

**ANALISIS HUBUNGAN *COPING BEHAVIOR* PERAWAT DENGAN  
PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RSUD SYEKH YUSUF GOWA  
DAN RSUD HAJI MAKASSAR**

***THE ANALYTICAL CORRELATION BETWEEN THE COPING BEHAVIOUR  
OF NURSES IMPLEMENTATION OF NURSING CARE IN IMPLEMENTING  
IN SYEKH YUSUF REGIONAL PUBLIC HOSPITAL IN GOWA DISTRICT AND  
HAJI REGIONAL PUBLIC HOSPITAL***

**YULIA PRIHARTINI**



PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2013

**TESIS**

**ANALISIS HUBUNGAN COPING BEHAVIOR PERAWAT DENGAN  
PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RSUD SYEKH YUSUF GOWA  
DAN RSUD HAJI MAKASSAR**

YULIA PRIHARTINI

NIM :P42002110021



PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2013

**ANALISIS HUBUNGAN COPING BEHAVIOR PERAWAT DENGAN  
PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RSUD SYEKH YUSUF GOWA  
DAN RSUD HAJI MAKASSAR**

TESIS

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Magister Ilmu Keperawatan

Disusun dan diajukan Oleh :

YULIA PRIHARTINI

Kepada

PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2013

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yulia Prihartini

Nomor Mahasiswa : P4200211021

Program studi : Magister Ilmu Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 31 Juli 2013

Yang menyatakan,

Yulia Prihartini

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulisan tesis ini dapat terselesaikan dengan baik. Selama penulisan tesis penulis tidak terlepas dari berbagai hambatan, namun berkat bimbingan, bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak baik secara moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikannya dengan baik. Oleh karena itu dengan kerendahan hati, perkenankan penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Mursalim, M.Sc, selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
2. Prof. dr. Irawan Yusuf, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
3. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp, M.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan FK.Unhas dan sebagai Ketua Komisi Penasihat yang telah memberikan ilmunya, meluangkan waktunya memberikan bimbingan, arahan, koreksi dan saran sehingga tesis ini dapat diselesaikan.
4. Dr. dr. Burhanuddin Bahar MS. selaku anggota Komisi Penasihat yang telah memberikan ilmunya dan meluangkan waktunya memberikan bimbingan, koreksi dan saran sehingga tesis ini dapat terselesaikan.
5. Dr. Rostiaty Natsir, MSPH, selaku kepala BBPK Makassar yang telah memberikan izin untuk menjalankan studi di Program Magister Keperawatan Unhas
6. Dr. H. Salahuddin, M.Kes, selaku Direktur RSUD Syekh Yusuf Gowa yang telah memberikan izin penelitian di instanssinya.

7. Drg.Hj. Nurhasnah Palinrungi, M.Kes, selaku direktur RSUD Haji Makassar yang telah memberikan izin penelitian di instansinya
8. Kepada Ayahanda Endy Hanafiah dan Bunda Jariah, terima kasih atas cinta kasih dan doa yang selalu diberikan.
9. Kepada Suamiku Endang Rahmawijaya SE, kedua ananda tercinta; Hamam dan Raihan atas cinta, dukungan, dan pengertiannya yang begitu besar selama penulis mengikuti proses pendidikan.
10. Rekan kerjaku Widyaaiswara Andi Mansur Sulolipo, SKM, M.Kes, dan Nasruddin Syam, SKM, M.Kes, yang sering meluangkan waktunya untuk berdiskusi.
11. Kepada teman-temanku angkatan kedua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan: Wulan, Asmawati Suddin, Husniati, Rhea, Samila, Naomi, Julia, Anik, Hasrat, dian, Azwar serta lainnya yang tidak sempat disebutkan satu persatu, atas dukungan dan motivasinya.

Penulis menyadari akan berbagai keterbatasan dan kekurangan dalam penyusunan tesis ini, oleh sebab itu segala kritikan dan saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan tesis ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Wassalam.

Makassar, 22 Juli 2013

Yulia Prihartini

## ABSTRAK

**Yulia Prihartini.** *Analisis Hubungan Coping Behavior Perawat Dengan Penerapan Asuhan Keperawatan Di RSUD Syekh Yusuf Gowa Dan RSUD Haji Makassar* (dibimbing oleh Aryanti Saleh dan Burhanuddin Bahar)

Penelitian ini bertujuan mengetahui adanya hubungan *coping behavior* perawat dengan penerapan asuhan keperawatan di RSUD Syekh Yusuf Gowa dan RS Haji Makassar.

Penelitian ini menggunakan *cross sectional study*. Sampel adalah 149 orang (78 perawat RSUD Syekh Yusuf dan 71 perawat di RSUD Haji) yang diambil secara *cluster sampling*. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner, *checklist* dokumentasi dan observasi. Analisis data menggunakan uji korelasi Pearson, T Independen untuk 2 kategori dan one way anova untuk 3 kategori,  $\alpha = 0,05$

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di RSUD Syekh Yusuf 50,9 perawat mengalami stress kerja ringan 41,0% stress kerja sedang, di RSUD Haji Makassar 56,3% perawat mengalami stress kerja ringan, 42,3% stress kerja sedang dan 1,4% stress kerja berat. *Coping behavior* perawat di RSUD Syekh Yusuf 55,0% menggunakan coping adaptif dan 45,0% maladaptif. Penerapan asuhan keperawatan di RSUD Syekh Yusuf dari dokumentasi dan observasi 54,6%, dan RS Haji Makassar 44,9%. hubungan stress kerja dengan penerapan asuhan keperawatan tidak bermakna di RSUD Syekh Yusuf ( $p = 0,363 > \alpha = 0,05$ ) dan di RSUD Haji ( $p = 0,400 > \alpha = 0,05$ ). Ada hubungan coping behavior dengan penerapan asuhan keperawatan di RSUD Syekh Yusuf ( $p = 0,042 < \alpha = 0,05$ ) dan tidak ada hubungan di RSUD Haji Makassar ( $p = 0,596 > \alpha = 0,05$ ). Tidak ada perbedaan antara stress kerja ringan, sedang dan berat dengan penerapan asuhan keperawatan di RSUD Syekh Yusuf ( $p = 0,356 > \alpha = 0,05$ ) dan RSUD Haji Makassar ( $p = 0,622 > \alpha = 0,05$ ). Tidak ada perbedaan antara coping behavior adaptif dan coping behavior maladaptif dengan penerapan asuhan keperawatan di RSUD Syekh Yusuf Gowa ( $p = 0,422 > \alpha = 0,05$ ), dan RS Haji Makassar ( $p = 0,993 > \alpha = 0,05$ ). Tidak ada perbedaan stress kerja perawat antara RSUD Syekh Yusuf dan RSUD Haji Makassar ( $p = 0,490 > \alpha = 0,05$ ), tidak ada perbedaan coping behavior perawat di RSUD Syekh Yusuf dan RSUD Haji Makassar ( $p = 0,654 > \alpha = 0,05$ ) dan tidak ada perbedaan penerapan asuhan keperawatan di RSUD Syekh Yusuf dan RS Haji Makassar ( $p = 0,472 > \alpha = 0,05$ ).

Kata kunci : *Coping behavior*, stress kerja, asuhan keperawatan

## ABSTRACT

**Yulia Prihartini.** Analysis of Relationship of Nurses Coping Behaviour by Nursing Care Application in Syekh Yusuf Regional General Hospital, Gowa and Haji Regional Hospital, Makassar (Supervised by Aryanti Saleh and Burhanuddin Bahar)

The research aimed at investigating the relationship between the coping behavior and the nursing care application.

This was a cross sectional study research. The research used the cluster sampling technique. Samples in the research were 149 nurses (78 nurses in Syekh Yusuf Regional Hospital (RGH) and 71 nurses in Haji Regional General Hospital (RGH)). Data were collected by a questionnaire, documentation checklist and observation. The data were analysed using Pearson's correlation test, T *independent* for 2 categories and One way Anova for 3 categories.

The research results indicates that in Syekh Yusuf RGH, 50.9% nurses undergo slight work stress, and 41% nurses undergo moderate work stress. In Haji RGH, 56.3% of nurses experienced slight work stress, 42.3% nurses experienced moderate work stress and 1.4% nurses experienced severe work stress. In terms of coping behaviours, 55% nurses in Syekh Yusuf RGH use the adaptive coping and 45% nurses use the maladaptive coping. The nursing care application is t in Syekh Yusuf RGH from documentation and observation 54.6% in RSUD Syekh Yusuf and Haji RGH Makassar 44.9%. The relationship between the work stress and the nursing care application is insignificant in Syekh Yusuf RGH ( $p = 0.363 > \alpha = 0.05$ ) and in Haji RGH ( $p = 0.400 > \alpha = 0.05$ ). There is the insignificant relationship between the coping behaviour and the implementation of nursing care in RSUD Syekh Yusuf ( $p = 0.042 < \alpha = 0.05$ ), while there is no correlation between the coping behaviour and the nursing care application in Syekh Yusuf RGH ( $p = 0.596 < \alpha = 0.05$ ), and in Haji RGH ( $p = 0,622 > \alpha = 0,05$ ). There is no difference between the slight, moderate and severe work stresses and nursing care application in Syekh Yusuf RGH ( $p = 0.356 > \alpha = 0.05$ ) and in Haji RGH, Makassar ( $p = 0.622 > \alpha = 0.05$ ). There is no difference between the adaptive coping behavior and maladaptive coping behaviour an the nursing care application in Syekh Yusuf RGH ( $p = 0.422 > \alpha = 0.05$ ) and in Haji RGH, Makassar ( $p = 0.993 > \alpha = 0.05$ ). There is no difference of the nurses coping behavior in Syekh Yusuf RGH and in Haji RGH Makassar ( $p = 0.654 > \alpha = 0.05$ ). And there is no difference of nursing care application in Syekh Yusuf RGH and in Haji RGH Makassar ( $p = 0.472 > \alpha = 0.05$ ).

Keywords : Coping behavior, job stress, the implementation of nursing care



## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGAJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK INDONESIA.....	viii
ABSTRAK INGGRIS .....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Asuhan Keperawatan.....	9
1. Pengertian.....	9
2. Tujuan Asuhan Keperawatan .....	10
3. Tahap-Tahap Proses Keperawatan.....	10
4. Metode Pemberian Asuhan Keperawatan .....	15
B. Tinjauan Stress Kerja .....	19
1. Pengertian Stress.....	19
2. Pengertian Stress Kerja.....	20
3. Pengertian Stress Kerja Perawat.....	21
4. Faktor-Faktor Penyebab Stress Kerja Perawat.....	22
5. Dampak Stress Kerja Pada Perawat .....	25
6. Model Stress.....	27

7. Pengukuran Stress Kerja.....	28
C. Tinjauan Coping .....	
1. Pengertian Coping.....	31
2. Fungsi Coping.....	32
3. Cara-Cara Coping.....	35
4. Proses Coping.....	40
D. Kerangka Teori.....	45
BAB III KERANGKA KONSEP, VARIABEL DAN HIPOTESIS	46
A. Kerangka Konsep .....	46
B. Defenisi Operasional.....	46
C. Hipotesis Penelitian .....	48
BAB IV METODE PENELITIAN .....	49
A. Desain Penelitian.....	49
B. Waktu dan Lokasi Penelitian .....	49
C. Populasi dan Sampel .....	49
D. Instrumen Penelitian .....	51
E. Alur Penelitian .....	53
F. Validitas dan Reliabilitas .....	53
G. Teknik Pengumpulan Data .....	55
H. Teknin AnalisaData .....	55
I. Etika Penelitian.....	57
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....	58
A. Hasil Penelitian.....	58
B. Pembahasan.....	73
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....	107
A. KESIMPULAN .....	107
B. SARAN .....	108
DAFTAR PUSTAKA .....	110
LAMPIRAN	

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk dapat menjalankan tugasnya rumah sakit harus memiliki sumber daya manusia. Sumber daya manusia yang dimaksud adalah bahwa Rumah sakit harus memiliki tenaga tetap yang meliputi tenaga medis dan penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen rumah sakit, dan tenaga non kesehatan. Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien (UU Rumah Sakit No 44, 2009).

