mengenal distress psikologis, burnout di tempat kerja, mengenal dan memahami resiliensi pada perawat, dan meningkatkan resiliensi perawat.
- c. Evaluasi hasil pembelajaran modul
Evaluasi dan aktifitas disesuaikan dengan tujuan pembelajaran sebagai dasar dalam mengukur keberhasilan efektifitas pembelajaran pada modul pelatihan peningkatan resiliensi perawat.

Pembuatan desain materi modul pelatihan resiliensi perawat dapat dilihat pada Tabel 5.3-1 berikut:

Tabel 5.3-1 Desain Materi Modul Pelatihan Resiliensi Perawat

No	Materi	Sub Materi
1.	Pendahuluan	<ul style="list-style-type: none"> • Latar Belakang • Tujuan Modul Saran Modul • Prosedur Penggunaan Modul
2.	Mengenal Distres Psikologis	<ul style="list-style-type: none"> • Pengertian Distres Psikologis • Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Distres Psikologis • Tanda dan Gejala • Dampak Perawat yang Mengalami Distress Psikologis • Pengertian Stres • Penyebab Stres • Tingkatan Stres, Tanda dan Gejala • Pengertian Kecemasan • Faktor-Faktor yang Menyebabkan Kecemasan • Tingkatan Kecemasan, Tanda dan Gejala • Pengertian Depresi • Pengelompokan Depresi, Tanda dan Gejala
3.	<i>Burnout</i> di Tempat Kerja	<ul style="list-style-type: none"> • Pengertian <i>Burnout</i> • Faktor-Faktor Penyebab <i>Burnout</i> • Ciri-Ciri Orang yang Mengalami <i>Burnout</i> • Indikator <i>Burnout</i>
4.	Mengenal dan Memahami Resiliensi Pada Perawat	<ul style="list-style-type: none"> • Pengertian Resiliensi • Karakteristik Resiliensi • Aspek-Aspek yang membangun Resiliensi • Pengertian Spiritualitas • Karakteristik Spiritualitas • Kebutuhan Spiritualitas • Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Spiritualitas • Pengertian Mekanisme Koping • Penggolongan Mekanisme Koping • Strategi Koping • Penyelesaian Masalah • Faktor-Faktor Penghambat Penyelesaian Masalah • Langkah-Langkah Dalam Penyelesaian Masalah
5.	Meningkatkan Ketangguhan Perawat	<ul style="list-style-type: none"> • Latihan Meningkatkan Spiritualitas • Latihan meningkatkan Keterampilan Koping Perawat • Latihan Penyelesaian masalah

Gambar 5.3-4 di bawah ini merupakan contoh halaman sampul dari buku “Modul Pelatihan Resiliensi Perawat Dalam Upaya Meningkatkan Ketangguhan Untuk mencegah Terjadinya Distres Psikologis dan *Burnout* di Tempat Kerja”



Gambar 5.3-4 Contoh Halaman Sampul Modul Pelatihan Resiliensi Perawat

Sebagai pedoman pelaksanaan modul pelatihan resiliensi perawat maka disusun panduan modul. Adapun rancangan materi panduan modul sebagai berikut:

Tabel 5.3-2 Desain Materi Panduan Modul Pelatihan Resiliensi Perawat

No	Materi	Sub Materi
1.	Pendahuluan	<ul style="list-style-type: none"> • Latar Belakang • Urgensi Pengembangan Modul • Modul Pelatihan peningkatan Resiliensi Perawat
2.	Tinjauan Umum	<ul style="list-style-type: none"> • Deskripsi Panduan • Landasan Penyusunan Modul • Kegunaan Modul • Petunjuk Penggunaan Modul • Susunan Materi • Bahan Pendukung • Rencana Kegiatan • Evaluasi
3.	Panduan Kegiatan	<ul style="list-style-type: none"> • Mengenal Distres Psikologis • <i>Burnout</i> di Tempat Kerja • Mengenal dan Memahami Resiliensi Pada Perawat • Meningkatkan Resiliensi Perawat

Gambar 5.3-5 di bawah ini merupakan contoh halaman sampul dari buku “Panduan Penggunaan Modul Pelatihan Resiliensi Perawat Dalam Upaya

Meningkatkan Ketangguhan Untuk Mencegah Terjadinya Distres Psikologis dan *Burnout* di Tempat Kerja”.



Gambar 5.3-5 Contoh Halaman Sampul Buku Panduan Penggunaan Modul

Hasil dari tahap desain modul dilanjutkan dengan tahap pengembangan atau *development* yang terdiri dari:

1. Uji Validasi Modul

Uji validasi modul dilakukan pada ahli materi dari bagian psikologi dan manajemen keperawatan, ahli modul dan ahli bahasa. Setelah modul terbentuk maka dilakukan uji pakar terhadap modul yang dihasilkan.

Hasil rekapan perbaikan modul resiliensi dapat dilihat pada Tabel 5.3-3 di bawah ini:

Tabel 5.3-3 Perbaikan Modul Resiliensi

No	Saran Ahli	Perbaikan
1.	Ahli Materi I (Dr. Yulastri Arif, M.Kep)	
	Judul Modul Pelatihan Resiliensi sebaiknya ditambahkan kata Pelatihan Peningkatan Resiliensi	Sudah ditambahkan
	Isi modul kaitkan dengan hasil penelitian	Sudah diperbaiki
	Evaluasi sebaiknya dalam bentuk soal pilihan ganda.	Sudah diperbaiki
2.	Ahli Materi II (Dr. Yantri Maputra, M.Ed)	
	Isi modul kaitkan dengan hasil penelitian	Sudah diperbaiki
	Perhatikan tujuan pembelajaran pada setiap bagaian	Sudah diperbaiki
	Tambahkan penyebab stress di tempat kerja	Sudah ditambahkan
3.	Ahli Modul (Prof. Dr. Mudjiran, M.S, Kons)	
	Cover diganti dengan yang lebih menarik	Sudah diperbaiki
	Isi modul dikaitkan dengan hasil penelitian	Sudah diperbaiki
	Pisahkan antara materi modul dengan panduan modul dalam buku yang berbeda	Sudah diperbaiki
4.	Ahli Bahasa (Dr. Fajri Usman, M.S)	
	a. Penulisan daftar pertanyaan diganti menjadi “Lembar Evaluasi”.	Sudah diperbaiki
	b. Penulisan Kepustakaan diganti menjadi “ Daftar Pustaka”	Sudah diperbaiki
	c. Perbaiki penomoran dalam bacaan, spasi dan penggunaan huruf kapital.	Sudah diperbaiki
	d. Pada daftar pustaka untuk penulisan judul buku dimiringkan sedangkan bukan bukun penulisan judul menggunakan tanda kutip dan tidak dimiringkan	Sudah diperbaiki

Penilaian modul dimintakan kepada ahli materi, ahli modul, dan ahli bahasa. Penilaian modul meliputi komponen kelayakan isi, kebahasaan, komponen penyajian dan kelayakan kegrafikan. Hasil penilaian modul dapat dilihat pada Tabel 5.3-4 dibawah ini.

Tabel 5.3-4 Hasil Penilaian Modul Pelatihan Peningkatan Resiliensi Perawat: Pencegahan Distres Psikologis dan Burnout di Tempat Kerja

No.	Ahli	Nilai	Persentase Nilai	Keterangan
1.	Ahli Materi I	63	90	Sangat layak
2.	Ahli Materi II	62	88,3	Sangat Layak
3.	Ahli Modul	35	87,5	Sangat Layak
4.	Ahli Bahasa	28	93,3	Sangat Layak

2. Revisi Modul

Modul pelatihan resiliensi mengalami revisi setelah mendapatkan masukan dari ahli modul dan selanjutnya dilakukan uji coba modul dengan mengkaji kekurangan serta masukan dan tanggapan dari perawat peserta pelatihan uji coba modul. Perbaikan modul dilakukan berdasarkan masukan-masukan tersebut sehingga modul siap untuk digunakan dan diimplementasikan.

3. Uji Coba Model dan Modul

Langkah selanjutnya dalam pengembangan model maka dilakukan uji coba model yang dilakukan pada 30 perawat di RSUD Rasidin Padang yang dilakukan pada tanggal 23 Maret 2022. Uji coba model dilakukan dengan memberikan modul sekaligus pelatihan peningkatan resiliensi pada perawat. Rangkaian kegiatan uji coba modul sebagai berikut:

- a. Pembukaan dan Penjelasan Kegiatan (20 menit).
- b. Melaksanakan *Pre-test* (30 menit).
- c. Mengenal Distres Psikologis (40 menit).
- d. *Burnout* di Tempat Kerja (20 menit)
- e. Mengenal dan Memahami Resiliensi (60 menit)
- f. Meningkatkan Resiliensi (60 menit).
- g. Penutupan Kegiatan (10 menit).

Hasil analisis data uji coba model dengan melakukan uji normalitas data dan uji beda 2 mean pada kelompok yang sama.

Uji normalitas data dengan Shapiro-Wilk didapatkan hasil sebagai berikut.

Tabel 5.3-5 Hasil Uji Normalitas Data Terhadap Uji Coba Model

Variabel	Pre Test	Ket	Post Test	Ket
Resilensi	0.117	Data normal	0.247	Data normal

Berdasarkan Tabel 5.3-5 didapatkan hasil uji normalitas data terhadap uji coba modul. Selanjutnya analisis data uji 2 beda mean pada kelompok yang sama, jika data berdistribusi normal maka menggunakan uji *Paired t-test*, dan jika sebaliknya data tidak berdistribusi normal maka menggunakan uji *Wilcoxon test*.

Tabel 5.3-6 Hasil Uji Coba Modul

Variabel	<i>Pre Test</i>		<i>Post Test</i>		p-value
	Mean	Median	Mean	Median	
Resiliensi	79.50	76	86.13	85.5	0.003
• Kompetensi Personal	26.10	25	28	28.5	
• Kenyakinan Terhadap Insting	20.80	20	23.07	23	
• Penerimaan Positif	16.27	15	17.13	17	
• Kontrol Diri	9.47	9	10.70	11	
• Spiritualitas	6.87	7	7.23	7	

Berdasarkan Tabel 5.3-6 didapatkan bahwa ada pengaruh yang bermakna dari uji coba model resiliensi terhadap ketangguhan perawat dengan nilai $p \leq 0,05$, maka perlakuan yang diberikan memiliki efek yang besar, yang artinya modul layak diimplementasikan.

5.4 Hasil Penelitian Tahap 4

Pada bagian ini menjelaskan hasil penelitian Tahap 4 yaitu implementasi modul pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 29 Maret 2022 sampai dengan 19 April 2022 di RSUD Padang Panjang dengan jumlah peserta 30 orang perawat. Pelaksanaan kegiatan berupa “Pelatihan Resiliensi Perawat Dalam Upaya Meningkatkan Ketangguhan Untuk Mencegah Distres Psikologis dan *Burnout* di Tempat Kerja” serta masing-masing peserta pelatihan mendapatkan modul pelatihan.

Kegiatan yang dilakukan adalah:

1. Pembukaan dan Penjelasan Kegiatan (20 menit).
2. Melaksanakan *Pre-test* (30 menit).
3. Mengenal Distres Psikologis (40 menit).
4. *Burnout* di Tempat Kerja (20 menit).
5. Mengenal dan Memahami Resiliensi (60 menit).
6. Meningkatkan Resiliensi/Ketangguhan (60 menit).
7. Melaksanakan *Post-test* (Hari ke – 21, setelah 3 minggu kegiatan implementasi).

Kegiatan pelatihan pemberian materi dilaksanakan satu hari. Hari selanjutnya peneliti dibantu dengan 3 orang enumerator melakukan pendampingan latihan meningkatkan resiliensi. Peneliti juga membuat grup “WhatsApp” untuk

memudahkan berkomunikasi dan berkoordinasi dengan peserta selama pelatihan berlangsung. Post-test dilakukan setelah 3 minggu kegiatan implementasi model untuk melihat keefektifan implementasi model dan pelaksanaan pelatihan peningkatan resiliensi perawat.

5.4.1 Resiliensi Perawat Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol (*Pre Test – Post Test*).

Hasil analisa data resiliensi perawat pada kelompok intervensi dan kontrol saat *pre-test* dan *post-test* ditampilkan sebagai berikut:

Tabel 5.4-1 Distribusi Resiliensi Perawat Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol (*Pre Test – Post Test*)

Variabel	Pre-test dan Post-test	Ukuran Tengah	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	
Resiliensi Perawat	Pre-test	Mean	76,53	77,43 (5,853)	
		(\pm SD)	(8,776)		
		Median (Min-Max)	75,50 (59 – 95)	78 (62 – 90)	
	Post-test	95% CI	73,26 – 79,81	75.25 – 79.62	
		Mean	89.90 (4.693)	79.33 (4.751)	
		(\pm SD)			
	a. Kompetensi Personal	Pre-test	Median (Min-Max)	90 (82 – 100)	78.50 (72 – 91)
			95% CI	88,15 – 91,65	77.56 – 81.11
			Mean	24.50 (3.693)	25.23 (2.417)
Post-test	(\pm SD)				
	Median (Min-Max)	24 (17 -31)	25 (20 -30)		
	95% CI	25.00 -25.91	24.33 – 26.14		
b. Keyakinan Terhadap Insting	Pre-test	Mean	29.30 (1.643)	25.60 (2.343)	
		(\pm SD)			
		Median (Min-Max)	29 (26 – 32)	25 (22 -31)	
Post-test	95% CI	28.69 – 29.91	24.73 – 26.47		
	Mean	20.23 (2.528)	19.63 (1.829)		
	(\pm SD)				
c. Penerimaan Positif	Pre-test	Median (Min-Max)	20 (15 – 17)	20 (16 – 23)	
		95% CI	19.29 – 21.18	18.95 – 20.32	
		Mean	24 (2.464)	20.93 (2.377)	
Post-test	(\pm SD)				
	Median (Min-Max)	24 (20 -28)	20 (17 – 27)		
	95% CI	23.08 – 24.92	20.05 – 21.82		
c. Penerimaan Positif	Pre-test	Mean	15.27 (1.701)	16.20 (1.710)	
		(\pm SD)			
		Median (Min-Max)	15 (12 -20)	16 (13 – 19)	

Variabel	Pre-test dan Post-test	Ukuran Tengah	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol
		95% CI	14.63 – 15.90	15.56 – 16.84
	Post-test	Mean (\pm SD)	17.53 (1.814)	16.23 (1.591)
		Median (Min-Max)	17.50 (15 -20)	16 (13-19)
		95% CI	16.86 – 18.21	15.64 – 16.83
d. Kontrol Diri	Pre-test	Mean (\pm SD)	9.67 (1.213)	9.63 (1.217)
		Median (Min-Max)	9 (8 -12)	9 (8– 12)
		95% CI	9.21 – 10.12	9.18 – 10.09
	Post-test	Mean (\pm SD)	11.30 (0.915)	9.83 (1.416)
		Median (Min-Max)	12 (9 -12)	10 (7– 12)
		95% CI	10.96 – 11.64	9.30 – 10.36
e. Spiritualitas	Pre-test	Mean (\pm SD)	6.87 (0.900)	6.73 (0.691)
		Median (Min-Max)	7 (4 - 8)	7 (5 – 8)
		95% CI	6.53 – 7.20	6.48 – 6.99
	Post-test	Mean (\pm SD)	7.77 (0.504)	6.73 (0.691)
		Median (Min-Max)	8 (6 -8)	7 (5 - 8)
		95% CI	7.58 – 7.95	6.48 – 6.99

Berdasarkan Tabel 5.4-1 hasil analisis pada kelompok intervensi didapatkan rata-rata resiliensi perawat sebelum pelatihan atau pre-test adalah 76,53 (95% CI : 73,26 – 79,81), dengan standar deviasi 8,776. Sebelum pelatihan, resiliensi perawat terendah 59 dan resiliensi tertinggi 95. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata resiliensi perawat sebelum pelatihan adalah di antara 73,26 sampai dengan 79,81.

