

SKRIPSI

**HUBUNGAN LAMA KERJA TENAGA KESEHATAN
DENGAN TINGKAT KECEMASAN DALAM
MENANGANI WABAH COVID-19
DI RSUD LEUWILIANG BOGOR**



Oleh:

ANNISA DEWI KHARTIKASARI

NIM. 2011004

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021-2022**

SKRIPSI

**HUBUNGAN LAMA KERJA TENAGA KESEHATAN
DENGAN TINGKAT KECEMASAN DALAM
MENANGANI WABAH COVID-19
DI RSUDLEUWILIANG BOGOR**

Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep.) di
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya



Oleh :

ANNISA DEWI KHARTIKASARI

NIM. 2011004

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021-2022**

ABSTRAK

Perkembangan kasus Covid-19 di Kabupaten Bogor semakin hari semakin meningkat dan saat ini berstatus zona merah atau berisiko tinggi terhadap Covid-19. Masa kerja belum lama akan membuat tenaga kesehatan belum mampu untuk mengatasi ancaman yang ada sehingga tenaga kesehatan kesulitan dalam memberikan pelayanan kesehatan dan akan merasa cemas. Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi hubungan lama kerja tenaga kesehatan dengan tingkat kecemasan dalam menangani covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor.

Desain penelitian untuk menganalisa hubungan lama kerja tenaga kesehatan dengan tingkat kecemasan dalam menangani covid-19 di Ruang isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor adalah menggunakan desain observasional analitik dengan pendekatan Cross Sectional. Teknik sampling yang digunakan adalah Total sampling dengan menggunakan kuesioner, sampel di penelitian ini adalah Tenaga kesehatan dengan tingkat kecemasan dalam menangani covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor yang memenuhi syarat sampel.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa lama kerja petugas kesehatan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, didapatkan seluruhnya dikategorikan sedang. Tingkat kecemasan tenaga kesehatan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, diketahui seluruhnya dikategorikan memiliki tingkat kecemasan ringan. Didapatkan hasil signifikan bahwa lama kerja berhubungan dengan tingkat kecemasan tenaga kesehatan saat

bertugas di ruang covid dengan nilai $0,015 (p \text{ value} \leq 0,05)$

Implikasi penelitian ini adalah lama kerja petugas kesehatan berhubungan dengan tingkat kecemasan saat menangani covid-19, sehingga dapat melakukan komunikasi antara Petugas Kesehatan maupun dengan pimpinan, sehingga apapun masalah yang dihadapi saat menangani covid-19 tidak menjadi beban kerja yang dapat memicu terjadinya kecemasan.

Kata Kunci: Kecemasan, Lama Kerja, Tenaga Kesehatan, Covid-19

ABSTRACT

The development of Covid-19 cases in Bogor Regency is increasing day by day and currently has a red zone status or a high risk of Covid-19. The recent working period will make health workers unable to cope with the existing threats so that workers have difficulty in providing health services and will feel anxious. The purpose of this study was to identify the relationship between the length of work of health workers and the level of anxiety in dealing with COVID-19 in the Covid-19 Isolation Room of Leuwiliang Hospital, Bogor.

The research design to analyze the relationship between the length of work of health workers and the level of anxiety in dealing with COVID-19 in the Covid-19 isolation room at Leuwiliang Hospital Bogor is to use an analytical observational design with a Cross Sectional approach. The sampling technique used was total sampling using a questionnaire, the sample in this study were health workers with a level of anxiety in dealing with covid-19 in the Covid-19 Isolation Room of Leuwiliang Hospital Bogor who met the sample requirements.

Based on the results of the study, it was found that the length of work of health workers in the Covid-19 Isolation Room of Leuwiliang Hospital, Bogor, was grouped as medium. The level of health workers in the Covid-19 Isolation Room at the Leuwiliang Hospital, Bogor, is known to be determined based on mild levels. There were significant results that the length of work was related to the level of anxiety of health workers when stored in the covid room with a value of 0.015 (value 0.05).

The implication of this research is that the length of work of health workers is related to the level of anxiety when dealing with COVID-19, so that communication between Health Officers and leaders can be carried out, so that any problems encountered when dealing with COVID-19 do not become a workload that can trigger anxiety.

Keywords: Anxiety, Length of Work, Health Workers, Covid-19

LEMBAR PERSETUJUAN

Saya bertandatangan dibawah ini:

Nama : Annisa Dewi Khartikasari, A.Md.Kep

NIM. : 2011004

Tanggal lahir : 19 April1995

Program Studi : S1 Keperawatan Pararel

Menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul “Hubungan Lama Kerja Tenaga Kesehatan dengan Tingkat Kecemasan dalam Menangani Wabah Covid-19”, saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes HangTuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Leuwiliang, 10 Januari 2022

Mahasiswa

Annisa Dewi Khartikasari

NIM: 2011004

LEMBAR PENGESAHAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Annisa Dewi Khartikasari

NIM. : 2011004

Program Studi : S1 Keperawatan Pararel

Judul : Hubungan Lama Kerja Tenaga Kesehatan dengan Tingkat
Kecemasan dalam Menangani Wabah Covid-19 di RSUD
Leuwiliang Bogor.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa Skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)

Pembimbing



Merina Widyastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP. 03.033

Ditetapkan di : Leuwiliang

Tanggal : 29 Januari 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dari:

Nama : Annisa Dewi Khartikasari

NIM. : 2011004

Program Studi : S1 Keperawatan Pararel

Judul : Hubungan Lama Kerja Tenaga Kesehatan dengan Tingkat Kecemasan dalam Menangani Wabah Covid-19 di RSUD Leuwiliang Bogor dalam Menangani Wabah Covid-19 di RSUD Leuwiliang Bogor.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar pada Prodi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

“SARJANA KEPERAWATAN”

Penguji I : Hidayatus Sya'diyah, S.kep.Ns.,Mkep

NIP.03009

Penguji II : Faridah, SST.,Mkes

NIP.197212122005012001

Penguji III : Merina Widyastuti, S.Kep.,Ns.,Mkep

NIP.03.033



Mengetahui,

STIKES HANGTUAH SURABAYA KAPRODI S-1 KEPERAWATAN

PUJI HASTUTI, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP. 03010

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 29 Januari 2022

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpaha karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun skripsi yang berjudul “Hubungan Lama Kerja Tenaga Kesehatan dengan Tingkat Kecemasan dalam Menangani Wabah Covid-19 di RSUD Leuwiliang Bogor” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi S-1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Skripsi ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literature serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga sistematika maupun isinya jauh dari sempurna. Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Drg. Hesti Iswandari, M.Kes selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Bogor atas pemberian izin untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Bogor.
2. Ibu Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes. selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa S-1 Keperawatan.
3. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah

member kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S1 Keperawatan.

4. Ibu Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Kaprodi S1 Keperawatan atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa S1 Keperawatan.
5. Dr. Dena Ervina selaku Kepala Instalansi Rawat Inap atas pemberian izin untuk melakukan penelitian di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Bogor.
6. Yusnia Andarini, S.Kep. Ns. selaku Kepala Ruangan Isolasi Covid-19 atas pemberian izin untuk melakukan pengambilan data penelitian di Ruangan (Bougenville 1) Isolasi Covid-19 Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Bogor.
7. Rohwanto, A.Md. Kep. selaku Kepala Ruangan ICU Isolasi Covid-19 atas pemberian izin untuk melakukan pengambilan data penelitian di Ruangan ICU Covid-19 Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Bogor.
8. M. Nizarudin, A.Md. Kep selaku Kepala Ruangan IGD atas pemberian izin untuk melakukan pengambilan data penelitian di Ruangan IGD Rumah Sakit Umum Daerah Leuwiliang Bogor.
9. Ibu Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Ketua penguji terima kasih atas segala arahannya dalam skripsi ini.
10. Ibu Farida, SST., Mkes. selaku Penguji I yang penuh kesabaran memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan skripsi ini.

11. Ibu Merina Widyastuti, M.Kep, Ns. Selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan serta kesabarannya dalam menyelesaikan kuliah S1 Keperawatan.
12. Ibu Nadia Okhtiary, A.md selaku kepala Perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan penelitian ini
13. Ahmed Riza Kailani selaku pasangan saya yang selalu mau membantu dan selalu ada untuk saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
14. Ibu dan ayah tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan member semangat setiap hari.
15. Rekan Rekan Sejawat Perawat selaku responden penelitian yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
16. Teman-teman sealmamater dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebut satu persatu.

Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan rahmat dari Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya peneliti berharap bahwa skripsi ini bermanfaat bagi kita semua. Amin Ya Robbal Alamin.

Leuwiliang, 10 Januari 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	iii
<i>ABSTRACT</i>	v
LEMBAR PERSETUJUAN	vii
LEMBAR PENGESAHAN	viii
HALAMAN PENGESAHAN	ix
KATA PENGANTAR	x
DAFTAR ISI	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN	8
PUSTAKA.....	
2.1 Konsep Covid-19.....	8
2.1.1 Pengertian.....	8
2.1.2 Patogenesis Dan Patofisiologis.....	8
2.1.3 Manifestasi Klinis.....	10
2.1.4 Cara penyebaran Covid-19.....	11
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang.....	13
2.1.6 Pencegahan Covid-19.....	14
2.2 KONSEP KECEMASAN.....	15
2.2.1 Pengertian Kecemasan.....	15
2.2.2 Klasifikasi Kecemasan.....	16
2.2.3 Manifestasi Klinis Kecemasan.....	19

2.2.4	Tingkat Kecemasan.....	19
2.2.5	Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan.....	21
2.2.6	Alat Ukur Kecemasan.....	23
2.2.7	Cara Mengurangi Kecemasan.....	29
2.2.8	Faktor Penyebab Kecemasan Saat Wabah Covid-19.....	31
2.3	Konsep Tentang Tenaga Kesehatan.....	34
2.4	Konsep Perawat.....	35
2.4.1	Definisi Perawat.....	35
2.4.2	Peran Dan Fungsi Perawat	35
2.4.3	Tanggung Jawab Perawat.....	43
2.4.4	Hak Dan Kewajiban Perawat.....	44
2.4.5	Lama Kerja Perawat.....	47
2.5	Konsep Bidan.....	49
2.5.1	Pengertian Bidan.....	49
2.5.2	Paradigma Kebidanan.....	49
2.5.3	Peran Bidan.....	52
2.5.4	Fungsi Bidan.....	57
2.6	Konsep Dokter.....	59
2.6.1	Definisi Profesi Dokter.....	59
2.6.2	Kesalahan Dan Kelalaian Dokter.....	62
2.7	Konsep Analis Kesehatan.....	71
2.7.1	Definisi Analis Kesehatan.....	71
2.7.2	Peran Dan Fungsi Analis Kesehatan.....	72
2.7.3	Kompetensi Analis Kesehatan.....	73
2.8	Konsep Farmasi.....	74
2.8.1	Definisi Kefarmasian.....	74
2.8.2	Pelayanan Kefarmasian.....	74
2.9	Konsep Keperawatan Patricia Banners.....	75
2.10	Penjelasan Model Konsep.....	76
2.10.1	Novice.....	77
2.10.2	Advanced Beginner.....	77
2.10.3	Competent.....	78
2.10.4	Proficient.....	78

2.10.5	Expert.....	78
2.10.6	Asumsi Teori.....	79
2.10.7	Pandangan Teoritis Patricia Banners.....	83
2.10.8	Aplikasi Teori Patricia Banners.....	85
2.10.9	Karakteristik Teori Patricia Banners.....	92
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS.....	94
3.1	Kerangka Konseptual.....	94
3.2	Hipotesis.....	95
BAB 4	METODE PENELITIAN.....	96
4.1	Desain Penelitian.....	96
4.2	Kerangka Konsep.....	98
4.3	Waktu Dan Tempat Penelitian.....	99
4.4	Populasi, Sampel, dan Sampling Desain.....	99
4.4.1	Populasi Penelitian.....	99
4.4.2	Sampel Penelitian.....	99
4.4.3	Teknik Sampling.....	100
4.5	Identifikasi Variabel.....	100
4.5.1	Variabel Bebas (Independent).....	100
4.5.2	Variabel Tergantung (Dependent).....	100
4.6	Definisi Operasional.....	101
4.7	Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data.....	102
4.7.1	Pengumpulan Data.....	102
4.8	Analisis Data.....	103
4.9	Etika Penelitian.....	105
4.9.1	Lembar Persetujuan (Informed Consent).....	105
4.9.2	Tanpa Nama (Anonymity).....	106
4.9.3	Kerahasiaan (Confidentiality).....	106
BAB 5	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	107
5.1	Hasil Penelitian.....	107
5.1.1	Gambaran Lokasi Penelitian.....	107
5.1.2	Data Umum.....	108
5.1.3	Data Khusus.....	109
5.2	Pembahasan.....	115

5.2.1	Identifikasi Lama Kerja Tenaga Kesehatan.....	115
5.2.2	Identifikasi Tingkat Kecemasan Tenaga Kesehatan.....	116
5.2.3	Hubungan Lama Kerja Dengan Tingakt Kecemasan Tenaga Kesehatan.....	118
5.3	Keterbatasan Penelitian.....	120
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....		121
6.1	Kesimpulan.....	121
6.2	Saran.....	121
DAFTAR PUSTAKA.....		123

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Keunggulan dan Kelemahan Teori Benner.....	92
Tabel 4.1.	Definisi Operasional Hubungan Lama Kerja Tenaga Kesehatan dengan Tingkat Kecemasan Menangani Covid 19 dengan Waktu.....	101
Tabel 5.1.	Deskripsi Gambaran Umum Responden.....	108
Tabel 5.2.	Kategori Lama Kerja Tenaga Kesehatan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor.....	109
Tabel 5.3.	Kategori Tingkat Kecemasan Perawat di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor.....	110
Tabel 5.4.	Kategori Tingkat Kecemasan Bidan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor.....	111
Tabel 5.5.	Kategori Tingkat Kecemasan Dokter di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor.....	111
Tabel 5.6.	Kategori Tingkat Kecemasan Analis Kesehatan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor.....	112
Tabel 5.7.	Kategori Tingkat Kecemasan Farmasi di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor.....	113
Tabel 5.8.	Tabulasi Silangan antara Lama Kerja Tenaga Kesehatan dengan Tingkat Kecemasan Saat Menangani Wabah COVID-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor.....	114

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Visual Analogue Scale for Anxiaety (VAS-A) Sumber: Bloch & Hays (2009).....	29
Gambar 2.2.	Tingkat/Tahap Akuisisi Peran dan Perkembangan Profesi...	76
Gambar 3.1.	Kerangka Konseptual Penelitian Hubungan Lama Kerja Tenaga Kesehatan dengan Tingkat Kecemasan Dalam Menangani Wabah Covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor Pada Tanggal 10-23 Januari 2022.....	94
Gambar 4.1.	Bagian Penelitian Cross-Sectional Hubungan Lama Kerja Tenaga Kesehatan Dengan Tingkat Kecemasan Dalam Menangani Wabah Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor.....	97
Gambar 4.2.	Kerangka Kerja Penelitian Hubungan Lama Kerja Tenaga Kesehatan Dengan Tingkat Kecemasan Dalam Menangani Wabah Covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor.....	98

LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Informasi Untuk Persetujuan Responden.....	127
Lampiran 2	Kuesioner Kecemasan DASS.....	128
Lampiran 3	Kuesioner Lama Kerja.....	133
Lampiran 4	Tabulasi Hasil Kuesioner.....	135
Lampiran 5	Deskripsi Hasil Tabulasi Kuesioner.....	137
Lampiran 6	Kategori Variabel.....	145
Lampiran 7	Tabulasi Silang antara Lama Kerja Perawat dengan Tingkat Kecemasan.....	146
Lampiran 8	Uji Spearman Product Moment.....	147
Lampiran 9	Surat Persetujuan Etik.....	148
Lampiran 10	Curriculum Vitae.....	149

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perkembangan kasus Covid-19 (*Corona Virus Disease 2019*) di Kabupaten Bogor semakin hari semakin meningkat dan saat ini berstatus zona merah atau berisiko tinggi terhadap Covid-19 (Nugroho, 2020). Permasalahan psikologi tenaga kesehatan dalam menangani pasien covid-19 seperti stress para tenaga kesehatan yang bekerja di ruang rawat selama masa pandemi Covid-19 dijumpai berbagai tanda dan gejala, salah satunya yaitu Kecemasan (Astuti & Suyanto, 2020). Tenaga kesehatan yang merawat pasien Covid-19 menjadi kelompok berisiko terpapar Penyakit Covid-19 sangat tinggi. RSUD Leuwiliang Kabupaten Bogor merupakan salah satu rumah sakit pemerintah Kabupaten Bogor yang menangani Covid-19.

Menurut hasil Swab PCR pada karyawan RSUD Leuwiliang Kabupaten Bogor yang sebagian besar tenaga kesehatan ada yang dinyatakan positif Covid-19 (Anwar, 2020). Hal tersebut mengakibatkan kekhawatiran dan kecemasan tenaga kesehatan RSUD Leuwiliang terhadap kesehatan mereka beserta keluarganya. Tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit banyak yang memiliki gangguan mental, karena mereka tidak hanya menanggung kelebihan beban kerja dan kelelahan tetapi juga berisiko tinggi terkena infeksi (Tanetal, 2020). Namun saat ini bagaimana hubungan lama kerja tenaga kesehatan dengan kecemasannya dalam menangani pasien covid-19 masih perlu dilakukan

penelitian lebih lanjut.

Hasil penelitian Huang et al (2020), kesehatan mental dari 1.257 petugas kesehatan yang merawat pasien Covid-19 di 34 rumah sakit di Tiongkok dengan hasil gejala depresi 50 % Kecemasan 45 % Insomnia 34 % Tekanan psikologis 71,5%. Sedangkan untuk di Indonesia berdasarkan hasil penelitian oleh FIK- UI dan IPKJI (2020) respon yang paling sering muncul pada tenaga kesehatan ialah perasaan cemas dan tegang sebanyak 70%. Tingginya kecemasan pada tenaga kesehatan dapat memberikan dampak negatif menurut Fehr & Perlman (2015) melemahnya hubungan sosial, Stigma terhadap tenaga kesehatan, timbulnya amarah dan permusuhan terhadap pemerintah dan tenaga garis depan, dan penyalahgunaan obat. Kecemasan yang terjadi pada tenaga kesehatan dapat dikaitkan dengan usia, jenis kelamin, pengetahuan dan stigma sendiri.

Kasus pandemi covid 19 ini merupakan kasus baru sehingga hampir semua orang termasuk tenaga kesehatan baru mengetahui penyakit ini setelah melanda dunia termasuk Indonesia ditambah virus ini memiliki karakteristik yang berbeda dengan virus infeksi lainnya dan juga dengan dampak kematian yang tinggi termasuk di Indonesia dimana angka kematian kasus ini pada tanggal 12 Mei 2020 sebesar 1.391 orang (6,1%) (<https://covid19.kemkes.go.id>, diakses tanggal 25 oktober 2021). Belum lagi stigma yang terjadi baik pada masyarakat dan tenaga kesehatan. Hasil Survei yang dilakukan oleh FIK UI dan IPKJI pada April 2020 didapatkan dari 2050 tenaga kesehatan ditemukan sebanyak 140 tenaga kesehatan pernah merasa dipermalukan oleh orang lain, ancaman pengusiran (66 responden), orang-orang disekitar menghindar dengan menutup pagar rumah atau pintu

mereka ketika melihat tenaga kesehatan (160 responden), dan masyarakat ikut menjauhi keluarga tenaga kesehatan (71 responden). Karena statusnya sebagai tenaga kesehatan yang menangani Covid-19 atau bertugas di rumah sakit tempat penanganan Covid-19 (Diah Setia Utami, Budi Anna Keliat, 2020).

Tenaga kesehatan yang bekerja dengan masa kerja yang lama lebih banyak memiliki pengalaman dibandingkan dengan yang bekerja dengan masa kerja belum lama. Masa kerja belum lama yaitu masa kerja di bawah 5 tahun akan membuat tenaga kesehatan masih belum mampu untuk mengatasi ancaman yang ada sehingga membuat tenaga kesehatan kesulitan dalam memberikan pelayanan kesehatan dan akan merasa cemas dalam mengatasi ancaman yang ada sedangkan masa kerja yang lama akan membuat tenaga kesehatan mempunyai pengalaman kerja yang lebih banyak sehingga sudah terbiasa dengan ancaman yang ada, hal tersebut dapat meringankan atau mengurangi risiko kecemasan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan (Nursalam, 2007). Kecemasan yang berlebihan juga dapat menimbulkan dampak yang kurang baik bagi kesehatan, biasanya seseorang yang mengalami kecemasan sulit mengendalikan dirinya, nafsu makan yang berkurang, kepala pusing, susah tidur dan banyak hal yang dipikirkan inilah yang dapat menyebabkan imunitas dan daya tahan tubuh tenaga kesehatan semakin menurun sehingga dapat memicu risiko terjadi penularan COVID-19 pada tenaga kesehatan (Diinah & Rahman, 2020).

Tenaga Kesehatan khususnya yang menangani pasien Covid-19 memiliki kekhawatiran atau kecemasan berupa perasaan takut akan tertular virus corona, takut jika menularkan virus kepada keluarga atau orang-orang terdekat, hingga

takut dijaui oleh lingkungan sosial. Adanya tekanan ini dapat mempengaruhi kemauan dan ketulusan tenaga kesehatan dalam bekerja, bahkan dapat berpengaruh pada cara berkomunikasi. Sehingga, diharapkan untuk selalu menanamkan nilai-nilai profesionalisme (Santoso, 2021). Peran tenaga kesehatan sangat dibutuhkan untuk menjadi garda terdepan dalam merespons dan merawat pasien Covid-19. Tenaga kesehatan perlu mengembangkan berbagai keahlian dalam menghadapi kondisi tersebut, mulai dari ilmu pengetahuan, keterampilan, hingga sikap yang profesional (Putrichalifa, 2020)

Beberapa macam persiapan diri secara dini dari tenaga kesehatan yaitu: Pertama, dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan merawat pasien *suspect* Covid-19 akan memberikan dampak positif dalam mengatasi kecemasan serta permasalahan-permasalahan yang sering terjadi dalam merawat pasien *suspect* Covid-19, dampak yang diharapkan akan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan menjadi optimal. Kedua, dengan memberikan libur kerja yang panjang atau pergantian dinas untuk menambah energi serta pikiran tenaga kesehatan kembali jernih agar bisa memberikan pelayanan terbaik untuk pasien covid-19. Ketiga, Mempelajari kembali cara pemakaian APD (Alat pelindung diri) dan cara pelepasan APD setelah merawat pasien covid-19 yang baik dan benar agar mengurangi kecemasan tenaga kesehatan saat berdinas di Ruang Isolasi covid-19.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan lama kerja tenaga kesehatan dengan tingkat

kecemasan saat menangani wabah Covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan lama kerja tenaga kesehatan dengan tingkat kecemasan dalam menangani wabah covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi lama kerja tenaga kesehatan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor
- b. Mengidentifikasi tingkat kecemasan tenaga kesehatan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor
- c. Menganalisis hubungan lama kerja tenaga kesehatan dengan tingkat kecemasan saat menangani wabah covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian tingkat kecemasan dalam menangani Covid-19 selama wabah covid-19 ini masih belum mereda di Indonesia khususnya di Kabupaten Bogor yang berhubungan dengan masa kerja yang lama

ataupun masa kerja yang belum lama ini dapat mengurangi atau mengatasi rasa cemas tenaga kesehatan dalam menangani pasien covid-19 agar bisa memberikan pelayanan dalam pandemi covid-19 secara maksimal.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Teman Sejawat Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran kepada perawat yang terkena penyakit covid-19 dalam menjalani tugasnya sebagai garda terdepan saat memberikan pelayanan dan menangani pasien covid-19, gambaran stigma masyarakat yang berkembang di Indonesia tentang seorang tenaga Kesehatan sebagai garda terdepan yang menangani covid-19.

b. Bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi praktisi keperawatan agar dapat meningkatkan dan mengembangkan perencanaan keperawatan gawat darurat dan keperawatan jiwa khususnya Tingkat Kecemasan yang berhubungan dengan lama kerjanya perawat dalam menangani Wabah Covid-19.

c. Bagi Lahan Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan tolak ukur atau indikator dalam penelitian tentang Hubungan Lama Kerja Tenaga Kesehatan dengan Tingkat Kecemasan dalam Menangani Wabah Covid-19. Pengambil kebijakan rumah sakit dapat memasukkan durasi lama kerja perawat dengan tingkat kecemasan yang sesuai

beserta *reward* dan *punishment* sehingga mampu memotivasi tenaga kesehatan yang bekerja di ruangan Isolasi Covid-19.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat memberi informasi atau gambaran untuk seberapa lama kerja tenaga kesehatan dalam menangani covid-19 dan serta untuk mengetahui stigma yang beredar tentang covid-19 di kalangan Masyarakat.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Covid19

2.1.1 Pengertian

Menurut WHO (2020), penyakit coronavirus disease 2019 (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus corona yang baru ditemukan. Kebanyakan orang yang terinfeksi virus COVID-19 akan mengalami penyakit pernapasan ringan hingga sedang dan sembuh tanpa memerlukan perawatan khusus. Orang tua dan orang-orang yang memiliki komorbid seperti penyakit kardiovaskular, diabetes, penyakit pernapasan kronis, dan kanker mungkin tertular COVID-19. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) adalah penyakit yang disebabkan oleh turunan coronavirus baru, “CO” diambil dari corona, “VI” virus, dan “D” *disease* (penyakit). Sebelumnya, penyakit ini disebut “2019 - novel coronavirus” atau “2019 - nCoV.” Virus COVID-19 adalah virus baru yang terkait dengan keluarga virus yang sama dengan Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) dan beberapa jenis virus flu biasa (UNICEF, 2020).

