

# Ujian Tesis

Fahimah Fauzi

NPM: 2018970042

Pembimbing

Luqman Effendi, S.Sos., M.Kes

**PROGRAM MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA**

Kami Panitia ujian Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta, yang terdiri atas:

<b>No</b>	<b>Nama Penguji</b>	<b>Instansi Asal</b>	<b>Keterangan</b>
1	Luqman Effendi, S.Sos., M.Kes	UMJ	Ketua Panitia Ujian Tesis
2	Dr. dr. Amir Syafruddin, M.Med.Ed	UMJ	Penguji Luar
3	Narila Mutia Nasir, SKM., MKM., Ph.D	UMJ	Penguji Luar
4	Triana Srisantyorini, S.K.M., M.Kes		Penguji Luar

Pada hari ini, Jumat 23 Juli 2021 akan menguji Saudara :

Nama : Fahimah Fauzi  
No Pokok Mahasiswa : 2018970042  
Peminatan : Manajemen Administrasi Rumah Sakit

Untuk menentukan apakah saudara dapat memenuhi salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta

Judul tesis yang akan diajukan adalah :

**DETERMINAN KEPATUHAN MENJALANKAN PROTOKOL COVID-19 PADA  
TENAGA KESEHATAN DI RUMAH SAKIT UMMI TAHUN 2020**

Ujian dianggap sah apabila dihadiri oleh minimal 3 (tiga) orang anggota  
panitia ujian tesis.

# Berita Acara Ujian Tesis

## Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta

<b>Identitas Mahasiswa</b>	
Nama Mahasiswa	: Fahimah Fauzi
Nomor Pokok Mahasiswa	: 2018970042
Peminatan	: Manajemen Administrasi Rumah Sakit
<b>Pendidikan</b>	
Tahun Masuk	: Tahun 2018/2019
Nilai-nilai mahasiswa	: Lihat Lampiran
Indeks Prestasi	:
Pembimbing Thesis	: Luqman Effendi, S.Sos., M.Kes
<b>Ujian Proposal</b>	
Tanggal	: Sabtu, 19 September 2020
Nilai	: 3.75
<b>Ujian Hasil</b>	
Tanggal	: Sabtu, 27 Maret 2021
Nilai	: 3.775

**PROGRAM MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA  
Peminatan: Manajemen Administrasi Rumah Sakit**

**REKAPITULASI NILAI UJIAN TESIS**

Nama Mahasiswa : Fahimah Fauzi  
NPM : 2018970042  
Tahun Akademik : 2020/2021  
Hari/Tanggal : Jumat, 23 Juli 2021  
Waktu : 09.00 - 10.30 WIB  
Pelaksanaan : Online Zoom Meeting  
Judul Tesis : Determinan Kepatuhan Menjalankan Protokol Covid-19 pada Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit UMMI Tahun 2020

TAHAPAN	NILAI		JUMLAH
	BOBOT	SKS	
1. Seminar Proposal	3.75	X 1	3.75
2. Seminar Hasil	3.775	X 2	7.55
3. Ujian Tesis	3.81	X 3	
<b>TOTAL</b>			

NILAI AKHIR=  $\frac{\text{Total}}{\Sigma\text{SKS}} = \frac{\quad}{6} =$     
*Angka Huruf*

Penjelasan Nilai :  
3.71- 4.00 = A  
3.31- 3.70 = A-  
3,01- 3.30 = B+  
2,71- 3.00 = B  
2,31- 2.70 = B-  
2,01- 2.30 = C+

Ketua Panitia Ujian Tesis

Luqman Effendi, S.Sos., M.Kes

## UJIAN TESIS

Hari/Tanggal Ujian	: Jumat, 23 Juli 2021
Pelaksanaan	: Onlien Zoom Meeting
Waktu	: 09.00 – 10.30 WIB
Judul Tesis	: Determinan Kepatuhan Menjalankan Protokol Covid-19 pada Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit UMMI Tahun 2020
Sifat ujian	: Tertutup
Dihadiri oleh	: 4 orang
Ketua Sidang	: Luqman Effendi, S.Sos., M.Kes
Penguji Dalam	: Dr. dr. Amir Syafruddin, M.Med.Ed Narila Mutia Nasir, SKM., MKM., Ph.D Triana Srisantyorini, S.K.M., M.Kes

Dari hasil sidang tesis ini, panitia sidang Ujian Tesis menyatakan bahwa peserta :

### LULUS/TIDAK LULUS\*

Dengan Nilai Ujian Tesis: .....

Jika peserta **Lulus**

Peserta harus/tidak harus memperbaiki tesis (dalam waktu : )

Jika peserta **TidakLulus**

Peserta harus/tidak harus menempuh ujian tesis kembali ( pada tanggal : )

Ketua Panitia Ujian Tesis

Luqman Effendi, S.Sos., M.Kes

# REKAPITULASI PENILAIAN UJIAN TESIS

## Diisi oleh Ketua Panitia Ujian Tesis

---

Nama Mahasiswa : Fahimah Fauzi  
 NPM : 2018970042  
 Tahun Akademik : 2020/2021  
 Hari/Tanggal : Jumat, 23 Juli 2021  
 Waktu : 09.00 - 10.30 WIB  
 Pelaksanaan : Online Zoom Meeting  
 Judul Tesis : Determinan Kepatuhan Menjalankan Protokol Covid-19 pada Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit UMMI Tahun 2020

No	Nama Penguji	Nilai
1	Luqman Effendi, S.Sos., M.Kes	
2	Dr. dr. Amir Syafruddin, M.Med.Ed	3.82
3	Narila Mutia Nasir, SKM., MKM., Ph.D	
4	Triana Srisantyorini, S.K.M., M.Kes	

$$\text{Nilai Ujian Tesis} = \frac{\text{Total Nilai}}{\text{Jumlah Penguji}} = \frac{\quad}{4} = \dots\dots\dots$$

Nilai tesis diperoleh dari penjumlahan nilai dari semua anggota penguji dibagi dengan jumlah tim penguji. Nilai ujian tesis akan mempengaruhi 50% dari nilai akhir. Tesis sesuai bobot bersama nilai ujian proposal dan hasil.

**Bobot Penilaian Akhir Thesis**

Ujian Proposal	Ujian Hasil	Ujian Tesis
1	2	3

Konversi Nilai					
A	A-	B+	B	B-	C+
4.00	3,70	3.30	3.00	2.70	2.30
Batas kelulusan nilai akhir = 2,75					

Ketua Panitia Ujian Tesis

Luqman Effendi, S.Sos., M.Kes

**Ujian ini sah apabila dihadiri oleh pembimbing Tesis, penguji dalam (2 orang) dan penguji luar**

**PROGRAM MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA  
Peminatan: Manajemen Administrasi Rumah Sakit**

**Formulir Penilaian Ujian Tesis**

Nama Penguji : Luqman Effendi, S.Sos., M.Kes  
 Nama Mahasiswa : Fahimah Fauzi  
 NPM : 2018970042  
 Tahun Akademik : 2020/2021  
 Hari/Tanggal : Jumat, 23 Juli 2021  
 Waktu : 09.00 - 10.30 WIB  
 Pelaksanaan : Online Zoom Meeting  
 Judul Tesis : Determinan Kepatuhan Menjalankan Protokol Covid-19 pada Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit UMMI Tahun 2020

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Bobot	Nilai x Bobot
1	<b>Konsep Pemikiran</b> Kejelasan masalah dan latar belakang, Tujuan Penelitian , Kerangka Konsep Definisi Operasional, Hipotesa (bila ada)		1	
2	<b>Penggunaan Kepustakaan</b> Relevansi, Komprehensivitas Keterkinian		1	
3	<b>Metodologi Penelitian</b> Desain Penelitian Metode statistic dan/atau metode analisis data Alasan pemilihan metode Kelengkapan instrumen penelitian		2	
4	<b>Hasil Penelitian, Pembahasan &amp; Saran</b> Hasil Penelitian Penambahan Penelitian Kesimpulan, Saran teoritis dan aplikatif		3	
5	<b>Penulisan Tesis</b> Cara Penulisan Sistematika Penulisan Ketepatan Penggunaan bahasa Susunan Bahasa		1	
6	<b>Presentasi &amp;Tanya jawab</b> Kejelasan Pengemukaan Isi Tesis Kemampuan Penyajian Penguasaan Materi Ketepatan Menjawab Pertanyaan Kemampuan Beragumentasi		2	
		<u>Nilai Ujian Tesis</u> Jumlah bobot		

Penjumlahan nilai x Bobot dibagi  
10 dan dijadikan huruf

**Batas kelulusan nilai akhir = 2,75**

**Penjelasan Nilai:**

3,71- 4.00 = A  
 3,31- 3.70 = A-  
 3,01- 3.30 = B+  
 2,71- 3.00 = B  
 2,31- 2.70 = B-  
 2,01- 2.30 = C+

Penguji,

Luqman Effendi, S.Sos., M.Kes

apabila nilai untuk masing-masing aspek yang dinilai terisi lengkap





# Ujian Tesis

Fahimah Fauzi

NPM: 2018970042

Penguji

Dr. dr. Amir Syafruddin, M.Med.Ed

**PROGRAM MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA  
Peminatan: Manajemen Administrasi Rumah Sakit**

**Formulir Penilaian Ujian Tesis**

Nama Penguji : Dr. dr. Amir Syafruddin, M.Med.Ed  
 Nama Mahasiswa : Fahimah Fauzi  
 NPM : 2018970042  
 Tahun Akademik : 2020/2021  
 Hari/Tanggal : Jumat, 23 Juli 2021  
 Waktu : 09.00 - 10.30 WIB  
 Pelaksanaan : Online Zoom Meeting  
 Judul Tesis : Determinan Kepatuhan Menjalankan Protokol Covid-19 pada Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit UMMI Tahun 2020

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Bobot	Nilai x Bobot
1	<b>Konsep Pemikiran</b> Kejelasan masalah dan latar belakang, Tujuan Penelitian , Kerangka Konsep Definisi Operasional, Hipotesa (bila ada)		1	
2	<b>Penggunaan Kepustakaan</b> Relevansi, Komprehensivitas Keterkinian		1	
3	<b>Metodologi Penelitian</b> Desain Penelitian Metode statistic dan / atau metode analisis data Alasan pemilihan metode Kelengkapan instrumen penelitian		2	
4	<b>Hasil Penelitian, Pembahasan &amp; Saran</b> Hasil Penelitian Penambahan Penelitian Kesimpulan, Saran teoritis dan aplikatif		3	
5	<b>Penulisan Tesis</b> Cara Penulisan Sistematika Penulisan Ketepatan Penggunaan bahasa Susunan Bahasa		1	
6	<b>Presentasi &amp;Tanya jawab</b> Kejelasan Pengemukaan Isi Tesis Kemampuan Penyajian Penguasaan Materi Ketepatan Menjawab Pertanyaan Kemampuan Beragumentasi		2	
		<u>Nilai Ujian Tesis</u> Jumlah bobot		3.82

Penjumlahan nilai x Bobot dibagi  
10 dan dijadikan huruf

**Batas kelulusan nilai akhir = 2,75**

**Penjelasan Nilai:**

3.71- 4.00 = A  
 3.31- 3.70 = A-  
 3,01- 3.30 = B+  
 2,71- 3.00 = B  
 2,31- 2.70 = B-  
 2,01- 2.30 = C+

Penguji  


Dr. dr. Amir Syafruddin, M.Med.Ed

apabila nilai untuk masing-masing aspek yang dinilai terisi lengkap

## PERBAIKAN TESIS

Sesuai dengan jalannya ujian Tesis, perbaikan-perbaikan yang harus dan/atau disarankan untuk dilakukan pada ujian ini adalah sbb:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

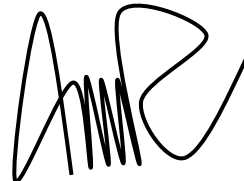
---

---

---

Jakarta, 23 Juli 2021

Penguji



Dr. dr. Amir Syafuruddin, M.Med.Ed

# Ujian Tesis

Fahimah Fauzi

NPM: 2018970042

Penguji

Narila Mutia Nasir, SKM., MKM.,  
Ph.D

**PROGRAM MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA  
Peminatan: Manajemen Administrasi Rumah Sakit**

**Formulir Penilaian Ujian Tesis**

Nama Penguji : Narila Mutia Nasir, SKM., MKM., Ph.D  
 Nama Mahasiswa : Fahimah Fauzi  
 NPM : 2018970042  
 Tahun Akademik : 2020/2021  
 Hari/Tanggal : Jumat, 23 Juli 2021  
 Waktu : 09.00 - 10.30 WIB  
 Pelaksanaan : Online Zoom Meeting  
 Judul Tesis : Determinan Kepatuhan Menjalankan Protokol Covid-19 pada Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit UMMI Tahun 2020

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Bobot	Nilai x Bobot
1	<b>Konsep Pemikiran</b> Kejelasan masalah dan latar belakang, Tujuan Penelitian , Kerangka Konsep Definisi Operasional, Hipotesa (bila ada)		1	
2	<b>Penggunaan Kepustakaan</b> Relevansi, Komprehensivitas Keterkinian		1	
3	<b>Metodologi Penelitian</b> Desain Penelitian Metode statistic dan / atau metode analisis data Alasan pemilihan metode Kelengkapan instrumen penelitian		2	
4	<b>Hasil Penelitian, Pembahasan &amp; Saran</b> Hasil Penelitian Penambahan Penelitian Kesimpulan, Saran teoritis dan aplikatif		3	
5	<b>Penulisan Tesis</b> Cara Penulisan Sistematika Penulisan Ketepatan Penggunaan bahasa Susunan Bahasa		1	
6	<b>Presentasi &amp;Tanya jawab</b> Kejelasan Pengemukaan Isi Tesis Kemampuan Penyajian Penguasaan Materi Ketepatan Menjawab Pertanyaan Kemampuan Beragumentasi		2	
		<u>Nilai Ujian Tesis</u> Jumlah bobot		

Penjumlahan nilai x Bobot  
dibagi 10 dan dijadikan huruf

**Batas kelulusan nilai akhir = 2,75**

**Penjelasan Nilai:**

3.71- 4.00 = A  
 3.31- 3.70 = A-  
 3,01- 3.30 = B+  
 2,71- 3.00 = B  
 2,31- 2.70 = B-  
 2,01- 2.30 = C+

Penguji,

Narila Mutia Nasir, SKM., MKM., Ph.D

apabila nilai untuk masing-masing aspek yang dinilai terisi lengkap

# PERBAIKAN TESIS

Sesuai dengan jalannya ujian Tesis, perbaikan-perbaikan yang harus dan/atau disarankan untuk dilakukan pada ujian ini adalah sbb:

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

Jakarta, 23 Juli 2021

Penguji

Narila Mutia Nasir, SKM., MKM., Ph.D

# Ujian Tesis

Fahimah Fauzi

NPM: 2018970042

Penguji

Triana Srisantyorini, S.K.M., M.Kes

**PROGRAM MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA**

**Peminatan: Manajemen Administrasi Rumah Sakit**

**Formulir Penilaian Ujian Tesis**

Nama Penguji : Triana Srisantyorini, S.K.M., M.Kes  
 Nama Mahasiswa : Fahimah Fauzi  
 NPM : 2018970042  
 Tahun Akademik : 2020/2021  
 Hari/Tanggal : Jumat, 23 Juli 2021  
 Waktu : 09.00 - 10.30 WIB  
 Pelaksanaan : Online Zoom Meeting  
 Judul Tesis : Determinan Kepatuhan Menjalankan Protokol Covid-19 pada Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit UMMI Tahun 2020

No	Aspek yang dinilai	Nilai	Bobot	Nilai x Bobot
1	<b>Konsep Pemikiran</b> Kejelasan masalah dan latar belakang, Tujuan Penelitian , Kerangka Konsep Definisi Operasional, Hipotesa (bila ada)		1	
2	<b>Penggunaan Kepustakaan</b> Relevansi, Komprehensivitas Keterkinian		1	
3	<b>Metodologi Penelitian</b> Desain Penelitian Metode statistic dan / atau metode analisis data Alasan pemilihan metode Kelengkapan instrumen penelitian		2	
4	<b>Hasil Penelitian, Pembahasan &amp; Saran</b> Hasil Penelitian Penambahan Penelitian Kesimpulan, Saran teoritis dan aplikatif		3	
5	<b>Penulisan Tesis</b> Cara Penulisan Sistematika Penulisan Ketepatan Penggunaan bahasa Susunan Bahasa		1	
6	<b>Presentasi &amp;Tanya jawab</b> Kejelasan Pengemukaan Isi Tesis Kemampuan Penyajian Penguasaan Materi Ketepatan Menjawab Pertanyaan Kemampuan Beragumentasi		2	
		<u>Nilai Ujian Tesis</u> Jumlah bobot		

Penjumlahan nilai x Bobot  
dibagi 10 dan dijadikan huruf

**Batas kelulusan nilai akhir = 2,75**

**Penjelasan Nilai:**

3,71- 4,00 = A  
 3,31- 3,70 = A-  
 3,01- 3,30 = B+  
 2,71- 3,00 = B  
 2,31- 2,70 = B-  
 2,01- 2,30 = C+

Penguji,

Triana Srisantyorini, S.K.M., M.Kes

**Penilaian dianggap sah apabila nilai untuk masing-masing aspek yang dinilai terisi lengkap**









JUDUL

**Krisis Kesehatan Mental Para Dokter Selama Pandemi Covid-19  
Di Indonesia**

TESIS

*(Mental Health Crisis of Doctor During The COVID-19 Pandemic  
in Indonesia)*

Disusun Oleh:

Muhamad Fahmi Ayyub

NPM

(2019970050)

PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT FAKULTAS  
KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH

JAKARTA

2021



JUDUL

**KRISIS KESEHATAN MENTAL PARA DOKTER SELAMA  
PANDEMI COVID-19 DI INDONESIA**

TESIS

*(Mental Health Crisis of Medical Workers During The COVID-19  
Pandemic in Indonesia)*

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat  
Untuk Menyelesaikan Studi Strata Dua (S-2)  
Magister Kesehatan Masyarakat

Disusun Oleh:

Muhamad Fahmi Ayyub

NPM

(2019970050)

PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT FAKULTAS  
KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH  
JAKARTA

2021

## PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Muhamad Fahmi Ayyub  
NPM : 2019970050  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Tesis : Krisis Kesehatan Mental Para Dokter Selama  
Pandemi COVID-19 di Indonesia

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Sidang Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.**

### **TIM PENGUJI :**

#### **Pembimbing :**

Dr. Dewi Purnamawati, SKM, M.K.M (.....)

#### **Penguji Ahli :**

Dr. dr. Amir Syafruddin, M.Med.Ed (.....)

Dr. dr. H. Abul A'la Al Maududi, MA., Sp.P., AL Hafizh (.....)

dr. Agung Frijanto, SpKJ, MH. (.....)

### **MENGETAHUI :**

Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat

Dr. Dewi Purnamawati, SKM, M.K.M (.....)

Ditetapkan di Jakarta  
Tanggal : 02 September 2021

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Semua sumber yang saya gunakan dalam penulisan ini telah saya cantumkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.
2. Jika dikemudian hari terbukti bahwa karya ini bukan hasil karya asli saya atau merupakan jiplakan dari karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi yang berlaku di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.
3. Tesis ini merupakan hasil karya asli saya yang diajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Jakarta, 24 Agustus 2021

(Materai 3.000)



(Muhamad Fahmi Ayyub)

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TESIS UNTUK  
KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai Civitas Akademik Universitas Muhammadiyah Jakarta, saya yang bertandatangan dibawah ini,

Nama : Muhamad Fahmi Ayyub

NPM : 2019970050

Program Studi: Ilmu Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Manajemen Administrasi Rumah Sakit

Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif kepada Universitas Muhammadiyah Jakarta atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Krisis Kesehatan Mental Para Dokter Selama Pandemi COVID-19 Di Indonesia**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Royalti Non- Eksklusif ini Universitas Muhammadiyah Jakarta berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada Tanggal : 21 Februari 2021

**Yang Menyatakan**



**(Muhamad Fahmi Ayyub)**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN EPIDEMIOLOGI**

**Tesis, Februari 2021**

**Muhamad Fahmi Ayyub**

**Krisis Kesehatan Mental Para Dokter Selama Pandemi COVID-19 di Indonesia**

**xv + 180 halaman + 10 tabel + 17 gambar + 5 lampiran**

### **ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Wabah COVID-19 kesehatan menimbulkan krisis mental pada para pekerja kesehatan, khususnya di Indonesia, dimana banyak dokter, perawat dan petugas kesehatan yang bekerja dengan rasa cemas, was-was dan rasa ketakutan yang tinggi serta mengalami krisis kesehatan mental karena ketidaktersediaan alat pelindung diri (APD).

**Tujuan:** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi secara mendalam kondisi kesehatan mental para dokter selama pandemik *Corona Virus Disease -19* (COVID-19) di Indonesia.

**Metodologi:** Penelitian ini adalah penelitian kualitatif menggunakan Design studi fenomologi untuk melihat secara mendalam kesehatan mental para pekerja medis meliputi kecemasan atau ketakutan, kekhawatiran, frustrasi, kesendirian, kemarahan, kebosanan, ketidakpastian, keinginan untuk menggunakan rokok, alkohol atau obat-obatan, gejala kecemasan, gejala depresi dan gejala gangguan stres pasca-trauma (PTSD). Penelitian dilakukan di beberapa wilayah Indonesia mulai Indonesia bagian barat, tengah dan timur, dengan lokasi di Rumah Sakit Darurat dan fasilitas pelayanan kesehatan tempat karantina pasien COVID-19, RSUD/RSUD rujukan COVID-19 baik negeri atau swasta, dan puskesmas di Indonesia. Informan adalah para dokter yang bertugas di RS Darurat RSUD/RSU dan Puskesmas yang menangani pasien COVID-19. Jumlah informan berjumlah 24 orang (13 informan dari Indonesia barat; 5 informan Indonesia tengah dan 6 orang informan Indonesia timur). Informan Kunci adalah dokter Ketua Satgas COVID-19 dan manajer koordinator Rumah Sakit Darurat dan beberapa kepala puskesmas dan dokter yang bekerja di Rumah Sakit. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan dianalisis secara analisis tematik

**Hasil:** Pada Indonesia bagian barat, lebih dari separuh informan mengalami keluhan episode depresi, sisanya mengalami keluhan episode pasca trauma. Pada Indonesia tengah, lebih dari separuh informan mengalami gangguan stres pasca trauma, sisanya mengalami episode depresif dan gangguan cemas menyeluruh sedangkan pada Indonesia bagian timur lebih dari separuh informan tidak mengalami gangguan kesehatan mental dan hanya Sebagian yang mengalami episode depresif dan gangguan cemas menyeluruh.

**Kesimpulan:** Hasil wawancara mendalam menunjukkan Kekhawatiran, kecemasan dan ketakutan terbesar para dokter adalah takut tertular dan takut menularkan keluarga di rumah. Kelelahan paling berat para dokter adalah kekurangan tenaga dan beban kerja yang berat karena banyak yang menjalani isolasi mandiri.

**Kata kunci:** COVID-19, Kesehatan mental, Kualitatif, Dokter.

**Daftar Pustaka:** 162 (2019 – 2021)



UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH JAKARTA  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH  
STUDY PROGRAM OF PUBLIC HEALTH  
DEPARTMENT OF EPIDEMIOLOGY

Thesis, February 2021

Muhamad Fahmi Ayyub

Mental Health Crisis of Doctor During The COVID-19 Pandemic In Indonesia

xv + 180 Pages + 10 tables + 17 pictures + 5 attachment

### ABSTRACT

**Background:** The COVID-19 outbreak of health has caused a mental crisis for health workers, especially in Indonesia, where many doctors, nurses and health workers work with high anxiety, anxiety and fear and experience a mental health crisis due to unavailability of personal protective equipment (PPE).

**Purpose:** The purpose of this study was to identify in depth the mental health conditions of doctors during the COVID-19 pandemic in Indonesia.

**Method:** This study is a qualitative research using a phenomenological study design to examine in depth the mental health of medical workers including anxiety or fear, worry, frustration, loneliness, anger, boredom, uncertainty, desire to use cigarettes, alcohol or drugs, symptoms of anxiety, symptoms of depression and symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD). The study was conducted in all regions of Indonesia, starting from western, central and eastern Indonesia, with locations in athletes' homestays, quarantine facilities for COVID-19 patients, COVID-19 referral hospitals / hospitals, both public and private, and health centers in Indonesia. Informants are doctors on duty at RSUD/RSD/Puskesmas/Puskesmas that treat COVID-19 patients. The number of informants is 24 people (13 informants from western Indonesia; 5 informants from central Indonesia and 6 informants from eastern Indonesia). The key informants are the head doctor of the COVID-19 task force and the coordinating manager of the athlete's homestead and several heads of puskesmas and doctors who work in hospitals. Data were collected through in-depth interviews and analyzed by thematic analysis.

**Result:** In western Indonesia, more than half of the informants experienced complaints of depressive episodes, the rest experienced complaints of post-traumatic episodes. In central Indonesia, more than half of the informants experienced post-traumatic stress disorder, the rest experienced depressive episodes and generalized anxiety disorder, while in eastern Indonesia more than half of the informants did not experience mental health disorders and only some experienced depressive episodes and generalized anxiety disorders.

**Conclusion:** The results of in-depth interviews show that the greatest concern, anxiety and fear of doctors is the fear of infection and the fear of infecting the family at home. The biggest fatigue for the health workers is the lack of energy and the heavy workload because many are self-isolating.

**Keywords:** COVID-19, mental health, Qualitative Study, Doctor.

**Bibliography:** 162 (2019 – 2021)

## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, atas berkat dan rahmat-Nya, akhirnya peneliti dapat menyusun proposal penelitian ini dengan judul: “**KRISIS KESEHATAN MENTAL PARA DOKTER SELAMA PANDEMI COVID-19 DI INDONESIA** (*Mental Health Crisis of Healthcare Workers During The COVID-19 Pandemic in Indonesia*)”. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta. Saya menyadari pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dr. Dewi Purnamawati, SKM, M.K.M, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini.
2. Dr. dr. Amir Syafruddin, M.Med.Ed, Dr. dr. H. Abul A'la Al Maududi, MA., Sp.P., AL Hafizh, dr. Agung Frijanto, SpKJ, MH. selaku dosen penguji yang telah memberikan banyak masukan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
3. Para Dokter, Ketua Satgas Koordinator, Jubir Rumah Sakit Darurat Batch 1 sampai 4, para dokter teman sejawat yang telah bekerja di Rumah Sakit Darurat, Kepala Puskesmas, para-Manager, para Koordinator, tim Satgas covid para dokter garda depan di puskesmas dan RS/RSUD di seluruh Indonesia yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan.
4. Dr. Andriyani, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta yang memberikan fasilitas dan kesempatan untuk belajar.
5. Dr. Dewi Purnamawati, SKM, M.K.M, selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta yang mengarahkan dalam proses belajar mengajar.
6. Pihak-pihak terkait yang tidak bisa disebutkan satu persatu oleh penulis.


Peneliti sepenuhnya menyadari bahwa proposal penelitian ini tidak mungkin terselesaikan tanpa bantuan banyak pihak, terutama atas kerjasama dengan para dosen, tenaga kesehatan dan teman sejawat lainnya. Namun demikian saran yang konstruktif dari berbagai pihak sangat peneliti harapkan sehingga penelitian yang dilakukan ini memiliki kegunaan dalam memperbaiki kebijakan kinerja pemerintah dan semua pihak,

khususnya masyarakat dan para dokter di dalam penyediaan pelayanan selama pandemik COVID-19.

Akhir kata, saya berdoa kepada Allah SWT agar berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu. Akhirnya peneliti berharap semoga pelaksanaan penelitian dapat berjalan lancar sesuai metode penelitian, proposal penelitian dan hasil penelitiannya nanti bermanfaat bagi pengembangan teori, institusi fakultas Kesehatan Masyarakat Uuniversitas Muhammadiyah Jakarta, Dinas Kesehatan dan Pemerintah Indonesia khususnya Kementerian Kesehatan dan Garda Terdepan tim Percepatan Penanggulangan COVID-19.

Jakarta, 21 Februari 2021

Penulis



dr. M. Fahmi Ayyub

## DAFTAR ISI

KOVER	
HALAMAN JUDUL	
KRISIS KESEHATAN MENTAL PARA DOKTER SELAMA PANDEMI COVID-19 DI INDONESIA .....	i
PENGESAHAN .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
PERNYATAAN PUBLIKASI TESIS .....	iii
ABSTRAK .....	iv
ABSTRACT .....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
DAFTAR TABEL .....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	11
1.3 Tujuan Penelitian .....	12
1.3.1 Tujuan Umum.....	12
1.3.2 Tujuan Umum.....	12
1.4 Manfaat Penelitian.....	12
1.4.1 Aspek Teoritis .....	12
1.4.2 Aspek Praktis.....	12
1.4.3 Aspek Islam dan Kemuhamadiyah .....	13
1.4.4 Ruang Lingkup .....	13
BAB II KAJIAN PUSTAKA .....	15
2.1. COVID-19.....	15
2.1.2 Etiologi COVID.....	16
2.1.2 Sejarah	16
2.1.3 Epidemiologi .....	17
2.1.4 Virologi.....	17

2.1.5 Transmisi .....	19
2.1.6 Faktor Resiko.....	19
2.1.7 Variant Delta .....	20
2.1.8 COVID dan Kesehatan Mental.....	22
2.2. Kesehatan Mental .....	25
2.2.1 Pengertian Kesehatan Mental .....	25
2.2.2 Indikator Kesehatan Mental .....	26
2.2.3 Prinsip Prinsip Kesehatan Mental .....	27
2.2.4 Gangguan Kesehatan Mental.....	29
2.2.5 Paradigma Kesehatan Mental .....	29
2.2.6 Mengukur Kesehatan Mental .....	32
2.2.7 Kesehatan Mental dan Hubungan dengan pandemic COVID-19.....	35
2.2.8 Kesehatan Mental Para Dokter selama COVID-19.....	37
2.3. Kerangka Teori .....	40
2.3.1 Kecemasan.....	41
2.3.2 Ketakutan.....	42
2.3.3 Kekhawatiran.....	43
2.3.4 Frustrasi .....	44
2.3.5 Kesendirian.....	45
2.3.5 Kemarahan.....	46
2.3.7 Kebosanan .....	47
2.3.8 Ketidakpastian .....	48
2.3.9 Depresi.....	49
2.3.10 Stres Pasca-Trauma (PTSD).....	50
2.3.11 Hasil Penelitian Terkait Yang Relevan .....	52
2.3.12 Kerangka Teori .....	58
<b>BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN.....</b>	<b>59</b>
3.1 Kerangka Konsep .....	59
3.2 Definisi Istilah .....	60
3.3 Pertanyaan Penelitian .....	64
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>65</b>
4.1 Desain Penelitian .....	65
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	65
4.3. Instrumen Penelitian .....	66
4.4 Informan Penelitian .....	67

4.5 Teknik Pengumpulan data .....	68
4.5.1 Wawancara Mendalam .....	68
4.5.2 Pengamatan.....	69
4.5.3 Dokumentasi.....	69
4.6 Metode Pengumpulan Data .....	70
4.7 Analisis Data .....	71
4.8 Validasi Penelitian .....	72
<b>BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>73</b>
5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian .....	73
5.1.1 Wilayah Indonesia Bagian Barat .....	73
1. Rumah Sakit Darurat .....	73
2. Fasyankes.....	77
3. RSUD.....	77
4. RS Swasta.....	80
5. Puskesmas .....	80
5.1.2 Wilayah Indonesia Bagian Tengah.....	83
1. Fasyankes .....	83
2. RSUD .....	83
3. RS Swasta.....	84
4. Puskesmas.....	84
5.1.3 Wilayah Indonesia Bagian Timur.....	84
1. Fasyankes .....	85
2. RSUD.....	85
3. Puskesmas.....	86
5.2 Karakteristik Responden .....	86
5.3 Kesehatan mental.....	90
5.3.1 Kecemasan.....	90
5.3.2 Depresi .....	93
5.3.3 PTSD .....	102
5.4 Pembahasan .....	106
5.5.1 Kesehatan Mental Dokter Saat Pandemi .....	106
5.5.2 Aspek AIK Dalam Kesehatan Mental .....	115
5.5 Keterbatasan Penelitian .....	122
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>125</b>
6.1 Kesimpulan .....	125

6.2 Saran.....	127
DAFTAR PUSTAKA.....	130
TEKNIK WAWANCARA TAMBAHAN.....	143
LAMPIRAN.....	148
ANGGARAN BIAYA.....	148
JADUAL PENELITIAN.....	150

## DAFTAR SINGKATAN

- 3M = Memakai Masker, Mencuci Tangan, Menjaga Jarak Dan Menghindari Kerumunan
- 5M = Memakai Masker, Mencuci Tangan Pakai Sabun Dan Air Mengalir, Menjaga Jarak, Menjauhi Kerumunan, Serta Membatasi Mobilisasi Dan Interaksi
- ABK = Anak Buah Kapal
- ALKES = Alat Kesehatan
- APD = Alat Pelindung Diri
- CEMPUT = Cempaka Putih
- DBD = Demam Berdarah Dengue
- DKI = Daerah Khusus Ibukota
- DLL = Dan Lain Lain
- DM = Diabetes Melitus
- DPJP = Dokter Penanggung Jawab Pasien
- DPTH = Dokter Penyakit Dalam Tenaga Harian
- DR = Dokter
- GCS = Glasgow Coma Scale
- GW = Gue / Aku / Saya
- HAZMAT : Hazard Material
- HCU = High Care Unit
- HT = Handy Talky
- ICU = Intensive Care Unit
- IDI = Ikatan Dokter Indonesia
- IG = Instagram
- N95 = Makser Respirator
- NAKES = Tenaga Kesehatan
- NRM = Non Rebreathing Mask
- PARNO = Ketakutan
- PCR = Polimerase Chain Reaction
- POLRI = Polisi Republik Indonesia
- PPDS = Program Pendidikan Dokter Spesialis



PROKES = Promosi Kesehatan  
PTT = Pegawai Tidak Tetap  
RS = Rumah Sakit  
RSU = Rumah Sakit Umum  
RSUD = rumah sakit umum daerah  
RT = Rukun Tetangga  
SDM = Sumber Daya Manusia  
STW = Sasana Tresna Wredha  
THDSK = Tenaga Harian Dengan Sistem Kontrak  
TKI = Tenaga Kerja Indonesia  
TKW = Tenaga Kerja Wanita  
TNI = Tentara Nasional Indonesia  
TV = Televisi  
UGD = Unit Gawat darurat  
UMR = Upah Minimum Regional  
UPT = Unit Pelayanan Terpadu  
VIP = Very Important People  
VVIP = Very Very Important People  
WA = Whatapp  
WHO =World Health Organization

**DAFTAR TABEL**

Tabel 1 Penelitian Terkait Yang Relevan .....	52
Tabel 2 Informan Berdasarkan Wilayah Dan Tempat Penugasan ... <b>Error! Bookmark not defined.</b>	5
Tabel 3 Distribusi Informan Berdasarkan Wilayah Tempat Dan Tugas .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tabel 4 Distribusi Informan Berdasarkan Karakteristik .....	88
Tabel 5 Rincian Anggaran Biaya Penelitian .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tabel 6 Log Book .....	151
Tabel 7 Kesimpulan Hasil Wawancara .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tabel 8 Kesehatan Mental Informan Wilayah Indonesia Barat .....	154
Tabel 9 Kesehatan Mental Informan Wilayah Indonesia Tengah .....	157
Tabel 10 Kesehatan Mental Informan Wilayah Indonesia Timur .....	160

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Struktur Genom Virus .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Gambar 2. Infographic Gangguan Psikologis Terkait Covid-19 di Indonesia. ....	24
Gambar 3. Kerangka Teori Penelitian .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Gambar 4. Kerangka Konsep Penelitian .....	56 <b>Error! Bookmark not defined.</b>
Gambar 5. Rumah Sakit Darurat Kemayoran Jakarta .....	70
Gambar 6. Fasyankes DKI Jakarta .....	73
Gambar 7. RSUD Negeri Rujukan COVID Indonesia Bagian Barat .....	<b>Error!</b>
<b>Bookmark not defined.</b>	
Gambar 8. RS Jawa Timur .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Gambar 9. Puskesmas Indonesia Bagian Barat .....	77
Gambar 10. Fasyankes Kalimantan Selatan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Gambar 11. RSUD Sulawesi Tengah .....	80
Gambar 12. RS Swasta Rujukan COVID Di Indonesia Bagian Tengah .....	81
Gambar 13. Puskesmas Sulawesi Tenggara .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Gambar 14. Fasyankes Maluku Utara .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Gambar 15. RSUD Rujukan COVID Indonesia Bagian Timur .....	82
Gambar 16. Puskesmas Maluku Utara .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

Gambar 17. Karangan Bunga Nakes Kepulauan Bangka Belitung **.Error! Bookmark not defined.**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Setelah wabah virus COVID-19 di Wuhan, Cina, yang telah menyebar ke berbagai negara dan menimpa banyak orang, Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) dan *World Health Organization* (WHO) telah menyatakan virus tersebut sebagai wabah. Namun, pada 11 Maret 2020 lalu setelah virus *Coronavirus Disease-19* COVID-19 ini menginfeksi lebih banyak di negara-negara diluar China, seperti Italia, Iran, dan Spanyol, yang memiliki ekstensi jumlah kasus dan tingkat kematian tertinggi, akhirnya Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) resmi mendeklarasikan COVID-19 sebagai pandemi, yang artinya bahwa infeksi COVID-19 memiliki karakteristik untuk memenuhi syarat sebagai fenomena wabah infeksi serius dunia. Konferensi pers juga telah dilakukan dan menjelaskan bahwa 'tingkat penyebaran virus korona yang mengkhawatirkan, keparahan dan kelambanan' dan kurang siapnya persiapan menghadapi pandemik sebagai salah satu dari sekian alasan jumlah kasus kematian terus bertambah meningkat (Bogoch et al. 2020).

