

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pada masa pandemi Covid-19 sekarang ini, rumah sakit sangat dibutuhkan dan minim tempat ruang inap pasien karena terjadinya lonjakan yang tinggi pasien Covid-19. peran dan fungsi tenaga kesehatan sangatlah penting. Jumlah kasus Covid-19 di dunia masih belum bisa disebut aman, karena tambahan kasus harian angkanya diatas 500 ribu lebih (*Tirto.id*, 2021). Data *Worldometers* pada tanggal 5 November 2021, angka tepat untuk penambahan kasus harian adalah 507.135, sehingga jumlah kumulatif globalnya menjadi 249.308.764 kasus positif dari seluruh dunia.

Adanya pelonjakan kasus Covid-19 di masa pandemi ini menyebabkan meningkatnya jumlah kunjungan pasien sehingga kebutuhan layanan keperawatan di rumah sakit bahkan terjadi *overload*, dikarenakan adanya ketidakseimbangan jumlah pasien dan tenaga kesehatan yang dinas di rumah sakit. Ruangan yang digunakan selama masa pandemi banyak kunjungan baik di ruang IGD, ICU, maupun isolasi sehingga perawat yang ada di ruangan tersebut berpotensi mengalami stress karena tanggung jawab yang tinggi serta tuntutan pekerjaan yang banyak dalam memberikan layanan asuhan keperawatan yang berhubungan dengan keselamatan pasien di masa pandemi Covid-19.

Prestiana dan Purbandini (Dyan Anggryani Rambu, 2020) mengatakan bahwa tidak semua perawat mampu menjalankan tugas dan fungsinya dengan baik, sering kali mereka mengalami kelelahan mental dan emosional

akibat tugasnya yang harus selalu siap memberikan pelayanan yang maksimal bagi orang lain. Hal ini akan menurunkan energi yang dimiliki dan emosi yang meningkat serta menimbulkan tekanan yang mengakibatkan perawat mengalami kelelahan fisik, emosional dan mental yang disebut dengan gejala *burnout*. Efek yang timbul akibat *burnout* adalah menurunnya motivasi terhadap kerja, sinisme, timbulnya sikap negatif, frustrasi, timbul perasaan ditolak oleh lingkungan dan gagal. Seseorang dikatakan memiliki *burnout syndrome* jika orang tersebut mengalami kelelahan emosional (*emotional exhaustion*), depersonalisasi dan penurunan prestasi diri (Dora, 2014).

World Health Organization (WHO) memperkirakan terdapat potensi kekurangan profesi perawat secara global sebanyak 7,6 juta pada tahun 2030. Menurut HU et al, 2020; Woo, Ho, Tang, & Tam (2020) mengatakan bahwa sebanyak 35% tenaga perawat melaporkan tidak ingin melakukan praktik karena mengalami *burnout* (Antari et al., 2021). Di Indonesia, studi mengenai *burnout* sudah mulai banyak di publikasikan, salah satunya mengenai *burnout* pada profesi perawat. Hasil studi penelitian **Dr. dr. Dewi Soemarko, MS, SpOK** mendapati fakta bahwa 83% dokter dan tenaga kesehatan mengalami *burnout syndrome* derajat sedang sampai berat selama pandemi virus corona. Hasil penelitian menunjukkan semua tenaga kesehatan mengalami *burnout* pada tingkatan yang berbeda. Salah satu tenaga kesehatan tersebut ialah perawat yang mengalami *burnout* dengan prevalensi 84% (Humas FKUI, 2020). Dari hasil penelitian Pratiwi & Nurtjahjanti (2018) bahwa dari 90 responden terdapat hubungan negatif dan

signifikan antara spiritualitas kerja dengan *burnout* pada perawat rawat inap RSI Sultan Agung. Hal ini menunjukkan semakin tinggi spiritualitas kerja, maka semakin rendah *burnout* yang dialami. Begitupun sebaliknya, semakin rendah spiritualitas kerja, maka semakin tinggi *burnout* yang dialami. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada bulan November 2021 pada 5 orang perawat di ruang IGD, 5 orang perawat di ruang ICU, dan 5 orang perawat di ruang isolasi RSUD Blambangan Banyuwangi terdapat 13 orang perawat yang mengalami *Burnout* dengan kriteria lelah.

Menurut Baron dan Greenberg (Nugroho & Marselius, 2012), terdapat dua faktor penyebab yang menimbulkan terjadinya *burnout*, yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Faktor eksternal meliputi lingkungan kerja psikologis yang kurang baik, kurangnya kesempatan untuk promosi, imbalan yang diberikan tidak mencukupi, kurangnya dukungan sosial dari atasan, tuntutan pekerjaan, pekerjaan yang monoton. Sedangkan faktor internal meliputi usia, jenis kelamin, harga diri, dan karakteristik kepribadian. Berdasarkan faktor-faktor *burnout* yang telah dijelaskan, *self efficacy* termasuk dalam karakteristik kepribadian, yang mengacu pada kepercayaan individu akan kemampuan untuk kesuksesan dalam melakukan sebuah pekerjaan (Puspitasari dan Handayani, 2014). Selain itu, pada hasil penelitian Subramaniam dan Panchanathan (2016) menunjukkan bahwa kepribadian memiliki hubungan positif yang signifikan dengan spiritualitas kerja individu (Pratiwi & Nurtjahjanti, 2018). Yang mana pada hasil penelitian Doraiswamy dan Deshmukh (2015) menunjukkan bahwa

spiritualitas kerja bermanfaat dalam mengurangi persepsi perawat terhadap stres kerja yang menyebabkan terjadinya *burnout* pada perawat itu sendiri.

Dalam beberapa penelitian mengatakan bahwa tingkat spiritual dan aktivitas spiritual seperti kegiatan beribadah dapat membentuk rasa puas dan tenang terhadap kehidupan sehari-harinya dibandingkan dengan seseorang yang memiliki tingkat spiritual dan kegiatan beribadahnya yang lemah (Atiqoh, 2018)

Sebagai profesi perawat yang bekerja di ruang IGD, ICU, isolasi dalam menjalankan tuntutan tugas dan tanggung jawabnya ketika bekerja diharapkan dapat mengontrol koping stress dan emosional yang dialami dalam melakukan tugas atau tindakan keperawatan dan pemenuhan spiritualitas perawat. Dengan melakukan hal tersebut, perawat yang memiliki *self efficacy* dan tingkat spiritualitas yang tinggi akan mengurangi terjadinya *burnout*. Selain itu, perawat juga dapat bekerja sama dan melakukan komunikasi dengan yang lain apabila mendapatkan masalah-masalah ketika melakukan tindakan keperawatan. Hal tersebut dapat memperkecil kemungkinan terjadinya *burnout* pada perawat (NS Widanti, W Budi, 2010).

Berkaitan dengan hal diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Hubungan *Self Efficacy* Dan Tingkat Spiritualitas Dengan *Burnout Syndrome* Pada Perawat Di Ruang Kritis RSUD Blambangan Pada Masa Pandemi Covid-19 Tahun 2022”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti dapat merumuskan masalah yaitu : Apakah terdapat hubungan *Self Efficacy* dan Tingkat Spiritualitas dengan *Burnout Syndrome* pada perawat di ruang kritis RSUD Blambangan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui bagaimana hubungan *self efficacy* dan tingkat spiritualitas dengan *burnout syndrome* pada perawat di ruang kritis RSUD Blambangan.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasinya *self efficacy* pada perawat di ruang kritis RSUD Blambangan pada masa pandemi covid-19 tahun 2022.
- 2) Mengidentifikasinya tingkat spiritualitas pada perawat di ruang kritis RSUD Blambangan pada masa pandemi covid-19 tahun 2022.
- 3) Mengidentifikasinya *burnout syndrome* pada perawat di ruang kritis RSUD Blambangan pada masa pandemi covid-19 tahun 2022.
- 4) Menganalisis hubungan *self efficacy* dan tingkat spiritualitas dengan *burnout syndrome* pada perawat di ruang kritis RSUD Blambangan pada masa pandemi covid-19 tahun 2022.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan tentang *self efficacy* dan tingkat spiritualitas yang dihubungkan dengan *burnout syndrome* pada perawat di Ruang Kritis RSUD Blambangan pada masa pandemi covid-19 tahun 2022.

1.4.2 Manfaat Praktisi

1.4.2.1 Bagi Peneliti

Dengan penelitian ini diharapkan peneliti akan mengetahui tentang hubungan *self efficacy* dan tingkat spiritualitas dengan *burnout syndrome* pada perawat di ruang kritis RSUD Blambangan pada masa pandemi covid-19 tahun 2022.

1.4.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dengan penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan bahan pembelajaran bagi mahasiswa tentang *self efficacy* dan tingkat spiritualitas dengan *burnout syndrome* pada perawat di ruang kritis RSUD Blambangan pada masa pandemi covid-19 tahun 2022.

1.4.2.3 Bagi Tempat Penelitian

Dengan penelitian ini diharapkan dapat menjadikan sebagai masukan atau informasi tentang *self efficacy* dan tingkat spiritualitas dan *burnout syndrome* pada perawat di ruang kritis RSUD Blambangan pada masa pandemi covid-19 tahun 2022.

1.4.2.4 Bagi Responden

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai tentang *self efficacy* dan tingkat spiritualitas dengan *burnout syndrome* pada perawat di ruang kritis RSUD Blambangan pada masa pandemi covid-19.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Self Efficacy*

2.1.1 Pengertian *Self Efficacy*

Self Efficacy pertama kali diperkenalkan oleh Albert Bandura, *Self Efficacy* merupakan masalah kemampuan yang dirasakan individu untuk mengatasi situasi khusus sehubungan dengan penilaian atas kemampuan untuk melakukan satu tindakan yang ada hubungannya dengan tugas khusus atau situasi tertentu yang dialami seseorang (Oktariani, 2018).

Menurut Bandura, *self efficacy* merupakan persepsi individu akan keyakinan kemampuannya melakukan tindakan yang diharapkan. Keyakinan *self efficacy* mempengaruhi pilihan tindakan yang akan dilakukan, besarnya usaha dan ketahanan diri ketika berhadapan dengan hambatan atau kesulitan. Individu dengan *self efficacy* tinggi memilih melakukan usaha lebih besar dan pantang menyerah (Oktariani, 2018).

Self efficacy yaitu kemampuan diri yang dimiliki seseorang untuk menggerakkan pikiran dan hati dalam bertindak mencapai harapan (Pertamita, 2017). *Self Efficacy* merupakan suatu perilaku yang ada pada individu untuk yakin dan percaya bahwa dirinya mampu untuk mencapai tujuannya tersebut (Yousif et al., 2018).

2.1.2 Aspek-Aspek *Self Efficacy*

Bandura, 1997 (Hartawati & Mariyanti, 2014) pengukuran *self efficacy* yang dimiliki seseorang mengacu pada tiga dimensi, yaitu:

1. Tingkat kesulitan tugas (*magnitude*)

Dimensi ini mengacu pada derajat kesulitan tugas individu, dimana individu merasa mampu untuk melakukannya. Penilaian *self efficacy* pada setiap individu akan berbeda-beda, baik pada saat menghadapi tugas yang mudah atau tugas yang sulit. Tingkat kesulitan tugas tersebut dinilai oleh individu tersebut dan tergantung persepsi dari individu itu sendiri terhadap tugas tersebut. Jadi, dalam menentukan derajat kesulitan suatu tugas akan berbeda satu sama lain, tergantung penilaian yang dilakukan oleh individu tersebut.

2. Keluasan (*generality*)

Dimensi ini mengacu pada variasi situasi dimana individu merasa yakin akan kemampuan dirinya dalam berbagai situasi tugas, mulai dari aktivitas yang biasa dilakukan sampai pada aktivitas yang belum pernah dilakukan dalam serangkaian tugas atau situasi sulit dan bervariasi. Ini merupakan rentang aktivitas dimana seorang individu yakin terhadap kemampuannya dalam menjalankan beberapa tugas yang berbeda, dari tugas yang spesifik sampai pada kelompok tugas yang berbeda.

3. Kekuatan (*strength*)

Dimensi ini berkaitan dengan keyakinan yang ada dalam diri seseorang yang dapat ia wujudkan dalam melakukan tugas tertentu.

Individu yang semakin kuat keyakinannya terhadap kemampuan dirinya sendiri, maka individu tersebut akan semakin menyenangi tugas yang penuh dengan tantangan dan memiliki kemantapan yang kuat terhadap kemampuannya untuk mengerjakan tugas dan terus bertahan dalam usahanya meskipun banyak mengalami kesulitan dan rintangan. Individu yang tidak memiliki keyakinan dengan kemampuan dirinya maka ia akan cenderung menghindari tugas yang penuh dengan tantangan dan mencari tugas yang tidak menantang. Ia dapat dengan mudah menyerah apabila menghadapi hambatan dalam menyelesaikan suatu tugas.

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Self Efficacy*

Manuntung (2018) (Dyan Anggryani Rambu, 2020) menjelaskan beberapa faktor *Self Efficacy* yang diuraikan sebagai berikut:

1. Pengalaman Menguasai Sesuatu (*Mastery Experience*)

Pengalaman menguasai sesuatu yaitu performa masa lalu secara umum performa yang berhasil akan menaikkan efikasi diri (*self efficacy*) individu, sedangkan pengalaman pada kegagalan akan menurunkan, setelah efikasi diri kuat dan berkembang melalui serangkaian keberhasilan, dampak negatif dari kegagalan-kegagalan yang umumnya akan berkurang secara sendirinya. Bahkan kegagalan tersebut dapat diatasi dengan memperkuat motivasi diri apabila seseorang menemukan hambatan yang tersulit melalui usaha yang terus-menerus.