Salah satu performa rumah sakit diukur dari performa perawatnya, sehingga seorang perawat harus memiliki kemampuan interpersonal yang tinggi, Perawat harus selalu mengadakan interaksi langsung dengan pasien, keluarga pasien, tim kesehatan dan lingkungannya. Pasien sebagai pengguna jasa pelayanan keperawatan menuntut pelayanan keperawatan yang sesuai dengan haknya, yakni pelayanan keperawatan yang bermutu dan paripurna. Kepuasan pasien dan keluarga merupakan parameter dari kualitas mutu pelayanan keperawatan ( Priharjo 1995 dalam Nugroho, Andrian & Mareslius 2012 ; Nursalam, 2011 ; Marpaung, 2009) .

Fenomena yang terjadi di beberapa rumah sakit, terutama yang berkaitan dengan pelayanan keperawatan masih banyak keluhan terhadap

kinerja keperawatan. Hasil penelitian di RSUD Tugurejo Semarang didapatkan hasil 53,3% puas, 46,7% tidak puas dengan pelayanan keperawatan. Hasil ini menunjukkan masih ada pasien yang merasa tidak puas dengan kinerja keperawatan (Anjaryani, 2009)

Kinerja keperawatan yang tidak maksimal seringkali karena perawat menghadapi beban kerja yang berat, bertanggung jawab terhadap tugas fisik, administrasi dari instansi tempat perawat bekerja, menghadapi kecemasan, keluhan dan mekanisme pertahanan diri pasien yang muncul pada pasien akibat sakitnya, ketegangan, kejenuhan, disisi lain ia harus selalu dituntut untuk selalu tampil sebagai profil perawat yang baik oleh pasiennya. Selain itu peran keperawatan yang diperluas, meningkatnya permintaan perawat untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilan yang baru, berhadapan dengan tugas kerja yang berbeda, bekerja dengan shift, terutama shift malam, kondisi kerja dan kematian pasien. (Ariyani, 2009 ; Danang, 2009 ; Sudhaker & Gomes, 2010).

Kondisi ini dapat berpengaruh negatif terhadap kinerja yang menurun, ketidakpuasan, dan pengunduran diri dari pekerjaan. Berbagai situasi dan tuntutan kerja yang dialami dapat menjadi sumber stress yang dialami perawat (Moustaka & Constantinidis, 2010 ; Golizeck, 2005 dalam Gustian 2010).

Stres adalah suatu respon yang tidak spesifik, dihubungkan oleh karakteristik atau proses psikologi individu yang merupakan suatu konsekuensi dari setiap tindakan, atau peristiwa yang menimbulkan tuntutan fisik atau psikologis pada seseorang. Stres juga merujuk sebagai reaksi internal untuk setiap kekuatan yang mengancam untuk mengganggu keseimbangan seseorang

secara psikologis atau biologis (Kreitner & Kinicki, 2005 dalam Gustian 2010 ; Dubrin, 1985 dalam Beh & Loo, 2012).

Hasil penelitian pada perawat di empat provinsi di Indonesia 50,9% mengalami stres kerja yang antara lain disebabkan oleh beban kerja yang tinggi. Stressor kerja pada perawat sesuai urutannya adalah beban kerja sebesar 82%, pemberian upah yang tidak adil 58%, kondisi kerja 52%, tidak diikutkan dalam pengambilan keputusan 45%. Begitupun hasil penelitian lain di RSUD Ulin Banjarmasin menunjukkan hasil yang sama sumber stress pada perawat adalah beban kerja, upah yang tidak adil tidak diikutkan dalam pengambilan keputusan (PPNI dalam Prihatini, 2007 ; Ilmi, 2003 dalam Gustian, 2010).

Stres berkepanjangan tanpa strategi coping yang efektif tidak hanya mempengaruhi kehidupan kerja perawat, tetapi juga kompetensi keperawatan mereka. Umumnya perawat dalam mengatasi stress kerja menggunakan emosi fokus coping, dan sebagian menggunakan kegiatan religius untuk mengatasi stress kerja. Sebagian perawat perlu mengatasi stress kerja dengan menggunakan mekanisme coping dengan mencari dukungan emosional dari kelompok kerja dan keluarga. (Lee, Chen, & Lin, 2005 dalam Fathi, Nasae & Thiangchanya, 2010 ; Loo dan leap 2012).

*Coping* merupakan suatu proses dimana individu mencoba untuk mengelola jarak yang ada diantara tuntutan-tuntutan dengan sumber daya yang mereka gunakan dalam menghadapi situasi *stressful*. Perawat yang memiliki *self efficacy* tinggi menggunakan *coping behavior* yang baik dalam mengatasi stress kerja yang dialami, sehingga meningkatkan kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik. Mekanisme coping yang digunakan akan menentukan kemampuan seseorang untuk mengatasi stres

kerja. Mekanisme coping yang efektif (adaptif) menunjukkan hasil positif, yaitu dengan kinerja yang baik. Sementara seseorang dengan mekanisme coping yang buruk (mal adaptif) akan menunjukkan hasil kinerja yang buruk. Dan terdapat hubungan penggunaan coping dengan kepuasan kerja perawat (Sarafino, 2008 ; Juniar, 2005 ; Sulistyowati, 2007 ; Anastasia, 2012 ; Beh & loo, 2012).

Saat ini di Sulawesi Selatan, khususnya Kota Makassar selain RSUP Wahidin milik pusat, ada beberapa rumah sakit milik Pemerintah Daerah yang sudah mempunyai tingkat pelayanan kelas B, antara lain, RSUD Labuang Baji, RSUD Daya, RSUD Haji, dan satu milik kabupaten Gowa yang paling dekat dengan kota Makassar, yaitu RSUD Syekh Yusuf. Sebagai tempat penelitian peneliti memilih RSUD Haji dan RSUD Syekh Yusuf Gowa, dengan alasan kedua rumah sakit tersebut belum pernah dilakukan penelitian yang sama dan di kedua rumah sakit tersebut memiliki BOR (*Bed Occupancy Rate*) yang tinggi.

Berdasarkan data awal yang didapatkan dari RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa, dan survey kepuasan kerja, BOR (*Bed Occupancy Rate*) tahun 2011 sebesar (75,67%) dan terjadi kenaikan 3,3% dari tahun 2010 sebesar (72,70%). Nilai rata-rata lama perawatan pasien di rumah sakit LOS (*Length of Stay*) pada tahun 2010 mencapai 3,3 hari, pada tahun 2011 mencapai 5,2 hari. Begitupun angka pencapaian TOI (*Turn Over Interval*) yaitu lama rata-rata tempat tidur tidak terisi, pada tahun 2010 sebesar 1,2 hari, pada tahun 2011 cenderung tetap sebesar 1,2 hari. Jika diamati dari angka pencapaian BTO (*Bed Turn Over*) yaitu keluar masuknya pasien perawatan baik hidup/mati per tempat tidur, pada tahun 2011 mengalami peningkatan mencapai 111,5 kali sedangkan tahun 2010 hanya mencapai 81 kali, perawat 32% perawat menyatakan tidak

merasakan ketenangan dalam bekerja di ruang perawatan, 11% mengatakan semangat kerja rendah, 72% mengatakan di rumah sakit ini, perawat yang bekerja lebih keras memang tidak mendapat insentif yang memadai, 70% kepala ruangan mengatakan konflik sering terjadi antara perawat dan tidak dilakukan manajemen konflik yang baik, masih ada 5,4% perawat tidak melaksanakan sistem pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan yang tepat dan benar sesuai standar.

Data yang didapatkan di RSUD Haji Makassar 2011-2012, menunjukkan rata-rata BOR 80,86, ALOS 3,82 hari, TOI 3,48 hari (Hasrat, 2012 ; Eliati, 2012 ; Rekam Medis RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa, Februari 2012 ; rekam medis RS Haji, 2012 ). Data di atas menunjukkan kedua rumah sakit tersebut memiliki jumlah kunjungan pasien rawat inap yang tinggi yang berdampak kepada beban kerja yang tinggi.

Peneliti meyakini bahwa kualitas pelayanan di kedua rumah sakit tersebut perlu ditingkatkan salah satunya dengan meningkatkan kinerja perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan. Resiko terjadinya stress dengan beban kerja yang tinggi berdampak pada kinerja keperawatan. Perlu upaya mengurangi stressor yang ada dan support untuk pengembangan strategi *coping behavior* yang positif bagi perawatnya untuk meningkatkan pelayanan keperawatan.

Penelitian yang berkaitan dengan hubungan *coping behavior* perawat dengan pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan di Rumah Sakit, belum dilakukan, sehingga perlu diteliti hubungan *coping behavior* perawat dengan penerapan asuhan keperawatan di ruang perawatan RSUD Syekh Yusuf Gowa dan RS Haji Makassar.

## **B. Rumusan Masalah**

Situasi stress kerja yang tinggi tentunya akan berdampak terhadap mutu asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Stres berkepanjangan tanpa strategi coping yang efektif tidak hanya mempengaruhi kehidupan kerja perawat, tetapi juga kompetensi keperawatan mereka.

Oleh karena tuntutan pelayanan yang tetap professional dan baik, perawat harus dapat mengatasi stress dengan memiliki dan mengembangkan mekanisme coping adaptif. Dengan mengembangkan dan menggunakan coping yang positif, maka perawat dapat mengelola stressnya dan tetap menampilkan performa kerja yang baik dan berdampak terhadap kualitas asuhan keperawatan yang diberikan, secara otomatis berpengaruh terhadap kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.

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

1. Belum diketahuinya gambaran stress kerja di RSUD Syekh Yusuf dan RSUD Haji Makassar.
2. Belum diketahuinya gambaran *coping behavior* di RSUD Syekh Yusuf dan RSUD Haji Makassar.
3. Belum diketahuinya gambaran penerapan asuhan keperawatan di RSUD Syekh Yusuf Gowa dan RSUD Haji Makassar.
4. Belum diketahuinya hubungan stress kerja dan coping behavior perawat dengan penerapan asuhan keperawatan di RSUD Syekh Yusuf Gowa dan RSUD Haji Makassar.



5. Belum diketahuinya perbedaan penerapan asuhan keperawatan berdasarkan tingkat stress kerja perawat dan mekanisme *coping behavior* perawat di RSUD Syekh Yusuf Gowa dan RSUD Haji Makassar.
6. Belum diketahuinya perbandingan tingkat stress kerja, coping behavior, penerapan asuhan keperawatan antara RSUD Syekh Yusuf Gowa dengan RSUD Haji Makassar

Pertanyaan penelitian berdasarkan masalah diatas adalah “Adakah hubungan *coping behavior* Perawat dengan Penerapan Asuhan Keperawatan di RSUD Syekh Yusuf Gowa dan RS Haji Makassar”

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui adanya hubungan *coping behavior* perawat dengan penerapan asuhan keperawatan di RSUD Syekh Yusuf Gowa dan RS Haji Makassar

#### **2. Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

1. Mengetahui gambaran stress kerja perawat di RSUD Syekh Yusuf Gowa dan RSUD Haji Makassar
2. Mengetahui gambaran *coping behavior* perawat di RSUD Syekh Yusuf dan RSUD Haji Makassar
3. Mengetahui gambaran penerapan asuhan keperawatan di RSUD Syekh Yusuf Gowa dan RSUD Haji Makassar.

