

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Pustaka

Penelitian yang dilakukan oleh Hidayanto, *et al.*, (2021) yang berjudul “Perilaku *Caring* Perawat Berdasarkan Gadar *Caring Scale* 46 (GCS-46)”. Perilaku *caring* perawat merupakan sikap yang harus dimiliki oleh perawat, semua pasien membutuhkan *caring* perawat tidak terkecuali pasien di Instalasi Gawat Darurat, walaupun kondisi di Instalasi Gawat Darurat dituntut cepat dan tepat. Perawat tidak boleh melupakan *caring* pada pasien di Instalasi Gawat Darurat, karena kurangnya *caring* akan memicu kondisi pasien yang tidak nyaman atau merasa cemas sehingga akan mempengaruhi kondisinya menjadi tidak baik. Metode dalam penelitian menggunakan desain penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien sebanyak 106 responden dengan teknik *consecutive* sampling. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner Gadar *Caring Scale* 46 dengan analisis data menggunakan analisis univariat. Hasil penelitian menunjukkan perilaku *caring* perawat berdasarkan Gadar *Caring Scale* 46 (GCS-46) pada aspek perilaku *caring* dalam kategori cukup (56,6%), pada aspek lingkungan *caring* dalam kategori cukup (51,9%) dan pada aspek administrasi *caring* dalam kategori cukup (57,5%). Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa perilaku *caring* berdasarkan Gadar *Caring Scale* 46 (GCS-46) dalam kategori cukup.

Penelitian yang dilakukan oleh Wati, *et al.*, (2020) dengan judul “Gambaran *Burnout* Perawat Pelaksana di Ruang Intensif RSUP Sanglah Denpasar”. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui gambaran *burnout* perawat pelaksana di ruang Intensif berdasarkan 3 dimensi *burnout*. Metode penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif dengan menggunakan survey. Sampel dalam penelitian ini dipilih dengan teknik total sampling sebanyak 121 orang. Hasil dari penelitian ini adalah sebagian besar perawat intensif mengalami *burnout* pada dimensi kelelahan emosional dengan kategori tinggi yaitu sebanyak 52 orang (43%), *burnout* pada dimensi depersonalisasi pada kategori tinggi yaitu sebanyak 57 orang (47,1%) dan *burnout* pada dimensi penurunan pencapaian prestasi pribadi pada kategori tinggi yaitu sebanyak 55 orang (45,5%).

Penelitian yang dilakukan oleh Lestari, *et al.*, (2021) dengan judul “Relationship Of *Burnout* Level With Nurse *Caring* Perception In Emergency Departements”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan tingkat *burnout* dengan persepsi *caring* perawat di instalasi gawat darurat. Desain penelitian menggunakan deskriptif korelasional. Instrumen penelitian menggunakan 2 kuesioner yaitu *Maslach Burnout Inventory-Health Service Survey* untuk mengukur tingkat *burnout* (rendah, sedang, dan tinggi) dan *Caring Behavior Inventory-24* untuk mengukur persepsi terhadap *caring* (baik dan buruk). Populasi penelitian terdiri dari perawat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr Hasan Sadikin Bandung dengan besar sampel menggunakan teknik total sampling sebanyak 50 perawat. Hasil penelitian

menunjukkan bahwa tingkat *burnout* perawat berada pada kategori rendah (60%), dan persepsi *caring* perawat berada pada kategori baik (64%). Hasil uji hubungan diperoleh korelasi negatif ($p\text{-value} = 0,000$; $r = -0,607$), yang berarti semakin tinggi tingkat *burnout* maka semakin rendah persepsi *caring* yang dimiliki.

2.2. Konsep Rumah Sakit

2.2.1. Definisi Rumah Sakit

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna atau lengkap yang menyediakan pelayanan gawat darurat, rawat inap dan rawat jalan. Dengan demikian, rumah sakit merupakan penyedia layanan kesehatan untuk melayani para pengguna layanan kesehatan yang membutuhkan pertolongan pertama atau tindakan darurat, pengobatan dengan bantuan khusus dalam bidang kesehatan (Zulaima, 2017).

2.2.2. Jenis-jenis Rumah Sakit

Jenis-jenis rumah sakit terbagi menjadi 4 bagian, yaitu:

1. Rumah Sakit Umum

Rumah Sakit Umum biasanya melayani segala jenis penyakit umum, memiliki institusi perawatan darurat yang siaga 24 jam (Ruang gawat darurat). Untuk mengatasi bahaya dalam waktu secepat-cepatnya dan memberikan pertolongan pertama. Di dalamnya juga terdapat layanan rawat inap dan perawatan

intensif, fasilitas bedah, ruang bersalin, laboratorium, dan sarana-prasarana lain.

2. Rumah Sakit Khusus/ Spesialis

Rumah Sakit Khusus atau Spesialis dari namanya sudah tergambar bahwa Rumah Sakit Khusus atau Rumah Sakit Spesialis hanya melakukan perawatan kesehatan untuk bidang-bidang tertentu, misalnya Rumah Sakit untuk trauma (trauma center), Rumah Sakit untuk Ibu dan Anak, Rumah Sakit Manula, Rumah Sakit Kanker, Rumah Sakit Jantung, Rumah Sakit Gigi dan Mulut, Rumah Sakit Mata, Rumah Sakit Jiwa.

3. Rumah Sakit Pendidikan dan Penelitian

Rumah Sakit ini berupa Rumah Sakit Umum yang terkait dengan kegiatan pendidikan dan penelitian di Fakultas Kedokteran pada suatu Universitas atau Lembaga Pendidikan Tinggi.

4. Rumah Sakit Lembaga atau Perusahaan

Rumah sakit ini adalah Rumah Sakit yang didirikan oleh suatu lembaga atau perusahaan untuk melayani pasien-pasien yang merupakan anggota lembaga tersebut.

2.3. Konsep Instalasi Gawat Darurat

2.3.1. Definisi Instalasi Gawat Darurat

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit penting dalam operasional suatu rumah sakit yaitu sebagai pintu masuk bagi setiap

pelayanan yang beroperasi selama 24 jam (Mariana, et al., 2020). Instalasi gawat darurat adalah unit pelayanan rumah sakit yang memberikan pelayanan pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multidisiplin. IGD rumah sakit memerlukan adanya standar dalam memberikan pelayanan gawat darurat sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya sehingga dapat menjamin suatu penanganan gawat darurat dengan respon time yang cepat dan penanganan yang tepat (Kemenkes RI, 2009).

