

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Tenaga kesehatan merupakan setiap individu yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan, memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan pada bidang tertentu di bidang kesehatan, serta memiliki kewenangan atau hak dalam melakukan upaya penanganan atau peningkatan kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Tenaga kesehatan merupakan komponen utama dalam pemberian pelayanan kesehatan yang merupakan pelayanan publik pada masyarakat. Tujuan pemberian pelayanan kesehatan tersebut adalah untuk mencegah terjadinya suatu penyakit ataupun gangguan, memberikan perawatan, dan meningkatkan kesehatan pada masyarakat. Selaku komponen utama dalam pemberian pelayanan kesehatan, peran dan tanggung jawab tenaga kesehatan merupakan hal yang penting dan menjadi salah satu faktor penunjang peningkatan mutu kesehatan terhadap masyarakat. Peran aktif tenaga kesehatan sangat diperlukan agar pelayanan kesehatan yang diberikan pada masyarakat juga menjadi optimal (Kurniati & Efendi, 2012).

Peningkatan kesehatan dalam hal kualitas pelayanan yang diberikan membutuhkan distribusi tenaga kesehatan yang merata dan sesuai dengan kebutuhan setiap wilayah (Pahlevi et al., 2024). Namun, nyatanya ketersediaan sumber daya yang minim menjadi salah satu faktor yang turut memengaruhi kurangnya pemberian layanan kesehatan, terutama pada pemberian layanan kesehatan jiwa di pusat layanan kesehatan primer (Bartels et al., 2021). Laporan Dinas Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2023 menyatakan bahwa cakupan masyarakat yang menerima layanan kesehatan jiwa di Indonesia berada pada kisaran 94,4% melalui deteksi dini kesehatan jiwa pada 28 provinsi di Indonesia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2024). Salah satu penyebab permasalahan tersebut adalah karena belum terdapat standar regulasi yang mengatur terkait pemberian layanan kesehatan jiwa pada puskesmas sebagai tempat yang menjadi garda terdepan dalam pemberian layanan kesehatan bagi masyarakat, sehingga cakupan pelayanan kesehatan jiwa juga menjadi berkurang (Pasaribu et al., 2023).

Tenaga kesehatan yang tercakup dalam penelitian ini adalah perawat jiwa yang menangani berbagai kasus gangguan psikologis pada individu, salah satunya adalah skizofrenia. Perawat jiwa merupakan tenaga kesehatan dengan intensitas yang tinggi dalam melakukan interaksi dengan Orang dengan Skizofrenia (ODS) karena berbagai perawatan yang perlu dilakukan hampir setiap waktu, seperti membantu ODS dalam melakukan perawatan diri dan aktivitas harian, pemantauan kondisi ODS, mengevaluasi tindakan perawatan yang dilakukan, serta berbagai perawatan lainnya (Victoryna et al., 2020). Pemberian perawatan terhadap ODS membutuhkan *compassion for others* sebagai salah satu tuntutan dalam pekerjaan sebagai *caregiver*, sehingga tenaga kesehatan dapat lebih memahami keadaan dan kondisi yang dialami oleh pasien. *Compassion for others* merupakan sikap terbuka individu terhadap penderitaan orang lain dan keinginan untuk meringankan penderitaan tersebut (Neff, 2003). Memiliki *compassion for others* bukan berarti bahwa tenaga kesehatan mengasihani pasien,

tetapi tenaga kesehatan berupaya untuk menempatkan diri dengan melihat berbagai hal melalui sudut pandang yang lain (Todaro-Franceschi, 2025).

Selain *compassion for others*, tenaga kesehatan juga memerlukan empati dalam menjalankan perannya. Empati merupakan upaya individu dalam memahami perasaan, pikiran, dan emosi orang lain melalui sudut pandang orang tersebut (Colman, 2015). Empati tersebut dapat dilihat melalui perilaku yang ditunjukkan oleh tenaga kesehatan sebagai respons terhadap permasalahan dan kondisi pasien. Namun, nyatanya cukup banyak berita yang beredar terkait tenaga kesehatan yang tidak memiliki *compassion for others* dan empati terhadap pasien dalam menjalankan perannya yang ditunjukkan melalui tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan pada pasien dengan menunjukkan sikap tidak ramah, melakukan pemaksaan terhadap keinginannya, melakukan tindakan diskriminasi pada beberapa pasien tertentu, terkesan menyepelekan permasalahan yang dialami oleh pasien, cuek, sombong, dan kurang tanggap dalam memberikan pelayanan yang dibutuhkan oleh pasien (Arif et al., 2023). Pada perawat jiwa secara spesifik, tidak jarang ditemukan tindak kekerasan yang dilakukan terhadap pasien secara fisik maupun verbal, seperti dengan memukul, membentak, menampar, dan berbagai tindak kekerasan lainnya karena perawat jiwa yang kewalahan menghadapi tingkah laku pasien (Faiqoh & Falah, 2011).