Menurut Susanti (2013), pengalaman merupakan salah satu cara kepemilikan pengetahuan yang dialami seseorang dalam kurun waktu yang tidak di tentukan. Perawat yang memiliki masa kerja lebih lama tentunya mempunyai pengalaman yang lebih banyak. Pengalaman ini dapat berguna ketika perawat menghadapi masalah terkait dengan pasien atau masalah internal dalam dunia keperawatan (Dyan Anggryani Rambu, 2020).

2. *Modeling Social*

Pengalaman terhadap keberhasilan orang lain dengan kemampuan yang sebanding dalam mengerjakan suatu tugas akan meningkatkan efikasi diri individu dalam mengerjakan tugas yang sama, begitu pula sebaliknya pengamatan terhadap kegagalan orang lain akan menurunkan penilaian individu mengenai kemampuannya dan individu akan mengurangi usaha yang dilakukan.

3. *Persuasi Sosial*

Individu diarahkan berdasarkan saran, nasihat dan bimbingan sehingga dapat meningkatkan keyakinannya tentang kemampuan-kemampuan yang di miliki dapat membantu tercapainya tujuan yang diinginkan, individu yang di yakinkan secara verbal cenderung akan berusaha lebih keras untuk mencapai suatu keberhasilan. Namun pengaruh persuasi tidaklah terlalu besar, dikarenakan tidak memberikan pengalaman yang dapat langsung dialami atau diamati individu, pada kondisi tertekan dan kegagalan yang terus-menerus, akan menurunkan kapasitas pengaruh sugesti

dan lenyap di saat mengalami kegagalan yang tidak menyenangkan.

4. Kondisi Fisik Dan Emosional

Emosi yang kuat biasanya akan mengurangi performa saat seseorang mengalami ketakutan yang kuat, kecemasan akut, atau tingkat stress yang tinggi, kemungkinan akan mempunyai ekspektasi efikasi yang rendah. Tinggi rendahnya efikasi diri seseorang dalam tiap tugas sangat bervariasi, hal ini disebabkan oleh adanya beberapa faktor yang berpengaruh dalam mempresepsikan kemampuan diri individu. Ada beberapa yang mempengaruhi efikasi diri antara lain:

a) Budaya

Budaya mempengaruhi efikasi diri melalui nilai (*value*), kepercayaan (*beliefs*), dan proses pengaturan diri (*self-regulation process*) yang berfungsi sebagai sumber penilaian efikasi diri dan juga sebagai konsekuensi diri keyakinan akan efikasi diri.

b) Jenis kelamin

Perbedaan gender juga berpengaruh terhadap efikasi diri, hal ini dapat dilihat dari penelitian Bandura yang menyatakan bahwa wanita efikasinya lebih tinggi dalam mengelola perannya. Wanita yang memiliki peran selain sebagai ibu rumah tangga juga sebagai wanita karir akan memiliki efikasi diri yang tinggi dibandingkan dengan pria yang bekerja.

c) Sifat dan tugas yang dihadapi

Derajat kompleksitas dari kesulitan tugas yang dihadapi oleh individu akan mempengaruhi penilaian individu tersebut terhadap kemampuan dirinya sendiri semakin kompleks suatu tugas yang dihadapi oleh individu maka akan semakin rendah individu tersebut menilai kemampuannya, sebaliknya jika individu dihadapkan pada tugas yang mudah dan sederhana maka akan semakin tinggi individu tersebut menilai kemampuannya.

d) Insentif eksternal

Faktor lain yang dapat mempengaruhi efikasi diri individu adalah insentif yang diperolehnya, Bandura menyatakan bahwa salah satu faktor yang dapat meningkatkan efikasi diri adalah *competent contingens incentive*, yaitu insentif yang diberikan oleh orang lain yang merefleksikan keberhasilan seseorang.

e) Status atau peran individu dalam lingkungan

Individu yang memiliki status lebih tinggi akan memperoleh derajat kontrol yang lebih besar sehingga efikasi diri yang dimilikinya juga tinggi. Sedangkan individu yang memiliki status lebih rendah akan memiliki kontrol yang lebih kecil sehingga efikasi diri yang dimilikinya juga rendah.

f) Informasi tentang kemampuan diri

Individu akan memiliki efikasi diri tinggi, jika ia memperoleh informasi positif mengenai dirinya, sementara

individu akan memiliki efikasi diri yang rendah, jika ia memperoleh informasi negatif mengenai dirinya.

2.1.4 Alat Ukur *Self Efficacy*

Instrument pengukuran pada penelitian ini adalah menggunakan kuesioner efikasi diri (*self efficacy*) yang telah di uji validitas dan reliabilitasnya. Kuesioner ini terdiri dari 38 pernyataan yang berbentuk *self-report* dimana pasien diminta untuk memberi respon yang sesuai dengan kondisi dirinya. Kuesioner efikasi diri (*self efficacy*) ini terdiri dari 3 dimensi yaitu *magnitude*, *strength*, dan *generality*. Untuk kuesioner efikasi diri (*self efficacy*) ini dikatakan Efikasi Diri Rendah jika skor 38-83,6, Efikasi Diri Sedang jika skor >83,6-106,4, Efikasi Tinggi jika skor >106,4-152 (Dyan Anggryani Rambu, 2020).

2.1.5 Klasifikasi *Self Efficacy*

Menurut Robert Kreitner dan Angelo Kinicki (Revita, 2019), *Self efficacy* dibagi menjadi dua, yaitu *self efficacy* yang tinggi dan *self efficacy* yang rendah. Dalam mengerjakan suatu tugas, individu yang memiliki efikasi diri (*self efficacy*) yang tinggi akan cenderung memilih terlibat langsung, sementara individu yang memiliki efikasi diri (*self efficacy*) yang rendah cenderung menghindari tugas tersebut (Suhendra et al., 2020).

Berdasarkan hal di atas, dapat diambil kesimpulan bahwa individu yang memiliki *self efficacy* tinggi memiliki ciri-ciri:

- 1) Dapat menanganai secara efektif situasi yang mereka hadapi
- 2) Yakin terhadap kesuksesan dalam mengatasi rintangan

- 3) Ancaman dipandang sebagai suatu tantangan yang tidak perlu dihindari.
- 4) Gigih dalam usaha
- 5) Percaya pada kemampuan diri yang dimiliki
- 6) Hanya sedikit yang menampakkan keraguan
- 7) Suka mencari situasi baru

Individu yang memiliki efikasi rendah memiliki ciri-ciri:

- 1) Lamban dalam membenahi atau mengembalikan efikasi diri ketika menghadapi kegagalan
- 2) Tidak yakin dapat menghadapi rintangan
- 3) Ancaman dipandang sebagai sesuatu yang harus dihindari
- 4) Mengurangi usaha dan cepat menyerah
- 5) Ragu pada kemampuan diri yang dimiliki
- 6) Tidak suka mencari situasi baru
- 7) Aspirasi dan komitmen pada tugas lemah.

(Suhendra et al., 2020)

2.2 Konsep Spiritualitas

2.2.1 Pengertian Spiritualitas

Spiritualitas berakar pada kata *spirit* yang mengandung arti semangat dan jiwa/roh sedangkan spiritual berarti berhubungan dengan atau bersifat kejiwaan/batin (KBBI, 2008) dalam (Ss.ryanto, 2018). Istilah “spiritualitas” sendiri diambil dari kata latin *spiritus* yang berarti nafas. Istilah berkaitan dengan kata Yunani *pneuma* yang

mengacu pada nafas hidup atau jiwa. Merujuk pada arti harfiahnya, spiritualitas merupakan aspek dan bagian hidup manusia yang memberikan semangat, jiwa dan nafas bagi kehidupan manusia. Spiritualitas didefinisikan tidak hanya berkaitan dengan aspek keagamaan, tetapi mencakup seluruh aspek kehidupan manusia seperti kecerdasan spiritual, kepemimpinan spiritual, spiritualitas kerja, dan lain sebagainya (Ss.ryanto, 2018).

Spiritual merupakan sesuatu yang dipercayai oleh seseorang dalam hubungannya dengan kekuatan yang lebih tinggi (Tuhan), yang menimbulkan suatu kebutuhan serta kecintaan terhadap adanya Tuhan, dan permohonan maaf atas segala kesalahan yang pernah diperbuat (Nurul Karomah, 2015 dalam Fathur et al., 2019).

Spiritual adalah keyakinan dalam berhubungan dengan Yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta, sebagai contoh seseorang yang percaya kepada Allah sebagai Pencipta atau sebagai Maha Kuasa. (sholiha, 2017).

Spiritual merupakan konsep dua dimensi, yaitu dimensi vertikal dan dimensi horizontal. Dimensi vertikal adalah hubungan dengan Tuhan atau Yang maha Tinggi yang menuntun kehidupan seseorang. Dimensi horizontal adalah hubungan seseorang dengan diri sendiri, orang lain dan dengan lingkungan. Dengan demikian, spiritual merupakan bagian esensial dari keseluruhan kesehatan dan kesejahteraan seseorang. (Nurul Karomah, 2015 dalam Fathur et al., 2019).

2.2.2 Dimensi Spiritual

Menurut Newberg dalam (Yusuf, 2012, Fathur et al., 2019) terdapat 4 dimensi spiritual manusia, yaitu makna hidup, emosi positif, kecenderungan ritual, dan pengalaman spiritual.

1. Makna hidup

Spiritual merupakan penghayatan *interpersonal* yang bersifat unik, ditunjukkan dalam hubungan sosial (*interpersonal*) yang bermanfaat, menginspirasi, dan mewariskan sesuatu yang bernilai tinggi bagi kehidupan manusia. Ada beberapa contoh sikap kita dalam memaknai hidup, yaitu :

- a. Menolong orang lain secara langsung ketika kita mampu
- b. Memegang teguh janji
- c. Memaafkan diri sendiri dan orang lain atas perbuatan yang salah
- d. Berperilaku jujur
- e. Menjadi teladan dan contoh yang baik bagi orang lain
- f. Mengutamakan keselarasan dan kebersamaan

Makna hidup dapat diperoleh dari nilai-nilai penghayatan seperti kebajikan, keimanan dan keagamaan yang bisa menghantarkan manusia menemukan kebersamaan hidup.

Penghayatan tersebut dapat diperoleh melalui doa (Britani *et al.*, 2017).

2. Emosi positif

Manifestasi spiritual berupa kemampuan mengelola pikiran dan perasaan dalam hubungan interpersonal sehingga seseorang memiliki nilai kehidupan yang mendasari kemampuan bersikap dengan tepat. Emosi positif dapat digambarkan melalui rasa syukur terhadap apa yang telah diberikan oleh Tuhan, sabar ketika menerima ujian dari Tuhan, dan mencoba ikhlas ketika sesuatu yang kita inginkan tidak tercapai atau tidak dapat pertahankan lagi.

Contoh lainnya sebagai berikut:

- a. Senang terhadap kebahagiaan orang lain.
- b. Menikmati dengan kesadaran bahwa segala sesuatu diciptakan atas tujuan tertentu atau mengambil hikmah.
- c. Mampu mengendalikan diri.
- d. Bersikap optimis akan pertolongan yang diberikan oleh Tuhan.
- e. Bahagia bisa melakukan kebaikan untuk orang lain maupun diri sendiri.

3. Pengalaman spiritual

Manifestasi spiritual di dalam diri seseorang berupa pengalaman spesifik dan unik terkait hubungan dirinya dengan Allah SWT dalam berbagai tingkatannya. Ada beberapa indikator dari pengalaman spiritual sebagai berikut:

- a. Merasakan dekat dengan tuhan dan bersahabat dengan alam semesta

- b. Menemukan Tuhan dibalik semua peristiwa, terkadang merasa Tuhan ikut serta menolong dalam kegiatan sehari-hari
 - c. Merasakan kehadiran Tuhan dalam keseharian
 - d. Merasakan teguran Tuhan ketika melakukan kesalahan
 - e. Merasakan kesan istimewa pada semua peristiwa
 - f. Mengalami perasaan menyatu dengan Tuhan
4. Ritual
- Manifestasi spiritual berupa tindakan terstruktur, sistematis, berulang, melibatkan aspek motorik, kognisi, dan afeksi yang dilakukan menurut suatu tata cara tertentu baik individual maupun komunal. Beberapa indikator dari Ritual sebagai berikut:
- a. Merasakan ketergantungan dan membutuhkan Tuhan
 - b. Merasakan adanya dialog atau berkomunikasi dengan Tuhan.
 - c. Merasakan kasih sayang Tuhan
 - d. Merasakan ketentraman dan ketenangan
 - e. Peka dengan kebaikan
 - f. Takut melakukan dosa (Yusuf *et al.*, 2017)

Menurut Ellison & Paloutzian (1983) dalam (Atiqoh, 2018) menyatakan bawa kesejahteraan spiritual (*Spiritual Well Being*) memiliki dua dimensi, yakni dimensi vertikal (*religious well being*) dan dimensi horizontal (*existential well being*).