2.3.2. Tujuan Instalasi Gawat Darurat

Tujuan IGD (Instalasi Gawat Darurat) adalah dapat mengurangi resiko terjadinya kematian dan kecacatan pada penderita gawat darurat, menerima rujukan pasien, menangani pasien korban bencana dan kecelakaan, pelayanan berkualitas pada masyarakat dengan problem medis akut (Perceka, 2020).

2.3.3. Peran Perawat di Ruang Instalasi Gawat Darurat

Peran perawat di ruang instalasi gawat darurat adalah sebagai berikut:

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 yang mengancam nyawa atau kecacatan klien.

Pelayanan keperawatan di ruang gawat darurat (IGD) merupakan salah satu tolak ukur kualitas pelayanan rumah sakit karena IGD sebagai garda terdepan yang memberikan pelayanan kepada pasien secara terus menerus selama 24 jam serta melibatkan multi profesi. Sepantasnya perawat yang bertugas di ruangan IGD adalah mereka yang telah memiliki keahlian khusus dengan sertifikasi sebagai perawat gawat darurat. Penanganan pasien gawat darurat yang membutuhkan kecepatan dan ketepatan membutuhkan perawat yang terampil, mampu mengambil keputusan secara cepat dan selalu berpikir kritis. Kemampuan ini akan terus muncul jika perawat diberi kesempatan untuk terus meningkatkan kompetensi dalam bidangnya, oleh karena itu dibutuhkan motivasi yang tinggi untuk mendorong hal tersebut (Nursalam, 2013).

2.4. Konsep Perawat

2.4.1. Definisi Perawat

Menurut UU RI Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. Perawat merupakan salah satu profesi yang menjadi sumber daya manusia di rumah sakit yang berperan besar dalam menentukan baik buruknya mutu pelayanan di rumah sakit (Simamora, et al., 2019).

2.4.2. Peran Perawat

Peran perawat adalah sebagai berikut:

1. Pemberi asuhan keperawatan, dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan, dari yang sederhana sampai kompleks.
2. Advokat pasien/klien, dengan menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien untuk mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien.
3. Pendidik/ *educator*, dengan cara membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.
4. Koordinator, dengan cara mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah, serta sesuai dengan kebutuhan klien.
5. Kolaborator, peran ini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapis, ahli gizi dan lain-lain, yang berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan

yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.

6. Konsultan, perawat sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.
7. Peneliti, perawat mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

2.4.3. Fungsi Perawat

Fungsi perawat terbagi menjadi 3 bagian, diantaranya fungsi independen, fungsi dependen, dan fungsi interdependen, yaitu sebagai berikut:

1. Fungsi Independen
 - a. Dalam fungsi ini, tindakan perawat tidak memerlukan perintah dokter.
 - b. Tindakan perawat bersifat mandiri, berdasarkan pada ilmu keperawatan.
 - c. Perawat bertanggung jawab terhadap klien, akibat yang timbul dari tindakan yang diambil. Contoh: melakukan pengkajian

2. Fungsi Dependen

- a. Perawat membantu dokter memberikan pelayanan pengobatan dan tindakan dokter, seperti pemasangan infus, pemberian obat, dan melakukan suntikan.
- b. Oleh karena itu, setiap kegagalan tindakan medis menjadi tanggung jawab dokter.

3. Fungsi Interdependen

Tindakan perawat berdasar pada kerja sama dengan tim perawatan atau tim kesehatan.

2.4.4. Tugas dan Tanggung Jawab Perawat

Berikut adalah tugas dan tanggung jawab perawat (Budiono & Pertami, 2016)

1. Menyampaikan perhatian dan rasa hormat pada klien (*sincare interest*)
2. Jika terpaksa perawat menunda pelayanan maka perawat bersedia memberikan penjelasan dengan ramah kepada kliennya (*explanation about the delay*)
3. Menunjukkan kepada klien sikap menghargai (*respect*) yang ditunjukkan dengan perilaku perawat
4. Berbicara dengan klien yang berorientasi pada perasaan klien (*subjects the patient desires*) bukan pada kepentingan atau keinginan perawat.

5. Tidak mendiskusikan klien lain di depan pasien dengan maksud menghina (*derogatory*).
6. Menerima sikap kritis klien dengan mencoba memahami klien dalam sudut pandang klien (*see the patient point of view*).

2.5. Konsep *Caring*

2.5.1. Definisi *Caring*

Caring adalah sebuah kesatuan nilai kemanusiaan yang bersifat universal (kebaikan, kepedulian, dan cinta terhadap diri sendiri dan orang lain). *Caring* digambarkan sebagai moral ideal keperawatan, hal tersebut meliputi keinginan untuk merawat, kesungguhan untuk merawat dan tindakan untuk merawat (*Caring*). Tindakan *caring* meliputi komunikasi, tanggapan yang positif, dukungan, atau intervensi fisik oleh perawat (Jainurakhma, 2021).

Watson dengan *theory of human care* mempertegas bahwa *caring* sebagai jenis hubungan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi klien sebagai manusia. Bentuk hubungan perawat dan klien adalah hubungan yang wajib dipertanggung jawabkan secara profesional.

Beberapa pengertian tentang *caring* diatas, dapat disimpulkan bahwa *caring* adalah sikap kepedulian perawat terhadap klien dalam pemberian asuhan keperawatan dengan cara merawat klien dengan kesungguhan hati, keikhlasan, penuh kasih sayang, baik melalui komunikasi, pemberian dukungan, maupun tindakan secara

langsung. *Caring* juga merupakan dasar dalam melaksanakan praktik keperawatan professional untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang dapat memberikan kepuasan pada klien dan keluarga (Kusnanto, 2019).

2.5.2. Perkembangan Teori *Caring*

1. Teori *Caring* menurut Kristen M. Swanson

Teori *caring* Swanson masuk dalam *level middle range theory*, mempelajari tentang seorang perawat yang dapat merawat klien dengan tetap menghargai martabat klien tersebut dengan komitmen dan tanggungjawab yang tinggi.

Teori *caring* Swanson ini berkembang setelah Swanson melakukan riset terhadap 3 (tiga) studi perinatal yang terpisah, yaitu:

- a. studi pertama tentang pengalaman para wanita yang mengalami keguguran
- b. Studi kedua kepada para orang tua dan para professional kesehatan sebagai care giver di ruang newborn intensive care unit (NICU)
- c. Studi ketiga terhadap kelompok calon ibu dengan risiko tinggi.