Pemerintah Indonesia baru mengonfirmasi kasus pertama COVID-19 pada 2 Maret 2020. Sejak saat itu, banyak kebijakan dan strategi dibuat dalam rangka mencegah transmisi dan kematian signifikan akibat penyakit ini. Namun, segala kebijakan dan strategi yang dilakukan pemerintah kita tak luput dari aneka respons dan persepsi yang diberikan masyarakat. dan menurut hasil survei persepsi masyarakat terhadap pemerintah Menilai pemerintah kurang cepat dan kurang efektif dalam menangani penyebaran, mencapai 42,8 persen. Persepsi terhadap presiden Menilai presiden kurang cepat dan kurang efektif dal menangani COVID-19, mencapai 36,3 persen. Persepsi terhadap menteri kesehatan menilai Menteri Kesehatan kurang cepat dan kurang efektif dalam menangani penyebaran COVID-19, mencapai 35,1 persen (Andi 2020).

Walau Gugus Penanganan COVID-19 menyatakan setidaknya 55 tenaga kesehatan telah gugur akibat COVID-19 di Indonesia, hingga saat ini belum ada studi

khusus yang menunjukkan dampak virus corona pada tenaga kesehatan Indonesia atau pun data terbuka yang memuat pelaporan jumlah tenaga kesehatan yang terinfeksi virus corona dalam 70 hari terakhir. (Report Based on Gugus Tugas COVID-19 Indonesia 2020).

Pandemi virus corona di Indonesia saat ini menurut (World Health Organization 2021) telah menginfeksi setidaknya 3.989.060 Kasus yang dikonfirmasi, dengan 127.214 Kematian yang dikonfirmasi dan 9.604 Kasus baru dan 84,293,970 orang yang sudah divaksinasi. Total jumlah orang yang meninggal karena virus corona tersebut, terdapat pula tenaga medis yang berjuang di banyak fasilitas kesehatan di Indonesia.

Tim Mitigasi pengurus besar (PB) IDI mengungkapkan data bahwa jumlah dokter yang gugur saat bertugas selama pandemik Covid-19 mencapai 545 orang hingga 17 Juli 2021. Provinsi Jawa Timur menjadi wilayah dengan jumlah kematian dokter tertinggi di Indonesia, yakni 110 orang. Kemudian disusul DKI Jakarta dengan 83 dokter yang meninggal dunia, Jawa Tengah 81 dokter, Jawa Barat 76 dokter, dan Sumatera Utara 38 dokter. Sementara, jika dilihat dari jenis kelamin, dokter laki-laki menjadi yang paling banyak merenggang nyawa dengan total 84 persen atau 453 orang. Mengingat banyak tugas di area penanganan Covid-19 yang dikerjakan oleh dokter laki-laki, meskipun jumlah dokter perempuan yang bertugas juga tak kalah banyak. Selanjutnya, berdasarkan spesialisasi, peringkat teratas ditempati oleh dokter umum dengan jumlah kematian mencapai 292 orang. Untuk dokter spesialis sendiri jumlah kematiannya berkisar di angka 241, meliputi spesialis kandungan dan kebidanan, spesialis penyakit dalam, spesialis anak, bedah, anestesi, dan THT-KL. (Aco 2021)

Pekerja kesehatan dan esensial telah memainkan peran luar biasa dalam respons global terhadap pandemi COVID-19. Di berbagai negara, mereka mempertaruhkan kesehatan dan kesejahteraan mereka, seringkali dalam keadaan yang sangat sulit dan dengan dukungan yang sangat sedikit, untuk memastikan bahwa orang-orang dapat mengakses layanan penting yang mereka butuhkan. Mereka menghadapi pembalasan dari pihak berwenang dan majikan mereka karena melaporkan masalah keamanan, dan dalam beberapa kasus menjadi sasaran kekerasan dan stigma dari anggota masyarakat. Laporan ini memberikan rekomendasi konkret tentang apa yang perlu dilakukan oleh pemerintah di seluruh dunia untuk mematuhi kewajiban hak asasi manusia mereka dan secara memadai melindungi hak kesehatan dan pekerja penting. Para dokter dan tenaga

medis tersebut diduga terinfeksi virus corona saat merawat atau menangani pasien-pasien virus corona di rumah sakit (Azanella 2020).

Negara lain juga melaporkan dampak COVID-19 terhadap tenaga kesehatan. Di Amerika Serikat, Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (Center of Disease Control and Prevention, CDC) dalam laporan mingguan nya pada April mengeluarkan studi mengenai karakteristik petugas kesehatan yang terkena COVID-19. Data yang diperoleh pada tanggal 12 Februari hingga 9 April diumumkan ada 9.282 (19% dari 49.370 pelaporan yang menuliskan pekerjaan) tenaga kesehatan terinfeksi virus corona. Datanya pun lumayan detail: rata-rata usia meninggal, jenis kelamin, persentase mereka yang kontak dengan pasien di rumah sakit, dan gejala umum infeksi virus corona yang menimpa petugas kesehatan (Burrer et al. 2020).

Di Italia, data terbuka memuat pelaporan jumlah tenaga kesehatan yang terinfeksi virus korona, menunjukkan infeksi di kalangan medis mencapai 10% (Istituto Superiore di Sanità 2020). Spanyol melaporkan infeksi di tenaga kesehatan mencapai 20% ((ISCIII) 2020). Di Malaysia, pemerintah telah melaporkan bahwa 5,8% kasus positif adalah tenaga Kesehatan (T Arumugam, 2020)

Secara global, International Council of Nurses mencatat hingga 5 Mei, lebih 90.000 tenaga kesehatan di dunia terinfeksi COVID-19, bahkan diprediksi jauh lebih banyak. Risiko mereka tertular virus sangat tinggi karena setiap hari berinteraksi dalam jarak dekat dengan pasien COVID dan orang-orang yang berobat yang mungkin saja membawa virus corona. Apalagi masa inkubasi virus cukup lama, 2-14 hari. (Kenny 2020). Sementara estimasi kasus infeksi pada petugas kesehatan di Indonesia masih belum jelas dan terbuka. Karena tiada data terbuka yang tersedia, maka penyusun mulai membandingkan dan menghitung estimasi petugas kesehatan di Indonesia yang terinfeksi virus corona menggunakan rujukan dari negara lain dalam kasus serupa.

Jika menggunakan persentase tenaga kesehatan yang terinfeksi dari Malaysia hingga Amerika yakni antara 5,8 dan 20%, maka diperkirakan di Indonesia hingga 6 Mei terdapat 721 hingga 2.488 tenaga kesehatan yang telah terinfeksi. Angka ini mungkin bisa lebih tinggi jika pencatatan terekam dengan baik.

Beberapa negara telah mempublikasikan beberapa data jumlah tenaga kesehatan yang telah dikonfirmasi tertular COVID-19, dari sumber yang dirangkum oleh

(Amnesty International 2020) mengindikasikan banyak tenaga kesehatan yang terkena COVID-19 di banyak pengaturan. Sebagai contoh:

- Di Inggris, pada 26 Juni 2020, 268 kematian yang melibatkan COVID-19 telah terdaftar di kalangan social pekerja perawatan, dan 272 kematian di antara pekerja kesehatan, di Inggris dan Wales.
- Di Spanyol melaporkan bahwa per 29 Mei 2020, petugas kesehatan sudah selesai 24,1% dari semua kasus COVID-19 yang dikonfirmasi dan setidaknya 63 telah meninggal.
- Di Ukraina, per 9 Juni 2020, Kementerian Kesehatan menyatakan sekitar 18% dikonfirmasi Kasus COVID-19 terjadi di antara petugas kesehatan.
- Per 22 Juni 2020, Kementerian Kesehatan Argentina menyatakan medis dan non-medis personel yang bekerja di pusat kesehatan menyumbang hampir 14% dari semua kasus COVID-19 yang dikonfirmasi dinegara.
- Di Denmark, 6% dari semua personel kesehatan yang dites - dan 8,4% perawat di rumah sakit – dilaporkan telah terjangkit COVID-19 pada awal Mei, dibandingkan dengan 3,8% dari populasi umum.
- Pada Juni lalu, Kementerian Kesehatan di Brazil melaporkan bahwa 83.118 kasus petugas kesehatan mengidap COVID-19 telah dikonfirmasi, dan 189.788 masih menunggu hasilnya. Per 5 Juli, sudah ada ada 238 kematian terkait COVID-19 di antara personel perawat, dan pada 21 Mei 113 dokter telah meninggal.
- Pada 13 Mei, otoritas kesehatan di Meksiko mengonfirmasi 36.327 kasus COVID-19 dan 3.573 kematian. Selanjutnya jumlah tersebut, 8.544 kasus dan 111 kematian terjadi pada petugas kesehatan. Data yang diperoleh pada petugas kesehatan, 41% adalah perawat, 37% dokter, 19% tenaga medis lainnya, 2% pekerja laboratorium dan 1% adalah dokter gigi.
- Di AS, Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC) telah memberikan beberapa pembaruan tentang berapa banyak petugas kesehatan yang tertular COVID-19 dan mereka yang meninggal. Mulai 5 Juli, menurut CDC, 92.572 'petugas kesehatan' telah mengidap COVID-19 dan 507 mengidap COVID-19 dan meninggal sebagai akibatnya.
- Di Rusia, asosiasi tenaga kesehatan telah mengumpulkan nama-nama tenaga kesehatan yang telah meninggal selama pandemi adalah sebanyak 186 petugas



kesehatan pada 18 Mei. Pada tanggal 18 Juni, kepala Roszdravnadzor (pengawas kesehatan Rusia) mengumumkan bahwa 489 dokter telah meninggal karena COVID-19.

- Di Indonesia Selama masa pandemik tercatat 647 orang dokter di Indonesia yang meninggal akibat positif terjangkit COVID-19 dan Sebagian lainnya berstatus Positif dan Pasien Dalam Pengawasan (PDP) COVID-19.

Selanjutnya hasil temuan di atas “lebih” dari 230.000 petugas kesehatan, (dokter dan perawat) telah terinfeksi virus corona, dan menurut data yang dikumpulkan oleh (Amnesty International 2020) per 5 Juli 2020, lebih dari 3000 petugas kesehatan telah meninggal karena COVID-19 dan penyebab terkait di 79 negara di seluruh dunia.

Petugas kesehatan dan tenaga medis menghadapi paparan COVID-19 yang lebih besar sebagai resiko pekerjaan mereka, dan bahkan mereka memiliki resiko terinfeksi, penyakit serius, dan bahkan kematian jauh lebih besar di banding dengan pekerjaan lainnya karena pada faktanya bahwa mereka para petugas Kesehatan dan tenaga medis berhadapan langsung dan menangani pasien COVID-19 dengan tidak cukup terlindungi.

Setiap hari pekerja kesehatan bertemu dengan pasien dan banyak orang di rumah sakit. Tanpa alat pelindung diri yang memadai, mereka sangat berisiko tertular virus dari pasien atau sebaliknya menularkan virus kepada orang yang di rumah sakit. Itu cukup berisiko karena sekitar 70% orang terinfeksi virus corona tidak menunjukkan gejala umum (Putri, 2020).

Tingginya angka penularan dan kematian yang menimpa para tenaga kesehatan sangat mengkhawatirkan. Sebab, usaha pemerintah selama ini untuk menambah kapasitas layanan kesehatan dengan menyediakan RS khusus COVID-19, menyediakan RS Rujukan, serta menambah peralatan medis seperti ventilator, pada akhirnya akan sia-sia jika sumber daya tenaga kesehatan tidak tersedia (CNN-news 2020).

Persentase kematian tenaga kesehatan lebih besar dimana Secara global, hingga 6 Mei 2020 ada lebih 3,58 juta kasus positif COVID-19 dengan 247.503 kematian (Case Fatality Rate 6,9%). (Kemenkes 2020) Per 7 Mei, di seluruh dunia tercatat 989 tenaga kesehatan meninggal akibat COVID-19 atau sebesar 0,37% (989/270.426). (Medscape. 2020) Di Indonesia pada periode yang sama, ada sekitar 12.400 kasus positif dengan 895 kematian (CFR 7,2%) (Worldometer 2020), termasuk 55 tenaga kesehatan (CNN

Indonesia 2020b). Hal ini berarti dalam setiap 100 kematian terdapat 6-7 petugas kesehatan (55/895) yang meninggal.

Jika keadaan tidak berubah, yakni persentase kematian tenaga kesehatan dan pelipat gandaan kasus kematian Indonesia tetap per 23 hari (Roser et al. 2020), maka pada awal Juni jumlah tenaga kesehatan yang meninggal bisa menyentuh angka 100 orang. Ini sangat mengkhawatirkan, karena persentase kematian tenaga kesehatan di Indonesia saat ini (6,5%) jauh lebih tinggi dari rata-rata global (0,37%). Bahkan angka di Indonesia jauh lebih tinggi dari Amerika Serikat yang memiliki jumlah kematian kumulatif tertinggi di dunia saat ini.

Banyak tenaga kesehatan yang gugur selama pandemik, maka jumlah tenaga kesehatan di Indonesia ke depan akan semakin berkurang. Rasio dokter umum dan penduduk di Indonesia, menurut WHO pada 2017, hanya empat per 10.000 penduduk (The Guardian, n.d.). Angka ini menempatkan Indonesia sebagai negara terburuk kedua di Asia Tenggara setelah Kamboja dalam hal rasio dokter umum dan penduduk (Bank, 2020). Sedangkan rasio dokter spesialis lebih rendah lagi 1,4 per 10.000 penduduk (Slamet 2018).

Di tengah situasi pandemik saat ini, Italia yang mempunyai dokter 10 kali lebih banyak dari Indonesia saja tetap kewalahan menghadapi lonjakan kasus COVID (The Guardian, n.d.). Tidak hanya dokter, rasio perawat dan penduduk di Indonesia juga belum ideal. Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia, saat ini hanya ada 10 perawat per 10.000 penduduk (rasio ideal WHO adalah 18 per 10.000 penduduk) (Embu 2019).

Menurut Kementerian Kesehatan, pada 2017 kekurangan tenaga kesehatan di Puskesmas mencapai sekitar 37.000 orang (sekitar 3.000 di antaranya dokter umum) dan di rumah sakit sekitar 159.000 orang (Slamet 2018).

Data kematian tenaga kesehatan per 7 Mei yang tersedia di Medscape, saya menemukan mayoritas (68%) tenaga kesehatan yang meninggal di Indonesia berada pada usia berisiko yakni 50-79 tahun (rata-rata usia 56 tahun, dengan rentang 25-79 tahun) (Medscape. 2020).

Jika diasumsikan usia produktif hingga 65 tahun, maka rata-rata tenaga kesehatan yang gugur telah kehilangan 9 tahun potensi pengabdian yang masih dapat mereka

berikan untuk masyarakat atau 495 potensi tahun kehidupan yang hilang secara total dari 55 kematian (Centers for Disease Control and Prevention 2011).

Tingginya angka kematian para tenaga kerja selama masa pandemik COVID-19 selanjutnya berpengaruh juga kepada angka kurangnya ketersediaan tenaga kerja Kesehatan akibat kematian yang tinggi maka penulis berfikir bahwa hasil akhir pandemik COVID-19 ini berakibat pada krisis kesehatan mental para pekerja kesehatan. Karena penulis berfikir dampak pandemik COVID-19 bagi krisis kesehatan mental bisa terjadi pada siapa saja, tidak hanya tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, dan bidan, memiliki risiko tinggi mengalaminya. Bahkan menurut (Lieberman 2021) seorang dokter di Kanada, Karine Dion, bunuh diri karena stres dengan kondisi Pandemi COVID-19. Dokter 35 tahun itu dikabarkan meregang nyawa pada awal Januari 2021, dimana Keluarga dan suaminya mengumumkan kematian ini kepada publik untuk memberi tahu publik penderitaan besar yang dialami petugas kesehatan di garis depan pandemik ini. Kemudian selama situasi pandemik COVID-19, petugas kesehatan juga telah mengalami tekanan mental yang signifikan. Perasaan kehilangan, trauma, kesedihan, juga beban yang sangat kerja sangat sulit.

Survei terbaru (Lim et al. 2020) oleh Asosiasi Dokter Darurat Kanada (CAEP) menyebutkan bahwa tingkat kelelahan dokter di Kanada yang praktik di pengobatan darurat mencapai 86 persen. Survei yang sama menemukan, staf kesehatan akan terpengaruh oleh COVID-19 selama dan setelah pandemik.

Krisis kesehatan mental pekerja kesehatan telah sangat menderita selama masa pandemic, menurut data Statistik Kanada (Statistics Canada 2021) yang baru dirilis, dimana survei terhadap 18.000 pekerja perawatan kesehatan di Kanada antara 24 November dan 13 Desember yang dirilis Selasa mengungkapkan sebagian besar dokter, perawat, dan pekerja pendukung pribadi - sekitar 70 persen - melaporkan kesehatan mental yang memburuk akibat bekerja di tengah-tengah COVID-19 pandemik. dengan 37 persen mengatakan mereka memiliki krisis kesehatan mental yang buruk, dibandingkan dengan 27 persen dokter. Ini sebagian karena perawat yang merupakan mayoritas petugas kesehatan yang secara langsung membantu pasien COVID-19 dan Sekitar 14 persen dari tenaga kesehatan yang disurvei pernah berpikir untuk bunuh diri dan hampir 6 persen dari dokter secara aktif mempertimbangkan bunuh diri dalam satu tahun terakhir masa pandemik.

Studi kualitatif yang dilakukan (Fawaz and Samaha 2020) efek psikososial para pekerja Kesehatan setelah terpapar COVID-19 dan di karantina di Lebanon selama masa pandemic menunjukkan bahwa Karantina COVID-19 telah menimbulkan tantangan psikologis yang sangat tinggi diantara para tenaga kesehatan Lebanon ditambah dengan ketidakstabilan ekonomi; dan membuat dan mendorong negara itu untuk mengambil tindakan cepat secara nasional untuk mengurangi implikasi daftar panjang krisis kesehatan mental dan kematian akibat COVID-19.

Sebuah Studi kuantitatif di Wuhan China oleh (Hu et al. 2020) menemukan bahwa rata-rata, perawat mengalami tingkat kelelahan sedang dan tingkat ketakutan yang tinggi. Sekitar setengah dari perawat melaporkan kelelahan kerja sedang dan tinggi, seperti yang ditunjukkan pada kelelahan emosional ( $n = 1,218$ , 60,5%), depersonalisasi ( $n = 853$ , 42,3%), dan prestasi pribadi ( $n = 1,219$ , 60,6%). Temuannya terlihat bahwa 288 (14,3%) perawat melaporkan tingkat kecemasan, 217 (10,7%) depresi, dan 1.837 (91,2%) ketakutan dan kemudian hasil krisis kesehatan mental dari penelitian ini menunjukkan berkorelasi positif dengan ketahanan, dukungan sosial, dan keteguhan hati untuk bekerja di garda depan.

Dampak Psikologis Pandemi COVID-19 pada Pekerja Perawatan Kesehatan Garis Depan Selama Gelombang Pandemi di New York City yang dilakukan (Feingold et al. 2021). Sebanyak 3.360 tenaga kesehatan dari 6.026 orang menyelesaikan survei (55,8% partisipasi), dengan 2.579 (76,8%) dimana hasilnya sebanyak 1.005 (39,0%) memenuhi kriteria untuk gejala Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), Major Depressive Disorder (MDD), atau Generalized Anxiety Disorder (GAD) terkait COVID-19. dimana hasilnya sebanyak 599 (23,3%) di skrining secara positif untuk gangguan stres pasca trauma (PTSD), 683 (26,6%) untuk gangguan depresi mayor MDD, dan 642 (25,0%) untuk gangguan kecemasan umum (GAD). Analisis multivariable mengungkapkan bahwa kelelahan selama setahun terakhir dikaitkan dengan risiko tertinggi memperoleh PTSD terkait COVID-19 (rasio odds [OR]  $\frac{1}{2}$ .10), MDD (OR  $\frac{1}{2}$ .83), dan GAD (OR  $\frac{1}{2}$ .68). Dukungan yang dirasakan lebih tinggi dari kepemimpinan rumah sakit dikaitkan dengan risiko terendah semua hasil [PTSD (OR  $\frac{1}{4}$ 0.75), MDD (OR  $\frac{1}{4}$ 0.72), dan GAD (OR  $\frac{1}{4}$ 0.76).

Dalam penelitian lain (Galbraith et al. 2020) menunjukan bahwa ternyata Dokter mengalami tingkat stres kerja yang tinggi bahkan dalam keadaan normal, tetapi banyak

yang enggan mengungkapkan kesulitan krisis kesehatan mental atau mencari bantuan untuk mereka, dengan stigma sebagai alasan yang sering dikutip. Krisis penyakit virus korona 2019 (COVID-19) memberikan tekanan tambahan pada dokter dan sistem perawatan kesehatan secara umum dan penelitian menunjukkan bahwa tekanan tersebut membawa risiko tekanan psikologis yang lebih besar bagi dokter.

Sebuah penelitian lain (Magill, Siegel, and Pike 2020) menunjukan krisis kesehatan mental Penyedia Layanan Kesehatan Garis Depan yakni para dokter Selama Pandemi: menunjukan bahwa setidaknya COVID-19 memberikan dampak merugikan bagi para dokter. Hasil krisis kesehatan mental yang diteliti adalah stres ( $n = 32$ ), kecemasan ( $n = 26$ ), gangguan stres pasca trauma (PTSD;  $n = 25$ ), ukuran umum krisis kesehatan mental ( $n = 18$ ), depresi ( $n = 16$ ), dan tidur ( $n = 4$ ). Dua studi juga mengukur perilaku obsesif-kompulsif dan ide paranoid, dan satu studi mengukur penyalahgunaan zat ( $n = 9$ ). Sebagian besar penelitian menilai gejala krisis kesehatan mental yang dialami hanya 20% ( $n = 17$ ).

Melihat fakta diatas tentu sangat memprihatinkan dan jika krisis kesehatan mental petugas medis tidak diprioritaskan sekarang, maka kemungkinan wabah COVID-19 tidak akan bisa dikendalikan dan tentu saja para petugas kesehatan kita akan mengalami lebih banyak tekanan mental, lebih banyak kesedihan, lebih banyak kehilangan, lebih banyak trauma dan ini akan menempatkan mereka dalam situasi di mana mereka tidak akan dapat melayani komunitas kita dengan lebih baik. Dan kami tidak ingin melalui yang rusak ini, lebih rusak dari yang sudah kami alami.

Dalam laporan terbaru (Wang, Zhou, and Liu 2020) dan WHO (Osseiran 2020) menyatakan tingginya angka risiko terhadap tenaga kesehatan disebabkan, antara lain, oleh faktor lama terpapar dan jumlah paparan virus. Faktor tersebut diperparah dengan kelangkaan APD (Ihsanuddin 2020), kurangnya pengetahuan terkait penggunaan APD (Wang, Zhou, and Liu 2020) serta banyaknya kasus pasien yang tidak jujur ketika berobat akibat takut terhadap stigma (Nursastri 2020) serta faktor buruknya krisis kesehatan mental dimana banyak para pekerja kesehatan yang bekerja dalam bayang-bayang ketakutan dan kekhawatiran dimana saat memungkinkan mereka mengembangkan tugas pekerjaan dibawah tekanan dan risiko yang meningkat dimana stressor yang berlebihan dapat menghasilkan masalah yang muncul atau kambuh nya

kondisi gangguan krisis kesehatan mental atau penggunaan zat yang membutuhkan perawatan spesialis (Vigo et al. 2020).

Selanjutnya penelitian di Indonesia yang dilakukan oleh (Tan 2021) di dapatkan bahwa Prevalensi tenaga kesehatan yang mengalami masalah mental emosional secara keseluruhan 18,75 % (33 responden) dengan sebanyak 19 responden (10,8%) mengalami depresi dan 22 responden (12,5%) mengalami stres atau cemas. Terdapat 11 responden (33,33%) mengalami kombinasi gejala depresi, stres dan kecemasan, serta 5 responden (15,15%) mengalami kombinasi masalah stres and kecemasan.

Selanjutnya studi Kuantitatif Sebanyak 5925 tenaga kesehatan oleh (Handayani et al. 2020) yang melihat Faktor penyebab stres pada tenaga kesehatan di Indonesia saat pandemik Covid-19 menunjukkan bahwa kebanyakan Faktor penyebab stres para tenaga kesehatan adalah : beban kerja, rasa takut terinfeksi Covid-19, stigma negatif, pembawa virus dan berjauhan dari keluarga.

Selanjutnya (Musu, Murhayati, and Saelan 2021) mengungkapkan bahwa rata-rata tingkat stres perawat IGD pada masa pandemik Covid-19 di Rumah Sakit Brayat Minulya Surakarta saat menghadapi pandemik Covid-19 ini berada pada tingkat stres berat sebanyak 15 orang (75%).

Fakta-fakta tersebut sangat menyedihkan dada karena semua faktor penyebab tersebut dapat dicegah. Untuk mencegah semakin besarnya masalah, pemerintah perlu fokus pada sejumlah langkah. Pemerintah harus mengingat bahwa perang melawan COVID-19, ibarat perlombaan lari adalah sebuah perlombaan maraton, bukan lomba lari jarak pendek. Jangan sampai para petugas kesehatan menjadi tumbal pahlawan yang bunuh diri akibat kelalaian pemerintah dalam mengantisipasi dan melindungi para tenaga kesehatan yang bertugas di garda terdepan.

Selanjutnya setelah diketahui fakta temuan diatas penyusun tertarik menelusuri dan membahas dampak COVID-19 pada kesehatan mental orang-orang yang memberikan layanan kesehatan di Indonesia. Khususnya dokter yaitu orang-orang yang memberikan layanan penting selama pandemik dalam melakukan tugas dan kewajibannya memeriksa pasien dan menempatkan diri mereka pada risiko terinfeksi virus COVID-19 secara signifikan. Dari sini penulis menggunakan guidelines pedoman dari (SAMHSA 2014) sebagai acuan mendalam guna menggali keadaan mental disebabkan oleh wabah pandemic, dimana pusat nasional untuk bencana trauma

mendistribusikan pedoman yang mempromosikan perawatan krisis kesehatan mental terhadap musibah yang disebabkan oleh wabah pandemic penyakit menular COVID-19. Menurut pedoman ini terdapat 10 gejala somatic yang harus di ketahui dan segera harus dievaluasi dan dikelola dan ditangani oleh para dokter kesehatan jiwa (SAMHSA 2014) seperti Kecemasan, ketakutan, Kekhawatiran, frustrasi, kesendirian, kemarahan, kebosanan, ketidakpastian, gejala depresi seperti sulit berkonsentrasi, gangguan cemas, kesulitan tidur, perubahan makan dan penggunaan alcohol dan obat-obatan serta (PTSD)

Selanjutnya untuk 10 tanda di atas terutama tanda yang pernah atau dialami para dokter semasa bertugas menangani pandemic COVID-19 di Rumah sakit darurat penanganan COVID-19 atau garda terdepan. Jika ada yang memiliki satu atau dua reaksi ini selama 2 hingga 4 minggu atau lebih, maka menurut pedoman segera menghubungi penyedia layanan krisis kesehatan mental atau dokter kejiwaan untuk memperoleh bantuan kesehatan jiwa. Dan dari pangkal pedoman ini penyusun ingin berfokus pada informasi gejala krisis kesehatan mental dari 10 poin diatas yang dapat diandalkan dan dimiliki para tenaga kesehatan, mengingat memungkinkan ekspresi emosi negatif pasti akan ada, baik itu berhubungan dengan keluarga, teman, dan kolega, atau kegiatan selama menangani pasien COVID-19. Dimana sebelum menolong orang lain dan merawat orang atau pasien dengan COVID-19 sebaiknya para petugas kesehatan harus bebas dari masalah gangguan krisis kesehatan mental dari 10 point di atas, bagaimana para pekerja kesehatan bisa dengan baik menjalankan tugasnya jika masih memiliki kecemasan yang akan menghalangi performance dan kinerja mereka di garda depan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Wabah COVID-19 kesehatan menimbulkan krisis mental pada para pekerja kesehatan, khususnya di Indonesia, dimana banyak dokter yang meninggal dan berakibat pada kurangnya tenaga dokter sehingga menimbulkan beban kerja dokter menjadi lebih berat disamping para dokter juga bekerja dengan rasa cemas dan kekhawatiran serta dan rasa ketakutan yang tinggi takut tertular karena ketidak tersedianya alat pelindung diri (APD).

Merujuk pada kajian teoritis diatas, dalam penelitian ini dapat disusun identifikasi masalah sebagai berikut: Bagaimanakah krisis kesehatan mental dokter selama masa pandemik COVID-19 di Indonesia?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Adapun beberapa tujuan yang dapat dicapai, meliputi:

Tujuan umum: Untuk diketahuinya secara mendalam kesehatan mental para dokter yang bekerja di garda depan selama pandemik Covid-19

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan Khusus:

1. Diketahuinya secara mendalam krisis kesehatan mental para dokter berdasarkan karakteristik pekerja, umur, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pengalaman bekerja, lama kerja di garda COVID, lama shift, wilayah tempat tugas, Insentif dan kelancaran pembayarannya saat bekerja di garda COVID.
2. Diketahuinya deskripsi krisis kesehatan mental para dokter selama masa pandemik COVID-19 di Rumah Sakit Darurat , RSUD/RS dan Puskesmas seluruh Indonesia.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan manfaat sebagai berikut:

#### **1.4.1 Aspek Teoritis**

Manfaat teoritis, hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khazanah keilmuan dibidang Kesehatan Masyarakat. Bagi kalangan akademik yang ingin meneliti masalah krisis kesehatan mental dan hubungannya dengan pandemik COVID-19 khususnya para dokter yang bekerja di garda terdepan, penelitian ini dapat dijadikan referensi dan pedoman berupa sumbangan teoritis dan mampu memberikan sumbangan pengembangan teori-teori Kesehatan Masyarakat dalam menangani pandemik COVID-19, khususnya memberikan perhatian atau aspek perlindungan kebijakan dan sistem untuk melindungi para dokter dalam penanganan suatu pandemik global selanjutnya.

#### **1.4.2 Aspek Praktis**

Manfaat praktis, yaitu diharapkan mampu memberikan sumbangan pemikiran yang bisa dipakai sebagai “*policy entry*” bagi upaya perbaikan kinerja di Pemerintah



dan Kementerian Kesehatan Indonesia khususnya Satuan Tugas untuk respon cepat terhadap COVID-19. Terutama untuk para tenaga kerja para dokter yang sangat memerlukan fasilitas dan kebijakan perlindungan serta akomodasi finansial agar ke depannya bisa menjalankan tugasnya dengan baik. Pemerintah perlu mendiskusikan langkah-langkah untuk membangun sistem kebijakan untuk melindungi para dokter yang bekerja di garda depan penanggulangan COVID-19 dimana dengan menawarkan dukungan moril, dorongan finansial dan dukungan psikologis dan perlindungan menyeluruh untuk para dokter di kemudian hari di fasilitasi dan diakomodasi dengan baik. Akhir dari penelitian ini di buat artikel untuk kemudian di publish dalam jurnal internasional (bereputasi) sehingga memberikan manfaat bagi yang memerlukan.

#### **1.4.3 Aspek Islam dan Kemuhammadiyah**

Dalam masa pandemik ini dimana banyak dokter yang berjuang dengan segala daya dan upayanya bekerja dibawah ketakutan dan kecemasan tinggi sebagai seorang muslim pastinya akan mengalami masa masa ketakutan dan kekhawatiran tinggi, hendaknya sebagai seorang muslim dan Muslimah yang baik kita melihat pandemik ini dengan penuh rasa optimis bahwa Allah SWT akan selalu memberikan jalan kemudahan di setiap kesulitan yang kita alami. Allah SWT telah berfirman tentang Kelapangan dan pertolongan Allah SWT kepada hambanya yang sedang mengalami kesulitan yang tertuang dalam Q. S Al-Inshirah: 96/(1-8) yang berbunyi "Bukankah Kami telah melapangkan dadamu (Muhammad) dan Kami pun telah menurunkan bebanmu darimu, yang memberatkan punggungmu, dan Kami tinggikan sebutan (nama)mu bagimu. Maka sesungguhnya beserta kesulitan ada kemudahan, sesungguhnya beserta kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain), dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap."