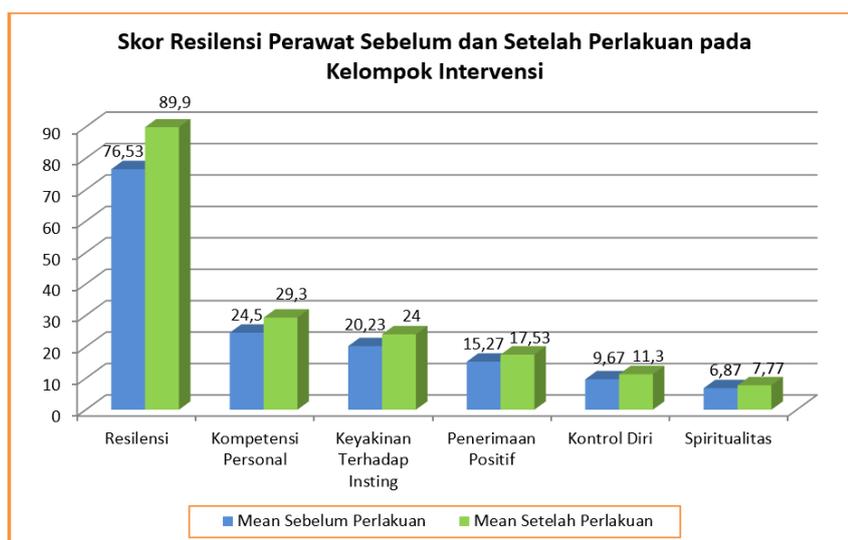
Hasil analisis juga didapatkan rata-rata resiliensi perawat saat post-test pada kelompok intervensi adalah 89.90 (95% CI : 88,15 – 91,65), dengan standar deviasi 4.693. Saat post-test resiliensi perawat terendah 82 dan resiliensi tertinggi 100. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata resiliensi perawat setelah pelatihan adalah di antara 88,15 sampai dengan 91,65.

Hasil analisis pada kelompok kontrol didapatkan rata-rata resiliensi perawat saat pre-test adalah 77.43 (95% CI : 75.25 – 79.62), dengan standar deviasi 5.853. Saat pre-test resiliensi perawat terendah 62 dan resiliensi tertinggi 90. Hasil

estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata resiliensi perawat saat pre-test adalah di antara 75.25 sampai dengan 79.62.

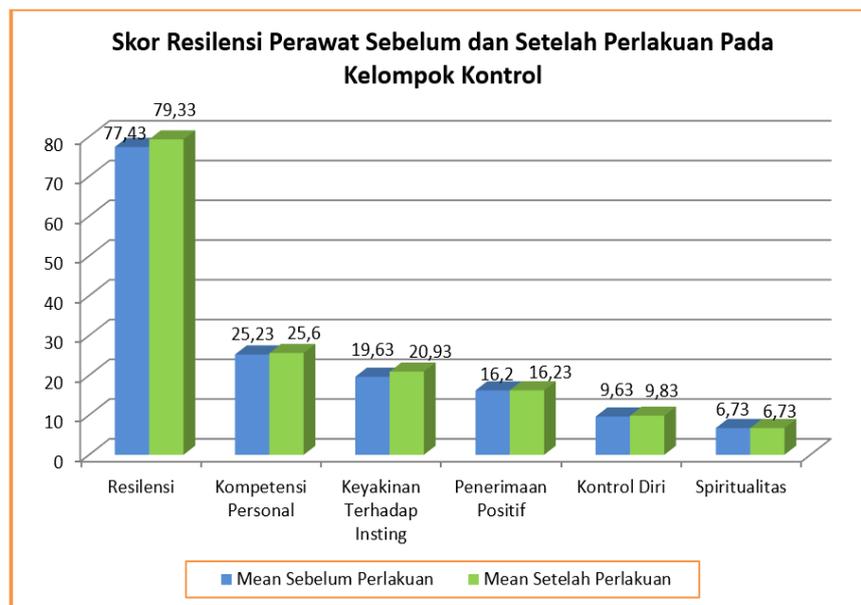
Hasil analisis juga didapatkan rata-rata resiliensi perawat saat post-test pada kelompok kontrol adalah 79.33 (95% CI: 77.56 – 81.11), dengan standar deviasi 4.751. Saat post-test resiliensi perawat terendah 72 dan resiliensi tertinggi 91. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata resiliensi perawat saat post test adalah di antara 77.56 sampai dengan 81.11.

Gambar 5.4-1 Menunjukkan skor rata-rata resiliensi beserta dimensi resiliensi perawat sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok intervensi.



Gambar 5.4-1 Skor Rata-Rata Dimensi Resiliensi Perawat Sebelum dan Setelah Perlakuan pada Kelompok Intervensi

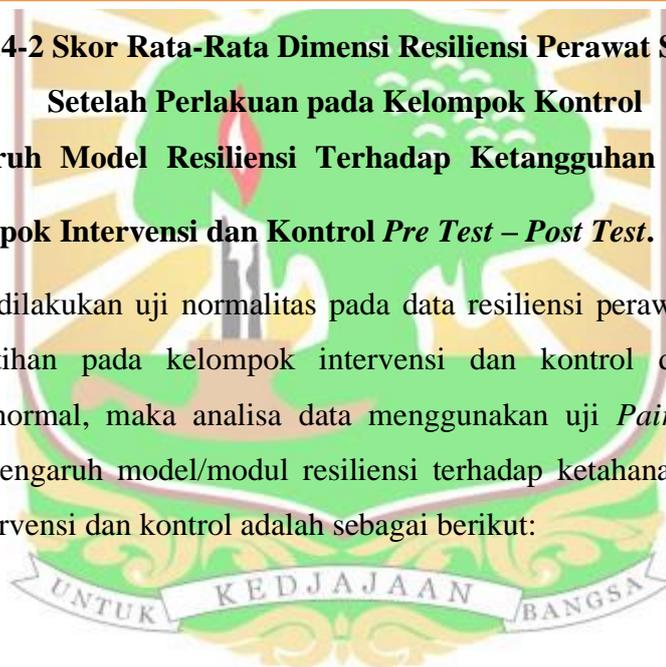
Gambar 5.4-2 Menunjukkan skor rata-rata resiliensi beserta dimensi resiliensi perawat sebelum dan sesudah perlakuan pada kelompok kontrol



Gambar 5.4-2 Skor Rata-Rata Dimensi Resiliensi Perawat Sebelum dan Setelah Perlakuan pada Kelompok Kontrol

5.4.2 Pengaruh Model Resiliensi Terhadap Ketangguhan Perawat Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol *Pre Test – Post Test*.

Setelah dilakukan uji normalitas pada data resiliensi perawat sebelum dan sesudah pelatihan pada kelompok intervensi dan kontrol didapatkan data berdistribusi normal, maka analisa data menggunakan uji *Paired t-test*. Hasil analisa data pengaruh model/modul resiliensi terhadap ketahanan perawat pada kelompok intervensi dan kontrol adalah sebagai berikut:



Tabel 5.4-2 Pengaruh Model Resiliensi Terhadap Ketahanan Perawat Pada Kelompok Intervensi (*Pre Test – Post Test*)

No	Variabel	Kelompok	Mean (\pm SD)		Selisih Nilai Mean	P
			<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>		
Resiliensi		Intervensi	76,53 (8,776)	89.90 (4.693)	13,37	0,000
		Kontrol	77,43 (5,853)	79.33 (4.751)	1,9	0.122
a.	Kompetensi Personal	Intervensi	24.50 (3.693)	29.30 (1.643)	4,8	0,000
		Kontrol	25.23 (2.417)	25.60 (2.343)	0,37	0,507
b.	Keyakinan Terhadap Insting	Intervensi	20.23 (2.528)	24 (2.464)	3,77	0,000
		Kontrol	19.63 (1.829)	20.93 (2.377)	1,3	0,011
c.	Penerimaan Positif	Intervensi	15.27 (1,701)	17.53 (1,814)	2,26	0,001
		Kontrol	16.20 (1,710)	16.23 (1,591)	0,03	0,564
d.	Kontrol Diri	Intervensi	9.67 (1,213)	11.30 (0,915)	1,63	0,001
		Kontrol	9.63 (1,217)	9.83 (1,416)	0,2	0,340
e.	Spiritualitas	Intervensi	6.87 (0,900)	7.77 (0,504)	0,9	0,001
		Kontrol	6.73 (0,691)	6.73 (0,691)	0	1

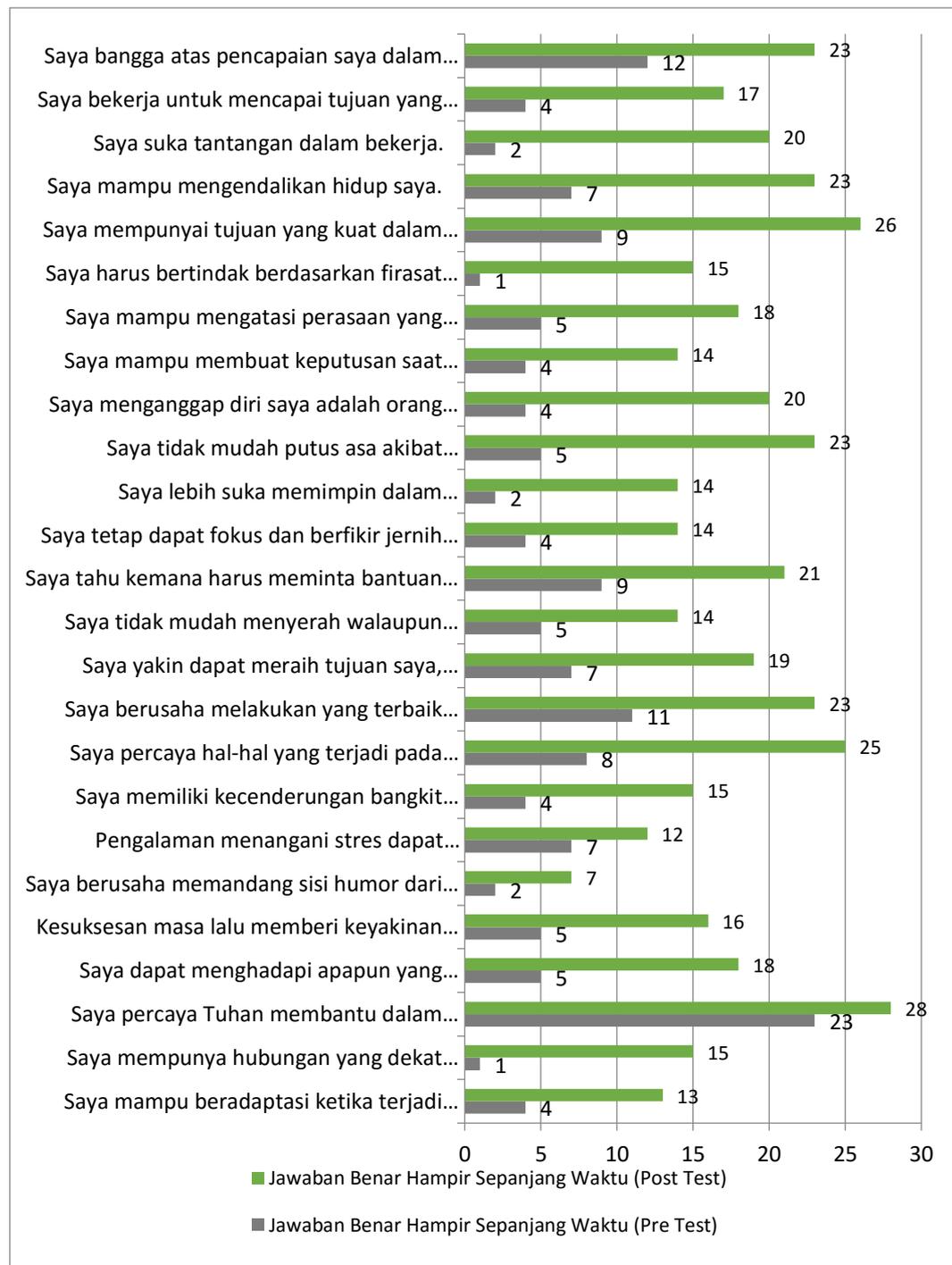
Besarnya efek dari perlakuan yang diberikan terhadap peningkatan ketahanan perawat dapat dilihat dari nilai *eta squared* dengan kriteria nilai: 0.01 = efek kecil, 0,06 efek sedang, dan 0,14 efek besar.

$$\begin{aligned}
 \text{Eta squared} &= \frac{t^2}{t^2 + (N+1)} \\
 &= \frac{-9,751^2}{-9751^2 + (30-1)} \\
 &= \frac{95.08}{95.08 + (29)} = 0,76
 \end{aligned}$$

Hasil *eta squared* didapatkan nilai 0,76, maka perlakuan yang diberikan memiliki efek yang besar.

Berdasarkan Tabel 5.4-2 pada kelompok intervensi terdapat pengaruh yang bermakna dari modul resiliensi terhadap ketangguhan perawat dengan nilai $p = 0,001$. Pada dimensi dari resiliensi; kompetensi personal, keyakinan terhadap insting, penerimaan positif, kontrol diri, dan spiritualitas terdapat pengaruh setelah diberikan perlakuan dengan nilai $p < 0,05$.

Berdasarkan Tabel 5.4-2 pada kelompok kontrol tidak terdapat pengaruh yang bermakna dari pre test dan post test terhadap ketangguhan perawat dengan nilai $p = 0,122$. Pada dimensi dari resiliensi; kompetensi personal, penerimaan positif, kontrol diri, dan spiritualitas tidak terdapat pengaruh yang bermakna dari pre test dan post test dengan nilai $p > 0,05$, sedangkan dimensi keyakinan terhadap insting terdapat pengaruh yang bermakna dari *pre test* dan *post test* dengan nilai $p = 0,011$.



Gambar 5.4-3 Analisis Kuesioner Resiliensi Perawat Sebelum dan Sesudah Perlakuan pada Kelompok Intervensi

Hasil analisis kuesioner resiliensi pada Gambar 5.4-3 didapatkan jawaban perawat mempunyai tujuan yang kuat dalam pekerjaan sebanyak 9 orang (30%0 menjadi 26 orang (86,7%) setelah perlakuan.

5.4.3 Hasil Penelitian Uji Beda 2 Mean Antara Kelompok Intervensi Dengan Kelompok Kontrol

Bagian ini menjelaskan hasil penelitian uji beda 2 Mean antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah perlakuan berupa pemberian modul dan pelatihan peningkatan resiliensi pada kelompok intervensi.

Setelah dilakukan uji normalitas pada data *post-test* ketahanan perawat pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan data berdistribusi normal, maka analisa data menggunakan uji *Independent t-test*. Hasil uji beda 2 mean ketahanan perawat antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol adalah sebagai berikut:

Tabel 5.4-3 Perbedaan Ketangguhan Perawat Antara Kelompok Intervensi dengan Kelompok Kontrol Setelah Perlakuan

Variabel	Mean	<i>p-value</i>
Resilensi Kelompok Intervensi (Post-Test)	89,90	0,000
Resilensi Kelompok Kontrol (Post-Test)	79,33	

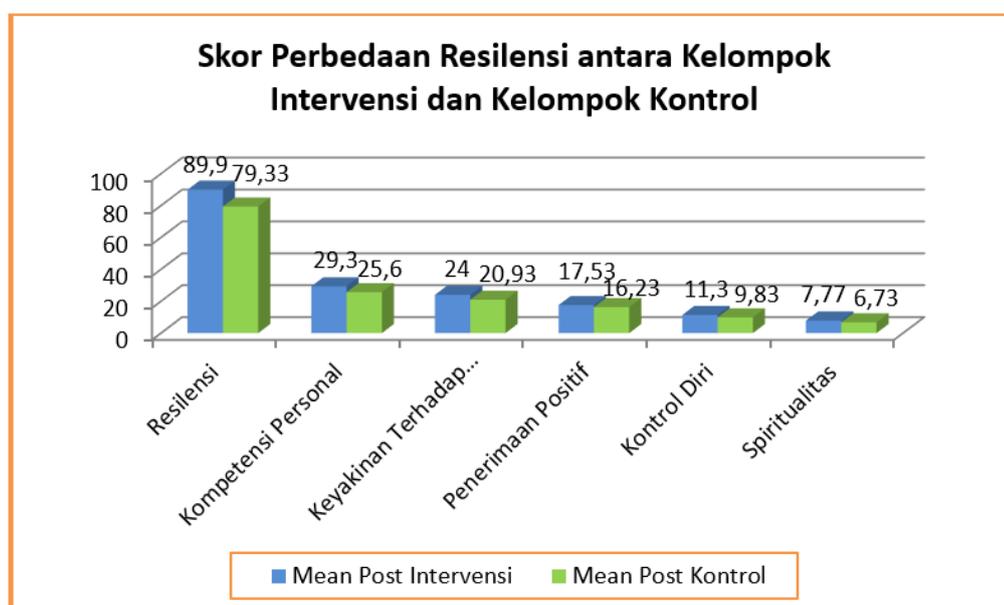
Tabel 5.4-10 menunjukkan hasil analisa data perbedaan resiliensi perawat antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol setelah pelatihan resiliensi. Hasil mean menunjukkan perawat yang diberikan intervensi memiliki nilai mean lebih besar yaitu, 89,90 dari perawat yang tidak diberikan intervensi yaitu, 79,33. Berdasarkan hasil analisis lebih lanjut menunjukkan nilai $p = 0,000 < 0,05$, maka ada perbedaan rata-rata hasil *post-test* resiliensi antara perawat yang diberikan perlakuan dan yang tidak diberikan perlakuan.