Fokus teori *caring* Swanson dalam *the caring model* mengembangkan 5 (lima) proses dasar, yaitu *knowing, being with, doing for, enabling* dan *maintening belief*. Penjabaran 5

(lima) proses dasar ini bisa menjadi strategi untuk penerapan asuhan keperawatan yang dimulai dengan pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan. Dengan demikian *caring* mempunyai peran besar dalam pelaksanaan proses keperawatan.

Kristen M. Swanson mampu memahami ruang lingkup *Caring* secara keseluruhan dan pada saat yang sama menjelaskan dimensi spesifik dari keinginan seorang perawat untuk merawat klien.

Argumen merupakan bagian yang penting dalam kontribusinya untuk teori keperawatan dimana klien dipandang sebagai manusia yang utuh tidak terpisah-pisah. Hal yang menarik tentang pengertian klien ini adalah bahwa Swanson selalu menempatkan peran perawat dalam proses *becoming* tersebut, dimana perawat sebagai mitra dalam membantu klien untuk mencapai kesejahteraannya (*well being*). Teori *Caring* Swanson menyajikan permulaan yang baik untuk memahami kebiasaan dan proses dari karakteristik pelayanan. Teori *Caring* Swanson menjelaskan tentang proses *Caring* yang terdiri dari proses perawat mengerti kejadian yang berarti di dalam hidup seseorang, hadir secara emosional, melakukan suatu hal kepada orang lain sama seperti melakukan terhadap diri sendiri, memberi informasi dan memudahkan jalan seseorang dalam

menjalani transisi kehidupan serta menaruh kepercayaan seseorang dalam menjalani hidupnya.

Asumsi dasar dari teori ini ditemukan dalam gagasan *caring* yang dijelaskan Swanson, *Caring* adalah multifase yang selalu ada di dalam dinamika hubungan klien dan perawat. Ada yang melihat proses ini sebagai hubungan yang linear, namun juga harus dianggap sebagai hubungan siklik, dan proses yang terjadi haruslah terus diperbarui dimana perawat berperan dalam membantu klien untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan.

Secara umum, proses yang terjadi sebagai berikut, pertama perawat membantu klien mempertahankan keyakinannya, yang berarti bahwa perawat mendorong dan membantu klien untuk memperkuat harapan mereka dan mengatasi kesulitannya. Hal ini sangat penting terutama dalam kasus di mana klien menghadapi penyakit yang mengancam nyawa seperti kanker, atau peristiwa yang sangat traumatis seperti keguguran.

Sebagai pelengkap dan langkah berikutnya dalam proses untuk mempertahankan keyakinan, adalah *knowing*. Dalam proses *knowing*, perawat berusaha memahami situasi klien saat ini, karena ini bisa muncul untuk melatih perawat, yang menciptakan seseorang dengan rasa tertentu bagaimana kondisi fisik dan psikologis dapat mempengaruhi seseorang secara

keseluruhan. Perawat bisa melanjutkan ke tahap proses *do for* apabila sudah tahu apa yang terjadi pada klien, lalu bisa memberikan intervensi pada klien. Proses *do for*, diikuti dengan proses *enabling* yang memungkinkan klien untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraannya (*well being*).

Swanson mengidentifikasi 3 tipe kondisi penyebab *Caring*, yaitu klien, perawat dan organisasi. Kondisi organisasi meliputi beberapa komponen dari *Profesional Practice Model* (PPM) yaitu: (1) kepemimpinan, (2) kompensasi dan penghargaan, serta (3) Hubungan profesional. Apabila 3 komponen ini diciptakan dalam lingkungan kerja akan mendukung praktek *Caring* dalam pelayanan (Kusnanto, 2019).

2.5.3. Dimensi *Caring*

Menurut Kusnanto (2019) Ada lima dimensi yang mendasari konsep *caring*, yaitu:

1. *Maintening belief*

Maintening belief adalah kepekaan diri seseorang terhadap harapan yang diinginkan orang lain ataupun membangun harapan. Indikator yang terdapat pada kepekaan diri, yaitu:

- a. Selalu punya rasa percaya diri yang tinggi
- b. Mempertahankan perilaku yang siap memberikan harapan orang lain
- c. Selalu berfikir realistis

- d. Selalu berada disisi klien dan siap memberikan bantuan.

Menumbuhkan keyakinan seseorang dalam melalui setiap peristiwa hidup dan masa-masa transisi dalam hidupnya serta menghadapi masa depan dengan penuh keyakinan, mempercayai kemampuan orang lain, menimbulkan sikap optimis, membantu menemukan arti atau mengambil hikmah dari setiap peristiwa, dan selalu ada untuk orang lain dalam situasi apapun. Tujuannya adalah untuk membantu orang lain supaya bisa menemukan arti dan mempertahankan sikap yang penuh harap. Memelihara dan mempertahankan keyakinan nilai hidup seseorang adalah dasar dari *caring* dalam praktik keperawatan.

Subdimensi dari *maintaining belief* antara lain:

- a. *Believing in*: perawat merespon apa yang dialami klien dan mempercayai bahwa hal itu wajar dan dapat terjadi pada siapa saja yang sedang mengalami masa transisi.
- b. *Offering a hope – filled attitude*: memperlihatkan perilaku yang peduli pada masalah yang terjadi pada klien dengan sikap tubuh, kontak mata dan intonasi bicara perawat.
- c. *Maintaining realistic optimism*: menjaga dan memperlihatkan sikap optimisme perawat dan harapan terhadap apa yang dialami klien secara realistis dan

berusaha mempengaruhi klien untuk punya sikap yang optimisme dan harapan yang sama.

- d. *Helping to find meaning*: membantu klien menemukan arti dari masalah yang dialami sehingga klien bisa secara perlahan menerima bahwa siapa pun bisa mengalami hal yang sama dengan klien.
- e. *Going the distance* (menjaga jarak): semakin jauh menjalin/menyelami hubungan dengan tetap menjaga hubungan sebagai perawat-klien agar klien bisa percaya sepenuhnya pada perawat dan responsibility serta *Caring* secara total oleh perawat kepada klien.