4. Mengetahui hubungan stress kerja dan *coping behavior* perawat dengan penerapan asuhan keperawatan di RSUD Syekh Yusuf Gowa dan RSUD Haji Makassar.
5. Mengetahui perbedaan penerapan asuhan keperawatan berdasarkan tingkat stress kerja, mekanisme *coping behavior* di RSUD Syekh Yusuf Gowa dan RSUD Haji Makassar
6. Membandingkan tingkat stress kerja, coping behavior dan penerapan asuhan keperawatan antara RSUD Syekh Yusuf Gowa dan RS Haji Makassar.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat Keilmuan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan bidang manajemen keperawatan, khususnya terkait dengan manajemen pelaksanaan asuhan keperawatan dengan mengelola stress kerja perawat melalui penggunaan *coping behavior*.

##### **2. Manfaat Aplikatif**

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat diketahui besarnya pengaruh penggunaan *coping behavior* dalam mengatasi stress kerja perawat terhadap kualitas pelaksanaan asuhan keperawatan dan dapat menjadi masukan bagi rumah sakit, pengelola tenaga keperawatan untuk memperhatikan faktor-faktor yang menjadi sumber stress perawat dan memfasilitasi perawat untuk melakukan manajemen stress kerja mereka dengan menggunakan *coping* yang adaptif, dan berdampak terhadap mutu asuhan keperawatan yang diberikan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Asuhan Keperawatan**

##### **1. Pengertian Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien (Tarwoto & Wartonah, 2006).

Proses keperawatan adalah suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual yang optimal, melalui tahap pengkajian, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan rencana keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan (Suarli & Bahtiar, 2012).

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan merupakan seluruh rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien yang berkesinambungan dengan kiat-kiat keperawatan yang di mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dalam usaha memperbaiki ataupun memelihara derajat kesehatan yang optimal.

## 2. Tujuan Asuhan Keperawatan

Adapun tujuan dalam pemberian asuhan keperawatan adalah, membantu individu untuk mandiri dan mengembangkan potensi untuk memelihara kesehatan secara optimal agar tidak tergantung pada orang lain dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal, mengajak masyarakat berpartisipasi dalam bidang kesehatan.

## 3. Tahap – Tahap Proses Keperawatan

### a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dari proses keperawatan. Tahap pengkajian memerlukan kecermatan dan ketelitian untuk mengenal masalah ini. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi akan menentukan diagnosis keperawatan. Keberhasilan proses keperawatan berikutnya sangat bergantung pada tahap ini. Kegiatan dalam tahap ini adalah pengumpulan data untuk menentukan kebutuhan dan masalah keperawatan. Data dapat dikumpulkan dengan wawancara, obeservasi dan pemeriksaan fisik (Suarli & Bahtiar, 2012 ; Walid & Rohmah, 2012).

Data yang dikumpulkan dalam pengkajian ada 2 jenis, meliputi: data *objektif*, yaitu data yang dapat dilihat, diobservasi, dan diukur oleh perawat. Data subjektif yaitu data yang merupakan pernyataan yang disampaikan oleh pasien. Sumber data yang diperlukan didapat dari data *primer* diperoleh melalui pasien, data *sekunder* diperoleh melalui keluarga pasien, tenaga kesehatan yang lain (dokter, perawat, ahli radiologi, dan lain-lain), hasil laboratorium dan hasil pemeriksaan (Suarli & Bahtiar, 2012).

#### b. Diagnosa Keperawatan

Adalah pernyataan yang jelas, singkat, dan pasti, tentang masalah pasien serta pengembangan yang dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan. Diagnosis keperawatan dapat dibagi dua sesuai dengan masalah kesehatan klien, yaitu diagnosis keperawatan aktual adalah diagnosis keperawatan yang menjelaskan masalah nyata yang sudah ada saat pengkajian dilakukan, diagnosis keperawatan potensial adalah diagnosis keperawatan yang menjelaskan bahwa masalah nyata akan terjadi bila tindakan keperawatan tidak dilakukan. Maksudnya, masalahnya belum ada tetapi penyebabnya sudah ada.

#### c. Rencana Tindakan

Perencanaan tindakan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan, untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan. Tujuan perencanaan keperawatan adalah dengan menentukan urutan prioritas masalah dan merumuskan tujuan keperawatan yang akan dicapai (Suarli & Bahtiar, 2012).

#### d. Tindakan Keperawatan (Implementasi Keperawatan)

Adalah pelaksanaan rencana tindakan yang telah ditentukan, dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Langkah-langkah dalam tindakan keperawatan, pertama adalah langkah persiapan, yaitu memahami rencana keperawatan yang telah ditentukan dan menyiapkan tenaga dan alat yang diperlukan. Langkah kedua adalah pelaksanaan, tenaga perawat harus mengutamakan keselamatan, keamanan, dan kenyamanan pasien.

#### e. Evaluasi

Adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Tujuan dari evaluasi adalah menentukan kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan, menilai aktifitas rencana keperawatan dan strategi asuhan keperawatan. Hal-hal yang dievaluasi antara lain; menilai keefektifan asuhan keperawatan, tercapai tidaknya tujuan keperawatan pada tingkat tertentu, melihat perubahan pasien yang diharapkan dan keefektifan strategi keperawatan.

#### f. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan asuhan keperawatan dan bukti pada pelaksanaan asuhan keperawatan yang menggunakan metode proses keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan alat komunikasi antar tim keperawatan, informasi tentang gejala-gejala penyakit, jaminan mutu pelayanan keperawatan, dokumen sah yang dapat digunakan bila terjadi penyimpangan atau diperlukan dalam persidangan dan oleh peneliti, catatan klien merupakan sumber data yang berharga untuk dapat digunakan dalam penelitian (Suarli & Bahtiar, 2012).

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti otentik yang dituliskan dalam format yang telah disediakan dan harus disertai dengan pemberian tanda tangan dan nama perawat serta harus menyatu dengan status/rekam medis pasien. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien setiap langkah dari proses keperawatan memerlukan pendokumentasian mulai dari tahap pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan harus didokumentasikan (Setiyarini, 2010 dalam Ihlasiyah, 2011).

Salah satu wujud asuhan keperawatan yang bermutu adalah pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan secara baik dan terus menerus. Tugas tersebut ada di pundak perawat sebagai provider. Pendokumentasian asuhan keperawatan sangat efektif dilakukan oleh perawat primer pada suatu bangsal yang menerapkan *primary nursing*. (Nurachmah, 2001; Swansburg & Swasburg ; 1999 dalam Supratman & Utami, 2009).

#### g. Standar Praktek Keperawatan

Standar adalah tingkat kesempurnaan yang telah ditentukan sebelumnya dan menjadi panduan praktik. Standar memiliki karakteristik yang berbeda ; standar ditentukan sebelumnya, disusun oleh orang yang berwenang, dikomunikasikan, dan diterima oleh orang-orang yang dipengaruhi oleh standar itu. Standar praktek memerlukan cakupan dan dimensi keperawatan professional. Sejak tahun 1930, American Nurses Association (ANA) telah memainkan peran kunci dalam menyusun standar profesi. Pada tahun 1973, kongres ANA menyusun standar praktek keperawatan yang memberikan cara untuk menentukan mutu asuhan keperawatan (Marquis & Huston, 2010).

Suatu layanan disebut bermutu apabila memenuhi standar pelanggan mempunyai persepsi yang baik terhadap layanan tersebut karena harapannya dapat terpenuhi. Mutu menjadi fokus utama dalam memberikan pelayanan kesehatan/keperawatan. Dalam keperawatan, tujuan asuhan bermutu, yaitu memastikan mutu mencapai tujuan yang diinginkan (Sitorus & Panjaitan, 2011; Marquis & Huston, 2011).

Untuk meningkatkan mutu pemberian asuhan keperawatan harus sesuai dengan standar praktek yang sudah ditetapkan. Penilaian yang objektif dengan menggunakan metode penerapan dan instrumen penilaian yang baku sangat diutamakan demi tercapainya pelayanan yang bermutu. Standar praktek yang diacu saat ini adalah standar praktek yang dikeluarkan oleh Persatuan Perawat Nasional PPNI (Sitorus & Panjaitan, 2011). Standar praktek meliputi:

Standar	Uraian
I	: Perawat mengumpulkan data tentang kesehatan pasien.
II	: Perawat menetapkan diagnosa keperawatan
III	: Perawat mengidentifikasi hasil yang diharapkan untuk setiap pasien
IV	: Perawat mengembangkan rencana keperawatan yang berisi rencana tindakan untuk mencapai hasil yang diharapkan
V	: Perawat mengimplementasikan tindakan yang sudah ditetapkan dalam rencana keperawatan
VI	: Perawat mengevaluasi perkembangan pasien dalam mencapai hasil akhir yang sudah ditetapkan.

Selain standar praktik yang dikeluarkan PPNI, untuk penilaian penerapan asuhan keperawatan di rumah sakit dan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit, Departemen Kesehatan mengeluarkan instrument evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit. Dan standar ini digunakan sebagai penilaian akreditasi di rumah sakit. (DepKes, 2005)

Evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia, terdiri dari: Pedoman studi dokumentasi asuhan keperawatan yang selanjutnya disebut instrument A, angket yang ditujukan kepada pasien dan keluarga untuk



memperoleh gambaran tentang persepsi pasien terhadap mutu asuhan keperawatan yang selanjutnya disebut instrumen B, pedoman observasi pelaksanaan tindakan keperawatan selanjutnya disebut instrument C, Ketiga jenis instrument satu sama lain saling terkait. Instrumen penilaian ini dapat digunakan di semua rumah sakit, yaitu di RS khusus dan RSU kelas A, B dan C, baik pemerintah maupun swasta.

Sesuai dengan kondisi rumah sakit pada saat sekarang, penerapan standar asuhan keperawatan dilakukan secara bertahap sesuai dengan tipe rumah sakit. Maka program penilaian penerapan standar asuhan keperawatan di RSU kelas C dilakukan di Ruang Medikal Bedah atau Ruang Penyakit Dalam/Ruang Bedah, Ruang Perinatologi dan Ruang Kebidanan. Untuk RSU kelas B penilaian dilakukan di Ruang Medikal Bedah atau Ruang Penyakit Dalam/Ruang Bedah. Ruang Perinatologi, Ruang Kebidanan dan IGD. Sedangkan untuk RSU kelas A penilaian dilakukan di Ruang Medikal Bedah atau Ruang Penyakit Dalam/Ruang Bedah, Ruang Perinatologi dan Ruang Kebidanan, IGD, Ruang Rawat ICU dan Kamar Operasi (Depkes, 2005)

#### 4. Metode Pemberian Asuhan Keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan merupakan hal yang kompleks akibat fenomena yang harus diatasi mencakup 14 kebutuhan dasar manusia, sehingga diperlukan pengorganisasian pemberian asuhan keperawatan. Salah satu elemen fungsi pengorganisasian adalah metode.