Besarnya efek dari perlakuan yang diberikan dapat dilihat dari nilai *eta squared* dengan kriteria nilai: 0.01 = efek kecil, 0,06 efek sedang, dan 0,14 efek besar

$$\begin{aligned} \text{Eta squared} &= \frac{t^2}{t^2 + (N1 + N2 - 2)} \\ &= \frac{8,666^2}{8,666^2 + (30 + 30 - 2)} \\ &= \frac{75,09}{75,09 + (58)} \\ &= 0,56 \end{aligned}$$

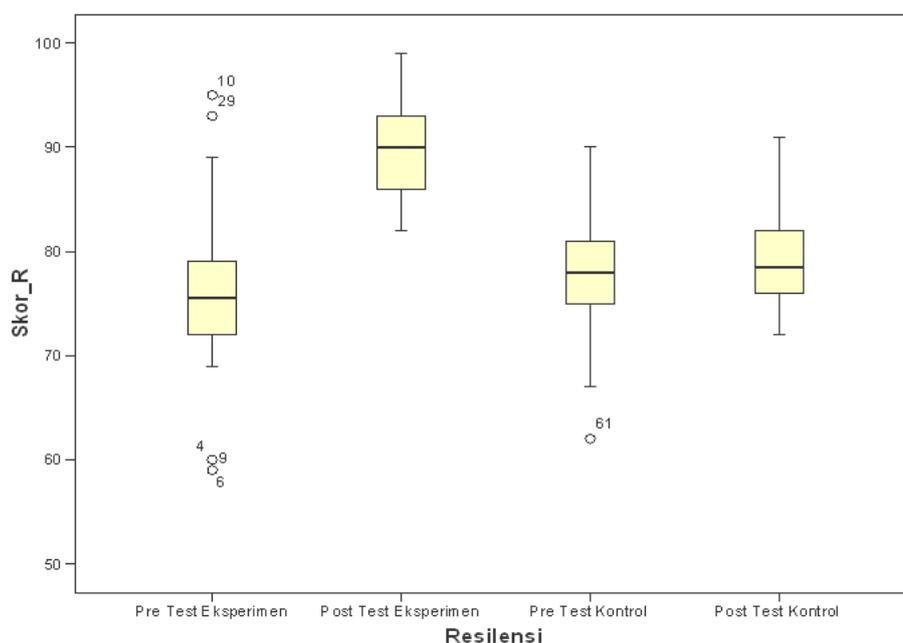
Hasil *eta squared* didapatkan nilai 0,56, maka perlakuan memiliki efek yang besar terhadap resiliensi atau ketahanan perawat pada kelompok intervensi dibandingkan kelompok kontrol.

Gambar 5.4-5 Menunjukkan skor resiliensi serta dimensi resiliensi perawat sesudah perlakuan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.



Gambar 5.4-4 Skor Perbedaan Resiliensi antara Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Setelah Perlakuan

Pada Gambar 5.4-5 di bawah ini menampilkan perubahan rata-rata skor variabel resiliensi pada kelompok intervensi dan kontrol serta perubahan rata-rata skor variabel resiliensi pada pengukuran *pre-test* dan *post-test*.



Gambar 5.4-5 Skor Resiliensi antara Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Sesudah Perlakuan

5.5 Hasil penelitian Tahap 5

Proses evaluasi dilakukan pada setiap tahapan proses penelitian mulai dari Tahap 1, Analisis, Tahap 2 dan 3, Desain dan Pengembangan hingga Tahap 4, Implementasi. Rangkuman kegiatan secara keseluruhan adalah sebagai berikut:

1. Tahap 1 penelitian adalah tahap analisis : berupa penelitian kuantitatif dan kualitatif, yang menghasilkan need assessment untuk penelitian pada Tahap 2.
2. Tahap 2 penelitian merupakan tahap desain model yang menghasilkan blue print model Resiliensi yang dikembangkan pada tahapan penelitian berikutnya.
3. Tahap 3 penelitian merupakan tahapan pengembangan model serta modul resiliensi yang akan diimplementasikan pada Tahap 4.
4. Tahap 4 penelitian adalah tahapan implementasi dari model resiliensi yang telah dikembangkan dan diujicobakan.
5. Tahap 5 penelitian adalah tahap evaluasi dan menghasilkan prototype model resiliensi sebagai upaya meningkatkan ketahanan perawat.

BAB VI PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang interpretasi hasil dan diskusi hasil penelitian. Interpretasi hasil penelitian tersebut akan dibahas dengan konsep dan teori serta hasil penelitian sebelumnya.

6.1 Karakteristik Perawat, Distres Psikologis, *Burnout*, Resiliensi, dan Faktor-Faktor yang Memengaruhinya

Hasil penelitian juga menunjukkan perbandingan jumlah responden perempuan lebih besar dari responden pria hal ini dapat disebabkan keperawatan secara historis dianggap sebagai pekerjaan wanita. Tenaga keperawatan dan kebidanan merupakan kelompok terbesar di sektor kesehatan dan hampir 90% adalah perempuan (WHO, 2020). Perawat merupakan profesi yang memiliki distribusi terbanyak dalam jenis kelamin dengan jumlah terbesar yakni perempuan 95:1 jika dibandingkan dengan pria (U.S statistic data 2021).

Hasil penelitian menunjukkan tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan resiliensi perawat. Walaupun begitu, berdasarkan sebaran data pada Gambar 5.2-19 dapat dilihat bahwa laki-laki lebih tinggi tingkat resiliensinya dari perempuan. Jenis kelamin laki-laki diyakin memiliki ketahanan kerja yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan perempuan (Rubert, 2020). Perawat laki-laki yang melaporkan tingkat makna dalam bekerja dan kesejahteraan emosional yang lebih tinggi jika dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan (Ye et al, 2020).

Berdasarkan analisis jenis kelamin menggambarkan kerentanan perempuan dalam menghadapi tantangan dan permasalahan di tempat kerja. Hal ini dapat disebabkan perempuan mempunyai peran sebagai perawat di tempat kerja dan sebagai ibu rumah tangga di lingkungannya, yang menyebabkan tingginya beban dan tuntutan yang diterima perempuan. Penyebab peningkatan kerentanan ini dapat dikaitkan dengan aspek budaya karena profesional wanita merasa sangat sulit untuk menyeimbangkan peningkatan beban kerja dan stres dengan tuntutan keluarga dan rumah tangga (Chandra, 2018). Perlu adanya suatu upaya untuk meningkatkan resiliensi bagi perawat perempuan agar tangguh dalam menghadapi tantangan dan permasalahan di tempat kerja.

Hasil penelitian terkait pendidikan perawat didapatkan separoh responden berpendidikan D3 Keperawatan. Hasil analisis lebih lanjut menunjukkan tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan dan resiliensi perawat. Berdasarkan sebaran data pada Gambar 5.20 menunjukkan tingkat resiliensi yang lebih rendah pada perawat dengan pendidikan magister dibandingkan dengan perawat pendidikan D3 dan S1 Keperawatan. Hal ini dapat disebabkan dari jumlah perawat yang pendidikan magister hanya 1.4% dari total jumlah responden. Perawat. Perawat dengan pendidikan magister mempunyai beban tanggung jawab yang lebih besar dari pada perawat dengan pendidikan d mereka tetap memberikan pelayanan kepada pasien sekaligus bertanggung jawab memimpin perawat di ruangan.

Berdasarkan penelitian lainnya didapatkan perawat primer dengan gelar diploma dan sarjana lebih mungkin untuk mendapatkan keuntungan dari intervensi yang bertujuan meningkatkan kesejahteraan mental, dikarenakan memiliki otonomi yang kurang dan kelelahan yang lebih tinggi daripada perawat dengan gelar yang lebih tinggi (Lowe & Patrick, 2019).

Pendidikan yang semakin tinggi dibutuhkan dalam bekerja sesuai dengan tuntutan profesionalisme profesi. Perawat profesional harus memiliki pendidikan minimal sarjana. Program sarjana memberikan latar belakang pengetahuan yang lebih luas dari ilmu pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional serta kesiapan menghadapi tantangan dan permasalahan di tempat kerja.

Hasil penelitian ini didapatkan rata-rata usia responden 33,9 tahun serta tidak adanya hubungan antara usia dengan resiliensi. Usia responden direntang usia dewasa awal dan menengah. Menurut Potter & Perry (2017) masa dewasa awal antara usia belasan akhir sampai akhir usia tiga puluhan, merupakan masa yang penuh tantangan, penghargaan, dan krisis. Usia dewasa menengah antara usia 35-64 tahun, selama periode tersebut individu telah merasakan pengalaman dan penghargaan dalam pekerjaan.

Perawat yang lebih tua melaporkan tingkat kesejahteraan emosional yang lebih tinggi daripada perawat yang lebih muda (Bekker, 2020). Hal ini mungkin diakibatkan oleh konsekuensi dari kontak sosial terbatas yang dimiliki oleh perawat yang lebih muda dengan lingkungan pekerjaan (Bu et al., 2020).

Hasil penelitian terkait lama kerja perawat didapatkan rata-rata lama kerja perawat adalah 7,8 tahun dan tidak terdapat hubungan antara lama bekerja dengan resiliensi perawat. Semakin lama perawat dalam pekerjaannya, semakin banyak pengalaman kerjanya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan berbagai situasi dan kondisi.

Penelitian Roberts (2020) melaporkan bahwa perawat yang memiliki pengalaman yang kurang memiliki tingkat kecemasan dan depresi yang tinggi. Adanya hubungan antara pengalaman kerja dengan tingkat stress, depresi dan kecemasan pada perawat dapat dimengerti, hal ini ketika pengalaman kerja meningkat perawat dapat memperluas pengetahuan dan keterampilan mereka. Selain itu, perawat yang berpengalaman seringkali lebih siap mental dan dilengkapi dengan kecakapan dalam menghadapi krisis (Vasli & Dehghan-nayeri, 2016).

Pada tahap awal penelitian, peneliti melakukan pengukuran distress psikologis dan *burnout* pada perawat untuk mendapatkan gambaran kejadian distress psikologis dan *burnout* pada perawat. Data awal tersebut menjadi landasan pengembangan model resiliensi.

Hasil penelitian terkait distress psikologis pada perawat menunjukkan perawat yang mengalami stres berat sebanyak 1 orang (0,5%), stres sedang sebanyak 7 orang (3,2%). Perawat yang mengalami kecemasan berat sebanyak 20 orang (9,0%), kecemasan sedang sebanyak 42 orang (19,0%). Perawat yang mengalami depresi ringan sebanyak 7 orang (3,2%). Hasil analisis kuesioner ditemukan masih adanya perawat yang merasa tidak punya masa depan dan tidak bersemangat dalam bekerja. Hal ini dapat disebabkan perawat memberikan asuhan keperawatan pada pasien selama shift \pm 8 jam sehari dengan kondisi pasien yang berubah-ubah dan tekanan dari aturan-aturan yang ada. Perawat dapat mengalami distress psikologis yang dihasilkan dari tekanan pekerjaan secara terus menerus dan jika tidak mendapatkan strategi pengeloaan ataupun penanganan secara efektif dapat berdampak pada kesehatan perawat, kinerja, dan asuhan keperawatan pada pasien.

Perawat dihadapkan pada berbagai situasi stress seperti menyaksikan kondisi sakit pasien, kematian, situasi fisik yang tidak memadai, hubungan interpersonal yang kompleks, pengetahuan yang kurang dan otonomi yang terbatas (Lorente, Vera, & Peiró, 2021). Penelitian yang dilakukan oleh Crowe et al (2020) bahwa

perawat (54,1%) mengalami stres selama pandemi COVID-19 yaitu 16,5% stres ringan, 37,6% stres sedang hingga berat. Penelitian oleh Sampaio, et al, (2020) menemukan bahwa perawat yang merawat pasien COVID-19 menunjukkan variasi stres yang tinggi dimana salah satu faktor penyebabnya adalah ketakutan tertular dan menulari orang lain akibat penyakit tersebut.

Pada penelitian ini, hasil penelitian kualitatif menunjukkan ada beberapa masalah di tempat kerja yang dihadapi perawat seperti kondisi pasien yang berubah-ubah, tuntutan dari keluarga pasien, tidak seimbangnya jumlah tenaga dengan jumlah pasien, serta fasilitas rumah sakit yang tidak memadai, yang mengakibatkan perawat mengalami stress. Penyebab stress menurut Griffin dan Moorhead (2014) dapat berupa tuntutan tugas berupa kelebihan beban kerja, serta tuntutan fisik yang berkaitan dengan pekerjaan yang harus dilakukan oleh staf. Penelitian yang dilakukan oleh Kim (2018) di Korea Selatan, menyatakan bahwa kelelahan fisik, kurang pengetahuan, ancaman kesehatan, ketidakberdayaan psikologis dan ketidak tahuan bahwa ancaman penyakit epidemi yang menyebabkan ketakutan, kecemasan dan ketidakberdayaan.

Perawat juga mengeluhkan dampak dari situasi yang dialaminya mengakibatkan tidak fokus dalam bekerja dan kadang panik. Hal ini tentu dapat berdampak pada kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Suatu studi menyatakan perawat dengan tingkat stress tinggi dapat menyebabkan penyalahgunaan obat, depresi, kepuasan kerja menurun, keinginan untuk meninggalkan pekerjaan serta mengalami kelelahan (Rushton, Batcheller, Schroeder, & Donohue, 2015).

Resiliensi perlu dibentuk sebagai faktor protektif dalam kejadian permasalahan kesehatan jiwa seperti distress psikologis, depresi dan *burn out* (Lara-Cabrera, Betancort, Muñoz-Rubilar, Rodríguez Novo, & De Las Cuevas, 2021). Sebaliknya hubungan ini ternyata berlaku timbal balik, hasil survei lain menyatakan bahwa resiliensi juga merupakan prediktor paling penting dari tekanan psikologi, sehingga resiliensi juga menjadi faktor penting untuk mencegah terjadinya tekanan psikologis (Tanji & Kodama, 2021).

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata *burnout* pada perawat adalah 49.92. Hasil tersebut menunjukkan kecenderungan rendahnya *burnout* pada perawat. Hal

ini dapat disebabkan karena mulai melandainya kasus COVID – 19. Saat pandemi Covid-19, *burnout* menjadi ancaman signifikan bagi stabilitas tenaga kesehatan di garda terdepan (Janeway, 2020). Hasil penelitian kualitatif didapatkan pernyataan perawat mengalami kelelahan selama pandemi COVID - 19. Perawat juga mengeluhkan terlalu banyaknya pekerjaan, tuntutan pekerjaan yang tinggi serta pekerjaan yang sama dilakukan berulang-ulang yang menimbulkan *burnout* atau kelelahan. Hasil item kuesioner juga didapatkan masih tingginya perawat yang menyatakan pekerjaan yang dilakukan membuat perawat merasa lelah dan menguras emosi. Menurut Wibowo (2017) kelelahan merupakan indikator utama dari *burnout*. Perawat merasa memiliki pekerjaan yang berat secara fisik dan emosional sehingga muncul perasaan lelah di pagi hari, frustrasi dan kehilangan energi.