1. *Religious Well Being*

Religious Well Being (RWB) merupakan dimensi vertikal dari *spiritual well being*. RWB merupakan hubungan manusia terhadap tuhan. RWB membawa individu melampaui atau keluar dari dirinya, membawanya naik, untuk kemudian terhubung dengan kekuatan yang lebih besar, yaitu Tuhan. Secara metafora, dapat dikatakan bahwa *religious well-being* membawa individu untuk 'naik' dan menjangkau kekuatan yang bersifat ketuhanan (*divine*).

2. *Existential Well Being*

Existential Well Being (EWB) merupakan hubungan horizontal dari *spiritual well being*. Dimensi ini dijelaskan sebagai persepsi individu mengenai makna hidup atau tujuan serta kepuasan hidupnya terlepas dari aspek keagamaan.

2.2.3 Faktor-faktor Spiritual

Perdana dan Niswah (2012) dalam (Apriningrum, 2021) mengemukakan lima faktor yang dapat mempengaruhi *spiritual well being* seseorang yaitu tahap perkembangan, keluarga, latar belakang budaya, pengalaman hidup, serta krisis dan perubahan.

Setiap tahap perkembangan mempunyai caranya sendiri untuk mengembangkan keyakinan individu terhadap Tuhan. Selanjutnya keluarga menjadi penentu perkembangan spiritual karena keluarga adalah lingkungan terdekat dengan individu. Faktor latar belakang budaya, sikap ataupun keyakinan dipengaruhi oleh tradisi agama

ataupun adat serta kegiatan spiritual agama keluarga. Adapun faktor pengalaman hidup berupa pengetahuan yang bisa bersifat baik maupun kurang baik dalam hal spiritual. Sebuah peristiwa yang dialami merupakan takdir yang diyakini sebagai pemberian Tuhan kepada hambanya. Faktor terakhir adalah krisis dan perubahan dimana kedua hal ini bisa menguatkan spiritual individu. Perubahan dan krisis dalam hidup yang dihadapi memberikan pengalaman spiritual yang bisa bersifat fisik dan emosional.

2.2.4 Alat Ukur Spiritualitas

Pada penelitian ini untuk mengukur tingkat spiritual perawat menggunakan alat ukur SWBS (*Spiritual Well Being Scale*). Kuesioner SWBS (*Spiritual Well Being Scale*) ini terdiri dari 20 item yang didalamnya dibahas 2 dimensi spiritual yaitu *religious well being* (RWB) 10 item dan *existential well being* (EWB) 10 item. Kemudian skor dari setiap pernyataan berkisar antara skor 1 sampai 6 sesuai dengan jawaban yang diberikan responden, yaitu: sangat tidak setuju, tidak setuju, agak tidak setuju, agak setuju, setuju, dan sangat setuju. Tingkat spiritual dinilai rendah apabila skor 20-53, dinilai sedang apabila 54-86 dan dinilai tinggi apabila 85-120 (Atiqoh, 2018).

2.2.5 Karakteristik Spiritual

Achir Yani dalam bukunya Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Kesehatan Jiwa mengungkapkan karakteristik spiritualitas dalam beberapa kategori diantaranya:

- 1) Hubungan dengan diri sendiri. Kekuatan dalam/dan *self reliance*

- a. Pengetahuan diri (siapa dirinya, apa yang dapat dilakukannya)
- b. Sikap (percaya pada diri sendiri, percaya pada kehidupan/masa depan, ketenangan pikiran, harmoni/keselarasan dengan diri sendiri)

2) Hubungan dengan alam harmonis

- a. Mengetahui tentang tanaman, pohon, margasatwa dan iklim
- b. Berkomunikasi dengan alam (bertanam dan berjalan kaki), mengabadikan dan melindungi alam

3) Hubungan dengan orang lain harmonis/suportif

- a. Berbagai waktu, pengetahuan, dan sumber secara timbal balik
- b. Orang tua

Bila tidak harmonis akan terjadi:

- a. Konflik dengan orang lain
- b. Resolusi yang menimbulkan ketidak harmonisan dan friksi

4) Hubungan dengan ketentuan. Agamis atau tidak agamis

- a. Sembayang/berdoa/meditasi
- b. Perlengkapan keagamaan
- c. Bersatu dalam alam

(Wakhidah, 2017)

2.3 Konsep *Burnout*

2.3.1 Pengertian *Burnout*

Istilah *burnout* pertama kali dikemukakan oleh Freudenberg, seorang psikiater di New York pada tahun 1974. Berdasarkan pengalamannya ketika bekerja di sebuah klinik, Freudenberg melihat beberapa sukarelawan yang awalnya semangat membantu pasien, kemudian mengalami penurunan motivasi dan komitmen kerja dengan disertai tanda-tanda kelelahan fisik dan mental (Syafri, Edi; Endrizal, 2016). Chestnut, dkk (1980) memberikan batasan *burnout* sebagai suatu proses yang dialami seorang anggota organisasi yang sebelumnya sangat *committed* terhadap organisasi tersisih dari pekerjaannya sebagai respon atas stres yang dialami di dalam pekerjaan (Rosyid, 2016).

Menurut Maslach *burnout* merupakan kelelahan emosional kronis yang disebabkan oleh tuntutan yang luar biasa dalam situasi pekerjaan yang mengakibatkan seseorang mengalami kelelahan atau sinisme dan penurunan produktifitas (Nathania, 2019). Menurut Greenberg (Syafri, Edi; Endrizal, 2016) *burnout* adalah dampak dari stres kerja baik secara psikologis, psikofisiologis dan perilaku yang sifatnya merugikan. Menurut Ema (2004), (dalam Tiara Dewi, Muhammad Amir Masruhim, 2016) *burnout* merupakan suatu kondisi yang disebabkan karena adanya suatu keadaan kerja yang tidak mendukung karena tidak sesuai dengan harapan dan kebutuhan, sehingga mengakibatkan hilangnya energi yang terperas habis dalam psikis maupun fisik seseorang.

2.3.2 Gejala *Burnout*

Burnout dapat diketahui dari beberapa gejala yang dialami pekerja, menurut Greenberg (Dermawan, Silviandari, & Susilawati, 2015 dalam Syafri, Edi; Endrizal, 2016) gejala *burnout* adalah

- a. Berkurangnya selera humor (*diminished sense of humor*)
- b. Mengabaikan waktu istirahat (*skipping rest and food breaks*)
- c. Jam lembur meningkat tanpa libur (*increased overtime and no vacation*)
- d. Meningkatnya keluhan fisik (*increased physical complaints*)
- e. Menarik diri dari lingkungan sosial (*social with drawal*)
- f. Berubahnya kinerja dalam bekerja (*changed job performance*)
- g. Mengonsumsi obat pribadi (*Self medication*)
- h. Perubahan dari dalam diri (*internal changed*)

Dalam artikel Smith, Gill dan Segal pada tahun 2011 dalam Romadhoni, dkk (2015) (Putri, 2019) menuliskan bahwa gejala *burnout* secara umum adalah:

1) Gejala Fisik

- a. Merasa telah dan terkuras oleh waktu.
- b. Menurunnya kekebalan tubuh, sering sakit-sakitan seperti sakit kepala, nyeri punggung, nyeri otot, flu, dan lain sebagainya
- c. Perubahan nafsu makan atau tidur.

2) Gejala Emosional

- a. Merasa gagal dan selalu ragu dengan kemampuan
- b. Merasa tidak berdaya dan kurang semangat
- c. Kehilangan motivasi
- d. Semakin sinis dan berfikir *negative*
- e. Penurunan kepuasan kerja

3) Perilaku

- a. Lari dari tanggung jawab
- b. Menunda-nunda waktu lebih lama untuk menyelesaikan sesuatu
- c. Menggunakan obat-obatan dan alkohol untuk mengatasinya
- d. Frustrasi

2.3.3 Dimensi-Dimensi *Burnout*

Leiter and Maslach (2001) dalam Pamungkas, 2018 (Dyan Anggryani Rambu, 2020) menyebutkan bahwa ada tiga indikator *burnout* yaitu : *depersonalisasi*, *emotional exhaustion* (kelelahan emosional) dan *reduced personal accomplishment* (penurunan pencapaian prestasi diri).

1. *Depersonalisasi (deperzonalisation)* adalah proses individu dalam mengatasi ketidakseimbangan antara tuntutan pekerjaan dengan kemampuan individu itu sendiri. Ciri-ciri yang timbul dari *depersonalisasi* adalah munculnya sikap negatif, menjaga jarak dengan penerima layanan (klien), cenderung apatis terhadap orang-orang di sekitarnya,

menjauh dari lingkungan sosial serta kasar terhadap orang lain. Hal ini terkait dengan kenyataan bahwa beberapa orang menunjukkan perilaku seperti kehilangan tujuan bekerja dan kehilangan antusiasme sebagai akibat dari semakin menjauh dirinya sendiri dari pekerjaannya, menjadi acuh tak acuh terhadap orang yang dilayani, menunjukkan reaksi negatif dan bermusuhan (Nursalam, 2016)

2. Kelelahan emosional (*Emotional exhaustion*) yaitu saat dimana individu merasa terkuras secara emosional disebabkan oleh banyaknya beban pekerjaan yang ditanggung. Pada saat individu mengalami kelelahan emosional, individu akan merasa sedih, putus asa, tertekan, tidak berdaya, frustrasi, dan merasa sangat terbebani oleh tugas-tugas pekerjaannya sehingga individu tersebut merasa kurang mampu memberikan pelayanan terhadap orang lain.

Emotional exhaustion juga merupakan penentu utama kualitas *burnout*, dikatakan demikian karena perasaan lelah mengakibatkan seseorang merasa kehabisan energi dalam bekerja sehingga timbul perasaan enggan untuk melakukan pekerjaan baru dan enggan untuk berinteraksi dengan orang lain sehingga sebagian besar berhubungan dengan stress pekerjaan (Nursalam, 2016)

3. Penurunan pencapaian prestasi diri yaitu perasaan kurang puas terhadap diri sendiri, pekerjaan dan kehidupannya.

Individu merasa bahwa dia tidak bisa memberikan hal yang bermanfaat bagi orang lain. Hal ini menyebabkan individu merasa bahwa kompetensi dirinya rendah. Penurunan pencapaian diri disebabkan karena perasaan bersalah telah memperlakukan klien secara negatif. Hal ini ditunjukkan dengan timbul fakta bahwa orang mulai melihat dirinya sebagai seseorang yang tidak berhasil. Dengan kata lain, seseorang sering mengevaluasi dirinya sendiri sebagai hal yang negatif. Orang yang mengalami kecenderungan ini berfikir bahwa mereka tidak membuat kemajuan dalam pekerjaan mereka, sebaliknya mereka berfikir bahwa mereka jatuh ke belakang, pekerjaan mereka tidak berhasil dan tidak memberikan kontribusi pada perubahan lingkungan (Nursalam, 2016).

Menurut Baron & Greenberg dalam Farhati & Rosyid pada tahun 1996 (Syafri, Edi; Endrizal, 2016) *Burnout* memiliki 4 dimensi, yaitu:

- a. Kelelahan fisik (*Physical exhaustion*), ditandai dengan keluhan gangguan fisik seperti sakit kepala, mual, selalu merasa letih dan diikuti dengan perubahan pola makan dan tidur.
- b. Kelelahan emosional (*emotional exhaustion*), ditandai dengan perasaan cemas, depresi, frustrasi, mudah tersinggung, tempramen buruk tanpa alasan yang jelas.

- c. Kelelahan mental (*mental exhaustion*), ditandai dengan munculnya sikap sinis terhadap klien, selalu berpikir negatif pada orang lain, dan memandang buruk diri sendiri.
- d. Rendahnya penghargaan diri (*low of accomplishment*), ditandai dengan perasaan yang selalu merasa tidak puas segala dimensi dalam diri.

Sedangkan Pines dan Aronson dalam Rahman pada tahun 2007 (Sitti Mauliana, 2021) mengemukakan bahwa terdapat tiga aspek dari *burnout* yakni:

- a. Kelelahan fisik, yaitu kelelahan yang terkait dengan fisik dan energi fisik. Sakit fisik seperti sakit kepala, demam, sakit punggung, rentan terhadap penyakit, tegang pada otot leher dan bahu, sering terkena flu, sulit tidur, mual-mual, gelisah, dan perubahan kebiasaan makan. Sementara energi fisik dicirikan sebagai energi yang rendah, rasa letih yang kronis, dan lemas.
- b. Kelelahan emosi adalah kelelahan yang berhubungan dengan perasaan pribadi seperti putus asa, mudah tersinggung, tidak peduli pada tujuan, depresi, dan tidak berdaya.
- c. Kelelahan mental adalah menyangkut rendahnya penghargaan diri dan depersonalisasi. Cirinya merasa tidak berharga, tidak cukup, tidak kompeten, dan tidak puas terhadap pekerjaan.