2.1.2 Patogenesis Dan Patofisiologi

Patogenesis SARS-CoV-2 masih banyak yang belum diketahui, akan tetapi beberapa virus SARS-CoV-2 telah diketahui dan tidak jauh

berbeda dengan lainnya. Pada umumnya, virus ini menginfeksi sel-sel disaluran pernapasan yang melapisi alveolus didalam tubuh manusia. Hal ini akan membuat saling berikatan dengan reseptor-reseptor lalu membuat jalan dan masuk kedalam sel. Gliko protein yang terdapat dalam envelope spike virus akan berikatan juga dengan reseptor selular seperti ACE2 pada SARS-CoV-2. Di dalam sel, virus ini akan melakukan duplikasi materi genetik dan mensintesis protein-protein dibutuhkan, kemudian akan membentuk sebuah virion baru yang muncul pada permukaan sel. Sama halnya dengan SARS-CoV, pada SARS-CoV-2 diketahui saat setelah virus masuk di dalam sel, genom RNA virus juga akan dikeluarkan ke sitoplasma sel dan ditranslasikan menjadi 2 poliprotein dan protein struktural (Susilo et al., 2020).

Patogenesis SARS-CoV-2 masih banyak yang belum diketahui, akan tetapi beberapa virus SARS-CoV-2 telah diketahui dan tidak jauh berbeda dengan lainnya. Pada umumnya, virus ini menginfeksi disaluran pernapasan yang melapisi alveolus didalam tubuh manusia. Hal ini akan membuat saling berikatan dengan reseptor-reseptor lalu membuat jalan dan masuk kedalam sel. Glikoprotein yang terdapat dalam envelope spike virus akan berikatan juga dengan reseptor selular seperti ACE2 pada SARS-CoV-2. Di dalam sel, virus ini akan melakukan duplikasi materi genetik dan mensintesis protein-protein dibutuhkan, kemudian akan membentuk sebuah virion baru yang muncul pada permukaan sel. Sama halnya dengan SARS-CoV, pada SARS-CoV-2 diketahui saat setelah virus

masuk di dalam sel, genom RNA virus juga akan dikeluarkan ke sitoplasma sel dan ditranslasikan menjadi 2 poliprotein dan protein struktural (Susilo et al.,2020). Selanjutnya, virus genom akan mulai bereplikasi. Di dalam selubung virus baru pada gliko protein akan membentuk serta masuk kedalam golgi sel atau membran retikulum endoplasma. Hal ini, akan terjadi pembentukan nukleokapsid yang tersusun dari protein nukleokapsid dan genom RNA. Partikel virus akan tumbuh kedalam retikulum endoplasma dan Golgisel. Ditahap akhir, vesikel yang mengandung partikel virus akan bergabung dengan membran plasma untuk melepaskan komponen virus yang baru. Pada SARS-CoV, Spike Protein dilaporkan sebagai determinan signifikan yang didalamnya virus masuk kedalam sel. Dan telah diketahui bahwa SARS-CoV masuk ke dalam sel dimulai dengan fusi antara plasma membran dengan membran virus dari sel (Susilo et al.,2020).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Patogenesis SARS-CoV-2 masih banyak yang belum diketahui, akan tetapi beberapa virus SARS-CoV-2 telah diketahui dan tidak jauh berbeda dengan lainnya. Pada umumnya, virus ini menginfeksi di saluran pernapasan yang melapisi alveolus di dalam tubuh manusia. Hal ini akan membuat saling berikatan dengan reseptor-reseptor lalu membuat jalan dan masuk ke dalam sel. Glikoprotein yang terdapat dalam *envelope spike* virus akan berikatan juga dengan reseptor selular seperti ACE2 pada SARS-CoV-2. Di dalam sel, virus ini akan melakukan duplikasi materi

genetik dan mensintesis protein-protein dibutuhkan, kemudian akan membentuk sebuah virion baru yang muncul pada permukaan sel. Sama halnya dengan SARS-CoV, pada SARS-CoV-2 diketahui saat setelah virus masuk di dalam sel, genom RNA virus juga akan dikeluarkan ke sitoplasma sel dan ditranslasikan menjadi 2 poliprotein dan protein struktural (Susilo et al.,2020). Selanjutnya, virus genom akan mulai bereplikasi. Didalam selubung virus baru pada glikoprotein akan membentuk serta masuk ke dalam golgi sel atau membran retikulum endoplasma. Hal ini, akan terjadi pembentukan nukleokapsid yang tersusun dari protein nukleokapsid dan genom RNA. Partikel virus akan tumbuh kedalam retikulum endoplasma dan Golgisel. Ditahap akhir, vesikel yang mengandung partikel virus akan bergabung dengan membran plasma untuk melepaskan komponen virus yang baru. Pada SARS-CoV, Spike Protein dilaporkan sebagai determinan signifikan yang didalamnya virus masuk kedalam sel pejamu. Dan telah diketahui bahwa SARS-CoV masuk kedalam sel dimulai dengan fusi antara plasma membran dengan membran virus dari sel (Susilo et al.,2020).

2.1.4 Cara Penyebaran Covid 19

Menurut Xu et al. (2020) terdapat beberapa macam penyebaran COVID-19 diantaranya sebagai berikut.

1. Droplet COVID-19 ditularkan terutama melalui tetesan pernapasan. Ketika seorang pasien batuk atau bersin, droplet yang mengandung virus mungkin dihirup oleh individu yang rentan.

2. Kontak Langsung. Ditemukan bahwa 71,8% penduduk non-lokal memiliki riwayat COVID-19 karena kontak dengan individu dari Wuhan. Lebih dari 1800 dari 2055 (~88%) pekerja medis dengan COVID-19 berada di Hubei, menurut laporan dari 475 rumah sakit.
3. Kontak Tidak Langsung. Hal ini terjadi ketika droplet mengandung COVID-19 mendarat di permukaan meja, gagang pintu, telepon, dan benda mati lainnya. Virus itu dipindahkan dari permukaan ke selaput lender dengan jari yang terkontaminasi menyentuh mulut, hidung, atau mata. Penelitian telah memperkirakan bahwa COVID-19 dapat bertahan hingga 5 hari pada suhu 20° C, kelembaban 40-50%, dan dapat bertahan hidup kurang dari 48 jam diudara kering, dengan pengurangan viabilitas setelah 2 jam.
4. Penularan asimtomatik infeksi simptomatik telah dilaporkan dalam setidaknya dua kasus dengan paparan riwayat ke pasien yang berpotensi prasimptomatik yang kemudian didiagnosis dengan COVID-19. Virus itu dulu ditularkan ketiga anggota keluarga 10 sehat lainnya. Sebelum berkembangnya gejala, individu mungkin tidak diisolasi dan mungkin merupakan sumber virus seluler yang penting.
5. Penularan Antar Keluarga. Penularan dalam kluster keluarga sangat umum. Satu studi melaporkan bahwa 78 hingga 85% kasus dalam kelompok agregat besar terjadi karena transmisi antar militer di Sichuan dan Guangdong, China.

6. Transmisi Aerosol Lingkungan tertutup dengan kondisi buruk ventilasi, aerosol dapat bertahan diudara selama 24-48 jam dan menyebar dari beberapa meter hingga puluhan meter. Namun, belum ada bukti kuat untuk aerosol penularan. WHO juga menganggap bahwa rute ini memerlukan penyelidikan lebih lanjut.
7. Penularan Okuler Telah dilaporkan sebagai dokter tanpa pelindung mata terinfeksi selama inspeksi di Wuhan pada 22 Januari 2020. Studi lebih lanjut ditemukan bahwa COVID-19 dapat dideteksi dalam air mata dan sekresi konjungtiva pasien COVID19. Penularan Tinja-Oral Pertama kali dilaporkan dalam kasus COVID-19 di AS. Studi selanjutnya terdeteksi SARS-CoV-2 dalam tinja dan penyeka dubur COVID-19 pasien. Selanjutnya, 23,3% dari Pasien COVID-19 tetap COVID-19 positif bahkan ketika viralload tidak lagi terdeteksi di saluran pernapasan. SARS-CoV-2 juga telah terdeteksi di epitel lambung, duodenum, dan rektal. Tidak ada bukti yang cukup untuk mendukung transmisi vertical karena sampel dari neonates yang dilahirkan dengan positif COVID-19 dari ibu negatif. Apalagi tidak ada viral load telah terdeteksi dari lingkungan vagina 35 wanita pasien, menunjukkan kurangnya bukti untuk penularan seksual dari COVID-19.

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan radiologi: fototoraks, CT-scantoraks, USGtoraks. Pada

pencitraan dapat menunjukkan: opasitas bilateral, konsolidasi subsegmental, lobar atau kolaps paru atau nodul, tampilan *groundglass*.

2. Pemeriksaan spesimen saluran napas atas dan bawah. Saluran napas atas dengan swab tenggorokan (nasofaring dan orofaring). Saluran napas bawah (sputum, bilasan bronkus, BAL, bila menggunakan *endotracheal tube* dapat berupa aspirasi endotrakeal).
3. Bronkoskopi
4. Pungsi pleura sesuai kondisi
5. Pemeriksaan Hematologi
6. Biakan mikroorganisme dan uji kepekaan dari bahan saluran napas (sputum, bilasan bronkus, cairan pleura) dan darah 26,27 Kultur darah untuk bakteri dilakukan, idealnya sebelum terapi antibiotik. Namun, jangan menunda terapi antibiotik dengan menunggu hasil kultur darah)
7. Pemeriksaan feses dan urin (untuk investigasi kemungkinan penularan).
8. Pemeriksaan alisag darah
9. Pemeriksaan RT-PCR (Swab Test)
10. Pemeriksaan serologi (Rapid Test)
11. Test *Diagnostik Nucleic Acid Amplification Test* (NAAT)

2.1.6 Pencegahan Covid-19

Cara pencegahan menurut Kemenkes, 2020 adalah dengan pelaksanaan pencegahan dan mitigasi yang merupakan kunci dalam penerapan di pelayanan kesehatan dan masyarakat. Langkah pencegahan

paling efektif dimasyarakat yang meliputi: melakukan kebersihan tangan dengan menggunakan handsanitizer jika tangan tidak terlihat kotor maupun cuci tangan dengan sabun jika tangan terlihat kotor, menghindari menyentuh mata, hidung dan mulut, melakukan penerapan etika batuk atau bersin dengan menutup hidung dan mulut dengan lengan atas bagian dalam atau tisu, kemudian membuang tisu ke tempat sampah, menggunakan masker medis jika memiliki gejala pernapasan dan melakukan kebersihan tangan setelah membuang masker, kemudian menjaga jarak (minimal 11 meter) dari orang yang mengalami gejala gangguan pernapasan.

2.2 Konsep Kecemasan

2.2.1 Pengertian Kecemasan

Cemas dapat didefinisikan sebagai emosi tanpa obyek yang spesifik, penyebabnya tidak diketahui, dan didahului oleh pengalaman baru. Sedangkan takut mempunyai sumber yang jelas dan obyeknya dapat didefinisikan. Takut merupakan penilaian intelektual terhadap stimulus yang mengancam dan cemas merupakan respon emosi terhadap penilaian tersebut. Lebih jauh dikatakan pula, kecemasan dapat dikomunikasikan dan menular, hal ini dapat mempengaruhi hubungan terapeutik perawat klien. (Stuart,1996).

Stressor sebagai factor presipitasi kecemasan adalah bagaimana individu berhadapan dengan kehilangan dan bahaya yang mengancam. Bagaimana mereka menerimanya tergantung dari kebutuhan, keinginan,

konsep diri, dukungan keluarga, pengetahuan, kepribadian dan kedewasaan. (Bostrom,1995)

Kecemasan adalah suatu kondisi yang menandakan suatu keadaan yang mengancam keutuhan serta keberadaan dirinya dan dimanifestasikan dalam bentuk perilaku seperti rasa tidak berdaya, rasa tidak mampu, rasa takut, phobia tertentu (Hamiddkk,1997). Kecemasan muncul bila ada ancaman ketidakberdayaan, kehilangan kendali, perasaan kehilangan fungsi-fungsi dan harga diri, kegagalan pertahanan, perasaan terisolasi. (Hudak dan Gallo,1997).

2.2.2 Klasifikasi Kecemasan

Freud membagi kecemasan menjadi tiga, yaitu:

1. Kecemasan Realitas atau Objektif (Reality or Objective Anxiety)

Suatu kecemasan yang bersumber dari adanya ketakutan terhadap bahaya yang mengancam di dunia nyata. Kecemasan seperti ini misalnya ketakutan terhadap kebakaran, angin tornado, gempa bumi, atau binatang buas. Kecemasan ini menuntun kita untuk berperilaku bagaimana menghadapi bahaya. Tidak jarang ketakutan yang bersumber pada realitas ini menjadi ekstrim. Seseorang dapat menjadi sangat takut untuk keluar rumah karena takut terjadi kecelakaan pada dirinya atau takut menyalakan korek api karena takut terjadi kebakaran.

2. Kecemasan Neurosis (*Neurotic Anxiety*)

Kecemasan ini mempunyai dasar pada masa kecil, pada konflik

antara pemuasan instingtual dan realitas. Pada masa kecil, terkadang beberapakali seorang anak mengalami hukuman dari orang tua akibat pemenuhan kebutuhan ID yang implusif terutama sekali yang berhubungan dengan pemenuhan insting seksual atau agresif. Anak biasanya dihukum karena secara berlebihan mengekspresikan impuls seksual atau agresifnya itu. Kecemasan atau ketakutan untuk itu berkembang karena adanya harapan untuk memuaskan impuls tertentu. Kecemasan neurotik yang muncul adalah ketakutan akan terkena hukuman karena memperlihatkan perilaku impulsif yang didominasi oleh Id. Hal yang perlu diperhatikan adalah ketakutan terjadi bukan karena ketakutan terhadap insting tersebut tapi merupakan ketakutan atas apa yang akan terjadi bila insting tersebut dipuaskan. Konflik yang terjadi adalah di antara Id dan Ego yang kita ketahui mempunyai dasar dalam realitas.

3. Kecemasan Moral (*Moral Anxiety*)

Kecemasan ini merupakan hasil dari konflik antara ID dan superego. Secara dasar merupakan ketakutan akan suara hati individu sendiri. Ketika individu termotivasi untuk mengekspresikan impuls instingtual yang berlawanan dengan nilai moral yang termaksud dalam superego individu itu maka ia akan merasa malu atau bersalah. Pada kehidupan sehari-hari dia akan menemukan dirinya sebagai "*conscience stricken*". Kecemasan moral menjelaskan bagaimana berkembangnya super ego. Biasanya individu dengan kata hati yang

kuat dan puritan akan mengalami konflik yang lebih hebat daripada individu yang mempunyai kondisi toleransi moral yang lebih longgar. Seperti kecemasan neurosis, kecemasan moral juga mempunyai dasar dalam kehidupan nyata. Anak-anak akan dihukum bila melanggar aturan yang ditetapkan orang tua mereka. Orang dewasa juga akan mendapatkan hukuman jika melanggar norma yang ada di masyarakat. Rasa malu dan perasaan bersalah menyertai kecemasan moral. Dapat dikatakan bahwa yang menyebabkan kecemasan adalah kata hati individu itu sendiri. Freud mengatakan bahwa super ego dapat memberikan balasan yang setimpal karena pelanggaran terhadap aturan moral. Apapun tipenya, kecemasan merupakan suatu tanda peringatan kepada individu. Hal ini menyebabkan tekanan pada individu dan menjadi dorongan pada individu termotivasi untuk memuaskan. Tekanan ini harus dikurangi. Kecemasan memberikan peringatan kepada individu bahwa ego sedang dalam ancaman dan oleh karena itu apabila tidak ada tindakan maka ego akan terbuang secara keseluruhan. Ada berbagai cara ego melindungi dan mempertahankan dirinya. Individu akan mencoba lari dari situasi yang mengancam serta berusaha untuk membatasi kebutuhan impuls yang merupakan sumber bahaya. Individu juga dapat mengikuti kata hatinya. Atau jika tidak ada teknik rasional yang bekerja, individu dapat memakai mekanisme pertahanan (*defense mechanism*) yang non-rasional untuk mempertahankan ego.

2.2.3 Manifestasi Klinis Kecemasan

Menurut Sue, dkk dalam Trismiati, 2006) menyebutkan bahwa manifestasi kecemasan terwujud dalam empat hal berikut ini:

1. Manifestasi Kognitif.

Yang terwujud dalam pikiran seseorang, seringkali memikirkan tentang malapetaka atau kejadian buruk yang akan terjadi.

2. Perilaku Motorik.

Kecemasan seseorang terwujud dalam gerakan tidak menentu seperti gemetar.

3. Perubahan Somatik.

Muncul dalam keadaan mulut kering, tangan dan kaki dingin, diare,seringkencing, ketegangan otot, peningkatan tekanan darah dan lain-lain. Hampir semua penderita kecemasan menunjukkan peningkatan detak jantung, respirasi, ketegangan otot dan tekanan darah.

4. Afektif

Diwujudkan dalam perasaan gelisah, dan perasaan tegang yang berlebihan.

2.2.4 Tingkat Kecemasan

Menurut Peplau, dalam (Muyasaro et al.2020) mengidentifikasi empat tingkatan kecemasan, yaitu :

1. Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan kehidupan sehari-hari.

Kecemasan ini dapat memotivasi belajar menghasilkan pertumbuhan

serta kreatifitas. Tanda dan gejala antara lain: persepsi dan perhatian meningkat, waspada, sadar akan stimulus internal dan eksternal, mampu mengatasi masalah secara efektif serta terjadi kemampuan belajar. Perubahan fisiologi ditandai dengan gelisah, sulit tidur, hipersensitif terhadap suara, tanda vital dan pupil normal.

2. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga individu mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon fisiologi: sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulutkering, gelisah, konstipasi. Sedangkan respon kognitif yaitu lahan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiaannya.

3. Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mempengaruhi persepsi individu, individu cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan.

Tanda dan gejala dari kecemasan berat yaitu: persepsinya sangat kurang, berfokus pada hal yang detail, rentang perhatian sangat terbatas, tidak dapat berkonsentrasi atau menyelesaikan masalah, serta tidak dapat belajar secara efektif. Pada tingkatan ini individu mengalami sakit kepala, pusing, mual, gemetar, insomnia, palpitasi,

takikardi, hiperventilasi, sering buang air kecil maupun besar, dan diare. Secara emosi individu mengalami ketakutan serta seluruh perhatian terfokus pada dirinya.

4. Panik

Pada tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak dapat melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik menyebabkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, kehilangan pemikiran yang rasional. Kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian. Tanda dan gejala dari tingkat panik yaitu tidak dapat fokus pada suatu kejadian.

2.2.5 Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

1. Faktor Internal

a. Pengalaman

Menurut Horney dan Trismati (2006), sumber-sumber ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan tersebut bersifat lebih umum. Penyebab kecemasan menurut Horney, dapat berasal dari berbagai kejadian di dalam kehidupan atau dapat terletak di dalam diri seseorang, misalnya seseorang yang memiliki pengalaman dalam menjalani suatu tindakan maka

dalam dirinya akan lebih mampu beradaptasi atau kecemasan yang timbul tidak terlalu besar.

b. Respon Terhadap Stimulus

Menurut Trismiati (2006), kemampuan seseorang menelaah rangsangan atau besarnya rangsangan yang diterima akan mempengaruhi kecemasan yang timbul.

c. Usia

Pada usia yang semakin tua maka seseorang semakin banyak pengalamannya sehingga pengetahuannya semakin bertambah (Notoatmodjo,2003). Karena pengetahuannya banyak maka seseorang akan lebih siap dalam menghadapi sesuatu.

d. Gender

Berkaitan dengan kecemasan pada pria dan wanita, Myers (1983) dalam Trismiati (2006) mengatakan bahwa perempuan lebih cemas akan ketidak mampuannya dibanding dengan laki-laki, laki-laki lebih aktif, eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif. Penelitian lain menunjukkan bahwa laki-laki lebih rileks dibanding perempuan.

2. Faktor Eksternal

a. Dukungan Keluarga

Adanya dukungan keluarga akan menyebabkan seorang lebih siap dalam menghadapi permasalahan, hal ini dinyatakan oleh Kasdu (2002).

b. Kondisi Lingkungan

Kondisi lingkungan sekitar dapat menyebabkan seseorang menjadi lebih kuat dalam menghadapi permasalahan, misalnya lingkungan pekerjaan atau lingkungan bergaul yang tidak memberikan cerita negatif tentang efek negatif suatu permasalahan menyebabkan seseorang lebih kuat dalam menghadapi permasalahan. (Baso,2000:6)

2.2.6 Alat Ukur Kecemasan

1. DASS

Depression Anxiety Stres Scale 42 (DASS 42) atau lebih diringkaskan sebagai *Depression Anxiety Stres Scale 21 (DASS 21)* oleh Lovibond & Lovibond (1995). *Psychometric Properties of The Depression Anxiety Stres Scale 42 (DASS)* terdiri dari 42 item dan *Depression Anxiety Stres Scale 21* terdiri dari 21item. DASS adalah seperangkat skala subjektif yang dibentuk untuk mengukur status emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stres. DASS 42 item dibentuk tidak hanya untuk mengukur secara konvensional mengenai status emosional, tetapi untuk proses yang lebih lanjut untuk pemahaman, pengertian, dan pengukuran yang berlaku dimanapun dari status emosional, secara signifikan biasanya digambarkan sebagai stres. DASS dapat digunakan baik itu oleh kelompok atau individu untuk tujuan penelitian. DASS adalah kuesioner berisi 42 item yang mencakup tiga laporan diri yang dirancang untuk

mengukur keadaan emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stres. Masing-masing tiga skala berisi 14 item, dibagi menjadi sub-skala dari 2-5 item dengan penilaian setara konten. Adapun alternatif jawaban yang digunakan dan skala penilaian adalah sebagai berikut:

- 1 : Tidak sesuai dengan saya sama sekali atau tidak pernah.
- 2 : Sesuai dengan saya sampai tingkat tertentu atau jarang.
- 3 : Sesuai dengan saya sampai batas yang dapat dipertimbangkan (sering)
- 4 : Sangat sesuai dengan yang saya atau sangat sering.

Skala Depresi menilai dysphoria, putus asa, devaluasi hidup, sikap meremehkan diri, kurangnya minat/keterlibatan, anhedonia, dan inersia. Skala Kecemasan menilai gairah otonom, efek otot rangka, kecemasan situasional, dan subjektif pengalaman mempengaruhi cemas. Skala Stres (item) yang sensitif terhadap tingkat kronis non-spesifik gairah. Ini menilai kesulitan santai, gairah saraf, dan yang mudah marah/gelisah, mudah tersinggung atau over-reaktif dan tidak sabar. Responden yang diminta untuk menggunakan 4-point keparahan/skala frekuensi untuk menilai sejauh mana mereka memiliki mengalami setiap negara selama seminggu terakhir (Nabila,2017).

Kuesioner DASS menilai kondisi psikologis seseorang yakni depresi serta kecemasannya, hal ini menjadikan peneliti tertarik untuk menggunakan kuesioner DASS dalam penelitian ini guna mengukur

tingkat kecemasan perawat. Cara Penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

Normal	= Skor 0-7
Cemas Ringan	= Skor 8-9
Cemas Sedang	= Skor 10-14
Cemas Parah	= Skor 15-19
Cemas Sangat Parah	= Skor > 20

2. HARS

Beberapa skala penelitian dikembangkan untuk melihat seberapa besartingkat kecemasan seseorang, salah satunya yaitu Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), pertama kali dikembangkan oleh Max Hamilton pada tahun 1956. HARS menggunakan serangkaian pertanyaan dengan jawaban yang harus diisi oleh pasien sesuai dengan kondisi yang dirasakan oleh pasien tersebut. Jawaban yang diberikan merupakan skala (angka) 0, 1, 2, 3, atau 4 yang menunjukkan tingkat gangguan dan setelah pasien menjawab sesuai apa yang dirasakannya, maka hasilnya dapat dihitung dengan menjumlahkan total skor yang didapat dari setiap soal (pernyataan) (Wahyudi et al. 2019). HAM-A atau disebut juga HARS adalah salah satu skala peringkat pertama yang dikembangkan untuk mengukur tingkat keparahan gejala kecemasan pada orang dewasa, dan remaja, serta masih banyak digunakan saat ini baik dalam pengaturan klinis dan penelitian. Skalat erdiridari 14 item, masing-masing ditentukan

oleh serangkaian gejala, dan mengukur kecemasan psikis (mental agitasi dan tekanan psikologis) dan kecemasan somatik (keluhan fisik yang berhubungan dengan kecemasan) (*American Thoracic Society* 2021). Menurut (Kautsar, Gustopo, & Achmadi, 2015) dalam (Wahyudi et al. 2019) telah menyimpulkan validitas instrumen HARS ditunjukkan pada bagian *Corrected Item-Total Correlation* seluruh soal memiliki nilai positif dan lebih besar dari syarat 0.05, sedangkan reliabilitas ditunjukkan dengan nilai Cronbach's Alpha adalah 0.793 dengan jumlah item 14 butir lebih besar dari 0.6, maka kuisioner yang digunakan terbukti reliabel ($0.793 > 0.6$). Sehingga HARS dianjurkan untuk mengukur tingkat kecemasan.

Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 symptoms yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (Not Present) sampai dengan 4 (severe).

Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian trial clinic. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan

reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian trial clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable.

Skala HARS Menurut Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) yang dikutip Nursalam (2003) penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

- a. Perasaan Cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- b. Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
- c. Ketakutan: takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
- d. Gangguan tidur sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
- e. Gangguan kecerdasan: penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
- f. Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
- g. Gejala somatik: nyeri path otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
- h. Gejala sensorik: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.

- i. Gejala kardiovaskuler: takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
 - j. Gejala pemapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek.
 - k. Gejala gastrointestinal: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas diperut.
 - l. Gejala urogenital: sering kencing, tidak dapat menahan kencing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi.
 - m. Gejala vegetatif: mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
 - n. Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan napas pendek dan cepat.
3. *SRAS Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS)*
- Sebuah penilaian kecemasan pada pasien dewasa yang dirancang oleh William W.K. Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM-IV)* terdapat 20 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4 (1: tidak pernah, 2: kadang-kadang, 3: sebagian waktu, 4: hampir setiap waktu). Terdapat 15 pertanyaan kearah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan kearah penurunan kecemasan *Self-Rating Anxiety Scale* dalam Ian McDowell, 2006 dalam Pramitaresthi,

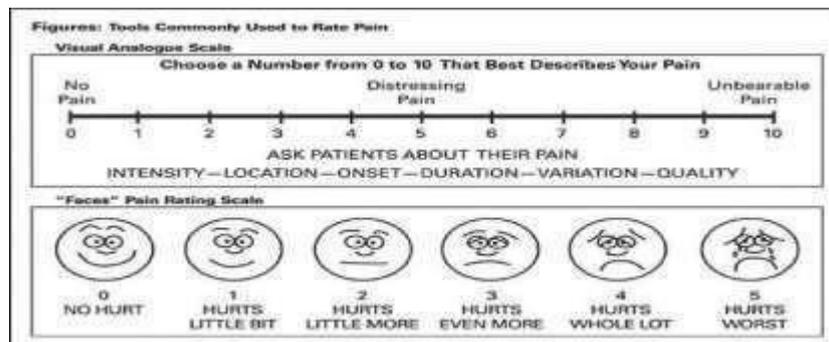
2015). Rentang penilaian 20-80, dengan pengelompokan antara lain:

- a. Skor 20-40: kecemasan ringan
- b. Skor 45-59: kecemasan sedang
- c. Skor 60-70: kecemasan berat
- d. Skor 71-80: panik

4. *Visual Analogue Scale (VAS)*

Skala ini memberikan kebebasan kepada pasien untuk mengidentifikasi tingkat kecemasan yang dirasakan. Pengukuran dengan VAS pada nilai nol dikatakan tidak ada kecemasan, nilai 1-3 kecemasan ringan, nilai 4-6 cemas sedang, 7-9 cemas berat dan 10 dianggap panik (Ismiyatun, 2017).

Gambar 2.1. Visual Analogue Scale for Anxiety (VAS-A) Sumber: Bloch & Hays (2009)



2.2.7 Cara Mengurangi Kecemasan

Faktor-faktor yang dapat mengurangi kecemasan antara lain:

1. Represi, yaitu tindakan untuk mengalihkan atau melupakan hal atau keinginan yang tidak sesuai dengan hati nurani. Represi juga bisa diartikan sebagai usaha untuk menenangkan atau meredam diri agar

tidak timbul dorongan yang tidak sesuai dengan hatinya (Prasetyono,2007).

2. Relaksasi, yaitu dengan mengatur posisi tidur dan tidak memikirkan masalah (Prasetyono,2007). Sedangkan Dale Carnegie (2007) menambahkan bahwa relaksasi dan rekreasi bisa menurunkan kecemasan dengan cara tidur yang cukup, mendengarkan musik, tertawa dan memperdalam ilmu agama.
3. Komunikasi perawat, yaitu komunikasi yang disampaikan perawat pada pasien dengan cara memberi informasi yang lengkap mulai pertama kali pasien masuk dengan menetapkan kontrak untuk hubungan profesional mulai dari fase orientasi sampai dengan terminasi atau yang disebut dengan komunikasi terapeutik (Tamsuri, 2006).
4. Psikofar maka, yaitu pengobatan untuk cemas dengan memakai obat-obatan seperti diazepam, bromazepam dan alprazolam yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan neurotransmitter (sinyal penghantar saraf) disusunan saraf pusat otak (lymbicsystem) (Hawari,2001).
5. Psikoterapi, merupakan terapi kejiwaan dengan memberi motivasi, semangat dan dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta kepercayaan diri (Hawari, 2001).
6. Psikoreligius, yaitu dengan doa dan dzikir. Doa adalah mengosongkan batin dan memohon kepada Tuhan untuk mengisinya dengan segala hal yang kita butuhkan. Dalam doa umat mencari kekuatan yang dapat

melipat gandakan energi yang hanya terbatas dalam diri sendiri dan melalui hubungan dengan doa tercipta hubungan yang dalam antara manusia dan Tuhan (Prasetyono,2007). Terapi medis tanpa disertai dengan doa dan dzikir tidaklah lengkap, sebaliknya doa dan dzikir saja tanpa terapi medis tidaklah efektif.

2.2.8 Faktor Penyebab Kecemasan Saat Wabah Covid-19

Menurut dokter spesialis kesehatan jiwa RSUP Persahabatan yakni dr. Alvinia Hayulani, Sp.KJ KSM (Ifa Utami, 2020), Merasakan stress dan cemas adalah perasaan yang normal saat menghadapi krisis seperti pandemik covid-19. Situasi baru tersebut akan meningkatkan kewaspadaan seseorang sampai tahap yang wajar agar orang tersebut siap beradaptasi. Namun, bila rasa cemas berlebihan muncul, akan menyebabkan penurunan fungsi dan masalah baru sehingga rasa cemas tersebut perlu dikelola dengan baik. Cemas merupakan respon emosi individu yang timbul karena menghadapi konflik, masalah dan ketegangan. Biasanya individu tidak menyadari secara jelas apa yang menyebabkan dirinya cemas dan menimbulkan gangguan dalam kehidupan. Cemas itu sendiri adalah suatu respon individu yang subyektif terhadap pengalaman yang dirasa tidak menyenangkan dan disertai dengan rasa gelisah, khawatir dan takut.

Gejala-gejala cemas secara umum:

1. Sulit konsentrasi
2. Mudah marah
3. Sulit tidur

4. Mimpi Buruk
5. Khawatir terus menerus dan berlebihan
6. Gelisah,tegang,mudahlelah
7. Keluhan fisik yang berulang seperti: sakit kepala, pegal-pegal, nyeri dibagian tubuh, mual muntah, jantung berdebar, kembung dan keluhan lambung lainnya.

Faktor internal kecemasan pada pandemik covid-19 seperti:

- a. Genetik: adanya bawaan gangguan cemas sejak awal.
- b. Mekanisme adaptasi yang kurang kuat seperti saat memakai masker, dirumah aja, jaga jarak da nperubahan lainny asaat pandemic ini.
- c. Tipe kepribadian tertentu misalnya tipe cemas.
- d. Faktor fisik yang lemah (komorbid penyakit) yang menjadi pemberat munculnya kecemasan.

Faktor eksternal kecemasan pada pandemik covid-19 seperti :

1. Informasi media sosial: pembanjiran informasi tanpa penyaringan.
2. Stigma lingkungan.
3. Ketidacukupan sumber daya (makanan, pakaian, finansial).
4. Masalah pekerjaan.
5. Keterbatasan aktivitas fisik dan sosial.

Hal-hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi kecemasan adalah dengan melakukan managemen stress dan kecemasan seperti:

1. Tetap terhubung dan melakukan komunikasi dengan orang-orang terkasih. Berbagi perasaan merupakan hal yang efektif dalam

mengelolaemosi.

2. Melakukan pola hidup sehat termasuk makan dengan gizi seimbang, tidur cukup, olahraga teratur, relaksasi serta cuci tangan secara berkala.
3. Hindari rokok, minum alkohol dan penggunaan zat adiktif lainnya.
4. Dapatkan informasi tentang COVID-19 dari sumber yang akurat dan terpercaya seperti WHO atau informasi resmi pemerintah lainnya.
5. Batasi waktu untuk menonton atau mendengarkan berita terkait COVID-19 agar tidak menimbulkan kecemasan.
6. Anda juga dapat menggunakan cara-cara lain yang sebelumnya efektif untuk mengatasi permasalahan hidup anda.

Menurut dokter spesialis kesehatan jiwa yakni dr. Jiemi Ardian, Sp.KJ. dalam (Suminar 2020), kecemasan itu akibat ketidaktahuan dalam menghadapi sesuatu yang baru (dalam hal ini: virus Corona). Covid-19 menimbulkan berbagai macam reaksi bersamaan dengan kemunculannya, karena banyak hal baru yang sebenarnya tidak pernah terpikirkan dan itu menimbulkan kecemasan tersendiri. Menurut dr. Jiemi masalah tersebut muncul karena terjadinya perubahan sistem secara tiba-tiba akibat merebaknya virus Corona sehingga orang harus menyesuaikan secara mendadak terhadap perubahan pola, yakni dari kondisi normal menjadi kecemasan. Kecemasan tersebut merupakan akibat dari beberapa hal berikut ini :

1. Isolasi Sosial, Kurangnya Interaksi, Gerakan Fisik Yang Terbatas Jika

emosi tersebut mengambil alih pikiran, perasaan dan perilaku hingga merasakan penderitaan dan ketidakmampuan melakukan fungsi keseharian, maka mungkin itu bisa menjadi tanda terjadi gangguan mental dan perlu mendapatkan bantuan.

2. Faktor Psikologi Seperti pola stresor yang berubah dan cara menghadapi stresor, gaya berpikir seseorang, dan kemampuannya dalam beradaptasi serta faktor social seperti sistem pendukung orang-orang dekat yang berada disekitar.

2.3 Konsep tentang Tenaga Kesehatan

Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 menjelaskan bahwa Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Pengaturan tenaga kesehatan yang lebih lengkap saat ini diatur dalam UU Tenaga Kesehatan yang mengelompokkan tenaga kesehatan menjadi tiga belas jenis yaitu: tenaga medis, tenaga psikologi klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, tenaga teknis biomedika, tenaga kesehatan tradisional, dan tenaga kesehatan lainnya.

Pengaturan Tenaga Kesehatan telah pula dilakukan di berbagai negara, bahwa Undang-Undang bagi tenaga kesehatan yang biasa dalam

bentuk Undang-Undang terdapat dalam Undang-Undang Kedokteran (*Medical Act*), Undang-Undang Keperawatan (*Nursing Act*), Undang-undang Kebidanan (*Midwife Act*), Undang-Undang Kefarmasian (*Farmaciteucal Act*) dan untuk tenaga kesehatan lain yang merupakan kumpulan tenaga kesehatan selain yang tersebut diatas dalam bentuk Undang-Undang Tenaga kesehatan (*Alied Heath Professional Act*), bahkan ada di beberapa negara tenaga kesehatan yang tergolong kecil proporsinya juga diatur dalam undang-undang tersendiri. Disini peneliti akan membeberkan beberapa konsep dari 5 profesi dalam termasuk tenaga kesehatan yaitu perawat, dokter, bidan, analis kesehatan dan farmasi.

2.4 Konsep Perawat

2.4.1 Definisi Perawat

Menurut Wardah, Febrina, Dewi (2017) bahwa perawat adalah tenaga yang bekerja secara professional memiliki kemampuan, kewenangan dan bertanggungjawab dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

2.4.2 Peran Dan Fungsi Perawat Peran dan Fungsi Perawat

1. Peran Perawat

Peran perawat merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukan dan sistem, hal ini dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari profesi perawat maupun dari luar profesi keperawatan yang bersifat menetap.

Peran perawat menurut Hidayat (2014), terdiri dari:

- a. Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan. Peran ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan
- b. Peran sebagai advokat pasien. Peran ini dilakukan perawat dalam membantu pasien dan keluarganya dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya dan hak atas privasi.
- c. Peran sebagai pendidik. Peran ini dilakukan dengan membantu pasien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari pasien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.
- d. Peran sebagai koordinator Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan pasien.
- e. Peran sebagai kolaborator. Peran perawat disini dilakukan karena

perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapis, ahli gizi dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau 12 tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.

- f. Peran sebagai konsultan. Perawat berperan sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan pasien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.
- g. Peran sebagai pembaharu. Peran ini dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

Peran perawat menurut Potter & Perry (2010) ada beberapa macam, yaitu:

- a. Pemberi perawatan, perawat membantu klien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dan mendapatkan kesehatannya Kembali melalui proses penyembuhan dengan pemberian asuhan keperawatan.
- b. Pembuat keputusan klinis, perawat membuat keputusan sebelum mengambil tindakan keperawatan dan menyusun rencana tindakan yang berhubungan dengan pengkajian, pemberian

perawatan, evaluasi hasil, dengan menggunakan pendekatan terbaik bagi pasien. Pembuatan keputusan dapat dilakukan secara mandiri, ataupun kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dan keluarga klien.

- c. Pelindung dan advokat klien, perawat bertugas mempertahankan lingkungan yang aman, mencegah terjadinya kecelakaan dan hal yang merugikan bagi klien. Sebagai advokat, perawat membantu klien mengutarakan hak-haknya, melindungi hak-hak klien sebagai manusia dan secara hukum.
- d. Manajer kasus, perawat berperan mengkoordinasi aktivitas anggota tim, mengatur waktu kerja serta sumber yang tersedia dilingkungan kerjanya.
- e. Rehabilitator, perawat dengan segenap kemampuan membantu klien kembali meningkatkan fungsi maksimal dirinya setelah mengalami kecelakaan, sakit ataupun peristiwa lain yang menyebabkan klien kehilangan kemampuan dan menyebabkan ketidakberdayaan.
- f. Pemberi kenyamanan, kenyamanan serta dukungan emosional yang diberikan perawat selama melaksanakan asuhan keperawatan secara utuh kepada klien, dapat memberikan pengaruh positif berupa kekuatan untuk mencapai kesembuhan klien.
- g. Komunikator, perawat bertugas sebagai komunikator yang

menghubungkan klien dan keluarga, antar perawat maupun tenaga kesehatan lainnya. Faktor terpenting dalam memenuhi kebutuhan klien, keluarga dan komunitas adalah kualitas komunikasi.

- h. Penyuluh, dalam hal ini perawat menjelaskan kepada klien tentang pentingnya kesehatan, memberi contoh prosedur perawatan dasar yang dapat digunakan klien untuk meningkatkan derajat kesehatannya, melakukan penilaian secara mandiri apakah klien memahami penjelasan yang diberikan dan melakukan evaluasi untuk melihat kemajuan dalam pembelajaran klien.
- i. Peran karier, perawat berkarier dan mendapatkan jabatan tertentu, hal ini memberikan perawat kesempatan kerja lebih banyak baik sebagai seorang perawat pendidik, perawat pelaksana tingkat lanjut, dan tim perawatan kesehatan .

Menurut Puspita (2014), peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif sebagai upaya memberikan kenyamanan dan kepuasan pada pasien, meliputi:

- a. *Caring*, merupakan suatu sikap rasa peduli, hormat, menghargai orang lain, artinya memberi perhatian dan mempelajari kesukaan seseorang dan bagaimana seseorang berpikir dan bertindak. Hubungan Kualitas Pelayanan.
- b. *Sharing* artinya perawat senantiasa berbagi pengalaman dan

ilmu atau berdiskusi dengan pasiennya.

- c. *Laughing*, artinya senyum menjadi modal utama bagi seorang perawat untuk meningkatkan rasa nyaman pasien.
- d. *Crying* artinya perawat dapat menerima respon emosional baik dari pasien maupun perawat lain sebagai suatu hal yang biasa disaat senang ataupun duka.
- e. *Touching* artinya sentuhan yang bersifat fisik maupun psikologis merupakan komunikasi simpatis yang memiliki makna.
- f. *Helping* artinya perawat siap membantu dengan asuhan keperawatannya.
- g. *Believing in others* artinya perawat meyakini bahwa orang lain memiliki hasrat dan kemampuan untuk selalu meningkatkan derajat kesehatannya.
- h. *Learning* artinya perawat selalu belajar dan mengembangkan diri dan keterampilannya.
- i. *Respecting* artinya memperlihatkan rasa hormat dan penghargaan terhadap orang lain dengan menjaga kerahasiaan pasien kepada yang tidak berhak mengetahuinya.
- j. *Listening* artinya mau mendengar keluhan pasiennya.
- k. *Feeling* artinya perawat dapat menerima, merasakan, dan memahami perasaan duka, senang, frustrasi dan rasa puas pasien.

Perawat berkualitas (perawat profesional) dapat terwujud bila profesionalisme keperawatannya dibangun berdasarkan tiga fondasi,

yaitu:

a. *Evidence Based.*

Keperawatan harus memiliki keilmuan dan hasil-hasil penelitian yang kuat. Hal ini yang membedakan *body of knowledge* keperawatan dengan profesilain, khususnya ilmu kedokteran. Membangun ilmu keperawatan membutuhkan waktu panjang dan harus berbasis perguruan tinggi/universitas. Karena itu peletakan fondasi perubahan pendidikan bukan hanya pendidikan vokasi semata,tetapi juga lebih diarahkan pada pendidikan akademik (sarjana, magister, dan doktoral) dan pendidikan profesi (ners, spesialis, dan konsultan).

b. *Quality of Practice.*

Fondasi ilmu yang kuat dan hasil-hasil penelitian yang dimiliki oleh perawat akan meningkatkan kompetensi, kemampuan berpikir kritis, kemampuan mengambil keputusan yang tepat dan kepercayaan diri yang baik dalam praktikdan berinteraksi dengan profesi lain. Kualitas praktik juga harus didukung oleh berbagai kebijakan, regulasi dan peraturan peraturan yang sinergi antara pemerintah, institusi pendidikan, institusi pelayanan dan organisasi profesi.

c. *Patient Safety.*

Masyarakat yang dilayani oleh perawat akan memperoleh tingkat keamanan yang tinggi karena kualitas praktik. Untuk itu

diperlukan adanya sistem pendidikan yang efektif, standar praktik keperawatan, kode etik keperawatan, sertifikasi perawat, dan kejelasan regulasi keperawatan. (Deden Darmawan, 2013).

2. Fungsi Perawat

Fungsi ialah suatu pekerjaan yang harus dilaksanakan sesuai dengan perannya. Fungsi dapat berubah dari suatu keadaan ke keadaan lain. Ada tiga jenis fungsi perawat dalam melaksanakan perannya, yaitu : independen, dependen dan interdependen (Potter dan Perry, 2015).

- a. Independen Merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, dimana perawat dalam melaksanakan tugasnya dilakukan secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan untuk memenuhi Kebutuhan Dasar Manusia (KDM).
- b. Dependen Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatannya atas pesan atau instruksi dari perawat lain sebagai tindakan pelimpahan tugas yang diberikan. Biasanya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum atau dari perawat primer keperawat pelaksana.
- c. Interdependen Fungsi perawat ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan di antara tim satu dengan yang lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk

pelayanan membutuhkan kerjasama tim dalam pemberian pelayanan. Keadaan ini tidak dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan juga dari dokter ataupun profesi lainnya (Potter dan Perry,2015)

2.4.3 Tanggung Jawab Perawat

Tanggung jawab secara umum ada 3 macam, yaitu :

- a. Memberikan asuhan atau pelayanan keperawatan.
- b. Meningkatkan ilmu pengetahuan.
- c. Meningkatkan diri sebagai sebuah profesi.

Tanggungjawab terhadap pasien, ada 4 macam yaitu:

- a. Memenuhi kebutuhan dalam pelayanan keperawatan.
- b. Melakukan perlindungan terhadap pasien.
- c. Membantu pasien agar dapat menolong dirinya sendiri.
- d. Menjaga rahasia dari pasien.

Tanggung Jawab terhadap diri sendiri, ada 3 macam yaitu :

- a. Melindungi diri dari sumber penularan penyakit.
- b. Melindungi diri terhadap gangguan yang timbul akibat dari pekerjaan atau lingkungannya.
- c. Menghindarkan adanya konflik pada orang lain atau diri sendiri.

Tanggung Jawab terhadap profesi, ada 7 macam yaitu:

- a. Mengadakan kerjasama yang baik antar tim kesehatan.
- b. Mempertahankan dan meningkatkan kualitas dalam pelayanan keperawatan.

- c. Meningkatkan Ilmu pengetahuan dan teknologi pada bidang keperawatan.
- d. Melaksanakan semua kewajiban dengan tulus dan ikhlas.
- e. Menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan.
- f. Membina dan memelihara kualitas organisasi profesi.
- g. Tanggung jawab terhadap masyarakat.

Menjalin hubungan kerja sama yang baik sebagai upaya mengambil prakarsa dan mengadakan berbagai upaya kesehatan khususnya serta berbagai upaya lain untuk mensejahterakan secara umum sebagai bagian dari tugas perawat terhadap masyarakat (Hidayat A, Aziz Alimul, 2010)

2.4.4 Hak Dan Kewajiban Perawat

1. Hak–Hak Perawat :

- a) Memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan profesinya.
- b) Mengembangkan diri melalui kemampuan spesialisasi sesuai latar belakang pendidikannya.
- c) Menolak keinginan klien/pasien yang bertentangan dengan peraturan perundangan serta standar profesi dan kode etik profesi
- d) Mendapatkan informasi lengkap dari klien/pasien yang tidak puas terhadap pelayanannya.
- e) Meningkatkan pengetahuan berdasarkan perkembangan IPTEK dalam bidang keperawatan/kebidanan/kesehatan secara terus

menerus.

- f) Dipperlakukan adil dan jujur oleh rumah sakit maupun klien/pasien dan atau keluarganya.
- g) Mendapatkan jaminan perlindungan terhadap risiko kerja yang berkaitan dengan tugasnya.
- h) Diikut sertakan dalam penyusunan/penetapan kebijakan pelayanan kesehatan di rumah sakit.
- i) Diperhatikan privasinya dan berhak menuntut apabila nama baiknya dicemarkan oleh klien/pasien dan atau keluarganya serta tenaga kesehatan lain.
- j) Menolak pihak lain yang memberi anjuran/permintaan tertulis untuk melakukan tindakan yang bertentangan dengan perundang-undangan, standar profesi dan kode etik profesi.
- k) Mendapatkan penghargaan imbalan yang layak dari jasa profesinya sesuai peraturan/ketentuan yang berlaku di rumah sakit.
- l) Memperoleh kesempatan mengembangkan karir sesuai dengan bidang profesinya.

2. Kewajiban Perawat :

- a) Mematuhi semua peraturan RS dengan hubungan hukum antara perawat dan bidan dengan pihak RS.
- b) Mengadakan perjanjian tertulis dengan pihak rumah sakit
- c) Memenuhi hal-hal yang telah disepakati/perjanjian yang telah dibuatnya.

- d) Memberikan pelayanan atau asuhan keperawatan atau kebidanan sesuai dengan standar profesi dan batas kewenangannya atau otonomi profesi.
- e) Menghormati hak-hak klien ataupun pasien.
- f) Merujuk klien atau pasien kepada perawat lain atau tenaga kesehatan lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik.
- g) Memberikan kesempatan kepada klien/pasien agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarganya dan dapat menjalankan ibadah sesuai dengan agama atau keyakinannya sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan pelayanan kesehatan.
- h) Bekerjasama dengan tenaga medis/tenaga kesehatan lain yang terkait dalam memberikan pelayanan kesehatan/asuhan kebidanan kepada klien/pasien.
- i) Memberikan informasi yang adekuat tentang tindakan keperawatan atau kebidanan kepada klien/pasien dan atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya.
- j) Membuat dokumen asuhan keperawatan atau kebidanan secara akurat dan berkesinambungan.
- k) Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan atau kebidanan sesuai standar profesi keperawatan atau kebidanan dan kepuasan klien/pasien.
- l) Mengikuti IPTEK keperawatan atau kebidanan secara terus

menerus.

- m) Melakukan pertolongan darurat sebagai tugas perikemanusiaan sesuai dengan batas kewenangannya.
- n) Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang klien/pasien bahkan juga setelah klien/pasien tersebut meninggal, kecuali jika diminta keterangannya oleh yang berwenang.