2. *Knowing* (mengetahui)

Perawat harus mengetahui kondisi klien, memahami arti dari suatu peristiwa dalam kehidupan, menghindari asumsi, fokus pada klien, mencari isyarat, menilai secara cermat dan menarik. Efisiensi dan efektivitas terapeutik *caring* ditingkatkan oleh pengetahuan secara empiris, etika dan estetika yang berhubungan dengan masalah kesehatan baik secara aktual dan potensial. Indikator *knowing* adalah:

- a. Mengetahui kebutuhan dan harapan pasien
- b. Manfaat perawatan dan kejelasan rencana perawatan
- c. Hindari persyaratan untuk bertindak, karena perawat peduli pasien

- d. Tidak hanya mengerti kebutuhan dan harapan tetapi *focus* pada merawat yang benar atau efisien dan berhasil guna atau efektif.

Knowing adalah berusaha agar mampu mengetahui dan paham terhadap peristiwa yang mempunyai arti dalam kehidupan klien. Mempertahankan kepercayaan merupakan dasar dari *Caring* keperawatan, *knowing* adalah memahami pengalaman hidup klien dengan mengesampingkan asumsi perawat mengetahui kebutuhan klien, menggali/menyelami informasi klien secara detail, *sensitive* terhadap petunjuk verbal dan non verbal, fokus pada satu tujuan keperawatan, serta mengikutsertakan orang yang memberi asuhan dan orang yang diberi asuhan dan menyamakan persepsi antara perawat dan klien. *Knowing* adalah penghubung dari keyakinan keperawatan terhadap realita kehidupan.

Subdimensi dari *knowing* antara lain:

- a. *Avoiding assumptions*, menghindari asumsi-asumsi
- b. *Assessing thoroughly*, melakukan pengkajian menyeluruh meliputi bio, psiko, sosial, spiritual dan kultural
- c. *Seeking clues*, perawat menggali informasi secara mendalam

- d. *Centering on the one cared for*, perawat fokus pada klien dalam memberikan asuhan keperawatan
 - e. *Engaging the self of both*, melibatkan diri sebagai perawat secara utuh dan bekerja sama dengan klien dalam melakukan asuhan keperawatan yang efektif
3. *Being with* (Kehadiran)

Being with merupakan kehadiran dari perawat untuk pasien, perawat tidak hanya hadir secara fisik saja, tetapi juga melakukan komunikasi membicarakan kesiapan/ kesediaan untuk bisa membantu serta berbagi perasaan dengan tidak membebani pasien. Perawat juga hadir dengan berbagi perasaan tanpa beban dan secara emosional bersama klien dengan maksud memberikan dukungan kepada klien, memberikan kenyamanan, pemantauan dan mengurangi intensitas perasaan yang tidak diinginkan.

Indikator saat merawat pasien adalah:

- a. Kehadiran kontak dengan pasien
- b. Menyampaikan kemampuan merawat
- c. Berbagi perasaan
- d. Tidak membebani pasien

Subdimensi dari *being with*, antara lain:

- a. *Non-burdening*: Perawat melakukan kerja sama kepada klien dengan tidak memaksakan kehendak kepada klien melaksanakan tindakan keperawatan
- b. *Convering availability*: Memperlihatkan sikap perawat mau membantu klien dan memfasilitasi klien dalam mencapai tahap kesejahteraan /*well being*.
- c. *Enduring with*: Perawat dan klien berkomitmen untuk meningkatkan kesehatan klien.
- d. *Sharing feelings*: Berbagi pengalaman bersama klien yang berhubungan dengan usaha dalam meningkatkan kesehatan klien.

Being with perawat bisa diperlihatkan dengan cara kontak mata, bahasa tubuh, nada suara, mendengarkan serta mempunyai sikap positif dan semangat yang dilakukan perawat, bisa membuat suasana terbuka dan saling mengerti.

4. *Doing for* (Melakukan)

Doing for berarti bekerja sama melakukan sesuatu tindakan yang bisa dilakukan, mengantisipasi kebutuhan yang diperlukan, kenyamanan, menjaga privasi dan martabat klien. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, perawat bisa memberikan kontribusi dalam pemulihan kesehatan (atau

sampai meninggal dengan damai). Perawat akan tampil seutuhnya ketika diperlukan dengan menggunakan semua kekuatan maupun pengetahuan yang dimiliki.

Subdimensi dari *doing for* antara lain:

- a. *Comforting* (memberikan kenyamanan) Dalam memberikan intervensi keperawatan perawat harus bisa memberi kenyamanan dan menjaga privasi klien.
- b. *Performing competently* (menunjukkan ketrampilan) Sebagai perawat professional perawat dituntut tidak hanya bisa berkomunikasi tapi juga harus bisa memperlihatkan kompetensi maupun skill yang dimiliki seorang perawat yang professional.
- c. *Preserving dignity* (menjaga martabat klien) Menjaga martabat klien sebagai individu atau memanusiakan manusia.
- d. *Anticipating* (mengantisipasi) Selalu meminta izin ataupun persetujuan dari klien ataupun keluarga dalam melakukan tindakan keperawatan.
- e. *Protecting* (melindungi)
Menjaga hak-hak klien dalam memberikan asuhan keperawatan dan tindakan medis

5. *Enabling* (Memampukan)

Enabling adalah memampukan atau memberdayakan klien, perawat memberikan informasi, menjelaskan memberi dukungan dengan fokus masalah yang relevan, berfikir melalui masalah dan menghasilkan alternatif pemecahan masalah agar klien mampu melewati masa transisi dalam hidup yang belum pernah dialaminya sehingga bisa mempercepat penyembuhan klien ataupun supaya klien mampu melakukan tindakan yang tidak biasa dilakukannya. memberikan umpan balik/ *feedback*.

Subdimensi dari *enabling* antara lain:

a. *Validating* (memvalidasi)

Memvalidasi semua tindakan yang telah dilakukan

b. *Informing* (memberikan informasi)

Menyampaikan informasi yang berhubungan dengan peningkatan kesehatan klien dalam rangka memberdayakan klien dan keluarga klien.

c. *Supporting* (mendukung)

Memberi dukungan kepada klien untuk mencapai kesejahteraan/ *well being* sesuai kapasitas sebagai perawat

d. *Feedback* (memberikan umpan balik)

Memberikan *feedback* kepada klien atas usahanya mencapai kesembuhan/ *well being*,

e. *Helping patients to focus generate alternatives* (membantu klien untuk fokus dan membuat alternatif)

Membantu klien agar selalu fokus dan ikut dalam program peningkatan kesehatannya baik tindakan keperawatan maupun tindakan medis (Potter & Perry, 2013)

Domain pertama mengacu pada kapasitas seseorang untuk memberikan perhatian, domain kedua mengacu pada kepedulian dan komitmen individu yang mengarah pada tindakan *caring*, domain ketiga mengacu pada kondisi (perawat, klien, organisasi) yang meningkatkan atau mengurangi kemungkinan memberikan *caring*, domain keempat mengacu pada tindakan *caring*, dan domain kelima mengacu pada konsekuensi atau hasil *caring* yang disengaja dan tidak disengaja pada klien dan penyedia layanan.