Perawat yang mengalami *burnout* memunculkan gangguan psikologis berupa penilaian yang buruk terhadap diri sendiri yang dapat mengarah pada terjadinya depresi (V. K. Sharma, Ho, & Ho, 2020). Selain itu, perawat yang mengalami *burnout* juga akan berdampak pada penurunan kinerja perawat (Hera et al., 2016). Hal ini dibuktikan dengan adanya pernyataan dari perawat ketika perawat merasa lelah maka perawat menjadi tidak fokus dalam bekerja sehingga tidak mampu menyelesaikan pekerjaannya. Penelitian yang dilakukan oleh (Karimi et al., 2020) mendapatkan bahwa perawat mengalami peningkatan *burnout* sebesar 39% dan penurunan kinerja sebesar 20% selama pandemi COVID-19. *Burnout* menurut Schaufeli dan Enzmann juga dapat menyebabkan ketidakpuasan kerja, komitmen organisasi yang rendah, serta ketidakhadiran dan niat untuk meninggalkan pekerjaan (Maslach, C., & Leiter, 2017).

Penelitian yang dilakukan oleh Jose et al. menyatakan bahwa hubungan antara *burnout* dan resiliensi kuat (Jose, Dhandapani, & Cyriac, 2020). Banyak penelitian lain pada masa pandemi Covid-19 mendukung korelasi negatif antara *burnout* terkait pekerjaan dan resiliensi pada perawat. Temuan ini membuktikan tingkat resiliensi yang tinggi akan membantu perawat mengelola stres dan secara positif dapat menghadapi tantangan dalam pekerjaan dan pengambilan keputusan.

Hasil penelitian rata-rata resiliensi perawat 77,7. Hal ini menunjukkan kecenderungan cukup tingginya resiliensi pada perawat tetapi hasil penelitian

tersebut juga menunjukkan bahwa masih ada perawat yang memiliki resiliensi rendah. Hasil item kuesioner didapatkan masih ada perawat yang tidak mampu membuat keputusan saat situasi sulit dalam menyelesaikan masalah. Berdasarkan hasil penelitian kualitatif didapatkan pernyataan adanya perawat yang menarik diri dan diam saja ketika berhadapan dengan masalah di tempat kerja. Hal ini penting untuk menjadi perhatian, perawat harus memiliki keterampilan dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya dan mampu beradaptasi dengan lingkungan kerjanya.

Cukup tingginya resiliensi perawat dapat disebabkan mulai melandainya kasus COVID-19 saat pengambilan data penelitian. Penjelasan lain untuk tingkat resiliensi yang relatif tinggi pada perawat berkaitan dengan fakta bahwa perawat secara konsisten mengalami stresor dan krisis dari berbagai jenis dan tingkat keparahan dalam hidupnya (Ghattas, 2020). Sedangkan hasil penelitian lainnya didapatkan Selama pandemi COVID-19, penelitian yang dilakukan oleh Roberts et al., (2021) secara online pada 255 orang perawat menunjukkan sebanyak 18,9% memiliki skor resiliensi yang rendah atau sangat rendah.

Resiliensi dalam konteks profesional kesehatan merupakan kemampuan untuk mengatasi atau “bangkit kembali” dalam mengatasi stress dan tantangan serta untuk selalu bersikap positif dalam mengatasi setiap kesulitan (Taku, 2014). Saat menjalankan perannya, perawat dihadapkan dengan banyak hal. Perawat dituntut totalitas dalam bekerja, juga harus mengesampingkan masalah pribadi yang mungkin dihadapi dalam waktu yang bersamaan. Perawat membutuhkan suatu pertahanan diri untuk menghadapi berbagai masalah yang muncul atau dikenal dengan resiliensi.

Hasil penelitian kualitatif didapatkan pernyataan perawat ketika menghadapi masalah di tempat kerja berusaha berpikir positif, mengalihkan pikiran pada hal lain, berdoa, sholat dan bercerita pada teman atau keluarga, dan mencoba beradaptasi dengan situasi. Hal ini menunjukkan cara perawat untuk bertahan dalam menghadapi permasalahan di tempat kerja. Resiliensi merupakan kemampuan untuk pulih dari peristiwa kehidupan yang penuh tekanan dan umumnya mengacu pada proses adaptasi yang berhasil (Lim et al., 2015). Resiliensi mempunyai peran yang penting dalam meningkatkan kekuatan seseorang dalam menghadapi stress,

mengatasi kesulitan, mengembangkan strategi koping yang efektif, dan beradaptasi dengan situasi yang berubah (Lim et al., 2015; Shatté, Perlman, Smith, & Lynch, 2017).

Resiliensi pada perawat dapat mengurangi stress, meningkatkan koping, serta meningkatkan fungsi dan kesejahteraan pada perawat (Tarantino et al., 2013). Resiliensi melibatkan aktivitas eksternal seperti mengembangkan keterampilan pemecahan masalah (Rushton, Batcheller, Schroeder, & Donohue, 2015). Resiliensi dapat dianggap sebagai pertahanan yang menyeluruh yang dapat meningkatkan kapasitas perawat untuk menghadapi dan beradaptasi terhadap resiko dalam pekerjaan di area keperawatan (Delgado et al., 2017).

Hasil analisis rata-rata spiritualitas pada perawat 40,80. Nilai spiritualitas terendah 28 dan tertinggi 48. Hal ini menunjukkan kecenderungan tingginya spiritualitas perawat dalam bekerja. Hasil analisis kuesioner menunjukkan sebanyak 94,6% responden menyatakan agama sangat terlibat dalam menghadapi stres serta pernyataan responden saat wawancara menyatakan ketika menghadapi masalah dengan kesabaran dan berserah diri pada Tuhan.

Spiritualitas telah didefinisikan lebih luas dari keyakinan agama dan merupakan hubungan dinamis dengan diri sendiri, orang lain, alam atau Tuhan. Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh setiap manusia. Dampak tidak terpenuhinya kebutuhan spiritual yaitu distress spiritual dan seseorang akan jauh lebih rentan terhadap depresi, stres, mudah gelisah, kehilangan kepercayaan diri dan kehilangan motivasi. (Craven & Himle, 2009).

Hasil penelitian bivariat terkait hubungan spiritualitas dengan resiliensi perawat didapatkan hasil adanya hubungan yang signifikan antara spiritualitas dengan resiliensi perawat. Aspek spiritualitas yang dimiliki perawat membuat perawat lebih memaknai arti kehidupan dan penerimaan diri terhadap kondisi apapun.

Penelitian lainnya menemukan perawat dengan tingkat kesejahteraan spiritualitas yang lebih tinggi menunjukkan resiliensi yang tinggi, gejala depresi yang lebih sedikit dan terlibat dalam perilaku pengambilan risiko yang lebih sedikit (Cotton, Larkin, Hoopes, Cromer, & Rosenthal, 2015). Hasil penelitian Doraiswamy dan Deshmukh (2015) pada perawat menunjukkan bahwa spiritualitas

kerja bermanfaat dalam mengurangi persepsi perawat terhadap stres kerja. Ghosh (2013) menyatakan bahwa solusi kuat dalam mengatasi stres pekerjaan yang terus terjadi adalah dengan meningkatkan spiritualitas kerja, hasil penelitiannya menunjukkan bahwa stres kerja berhubungan negatif dengan spiritualitas di tempat kerja. Individu yang memiliki spiritualitas di tempat kerja percaya bahwa pekerjaan yang dilakukannya merupakan hal yang bermanfaat dan memberi kontribusi pada kebaikan.

Agama dan spiritualitas adalah alternatif untuk menjawab kesenjangan dalam proses penyempurnaan perawatan medis. Agama, sistem kepercayaan, dan sumber spiritualitas diyakini meningkatkan tingkat kebahagiaan, kesejahteraan, dan kepuasan hidup serta memperkuat resiliensi (Lalani et al., 2021).

Hasil analisis rata-rata mekanisme koping pada perawat 93,62 Nilai mekanisme koping terendah 66 dan tertinggi 112. Hasil penelitian selanjutnya didapatkan rata-rata mekanisme koping adaptif yang digunakan oleh perawat sebanyak 52,21% dan nilai rata-rata mekanisme koping maladaptif sebanyak 41,41% dengan nilai mekanisme koping maladaptif terendah 18 dan tertinggi 48. Hal ini menunjukkan kecenderungan tingginya mekanisme koping maladaptif yang digunakan perawat. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian kualitatif adanya pernyataan perawat ketika menghadapi masalah cenderung menarik diri dan lebih banyak diam. Mekanisme koping maladaptif bila dibiarkan berlarut-larut akan dapat mengakibatkan ketidakpuasan dan penurunan prestasi kerja perawat.

Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan Long, et al, (2020) mekanisme koping yang digunakan perawat di China pada masa pandemi adalah mekanisme koping maladaptif dengan strategi “kemarahan, ketakutan, dan kesedihan”. Koping maladaptif ini merupakan bentuk pertahanan diri perawat terhadap stressor pada masa pandemi. Berdasarkan jurnal Leepile, et al, (2021) strategi koping yang digunakan perawat salah satunya adalah strategi penghindaran, selaras dengan penelitian ini penelitian Haneen, et al, (2020) menemukan bahwa sebagian besar perawat menghindari liputan media massa yang memberikan pembaharuan informasi mengenai covid-19 dan statistik kematian.

Mekanisme koping adaptif sangat dibutuhkan oleh perawat dalam menghadapi stressor di tempat kerja. Mekanisme koping adaptif adalah mekanisme

koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Ketika individu menggunakan mekanisme koping adaptif, efek negatif yang timbul dari suatu masalah dapat berkurang (Stuart, & Laraia, 2013).

Pada penelitian ini, hasil analisis mekanisme koping dengan resiliensi perawat menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara mekanisme koping dengan resiliensi perawat. Resiliensi dan mekanisme koping berkaitan dengan strategi kognitif dan perilaku untuk menangani dan mengelola peristiwa stres dan fisik yang negatif. Resiliensi mengacu pada kapasitas adaptif untuk pulih dari situasi stres dalam menghadapi kesulitan.

Penelitian lain melaporkan bahwa individu yang mengadopsi mekanisme koping yang positif memiliki kesehatan mental yang lebih baik daripada individu yang mengadopsi mekanisme koping yang cenderung negatif. Perawat dengan resiliensi yang tinggi dapat lebih jelas memahami pentingnya mekanisme koping positif dan secara efektif mengatasi pengaruh emosi negatif pada diri mereka sendiri ketika berada dalam kesulitan (Chesak et al., 2015).

Hasil penelitian terkait dukungan sosial didapatkan rata-rata dukungan sosial pada perawat 32,96. Hasil ini menunjukkan kecenderungan sedang pada dukungan sosial yang dirasakan perawat. Hasil analisis lebih lanjut tidak terdapat hubungan antara dukungan sosial dengan resiliensi. Hasil analisis item-item kuesioner ditemukan masih ada perawat yang menyatakan jarang mempunyai teman sejawat yang membuatnya merasa nyaman dan jarang mempunyai teman yang bisa diandalkan ketika menghadapi kesulitan. Hal ini menunjukkan masih adanya perawat yang mempersepsi kurangnya bantuan dari orang-orang terdekat ketika perawat menghadapi masalah. Dukungan sosial adalah transaksi interpersonal yang ditunjukkan dengan memberikan bantuan kepada individu, yang mana bantuan tersebut diperoleh dari orang yang berarti bagi individu tersebut (Hamida, 2015)

Suatu studi terkait dukungan sosial menunjukkan hasil dukungan yang dirasakan dari keluarga atau kerabat juga berpengaruh positif terhadap kesehatan fisik dan mental perawat di rumah sakit (Fu et al., 2018), serta tingkat dukungan sosial yang tinggi meningkatkan kepuasan kerja perawat (Öksüz et al., 2019). Dukungan sosial merupakan transaksi interpersonal berupa memberikan bantuan pada individu lain, dimana bantuan itu umumnya diperoleh dari orang yang berarti

bagi individu yang bersangkutan. Dukungan sosial dapat berupa pemberian informasi, bantuan tingkah laku, ataupun materi yang didapat dari hubungan sosial akrab yang dapat membuat individu merasa diperhatikan, bernilai, dan dicintai (Kendalhunt dalam Harnida, 2015).

Pada penelitian ini ditemukan tidak adanya hubungan yang bermakna dari dukungan sosial dengan resiliensi. Sejalan dengan studi berikut ini yang menunjukkan bahwa hubungan antara resiliensi dan tekanan psikologis tidak ditunjang oleh dukungan sosial. Menurut hipotesis bahwa dukungan sosial hanya bertindak sebagai penyangga untuk mengurangi pengaruh negatif stres pada kesejahteraan. Dukungan sosial berfungsi untuk melemahkan efek negatif namun tidak mampu memperkuat rendahnya tingkat resiliensi (Schierberl Scherr, Ayotte, & Kellogg, 2021).

Penelitian lain menyatakan dukungan sosial merupakan faktor penting dalam kemampuan untuk mengatasi stresor yang dihadapi di lingkungan kerja. Sumber potensial utama dari dukungan sosial adalah dukungan emosional dari keluarga, teman, dan teman sebaya. Dukungan dan ketahanan sosial melindungi individu dari ancaman terhadap kesehatan mental dan fisik mereka dengan mengurangi atau menyeimbangkan efek negatif dari peristiwa stres yang mereka alami dalam hidup (Sun et al., 2017; Woodhead, Northrop, & Edelstein, 2016).

Hasil analisis data penelitian terkait dukungan organisasi ditemukan rata-rata dukungan organisasi pada perawat 25,75. Nilai dukungan organisasi terendah 5 dan tertinggi 47. Hasil ini menunjukkan kecenderungan masih rendahnya dukungan organisasi yang dirasakan oleh perawat dan kurangnya kenyamanan perawat terhadap bantuan yang diberikan oleh organisasi tempat mereka bekerja.

Penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan di Tehran, Iran didapatkan bahwa rata-rata dukungan organisasi yang dirasakan rendah ($2,63 \pm 0,79$) (Robaee, Atashzadeh-shoorideh, Ashktorab, & Baghestani, 2018). Sedangkan penelitian yang dilakukan di India mendapatkan hasil bahwa dukungan organisasi berada pada skor rata-rata yang lebih tinggi (Gupta, Agarwal, & Khatri, 2016).

Dukungan organisasi merupakan keyakinan pegawai tentang sejauh mana organisasi menghargai kontribusi mereka, peduli terkait kesejahteraan mereka, dan memenuhi kebutuhan sosial-emosional mereka. Sebagai indikator ketersediaan

dukungan organisasi mencerminkan seberapa besar organisasi menghargai karyawannya, hal ini menyebabkan hasil kerja dan kesehatan yang positif (Priyatama, Zainudin, & Handoyo, 2018).

Hasil analisis bivariat pada penelitian ini menunjukkan hasil tidak adanya hubungan antara dukungan organisasi dengan resiliensi. Hal ini dapat disebabkan masih adanya perawat yang menyatakan kurangnya penghargaan dan kontribusi organisasi atau rumah sakit atas kinerja yang telah dilakukan. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian pada perawat di Filipina didapatkan bahwa dukungan organisasi mempengaruhi resiliensi perawat (Labrague & Santos, 2020). Dukungan organisasi yang tinggi secara signifikan akan berkaitan dengan hasil kerja yang positif kinerja, kepuasan kerja, dan keterlibatan kerja) serta kesehatan fisik dan mental pada perawat (Hu et al., 2018).

Dukungan organisasi dianggap sebagai sumber daya lingkungan pekerjaan dan sumber daya pribadi di mana akan memediasi resiliensi. Bila tersedia, dukungan organisasi dianggap akan terakumulasi sebagai bentuk akses sumber daya positif yang juga akan mengarah pada hasil yang positif. Dukungan organisasi yang dirasakan mengarah pada akumulasi sumber daya pribadi yang akan menumbuhkan rasa resiliensi sehingga persepsi positif tentang sumber daya pribadi juga dapat ditingkatkan dan resiliensi pun dapat ditingkatkan (Sierra-García et al., 2022). Tingkat dukungan organisasi yang lebih tinggi dapat membantu mengurangi dampak berbagai stressor di tempat kerja dan melindungi pegawai ataupun perawat dari stress yang disebabkan penyakit baru, bencana, ataupun malapetaka (Daghash, 2022).

Dukungan organisasi lainnya dapat berupa penghargaan terhadap perawat dengan memperhatikan sistem jenjang karir perawat yang dapat meningkatkan retensi perawat. Pengembangan karir perawat merupakan suatu perencanaan dan penerapan rencana karir yang dapat digunakan untuk penempatan perawat pada jenjang yang sesuai dengan keahliannya, serta menyediakan kesempatan yang lebih baik sesuai dengan kemampuan dan potensi perawat (Marquis & Huston, 2010). Keunggulan dari sistem jenjang karir antara lain menghargai kinerja dan prestasi perawat, adanya kejelasan uraian tugas, standar kompetensi dan kinerja, memberikan peluang pengembangan karir, serta mampu meningkatkan

kemampuan perawat mencapai tujuan yang diharapkan (Amiruddin, Sri Haryati, & Handiyani, 2020).