#### **1.4.4 Ruang Lingkup**

Penelitian ini bertujuan untuk menggali informasi mengenai Kesehatan mental pada dokter selama melakukan kerja di garda depan selama pandemik COVID-19 di beberapa wilayah Indonesia. Penelitian dilakukan pada bulan Maret sampai bulan Juli 2021. Jenis penelitian ini adalah penelitian dengan pendekatan kualitatif. Metode

pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam (*indepth interview*) yang dibantu dengan pedoman wawancara, alat pencatat dan perekam. Informan dalam penelitian ini adalah para dokter garda depan yang bekerja menangani pasien COVID-19 di Rumah Sakit Darurat Rumah Sakit Darurat Kemayoran Jakarta, di RSUD/RS baik RS Negeri atau swasta serta Puskesmas di Seluruh Indonesia periode bulan Maret sampai Desember 2020 dan bertempat tinggal di beberapa wilayah Indonesia.

## BAB II

### KAJIAN PUSTAKA

#### 2.1. COVID-19

##### 2.1.1. Definisi

WHO (WHO 2020b) menjelaskan bahwa Penyakit Corona virus Disease-19 (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus korona jenis baru yang baru saja ditemukan di Wuhan. Penyakit Corona virus COVID-19 adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus korona 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 mereka yang memiliki masalah medis seperti penyakit kardiovaskular, diabetes, penyakit pernapasan kronis, dan kanker lebih mungkin untuk mengembangkan penyakit serius. Cara terbaik untuk mencegah dan memperlambat penularan adalah dengan mengetahui dengan baik tentang virus COVID-19, penyakit yang ditimbulkannya, dan bagaimana penyebarannya. Lindungi diri Anda dan orang lain dari infeksi dengan mencuci tangan atau menggunakan gosok berbasis alkohol sesering mungkin dan tidak menyentuh wajah Anda. Virus COVID-19 menyebar terutama melalui tetesan air liur atau cairan dari hidung saat orang yang terinfeksi batuk atau bersin, jadi Anda juga harus mempraktikkan etika pernapasan (misalnya, dengan batuk ke siku yang tertekuk).

Corona Virus menjadi bagian dari keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit yang terjadi pada hewan ataupun manusia. Dimana manusia yang terjangkit virus tersebut akan menunjukkan tanda-tanda penyakit infeksi saluran pernapasan mulai dari flu sampai yang lebih serius, seperti *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dan *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) atau sindrom pernapasan akut berat (Bowser 2020).

Coronavirus sendiri jenis baru yang ditemukan manusia sejak muncul di Wuhan, China pada Desember 2019, dan diberi nama Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-COV2). Sehingga, penyakit ini disebut dengan Coronavirus Disease-2019 (COVID-19).

### 2.1.2 Etiologi COVID

WHO mengumumkan COVID-19 menjadi nama resmi dari penyakit yang disebabkan oleh virus Corona yang berasal dari Wuhan, China. Nama tersebut diberikan Dirjen WHO Tedros Adhanom Ghebreyesus di Jenewa, Swiss pada Selasa, 11 Februari 2020. Singkatan COVID-19 juga memiliki rincian, seperti "co" berarti corona, "vi" mengacu ke virus, "d" untuk diseases, dan 19 merupakan tahun wabah penyakit pertama kali diidentifikasi pada 31 Desember 2019. Tedros menjelaskan nama tersebut dipilih untuk menghindari stigmatisasi, sebagaimana panduan penamaan virus yang dikeluarkan WHO pada 2015. Nama virus atau penyakit itu tidak akan merujuk pada letak geografis, hewan, individu, atau kelompok orang. Sebelumnya, WHO memberikan nama sementara untuk virus Corona ini dengan sebutan 2019-nCoV. Sedangkan Komisi Kesehatan Nasional China menyebut sementara Novel Coronavirus Pneumonia (NCP) (Bowser 2020).

### 2.1.2 Sejarah

Pada Desember 2019, kasus pneumonia misterius pertama kali dilaporkan di Wuhan, Provinsi Hubei. Sumber penularan kasus ini masih belum diketahui pasti, tetapi kasus pertama dikaitkan dengan pasar ikan di Wuhan (Rothan, 2020). Tanggal 18 Desember hingga 29 Desember 2019, terdapat lima pasien yang dirawat dengan *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS). Sejak 31 Desember 2019 hingga 3 Januari 2020 kasus ini meningkat pesat, ditandai dengan dilaporkannya sebanyak 44 kasus. Tidak sampai satu bulan, penyakit ini telah menyebar di berbagai provinsi lain di China, Thailand, Jepang, dan Korea Selatan (Ren L-L, Wang Y-M, Wu Z-Q, Xiang Z-C 2020).

Sampel yang diteliti menunjukkan etiologi corona virus baru. Awalnya, penyakit ini dinamakan sementara sebagai 2019 novel coronavirus (2019-nCoV), kemudian WHO mengumumkan nama baru pada 11 Februari 2020 yaitu Coronavirus Disease (COVID-19) yang disebabkan oleh virus Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) (WHO 2020a)

Virus ini dapat ditularkan dari manusia ke manusia dan telah menyebar secara luas di China dan lebih dari 190 negara dan teritori lainnya. Pada 12 Maret 2020, WHO mengumumkan COVID-19 sebagai pandemik, hingga tanggal 29 Maret 2020, terdapat

634.835 kasus dan 33.106 jumlah kematian diseluruh dunia. Sementara di Indonesia sudah ditetapkan 1.528 kasus dengan positif COVID-19 dan 136 kasus kematian.(WHO 2020e)

### **2.1.3 Epidemiologi**

Sejak kasus pertama di Wuhan, terjadi peningkatan kasus COVID-19 di China setiap hari dan memuncak diantara akhir Januari hingga awal Februari 2020. Awalnya kebanyakan laporan datang dari Hubei dan provinsi di sekitar, kemudian bertambah hingga ke provinsi-provinsi lain dan seluruh China.

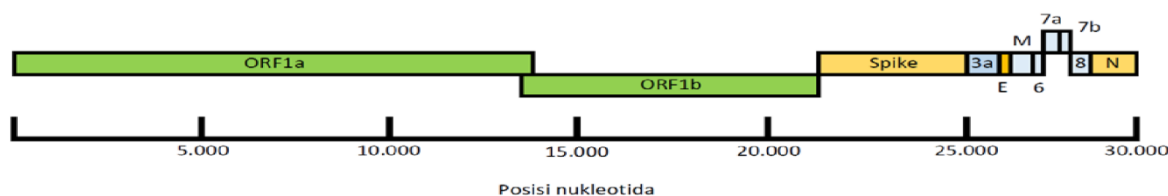
Tanggal 30 Januari 2020, telah terdapat 7.736 kasus terkonfirmasi COVID-19 di China, dan 86 kasus lain dilaporkan dari berbagai negara seperti Taiwan, Thailand, Vietnam, Malaysia, Nepal, Sri Lanka, Kamboja, Jepang, Singapura, Arab Saudi, Korea Selatan, Filipina, India, Australia, Kanada, Finlandia, Prancis, dan Jerman. COVID-19 pertama dilaporkan di Indonesia pada tanggal 2 Maret 2020 sejumlah dua kasus. Data 31 Maret 2020 menunjukkan kasus yang terkonfirmasi berjumlah 1.528 kasus dan 136 kasus kematian. Tingkat mortalitas COVID-19 di Indonesia sebesar 8,9%, angka ini merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara.

Per 30 Maret 2020, terdapat 693.224 kasus dan 33.106 kematian di dunia. Eropa dan Amerika Utara telah menjadi pusat pandemi COVID-19, dengan kasus dan kematian sudah melampaui China. Amerika Serikat menduduki peringkat pertama dengan kasus COVID-19 terbanyak dengan penambahan kasus baru sebanyak 19.332 kasus pada tanggal 30 Maret 2020 disusul oleh Spanyol dengan 6.549 kasus baru. Italia memiliki tingkat mortalitas paling tinggi di dunia, yaitu 11,3% (WHO 2020d).

### **2.1.4 Virologi**

Corona virus adalah virus RNA dengan ukuran partikel 120-160 nm. Virus ini utamanya menginfeksi hewan, termasuk diantaranya adalah kelelawar dan unta. Sebelum terjadinya wabah COVID-19, ada 6 jenis corona virus yang dapat menginfeksi manusia, yaitu alphacoronavirus 229E, alphacoronavirus NL63, betacoronavirus OC43, betacoronavirus HKU1, Severe Acute Respiratory Illness Coronavirus (SARS-CoV), dan Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) (S Riedel , S Morse, Mietzner T, Miller S. Jawetz, Melnick 2019).

Coronavirus yang menjadi etiologi COVID-19 termasuk dalam genus betacoronavirus. Hasil analisis filogenetik menunjukkan bahwa virus ini masuk dalam subgenus yang sama dengan coronavirus yang menyebabkan wabah Severe Acute Respiratory Illness (SARS) pada 2002-2004 silam, yaitu Sarbecovirus. Atas dasar ini, International Committee on Taxonomy of Viruses mengajukan nama SARS-CoV-2. (Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA 2020).



Gambar 1. Struktur genom virus. ORF: open reading frame, E: envelope, M: membrane, N: nucleocapsid.

Struktur genom virus ini memiliki pola seperti corona virus pada umumnya (Gambar 1). Sekuen SARSCoV-2 memiliki kemiripan dengan coronavirus yang diisolasi pada kelelawar, sehingga muncul hipotesis bahwa SARS-CoV-2 berasal dari kelelawar yang kemudian bermutasi dan menginfeksi manusia. Mamalia dan burung diduga sebagai reservoir perantara (Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W 2020).

Pada kasus COVID-19, trenggiling diduga sebagai reservoir perantara. Strain corona virus pada trenggiling adalah yang mirip genomnya dengan corona virus kelelawar (90,5%) dan SARS-CoV-2 (91%). 18 Genom SARS-CoV-2 sendiri memiliki homologi 89% terhadap corona virus kelelawar ZXC21 dan 82% terhadap SARS-CoV. (Chan JF-W, Kok K-H, Zhu Z, Chu H, To KK-W, Yuan S 2020).

Hasil pemodelan melalui komputer menunjukkan bahwa SARS-CoV-2 memiliki struktur tiga dimensi pada protein spike domain receptor yang hampir identik dengan SARS-CoV. Pada SARS-CoV, protein ini memiliki afinitas yang kuat terhadap angiotensin converting-enzyme 2 (ACE2).<sup>20</sup> Pada SARS-CoV-2, data in vitro mendukung kemungkinan virus mampu masuk ke dalam sel menggunakan reseptor ACE2. Studi tersebut juga menemukan bahwa SARS-CoV-2 tidak menggunakan reseptor coronavirus lainnya seperti Aminopeptidase N (APN) dan Dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) (Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W 2020).

### **2.1.5 Transmisi**

Saat ini, penyebaran SARS-CoV-2 dari manusia ke manusia menjadi sumber transmisi utama sehingga penyebaran menjadi lebih agresif. Transmisi SARS-CoV-2 dari pasien simptomatik terjadi melalui droplet yang keluar saat batuk atau bersin. Selain itu, telah diteliti bahwa SARS-CoV-2 dapat viabel pada aerosol (dihasilkan melalui nebulizer) selama setidaknya 3 jam. WHO memperkirakan reproductive number (R0) COVID-19 sebesar 1,4 hingga 2,5. Namun, studi lain memperkirakan R0 sebesar 3,28 (Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A 2020).

### **2.1.6 Faktor Resiko**

Berdasarkan data yang sudah ada, penyakit komorbid hipertensi dan diabetes melitus, jenis kelamin laki-laki, dan perokok aktif merupakan faktor risiko dari infeksi SARS-CoV-2. Distribusi jenis kelamin yang lebih banyak pada laki-laki diduga terkait dengan prevalensi perokok aktif yang lebih tinggi. Pada perokok, hipertensi, dan diabetes melitus, diduga ada peningkatan ekspresi reseptor ACE2.

Diaz JH43 menduga pengguna penghambat ACE (ACE-I) atau angiotensin receptor blocker (ARB) berisiko mengalami COVID-19 yang lebih berat. Terkait dugaan ini, European Society of Cardiology (ESC) menegaskan bahwa belum ada bukti meyakinkan untuk menyimpulkan manfaat positif atau negatif obat golongan ACE-i atau ARB, sehingga pengguna kedua jenis obat ini sebaiknya tetap melanjutkan pengobatannya.

Pasien kanker dan penyakit hati kronik lebih rentan terhadap infeksi SARS-CoV-2.45. Kanker diasosiasikan dengan reaksi immunosupresi, sitokin yang berlebihan, supresi induksi agen proinflamasi, dan gangguan maturasi sel dendritik. Pasien dengan sirosis atau penyakit hati kronik juga mengalami penurunan respons imun, sehingga lebih mudah terjangkit COVID-19, dan dapat mengalami luaran yang lebih buruk.

Studi yang dilakukan (WJ Guan, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX 2020) menemukan bahwa dari 261 pasien COVID-19 yang memiliki komorbid, 10 pasien di antaranya adalah dengan kanker dan 23 pasien dengan hepatitis B. Infeksi saluran napas akut yang menyerang pasien HIV umumnya memiliki risiko mortalitas yang lebih besar dibanding pasien yang tidak HIV. Namun, hingga saat ini belum ada studi yang mengaitkan HIV dengan infeksi SARS-CoV-2.50 Hubungan infeksi SARS-CoV-2 dengan hipersensitivitas dan penyakit auto imun juga belum dilaporkan.

Belum ada studi yang menghubungkan riwayat penyakit asma dengan kemungkinan terinfeksi SARS-CoV-2. Namun, studi meta-analisis yang dilakukan oleh (C Conforti, R Giuffrida, Dianza C, Di Meo N 2020) menunjukkan bahwa pasien COVID-19 dengan riwayat penyakit sistem respirasi akan cenderung memiliki manifestasi klinis yang lebih parah.

Beberapa faktor risiko lain yang ditetapkan oleh Centers for Disease Control and Prevention (CDC) adalah kontak erat, termasuk tinggal satu rumah dengan pasien COVID-19 dan riwayat perjalanan ke area terjangkit. Berada dalam satu lingkungan namun tidak kontak dekat (dalam radius 2 meter) dianggap sebagai risiko rendah (CfDCa., n.d.).

Tenaga medis merupakan salah satu populasi yang berisiko tinggi tertular. Di Italia, sekitar 9% kasus COVID-19 adalah tenaga medis. Di China, lebih dari 3.300 tenaga medis juga terinfeksi, dengan mortalitas sebesar 0,6% (Wang J, Zhou M 2020).

### **2.1.7 Variant Delta**

COVID-19 varian Delta atau B.1.617.2 merupakan penyakit COVID-19 yang disebabkan oleh virus Corona yang telah bermutasi. Munculnya varian virus Corona baru ini pertama kali dilaporkan di India pada Desember 2020. Varian ini telah ditemukan di lebih dari 74 negara, termasuk Indonesia. Selain varian Delta, ada beberapa varian lain dari virus Corona yang bermutasi, misalnya varian Alfa, Beta, Gamma, dan Lambda. (Vitiello et al. 2021)

Tersebarnya COVID-19 varian Delta merupakan masalah kesehatan serius dan turut berperan dalam terjadinya lonjakan kasus positif COVID-19 di berbagai belahan dunia, termasuk Indonesia.

irus SARS-COV-2 atau virus Corona penyebab COVID-19 varian Delta diketahui lebih mudah dan cepat menular daripada varian virus Corona lainnya. Riset sejauh ini menyebutkan bahwa COVID-19 varian Delta memiliki tingkat penularan lebih tinggi hingga 40% dibandingkan virus Corona varian Alpha. Alasan mengapa varian virus Corona baru ini lebih cepat menular masih belum diketahui. Oleh karena itu, para peneliti pun masih terus mengkajinya.

Salah satu teori menyebutkan bahwa protein pada permukaan virus Corona varian Delta lebih mudah menyatu dan berbaur dengan sel manusia, sehingga membuat virus



tersebut lebih mudah mengalahkan sistem kekebalan tubuh dan menginfeksi manusia. Selain itu, virus Corona varian Delta diketahui memiliki kemampuan untuk bereplikasi atau berkembang biak lebih cepat dibandingkan virus Corona biasa. (Conti et al. 2021)

COVID-19 varian Delta bisa menimbulkan gejala yang berbeda-beda pada setiap orang. Berbagai gejala COVID-19 akibat infeksi virus Corona varian Delta ini juga bisa bersifat ringan hingga berat. Beberapa orang yang positif COVID-19 varian Delta tercatat tidak memiliki gejala, tetapi sebagian besar lainnya mengalami keluhan yang bertambah parah dalam waktu 3–4 hari. Gejala yang dapat muncul bila terkena COVID-19 varian Delta antara lain Demam, Pilek, Sakit kepala, Sakit tenggorokan. Di samping gejala tersebut, COVID-19 varian Delta juga mungkin akan menimbulkan gejala umum COVID-19 lainnya, seperti batuk, sesak napas, kelelahan, anosmia, nyeri otot, serta gangguan pencernaan. Hingga saat ini, gejala-gejala COVID-19 varian Delta masih terus dipantau dan diteliti. Selain itu, untuk mendiagnosis COVID-19, tetap diperlukan pemeriksaan fisik dan penunjang dari dokter, termasuk tes PCR. (Torjesen 2021)

Dibandingkan dengan COVID-19 varian Alpha atau yang lainnya, COVID-19 varian Delta memiliki tingkat keparahan yang lebih tinggi. Beberapa laporan kasus sejauh ini menyebutkan bahwa ada lebih banyak pasien positif COVID-19 varian Delta yang membutuhkan perawatan di rumah sakit daripada pasien COVID-19 varian lain.

Selain itu, virus Corona varian Delta diketahui dapat menimbulkan komplikasi yang lebih parah pada pasien lansia atau yang memiliki penyakit penyerta sebelumnya, seperti diabetes, hipertensi, atau asma.

Varian virus Corona baru ini juga lebih mudah menginfeksi anak-anak, remaja, dan orang dewasa di bawah usia 50 tahun. Orang dengan kelainan sistem imun dan orang-orang yang belum mendapatkan vaksin COVID-19 juga berisiko tinggi terinfeksi COVID-19 varian Delta.

Vaksin COVID-19 yang tersedia saat ini dapat memberikan perlindungan terhadap beragam varian virus COVID-19, termasuk varian Delta. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa orang-orang yang telah mendapatkan 2 dosis vaksin COVID, seperti vaksin Astrazeneca dan vaksin Pfizer, memiliki antibodi yang cukup untuk melawan COVID-19 varian Delta. Vaksinasi dosis pertama hanya memberikan perlindungan terhadap varian Delta sebanyak 33%. Sementara perlindungan vaksin COVID-19 dosis lengkap terhadap varian Delta diketahui bisa mencapai 60–80%, tidak

berbeda dengan perlindungan vaksin COVID-19 terhadap varian virus Corona lainnya. (Vitiello et al. 2021)

### **2.1.8 COVID dan Kesehatan Mental**

Ditinjau dari aspek Kesehatan mental, ternyata pandemik COVID tidak hanya mempengaruhi angka infeksi dan resiko tertular pada petugas dokter garda depan, namun juga mereka mengalami resiko mengalami gangguan Kesehatan mental selama pandemik. Dimana pandemi COVID-19 telah menempatkan beban yang berat untuk para dokter selama bertugas di garda depan selama pandemik COVID-19. Pada studi kualitatif ..

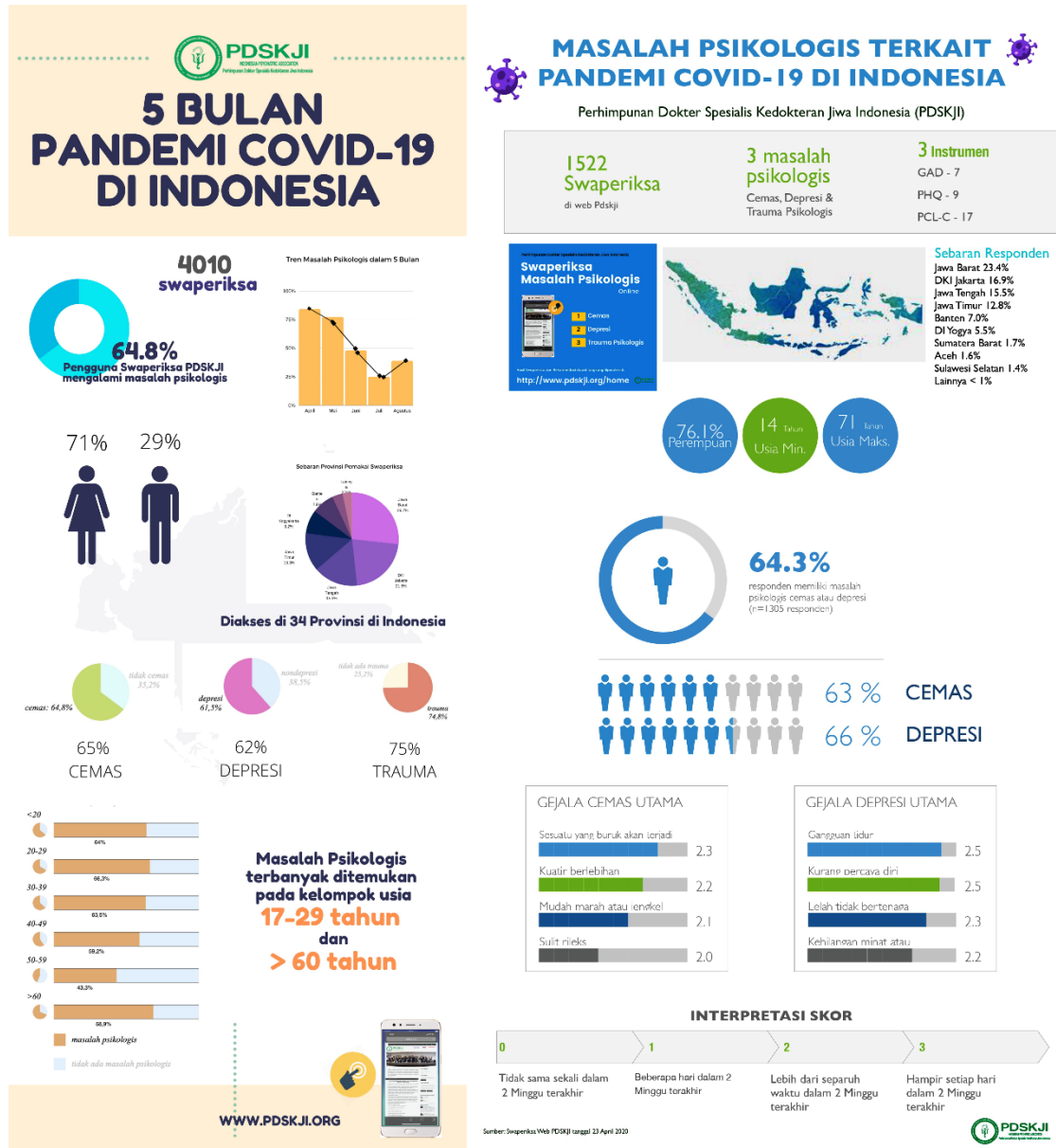
Studi kualitatif oleh (Luquiens et al. 2021) melaporkan karakteristik sampel para pekerja garda depan di Rumah Sakit Universitas Nîmes, Prancis, dimana didapatkan bahwa Sebagian besar tenaga kesehatan garis depan (54%) mengalami beban psikologis secara general dan global, dengan gangguan tidur dilaporkan sebanyak 25% dan sisanya mengalami Kelelahan bekerja dan perasaan bersalah dilaporkan sebanyak 21%.

Pada temuan kualitatif lainnya mengungkapkan bahwa Temuan kualitatif para dokter dan profesional garda depan yang berumur lebih tua dilaporkan cenderung mengalami gangguan stres paska trauma lebih besar di banding yang lebih muda (Di Tella et al. 2020) . Penelitian lain yang sejalan dengan kesehatan mental para tenaga kerja selama pandemik serta kesulitan yang paling umum pada pekerja garda depan adalah gangguan tidur, kecemasan, dan depresi (Y. Huang and Zhao 2021), yang dalam beberapa kasus dapat memenuhi tingkat depresi dan beban kerja serta kesulitan yang tinggi (C. Zhang et al. 2020). Para pekerja garda depan juga mengalami stresor tambahan, dengan setidaknya sepertiga dari mereka menderita insomnia dengan kekhawatiran tinggi saat bekerja di unit isolasi, dan takut terkontaminasi (Y. Huang and Zhao 2021).

Hasil Studi kualitatif dari (Billings et al. 2020) menunjukkan bahwa pekerja kesehatan dan perawatan sosial garis depan cenderung membutuhkan sistem dukungan yang fleksibel termasuk dukungan teman sejawat lain, organisasi dan profesional untuk memberikan akses dukungan psikososial dan kolaborasi lintas sektor yang lebih besar, berupa konsultasi dan perlindungan menyeluruh yang berkelanjutan selama bekerja selama pandemik.

Disisi lain juga (Yau et al. 2021) dalam studi kualitatifnya di Canada ia mengungkapkan bahwa Pengalaman langsung para dokter garda depan selama wabah COVID-19 dalam perawatan jangka panjang di rumah sakit menunjukkan bahwa hampir semua dokter di Canada mengalami gangguan kesehatan mental yang berat selama bekerja di garda depan selama pandemik dan bagaimana sebuah Budaya dan kepemimpinan kerja tim yang kuat dan saling menguatkan, ketepatan dalam mengidentifikasi gejala awal sebuah pandemik serta bantuan internal dari sisi kesehatan mental dan eksternal suport pasokan APD yang baik dan pelatihan untuk para dokter junior serta para dokter yang memiliki wawasan baik dalam manajemen COVID-19 akan memberikan jalan keluar dan Praktik terbaik untuk mengurangi dampak COVID-19 saat ini baik di Canada.

Selanjutnya data di Indonesia berdasarkan (PDSKIJ 2020) Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia didapatkan 4010 swa periksa melalui 3 instrument gangguan kesehatan mental yakni GAD-7, PHQ-9 & PCL-19 dan dalam 5 bulan pandemik Covid-19 di indonesia menghasilkan 64,8% mengalami gangguan masalah psikologis, dengan terbanyak adalah wanita sebanyak 71% dan pria 29%, dengan gangguan masalah cemas sebanyak 64%, depresi 62% dan trauma sebanyak 75% dengan kelompok usia paling banyak ditemukan pada rentang 17-29 tahun dan usia lebih dari >60 tahun dengan sebaran provinsi paling banyak di jawa barat 26,7%, DKI Jakarta 21,5% jawa tengah 15,5% dan Jawa Timur 13,3%, DI Yogyakarta 8,2%, Banten 7,8% dan lainnya 3,3%. Untuk gambaran lebih lanjut bisa dilihat dari gambar dibawah ini



Gambar 2: Infographic gangguan masalah psikologis terkait pandemik Covid-19 di Indonesia. sumber: <http://PDSKJI.org/home>

Begitu banyaknya efek dan resiko Kesehatan mental akibat dari pandemik COVID-19 ini maka mengenai mengenai Kesehatan mental akan lebih lanjut akan dibahas pada sub bab kesehatan mental.

## **2.2. Kesehatan Mental**

### **2.2.1 Pengertian Kesehatan Mental**

Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization*) mendefinisikan kesehatan mental "*a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community*". Pada definisi tersebut dapat dipahami bahwa kesehatan mental diartikan sebagai kondisi sejahtera yang dirasakan individu, di mana dia menyadari kemampuannya, dapat mengatasi tekanan-tekanan dalam kehidupannya, dapat bekerja secara baik dan produktif, serta mampu memberi kontribusi kepada masyarakatnya (WHO 2014).

Definisi lain tentang kesehatan mental dikemukakan juga telah dikemukakan oleh Taylor & Brown (1988) yang menyatakan bahwa, manusia yang memiliki kesehatan mental yang baik adalah manusia yang memiliki kemampuan menerima dirinya dan lingkungannya tanpa merasa kecewa dan mengeluh. Mereka dapat menerima sifat-sifat yang ada pada dirinya yang mungkin berbeda dengan gambaran ideal dirinya tanpa merasa terbebani (Taylor, Shelley E.; Brown 1988).

Pendapat lain dikemukakan oleh (Keyes 1962) menyatakan bahwa kesehatan mental memberi kontribusi penting bagi status kesehatan seseorang secara menyeluruh. Kesehatan mental bukan hanya tidak adanya penyakit mental tetapi lebih pada keadaan mental yang sejahtera. Sejalan dengan pendapat diatas dikemukakan oleh (Veit, C., & Ware 1983) menyatakan bahwa keadaan mental yang sejahtera sebagai indikator kesehatan mental itu mencakup dua aspek, yaitu pertama aspek terbebasnya individu dari tekanan psikologi (*psychological distress*) yang dicirikan dengan tingginya tingkat kecemasan, depresi dan kehilangan kontrol; kedua, terdapatnya kesejahteraan psikologi (*psikologi well-being*) yang dicirikan dengan adanya perasaan positif secara umum, kondisi emosional dan kepuasan hidup.

Definisi tentang kesehatan mental yang telah dikemukakan diatas dapat disimpulkan bahwa kesehatan mental merupakan keadaan di mana individu merasa sejahtera. Kesehatan mental yang baik ditunjukkan dengan (1) Kemampuan individu untuk mengetahui potensi dirinya dan mampu memaksimalkan potensinya; (2) Kemampuan individu mengatasi kondisi-kondisi yang menekan dalam hidupnya; (3) Kemampuan individu untuk bekerja secara produktif dan bermanfaat di tempat kerja,

keluarga, komunitas, dan di antara teman. Karena itu, krisis kesehatan mental dalam konteks di tempat kerja, dapat dijelaskan bahwa individu yang sehat mentalnya adalah individu yang mampu mewujudkan keserasian antara fungsi-fungsi kejiwaan, mampu menyesuaikan dengan dirinya sendiri dan lingkungannya, sehingga menjadi individu yang produktif dan mampu memberi kontribusi positif di tempat kerja.

### **2.2.2 Indikator Kesehatan Mental**

Menurut Tengland (2001) telah mengidentifikasi enam indikator kesehatan mental yang meliputi:

1. Sikap positif terhadap diri: Ini termasuk pandangan obyektif tentang diri, termasuk pengetahuan dan penerimaan kekuatan dan keterbatasan. Individu merasakan rasa kuat identitas pribadi dan keamanan di dalam lingkungan.
2. Pertumbuhan, perkembangan dan kemampuan aktualisasi diri:  
Indikator ini berkorelasi apakah individu berhasil mencapai tugas yang terkait dengan setiap tingkat perkembangan.
3. Integrasi: Integrasi mencakup kemampuan untuk merespons secara adaptif terhadap lingkungan dan pengembangan filosofi kehidupan, yang keduanya membantu individu mempertahankan kecemasan pada tingkat yang dapat dikelola dalam menanggapi situasi yang penuh tekanan.
4. Kemandirian: Mengacu pada kemampuan individu untuk tampil dalam cara mandiri yang mandiri; individu bebas membuat pilihan dan menerima tanggung jawab atas hasilnya.
5. Persepsi atas realitas: Ini termasuk persepsi lingkungan tanpa distorsi serta kapasitas untuk empati dan kepekaan sosial, rasa hormat dan kepedulian terhadap keinginan dan kebutuhan orang lain.
6. Penguasaan lingkungan: Indikator ini menunjukkan bahwa individu telah mencapai peran yang memuaskan dalam kelompok, masyarakat dan lingkungan. Ia mampu mencintai dan menerima cinta orang lain.

Menurut Bastaman (1995), kesehatan mental seseorang dapat dilihat dari tiga orientasi, yaitu:

1. Orientasi Klasik. Seseorang dianggap sehat bila ia tak mempunyai keluhan tertentu, seperti: ketegangan, rasa lelah, cemas, yang semuanya menimbulkan perasaan sakit atau rasa tak sehat serta mengganggu efisiensi kegiatan sehari-hari.
2. Orientasi penyesuaian diri. Seseorang dianggap sehat secara psikologis bila ia mampu mengembangkan dirinya sesuai dengan tuntutan orang-orang lain serta lingkungan sekitarnya.
3. Orientasi pengembangan potensi. Seseorang dianggap mencapai taraf kesehatan mental, bila ia mendapat kesempatan untuk mengembangkan potensinya menuju kedewasaan sehingga ia bisa dihargai oleh orang lain dan dirinya sendiri.

Menurut Kartono (2000), terdapat empat ciri sebagai indikator kesehatan mental seseorang, yaitu:

1. Ada koordinasi dari segenap usaha dan potensinya, sehingga orang mudah melakukan adaptasi terhadap tuntutan lingkungan, standar, dan norma sosial serta perubahan sosial yang serba cepat.
2. Memiliki integrasi dan regulasi terhadap struktur kepribadian sendiri sehingga mampu memberikan partisipasi aktif kepada masyarakat.
3. Dia senantiasa giat melaksanakan proses realisasi diri (yaitu mengembangkan secara riil segenap bakat dan potensi), memiliki tujuan hidup, dan selalu mengarah pada transenden diri, berusaha melebihi keadaan yang sekarang.
4. Bergairah, sehat lahir dan batinnya, tenang harmonis kepribadiannya, efisien dalam setiap tindakannya, serta mampu menghayati kenikmatan dan kepuasan dalam pemenuhan kebutuhannya.
- 5.

### **2.2.3 Prinsip Prinsip Kesehatan Mental**

Menurut Jaelani (2001) terdapat beberapa prinsip kesehatan mental, yaitu sebagai berikut:

1. Gambaran dan sikap yang baik terhadap diri sendiri. Orang yang memiliki self image memiliki kemampuan menyesuaikan diri dengan dirinya sendiri, orang lain, alam lingkungan, dan Tuhan.
2. Keterpaduan atau integrasi diri. Keterpaduan diri berarti adanya keseimbangan antara kekuatan-kekuatan jiwa dalam diri, kesatuan pandangan dalam hidup, dan

kesanggupan mengatasi stres. Orang yang memiliki keseimbangan diri berarti orang yang seimbang kekuatan id, ego, dan super egonya.