Empati dibutuhkan untuk membantu tenaga kesehatan memahami afek, kognisi, motivasi, dan perilaku dari pasien (American Psychological Association, [APA] 2015). Namun, terkadang tenaga kesehatan justru merasakan atau menunjukkan perasaan simpati karena merasa tidak mampu untuk memenuhi tuntutan pekerjaannya dalam memberikan respons yang dibutuhkan terhadap pasien, sehingga perasaan simpati tersebut dapat memberikan dampak psikologis bagi tenaga kesehatan sebagai *caregiver*. Dampak tersebut dapat membuat tenaga kesehatan menjadi terjebak dalam kondisi atau permasalahan dari pasien, sehingga tenaga kesehatan dapat merasa kecewa, putus asa, menunjukkan emosi berupa menangis, serta menghindar dari pasien atau klien untuk sementara waktu (Amelia et al., 2018).

Simpati yang terus-menerus dirasakan oleh tenaga kesehatan dapat menyebabkan kelelahan hingga stres. Stres yang berlebihan dapat membuat tenaga kesehatan menjadi mudah marah, mudah merasa lelah, lebih sensitif, cemas, cenderung susah mengatur waktu, kinerja yang menjadi tidak efektif, dan meningkatkan risiko peningkatan gangguan psikomatis (Amelia et al., 2018). Salah satu bentuk stres yang dapat dialami oleh tenaga kesehatan adalah *compassion fatigue*. *Compassion fatigue* merupakan fenomena stres akibat terpapar trauma atau permasalahan yang dimiliki oleh orang lain dan bukan dari keterpaparan individu secara langsung terhadap kejadian traumatis yang terjadi pada dirinya (Figley, 1995). *Compassion fatigue* juga digambarkan sebagai kelelahan secara emosional, perasaan frustrasi, hingga depresi akibat simpati dan keterpakuan individu pada orang lain karena tuntutan pekerjaan (Stamm, 2010).

Compassion fatigue digambarkan sebagai kondisi dari kombinasi antara *burnout* dan *secondary traumatic stress* yang merupakan kondisi kelelahan fisik serta psikologis dalam menjalankan tugas dan peran sebagai *caregiver*. *Compassion fatigue* dapat dialami oleh berbagai profesi yang menuntut keterlibatan emosional sebagai salah satu bagian dari pekerjaannya, salah satunya adalah perawat jiwa yang berperan sebagai penyedia layanan kesehatan yang menghadapi berbagai kasus gangguan secara

psikologis. *Compassion fatigue* muncul secara alamiah sebagai respons terhadap emosi yang dirasakan oleh perawat jiwa atas paparan permasalahan atau peristiwa traumatis yang dialami oleh pasien. *Compassion fatigue* cenderung terjadi secara kumulatif dari waktu ke waktu karena paparan yang terus didapatkan oleh perawat jiwa melalui pelayanan dan penanganan yang diberikan kepada pasien (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016).

Penanganan yang diberikan terhadap ODS merupakan hal yang kompleks dan tidak mudah karena berbagai gejala negatif, efek destruktif yang ditimbulkan, hingga penolakan yang ditunjukkan oleh ODS pada upaya penanganan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (Sibuea & Satiningsih, 2023). Skizofrenia merupakan gangguan yang mencakup berbagai aspek kehidupan individu yang meliputi persepsi, pengalaman diri, pemikiran, motivasi, kognisi, pengekspresian emosi, hingga gangguan pada pengaturan perilaku (World Health Organization, 2022). Skizofrenia membuat penderitanya mengalami distorsi realitas akibat delusi dan halusinasi yang sering kali dialami sehingga ODS cenderung kehilangan jati diri hingga mengalami kegagalan dalam menjalankan peran serta fungsinya sebagai masyarakat (Murti et al., 2018).

Distorsi realitas yang dialami oleh ODS tidak jarang menimbulkan berbagai tindakan yang membahayakan, seperti tingkah laku agresif yang dilakukan berupa melukai hingga menghilangkan nyawa dirinya sendiri maupun orang lain. Tingkah laku agresif ODS dilakukan dengan cara yang berbeda-beda, tetapi cenderung ditunjukkan secara fisik maupun verbal, seperti memukul, menusuk, menampar, menendang, mengumpat, mencaci maki, dan sebagainya. Agresivitas tersebut sering kali muncul saat ODS berada pada kondisi tidak stabil, sehingga diperlukan penanganan yang tepat oleh tenaga kesehatan sebagai profesi yang memahami terkait gangguan tersebut (Murti et al., 2018). Namun, tenaga kesehatan berisiko menjadi korban kekerasan akibat tingkah laku agresif dalam proses penanganan yang dilakukan karena sulitnya membangun interaksi yang baik dengan ODS (Alamri et al., 2023). Tenaga kesehatan mendapatkan kekerasan secara fisik melalui tindakan seperti ditarik, dilempari, dipukuli, hingga diludahi, sedangkan kekerasan secara verbal seperti mendapatkan ancaman dari pasien dan mendapatkan berbagai kata-kata kasar.