6.2 Desain dan Pengembangan Model Resiliensi

Model Resiliensi disusun berdasarkan hasil penelitian kuantitatif dan kualitatif pada tahap 1. Berdasarkan hasil temuan masalah pada penelitian Tahap 1 maka menjadi dasar dalam penyusunan kerangka model. Hal yang menjadi point utama bagaimana meningkatkan ketangguhan perawat dalam menghadapi permasalahan di tempat kerja serta mencegah distress psikologis dan *burnout* pada perawat. Faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi perawat berdasarkan studi literatur adalah spiritualitas, mekanisme koping, dukungan sosial, dan dukungan organisasi. Hasil penelitian kuantitatif menunjukkan bahwa spiritualitas dan mekanisme koping merupakan faktor yang paling memengaruhi resiliensi perawat (Tabel 5.2-13).

Model ini juga dikembangkan berdasarkan teori Imogine King, yang melihat bahwa stressor merupakan proses interaksi antara personal sistem dan internal sistem dan sistem sosial. Kemampuan personal sistem perawat yang menunjukkan persepsi yang rendah terhadap stressor dan dampak stressor yang mereka hadapi akan berkaitan terhadap ketangguhan perawat.

Model resiliensi yang dikembangkan penelitian ini berfokus dalam pengembangan sistem personal, interpersonal dan sosial sistem perawat. Model resiliensi dalam penelitian ini memfokuskan pada pengembangan pembelajaran yang akan memberikan penguatan terhadap pengembangan personal sistem. Model ini membentuk pemahaman dan persepsi yang lebih baik terhadap resiliensi, distress psikologis dan *burnout* sehingga perawat dan manajemen keperawatan bisa lebih sadar terhadap kebutuhan penguatan resiliensi perawat. Pemberian modul pelatihan yang menekankan pada penguatan persepsi terhadap pemahaman terhadap resiliensi, *burnout* dan distress psikologis, kapasitas spiritualitas, mekanisme koping dan *problem solving* merupakan proses penguatan dari kemampuan personal individu perawat.

Resiliensi dapat dianggap sebagai pertahanan yang menyeluruh yang dapat meningkatkan kapasitas perawat untuk menghadapi dan beradaptasi terhadap resiko dalam pekerjaan di area keperawatan (Delgado et al., 2017). Resiliensi perlu

dibentuk sebagai faktor protektif dalam kejadian permasalahan kesehatan jiwa seperti distress psikologis, depresi dan *burn out* (Lara-Cabrera et al., 2021).

Berdasarkan hasil penelitian tahap 1 maka disusun desain model resiliensi yang diwujudkan dalam bentuk modul pelatihan peningkatan resiliensi perawat; pencegahan distress psikologis dan *burnout* di tempat kerja serta buku panduan penggunaan modul (Gambar 5.3-2). Rancangan modul yang telah dibuat diuji validitasnya oleh para ahli dan diujicobakan pada perawat di RSUD dr. Rasidin Padang. Hasil penilaian para ahli dan analisa data uji coba model, model dinyatakan layak untuk diimplementasikan.

Penelitian ini mengembangkan strategi untuk mempromosikan kesehatan mental dan resiliensi yang lebih baik pada perawat. Strategi ini harus mencakup upaya peningkatan resiliensi yang lebih baik. Model resiliensi ini memperhatikan aspek spiritualitas perawat dengan adanya pengenalan dan latihan peningkatan spiritualitas. Model resiliensi ini juga sesuai dengan situasi masyarakat di Sumatera Barat yang dikenal religius dan memiliki nilai-nilai spiritual dalam kehidupannya. Struktur masyarakat Indonesia juga meningkatkan peran spiritualitas dalam kehidupan seseorang, terutama bagian masyarakat yang bekerja di bawah tekanan terus-menerus, seperti perawat. Masyarakat Indonesia yang memiliki religiusitas yang tinggi memberikan pertumbuhan dan perkembangan perawat pada dimensi spiritualitas yang mempengaruhi resiliensi (Doumit, Rahi, Saab, & Majdalani, 2019).

Model resiliensi yang terbentuk berdasarkan hasil implementasi menunjukkan hasil adanya peningkatan ketangguhan atau resiliensi pada perawat. Untuk menjamin ketangguhan perawat tetap meningkat maka diperlukan dukungan dari pimpinan rumah sakit dan para manajer keperawatan dalam memantau kondisi kesehatan fisik dan psikologis perawat serta kegiatan berkelanjutan dalam meningkatkan resiliensi perawat.

Model resiliensi ini juga dapat digunakan oleh institusi layanan kesehatan lainnya. Modul pelatihan resiliensi perawat dan buku panduan penggunaan modul menjadi pedoman bagi institusi layanan kesehatan dalam mengimplementasikan model resiliensi ini.

6.3 Efektifitas Model dan Modul Resiliensi Terhadap Peningkatan Resiliensi Perawat

Hasil penelitian menunjukkan peningkatan nilai rata-rata resiliensi atau ketahanan perawat sebelum dan setelah dilakukan perlakuan dengan selisih nilai mean 13,37. Berdasarkan hasil penelitian uji beda 2 mean antara kelompok intervensi dan kontrol terdapat perbedaan yang bermakna dari pelatihan terhadap peningkatan resiliensi perawat. Hasil eta squared didapatkan nilai 0,56 yang artinya perlakuan yang diberikan berupa pemberian modul dan pelatihan memiliki efek yang besar terhadap peningkatan ketahanan perawat di kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Model resiliensi yang dikembangkan oleh peneliti tidak lepas dari aspek budaya dan karakteristik masyarakat Sumatera Barat yang dekat dengan nilai-nilai spiritualitas dalam kehidupannya sehari-hari. Model pelatihan resiliensi merupakan hal yang perlu dikembangkan dan disediakan wadah pelaksanaannya guna mempertahankan resiliensi perawat selama bekerja untuk mencegah distress psikologis dan *burnout*. Model resiliensi diwujudkan dalam bentuk modul pelatihan peningkatan resiliensi yang mencakup latihan peningkatan keterampilan coping dan spiritualitas serta latihan penyelesaian masalah (*problem solving*).

Resiliensi telah dieksplorasi dari perspektif sistem kesehatan dengan kemampuan pengaturan sumber daya yang rendah (Bhandari & Alonge, 2020). Hasil eksplorasi ini mengidentifikasi bahwa resiliensi merupakan sebagai sumber daya yang penting dan harus diperkuat. Perawat dapat belajar untuk memanfaatkan resiliensi selama situasi stres dan menggunakan situasi berat yang terjadi sebagai sumber pembelajaran yang nantinya akan memulihkan dan memperkuat kesejahteraan mereka (Grafton et al., 2020).

Kester dan Wei (2018) mengakui bahwa resiliensi juga dapat dibangun oleh organisasi yang mengakui nilai perawat dan menawarkan program pendidikan formal misalnya pelatihan peningkatan resiliensi untuk mendukung perawat mengidentifikasi pemicu stres, mempraktikkan perawatan diri dengan spiritualitas, memecahkan permasalahan sebagai sumber stres dan mengenali tanda-tanda stress serta kelelahan. Pelatihan peningkatan resiliensi yang merupakan intervensi dari psiko edukasi dapat menurunkan tingkat depresi dan keputus-asaan, meningkatkan

strategi koping, serta efektif pada tingkat ketahanan atau resiliensi (Geçdi & Tanriverdi, 2022).

Hasil penelitian terkait dimensi resiliensi yaitu kompetensi personal didapatkan peningkatan nilai rata-rata 4,8 point. Hasil *post-test* item kuesioner pada No. 11 terjadi peningkatan dari 23.3% menjadi 63.3% perawat menjawab dapat meraih tujuan meskipun adanya rintangan-rintangan. saat Hal ini menunjukkan terjadinya peningkatan dari responden perawat untuk tidak mudah menyerah dalam proses mendapatkan tujuannya serta selalu berusaha untuk memberikan usaha terbaiknya untuk mendapatkan tujuan.

Pada penelitian lain mendapatkan nilai kompetensi personal yang tinggi (Henshall, Davey, & Jackson, 2020b). Perawat membutuhkan kesempatan untuk mengembangkan atribut dan kompetensi personal guna memupuk ketahanan diri dalam berbagai situasi dan lingkungan spesifik dalam lingkup pekerjaan mereka (Ramalisa et al., 2018). Pengembangan, memelihara dan meningkatkan resiliensi dapat dicapai melalui intervensi terhadap berbagai capaian kemampuan terutama kemampuan dalam beradaptasi dengan situasi, respon terhadap masalah dan dukungan sosial untuk meningkatkan faktor pelindung yang akan berdampak pada optimalisasi resiliensi individu. Perawat yang tidak didukung dalam mengembangkan atribut dan kompetensi personal dalam menghadapi masalah serta situasi di tempat kerja dapat mengakibatkan dampak negatif pada perawat serta kualitas layanan yang diberikan. Keterampilan personal resiliensi individu memastikan bahwa perawat akan berhasil dalam karir keperawatan yang dibangun serta dapat mempertahankan diri mereka sendiri dalam iklim kerja yang menantang dan sulit (Mcdonald et al., 2013).

Perawat yang tangguh atau memiliki ketahanan diri menampilkan kualitas kompetensi personal yang khas dapat berupa kecerdasan personal, kepercayaan diri, penuh ide dan fleksibilitas (Brennan 2017). Hal ini sejalan dengan hasil item kuesioner No. 25 pada dimensi kompetensi personal penelitian ini terjadinya peningkatan rasa percaya diri perawat atas pencapaiannya dalam pekerjaan dari 40% menjadi 76.7% perawat. Resiliensi merupakan suatu proses yang dinamis yang selalu berubah sesuai dengan lingkungan dan dapat dipandang sebagai suatu sifat, proses atau hasil (Southwick et al. 2014). Salah satu studi telah menunjukkan bahwa

perawat yang bekerja di rumah sakit jiwa yang bekerja di lingkungan kerja yang kompleks, penuh dengan stres menunjukkan ketahngguhannya (Edward 2015).

Agar perawat menganggap diri mereka kompeten dalam membangun resiliensi diri individu, mereka perlu dilengkapi dengan pengetahuan dan keterampilan khusus dalam pengembangan kapasitas resiliensi. Selain itu, program yang berkomitmen menargetkan perilaku membangun kemampuan resiliensi personal akan membantu dalam mengelola tantangan tempat kerja sehari-hari (Handini, Kusnanto, & Yuswanto, 2020).

Pada penelitian ini, hasil dimensi keyakinan terhadap insting terjadi kenaikan nilai rata-rata sebanyak 3,77 point. Meskipun dalam sebuah penelitian yang dilakukan pada perawat di Iran memperoleh nilai keyakinan terhadap insting yang rendah namun nilai resiliensi ditemukan tinggi setelah dilakukan intervensi (Parizad et al., 2022). Keyakinan terhadap insting merupakan kemampuan untuk menentukan sikap dan tindakan tanpa mengandalkan proses penalaran berfikir yang sadar. Keyakinan terhadap insting guna membangun resiliensi diperoleh dari informasi sensorik yang didapatkan dalam rangkaian pembelajaran perawat sebagai manusia. Resiliensi dapat ditunjukkan melalui tindakan alam bawah sadar ketika berusaha untuk menyadari posisi dirinya sendiri terhadap suatu situasi, mengakibatkan manusia sadar akan keberadaannya dan mengkomunikasikan perasaan dan emosinya (Hill, 2010).

Hasil analisis *pre-test* dan *post-test item* kuesioner No.19 dimensi keyakinan pada insting didapatkan peningkatan dari 16.7% menjadi 60% perawat menjawab mampu mengatasi perasaan yang menyakitkan dan tidak menyenangkan. Hal ini menunjukkan perawat mempunyai pengetahuan tentang situasi dan kondisi yang terjadi pada dirinya dan mampu mengatasi perasaan yang dialaminya. Keyakinan terhadap insting telah terbukti memberikan dampak pada kondisi mental. Perawat intuitif memiliki ketahanan mental dalam melawan keraguan yang diakibatkan fenomena situasi, permasalahan dan konflik. Keyakinan terhadap insting dapat terbangun melalui budaya. Budaya kerja yang terbentuk akan memberikan kemampuan intuitif dalam beradaptasi dan berespon terhadap masalah yang lebih baik (Hassani, Abdi, & Jalali, 2016).

Keyakinan terhadap insting dinilai berkaitan dengan pengetahuan dengan identitas diri perawat. Sebuah studi menggambarkan bahwa adanya kaitan keyakinan terhadap insting akan membentuk reaksi sebagai tindakan perawat sebagai hasil pengetahuan intuitif (Morse et al., 2021). Keyakinan terhadap intuisi yang kuat menghasilkan identitas diri perawat yang resilen. Membangun kecerdasan intuisi, akan berkaitan dengan spiritualitas. Intuisi dan insting berasal dari keyakinan mendasar yang berkaitan dengan nilai-nilai yang diinternalisasi (Hassani et al., 2016).

Keyakinan terhadap insting dapat bersifat spiritual, pengetahuan yang diperoleh secara bawah sadar terhadap situasi luar diri sendiri dikaitkan dengan dorongan yang muncul dari dalam diri mengenai kekuatan dalam diri yang berkontemplasi dengan kekuatan dan keyakinan terhadap tuhan.

Pada penelitian ini, dimensi dari resiliensi berupa penerimaan positif mengalami peningkatan nilai rata-rata sebanyak 2,26 point. Hasil analisis item kuesioner No. 8 *pre-test* dan *post-test* pada dimensi penerimaan positif terjadi peningkatan dari 13.3% menjadi 50% perawat menjawab memiliki kecenderungan bangkit kembali setelah berada dalam keadaan kesulitan di tempat kerja. Hal ini menunjukkan meningkatnya kemampuan perawat dalam menghadapi permasalahan di tempat kerja. Sebuah penelitian terhadap pemulihan dan kemampuan resiliensi pada perawat di India hasilnya menunjukkan bahwa intervensi penerimaan positif diri membantu untuk mendapatkan kembali dan mempertahankan ketahanan terhadap stressor. Skor ketahanan rata-rata dari peserta kelompok eksperimen secara signifikan lebih tinggi daripada kelompok kontrol. Perbedaan yang signifikan dalam skor ketahanan rata-rata untuk pra-intervensi, pasca-intervensi mengungkapkan kapasitas perbaikan dan pencegahan dari intervensi penerimaan positif diri (Monroe et al., 2021)

Penerimaan positif telah diyakini akan mempromosikan berbagai hasil akhir proses kehidupan yang juga positif pada orang dewasa. Berbagai studi membahas peran penerimaan positif terhadap pemulihan dan resiliensi perawat. Hal ini juga terbukti membawa pengaruh terhadap kemungkinan gangguan mental seperti ansietas, depresi dan panik (Baldassini Rodriguez et al., 2022).

Penerimaan positif diri membangun harga diri, nilai-nilai konstruktif, atribut batin, kognisi positif dan hubungan interpersonal. Pengembangan konseptual resiliensi dapat ditilik melalui empat faktor penting. Faktor penting dalam penguatan resiliensi adalah penguatan internalisasi individu sebagai faktor pelindung melalui strategi koping yang efektif, optimisme, kecerdasan diri, penerimaan diri dan pemecahan masalah (Szanton et al., 2020). Secara eksternal berkaitan dengan dukungan sosial keluarga, organisasi, dan rekan. Memahami interaksi antara faktor pelindung penerimaan diri terhadap kekuatan resiliensi seseorang sudah membentuk paradigma positif antara kedua variabel ini.. Penerimaan positif, akan mengembangkan kekuatan pribadi untuk mencegah terjadinya dampak negatif dari lingkungan yang memiliki banyak tantangan dan mempromosikan luaran kehidupan kerja yang lebih positif bagi perawat (Wakefield, Williams, Menestrel, & Flaubert, 2021).