3. Perwujudan diri. Pentingnya aktualisasi diri dalam kesehatan mental, dimana orang yang sehat mentalnya adalah orang yang mampu mengaktualisasikan diri atau mewujudkan potensi yang dimilikinya dan memenuhi kebutuhannya dengan cara baik dan memuaskan.
4. Berkemampuan menerima orang lain, melakukan aktivitas sosial, dan menyesuaikan diri dengan lingkungan tempat tinggal. Kemampuan menerima orang lain berarti kesediaan menerima kehadiran, mencintai, menghargai, menjalin persahabatan, dan memperlakukan orang lain dengan baik. Melakukan aktivitas sosial berarti bersedia bekerja sama dengan masyarakat dalam melakukan pekerjaan sosial yang menggugah hati. Menyesuaikan diri dengan lingkungan berarti berusaha untuk mendapatkan rasa aman, damai, dan bahagia dalam hidup bermasyarakat di lingkungan tempat tinggalnya.
5. Berminat dalam tugas dan pekerjaan. Setiap manusia harus berminat dalam tugas dan pekerjaan yang ditekuninya. Dengan demikian, ia dapat merasakan kebahagiaan dalam dirinya dan mengurangi beban penderitaannya.
6. Agama, cita-cita, dan falsafah hidup. Dengan agama manusia dapat terbantu dalam mengatasi persoalan hidup yang berada di luar kesanggupan dirinya sebagai manusia yang lemah. Dengan cita-cita manusia dapat bersemangat dan bergairah dalam perjuangan hidup yang berorientasi ke masa depan. Dengan falsafah hidup manusia dapat menghadapi tantangan yang dihadapinya dengan mudah.
7. Pengawasan diri. Manusia yang memiliki pengawasan diri akan terhindar dari kemungkinan perbuatan yang bertentangan dengan hukum, baik hukum agama, adat, maupun aturan moral dalam hidupnya.
8. Rasa benar dan tanggung jawab. Rasa benar dan rasa tanggung jawab penting bagi tingkah laku karena setiap individu ingin bebas dari rasa dosa, salah dan kecewa. Sebaliknya rasa benar, tanggung jawab dan sukses adalah keinginan setiap manusia yang sehat mentalnya.



### 2.2.4 Gangguan Kesehatan Mental

Gangguan kesehatan mental adalah perilaku dan keadaan emosi yang menyebabkan seseorang menderita, atau perilaku merusak diri sendiri, dan akan memiliki dampak negatif yang serius terhadap kinerja seseorang atau kemampuan berinteraksinya dengan orang lain, serta dapat membahayakan orang lain atau suatu komunitas. Menurut (Burlian 2016) terdapat beberapa tanda-tanda gangguan kesehatan mental, yaitu:

1. Banyak konflik batin

Dada rasa tersobek-sobek oleh pikiran dan emosi yang antagonistis bertentangan. Hilangnya harga diri dan kepercayaan diri. Selalu merasa tidak aman dan dikejar oleh suatu pikiran atau perasaan yang tidak jelas hingga ia merasa cemas dan takut. Menjadi agresif, suka menyerang bahkan ada yang berusaha membunuh orang lain atau melakukan usaha bunuh diri (agresivitas ke dalam).

2. Komunikasi sosial terputus dan adanya disorientasi sosial

Timbul delusi-delusi yang menakutkan atau dihindari delusion of grandeur (merasa dirinya paling super). Selalu iri hati dan curiga. Adakalanya dihindari delusion of persecution atau khayalan dikejar-kejar sehingga menjadi sangat agresif, berusaha melakukan pengrusakan, atau melakukan destruksi diri dan bunuh diri.

3. Ada gangguan intelektual dan gangguan emosional yang serius.

Penderita mengalami ilusi, halusinasi berat dan delusi. Selain itu, kurangnya pengendalian emosi dan selalu bereaksi berlebihan (*overacting*). Selalu berusaha melarikan diri dari dalam dunia fantasi, yaitu dalam masyarakat semu yang diciptakan dalam khayalan. Merasa aman dalam dunia fantasinya. Orang luar dihukum dan dihindari sebab mereka itu dianggap berdosa, kotor, jahat. Maka dari itu, realitas sosial yang dihayati menjadi kacau balau. Juga kehidupan batinnya menjadi kalut, kusut, dan kepribadiannya pecah berantakan.

### 2.2.5 Paradigma Kesehatan Mental

Menurut (Dewi 2012) Paradigma dalam kesehatan mental, prinsip-prinsip dalam memahami kesehatan mental yang mencakup tiga hal:

1. Prinsip yang didasari atas sifat manusia, yaitu:

- a) Kesehatan dan penyesuaian mental tidak terlepas dari kesehatan fisik dan integritas organisme.
  - b) Dalam memelihara kesehatan mental, tidak terlepas dari sifat manusia sebagai pribadi yang bermoral, intelek, religius, emosional, dan sosial.
  - c) Kesehatan dan penyesuaian mental memerlukan integrasi dan pengendalian diri, meliputi: pengendalian pemikiran, imajinasi, hasrat, emosi dan perilaku.
  - d) Memperluas pengetahuan diri merupakan keharusan dalam pencapaian dan memelihara kesehatan mental.
  - e) Kesehatan mental memerlukan konsep diri yang sehat, meliputi: penerimaan dan usaha yang realistik terhadap status dan harga diri.
  - f) Pemahaman dan penerimaan diri harus ditingkatkan dalam usaha meningkatkan diri dan realisasi diri untuk mencapai kesehatan mental.
  - g) Stabilitas mental memerlukan pengembangan yang terusmenerus dalam diri individu, terkait dengan: kebijaksanaan, keteguhan hati, hukum, ketabahan, moral, dan kerendahan hati.
  - h) Pencapaian dalam pemeliharaan kesehatan mental terkait dengan penanaman kebiasaan baik.
  - i) Stabilitas mental menuntut kemampuan adaptasi, kapasitas mengubah situasi dan kepribadian.
  - j) Stabilitas mental memerlukan kematangan pemikiran, keputusan, emosional, dan perilaku.
  - k) Kesehatan mental memerlukan belajar mengatasi secara efektif dan secara sehat terhadap konflik mental, kegagalan, serta ketegangan yang timbul.
2. Prinsip yang kedua adalah 3 prinsip yang didasari atas hubungan manusia dengan lingkungannya, yaitu:
- a) Kesehatan mental dipengaruhi oleh hubungan interpersonal yang sehat, khususnya di dalam keluarga.
  - b) Penyesuaian yang baik dan kedamaian pikiran dipengaruhi oleh kecukupan individu dalam kepuasan kerja.
  - c) Kesehatan mental memerlukan sikap yang realistik, yaitu menerima realita tanpa distorsi dan objektif.

3. Serta prinsip yang terakhir, merupakan 2 prinsip yang didasari atas hubungan individu dengan Tuhan, yaitu:
  - a) Stabilitas mental memerlukan pengembangan kesadaran atas realitas terbesar dari dirinya yang menjadi tempat bergantung kepada setiap tindakan yang fundamental.
  - b) Kesehatan mental dan ketenangan hati memerlukan hubungan yang konstan antara manusia dengan Tuhannya.

Adapun paradigma yang digunakan dalam mempelajari kesehatan mental yang diyakini (Kate Lowenthal 2006) sebagai tinjauan multi faktorial, antara lain:

1. Pendekatan biologis. Dengan mempelajari fungsi otak, kelenjar endokrin, dan fungsi sensoris, pendekatan tersebut meyakini bahwa krisis kesehatan mental individu sangat dipengaruhi oleh faktor genetik dan kondisi saat ibu hamil, serta faktor eksternal terkait: gizi, radiasi, usia, komplikasi penyakit.
2. Pendekatan psikologis. Pendekatan tersebut meyakini bahwa faktor psikologis berpengaruh besar pada kondisi mental seseorang, dimana dalam pendekatan psikologis memiliki 3 pandangan yang besar yang membahas mengenai hal tersebut, yaitu:
  - a. Psiko analisa pendekatan yang meyakini bahwa interaksi individu pada awal kehidupannya serta konflik intra psikis yang terjadi akan mempengaruhi perkembangan kesehatan mental seseorang. Faktor epi genetik mempelajari kematangan psikologis seseorang yang berkembang seiring pertumbuhan fisik dalam tahap-tahap perkembangan individu, juga merupakan faktor penentu kesehatan mental individu.
  - b. Behavioristik pendekatan yang meyakini proses pembelajaran dan proses belajar sosial akan mempengaruhi kepribadian seseorang. Kesalahan individu dalam proses pembelajaran dan belajar sosial akan mengakibatkan gangguan mental.
  - c. Humanistis perilaku individu dipengaruhi oleh hirarki kebutuhan yang dimiliki. Selain itu, individu diyakini memiliki kemampuan memahami potensi dirinya dan berkembang untuk mencapai aktualisasi diri.
3. Pendekatan sosio-kultural. Memiliki beberapa pendekatan, yaitu:
  - a. Stratifikasi sosial yang membahas faktor sosial-ekonomi dan seleksi sosial;

- b. Interaksi sosial yang membahas fungsi dalam suatu hubungan interpersonal (teori psiko dinamik, teori rendahnya interaksi sosial: isolasi, kesepian);
  - c. Teori keluarga yang mempelajari pengaruh pola asuh, interaksi antar anggota keluarga, dan fungsi keluarga terhadap kesehatan mental individu;
  - d. Perubahan sosial, yang mengkaitkan perubahan jangka panjang, migrasi dan industrialisasi, serta kondisi krisis dengan kondisi mental individu;
  - e. Sosial-budaya, yang mempelajari pengaruh agama dan budaya pada kondisi mental seseorang;
  - f. Stresor sosial, yang mempelajari pengaruh berbagai situasi sosial yang berdampak psikologis (misal: perkawinan, meninggal, kriminalitas, resesi) terhadap kondisi mental individu.
4. Pendekatan lingkungan. Pendekatan ini memiliki dua dimensi:
- a. Dimensi lingkungan fisik, yang terkait dengan: ruang, waktu, dan sarana (gizi) yang menyertai.
  - b. Dimensi lingkungan kimiawi dan biologis, yang terkait dengan: polusi, radiasi, virus dan bakteri, populasi makhluk hidup lain.

### **2.2.6 Mengukur Kesehatan Mental**

Menurut (Punch 2009) riset kuantitatif dalam ilmu sosial lebih dulu dikenal dibandingkan penelitian kualitatif. Pada masa 1800-an dimana kemajuan sains yang pesat menyebabkan ilmu-ilmu sosial tertarik untuk menerapkan kaidah yang digunakan dalam ilmu fisika, kimia dan biologi, yaitu dalam hal eksperimentasi dan pengukuran (measurement). Dalam aspek pertama dalam ilmu sosial dikenal disain penelitian berupa eksperimen, kuasi eksperimen dan survey (Creswell and Guetterman 2018); sedangkan pada aspek kedua memunculkan teori tes klasik (classical test theory atau CTT) yang digagas oleh Spearman pada tahun 1904 (Sivakumar Alagumalai 2005) serta pendefinisian pengukuran oleh Stevens pada 1946 (Mari, Carbone, and Petri 2012) yang diterapkan secara luas pada berbagai ilmu-ilmu sosial.

Terdapat berbagai kritik yang dialamatkan pada CTT. Diantara berbagai kritik tersebut telah disampaikan oleh Schumaker dalam (Sivakumar Alagumalai 2005) yang menyebutkan bahwa koefisien reliabilitas CTT tergantung pada banyaknya sampel, skala pengukuran yang tidak linear, keterbatasan rentang skor serta keseimbangan

korelasi negatif-positif. Bila dilihat definisi dari Stevens pun jelas disebutkan bahwa jenis data yang didapat melalui teknik pengukuran yang menanyakan opini atau sikap, adalah nominal dan ordinal sehingga alat analisis yang bisa digunakan pun terbatas. Bahkan operasi aritmetika dasar seperti tambah, kurang, kali dan bagi pun tidak bisa dilakukan karena angka yang didapatkan bukan bilangan bulat namun skor yang berupa data ordinal. Kekurangan pendekatan teori tes klasik kemudian diperbaiki dengan teori respon butir (item response theory atau IRT) dengan berbagai variasi parameter logistiknya (PL), salah satunya adalah 1PL yang dikembangkan menjadi model Rasch. Tidak seperti pendekatan teori tes klasik yang selalu bergantung pada skor, IRT tidak tergantung pada sampel soal/pernyataan tertentu dan labilitas orang yang terlibat dalam ujian/survei.

Georg Rasch mengembangkan satu model analisis dari Item Response Theory pada tahun 1960-an biasa disebut 1PL yang berarti satu parameter logistic (Olsen 2003). Model matematika ini kemudian dipopulerkan oleh Ben Wright (Linacre 1999). Dengan data mentah berupa data dikotomi (berbentuk benar dan salah) yang mengindikasikan kemampuan siswa, Rasch memformulasikan hal ini menjadi satu model yang menghubungkan antara siswa dan item (Sumintono, B dan Widhiarso 2013). Sebagai ilustrasi, seorang siswa yang mampu mengerjakan 80% soal dengan benar tentu mempunyai labilitas yang lebih baik dari siswa lain yang hanya bisa mengerjakan 65% soal. Data tersebut (persentase) menunjukkan bahwa data mentah yang diperoleh tidak lain adalah jenis data ordinal yang menunjukkan peringkat dan tidak linier (Linacre 1999).

Menurut (Sumintono, B dan Widhiarso 2013) ada beberapa kesulitan dalam aplikasi pemodelan Rasch untuk melakukan analisis, penjelasan dan kesimpulan dari data satu ujian atau kuesioner survei yang ada. Intinya adalah kembali kepada definisi yang diberikan oleh George Rasch. Pola respon yang diberikan menunjukkan validitas dari tiap responden (person) kepada setiap butir soal (item). Sehingga hal ini menyebabkan pemodelan Rasch mampu menetapkan validitas konsep dari setiap butir soal. Suatu butir soal atau item, dikatakan valid ketika dia mampu untuk membedakan antara responden yang mampu dengan yang tidak mampu. Selanjutnya mereka menjelaskan adanya dua kemungkinan yang perlu dibahas lebih lanjut akan hal ini.

1. Kemungkinan pertama adalah ketidaksesuaian responden yang terlibat dalam ujian yang diberikan (atau partisipan dalam survei kuesioner), hal ini karena hasil yang diberikannya memang tidak sesuai dengan yang diharapkan. Pemodelan Rasch dapat mendeteksi adanya responden yang memang tidak sesuai dilibatkan dalam pengumpulan data dan dapat mengemukakan argumen kenapa dia perlu dikeluarkan karena tidak sesuai dengan model yang ada. Temuan ini jelas akan berkontribusi secara penting dalam riset yang dijalankan. Tidak seperti halnya dalam praktek pengolahan data statistik tradisional yang dilakukan tidak dapat diketahui secara pasti, namun dalam pemodelan Rasch akan muncul dengan sendirinya.
2. Kemungkinan kedua adalah sehubungan dengan butir soal atau item yang digunakan. Bila ternyata respon yang didapati bahwa terdapat item tidak dapat membedakan responden kemampuan responden; antara yang mampu dan yang tidak mampu, maka butir soal tersebut perlu untuk direvisi ulang atau malah item yang bersangkutan dibuang saja. Dalam suatu kondisi ekstrem tertentu dimana hasil yang didapat sangat tidak sesuai, maka kita perlu memperbaiki semua butir soal yang ada atau memperbaiki semua pernyataan karena memang tidak mengukur apa yang seharusnya diukur (validitas disangsikan). Hal ini jelas menunjukkan bahwa pemodelan Rasch tidak sekedar mengukur reliabilitas item saja, namun juga menguji validitas konsep instrumen yang digunakan

Selanjutnya (Sumintono, B dan Widhiarso 2013) menyatakan bahwa pengujian responden (person) dan butir soal (item) secara bersamaan menunjukkan bahwa riset kuantitatif seperti yang biasa dilakukan oleh disiplin ilmu sains, juga dapat dilakukan hal yang sama dengan disiplin ilmu pengetahuan sosial yang biasanya diidentikkan dengan riset kualitatif. Konsekuensi berikutnya adalah asumsi peringkat yang dibuat saat kuesioner dikonsepsikan ataupun butir soal yang disusun, melalui pemodelan Rasch ini dapat diverifikasi apakah memang hal ini menghasilkan pola yang diharapkan atau tidak. Bentuk kalibrasi ini sangat unik dan hanya didapati pada pemodelan Rasch saja, dimana hal ini modelnya sama seperti persyaratan kalibrasi yang harus dipenuhi dalam pengukuran oleh instrumen dalam disiplin ilmu sains dalam melakukan kalibrasi pada skala pengukurannya. Dengan kata lain, kalibrasi dilakukan dalam pemodelan Rasch secara sekaligus dalam tiga hal, yaitu skala pengukuran, responden (person), dan butir

soal (item). Suatu instrumen yang tidak dikalibrasi maka mempunyai kemungkinan menghasilkan data yang tidak valid dan bisa menyebabkan kegiatan riset yang dilakukan mengalami kegagalan.

### **2.2.7 Kesehatan Mental dan Hubungan dengan pandemik COVID-19**

Dukungan social dan kesehatan Mental memainkan peran kunci dalam pandemik, lockdown menimbulkan suatu ketakutan akan ancaman, kesendirian dan kesedihan. Telah ada penelitian sebelumnya tentang hubungan kesendirian akibat lockdown dengan tingginya tingkat stres dan kesehatan mental di New Orleans Amerika oleh (Saltzman, Hansel, and Bordnick 2020) dimana Kesepian, Isolasi, dan Faktor Dukungan Sosial sangat dibutuhkan dalam Kesehatan Mental Pasca-COVID-19. Namun salah satu upaya pencegahan utama untuk mengurangi penyebaran COVID-19 melibatkan jarak sosial. Selama masa krisis, dukungan sosial ditekankan sebagai mekanisme adaptasi. Ini membutuhkan banyak orang untuk mengubah cara-cara keterhubungan mereka yang khas dan berasumsi bahwa orang-orang memiliki hubungan yang sehat atau akses ke teknologi.

Dukungan sosial merupakan pertimbangan penting untuk memahami dampak COVID-19. Pertolongan Pertama Psikologis dan Keterampilan untuk Pemulihan Psikologis, yang merupakan alat yang digunakan untuk menginformasikan metode respons untuk membantu orang terhubung selama isolasi dan merupakan intervensi yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan spesifik COVID untuk apa yang mungkin merupakan isolasi dan post-isolasi berkepanjangan. Mengingat banyaknya COVID-19 yang tidak diketahui, diperlukan penelitian untuk memahami dampak kesehatan perilaku yang lebih besar untuk memastikan sumber daya tersedia, terkini, dan bukti diinformasikan.

Tidak hanya Indonesia, negara lain yang memiliki dampak besar akibat pandemi adalah Turki, dimana Turki memiliki salah satu tingkat kematian tertinggi di dunia karena pandemi COVID-19. Pandemi tersebut menyebabkan kecemasan dan depresi pada individu. Penelitian (Ustun 2020) tentang sejauh mana efek pandemi dan melihat tingkat depresi dan faktor-faktor terkait dalam masyarakat yang terkena COVID-19. Dimana depresi ringan terbanyak adalah simpatisan wanita partisipan wanita yang berusia antara 18 dan 29 tahun, lajang, siswa, dan berpenghasilan lebih rendah

sedangkan depresi sedang dan berat banyak dialami dan disebabkan karena rasa takut terinfeksi dan menulari orang lain, kegelisahan tentang masa depan, kesedihan, serta beberapa mengalami depresi berat mengalami mengalami kesepian, takut mati, putus asa, masalah tidur, merasa tidak berguna dan tidak berharga, mereka juga mulai merokok dan minum alkohol.

Memang kebanyakan efek dari pandemik ini menyebabkan banyak sekali pemutusan hubungan kerja dari sektor ekonomi. dimana menurut (Mimoun et al. 2020) terdapat banyak sekali masyarakat yang sangat terpengaruh oleh corona virus menunjukkan tingkat stres yang lebih tinggi (tekanan, kesedihan, depresi, dan kurangnya kontrol diri) dan tekanan emosional (rasa sakit dan penderitaan mendalam)

Tekanan emosional yang lebih tinggi justru disertai dengan tingkat stres yang lebih tinggi. Dibandingkan dengan para penganggur atau tenaga penuh waktu, justru para tenaga yang dirumahkan atau diliburkan (cuti) justru dilaporkan memiliki tingkat stres yang lebih tinggi dibanding diantara mereka yang bekerja penuh waktu atau sudah menganggur sama sekali, semakin tua partisipannya, semakin rendah tingkat stres yang dirasakan.

Masa-masa sulit ini sudah semestinya pemerintah menerapkan kebijakan kesehatan mental dan peningkatan layanan kesehatan mental melalui integrasi layanan kesehatan mental di pusat perawatan kesehatan primer masyarakat. Kebijakan ini mempromosikan akses komprehensif ke layanan kesehatan mental melalui perawatan kesehatan primer dan integrasi ke layanan kesehatan umum di semua tingkatan. Situasi saat ini dari pusat layanan kesehatan mental yang berdiri sendiri mempromosikan stigma dan mengurangi akses ke perawatan kesehatan mental. Selain itu, lebih banyak personel harus dilatih untuk memberikan dukungan psikologis kepada orang-orang di daerah pedesaan dan terpencil melalui lembaga tradisional yang ada dan pengawas kesehatan pemerintah daerah.

Bertolak belakang dengan anggapan bahwa kesepian adalah hal yang penting. Ternyata ntuk populasi yang lebih tua, pengalaman kesepian selama COVID-19 cenderung lebih biasa atau umum dibanding dewasa muda dan remaja muda. Selain itu, kesepian biasanya hanya meningkat pada usia dewasa di antara orang dewasa tua. Dimana remaja merasa kesepian lebih besar 60% dibanding orang dewasa 40%



melaporkan tidak pernah merasa kesepian, sedangkan 10% remaja muda melaporkan mengalami kesepian yang parah (Beam and Kim 2020).

Di Indonesia belum ada penelitian Dimana salah satu laporan terkini (Aluh and Onu 2020) yang menyarankan pemerintah Nigeria dapat meningkatkan dukungan psikososial dengan mempromosikan kohesi komunitas dan lingkungan yang baik, meningkatkan layanan kesehatan mental melalui integrasi kesehatan mental layanan di pusat perawatan kesehatan utama, dan melatih lebih banyak personel untuk memberikan konseling psikologis melalui lembaga tradisional yang ada. Pandemi COVID-19 yang sedang berlangsung dapat menyebabkan atau memperburuk gangguan psikologis seperti stres, kecemasan, depresi, dan serangan panik di antara orang-orang masyarakat Indonesia.

Belajar dari negara kecil malta (Grech and Grech 2020) Pada titik ini, kesehatan mental lebih diutamakan daripada aspek kesiapan fisik, bahkan dalam jaringan layanan psikiatri di Negara itu. Ini mungkin menjadi batasan karena bahkan pada waktu itu, banyak petugas layanan kesehatan garis depan mengalami kecemasan dan ketakutan tentang situasi yang menghambat, terutama setelah memantau situasi di dalam rumah sakit di Italia.

Jelas secara Global sementara ini aspek kesehatan mental memiliki peran yang sangat penting dan mungkin menjadi prioritas disamping menurunkan kurva penularan. dampak COVID-19 saat ini pada kesejahteraan mental jauh lebih tinggi daripada pada kesehatan fisik bangsa. Infrastruktur yang diperkuat oleh kesiapsiagaan yang memadai dan komunikasi yang jelas kepada masyarakat, sampai sekarang, telah menjadi faktor efektif utama yang membatasi tantangan kesehatan mental. Diharapkan bahwa peningkatan perlahan dan bertahap dalam kasus dipertahankan sehingga situasi tetap terkendali.

### **2.2.8 Kesehatan Mental Para Dokter selama COVID-19**

Seberapa dampak virus corona dilihat dari kaca mata kesehatan mental dan faktor terkait diantara petugas perawatan kesehatan yang merawat pasien yang terpajan COVID-19. menurut penelitian di Cina oleh (Lai et al. 2020) dari Temuan ini menunjukkan bahwa, diantara tenaga perawatan kesehatan Cina yang terpajan COVID-19, perempuan, perawat, mereka yang di Wuhan, dan pekerja perawatan kesehatan garis

depan memiliki risiko tinggi untuk memiliki hasil kesehatan mental yang buruk dan sangat tidak menguntungkan dalam menjalankan tugasnya dan sangat memerlukan dukungan atau intervensi psikologis. Sebanyak 1.257 dari 1830 orang yang dihubungi menyelesaikan survei, Sebagian besar peserta melaporkan gejala depresi (634 [50,4%]), kecemasan (560 [44,6%]), insomnia (427 [34,0%]), dan kesulitan (899 [71,5%]). Dimana kebanyakan perawat Perawat wanita yang bekerja di garda depan melaporkan derajat yang kesehatan mental yang lebih parah dari semua pengukuran gejala kesehatan mental daripada petugas kesehatan lainnya.

Wabah penyakit corona virus saat ini (COVID-19) memiliki proporsi yang belum pernah terjadi sebelumnya dalam beberapa hal. Laporan terbaru menunjukkan bahwa banyak petugas kesehatan garis depan (petugas kesehatan) menderita masalah kesehatan mental, termasuk gejala stres pascatrauma (PTS) dan dilaporkan sebanyak 50% para petugas kesehatan militer ini mengalami PTSD dimana semua gejala (kesiapan, lingkungan kerja, dukungan sosial hambatan untuk mengungkapkan, pengakuan, dan ketakutan, semuanya secara signifikan terkait dengan Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) (Gjerstad et al. 2020)

Memahami dampak psikologis dari pandemi pada petugas kesehatan, adalah penting dalam perencanaan untuk wabah penyakit menular yang muncul dimasa depan. penelitian ini menyelidiki apakah faktor-faktor yang terkait dengan PTSD jangka pendek dalam pandemi juga dikaitkan dengan PTSD jangka panjang dalam para tenaga kesehatan. Selain itu, perhatian khusus harus diberikan kepada petugas kesehatan yang telah direkrut secara khusus untuk bekerja dengan pasien corona virus karena kebutuhan staf yang luar biasa, Orang-orang ini mungkin kurang siap dan lebih berisiko terhadap PTSD. Menghadiri dokter psikiater dan mungkin dapat meringankan masalah kesehatan mental jangka panjang dalam kelompok penyedia layanan kesehatan garis depan dalam ke depannya.

Mendukung tenaga perawatan kesehatan selama dan pasca bencana perlu menjadi upaya interdisipliner yang saling berkolaborasi. Setiap disiplin membawa pandangan dan keahlian yang unik. kita juga perlu melibatkan semua sumber daya dukungan yang tersedia. Selama bencana, petugas kesehatan mungkin tidak mencari dukungan tradisional seperti psikoterapi. Kita harus memprioritaskan kebutuhan yang paling

mendasar, termasuk mendukung pekerja kesehatan selama COVID-19 waktu istirahat, makanan, dan keamanan (Gonzalez, et al. 2020).

Dampak psikologis pandemik COVID-19 pada pekerja perawatan kesehatan garis depan selama gelombang pandemik di New York City yang dilakukan (Feingold et al. 2021): Sebanyak 3.360 tenaga kesehatan dari 6.026 orang menyelesaikan survei (55,8% partisipasi), dengan 2.579 (76,8%) dimana hasilnya sebanyak 1.005 (39,0%) memenuhi kriteria untuk gejala PTSD, MDD, atau GAD terkait COVID-19. dimana hasilnya sebanyak 599 (23,3%) di skrining secara positif untuk gangguan stres pasca trauma (PTSD), 683 (26,6%) untuk gangguan depresi mayor MDD, dan 642 (25,0%) untuk gangguan kecemasan umum (GAD). Analisis multivariable mengungkapkan bahwa kelelahan selama setahun terakhir dikaitkan dengan risiko tertinggi memperoleh PTSD terkait COVID-19 (rasio odds [OR] 1/42,10), MDD (OR 1/42,83), dan GAD (OR 1/42,68). Dukungan yang dirasakan lebih tinggi dari kepemimpinan rumah sakit dikaitkan dengan risiko terendah semua hasil [PTSD (OR 1/40,75), MDD (OR 1/40,72), dan GAD (OR 1/40,76)].

Dalam penelitian lain (Galbraith et al. 2020) menunjukan bahwa ternyata Dokter mengalami tingkat stres kerja yang tinggi bahkan dalam keadaan normal, tetapi banyak yang enggan mengungkapkan kesulitan kesehatan mental atau mencari bantuan untuk mereka, dengan stigma sebagai alasan yang sering dikutip. Krisis penyakit virus korona 2019 (COVID-19) memberikan tekanan tambahan pada dokter dan sistem perawatan kesehatan secara umum dan penelitian menunjukkan bahwa tekanan tersebut membawa risiko tekanan psikologis yang lebih besar bagi dokter.

Sebuah penelitian lain (Magill, Siegel, and Pike 2020) menunjukan kesehatan mental penyedia layanan kesehatan garis depan yakni para dokter selama pandemik: menunjukan bahwa setidaknya COVID-19 memberikan dampak merugikan bagi para dokter. Hasil kesehatan mental yang diteliti adalah stres (n = 32), kecemasan (n = 26), gangguan stres pasca trauma (PTSD; n = 25), ukuran umum kesehatan mental (n = 18), depresi (n = 16), dan tidur (n = 4). Dua studi (7, 8) juga mengukur perilaku obsesif-kompulsif dan ide paranoid, dan satu studi mengukur penyalahgunaan zat (9). Sebagian besar penelitian menilai gejala kesehatan mental yang dialami hanya 20% (n = 17)

### 2.3. Kerangka Teori

Supaya memudahkan mendapatkan data wawancara yang akurat dan memudahkan informan untuk mengingat kembali pengalaman mereka saat bekerja di garda terdepan COVID-19 atau saat bekerja dimasa-masa awal pandemik, maka peneliti membagi perjalanan waktu pandemik di Indonesia menjadi 10 bagian, diantaranya:

1. Kesadaran Awal berupa reaksi para informan saat awal pertama kali mendengar berita wabah di Wuhan China atau saat pertama kali mendengar berita virus corona COVID-19.
2. Awal Pandemi Di Indonesia yaitu waktu Ketika pemerintah mengumumkan bahwa virus corona sudah masuk ke Indonesia
3. Pengumuman lockdown yaitu saat pemerintah menetapkan corona COVID-19 sebagai wabah nasional dan memberlakukan lockdown di beberapa daerah di Indonesia.
4. Reaksi Lanjutan Korban corona bertambah dan mulai terjadi kepanikan di masyarakat, masker langka, alat pelindung diri masih minim dan jumlah kematian akibat corona semakin banyak.
5. Reaksi saat Penugasan Kerja / Kewajiban Profesi (Garda Depan COVID). Kekhawatiran untuk merawat pasien-pasien COVID-19.
6. Reaksi dan Pengalaman / Penyesuaian dengan suasana dan Kondisi Kerja yang Baru yang tidak seperti biasanya.
7. Kesulitan Saat Bekerja, ketakutan, kekhawatiran, kelelahan, kegelisahan, stres, Disporia dan Lainnya
8. Gangguan Kesehatan Mental yang dialami saat bekerja di garda terdepan COVID-19
9. Adaptasi / Penyesuaian/ Realisasi Saat Ini berupa Komitmen Kerja, Kepatuhan, Kesadaran Kesehatan, Proaktif, Kepatuhan Lockdown, Isolasi Mandiri, Persiapan untuk bekerja dengan segala keadaan New normal.
10. Harapan Masa Depan, apakah ada Sikap Positivisme atau bahkan Sikap Negativisme kepada Masyarakat atau Pemerintah akibat banyaknya korban yang berjatuh dari para dokter.

Kerangka teori penelitian ini berupa gangguan kesehatan mental akibat respon dari pandemic COVID-19 diambil dari pedoman kesehatan jiwa (SAMHSA 2014) ada 10 gejala yang harus di perhatikan dimana setiap orang bereaksi secara berbeda terhadap situasi-situasi yang penuh tekanan seperti wabah pandemic COVID-19 yang sangat menular yang membutuhkan pengaturan jarak sosial (social distancing), karantina (quarantine), atau isolasi (lockdown). Dengan demikian, berdasar rujukan teori-teori di atas, maka 10 gejala tersebut yang harus diperhatikan ini adalah fokus penelitian; yakni materi yang dilakukan penelitian. 10 gangguan kesehatan mental terkait pandemic COVID-19 antara lain adalah:

### **2.3.1 Kecemasan**

Kecemasan adalah emosi yang ditandai dengan perasaan tegang, pikiran khawatir, dan perubahan fisik seperti peningkatan tekanan darah. Orang dengan gangguan kecemasan biasanya memiliki pikiran atau kekhawatiran mengganggu yang berulang. Mereka mungkin menghindari situasi tertentu karena khawatir. Mereka mungkin juga memiliki gejala fisik seperti berkeringat, gemetar, pusing atau detak jantung yang cepat. (Alan E. Kazdin 2019)

Kecemasan adalah emosi yang ditandai dengan keadaan yang tidak menyenangkan dari kekacauan batin, sering kali disertai dengan perilaku gugup seperti mondar-mandir, keluhan somatik, dan perenungan. Kecemasan mencakup perasaan takut yang secara subyektif tidak menyenangkan atas kejadian yang diantisipasi. (Furnham and Lousley 2013)

Kecemasan adalah perasaan tidak nyaman dan khawatir, biasanya digeneralisasikan dan tidak fokus sebagai reaksi berlebihan terhadap situasi yang secara subyektif dilihat sebagai ancaman. Hal ini sering kali disertai dengan ketegangan otot, kegelisahan, kelelahan, dan masalah konsentrasi. Kecemasan terkait erat dengan rasa takut, yang merupakan respons terhadap ancaman nyata atau yang dirasakan langsung; kecemasan melibatkan ekspektasi ancaman dimasa depan. Orang yang menghadapi kecemasan mungkin menarik diri dari situasi yang memicu kecemasan di masa lalu. (E. F. Walker D. L. Rosenhan 2000)

Di dalam masa pandemik COVID-19 respon kecemasan Bagi dokter garis depan (termasuk perawat, dokter pengemudi ambulans, petugas identifikasi kasus, dan

lainnya) faktor penyebab stres tambahan selama wabah COVID-19 bisa jadi lebih berat, diantaranya:

- a) Stigmatisasi terhadap orang yang menangani pasien COVID-19 dan jenazahnya.
- b) Langkah-langkah biosecurity yang ketat.
- c) Alat perlindungan yang membatasi gerak.
- d) Isolasi fisik mempersulit upaya menolong orang yang sakit atau tertekan.
- e) Kesiagaan dan kewaspadaan yang terus-menerus.
- f) Prosedur ketat melarang tindakan spontan dan sesuai pilihan.
- g) Tuntutan pekerjaan yang lebih tinggi, termasuk waktu kerja yang lama, jumlah pasien yang meningkat dan praktik terbaik yang terus berubah seiring perkembangan informasi tentang COVID-19.
- h) Semakin sulit mendapatkan dukungan sosial karena jadwal kerja yang padat dan adanya stigma masyarakat terhadap petugas garis depan.
- i) Kurang kesempatan dan tenaga untuk perawatan dasar bagi dirinya sendiri.
- j) Kurang informasi tentang paparan jangka panjang pada orang-orang yang terinfeksi COVID-19.
- k) Rasa takut petugas garis depan akan menularkan COVID-19 ke teman dan keluarga karena bidang pekerjaannya.

### **2.3.2 Ketakutan**

Ketakutan adalah suatu tanggapan emosi terhadap ancaman. Takut adalah suatu mekanisme pertahanan hidup dasar yang terjadi sebagai respons terhadap suatu stimulus tertentu, seperti rasa sakit atau ancaman bahaya. Beberapa ahli psikologi juga telah menyebutkan bahwa takut adalah salah satu dari emosi dasar, selain kebahagiaan, kesedihan, dan kemarahan. Ketakutan harus dibedakan dari kondisi emosi lain, yaitu kegelisahan, yang umumnya terjadi tanpa adanya ancaman eksternal. Ketakutan juga terkait dengan suatu perilaku spesifik untuk melarikan diri dan menghindar, sedangkan kegelisahan adalah hasil dari persepsi ancaman yang tak dapat dikendalikan atau dihindarkan. ketakutan selalu terkait dengan peristiwa pada masa datang, seperti memburuknya suatu kondisi, atau terus terjadinya suatu keadaan yang tidak dapat diterima (Öhman 2000).