2.3.4 Dampak *Burnout*

Leiter & Maslach dalam Yulianti & Eka (2017) (Dyan Anggryani Rambu, 2020) menyatakan aspek kelelahan dari *burnout* dapat menyebabkan masalah kesehatan fisik, antara lain:

1. Sakit kepala
2. Gangguan gastrointestinal
3. Kekakuan otot
4. Gangguan tidur

Burnout juga dapat mempengaruhi performa kerja individu yang mengarah kepada bentuk penarikan diri terhadap pekerjaan, seperti ketidakhadiran, keinginan untuk berhenti bekerja, dan *turnover*

Maslach dan Leiter (Dyan Anggryani Rambu, 2020) mengemukakan akan anteseden organisasi yang dapat menyebabkan burnout di dalam lingkungan kerja, yaitu:

1. Beban kerja
2. Pengendalian organisasi
3. Reward
4. Komunitas
5. Keadilan

2.3.5 Faktor yang menyebabkan *Burnout*

Menurut Baron & Greenberg dalam Andriansyah & Sahrah, 2014) (Sitti Mauliana, 2021), faktor-faktor yang mempengaruhi *burnout* dibagi menjadi dua, yaitu:

- a. Faktor eksternal berupa kondisi organisasi kerja, yang meliputi: kondisi lingkungan kerja yang kurang baik, kurangnya kesempatan untuk promosi, adanya prosedur serta aturan yang kaku yang membuat orang merasa terjebak dalam sistem yang tidak adil, gaya kepemimpinan yang diterapkan supervisor kurang memperhatikan kesejahteraan karyawan dan tuntutan pekerjaan.
- b. Faktor internal adalah kondisi yang berasal dari diri individu, meliputi: jenis kelamin, usia, harga diri, tingkat pendidikan, masa kerja dan karakteristik kepribadian serta kemampuan penanggulangan terhadap stres (*coping with stress*).

Menurut Maslach & Leiter (1997) (dalam Atiqoh, 2018) timbulnya *burnout* disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya yaitu:

a. Faktor Individu

Faktor individu merupakan faktor internal yang menjadi salah satu penyebab terjadinya sindrom *burnout*. Faktor tersebut dapat digolongkan atas dua yaitu:

- 1) Faktor Demografik, yaitu faktor yang mengacu pada jenis kelamin, usia, dan masa kerja.

Pada umumnya pria lebih sering mengalami depersonalisasi dibandingkan wanita.

Pada wanita lebih sering mengalami kelelahan emosional dibandingkan pria.

Pada usia dikatakan bahwa seseorang yang usianya muda lebih sering mengalami *burnout* dibandingkan dengan usia yang lebih tua.

2) Faktor perfeksionis, yaitu individu yang berusaha melakukan pekerjaan sampai sangat sempurna sehingga akan lebih mudah untuk merasakan stress dan frustrasi apabila yang dilakukannya tidak tercapai.

3) Faktor sikap pekerjaan

Setiap orang memiliki harapan yang bervariasi dalam pekerjaannya, misalnya harapan seorang dokter untuk selalu dapat menyembuhkan pasien, harapan untuk dipromosikan dll. Sikap harapan yang tinggi membuat seseorang akan bekerja terlalu keras dan melakukan hal terlalu banyak, yang nantinya bisa menyebabkan kelelahan dan apabila harapan tidak sesuai dengan kenyataann maka akan terjadi sinisme dan juga penurunan prestasi atau kinerja diri.

Selain faktor di atas, faktor internal yang dapat mempengaruhi terjadinya burnout adalah spiritual dan budaya.

b. Faktor situasional

Faktor situasional merupakan faktor eksternal yang dapat mengakibatkan terjadinya *burnout*. Faktor situasional meliputi lingkungan dan karakteristik pekerjaan.

1) *Job Characteristic* (karakteristik pekerjaan)

Karakteristik pekerjaan menjelaskan tuntutan-tuntutan yang ada didalam pekerjaan seperti :

a) Tuntutan Kuantitatif

Merupakan tuntutan yang berupa ukuran tuntutan pekerjaan. Contohnya jumlah pekerjaan/klien yang banyak dan waktu yang tersedia sedikit.

Beban kerja berlebih dan waktu yang kurang sangat berhubungan erat dengan dimensi *burnout* berupa kelelahan emosional.

b) Tuntutan Kualitatif

Studi tuntutan kualitatif difokuskan pada ambiguitas peran (*ambiguity role*) dan konflik peran (*conflict role*).

Ambiguitas peran terjadi ketika individu tidak memperoleh kejelasan mengenai tugas-tugas dari pekerjaannya atau secara lebih umum individu tidak mengetahui apa yang harus dikerjakan.

Konflik peran merupakan gejala psikologis yang dialami seseorang yang bisa menimbulkan rasa tidak nyaman dan secara potensial dapat menurunkan motivasi kerja sehingga menurunkan kinerja seseorang secara keseluruhan.

Menurut Luthans, seseorang akan mengalami konflik peran jika ia memiliki dua peran atau lebih yang harus dijalankan pada waktu yang bersamaan (Atiqoh, 2018).

2) *Occupational Characteristic*

Pada awalnya *burnout* muncul dari profesi yang berhubungan dengan pelayanan pada manusia, contoh profesi dokter, guru, dan lainnya. Profesi ini terus menjadi fokus utama perjalanan *burnout*. Tantangan emosional menjadi perhatian khusus pada studi *burnout* sendiri, dimana para pemberi layanan dituntut untuk selalu menjaga emosi maupun tingkat stressnya dalam melakukan pelayanan pada orang lain. Namun dari beberapa hasil penelitian yang berhubungan lebih besar terhadap terjadinya *burnout* adalah banyaknya pekerjaan, masalah yang ada pada klien maupun konflik pasien.

2.3.6 Alat Ukur *Burnout*

MBI (*Maslach Burnout Inventory*) merupakan instrument yang terdiri atas 22 item yang digunakan untuk mengukur frekuensi dari tiga aspek *burnout syndrome*, kelelahan emosional,

depersonalisasi dan yang terakhir adalah penurunan prestasi diri. *Burnout syndrome* tercermin pada skor yang lebih tinggi pada kelelahan emosional dan *subscale* depersonalisasi dan skor rendah pada prestasi *subscale* pribadi (Nursalam, 2015).

MBI mulai digunakan dalam mengukur kelelahan sejak tahun 1981 yang dilakukan oleh Maslach dan Jackson. Seiring dengan perkembangan untuk digunakan pada orang-orang yang bekerja pada pelayanan sosial dan kesehatan yang selanjutnya disebut *Maslach Burnout Inventory Service Survey* (MBI-HSS). MBI-HSS terdiri dari 22 butir pernyataan dimana tiap butir mengandung empat pilihan jawaban yaitu 1 (tidak pernah), 2 (kadang-kadang), 3 (sering), dan 4 (selalu) dengan indikator :

1. Kelelahan emosional : ditandai dengan kelelahan dan perasaan bahwa sumber daya emosional telah habis digunakan.
2. Depersonalisasi : ditandai bahwa intervensi kepada klien yang dirasa hanya sebagai objek saja, bukan sebagai orang yang harus benar-benar diperhatikan. Adanya sinisme terhadap rekan kerja bahkan dengan organisasi tempat kerja.
3. Penurunan prestasi diri : ditandai dengan kecenderungan untuk mengevaluasi diri sendiri secara negatif. Mencakup pengalaman penurunan kompetensi kerja dan prestasi dalam pekerjaan atau interaksi dengan orang lain/kurangnya kemajuan.

(Nurchahyo, 2018)

2.3.7 Klasifikasi *Burnout*

Burnout berakibat pada pengurangan kapasitas kerja dan ketahanan tubuh. Kelelahan kerja dapat dibedakan sebagai berikut, yaitu :

1. Berdasarkan waktu terjadinya

Berdasarkan waktu terjadinya *burnout*, maka *burnout* dibedakan menjadi 2 yaitu :

- 1) Kelelahan akut, adalah kelelahan yang terjadi dengan cepat yang pada umumnya disebabkan oleh kerja suatu organ atau seluruh tubuh yang berlebihan.
- 2) Kelelahan kronis, adalah kelelahan yang terjadi bila kelelahan berlangsung setiap hari dan berkepanjangan. Kelelahan kronis merupakan kelelahan yang terjadi sepanjang hari dalam jangka waktu yang lama dan kadang-kadang terjadi sebelum melakukan pekerjaan, seperti perasaan kebencian yang bersumber dari ketergantungan emosi.

2. Berdasarkan penyebab terjadinya

Berdasarkan penyebab terjadinya *burnout* (kelelahan), maka *burnout* dibedakan menjadi 2 yaitu:

- 1) Kelelahan fisiologis, adalah kelelahan yang disebabkan oleh faktor fisik ditempat kerja antara lain oleh suhu dan kebisingan. Dari segi fisiologis, tubuh manusia dianggap sebagai mesin yang mengkonsumsi bahan bakar dan member

output dipengaruhi oleh faktor lingkungan fisik, misal: penerangan, kebisingan, panas, dan suhu.

2) Kelelahan psikologis, adalah kelelahan yang disebabkan oleh faktor psikologis. Kelelahan psikologis terjadi oleh adanya pengaruh diluar diri berupa tingkah laku atau perbbuatan alam memenuhi kebutuhan hidupnya, seperti: suasana kerja, interaksi dengan sesama pekerja maupun dengan atasan.

3. Berdasarkan proses terjadinya

Berdasarkan proses terjadinya *burnout* dibedakan menjadi 2 yaitu:

1) Kelelahan otot, adalah suatu penurunan kapasitas otot dalam bekerja akibat kontraksi yang berulang. Kontraksi otot berlangsung lama mengakibatkan keadaan yang disebut dengan kelelahan otot. Otot yang telah menunjukkan kurangnya kekuatan, bertambahnya waktu kontraksi dan relaksasi, berkurangnya koordinasi serta otot menjadi bergetar.

2) Kelelahan umum, adalah penurunan kesiagaan dan kelembaban pada setiap aktivitas. Perasaan adanya kelelahan secara umum dapat ditandai dengan berbagai kondisi antara lain: lelah pada organ penglihatan, mengantuk, stres menyebabkan pikiran tegang, rasa malas bekerja, menurunnya motivasi kerja yang diakibatkan oleh kelelahan fisik dan psikis.(Nurchahyo, 2018)

2.4 Konsep Ruang Kritis

2.4.1 Instalasi Gawat Darurat (IGD)

a. Pengertian Instalasi Gawat darurat (IGD)

Gawat, menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) berarti keadaan kritis; mengkhawatirkan; dekat kepada kematian, sedangkan darurat berarti keadaan yang tidak disangka-sangka yang memerlukan penanggulangan segera (Ismail, 2017).

Berdasarkan Permenkes RI No. 47 tahun 2018, gawat darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Pelayanan kegawat daruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan (Azam, 2016).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu bagian di rumah sakit yang menyediakan penanganan pertama bagi pasien yang mengalami sakit dan cedera, yang dapat mengancam kelangsungan hidupnya. IGD memiliki tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan keperawatan sementara, serta pelayanan pembedahan darurat, pada pasien yang datang dengan gawat darurat medis dan mampu menanggulangi bencana pada waktu kapan saja (Solagracia & Rochana, 2017).

IGD berfungsi menerima, menstabilkan dan mengatur pasien yang membutuhkan penanganan kegawatdaruratan segera, baik dalam kondisi sehari-hari maupun bencana (Permenkes RI No. 47 tahun 2018) (Azam, 2016). Adapun tugas Instalasi Gawat Darurat adalah

menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan serta pelayanan pembedaan darurat bagi pasien yang datang dengan kondisi gawat darurat (Nina Destifiana, 2015).

b. Klasifikasi IGD

Pembagian tingkatan di IGD telah diatur jelas dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 856 tahun 2009 (Solagracia & Rochana, 2017). Level di IGD dibagi menjadi 4 tingkatan diantaranya:

1) Level I

Pelayanan IGD level I merupakan standar minimal rumah sakit kelas D. Pelayanan level I menyangkut beberapa pelayanan seperti diagnosis penanganan pada *airway problem* (jalan nafas), *breathing problem* (pernafasan), *circulation problem* (sirkulasi pembuluh darah). Selanjutnya, IGD level I melakukan pelayanan stabilisasi dan evaluasi.

2) Level II

Pada pelayanan IGD level II, pelayanan meliputi diagnosa permasalahan jalan nafas, pernafasan, sirkulasi pembuluh darah, penilaian disability, penggunaan obat, EKG, defibrilasi dan bedah *cito*.

3) Level III

Untuk level ke tiga, pelayanan di IGD berupa permasalahan jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi pembuluh darah dengan peralatan yang lebih lengkap termasuk ventilator dan *DS syock*, penggunaan obat, observasi HCU/R dan bedah *cito*.

4) Level IV

Pelayanan IGD level IV merupakan tingkat tertinggi yang dimiliki oleh rumah sakit tipe A. Pelayanan pada IGD level IV memiliki pelayanan hampir sama dengan level III, tetapi didukung dengan tenaga yang lebih lengkap seperti dokter residen, dokter spesialis ataupun dokter sub-spesialis.

c. Peran Perawat IGD

Menurut Kementerian Kesehatan RI tahun 2014 (Dyan Anggryani Rambu, 2020) peran perawat IGD yaitu:

- 1) Dalam keadaan darurat untuk memberikan pertolongan pertama, perawat dapat melakukan tindakan medis dan pemberian obat sesuai kompetensinya.
- 2) Pertolongan pertama bertujuan untuk menyelamatkan nyawa klien dan mencegah kecacatan lebih lanjut.
- 3) Keadaan darurat merupakan keadaan mengancam nyawa atau kecacatan klien.