2.4.5 Lama Kerja Perawat

Lama Kerja Perawat Dalam rangka memberikan gaji kepada perawat perlu diadakan pengukuran kontribusi yang tepat. Sedangkan untuk mengukur kontribusi tersebut dilakukan dengan melalui tiga cara:

1. Kelayakan Pegawai (*Job Worth*). Kelayakan pegawai merupakan sebuah kriteria yang menyangkut bagaimana kondisi pegawai. Apakah pegawai tersebut layak dipekerjakan dalam kapasitas yang sesuai atau tidak dengan tingkat kedudukan dan tugas yang diembannya.
2. Karakteristik Perseorangan (*Personal Characteristics*). Karakteristik perseorangan menyangkut senioritas dan yunioritas. Asumsi yang sering berlaku dan diyakini adalah pegawai yang cukup senior dipandang telah memiliki kinerja yang tinggi, sedangkan yang yunior masih perlu dikembangkan dan dibina lagi. Ukuran ini sebenarnya hanya untuk memudahkan perhitungan saja, sebab dengan mengetahui tanggal, bulan dan tahun masuk dapat diketahui tingkat

senioritas seseorang dan tingkat kepantasan untuk menerima sejumlah gaji tertentu.

3. Kualitas kinerja pegawai Kinerja sebagai kriteria penting dalam penentuan struktur gaji. Melalui kinerja perawat dapat diketahui bahwa sesungguhnya analisis dan penilaian pegawai tidak sekedar berdasarkan lama masa kerja. Dapat terjadi seseorang yang berstatus sebagai pegawai baru lebih dapat bekerja dengan menunjukkan kinerja yang baik daripada pegawai yang telah lama bekerja. Evaluasi kerja dapat menentukan alokasi sumber daya. Dengan melalui evaluasi kinerja dapat mengidentifikasi seseorang, produktivitas seseorang, kedisiplinan kerja seseorang, maka dapat memberikan keterangan yang valid terhadap kemampuan kerja pegawai, minat dan bakat pegawai maupun kecakapan yang dimiliki. Dengan demikian ciri atau karakteristik SDM secara otomatis dapat diketahui dan sekaligus kinerja perawat juga akan terlihat (Sulistiyani dan Rosidah,2003).

Menurut Isti Yulaeni (2010), menggolongkan tahun lamanya seseorang pekerja yaitu <6 tahun (Baru), 6-10 tahun (Sedang) sedangkan pekerja yang masa kerjanya lebih dari 10 tahun dikatakan lama kerja.

Brent Allred (1998) dalam Vitasari (2005) menyarankan lima tipe dari kemampuan (*skills*), pengetahuan (*knowledge*), dan sikap (*attitude*) yang merupakan *critical point* bagi suksesnya pengembangan karir seseorang, yaitu:

1. *Technica spesialism*, termasuk didalamnya pengetahuan terhadap penggunaan computer.
2. *Cross-functional* dan pengalaman internasional.
3. Kepemimpinan kolaboratif.
4. Kemampuan mengatur diri sendiri.
5. Fleksibilitas, termasuk kemampuan untuk memimpin suatu proyek dan menjadi anggota proyek yang lain.

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh *Roffey Park Management Institute* menyebutkan bahwa *employe ability* terbentuk dari gabungan antara pengalaman, *track record*, dan kemampuan utama, termasuk didalamnya adalah fleksibilitas, kreativitas, *change management*, teamwork, serta keinginan untuk terus belajar. Beberapa manajer membentuk *employe ability*nya melalui peningkatan pelatihan, networking, dan mengerjakan tugas yang sulit. Pendapat diatas menunjukkan bahwa lama bekerja merupakan pengalaman individu yang akan menentukan pertumbuhan dalam pekerjaan dan jabatan. Seperti diungkapkan oleh Andi Mapiare, pertumbuhan jabatan dalam pekerjaan dapat dialami oleh seorang hanya apabila dijalani proses belajar dan berpengalaman, dan diharapkan orang yang bersangkutan memiliki sikap kerja yang bertamba maju kearah positif, memiliki kecakapan (pengetahuan) kerja yang bertambah baik serta memiliki ketrampilan kerja yang bertambah dalam kualitas dan kuantitas (Rakhmat dalam Harsiwi,2003). Menurut David (1994) dalam Djati dan Khusaini (2003) yang mempengaruhi komitmen kerja adalah (1) faktor

personal, (2) karakteristik kerja, (3) karakteristik struktur, dan (4) pengalaman kerja. Komitmen kerja dipandang sebagai suatu orientasi nilai terhadap kerja yang menunjukkan bahwa individu sangat memikirkan pekerjaannya, pekerjaan memberikan kepuasan hidup, dan pekerjaan memberikan status bagi individu. Suatu bentuk loyalitas kerja yang muncul melibatkan hubungan yang aktif dengan perusahaan tempat perawat bekerja, yang memiliki tujuan memberikan segala usaha demi keberhasilan organisasi kerja yang bersangkutan.

2.5 KONSEP BIDAN

2.5.1 Pengertian Bidan

Definisi Bidan pada Permenkes Nomor 1464/Menkes/Per/IX/2010, pasal 1 ayat 1. Bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang telah teregistrasi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

2.5.2 Paradigma Kebidanan

Bidan dalam bekerja memberikan pelayanan keprofesiannya berpegang padaparadigma, berupa pandangan terhadap manusia / perempuan, lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan / kebidanan dan keturunan.

1. Perempuan

Perempuan sebagai penerus generasi, sehingga keberadaan

perempuan yang sehat jasmani, rohani, dan sosial sangat diperlukan. Perempuan sebagai sumber daya insani merupakan pendidik pertama dan utama dalam keluarga. Kualitas manusia sangat ditentukan oleh keberadaan / kondisi perempuan / Ibu dalam keluarga.

2. Lingkungan

Lingkungan merupakan semua yang terlibat dalam interaksi individu pada waktu melaksanakan aktifitasnya, baik lingkungan fisik, psikososial, biologis maupun budaya. Lingkungan psikososial meliputi keluarga, kelompok, komunitas dan masyarakat.

3. Perilaku

Perilaku merupakan hasil seluruh pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan.

4. Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan adalah bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan yang telah terdaftar (terdaftar) yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan. Sasaran pelayanan kebidanan adalah individu, keluarga, dan masyarakat yang meliputi upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan.

Pelayanan kebidanan dapat dibedakan menjadi:

- a Layanan Primer ialah layanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan.

- b Layanan Kolaborasi adalah layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan.
- c Layanan Rujukan adalah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan yang dilakukan oleh bidan ke tempat / fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertical atau meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu serta bayinya.

5. Keturunan

Keturunan merupakan salah satu faktor yang menentukan kualitas manusia. Manusiayang sehat dilahirkan oleh ibu yang sehat.

2.5.3 Peran Bidan

Peran merupakan tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai dengan kedudukan dalam suatu sistem. Dalam melaksanakan profesinya bidan memiliki peran sebagai pelaksana, pengelola, pendidik, dan peneliti.

1. Peran sebagai Pelaksana, bidan memiliki tiga kategori tugas, yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi, dan tugas ketergantungan.

- a) Tugas mandiri

Tugas-tugas mandiri bidan, yaitu:

- 1) Menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan.
 - 2) Memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan dengan melibatkan mereka sebagai klien. Membuat rencana tindak lanjut tindakan / layanan bersama klien.
 - 3) Memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal
 - 4) Memberi asuhan kebidanan kepada klien dalam masa persalinan dengan melibatkan klien / keluarga
 - 5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir
 - 6) Memberi asuhan kebidanan pada klien dalam masa nifas dengan melibatkan klien/ keluarga
 - 7) Memberi asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana.
 - 8) Memberi asuhan kebidanan pada wanita dengan gangguan system reproduksi dan wanita dalam masa klimakterium serta menopause.
 - 9) Memberi asuhan kebidanan pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga dan pelaporan asuhan.
- b) Tugas Kolaborasi
- Tugas-tugas kolaborasi (kerjasama) bidan,yaitu:
- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan

keluarga.

- 2) Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama pada kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi
- 3) Mengkaji kebutuhan asuhan pada kasus risiko tinggi dan keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi.
- 4) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa persalinan dengan risiko tinggi serta keadaan kegawat daruratan yang memerlukan pertolongan pertama dengan tindakan kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada ibu dalam masa nifas dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga
- 6) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakankolaborasi bersama klien dan keluarga.
- 7) Memberi asuhan kebidanan pada balita dengan risiko tinggi serta pertolongan pertama dalam keadaan kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi bersama klien dan keluarga.

c) Tugas ketertanggungjawab

Tugas-tugas ketertanggungjawab (merujuk) bidan, yaitu:

- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga.
- 2) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada kasus kehamilan dengan risiko tinggi serta kegawatdaruratan,
- 3) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi serta rujukan pada masa persalinan dengan penyulit tertentu dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 4) Memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu dalam masa nifas yang disertai penyulit tertentu dan kegawatdaruratan dengan melibatkan klien dan keluarga.
- 5) Memberi asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan keluarga.
- 6) Memberi asuhan kebidanan kepada anak balita dengan kelainan tertentu dan kegawatdaruratan yang memerlukan konsultasi serta rujukan dengan melibatkan klien / keluarga.

2. Peran sebagai Pengelola.

Sebagai pengelola bidan memiliki 2 tugas, yaitu tugas pengembangan pelayanan dasar kesehatan dan tugas partisipasi dalam tim.

- a Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan. Bidan bertugas;

mengembangkan pelayanan dasar kesehatan di wilayah kerja.

- b Berpartisipasi dalam tim. Bidan berpartisipasi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan sector lain melalui dukun bayi, kader kesehatan, serta tenaga kesehatan lain yang berada dibawah bimbingan dalam wilayah kerjanya.

3. Peran sebagai Pendidik.

Sebagai pendidik bidan memiliki 2 tugas yaitu sebagai pendidik dan penyuluh kesehatan bagi klien serta pelatih dan pembimbing kader.

- a) Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan pada klien
- b) Melatih dan membimbing kader.

4. Peran Sebagai Peneliti / Investigator.

Bidan melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun berkelompok, mencakup:

- a) Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan.
- b) Menyusun rencana kerja pelatihan.
- c) Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana.
- d) Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi.
- e) Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut.
- f) Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan.

2.5.4 Fungsi Bidan

Fungsi merupakan pekerjaan yang harus dilakukan sesuai dengan peranannya. Berdasarkan peran bidan seperti yang dikemukakan di atas, maka fungsi bidan adalah sebagai berikut.

1. Fungsi Pelaksana
 - a. Fungsi bidan sebagai pelaksana mencakup hal-hal sebagai berikut
 - b. Melakukan bimbingan dan penyuluhan kepada individu, keluarga, serta masyarakat (khususnya kaum remaja) pada masa pra perkawinan.
 - c. Melakukan asuhan kebidanan untuk proses kehamilan normal, kehamilan dengan kasus patologis tertentu, dan kehamilan dengan risiko tinggi.
 - d. Menolong persalinan normal dan kasus persalinan patologis tertentu.
 - e. Merawat bayi segera setelah lahir normal dan bayi dengan risiko tinggi.
 - f. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas.
 - g. Memelihara kesehatan ibu dalam masa menyusui.
 - h. Melakukan pelayanan kesehatan pada anak balita dan prasekolah
 - i. Memberi pelayanan keluarga berencana sesuai dengan wewenangnya.
 - j. Memberi bimbingan dan pelayanan kesehatan untuk kasus gangguan sistem reproduksi, termasuk wanita pada masa

klimakterium internal dan menopause sesuai dengan wewenangnya.

2. Fungsi Pengelola

Fungsi bidan sebagai pengelola mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. Mengembangkan konsep kegiatan pelayanan kebidanan bagi individu, keluarga, kelompok masyarakat, sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat setempat yang didukung oleh partisipasi masyarakat.
- b. Menyusun rencana pelaksanaan pelayanan kebidanan di lingkungan unit kerjanya.
- c. Memimpin koordinasi kegiatan pelayanan kebidanan.
- d. Melakukan kerja sama serta komunikasi inter dan antar sektor yang terkait dengan pelayanan kebidanan
- e. Memimpin evaluasi hasil kegiatan tim atau unit pelayanan kebidanan.

3. Fungsi Pendidik

Fungsi bidan sebagai pendidik mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. Memberi penyuluhan kepada individu, keluarga, dan kelompok masyarakat terkait dengan pelayanan kebidanan dalam lingkup kesehatan serta keluarga berencana.
- b. Membimbing dan melatih dukun bayi serta kader kesehatan sesuai dengan bidang tanggung jawab bidan.
- c. Memberi bimbingan kepada para bidan dalam kegiatan praktik di

klitik dan dimasyarakat.

- d. Mendidik bidan atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan bidang keahliannya.

4. Fungsi Peneliti

Fungsi bidan sebagai peneliti mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a. Melakukan evaluasi, pengkajian, survei, dan penelitian yang dilakukan sendiri atau berkelompok dalam lingkup pelayanan kebidanan.
- b. Melakukan penelitian kesehatan keluarga dan keluarga berencana.

2.6 Konsep Dokter

2.6.1 Definisi profesi dokter

Profesionalisme dibidang ilmu kedokteran merupakan dasar kontrak dokter dengan masyarakat. Azas dan tanggung jawab profesi harus dengan jelas dimengerti baik oleh dokter maupun oleh masyarakat. Yang penting dalam kontrak dengan masyarakat adalah kepercayaan terhadap dokter dan hal ini tergantung pada integritas dokter secara individu, maupun seluruh profesi dokter. Dalam rangka memantapkan profesionalisme tersebut perlu diketahui azas dan nilai – nilai dasar yang universal bagi profesi kedokteran dan yang harus dimiliki oleh semua dokter, yaitu :

1. Azas mengutamakan kesejahteraan pasien. Azas ini berdasarkan atas dedikasi memberikan pelayanan atas kepentingan pasien sebagai dasar

timbulnya kepercayaan, merupakan inti dari hubungan dokter dengan pasien.

2. Azas menghormati otonomi pasien. Dokter wajib menghormati otonomipasien. Dokter harus jujur terhadap pasiennya, memberdayakan pasien untuk membuat keputusan berdasarkan informasi tentang rencana perawatan dan pengobatannya. Keputusan pasien tentang perawatannya merupakan hal yang paling utama, selama kepatutan tersebut tidak melanggar etik dan tidak mengarah pada permintaan yang tidak semestinya.

3. Azas manfaat dan tidak merugikan. Dokter tidak melakukan tindakan yang

Tidak perlu, dan mengutamakan tindakan yang tidak merugikan pasien, serta mengupayakan resiko fisik, akibat tindakan tersebut seminimal mungkin. Semua tindakan dokter yang dilakukan terhadap pasien harus bermanfaat bagi pasien untuk mengurangi penderitaan atau memperpanjang hidupnya. Dokter haru sselalu mempertimbangkan semua tindakannya sehingga manfaatnya lebih besar dari resikonya.

4. Azas kejujuran.

Dokter diharapkan mengatakan hal yang sebenarnya secara pasien. Selain jujur kepada pasien juga harus jujur kepada masyarakat, sejawat dan juga kepada dirinya sendiri. Dalam Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik kedokteran disebutkan pengertian profesi

kedokteran sebagai berikut:

Pasal 1 ayat 11

Profesi kedokteran atau kedokteran gigi adalah suatu pekerjaan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, dan kode etik yang bersifat melayani masyarakat. Dari rumusan yang tercantum dalam Undang-Undang Praktik Kedokteran tersebut, jelaslah bahwa dokter merupakan pengemban profesi kedokteran yang tentunya juga memiliki ciri-ciri profesi sebagaimana pengemban profesi pada umumnya.

Hakikat profesi adalah panggilan hidup untuk mengabdikan diri pada kemanusiaan yang didasarkan pada pendidikan yang harus dilaksanakan dengan kesungguhan niat dan tanggung jawab penuh.

Beberapa ciri profesi antara lain:

- 1) Merupakan suatu pekerjaan yang berkedudukan tinggi dari para ahli yang terampil dalam menerapkan pengetahuan secara sistematis.
- 2) Mempunyai kompetensi secara eksklusif terhadap pengetahuan dan keterampilan tertentu.
- 3) Didasarkan pada pendidikan yang intensif dan disiplin tertentu.
- 4) Mempunyai tanggung jawab untuk mengembangkan pengetahuan dan keterampilannya, serta mempertahankan kehormatan.
- 5) Mempunyai etik tersendiri sebagai pedoman untuk menilai pekerjaannya.

- 6) Cenderung mengabaikan pengendalian dari masyarakat atau individu.
- 7) Pelaksanaannya dipengaruhi oleh masyarakat, kelompok kepentingan tertentu, dan organisasi profesional lainnya, terutama dari segi pengakuan terhadap kemandiriannya. Sebagai pengemban profesi dokter adalah orang yang memiliki keahlian dan keterampilan dalam ilmu kedokteran yang secara mandiri mampu memenuhi kebutuhan masyarakat yang memerlukan pelayanannya. Selain itu, dokter juga harus mampu memutuskan sendiri tindakan yang harus dilakukan dalam melaksanakan profesinya, serta secara pribadi bertanggungjawab atas mutu pelayanan yang diberikannya.

2.6.2 Kesalahan dan Kelalaian Dokter

Kesalahan dokter timbul sebagai akibat terjadinya tindakan yang tidak sesuai, atau tidak memenuhi prosedur medis yang seharusnya dilakukan. Kesalahan seperti itu kemungkinannya dapat terjadi karena faktor kesengajaan atau kelalaian dari seorang dokter. Menurut C. Berkhouwer & L.D.Vorstman, suatu kesalahan dalam melakukan profesi bisa terjadi karena adanya tiga faktor, yaitu:

- 1) Kurangnya pengetahuan
- 2) Kurang pengalaman
- 3) Kurangnya pengertian.

Ketiga faktor ini bisa menyebabkan terjadinya kesalahan dalam mengambil keputusan atau menentukan penilaian, baik pada saat diagnosa

maupun pada saat berlangsungnya terapi terhadap pasien. Secara teoritis terjadinya malpraktek kedokteran dapat disebabkan oleh 2 (dua) hal, yaitu kesengajaan dan kelalaian atau kealpaan. Kesengajaan dan kelalaian atau kealpaan dapat dijabarkan secara terpisah pengertiannya, kesengajaan adalah suatu perbuatan yang disadari, dimengerti, dan diketahui dengan demikian, sehingga tidak ada unsur salah sangka atau salah paham.

Adanya unsur kesalahan harus ada hubungan yang erat antara batin pelaku dengan perbuatan yang dilakukannya itu sehingga menimbulkan suatu perbuatan yang tercela yang berupa kesengajaan. Arti dari kelalaian atau kealpaan sendiri adalah suatu perbuatan kekeliruan, yaitu bahwa sikap batin seseorang yang menimbulkan keadaan yang dilarang itu bukannya menentang larangan tersebut, tetapi karena kesalahan dan kekeliruannya dalam batin sewaktu berbuat. Sehingga menimbulkan suatu keadaan yang dilarang. Ada beberapa contoh atau kesalahan atau kelalaian yang dilakukan dokter di bidang hukum perdata beserta Pasal-pasalnya dan bunyinya, adalah sebagai berikut:

- a) Melakukan wanprestasi (Pasal 1239 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUH Perdata) : Tiap-tiap perikatan untuk berbuat sesuatu atau tidak berbuat sesuatu, apabila siberutang tidak memenuhi kewajibannya, mendapatkan penyelesaiannya dalam kewajiban memberikan pengganti biaya, rugi dan bunga.
- b) Melakukan perbuatan melanggar hukum (Pasal 1365 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUH Perdata) : Tiap perbuatan melanggar

hukum, yang membawa kerugian kepada seseorang lain, mewajibkan orang yang karena salah yang menerbitkan kerugian itu, mengganti kerugian tersebut. Pasal 1365 dapat dihubungkan dengan pasal 1371 ayat (1) yang dimana menyebutkan suatu kelalaian yang mengakibatkan luka atau cacat anggota badan. Penyebab luka atau cacatnya sesuatu anggota badan dengan sengaja atau kurang hati-hati, memberikan hak bagi si korban untuk, selain mengganti biaya penyembuhan, menuntut kerugian yang disebabkan oleh atau cacat tersebut.

- c) Melakukan kelalaian sehingga mengakibatkan kerugian (Pasal 1366 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUHPerdato) : Setiap orang bertanggung jawab atas kerugian yang disebabkan perbuatannya, tetapi juga kerugian yang disebabkan kelalaian atau kurang hati-hati.
- d) Melalaikan pekerjaan sebagai penanggung jawab (Pasal 1367 ayat (1) dan ayat (3) Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (KUH Perdata) : Seseorang tidak saja bertanggung jawab atas kerugian yang disebabkan atas perbuatannya sendiri, tetapi juga untuk kerugian yang disebabkan orang-orang yang menjadi tanggungannya atau disebabkan oleh barang-barang yang berada di bawah pengawasannya. Majikan-majikan dan mereka yang mengangkat orang-orang lain untuk mewakili urusan-urusan untuk mereka, adalah bertanggung jawab tentang kerugian yang diterbitkan oleh pelayan-pelayan atau bawahan-bawahan mereka di dalam melakukan pekerjaan untuk mana orang-

orang ini dipakainya. Perlindungan hukum bagi pasien sebagai korban dari kesalahan atau kelalaian tindakan medik oleh dokter yang diatur dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 58 menentukan sebagai berikut:

- a) Setiap orang berhak atas ganti rugi akibat kesalahan dan kelalaian yang dilakukan tenaga kesehatan.
- b) Ganti rugi sebagai mana dimaksud dalam ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Kelalaian medik adalah salah satu bentuk dari malpraktek medis, sekaligus merupakan bentuk malpraktek medis yang paling sering terjadi. Pada dasarnya kelalaian terjadi apabila seseorang melakukan sesuatu yang seharusnya tidak dilakukan atau tidak melakukan sesuatu yang seharusnya dilakukan oleh orang lain yang memiliki kualifikasi yang sama pada suatu keadaan dan situasi yang sama. Perlu diingat bahwa pada umumnya kelalaian yang dilakukan orang per-orang bukan merupakan perbuatan yang dapat dihukum, kecuali apabila dilakukan oleh orang yang seharusnya bertindak hati-hati, dan telah mengakibatkan kerugian atau cedera bagi orang lain.

Menurut Guwandi, kelalaian adalah suatu pelanggaran hukum maupun kejahatan. Seseorang dapat dikatakan lalai kalau orang tersebut bersikap acuh tak acuh atau tidak peduli, dan tidak memperhatikan kepentingan orang lain sebagaimana kepatutan yang berlaku dalam

pergaulan di masyarakat. Kelalaian baru terkena sanksi sebagai akibat hukum yang harus dipertanggung jawabkan oleh pelaku, bila kelalaian ini sudah menyebabkan terjadinya kerugian baik kerugian harta benda maupun hilangnya nyawa atau cacat pada anggota tubuh seseorang yang dinamakan kelalaian medik (*medical negligence*) adalah ketentuan legal yang terdiri dari tiga unsur :

- a) Terdapat hubungan antara dokter dan pasien
 - b) Dokter itu telah melanggar kewajibannya, karena tidak memenuhi standar pemberian pelayanan
 - c) Pelanggaran itu telah menyebabkan pasien menderita kerugian yang sebenarnya dapat dibayangkan dan secara wajar dapat dicegah.
- Menurut J.Guwandi, Dalam suatu layanan medik dikenal gugatan ganti kerugian yang diakibatkan oleh kelalaian medik. Suatu perbuatan atau tindakan medis disebut sebagai kelalaian apabila memenuhi empat unsur di bawah ini:

1. *Duty to use due care*. Tidak ada kelalaian jika tidak ada kewajiban untuk mengobati. Hal ini berarti bahwa harus ada hubungan hukum antara pasien dan dokter / rumah sakit. Dengan adanya hubungan hukum maka implikasinya adalah bahwa sikap tindak dokter / perawat rumah sakit itu harus sesuai dengan standar pelayanan medik agar pasien jangan sampai menderita cedera karenanya. Hubungan pasien-dokter / rumah sakit itu sudah harus ada pada saat peristiwa itu terjadi. Timbulnya hubungan ini bahkan jug

adapat terjadi dari suatu pembicaraan pertelepon. Contoh : seorang dokter mengadakan pembicaraan telepon dengan seorang pasien tentang kondisinya. Tanpa memeriksa lebih dahulu secara fisik, dokter tersebut mengizinkan pasien itu pulang / keluar dari rumah sakit dengan hanya memesan agar besok pagi kembali lagi ke rumah sakit. Namun pasien itu pada malam harinya ternyata meninggal dunia. Pengadilan berpendapat bahwa seorang dokter yang telah menerima seseorang sebagai pasien untuk dirawat dandiobati, namun tanpa memeriksa lagi pasiennya, telah terbukti adanya kewajiban sebagaimana terdapat pada unsur pertama: *Duty of due care*.