Penanganan yang diberikan membuat tenaga kesehatan, terutama perawat jiwa memiliki kecenderungan mengalami *compassion fatigue* yang cukup tinggi akibat terpapar pekerjaannya, stres, trauma dari pasien, dan empati yang berujung pada simpati (Alreshidi, 2023; Gustafsson & Hemberg, 2022; Kaya & Molu, 2023; Kelly & Lefton, 2017; Nelma, 2021; Xie et al., 2020). Penelitian oleh Xie et al. (2021) menunjukkan bahwa tenaga kesehatan memiliki kemungkinan sebesar 22% mengalami risiko tinggi terkena *compassion fatigue*. Mendukung penelitian tersebut, penelitian oleh Amelia et al. (2018) menemukan bahwa 70% tenaga kesehatan mengalami *compassion fatigue* dengan keterkaitan terhadap stres kerja, status perkawinan, usia, dan tingkat empati tenaga kesehatan.

Kompleksitas penanganan, kondisi yang tidak stabil, dan distorsi realitas yang dialami ODS membuat tenaga kesehatan memerlukan kesabaran serta ketelatenan yang tinggi untuk menangani ODS. *Compassion fatigue* dapat menyebabkan tenaga kesehatan mengalami ketidakberdayaan dalam melakukan berbagai hal hingga pada perasaan terisolasi dari lingkungan sekitar karena penderitaan yang dialami oleh perawat

jiwa (Figley, 2002). Ketidakberdayaan tersebut turut memengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan karena adanya penurunan intensi perawat jiwa dalam merespons penderitaan yang dialami oleh pasien. Hal tersebut dapat menyebabkan penurunan efektivitas dan kualitas perawatan yang diberikan perawat jiwa pada pasien karena kelelahan yang dialami terhadap penderitaan yang dirasakan (David, 2012). Penurunan efektivitas dan kualitas perawatan tersebut dapat menempatkan pasien dalam risiko yang membahayakan karena pekerjaan perawat jiwa yang menjadi tidak maksimal akibat *compassion fatigue* yang dirasakan (Figley, 2002).

Perasaan terisolasi dari lingkungan sekitar juga dapat berpengaruh pada lingkungan kerja perawat jiwa yang cenderung menjadi tidak kondusif karena *compassion fatigue* yang dialami. Penurunan kualitas perawatan yang terjadi menyebabkan hubungan perawat jiwa dengan rekan sejawat menjadi renggang karena kecenderungan pengabaian yang dilakukan oleh perawat jiwa terhadap pekerjaannya. Hal tersebut kemudian menyebabkan beban rekan sejawat menjadi bertambah karena perlu menanggung beban kerja perawat jiwa tersebut (Lombardo & Eyre, 2011).

Selain dari lingkungan kerja yang menjadi tidak kondusif, kesejahteraan pribadi perawat jiwa juga cenderung mengalami penurunan. Perawat jiwa dapat merasakan perasaan bersalah yang mendalam karena harga diri yang menjadi menurun, pola makan dan tidur yang tidak teratur, sulit berkonsentrasi, energi yang lebih cepat berkurang, dan berbagai dampak lainnya yang berpengaruh terhadap penurunan kesejahteraan pribadi perawat jiwa. Selain itu, kualitas hubungan dengan orang terdekat maupun rekan sejawat juga menjadi menurun karena perubahan perilaku yang ditunjukkan oleh perawat jiwa menyebabkan keintiman dan kualitas hubungan tersebut menjadi berubah (Figley, 2002).

Studi yang dilakukan oleh Nelma (2021) terkait gambaran *compassion fatigue* pada seorang psikolog klinis menunjukkan bahwa paparan secara terus-menerus terhadap penderitaan klien yang ditangani turut berdampak pada berbagai aspek kehidupan psikolog klinis, terkhusus pada kehidupan pribadi dan pekerjaan. Dampak tersebut meliputi interaksi langsung dari psikolog klinis dengan klien dan adanya perubahan interaksi sosial psikolog klinis dengan orang-orang terdekatnya.

Tingginya kecenderungan tenaga kesehatan, terkhusus perawat jiwa mengalami *compassion fatigue* membuat peneliti merasa tertarik untuk mengkaji terkait *compassion fatigue* pada perawat jiwa yang menangani ODS. Beranjak dari uraian permasalahan yang telah dipaparkan, peran perawat jiwa dalam penanganan ODS sangat krusial dan tidak mudah untuk dilakukan, tetapi tuntutan kerja yang berat mengharuskan perawat jiwa tetap menjalankan perannya. Besarnya dampak dari *compassion fatigue* terhadap kondisi perawat jiwa merupakan hal yang perlu menjadi perhatian agar tidak merugikan pasien maupun perawat jiwa itu sendiri. Oleh karena itu, penelitian ini ingin mengkaji terkait gambaran *compassion fatigue* yang terjadi pada perawat jiwa yang menangani ODS.