2.4.2 *Intensive Care Unit* (ICU)

a. Pengertian ICU

Intensive Care Unit (ICU) adalah kesatuan organisasional pelayanan klinis khusus yang terpisah dari unit lain, dioperasikan secara terintegrasi dengan departemen lain di dalam sebuah rumah sakit. ICU disiapkan untuk pasien-pasien kritis dengan ancaman atau sedang mengalami gagal organ atau kegagalan fungsi vital, pasien dengan penyakit yang potensial mengancam nyawa, sehingga

pemeriksaan diagnostik yang adekuat serta terapi pengobatan maupun pembedahan dapat diberikan ke pasien untuk meningkatkan iuran. Pasien yang ada di ruang ICU dipantau secara ketat dan diberikan terapi suportif maksimal (Rehatta dkk, 2019) ((Dyan Anggryani Rambu, 2020).

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 1778/Menkes/SK/XII/2010 mendefinisikan *Intensive care Unit (ICU)* adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus pula yang ditunjukkan untuk observasi, perawatan, dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa. Unit perawatan ini melibatkan berbagai tenaga profesional yang terdiri dari multidisiplin ilmu yang bekerja sama dalam tim (Saragih, 2019).

b. Klasifikasi ICU

Terdapat 3 level ICU dewasa menurut *College of Intensive Care Medicine* (Australia dan New Zealand), *the American College Care Medicine*, dan *European Society of Intensive care Medicine* (Dyan Anggryani Rambu, 2020).

1) ICU Level I

ICU level I terdapat pada rumah sakit kecil. ICU level ini harus bisa memberikan resusitasi dan pelayanan suportif kardio respiratorik jangka pendek untuk pasien kritis. ICU level I harus mampu menyediakan ventilasi mekanik dan monitoring

kardiovaskuler invasif sederhana untuk beberapa jam. ICU Level I memiliki peran mayor dalam memonitoring dan mencegah komplikasi pasien medik dan surgical. ICU Level I juga harus memiliki hubungan dengan Level II atau ICU Level III, termasuk sistem rujukan ke atas dan kebijakan rujukan balik. Syarat minimal dari sebuah ICU level I adalah resusitasi dan support kardiorespiratorik jangka pendek (termasuk ventilasi mekanik), ventilasi non-invasi, fasilitas transport ke senter yang lebih besar, *outsourcing* laboratorium, radiologi dan bank darah dasar, dokter terlatih dalam terapi intensif, dan staf-staf pendukung adekuat.

2) ICU Level II

ICU Level II terdapat di rumah sakit umum yang lebih besar, menyediakan pelayanan perawatan intensif umum berstandar, seperti terapi suportif multisistem, sesuai dengan peran rumah sakitnya (contoh: senter penyakit akut, senter trauma, senter bedah). ICU Level II harus memiliki petugas medis yang siap di tempat dan akses ke fasilitas farmasi. Patologi dan radiologi setiap saat, terapi dan pemeriksaan yang kompleks (kardiologi intervensi, bedah jantung). Kepala ICU dan minimal satu rang spesialis harus tersertifikasi untuk konsultan terapi intensif. ICU Level II harus memiliki kebijakan transfer dan rujukan. ICU Level II memiliki peralatan penunjang kardiorespiratorik untuk jangka menengah panjang, konsultan dengan dokter ahli *on call*, intensivis yang

bertanggung jawab terhadap ICU, bank darah *on-site*, fasilitas ICU komprehensif.

3) ICU Level III

ICU Level III terletak di rumah sakit tersier/rujukan besar, menyediakan seluruh aspek pelayanan intensif yang diperlukan sampai periode yang tidak dapat di tentukan. ICU Level III juga merupakan pusat edukasi dan riset. Sebagai ICU besar, ICU level III dibagi menjadi klaster-klaster kecil yang memuat 8-15 tempat tidur berdasarkan jenis pelayanan klinis tertentu. Staf ICU terdiri dari konsultan terapi intensif, *trainee* perawat terapi intensif, tenaga medis terkait, dan staf untuk pendidikan dan pelatihan. Pemeriksaan laboratorium dan imajing kompleks serta subspecies dari berbagai divisi yang diperlukan rumah sakit rujukan harus tersedia sepanjang waktu. Spesialis terapi intensif menangani semua pasien yang masuk ke ICU. ICU level III memiliki tim perawatan kritis multidisiplin purna waktu, dipimpin oleh ketua ICU, kepala perawat, pelayanan subspecies yang tersedia setiap saat (bedah saraf, bedah jantung, kardiologi intervensi, radiologi). Pelayanan ICU level III juga didukung fasilitas endoskopi, bronskopi dan dialisis *bedside*, terapi suportif *extracorporeal*, unit *stepdown*, dan program pendidikan dan pelatihan perawatan intensif.

2.4.3 Ruang Isolasi

a. Pengertian Ruang Isolasi

Ruang isolasi merupakan ruangan yang didesain khusus untuk menangani pasien dengan penyakit infeksi agar terpisah dari pasien lain. Tujuan adanya ruang isolasi di rumah sakit adalah untuk mengendalikan penyebaran penyakit menular yang bisa mewabah (Nareza, 2020).



2.5 Tabel Analisis Sintesis Jurnal

Tabel 2.1 Analisis Sintesis Jurnal

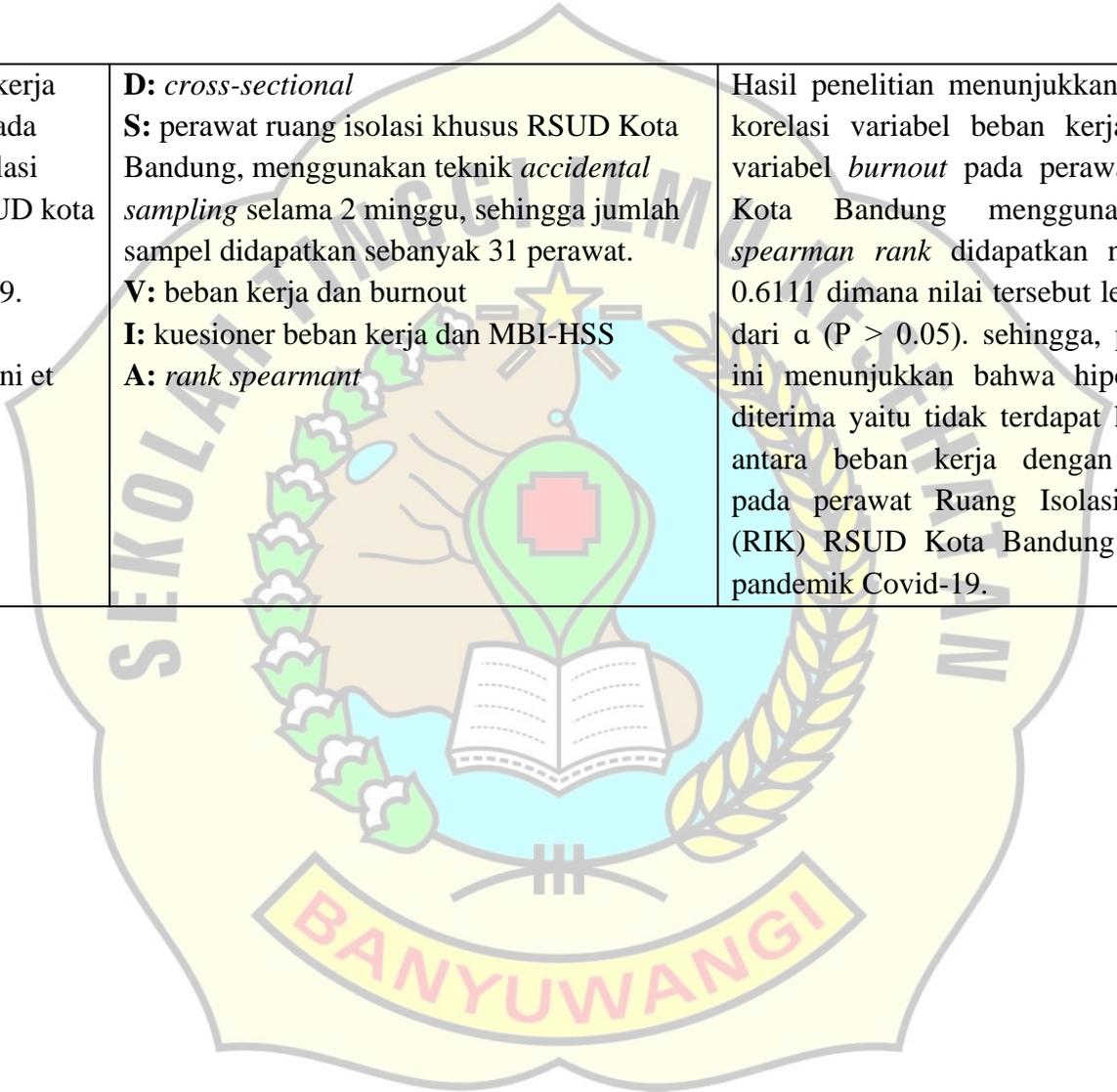
No.	Judul dan Penulis	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, analisis)	Hasil	Sumber
1.	<p>Burnout pada perawat hemodialisis selama pandemi covid-19.</p> <p>Penulis : (Antari et al., 2021)</p>	<p>D: <i>cross sectional</i></p> <p>S: 115 perawat hemodialisis di Provinsi Bali</p> <p>V: burnout pada perawat hemodialisis</p> <p>I: Maslach Burnout Inventory (MBI) kuesioner</p> <p>A: <i>Rank spearman, Mann-Whitney dan Kruskal Wallis</i></p>	<p>Berdasarkan temuan penelitian ini diketahui bahwa rata-rata usia responden penelitian adalah 34,42 tahun dan mayoritas memiliki jenis kelamin perempuan, yakni sebanyak 77 orang (67%).</p> <p>Pada hasil penelitian ini menunjukkan tingkat <i>burnout</i> yang dirasakan oleh perawat hemodialisis. Sebanyak 90,4% responden mengalami <i>Emotional Exhaustion</i> (EE) yang rendah, 96,5% responden mengalami <i>Depersonalization</i> (DP) yang rendah dan 78,3% responden mengalami peningkatan <i>Personal Accomplishment</i> (PA).</p> <p>Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa usia memiliki korelasi yang signifikan dengan EE ($r_s = 0,199$; $p =$</p>	<p><i>Google Scholar</i></p>

			<p>0,033) dan DP ($r_s = 0,241$; $p = 0,009$). Sementara itu, jumlah jam kerja tidak ditemukan memiliki korelasi yang signifikan baik dengan subskala EE, DP maupun PA ($p = >0,05$).</p> <p>Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa jumlah anak ($p = 0,035$) dan kepuasan hubungan dengan perawat ($p = 0,022$) mempunyai hubungan yang signifikan dengan peningkatan skor EE. Sementara itu, jenis kelamin ($p = 0,41$), status kepegawaian ($p = 0,041$), kepuasan hubungan dengan dokter ($p = 0,017$), kepuasan hubungan dengan perawat ($p = 0,006$), dan kepuasan hubungan dengan petugas lainnya ($p = 0,009$) memiliki hubungan yang signifikan dengan DP.</p>	
2.	Hubungan antara spiritualitas kerja dengan <i>burnout</i> pada perawat rawat inap RSI Sultan Agung Kota Semarang.	<p>D: <i>cross sectional</i></p> <p>S: 270 perawat rawat inap RSI Sultan Agung</p> <p>V: spiritualitas kerja dan <i>burnout</i> pada perawat rawat inap</p> <p>I: skala <i>burnout</i> dan skala spiritualitas kerja</p> <p>A: analisis korelasi <i>Spearman</i>, analisis</p>	<p>Hasil korelasi <i>Spearman's</i> diketahui bahwa N atau jumlah data penelitian adalah 90 perawat rawat inap, diperoleh koefisien korelasi sebesar $r_{xy} = -0,373$ dengan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,001$). Nilai negatif dari koefisien korelasi</p>	<i>Google Scholar</i>

	Penulis : (Pratiwi & Nurtjahjanti, 2018)	deskriptif, SPSS 21 <i>for windows</i>	menunjukkan bahwa terdapat hubungan negatif antara spiritualitas kerja dengan <i>burnout</i> pada perawat rawat inap RSI Sultan Agung Kota Semarang. Nilai $p=0,000$ ($p<0,001$) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara spiritualitas kerja dengan <i>burnout</i> .	
3.	Hubungan antara <i>self-efficacy</i> dengan <i>burnout</i> pada perawat psikiatri di Rumah Sakit Jiwa. Penulis : (Alverina & Ambarwati, 2019)	D: <i>cross sectional</i> S: 265 perawat psikiatri dari dua rumah sakit jiwa yaitu Rumah Sakit Jiwa Magelang (11 orang) dan Rumah Sakit Jiwa Klaten (167 orang). V: <i>self-efficacy</i> dan <i>burnout</i> pada perawat psikiatri I: Skala <i>General Self-Efficacy</i> Dan Skala <i>Maslach Burnout Inventory</i> A: skala likert	Hasil penelitian menunjukkan koefisien korelasi (r) = -0,359; $p<0,05$ yang berarti terdapat hubungan negatif antara <i>self efficacy</i> dengan <i>burnout</i> pada perawat psikiatri di rumah sakit jiwa. Hal ini berarti semakin tinggi <i>self efficacy</i> maka semakin rendah <i>burnout</i> yang dialami oleh perawat psikiatri di rumah sakit jiwa, begitu juga semakin rendah <i>self efficacy</i> maka semakin tinggi <i>burnout</i> yang dialami oleh perawat psikiatri di rumah sakit jiwa, dengan demikian hipotesis penelitian diterima.	<i>Google Scholar</i>
4.	Pengaruh kesejahteraan spiritual (<i>spiritual well</i>	D: <i>cross sectional</i> S: sampel sebanyak 75 orang perawat	Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang signifikan atau	<i>Google Scholar</i>