2. *Dereliction of the duty* atau penyimpangan kewajiban tersebut. Dalam menilai kewajiban dalam bentuk suatu standar pelayanan tertentu, bukti adanya suatu penyimpangan dapat diberikan melalui saksi ahli, catatan-catatan pada rekam medik, kesaksian perawat, dan bukti-bukti lain. Apabila kesalahan atau kelalaian itu sedemikian jelasnya, sehingga tidak diperlukan kesaksian ahli lagi. Tolak ukur yang dipakai secara umum adalah sikap tindak seorang dokter yang wajar dan setingkat didalam situasi dan keadaan yang sama.
3. *Damage* atau kerugian. Yang dimaksud dengan kerugian adalah segala sesuatu yang dirasakan oleh pasien sebagai kerugian akibat dari pelayanan kesehatan / kedokteran yang diberikan oleh pemberi

pelayanan. Jadi, unsur kerugian ini sangat berhubungan erat dengan unsur hubungan sebab-akibatnya. Kerugian dapat berupa kerugian materiel dan kerugian immateriel. Kerugian yang materiel sifatnya dapat berupa kerugian yang nyata dan kerugian sebagai akibat kehilangan kesempatan. Kerugian yang nyata adalah real cost atau biaya yang dikeluarkan untuk perawatan / pengobatan penyakit atau cederayang diakibatkan, baik yang telah dikeluarkan sampai saat gugatan diajukan maupun biaya yang masih akan dikeluarkan untuk perawatan / pemulihan. Kerugian lain yang lebih sulit dihitung adalah kerugian immateriel sebagai akibat dari sakit atau cacat atau kematian seseorang.

4. *Direct causal relationship* atau hubungan sebab akibat yang nyata. Dalam hal ini harus terdapat hubungan sebab-akibat antara penyimpangan kewajiban dengan kerugian yang setidaknya merupakan *proximate cause*. Kelalaian dapat terjadi dalam 3 bentuk, *malfeasance*, *misfeasance* dan *nonfeasance* yaitu:
 - a) *Malfeasance* berarti melakukan tindakan yang melanggar hukum atau tidak tepat, misalnya melakukan tindakan medis tanpa indikasi yang memadai / pilihan tindakan medis tersebut sudah improper.
 - b) *Misfeasance* berarti melakukan pilihan tindakan medis yang tepat tetapi dilaksanakan dengan tidak tepat, yaitu misalnya melakukan tindakan medis dengan menyalahi prosedur.

c) *Nonfeasance* adalah tidak melakukan tindakan medis yang merupakan kewajiban baginya.

Dokter yang membangkitkan hidupnya untuk perikemanusiaan yang dalam menjalankan tugasnya mempunyai suatu hak dan kewajiban yang tentulah akan selalu mengutamakan kewajiban diatas hak-hak ataupun kepentingan pribadinya. Dalam menjalankan tugasnya bagi dokter berlaku *Aegroti Salus Lex Suprema* yang berarti keselamatan pasien adalah hukum yang tertinggi atau yang utama. Selain kewajiban yang harus dilakukan, seorang dokter juga memiliki hak yang dapat dituntut untuk dipenuhi didalam suatu transaksi terapeutik antara dokter dan pasien. Hak dokter merupakan kewajiban dari pasien untuk menghormatinya, dan tentunya terdapat kewajiban dari dokter yang menjadi hak pasien. Ada beberapa hak yang dimiliki oleh dokter, antara lain :

1. Hak untuk bekerja menurut standar profesi medis.
2. Hak untuk menolak melaksanakan tindakan medik yang tidak dapat dipertanggung jawabkan secara professional.
3. Hak untuk menolak suatu tindakan medis yang menurut suara hatinya tidak baik.
4. Hak untuk mengakhiri hubungan dokter dan pasien, kecuali dalam keadaan gawat darurat.
5. Hak atas privacy dokter.
6. Hak atas imbalan jasa.
7. Hak atas itikad baik dari pasien.

Seiring dengan hak yang dimilikinya, dokter juga mempunyai suatu kewajiban yang harus diperhatikan dan dilaksanakan. Kewajiban dokter sendiri adalah untuk mengimbangi hak dari dokter. Dokter mempunyai kewajiban umum, misalkan untuk senantiasa memelihara pengetahuan dan ilmunya dengan sebaik-baiknya terhadap penderita atau pasien, seorang dokter harus membantu sepenuhnya. Dalam hubungannya dengan petugas kesehatan lainnya, seorang dokter tidak boleh memberikan tugas kepada perawat, apabila tidak yakin bahwa perawat tersebut mempunyai kemampuan untuk melaksanakannya.

Adapun kewajiban dari dokter dibagi menjadi 5 kelompok, yaitu:

1) Kewajiban yang berhubungan dengan standar profesi medis.

Dokter wajib bekerja sesuai dengan standar profesi medis yang dimilikinya, artinya dokter dalam pelayanan kesehatan harus senantiasa bertindak teliti dan seksama (*due care for patient at every point*). Standar profesi medis adalah suatu pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesinya secara baik. Standar profesi medis akan selalu menjadi tolak ukur disetiap tindakan dokter terhadap pasien, begitu pula dengan kehati-hatian dalam setiap perkara yang timbul antara dokter dan pasien.

2) Kewajiban yang berhubungan dengan hak-hak pasien

Ada beberapa hak dari pasien yang harus dihormati oleh seorang dokter dalam melaksanakan suatu transaksi terapeutik, yaitu :

1) Hak atas informasi.

- 2) Hak memberikan persetujuan tindakan medik (*informed consent*).
- 3) Hak atas rahasia dokter.
- 3) Kewajiban yang berhubungan dengan fungsisosial dari pemeliharaan kesehatan, seperti:
 - a. Mempertimbangkan untuk tidak menuliskan obat-obatan yang tidak begitu perlu.
 - b. Mempertimbangkan untuk menulis resep yang sesuai dengan kesanggupan pasien.
- 4) Kewajiban yang berhubungan dengan tujuan ilmu kedokteran.

Tujuan ilmu kedokteran dapat dirumuskan sebagai berikut :

 1. Menyembuhkan dan mencegah penyakit.
 2. Meringankan penderitaan pasien.
- 5) Kewajiban yang berhubungan dengan prinsip keseimbangan, dokter harus selalu membandingkan tujuan medis dengan resiko yang dapat terjadi dari setiap tindakan yang dilakukan oleh dokter tersebut, dengan adanya prinsip keseimbangan tersebut seorang dokter harus berusaha untuk mencapai tujuan, yaitu menyembuhkan penderitaan pasien dengan resiko yang paling kecil.

2.7 Konsep Analis Kesehatan

2.7.1 Definisi Analis Kesehatan

Ahli teknologi laboratorium medik yang sebelumnya dikenal dengan analis kesehatan adalah tenaga kesehatan yang memiliki

kompetensi melakukan pengumpulan sampel dan melakukan pengujian terhadap cairan tubuh, jaringan dan substansi lain. Selain itu juga memiliki kemampuan mengoperasikan peralatan laboratorium canggih yang telah terkomputerisasi (PATELKI, 2017; Bureau of Labor Statistics, 2018).

2.7.2 Peran dan Fungsi Analis Kesehatan

Berdasarkan pengertian diatas kita dapat mengetahui peran analis kesehatan sebagai berikut:

1. Pelaksana teknis dalam pelayanan laboratorium kesehatan
2. Penyediaan teknis operasional laboratorium kesehatan
3. Peneliti dalam bidang laboratorium kesehatan
4. Penyuluh dalam bidang laboratorium kesehatan (*promotion health laboratory*). Seorang analis berperan dalam menegakkan diagnosa dokter, contoh yang sering terjadi adalah pada saat menentukan apakah pasien memerlukan pengobatan yang lebih lanjut atau tidak. Sudah seharusnya keputusan merujuk tidaknya pasien didasarkan atas hasil laboratorium yang kita lakukan. Pemberian tindakan dan dosis pengobatan pun membutuhkan hasil laboratorium yang akurat.

Sebagai petugas kesehatan kita juga berperan dalam memberikan penyuluhan tentang kesehatan kepada masyarakat, misalnya penyuluhan dalam hal apa yang harus kital akukan sebelum cek gula darah puasa, atau bisa juga memberikan penyuluhan tentang bagaimana cara sikap kita saat berhadapan dengan pasien penderita TB. Analis kesehatan mempunyai

fungsi sebagai berikut :

1. Mempersiapkan proses operasional di laboratorium kesehatan.
2. Melaksanakan penanganan peralatan dan bahan penunjang laboratorium.
3. Melaksanakan pemeriksaan laboratorium kesehatan.
4. Melaksanakan dan mengevaluasi kegiatan pemantapan mutu
5. Menjaga kesehatan dan melakukan keselamatan kerja di laboratorium dan lingkungannya.
6. Melakukan penelitian dalam bidang laboratorium kesehatan.
7. Mempersiapkan dan melakukan kegiatan administrasi laboratorium.
8. Memberikan penilaian (*judgment*) terhadap proses teknis operasional laboratorium.
9. Melakukan komunikasi terhadap pengguna jasa laboratorium yang bersifat spesifik kelaboratoriuman.
10. Memberikan penyuluhan kepada masyarakat yang berkaitan dengan laboratorium kesehatan.

2.7.3 Kompetensi Analis Kesehatan

Sebagai seorang tenaga analis kesehatan kita harus mempunyai kompetensi adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan pemeriksaan urine.
- b. Melakukan pemeriksaan sperma.
- c. Melakukan pemeriksaan cairan tubuh.
- d. Melakukan pemeriksaan faeces.

- e. Melakukan pemeriksaan haematologi.
- f. Melakukan pemeriksaan kimia klinik.
- g. Melakukan kontrol kualitas pada pemeriksaan.
- h. Menghitung jumlah sel dalam sampel.
- i. Menangani dan mengirim sampel.
- j. Menerima dan mempersiapkan sampel untuk pemeriksaan patologi.
- k. Mendapatkan sampel yang representatif sesuai dengan rencana sampling.
- l. Melakukan pemeriksaan imunoserologi.
- m. Melakukan pemeriksaan virologi.
- n. Melakukan pemeriksaan bakteriologi klinik.

2.8 Konsep Farmasi

2.8.1 Definisi Kefarmasian

Tenaga teknis kefarmasian merupakan tenaga yang membantu Apoteker dalam menjalani pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas Sarjana Farmasi, Ahli Madya Farmasi, Analis Farmasi, dan Tenaga Menengah Farmasi / Asisten Apotek (Permenkes RI, 2016).

2.8.2 Pelayanan Kefarmasian

Pelayanan kefarmasian di Puskesmas adalah satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari pelaksanaan upaya kesehatan, yang berperan penting demi meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Pelayanan kefarmasian di Puskesmas harus mendukung tiga fungsi pokok

Puskesmas, yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat (Permenkes RI, 2016).

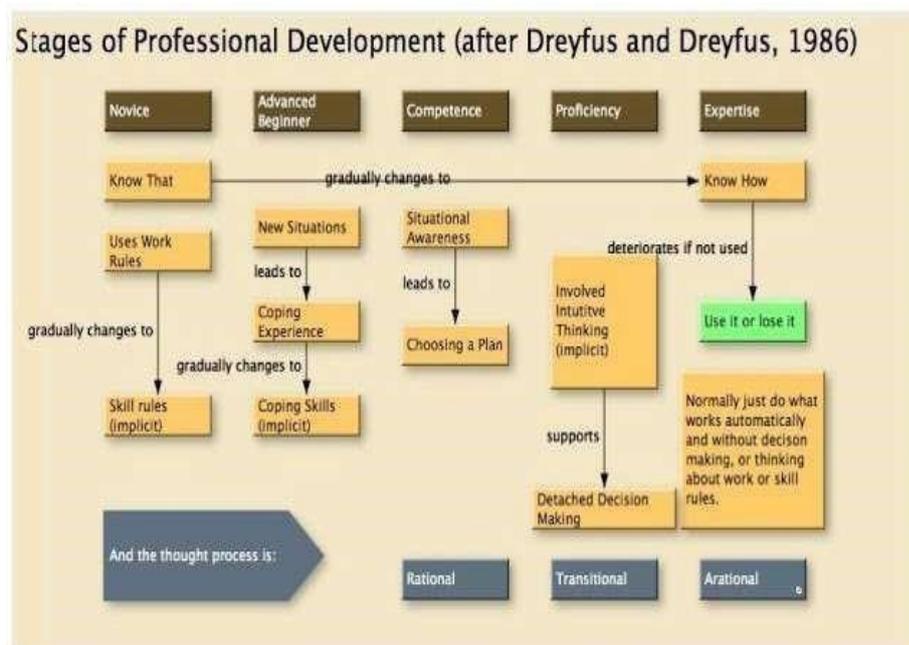
Pelayanan kefarmasian merupakan kegiatan terpadu dengan tujuan untuk mengidentifikasi, mencegah dan menyelesaikan masalah obat dan masalah yang berhubungan dengan kesehatan. Tuntutan pasien dan masyarakat akan peningkatan mutu pelayanan kefarmasian, mengharuskan adanya perluasan paradigma lama yang berorientasi kepada pasien (*patient oriented*) menjadi paradigma baru yang berorientasi kepada pasien dengan filosofi pelayanan kefarmasian (*pharmaceutical care*). Tujuan perubahan paradigma ini yaitu mendukung penggunaan obat yang benar dan rasional, monitoring penggunaan obat untuk mengetahui tujuan akhir serta kemungkinan terjadinya kesalahan pengobatan (*medication error*) (Permenkes RI, 2016).

2.9 Konsep Keperawatan Patricia Benner

Patricia Benner mengeluarkan sebuah teori yang disebut Teori “*From Novice To Expert*” yang artinya jenjang atau tahapan dalam sebuah profesi. Konsep teori “*From Novice To Expert*” yang dikembangkan oleh Patricia Benner diambil dari “Model Dreyfus” yang dikemukakan oleh Hubert Dreyfus dan Stuart Dreyfus. Teori *From Novice to Expert* menjelaskan 5 tahap akuisisi peran dan perkembangan profesi meliputi: (1) *novice*, (2) *advance beginner*, (3) *competent*, (4) *proficient*, dan (5) *expert*.

2.10 Penjelasan Model Konsep

Teori From Novice to Expert yang diusung oleh Benner menjelaskan 5 tingkat / tahap akuisisi peran dan perkembangan profesi.



Gambar 2.2. Tingkat/tahap akuisisi peran dan perkembangan profesi

Penjelasan dari kelima tingkatan tersebut adalah sebagai berikut:

2.10.1 Novice

Tingkat Novice pada akuisisi peran pada Dreyfus Model, adalah seseorang tanpa latar belakang pengalaman pada situasinya. Perintah yang jelas dan atribut yang obyektif harus diberikan untuk memandu penampilannya. Disini sulit untuk melihat situasi yang relevan dan irrelevant. Secara umum level ini diaplikasikan untuk mahasiswa keperawatan, tetapi Benner bisa mengklasifikasikan perawat pada level yang lebih tinggi ke novice jika ditempatkan pada area atau situasi yang tidak familiar dengannya.

2.10.2 *Advanced beginner*

Advance Beginner dalam Model Dreyfus adalah ketika seseorang menunjukkan penampilan mengatasi masalah yang dapat diterima pada situasi nyata. *Advance beginner* mempunyai pengalaman yang cukup untuk memegang suatu situasi. Kecuali atribut dan ciri-ciri, aspek tidak dapat dilihat secara lengkap karena membutuhkan pengalaman yang didasarkan pada pengakuan dalam konteks situasi. Fungsi perawat pada situasi ini dipandu dengan aturan dan orientasi pada penyelesaian tugas. Mereka akan kesulitan memegang pasien tertentu pada situasi yang memerlukan perspektif lebih luas.

Situasi klinis ditunjukkan oleh perawat pada level *advance beginner* sebagai ujian terhadap kemampuannya dan permintaan terhadap situasi pada pasien yang membutuhkan dan responnya. *Advance beginner* mempunyai responsibilitas yang lebih besar untuk melakukan manajemen asuhan pada pasien, sebelumnya mereka mempunyai lebih banyak pengalaman. Benner menempatkan perawat yang baru lulus pada tahap ini.

2.10.3 *Competent*

Menyelesaikan pembelajaran dari situasi praktik aktual dengan mengikuti kegiatan yang lain, *advance beginner* akan menjadi *competent*. Tahap *competent* dari model Dreyfus ditandai dengan kemampuan mempertimbangkan dan membuat perencanaan yang diperlukan untuk suatu situasi dan sudah dapat dilepaskan. Konsisten, kemampuan memprediksi, dan manajemen waktu adalah penampilan pada tahap

competent. Perawat *competent* dapat menunjukkan reponsibilitas yang lebih pada respon pasien, lebih realistik dan dapat menampilkan kemampuan kritis pada dirinya.

Tingkat *competent* adalah tingkatan yang penting dalam pembelajaranklinis, karena pengajar harus mengembangkan pola terhadap elemen atau situasi yang memerlukan perhatian yang dapat diabaikan. *Competent* harus mengetahui alasan dalam pembuatan perencanaan dan prosedur pada situasi klinis. Untuk dapat menjadi *proficient*, *competent* harus diizinkan untuk memandu respon terhadap situasi. Point pembelajaran yang penting dari belajar mengajar aktif pada tingkatan *competent* adalah untuk melatih perawat membuat transisi dari *competent* ke *proficient*.

2.10.4 *Proficient*

Perawat pada tahap ini menunjukkan kemampuan baru untuk melihat perubahan yang relevan pada situasi, meliputi pengakuan dan mengimplementasikan respon keterampilan dari situasi yang dikembangkan. Mereka akan mendemonstrasikan peningkatan percaya diri pada pengetahuan dan keterampilannya. Pada tingkatan ini mereka banyak terlibat dengan keluarga dan pasien.

2.10.5 *Expert*

Benner menjelaskan pada tingkatan ini perawat *expert* mempunyai pegangan intuitif dari situasi yang terjadi sehingga mampu mengidentifikasi areadari masalah tanpa kehilangan pertimbangan waktu

untuk membuat diagnosa alternatif dan penyelesaian. Perubahan kualitatif pada expert adalah “mengetahui pasien” yang berarti mengetahui tipe pola respon dan mengetahui pasien sebagai manusia. Aspek kunci pada perawat expert adalah:

1. Menunjukkan pegangan klinis dan sumber praktis
2. Mewujudkan proses *know-how*
3. Melihat gambaran yang luas
4. Melihat yang tidak diharapkan

2.10.6 Asumsi Teori

1. Keperawatan

Keperawatan didefinisikan sebagai hubungan yang didasarkan pada *caring* dalam berbagai situasi dan kondisi yang memungkinkan dan menjadi perhatian. Ilmu keperawatan sebagai panduan melalui seni dan etik dari pelayanan dan tanggung jawab. Perawat mempromosikan penyembuhan melalui pelayanan kepada pasien dalam mempertahankan hubungan manusia. Hal ini merupakan hubungan manusia dimana orang dapat memberikan pengobatan pada saat sakit, hubungan antara sehat dan sakit serta penyakit yang mengacu kepada pandangan Benner dan Wrubel dalam praktik keperawatan (Benner & Wrubel, 1989 dalam Sitzman & Eichelberger, 2011). Sitzman & Eichelberger (2011) menjelaskan *caring* didefinisikan sebagai sesuatu yang berhubungan dan memiliki masalah dengan menyatukan pikiran, perasaan dan tindakan, *caring*

mengatur apa yang paling penting bagi seseorang / manusia. Oleh karena itu, menyelesaikan stress dan bagaimana seseorang bisa mengatasinya. Benner dan Wrubel (1989) menyatakan bahwa *caring* timbul dari keterkaitan dan memiliki beberapa hal yang lebih penting dari yang lain ”tanpa *caring* seseorang akan menjadi memprihatinkan”. Karakteristik sikap yang berhubungan dengan *caring* adalah empati, dukungan, ingin menghibur orang lain dan pengasuhan. Ketika seorang perawat memberikan pelayanan kepada klien, dimana pelayanan itu menimbulkan stress / masalah, maka yang perlu dilakukan adalah pengkajian emosional dan proses keterlibatan. Keterlibatan dengan klien membuat perawat dapat mendiagnosis suatu masalah dan mengidentifikasi solusi dan menciptakan lingkungan yang terpercaya.

Caring adalah hal yang penting menurut Benner dan Wrubel karena dapat menciptakan lingkungan dimana perawat dapat memberikan asuhan kepada klien. *Caring* penting karena:

- a. Menciptakan apa yang akan terjadi, apa yang menjadi masalah dan apa pilihan yang tepat untuk mengatasi.
- b. Menciptakan lingkungan yang memungkinkan, apa yang berhubungan dan apa yang menjadi tujuan
- c. Menciptakan hal yang mungkin saat member dan mendapatkan bantuan.

2. Manusia

Interpretasi Benner dan Wrubel tentang manusia didasarkan pada eksistensi filosofi dan kesatuan atau keutuhan manusia. Sehingga Benner mendeskripsikan manusia sebagai makhluk yang menginterpretasikan diri, yaitu manusia tidak muncul dengan sendirinya ke alam dunia yang telah ditetapkan tetapi melalui proses perjalanan hidup. Manusia dipandang sebagai sesuatu yang kreatif, makhluk generatif yang hidup didalam sebuah konteks dan mampu bertindak dan memiliki pemahaman komprehensif. Menurut Benner dan Wrubel karakteristik manusia yaitu sebagai sosok yang harus berhadapan dengan situasi, tubuh, masalah perorangan dan peristiwa yang bersifat sementara (Benner & Wrubel,1989 dalam Sitzman & Eichelberger, 2011).

3. Kesehatan

Benner dan Wrubel menggunakan definisi kesehatan dari Kleinman, Elsenberg, dan Good yang menyatakan bahwa kesehatan adalah tidak adanya penyakit yang digambarkan sebagai pengalaman kehilangan atau gangguan fungsi tetapi juga penyakit merupakan wujud dari kelainan pada sel, jaringan,atau organ. Semua pengobatan penyakit selama sakit harus masuk akal dalam konteks pengalaman hidup manusia. (Benner & Wrubel, 1989 dalam Sitzman & Eichelberger,2011).

4. Situasi

Benner lebih mengarah kesituasi atau lebih mengutamakan situasi daripada konsep lingkungan dalam bekerja. Benner memilih situasi karena menurut Benner, situasi memiliki konteks sosial dalam arti dan penafsirannya yang berdampak pada manusia. Manusia lebih terbiasa dengan dunia mereka dibanding hidup dalam suatu lingkungan. Interpretasi seseorang berdampak pada setiap situasi. Pandangan fenomenologi Benner didasarkan pada situasi. Hal ini dibuktikan dalam tulisannya saat dia menggunakan istilah “*being situated and situated meaning*” menunjukkan adanya keterlibatan dan interpretasi dari setiap kejadian atau peristiwa dalam kehidupan (Benner & Wrubel, 1989 dalam Sitzman & Eichelberger 2011).

5. Stress

Menurut Benner, stress adalah makna dari gangguan, pemahaman, dan fungsi kelancaran sehingga bahaya, kehilangan, atau tantangan yang dialami mampu membuat manusia memperoleh keterampilan baru. Stress sebagai perwujudan dari fisik, emosional, dan atau intelektual yang mengalami gangguan fungsi. Stress terjadi ketika seseorang menyadari bahwa ada sesuatu yang salah atau tidak terjadi ketidakseimbangan. Stress adalah konsekuensi dalam kehidupan yang tidak bisa dihindarkan dalam kehidupan di dunia sehingga membutuhkan kepedulian akan hal tersebut (Benner & Wrubel, 1989 dalam Sitzman & Eichelberger2011).

6. Koping

Koping tidak termasuk solusi untuk stres melainkan apa yang dilakukan oleh seseorang untuk mengatasi gangguan yang disebabkan oleh stres. Benner dan Wrubel berdasarkan pada karya Lazarus (1986) yang menjelaskan stres dan koping. Koping adalah melakukan sesuatu secara langsung dan juga tidak melakukan sesuatu secara langsung atas dasar tujuan yang ada. Perilaku koping lainnya adalah mencari informasi. Cara seseorang memandang situasi dan membuat pilihan untuk memiliki sifat yang positif dalam menghadapi gangguan. Benner dan Wrubel memberikan banyak contoh tentang bagaimana seseorang berupaya dengan situasi seperti: pengembangan diri selama hidup / dalam kehidupan, peduli kepada diri sendiri dari berbagai penyakit diantaranya kanker dan penyakit neurologis (Benner & Wrubel, 1989 dalam Sitzman & Eichelberger, 2011).

2.10.7 Pandangan Teoritis Patricia Benner

Filosofi keperawatan merupakan keyakinan yang berasal dari nilai, etik dan moral yang terdapat dalam pemahaman seorang perawat serta yang mendasari perilaku, dan tindakan keperawatan dalam memberikan layanan keperawatan kepada mereka yang membutuhkan.

Teori filosofis keperawatan merupakan kumpulan konsep, definisi dan usulan yang memproyeksikan sebagai pandangan, sistematis atas fenomena dengan merancang hubungan – hubungan khusus diantara konsep – konsep untuk keperluan penggambaran, penjelasan, perkiraan

atau pengendalian fenomerna. Paradigma keperawatan menurut patricia benner : meliputi keperawatan, manusia, lingkungan, dan kesehatan

1. Keperawatan

Menggambarkan sebagai suatu hubungan caring dan kondisi yang memungkinkan adanya hubungan dan perhatian keperawatan dasar dirancang untuk memungkinkan memberi bantuan dan menerima bantuan. Keperawatan dipandang sebagai ilmu praktik keperawatan yang didukung oleh adanya aspek moral dan etik keperawatan dan serta tanggung jawab. Dr. Benner memahami praktik keperawatan sebagai perawatan dan proses belajar dari pengalaman hidup sehat sakit dan penyakit yang menggambarkan antara 3 dimensi tersebut.