Setiap orang bereaksi berbeda terhadap situasi ketakutan seperti wabah penyakit menular yang membutuhkan jarak sosial, karantina, atau isolasi. Dokter mungkin akan merasa ketakutan terkait dengan:

- a) Status kesehatan dirinya sendiri.
- b) Status kesehatan orang lain yang mungkin akan tertular dari dirinya karena terpapar atau menderita penyakit COVID-19.
- c) Ketakutan yang mungkin dirasakan teman dan keluarga dan dirinya sendiri jika mereka harus masuk ke karantina sebagai akibat dari Riwayat paparan kontak saat bekerja.
- d) Ketakutan karena Pengalaman melihat pasien atau diri sendiri, atau ketakutan karena menyaksikan kematian atau penderitaan pasien dengan COVID-19 yang mengalami tanda-tanda kritis atau kesusahan dari gejala penyakit yang diderita.
- e) Ketakutan akan waktu yang terbuang, waktu Bersama keluarga, ketakutan kesulitan dalam melaksanakan pekerjaan dan ketakutan akan potensi kehilangan pendapatan dan keamanan selama kerja.
- f) Ketakutan akan kesulitan mendapatkan barang-barang atau hal-hal yang kita butuhkan, seperti bahan makanan dan barang perawatan pribadi dan sebagainya.
- g) Ketakutan akan kurangnya kemampuan merawat anak-anak secara efektif karena harus diisolasi di rumah sakit atau ketakutan akan jauh dari keluarga dekat karena isolasi dalam perawatan mandiri kita setelah terpapar COVID-19.

### **2.3.3 Kekhawatiran**

Kekhawatiran mengacu pada pikiran tentang masalah atau tidak menyenangkan hal-hal yang mungkin terjadi, atau gambaran takut (gelisah, cemas) terhadap suatu hal yang belum diketahui dengan pasti; bisa juga emosi dan tindakan yang bersifat negatif dengan cara yang berulang-ulang dan tidak terkendali yang dihasilkan dari analisis risiko kognitif proaktif yang dibuat untuk menghindari atau memecahkan potensi ancaman yang diantisipasi dan potensi konsekuensinya. (Brosschot, Pieper, and Thayer 2005)

Di dalam masa pandemik COVID-19 respon petugas medis khususnya dokter pasti akan merasa khawatir dan sangat wajar jika mereka merasa tertekan dan khawatir.

Respons umum dari kekhawatiran dari pada petugas medis dan juga orang-orang yang ter dampak (baik secara langsung atau tidak) antara lain:

- a) Khawatir yakut jatuh sakit dan meninggal karena COVID-19.
- b) Tidak mau datang ke fasilitas layanan kesehatan karena khawatir takut tertular saat dirawat
- c) Khawatir takut kehilangan mata pencaharian, tidak dapat bekerja selama isolasi, dan dikeluarkan dari pekerjaan
- d) Khawatir akan diasingkan masyarakat/dikarantina karena dikait-kaitkan dengan penyakit (seperti rasisme terhadap orang yang berasal dari, atau dianggap berasal dari, tempat-tempat ter dampak)
- e) Merasa tidak berdaya untuk melindungi orang-orang terkasih dan takut kehilangan orang-orang terkasih karena virus yang menyebar sangat cepat.
- f) Khawatir terpisah dari orang-orang terkasih dan pengasuh karena aturan karantina
- g) Khawatir tidak bisa lagi mengurus si buah hati yang sendirian di rumah karena atau terpisah, para penyandang distabilitas atau orang berusia lanjut usia di rumah karena mereka akan dikarantina.

#### **2.3.4 Frustrasi**

Psikologi frustrasi adalah respons emosional yang umum terhadap pertentangan, terkait dengan kemarahan, gangguan, dan kekecewaan. Frustrasi muncul dari penolakan yang dirasakan terhadap pemenuhan keinginan atau tujuan individu dan cenderung meningkat ketika keinginan atau tujuan ditolak atau diblokir (Maret G. Taraber and Jan F. Stevens 2011),

Di dalam masa pandemik COVID-19 respon petugas medis terhadap frustrasi dibagi menjadi dua jenis: internal dan eksternal.

- a) Frustrasi internal dapat timbul dari tantangan dalam memenuhi tujuan, keinginan, dorongan dan kebutuhan pribadi, atau menangani kekurangan yang dirasakan, seperti kurangnya kepercayaan diri karena takut tertular atau ketakutan terhadap situasi pandemik. Konflik, seperti Ketika mendengar kabar bahwa virus corona menimbulkan banyak korban jiwa dan mengalami masa sulit menjalani lockdown dan dapat menciptakan disonansi kognitif.



- b) Frustrasi eksternal melibatkan kondisi di luar kendali individu, seperti hambatan fisik bekerja, tugas di garda depan yang sulit, atau persepsi corona virus tidak akan berakhir dan akan terus ada selamanya.

### 2.3.5 Kesendirian

Kesendirian adalah keadaan pengasingan atau isolasi, yaitu, kurangnya kontak dengan orang lain. Kondisi ini mungkin berasal dari hubungan yang buruk, kehilangan orang yang dicintai, pilihan yang disengaja, penyakit menular, gangguan mental, gangguan neurologis atau keadaan pekerjaan atau situasi (misal terdampar ditempat asing). Kesendirian jangka pendek sering dinilai sebagai saat-saat seseorang bisa bekerja, berpikir atau beristirahat tanpa terganggu. Beberapa orang mungkin menginginkan demikian demi privasi. Kesendirian dan kesepian adalah dua hal yang berbeda. Dalam pengertian ini, kedua kata tersebut mengacu pada kegembiraan dan rasa sakit karena menyendiri. Kesepian tumpang tindih namun berbeda dengan kesendirian. Kesendirian hanyalah keadaan terpisah dari orang lain; tidak semua orang yang mengalami kesendirian merasa kesepian. Sebagai emosi subjektif, kesepian bisa dirasakan bahkan saat dikelilingi oleh orang lain; orang yang merasa kesepian, kesepian. (Carter 2000)

Kesendirian dalam hal pandemic COVID-19 yaitu terkait dengan perasaan kesendirian dan merasa terputus dari dunia dan dari orang yang dicintai pasti akan dirasakan para petugas medis di garda terdepan, dimana mereka Ketika bekerja di rumah sakit darurat COVID-19 tidak bisa pulang ke rumah, mereka harus memisahkan dirinya dengan keluarganya. rasa kesendirian ini memicu rasa takut, kekhawatiran dan faktor penyebab tekanan yang terus ada di dokter selama wabah COVID-19 dapat menyebabkan konsekuensi jangka panjang di tengah masyarakat dan keluarga, diantaranya:

- a) Melemahnya hubungan keluarga akibat ada anggota keluarga yang harus diisolasi atau bahkan tidak akan bertemu Kembali karena harus meninggal dan tidak bisa mengantar hingga pemakaman.
- b) Melemahnya hubungan sosial, dinamika lokal dan ekonomi.
- c) Stigma terhadap pasien dan para petugas Kesehatan yang mengidap penyakit sehingga ditolak masyarakat sekitar.

- d) Kemungkinan timbulnya amarah dan perpecahan dan permusuhan terhadap pemerintah dan dokter garis depan.
- e) Kemungkinan rasa ragu atas informasi dari pemerintah dan otoritas lain seperti berita di TV dan berita simpang siur, hoax yang beredar di masyarakat.
- f) Kemungkinan ada gejala Kesehatan mental lain yang timbul akibat kesendirian yang berkepanjangan, seperti penggunaan alcohol dan penyalahgunaan obat dan akibat-akibat negatif lain karena orang merasa tertekan, sendiri atau karena takut dan akhirnya menghindari fasilitas kesehatan atau tidak dapat menjangkau Dokter.

### **2.3.5 Kemarahan**

Kemarahan, berasal dari kata marah (bahasa Inggris: wrath, anger; bahasa Latin: ira), adalah suatu emosi yang secara fisik mengakibatkan antara lain peningkatan denyut jantung, tekanan darah, serta tingkat adrenalin dan noradrenalin (Charles Patrick Davis, MD 2021).

Rasa marah menjadi suatu perasaan yang dominan secara perilaku, kognitif, maupun fisiologi saat seseorang membuat pilihan sadar untuk mengambil tindakan untuk menghentikan secara langsung ancaman dari pihak luar (Tafrate 2006).

Gejala marah muncul biasanya karena perasaan ketakutan dan khawatir yang berlebihan terhadap terjadinya sesuatu yang semakin buruk dan menyinggung profesi atau seseorang. Tidak heran kemarahan akan selalu muncul mengikuti dari pola kesehatan mental para dokter selama pandemic:

- a) Ketidakpastian atau frustrasi tentang keselamatan jiwa dan ancaman selama bekerja di garda terdepan.
- b) Kemarahan akibat lambatnya program pemerintah dalam menangani pandemic COVID-19.
- c) Kemarahan akibat banyaknya dokter yang gugur selama pandemic COVID-19.
- d) Kemarahan dan frustrasi tentang berapa lama Anda akan membutuhkannya tetap dalam situasi ini, dan ketidakpastian tentang masa depan.
- e) Kemarahan terkait dengan perasaan terasing dari dunia dan dari orang yang dicintai.
- f) Marah jika dokter mengira akan terkena penyakit karena kelalaian orang lain atau masyarakat yang masih tidak mau melakukan isolasi mandiri atau penggunaan masker.

- g) Kemarahan dengan kebosanan dan frustrasi karena Anda mungkin tidak mampu bekerja atau terlibat dalam aktivitas sehari-hari biasa
- h) Kemarahan dan ambivalensi tentang situasi yang semakin kacau dan memburuk dan adanya keinginan untuk menggunakan alkohol atau obat-obatan untuk mengatasinya.

### **2.3.7 Kebosanan**

Kebosanan adalah keadaan emosional atau psikologis yang dialami saat seseorang dibiarkan tanpa sesuatu yang khusus dilakukan, tidak tertarik pada lingkungannya, atau merasa bahwa hari atau periode membosankan. Hal ini juga dipahami oleh para ilmuwan sebagai fenomena modern yang memiliki dimensi budaya. Tampaknya ini adalah keadaan mental tertentu yang orang anggap tidak menyenangkan, kurangnya rangsangan yang membuat mereka bergerak aktif dengan serangkaian konsekuensi perilaku medis dan sosial. (Koerth-Baker 2016).

Keadaan pandemic akan menimbulkan kebosanan dan bisa membuat para dokter di garda terdepan merasa tertekan, selain itu faktor penyebab kebosanan juga dapat dipengaruhi pada keadaan, seperti:

- a) Kebosanan karena masa waktu lockdown yang lama dan rasa jenuh yang tinggi karena banyak kegiatan yang dihentikan.
- b) Kebosanan karena harus memakai alat pelindung diri APD yang sangat panas dan tidak nyaman.
- c) Kebosanan akibat kerja yang berat dan monoton tanpa adanya kepastian kapan pandemic akan berakhir.
- d) Kebosanan karena jauh dari orang-orang yang dicintai, jauh dari
- e) keluarga atau jauh dan tidak bisa bertemu dengan kolega yang sedang melakukan isolasi mandiri.
- f) Kebosanan karena tidak bisa bertemu teman sahabat dan harus melakukan video call atau zoom meeting selama masa pandemic.
- g) Kebosanan akan situasi yang sepertinya semakin tidak ada perubahan, kebijakan lockdown yang terus menerus diperpanjang dan keadaan lingkungan yang semakin tidak menentu.

### 2.3.8 Ketidakpastian

Ketidakpastian adalah sebuah situasi di mana ada sesuatu yang tidak diketahui, atau sesuatu yang tidak diketahui, keadaan tidak pasti, ada keraguan, ada sesuatu yang tidak pasti, Keragu-raguan, ketidaktentuan. Ketidakpastian adalah sebutan yang digunakan dengan berbagai cara di sejumlah bidang, termasuk filosofi, fisika, statistika, ekonomi, keuangan, asuransi, psikologi, sosiologi, teknik, dan ilmu pengetahuan informasi. Ketidakpastian berlaku pada perkiraan masa depan hingga pengukuran fisik yang sudah ada atau yang belum diketahui atau ambivalensi tentang situasi tersebut (Sundgren and Karlsson 2013).

Sebagian rasa takut dan reaksi ini muncul dari bahaya yang memang ada, tetapi banyak juga yang muncul dari kurangnya pengetahuan, rumor dan disinformasi. Rumor umum tentang COVID-19 yang akhirnya menimbulkan rasa ketakutan dan keragu-raguan antara lain:

- a) ketidakpastian atau ambivalensi tentang situasi COVID yang sepertinya tidak ada titik terang.
- b) ketidakpastian atau ambivalensi tentang situasi lockdown yang sepertinya semakin panjang dan terus diperpanjang oleh pemerintah.
- c) ketidakpastian atau ambivalensi yang buruk dan pesimisme terhadap pemerintah dari fakta banyaknya tenaga Kesehatan dan tenaga dokter yang meninggal akibat tertular COVID-19.
- d) ketidakpastian tentang situasi kerja yang semakin berat akibat banyak tenaga kerja yang gugur dan ketakutan tinggi kita akan menyusul selanjutnya.
- e) Ketidakpastian rumah sakit dalam menyediakan alat pengaman diri APD yang cukup untuk para dokter agar bisa menjalankan tugasnya dengan baik di garda ke depan.
- f) Keraguan dan ketidakpastian dimana virus akan sangat mudah menular pada orang yang tidak memakai masker atau alat pelindung diri yang baik.
- g) Ketidakpastian akan risiko terinfeksi dan menginfeksi orang lain, terutama jika cara penularan COVID-19 belum 100% diketahui.

### 2.3.9 Depresi

Depresi adalah gangguan mood yang umum tetapi serius. Ini menyebabkan gejala parah yang memengaruhi perasaan, pikiran, dan penanganan aktivitas sehari-hari Anda, seperti tidur, makan, atau bekerja. Untuk didiagnosis dengan depresi, gejala harus ada setidaknya selama dua minggu. (American Psychiatric Association 1965)

Menurut (Benjamin J. Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz 2017), pengertian depresi adalah suatu masa terjadinya gangguan fungsi manusia yang berhubungan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyerta nya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta bunuh diri.

Menurut (Kartono, 1992), pengertian depresi adalah kemuraman hati (kepedihan, kesenduan, keburaman perasaan) yang patologis sifatnya. Biasanya timbul oleh; rasa inferior, sakit hati yang dalam, penyalahan diri sendiri dan trauma psikis.

Menurut (Maramis 2009), dalam psikologi definisi depresi adalah gejala dan sindroma perasaan sedih yang bersifat psiko patologis yang disertai dengan hilangnya minat, kurang energi, dan meningkatnya rasa lelah.

Menurut (Philips L. Rice 1998), depresi adalah suatu kondisi dimana terganggunya mood dan emosional secara berkepanjangan yang melibatkan proses berpikir, berperilaku, dan berperasaan, yang pada umumnya timbul karena seseorang kehilangan harapan ataupun perasaan tidak berdaya.

Respon Kesehatan mental para dokter selama masa pandemic COVID-19 ini dapat sangat banyak dan berbeda setiap individu, Selama periode pandemic ini, gejala depresi para dokter muncul hampir sepanjang hari, hampir setiap hari dan mungkin sepanjang minggu dan bulan, diantaranya termasuk:

- a) Perasaan sedih, menangis, hampa atau putus asa.
- b) Mudah tersinggung, frustrasi, atau mudah marah, bahkan karena hal-hal kecil.
- c) Kehilangan minat atau kesenangan dalam sebagian besar atau semua aktivitas normal, seperti seks, hobi, atau olahraga.
- d) Gangguan tidur, termasuk insomnia atau terlalu banyak tidur.
- e) Kelelahan dan kekurangan energi, sehingga tugas-tugas kecil membutuhkan usaha ekstra.

- f) Nafsu makan berkurang dan berat badan menurun atau malah sebaliknya ada peningkatan dan keinginan untuk makan dan penambahan berat badan.
- g) Kecemasan, agitasi atau kegelisahan selama masa masa melakukan pekerjaan di garda depan.
- h) Kemampuan berpikir yang melambat, ataupun berbicara atau gerakan tubuh yang kosong selama bekerja.
- i) Perasaan tidak berharga atau bersalah, terpaku pada kegagalan masa lalu atau menyalahkan diri sendiri terlebih lagi ada pasien yang meninggal karena COVID-19.
- j) Kesulitan berpikir, berkonsentrasi, membuat keputusan dan mengingat sesuatu.
- k) Merasa gelisah atau kesulitan duduk diam dan keinginan menggunakan alcohol dan obat-obat terlarang.
- l) Masalah fisik yang tidak dapat dijelaskan, seperti sakit punggung, nyeri anggota badan tertentu, sakit kepala, kram, atau masalah pencernaan tanpa penyebab fisik yang jelas dan atau yang tidak mereda bahkan dengan pengobatan.
- m) Pikiran yang sering atau berulang tentang kematian dan berpikiran untuk bunuh diri dan atau melukai diri.

### **2.3.10 Stres Pasca-Trauma (PTSD)**

Gangguan stres pasca-trauma (PTSD) adalah gangguan mental yang dapat berkembang setelah terpapar traumatis peristiwa, seperti kekerasan seksual, peperangan, kecelakaan lalu lintas, pelecehan anak, atau ancaman lain terhadap kehidupan seseorang. Gejala dapat mengganggu pikiran, perasaan, atau mimpi yang terkait peristiwa tersebut, mental atau fisik tekanan terhadap, perubahan cara berpikir dan perasaan seseorang. Gejala PTSD ini berlangsung selama lebih dari sebulan setelah kejadian. Seseorang dengan PTSD berisiko lebih tinggi untuk bunuh diri dan sengaja melukai diri sendiri (American Psychiatric Association 1965).

Walaupun pandemic sudah berakhir dan atau para tenaga Kesehatan di garda terdepan sudah selesai melakukan pekerjaannya, ada beberapa tanda dan gejala gangguan stres pascatrauma yang perlu diperhatikan, di antaranya adalah:

- a) ingatan masa lalu (saat masih bekerja menangani pasien COVID-19) penyebab trauma yang terus-menerus muncul.

- b) Kerap mengulang peristiwa traumatis semisal melihat teman sejawat yang meninggal yang seolah kembali terjadi.
- c) Sering mengalami mimpi buruk yang terasa nyata mengenai berbagai hal traumatis saat masa pandemik.
- d) Reaksi fisik yang menyebabkan stres mengenai hal yang menimbulkan perasaan trauma terutama saat bekerja di garda terdepan.

Menurut (MHPSS Reference Group 2020) PTSD yang dialami petugas Kesehatan yang berhubungan dengan masa pandemic COVID-19 juga menyebabkan adanya perubahan pada pola pikir dan suasana hati yang cenderung menjadi negatif, contohnya:

- a) Pikiran yang selalu negatif terhadap diri sendiri atau orang lain.
- b) Tidak ada harapan untuk masa depan.
- c) Lupa akan berbagai hal aspek-aspek atau detil penting yang berkaitan dengan penyebab trauma.
- d) Tidak bisa menjaga hubungan baik dengan orang lain.
- e) Merasa jauh dengan keluarga maupun kerabat dekat.
- f) Kehilangan semangat melakukan aktivitas yang biasanya disukai.
- g) Tidak dapat menunjukkan energi positif dalam diri.
- h) Kesulitan merasakan berbagai emosi di dalam diri.

Ada pula perubahan pada reaksi fisik maupun emosi terhadap banyak hal, seperti berikut ini:

- a) Mudah terkejut atau merasa takut.
- b) Selalu waspada terhadap berbagai hal yang dianggap bahaya.
- c) Kecenderungan menyakiti atau merusak diri sendiri.
- d) Kerap mengalami gangguan tidur.
- e) Kesulitan untuk berkonsentrasi.
- f) Mudah marah atau lebih agresif dalam merespons berbagai hal.
- g) Perasaan bersalah atau malu yang berlebihan.
- h) Seperti sebagai kenangan mengganggu yang mengganggu, kilas balik (menghidupkan Kembali acara), mimpi buruk, perubahan pikiran dan suasana hati, dan mudah terkejut, seperti anggota yang mengganggu intrusive, kilas balik

(mengingat kembali peristiwa itu), mimpi buruk, perubahan pikiran dan suasana hati, dan mudah kaget.

### 2.3.11 Hasil Penelitian Terkait Yang Relevan

**Tabel 1 Penelitian Terkait Yang Relevan**

No	Peneliti, Tahun	Judul Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
1	Kwaghe, Ayi Vandi Ilesanmi, Olayinka Stephen Arnade, Peter Okpeh Okediran, James Olatunde Utulu, Rowland Balogun, Muhammad Shakir (2020)	Stigmatization, psychological and emotional trauma among frontline health care workers treated for COVID- 19 in Lagos State , Nigeria : A qualitative study	Kualitatif	Hampir semua responden merasakan stigma dan mengalami trauma psikologis dan moral. Umumnya mereka mengalami emosi negatif kecemasan, kesusahan, disorientasi, menangis karena takut stigmatisasi, merasa kesepian, dan kekhawatiran tentang keadaan keluarga mereka serta stigmatisasi yang dilakukan oleh petugas kesehatan di pusat isolasi itu sendiri
2	Fawaz, Mirna Samaha, Ali (2020)	The psychosocial effects of being quarantined following exposure to COVID-19: A qualitative study of Lebanese health care workers	Kualitatif	Gangguan psikologis para petugas kesehatan Lebanon yang diperburuk oleh ketidakstabilan ekonomi; Analisis kualitatif telah mengungkapkan 4 tema yaitu Ketakutan tertular dan menyebarkan virus, Konflik antara tugas kerja dan kewajiban keluarga, Stigma terinfeksi, dan ketidapahaman informasi tentang Covid-19
3	Billings, Jo Seif, Nada Abou Hegarty, Siobhan Ondruskova, Tamara Soulios, Emilia Bloomfield, Michael Greene, Talya. (2020)	What support do frontline workers want? A qualitative study of health and social care workers' experiences and views of psychosocial support during the COVID- 19 pandemic	Kualitatif	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pekerja kesehatan garis depan cenderung yang bekerja selama pandemic membutuhkan sistem dukungan yang fleksibel termasuk dukungan rekan kerja, dukungan pemerintah, organisasi dan professional dan Kolaborasi yang lebih besar, konsultasi dan konseling diperlukan untuk menjamin mereka selama bekerja di garis depan.



4	Yau, Brandon Vijh, Rohit Prairie, Jessica McKee, Geoff Schwandt, Michael (2021)	Lived experiences of frontline workers and leaders during COVID-19 outbreaks in long-term care: A qualitative study	Kualitatif	Jaminan fasilitas dan perlindungan dokter dan peningkatan respons wabah yang diidentifikasi lebih awal dapat membantu menginformasikan kebijakan dan penanganan dan mengurangi dampak COVID-19 lebih cepat.
5	Luquiens, Amandine Morales, Jennifer Bonneville, Marion Potier, Hugo Perney, Pascal Faure, Gilles Canaguier, Astrid. (2021)	Mental Burden of Hospital Workers During the COVID-19 Crisis: A Quanti-Qualitative Analysis	Kualitatif	Kurangnya waktu isolasi mandiri meningkatkan emosi negatif, Penugasan kembali ke ruang isolasi merupakan pemicu stres utama, terutama pada pekerja yang lebih tua. Pekerja muda mengalami stressor jauh sebelum mereka mulai bekerja di garda depan. Ketakutan akan kematian dimiliki oleh semua kelas usia.
6	Christian Jasper C, Ronn Mikhael A. Avila, Hazel Mae S Arpia.(2020)	The Lived Experiences of Filipino Front Liners During COVID-19 Outbreak.	Kualitatif	Pengalaman dan proses penyesuaian frontliner dokter Filipina dengan kondisi kerja baru dengan ketakutan dan kecemasan sebagai konsekuensi dari krisis pandemik COVID-19 ini. Tema- utama meliputi: Kesadaran, Reaksi Awal (Takut Tersebar dan Khawatir), Pengumuman, Masalah (Transportasi dan Kelangsungan Hidup), Reaksi Selanjutnya (Dysphoria dan Menyalahkan Pemerintah), Penyesuaian (Kondisi Kerja), Realisasi (Komitmen Kerja, Kepatuhan, Kesehatan Kesadaran), dan sikap Positivism.
7	Chen, Qiongni Liang, Mining Li, Yamin Guo, Jincai Fei, Dongxue Wang, Ling He, Li Sheng, Caihua Cai, Yiwen	Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak.	Kualitatif	Hampir semua tenaga kerja garis depan mengalami gangguan kesehatan mental dan Psikologis; takut tertular dan khawatir mereka membawa virus ke rumah mereka, kekurangan alat perlindungan diri, tekanan kerja dan khawatir tentang kekurangan peralatan pelindung dan perasaan tidak mampu ketika

---

	Li, Xiaojuan Wang, Jianjian Zhang, Zhanzhou (2020)			berhadapan dengan pasien yang sakit kritis, mengalami insomnia dan masalah emosional lainnya.
8	Greenberg, Neil Docherty, Mary Gnanapragasam, Sam Wessely, Simon. (2020)	Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic.	Kualitatif	Dokter dan para Staf layanan kesehatan garis depan berada pada peningkatan risiko mengalami cedera moral dan masalah kesehatan mental ketika menghadapi pandemik Covid-19. Manajer perlu secara proaktif mengambil langkah untuk melindungi kesejahteraan mental, staf Manajer harus jujur tentang situasi yang mungkin dihadapi staf, Staf harus memperkuat tim dan menyediakan konseling rutin untuk mendiskusikan keputusan dan memeriksa status kesehatan mereka, Begitu krisis mulai surut, dokter harus secara aktif dipantau, didukung, dan, jika perlu, diberikan penghargaan dan reward.
9	Adams, James G Walls, Ron M. (2020)	Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic.	Kualitatif	Menyarankan sistem yang mendukung bagi petugas kesehatan, misalnya memastikan bahwa pekerja merasa mendapatkan istirahat yang cukup, penyediaan makanan, multivitamin dan jam istirahat yang panjang.
10	Ramachandran, S (2020)	A junior doctor's experience of critical illness: from treating patients to becoming a patient with COVID-19.	Kualitatif	Laporan kasus, berbagi pengalaman salah satu dokter junior yang berbagi cerita tentang merawat pasien hingga menjadi pasien COVID-19. Laporan tersebut menyatakan bahwa dokter junior, meskipun ia baru memulai karir medis nya, menunjukkan kurangnya kontrol dan kesulitan dalam menjalani tugas selama pandemik.
11	Huang, Yeen Zhao, Ning (2020)	Corrigendum to Generalized anxiety disorder, depressive	Kualitatif	Dokter mengalami gejala kecemasan disebabkan oleh kelelahan dan beban kerja yang

---

---

		symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China:		berat. Situasi ini sangat menunjukkan bahwa dokter junior atau muda belum sepenuhnya siap menangani wabah penyakit menular dan membutuhkan pelatihan, pendidikan, dan komunikasi yang lebih baik.
12	Xiao, Han Zhang, Yan Kong, Desheng Li, Shiyue Yang, Ningxi. (2020)	The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)	Kualitatif	petugas Kesehatan yang bekerja di garda depan mengalami kekacauan dan rasa frustrasi yang berakibat dalam penurunan minat dan kejenuhan dan frustrasi yang tinggi selama bekerja. Dukungan sosial yang diberikan kepada staf medis menyebabkan penurunan rasa frustrasi dan tingkat kecemasan dan stres Secara signifikan.
13	Mukhtar, Sonia, (2020)	Mental Health and Psychosocial Aspects of Coronavirus Outbreak in Pakistan: Psychological Intervention for Public Mental Health Crisis.	Kualitatif	Krisis kesehatan mental dari pekerja garda depan seperti faktor psikologis takut tertular virus, takut membawa virus ke rumah, dan takut meninggal dan menjadi korban selanjutnya juga diidentifikasi sebagai tema utama yang hampir ada pada semua penyebab stress para dokter di seluruh garda depan penanggulangan covid
14	Galbraith, Niall Boyda, David McFeeters, Danielle Hassan, Tariq. (2020)	The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic	Kualitatif	Dokter mengalami stres kerja tingkat tinggi bahkan dalam keadaan normal, tetapi banyak yang enggan mengungkapkan kesulitan kesehatan mental atau mencari bantuan untuk mereka. Krisis penyakit coronavirus 2019 (COVID-19) memberikan tekanan tambahan pada dokter dan sistem perawatan kesehatan secara umum dan penelitian menunjukkan bahwa tekanan tersebut membawa risiko tekanan psikologis yang lebih besar bagi dokter garda depan.

---

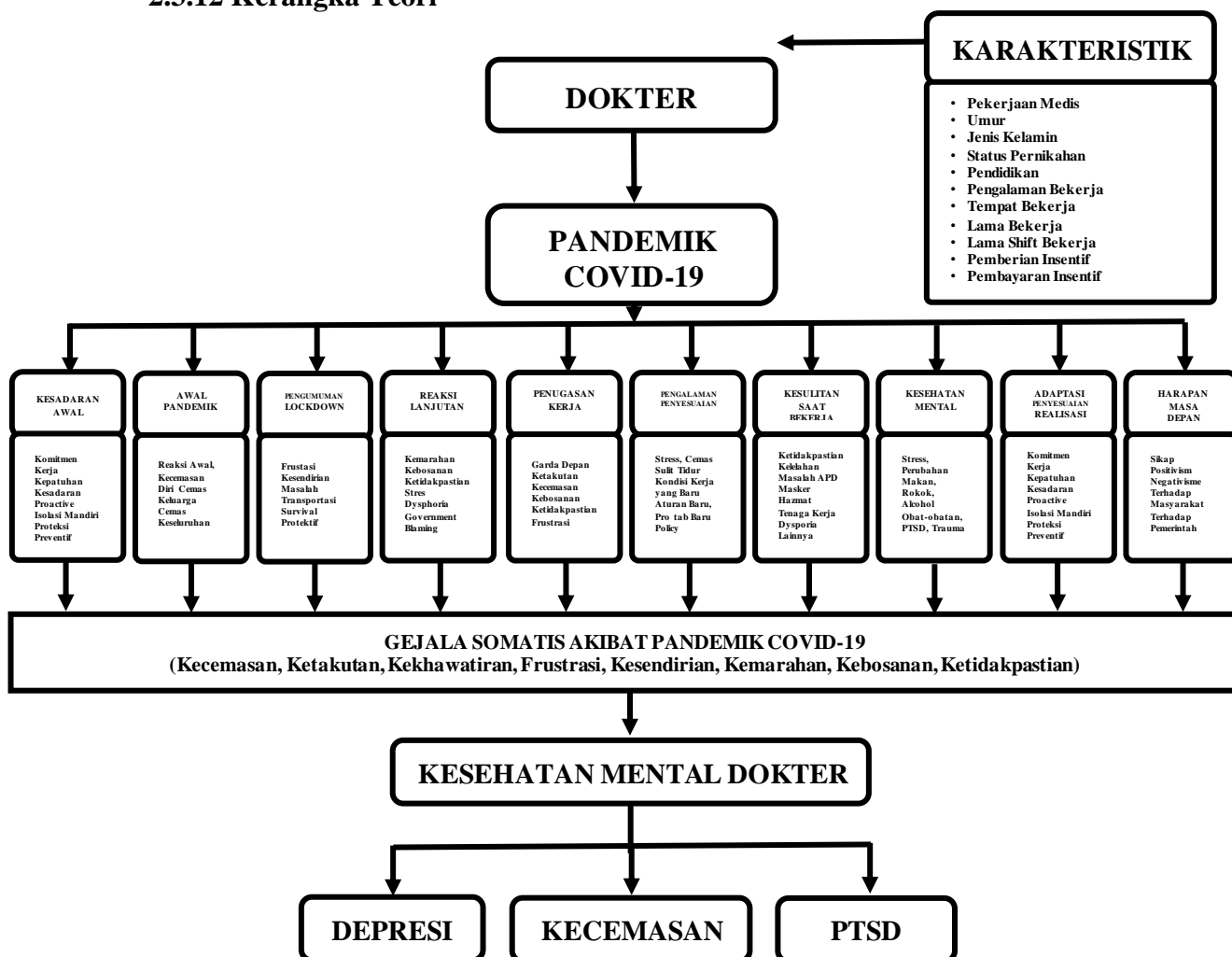
15	Magill, Elizabeth Siegel, Zoe Pike, Kathleen M. (2020)	The Mental Health of Frontline Health Care Providers During Pandemics: A Rapid Review of the Literature	Kualitatif	Intervensi kesehatan mental sebelum dan selama masa pandemik untuk mengurangi tekanan stress bagi sebagian besar dokter sangat diperlukan. Dukungan psikoterapi dan rujukan ke perawatan khusus harus tersedia bagi petugas kesehatan dengan hasil psikologis yang memburuk selama pandemik COVID-19.
16	Ruiz, Mark A. Gibson, Carri Ann M. (2020)	Emotional Impact of the COVID-19 Pandemic on U.S. Health Care Workers: A Gathering Storm	Kualitatif	Pandemik COVID-19 menempatkan tekanan besar pada petugas kesehatan di AS. Peristiwa Pandemik menunjukkan dampak kesehatan mental yang sangat tinggi. Implikasi pemerintah untuk kebijakan dan perawatan petugas kesehatan yang menghadapi krisis COVID-19 diperlukan.
17	Fauzi, Mohd Fadhli Mohd Yusoff, Hanizah Mohd Robat, Rosnawati Muhamad Saruan, Nur Adibah Mat Ismail, Khairil Idham Haris, Ahmad Firdaus Mohd (2020)	Doctors' mental health in the midst of covid-19 pandemic: The roles of work demands and recovery experiences	Kualitatif	Mayoritas tidak mengalami depresi, tidak cemas dan tidak stres. Tuntutan kerja yang lebih tinggi dan pengalaman pemulihan yang lebih rendah umumnya dikaitkan dengan kesehatan mental yang menimbulkan kecemasan. tuntutan kerja umumnya memburuk, sementara pengalaman pemulihan trauma sedikit melindungi kesehatan mental dokter selama pandemik COVID-19.
18	Jain, Ayushi Singariya, Geeta Kamal, Manoj Kumar, Mritunjay Jain, Ayush Solanki, Rajendra Kumar (2020)	COVID-19 pandemic: Psychological impact on anaesthesiologists	Kualitatif	Semua dokter anestesi yang bekerja di ruang gawat darurat, ruang operasi, dan unit perawatan intensif mengalami stress psikologis berupa kesendirian dan kesulitan tidur (insomnia) selama mereka menjalani isolasi mandiri
19	Coughlan, Charles Nafde, Chaitanya Khodatars, Shaida Jeanes, Aimi Lara	COVID-19: lessons for junior doctors redeployed to critical care.	Kualitatif	Dokter junior mengeluhkan kebosanan selama bekerja dan pemakaian hazmat merupakan tantangan paling signifikan yang

---

	Habib, Sadia Donaldson, Elouise Besi, Christina Kooner, Gurleen Kaur (2020)			menggoyahkan kepercayaan diri mereka dan membuat mereka stress dan cemas dan bekerja dibawah kelelahan dan kejenuhan menggunakan alat pelindung diri hingga risiko kelelahan dan cedera moral yang lebih tinggi.
20	Rina Tri Handayani, Saras Kuntari, Aquartuti Tri Darmayanti, Aris Widiyanto, Joko Tri Atmojo (2021)	Faktor penyebab stres pada tenaga kesehatan dan masyarakat saat pandemi covid-19	Kuantitatif	Sebanyak 5925 tenaga kesehatan digali Faktor penyebab stres nya, dan didapatkan: beban kerja, rasa takut terinfeksi Covid-19, stigma negatif, pembawa virus dan berjauhan dari keluarga.
21	Musu, E., Murharyati, A., & Saelan, S. (2021).	Gambaran Stres Kerja Perawat IGD di Masa Pandemi Covid-19 di Rumah Sakit Surakarta	Kuantitatif	Kesimpulan pada penelitian ini adalah gambaran Tingkat stres perawat IGD pada masa pandemik Covid-19 di Rumah Sakit Brayat Minulya Surakarta saat menghadapi pandemik Covid-19 ini pada tingkat stres berat sebanyak 15 orang (75%).
22	Alexa Ovilia Tan (2021)	Prevalensi depresi, kecemasan Dan stres pada tenaga kesehatan di Indonesia yang bekerja di masa pandemi covid-19	Kuantitatif	Prevalensi tenaga kesehatan yang mengalami masalah mental emosional secara keseluruhan 18,75 % (33 responden) dengan sebanyak 19 responden (10,8%) mengalami depresi dan 22 responden (12,5%) mengalami stres atau cemas. Terdapat 11 responden (33,33%) mengalami kombinasi gejala depresi, stres dan kecemasan, serta 5 responden (15,15%) mengalami kombinasi masalah stres and kecemasan.