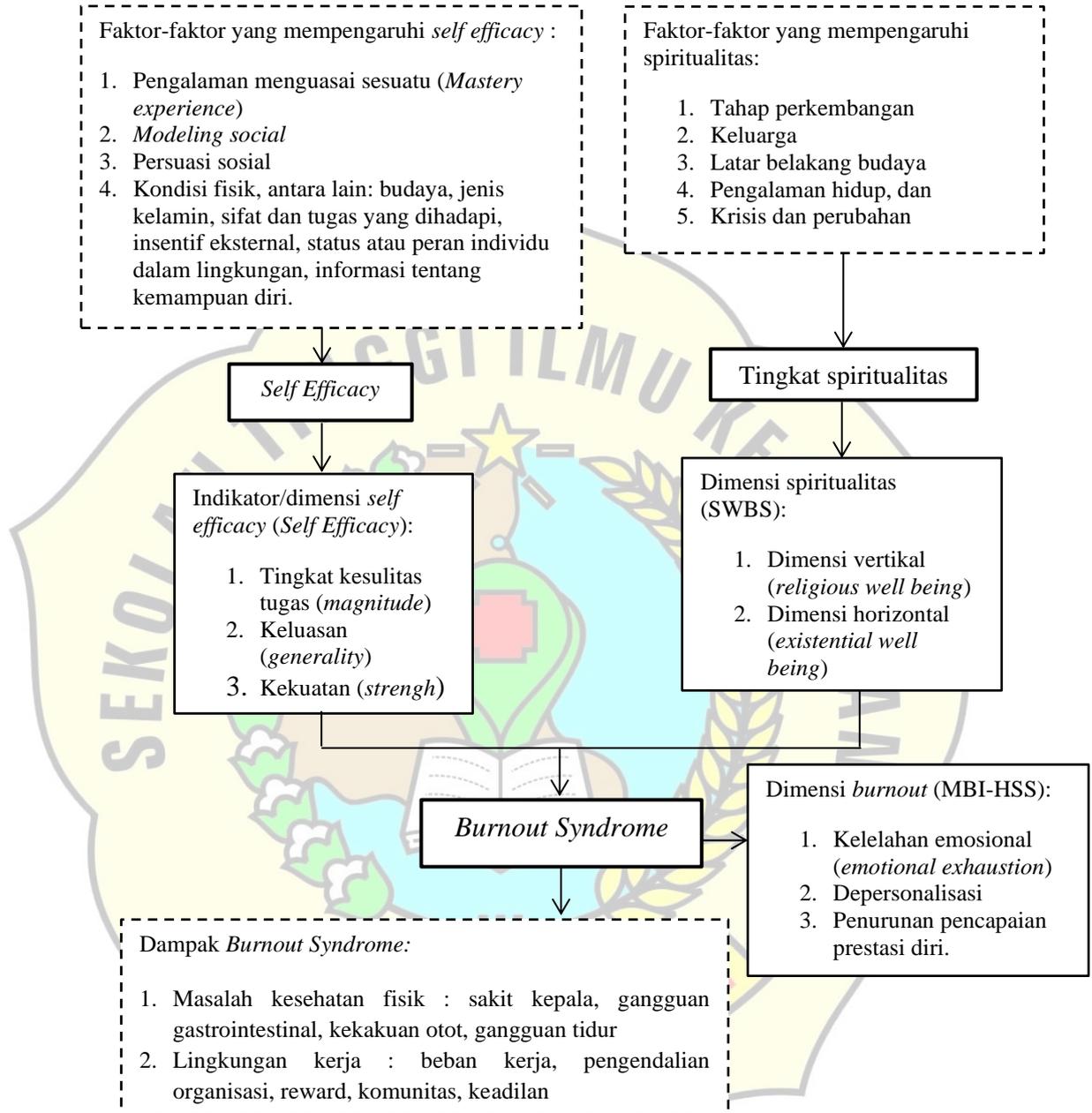
<p><i>being</i>) dan letak kendali (<i>locus of control</i>) terhadap burnout kerja perawat di RS UNHAS MAKASSAR</p> <p>Penulis: (Suryani et al., 2016)</p>	<p>V: kesejahteraan spiritual (<i>spiritual well being</i>), letak kendali (<i>locus of control</i>), dan burnout kerja</p> <p>I: kuesioner kesejahteraan spiritual (<i>spiritual well being scale</i>), skala <i>locus of control</i> (<i>the work locus of control scale</i>) dan MBI-HSS</p> <p>A: regresi linear dengan bantuan aplikasi SPSS</p>	<p>bermakna antara kesejahteraan spiritual dan kelelahan emosional pada perawat Rumah Sakit UNHAS Makassar dengan <i>Pvalue</i> -0.326 pada α 0,004. Hubungan ini bermakna bahwa, semakin rendah tingkat kesejahteraan spiritual maka semakin rendah tingkat <i>burnout</i> dalam dimensi kelelahan emosional.</p> <p>Hasil penelitian juga menunjukkan variabel kendali pikir (<i>locus of control</i>) mempunyai hubungan yang positif dan signifikan terhadap variabel kelelahan emosional dan depersonalisasi. Dengan demikian semakin rendah eksternalitas (internalitas tinggi) semakin rendah tingkat kelelahan emosional dan depersonalisasi atau <i>burnout</i> semakin rendah. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa LOC dapat memediasi secara mutlak pada hubungan antara kesejahteraan spiritual dan dimensi <i>burnout</i> : kelelahan emosional.</p>	
---	--	---	--

5.	<p>Hubungan beban kerja dengan <i>burnout</i> pada perawat ruang isolasi khusus (RIK) RSUD kota Bandung di masa pandemik covid-19.</p> <p>Penulis: (Anggraeni et al., 2021)</p>	<p>D: <i>cross-sectional</i></p> <p>S: perawat ruang isolasi khusus RSUD Kota Bandung, menggunakan teknik <i>accidental sampling</i> selama 2 minggu, sehingga jumlah sampel didapatkan sebanyak 31 perawat.</p> <p>V: beban kerja dan burnout</p> <p>I: kuesioner beban kerja dan MBI-HSS</p> <p>A: <i>rank spearman</i></p>	<p>Hasil penelitian menunjukkan hasil uji korelasi variabel beban kerja dengan variabel <i>burnout</i> pada perawat RSUD Kota Bandung menggunakan uji <i>spearman rank</i> didapatkan nilai $P = 0.6111$ dimana nilai tersebut lebih besar dari α ($P > 0.05$). sehingga, penelitian ini menunjukkan bahwa hipotesis H_0 diterima yaitu tidak terdapat hubungan antara beban kerja dengan <i>burnout</i> pada perawat Ruang Isolasi Khusus (RIK) RSUD Kota Bandung di masa pandemik Covid-19.</p>	<p><i>Google Scholar</i></p>
----	---	--	---	------------------------------



BAB 3
KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan :

- : variabel yang teliti
- : variabel yang tidak diteliti

Bagan 3.1 Kerangka konseptual penelitian Hubungan *Self Efficacy* Dan Tingkat Spiritualitas Dengan *Burnout Syndrome*.

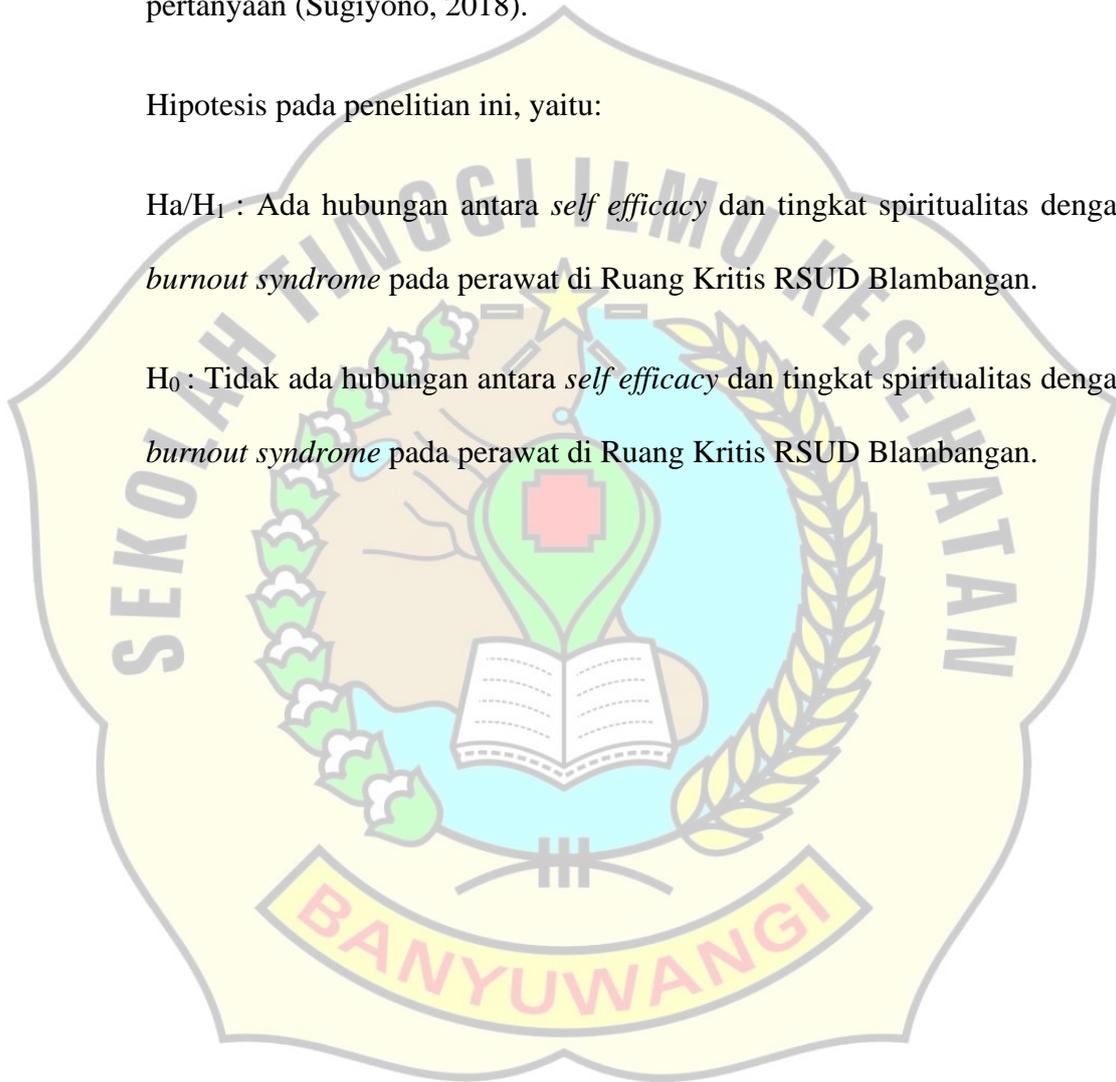
3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian (Nursalam, 2015). Menurut Sugiyono, Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, dimana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan (Sugiyono, 2018).

Hipotesis pada penelitian ini, yaitu:

H_a/H_1 : Ada hubungan antara *self efficacy* dan tingkat spiritualitas dengan *burnout syndrome* pada perawat di Ruang Kritis RSUD Blambangan.

H_0 : Tidak ada hubungan antara *self efficacy* dan tingkat spiritualitas dengan *burnout syndrome* pada perawat di Ruang Kritis RSUD Blambangan.



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Desain Penelitian Yang Digunakan

Rancangan penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahap keputusan yang dibuat oleh peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa diterapkan (Nursalam, 2017). Istilah rancangan penelitian digunakan dalam dua hal; pertama, rancangan penelitian merupakan suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data; dan kedua, rancangan penelitian digunakan untuk mengidentifikasi struktur penelitian yang akan dilaksanakan (Nursalam, 2015).

Jenis penelitian adalah suatu strategi untuk mencapai tujuan penelitian yang telah ditetapkan dan berperan sebagai pedoman atau penutupan peneliti pada seluruh proses penelitian (Nursalam, 2017). Pada penelitian ini jenis penelitian yang digunakan adalah *study correlation*. Nursalam menyatakan bahwa penelitian korelasional adalah penelitian yang mengkaji hubungan antara variabel dan bertujuan untuk peneliti dapat mencari, menjelaskan suatu hubungan, memperkirakan, dan menguji berdasarkan teori yang ada (Nursalam, 2015).