Pada hasil penelitian ini terkait dimensi kontrol diri terjadi peningkatan nilai rata-rata 1,63 point pada kelompok yang diberikan perlakuan. Hasil analisis *item* kuesioner No. 22 pada dimensi kontrol diri terjadi peningkatan dari 23.3% menjadi 76.7% perawat menyatakan mampu mengendalikan hidupnya. Hal ini menunjukkan peningkatan kemampuan perawat mengontrol keinginan dan perilakunya.

Kontrol diri merupakan adaptasi dari reaksi seseorang terhadap standar seperti nilai moral dan harapan sosial. Kontrol diri dapat meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan mental seseorang. Kemampuan terhadap kontrol diri merupakan cara yang menjanjikan untuk mencapai ketangguhan individu. Kontrol diri akan diekspresikan dalam bentuk tindakan menahan diri, berhati-hati dalam bertindak, yakin, tidak gugup dan spontan. Perawat yang memiliki nilai kontrol diri yang tinggi akan memiliki kemampuan untuk mengontrol keinginan dan perilaku orang tersebut. Perawat yang resiliensi cenderung mampu mengontrol impuls dan perilaku positif terhadap situasi (Kim & Chang, 2022).

Kemampuan kontrol diri perawat memberikan keterampilan dalam meregulasi emosi pada tingkat yang signifikan. Semakin tinggi tingkat pengendalian diri perawat maka tingkat resiliensinya dapat semakin meningkat. Tingkat pengendalian diri individu yang tinggi diyakinin berpengaruh positif

terhadap kehidupannya. Berdasarkan hasil penelitian ini dapat dikatakan bahwa peningkatan tingkat pengendalian diri perawat memiliki fungsi penting dalam meningkatkan resiliensinya (Hofmeyer, Taylor, & Kennedy, 2020).

Pada hasil penelitian ini untuk dimensi spiritualitas didapatkan peningkatan nilai rata-rata 0,9 point, setelah pelaksanaan pelatihan peningkatan resiliensi yang di dalamnya termuat aspek pelatihan peningkatan spiritualitas perawat. Pelatihan spiritualitas meningkatkan kesehatan spiritual dan akan meningkatkan kompetensi spiritual perawat. Hasil sebuah penelitian menunjukkan bahwa perawat dalam kelompok studinya memiliki skor kompetensi kesehatan spiritual total yang secara signifikan lebih tinggi. Selain itu skor dimensi individu yang secara signifikan lebih tinggi setelah intervensi dengan efek sedang hingga intens setelah diberikan pelatihan spiritual tersebut. Selain itu, dibandingkan dengan kelompok kontrol, kelompok studi tersebut menunjukkan skor kompetensi kesehatan spiritual dan perawatan spiritual yang lebih baik secara signifikan serta skor dimensi individu yang lebih baik secara signifikan setelah intervensi pelatihan spiritual (Bremhem et al., 2021).

Selama proses latihan spiritualitas persepsi diri perawat tentang spiritualitas menjadi meningkat. Hal ini ditunjukkan dengan hasil item kuesioner No 3 pada dimensi spiritualitas dimana terjadi peningkatan keyakinan perawat kepada Tuhan yang selalu membantu dalam setiap permasalahan yang dihadapi dari 76.7% menjadi 93.3%. Pendidikan spiritual yang mendorong pertumbuhan pribadi akan memberikan kesempatan untuk meningkatkan kebangkitan spiritual perawat dan perkembangan diri pribadi (Meybodi, 2020). Pelatihan spiritual merupakan hal yang akan menginspirasi kesadaran dalam mencari tujuan hidup yang positif serta mewujudkan konsep orang yang sehat secara spiritual (Mcdemard & Shingh, 2018). Pelatihan spiritual secara signifikan meningkatkan tingkat kesejahteraan spiritual perawat, termasuk aspek-aspek seperti menjalani hidup yang bermakna dan memahami diri sendiri (Lao, 2017). Lebih jauh lagi, tatanan sosial Indonesia dan komposisi keagamaannya yang kental meningkatkan peran spiritualitas dalam kehidupan masyarakat. Spiritualitas perawat bisa menjadi aset penting dalam kemampuan mereka untuk mengatasi stressor dalam pekerjaan.

Hasil implementasi model resiliensi yang dilakukan pada penelitian ini tampak dari perbedaan yang signifikan dari nilai rata-rata resiliensi atau ketahanan perawat pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Hal ini sejalan dengan penelitian lainnya untuk meningkatkan ketahanan pada perawat yang merawat pasien menurut Cameron dan Brownie (2017), perawat harus memiliki pengetahuan klinis, keterampilan, dan pengalaman menyelesaikan masalah secara holistik yang kompeten serta lebih terampil.

Kemampuan perawat dalam meningkatkan resiliensi tidak hanya tergantung pada aspek organisasi, dukungan sosial tapi keyakinan terhadap kekuatan besar yang mengatur semua kejadian yaitu Tuhan memainkan peranan dalam meningkatkan kemampuan resiliensi. Peningkatan resiliensi yang dilakukan saat implementasi berupa penguatan spiritualitas melalui latihan peningkatan spiritualitas. Pelaksanaan implementasi dengan kegiatan latihan spiritualitas yang dilakukan perawat secara individu melalui kegiatan sholat, berdo'a dan melatih kesadaran diri. Sedangkan latihan spiritualitas secara berkelompok dengan mengaktifkan lagi kegiatan wirid bulanan di rumah sakit yang selama ini terkendala karena pandemi COVID-19, dan saat memulai dan mengakhiri kegiatan saat *pre* dan *post conference* keperawatan diiringi dengan do'a kepada Tuhan terbukti dapat meningkatkan spiritualitas perawat.

Masyarakat Sumatera Barat dengan budaya Minang secara umum dikenal dengan nilai-nilai spiritualitas dalam kehidupannya. Perawat sebagai bagian struktur sosial masyarakat juga memiliki keyakinan dalam pemaknaan kontribusi diri terhadap orang lain dengan asas kebaikan dan ajaran agama. Perawat dengan nilai spiritualitas tinggi dalam penelitian ini meyakini bahwa terdapat hubungan yang mendalam antara perawat sebagai individu dengan kekuatan yang lebih besar yakni Tuhan sebagai dasar dalam menyelesaikan setiap tantangan, permasalahan dan hambatan-hambatan dalam bekerja.

Menjadi individu yang memiliki nilai spiritualitas adalah langkah pertama untuk lebih mampu untuk bertahan terhadap perubahan situasi yang kompleks dan melelahkan (Chiang, Lee, Chu, Wu, & Hsiao, 2021). Spiritualitas dan resiliensi diyakini memiliki korelasi. Spiritualitas akan memberikan penghiburan, kenyamanan sepanjang hidup dan harapan untuk bertahan semasa krisis terjadi.

Spiritualitas memberikan arti penting dan pengaruh yang besar dalam kehidupan sehari-hari (Harris & Tao, 2022).

Implementasi model resiliensi berupa pelaksanaan pelatihan peningkatan resiliensi melalui pelatihan peningkatan keterampilan coping perawat dan latihan penyelesaian masalah (*problem solving*). Pelatihan dan pengembangan keterampilan coping secara terus menerus dapat meningkatkan kompetensi dan kepercayaan diri perawat. Pada akhirnya, ketahanan perawat akan meningkat ketika perawat merasa percaya diri dalam menghadapi tantangan dan stressor di lingkungan pekerjaannya. Pelatihan coping merupakan atribut positif yang akan memberikan penguatan ketahanan, perlu dipertimbangkan bahwa pelatihan mekanisme coping akan melengkapi elemen dari karakteristik yang lebih baik (McGowan & Murray 2016).

Banyak strategi coping adaptif dapat diterapkan perawat dalam upaya meningkatkan resiliensi. Mengenal diri sendiri, membuat rencana aktifitas saat dalam kondisi penuh tekanan, berbicara dengan diri sendiri, latihan pernafasan, berterimakasih kepada diri sendiri atas usaha yang dilakukan merupakan bagian dari pelatihan meningkatkan coping perawat. Efek kesehatan mental seperti stress dan kelelahan bervariasi tergantung pada strategi mengatasi stres yang dipilih. Memiliki mekanisme coping yang cenderung lari dan menghindari masalah dapat memperburuk kesehatan mental dan meningkatkan tekanan psikologis hingga menyebabkan depresi.

Sejumlah penelitian telah menunjukkan bahwa mekanisme coping dikaitkan dengan kesejahteraan dan resiliensi. Mekanisme coping positif terkait dengan tingkat penyesuaian kognitif dan perilaku positif yang lebih tinggi dalam menghadapi peristiwa stres dan berdampak terhadap penurunan risiko kecemasan dan depresi. Telah dilaporkan juga bahwa perawat yang lebih optimis dan menggunakan mekanisme coping yang lebih positif dapat memiliki hubungan sosial yang lebih baik dan mampu mengelola dampak negatif dari stres serta meningkatkan resiliensi (Finstad et al., 2021).

Keterampilan pemecahan masalah sangat penting dalam keperawatan karena perawat dihadapkan pada tantangan dalam melakukan tugas keperawatan dengan aman dan efektif dalam lingkungan perawatan kesehatan yang kompleks dan selalu

berubah. Hasil penelitian ini juga menunjukkan kemampuan perawat membuat keputusan saat situasi sulit untuk menyelesaikan masalah meningkat setelah pelatihan dari 13.3% menjadi 46.7%. Kemampuan memecahkan masalah yang dimiliki perawat dapat mempertahankan kreativitas dalam hubungan perawat-pasien, serta dengan profesi lainnya. Pelatihan terhadap kemampuan pemecahan masalah penting untuk di sediakan agar mampu melengkapi kemampuan respon terhadap stressor dalam bekerja perawat. Hasil penelitian menemukan korelasi positif antara kemampuan menyelesaikan masalah dan resiliensi perawat (Chua et al., 2019; Raghavan & Sandanapitchai, 2020; Wild et al., 2020).

Berdasarkan hasil penelitian model resiliensi yang telah diimplementasikan menunjukkan hasil peningkatan resiliensi atau ketangguhan perawat. Agar perawat semakin tangguh tentu dibutuhkan dukungan dan keterlibatan dari para manajer pengambil keputusan di rumah sakit untuk melakukan kegiatan berkelanjutan serta menjadikan peningkatan resiliensi sebagai suatu program yang harus ada di rumah sakit. Hart et al., (2019) menunjukkan bahwa kegiatan pengembangan program yang menargetkan proses untuk membangun resiliensi pada perawat membantu perawat dalam mengelola tantangan dan krisis di tempat kerja. Resiliensi dianggap sebagai kapasitas seseorang untuk mampu merekondisi dan membangun kembali keadaan psikologis serta fisik yang stabil ketika menghadapi kejadian yang buruk dan tidak diharapkan (Seiler & Jenewein, 2019).

Model resiliensi ini juga dapat digunakan untuk perawat-perawat baru yang akan memberikan pelayanan keperawatan pada pasien. Perawat baru akan menghadapi tantangan dan berbagai aturan yang kompleks serta tekanan saat berhadapan dengan pasien. Perlu adanya orientasi pada perawat baru untuk menyiapkan pengetahuan, keterampilan dan kemampuan berpikir kritis yang memadai. Melalui pelatihan peningkatan resiliensi, perawat baru dipersiapkan dengan latihan-latihan peningkatan spiritualitas, keterampilan koping, dan latihan pemecahan masalah sehingga hasil yang diharapkan perawat baru siap dan tangguh dalam menghadapi tantangan dan permasalahan di tempat kerja. Penelitian Chesak et al., (2015) didapatkan adanya peningkatan resiliensi pada perawat baru setelah diberikan pelatihan resiliensi dan manajemen stres.

6.4 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini adalah bertujuan untuk mengembangkan model resiliensi sebagai upaya peningkatan resiliensi perawat dalam mencegah distress psikologis dan *burnout* pada perawat. Perwujudan dari model resiliensi adalah modul pelatihan peningkatan resiliensi perawat. Keterbatasan pada penelitian ini adalah modul ini belum menyediakan informasi terkait dukungan sosial dan dukungan organisasi. Hal ini disebabkan hasil penelitian tidak menunjukkan hubungan yang bermakna antara dukungan sosial dan dukungan organisasi dengan resiliensi tetapi hasil penelitian-penelitian sebelumnya menunjukkan hasil yang sebaliknya.

Penelitian ini dirancang saat terjadinya pandemi COVID-19, namun saat pelaksanaan penelitian sebagian saat terjadinya pandemi dan ketika pandemi mulai melandai sehingga kesulitan dalam pengumpulan data, serta data yang didapat berdasarkan respon responden pada kedua situasi tersebut.

6.5 Implikasi Studi Terhadap Keperawatan

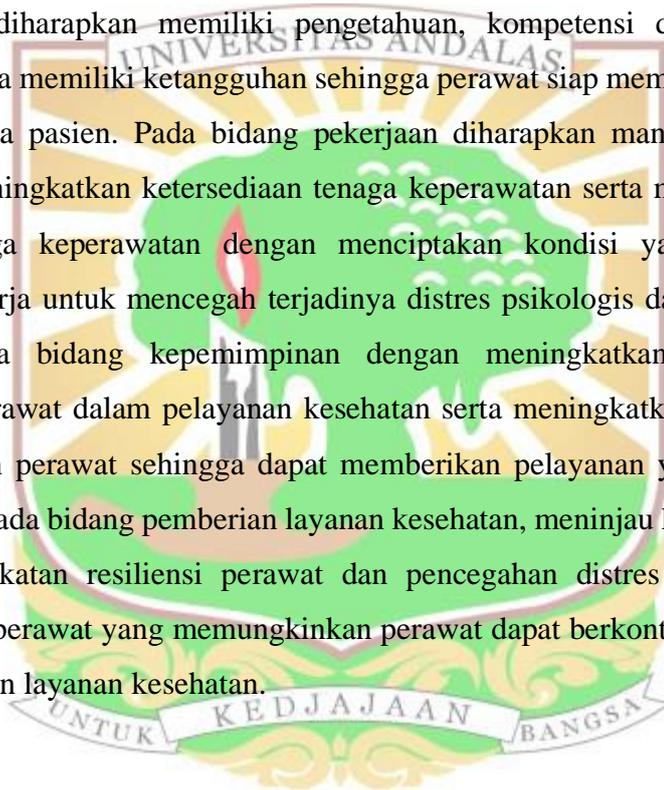
Model ini dapat menjadi salah satu alternatif bagi pihak manajemen di rumah sakit atau layanan kesehatan dalam meningkatkan kesehatan kerja perawat terutama kesehatan jiwa. Penerapan model resiliensi memiliki peran untuk meningkatkan resiliensi perawat dalam menghadapi permasalahan yang ditemui di tempat kerja. Peningkatan resiliensi dapat dilakukan dengan mengadakan pelatihan peningkatan spiritual, mekanisme koping, dan penyelesaian masalah.

Implikasi lain yang signifikan bagi manajemen rumah sakit terutama manajemen keperawatan agar dapat lebih responsif dengan mengatur perubahan kebijakan yang peka terhadap perkembangan staf keperawatan, praktek, penelitian dan pendidikan staf keperawatan. Perlu adanya program peningkatan resiliensi secara terstruktur dan berkelanjutan bagi perawat di lingkungan rumah sakit dan saat orientasi perawat baru berupa psiko edukasi yaitu pelatihan peningkatan resiliensi dan adanya konseling psikologi dan keagamaan bagi perawat-perawat yang mengalami masalah distress psikologi dan *burnout*.

Pemulihan perawat sebagai tenaga kerja terkait distress psikologis dan *burnout* akan membutuhkan waktu dan dana yang tidak sedikit. Perubahan yang tertata serta pendekatan peningkatan resiliensi adalah suatu upaya mencegah distress psikologis dan *burnout* pada perawat serta meningkatkan kesejahteraan dan

kesehatan staf keperawatan. Menargetkan spiritualitas adalah pendekatan baru yang dapat membantu perawat terhubung kembali dengan makna dan meningkatkan kesejahteraan mental mereka secara keseluruhan. Intervensi berbasis spiritual adalah bagian dari strategi perawatan seluruh orang yang dimaksudkan untuk meningkatkan resiliensi perawat dan kesejahteraan mental perawat secara keseluruhan.