Setiap proses *caring* memiliki pengertian dan subdimensi yang menjadi dasar dalam intervensi keperawatan. Pelayanan keperawatan dan *caring* sangat penting untuk membuat hasil positif pada kesehatan dan kesejahteraan klien (Swanson, 1991).

2.5.4. Faktor yang Mempengaruhi *Caring*

Caring merupakan aplikasi dari proses keperawatan sebagai bentuk kinerja yang ditampilkan oleh seorang perawat. Menurut Hutahean (2020) mengemukakan 3 faktor yang berpengaruh

terhadap kinerja individu meliputi faktor individu, psikologis dan organisasi:

1. Faktor Individu

Faktor individu meliputi kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Karakteristik demografis meliputi usia, jenis kelamin, latar belakang pendidikan, masa kerja, status perkawinan, dan status kepegawaian (Kusnanto, 2019).

2. Faktor Psikologis

Faktor psikologi meliputi sikap, kepribadian, belajar dan motivasi.

3. Faktor Organisasi

Faktor organisasi meliputi sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, desain pekerjaan, dan beban kerja

Masa kerja dan beban kerja dapat berdampak negatif yaitu semakin lamanya masa kerja dan semakin banyak tuntutan pekerjaan yang diberikan kepada perawat dalam jangka waktu yang panjang dapat menimbulkan suatu kondisi stress dan dapat menjadi timbul kejenuhan dan kelelahan kerja pada perawat atau yang disebut sebagai *burnout* (Dewanti, 2020).

2.5.5. Perilaku *Caring* Dalam Praktik Keperawatan

Caring secara umum dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk berdedikasi bagi orang lain, pengawasan dengan waspada, perasaan empati pada orang lain dan perasaan cinta atau

menyayangi. *Caring* adalah sentral untuk praktik keperawatan karena *caring* merupakan suatu cara pendekatan yang dinamis, dimana perawat bekerja untuk bisa lebih peduli terhadap klien. Dalam keperawatan *caring* adalah bagian inti yang penting terutama dalam praktik keperawatan (Kusnanto, 2019).

Tindakan *caring* mempunyai tujuan untuk bisa memberikan asuhan fisik dengan memperhatikan emosi sambil meningkatkan rasa nyaman dan aman terhadap klien. *Caring* juga menekankan harga diri individu, artinya dalam melaksanakan praktik keperawatan, perawat harus selalu menghargai klien dengan menerima kelebihan maupun kekurangan klien sehingga bisa memberikan pelayanan kesehatan yang tepat.

Tiga aspek penting yang menjadi landasan keharusan perawat untuk *care* terhadap orang lain. Aspek ini adalah aspek kontrak, aspek etika, dan aspek spiritual dalam *caring* terhadap orang lain yang sakit.

1. Aspek Kontrak

Sudah diketahui bahwa, sebagai perawat profesional, kita berada di bawah kewajiban kontrak untuk *care*. Untuk itu, sebagai seorang perawat yang profesional haruslah mempunyai sikap *care* sebagai kontrak kerja.

2. Aspek Etika

Pertanyaan etika adalah pertanyaan tentang apa yang benar atau salah, bagaimana mengambil keputusan yang tepat, bagaimana melakukan tindakan dalam situasi tertentu. Jenis pertanyaan ini akan memengaruhi cara perawat memberikan asuhan. Seorang perawat haruslah *care* pada klien. Dengan *care* perawat dapat memberikan kebahagiaan bagi orang lain.

3. Aspek Spiritual

Di semua agama besar di dunia, ide untuk saling *caring* satu sama lain adalah ide utama. Oleh sebab itu perawat yang religius adalah orang yang *care*, bukan karena dia seorang perawat tapi lebih karena dia merupakan anggota suatu agama atau kepercayaan, perawat harus *care* terhadap klien.

Caring dalam praktik keperawatan bisa dilakukan dengan membina hubungan saling percaya antara perawat dan klien. Pengembangan hubungan saling percaya menerapkan bentuk komunikasi untuk menjalin hubungan dalam keperawatan. Perawat bertindak dengan cara yang terbuka dan jujur. Empati berarti perawat memahami apa yang dirasakan klien. Ramah berarti penerimaan positif terhadap orang lain yang sering diekspresikan melalui bahasa tubuh, ucapan penekanan suara, sikap terbuka, ekspresi wajah, dan lain-lain. Perawat perlu mengetahui kebutuhan komprehensif yaitu kebutuhan biofisik,

psikososial, psikofisikal dan interpersonal klien. Pemenuhan kebutuhan yang paling mendasar perlu dicapai sebelum beralih ke tingkat yang selanjutnya.

Perawat juga perlu menyampaikan informasi kepada klien. Perawat mempunyai tanggung jawab terhadap kesejahteraan dan kesehatan klien. *Caring* memiliki manfaat yang begitu besar dalam keperawatan dan sebaiknya tergambar dalam setiap interaksi perawat dengan klien, bukan dianggap sebagai sesuatu yang tidak bisa diwujudkan dengan alasan beban kerja yang tinggi, atau pengaturan manajemen asuhan keperawatan ruangan yang kurang baik. Pelaksanaan *caring* bisa meningkatkan mutu asuhan keperawatan, memperbaiki image perawat di masyarakat dan menjadikan profesi keperawatan memiliki tempat khusus di mata para pengguna jasa pelayanan kesehatan.