Desain penelitian merupakan suatu strategi yang digunakan dalam penelitian yang digunakan untuk perancangan dan mengidentifikasi masalah dalam pengumpulan data serta digunakan untuk mendefinisikan struktur penelitian yang akan dilaksanakan (Nursalam, 2016). Menurut Silaen (2018) mengungkapkan desain penelitian adalah desain mengenai keseluruhan

proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian (Aditia, 2019). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan desain penelitian *cross-sectional* untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan *self efficacy* dan tingkat spiritual dengan *burnout syndrome* pada perawat di Ruang Kritis RSUD Blambangan pada masa pandemi covid-19 tahun 2022.

4.2 Populasi, Sampel Dan Teknik Sampling

4.2.1 Populasi

Menurut Silaen (2018), populasi adalah keseluruhan dari objek atau individu yang memiliki karakteristik (sifat-sifat) tertentu yang akan diteliti (Aditia, 2019). Populasi dalam penelitian adalah subjek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015).

Pembagian populasi meliputi: populasi target dan populasi terjangkau (Nursalam, 2015).

a. Populasi target

Populasi target adalah populasi yang memenuhi kriteria *sampling* dan menjadi sasaran akhir penelitian. populasi target bersifat umum dan biasanya pada penelitian klinis dibatasi oleh karakteristik demografis (meliputi jenis kelamin atau usia) (Nursalam, 2015). Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah perawat di ruang kritis (IGD, ICU, dan isolasi) RSUD Blambangan Banyuwangi dengan total 55 orang.

b. Populasi terjangkau

Populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya (Nursalam, 2015). Populasi terjangkau dalam penelitian ini yaitu perawat di ruang kritis (IGD, ICU, dan isolasi) dengan kriteria yang tidak ditetapkan.

4.2.2 Sampel

Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2017). Sampel pada penelitian ini adalah seluruh perawat di ruang IGD, ICU, dan ruang isolasi RSUD Blambangan Banyuwangi dengan total 55 orang.

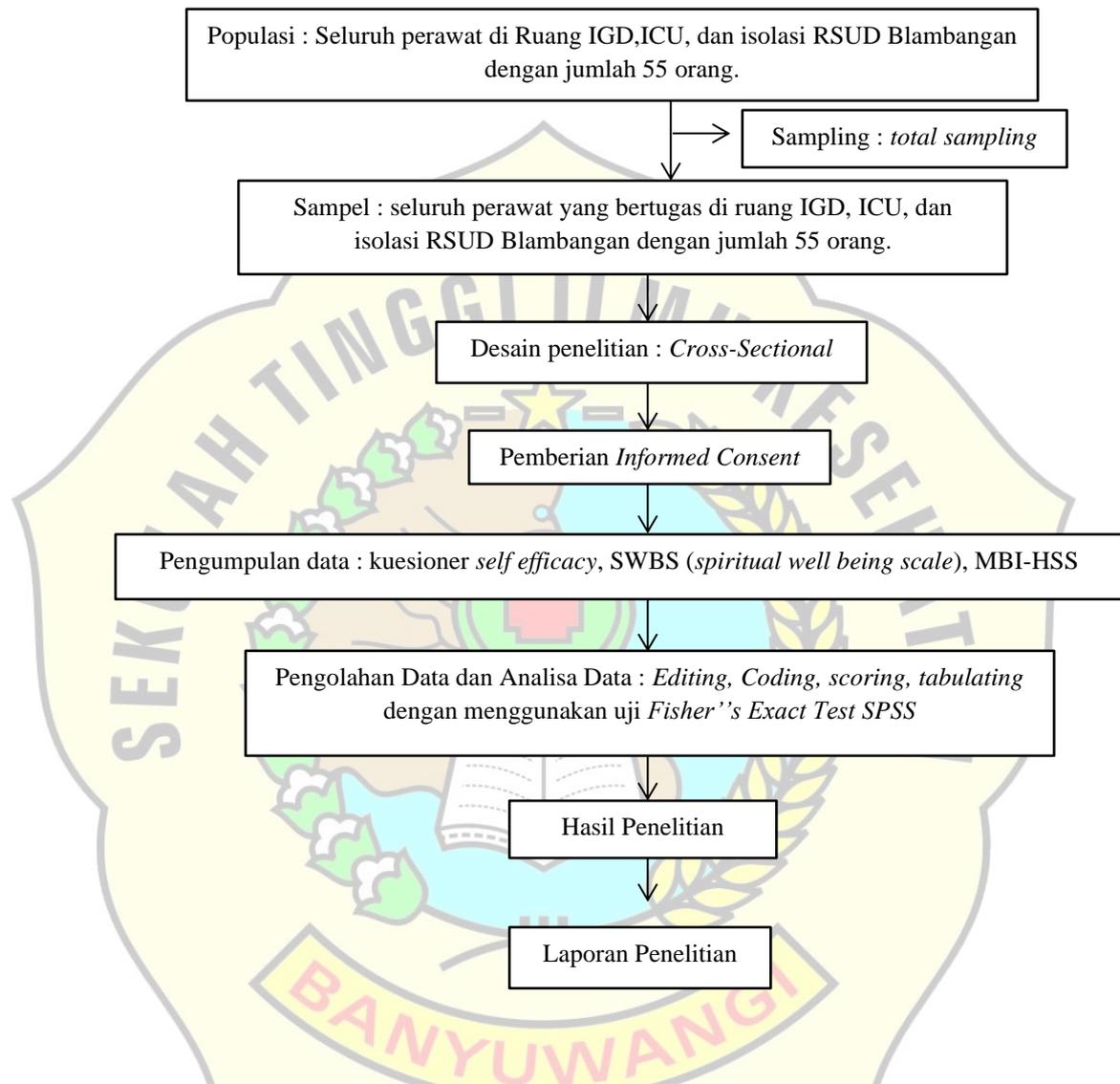
4.2.3 Teknik Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2015). Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Sastroasmoro & Ismail, 1995 & Nursalam, 2008) (Nursalam, 2015).

Dalam penelitian ini, teknik yang digunakan untuk pengambilan sampel adalah *total sampling*. *Total sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi. Alasan mengambil *total sampling* karena jumlah populasi yang kurang dari 100 maka seluruh populasi dijadikan sampel

penelitian dan penelitian ini tidak menggunakan batasan karakteristik (Nursalam, 2017).

4.3 Kerangka Kerja



Bagan 4.1 Kerangka Kerja Hubungan *Self Efficacy* Dan Tingkat Spiritualitas Dengan *Burnout Syndrome* Pada perawat Di Ruang Kritis RSUD Blambangan Pada Masa Pandemi Covid-19 Tahun 2022

4.4 Identifikasi Variabel

4.4.1 Variabel Independen (Bebas)

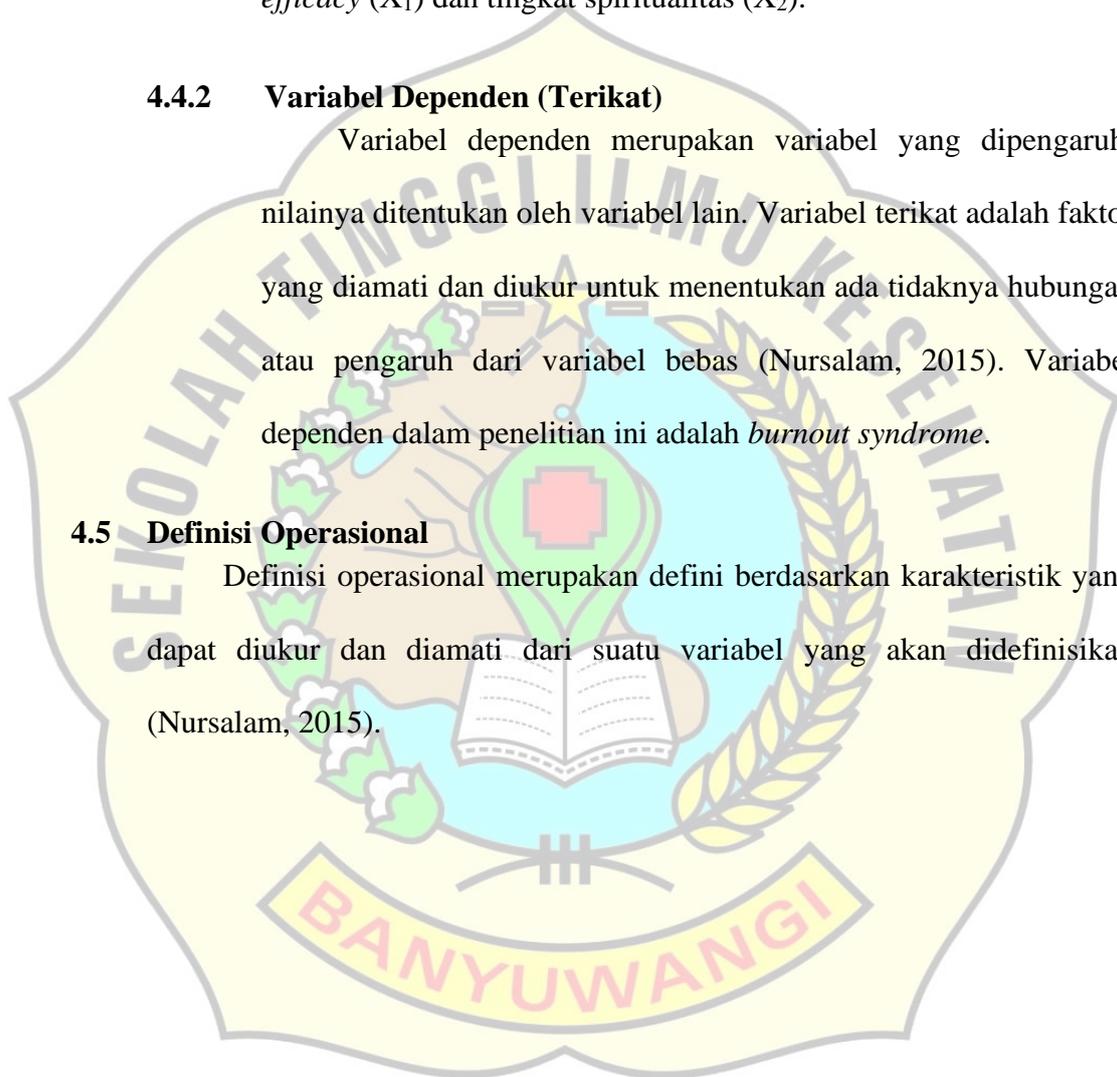
Variabel independen merupakan variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2015). Variabel independen (bebas) pada penelitian ini adalah *self efficacy* (X_1) dan tingkat spiritualitas (X_2).

4.4.2 Variabel Dependen (Terikat)

Variabel dependen merupakan variabel yang dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel terikat adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya hubungan atau pengaruh dari variabel bebas (Nursalam, 2015). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah *burnout syndrome*.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan defeni berdasarkan karakteristik yang dapat diukur dan diamati dari suatu variabel yang akan didefinisikan (Nursalam, 2015).



Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan *Self Efficacy* Dan Tingkat Spiritualitas Dengan *Burnout Syndrome* Pada Perawat Di Ruang Kritis RSUD Blambangan Pada Masa Pandemi Covid-19 Tahun 2022.

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat ukur	Skala	Skor
Variabel Independen (X ₁): <i>Self Efficacy</i>	Suatu keyakinan dalam individu seseorang terhadap suatu situasi akan keberhasilan yang dilakukannya.	Indikator <i>self efficacy</i> : 1. Magnitude 2. Strength 3. Generality	Kuesioner <i>self efficacy</i>	Ordinal	1. Efikasi rendah : 38-83,6 2. Efikasi sedang : >83,6-106,4 3. Efikasi tinggi : >106,4-152
Variabel Independen (X ₂): Tingkat Spiritualitas	Suatu keyakinan/kepercayaan seseorang dalam berhubungan dengan yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta.	Indikator tingkat spiritualitas : 1. <i>Religious Well Being</i> 2. <i>Existential Well Being</i>	Kuesioner SWBS (<i>Spiritual Well Being Scale</i>)	Ordinal	1. Rendah:20-53 2. Sedang: 54-86 3. Tinggi:87-120
Variabel Dependen (Y): <i>Burnout Syndrome</i>	Kondisi kelelahan responden secara mental, fisik, atau emosional akibat stres yang terus menerus.	Indikator <i>burnout syndrome</i> : 1. <i>Emotional exhaustion</i> (kelelahan emosional) 2. <i>Deperzonalisation</i> (depersonalisasi) 3. <i>A feeling of low personal accomplishment</i> (penurunan pencapaian diri)	Kuesioner MBI-HSS (<i>Maslach Burnout Inventory Human Service Survey</i>)	Ordinal	1. Sangat lelah = 67-88 2. Lelah = 45-66 3. Tidak lelah = 22-44

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data pada waktu penelitian menggunakan suatu metode (Nurchahyo, 2018). Dalam penyusunan instrumen penelitian terdapat uraian dalam pengumpulan data, yaitu : validitas dan reliabilitas. Validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam mengumpulkan data. Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2015). Dalam penelitian ini, instrumen penelitian yang digunakan yaitu menggunakan kuesioner sebagai pengumpulan data. Kuesioner adalah peneliti mengumpulkan data secara formal kepada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis (Nursalam, 2015). Kuesioner digunakan untuk mengidentifikasi semua variabel penelitian ini yaitu, *self efficacy*, tingkat spiritualitas, dan *burnout syndrome*.