---

## 2.3.12 Kerangka Teori



Gambar 3 Kerangka Teori Penelitian

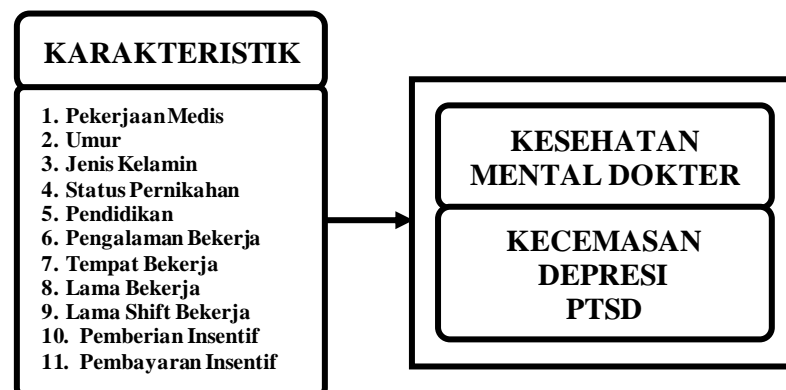
Sumber : (Christian Jasper C, Ronn Mikhael A. Avila 2020)

## BAB III

### KERANGKA KONSEP PENELITIAN

#### 3.1 Kerangka Konsep

Singarimbun (1990); (Samsuri 2003) mengatakan bahwa konsep adalah generalisasi dari sekelompok fenomena tertentu sehingga dapat dipakai untuk menggambarkan berbagai fenomena yang sama. Dalam kenyataannya konsep mempunyai tingkat generalisasi tertentu. Semakin dekat dengan realita semakin mudah konsep itu diukur dan diartikan.



Gambar 4 Kerangka Konsep Penelitian

Konsep dapat dibedakan menjadi dua macam, yaitu konsep abstrak dan konsep kongkrit. Konsep kongkrit yakni yang dapat diukur dengan alat ukur fisik, artinya terukur dengan kasat mata. Contohnya konsep meja, panjang, berat dan lain-lain. Adapun konsep yang abstrak misalnya manajemen, sikap, motivasi, persepsi dan lain-lain. Oleh karena itu peneliti tentang motivasi misalnya perlu mendefinisikan dengan jelas apa itu motivasi, yaitu dengan memberikan gambaran tentang karakteristiknya sehingga mudah difahami.

Dalam penelitian ini, Adapun kerangka konsep yang digunakan adalah kerangka konsep abstrak, karena fokus penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana persepsi atau reaksi para dokter saat bekerja di garda depan penanganan COVID-19, dengan meneliti dan mencari 10 gejala somatis akibat dari pandemik COVID-19 yang

terdiri dari kecemasan, ketakutan, Kekhawatiran, frustrasi, kesendirian, kemarahan, kebosanan, ketidakpastian, gejala depresi dan PTSD. Adapun para dokter yaitu para dokter adalah sebagai informan yang akan diteliti dan di wawancarai sesuai dengan pedoman wawancara yang sudah dibuat.

### **3.2 Definisi Istilah**

Berdasarkan fokus dan rumusan masalah penelitian, maka uraian definisi istilah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

#### **1. Krisis**

Krisis merupakan suatu kejadian atau peristiwa yang terjadi secara tiba-tiba dalam kehidupan seseorang yang mengganggu keseimbangan selama mekanisme keadaan tersebut kondisi penuh stres tidak dapat memecahkan masalah, keadaan sulit, penuh penderitaan dan dianggap sebagai ancaman. (Cambridge Dictionary n.d.)

#### **2. Krisis Kesehatan**

Krisis kesehatan adalah situasi yang sulit atau kompleks sistem kesehatan yang mempengaruhi manusia dalam satu atau daerah lokalitas tertentu untuk mencakup seluruh planet dan Tingkat keparahannya sering diukur dengan jumlah orang yang dipengaruhi oleh luas geografisnya, atau penyakit atau kematian proses patogen yang berasal (Gérvas and Meneu 2010).

#### **3. Kesehatan Mental**

Kesehatan Mental merupakan kondisi sejahtera yang dirasakan individu, di mana dia menyadari kemampuannya, dapat mengatasi tekanan-tekanan dalam kehidupannya, dapat bekerja secara baik dan produktif, serta mampu memberi kontribusi kepada masyarakatnya (WHO 2014).

#### **4. Krisis Kesehatan Mental**

Krisis Kesehatan mental merupakan suatu kejadian di mana seseorang atau individu atau orang-orang yang memberikan perawatan (bagi individu atau yang tidak) yang tidak dapat diselesaikan tanpa intervensi yang dipersepsikan sedang mengalami perasaan tertekan pribadi yang intens (misalnya, kecemasan, depresi, kemarahan,



ketakutan, panik, keputusasaan), pada sebuah peristiwa bencana dalam kehidupan yang mungkin mengakibatkan peningkatan intensitas pada pikiran atau tindakan yang berbahaya bagi diri sendiri dan / atau orang lain. (Law Insider 2021)

## **5. Dokter**

Dokter adalah seorang orang yang di bawah institusi medis atau persatuan kolegiat dokter yang melakukan berbagai kegiatan pengobatan atau yang berkaitan dengan pemberian obat yang bertugas di rumah sakit, atau fasilitas kesehatan lainnya. (Miller-Keane 2003)

## **6. Pandemi**

Pandemi merupakan wabah atau epidemi penyakit yang menyebar dan berjangkit serempak dimana-mana yang meliputi daerah geografi yang luas misalnya beberapa benua, atau di dunia. (WHO 2020c)

## **7. COVID-19**

Penyakit Corona virus (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus korona jenis baru yang baru saja ditemukan di Wuhan. (WHO 2020b)

## **8. Kesehatan Mental Terkait Pandemic COVID-19**

Menurut pedoman (SAMHSA 2014) terdapat 10 gejala somatic terkait dengan pandemic COVID- antara lain:

1. Kecemasan adalah emosi yang ditandai dengan perasaan tegang, pikiran khawatir, dan perubahan fisik seperti peningkatan tekanan darah. (Alan E. Kazdin 2019)
2. Ketakutan adalah suatu mekanisme pertahanan hidup dasar yang terjadi sebagai respons terhadap suatu stimulus tertentu, seperti rasa sakit atau ancaman bahaya. (Öhman 2000)
3. Kekhawatiran mengacu pada pikiran tentang masalah atau tidak menyenangkan hal-hal yang mungkin terjadi (Brosschot, Pieper, and Thayer 2005)

4. Frustrasi adalah respons emosional yang umum terhadap pertentangan, terkait dengan kemarahan, gangguan, dan kekecewaan. (Maret G. Taraber and Jan F. Stevens 2011),
5. Kesendirian adalah keadaan pengasingan atau isolasi akibat berupa kurangnya kontak dengan orang lain. (Carter 2000).
6. Kemarahan adalah suatu emosi yang secara fisik mengakibatkan antara lain peningkatan denyut jantung, tekanan darah, serta tingkat adrenalin dan noradrenalin (Charles Patrick Davis, MD 2021).
7. Kebosanan adalah keadaan emosional atau psikologis yang dialami saat seseorang dibiarkan tanpa sesuatu dan tidak tertarik pada lingkungannya (Koerth-Baker 2016).
8. Ketidakpastian adalah keadaan tidak pasti, ada keraguan, ada sesuatu yang tidak pasti dan ketidakpastian (Sundgren and Karlsson 2013)
9. Depresi adalah gangguan mood yang memengaruhi perasaan, pikiran, dan aktivitas sehari-hari, seperti tidur, makan, atau bekerja (American Psychiatric Association 1965).
10. Gangguan stres pasca-trauma (PTSD) adalah gangguan mental yang dapat berkembang setelah terpapar traumatis peristiwa tertentu dan berlangsung selama lebih dari sebulan setelah kejadian (American Psychiatric Association 1965).

## **9. Karakteristik**

Karakteristik adalah sesuatu yang terkait dengan karakter dan gaya hidup seseorang serta ciri alamiah yang melekat pada diri seseorang yang terdiri atas umur, jenis kelamin, ras/suku, pengetahuan, agama/kepercayaan dan sebagainya. (Caragih 2013)

## **10. Pekerjaan**

Pekerjaan adalah sesuatu yang dilakukan oleh manusia untuk mendapatkan penghasilan. Manusia butuh bekerja untuk mempertahankan hidupnya sebab mendapatkan uang.

**11. Umur**

Umur merupakan salah satu ciri dari karakteristik atau bentuk indikator dari karakteristik. Arti dari Umur disini adalah waktu atau bertambahnya hari sejak lahir hingga akhir hidup.

**12. Jenis Kelamin**

Jenis kelamin adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Seks berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, dimana laki-laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil dan menyusui. (Stevenson, A.; Waite 2011).

**13. Status Pernikahan**

Status Pernikahan keadaan yang mengategorikan seseorang belum menikah atau mereka yang dikatakan melajang dan atau seseorang yang sudah menikah atau pernah menikah dimana dua orang yang berjenis kelamin berbeda hidup bersama dengan legalitas dalam hukum dan agama.

**14. Tingkat Pendidikan**

Tingkat pendidikan merupakan suatu kegiatan seseorang dalam mengembangkan kemampuan, sikap, dan bentuk tingkah lakunya, baik untuk kehidupan masa yang akan datang dimana melalui organisasi tertentu ataupun tidak terorganisir. (Widi 2011)

**15. Pengalaman Bekerja**

Pengalaman kerja adalah lama waktu karyawan bekerja di tempat kerja mulai saat diterima di tempat kerja hingga sekarang pada suatu organisasi. (Martoyo 2007)

**16. Tempat Bekerja**

Tempat bekerja adalah Setiap tempat kerja, terbuka atau tertutup, yang lazimnya dipergunakan atau dapat diduga akan mempergunakan untuk melakukan pekerjaan, baik tetap maupun sementara. (Friedman 2015)

**17. Lama bekerja**

Lama bekerja adalah sebagai se penggalan waktu yang agak lama dimana seseorang tenaga kerja masuk dalam satu wilayah tempat kerja atau tempat usaha sampai batas tertentu. (Wariati 2015)

**18. Lama Shift**

Lama Shift adalah ukuran tentang lama waktu atau masa kerja yang telah seseorang lakukan dalam shift sehari dan memahami tugas-tugas suatu pekerjaan serta telah melaksanakan dengan baik (Handoko. 2009).

**3.3 Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan tujuan khusus penelitian maka pertanyaan penelitian yang berkaitan dengan penelitian ini yaitu: Bagaimana kesehatan mental para dokter berdasarkan karakteristik pekerjaan medis, umur, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pengalaman bekerja, tempat bekerja, lama bekerja dan lama shift saat bekerja di garda depan COVID-19? Pertanyaan penelitian secara lengkap dapat dilihat pada fokus penelitian di bab 4 berikut ini.

## **BAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1 Desain Penelitian**

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif. Desain penelitian ini peneliti menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian kualitatif adalah penelitian yang dimaksudkan untuk mengungkap gejala secara holistik-kontekstual (secara menyeluruh dan sesuai dengan konteks/apa adanya) melalui pengumpulan data dari latar alami sebagai sumber langsung dengan instrumen kunci penelitian itu sendiri (Sugiono 2010).

Alasan penggunaan pendekatan kualitatif adalah karena penelitian ini ingin menganalisis dan menggambarkan krisis kesehatan mental para dokter selama pandemik COVID 19 di Indonesia.

#### **4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan pada bulan Maret sampai Juli 2021. Penelitian ini dilakukan di beberapa wilayah Indonesia.

Penelitian kualitatif bercirikan adanya batas-batas wilayah dan lingkup penelitian. Penetapan lokasi atau situs penelitian harus disertai dengan alasan yang kuat untuk memenuhi kriteria logis dan persyaratan metodologis.

Adapun pemilihan dan penetapan penelitian adalah di Rumah Sakit Darurat COVID di Rumah Sakit Darurat Kemayoran Jakarta Pusat, dimana dalam hal ini akan merepresentasikan keadaan penanganan pandemik COVID di Indonesia sebagai lokasi penelitian dimana Rumah Sakit Darurat digunakan sebagai Rumah Sakit (RS) Darurat COVID-19 sekaligus rumah isolasi khusus bagi para pasien COVID-19 yang datang dari berbagai daerah di Indonesia dan di dalamnya banyak dokter yang bertugas menangani pasien COVID-19, dengan pertimbangan:

1. Wilayah kabupaten/kota dan propinsi adalah daerah otonomi di Indonesia.
2. Akses peneliti untuk mendapatkan data primer diyakini tidak akan mengalami kesulitan mengingat COVID-19 ini terjadi secara menyeluruh.

3. Topik penelitian ini sangat penting karena dari hasil penelitiannya diharapkan dapat memberikan masukan guna peningkatan di dalam membangun wilayah Indonesia yang bebas dari COVID-19.

Situs penelitian ini juga menyertakan RSUD/RS baik negeri atau swasta serta puskesmas di beberapa wilayah Indonesia dari sabang sampai Merauke yang berada di wilayah kabupaten/kota dan propinsi di Indonesia sebagai lokasi yang dijadikan tempat penelitian. Untuk lokasi penelitian dengan pembagian wilayah Indonesia dari barat, tengah dan timur lebih lanjut dapat dilihat dalam tabel dibawah ini;

**Tabel 2 Informan Berdasarkan Wilayah Dan Tempat Penugasan**

NO	WILAYAH INDONESIA	TEMPAT	JUMLAH
1	Barat	Rumah sakit darurat	4
		Fasyankes / Karantina	1
		RSUD/RS	5
		Puskesmas	3
2	Tengah	Fasyankes / Karantina	1
		RSUD/RS	3
		Puskesmas	1
3	Timur	Fasyankes / Karantina	1
		RSUD/RS	4
		Puskesmas	1
		Jumlah	24

#### 4.3. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini penelitian menggunakan pedoman wawancara yang disusun peneliti berdasarkan format dan teori tentang Kesehatan mental dengan menggabungkan semua gejala dan gangguan dari gangguan kecemasan menyeluruh, gangguan depresi dan gangguan stress paska trauma. Validasi terhadap peneliti sebagai instrumen meliputi validasi terhadap pemahaman metode penelitian kualitatif, penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, kesiapan peneliti untuk memasuki objek penelitian, baik secara akademik maupun logistiknya (Sugiono 2010).

Dalam mengumpulkan data, peneliti menggunakan alat bantu berupa pedoman wawancara, alat catatan dan alat perekam untuk memudahkan peneliti dalam melakukan pengumpulan data kesehatan mental para dokter selama masa pandemik COVID-19 di Indonesia, meliputi aspek-aspek: sepuluh jenis trauma psikologis (aspek psikis dan traumatis), yakni:

1. Kecemasan, atau ketakutan terkait dengan COVID-19.
2. Kekhawatiran untuk bisa merawat anak-anak atau orang lain.
3. Ketidakpastian atau frustrasi tentang berapa lama pandemic ini akan berlangsung.
4. Kesendirian terkait dengan lockdown dan perasaan terputus dari dunia luar dan jauh dari orang-orang yang dicintai
5. Kemarahan jika kita terkena COVID-19 akibat karena kelalaian atau ketidakpatuhan orang lain terhadap aturan lockdown.
6. Kebosanan karena tidak dapat bekerja atau melakukan kegiatan rutin seperti biasanya.
7. Ketidakpastian dan ketidakjelasan tentang situasi epidemic COVID-19 tersebut
8. Keinginan untuk menggunakan rokok, alkohol atau obat-obatan.
9. Gejala depresi, seperti perasaan putus asa, perubahan selera makan, dan insomnia.
10. Gejala gangguan stres pasca-trauma (PTSD), seperti flashback, mimpi buruk, mood dan suasana hati berubah tiba-tiba dan mudah kaget.

Kesepuluh jenis trauma psikologis (aspek psikis dan traumatis) adalah fokus penelitian yang dilakukan peneliti melalui wawancara mendalam dan komunikasi digital dengan informan.

#### **4.4 Informan Penelitian**

Dalam penelitian kualitatif sampel dilakukan dengan memilih beberapa informan. Informan adalah orang-orang dalam latar penelitian yang di manfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian.

Data penelitian bersumber dari subjek penelitian yang dibagi atas: informan, yakni dokter yang bekerja di garda depan dan pengalamannya menangani pasien COVID-19. Dalam penelitian ini, penentuan informan dilakukan dengan teknik *snowball*, dimana informan dipilih berdasarkan pemilihan informan secara *purposive sampling* melalui informasi awal tentang pihak yang terlibat dan menentukan berkaitan

dengan fokus-fokus penelitian yang dilakukan melalui wawancara, observasi (pengamatan) dan komunikasi digital di lapangan.

Informan dalam penelitian ini terutama terkait masalah Kesehatan mental para dokter selama pandemik COVID-19 di Indonesia maka ada Informan untuk wawancara mendalam adalah 4 orang dokter yang bekerja di Rumah Sakit Darurat Kemayoran (sebagai Informan Kunci) dan 6 orang dokter masing masing di RSUD/RS dan puskesmas (sebagai Informan Pendukung ) dan sisanya ada 14 dokter (sebagai informan)

Informan kunci yaitu seseorang yang secara lengkap dan mendalam mengetahui informasi yang akan menjadi permasalahan dalam penelitian. Informan kunci ini, peneliti mengambil para dokter yang mengetahui dan berpengalaman menangani pasien COVID-19 selama masa pandemik yang bertugas di Wilayah Indonesia. Wawancara mendalam dilakukan terhadap empat informan yakni dokter yang bekerja di Rumah Sakit Darurat .

#### **4.5 Teknik Pengumpulan data**

Teknik yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah dengan wawancara mendalam, pengamatan dan dokumentasi. Penelitian ini menggunakan snowball fenomen dan informan mengalir secara sendiri dari satu informan ke informan lainnya secara bergulir sampai peneliti mencapai titik jenuh teoritis. Untuk penentuan informan secara mendalam. Data yang dianggap masih belum cukup memadai atau meragukan, maka dapat dilakukan wawancara mendalam sesuai fokus penelitian, sehingga penggalian informasi dapat menghasilkan tingkat kecukupan.

##### **4.5.1 Wawancara Mendalam**

Wawancara dilakukan secara terbuka, dengan menggunakan alat pencatatan, dan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan permasalahan, peristiwa, atau kasus yang sesuai fokus penelitian. Informasi yang telah terkumpul didiskusikan kembali dengan informan, hal ini dimaksudkan agar benar-benar mendapatkan data yang mendalam.



informan yang berpartisipasi diwawancarai melalui telepon (WhatsApp video call) karena memang saat penelitian berlangsung sedang ada pandemic dan lockdown di Indonesia, dan sangat tidak mungkin dilakukan wawancara bertemu secara langsung mengingat juga luasnya cakupan Indonesia. Meskipun demikian, ekspresi non-verbal masih bisa diamati dan dicatat. Panduan wawancara sudah direncanakan semua dan sudah diuji sebelumnya, dan peneliti sangat terlatih dengan baik dalam melakukan wawancara telepon sehingga wawancara sangat mengalir dan tidak seperti sebuah wawancara formal selayaknya.

#### **4.5.2 Pengamatan**

Teknik pengamatan dalam proses wawancara ini dipergunakan untuk mengamati raut wajah ekspresi dari informan saat diwawancarai dari berbagai aktivitas dan pengalaman yang disampaikan yang berkaitan dengan fokus penelitian. Pengamatan itu ada yang bersifat terencana dan terjadwal; artinya peneliti sengaja melakukan aktivitas wawancara video-call dan menyusun pertanyaan terencana dengan menilai ekspresi raut wajah dan di konfirmasi dengan keterangan dan pengamatan pada pengalaman aktivitas yang penting berkaitan dengan Kesehatan mental yang terjadi selama bekerja di garda depan COVID-19. Sedang pengamatan yang bersifat insidental atau secara tidak sengaja; di mana peneliti tidak mempersiapkan diri terlebih dahulu (mendadak), namun peneliti tetap melakukan wawancara yang relevan sesuai dengan fokus penelitian.

#### **4.5.3 Dokumentasi**

Teknik pengumpulan data melalui proses rekaman wawancara, dimana hasil rekaman ini akan di kumpulkan, disusun dan akan dinilai serta dituangkan ke data-data sekunder yang berupa dokumen-dokumen analisis kesimpulan yang diperlukan. Data yang terkumpul, selanjutnya dilakukan sortir; yakni dipisah-pisah menurut relevansinya; artinya sejauh mana data tersebut diperlukan untuk menjelaskan suatu topik.

#### 4.6 Metode Pengumpulan Data

Data penelitian bersumber dari subjek penelitian yang dibagi atas: informan, yakni dokter yang bekerja dengan adanya pengalaman menangani pasien COVID-19. Dalam penelitian ini, penentuan informan dilakukan dengan teknik *snowball melalui Purposive Sample*, dimana informan dipilih berdasarkan informasi awal tentang pihak yang terlibat dan menentukan berkaitan dengan fokus-fokus penelitian yang dilakukan melalui wawancara, observasi (pengamatan) dan komunikasi digital. Peristiwa, dalam hal ini adalah peristiwa pandemik yang terjadi di Indonesia. Dokumen, dalam hal ini adalah rekaman suara rekaman atau video yang berkaitan dengan dokumen dan/atau ketentuan ataupun informasi/berita yang terkait dengan penelitian ini.

Data penelitian bersumber dari subjek penelitian yang dibagi atas:

- a. Sumber utama adalah informan, yakni dokter garda depan yang bekerja merawat pasien COVID-19 di Indonesia. Oleh karenanya kami membagi menjadi menjadi 4 orang dokter yang bekerja di Rumah Sakit Darurat Kemayoran (sebagai Informan Kunci) dan 6 orang dokter masing masing di RSUD/RS dan puskesmas (sebagai Informan Pendukung) dan sisanya ada 14 dokter (sebagai informan). Dalam penelitian ini, penentuan informan dilakukan dengan teknik *snowball*, dimana informan dipilih berdasarkan informasi awal tentang pihak yang terlibat dan menentukan berkaitan dengan fokus-fokus penelitian yang dilakukan melalui wawancara, observasi (pengamatan) dan komunikasi digital di lapangan.
- b. Peristiwa, dalam hal ini adalah peristiwa yang terjadi di lapangan yang terjangkau penularan COVID-19.
- c. Dokumen, dalam hal ini adalah yang berkaitan dengan rekaman hasil wawancara yang sudah di diketik dalam bentuk catatan dan tulisan kesimpulan berdasarkan dari wawancara ataupun informasi/berita yang terkait dengan penelitian ini.
- d. Karakteristik Informan
  1. Jabatan Pekerjaan Medis (Dokter/Spesialis/Konsultan/Manager)
  2. Umur
  3. Jenis Kelamin
  4. Status Pernikahan
  5. Pengalaman Bekerja (Tahun)
  6. Bangsal / Department

7. Tanggal Awal Bekerja Di COVID-19 (tanggal)
8. Lama Bekerja Di Garda COVID (hari)
9. Insentiff Dokter dan kelancaran pembayarannya.

#### **4.7 Analisis Data**

Analisa data kualitatif adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain (Moleong 2007).

Teknik analisa data pada penelitian ini, menggunakan *Analisis Tematik*. Analisis tematik adalah teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian kualitatif di mana peneliti mengumpulkan data deskriptif untuk menjawab masalah penelitiannya. Setelah data terkumpul, peneliti akan memeriksa data berulang kali dengan tujuan menemukan pola, tema, sub-tema yang muncul dan memungkinkan peneliti untuk mengategorikan data dalam bagian yang berbeda, Proses melalui data ini dikenal sebagai 'pencelupan'. Peneliti harus memeriksa dan melihat data berkali-kali sebelum dia menyelesaikan tema utama dan sub-tema penelitian yang pada akhirnya dalam analisis tematik tema-tema utama yang digunakan peneliti untuk analisis terakhirnya terhubung satu sama lain.

Data analisis adalah secara kualitatif, di mana data yang sudah terkumpul direduksi berupa pokok-pokok temuan yang relevan dengan peristiwa atau kasus sesuai fokus penelitian, selanjutnya disajikan secara naratif. Dengan demikian data disajikan secara deskriptif, faktual dan sistematis. Proses selanjutnya adalah penarikan kesimpulan, analisa data ini merupakan uraian logis, dimana baik data yang bersifat kualitatif maupun kuantitatif (data sekunder) disajikan dengan saling melengkapi. Dalam menganalisa data ada beberapa langkah-langkah yang harus dilakukan, diantaranya sebagai berikut: (1) pengumpulan data; (2) kondensasi data; (3) Reduksi data, (4) penyajian data; dan (5) penarikan kesimpulan: *drawing* / verifikasi.

*Pertama*, pengumpulan data melalui informan, dalam hal ini yakni seseorang dokter yang bekerja di Rumah sakit darurat, Fasyankes atau RS/RSUD serta puskesmas yang menangani pasien COVID-19 yang dapat memberikan informasi dalam suatu wawancara sesuai dengan fokus penelitian; hal ini dilakukan secara langsung tatap

muka atau jika tidak memungkinkan bertatap langsung bisa dengan wawancara via telepon atau whatsapp ; *Kedua*, kondensasi data dari sebuah peristiwa, yakni objek atau peristiwa yang menjadi fokus penelitian yaitu pandemik COVID-19 di Indonesia; *Ketiga*, Reduksi data. Reduksi data adalah proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, mengabstrakkan dan transformasi data wawancara kasar yang muncul dari catatan tertulis di lapangan selama wawancara. *Keempat*, penyajian data. Data yang disajikan berupa: (1) ulasan deskripsi data hasil pengamatan; (2) tabel, bagan, atau angka-angka; (3) gambar atau foto di lapangan. *Kelima*, penarikan kesimpulan. Kegiatan analisis terakhir adalah menarik kesimpulan sesuai hasil yang telah diperoleh saat wawancara. (Miles, Huberman, and Saldana 2020)

#### **4.8 Validasi Penelitian**

Untuk menjamin keabsahan penelitian, dilakukan triangulasi baik terhadap sumber data, metode pengumpulan data, maupun data yang ada sebagai berikut:

- a. Triangulasi sumber data. Guna meminimalkan bias yang berasal dari sumber data digunakan beberapa informan yang berbeda (dalam hal ini dokter yang bekerja di Garda depan selama Pandemi COVID-19) sampai tidak mendapat jawaban baru, yang kemudian dibandingkan dengan informasi yang di peroleh dari informasi kunci (dokter di Rumah Sakit Darurat )
- b. Triangulasi metode. Untuk menutup kekurangan dari metode wawancara mendalam yang digunakan, dilakukan observasi terhadap informan yang telah di wawancara.
- c. Triangulasi analisis. Untuk meminimalkan bias terhadap analisis dan pengolahan data, transkrip yang dibuat oleh satu peneliti.

Proses triangulasi dilakukan terus-menerus sepanjang proses mengumpulkan data dan analisa data, sampai suatu saat peneliti yakni bahwa sudah tidak ada lagi perbedaan-perbedaan, dan tidak ada lagi yang perlu dikonfirmasi kepada informan (Moleong 2007).

## BAB V

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

##### 5.1.1 Wilayah Indonesia Bagian Barat

#### 1. Rumah Sakit Darurat Covid

Di wilayah Indonesia barat tempat penelitian yang dilakukan antara lain meliputi 6 provinsi yaitu provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Bangka Belitung, Kepulauan Riau dan Riau. Dimana ada 10 tempat penelitian yang mewakili wilayah Indonesia bagian barat, yaitu Rumah Sakit darurat Covid-19, Fasyankes, RSUD Rujukan COVID Bangka Belitung, RSUP Kemenkes DKI Jakarta, RS Rujukan COVID Kepulauan Riau, RSUD Jawab Barat, RS Jawa Timur, Puskesmas Jawa Barat, Puskesmas Tangerang Selatan dan dan Puskesmas di Riau.

Untuk mengetahui lebih lanjut gambaran masing masing tempat penelitian di Indonesia bagian barat akan dijelaskan lebih lanjut dibawah ini:





Gambar 5 Rumah Sakit Darurat DKI Jakarta

Rumah Sakit Darurat Kemayoran adalah sebuah kompleks gedung bertingkat yang terletak di Kemayoran, Jakarta Pusat, Jakarta, Indonesia. Tempat ini pernah digunakan sebagai tempat menginap atlet yang mengikuti Pesta Olahraga Asia 2018 dan Pesta Olahraga Difabel Asia 2018 untuk perlombaan di wilayah Jakarta dan sekitarnya. Kompleks ini dibangun di tanah seluas 10 hektare, yang terdiri dari sepuluh bangunan menara dengan jumlah 7.424 kamar. Total kapasitas akomodasi sebesar 22.272 atlet di perkampungan ini melebihi standar Komite Olimpiade Internasional, yang mengharuskan tuan rumah Olimpiade untuk menyediakan kamar bagi 14.000 atlet. (CNN Indonesia 2020c)

Setelah kedua pesta olahraga se-Asia tersebut selesai, bangunan ini sempat kosong tanpa penghuni. Karena mewabahnya pandemi COVID-19 di Indonesia, maka pemerintah menjadikan bangunan Rumah Sakit Darurat Kemayoran ini menjadi rumah sakit darurat COVID-19. Rumah Sakit Darurat Kemayoran adalah sebuah kompleks gedung bertingkat yang terletak di Kemayoran, Jakarta Pusat, Jakarta, Indonesia. Tempat ini pernah digunakan sebagai tempat menginap atlet yang mengikuti Pesta Olahraga Asia 2018 dan Pesta Olahraga Difabel Asia 2018 untuk perlombaan di wilayah Jakarta dan sekitarnya. Kompleks ini dibangun di tanah seluas 10 hektare, yang terdiri dari sepuluh bangunan menara dengan jumlah 7.424 kamar. Total kapasitas akomodasi sebesar 22.272 atlet di perkampungan ini melebihi standar Komite

Olimpiade Internasional, yang mengharuskan tuan rumah Olimpiade untuk menyediakan kamar bagi 14.000 atlet.

Setelah kedua pesta olahraga se-Asia tersebut selesai, bangunan ini sempat kosong tanpa penghuni. Karena mewabahnya pandemi COVID-19 di Indonesia, maka pemerintah menjadikan bangunan Rumah Sakit Darurat Kemayoran ini menjadi rumah sakit darurat COVID-19.

Selama pandemi korona virus di Indonesia, empat dari sepuluh menara yang berada di kawasan Rumah Sakit Darurat Kemayoran dialihfungsikan sebagai rumah sakit lapangan darurat. Pada 18 Maret 2020, Kementerian Keuangan menetapkan kawasan Rumah Sakit Darurat sebagai tempat isolasi pasien dengan gejala ringan penyakit COVID-19. Setelah dilakukan renovasi, ruangan rumah sakit darurat di empat menara Rumah Sakit Darurat sudah bisa digunakan sejak 23 Maret. Dengan kapasitas hingga 3.000 ranjang, rumah sakit darurat ini menjadi salah satu yang terbesar di dunia dalam rangka penanganan pasien terkait pandemi korona virus, dengan jumlah kamar 3 kali lebih besar dibandingkan Rumah Sakit Huoshenshan atau 2 kali lebih besar dibandingkan Rumah Sakit Leishenshan, keduanya berada di Wuhan, Republik Rakyat Tiongkok. (CNN Indonesia 2020a)

Pada 19 Desember 2020, Rumah Sakit Darurat Kemayoran hanya menerima pasien tanpa gejala dikarenakan tingkat keterisian tempat tidur Tower 4, 6, dan 7 yang digunakan untuk isolasi pasien dengan gejala ringan hingga sedang rata-rata sudah terisi 75 persen, sedangkan untuk Tower 5 yang digunakan untuk isolasi pasien tanpa gejala sudah terisi sekitar 60 persen. Selain itu, Rumah Sakit Darurat Kemayoran akan dibantu oleh Rumah Sakit Darurat Pendemangan di Tower 8, 9, dan 10 untuk menambah daya tampung pasien. (Antara news 2020)

Lokasi Rumah Sakit Darurat atau saat sekarang ini rumah sakit darurat Rumah Sakit Darurat ini lebih tepatnya berlokasi di Jalan HBR Motik, Kebon Kosong, Kemayoran, Jakarta Pusat, Jakarta, Indonesia. Lokasinya sangat strategis yang berada di pusat kota dan pusat pemerintahan. Selain lokasi yang strategis, fasilitas penginapan yang ada di Rumah Sakit Darurat ini cukup bagus dan lengkap. Kawasan ini memiliki lahan yang cukup luas. Untuk masing-masing Tower juga memiliki kamar yang banyak. Selain itu terdapatnya taman-taman di kawasan Rumah Sakit Darurat ini menjadikan lokasi ini menjadi salah satu tempat yang dijadikan Rumah Sakit Darurat

oleh Kementerian Kesehatan RI dalam upaya melakukan perawatan serta isolasi pasien dengan gejala COVID-19.