2. Manusia

Menurut Dr. Benner menggunakan fenomena untuk menjelaskan tentang orang yang mana mereka digambarkan sebagai seseorang yang mampu menilai dirinya sendiri. Seseorang juga memiliki kemampuan untuk merefleksikan dirinya dan juga tidak mampu merefleksikan dirinya tentang keselitan yang dihadapi di dunia. Menurut Benner manusia memiliki 4 peran utama yaitu:

- a. Peran situasi
- b. Peran tubuh
- c. Peran kepribadian
- d. Peran selalu menyesuaikan diri

3. Kesehatan

Fokusnya pada pengalaman hidup sehat dan sakit didefinisikan sebagai apa yang dapat dinilai, sedangkan kesejahteraan adalah pengalaman manusia selama masa sehat sedangkan penyakit adalah apa yang dinilai pada tingkat fisik.

4. Lingkungan

Benner menggunakan istilah situasi dari pada lingkungan sosial dengan definisi dan kebermaknaan sosial. Mereka menggunakan istilah situasi yang memiliki makna yang di definisikan oleh orang yang berinteraksi memaknai dan memahami situasi. Menurut individu situasi itu dibatasi oleh cara individu.

2.10.8 Aplikasi Teori Patricia Benner

Ada beberapa macam aplikasi teori Patricia Benner yaitu:

1. Clarity

Teori Patricia Benner from Novice to Expert menjelaskan 5 tahapan / akuisisi peran dan perkembangan profesi dengan cukup jelas, Namun, ada beberapa konsep dimana kelompok masih kurang memahami penjelasan Benner. Model Benner membagi 5 tahap meliputi: *Novice*, *advanced beginner*, *competent*, *proficient*, dan *expert* dalam memberikan pemahaman terhadap kompetensi kelima level keterampilan dan bagaimana kemampuan perawat dalam mengidentifikasi karakteristik pada setiap level praktik keperawatan.

Berdasarkan analisa kelompok, dalam tatanan praktik keperawatan, penjelasan lima tahapan Benner memberikan pemahaman profesi tentang pentingnya menjadi expert (ahli), dimana seorang perawat ahli adalah perawat yang mampu mengembangkan keterampilan dan pemahaman terhadap pasien dari waktu ke waktu melalui pendidikan dasar dan banyaknya pengalaman. Benner menggambarkan empat aspek utama untuk menjadi expert, antara lain menunjukkan pegangan klinis dan sumber praktis, mewujudkan proses *know-how*, melihat gambaran yang luas, melihat yang tidak diharapkan. Namun, Benner tidak secara detail memaparkan empat aspek utama ini dalam kaitannya dengan praktik keperawatan sehingga dalam hal ini kelompok kurang memahami maksud dari keempat aspek tersebut. Meskipun demikian, karya Benner saat ini banyak memberikan kontribusi untuk pemahaman praktik klinis serta pengetahuan keperawatan yang diaplikasikan dalam praktik.

Kontribusi Benner berdasarkan lima tahapan akuisisi peran yang dikembangkannya dari model Dryfus ini menjadi dasar dalam penerapan model jenjang karir perawat yang kemudian dikembangkan lagi oleh Swansburg tahun 2000.

Suroso (2011) menjelaskan pada perkembangannya model jenjang karir perawat diterapkan dan dikembangkan di berbagai Negara, seperti USA, UK, Kanada, Taiwan, Jepang dan Thailand termasuk juga di Indonesia. Jenjang karir perawat di Indonesai telah

disusun oleh PPNI bersama departemen kesehatan dalam bentuk pedoman jenjang karir perawat tahun 2006. Selain penjelasan lima tahapan diatas, Benner juga menjelaskan pentingnya konsep *caring* dalam praktik keperawatan. Benner memandang "tanpa *caring* seseorang akan menjadi memprihatinkan" sehingga konsep *caring* ini menciptakan lingkungan dimana perawat dapat memberikan asuhan kepada klien. Kesehatan dipandang tidak hanya terbebas dari penyakit yang digambarkan sebagai pengalaman kehilangan atau gangguan fungsi tetapi juga kelainan pada sel, jaringan, atau organ. Benner memaparkan manusia ada oleh karena eksistensi filosofi dan kesatuan atau keutuhan manusia melalui proses perjalanan hidup. Menurut kelompok, Banner masih secara abstrak menjelaskan manusia sebagai konsep utama keperawatan, dimana Benner berpendapat manusia ada karena eksistensi filosofi. Kelompok membutuhkan penalaran mendalam dalam memahami makna dan karakteristik manusia menurut Benner.

Penjelasan tentang stress dan coping cukup jelas dipaparkan oleh Benner. Benner menjelaskan manusia tidak terlepas dari stress yang membutuhkan coping dalam mengatasi gangguan penyebab stress yang terjadi. Stress juga membutuhkan *caring* dalam penanganannya. Pandangan fenomenologi Benne rdidasarkan pada situasi. Manusia lebih terbiasa dengan dunia mereka dibanding hidup dalam suatu lingkungan. Interpretasi seseorang berdampak pada

setiap situasi. Suroso (2011) memaparkan seorang perawat diberi tanggung jawab dan wewenang sesuai dengan tingkatan kompetensi yang dimilikinya (jenjang karir perawat). Tatanan pelayanan pengembangan karir perawat menurut Depkes tahun 2006 dikaitkan dengan lima tahapan Benner, yaitu:

- a. PK1=DIII, 2 tahun pengalaman dan ners tanpa pengalaman dapat dikategorikan dalam level *Novice*.
- b. PK 2 = DIII, 5 tahun pengalaman dan ners pengalaman 3 tahun dalam kategori *advance beginner* dimana pengalaman yang dimiliki belum cukup untuk dapat dilepaskan secara mandiri dalam memberikan asuhan keperawatan.
- c. PK3=DIII, 9 tahun pengalaman dan ners pengalaman 6 tahun, SP1, dalam kategori kompeten dimana perawat sudah mempunyai kemampuan mempertimbangkan dan membuat perencanaan yang diperlukan dan sudah mandiri.
- d. PK4 =Ners, 9 tahun pengalaman SP 1 pengalaman 2 tahun, SP2. Proficient mempunyai kemampuan melihat perubahan yang relevan serta melibatkan keluarga dalam intervensi.
- e. PK5=Sp1, pengalaman 4 tahun, SP2 pengalaman 1 tahun. Expert mampu mengidentifikasi area dari masalah tanpa kehilangan pertimbangan waktu untuk membuat diagnosa alternatif dan penyelesaian.

2. Simplicity / Kesederhanaan

Teori Patricia Benner from *Novice to Expert* relatif sederhana dengan hanya membagi 5 tahapan Novice, advanced beginner, competent, proficient, dan expert. Namun menurut kelompok, tahapan ini hanya dapat digunakan sebagai kerangka kerja karena dalam penerapannya yaitu pada penerapan jenjang karir disesuaikan dan dimodifikasi berdasarkan situasi dan kondisi rumah sakit serta diperlukan adanya sosialisasi dan pemahaman dari perawat dalam mengidentifikasi karakteristik dan tujuan dari setiap level yang ada.

Model ini relatif sederhana berkenaan dengan lima tahap akuisisi keterampilan dan memberikan panduan komparatif untuk mengidentifikasi tingkat praktik keperawatan dari deskripsi individu perawat dan observasi dan interpretasi divalidasi oleh kesepakatan. Tingkat kompleksitas ditemui di sub konsep untuk membedakan antara tingkat kompetensi dan kebutuhan untuk mengidentifikasi maksud dan tujuan. Pendekatan interpretatif ini dirancang untuk studi dan deskripsi praktik. Meskipun (objek) deskripsi dikontekstualisasikan dari tingkat pemula kinerja memungkinkan deskripsi seperti kinerja ahli akan sulit, jika bukan tidak mungkin dan kegunaan terbatas karena batasan objektivitas. Artinya, masalah filosofis kemunduran tak terbatas akan dihadapi dalam upaya untuk menentukan spesifikasi semua aspek praktik ahli dan pemahaman holistik situasi tertentu diperlukan untuk kinerja ahli.

3. *Generality*

Teori *from Novice to Expert* memiliki karakteristik yang universal, tidak dibatasi oleh umur, penyakit, kesehatan atau lokasi praktek keperawatan. Selain itu, Model Benner ini hanya dapat dibuktikan dengan menggunakan metodologi kualitatif yang terdiri dari 31 kompetensi, domain praktek keperawatan dan 9 domain perawatan kritis. Kelompok menganalisa bahwa perspektif Benner adalah fenomenologi meskipun Model Benner didasarkan pada *databased research* yang mendukung pengembangan praktik keperawatan. Namun, kelompok berpendapat bahwasanya model dengan perspektif fenomenologi seharusnya memiliki karakteristik tertentu tidak universal, sehingga dalam praktiknya dapat secara spesifik ditentukan masalah keperawatan berdasarkan tingkat umur terkait stress dan coping serta pengaruhnya terhadap empat asumsi dari paradigma keperawatan, yaitu manusia, kesehatan, keperawatan, dan lingkungan.

4. *Aksesibilitas / Empirical Precision Intermo Fempirical Precision*

Model Benner diuji dengan menggunakan metodologi kualitatif. Penelitian yang berhasil menunjukkan bahwa kerangka kerja tersebut dapat diterapkan dan berguna dalam memberikan pengetahuan tentang deskripsi praktik keperawatan. Kekuatan model Benner adalah bahwa penelitian berbasis data yang berkontribusi pada ilmu keperawatan. Kelompok kami berpendapat model metodologi

kualitatif adalah model metodologi berbasis pengalaman. Teori ini cocok sekali dilakukan oleh seseorang yang berkerja dibidang keperawatan karena berdasarkan pekerjaannya seorang perawat banyak bertemu dengan pasien-pasien yang berkarakteristik unik, dari sana lah seorang perawat dapat mencari pengalaman-pengalaman pasiennya.

Penggunaan proses kualitatif untuk mengungkap pengetahuan keperawatan, lebih sulit ditunjukan untuk karya Benner. Pendekatan interpretative kualitatif menguraikan praktik keperawatan pakar dengan contoh. Karya Benner dapat dikatakan sebagai penghasil hipotesis dari pada penguji hipotesis. Benner menyediakan sebuah metodologi untuk mengungkap dan masuk ke dalam makna situasi dari asuhan keperawatan pakar.

5. *Derivable Consequences* / Kepentingan

Kegunaan model Benner memberi kerangka umum untuk mengidentifikasi, menentukan dan menggambarkan praktik keperawatan klinis. Dia menggunakan pendekatan fenomenologis untuk mengungkap dan mendapatkan makna dan kemampuan dari interaksi dalam situasi kehidupan.

Implikasi dari temuan penelitian Benner terletak pada kesimpulannya bahwa "pengetahuan klinis perawat relevan dengan sejauh mana manifestasinya adalah keterampilan perawat membuat perbedaan dalam perawatan pasien dan hasil yang diharapkan."

Deskripsi subjek-objek. Penggilannya adalah untuk meningkatkan kemampuan bercerita publik untuk memvalidasi keperawatan sebagai sebuah praktik asuhan etis dan untuk memperluas, mengubah, dan menjadi perbedaan etika dan kepentingan. Benner mengklaim bahwa perawat harus dapat mengatasi batas kelompok kami berpendapat penelitian yang dilakukan oleh Benner dapat meningkatkan suatu pengetahuan perawat dari intervensi yang diberikan. Suatu intervensi yang diberikan perawat kepada pasien yang satu dengan yang lainnya walaupun *case* yang sama dapat memberikan hasil yang berbeda juga.

2.10.9 Karakteristik Teori Patricia Benner

Terdapat beberapa keunggulan dan kelemahan dalam teori keperawatan oleh Patricia Benner dimana keunggulan dan kelemahan teori tersebut dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel 2.1. Keunggulan dan Kelemahan Teori Benner

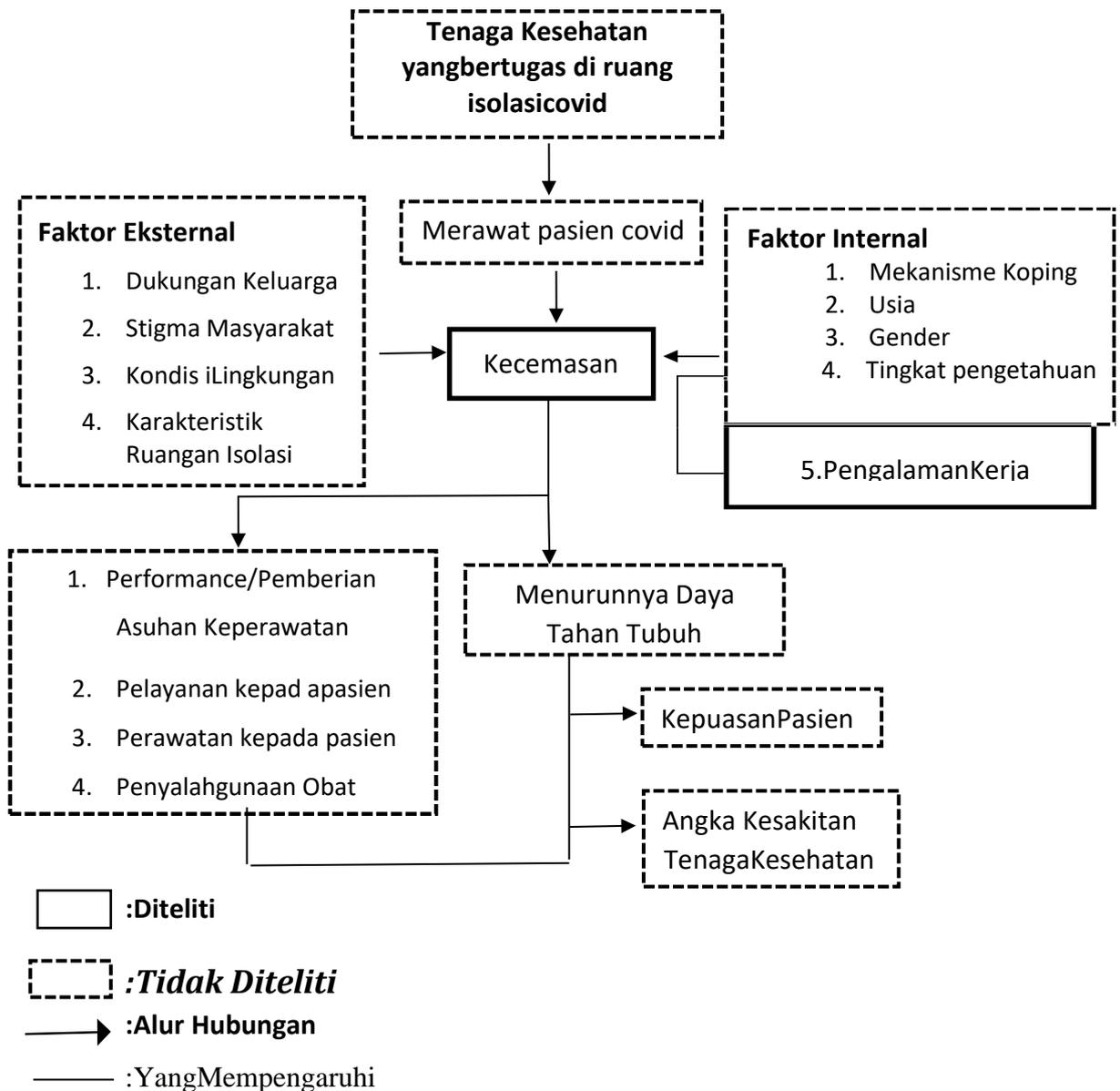
Teori	Keunggulan	Kelemahan
Patricia Banner	<ul style="list-style-type: none"> - Paling konkrit - Orientasi praktik dapat diuji coba dengan penelitian - Pengalaman praktis dan uji empiris 	<ul style="list-style-type: none"> - Model ini relatif simpel dengan hanya membagi tingkat kemahiran perawat dalam 5 tahap - Teori ini mempunyai karakteristik yang universal - Model banner ini hanya bisa dibuktikan dengan menggunakan

		metodologi kualitatif - Perspektif Banner adalah fenomenologi dan bukan kognitif.
--	--	--

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 KerangkaKonseptual



Gambar 3. 1 Kerangka Konseptual Penelitian Hubungan Lama Kerja Tenaga Kesehatan dengan tingkat kecemasan dalam Menangani Wabah Covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor pada tanggal 10 – 23 Januari 2022

3.2 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan lama kerja tenaga kesehatan dengan tingkat kecemasan dalam menangani wabah Covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor

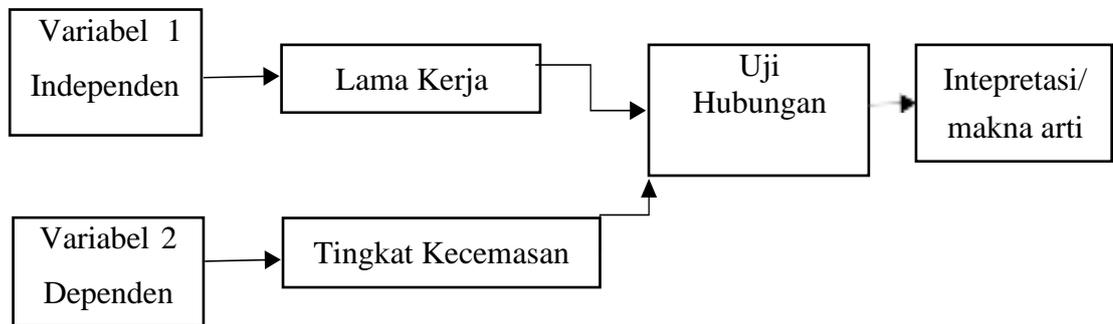
BAB 4

METODE PENELITIAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang metode penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini, meliputi : 1) Desain Penelitian, 2) Kerangka Kerja, 3) Waktu dan Tempat Penelitian, 4) Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling, 5) Identifikasi Variabel, 6) Definisi Operasional, 7) Pengumpulan, Pengolahan, dan Analisis Data, 8) Etika Penelitian.

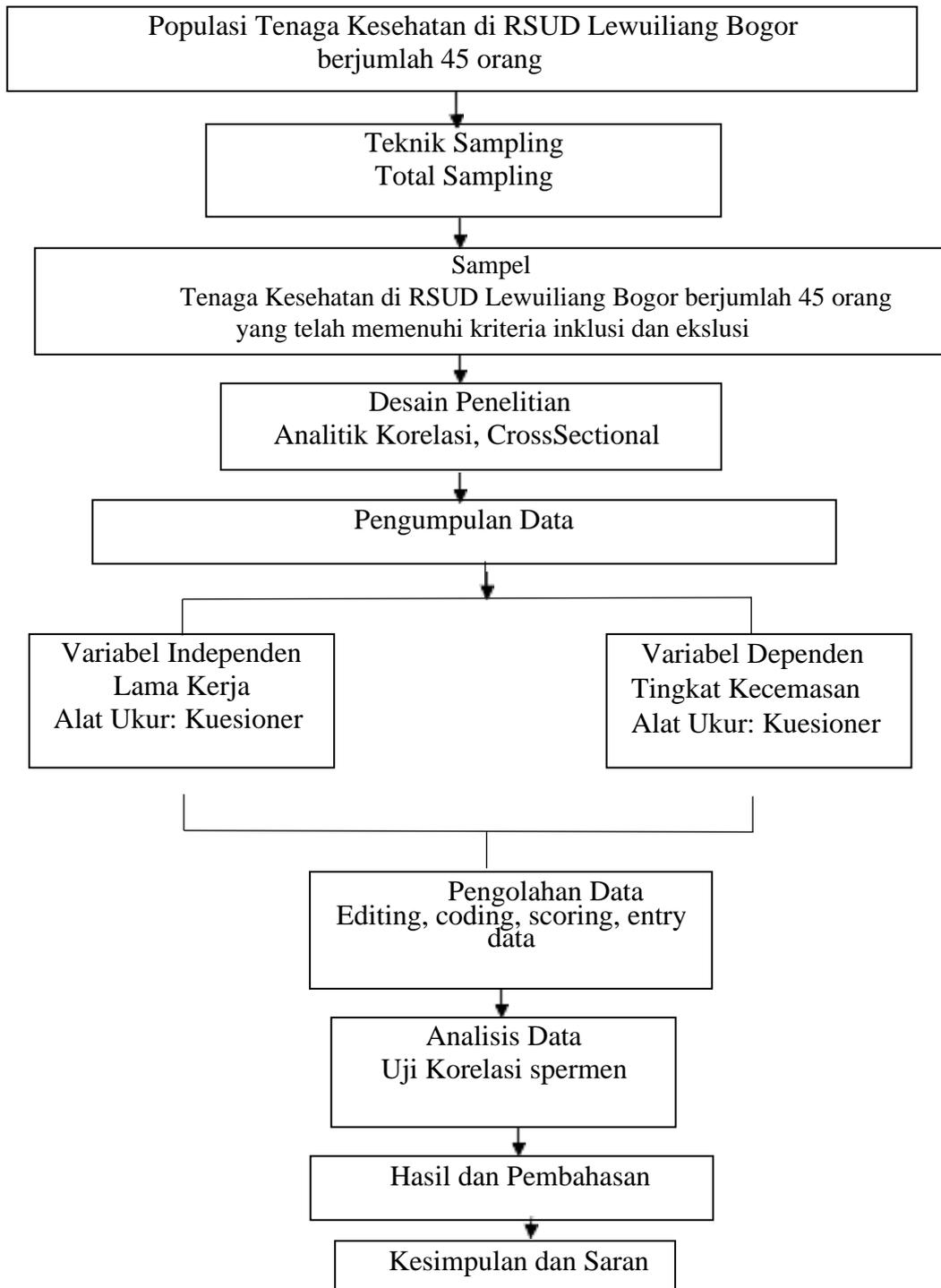
4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian untuk menganalisa hubungan lama kerja tenaga kesehatan dengan tingkat kecemasan dalam menangani wabah covid-19 di Ruang isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor adalah dengan menggunakan desain observasional analitik dengan pendekatan Cross Sectional. Jenis penelitian ini menekankan pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut.



Gambar 4.1. Bagian penelitian Cross-sectional Hubungan Lama Kerja Tenaga Kesehatan dengan Tingkat Kecemasan dalam Menangani Wabah Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor

4.2 Kerangka Konsep



Gambar 4. 2Kerangka Kerja Penelitian Hubungan Lama Kerja Tenaga Kesehatan dengan Tingkat Kecemasan dalam Menangani Wabah Covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Lewuiliang Bogor

4.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan pada awal bulan Januari 2022 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor

4.4 Populasi, Sampel, dan Sampling Desain

4.4.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian adalah setiap subjek (misalnya manusia; perawat) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah Tenaga kesehatan dengan tingkat kecemasan dalam menangani wabah covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor yang berjumlah rata-rata per bulan 45 orang dalam rentang bulan Januari 2022 dari 750 orang karyawan yang bekerja di RSUD Leuwiliang Bogor

4.4.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah Tenaga kesehatan dengan tingkat kecemasan dalam menangani wabah covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor yang memenuhi syarat sampel. Kriteria dalam penelitian ini adalah:

1. Kriteria Inklusi
 - a. Tenaga kesehatan yang menangani pasien covid-19 di ruangan isolasi covid-19 RSUD LewuiliangBogor.
 - b. Tenaga Kesehatan yang telah lam amengabdikan dirinya sebagai tenaga kesehatan di RSUD Leuwiliang Bogor.

- c. Tenaga Kesehatan yang bersedia untuk mengisi kuesioner
2. Kriteria Eksklusi
- a. Tenaga kesehatan yang cuti saat pengisian kuesioner.
 - b. Tenaga kesehatan yang tidak bekerja di ruang isolasi covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor.
 - c. Tenaga kesehatan yang sakit atau terkena covid-19 saat pengisian kuesioner.

4.4.3 Teknik Sampling

Teknik sampling dalam penelitian ini yaitu Total sampling dengan menggunakan Kuesioner. Kuesioner adalah pernyataan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadi atau hal-hal yang ia ketahui.

4.5 Identifikasi Variabel

Variabel penelitian mendeskripsikan topik/tema yang diteliti karena sudah terlihat pada saat peneliti menyusun latar belakang penelitian (Budiman,2011).

4.5.1 Variabel Bebas (Independent)

Variabel ini biasanya diamati, diukur untuk diketahui hubungannya dengan variabel lain (Setiadi, 2007). Variabel bebas (independent) dalam penelitian ini adalah Lama Kerja Tenaga Kesehatan.

4.5.2 Variabel Tergantung (Dependent)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah waktu tingkat

kecemasan dalam menangani wabah covid-19.