Pengembangan model resiliensi ini juga mengacu ke arah strategis global untuk keperawatan oleh WHO (2021) yang mencakup empat bidang, yaitu pendidikan, pekerjaan, kepemimpinan dan pemberian layanan kesehatan. Lulusan keperawatan diharapkan memiliki pengetahuan, kompetensi dan sikap yang diperlukan juga memiliki ketangguhan sehingga perawat siap memberikan layanan kesehatan pada pasien. Pada bidang pekerjaan diharapkan manajemen layanan kesehatan meningkatkan ketersediaan tenaga keperawatan serta mempertahankan kualitas tenaga keperawatan dengan menciptakan kondisi yang nyaman di lingkungan kerja untuk mencegah terjadinya distres psikologis dan burnout pada perawat. Pada bidang kepemimpinan dengan meningkatkan proporsi dan wewenang perawat dalam pelayanan kesehatan serta meningkatkan keterampilan kepemimpinan perawat sehingga dapat memberikan pelayanan yang berkualitas pada pasien. Pada bidang pemberian layanan kesehatan, meninjau kembali regulasi terkait peningkatan resiliensi perawat dan pencegahan distres psikologis dan *burnout* pada perawat yang memungkinkan perawat dapat berkontribusi maksimal pada pemberian layanan kesehatan.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut:

Resiliensi perawat cukup tinggi dalam menghadapi masalah di tempat kerja. Resiliensi yang dimiliki perawat perlu dipertahankan dan ditingkatkan dengan pelatihan peningkatan resiliensi yang terstruktur. Faktor-faktor yang signifikan memengaruhi resiliensi adalah spiritualitas dan mekanisme coping.

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Resiliensi perawat cukup tinggi dalam menghadapi masalah di tempat kerja. Resiliensi yang dimiliki perawat perlu dipertahankan dan ditingkatkan dengan pelatihan peningkatan resiliensi yang terstruktur. Faktor-faktor yang signifikan memengaruhi resiliensi adalah spiritualitas dan mekanisme coping.
2. Telah terbentuknya model resiliensi untuk meningkatkan ketangguhan perawat dan tersusunnya modul pelatihan peningkatan resiliensi yang merupakan produk dari model resiliensi.
3. Model resiliensi mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap peningkatan ketangguhan perawat serta model resiliensi ini memiliki kesesuaian (fit) dengan yang terjadi di lapangan.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, beberapa saran disampaikan peneliti sebagai berikut:

1. Pengembang Kebijakan
 - a. Pada tingkat organisasi profesi PPNI, diharapkan dapat mengupayakan perlindungan tenaga kerja keperawatan dengan memperhatikan beban kerja dan manajemen pengembangan perawat. Model resiliensi dapat direkomendasikan sebagai fokus pelatihan pengembangan di tingkat organisasi profesi.

- b. Pada tingkat struktur organisasi rumah sakit agar mulai memfokuskan rancangan pengembangan sumber daya manusia yang berorientasi terhadap perlindungan perawat. Melalui penguatan pengembangan dan penerapan penelitian dan inovasi model resiliensi dapat meningkatkan kinerja dengan peningkatan ketangguhan perawat dalam menghadapi permasalahan di tempat kerja.
2. Terhadap Pelayanan Keperawatan
- a. Pelatihan dan pengembangan model resiliensi perlu diagendakan agar dapat meningkatkan profesionalisme perawat dalam mengelola tantangan, permasalahan dan solusi di lingkungan kerja serta dalam pemberian asuhan terhadap pasien.
- b. Model resiliensi dan pelatihan peningkatan resiliensi perlu diagendakan saat masa orientasi perawat baru. Model ini dapat digunakan untuk mempersiapkan perawat baru agar mampu beradaptasi dan tangguh dalam kondisi pekerjaan yang penuh tantangan dan tekanan dalam memberikan pelayanan keperawatan.
3. Terhadap Penelitian Keperawatan
- a. Penelitian penyempurnaan model resiliensi yang lebih komprehensif dengan menambahkan komponen dukungan organisasi dalam bentuk kebijakan, rencana strategis dan dukungan sosial yang spesifik.
- b. Perlunya dilakukan penelitian lanjutan yang berfokus pada penilaian dampak resiliensi terhadap profesionalisme kerja, kualitas layanan, *burnout* dan distress psikologis.
4. Terhadap Pendidikan Keperawatan
- a. Perlunya pengenalan model resiliensi pada perawat magister sehingga mampu mengidentifikasi resiliensi, *burnout* dan distress psikologis di tatanan tata kelola sumber daya manusia di lingkup keperawatan.
- b. Perlunya pelatihan dan pengembangan internal berkaitan dengan profesionalisme perawat yang berorientasi resiliensi secara reguler di lingkup staf keperawatan.



DAFTAR PUSTAKA

- Adnyaswari, N. A., & Adnyani, I. G. A. D. (2017). Pengaruh Dukungan Sosial dan Burnout Terhadap Kinerja Perawat Rawat Inap Rsup Sanglah. *E-Jurnal Manajemen Unud*, 6, 2474–2500.
- Alharbi, H., & Alshehry, A. (2019). Perceived stress and coping strategies among ICU nurses in government tertiary hospitals in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Annals of Saudi Medicine*, 39(1), 48–55. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2019.48>
- Amiruddin, A., Sri Haryati, R. T., & Handiyani, H. (2020). Manfaat Jenjang Karir Bagi Staf Perawat Dan Rumah Sakit. *Jurnal Kesehatan Poltekkes Kemenkes Ri Pangkalpinang*, 7(2), 56. <https://doi.org/10.32922/jkp.v7i2.87>
- Ang, et al. (2018). Association between Demographics and Resilience – a Cross-Sectional Study among Nurses in Singapore. *International Nursing Review*, 1–8. <https://doi.org/10.1111/inr.12441>
- APA. (2014). *The Road to Resilience*.
- Asih, O. R., Fahmy, R., Novrianda, D., Lucida, H., Priscilla, V., & Putri, Z. M. (2019). Cross Sectional: Dukungan Sosial dan Resiliensi Perawat. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 19(2), 421–425. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v19i2.674>
- Badan Pusat Statistik Kota Padang Panjang. (2022). *Letak Geografis Kota Padang Panjang*.
- Baldassini Rodriguez, S., Bardacci, Y., El Aoufy, K., Bazzini, M., Caruso, C., Giusti, G. D., ... Rasero, L. (2022). Promoting and Risk Factors of Nurses' Hardiness Levels during the COVID-19 Pandemic: Results from an Italian Cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph19031523>
- CAM, O. (2015). The Results of Nurses' Increasing Emotional Intelligence and Resilience. *Journal of Psychiatric Nursing*, 130–136. <https://doi.org/10.5505/phd.2015.96729>
- Cameron, F., & Brownie, S. (2010). Enhancing Resilience in Registered Aged Care Nurses. *Australasian Journal on Ageing*. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2009.00416.x>
- Carvello, M., Zanotti, F., Rubbi, I., Bacchetti, S., Artioli, G., & Bonacaro, A. (2019). Peer-support: A coping strategy for nurses working at the emergency ambulance service. *Acta Biomedica*, 90(2), 29–37. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i11-S.8923>
- Chesak, S. S., Bhagra, A., Schroeder, D. R., Foy, D. A., Cutshall, S. M., & Sood, A. (2015). Enhancing resilience among new nurses: feasibility and efficacy of a pilot intervention. *The Ochsner Journal*, 15(1), 38–44.
- Chiang, Y.-C., Lee, H.-C., Chu, T.-L., Wu, C.-L., & Hsiao, Y.-C. (2021). The relationship between spiritual health, health-promoting behaviors, depression and resilience: A longitudinal study of new nurses. *Nurse Education in Practice*, 56, 103219. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103219>
- Connor, K., & Davidson, J. (2003). *Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*. (December 2017). <https://doi.org/10.1002/da.10113>

- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Daghash, H. (2022). Personal Resilience, Social Support, and Organizational Support Impact Burnout among Nurses During COVID-19. *MedRxiv*.
- de Oliveira, S. M., de Alcantara Sousa, L. V., Vieira Gadelha, M. do S., & do Nascimento, V. B. (2019). Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 15(1), 64–73. <https://doi.org/10.2174/1745017901915010064>
- Deldar, K., Froutan, R., Dalvand, S., Gheshlagh, R. G., & Mazloun, S. R. (2018). The relationship between resiliency and burnout in Iranian nurses: A systematic review and meta-analysis. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(11), 2250–2256. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.428>
- Delgado, C., Upton, D., Ranse, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*, 70, 71–88. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008>
- Digdyani, N., & Kaloeti, D. V. S. (2018). Kualitas hidup pada perawat rumah sakit swasta X di kota Semarang. *Empati*, 7(Nomor 3), 179–185.
- Diskominfo. (2016). Gambaran Umum Kota Padang.
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prevost, D. (2012). Epidemiology of Psychological Distress. *Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control*. <https://doi.org/10.5772/30872>
- Ettings, H. I. G. H. N. S., Cynda, B., Rushton, H., & Batcheller, J. (2015). *R a n p h - i s*. 24(5), 412–421.
- Finstad, G. L., Giorgi, G., Lulli, L. G., Pandolfi, C., Foti, G., León-Perez, J. M., ... Mucci, N. (2021). Resilience, coping strategies and posttraumatic growth in the workplace following covid-19: A narrative review on the positive aspects of trauma. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph18189453>
- Fletcher, K., Parker, G. B., & Manicavasagar, V. (2013). Coping profiles in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1177–1184. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.011>
- Fu, C. Y., Yang, M. S., Leung, W., Liu, Y. Y., Huang, H. W., & Wang, R. H. (2018). Associations of professional quality of life and social support with health in clinical nurses. *Journal of Nursing Management*, 26(2), 172–179. <https://doi.org/10.1111/jonm.12530>
- Geçdi, T., & Tanriverdi, D. (2022). The Effects of Resilience-Focused Psychoeducation in Patients Diagnosed with Depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(7), 659–669.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2007). Development of a theoretically derived model of resilience through concept analysis. *Contemporary Nurse*, 25(1–2), 124–135. <https://doi.org/10.5172/conu.2007.25.1-2.124>
- Griffin, Ricky W., and Moorhead, G. (2014). *Organizational Behavior: Managing People and Organizations. Eleventh Edition*. USA: South Western.

- Guixia, L., & Hui, Z. (2020). A Study on Burnout of Nurses in the Period of COVID-19. *Psychology and Behavioral Sciences*, 9(3), 31. <https://doi.org/10.11648/j.pbs.20200903.12>
- Gupta, V., Agarwal, U. A., & Khatri, N. (2016). *This is an Accepted Article that has been peer-reviewed and approved for publication in the Journal of Advanced Nursing, but has yet to undergo copy-editing and proof correction. Please cite this article as an "Accepted Article"; doi: 10.1111/jan.13043 T.* <https://doi.org/10.1111/jan.13043>
- Handini, F. S., Kusnanto, K., & Yuswanto, T. J. A. (2020). Role of Resilience to Improving the Performance of Health Workers: A Systematic Review. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9(2), 551–560. <https://doi.org/10.30994/sjik.v9i2.309>
- Haneen, A., Cole, A., Ahmed, A., Hamasha, S., & Panos, G. (2020). Major stressor and coping strategies of frontline nursing staff during the outbreak of Coronavirus disease 2020 (COVID-19) in Alabama. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 2057–2068.
- Harnida, H. (2015). Hubungan Efikasi Diri Dan Dukungan Sosial Dengan Burnout Pada Perawat. *Persona: Jurnal Psikologi Indonesia*, 4(1). <https://doi.org/10.30996/persona.v4i1.487>
- Harris, S., & Tao, H. (2022). The Impact of US Nurses' Personal Religious and Spiritual Beliefs on Their Mental Well-Being and Burnout: A Path Analysis. *Journal of Religion and Health*, 61(3), 1772–1791. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01203-y>
- Hart, P. L. (2012). Resilience in nurses : an integrative review. *Journal of Nursing Management*, (Oulton 2006). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x>
- Hassani, P., Abdi, A., & Jalali, R. (2016). State of Science, “Intuition in Nursing Practice”: A Systematic Review Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*, 10(2), JE07-11. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/17385.7260>
- Henshall, C., Davey, Z., & Jackson, D. (2020a). Nursing resilience interventions—A way forward in challenging healthcare territories. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19–20), 3597–3599. <https://doi.org/10.1111/jocn.15276>
- Henshall, C., Davey, Z., & Jackson, D. (2020b, October). Nursing resilience interventions-A way forward in challenging healthcare territories. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 29, pp. 3597–3599. <https://doi.org/10.1111/jocn.15276>
- Hill, W. (2010). An original qualitative study of resilience and techniques ICU clinicians report they use to develop their anticipation, intuition and foresight at change of shift report. *Canadian Journal of Respiratory Therapy*, 46(4), 16–24.
- Hofmeyer, A., Taylor, R., & Kennedy, K. (2020, November). Knowledge for nurses to better care for themselves so they can better care for others during the Covid-19 pandemic and beyond. *Nurse Education Today*, Vol. 94, p. 104503. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104503>
- Howe, A., Smajdor, A., & Stöckl, A. (2012). Towards an Understanding of Resilience and Its Relevance to Medical Training. *Medical Education*, 46(4), 349–356. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04188.x>
- Huang, L. H., Chen, C. M., Chen, S. F., & Wang, H. H. (2020). Roles of nurses and

- National Nurses Associations in combating COVID-19: Taiwan experience. *International Nursing Review*, 67(3), 318–322. <https://doi.org/10.1111/inr.12609>
- Janeway, D. (2020). The Role of Psychiatry in Treating Burnout Among Nurses During the Covid-19 Pandemic. *Journal of Radiology Nursing*, 39(3), 176–178. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2020.06.004>
- Jose, S., Dhandapani, M., & Cyriac, M. C. (2020). Burnout and Resilience among Frontline Nurses during COVID-19 Pandemic: A Cross-sectional Study in the Emergency Department of a Tertiary Care Center, North India. *Indian Journal of Critical Care Medicine : Peer-Reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 24(11), 1081–1088. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23667>
- karimi johani, reza, Taghilou, H., karimi johani, F., Jafarzadeh Gharajag, Z., & babapour azam, L. (2020). Investigating the Relationship between Burnout and Job Performance in the Corona Epidemic from the Perspective of Nurses. *Ijnv*, 9(4), 27–33.
- Khoiri Oktavia, W., & Muhopilah, P. (2021). Model Konseptual Resiliensi di Masa Pandemi Covid-19: Pengaruh Religiusitas, Dukungan Sosial dan Spiritualitas. *Psikologika: Jurnal Pemikiran Dan Penelitian Psikologi*, 26(1), 1–18. <https://doi.org/10.20885/psikologika.vol26.iss1.art1>
- Kim, E. Y., & Chang, S. O. (2022). Exploring nurse perceptions and experiences of resilience: a meta-synthesis study. *BMC Nursing*, 21(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00803-z>
- Kim Y. (2018). Nurses' experiences of care for patients with Middle East respiratory syndrome-coronavirus in South Korea. *Am J Infect Control*, 46(7), 781–7. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.01.012>
- Kuntz, J. R. C., Naswall, K., & Mallinen, S. (2016). Resilient Employees in Resilient Organizations: Flourishing Beyond Adversity. *Industrial and Organizational Psychology*, 9(2), 452–456. <https://doi.org/10.1017/iop.2016.39>
- Labrague, L. J., & De los Santos, J. A. A. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1653–1661. <https://doi.org/10.1111/jonm.13121>
- Labrague, L. J., McEnroe Petite, D. M., Leocadio, M. C., Van Bogaert, P., & Tsaras, K. (2018). Perceptions of organizational support and its impact on nurses' job outcomes. *Nursing Forum*, 53(3), 339–347. <https://doi.org/10.1111/nuf.12260>
- Labrague, L. J., & Santos, J. A. A. D. L. (2020). *J Nursing Management - 2020 - Labrague - COVID-19 anxiety among front-line nurses Predictive role of organisational.pdf* (pp. 1653–1661). pp. 1653–1661.
- Lalani, N., Drolet, J. L., McDonald-Harker, C., Brown, M. R. G., Brett-MacLean, P., Agyapong, V. I. O., ... Silverstone, P. H. (2021). Nurturing Spiritual Resilience to Promote Post-disaster Community Recovery: The 2016 Alberta Wildfire in Canada. *Frontiers in Public Health*, 9, 682558. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.682558>
- Lara-Cabrera, M. L., Betancort, M., Muñoz-Rubilar, C. A., Rodríguez Novo, N., & De Las Cuevas, C. (2021). The Mediating Role of Resilience in the