2.5.6. Pengukuran Perilaku *Caring*

Beberapa alat ukur formal yang digunakan untuk mengukur perilaku *caring* perawat, yaitu:

a. *Caring Behaviors Assesment Tool (CBA)*

Dikatakan sebagai alat ukur pertama yang dikembangkan untuk mengkaji *caring*. CBA disempurnakan didasari dari teori Watson dan memakai 10 faktor karatif. CBA terdiri dari 63 perilaku *caring* perawat yang dikelompokkan menjadi 7

subskala yang disesuaikan 10 faktor karatif Watson. Tiga faktor karatif pertama dikelompokkan menjadi satu subskala. Enam faktor karatif lainnya mewakili semua aspek dari *caring*. Alat ukur ini memakai skala Likert (5 poin) yang merefleksikan derajat perilaku *caring* menurut persepsi pasien (Watson dalam (Kusnanto, 2019)

b. *Caring Behavior Checklist (CBC) and Client Perception of Caring (CPC)*

Dikembangkan oleh Mc Daniel membedakan “*caring for*” dan “*caring about*”. CBC dirancang untuk mengukur ada atau tidak perilaku *caring* (observasi). CPC adalah kuesioner yang digunakan sebagai alat ukur untuk mengetahui respon pasien terhadap perilaku *caring* perawat. Dua alat ukur ini digunakan bersama-sama untuk melihat proses *caring*. CBC terdiri dari 12 item perilaku *caring*. Alat ukur ini membutuhkan seorang observer yang menilai interaksi perawat-pasien selama 30 menit. Rentang nilai 0 (nol) sampai 12 (dua belas), nilai paling tinggi menunjukkan ada perilaku *caring* yang ditampilkan. CPC ditunjukkan kepada pasien setelah diobservasi. Alat ukur ini terdiri dari 10 item dengan 6 rentang skala. Rentang skor 10 sampai 60, dimana skor tertinggi menunjukkan derajat perilaku *caring* yang ditunjukkan yang dipersepsikan pasien bernilai tinggi begitu juga sebaliknya (Watson dalam (Kusnanto, 2019).

c. *Caring Professional Scale (CPS)*

Dengan menggunakan teori *caring* Swanson (suatu *middle range theory* yang dikembangkan) CPS terdiri dari 5 komponen *caring* Swanson yaitu mengetahui, keberadaan, melakukan tindakan, memampukan, dan mempertahankan kepercayaan.

CPS terdiri dari 23 item dengan 5 skala Likert. Validitas dan reliabilitas CPS dikembangkan dengan menghubungkan alat ukur CPS dengan subskala empati *The Barret-Lenart Relationship Inventory* ($r=0,61$, $p<0,001$). Nilai estimasi Alpa Cronbach untuk konsistensi internal digunakan untuk membandingkan beberapa tenaga kesehatan advance practice nurse (0,74 sampai 0,96), nurse (0,97), dan dokter (0,96).

d. *Caring Assesment Tools (CAT)*

Alat ukur ini dirancang untuk penelitian deskriptif korelasi. CAT memakai konsep teori Watson dan mengukur 10 kuratif. Alat ukur ini terdiri dari 100 item dengan menggunakan skala Likert dari 1 (*caring* rendah) sampai 5 (*caring* tinggi), sehingga kemungkinan skor total berkisar antara 100 sampai 500. Sampel penelitian yang digunakan saat itu adalah 86 pasien medikal bedah. Duffy mengembangkan CAT versi admin (CAT-admin) yang mengukur persepsi perawat mengenai manajer mereka untuk administrasi riset keperawatan. Alat ukur ini menambahkan pertanyaan kualitatif pada versi CAT original,

dan masih menggunakan 10 faktor karatif. CAT-admin diuji pada 56 perawat part-time dan full-time, dan di dapatkan nilai Alpa Cronbach sebesar 0,98. Lalu pada tahun 2001, CAT dikembangkan oleh Duffy ke versi CAT-edu yang dirancang menggunakan pendidikan keperawatan, dengan sampel 71 siswa program sarjana dan magister. CAT-edu terdiri dari 95 item pertanyaan dengan 5 poin skala Likert. Nilai Alpa Cronbach sebesar 0,98.

e. *Caring Factor Survey (CFS)*

Merupakan alat ukur terbaru yang menguji hubungan *caring* dan cinta universal (*caritas*). *Caritas* merupakan pandangan baru Watson tentang *caring*. CSF mengkaji penggunaan *caring* fisik, mental dan spiritual yang dilaporkan oleh pasien yang mereka rawat. CSF disempurnakan oleh Karen Drenkard, John Nelson, Gene Rigotti dan Jean Watson dengan bantuan program riset dari Inovahealth di Virginia. Alat ukur ini pada awalnya terdiri dari 20 item lalu diperkecil menjadi 10 item pertanyaan, tiap pertanyaan mewakili satu proses *caritas*. CFS menggunakan skala Likert dari 1 sampai 7. Skala terendah (1-3) mengindikasikan tidak setuju, 7 sangat setuju, dan 4 netral. Semua item pertanyaan bersifat positif, ditujukan kepada pasien atau keluarga pasien: Nilai Alpa Cronbach pada 20 pertanyaan adalah 0,70 kemudian 20 item tersebut diperkecil menjadi 10

item untuk menaikkan nilai Alpha Cronbach (Watson dalam Kusnanto, 2019).

2.6. Konsep *Burnout*

2.6.1. Definisi *Burnout*

Burnout merupakan sindrom kelelahan, baik secara fisik, emosional, maupun mental yang termasuk di dalamnya berkembang konsep diri yang negatif, kurangnya konsentrasi serta perilaku kerja yang negative, Pines & Maslach (1993 dalam Kapu, 2020). Putri (2019) juga mengatakan bahwa *burnout* merupakan kondisi kelelahan kerja yang dialami oleh perawat, yang disebabkan oleh faktor personal, keluarga, dan lingkungan kerja. Keadaan ini akan membuat suasana di dalam pekerjaan menjadi dingin, tidak menyenangkan, dedikasi dan komitmen menjadi berkurang, performans, prestasi pekerja menjadi tidak maksimal. Hal ini membuat pekerja menjaga jarak, tidak mau terlibat dengan lingkungannya. *Burnout* menurut Maslach & Leiter (2007 dalam Nelma, 2019) yaitu kondisi psikologis yang ditandai dengan kelelahan, sinisme, ketidakmampuan diri sebagai respon dari sumber stress kerja yang kronis.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa *burnout* merupakan kondisi dimana seseorang mengalami kelelahan, baik secara fisik, emosional, maupun mental yang berkembang ketika pada saat yang sama mengalami terlalu banyak tekanan dan terlalu sedikit sumber kepuasan sehingga menyebabkan turunnya motivasi kerja,

performa dalam pekerjaan menurun dan bahwa seseorang yang mengalami *burnout* dapat menjaga jarak dan tidak mau terlibat dengan lingkungannya.