Metode pemberian asuhan keperawatan merupakan pemberian asuhan keperawatan secara nyata kepada pasien dan keluarganya, sehingga dapat disimpulkan metode pemberian asuhan keperawatan

merupakan salah satu bagian dari fungsi pengorganisasian (Sitorus & Panjaitan 2011 ; Huber 2010)

Terdapat beberapa metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu metode kasus, metode fungsional, metode tim dan metode keperawatan primer. Selain keempat model tersebut, di Indonesia dikembangkan model metode asuhan keperawatan modifikasi dari model tim dan primer.

a. Model Kasus

Merupakan metode pemberian asuhan yang pertama digunakan. Pada metode ini perawat akan memberikan asuhan keperawatan kepada seorang pasien secara total dalam satu periode dinas.

b. Model fungsional

Pemberian asuhan keperawatan ditekankan pada penyelesaian tugas dan prosedur. Setiap perawat diberi satu atau beberapa tugas untuk dilaksanakan kepada semua pasien di suatu tempat ruangan.

c. Metode Tim

Merupakan metode pemberian asuhan keperawatan , dimana seorang perawat professional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok pasien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif. Keperawatan tim memungkinkan anggota untuk melakukan keahlian dan keterampilan yang mereka miliki. Anggota tim sebaiknya tidak lebih dari 5 orang agar pelayanan keperawatan efektif. Rasio perawat-pasien yang seharusnya adalah 1:5-7 (Douglas, 1992 dalam Sitorus & Panjaitan, 2011 ; Marquis & Huston, 2012 ; Depkes RI, 2005 dalam Supratman & Utami, 2009).

d. Metode keperawatan Primer

Pada metode perawatan primer terdapat kontinuitas keperawatan sehingga bersifat komprehensif serta dapat dipertanggung jawabkan. Setiap Perawat primer biasanya merawat 4-6 pasien dan bertanggung jawab selama 24 jam selama pasien itu dirawat di rumah sakit atau di suatu ruangan.

e. Manajemen Kasus

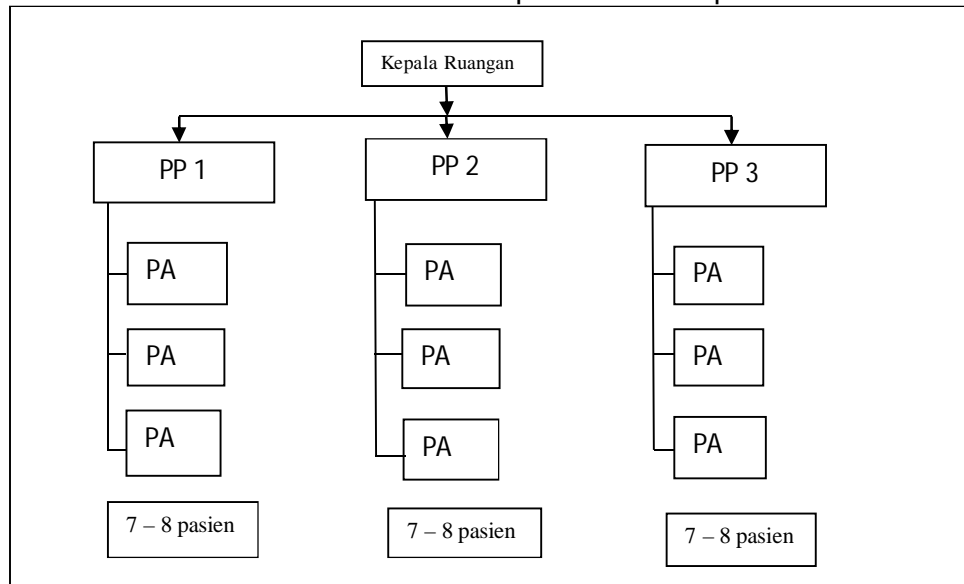
Metode ini berkembang pada tahun 1990 yang dipicu oleh penerapan sistem pembiayaan yang tinggi. Manajemen kasus merupakan pemberian asuhan kesehatan secara multidisiplin yang bertujuan meningkatkan pemanfaatan fungsi berbagai anggota tim.

f. Modifikasi : Keperawatan Tim – Primer

Model ini merupakan kombinasi dari dua sistem, yaitu keperawatan tim dan keperawatan primer. Model ini dikembangkan oleh Ratna S. Sudarsono (2000) dengan mempertimbangkan metode primer tidak dapat digunakan, karena saat itu masih banyak tenaga perawat yang mempunyai jenjang pendidikan SPK dan D3.

Melalui kombinasi kedua model tersebut, diharapkan komunitas asuhan keperawatan dan akuntabilitas asuhan keperawatan terdapat pada perawat primer. Di samping itu, karena saat ini sebagian besar perawat yang ada di RS adalah lulusan SPK, maka mereka akan mendapat bimbingan dari perawat primer/ketua tim tentang asuhan keperawatan (Suarli & Bahtiar, 2011).

Gambar 2.1. Modifikasi: model Keperawatan tim-primer



Sumber : Suarli & Bahtiar (2010)

Gambar 2.1 menunjukkan model tim modifikasi, dalam struktur kepala ruangan membawahi PP atau perawat primer (ketua tim) dan PP membawahi PA atau perawat *associate* (perawat pelaksana). Peranan masing-masing komponen dapat dilihat pada table 2.1.

Tabel 2.1. Peran masing-masing komponen

Kepala Ruangan (KARU)	Perawat Primer (PP)	Perawat Associate (PA)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menerima pasien baru</li> <li>• Memimpin rapat</li> <li>• Mengevaluasi kinerja perawat</li> <li>• Membuat daftar dinas</li> <li>• Menyediakan material</li> <li>• Melakukan perencanaan dan pengawasan</li> <li>• Melakukan pengarahan dan pengawasan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membuat perencanaan ASKEP</li> <li>• Mengadakan tindakan kolaborasi</li> <li>• Memimpin timbangan terima</li> <li>• Mendelegasikan tugas</li> <li>• Mengevaluasi pemberian ASKEP</li> <li>• Bertanggung jawab terhadap pasien</li> <li>• Memberi petunjuk jika pasien akan pulang</li> <li>• Mengisi resume keperawatan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan ASKEP (melaksanakan tindakan keperawatan)</li> <li>• Mengikuti timbangan terima</li> <li>• Melaksanakan tugas yang didelegasikan</li> <li>• Mendokumentasikan tindakan keperawatan</li> </ul>

Sumber: Suarli & Bahtiar (2010)

## B. Tinjauan Stress Kerja

### 1. Pengertian Stress

Ada beberapa ahli yang memberikan defenisinya mengenai stress. Beberapa diantaranya akan dijelaskan berikut ini. Tokoh yang dianggap pelopor dalam penggunaan stress adalah Selye (1956), yang mendefinisikan stress sebagai *non specific response to any demand*.

Selye memandang stress sebagai suatu reaksi, yaitu reaksi internal. Dalam hal ini stress dirumuskan sebagai suatu respon umum dan tidak spesifik terhadap tuntutan fisik maupun emosional, baik dari lingkungan (eskternal) maupun dari dalam diri (internal) (Tappen & Ruth, 1998 dalam Juniar , 2005).

Stress adalah suatu respon adaptif, dimoderasi oleh perbedaan individu, yang merupakan konsekuensi dari setiap tindakan, situasi, atau peristiwa dan yang menempatkan tuntutan khusus terhadap seseorang. Merupakan respon yang tidak spesifik, dihubungkan oleh karakteristik atau proses psikologi individu yang merupakan suatu konsekuensi dari setiap tindakan, atau peristiwa yang menimbulkan tuntutan fisik atau psikologis pada seseorang. Stres juga merujuk sebagai reaksi internal untuk setiap kekuatan yang mengancam untuk mengganggu keseimbangan seseorang secara psikologis atau biologis (John. M., Robert & Michael ; 2006 ; Kreitner & Kinicki, 2005 dalam Gustian 2010 ; Dubrin, 1985 dalam Beh & Loo, 2012).

Stres adalah suatu kondisi dinamis di mana seorang individu dihadapkan pada peluang, tuntutan, atau sumber daya yang terkait dengan apa yang juga dihasratkan oleh individu itu dan yang hasilnya

dipandang tidak pasti dan penting. Stress lebih sering dikaitkan dengan tuntutan (*demand*) dan sumber daya (*resources*). Tuntutan merupakan tanggung jawab, tekanan, kewajiban, dan bahkan ketidak pastian yang dihadapi para individu di tempat kerja (Robbins, 2008).

Stress adalah respon tubuh yang tidak spesifik terhadap setiap kebutuhan tubuh yang terganggu, suatu fenomena universal yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari dan tidak dihindari, setiap orang mengalaminya, stress memberi dampak secara total pada individu yaitu terhadap fisik, psikologis, intelektual, sosial dan spiritual. Stress dapat mengancam keseimbangan fisiologis. Stress emosi dapat menimbulkan perasaan negatif atau destruktif terhadap diri sendiri dan orang lain. Stress intelektual akan mengganggu persepsi dan kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah, stress sosial akan mengganggu hubungan individu terhadap kehidupan. (Selye, 1956 ; Davis, et al. 1989; Barbara Kozier, et all, 1989 dalam Rasmun, 2009)

## 2. Pengertian Stress Kerja

Stress kerja didefinisikan sebagai respon fisik atau emosi yang berbahaya dan terjadi ketika persyaratan dalam pekerjaan tidak seimbang dengan kemampuan, sumber daya, atau kebutuhan-kebutuhan dari pekerja (NIOSH, 1999 dalam Hall, 2004). Meskipun stress kerja dapat dipengaruhi oleh karakter kestabilan kepribadian yang dapat mempengaruhi penilaian suatu kejadian sebagai stressor (Spector, 1999 dalam Hall 2004), bukti menyatakan bahwa kondisi kerja tertentu dapat menimbulkan stress. Stress sebagai ketidakmampuan mengatasi ancaman yang dihadapi oleh mental, fisik, emosional, dan spiritual manusia, yang

pada suatu saat dapat mempengaruhi kesehatan fisik manusia tersebut (*National Safety Council, 2004*).

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa stres/ stres kerja merupakan perubahan kondisi fisik dan psikologis seseorang sebagai akibat dari respon adaptif terhadap keadaan lingkungannya yang kemudian dapat mengganggu pelaksanaan tugas-tugasnya/ pekerjaannya.

Stress kerja dapat mengenai siapa saja seperti juga jenis penyakit lainnya yang dapat mengganggu kesehatan dengan berbagai penyebab, baik dari pekerja itu sendiri maupun lingkungan pekerjaan atau juga dari jenis pekerjaan itu sendiri, dengan sumber penyebab stress yang sama maka akan menimbulkan stress yang berbeda-beda pada setiap individu.

### 3. Pengertian Stress Kerja Perawat

Stress kerja perawat adalah perasaan tertekan yang dialami seorang perawat dalam menghadapi pelayanan praktek asuhan keperawatan kepada pasien yang disebabkan oleh stressor yang datang dari diri sendiri maupun lingkungan kerja, meliputi beban kerja, konflik dengan dokter/teman sejawat/keluarga pasien, keterbatasan sumber fasilitas, jenjang karir yang tidak jelas dan reward yang tidak seimbang.

Stress kerja pada perawat memberikan dampak yang menjadi masalah manajemen yang sangat penting di dunia bisnis termasuk rumah sakit. Berbagai situasi dan tuntutan kerja yang dialami dapat menjadi sumber potensial terjadinya stress (*Golizeck, 2005 dalam Gustian, 2010*).

#### 4. Faktor – Faktor Penyebab Stress Kerja Perawat

Perawat setiap hari dapat terkena stres, yaitu konflik dengan dokter, diskriminasi, kerja yang tinggi, menghadapi pasien, kematian pasien, dan keluarga pasien, dihadapkan dengan tugas kerja yang berbeda, bekerja dengan shift, terutama shift malam, kondisi kerja, situasi terkait stres, penderitaan, dan kematian pasien (Moustaka & Constantinidis, 2010 ; Mark & Smith, 2011).

Seseorang yang bekerja dalam shift sering mengalami tekanan fisik atau tekanan mental, atau keduanya. Shift kerja membutuhkan karyawan untuk bekerja berbagai pergeseran dari Senin sampai Jumat, misalnya, bekerja shift hari selama seminggu, pergeseran sore selama seminggu, shift malam selama seminggu, dan kemudian kembali ke pergeseran hari (Pierce & Dunham,1992; Draffe & Luthans, 1998; Sutherland & Cooper, 2000 dalam Beh & Loo, 2012).