1.1.1. Tinjauan Pustaka

1.1.1.1. Faktor yang Memengaruhi *Compassion Fatigue*

Compassion fatigue sebagai salah satu bentuk penderitaan yang dirasakan oleh tenaga kesehatan dapat muncul karena berbagai faktor yang saling memengaruhi. Adapun faktor yang dapat memengaruhi *compassion fatigue*, yaitu:

a) *Traumatic Stressors*

Traumatic stressors terbagi atas dua, yaitu *primary trauma* dan *secondary trauma*. *Primary trauma* digambarkan sebagai berbagai hal yang secara langsung memengaruhi tenaga kesehatan di tempat kerja, seperti tindakan kekerasan yang dilakukan oleh pasien. Sementara, *secondary trauma* digambarkan sebagai berbagai penderitaan orang lain yang disaksikan dan tidak dialami langsung oleh perawat jiwa (Todaro-Franceschi, 2025).

b) *Prolonged Exposure*

Paparan terhadap berbagai peristiwa traumatis dari pasien secara terus-menerus dalam jangka waktu yang lama dapat meningkatkan *stress* pada diri perawat jiwa. *Stress* berkepanjangan yang dirasakan dapat menyebabkan permasalahan fisik dan psikologis dan berujung pada peningkatan kecenderungan terjadinya *compassion fatigue*. Paparan secara berkepanjangan yang dialami oleh perawat jiwa dapat disebabkan karena tuntutan pekerjaan yang mengharuskan tenaga kesehatan menghadapi dan memberikan perawatan terhadap individu yang mengalami gangguan psikologis tertentu, sehingga penderitaan yang dirasakan oleh pasien juga dirasakan oleh perawat jiwa. Selain itu, *prolonged exposure* juga dapat disebabkan karena keinginan perawat jiwa untuk memberikan respons terhadap penderitaan yang dimiliki oleh pasien karena rasa tanggung jawab untuk mengurangi penderitaan tersebut (Todaro-Franceschi, 2025).

c) *Traumatic Memories Recollections*

Tuntutan pekerjaan dalam menangani berbagai permasalahan pasien atau klien membuat tenaga kesehatan memiliki berbagai pengalaman menyenangkan hingga kurang menyenangkan. Pengalaman kurang menyenangkan membuat tenaga kesehatan mengalami reaksi emosional akibat interaksi yang terus dilakukan dengan pasien. Intensitas interaksi, paparan terhadap penderitaan pasien atau klien, ancaman yang didapatkan, hingga kejadian pasien atau klien yang bersinggungan dengan pengalaman yang pernah dialami oleh perawat jiwa berpotensi menyebabkan *compassion fatigue* karena ingatan perawat jiwa terhadap *traumatic memories* tersebut (Figley, 2002).

d) *Degree of Life Disruptions*

Perubahan hidup yang tidak terduga dan terjadi secara mendadak terhadap kehidupan perawat jiwa meliputi rutinitas, gaya hidup, pengelolaan tanggung jawab, kesehatan, dan sebagainya dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya *compassion fatigue*. Meskipun perubahan hidup yang terjadi cenderung berdampak pada tingkat *stress* yang dapat dikelola, tetapi kombinasi perubahan tersebut dengan faktor risiko

lainnya dapat membuat perawat jiwa mengalami *compassion fatigue*. Berbagai perubahan tidak terduga yang terjadi secara mendadak dapat membuat perawat jiwa cenderung kewalahan dan kesulitan dalam menyesuaikan diri untuk menyeimbangkan antara perubahan pola hidup tersebut dengan tuntutan pekerjaan yang dimiliki (Figley, 2002).

1.1.1.2. Tanda dan Gejala *Compassion Fatigue*

Compassion fatigue dapat ditandai dengan berbagai gejala yang dialami oleh perawat jiwa pada berbagai aspek meliputi aspek fisik, emosional, dan pekerjaan. Berbagai gejala yang dialami dapat terus meningkat secara bertahap dari waktu ke waktu akibat *stress* yang terus-menerus dirasakan oleh perawat jiwa, terutama jika perawat jiwa mengabaikan berbagai gejala awal yang dialami dan tidak memedulikan keadaan diri sendiri. Adapun tanda dan gejala *compassion fatigue* yang dialami oleh perawat jiwa, yaitu (Boyle, 2011; Figley, 1995; Lombardo & Eyre, 2011):

a) Aspek Fisik

Beberapa tanda dan gejala *compassion fatigue* pada aspek yang berkaitan dengan fisik meliputi pusing, kelelahan, ketegangan otot, gangguan tidur (contohnya insomnia, sulit tidur, dan terlalu banyak tidur), gangguan pencernaan (contohnya mudah sakit perut, sembelit, dan diare), mudah kekurangan energi, lebih cepat kehilangan daya tubuh, mengalami *cardiac symptom* (contohnya jantung berdebar dan mengalami nyeri pada dada), dan menggunakan berbagai obat-obatan untuk menunjang kesehatan fisik.

b) Aspek Emosional

Beberapa tanda dan gejala *compassion fatigue* pada aspek yang berkaitan dengan emosional meliputi menjadi lebih mudah marah, lebih sensitif, mudah merasa gelisah atau cemas, berkurangnya antusiasme terhadap berbagai hal, dan suasana hati yang cepat berubah.

c) Aspek Pekerjaan

Beberapa tanda dan gejala *compassion fatigue* pada aspek yang berkaitan dengan pekerjaan meliputi merasa kurang menikmati atau kurang nyaman dengan pekerjaan yang dilakukan, keinginan untuk berhenti dari pekerjaan, lebih sering terlambat, lebih sering tidak hadir untuk bekerja, menghindari situasi yang intens dengan pasien, merasa takut untuk bekerja menghadapi pasien tertentu, kinerja yang menurun, sulit fokus karena adanya penurunan konsentrasi, dan permasalahan terhadap ingatan karena menjadi lebih mudah lupa atau salah dalam mengingat sesuatu