Bangunan wisma tersebut terdiri atas 10 menara atau Gedung. Menara ini terbagi atas dua kawasan. Pada kawasan Blok C-2 terdapat 3 menara dan pada kawasan Blok D-10 terdapat 7 menara. Setiap menara memiliki 18 hingga 32 lantai dengan jumlah hunian keseluruhan mencapai 7.424 unit kamar, 1.000 kamar diantaranya dimodifikasi dengan penambahan fasilitas khusus agar lebih ramah untuk atlet distabilitas. Bangunan yang digunakan untuk ajang Asian Games dan Asian Para Games 2018 itu dibangun dengan tipe 36. Tiap unit rusun akan dilengkapi dua kamar tidur, ruang tamu, dapur, kamar mandi, serta tempat mencuci dan menjemur pakaian.

Bangunan yang awalnya di peruntukkan bagi para atlet kedua pesta olahraga se-Asia tersebut dibangun dalam kurun waktu lebih kurang satu setengah tahun. Bangunan dengan 10 Tower atau menara ini dilengkapi dengan ruang terbuka hijau, jogging trek, Landry, lapangan golf seluas 38 hektar, parkir yang luas, ruang amfiteater yang digunakan sebagai wahana hiburan bagi para atlet dan beberapa fasilitas lainnya. Diperkirakan total luas tanah seluruh Rumah Sakit Darurat mencapai 105.873 meter persegi.

Rumah Sakit Darurat Covid memiliki kapasitas besar dan daya tampung yang banyak maka kawasan Rumah Sakit Darurat tersebut layak untuk dijadikan rumah sakit khusus untuk COVID-19. Perubahan alih fungsi penginapan Rumah Sakit Darurat tersebut lebih realistis dari pada membangun rumah sakit yang baru sebab bangunan dari Rumah Sakit Darurat sudah siap pakai. Dari 10 Tower yang terdapat di kawasan Rumah Sakit Darurat, pemerintah dalam hal ini Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat (PUPR) menyiapkan 4 Tower untuk penanggulangan COVID-19 ini. Tower tersebut yakni Tower 1, 3, 6, dan 7 yang terdapat di kawasan Blok D. Pada Tower 6, lantai 1 hingga 24 digunakan sebagai ruang rawat inap bagi pasien. Bangunan ini dirancang dengan kapasitas 650 unit. Setiap kamar diperkirakan bisa menampung dua hingga tiga orang pasien. Untuk peralatan medis, Rumah sakit khusus COVID-19 Rumah Sakit Darurat ini menggunakan peralatan medis yang portabel. (Kementerian kesehatan Republik Indonesia 2020b)



## 2. Fasyankes



Gambar 6 Fasyankes DKI Jakarta

## 3. RSUD

Adanya peningkatan kasus konfirmasi COVID-19 yang cukup signifikan berimbas pada keterisian tempat tidur di rumah sakit yang semakin bertambah. Kementerian Kesehatan menetapkan 3 rumah sakit sebagai RS khusus COVID-19 agar ketersediaan tempat tidur bagi pasien COVID-19 terjaga. Disamping juga menambah dan menyiapkan 143 Rumah Sakit Rujukan COVID-19 di Seluruh Indonesia.

Data terakhir per 12 Oktober 2020 jumlah pasien COVID-19 di Indonesia mencapai 336.716 orang dengan 258.519 sembuh dan 11.935 meninggal dunia. Sedangkan untuk data terakhir di RS Darurat COVID-19 Rumah Sakit Darurat Kemayoran Jakarta jumlah pasien kini mencapai 2.844 orang dengan 1.487 orang diantaranya adalah pasien isolasi mandiri.

Pemerintah telah bekerjasama dengan berbagai pihak untuk menyiapkan fasilitas-fasilitas kesehatan untuk isolasi mandiri termasuk bersama Kementerian Kesehatan yang mempersiapkan berbagai fasilitas penanganan COVID-19 di rumah sakit rujukan di 11 provinsi prioritas.

Saat ini di Indonesia terdapat 903 rumah sakit rujukan COVID-19. Peningkatan tersebut menunjukkan bertambahnya kapasitas ruang isolasi dan penggunaannya masih

memadai. Saat ini Indonesia mempunyai 132 RS rujukan Kemenkes dan 771 RS rujukan berdasarkan SK gubernur. Dengan bertambahnya jumlah RS rujukan ini maka kapasitas RS yang punya ruang isolasi meningkat, dan mulai dari Maret sampai Oktober terlihat penambahan ruang isolasi. Dari RS rujukan COVID-19 terdapat 35 ribu tempat tidur sementara dari RS rujukan berdasarkan SK gubernur terdapat 51.222 tempat tidur isolasi. Kemenkes juga memberikan fokus perhatian pada Jakarta. Jakarta saat ini sudah punya sekitar 5 ribu tempat tidur dengan penambahan itu terlihat dari satu bulan ini yang tadinya punya 4 ribu saat ini punya 6 ribu tempat tidur, karena Jakarta adalah salah satu dari 11 provinsi prioritas. Sebelas provinsi tersebut antara lain DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, Sumatera Utara, Bali, Papua, Banten, dan Aceh. Kondisi rasio penggunaan tempat tidur dengan ruang isolasi yang tersedia masih mencukupi. Mudah-mudahan tidak bertambah kasusnya, tapi kami siapkan RS rujukan COVID-19 baik yang berdasarkan SK Menkes maupun SK gubernur. (Kementerian kesehatan Republik Indonesia 2020c)

Kasus pasien positif virus corona di Indonesia terus bertambah semakin banyak. Dengan bertambahnya jumlah kasus pasien positif corona di Indonesia, pemerintah telah menambah rumah sakit rujukan untuk menangani kasus COVID-19. Hasil dari pemantauan, yang dilaporkan konfirmasi positif COVID-19 ada 20.574 kasus, dengan total kasus aktif 171.542. Juru Bicara Vaksinasi COVID-19 Kementerian Kesehatan dr. Siti Nadia Tarmizi mengatakan tingginya lonjakan kasus konfirmasi positif COVID-19 menyebabkan keterisian tempat tidur di rumah sakit juga mengalami peningkatan. Per tanggal 24 Juni 2021 sudah tersedia 94.420 tempat tidur untuk isolasi maupun ruang perawatan untuk kasus infeksi. Tetapi di sisi lain rata-rata nasional angka keterisian tempat tidur adalah 67-68%. Di daerah angka keterisian tempat tidur malah lebih tinggi hingga mencapai angka 80%. Yogyakarta dan di Jawa Tengah itu sudah mencapai 85%, di Banten itu 87%, dan di DKI Jakarta itu mencapai 90%.

Melihat kondisi kapasitas keterisian tempat tidur cukup tinggi terutama di daerah Jakarta dan sekitarnya, maka Kementerian Kesehatan menunjuk 3 rumah sakit vertikal yang berada langsung di bawah kewenangan Kementerian Kesehatan untuk dikhususkan sebagai RS perawatan pasien COVID-19. 3 RS tersebut antara lain RSUP Fatmawati, RSPI Sulianti Saroso, dan RSUP Persahabatan. Diharapkan dengan mengkonversi ketiga rumah sakit itu menjadi rumah sakit yang memberikan pelayanan

kasus COVID-19 ini akan membantu menambah persediaan tempat tidur, Direktur Utama RSPI Sulianto Saroso dr. Mohammad Syahril mengatakan ketersediaan tempat tidur di RSPI Sulianti Saroso hingga hari ini rasionya 100% dengan beban 96%.

Pihaknya akan menambah 100 tempat tidur yang diawali dengan penambahan 24 tempat tidur sejak tanggal 12 juni. Selanjutnya direncanakan akan menambah 45 tempat tidur sehingga jadi 145 tempat tidur hingga pertengahan Juli 2021. Penambahan ini perlu diiringi dengan penambahan SDM maupun penambahan Alat kesehatan dan sarana prasarana lain. Total tenaga yang dibutuhkan sebanyak 80 perawat dan 2 dokter spesialis dari radiologi dan rehabilitasi medik. Apabila terjadi penumpukan di IGD, tambah Syahril, pihaknya sudah menyiapkan tenda bantuan dari BNPB untuk mengurai pasien yang ada di IGD. Selain itu juga membangun tenda-tenda di halaman rumah sakit yang bisa difungsikan sebagai tempat trias pasien untuk mendeteksi pasien. Sehingga IGD bisa dimanfaatkan untuk ruang perawatan. Kedua, upaya yang ditempuh adalah mencari ruangan-ruangan atau gedung- gedung seperti ruang pertemuan atau auditorium yang tidak dimanfaatkan selama ini sebagai ruang perawatan. Ruangan-ruangan tersebut akan diisi tempat tidur untuk perawatan pasien COVID-19. Selanjutnya, tidak bisa semua rumah sakit didedikasikan untuk perawatan pasien COVID-19. Untuk itu ditetapkan 3 rumah sakit, yakni RSUP Persahabatan, RSUP Fatmawati, RSPI Sulianti Saroso yang akan didedikasikan sebagai rumah sakit khusus perawatan COVID-19. (Kementrian kesehatan Republik Indonesia 2021)



RSUD Jawa Barat



RSUP DKI Jakarta



Gambar 7 RSUD negeri Rujukan Covid Indonesia bagian barat

#### 4. RS Swasta



Gambar 7: RS Swasta Jawa Timur

#### 5. Puskesmas

Dunia saat ini sedang berduka akibat pandemi global yang menggempur setiap negara. Tanggal 11 Maret 2020 WHO telah menetapkan COVID-19 sebagai pandemi. Kemudian Indonesia menetapkan COVID-19 sebagai bencana nasional pada tanggal 14 Maret 2020. Kasus COVID-19 di Indonesia terus mengalami peningkatan sehingga memerlukan upaya komprehensif dalam penatalaksanaan kasus dan upaya memutus rantai penularan. Untuk itu Peran FKTP pada pandemi COVID-19 sangat penting khususnya Puskesmas sebagai garda depan dalam melakukan preventif, deteksi dan respon di dalam pencegahan dan pengendalian COVID-19. Hal ini merupakan bagian yang akan kita lakukan bersama agar dapat mengendalikan jumlah kasus.



Gambar 9: Puskesmas Indonesia Bagian Barat

Puskesmas harus mampu mengelola, memanfaatkan sumber daya yang dimilikinya secara efektif dan efisien dalam memutus mata rantai penularan, baik di level individu, keluarga dan masyarakat. Hal ini dapat dilakukan melalui kegiatan komunikasi risiko dan KIE, pemberdayaan masyarakat, dan penggerakan peran serta lintas sektor. Puskesmas melakukan pemberdayaan masyarakat di wilayah kerjanya pada berbagai aspek baik pada sisi preventif, deteksi dan respon. sumber daya yang dimiliki Puskesmas serta sumber daya lokal yang ada di wilayahnya dapat disinergikan dalam rangka peran Puskesmas memotong rantai penularan COVID-19 sehingga akan sangat membantu menurunkan jumlah kasus COVID-19. Jika peran ini dapat dilakukan dengan baik oleh Puskesmas, maka akan sangat membantu system pelayanan di FKRTL tetap berjalan dengan baik.

berikut saya lampirkan Petunjuk teknis yang di susun kementerian kesehatan melalui Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer Kemenkes 2020 sebagai acuan bagi seluruh petugas Puskesmas dalam melaksanakan tugas dan fungsinya pada situasi pandemi COVID-19. Pembinaan dan pendampingan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota secara terencana, terpadu, berkala dan berkesinambungan akan sangat membantu Puskesmas dalam menjalankan fungsinya selama pandemi COVID-19.

Puskesmas terus meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dimasa pandemi COVID-19. bahkan 63 puskesmas di Surabaya beroperasi selama 24 jam dan ambulans juga beroperasi selama 24 jam untuk masyarakat. (Jawapos 2021)

Kebutuhan penanganan pandemik dan pemenuhan pelayanan Kesehatan esensial. Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan dasar ini wajib dijaga agar tidak terjadi peningkatan kasus penyakit lain setelah pandemi COVID-19 usai. Pelayanan

Kesehatan esensial yang dimaksud adalah pelayanan Kesehatan Puskesmas yang kebutuhannya akan terus ada di masyarakat. Dilakukan untuk mendukung tercapainya standar pelayanan minimal (SPM) bidang Kesehatan melalui Upaya Kesehatan Masyarakat esensial maupun Upaya Kesehatan Primer. Pelayanan Kesehatan yang dimaksud meliputi Imunisasi, pemeriksaan Ibu hamil, pengobatan pasien TB, HIV, Penyakit kronis seperti Diabetes, Hipertensi, dan sebagainya.

Keberhasilan pengendalian pandemi sendiri dapat dilihat dari tiga kriteria, yaitu kriteria epidemiologi, sistem Kesehatan, dan surveilans Kesehatan masyarakat. Berdasarkan kriteria epidemiologi terjadi penurunan minimal 50% kasus dari puncak tertinggi selama tiga minggu berturut turut, kemudian jumlah spesimen positif dalam dua minggu terakhir <5%, selanjutnya kasus konfirmasi >80% berasal dari daftar kontak dan dapat diidentifikasi kelompok klasternya dalam dua minggu terakhir. Kemudian penurunan jumlah kasus kematian, penurunan jumlah pasien dirawat dan kasus kritis yang butuh ICU.

Keberhasilan sistem pelayanan kesehatan indikator yang dilihat adalah seluruh pasien COVID-19 maupun pasien non-COVID memperoleh tatalaksana pelayanan kesehatan sesuai dengan standar; sistem pelayanan dapat mengatasi >20% kasus COVID-19, terdapat komite Pengendalian penyakit Infeksi (PPI) di rumah sakit, serta seluruh fasilitas pelayanan Kesehatan dapat melakukan skrining COVID-19 dan memiliki mekanisme isolasi suspect.

Sementara dari kriteria surveilans indikator yang dilihat adalah setiap kasus dapat diidentifikasi, dilaporkan, dan dianalisis kurang dari 24 jam; selain itu perkembangan kasus di wilayah dilaporkan secara agregat oleh Dinkes kab/kota kepada Dinkes provinsi; serta penerapan dan penguatan surveilans di tempat tertutup seperti lapas, panti jompo, panti rehab, pondok pesantren dan lain sebagainya.

Penanggulangan COVID-19 Dibutuhkan Kekompakan Lintas Sektor dimana keberhasilan penanggulangan COVID-19 memerlukan kekompakan dari semua Lintas Program terkait. Literasi edukasi juga perlu secara terus menerus dilakukan kepada masyarakat khususnya dalam sosialisasi protokol Kesehatan. Disini peran Tenaga Kesehatan sangat penting. Perbaikan edukasi yang dilakukan secara terus menerus, keragu-raguan masyarakat terhadap COVID-19 dapat terhapus. Hal ini penting dalam

memutus mata rantai penularan COVID-19.(Kementerian kesehatan Republik Indonesia 2020a)

### **5.1.2 Wilayah Indonesia Bagian Tengah**

Di wilayah Indonesia Tengah tempat penelitian yang dilakukan antara lain meliputi 3 provinsi kalimantan selatan, kalimantan timur, dan sulawesi tengah. Dimana ada 5 tempat penelitian yang mewakili wilayah Indonesia bagian barat, yaitu

Fasyankes Hotel Sinar Pelahari Angsau Kalimantan Selatan, RSUD Morowali Sulawesi Tengah, RS Restu Ibu Balikpapan Kaltim, RS Medika Sangata Kaltim, Puskesmas Wolio Bau Bau Sulteng. Untuk mengetahui lebih lanjut gambaran masing masing tempat penelitian di Indonesia bagian barat akan dijelaskan lebih lanjut dibawah ini:

#### **1. Fasyankes**



Gambar 10: Fasyankes Kalimantan Selatan

#### **2. RSUD**



Gambar 11 RSUD Sulawesi Tengah

### 3. RS Swasta



Gambar 12 RS Swasta rujukan Covid di Indonesia bagian tengah

### 4. Puskesmas



Gambar 13 Puskesmas Sulawesi Tenggara

#### 5.1.3 Wilayah Indonesia Bagian Timur

Di wilayah Indonesia Timur tempat penelitian yang dilakukan antara lain meliputi 1 provinsi yaitu Maluku Utara. Dimana ada 6 tempat penelitian yang mewakili wilayah Indonesia bagian barat, yaitu Fasyankes Hotel Sahid Maluku Utara, RS Datoe Binangkang Maluku Utara, RSUD Weda Maluku Utara, RSUD Labuha Maluku Utara, RSUD Chasan Boesoirie Maluku Utara, Puskesmas Soakonora Tobelo Maluku Utara.



### 1. Fasyankes



Gambar 14 Fasyankes, Maluku Utara

### 2. RSUD



RSUD Sulawesi Utara

RSUD Maluku Utara

RSUD Maluku Utara

RSUD Maluku Utara

Gambar 15 RSUD rujukan covid Indonesia bagian timur

### 3. Puskesmas



*Gambar 16 Puskesmas Maluku Utara*

#### 5.2 Karakteristik Responden

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa pada wilayah Indonesia bagian barat jumlah informan adalah 13 orang dengan rata-rata jenis kelamin dari informan adalah wanita dengan usia rata-rata adalah 30 tahun, dengan karakteristik pernikahan rata-rata informan sudah menikah dan Pendidikan paling banyak adalah S1 dokter, serta tempat tugas paling banyak adalah di Rumah sakit dengan rata-rata bekerja di dua tempat kerja dan rata-rata memiliki pengalaman kerja 8 tahun dengan rata-rata memiliki hari kerja 5-7 hari dan lama shift 8-10 jam per hari serta kebanyakan dari informan di Indonesia barat sudah mendapatkan insentif dari pemerintah dan sudah lengkap dibayarkan.

Sementara untuk informan di Indonesia bagian tengah dari hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa jumlah informan ada 5 orang dan rata-rata dari mereka kebanyakan adalah Wanita dengan usia rata-rata adalah 33 tahun, dengan karakteristik pernikahan rata-rata informan sudah menikah dan Pendidikan paling banyak adalah S1 dokter, serta tempat tugas paling banyak adalah di Rumah sakit dengan rata-rata bekerja di dua tempat kerja dan rata-rata memiliki pengalaman kerja 7 tahun dengan rata-rata memiliki hari kerja 6 hari dan lama shift 10-15 jam per hari serta kebanyakan dari informan di Indonesia tengah sudah dijanjikan akan mendapatkan insentif dari pemerintah namun kebanyakan tidak dibayarkan dan malah belum sama sekali.

Sementara untuk Informan di Indonesia bagian Timur Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa jumlah informan adalah 6 orang dan rata-rata dari mereka adalah Wanita dengan usia rata-rata adalah 30 tahun, dengan karakteristik

pernikahan rata rata informan belum menikah dan Pendidikan paling banyak adalah S1 dokter, serta tempat tugas paling banyak adalah di Rumah sakit dengan rata rata bekerja di dua tempat kerja dan rata rata memiliki pengalaman kerja 5 tahun dengan rata rata memiliki hari kerja 4-5 hari dan lama shift 10-12 jam per hari serta kebanyakan dari informan di Indonesia timur sudah dijanjikan akan mendapatkan insentif dari pemerintah namun kebanyakan insentif nya belum dibayarkan sama sekali.

**Tabel 3**  
**Distribusi Informan Berdasarkan Wilayah Tempat Dan Tugas**

No	Wilayah	Inisial	Informan	Tempat tugas	Provinsi
1	BARAT	TB	KUNCI	RUMAH SAKIT DARURAT	DKI JAKARTA
2	BARAT	MA	KUNCI	RUMAH SAKIT DARURAT	DKI JAKARTA
3	BARAT	MT	KUNCI	RUMAH SAKIT DARURAT	DKI JAKARTA
4	BARAT	NP	KUNCI	RUMAH SAKIT DARURAT	DKI JAKARTA
5	BARAT	NR	INFORMAN	FASYANKES	DKI JAKARTA
6	BARAT	TT	INFORMAN	RSUD	KEP BANGKA BELITUNG
7	BARAT	NN	INFORMAN	RSUP	DKI JAKARTA
8	BARAT	CC	PENDUKUNG	RS	KEPULAUAN RIAU
9	BARAT	EE	INFORMAN	RSUD	JAWA BARAT
10	BARAT	VV	INFORMAN	RS	JAWA TIMUR
11	BARAT	SA	INFORMAN	PUSKESMAS	JAWA BARAT
12	BARAT	FO	PENDUKUNG	PUSKESMAS	BANTEN
13	BARAT	TJ	INFORMAN	PUSKESMAS	RIAU
14	TENGAH	AB	INFORMAN	FASYANKES	KALIMANTAN SELATAN
15	TENGAH	RM	INFORMAN	RSUD	SULAWESI TENGAH
16	TENGAH	TH	PENDUKUNG	RS	KALIMANTAN TIMUR
17	TENGAH	JP	INFORMAN	RS	KALIMANTAN TIMUR
18	TENGAH	DW	PENDUKUNG	PUSKESMAS	SULAWESI TENGAH
19	TIMUR	LS	INFORMAN	FASYANKES	MALUKU UTARA
20	TIMUR	RA	PENDUKUNG	RS	MALUKU UTARA
21	TIMUR	KH	INFORMAN	RSUD	MALUKU UTARA
22	TIMUR	WA	INFORMAN	RSUD	MALUKU UTARA
23	TIMUR	SS	INFORMAN	RSUD	MALUKU UTARA
24	TIMUR	AB	PENDUKUNG	PUSKESMAS	MALUKU UTARA

**Tabel 4**  
**Distribusi Informan Berdasarkan Karakteristik**

No	Jenis Kelamin	Pendidikan	Status Pernikahan	Usia	Pengalaman Kerja	Jumlah Tempat Kerja	Jumlah Hari Kerja /Minggu	Jumlah Jam Kerja/Hari
1	WANITA	S1 DOKTER	BELUM	32	10	5	5	9
2	WANITA	S1 DOKTER	MENIKAH	29	5	2	4	8
3	PRIA	S1 DOKTER	BELUM	27	4	2	4	8
4	WANITA	S1 DOKTER	BELUM	26	2	2	4	8
5	WANITA	S1 DOKTER	MENIKAH	52	20	2	6	8
6	PRIA	PPDS	MENIKAH	29	4	5	7	12
7	WANITA	S1 DOKTER	MENIKAH	29	4	4	7	5
8	WANITA	S1 DOKTER	BELUM	28	4	5	6	8
9	PRIA	S2 MAGISTER	MENIKAH	47	26	2	6	7
10	WANITA	S1 DOKTER	MENIKAH	26	5	2	6	8
11	WANITA	S1 DOKTER	CERAI HIDUP	29	4	2	6	8
12	WANITA	S1 DOKTER	MENIKAH	37	12	1	7	24
13	WANITA	S1 DOKTER	MENIKAH	29	4	3	7	12
14	PRIA	S1 DOKTER	MENIKAH	32	5	2	6	12
15	WANITA	S2 SPESIALIS	MENIKAH	38	12	3	6	24
16	WANITA	S1 DOKTER	CERAI MATI	42	14	2	7	24
17	WANITA	S1 DOKTER	MENIKAH	27	4	1	6	8
18	WANITA	S1 DOKTER	MENIKAH	29	3	2	5	8
19	WANITA	S1 DOKTER	MENIKAH	31	8	1	7	12
20	WANITA	S1 DOKTER	BELUM	28	2	3	5	13
21	WANITA	S1 DOKTER	BELUM	31	3	2	5	12
22	PRIA	S1 DOKTER	BELUM	30	4	2	6	8
23	PRIA	S1 DOKTER	MENIKAH	34	6	3	4	24
24	WANITA	S1 DOKTER	MENIKAH	31	8	1	6	6

### 5.3 Kesehatan mental

#### 5.3.1 Kecemasan

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang sudah dilakukan terhadap informan di Rumah Sakit Darurat, umumnya mereka mengalami gangguan kecemasan tapi tidak terlalu signifikan dan tidak membuat masuk ke dalam gejala gangguan anxieties menyeluruh karena umumnya gejala kecemasan mereka hilang setelah satu atau dua minggu, tidak merasakan kecemasan terus menerus. Umumnya mereka lebih banyak episode depresif dibanding dengan kecemasan menyeluruh hanya sebagian dari mereka merasakan kepala pusing, Takut bahwa akan tertular, merasa kram, kesemutan bagian tubuh tertentu, merasa sakit otot, nyeri atau tegang otot, merasa pikiran tegang, Mudah marah dan mudah tersinggung terlebih saat berhadapan dengan pasien yang menuntut banyak pasien rewel dan pasien VVIP, Sebagian mereka merasa mudah kaget dan gampang terkejut terutama saat mendengar ada pasien yang loncat dari tower atas, namun secara keseluruhan informan di Rumah Sakit Darurat tidak masuk ke dalam kategori gangguan anxieties menyeluruh., berikut penuturan nya:

*"...Orang orang parno. Petugas dokter parno kwatir pas ada pasien yg bunuh diri, trus ada dokter yang dicekek dari belakang ada yang diserang garpu 4-5 orang sampai baju hazmatnya sobek, untung gak apa apa. Yang lain paling sedih pas ada dokter yang ngundurin diri, Kebanyakan cowok. alesannya ribet pake hazmat Karena kencing nya susah..." (Dr.TB Rumah Sakit Darurat Kemayoran DKI Jakarta)*

*"... cemasnya lebih ke perlakuan buruk, lebih ke irritable pasien-pasien yang ngerasa butuh perhatian lebih. Ada yang teriak kayak gini "lu tahu nggak siapa gua itu saudaranya menteri lah" kayak gitu mereka pada pada ngomong itu yang jengkel bikin saya agak stress..." (Dr.MT Rumah Sakit Darurat Kemayoran DKI Jakarta)*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang sudah dilakukan terhadap informan di bagian indonesia bagian barat, sebagian kecil mengalami kecemasan takut tertular dan terpapar virus Covid-19 jauh sebelum masa sebelum pandemik, sebagian besar informan lainnya menceritakan bahwa kecemasan mereka selain takut tertular tapi juga takut jika mereka menularkan virus ke anak dan keluarganya di rumah, terlebih lagi orang tua di rumahnya memiliki banyak komorbid, umumnya mereka mengalami khawatir berlebihan atau cemas perihal dua atau lebih masalah selama bekerja di garda depan yaitu takut tertular dan takut menularkan ke orang tua, dan

kekhawatiran ini muncul hampir setiap hari sepanjang hari bekerja di garda depan. Umumnya mereka mengalami berkeringat, berdebar, denyut jantung tak teratur, merasa mulut kering, mengalami kesulitan bernafas, merasa tercekik, merasa nyeri, tertekan atau tidak enak di dada, mengalami mual atau gangguan perut, kepala pusing, sempoyongan, merasa kram, kesemutan bagian tubuh tertentu, merasa gelisah, tidak bisa santai, merasa pikiran tegang, mudah marah, mudah tersinggung, mudah kaget dan gampang terkejut, sulit berkonsentrasi, merasa pikiran kosong, dan merasa sulit tidur., berikut penuturan nya :

*“...Ya agak kesal juga sih nggak lihat masyarakat bahkan Tetangga yang merasa ini tuh sesuatu yang konspirasi kalangan dokter akal-akalan WH segala. ya kita merasa kesal. apa sih untungnya kita Kalau mengada-adakan kenyataannya juga banyak yang meninggal di sini..”*  
 . (Dr.EE RSUD Jawa Barat)

*“...Saat ugd di rumah sakit rujukan sempet marah kesal dengan pasien yg datang malah tidak pakai masker...”* (Dr.TT RSUD Kep Bangka Belitung)

*“...Melihatnya sedih marah kecewa emosi pengen marah waktu itu melihat Pasar tuh rame banget ih kesal banget rasanya. Parah parah masyarakat disini tuh biasa aja masih penuh tempat makan café pasar Mall jalan kagak pakai masker sama aja dah gak ada perubahan ya kaya gak ada cofona...”* (Dr.JP RS Kalimantan Timur)

Sementara itu untuk informan di bagian indonesia bagian tengah, sebagian kecil mengalami kecemasan takut tertular dan terpapar virus saat awal awal masa pandemik, bahkan ada yang sudah cemas saat namanya akan ditugaskan di Fasyankes pusat karantina covid di kotanya, Sebagian mereka takut jika mereka menularkan virus ke anak dan keluarganya di rumah, sebagian mereka mengalami kecemasan saat APD masih sempat terbatas, ada juga yang merasa sulit tidur karena ada konsul malam, takut jika ada pasien yang batuk dan Sebagian juga cemas karena insentif mereka tidak kunjung datang, mengalami berkeringat, berdebar, denyut jantung tak teratur, Merasa mulut kering, Mengalami kesulitan bernafas, Merasa tercekik, Merasa nyeri, tertekan atau tidak enak di dada, mengalami mual atau gangguan perut, Kepala pusing, sempoyongan, melayang atau pingsan, kehilangan kendali atau pingsan berikut penuturan nya :

*“... Waktu awal itu parno banget saa corona takut ketularan kena, nah pemerintah tanah Laut disini sudah persiapan buat bikin*

*fasilitas khusus covid kaya Rumah Sakit Darurat gitu, deg-degan banget, ternyata nama saya masuk terpilih, makin parno orang orang yang keterima lain juga pada nangis, aku juga sedih nangis juga. terlalu cemas malah apalagi istri sempet nangis juga waktu itu.. tapi mau gimana lagi...” (Dr.AB Fasyankes Kalimantan Selatan)*

*“... Cemas takut gelisah khawatir semua jadi satu waktu itu. Aduh mau nangis karena kita nggak punya APD. Masker pakai seadanya Sampai masker saya cuci lagi. Karena beli harganya sudah Rp 600.000, - malah Hazmat sampe 1 Jutaan lebih...” (Dr.JP RS Kalimantan Timur)*

*“...Cemas panik takut tertular bingung gak ada APD waktu awal, semua jadi satu. Sempet stress gak bisa tidur karna nyaris 24 jam Handphone bunyi terus, laporan dari IGD dan Isolasi tentang pasien covid... sempet ada mau resign jadi dokter juga, nyari kerjaan lain tanpa ada covid...” (Dr.TH RS Kalimantan Timur)*

Sedangkan untuk informan di bagian Indonesia bagian timur, Sebagian kecil mengalami gejala gangguan kecemasan menyeluruh yaitu kecemasan takut tertular karena kekurangan APD waktu itu dan terpapar virus dan juga takut jika mereka menjadi penular virus di tengah keluarga, Sebagian mereka merasa sakit otot serta nyeri atau tegang otot selama memakai baju hazmat dan APD yang membuat ruang gerak mereka sangat terbatas, selama memakai APD juga merasa merasa gelisah, tidak bisa santai, merasa pikiran tegang, bahkan ada yang merasa mudah marah, mudah tersinggung, dan sulit berkonsentrasi, berikut penuturan nya:

*“...Rasa takut yg sangat mendominasi, sempat berfikir bagaimana jika saya sendiri suatu hari bisa terpapar covid 19 mengingat saat ini saya bekerja di IGD-bangsar yg notabene pasti merawat pasien covid- bagaimana nanti orang tua saya keluarga saya atau teman sejawat saya, pikiran itu setiap hari ada dibenak saya...” (Dr.KH RSUD Maluku Utara)*

*“...Selalu Khawatir pulang ke rumah, merasa takut atau khawatir selepas bekerja akan menulari anggota keluarga. Takut jika menjadi penular virus ditengah tengah keluarga...” (Dr.SS RSUD Maluku Utara)*

*“... Ada rasa cemas tertular dan bisa menularkan ke anggota keluarga yang di rumah, walau tidak bergejala namun bisa menularkan pada anggota keluarga yang lain itu yang paling takut...” (Dr.LS Fasyankes Maluku Utara)*

*“... Sedih kalau ingat waktu itu, ketersediaan APD masih terbatas, Beberapa pasien puskesmas yg dirujuk ke RS meninggal karena RS penuh dan kurangnya fasilitas..” (Dr.AB Puskesmas Maluku Utara)*



*“ Kesulitannya waktu itu APD yg sangat terbatas, semua amunisi berperang kita siapkan sendiri secara pribadi, jujur saya gak bisa santai, ngerasa gelisah terus, pikiran tegang, apalagi mmanajemen yang acuh dengan kondisi yang kami alami dilapangan, Dukungan Pemda yg tidak kunjung tiba. Saya dan teman sejawat lain secara pribadi menyiapkan sendiri, yang kesulitan adalah teman perawat bidan...” (Dr.KH RSUD Maluku Utara)*

*“... Pakai APD Rasanya tidak nyaman, sulit konsentrasi, bawaannya pingin marah, karena pikiran jadi tegang, mana pergerakan terbatas...gerah... Kadangkadang rasa lelah dan penat muncul..apalagi bila harus melakukan edukasi pada pasien yang ngeyel dan merasa dicovidkan. Kesulitan yang sering dialami saat itu adalah memberikan penjelasan mengenai hasil swab kepada pasien yang saat itu merasa bahwa mereka tidak sakit tetapi positif covid banyak tuduhan dan tudingan konspirasi, mencovidkan dll...” (Dr.LS Fasyankes Maluku Utara)*

### 5.3.2 Depresi

Hampir seluruh informan yang bekerja di Rumah Sakit Darurat mengalami episode depresif, umumnya para informan merasa sedih dan murung selama bekerja di Rumah Sakit Darurat. Mereka mengungkapkan hampir sepanjang waktu kurang berminat terhadap banyak hal, merasa lelah tidak bertenaga di hampir sepanjang waktu. Selama 2 minggu terakhir bekerja di Rumah Sakit Darurat mereka mengaku selalu merasa tertekan terlebih lagi menghadapi pasien yang irritable, sulit untuk tenang dan marah-marah, mereka mengungkapkan kesedihan mereka saat bertemu dengan pasien pasien VVIP, Sebagian mereka merasa tak berminat mudah lelah dan mengalami kehilangan nafsu makan, terlebih lagi hampir semua informan mengutarakan bahwa makanan di Rumah Sakit Darurat tidak enak. Hampir semua informan di Rumah Sakit Darurat harus bekerja extra terlebih saat mereka kesulitan mencari relawan dan dokter volunteer saat awal pandemik, akibat mereka harus memegang sebanyak 160 pasien per hari, mereka juga merasakan kecemasan saat wisma bekerja APD, masker dan baju hazmat masih serba kekurangan, fasilitas wisma yang masih kurang memadai dimana sering terjadi mati lampu, lift mati, terjebak lift, ada dokter yang terjebak di dalam lift dan mesti menaiki tangga hingga 26 lantai, mengalami gangguan tidur dan kesulitan tidur saat selepas jaga, ada sebagian kecil informan merasa merasa bersalah atau mempersalahkan diri sendiri terlebih ada pasien yang meninggal, selain itu sebagian mereka stress dan depresif saat ada beberapa pasien isolasi di Rumah Sakit Darurat yang marah marah dan mengungkapkan kekesalannya dengan kata kata kasar bahkan

ada yang sampai menyerang mereka dengan garpu plastic dan bahkan mereka sangat shock dan takut saat ada pasien isolasi yang melompat dari Tower. berikut penjelasannya:

*“...Sempet sebulan lebih kesulitan nyari volunteer, ada yang daftar tapi ngundurin diri. Kekurangan APD dan APD dijatah. Pake hazmat 16 jam lebih. Hazmat apd awal awal gak ada. Ada juga tipis bgt. Tembus chlorin sampe basah klu disemprot. sangat kurang bulana wal ada bantuan tapi hazmat yg ada kurang bagus, tipis banget jadi basah kuyup pas disemprit disinfektan berasa basah semua dan sempet bikin dari plastik jas hujan dan masker dua lapis...” (Dr.TB Rumah Sakit Darurat Kemayoran DKI Jakarta)*