Penelitian juga menunjukkan bahwa stres meningkatkan secara bertahap karena jumlah dan panjang malam bergeser meningkat (Daus et al., 2001:303). Ada bukti yang cukup padat dampak negatif terhadap fisik, sosial dan psikologis dari individu yang bekerja berputar shift kerja. Bagian dari masalah pergeseran-pekerjaan menyesuaikan diri dengan perubahan dalam rutinitas dan siklus kegiatan (Daus et al., 2001, Saal dan Knight ; 1988 dalam Beh & Loo, 2012).

Menurut *National Safety Council* (2004), penyebab stress kerja dikelompokkan ke dalam kategori:

- a. Penyebab Organisasi: kurangnya otonomi dan kreativitas, harapan, tenggat waktu, dan kuota yang tidak logis, relokasi pekerjaan,



kurangnya pelatihan, karier yang melelahkan, hubungan dengan penyelia yang buruk, selalu mengikuti perkembangan teknologi, (*downsizing*) bertambahnya tanggung jawab tanpa pertambahannya gaji, pekerjaan dikorbankan.

- b. Penyebab Individual: pertentangan antara karier dan tanggung jawab keluarga, ketidak pastian ekonomi, kurangnya penghargaan dan pengakuan kerja, kejenuhan, ketidakpuasan kerja, kebosanan, perawatan anak yang tidak adekuat, konflik dengan rekan kerja.
- c. Penyebab Lingkungan: buruknya kondisi lingkungan kerja (pencahayaan, kebisingan, ventilasi, suhu,dan lain-lain), diskriminasi ras, pelecehan sexual, kekerasan ditempat kerja, kemacetan saat berangkat dan pulang kerja, kemacetan saat berangkat dan pulang kerja.

Hasil penelitian pada perawat perawat di empat provinsi di Indonesia 50,9% mengalami stres kerja yang antara lain disebabkan oleh beban kerja yang tinggi. *Stressor* kerja pada perawat sesuai urutannya adalah beban kerja sebesar 82%, pemberian upah yang tidak adil 58%, kondisi kerja 52%, tidak diikutkan dalam pengambilan keputusan 45%. (PPNI dalam Prihatini, 2007).

Sumber stress kerja dibidang keperawatan ( Dewe, 1999 dalam Cox & Griffith, 2000 dalam Beh & Loo, 2012), yaitu:

- a. Beban kerja, misalnya merawat terlalu banyak pasien, mengalami kesulitan dalam mempertahankan standar yang tinggi dan menghadapi masalah keterbatasan tenaga

- b. Kesulitan menjalin hubungan dengan staff lain, misalnya, mengalami konflik dengan teman sejawat, mengetahui orang lain tidak menghargai sumbangsih yang dilakukan, dan gagal membentuk tim kerja dengan staf.
- c. Kesulitan terlibat dalam merawat pasien kritis, misalnya, menjalankan peralatan yang belum dikenal, mengelola prosedur atau tindakan baru dan bekerja dengan dokter yang menuntut tanggung jawab dan tindakan tepat.
- d. Berurusan dengan pengobatan atau perawatan pasien, misalnya terlibat dengan dengan ketidak sepakatan pada program tindakan, merasa tidak pasti sejauh mana harus memberi informasi pada pasien atau keluarga dan merawat pasien yang sulit atau tidak kerjasama.
- e. Merawat pasien yang gagal untuk membaik

Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Medan bahwa, semua perwakilan perawat menggambarkan beban kerja mereka sebagai sumber stress tertinggi dalam tempat kerja mereka. Beban kerja. Penelitian di RSUD Rr. Soetomo mendapatkan hasil kondisi lingkungan kerja, saat perawat bekerja, kondisi pasien merupakan salah satu penyebab stress pada perawat yang perlu menjadi perhatian. (Fathi, Nasae & Pratyanan 2010 ; Selvia, 2013).

Hasil penelitian Stres berkepanjangan tanpa strategi koping yang efektif tidak hanya mempengaruhi kehidupan kerja perawat, tetapi juga kompetensi keperawatan mereka (Lee, Chen, & Lin, 2005). Ada 5 hal yang dapat digunakan dalam mengukur kemampuan individu dalam

menghadapi stress, yaitu pengalaman kerja, dukungan sosial, ruang kendali, keefektifan diri, dan tingkat kepribadian seseorang dalam menyingkapi permusuhan dan kemarahan. (Robbins, 2008).

Penelitian yang dilakukan oleh Fathi, Nasae & Thiangchanya (2010), didapatkan hasil mayoritas perawat mengalami stressor kerja yang rendah, dan stressor kerja yang sering dialami adalah menghadapi kematian pasien dan beban kerja yang tinggi. Hasil penelitian lain menunjukkan ada pengaruh konflik peran ganda dan dukungan sosial terhadap stress kerja perawat, yaitu sebesar 40%, sisanya 60% akibat stressor yang lain (Almasitoh, 2011).

Dari beberapa pendapat mengenai faktor penyebab stress, maka dapat disimpulkan bahwa faktor penyebab stress kerja pada perawat adalah meliputi:

- a. Beban kerja
- b. Kondisi kerja
- c. Konflik dengan dokter/teman sejawat/keluarga pasien
- d. Keterbatasan sumber fasilitas
- e. Jenjang karir yang tidak jelas
- f. Reward yang tidak seimbang.

#### 5. Dampak Stress Kerja Pada Perawat

Stress yang berlarut-larut dan dalam intensitas yang tinggi dapat menyebabkan penyakit fisik dan mental seseorang yang, akhirnya dapat menurunkan produktifitas kerja dan buruknya hubungan interpersonal. Stres kerja perawat mungkin berdampak pada penurunan kepuasan kerja yang mungkin juga menyebabkan meningkatkan tingkat turnover dan

mengurangi kualitas pelayanan keperawatan pada pasien di rumah sakit (Rasmun, 2009 ; Sveinsdóttir, Biering, & Ramel ; 2006 dalam Fathi, Nasae & Thiangchanya, 2010).

Umumnya, efek dari stres kerja terjadi di tiga bidang utama yaitu pada fisik, psikologis dan perilaku (Robins, 2008).

- a. Fisiologis meliputi peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, berkeringat, mantra panas dan dingin, sesak nafas, ketegangan otot, dan peningkatan gangguan pencernaan.
- b. Psikologis terdiri dari kemarahan, kecemasan, depresi, menurunkan harga diri, fungsi intelektual miskin, ketidakmampuan untuk berkonsentrasi dan membuat keputusan, kegugupan lekas marah, kebencian pengawasan dan ketidakpuasan kerja.
- c. Penurunan kinerja, absensi, tingkat kecelakaan yang lebih tinggi, tingkat turnover tinggi, alkohol yang lebih tinggi dan penyalahgunaan narkoba lainnya, perilaku impulsif dan kesulitan dalam komunikasi.

Selain penyakit fisik, individu mengalami rasa sakit yang signifikan dan ketidaknyamanan akibat gangguan dari sistem psikologis dan emosional. Marah, frustrasi, emosional tidak stabil tidak mampu memberi tanggapan rasional dan penilaian yang baik. Dampak stres tersebut menghambat efektivitas seseorang dalam berhubungan dengan orang lain. Menghasilkan gangguan emosi, alkohol atau penggunaan narkoba, hubungan gangguan, kesulitan tidur, gangguan dalam proses berpikir seseorang dan konsentrasi, gangguan perilaku dan kelelahan kerja (Cunningham, 2000 dalam Beh & Loo, 2012).

Ambiguitas peran, beban kerja, konflik peran dan ketidakmampuan sumber daya pada perawat secara signifikan berhubungan dengan efektivitas karyawan dan perilaku penarikan. Stress kerja seperti konflik peran, beban kerja, dan kekurangan sumber daya yang ditemukan terkait dengan perawatan ada hubungan terhadap prestasi kerja, motivasi merawat pasien terkait dengan absensi, keterlambatan, dan omset diantisipasi secara linear positif. (Muhammad Jamal, 1984 dalam Beh & Loo, 2012). Dampak dari stress tergantung dari tingkatan stress yang dialami.

Tingkat stress juga terkait dengan penerapan pengelolaan stress didalam sebuah organisasi, yaitu melalui pendekatan penilaian primer dan sekunder. Singkatnya, stress merupakan bagian normal dari kehidupan sehari-hari dan mempengaruhi semua makhluk hidup. Stress dibedakan antara eustress dan distress. Eustress mengacu pada tingkat stress yang memotivasi seseorang untuk melakukan dengan baik, memecahkan masalah, menjadi kreatif dan tumbuh dalam keyakinan. Sebaliknya, tekanan menyebabkan penampilan memburuk, adaptif tubuh berfungsi menjadi terganggu dan respon baik fisiologis, kognitif, emosional atau menjadi perilaku maladaptif. (Selye, 1956 dalam Rasmun, 2011)

## 6. Model Stress

Model stress menyediakan kerangka kerja untuk berpikir mengenai stress di tempat kerja. Sebagai akibatnya, intervensi mungkin diperlukan dan dapat menjadi hal yang efektif dalam memperbaiki konsekuensi stress yang negatif. Pencegahan stress dan manajemen stress adalah untuk mengurangi frekuensi kemunculan, intensitas, dan dampak negatif

dari stress (John, Robert & Michael, 2007). Model ini ditunjukkan dalam skema 2.1.

Model yang ditunjukkan dalam skema 2.1 adalah merupakan ilustrasi hubungan stressor organisasi, stress dan hasil, stressor merupakan faktor penyebab atau sumber stress, dibagi dalam empat kategori utama: individu, lingkungan dan organisasi, dan hal-hal diluar pekerjaan. Ketiga stressor pertama berkaitan dengan pekerjaan. Pengalaman stress yang berhubungan dengan pekerjaan dan yang tidak berhubungan dengan pekerjaan menciptakan hasil perilaku, psikologis dan fisiologis. Model tersebut menyatakan bahwa hubungan stress dan hasil individu dan organisasi tidak selalu secara langsung. Hubungan ini mungkin dipengaruhi oleh moderator stress.

## 7. Pengukuran Stress Kerja

Tehnik pengukuran stress kerja sebagaimana banyak digunakan dalam studi Amerika Serikat, menurut Derogatis (1985) dalam Juniarti (2005), dapat digolongkan 3 cara, yaitu:

### a. *Self report measure*

Cara ini mencoba mengukur stress dengan bertanya melalui kuesioner tentang intensitas pengalaman psikologis, fisiologis dan perubahan fisik yang dialami dalam peristiwa kehidupan seseorang. Tehnik ini disebut *life event scale*. Tehnik ini mengukur stress dengan melihat dan mengobservasi perubahan perilaku yang ditampilkan seseorang (Lazarus & Folkman, 1984 dalam Juniar, 2005).

*b. Performance Measure*

Cara ini mencoba mengukur stress kerja dengan melihat atau mengobeservasi perubahan-perubahan perilaku yang ditampilkan seseorang seperti misalnya perubahan didalam prestasi kerja yang menurun tampak dari gejala seperti cepat lupa, cenderung berbuat salah, kurang perhatian terhadap detail.