1.1.1.3. Tahapan *Compassion Fatigue*

Terdapat tiga tahapan yang dapat terlihat ketika perawat jiwa mengalami *compassion fatigue*. Ketiga tahapan tersebut akan berlanjut ke tahap berikutnya jika tidak segera ditangani dan disadari pada tahap sebelumnya. Adapun tiga tahapan *compassion fatigue*, yaitu (Coetzee & Klopper, 2010):

a) *Compassion Discomfort*

Compassion discomfort merupakan tahapan pertama yang menjadi tahap awal ketika perawat jiwa mengalami *compassion fatigue*. Pada tahap ini, perawat jiwa

menunjukkan berbagai ciri yang menunjukkan perasaan tidak nyaman secara emosional akibat kontak yang terus-menerus dilakukan dengan pasien. Terdapat beberapa ciri yang dapat dilihat jika perawat jiwa berada pada tahap *compassion discomfort*, yaitu perasaan lelah dan jenuh setelah berinteraksi dengan pasien, perubahan emosional yang ringan seperti menjadi lebih mudah tersinggung, dan mulai kehilangan antusiasme terhadap pekerjaan. Namun, berbagai ciri tersebut masih belum berdampak pada pekerjaan perawat jiwa karena padahal tahap ini perawat jiwa masih dapat memberikan perawatan dengan baik jika dapat mengatasi *compassion discomfort* dengan tepat. Adapun beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mengatasi *compassion discomfort* adalah dengan melakukan kegiatan di luar pekerjaan yang menyenangkan, mengambil waktu untuk beristirahat dari rutinitas harian dalam merawat pasien, mencari dukungan dari lingkungan sekitar, dan berbagai hal lainnya yang dapat membantu bagi perawat jiwa.

b) *Compassion Stress*

Compassion Stress merupakan tahapan kedua yang terjadi pada perawat jiwa yang mengalami *compassion fatigue*. Tahapan kedua ini terjadi jika *compassion discomfort* yang dialami sebelumnya tidak ditangani dengan baik. Pada tahap ini, perawat jiwa mulai merasakan tekanan emosional yang meningkat secara perlahan hingga dapat mengganggu kesejahteraan fisik dan psikis perawat jiwa.

Terdapat beberapa ciri-ciri yang dapat terlihat jika terjadi *compassion stress* pada perawat jiwa. Pertama, perawat jiwa mulai mengalami berbagai gejala fisik yang berdampak pada penurunan kesehatan, seperti masalah tidur, sakit kepala, dan nyeri otot. Kedua, perawat jiwa sering mengalami stres hingga merasa cemas karena pekerjaan. Ketiga, perawat jiwa mulai merasakan kelelahan secara emosional meskipun telah berusaha untuk beristirahat dari pekerjaannya. Keempat, performa kerja dari perawat jiwa mulai menurun karena merasa sulit untuk berkonsentrasi. Kelima, terdapat kemungkinan terjadi konflik sosial dengan pasien atau rekan kerja karena kelelahan yang dialami.

Compassion stress yang tidak dapat dikelola dengan baik dapat berdampak pada diri perawat jiwa yang akan berkembang menjadi *compassion fatigue*. Namun, terdapat beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi *compassion stress*, seperti mencari dukungan profesional berupa konseling, mengurangi beban kerja dalam tahap wajar, dan melakukan berbagai teknik relaksasi seperti olahraga ringan maupun meditasi.

c) *Compassion Fatigue*

Compassion fatigue merupakan tahap ketiga yang menjadi tahap akhir dari ketiga tahapan *compassion fatigue* ini. Pada tahap ini, perawat jiwa mengalami kelelahan secara emosional, psikis, dan fisik yang serius karena intensitas perawatan yang diberikan pada pasien yang disertai dengan tekanan berulang akibat *compassion discomfort* dan *compassion stress* yang tidak teratasi. *Compassion fatigue* yang dialami oleh perawat jiwa dapat berdampak pada kehidupan sehari-hari hingga pada pekerjaan yang menimbulkan keinginan perawat jiwa untuk keluar dari pekerjaannya.

Terdapat beberapa ciri yang dapat terlihat jika perawat jiwa mengalami *compassion fatigue*, yaitu:

1. Kualitas perawatan pada pasien yang mulai menurun
2. Terdapat berbagai gejala fisik berat yang dialami perawat jiwa, seperti gangguan makan, lebih sering mengalami sakit pada bagian tubuh tertentu, dan insomnia
3. Kehilangan minat dan kepedulian terhadap pasien hingga berujung pada hilangnya kepedulian terhadap penderitaan yang dirasakan pasien
4. Hubungan sosial yang memburuk seperti mengurangi hingga menarik diri dari interaksi bersama keluarga, rekan kerja, dan orang lainnya
5. Terdapat perubahan perilaku yang drastis, seperti menjadi acuh terhadap pekerjaan
6. Merasa kelelahan dan tidak berdaya secara fisik dan emosional

Compassion fatigue dapat diatasi dengan beberapa hal yang sekiranya dapat membantu perawat jiwa untuk mengatasi masa tersebut. Beberapa cara yang dapat dilakukan adalah dengan mengambil waktu istirahat atau cuti yang lebih lama hingga keadaan menjadi lebih baik, mencari dukungan profesional, dan mencari tahu serta menerapkan strategi perawatan diri untuk mengatasi kelelahan dalam jangka pendek.