- Relationship between Perceived Stress and Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph18189762>
- Leepile, A.S., Molato, B.J., Mokgaola, I.O., & Gause, G. (2021). Coping strategies used by nurses during the COVID-19 pandemic: a narrative literature review. *Health SA Gesondheid*, 26(0). <https://doi.org/doi.org/10.4102/hsag.v26i0.1652>
- Leskovic, L., Erjavec, K., Leskovic, R., & Vukovič, G. (2020). Burnout and job satisfaction of healthcare workers in slovenian nursing homes in rural areas during the covid-19 pandemic. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 27(4), 664–671. <https://doi.org/10.26444/aaem/128236>
- Lim, M. L., Lim, D., Gwee, X., Nyunt, M. S. Z., Kumar, R., & Ng, T. P. (2015). Resilience, stressful life events, and depressive symptomatology among older Chinese adults. *Aging and Mental Health*, 19(11), 1005–1014. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.995591>
- Long, H., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional response and coping strategies in nurses and nursing student during COVID-19 outbreak: a comparative study. *PLoS ONE*, 15(8). <https://doi.org/doi.org/10.1371/journal.pone.0237303>
- Lorente, L., Vera, M., & Peiró, T. (2021). Nurses' stressors and psychological distress during the COVID-19 pandemic: The mediating role of coping and resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 77(3), 1335–1344. <https://doi.org/10.1111/jan.14695>
- Lukaningsih, Z. L., & Bandiyah, S. (2014). *Psikologi Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Mahmoudi, F., Hosseini, S. M., Joonbakhsh, F., & Ajoodanian, N. (2020). *Corresponding Authors : Najmeh Ajoodanian*. 7(12), 1065–1070.
- Manomenidis, G., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2019). Resilience in nursing: The role of internal and external factors. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 172–178. <https://doi.org/10.1111/jonm.12662>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). *Understanding Burnout*. In *The Handbook of Stress and Health*.
- Mcallister, M., & Mckinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines : A critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29(4), 371–379. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.10.011>
- Mcdonald, G., & et al. (2016). Surviving workplace adversity : a qualitative study of nurses and midwives and their strategies to increase personal resilience. *Journal of Nursing Management*, 123–131. <https://doi.org/10.1111/jonm.12293>
- Mcdonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., & Vickers, M. H. (2013). Personal resilience in nurses and midwives: Effects of a work-based educational intervention. *Contemporary Nurse*, 45(1), 134–143. <https://doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.134>
- McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., & Vickers, M. H. (2012). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse Education Today*, 32(4), 378–384. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.04.012>
- Mealer, B. M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., & Rothbaum, B.

- (2014). *Artpicun*. 23(6), 97–105.
- Monroe, C., Loresto, F., Horton-Deutsch, S., Kleiner, C., Eron, K., Varney, R., & Grimm, S. (2021). The value of intentional self-care practices: The effects of mindfulness on improving job satisfaction, teamwork, and workplace environments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(2), 189–194. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.10.003>
- Morse, J. M., Kent-Marvick, J., Barry, L. A., Harvey, J., Okang, E. N., Rudd, E. A., ... Williams, M. R. (2021). Developing the Resilience Framework for Nursing and Healthcare. *Global Qualitative Nursing Research*, 8. <https://doi.org/10.1177/23333936211005475>
- Mosadeghrad, A. M. (2013). Occupational stress and turnover intention: Implications for nursing management. *International Journal of Health Policy and Management*, 1(2), 169–176. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2013.30>
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). A critical care societies collaborative statement: Burnout syndrome in critical care health-care professionals a call for action. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 194(1), 106–113. <https://doi.org/10.1164/rccm.201604-0708ST>
- Nasurdin, A. M., Tan, C. L., & Khan, S. N. (2020). The Impact of Social Support on Nurses' Motivation: A Cross-Sectional Study in Malaysia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 32(8), 430–435. <https://doi.org/10.1177/10110539520965026>
- Neuman, B. (1995). *The Neuman's system model* (3rd ed.). Norwalk, CT: Apleton & Lange.
- O'Dowd, E., O'Connor, P., Lydon, S., Mongan, O., Connolly, F., Diskin, C., ... Byrne, D. (2018). Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3541-8>
- Octaryani, M., Baidun, A., & Jakarta, H. (2017). Uji validitas konstruk resiliensi. *JP31*, VI(1), 43–52.
- Öksüz, E., Demiralp, M., Mersin, S., Tüzer, H., Aksu, M., & Sarikoc, G. (2019). Resilience in nurses in terms of perceived social support, job satisfaction and certain variables. *Journal of Nursing Management*, 27(2), 423–432. <https://doi.org/10.1111/jonm.12703>
- Oyeleye, O., Hanson, P., O'Connor, N., & Dunn, D. (2013). Relationship of workplace incivility, stress, and burnout on nurses' turnover intentions and psychological empowerment. *Journal of Nursing Administration*, 43(10), 536–542. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182a3e8c9>
- Parizad, N., Soheili, A., Powers, K., Mohebbi, I., Moghbeli, G., & Hosseingolipour, K. (2022). Level of resilience in nurses working at COVID-19 referral centers in Iran. *Nursing Forum*, 57(3), 344–351. <https://doi.org/10.1111/nuf.12685>
- Pemerintah Daerah Kabupaten Solok. (2017). Keadaan Geografis Kabupaten Solok.
- Pieter, H. ., Janiwarti, B., & Saragih, N. . (2011). *Pengantar Psikopatologi untuk Keperawatan*. Jakarta: Kencana.
- Polk, L. (1997). Toward a middle range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 1–13.
- Priyatama, aditya nanda, Zainudin, M., & Handoyo, S. (2018). The Influence of

- Self-Efficacy, Optimism, Hope and Resilience on Work Engagement: Role of Perceived Organizational Support as Mediator. *Journal of Educational, Health and Community Psychology*, 7(2), 61–77.
- Putra, P. S. P., & Susilawati, L. K. P. A. (2018). Hubungan Antara Dukungan Sosial Dan Self Efficacy Dengan Tingkat Stres Pada Perawat Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah. *Jurnal Psikologi Udayana*, 5(01), 145. <https://doi.org/10.24843/jpu.2018.v05.i01.p14>
- Qiu, T., Yang, Y., Liu, C., Tian, F., Gu, Z., Yang, S., ... Wu, H. (2020). The association between resilience, perceived organizational support and fatigue among Chinese doctors: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 265, 85–90. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.056>
- Rahman, H., Oktavia, S., & Besra, E. (2019). Psycho-Cultural Perspective on the Formation of Entrepreneurial Culture of Minangkabau Tribe in West Sumatra Indonesia. *Udayana Journal of Law and Culture*, 3(1), 53. <https://doi.org/10.24843/ujlc.2019.v03.i01.p03>
- Ramalisa, R. J., Du Plessis, E., & Koen, M. P. (2018). Increasing coping and strengthening resilience in nurses providing mental health care: Empirical qualitative research. *Health SA Gesondheid*, 23, 1–9. <https://doi.org/10.4102/hsag.v23i0.1094>
- Rana, W., Mukhtar, S., & Mukhtar, S. (2020). Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102080. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102080>
- Rangachari, P., & Woods, J. L. (2020). Preserving organizational resilience, patient safety, and staff retention during covid-19 requires a holistic consideration of the psychological safety of healthcare workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124267>
- Rees, C., Craigie, M., Slatyer, S., Heritage, B., Harvey, C., Brough, P., & Hegney, D. (2018). Mindful Self-Care and Resiliency (MSCR): Protocol for a pilot trial of a brief mindfulness intervention to promote occupational resilience in rural general practitioners. *BMJ Open*, 8(6), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021027>
- Rice, P. L. (1992). *Stress and Health* (2nd ed.). California: Brooks / Cole Publishing Company.
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536–545. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x>
- Robaee, N., Atashzadeh-shoorideh, F., Ashktorab, T., & Baghestani, A. (2018). *Perceived organizational support and moral distress among nurses*. 17(2), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0270-y>
- Roberts, N. J., McAloney-Kocaman, K., Lippiett, K., Ray, E., Welch, L., & Kelly, C. (2021). Levels of resilience, anxiety and depression in nurses working in respiratory clinical areas during the COVID pandemic. *Respiratory Medicine*, 176(November 2020), 106219. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106219>
- Rosyiana, I. (2019). *Innovative Behavior At Work*. Yogyakarta: Budi Utama.
- Rozaini, R., Norailis, A. W., & Aida, B. (2015). Roles of Organizational Support in Quality of Work Life in Insurance Industry. *Journal of Economics, Business and Management*, 3(8), 753–757. <https://doi.org/10.7763/joebm.2015.v3.280>
- Rumah Sakit Universitas Andalas. (2022). Rumah Sakit Universitas Andalas.

- Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412–420. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291>
- Safaria, T., & Saputra, N. E. (2012). *Manajemen Emosi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Sahrah, A. (2018). Perceived Organizational Support Dan Organizational Citizenship Behavior Pada Perawat Rumah Sakit. *Insight: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 19(1), 40. <https://doi.org/10.26486/psikologi.v19i1.598>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2020). Nurses' mental health during the Covid-19 outbreak: A cross-sectional study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(10), 783–787.
- Sarafino, E. P. (2012). *Health psychology: Biopsychosocial interactions No Title* (7th ed.). New Jersey : John Wiley & Sons.
- Schierberl Scherr, A. E., Ayotte, B. J., & Kellogg, M. B. (2021). Moderating Roles of Resilience and Social Support on Psychiatric and Practice Outcomes in Nurses Working During the COVID-19 Pandemic. *SAGE Open Nursing*, 7. <https://doi.org/10.1177/23779608211024213>
- Sharma, R. P., Pohekar, S. B., & Ankar, R. S. (2020). Role of a Nurse in COVID-19 Pandemic. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 9(35), 2550–2555. <https://doi.org/10.14260/jemds/2020/554>
- Sharma, V. K., Ho, R. C., & Ho, C. S. (2020). Observations : Brief Research Reports Psychological Impact Of The Covid-19 Pandemic On Health Care Workers in Singa;ore. *Annals of Internal Medicine*, 173(4), 317–320.
- Shatté, A., Perlman, A., Smith, B., & Lynch, W. D. (2017). The Positive Effect of Resilience on Stress and Business Outcomes in Difficult Work Environments. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 59(2), 135–140. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000914>
- Sierra-García, E., Sosa-Palanca, E. M., Saus-Ortega, C., Ruiz-Hontangas, A., Juárez-Vela, R., & Gea-Caballero, V. (2022). Modulating Elements of Nurse Resilience in Population Care during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph19084452>
- Skalski, C. A., DiGerolamo, L., & Gigliotti, E. (2006). Stressors in five client populations: Neuman systems model-based literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(1), 69–78. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03981.x>
- Spector, P. E. (2008). *Industrial and Organizational Psychology*. USA: Wiley.
- Spoorthy, M. S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51(April), 2018–2021. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>
- Stuart, G.W, & Laraia, M. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing (7th Ed)*. St. Louis: Mosby.
- Stuart, G.W, & Laraia, M. . (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing (7th Ed)*. St. Louis: Mosby.
- Stuart, Gail Wiscarz. (2013). Principle and practice of Psychiatric nursing, 10th Edition. In *St. Louis*.
- Suryani, E. W., Hernawati, T., & Sriati, A. (2016). PSIKOEDUKASI MENURUNKAN TINGKAT DEPRESI, STRES DAN KECEMASAN

- PADA PASIEN TUBERKULOSIS PARU. *Jurnal Ners*, 11(1), 128–133.
- Szanton, S. L., Han, H.-R., Campbell, J., Reynolds, N., Dennison-Himmelfarb, C. R., Perrin, N., & Davidson, P. M. (2020, October). Shifting paradigms to build resilience among patients and families experiencing multiple chronic conditions. *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 29, pp. 3591–3594. <https://doi.org/10.1111/jocn.15145>
- Taku, K. (2014). Relationships among perceived psychological growth, resilience and burnout in physicians. *Personality and Individual Differences*, 59, 120–123. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.11.003>
- Tanji, F., & Kodama, Y. (2021). Prevalence of Psychological Distress and Associated Factors in Nursing Students during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910358>
- Tarantino, B., Earley, M., Audia, D., D'Adamo, C., & Berman, B. (2013). Qualitative and quantitative evaluation of a pilot integrative coping and resiliency program for healthcare professionals. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 9(1), 44–47. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2012.10.002>
- Tawfik, D. S., Sexton, J. B., Adair, K. C., Kaplan, H. C., & Profit, J. (2017). Context in Quality of Care: Improving Teamwork and Resilience. *Clinics in Perinatology*, 44(3), 541–552. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2017.04.004>
- Tselebis, A., Lekka, D., Sikaras, C., Tsomaka, E., Tassopoulos, A., Ilias, I., ... Pachi, A. (2020). *Sleep Disorders, Perceived Stress and Family Support Among Nursing Staff During the Pandemic Crisis*. 1–9. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-44847/v1>
- Turner, S. B. (2014). The resilient nurse: An emerging concept. *Nurse Leader*, 12(6), 71–73. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2014.03.013>
- Turner, S. B., & Kaylor, S. D. (2015). Neuman Systems Model as a Conceptual Framework for Nurse Resilience. *Nursing Science Quarterly*. <https://doi.org/10.1177/0894318415585620>
- Van Agteren, J., Iasiello, M., & Lo, L. (2018). Improving the wellbeing and resilience of health services staff via psychological skills training. *BMC Research Notes*, 11(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-4034-x>
- Vasli, P., & Dehghan-nayeri, N. (2016). *Emergency nurses' experience of crisis : A qualitative study*. (May 2014), 55–64. <https://doi.org/10.1111/jjns.12086>
- Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Ramírez-Baena, L., De La Fuente, E. I., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2020). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1111/jjns.12269>
- Wagnild, G. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 17(2), 3749. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.17.2.105>
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.001>
- Wakefield, M. K., Williams, D. R., Menestrel, S. Le, & Flaubert, J. L. (2021). The future of nursing 2020-2030. In *The Future of Nursing 2020-2030*. <https://doi.org/10.1097/dcc.0000000000000378>

- Walsh, J. (2010). *Psychoeducation in Mental Health*. Chicago: Lyceum Books.
- Wang, L., Tao, H., Bowers, B. J., Brown, R., & Zhang, Y. (2018a). and Self-Efficacy on Resilience of Early Influence of Social Support Career Registered Nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 40(5), 648–664. <https://doi.org/10.1177/0193945916685712>
- Wang, L., Tao, H., Bowers, B. J., Brown, R., & Zhang, Y. (2018b). Influence of Social Support and Self-Efficacy on Resilience of Early Career Registered Nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 40(5), 648–664. <https://doi.org/10.1177/0193945916685712>
- Wells, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(2), 45–54.
- Yahya, Y. K., Untung, S. H., Nasif, H., Setiawan, M. N. H., & Fajari, I. A. (2020). *Islamic Identity in Minangkabau: A Case Study of the Rejection of Minangkabau Bible Translation—Application*. 491(Ijcah), 567–573. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.201201.099>
- Yáñez, J. A., Jahanshahi, A. A., Alvarez-Risco, A., Li, J., & Zhang, S. X. (2020). Anxiety, distress, and turnover intention of healthcare workers in Peru by their distance to the epicenter during the COVID-19 crisis. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(4), 1614–1620. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0800>
- Yılmaz, E. B. (2017). Resilience as a strategy for struggling against challenges related to the nursing profession. *Chinese Nursing Research*, 4(1), 9–13. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2017.03.004>
- Young, P. D., & Rushton, C. H. (2017). A concept analysis of moral resilience. *Nursing Outlook*, 65(5), 579–587. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.03.009>
- Yu, F., Raphael, D., Mackay, L., Smith, M., & King, A. (2019). Personal and work-related factors associated with nurse resilience: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 129–140. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.014>
- Yusuf, A., Nihayati, H. E., Iswari, M. F., & Okviasanti, F. (2016). Kebutuhan Spritual : Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan. *Mitra Wacana Media*, 1–30.
- Zhang, N., Xu, D., Li, J., & Gong, Z. (2021). Effect of perceived organizational support on fatigue of Chinese nurses during the covid-19 pandemic: Resilience as a mediator. *International Journal of Mental Health Promotion*, 23(2), 243–254. <https://doi.org/10.32604/IJMHP.2021.015487>
- Zhang, S. X., Wang, Y., Rauch, A., & Wei, F. (2020). Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research*, 288(March), 112958. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112958>