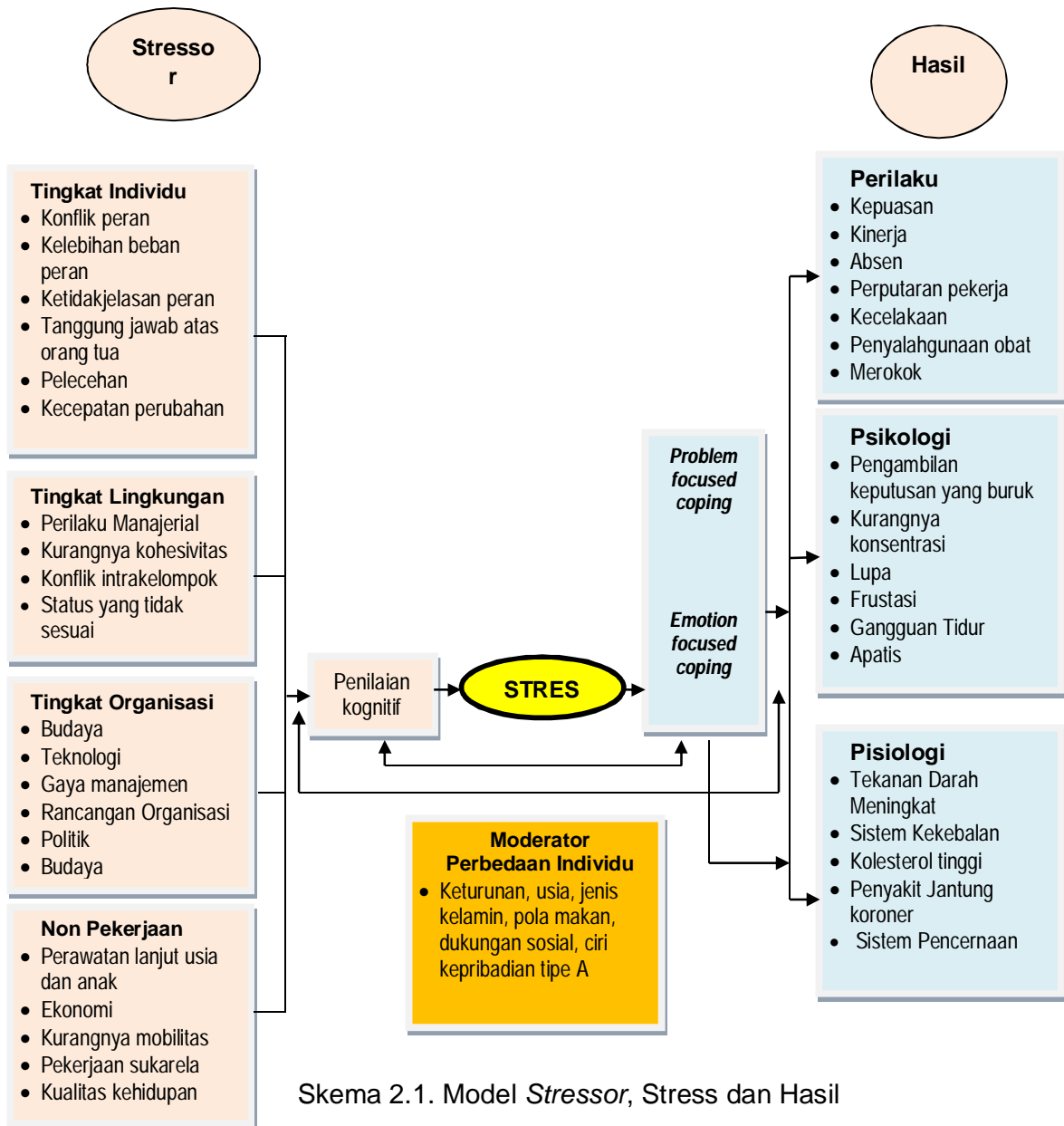
*c. Psychological Measure*

Pengukuran ini berusaha melihat perubahan yang terjadi pada fisik seperti, perubahan tekanan darah, ketegangan otot bahu, leher dan pundak, dan sebagainya. Cara ini dianggap paling realistisnya, namun sangat tergantung pada alat yang digunakan dan sipengukur itu sendiri.

*d. Biochemical measure*

Pengukuran cara ini adalah berusaha melihat respon biokimia lewat perubahan kadar hormon katekolamin dan kortikosteroid, setelah pemberian suatu stimulus. Kelemahan pengukuran ini seandainya subyeknya adalah perokok, peminum alkohol dan kopi, karena pemberian kondisi tersebut meningkatkan kadar kedua hormon.

Dari keempat cara tersebut yang lebih sering digunakan dalam penilaian stress kerja adalah *life event scale*, karena dianggap paling manageable dan biayanya relatif lebih murah, meski ada keterbatasan tertentu.



Skema 2.1. Model Stressor, Stress dan Hasil

Sumber : John. M. Ivancevich, Robert Konopaske, Michael T. Matteson (2007)

### C. Tinjauan Coping

#### 1. Pengertian Coping

*Coping* merupakan suatu proses dimana individu mencoba untuk mengelola jarak yang ada diantara tuntutan-tuntutan dengan sumber daya



yang mereka gunakan dalam menghadapi situasi *stressful*. Upaya yang dilakukan oleh individu untuk mengatasi masalah atau menangani emosi yang umumnya bersifat negatif (Sarafino, 2008, Weiten, 2010).

Umumnya, coping telah difokuskan pada sumber daya internal dan eksternal untuk mengatasi stress yang berhubungan dengan pekerjaan dan tekanan hidup. Coping dapat didefinisikan sebagai upaya terus berubah kognitif dan perilaku untuk mengelola tuntutan eksternal dan / atau internal tertentu yang dinilai sebagai membebani atau melebihi sumber daya orang (Cartwright dan Cooper, 1996, Lazarus dan Folkman, 1984 dalam Beh & Loo, 2012).

Lazarus & Folkman (1984) dalam Juniar (2005) menyatakan bahwa, *coping* dapat diartikan sebagai percobaan kognitif dan perilaku yang dapat diubah-ubah disesuaikan dengan masalah dan kebutuhan individu. Coping adalah sebuah proses dan bukan *trait*, sehingga coping berkaitan dengan apa yang dilakukan individu saat menghadapi situasi yang menekan.

Coping juga bukan sesuatu hasil atau *outcome*, melainkan suatu usaha untuk mengelola (*effort to manage*) meliputi apa saja yang dilakukan atau dipikirkan terhadap situasi yang menekan tanpa melihat baik atau buruknya hasil. Selain itu coping bukan selalu *reaksi menyelesaikan masalah, namun juga meliputi usaha menghindari, mentoleransikan, meminimalkan atau menerima kondisi penuh tekanan* tersebut. Coping yang adaptif juga termasuk saat usaha untuk menghentikan usaha untuk meraih sesuatu, jika mengetahui bahwa hal itu tidak bisa diharapkan lagi.

Secara alamiah baik disadari ataupun tidak sesungguhnya kita telah menggunakan strategi *coping* dalam menghadapi stress. Strategi *coping*

adalah cara yang dilakukan untuk merubah lingkungan atau situasi atau menyelesaikan masalah yang sedang dirasakan / dihadapi. *Coping* yang efektif menghasikan adaptasi yang menetap yang merupakan kebiasaan baru dan perbaikan dari situasi yang lama, sedangkan *coping* yang tidak efektif berakhir dengan maladaptif yaitu perilaku yang menyimpang dari keinginan normatif dan dapat merugikan diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Setiap individu dalam melakukan *coping* tidak sendiri dan tidak hanya menggunakan satu strategi tetapi dapat melakukannya bervariasi tergantung dari kemampuan individu tersebut (Rasmun, 2009)

Dapat disimpulkan bahwa *coping* merupakan proses upaya individu yang digunakan untuk menilai suatu kondisi dan mempertimbangkan kondisi tersebut apakah merupakan ancaman dan atau dapat membahayakan sehingga berusaha untuk dihentikan, dikembalikan atau ditolak. *Coping* juga merupakan suatu proses yang dilakukan saat menghadapi situasi yang *stressful* dengan menggunakan sumber – sumber *coping* yang ada.

## 2. Fungsi Coping

*Coping* digunakan untuk memenuhi tuntutan yang timbul dari lingkungan sosial, menumbuhkan motivasi untuk menghadapi tuntutan itu dan memelihara kondisi psikologis yang seimbang agar dapat mengarahkan energi dan kemampuannya secara maksimal dalam mengatasi tuntutan eksternal itu. (Lazarus dan Folkman, 1984 dalam Juniar (2005)).

Strategi *coping* stres yang digunakan oleh perawat di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya meliputi dua jenis, yaitu *problem focused coping* dan *emotional focused coping*. Penggunaan *coping* stres pada perawat ruang rawat inap tersebut termasuk dalam kategori sedang, artinya ada

kekonsistenan dalam diri subjek, hal ini berarti pada masalah yang membutuhkan penyelesaian, subjek akan menggunakan *coping* stres berupa *problem focused coping*, dan pada masalah yang hanya perlu penurunan emosi negatif maka akan menggunakan *emotional focused coping*, ataupun kombinasi dari kedua *coping*. *Coping* stres dapat membantu subjek dalam menghadapi situasi *stressful/burnout*. Penggunaan strategi *coping* yang efektif sesuai dengan permasalahan yang sedang dihadapi dapat meminimalkan terjadinya stres di tempat kerja. (Susiani dkk, 2012).

Menurut Sarafino, 2008, secara umum fungsi coping berdasarkan jenis coping ada 2, yaitu:

- a. Regulasi emosi (*emotion - focus coping*) yaitu coping yang berfokus emosi. *Emotion-focused coping* sebagai usaha untuk menurunkan emosi negatif yang dirasakan ketika sedang menghadapi masalah atau tekanan. Pada fungsi ini tekanan emosional yang dialami individu dikurangi atau diminimalkan tanpa mengubah kondisi objektif dari peristiwa yang terjadi. Reaksinya dapat berupa upaya menghindar, meminimalkan tekanan, membuat jarak, memberi perhatian pada hal tertentu saja (selektif) atau memberi makna yang positif terhadap situasi yang negatif.

Reaksi tersebut juga sebagai reaksi *defensive*, yang berfungsi memelihara harapan dan optimisme, menyangkal fakta dan akibat yang mungkin timbul serta bereaksi seolah-olah apa yang terjadi tidak menimbulkan masalah karena dipandang tidak ada gunanya mengantisipasi kenyataan buruk yang akan dihadapinya.

Fungsi *emotion focus coping* juga meliputi proses mengelabui diri dan penyimpangan penilaian terhadap realitas, sering menggunakan strategi *emotion-focused coping* umumnya terkait dengan kesehatan mental yang tidak baik (Lazarus & Folkman, 1984 dalam Juniar, 2005, Lim, Bogossian, & Ahern, 2010)

- b. Fokus pemecahan masalah (*problem-focused coping*). Sebagai usaha untuk mengurangi tuntutan dari situasi yang dapat menimbulkan stres atau meningkatkan sumber daya untuk menyesuaikan diri dengan situasi yang menyebabkan stres tersebut. Seperti umumnya proses pemecahan masalah, usaha yang dilakukan dalam fungsi ini meliputi beberapa tahap. Tahap pertama adalah identifikasi masalah, lalu mengumpulkan alternatif pemecahan masalah, mempertimbangkan alternatif yang ada dengan kemampuan diri, memilih alternatif terbaik, dan akhirnya mengambil tindakan (Lazarus & Folkman, 1984 dalam Juniar, 2005, Weiten, 2010).

Namun *problem focused coping* tidak sama dengan pemecahan masalah (*problem solving*). Jika pemecahan masalah lebih memfokuskan pada lingkungan atau faktor di luar diri, maka *problem focus coping* selain diarahkan pada lingkungan luar juga diarahkan pada diri sendiri. Fungsi ini meliputi pengarahannya motivasi, perubahan nilai kognisi dan tingkat aspirasi, mengembangkan standar perilaku yang baru serta mempelajari keterampilan-keterampilan baru, sering menggunakan strategi

*problem-focused* coping berhubungan dengan kesehatan mental yang baik (Lim, Bogossian, & Ahern, 2010).