2.6.2. Dimensi *Burnout*

Burnout memiliki 3 dimensi, yaitu *exhaustion* (kelelahan), *depersonalization* (*cynicism/sinisme*) dan *reduced personal accomplishment* (penurunan pencapaian prestasi diri). Kelly, *et al.* (2020 dalam Widya & Zona, 2021).

a. *Emotional exhaustion* (kelelahan emosional)

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, sebagian besar berhubungan dengan stress pekerjaan (Nursalam, 2016).

b. *Depersonalization (cynicism/sinisme)*

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 dan pekerjaannya, menjadi acuh tak acuh terhadap orang yang dilayani, menunjukkan reaksi negatif dan bermusuhan (Nursalam, 2016).

c. *Reduced personal accomplishment* (penurunan pencapaian prestasi diri).

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).

2.6.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Burnout*

Burnout dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

a. Faktor demografik

1. Jenis kelamin

Hasil penelitian (Ezdha *et al.*, 2019) menunjukkan bahwa perempuan lebih cenderung mengalami tingkat *burnout syndrome* yang lebih tinggi daripada laki-laki karena wanita memiliki tanggung jawab lebih, dimana wanita harus dituntut profesional terhadap pasien dan juga harus mengurus keluarga.

2. Umur

Kondisi usia dapat mempengaruhi kondisi fisik dan psikis perawat. Semakin bertambahnya usia dan kedewasaan seseorang akan semakin matang dalam berfikir dan bekerja. Oleh karena itu, semakin siap umur perawat semakin dapat meningkatkan kinerjanya dan berbagi pengetahuan serta

pengalaman dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien (Hidayat & Sureskiarti, 2020).

3. Pendidikan

Pekerja yang berpendidikan dibawah sarjana akan mengalami resiko *burnout* lebih rendah menurut (Indiawati, 2022)

4. Lama bekerja

Pekerjaan yang monoton juga dapat menyebabkan perawat dengan masa kerja < 3 atau > 3 tahun cenderung mengalami *burnout*, walaupun dengan masa kerja yang lama seorang perawat mendapatkan pengalaman kerja yang banyak, namun pola pekerjaan perawat yang monoton dan bersifat *human service* justru menimbulkan kelelahan fisik, emosi dan psikologi yang mengarah pada *burnout* (Ezdha *et al.*, 2019).

5. Status pernikahan

Pekerja yang berstatus lajang lebih mengalami *burnout* dari pada pekerja yang berstatus menikah. Jika dibandingkan dengan individu yang mempunyai anak dan individu yang tidak mempunyai anak maka individu yang memiliki anak cenderung memiliki tingkat *burnout* yang lebih rendah karena seseorang yang telah menikah umumnya berusia lebih tua, lebih stabil, dan lebih matang secara psikologis,

Keterlibatan keluarga dan anak dapat mempersiapkan mental seseorang dalam menghadapi masalah dan konflik emosional, kasih sayang dan dukungan keluarga dapat membantu seseorang dalam menyelesaikan masalah emosionalnya serta seseorang yang sudah menikah atau yang sudah lebih dewasa memiliki pandangan realistis menurut Mizmir (Putri, 2019).

b. Faktor personal

1. Stres kerja

Gaya kepemimpinan kepala ruang yang buruk menjadi beban tambahan seorang perawat pelaksana dalam menjalankan tugasnya, jika seorang perawat tersebut tidak memiliki mekanisme coping yang baik maka akan menimbulkan stress kerja yang berkepanjangan dan jika tidak teratasi akan menjadi *burnout* (Ezdha *et al.*, 2019).

2. Beban kerja

Dalam perspektif organisasi beban kerja berarti produktivitas, sedangkan dalam perspektif individu beban kerja berarti beban waktu dan tenaga. Setiap orang dituntut untuk melakukan banyak hal dengan waktu dan biaya yang terbatas. Akibatnya setiap pekerja mendapat beban yang seringkali melebihi kapasitas kemampuannya. Kondisi seperti ini menghabiskan banyak energi yang akhirnya

menimbulkan kelelahan baik secara fisik maupun mental. Begitu pula dengan beban kerja yang terlalu ringan/*work underload* juga dapat menimbulkan stres apabila tuntutan pekerjaan dibawah kemampuan dan keterampilan yang dimiliki pekerja. Stres yang berkepanjangan ini pun adalah faktor yang mengakibatkan *burnout* (Eliyana, 2016).

3. Tipe kepribadian

Utomo, (2017) mengemukakan bahwa *burnout* lebih tinggi diantara orang yang memiliki *locus of control external* (atribusi peristiwa dan prestasi terhadap kekuatan lain atau peluang) daripada orang yang memiliki *locus of control internal* (atribusi pada satu kemampuan dan usaha).

c. Faktor organisasi

1. Kondisi kerja

Kondisi kerja adalah lingkungan kerja baik untuk kenyamanan maupun fasilitas kreativitas kerja, beberapa studi menyatakan bahwa mereka lebih menyukai lingkungan fisik yang nikmat seperti; temperatur, cahaya, suara dan faktor lingkungan lain (Andarini, 2018).

2. Dukungan sosial

Dukungan sosial dari rekan kerja dan atasan adalah salah satu sumber penyebab *burnout*. Individu yang memiliki persepsi adanya dukungan sosial akan merasa nyaman, diperhatikan,

dihargai atau terbantu oleh orang lain disekitarnya. Individu yang mendapat dukungan sosial yang baik akan mempunyai rasa memiliki/*belonginess* dan harga diri/*self esteem* yang lebih besar daripada individu dengan dukungan sosial yang kurang baik. Dukungan sosial yang baik juga akan menyebabkan individu semakin mengembangkan gaya hidup yang baik dan sehat (Eliyana, 2016).

2.6.4. Tanda dan Gejala *Burnout*

Nelma, (2019) mengemukakan bahwa orang yang mengalami *burnout* pada umumnya ditandai dengan adanya perilaku menarik diri dari pekerjaan seperti tingginya ketidakhadiran di tempat kerja, adanya keinginan untuk meninggalkan pekerjaan, dan tingginya pergantian pegawai. Bagi orang yang memilih tetap bekerja namun mengalami *burnout* ditandai dengan berkurangnya produktifitas dan efektifitas bekerja, berkurangnya kepuasan kerja, dan berkurangnya komitmen terhadap organisasi. *Burnout* juga dapat mempengaruhi hubungan seseorang dengan rekan kerja seperti meningkatnya konflik personal dengan rekan kerja serta kacaunya pembagian kerja. Selain itu, *burnout* memiliki pengaruh negatif terhadap kehidupan diluar pekerjaan. Hal-hal ini biasanya terjadi melalui interaksi-interaksi informal antar rekan kerja.