1.2. Tujuan dan Manfaat

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan mengkaji terkait gambaran *compassion fatigue* pada perawat jiwa yang menangani Orang Dengan Skizofrenia (ODS). Adapun manfaat penelitian ini secara teoretik, diharapkan dapat memberikan pemahaman yang mendalam terkait *compassion fatigue* pada perawat jiwa yang menangani ODS. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan kontribusi yang bermanfaat terhadap pengembangan keilmuan psikologi, terkhusus pada bidang klinis yang menyangkut dengan berbagai gangguan psikologis yang dialami oleh individu.

Selain itu, hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan dua manfaat praktis. Pertama, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih mendalam terkait topik *compassion fatigue*. Kedua, penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran setiap individu terkait kondisi dirinya, sehingga dapat mencegah, meminimalkan, dan mengatasi *compassion fatigue* yang mungkin terjadi akibat beberapa faktor.

BAB II

METODE PENELITIAN

2.1. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif agar dapat menggambarkan secara jelas dan lebih mendalam terkait topik yang dikaji, yaitu *compassion fatigue* pada perawat jiwa yang menangani ODS. Penelitian ini menggunakan pendekatan *phenomenological descriptive* Giorgi (1985) agar dapat menggali secara lebih mendalam terkait pengalaman *compassion fatigue* pada perawat jiwa yang menangani ODS. Selain itu, pendekatan tersebut juga dipilih karena penelitian ini berfokus pada deskripsi pengalaman setiap partisipan tanpa adanya interpretasi atau penilaian pribadi dari peneliti.

2.2. Sumber Data

Penelitian ini berfokus pada perawat jiwa yang merupakan salah satu bagian dari tenaga kesehatan. Partisipan dalam penelitian ini dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* dengan menentukan atau mengelompokkan partisipan berdasarkan kriteria yang telah ditentukan sesuai dengan relevansinya dengan pertanyaan penelitian. Teknik *purposive sampling* dipilih agar dapat menggambarkan hasil penelitian secara lebih representatif melalui karakteristik yang telah ditentukan.

Partisipan ditentukan atas beberapa karakteristik yang diharapkan dapat memberikan informasi yang sesuai dengan tujuan dari penelitian ini. Adapun karakteristik dalam penelitian ini, yaitu:

- a) Aktif bekerja sebagai tenaga kesehatan perawat jiwa minimal 3 tahun dengan pertimbangan telah memiliki pengalaman dalam menangani dan mendampingi ODS serta telah beradaptasi dengan kondisi tempat perawat jiwa bekerja (Benner, 2001).
- b) Sedang menangani, mendampingi, dan memberikan perawatan pada ODS.
- c) Mengalami *compassion fatigue* tingkat sedang dengan skor 23-41 dan tinggi dengan skor 42 atau lebih yang diukur menggunakan *Professional Quality of Life Version-V Scale (Proqol-V)* oleh Stamm (2012) yang diadaptasi dalam Bahasa Indonesia oleh (Eka & Tahulending, 2018). Skor *compassion fatigue* didapatkan melalui skor *burnout scale* dan *secondary traumatic scale* yang terdapat di dalam *Proqol-V Scale*.

Penelitian dilakukan di RSKD Dadi Makassar terlebih dahulu memberikan *Proqol-V Scale* kepada perawat jiwa sebagai bentuk *screening* awal untuk mencari partisipan penelitian. *Screening* awal dilakukan untuk mengelompokkan perawat jiwa yang berada pada tingkat *compassion fatigue* sedang hingga tinggi berdasarkan hasil dari skala yang telah diberikan. Pelaksanaan *screening* dilakukan sebanyak 4 kali pada 6, 8, 11 Januari dan 21 Februari 2024 pada 15 perawat jiwa di 2 bangsal dan 10 perawat jiwa di IGD Psikiatri RSKD Dadi.

Berdasarkan hasil *screening* tersebut, ditemukan 13 perawat jiwa yang mengalami *compassion fatigue* tingkat sedang dan 2 perawat jiwa yang mengalami *compassion fatigue* tingkat tinggi. Setelah itu, peneliti menghubungi seluruh perawat jiwa yang mengalami *compassion fatigue*, dan 5 perawat jiwa dengan rincian 3 dari bangsal dan 2 dari IGD Psikiatri menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian

dengan melakukan *in-depth interview*. Partisipan yang menyatakan bersedia merupakan 4 perawat jiwa yang berada pada tingkat *compassion fatigue* sedang dan 1 perawat jiwa yang berada pada tingkat *compassion fatigue* tinggi.