### 3. Cara-cara Coping

Berdasarkan kedua fungsi coping, Sarafino (2008), mengidentifikasi delapan cara coping, yang diukur dengan alat ukur baku *Ways of Coping* yang dikembangkan kedelapan cara itu adalah:

- a. *Self Controlling* atau kendali diri yaitu bereaksi dengan melakukan regulasi baik dalam perasaan maupun tindakan.
- b. *Distancing* adalah tidak melibatkan diri dalam permasalahan
- c. *Escape avoidance*, yaitu menghindari atau melarikan diri dari masalah yang dihadapi
- d. *Accepting Responsibility* bereaksi dengan menumbuhkan kesadaran akan peran diri dalam permasalahan yang dihadapi dan berusaha mendudukan segala sesuatu dengan sebagaimana mestinya.
- e. *Positive Reappraisal* bereaksi dengan menciptakan makna positif dalam diri, yang bertujuan untuk mengembangkan diri termasuk melibatkan hal-hal yang religius.
- f. *Planfull Problem Solving*, yaitu bereaksi dengan melakukan usaha-usaha tertentu untuk mengubah keadaan, diikuti pendekatan analitis dalam menyelesaikan masalah.
- g. *Confrontative Coping*, reaksi untuk mengubah keadaan yang menggambarkan tingkat resiko yang harus diambil.
- h. *Seeking Social Support*, yaitu bereaksi dengan mencari dukungan dari pihak luar, baik berupa informasi, bantuan nyata, maupun dukungan emosional.

Lazarus dan Folkman (1984) dalam Juniar (2005), pada situasi sangat tertekan, koping yang berfokus pada emosi akan dominan digunakan. Bila tekanan dirasa dalam taraf moderat, fungsi koping yang terfokus pada penyelesaian masalah (*problem focused coping*) lebih dominan digunakan. Sedangkan bila tekanan atau stress dirasa berderajat amat rendah, kedua fungsi koping akan berimbang digunakan.

Perawat pelaksana cenderung lebih sering menggunakan koping yang positif, karena cenderung mengalami stress kerja yang moderate, perawat juga lebih sering menggunakan *problem focused coping* mungkin disebabkan karena perawat pelaksana menjalankan fungsi sebagai *direct care giver* yang pertama menghadapi pasien, sehingga dituntut untuk segera berespon dalam menghadapi situasi yang ada saat bekerja. Selain itu disimpulkan bahwa *problem focused coping* sering digunakan mungkin karena situasi menegangkan yang mereka hadapi masih berada dalam tingkatan yang cenderung *moderate*. (Juniar, 2005).

Melalui penelitian yang dilakukan Lazarus dan Folkman (1984) dalam Juniar (2005) ditemukan cara – cara koping yang unik yang digunakan dalam situasi kerja yang menjadi sumber stress. Bila keadaan yang menekan dirasa merupakan ancaman yang tinggi pada *self esteem*, maka koping yang dilakukan adalah *confrontative coping*, *self control*, *accepting responsibility*, *escape avoidance* dan kurang menggunakan cara *seeking social support*.

Bila stress terjadi dalam mencapai tujuan kerja, maka koping yang dilakukan adalah *self control* dan *planful problem solving*. Sedangkan bila menyangkut finansial koping yang dilakukan adalah *confrontative coping* dan

*seeking social support*. Bila situasi kerja dapat maka koping yang dilakukan biasanya adalah *accepting responsibility, confrontative coping, planful problem solving* dan *positive reappraisal*. Sedangkan situasi kerja yang tidak dapat diubah, koping yang digunakan adalah *distancing* dan *escape avoidance*.

Pada penelitian sebelumnya, dilaporkan bahwa perawat sebagian besar menggunakan *problem focused* bukannya mengatasi *emosi-focus* strategi *coping*. Perawat yang memiliki *self efficacy* tinggi cenderung menggunakan strategi *problem focus* coping, sedangkan perawat yang memiliki *self efficacy* rendah akan menggunakan *emotion focus coping*. Peran *coping behavior* mempengaruhi hubungan antara *self efficacy* dengan tingkat *burn out* yang dialami di rumah sakit (Chang et al, 2006, Sulistyowaty, 2007).

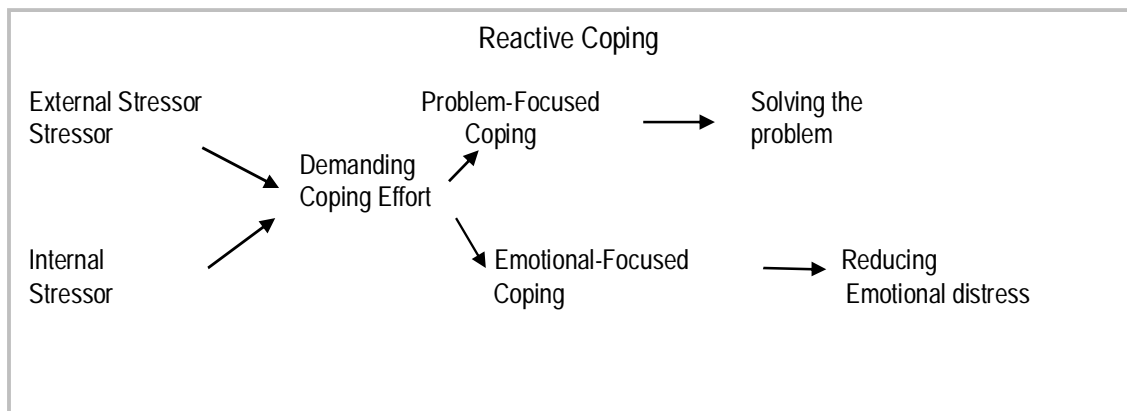
Hasil penelitian Nugroho, Adrian & Marselius (2012) bahwa, perawat di ruang rawat inap menggunakan kedua jenis strategi *coping* stres dengan kategori sedang, *problem focused coping* dengan persentase 53,7% dan *emotional focused coping* sebesar 57,3%. *Burnout* yang dihasilkan termasuk dalam kategori rendah (68,3%) dan sangat rendah (26,8%).

Hasil penelitian pada perawat di rumah sakit Satuan A Malayan, Malaysia, dalam mengatasi stress kerja mereka menggunakan strategi koping dengan kearah spiritual atau berdoa (*positive reappraisal*) untuk membantu ketegangan emosional. (Beh & Loo, 2012).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fathi, Nasa'e & Thiangchanya (2010) di dua rumah sakit umum Medan, pada umumnya perawat mengatakan beban kerja merupakan sumber stress terbesar, dan

menggunakan *emosi focus coping* dalam mengatasi stress kerja dan sebagian menggunakan agama sebagai strategi mengatasi stress kerja.

Dalam penelitian tradisional ada yang disebut dengan kreatif coping, yaitu secara eksklusif penyelesaian coping berfokus pada apa yang disebut reaksi coping, karena proses penggunaan coping dipicu oleh adanya stress. Penting reaksi coping dalam mengatasi stress yang dialami, prosesnya Dalam proses reaksi coping, maka akan ditunjukkan bagaimana kreatif coping (Wong T et.all. 2006). Proses coping dapat dilihat pada skema 2.2.



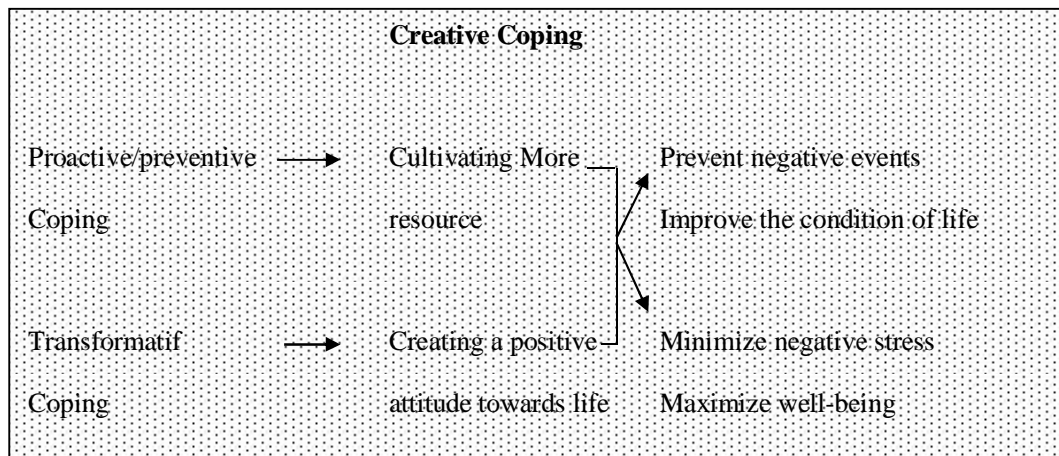
Skema 2.2. Proses *Coping*

Skema 2.2 menunjukkan proses khas reaksi coping. Stressor eksternal atau stressor internal yang dihasilkan dinilai sebagai upaya menggunakan coping. Dalam kasus stressor terkendali, *Problem-focused coping* dapat menyelesaikan masalah dan mengurangi stres. Dalam kasus yang stres tak terkendali, *emosi-focused coping* dapat mencapai beberapa keberhasilan dalam mengurangi tekanan emosional.

Selanjutnya mengenai *creative coping*, dapat disajikan pada skema 2.3 berikut.



Skema 2.3 Proses *Creative Coping*



Sumber: : The resource-congruence model of coping and the development of the Coping Schemas Inventory. In Wong, P. T. P., & Wong, L. C. J. (Eds.), *Handbook of Multicultural perspectives on stress and coping*

Skema 2.3. menunjukkan dua jalur yang berbeda untuk coping kreatif. Proaktif atau pencegahan upaya coping berarti ditujukan untuk mengembangkan sumber daya untuk mengurangi kemungkinan stres dan memperbaiki kondisi umum kehidupan. Kreatif coping juga dapat dikonseptualisasikan sebagai coping positif. Schwarzer dan Knoll (2003) menganggap coping proaktif prototipe coping positif karena fokus pada menciptakan peluang positif.

Korelasi positif ditemukan antara beban kerja dan penggunaan *emotion focused coping* (penggunaan dukungan emosional dan humor) dan adanya penggunaan strategi coping *disfungsional* menghadapi beban kerja (ventilasi dengan menyalahkan diri sendiri). (Fathi, et. al., 2010). Semua perawat mengatakan bahwa beban kerja sebagai masalah umum dalam pekerjaan mereka sehari – hari, karena sebagian mereka mempunyai jam kerja yang relatif lama dan terbiasa dengan beban kerja. Sehingga lebih

suka menggunakan strategi *emotion focused coping* yaitu dengan menyalahkan diri sendiri (*Self controlling*) (Fathin, Nasae & Pratyanan, 2010).