Gejala karakteristik pada *burnout* yaitu hilangnya kreativitas kerja, kurangnya komitmen kerja, keterasingan dari berbagai

komponen pekerjaan, adanya penyakit fisik dan emosional, adanya sikap yang merugikan diri sendiri dan klien, serta adanya perasaan lelah secara umum (Purba, *et al.*, 2021).

Kapu, 2020 menuliskan bahwa gejala *burnout* secara umum adalah:

1. Gejala fisik
 - a. Merasa lelah 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 bersemangat
 - c. Kehilangan motivasi
 - d. Semakin sinis dan berfikir negatif
 - 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 alcohol untuk mengatasinya
 - d. Frustasi

2.6.5. Dampak *Burnout*

Yulianti & Eka, (2017) 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*.

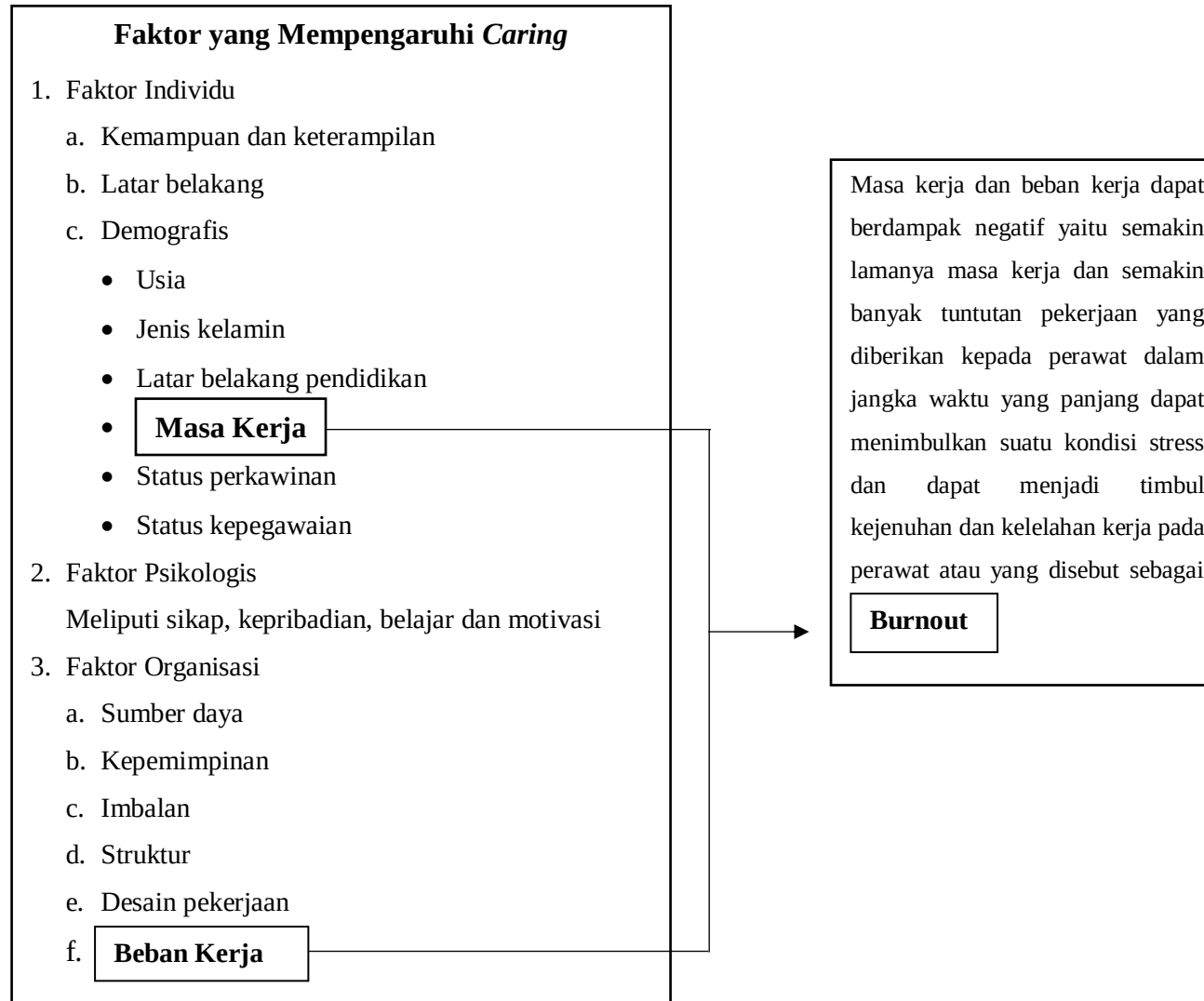
2.6.6. Pengukuran *Burnout*

Maslach dan Jackson mengembangkan MBI (*Maslach Burnout Inventory*) pada tahun 1980. Pada awalnya, MBI digunakan hanya untuk mengukur tingkat *burnout* pada individu yang berkontak langsung dengan masyarakat yang membutuhkan pelayanan. Model MBI yang digunakan pada saat itu antara lain MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey*), MBI-ES (*Maslach Burnout Inventory-Educator Survey*), dan MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory-General Survey*).

MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey*) merupakan alat ukur yang digunakan untuk mengukur *burnout* pada pekerjaan yang berhubungan dengan pelayanan masyarakat/sosial. MBI-ES (*Maslach Burnout Inventory-Educator Survey*) merupakan

alat ukur yang bertujuan untuk mengetahui *burnout* pada tenaga pengajar. MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory-General Survey*) merupakan alat ukur yang digunakan untuk mengukur *burnout* pada karyawan/umum seperti petani dll. Instrument MBI (*Maslach Burnout Inventory*) mencakup tiga dimensi yang membentuk *burnout*, yaitu kelelahan emosional yang mengacu pada perasaan kehabisan sumber daya emosional seseorang yang merupakan representasi sindrom dari komponen stress pada individu, depersonalisasi, atau berlebihan yang merupakan representatif dari komponen interpersonal dari *burnout*, dan penurunan prestasi pribadi yang mengacu pada penurunan dalam kompetensi dan produktivitas seseorang serta rasa efikasi diri atau rasa keberhasilan yang rendah (Maslach dalam Rozsy, 2018). Pada penelitian ini menggunakan MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey*) merupakan alat ukur yang digunakan untuk mengukur *burnout* pada pekerjaan yang berhubungan dengan pelayanan masyarakat/ sosial.

2.7. Kerangka Konseptual



Sumber : (Kusnanto, 2019; Hutaeon, 2020; Dewanti, 2020).