2.3. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan melalui *in-depth interview* dengan pertemuan langsung secara tatap muka yang melibatkan peneliti dan partisipan. Hal tersebut dilakukan agar dapat memperoleh gambaran yang jelas terkait perspektif partisipan tentang topik penelitian yang diangkat. Waktu wawancara ditentukan berdasarkan kesepakatan bersama partisipan yang seluruhnya dilakukan saat partisipan berada pada waktu akhir *shift* bekerja. Wawancara dilakukan sebanyak 1 kali pada setiap partisipan dengan durasi selama 40 hingga 60 menit dengan rata-rata waktu wawancara selama 50 menit untuk setiap partisipan. Proses wawancara yang berlangsung direkam secara audio menggunakan *handphone* peneliti setelah mendapatkan persetujuan dari partisipan.

Adapun proses etis selama proses pengumpulan data dilakukan peneliti dengan terlebih dahulu memberikan informasi yang jelas terkait penelitian yang dilakukan saat meminta kesediaan partisipan untuk diwawancara melalui *information sheet* yang berisi tujuan dan prosedur penelitian serta kerahasiaan informasi dan identitas partisipan. Setelah itu, peneliti menyampaikan bahwa partisipasi pada penelitian ini bersifat sukarela, sehingga partisipan berhak untuk menolak berpartisipasi dalam penelitian ini. Setelah mendapatkan kesediaan partisipan, peneliti memberikan *informed consent* sebagai lembar persetujuan kesediaan partisipasi dalam penelitian ini.

2.4. Teknik Analisis Data

Proses analisis data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan *Descriptive Phenomenological Analysis* (DPA). DPA merupakan salah satu teknik khusus untuk melakukan analisis data pada penelitian fenomenologi dengan berfokus pada proses identifikasi berbagai kategori sebagai kata kunci dari hasil penelitian yang didapatkan. Berdasarkan kategori tersebut kemudian akan membentuk tema tertentu yang dapat membantu peneliti untuk memberikan gambaran yang rinci terkait hasil penelitian yang didapatkan. Selain itu, peneliti juga menggunakan *software* MAXQDA untuk membantu proses organisasi dan analisis data yang dilakukan. Adapun tahapan analisis data yang dilakukan peneliti, yaitu (Kahija, 2017):

a) Membaca Transkrip Wawancara Berulang Kali dan Menentukan Unit Makna

Setelah membuat transkrip wawancara, peneliti membaca transkrip tersebut berulang kali untuk dapat masuk lebih dalam pada pengalaman partisipan berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan. Setelah memahami isi transkrip secara keseluruhan, peneliti kemudian membuat tanda pada transkrip yang dirasa penting dan berkaitan dengan penelitian. Setiap tanda yang dibuat disebut sebagai unit makna.

b) Membuat Deskripsi Unit Makna

Setelah mendapat seluruh unit makna, peneliti memisahkan setiap unit makna tersebut dengan memberikan penomoran agar peneliti dapat berfokus pada setiap unit makna. Setelah selesai memberikan penomoran, peneliti kemudian membuat deskripsi

unit makna untuk setiap unit makna yang ditemukan pada setiap partisipan. Deskripsi unit makna merupakan proses pendeskripsian unit makna menggunakan bahasa peneliti. Pada tahapan ini, peneliti diharapkan dapat mendeskripsikan unit makna sedekat mungkin dengan bahasa yang disampaikan partisipan tetapi tetap tidak mengubah makna tersebut.

c) Membuat Deskripsi Psikologis

Setelah menyelesaikan pembuatan deskripsi unit makna, peneliti selanjutnya membuat deskripsi psikologis untuk setiap partisipan. Pada tahap ini, peneliti menyatukan beberapa deskripsi unit makna yang memiliki kedekatan makna maupun merupakan satu kesatuan pengalaman yang terpisah oleh unit makna. Selain itu, pada tahap ini juga peneliti diharapkan dapat memastikan bahwa hasil dari deskripsi psikologis yang telah dibuat merupakan hal yang seluruhnya relevan dengan pertanyaan penelitian dan tidak terdapat pernyataan yang tumpang tindih maupun berulang berdasarkan deskripsi unit makna yang telah dibuat sebelumnya.

d) Membuat Deskripsi Struktural

Setelah menyelesaikan pembuatan deskripsi psikologi, peneliti selanjutnya membuat deskripsi struktural. Pada tahap ini, peneliti menggabungkan beberapa deskripsi psikologis menjadi satu kesatuan untuk dideskripsikan sebagai deskripsi struktural. Melalui deskripsi struktural ini, peneliti diharapkan dapat menggambarkan inti pengalaman partisipan secara lebih jelas dari tahap-tahap sebelumnya.

e) Membentuk Tema Individual

Setelah menyelesaikan pembuatan deskripsi struktural, selanjutnya peneliti membentuk tema individual untuk setiap partisipan. Tema individual merupakan tema yang terbentuk berdasarkan deskripsi struktural. Selain itu, tema individual juga diharapkan dapat menggambarkan kondisi atau pengalaman partisipan yang tertuang dalam deskripsi struktural yang telah dibuat sebelumnya.

f) Membentuk Sintesis Tema

Tahap terakhir pada proses analisis data DPA adalah pembentukan sintesis tema. Peneliti membentuk sintesis tema berdasarkan tema-tema individual yang telah diintegrasikan. Pada tahap ini, peneliti diharapkan membentuk sintesis tema yang dapat menyatukan seluruh partisipan hingga dapat membentuk tema esensial.