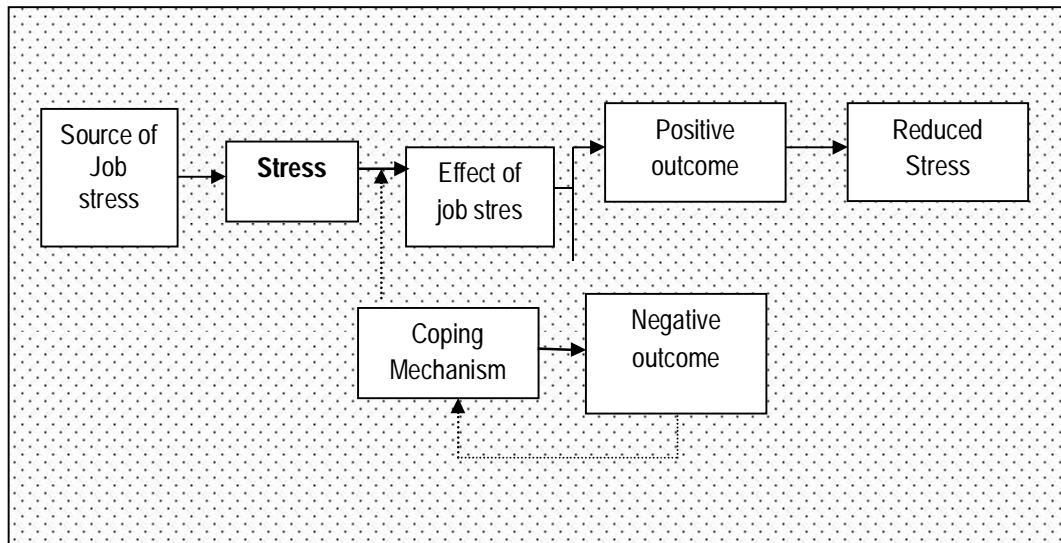
#### 4. Proses Coping

Menurut Lazarus (1984) dalam Juniar (2005), *coping* proses adalah proses *Stressor* merupakan stimulus yang mengancam sehingga setiap individu menggunakan kemampuan mereka untuk menghilangkan ancaman tersebut dalam rangka menjaga kestabilan tubuh. Mekanisme coping yang digunakan akan menentukan kemampuan seseorang untuk mengatasi stres kerja. Mekanisme coping yang efektif menunjukkan hasil positif, sementara seseorang dengan mekanisme coping yang buruk akan menunjukkan hasil negatif (Lazarus 1984 dalam Juniar 2005, Long, 1988 dalam Beh & Loo, 2012).

Proses coping dilakukan oleh perawat, adanya sumber stress atau *stressor yang* berasal lingkungan organisasi tempat bekerja dalam hal ini adalah rumah sakit. Adanya stressor, adanya respon terhadap stress dengan timbulnya stress. Saat menghadapi situasi stress, berusaha mengatasi stress dengan menggunakan mekanisme coping. Mekanisme coping yang digunakan akan menentukan kemampuan seseorang untuk mengatasi stres kerja. Mekanisme coping yang efektif (adaptif) menunjukkan hasil positif adanya peningkatan terhadap kinerja dan kemampuan menunjukkan performa kerja yang baik, sementara seseorang dengan mekanisme coping yang buruk (mal adaptif) akan menunjukkan hasil negatif dengan menunjukkan performa yang buruk, melakukan tindakan keperawatan tidak sesuai prosedur, sering salah dalam pekerjaan dan

meningkatnya jumlah ketidak hadiran (Beh & Loo, 2012 ; Laal & Aliramaie, 2010).

Model terjadinya penggunaan mekanisme coping akibat adanya stress dalam pekerjaan dan hasil yang didapatkan karena penggunaan coping, digambarkan pada skema 2.4.



Skema 2.4. Model Of Job Stress an Coping Mechanism

Sumber : Beh L.See & Loo L.Han (2012)

Model stress ini meringkas stres kerja dan mekanisme coping yang dibahas dalam penelitian ini. Pengembangan model ini akan menjadi kerangka penelitian ini untuk mengkaji sumber-sumber stres kerja, efek dari stres dan mekanisme coping. Mengidentifikasi stres pekerjaan tertentu yang dapat mengakibatkan sumber stres kerja terdiri dari: pekerjaan itu sendiri, peran berbasis, perubahan, hubungan dengan orang lain, struktur organisasi, rumah, dan iklim kerja. Setelah seseorang terkena stres kerja, efek dari stres kerja pada fisiologis, psikologis dan perilaku seseorang akan diidentifikasi. Mekanisme coping yang digunakan akan menentukan

kemampuan seseorang untuk mengatasi stres kerja. Mekanisme koping yang efektif menunjukkan hasil positif, sementara seseorang dengan mekanisme koping yang buruk akan menunjukkan hasil negatif.

#### D. Penelitian Terkait

Tabel. 2.2. Penelitian terkait coping behavior Perawat dan Stress kerja

Nama Peneliti	Judul	Subjek	Metode	Hasil
Juniar Ernawaty; Tesis, 2005, PPs FIK UI	Hubungan Stress Kerja dan Koping terhadap kepuasan kerja perawat pelaksana IGD di tiga RS Pemda DKI	39 perawat di tiga RS Pemda DKI	Non Eksperimental atau correlation research Cross sectional, Analisis Multivariat dan bivariat	Adanya hubungan antara stress kerja dan coping terhadap kepuasan kerja perawat pelaksana
Achmad Fathi, Tasanee Nasae, Ph.D, RN, Pratyana Thiangchanya, Ph.D, RN; Riset, disampaikan pada <i>International Conference on Humanities and Social Sciences April 10th, 2010 Faculty of Liberal Arts, Prince of Songkla University, Thailand</i>	Workplace Stressors and Coping Strategies Among Public Hospital Nurses in Medan, Indonesia	126 perawat dari 2 RS Umum di Medan	Deskriptif Correlatif	Rata –rata perawat dalam mengatasi stress menggunakan perilaku koping dan koping yang biasa digunakan adalah emotion focused coping dan religious
Loo See Bee & Leap han loo, University Of Malaya, hasil penelitian yang dimuat dalam: <i>International Journal of Academic</i>	Job Stress and Coping Mechanisms among Nursing Staff in Public Health Service	185 responden dibagi dalam 2 grup Grup 1, 160 Responden dengan menggunakan kuesioner dan	Mengabungkan metode kualitatif dan kuantitatif	Hasil penelitian, contributor utama stress kerja perawat adalah; beban kerja yang tinggi, pekerjaan

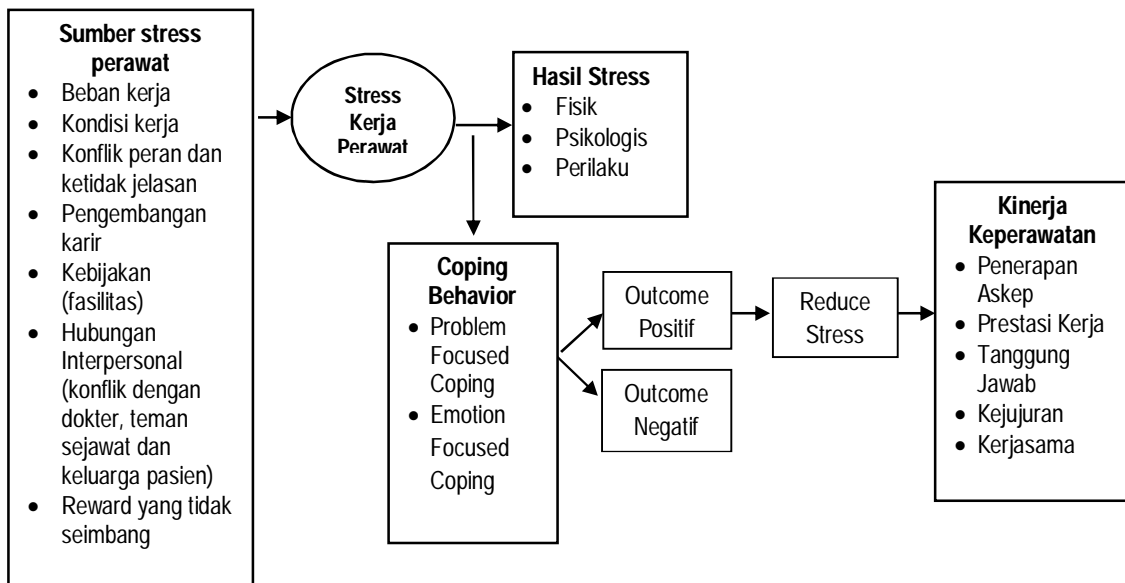
<p><i>Research in Business and Social Sciences July 2012, Vol. 2, No. 7 ISSN: 2222-6990</i></p>		<p>grup 2 melalui wawancara</p>		<p>yang berulang dan lingkungan pekerjaan, dan dukungan emosional didapat perawat dari keluarga dan teman kerja, perawat mengadopsi beberapa mekanisme koping dalam mengatasi stress kerja berdasarkan situasi dan tingkat stress yang dihadapi</p>
<p>Marjan Laal &amp; Nasrin Aliramaie, School of Medicine Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, Hasil riset yang dimuat dalam: <i>International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine &amp; Public Health</i> Vol. 2 No. 5 (May 2010) pp. 168-181</p>	<p>Nursing and Coping With Stress</p>	<p>100 orang perawat pelaksana dari 2 RS di Iran, (Tohid dan Besat)</p>	<p>Cross sectional study; Uni variat dan multivariat</p>	<p>Ada hubungan antara umur, jenis kelamin, status perkawinan, posisi jabatan, kerja shift dan lingkungan kerja terhadap koping yang digunakan mengatasi stress kerja</p>
<p>Nadia Selvia Revalicha, Fakultas Psikologi Unuversitas Airlangga, Hasil penelitian yang dimuat dalam :</p>	<p>Perbedaan Stress kerja ditinjau dari shift kerja pada perawat di RSUD Dr. Soetomo Surabaya</p>	<p>138 orang perawat di RS Dr. Soetomo, Surabaya,</p>	<p>Kuantitatif dengan pendekatan penjelasan (explanatory research) Dengan tipe penelitian studi komparatif</p>	<p>Tidak terdapat perbedaan stress kerja ditinjau dari shift kerja perawat.</p>

*Lanjutan*

<i>Jurnal Psikologi</i> Vol. 2 No. 01, Februari 2013 <i>Industri dan</i> <i>Organisasi</i>				
Anastasia Susiani Nugroho, Andrian & Marselius, Fakultas Psikologi, Universitas Surabaya, hasil penelitian yang dimuat dalam: <i>Calyptra: Jurnal Ilmiah Mahasiswa Universitas Surabaya Vol.1 No.1 (2012)</i>	Studi Deskriptif <i>Burnout</i> dan <i>Coping</i> Stres pada Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya	82 orang , yang terdiri dari 39 perempuan dan 43 Laki-laki perawat RS Jiwa Menur Surabaya	Study deskriptif dengan total populasi studi, dengan tehnik pengambilan data menggunakan angket	Perawat di ruang rawat inap menggunakan kedua jenis strategi <i>coping</i> stres dengan kategori sedang, <i>problem focused coping</i> dengan persentase 53,7% dan <i>emotional focused coping</i> sebesar 57,3%. <i>Burnout</i> yang dihasilkan termasuk dalam kategori rendah (68,3%) dan sangat rendah (26,8%).

**E. Kerangka Teori**

Berdasarkan uraian tinjauan teori maka dapat disusun kerangka teori yang merupakan ringkasan tinjauan pustaka dan dapat digambarkan dalam bentuk hubungan antara variabel yang secara teoritis dalam penggunaan coping dalam stress kerja pengaruhnya terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan.



Gambar. 2.2. Kerangka Teori Penelitian

Sumber : John, Konopaske, Matteson (2007), Robbins (2007), Beh & Loo (2012), Suarli & Bahtiar (2012).

Kerangka teori menggambarkan proses *stressor* sebagai sumber stress, adanya respon terhadap stress mengakibatkan stress kerja perawat. Mekanisme koping yang digunakan akan menentukan kemampuan seseorang untuk mengatasi stress kerja. Mekanisme koping yang *adaptif* menunjukkan hasil positif dalam hal ini kinerja keperawatan menunjukkan adanya penerapan asuhan keperawatan dengan baik, sementara seseorang dengan mekanisme koping yang *maladaptif* akan menunjukkan hasil negatif dalam hal ini akan menunjukkan penerapan asuhan keperawatan dengan tidak baik.