4.6 Definisi Operasional

Perumusan definisi operasional pada penelitian ini diuraikan dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 4.1. Definisi Operasional Hubungan Lama Kerja Tenaga Kesehatan dengan Tingkat Kecemasan menangani covid19 di RSUD Leuwiliang Bogor

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	AlatUkur	Skala	Skor
Lama Kerja	Rentang waktu pada saat pertama kali bekerja sebagai tenaga kesehatan	Durasi dihitung sejak pertama kali kerja sebagai Tenaga Kesehatan	Kuesioner	Ordinal	<6tahun (Baru) 5-10 tahun (Sedang) >10tahun (Lama)
Kecemasan	Hasil observasi Tingkat kecemasan dalam menangani wabah covid-19 dan dampak kecemasan dalam	1. Sulit konsentrasi 2. Mudah marah 3. Sulit tidur 4. Mimp iBuruk 5. Khawatir terus menerus dan	DASS	Ordinal	Normal= Skor0-7 Cemas Ringan= Skor 8-9 Cemas Sedang= Skor 10-14 Cemas Parah= Skor =15 Cemas Sangat

	menangani wabah covid-19 dari tenaga kesehatan	berlebihan 6. Gelisah, tegang, mudah lelah 7. Keluhan fisik yang berulang			Parah= Skor>20
--	--	---	--	--	-------------------

4.7 Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data

4.7.1 Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau cara yang diperlukan untuk pengumpulan data yang baik sehingga data yang dikumpulkan merupakan data yang valid, andal (reliable), dan aktual. Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner, observasi dengan alat pengukur.

2. Prosedur Pengumpulan dan Pengolahan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan surat izin dan persetujuan dari bagian akademik program studi S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah disetujui oleh Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya, kemudian surat izin disampaikan ke bagian Direktur RSUD Leuwiliang Bogor untuk mendapatkan izin penelitian di lahan.

Surat izin diserahkan ke Ruang Isolasi Covid-19 RSUD

Leuwiliang Bogor untuk mendapat perizinan melakukan pengambilan data di Ruang Isolasi Covid-19.

Langkah awal penelitian, pendekatan dilakukan kepada responden untuk mendapatkan persetujuan untuk dijadikan objek penelitian atau sebagai responden. Data dikumpulkan dengan melakukan pembagian kuesioner data demografi, observasi durasi lama kerja perawat dan melakukan observasi tingkat kecemasan dalam menangani wabah covid-19. Pembagian kuesioner dan pengamatan dilakukan secara langsung.

Pengamatan dilakukan dengan bekerja sama dengan tenaga Kesehatan yang sedang bekerja di ruangan isolasi covid-19 yang sebelumnya peneliti menyampaikan maksud dan rencana penelitian agar terjadi kesepakatan dan pemahaman yang sama.

4.8 Analisis Data

1. Pengolahan Data

Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner untuk data demografi responden, lembar observasi yang berisikan data tentang durasi lama kerja perawat dan hasil pengukuran tingkat kecemasan. Variabel data yang terkumpul dengan metode pengumpulan data secara kuesioner dan observasi yang telah dikumpulkan kemudian diolah dengan tahap sebagai berikut:

a. Memeriksa data (*editing*)

Daftar pertanyaan yang telah selesai diisi kemudian diperiksa yaitu dengan memeriksa kelengkapan jawaban.

b. Memberi tanda kode (*coding*)

Hasil jawaban yang telah diperoleh diklasifikasikan ke dalam kategori yang telah ditentukan dengan cara memberi tanda atau kode berbentuk angka pada masing-masing variabel. Pemberian kode dilakukan padadata demografi. Hasil observasi durasi lama kerja perawat dan waktu tingkat kecemasan tidak dikode tapi langsung dimasukkan dalam lembar observasi.

c. Pengolahan data (*processing*)

Pengolahan data pada dasarnya merupakan suatu proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu sehingga menghasilkan informasi yang diperlukan.

d. Cleaning

Data diteliti kembali agar pada pelaksanaan analisa data bebas dari kesalahan.

2. Analisis Statistik

a. Analisa Univariat

Peneliti melakukan analisa univariat dengan analisa *descriptive* yang dilakukan untuk menggambarkan data demografi yang diteliti secara terpisah dengan membuat tabel frekuensi dari masing-masing

variabel.

b. Analisa Bivariat

1) Uji normalitas

Uji normalitas data digunakan untuk mengetahui distribusi data dalam variabel yang akan digunakan dalam penelitian yaitu dengan menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov dengan ketentuan bila uji signifikan $p > \alpha = 0,05$ maka data berdistribusi normal.

2) Uji Korelasi

Dalam menguji hubungan antara lama kerja dan tingkat kecemasan perawat selama pandemi Covid-19, digunakan uji Korelasi Spearman. Taraf signifikan yang digunakan 0,05 yang artinya jika $\rho < \alpha = 0,05$ maka hipotesa diterima yang berarti ada hubungan durasi lama kerja perawat.

4.9 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat surat rekomendasi dari Stikes Hang Tuah Surabaya dengan nomor PE/08/I/2022/KEP/SHT dan izin dari Biro Penelitian dan Pengembangan RSUD Leuwiliang Bogor.

Penelitian dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi :

4.9.1 Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diedarkan sebelum penelitian dilaksanakan agar responden mengetahui maksud dan tujuan

penelitian, serta dampak yang akan terjadi selama dalam pengumpulan data. Responden yang bersedia diteliti harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, jika tidak peneliti harus menghormati hak-hak responden.

4.9.2 Tanpa Nama (*Anonymity*)

Peneliti tidak akan mencantumkan nama subjek pada lembar pengumpulan data yang diisi oleh responden untuk menjaga kerahasiaan identitas responden. Lembar tersebut akan diberi kode tertentu. dilaporkan pada hasil riset.

4.9.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari subjek dijamin kerahasiaannya. Kelompok data tertentu saja yang hanya akan disajikan atau dilaporkan pada hasil riset.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang hasil penelitian dan pembahasan dari pengumpulan data tentang “Hubungan lama kerja perawat dengan tingkat kecemasan saat menangani wabah covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor”.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Leuwiliang merupakan sarana pelayanan yang dibangun oleh Pemerintah Kabupaten Bogor dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan lanjutan kepada masyarakat Kabupaten Bogor di Wilayah Barat dengan target area cakupan sebanyak 14 kecamatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

RSUD Leuwiliang berlokasi di Leuwiliang, tepatnya di Jalan Raya Cibeber Desa Cibeber I Kecamatan Leuwiliang. RSUD Leuwiliang dibangun pada tahun 2003-2009 di atas lahan seluas 3,5 hektar. Pada masa persiapan, RSUD Leuwiliang pernah dioperasikan sebagai Puskesmas Leuwiliang sewaktu persiapan awal sebelum terbentuknya rumah sakit. Pada tanggal 23 Februari 2010, Gubernur Jawa Barat beserta Bupati Bogor, meresmikan RSUD Leuwiliang.

Saat ini, RSUD Leuwiliang berdasarkan Keputusan Gubernur Jawa Barat Nomor 445/Kep.224-Dinkes/2020 Tentang Perubahan Atas Keputusan Gubernur Jawa Barat Nomor 445/Kep.186-Dinkes/2020 Tentang Penetapan Rumah Sakit.

Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu, telah ditetapkan sebagai salah satu Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu di Daerah Provinsi Jawa Barat.

5.1.2 Data Umum

Data umum dalam penelitian ini berupa deskripsi identitas responden dapat berupa jenis kelamin, usia, dan pendidikan, dan pekerjaan yang diuraikan sebagai berikut.

Tabel 5.1. Deskripsi Gambaran Umum Responden

No	Data Umum	F	%
Usia:			
1	21-30tahun	16	35,6
2	31-40tahun	16	35,6
3	41-50tahun	13	28,9
Total		45	100
Jeniskelamin:			
1	26-30tahun	18	40,0
2	31-35tahun	27	60,0
Total		45	100
Profesi:			
1	Analiskesehatan	3	6,7
2	Bidan	5	11,1
3	Dokter	6	13,3
4	Farmasi	8	17,8
5	Perawat	23	51,1
Total		45	100
Pendidikan			
1	D4	5	11,1
2	S1	37	82,2
3	S2	3	6,7
Total		45	100

Sumber: Data diolah, 2022

Berdasarkan Tabel 5.1, menunjukkan bahwa petugas kesehatan yang menangani wabah Covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor dan yang menjadi responden dalam penelitian ini sebanyak 45 orang, diketahui hampir setengah responden berusia antara 21-30 tahun, dan hampir setengahnya lagi berusia antara 31-40 tahun, yaitu masing-masing sebanyak 16 orang sebanyak 33 orang (35,6%). Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 27 orang (60,0%), sebagian besar berprofesi sebagai perawat yaitu sebanyak 23 orang (51,1%), dan hampir seluruhnya berpendidikan S1 Keperawatan yaitu sebanyak 37 orang (82,2%).

5.1.3 Data Khusus

1. Identifikasi Lama Kerja Tenaga Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian, kategori lama kerja tenaga kesehatan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, dapat ditampilkan sebagai berikut.

Tabel 5.2. Kategori Lama Kerja Tenaga Kesehatan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor

Nogori LamaKerja		F	%
1	Baru	4	8,9
2	Sedang	23	51,1
3	Lama	18	40,0
Total		45	100

Sumber: Data diolah, 2022

Berdasarkan Tabel 5.2, menunjukkan bahwa dari 45

responden di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, diketahui sebagian besar dikategorikan memiliki lama kerja sedang (6-10 tahun), yaitu sebanyak 23 orang (51,1%).

2. Identifikasi Tingkat Kecemasan Perawat

Berdasarkan hasil penelitian, kategori tingkat kecemasan perawat di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, dapat ditampilkan sebagai berikut.

Tabel 5.3 Kategori Tingkat Kecemasan Perawat di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor

No	Kategori Tingkat Kecemasan	F	%
1	Normal	1	40,
		8	0
2	Ringan	2	51,
		3	1
3	Sedang	4	8,9
Total		4	100
		5	

Sumber: Data diolah, 2022

Berdasarkan Tabel 5.3, menunjukkan bahwa dari 45 responden di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, diketahui sebagian besar dikategorikan memiliki tingkat kecemasan ringan, yaitu sebanyak 23 orang (51,1%).

3. Identifikasi Tingkat Kecemasan Bidan

Berdasarkan hasil penelitian, kategori tingkat kecemasan Bidan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, dapat ditampilkan sebagai berikut.

Tabel 5.4. Kategori Tingkat Kecemasan Bidan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor

No	Kategori Tingkat Kecemasan	F	%
1	Normal	2	4,4
2	Ringan	3	6,6
Total		5	11

Sumber: Data diolah, 2022

Berdasarkan Tabel 5.4, menunjukkan bahwa dari 45 responden di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, diketahui sebagian besar dikategorikan memiliki tingkat kecemasan ringan, yaitu sebanyak 3 orang (6,6%).

4. Identifikasi Tingkat Kecemasan Dokter

Berdasarkan hasil penelitian, kategori tingkat kecemasan Dokter di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, dapat ditampilkan sebagai berikut.

Tabel 5.5. Kategori Tingkat Kecemasan Dokter di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor

NO	Kategori Tingkat Kecemasan	F	%
1	Normal	6	13,3
2	Ringan	0	0
Total		6	13,3

Sumber: Data diolah, 2022

Berdasarkan Tabel 5.5, menunjukkan bahwa dari 45 responden di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor,

diketahui sebagian besar dikategorikan memiliki tingkat kecemasan normal, yaitu sebanyak 6 orang (13,3%).

5. Identifikasi Tingkat Kecemasan Analis Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian, kategori tingkat kecemasan Analis Kesehatan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, dapat ditampilkan sebagai berikut.

Tabel 5.6. Kategori Tingkat Kecemasan Analis Kesehatan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor

No	tegoriTingkatKecemasan	F%
1	Normal	12,2
2	Ringan	24,4
Total		36,6

Sumber:Data diolah,2022

Berdasarkan Tabel 5.6, menunjukkan bahwa dari 45 responden di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, diketahui sebagian besar dikategorikan memiliki tingkat kecemasan ringan, yaitu sebanyak 2 orang (4,4%).

6. Identifikasi Tingkat Kecemasan Farmasi

Berdasarkan hasil penelitian, kategori tingkat kecemasan Farmasi di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, dapat ditampilkan sebagai berikut.

Tabel 5.7. Kategori Tingkat Kecemasan Farmasi di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor

NO	Kategori Tingkat Kecemasan	F	%
1	Normal	4	50,0
2	Ringan	4	50,0
Total		8	100

Sumber: Data diolah, 2022

Berdasarkan Tabel 5.7, menunjukkan bahwa dari 45 responden di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, diketahui dari 8 orang petugas farmasi, setengahnya dikategorikan normal sebanyak 4 orang (50,0%) dan setengahnya dikategorikan kecemasan ringan sebanyak 4 orang (50,0%).

7. Analisis Hubungan Lama Kerja dengan Tingkat Kecemasan

Tabulasi silang dan hubungan antara lama kerja tenaga kesehatan dengan tingkat kecemasan saat menangani wabah covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor dapat ditampilkan hasil *Cross Tab* dan pengujian hipotesis menggunakan *spearman's rho* sebagai berikut.

Tabel 5.8. Tabulasi Silang antara Lama Kerja Tenaga Kesehatan dengan Tingkat Kecemasan Saat Menangani Wabah Covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor

Variabel		TingkatKecemasan			Total	Sig.	CorrelationC oefficient
		Normal	Ringan	Sedang			
LamaKerja	Baru	-	-	4(8,9%)	4(8,9%)	0,015 (<i>p value</i> <0,05)	-359
	Sedang	-	23 (51,1%)	-	23(51,1%)		
	Lama	18(40,0%)	-	-	18(40,0%)		
Total		18(40,0%)	23 (51,1%)	4(8,9%)	45 (100%)		

Sumber:Data diolah,2022

Berdasarkan tabel 5.4, menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang lama kerjanya dikategorikan sedang yaitu sebanyak 23 orang (51,1%), seluruhnya 23 orang (51,1%) memiliki tingkat kecemasan ringan. Selanjutnya hasil pengujian hipotesis menggunakan uji *spearman' srho* didapatkan nilai signifikan (Sig.) = 0,015 (*p value* ≤ 0,05) yang berarti data dinyatakan signifikan dan H₀ diterima, artinya ada hubungan lama kerjatenaga kesehatan dengan tingkat kecemasan saat menangani wabah covid-19 di Ruang Isolasi Covid- 19 RSUD Leuwiliang Bogor. Hasil pengujian hipotesis *spearman's rho* juga menunjukkan nilai *correlation coefficien* negatif (-359), artinya terdapat hubungan negatif lama kerja tenaga kesehatan dengan tingkat kecemasan saat menangani wabah covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, dengan kata lain semakin lama bekerja maka semakin rendah tingkat kecemasan.

5.2 Pembahasan

Penelitian ini dirancang untuk memberikan gambaran interpretasi dan mengungkapkan hubungan antara lama kerja tenaga kesehatan dengan tingkat kecemasan saat menangani wabah Covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, maka akan dibahas hal-hal yang berkaitan dengan tujuan khusus penelitian sebagai berikut:

5.2.1 Identifikasi Lama Kerja Tenaga Kesehatan

Peneliti melihat bahwa responden yang diteliti ini memiliki lama kerja antara 6-10 tahun maka peneliti melihat ada kematangan dari mereka pada saat bekerja. Hal ini di buktikan dengan bahwa sebagian besar memang lama kerja tenaga kesehatan di RSUD Leuwiliang Bogor diatas 10 tahun dari 45 responden yang diteliti terdapat 40 responden dengan memiliki lama kerja diatas 10 tahun. Menurut Awaluddin (2012) bahwa lama kerja adalah lama waktu untuk melakukan suatu kegiatan atau lama waktu seseorang sudah bekerja, dengan kata lain lama kerja atau lama bekerja merupakan suatu kurun waktu atau lamanya petugas kesehatan dalam hal ini tenaga kesehatan yang bekerja di RSUD Leuwiliang Bogor.

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi tenaga kesehatan dalam lama bekerja di RSUD Leuwiliang Bogor, misalnya tenaga kesehatan yang sesuai dengan latar belakang pendidikannya. Seperti yang diketahui dalam data demografi bahwa hampir seluruhnya responden berpendidikan D4, S1 dan S2.

Menurut Setiawan (2015) dalam penelitiannya menyebutkan

bahwa pendidikan seseorang karyawan dapat meningkatkan daya saing perusahaan dan memperbaiki kinerja perusahaan. Sehingga peneliti berpendapat bahwa pihak RSUD Leuwiliang Bogor akan mempertahankan petugas kesehatan yang memiliki latar belakang sesuai dengan yang dibutuhkan di unit kerja untuk memaksimalkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Semakin lama petugas kesehatan yang bekerja di RSUD Leuwiliang Bogor akan semakin baik dalam menyikapi beban kerja yang dihadapi, hal ini dikarenakan petugas tenaga kesehatan sudah memiliki pengalaman kerja yang cukup baik di unit kerjanya, sehingga tidak akan mengalami tekanan fisik maupun psikis yang dapat mengganggu kinerja perawat. Seperti yang diungkapkan oleh Setiawan (2015) bahwa pengalaman kerja memiliki peranan yang penting dalam melaksanakan pekerjaan. Peneliti setuju akan pendapat Setiawan (2015) bahwasanya karyawan yang lebih banyak memiliki pengalaman kerja akan lebih mengerti dan mampu dalam menyelesaikan pekerjaan, sebaliknya jika pengetahuan dan keterampilan karyawan tidak sesuai dengan pekerjaannya, maka kinerja karyawan akan rendah.

5.2.2 Identifikasi Tingkat Kecemasan Tenaga Kesehatan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa tingkat kecemasan Tenaga Kesehatan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, diketahui hampir seluruhnya dikategorikan memiliki tingkat kecemasan ringan. Hasil penelitian ini, ditemukan bahwa sebagian besar responden

dikategorikan memiliki tingkat kecemasan ringan. Hal ini dijelaskan oleh (Muyasaro et al. 2020) mengungkapkan bahwa Kecemasan ringan ini dapat dipengaruhi oleh banyak hal termasuk memiliki pengetahuan dan kemampuan apa yang dia hadapi. Peneliti setuju dengan apa yang disampaikan oleh (Muyasaroh et al. 2020) bahwa memang sebagian responden ini memiliki pengalaman dan keterampilan yang baik dan yang sangat tinggi terhadap covid-19 karena peneliti menelusuri bahwa hampir sebagian besar tenaga kesehatan yang bekerja di RSUD Leuwiliang telah mendapatkan pelatihan penanganan covid-19 sehingga mampu menyikapi pandemi Covid-19 dan tidak mengalami cemas dalam menangani pasien Covid-19.

Tingkat pengetahuan dapat dilihat dari status pendidikan petugas kesehatan. Jika dilihat identitas responden, hampir seluruhnya berpendidikan D4, S1 dan S2, peneliti berasumsi bahwa tingkat pendidikan responden juga berperan penting dalam pembentukan pengetahuan sehingga mampu mengelolah kecemasan. Notoadmodjo (2012) menjelaskan bahwa pendidikan seseorang dapat mempengaruhi tingkat pengetahuannya. Sehingga peneliti berpendapat bahwa tingkat tingkat kecemasan yang dialami oleh petugas kesehatan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor dapat disebabkan oleh pengetahuan yang dimiliki, yang mana pengetahuan responden dapat dilihat dari status pendidikannya. Data demografi menunjukkan bahwa usia responden hampir setengah responden berusia antara 21-30 tahun, dan hampir

setengahnya lagi berusia antara 31-40 tahun. Notoamomodjo (2012) bahwa semakin tinggi usia seseorang, maka akan semakin banyak pengalamannya sehingga pengetahuannya semakin bertambah. Sehingga peneliti berasumsi bahwa usia responden juga berperan dalam pembentukan kecemasan, yang mana semakin tinggi usia seseorang maka akan semakin banyak pula pengalaman-pengalaman baru yang didapatkan sehingga mampu mengatasi kecemasan.

5.2.3 Hubungan Lama Kerja dengan Tingkat Kecemasan Tenaga Kesehatan

Hasil tabulasi silang antara variabel lama kerja petugas kesehatan dengan tingkat kecemasan saat menangani wabah covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, diketahui sebagian besar responden yang berprofesi perawat (51,1%) memiliki tingkat kecemasan ringan daripada profesi tenaga kesehatan yang lainnya dan tenaga kesehatan yang lama kerjanya dikategorikan sedang. Sedangkan hasil pengujian hipotesis menggunakan uji *spearman's rho* membuktikan bahwa hubungan lama kerja tenaga kesehatan dengan tingkat kecemasan saat menangani wabah covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor. Hasil pengujian hipotesis juga menunjukkan nilai *correlation coefficient* negatif, hal ini memberikan gambaran bahwa terdapat hubungan negatif lama kerja tenaga kesehatan dengan tingkat kecemasan saat menangani wabah covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, sehingga apabila semakin lama bekerja maka semakin rendah tingkat kecemasan. Hasil penelitian ini sejalan dengan

penelitian yang dilakukan oleh Damayasa (2018) menyimpulkan terdapat hubungan yang negatif antara lama kerja dengan tingkat kecemasan tenaga kesehatan dalam menghadapi pasien rawat inap di Rumah Sakit Grhasia Yogyakarta.

Tenaga Kesehatan yang bekerja dengan masa kerja yang lama lebih banyak memiliki pengalaman dibandingkan dengan yang bekerja dengan masa kerja belum lama. Masa kerja belum lama yaitu masa kerja dibawah 5 tahun akan membuat tenaga kesehatan masih belum mampu untuk mengatasi ancaman yang ada sehingga membuat tenaga kesehatan kesulitan dalam memberikan asuhan keperawatan dan akan merasa cemas dalam mengatasi ancaman yang ada sedangkan masa kerja yang lama akan membuat tenaga kesehatan mempunyai pengalaman kerja yang lebih banyak sehingga sudah terbiasa dengan ancaman yang ada, hal tersebut dapat meringankan atau mengurangi risiko kecemasan tenaga kesehatan khususnya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan (Nursalam,2007)

Ada responden dengan tingkat kecemasannya ringan padahal lama kerjanya baru 1 tahun, peneliti melihat tersebut sangat jarang terjadi namun peneliti mengetahui bahwa responden tersebut memiliki pengetahuan yang cukup terkait dengan penanganan covid-19. Namun, menurut (samiaji,2010) berpendapat bahwa sebenarnya kecemasan itu tidak harus dipengaruhi oleh pengetahuan tetapi bisa dipengaruhi oleh tingkat kepribadian. Yang dimana kepribadian yang suka sempurna

biasanya tingkat kecemasannya sangat tinggi, mungkin responden tersebut ini memiliki tingkat kepribadian atau tipe kepribadian yang tidak sempurna sehingga ia tampak tidak cemas dalam melayani atau merawat pasien covid-19.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan merupakan kelemahan dan hambatan dalam penelitian. Pada penelitian ini beberapa keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti adalah:

1. Pengumpulan data dengan kuesioner, memungkinkan responden menjawab pertanyaan dengan tidak jujur atau tidak mengerti dengan pertanyaan yang dimaksud sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.
2. Pada penelitian ini dalam menilai tingkat kecemasan pada tenaga kesehatan hanya dinilai melalui lembar kuesioner saja, seharusnya juga melalui observasi sehingga nilai yang didapat maksimal.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Lama kerja tenaga kesehatan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, sebagian besar dikategorikan memiliki lama kerja sedang (6-10 tahun).
2. Tingkat kecemasan tenaga kesehatan di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor, sebagian besar dikategorikan memiliki tingkat kecemasan ringan.
3. Lama kerja tenaga kesehatan berhubungan signifikan dengan tingkat kecemasan saat menangani wabah covid-19 di Ruang Isolasi Covid-19 RSUD Leuwiliang Bogor.

6.2 Saran

1. Pimpinan/Manajemen RSUD Leuwiliang Bogor

Pimpinan/manajemen RSUD Leuwiliang Bogor dapat melakukan strategi untuk mengatasi kecemasan pada seluruh petugas kesehatan yang ada di lingkungan RSUD Leuwiliang Bogor, sehingga hal ini tidak menghambat kinerja karyawan. Tindakan yang dilakukan misalnya dengan melakukan pengawasan yang menyeluruh, memperhatikan hak-hak karyawan (gaji/upah, tunjangan, insentif, dll), memberikan dukungan moril seperti dorongan/semangat kerja, dan

memberikan perhatian kepada karyawan.

2. Petugas Kesehatan

Petugas kesehatan dalam bekerja dapat melakukan komunikasi antara sesama perawat maupun dengan pimpinan, sehingga apapun masalah yang dihadapi tidak menjadi beban kerja yang dapat memicu terjadinya kecemasan yang dapat mengganggu produktifitas kerja.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya yang meneliti judul yang sama untuk melakukan kajian di lokasi yang berbeda hal ini dimaksudkan membandingkan dengan penelitian sekarang.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardita Pandu Widyana (2016). *Hubungan Kualitas Pelayanan di Perguruan Tinggi Universitas Muhammadiyah Purwokerto*. Studi Fakultas Ilmu Kesehatan. Skripsi tidak dipublikasikan.
- Awaluddin. 2020. *Hubungan Pendidikan dan Lama Kerja dengan Tingkat Kecemasan Perawat dalam Penanganan Pasien Gawat Darurat di RSUD Sawerigading Kota Palopo Tahun 2019*. *JKLR: Jurnal Kesehatan Luwu Raya* 6 (2): 5-12.
<https://jurnalstikesluwuraya.ac.id/index.php/eq/article/download/5/3>.
Diakses Tanggal 20 Januari 2022, Pk.14:59.
- Benner P. 1984. *From Noviceto Expert: Excellence and Power in Nursing Practice*. Damayasa, Cindy Aulia Pratiwi. 2018. *Hubungan Lama Kerja Dengan Tingkat Kecemasan Tenaga Keperawatan Dalam Menghadapi Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Grhasia Yogyakarta*. Meta data <https://dspace.uii.ac.id/handle/123456789/6409>. Diakses Tanggal 20 Januari 2022, Pk.16:00.
- Fawaz, M. (2021), *Samaha, A.E-learning: Depression, Anxiety, and Stress Symptomatology among Lebanese University Students during COVID-19 Quarantine*. *Nurs Forum*. 56(1): 52–57; 2021
- Kemendes RI. (2020). *Pedoman kesiapsiagaan menghadapi coronavirus disesase (covid-19)*. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. <https://www.kemkes.go.id/article/view/20012900002/Kesiapsiagaanmengh>

[adapi-Infeksi-Novel-Coronavirus.html](#). Diakses tanggal 01 November 2021 jam 12.00 wib.