2.5. Teknik Keabsahan Data

Teknik keabsahan data yang digunakan pada penelitian ini adalah *credibility*. *Credibility* pada sebuah penelitian dilakukan untuk dapat memastikan bahwa hasil penelitian dapat menggambarkan pengalaman dari partisipan secara aktual (Cresswell & Creswell, 2018). Adapun strategi yang dilakukan untuk memastikan kredibilitas pada penelitian ini adalah melalui *member checking* dan *peer review*.

Strategi *member checking* dilakukan dengan meminta kesediaan partisipan untuk membaca kembali hasil penelitian yang didapatkan untuk memastikan keakuratan dari hasil penelitian tersebut. Proses *member checking* pada penelitian ini dilakukan

dengan peneliti kembali melakukan pertemuan bersama setiap partisipan untuk memperlihatkan transkrip wawancara dan bagan hasil penelitian yang telah dibuat. Pada proses tersebut, peneliti juga turut menjelaskan bagan hasil penelitian untuk mengonfirmasi keakuratan hasil penelitian tersebut berdasarkan pengalaman atau penjelasan yang telah disampaikan partisipan saat wawancara berlangsung. Selama proses *member checking* tersebut, ditemukan keselarasan antara penjelasan partisipan saat wawancara dengan hasil interpretasi yang telah dituang peneliti melalui hasil penelitian ini.

Strategi *peer review* dilakukan dengan melakukan diskusi bersama dosen pembimbing untuk meminimalkan bias pribadi peneliti dan mendapatkan perspektif lain terkait hasil penelitian tersebut. Dosen pembimbing memberikan berbagai masukan untuk dapat memperdalam hasil analisis pada penelitian ini. Seluruh masukan yang diberikan oleh dosen pembimbing dicatat secara rinci oleh peneliti, sehingga peneliti dapat memiliki gambaran yang lebih jelas terkait seluruh masukan yang diberikan.

2.6. Prosedur Penelitian

2.6.1. Persiapan Penelitian

Persiapan penelitian dilakukan dengan menyusun proposal penelitian yang didampingi oleh dosen pembimbing yang senantiasa memberikan arahan dan masukan terkait proposal yang peneliti susun. Peneliti menyusun proposal dengan terlebih dahulu menentukan topik menarik yang ingin dikaji agar dapat menentukan fokus dan pertanyaan penelitian berdasarkan topik tersebut. Selain itu, peneliti juga menyusun instrumen penelitian untuk membantu proses pengambilan data. Proses penyusunan proposal dan instrumen penelitian berlangsung dalam kurun waktu kurang lebih selama tiga bulan.

Selain penyusunan proposal, peneliti juga melakukan persiapan penelitian dengan melakukan perizinan pada pihak-pihak terkait. Peneliti terlebih dahulu mengajukan surat izin pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) dengan melampirkan surat izin penelitian dari Prodi Psikologi Unhas dan proposal penelitian. Setelah itu, peneliti memberikan surat pengantar perizinan penelitian dari DPMPTSP kepada pihak terkait di RSKD Dadi Makassar untuk memberikan perizinan penelitian di RSKD Dadi Makassar. Pengurusan surat izin dan pemberian izin penelitian berlangsung dalam kurun waktu kurang lebih selama satu bulan.

2.6.2. Pelaksanaan Penelitian

Pelaksanaan penelitian dilakukan dengan pengumpulan dan analisis data yang didapatkan. Pengumpulan data dilakukan di RSKD Dadi Makassar dengan perawat jiwa yang telah bekerja minimal 3 tahun sebagai partisipan penelitian. Terdapat 2 tahap pengumpulan data, yaitu *screening* dengan penyebaran *Proqol-V scale* pada perawat jiwa yang sesuai dengan kriteria partisipan dan pelaksanaan *in-depth interview* pada partisipan yang mengalami *compassion fatigue* sedang atau tinggi dan bersedia untuk berpartisipasi pada penelitian. Proses pengumpulan data berlangsung dalam kurun waktu kurang lebih selama satu bulan.

Pada tahap analisis data, peneliti menggunakan *software* MAXQDA untuk membantu peneliti melakukan proses organisasi data yang telah didapatkan melalui hasil wawancara bersama partisipan. Hasil analisis data yang dilakukan kemudian dituliskan pada bagian hasil dan pembahasan pada laporan akhir yang disusun oleh peneliti. Setelah menuliskan hasil penelitian, peneliti kemudian meminta kesediaan partisipan untuk membaca kembali hasil penelitian untuk memastikan keakuratan hasil penelitian tersebut. Selain itu, peneliti juga meminta kesediaan pembimbing untuk dapat membantu mengevaluasi atau memberikan tanggapan terkait deskripsi yang dibuat oleh peneliti berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan. Proses analisis data berlangsung dalam kurun waktu kurang lebih selama tiga minggu.

2.6.3. Penyusunan Laporan

Penyusunan laporan dilakukan guna melaporkan seluruh hasil penelitian yang dilakukan. Pada tahap ini, peneliti senantiasa didampingi oleh dosen pembimbing yang memberikan arahan dan masukan terkait seluruh hal yang dituliskan di dalam laporan akhir. Proses penyusunan laporan berlangsung dalam kurun waktu enam bulan.