Kuesioner *self efficacy* diadopsi dari penelitian (Dyan Anggryani Rambu, 2020) yang terdiri dari 38 pernyataan dengan rincian 14 pernyataan untuk indikator *magnitude* (pernyataan nomor 1, 3, 6, 8, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 21, 24, 25, 38), 12 pernyataan untuk indikator *strength* (pernyataan nomor 16, 18, 20, 22, 23, 26, 27, 30, 32, 34, 36, 37), 12 pernyataan untuk indikator *generality* (pernyataan nomor 2,4,5,7,9,11,13,28,29,31,33,35). Dalam kuesioner ini terdiri dari pernyataan positif dan negatif. Terdapat 16 pernyataan negatif (pernyataan nomor 5, 7, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 25, 30, 32, 35, 36, 37) dengan diberi skor 1: sangat setuju, 2: setuju, 3: tidak setuju, dan 4: sangat tidak setuju. Sedangkan pernyataan positif diberi skor

1: sangat tidak setuju, 2: tidak setuju, 3: setuju, 4: sangat setuju. Hasil uji validitas kuesioner *self efficacy* menggunakan formula Aiken's V dengan kriteria pengujiannya adalah koefisien validitas $\geq 0,667$ sehingga dapat disimpulkan semua pernyataan valid. Uji reliabilitas dapat dilihat pada nilai Cronbach's Alpha, jika nilai Alpa $>0,60$ maka kontruk pertanyaan yang merupakan dimensi variabel adalah reliabel. Hasil uji reliabilitas dari kuesioner *self efficacy* diperoleh nilai Cronbach's Alpha adalah 0,829 di atas 0,60 maka kuesioner efikasi diri tersebut reliabel.

Kuesioner tingkat spiritual menggunakan alat ukur SWBS (*Spiritual Well Being Scale*) dari Paloutzian & Ellison (1983) yang diadopsi dari penelitian (Atiqoh, 2018). Kuesioner terdiri dari 20 item pernyataan yang didalamnya dibahas 2 indikator spiritual yaitu *Religiuos Well Being* (RWB) 10 item dan *Existential Well Being* (EWB) 10 item. Kuesioner ini terdapat 9 pernyataan unfavorable (negatif) pada pernyataan nomor 1, 2, 5, 6, 9, 12, 13, 16, 18, dengan diberi skor 6: sangat tidak setuju, 5: tidak setuju, 4: agak tidak setuju, 3: agak setuju, 2: setuju, 1: sangat setuju. Sedangkan pernyataan positif diberi skor 6: sangat setuju, 5: setuju, 4: agak setuju, 3: agak tidak setuju, 2: tidak setuju, 1: sangat tidak setuju. Pada uji validitas didapatkan nilai r tabel sebesar 0,2638. Data diolah menggunakan SPSS, dan dari 20 item pernyataan dinyatakan 19 item valid dan terdapat satu pertanyaan yang tidak valid sehingga (Atiqoh, 2018) melakukan perubahan kalimat sebagai berikut:

Kalimat sebelum di ubah	Kalimat setelah di ubah
Saya merasa tidak mantap dengan masa depan saya	Saya merasa tidak yakin/bimbang dengan masa depan saya

Untuk uji reliabilitas alat ukur menggunakan koefisien *alpha* atau yang bisa disebut *Cronbach's alpha*. Semakin tinggi nilai koefisien maka alat ukur semakin reliabel. Hasil uji reliabilitas didapatkan *Cronbach's alpha* 0,879 yang berarti kuesioner konsisten, dapat diandalkan dan dapat digunakan.

Variabel *burnout syndrome* diukur menggunakan kuesioner MBI-HSS yang diadopsi dari penelitian (Nurchahyo, 2018). Kuesioner ini terdiri dari 22 pernyataan dari 3 indikator yaitu kelelahan emosional 9 pertanyaan, depersonalisasi 5 pertanyaan dan prestasi diri yang rendah 8 pertanyaan. Pada kuesioner ini terdiri pernyataan positif dan negatif. Terdapat 14 pernyataan negatif (pernyataan nomor 1-14) dengan diberi skor 4: selalu, 3: sering, 2: kadang-kadang, 1: tidak pernah. Sedangkan pernyataan positif diberi skor 4: tidak pernah, 3: kadang-kadang, 2: sering, 1: selalu. Uji validitas berdasarkan nilai r dimana pertanyaan dinyatakan valid apabila r hitung $> r$ tabel pada taraf signifikansi 5% sehingga pertanyaan dapat digunakan untuk mengumpulkan data penelitian. Uji reliabilitas menggunakan teknik *Alpha Cronbach*. Berdasarkan uji coba yang dilakukan oleh (Nurchahyo, 2018) diperoleh nilai *Alpha Cronbach* 0,933 dengan rentang nilai r hitung 0,201-0,863 dengan r tabel 0,444. dalam penelitian (Nurchahyo, 2018) *Alpha Cronbach* lebih besar r tabel 0,60 berarti instrumen tersebut dinyatakan reliabel dan semua item pertanyaan yang valid dapat digunakan untuk penelitian.

4.7 Tempat dan Waktu Penelitian

4.7.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di RSUD Blambangan Banyuwangi.

4.7.2 Waktu Penelitian

Studi penelitian ini di Ruang Kritis (IGD,ICU, dan ruang isolasi) RSUD Blambangan Banyuwangi tahun 2022 akan berlangsung pada tanggal 12-21 Mei 2022.

4.8 Proses Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2015).

Dalam penelitian ini proses pengumpulan data yang dilakukan adalah peneliti dengan mengajukan surat permohonan data awal di LPPM STIKes Banyuwangi. Kemudian peneliti mengajukan surat permohonan data awal dari LPPM STIKes Banyuwangi ke Direktur RSUD Blambangan. Setelah surat disetujui, peneliti ke ruangan untuk melakukan koordinasi dan menjelaskan mengenai maksud dan tujuan yang akan dilakukan dengan kepala ruangan IGD,ICU, dan ruang isolasi. Kemudian peneliti memberikan lembar penjelasan penelitian, kemudian jika responden setuju menjadi sampel penelitian diberikan *informed consent* sebagai bukti bahwa responden setuju dan penelitian untuk menjadi responden, dan memberikan kuesioner-kuesioner kepada responden yang menyetujui *informed consent* untuk pengumpulan data. Setelah terkumpul kemudian peneliti melakukan perekapan hasil data awal penelitian dan mengolah hasil penelitian.

4.9 Analisis Data dan Pengolahan Data

4.9.1 Analisa Data

Analisa data adalah bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian yang, mengungkapkan fenomena (Nursalam, 2017). Sebelum melakukan analisa data, secara beruntun data yang berhasil dikumpulkan akan mengalami proses *editing*, *coding*, *scoring*, *tabulating*.

1. *Editing*

Editing adalah memeriksa daftar pertanyaan yang telah diberikan oleh para pengumpul data. Pemeriksaan pertanyaan yang telah diselesaikan meliputi, kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan, dan relevansi jawaban (Nursalam, 2017).

Penelitian ini proses *editing* yang dilakukan yaitu dengan mengecek ulang kelengkapan isi kuesioner-kuesioner dari responden.

2. *Coding*

Coding adalah pemberian kode pada data dalam bentuk angka (Nursalam, 2016).

1) *Self Efficacy*

a.) Pernyataan Positif:

- Sangat Setuju : 4
- Setuju : 3
- Tidak Setuju : 2
- Sangat Tidak Setuju : 1

b.) Pernyataan Negatif:

- Sangat Tidak Setuju : 4
- Tidak Setuju : 3
- Setuju 2
- Sangat Setuju 1

2) Tingkat Spiritualitas:

a.) Pernyataan Positif:

- Sangat tidak setuju : 1
- Tidak setuju : 2
- Agak tidak setuju : 3
- Agak setuju : 4
- Setuju : 5
- Sangat setuju : 6

b.) Pernyataan Negatif:

- Sangat tidak setuju : 6
- Tidak setuju : 5
- Agak tidak setuju : 4
- Agak setuju : 3
- Setuju : 2
- Sangat setuju : 1

3) *Burnout Syndrome*

a) Pernyataan Positif:

- Selalu : 1
- Sering : 2

- Kadang-kadang : 3
- Tidak pernah : 4

b) Pernyataan Negatif

- Selalu : 4
- Sering : 3
- Kadang-kadang : 2
- Tidak pernah : 1

3. *Scoring*

Scoring adalah kegiatan menjumlahkan nilai yang diperoleh dari responden dari lembar pengumpulan data (Nursalam, 2017).

1) *Self Efficacy*

- a. Efikasi diri rendah : 38 - 83,6
- b. Efikasi diri sedang : >83,6 - 106,4
- c. Efikasi diri tinggi : >106,4 – 152

2) *Tingkat spiritualitas*

- a. Rendah : 20 - 53
- b. Sedang : 54 - 86
- c. Tinggi : 87 - 120

3) *Burnout Syndrome*

- a. Sangat lelah : 67 – 88
- b. Lelah : 45 - 66
- c. Tidak lelah : 22 – 44

4. *Tabulating*

Tabulating merupakan penyajian data dalam bentuk tabel, yang terdiri atas beberapa baris dan beberapa kolom. Tabel dapat digunakan untuk memaparkan sekaligus beberapa variabel hasil observasi, survei atau penelitian hingga data mudah dibaca dan dimengerti (Nursalam, 2017).

4.9.2 **Pengolahan Data**

Berdasarkan data yang telah terkumpul, kemudian dilakukan analisis atas hubungan *self efficacy* dan tingkat spiritualitas dengan *burnout syndrome* pada perawat dengan menggunakan analisis *Chi-Square* dengan uji *Fisher's Exact Test*. Peneliti menggunakan uji *Fisher's Exact Test* karena data yang digunakan pada variabel bebas dan variabel terikat menggunakan skala data ordinal. Bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dengan menggunakan tabel kontingensi SPSS. Jika nilai yang didapat pada pengujian statistik menunjukkan nilai $p < 0,05$ maka terdapat hubungan yang signifikan antara *self efficacy* dan tingkat spiritualitas dengan *burnout syndrome* pada perawat di ruang kritis RSUD Blambangan dengan kata lain H_0 ditolak. Sedangkan jika $p > 0,05$ berarti H_0 diterima atau tidak ada hubungan yang signifikan antara *self efficacy* dan tingkat spiritualitas dengan *burnout syndrome* pada perawat di ruang kritis RSUD Blambangan tahun 2022.

4.9.3 Interpretasi Data

Menurut Arikunto (2014) interpretasikan skala dari distribusi frekuensi adalahh sebagai berikut:

Seluruh	: 100%
Hampir seluruhnya	: 76%-99%
Sebagian besar	: 51%-75%
Setengah	: 50%
Hampir setengahnya	: 26%-49%
Sebagian kecil	: 1%-25%
Tidak satupun	: 0%

4.10 Etika Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian skripsi ini, sebelum terjun langsung ke lapangan peneliti mengajukan uji etik dan lolos uji etik dengan No.082/01/KEPK-STIKESBWI/III/2022, selanjutnya meminta permohonan izin dari Direktur RSUD Blambangan Banyuwangi dan Kepala Ruangan IGD, ICU, dan ruang isolasi tempat penelitian untuk mendapatkan persetujuan, setelah mendapatkan persetujuan peneliti langsung melakukan penelitian dengan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi :

4.10.1 *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Informed consent adalah informasi yang harus diberikan pada subjek secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan dan mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden (Nursalam, 2016).

Informed consent diberikan sebelum penelitian dilaksanakan kepada calon responden, kemudian peneliti menjelaskan maksud dan tujuan kepada responden. Jika responden bersedia mengisi lembar persetujuan, mereka menandatangani lembar persetujuan sehingga peneliti bebas dari tanggung gugat, tetapi jika responden tidak bersedia menjadi sampel penelitian, maka peneliti tidak boleh memaksa.

4.10.2 Anominy (Tanpa Nama)

Responden tidak perlu mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data. Responden cukup menulis nama inisial saja untuk menjamin kerahasiaan identitasnya dan peneliti hanya memberi kode tertentu pada lembar tersebut sehingga privasi responden tetap terjaga.

4.10.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Confidentiality adalah memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian kepada responden baik informasi maupun masalah lainnya yang terkait dengan responden. Semua informasi akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti kecuali hanya kelompok data tertentu yang akan di laporkan pada data riset (Pratama, 2020). Peneliti tidak akan menyebarkan identitas atau informasi terkait kepada orang lain. Kode responden digunakan untuk merahasiakan identitas diri responden.

4.10.4 Justice (Keadilan)

Justice adalah keadilan terhadap manusia dengan menghargai setiap hak yang dimiliki dan tidak berpihak dalam perlakuan

terhadap manusia (Pratama, 2020). Peneliti berusaha bersikap adil kepada seluruh responden dan tidak membeda-bedakan setiap responden dalam penelitian.

4.10.5 *Non Maleficient* (Tidak Merugikan)

Non maleficient merupakan sebuah prinsip yang mempunyai arti bahwa setiap tindakan yang dilakukan pada seseorang tidak menimbulkan kerugian secara fisik maupun mental (Abrori, 2016).

Dalam penelitian ini diharapkan tidak merugikan bagi setiap responden.

4.10.6 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini memiliki keterbatasan penelitian yaitu pada metode penelitian bahwa tidak dapat menggunakan uji statistik *Rank Spearman* sehingga diubah menjadi uji statistik *Chi-Square*.