Kompas. (2020). *Kaitan Tekanan Psikologi Perawat di Tengah Pandemi Covid-19 dengan Tuntutan Profesionalitas Profesi Keperawatan*. <https://www.kompasiana.com/putrichalifa/5ec2bea3d541df598454dfb2/kaitantekanan-psikologi-perawat-di-tengah-pandemi-covid19-dengan-tuntutanprofesionalitas-profesi-keperawatan>. Repici, A., Maselli,

MenloPark, Calif. Addison-Wesley. Fadli, F., Safruddin, S., Ahmad,A.S., Sumbara,S., & Baharuddin,R. (2020). *Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan pada Tenaga Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan Covid-19*. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 6 (covid-19), 61. (<https://doi.org/10.17509/jpki.v6i1.24546>, diakses tanggal 01 November 2021 jam 08.00 wib)

Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.

R.,Colombo, M., Gabbiadini,R., Spadaccini, M., Anderloni,A., Carrara,S., Fugazza, A., Di Leo, M., Galtieri, P. A., Pellegatta, G., Ferrara, E. C.,Azzolini, E., & Lagioia, M. (2020). *Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of 70 endoscopy should know*. *Gastrointestinal Endoscopy*, 92(1), 192– 197. (<https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.03.019> diakses tanggal 13 November 2021 jam 11.00 wib) (<http://repository.unimus.ac.id/541/3/BAB%20II.pdf> Diunduh tanggal 13 November 2021 jam 12.00 wib)

- Santoso, M. D. Y. (2021). *STUDI FENOMENOLOGI PENGALAMAN PERAWAT DALAM MERAWAT PASIEN SUSPECT COVID-19*. Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah, 4(1),54-68. Sari,P.D., and Atiqoh,S.N. (2020). *Hubungan antara pengetahuan masyarakat Dengan kepatuhan penggunaan masker sebagai Upaya pencegahan penyakit covid-19 Di Ngronggah*. Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan. 10,(1).ISSN: 2086-2628.
- Setiawan,I KadekYogi. 2015.Pengaruh Latar Belakang Pendidikan dan Pengalaman Kerja terhadap Kinerja Karyawan pada PT. Federal International Finance (FIF) Group Cabang Singaraja. *Jurnal Jurusan Pendidikan Ekonomi (JJPE)* 5 (1) : 1-11. <https://media.neliti.com/media/publications/5400-ID-pengaruh-latar-belakang-pendidikan-dan-pengalaman-kerja-terhadap-kinerja-karyawan.pdf>. Diakses Tanggal 20 Januari 2022, Pk.15:00.
- Aci, Hapsarii. 2019. Tugas Teori Keperawatan Patricia Benner, <https://pdfcoffee.com/tugas-teori-keperawatan-patricia-benner-pdf-free.html>, diunduh tanggal 01 Januari 2022
- Faizin, Ahmad. 2008. *HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN DAN LAMA KERJA PERAWAT DENGAN KINERJA PERAWAT DI RSUP ANDAN ARANG KABUPATEN BOYOLALI*. Berita Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697,Vol.1 No.3,September2008:137-142. Diakses tanggal 28 Desember 2021

Dewi, Rustika., Dewi, Puspita. (2016). *Persepsi Perawat Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Spiritual Muslim di RS Muhammadiyah Bandung*.
Jurnal Keperawatan Aisyiyah, Vol 3 No 1.

Lampiran 1. Lembar Informasi Untuk Persetujuan Responden

Informed Consent dan Penjelasannya

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa pro S1 Keperawatan Stikes HangTuah Surabaya, atas nama:

Nama : Annisa Dewi Khartikasari

Nim : 201104

Dengan judul “Hubungan Lama Kerja Perawat dengan Tingkat Kecemasan dalam Menangani Wabah Covid-19 di RSUD Leuwiliang Bogor”

Tandatangan saya menunjukkan bahwa:

- a. Saya diberi informasi atau penjelasan tentang penelitian ini
- b. Saya mengerti penelitian ini bahwa akan dijamin kerahasiaannya. Semua berkas yang mencantumkan identitas dan jawaban yang saya berikan hanya diperlukan untuk pengolahan data
- c. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan mendorong pengembangan mengenai “Hubungan Lama Kerja Perawat dengan Tingkat Kecemasan dalam Menangani Wabah Covid-19 di RSUD Leuwiliang Bogor”

Oleh karena itu saya secara sukarela menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini. Tandatangan saya dibawah ini, sebagai bukti kesediaan saya menjadi responden penelitian

Peneliti,

Annisa Dewi Khartikasari

Nim. 2011004

Responden.....

Lampiran 2. Kuesioner Kecemasan DASS

KUESIONER KECEMASAN DASS

Judul : Hubungan Lama Kerja Tenaga Kesehatan dengan Tingkat Kecemasan dalam Menangani Wabah Covid-19 di RSUD Leuwiliang Bogor

Petunjuk :

- Baca dan pahami baik-baik setiap pertanyaan yang tersedia
- Isilah data demografi sesuai dengan kondisi anda
- Pada pertanyaan dengan pilihan ganda, pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai dengan memberikan tanda centang
- Pada pertanyaan dengan jawaban uraian, berikanlah pendapat anda

Data Demografi :

Nama :

Tanggal Lahir :

Usia : Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan

Profesi :

- Perawat
- Dokter
- Bidan
- Analis Kesehatan
- Farmasi
- Formasi lain, Sebutkan :
- Jabatan/Golongan :
- Tahun Awal Bekerja :
- Pendidikan Terakhir : D3 S1 Profesi Spesialis
- Tahun Lulus :
- Tahun Pengangkatan :

Pertanyaan :

1. Apakah mulut anda sering kali terasa kering?
 - a. Tidak Pernah
 - b. Kadang-Kadang
 - c. Sering
 - d. Hampir setiap saat

2. Apakah anda merasakan gangguan dalam bernapas, seperti napas cepat, sulit bernapas?
 - a. Tidak Pernah
 - b. Kadang-Kadang
 - c. Sering
 - d. Hampir setiap saat

3. Apakah anda merasakan kelemahan pada anggota tubuh?
 - a. Tidak Pernah
 - b. Kadang-Kadang
 - c. Sering
 - d. Hampir setiap saat

4. Apakah anda merasakan cemas yang berlebihan dalam suatu situasi namun bisa lega jika hal/situasi itu berakhir?
 - a. Tidak Pernah
 - b. Kadang-Kadang
 - c. Sering
 - d. Hampir setiap saat

5. Apakah anda seringkali merasa kelelahan?
 - a. Tidak Pernah
 - b. Kadang-Kadang

- c. Sering
 - d. Hampir setiap saat
6. Apakah anda seringkali berkeringat tanpa stimulasi oleh cuaca maupun latihan fisik?
- a. Tidak Pernah
 - b. Kadang-Kadang
 - c. Sering
 - d. Hampir setiap saat
7. Apakah anda merasakan ketakutan tanpa alasan yang jelas?
- a. Tidak Pernah
 - b. Kadang-Kadang
 - c. Sering
 - d. Hampir setiap saat
8. Apakah anda mengalami kesulitan dalam menelan?
- a. Tidak Pernah
 - b. Kadang-Kadang
 - c. Sering
 - d. Hampir setiap saat
9. Apakah anda mengalami masalah pada denyut nadi yang meningkat meskipun tanpa disertai latihan fisik?
- a. Tidak Pernah
 - b. Kadang-Kadang
 - c. Sering
 - d. Hampir setiap saat

10. Apakah anda merasa mudah panik?
- Tidak Pernah
 - Kadang-Kadang
 - Sering
 - Hampir setiap saat
11. Apakah anda merasa takut akan terhambat oleh tugas-tugas yang tidak biasa dilakukan?
- Tidak Pernah
 - Kadang-Kadang
 - Sering
 - Hampir setiap saat
12. Apakah anda seringkali merasa ketakutan?
- Tidak Pernah
 - Kadang-Kadang
 - Sering
 - Hampir setiap saat
13. Apakah anda merasa khawatir dengan situasi saat diri Anda mungkin menjadi panik dan mempermalukan diri sendiri?
- Tidak Pernah
 - Kadang-Kadang
 - Sering
 - Hampir setiap saat
14. Apakah anda sering gemetar tanpa alasan yang jelas?
- Tidak Pernah
 - Kadang-Kadang
 - Sering
 - Hampir setiap saat

15. Apakah yang anda rasakan saat merawat pasien Covid-19 saat pertamakali virus tersebut masuk di Indonesia?

Keterangan :

Tidak Pernah = 0

Kadang-Kadang = 1

Sering = 2

Hampir Setiap Saat = 3

Interpretasi :

Normal = Skor 0-7

Cemas Ringan = Skor 8-9

Cemas Sedang = Skor 10-14

Cemas Parah = Skor 15-19

Cemas Sangat Parah = Skor >20

Lampiran 3. Kuesioner Lama Kerja

KUESIONER LAMA KERJA

A. Petunjuk Pengisian Kuesioner

1. Jawab pertanyaan sesuai dengan keadaan anda dan pendapat anda secara jujur
2. Pilihlah salah satu jawaban dengan memberi tanda ceklist (v) pada jawaban yang sesuai dengan anda
3. Kriteria nilai berikut yang dipakai untuk mendefinisikan pengukuran pilihan,yaitu:
 - 5 untuk jawaban SS (Sangat Setuju)
 - 4 untuk jawaban S (Setuju)
 - 3 untuk jawaban R (Ragu)
 - 2 untuk jawaban TS (Tidak Setuju)
 - 1 untuk jawaban STS (Sangat Tidak Setuju)

B. Data Responden

1. Nama :
2. Umur :
3. Pendidikan Terakhir :

C. Masa Kerja

<6tahun (Baru)	6-10 tahun (Sedang)	>10 tahun (Lama)

D. Pengalaman Kerja (Diisi sesuai masa kerjanya)

1) Masa Kerja <6 tahun (baru)

No	Pernyataan	SS	S	R	TS	STS
1	ya Tidak Berpengalaman					
2	Pengetahuan yang kurang dapat meminimalkan kesalahan					
3	ya sangat tidak percaya diri dengan kemampuan saya selama bekerja					

2) Masa Kerja 6-10 tahun (sedang)

No	Pernyataan	SS	S	R	TS	STS
1	ya sudah berpengalaman					
2	Pengetahuan yang cukup dapat meminimalkan kesalahan					
3	ya percaya dengan kemampuan saya selama bekerja					

3) > 10 tahun (lama)

No	Pernyataan	S	S	R	S	TS
1	ya sangat berpengalaman					
2	Pengetahuan yang tinggi dapat membantu saya dalam pekerjaan					
3	ya sangat percaya diri dengan kemampuan saya selama bekerja					
4	mua pekerja baru selalumemintabantuansaya					

Lampiran 4. Tabulasi Hasil Kuesioner

Tabulasi Hasil Kuesioner

No.	Data Demografi				Lama Kerja (X)							Tingkat Kecemasan (Y)																				
	Usia	JK	Profesi	Pendidikan	<6 tahun			6-10 Thn			ΣX	Kategori	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	ΣY	Kategori Y			
					1	2	3	4	5	6			7	8	9																	
1	44	L	Perawat	S1	0	0	0	5	4	5	0	0	0	14	Sedang	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	3	9	Ringan
2	47	P	Perawat	S1	0	0	0	0	0	0	4	4	4	12	Lama	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	7	Normal
3	46	P	Perawat	S1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	6	Baru	0	0	0	3	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	3	11	Sedang
4	47	P	Perawat	S1	0	0	0	0	0	0	4	5	4	13	Lama	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	3	7	Normal
5	48	L	Analisis kesehatan	S2	0	0	0	0	0	0	4	5	5	14	Lama	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	5	Normal
6	30	L	Analisis kesehatan	S1	0	0	0	4	4	4	0	0	0	12	Sedang	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3	8	Ringan
7	37	L	Perawat	S1	0	0	0	0	0	0	4	3	4	11	Lama	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	6	Normal
8	45	L	Perawat	S1	0	0	0	4	4	4	0	0	0	12	Sedang	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	8	Ringan
9	42	L	Perawat	S1	0	0	0	3	4	3	0	0	0	10	Sedang	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	0	1	0	3	9	Ringan
10	40	P	Analisis kesehatan	S1	0	0	0	5	4	4	0	0	0	13	Sedang	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	3	8	Ringan
11	41	L	Farmasi	S1	0	0	0	0	0	0	4	5	4	13	Lama	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	7	Normal
12	36	L	Perawat	S1	0	0	0	2	4	3	0	0	0	9	Sedang	1	0	0	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	9	Ringan
13	41	P	Farmasi	S1	0	0	0	0	0	0	5	5	4	14	Lama	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3	7	Normal
14	40	P	Dokter	S1	0	0	0	0	0	0	4	4	5	13	Lama	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	3	7	Normal
15	39	P	Dokter	S1	0	0	0	0	0	0	5	5	4	14	Lama	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	6	Normal
16	45	P	Dokter	S2	0	0	0	0	0	0	4	4	4	12	Lama	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	6	Normal
17	27	P	Perawat	S1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	5	Baru	0	0	0	3	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	3	11	Sedang
18	26	L	Perawat	S1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	5	Baru	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	0	1	0	3	10	Sedang
19	35	P	Farmasi	S1	0	0	0	5	5	4	0	0	0	14	Sedang	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	2	8	Ringan
20	47	P	Dokter	S2	0	0	0	0	0	0	4	4	4	12	Lama	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	6	Normal
21	28	P	Perawat	S1	0	0	0	5	5	4	0	0	0	14	Sedang	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	3	8	Ringan
22	39	P	Perawat	S1	0	0	0	0	0	0	4	3	4	11	Lama	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	3	7	Normal
23	45	L	Perawat	S1	0	0	0	0	0	0	4	4	4	12	Lama	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	6	Normal
24	43	P	Farmasi	S1	0	0	0	0	0	0	4	5	5	14	Lama	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3	7	Normal
25	40	P	Farmasi	S1	0	0	0	0	0	0	5	5	5	15	Lama	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	6	Normal
26	30	L	Farmasi	S1	0	0	0	4	4	4	0	0	0	12	Sedang	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	3	0	1	0	2	9	Ringan
27	36	P	Dokter	S1	0	0	0	0	0	0	3	4	4	11	Lama	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	7	Normal
28	29	P	Farmasi	S1	0	0	0	5	4	4	0	0	0	13	Sedang	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	3	8	Ringan
29	29	L	Farmasi	S1	0	0	0	4	4	5	0	0	0	13	Sedang	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	3	9	Ringan

30	28	L	Perawat	S1	0	0	0	4	4	4	0	0	0	12	Sedang	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	3	0	0	0	2	8	Ringan	
31	29	P	Perawat	S1	0	0	0	4	4	4	0	0	0	12	Sedang	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	9	Ringan
32	27	L	Perawat	S1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	6	Baru	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	10	Sedang
33	38	P	Dokter	S1	0	0	0	0	0	0	5	5	5	15	Lama	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	6	Normal
34	31	L	Perawat	S1	0	0	0	4	5	5	0	0	0	14	Sedang	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	0	2	9	Ringan
35	30	L	Perawat	S1	0	0	0	4	5	5	0	0	0	14	Sedang	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	2	8	Ringan
36	30	P	Perawat	S1	0	0	0	5	5	4	0	0	0	14	Sedang	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3	8	Ringan
37	32	L	Perawat	S1	0	0	0	4	4	5	0	0	0	13	Sedang	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	3	8	Ringan
38	40	L	Bidan	D4	0	0	0	0	0	0	4	4	4	12	Lama	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	7	Normal
39	39	P	Bidan	D4	0	0	0	0	0	0	4	4	4	12	Lama	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3	7	Normal
40	30	P	Perawat	S1	0	0	0	4	4	4	0	0	0	12	Sedang	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	2	9	Ringan
41	32	P	Perawat	S1	0	0	0	4	4	4	0	0	0	12	Sedang	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	2	9	Ringan
42	29	P	Perawat	S1	0	0	0	4	5	5	0	0	0	14	Sedang	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	3	8	Ringan
43	28	P	Bidan	D4	0	0	0	4	4	4	0	0	0	12	Sedang	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3	8	Ringan
44	31	P	Bidan	D4	0	0	0	4	4	4	0	0	0	12	Sedang	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	2	8	Ringan
45	30	P	Bidan	D4	0	0	0	5	4	5	0	0	0	14	Sedang	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	3	8	Ringan

Lampiran 5. Deskripsi Hasil Tabulasi Kuesioner

Deskripsi Hasil Tabulasi Kuesioner

Frequencies Frequency Table

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26	1	2.2	2.2	2.2
	27	2	4.4	4.4	6.7
	28	3	6.7	6.7	13.3
	29	4	8.9	8.9	22.2
	30	6	13.3	13.3	35.6
	31	2	4.4	4.4	40.0
	32	2	4.4	4.4	44.4
	35	1	2.2	2.2	46.7
	36	2	4.4	4.4	51.1
	37	1	2.2	2.2	53.3
	38	1	2.2	2.2	55.6
	39	3	6.7	6.7	62.2
	40	4	8.9	8.9	71.1
	41	2	4.4	4.4	75.6
	42	1	2.2	2.2	77.8
	43	1	2.2	2.2	80.0
	44	1	2.2	2.2	82.2
	45	3	6.7	6.7	88.9
	46	1	2.2	2.2	91.1
	47	3	6.7	6.7	97.8
48	1	2.2	2.2	100.0	
Total		45	100.0	100.0	

Jenis.Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid	L	18	40.0	40.0	40.0
	P	27	60.0	60.0	100.0
	T otal	45	100.0	100.0	

Profesi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid	Analiskesehatan	3	6.7	6.7	6.7
	Bidan	5	11.1	11.1	17.8
	Dokter	6	13.3	13.3	31.1
	Farmasi	8	17.8	17.8	48.9
	Perawat	23	51.1	51.1	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid	D4	5	11.1	11.1	11.1
	S1	37	82.2	82.2	93.3
	S2	3	6.7	6.7	100.0
	T otal	45	100.0	100.0	

X.1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	41	91.1	91.1	91.1
	2	4	8.9	8.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

X.2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	41	91.1	91.1	91.1
	1	1	2.2	2.2	93.3
	2	3	6.7	6.7	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

X.3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	41	91.1	91.1	91.1
	1	1	2.2	2.2	93.3
	2	3	6.7	6.7	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

X.4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	22	48.9	48.9	48.9
	2	1	2.2	2.2	51.1
	3	1	2.2	2.2	53.3
	4	14	31.1	31.1	84.4
	5	7	15.6	15.6	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

X.5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	22	48.9	48.9	48.9
	4	17	37.8	37.8	86.7
	5	6	13.3	13.3	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

X.6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	22	48.9	48.9	48.9
	3	2	4.4	4.4	53.3
	4	14	31.1	31.1	84.4
	5	7	15.6	15.6	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

X.7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	27	60.0	60.0	60.0
	3	1	2.2	2.2	62.2
	4	13	28.9	28.9	91.1
	5	4	8.9	8.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

X.8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	27	60.0	60.0	60.0
	3	2	4.4	4.4	64.4
	4	8	17.8	17.8	82.2
	5	8	17.8	17.8	100.0

T otal	45	100.0	100.0	
-----------	----	-------	-------	--

X.9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid	0	27	60.0	60.0
	4	13	28.9	88.9
	5	5	11.1	100.0
T otal	45	100.0	100.0	

Y.1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid	0	38	84.4	84.4
	1	6	13.3	97.8
	2	1	2.2	100.0
T otal	45	100.0	100.0	

Y.2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid	0	37	82.2	82.2
	1	8	17.8	100.0
T otal	45	100.0	100.0	

Y.3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid	0	44	97.8	97.8
	1	1	2.2	100.0

T otal	45	100.0	100.0	
-----------	----	-------	-------	--

Y.4

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid	0	1	2.2	2.2
	1	38	84.4	86.7
	2	1	2.2	88.9
	3	5	11.1	100.0
T otal	45	100.0	100.0	

Y.5

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid	0	40	88.9	88.9
	1	5	11.1	100.0
T otal	45	100.0	100.0	

Y.6

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid	0	37	82.2	82.2
	1	8	17.8	100.0
T otal	45	100.0	100.0	

Y.7

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid	0	45	100.0	100.0

Y.8

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid 0	45	100.0	100.0	100.0

Y.9

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid 0	45	100.0	100.0	100.0

Y.10

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid 1	37	82.2	82.2	82.2
2	6	13.3	13.3	95.6
3	2	4.4	4.4	100.0
T otal	45	100.0	100.0	

Y.11

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid 1	26	57.8	57.8	57.8
2	12	26.7	26.7	84.4
3	7	15.6	15.6	100.0
T otal	45	100.0	100.0	

Y.12

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V alid 0	35	77.8	77.8	77.8

Valid	1	10	22.2	22.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Y.13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	35	77.8	77.8	77.8
	1	10	22.2	22.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Y.14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	45	100.0	100.0	100.0

Y.15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	2.2	2.2	2.2
	2	12	26.7	26.7	28.9
	3	32	71.1	71.1	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Lampiran 6. Kategori Variabel

Kategori Variabel

Kategori.X

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V Baru	4	8.9	8.9	8.9
alid Lama	18	40.0	40.0	48.9
Sedang	23	51.1	51.1	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Kategori.Y

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V Normal	18	40.0	40.0	40.0
alid Ringan	23	51.1	51.1	91.1
Sedang	4	8.9	8.9	100.0
Total	45	100.0	100.0	

Lampiran 7. Tabulasi Silang antara Lama Kerja Perawat dengan Tingkat Kecemasan

Tabulasi Silang antara Lama Kerja Perawat dengan Tingkat Kecemasan

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kategori.X *Kategori.Y	45	100.0%	0	.0%	45	100.0%

Kategori. X *Kategori. Y Cross tabulation

		Kategori.Y			Total
		Normal	Ringan	Sedang	
Kategori .X	Baru	Count of Total 0 .0%	0 .0%	4 8.9%	4 8.9%
	Lama	Count of Total 18 40.0%	0 .0%	0 .0%	18 40.0%
	Sedang	Count of Total 0 .0%	23 51.1%	0 .0%	23 51.1%
Total		Count of Total 18 40.0%	23 51.1%	4 8.9%	45 100.0%

Lampiran 8. Uji Spearman Product Moment

Uji Spearman Product Moment

Correlations

Correlations

	Total.X	Total.Y
Total. X Spearman Correlation	1.000	-.359**
Sig.(2-tailed)		.015
N	45	45
Total. Y Spearman Correlation	-.359**	1.000
Sig.(2-tailed)	.015	
N	45	45

** .Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 9. Surat Persetujuan Etik



PERSETUJUAN ETIK *(Ethical Approval)*

Komisi Etik Penelitian (KEP)
Stikes Hang Tuah Surabaya

Jl. Gedung No. 1 Telp. (031) 8411721, Fax. (031) 8411721 Surabaya

Surat Pernyataan Laik Etik Penelitian Kesehatan

Nomor : PE/08/1/2022/KEP/SHT

Protokol penelitian yang diusulkan oleh : Annisa Dewi Khartikasari

dengan judul :

**Hubungan Lama Kerja Perawat dengan Tingkat Kecemasan dalam Menangani
Wabah Covid19 di RSUD Leuwiliang Bogor**

dinyatakan laik etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan *Privacy*, dan 7) Persetujuan Sebelum Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator masing-masing Standar sebagaimana terlampir.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 25 Januari 2022 sampai dengan tanggal 25 Januari 2023



Ketua KEP

Christina Yulistuti, S.Kep.,Ns., M.Kep.
NIP. 03017



Lampiran 10. Curriculum Vitae

CURRICULUM VITAE

Nama : Annisa Dewi Khartikasari
Nim : 2011004
Program Studi : S-1 Keperawatan
Tempat, tanggal lahir : Jayapura, 19 April 1995
Agama : Islam
Email : Dewiannisa331@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Plus Al-Ashari Makassar : Lulus Tahun 2000
2. SD Plus Al-Ashari Makassar : Lulus Tahun 2005
3. SDN Keputih 245 Surabaya : Lulus Tahun 2007
4. SMP Muhammadiyah 5 Surabaya : Lulus Tahun 2010
5. SMAMuhammadiyah 2 Surabaya : Lulus Tahun 2013
6. Universitas Muhammadiyah Surabaya (D3) : Lulus Tahun 2016