*“...Aduh ka banyak banget waktu itu aku kan satu grup itu cuman 9 atau 11 orang paling banyak ya jadi 1 orang itu dokter megang 3 lantai dan setiap lantai itu ada 60 orang Nah jadi setiap lantai dokter tuh rata-rata pegang 180 orang per harinya rata-rata megang pasiennya. Kewalahan bgt...” (Dr.NP Rumah Sakit Darurat Kemayoran DKI Jakarta)*

*“.. Denger denger dari temen dokter laen yang sempet ada pemukulan dan berantem dikeroyok, jadi hazmat dokter yang jaga waktu itu lehernya ditarik dicekek sama ABK itu yg bermasalah dan marah waktu itu.” (Dr.NP Rumah Sakit Darurat Kemayoran DKI Jakarta)*

*“...Sempet mati lampu jadi listrik naik turun waktu itu aku sempet capek naik tangga sampai lantai 26 itu lumayan banget, sempet ada yang kejebak didalam lift juga karena mati lampunya trus sempet takut pas ada yang loncat dari atas tower akhirnya meninggal loncat, Kalau nggak salah itu cowok yang yang loncat tapi kayaknya nggak ada beritanya di TV...” (Dr.NP Rumah Sakit Darurat Kemayoran DKI Jakarta)*

*“...Ada pasien bocil meninggal yang sempet shock cepet bgt. Sempet stress nangis. Takut trauma campur aduk jadi satu. sedih sempet kepikiran gak bisa tidur gelisah. kelelahan jenuh nangis dikamar sedih, capek, apalagi liat nakes lain ada yang mundur makin sedih. Trus lihat berita banyak sejawat temen meninggal awal awal pandemi. stress takut, kesal marah jadi satu...” (Dr.TB Rumah Sakit Darurat Kemayoran DKI Jakarta)*

*“...Kecemasannya lebih ke perlakuan buruk terbesar itu ya. anak buah aku ada yang diserang dikeroyok pakai garpu plastic di cekik dari belakang sampai hazmatnya robek selain itu mereka udah biasa mencaci mako kata kata brutal terutama pasien VVIP, trus juga ngeliat pasien isolasi yg bunuh diri ada yang loncat dari Gedung juga sempat bikin aku shock...” (Dr.TB Rumah Sakit Darurat Kemayoran DKI Jakarta)*

*“...Selain kebersihan sama kekurangan tenaga yang paling terasa. Dan bener bang konfirmasi ya makanan di Rumah Sakit Darurat gak enak ya mungkin buat kita yang militer awal-awal yaitu makanan-*

*makanan mirip waktu kita masih pendidikan TNI, Hambar gak ada rasa..” (Dr.MT Rumah Sakit Darurat Kemayoran DKI Jakarta)*

*“.. Makannnya gak enak, kaya kurang bumbu kaya makanan waktu masih sekolah kepolisian, stress pasien banyak yang rewel...” Dr,25*

*“...sangat bosan lihat makanan Rumah Sakit Darurat gak enak. pingin makan padang. berat badan turun dratis. Makan enak pas ada makanan dari donasi aja. overall makanan gak enak tapi karena dipaksa. Walau gak enak asli...” (Dr.TB Rumah Sakit Darurat Kemayoran DKI Jakarta)*

Selanjutnya lebih dari setengahnya dokter di Indonesia barat mengalami episode depresif, umumnya informan yang bekerja di rumah sakit dan puskesmas mengalami gejala episode depresif. Sebagian kecil informan ada yang mengalami kesulitan berpikir atau berkonsentrasi atau mengambil keputusan atau mengingat sesuatu. Bahkan ada juga yang sempat takut bertemu pasien, kecemasan mereka bertambah saat saat banyak dokter yang tertular COVID-19 sehingga mereka harus diisolasi mandiri dan mereka harus mengcover kerja teman sejawat yang lainnya ini tentu saja membuat para informan semakin cemas dan khawatir terlebih lagi mengalami kelelahan yang tinggi dimana para informan menjadi lebih berat dalam bekerja, selanjutnya Sebagian informan khawatir dan cemas lantaran mereka juga mengalami pengancaman bahkan pengusiran saat bekerja selama pandemik, mereka juga merasa cemas dan khawatir melihat pandemic tidak kunjung berakhir terlebih melihat masyarakatnya yang kesannya abai terhadap aturan prokes dan malah lebih mempercayai konspirasi, Sebagian informan justru melihat peran pemerintah daerah yang masih dinilai kurang dalam menerapkan lockdown, dan Sebagian merasa khawatir karena mereka bekerja seolah tidak dihargai pemerintah karena hak insentif yang harusnya mereka dapat justru sangat lambat diberikan bahkan ada yang dipotong, mereka merasa kerja mereka tidak dihargai, yaitu merasa secara terus menerus merasa sedih, murung hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, kehilangan minat secara menyeluruh, merasa Lelah tidak bertenaga, hampir sepanjang waktu, dan sebagian informan ada yang kehilangan nafsu makan. bahkan Sebagian informan ada yang sempat membuat karangan bunga, berikut penuturan nya:

*“.. Takut tertular covid jadi aku sempet parno dan takut keruangan isolasi atau ketemu pasien. iya sangat kwatir masker double dua dan jaga jarak. Dan pikiran selalu Negatif aja bawannya terutama pas rujuk pasien ....” (Dr.SA Puskesmas Jawa Barat)*

*“.. Aku kwatir kalau aku ketularan trus meninggal karena terutama kita kan zona warna hitam di Surabaya ini serem apalagi ada dokter sepuh yang udah meninggal ...” (Dr.VV RS Jawa Timur)*

*“...kelelahan karena sekarang lagi pusing karena perawat banya yg positif, dokterya juga banyak positif tapi pasien terus datang bertambah tiap dan regulasinya gak jalan sekarang ini.” (Dr.NN RSUP DKI Jakarta)*

*“... Di Rumah sakit Kemenkes ini kita nggak boleh nulis (maaf ugd penuh) Jadi kalau ada yang masuk itu drive thru jadi periksa dimobil, even kejang-kejang dimobil ya aku gak bisa lakuin apa apa. isolasi di UGD itu ada 10 bed, ini full 13 bed. overcrowded kacau kacau banget parah kalau stuck ya paling nunggu yang kelaur atau meninggal, dan di sini rumah sakit hampir 75% pegawai kita semua positif...” (Dr.NN RSUP DKI Jakarta)*

*“... kesulitan aku ngurus lansia itu kekurangan perawat dan banyak mereka ngundurin diri, karena emang kan gaji mereka dibawah UMR, trus gak banyak perawat mau ngurus lansia dan ada covid juga. Apalagi mereka harus stay disana gak boleh pulang. Sempet ada perawat yang kena dan lainnya isolasi. Sempet kekurangan tenaga banget. semua itu yang kasihan ya di situ...” (Dr.NR Fasyankes DKI Jakarta)*

*“...aku sempet kesel merasa gak dihargai sampe murung sama gak bisa tidur juga waktu persiapan puskesmas pamulang Timur jadi RS sementara rujukan covid, kok aku yang jadi yg punya hajat ya, kok gw yg repot sendiri. akhirnya ya berusaha menghibur diri aja, ya mungkin ini jalannya Allah buat puskesmas aku. tapi keselnnya akhirnya thesis saya gak kelar kelar hingga sekarang ini (suara meledak ledak kesel bgt) (Dr.FO Puskesmas Banten)*

*“... Ada sempat ruang UGD aku itu pintu kacanya tuh didobrak sama wartawan sama gojek sama pengacara LSM itu sampai kacanya pecah nggak mau di-covidkan tindakan pengen ngambil pas paksa pasien yang meninggal. Denial pasien selain dari beban kerja juga emang udh stress bgt. Aku sempet ditelepon pengacara, diancem bareskim lah, dokter pengawal kepresidenan lah, jujur aku lebih takut yang ini sekarang. dibanding dipukul, tapi kalau ini aku ancaman, mereka teriak “dokter siapa namanya saya catat nih”...”. (Dr.NN RSUP DKI Jakarta)*

*“.. Stigma negatif. Diusir dari apartment karena mereka tau saya habis dari wisma akhirnya saya Balik lagi wisma lagi. Orang tua saya di ternate dikampung dijakarta murni merantau ngebolang....” (Dr.TB Rumah Sakit Darurat Kemayoran DKI Jakarta)*

*“ ... Stigma itu ada waktu awal pandemi itu waktu aku pertama kerja di RS itu ada Temen dokter yang suruh pindah kosan, dia kan orang brebes gak ada saudara gitu sampai akhirnya Rumah Sakit mengizinkan untuk tidur sementara di ruangan jaga perawat dan ruangan jaga dokter waktu itu....” (Dr.VV RS Jawa Timur)*

“...Kesel terutama waktu ada Cluster Pesantren, Bupati nya sendiri waktu itu cuek-cuek aja, di sinikan bupatinya udah dua periode sekarang Istrinya yang lanjut, sekarang kampanye jadi selama kampanye itu nggak ada Lockdown Lockdown dan semuanya zonk...” (Dr.TJ Puskesmas Riau)

“.. Kesel. Marah. pemerintah gak memephatikan dokter, kerja bawaanya males jadi murung kesel, kaya capek tapi gak dihargai, hampir setiap kali kerja, iya kesel hati, kadang pasien juga ribet bawannya bikin marah kesel...” (Dr.SA Puskesmas Jawa Barat)

“...gak bsia tidur gara gara covid handphone harus nyala 24 jam on nyala selama persiapan puskesmas. hati kesal sekali saat saya kerja dipuskesmas ngurus pasien corona tapi melihat orang di jalan ada yang tidak pakai masker santai..” (Dr.FO Puskesmas Banten)

“... Pemerintah ini sangat tidak memperhatikan dokter. Bayangkan saya kerja dari Maret sampai oktober saya hanya dapat 1.8jt untuk dokter. Masih kurang melihat deri resiko yang saya lihat itu atau paling tidak dilancarkanlah pembayarannya....” (Dr.TT RSUD Kep Bangka Belitung)



Gambar 17: karangan bunga kematian nakes Kepulauan Bangka Belitung yang berharap insentifnya dibayarkan

“... insentif ada tapi lama keluaranya, akhirnya aku sih kemarin sempet sama teman-teman rekan-rekan semua bikin karangan bunga kayak kematian gitu terus dipasang di lampu merah di depan kantor bupati akhirnya banyak yang ngumpul akhirnya kita dapat itu 10 juta perbulan...” (Dr.CC RS Kepulauan Riau)

“...Pemerintah yang tidak memperhatikan dokter kontrak honorer yang di potong terus penghasilannya, dibayar tapi yang saya dapat dilapangan tidak sesuai, banyak dipotong saya dapat hanya sejuta, dari harusnya 4-5 juta....” (Dr.SA Puskesmas Jawa Barat)

“...Sangat tidak manusiawi Kak segitu (1,5Juta) kurang ya mau gimana yang namanya rezeki nya segitu ya saya terima mau curhat ke siapa juga susah, aku gak tau berapa uang Insentif Covid, kalau

*ada uang ya sama Kepala Puskesmas dibagi-bagi sama semua orang seperti itu... ” (Dr.TJ Puskesmas Riau)*

Selanjutnya hanya sebagian kecil informan di Indonesia tengah yang mengalami episode depresif, sebagian mereka merasa tidak dihargai dan merasa minder saat ada pasien VIP, Sebagian mereka sudah trauma dan cemas tertular hingga kehilangan selera makan, mereka mereka menjadi murung dan hilang minat setiap kali akan berangkat bekerja. sebagian informan ada yang mengalami gangguan tidur, gangguan tidur karena di ganggu telepon, terbangun tengah malam. Sebagian kecil informan takut tertular, takut salah pake APD dan terpapar covid, depresif dari kekurangan APD dan hazmat diawal pandemik, beban kerja dan depresif dari sisi masyarakatnya, dan kebanyakan merasa depresif sepertinya covid tidak akan cepat berakhir dalam 3-4 tahun, stress ingin lari dari kenyataan dan. Berikut penuturan nya:

*“ sempet gak bisa mikir, lemes minder kaya gak dihargai pas ada pasien orang penting atau pejabat VIP dari keluarga pasien itu nggak mau nunggu pengen segera ada hasil (hasil lama bisa 3-5 hari) biasanya itu ribut-ribut sampai merembet, mereka bilang rumah sakit mintain duit aja atau apa lah. Sampai demo waktu itu. jadi semua pasien kompak demo. Keluar semua orang. Ya waktu itu fasnakes kita itu diserbu. Nakes mundur. Majulah tantara TNI sampai semua diserbu rebut diluar. kita nakes kalau udah gitu udah stress. Liat orang rame diluar gitu pusing banget...” (Dr.AB Fasyankes Kalimantan Selatan)*

*“...Agak parno, Khawatir dan takut tertular. Jadi sebelum pulang mandi dulu dan memisahkan pakaian yg dibawa dari RS untuk di cuci sendiri sampe istri bilang aku kurusan dan emang selama ini berat turun drastis...” (Dr.RM RSUD Sulawesi Tengah)*

*“...Kwatirnya lebih ke takut kena sih.. sampai sekarang ada pasien yang batuk saya Parno gitu saya agak menjauh saya nggak diperiksa tanpa pemeriksaan fisik...” (Dr.AB Fasyankes Kalimantan Selatan)*

*“...Takut kalau aku salah pake APD dan terpapar covid dan sama Ketika mau rujuk pasien yang butuh ICU tapi semua RS Rujukannya full, Telepon Ke semua RS jawabannya Full semua kalau udah itu pasti udah ngerasa bersalah, buat mikir aja susah sampe gak bisa tidur...” (Dr.TH RS Kalimantan Timur)*

*“.. selama covid ini emang aku bawaanya sedih terus kaya males aja gitu apalagi liat masyarakatnya. Kaya frustrasi karena sangat mustahil corona akan berakhir dilihat dari masyarakatnya, mereka ya itu gak peduli, pemerintahnya juga zonk sangat kurang, kira kira mungkin akan berakhir sekitar 4-5 tahun...” (Dr.RM RSUD Sulawesi Tengah)*

*".. frustrasi lebih ke pandemic karena aku pikir pikir ya covid nggak bakal ilang ya gak akan hilang 2 tahun 3 tahun 4 tahun paling ujung-ujungnya kaya tb paru aja berdampingan akhirnya kayak gitu, gak yakin ketidakpastiannya dari pemerintah karena Aturannya berubah-ubah nggak boleh mudik tapi tenaga asing datang. kemudian kedua dari masyarakatnya ini kalau dilihat di perkotaan ini pada pakai masker dok tapi pas ke pedesaan itu udah nggak ada yang pakai masker sudah lepas, mereka sudah mulai bosan setahun nggak selesai-selesai sampai ada yang bilang "corona Masih adakah?" orang orang kampung nanya nya gitu...." (Dr.AB Fasyankes Kalimantan Selatan)*

*"... Hazmat pake jas hujan, N95 masker belum ada, face shield juga nggak ada sama sekali. capek lelah kesal gara-gara terlalu kerja berat rasanya saya muak banget itu pake APD baru dipakai sebentar baru 2 pasien udah mandi keringat harus sabar banget nemuin pasiennya yang kontroversi yang jelek-jelekin lah pokoknya itu yang bilang rumah sakit itu meng-uangkan covid untuk profit memeras pasien itu kesal bgt rasanya...." (Dr.JP RS Kalimantan Timur)*

*"...Disini saya kerja rodi saya jaga tetap UGD dan poli karena waktu itu dokternya ada 2 orang off satu cuti karena melahirkan satu cuti karena isolasi, jadi saya sendiri ngandel mereka selama seminggu terus jaga ngegantiin mereka..." (Dr.JP RS Kalimantan Timur)*

Selanjutnya hanya sebagian kecil informan di Indonesia Timur yang mengalami episode depresif dan mengalami kehilangan nafsu makan dan gangguan tidur dan kesulitan berpikir atau berkonsentrasi atau mengambil keputusan atau mengingat sesuatu. Sebagian lainnya tidak mengalami gejala depresif tapi lebih kekesalan secara umum, Sebagian banyak informan merasa insentif lambat sehingga membuat performa kerja mereka menurun, Sebagian lain juga ada yang merasa saat memakai hazmat membuat lelah dan tidak nyaman, kesal dan frustrasi kepada pemerintah dalam menangani pandemik, kesal karena insentif para dokter tidak dibayarkan dan lambat, kesal kepada masyarakat yang tidak percaya covid, bahkan ada juga stigma yang terjadi pada mereka saat ada jenazah yang dirampas keluarga pasien. Berikut penuturan nya:

*"...Kesulitan berfikir selalu ada saat terlintas rasa takut dan khawatir akan tertular dan kemudian ada rasa takut anda akan meninggal sempat gak bisa tidur waktu itu..." (Dr.KH RSUD Maluku Utara)*

*"...selama bekerja di rumah sakit covid badan memang selalu nyeri, pusing kram, serasa jenuh nafsu makan juga hilang pasien dan masyarakat tentang prokes itu memperparah kondisi saat itu, Emosi yg tidak stabil, kesehatan mental yg teruji setiap harinya,*

*Banyak yang menganggap kita dokter kita kerja hanya karena uang ...”(Dr.KH RSUD Maluku Utara)*

*“...Insentif lambat, sangat kesal. Sangat tidak mencukupi, membuat kerja kita jadi malas dan menurun ....” (Dr.AB Puskesmas Maluku Utara)*

*“...Sesuai, tapi tidak tiap bulan, tidak lancer dan sangat belum mencukupi. Harapan kami kepada pemerintah adalah sekiranya pemerintah dapat menuntaskan pembayaran insentif ataupun jasa pelayanan dokter yang terlibat penanganan covid 19 ....” (Dr.SS RSUD Maluku Utara)*

*“...Tidak dibayarkan sampai saat ini. Sedih tapi ya sudahlah. Sangat tidak mensejahterakan dokter..” (Dr.KH RSUD Maluku Utara)*

*“...ada tapi tidak lancar, Tidak kesal tapi kecewa dan sangat tidak mencukupi dan kurang mensejahterakan dokter...” (Dr.WA RSUD Maluku Utara)*

*“...sudah ada tapi masih kurang dan pastinya sedih jika tertunda, minimal lancarkan saja perbulannya....” (Dr.RA RS Maluku Utara)*

*“ ...Pengalamannya saat visite memakai baju APD Level 3, panas, rasa sesak, keringat.. Fasilitas belum lengkap saat itu. Panas, keringat, rasa sesak. Saat visite kami terkadang berdebat dengan pasien karena pasien tidak percaya covid dan tidak percaya dengan hasil laboratoriumnya...” (Dr.SS RSUD Maluku Utara)*

*“.. Selama dipuseksmas memakai hazmat sangat Lelah dan bikin stress, kerja jadi Sangat jenuh dan sangat tidaknyaman...” (Dr.AB Puskesmas Maluku Utara)*

*“... Kelelahan karena kita harus dengan APD lengkap terus, dan saya sempat kekurangan tenaga kesehatan karena banyak dari kita dokter, dokter spesialis, dan perawat banyak yang terpapar dan Isoman saat itu ...” (Dr.RA RS Maluku Utara)*

*“... Lelah saat pakai hazmat dan APD terlama adalah 5jam, saya jujur keringat banyak panas dan haus serta bikin tidak betah. Saya juga sangat kelelahan karena harus merawat pasien rapid reaktif dan pasien umum biasa karena IGD nya hanya 1 dan digabung menjadi ahli fungsi...” (Dr.KH RSUD Maluku Utara)*

*“... Iya marah , Pemerintah yang kurang tegas dalam menjalankan kebijakan pembatasan kegiatan masyarakat. Di kota ternate masyarakat cenderung abai saat kasus bertambah...banyak yg tidak percaya corona itu nyata. Di kota ternate pemerintah cenderung longgar dalam menjalankan pembatasan kegiatan masyarakat...” (Dr.LS Fasyankes Maluku Utara)*

*“.. kesal dan frustrasi saat pemerintah tidak tegas dalam menjalankan aturan protokol kesehatan dan Masyarakat yang tidak*



*patuh pada protokol Kesehatan. Pernah pasien meninggal karena covid, keluarga tidak mau dimakamkan secara protokol covid akhirnya di ambil paksa keluarga di dalam ruang isolasi covid...”* (Dr.SS RSUD Maluku Utara)

*“.. Sedih banget, karena saat pasien bertambah saat itu juga bangak orang yang tidak percaya covid itu ada, mereka lebih meyakini kalau covid itu sebuah konspirasi apalah...”* (Dr.RA RS Maluku Utara)

*“...Ya sangat kesal. Sempat stres karena masyarakat sangat sulit mengikuti prokes bahkan banyak yang tidak percaya covid benar ada. Masyarakat, terutama golongan orang sok tau yang suka nyebar hoax...”* (Dr.AB Puskesmas Maluku Utara)

*“... iya frustrasi dengan keadaan ini, sudah merasa capek, stress, lelah dengan keadaan... Masyarakat semakin abai sedangkan angka penularan covid semakin tinggi. Terlebih lagi saya sempat reaktif dan melakukan isoman.”* (Dr.LS Fasyankes Maluku Utara)

*“...frustrasi saya lebih ke pandemic secara keseluruhan, ya stress dan capek karena saat itu pasien pasien mulai bertambah, tidak di imbangi dengan APD dan dana yang memadai. Kebanyakan orang menganggap covid itu hanya dibuat buat, pasien kebanyakan sudah sesak berat, batuk berat baru periksa ke dokter...”* (Dr.RA RS Maluku Utara)

*“...ada Banyak stigma, mereka menganggap kita kerja hanya karena uang ( insentif covid ) Ada, saat itu pasien dg rapid test reaktif dan tiba-tiba apneu dan tidak tertolong. Saat kami menjelaskan alur pemulasaran jenazah. Mereka tidak terima dan 1 kampung datang ke IGD dini hari untuk memarahi dan mengancam kami, saat itu ketua tim covid RS, direktur dan satgas tidak merespons semua kekacauan dan kekhawatiran kami upayakans endiri, untungnya tidak ada korban kekerasan...”* (Dr.KH RSUD Maluku Utara)

*“...Ada, sempat terjadi perampasan jenazah di RS tempat saya bekerja, waktu itu sampai petugas dokter sama perawat banyak yang dipukuli ....”* (Dr.RA RS Maluku Utara)

*“... Ada stigma khususnya dokter yang melakukan tracing, Masyarakat yang terdiagnosa covid banyak yang malah menolak dan bahkan mengancam dan mengusir petugas yang datang ke rumah...”* (Dr.AB Puskesmas Maluku Utara)

### 5.3.3 PTSD

Selanjutnya tidak ada satupun informan di Rumah Sakit Darurat yang mengalami gejala Stress paska trauma mereka mengungkapkan umumnya gangguan kecemasan dan depresif mereka berangsur angsur hilang terlebih lagi saat mereka sudah tidak bekerja atau sudah selesai bekerja dari Rumah Sakit Darurat, sebagian besar mereka tidak menunjukkan flashback atau ingatan atau kilas balik yang tidak menyenangkan saat mendengar kata covid hingga saat ini.

Selanjutnya hanya Sebagian kecil informan di Indonesia barat yang mengalami gejala Stress paska trauma mereka mengungkapkan bahwa covid adalah ujian terberat dalam hidup mereka dan merupakan peristiwa traumatic yang sangat menekan hidup mereka luar biasa, dan sebagian kecil mereka mengalami ingatan flashback yang tidak menyenangkan, sampai misalnya dalam mimpi, peningkatan kuat, kilas balik/teringat Kembali, atau menimbulkan reaksi mood yang tidak enak saat mendengar kata covid atau berita tentang covid. sebagian mereka merasa sulit tidur, sulit konsentrasi dan memusatkan perhatian sebagian lain ada yang merasa gelisah dan selalu mudah merasa tertegun, berikut penuturan nya:

*“...Iya sampai sekarang aku nyesek ya Masih kepikiran Karena Aku punya beberapa teman yang sekarang udah pada meninggal karena covid jadi aku sempet kepikiran Apakah aku nanti yang selanjutnya yang akan meninggal. aku disitu sempat takut sempat trauma jadi aku sekarang off semua pasien praktek, kegiatan pokoknya aku sekarang fokus buat keluarga aja udah gak terima pasien lagi...”*  
(Dr.NR Fasyankes DKI Jakarta)

*“... Ya aku sempat satu titik aku pernah malas nggak mau buka handphone udah males kuliah udah males ngerjain tesis udah males ngapa-ngapain aku bener-bener badmood, hari-hari itu aku kesel marah-marah aku nggak tahu mesti Ya frustrasi banget karena yang kemarin ikut rapat suami itu corona sampai 2030 baru selesainya....”* (Dr.NR Fasyankes DKI Jakarta)

*“... frustrasi berat aku, takut gelombang kedua. Dan kayaknya emang bakal muncul ini. sekarang ini aku kalau mau jaga itu shalat hajat dulu. aku ketar ketir banget. parno bgt. nih aku ngomong aja sambil berkaca kaca mata aku (informan berkaca kaca matanya)...”*  
(Dr.NN RSUP DKI Jakarta)

*“... Ada sempat ruang UGD aku itu pintu kacanya tuh didobrak sama wartawan sama gojek sama pengacara LSM itu sampai kacanya pecah*

*nggak mau di-covidkan tindakan pengen ngambil pas paksa pasien yang meninggal. Denial pasien selain dari beban kerja juga emang udh stress bgt. Aku sempet ditelepon pengacara, diancem bareskim lah, dokter pengawal kepresidenan lah, jujur aku lebih takut yang ini sekarang. dibanding dipukul, tapi kalau ini aku ancaman, mereka teriak "dokter siapa namanya saya catat nih" ...". (Dr.NN RSUP Jakarta)*

*"...Aku sedih karena ngurus anak sendiri, kerja sendiri dan sedih takut kalau anak aku tertular, sempat saya menyusui pake masker awal awal. suami tidak ada sudah cerai, masih parno sampe sekarang apalagi ketemu pasien batuk, terlebih mood aku jelek kaya trauma pokoknya aku takut jika harus periksa dekat dengan pasien corona ...". (Dr.SA Puskesmas Barat)*

Selanjutnya lebih dari setengah informan di Indonesia tengah yang mengalami gejala Stress paska trauma mereka mengungkapkan bahwa covid adalah ujian terberat dalam hidup mereka dan merupakan peristiwa traumatic yang sangat menekan hidup mereka luar biasa, dan sebagian kecil mereka mengalami ingatan flashback yang tidak menyenangkan, saat mendengar kata covid atau berita tentang covid. Sebagian mereka merasa sulit tidur, sulit konsentrasi dan memusatkan perhatian sebagian lain ada yang merasa gelisah dan selalu mudah merasa tertegun, Sebagian besar informan merasakan trauma terutama saat mereka bekerja seorang diri, takut tertular, takut menulari orang di rumah, trauma melihat banyak pasien yang meninggal dalam sehari, trauma melihat berita covid, trauma saat ada pasien batuk, agak waswas memenuhi kewajiban walau sudah memakai APD level 3, trauma dan frustrasi melihat masyarakat yang tidak patuh prokes dan membuat stigma bahwa dokter adalah konspirasi dan hanya mencari keuntungan. Bahkan Sebagian kecil dari mereka juga harus adu argument dan berkelahi dengan pasien saat menghadapi pasien yang menolak di covid Kan oleh rumah sakit, mereka para pasien menganggap dokter dan rumah sakit mencari keuntungan dan profit dari pandemic COVID-19, terlebih lagi ada waktu yang sangat lama hingga 2 bulan hanya untuk menunggu waktu PCR bahkan ada pasien isolasi yang demo dan marah marah karena mereka tidak sabar, dan stigma dari masyarakat dan dari nakes itu sendiri sampai frustrasi dan stress melihat banyak insentif yang tidak dibayarkan dan macet bahkan ada yang mengungkapkan banyak kecurangan dan banyak insentif yang dipotong. Berikut penuturan nya:

*".. iya saya sempat frustasi Saya sempat di satu titik saya ngerasa capek banget akhirnya saya curhat sama suami sambil nangis dan saya minta suami aja yang kerja saya di sana jadi dokter karena saya merasa beban kerja saya capek banget waktu itu dan saya*

*sendirian di Puskesmas itu walaupun saya bisa Minta cuti aja nggak dibolehin...”* (Dr.DW Puskesmas Sulawesi Tenggara)

*“... Trauma sampe sekarang takut kalau kita bakal kena covid saya sampai ngimpi kena covid.suami juga kan dokter takut jadi beban kakak di rumah, saya klu mau pulang itu takut, gmn ya kalau aku pulang bawa pembawa virus. ya. parno pastinya sampe saya akhirnya ngekos aja jauh dari keluarga aja berdua sama suami...”* (Dr.JP RS Kalimantan Timur)

*“...Takut kalau aku salah pake APD dan terpapar covid dan sama Ketika mau rujuk pasien yang butuh ICU tapi semua RS Rujukannya full, Telepon Ke semua RS jawabannya Full semua...”* (Dr.TH RS Kalimantan Timur)

*“...Cemas panik takut tertular bingung gak ada APD waktu awal, semua jadi satu. Sempet stress karna nyaris 24 jam Handphone bunyi terus, laporan dari IGD dan Isolasi tentang pasien covid... sempet ada mau resign jadi dokter juga, nyari kerjaan lain tanpa ada covid...”* (Dr.TH RS Kalimantan Timur)

*“...Waktu itu menunggu hasil swab PCR itu bisa 2 bulan, lama banget Pas awal-awal.pasiennya keburu marah-marah sampai mau berantem berantem itu keluarganya ngajak ribut, mereka bilang Ini hasil konspirasi ini dibuat-buat oleh rumah sakit nih dokter nyari duit nih. Peran pemerintah masih kurang ya. terutama APD yang paling parah ya, soalnya dinas itu lambat. kita hanya mengandalkan relawan aja yang ngasih ke Puskesmas puskesmas karena waktu itu kan masih Pilkada ada bantuan dari partai-partai...”* (Dr.AB Fasyankes Kalimantan Selatan)

*“...Ada rasa cemas, tapi juga harus memenuhi kewajiban, Iya, khawatir akan tertular meskipun Sudah di proteksi APD level-3, kwatir pas ada Pasien stroke dng covid terkonfirmasi, resiko besar terjadi perburukan...”* (Dr.RM RSUD Sulawesi Tengah)

*“...Takut menulari keluarga di rumah sampai sekarang sih masih tetap parno takut nularin anak kecil dan orang tua. Saya sempat kekawatiran yang tinggi Setiap kali mau berangkat ke Puskesmas rasa kwatir deg-degan tinggi terutama kalau ada pasien batuk-batuk...”* (Dr.DW Puskesmas Sulawesi Tenggara)

*“...Kalau parno ada sih saya ada parno misalnya pasien yang batuk saya sempat takut gitu. Ini pasien Muncul lagi Muncul lagi batuk lagi, Saya sempat ada kekhawatiran buat periksa pasien yang batuk-batuk. Dan parno Kasus pasien yang meninggal sambil menunggu hasil PCRnya yang lama yang hampir 1 bulan lebih dan itu pasiennya keburu meninggal...”* (Dr.DW Puskesmas Sulawesi Tenggara)

*“...Marah sangat marah, kadang diluaran sana, banyak yg menganggap covid itu cuma bisa-bisanya pemerintah aja! Sering sewot denger hal demikian... rasanya pengen bawa orang-orang diluaran sana tuk keliling masuk ke ruang isolasi covid, supaya mereka tau...”* (Dr.TH RS Kalimantan Timur)

*".. Ya perasaan saya melihat masyarakat yang tidak patuh saya kesel melihatnya kesel. Di sini di bau-bau kepatuhan masyarakatnya zonk sama sekali enggak ada Berasa kayak enggak ada pandemi biasa aja sangat Jong sangat kosong sangat nggak ada sama..." (Dr.DW Puskesmas Sulawesi Tenggara)*

*"...Ada kasus jadi kita nunggu hasil PCR itu kan lama dari bau-bau itu waktu awal-awal itu dikirim ke Makassar itu hampir sampai 2 bulan lamanya. kita bikin Face Shiled sendiri kita beli jas hujan dari plastik waktu itu kira-kira 1 bulan kemudian bantuan itu datang ada dari Dinkes ada keluarga Tionghoa kasih masker, Vitamin, makanan, sembako dan lain-lain..." (Dr.DW Puskesmas Sulawesi Tenggara)*

*"... Selama pandemi ya sama stigma buruknya. adu argumen aja keras kerasan sampai kan akhirnya TNI datang kita waktu itu puskesmasnya dihadang TNI sampai suruh pulang itu..." (Dr.AB Fasyankes Kalimantan Selatan)*

*"... ya stigma saat saya berkelahi sama keluarga pasien dan keluarganya, seolah saya mengcovid kan sampai saya panggil tim satgas, tim dinkes dan polisi. Banyak perlakuan buruk mereka yang hampir memukul dan menonjok dan mencaci maki saya..." (Dr.TH RS Kalimantan Timur)*

*"... saat saya selepas jaga dari fasyankes mau mandi ke puskesmas saya gak boleh turun dari ambulance suruh mandi dimobil dikasihair suruh mandi di ambulans gitu ya sedih jadi kaya dijauhi sama temen-temen perawat sendiri sedih dan down sih kok bgini ya sedih banget..." (Dr.AB Fasyankes Kalimantan Selatan)*

*".. Frustrasi karena sangat mustahil corona akan berakhir dilihat dari masyarakatnya, mereka ya itu gak perduli, pemerintahnya juga zonk sangat kurang, kira kira mungkin akan berakhir sekitar 4-5 tahun..." (Dr.RM RSUD Sulawesi Tengah)*

*"...saya ingin agar hak hak saya segera dibayarkan, belum semua, sangat tidak sama sekali mencukupi..." (Dr.RM RSUD Sulawesi Tengah)*

*"...Sedihnya bila melihat kecurangan pembagian insentif yang dilakukan pihak RSyah." (Dr.TH RS Kalimantan Timur)*

*"... insentif di sini kita bagi-bagi disini nggak ada yang dapat full 4 juta gitu nggak ada paling 1.2 juta ...." (Dr.DW Puskesmas Sulawesi Tenggara)*

Selanjutnya tidak ada satupun informan di Indonesia bagian timur yang mengalami gejala stress paska trauma mereka mengungkapkan bahwa covid bukan ujian terberat dalam hidup mereka dan sebagian besar mereka tidak menunjukkan

flashback atau ingatan atau kilas balik yang tidak menyenangkan saat mendengar kata covid.

## **5.4 Pembahasan**

### **5.5.1 Kesehatan Mental Dokter Saat Pandemi**

Hasil penelitian ini didapatkan bahwa semua informan mengalami kecemasan takut terpapar sebelum dan saat awal pandemik mereka juga takut jika dapat menularkan Virus ke keluarga di rumah terlebih lagi di rumah ada anak dan orang tua yang memiliki komorbid beberapa informan juga mengutarakan kecemasan bekerja karena tidak adanya APD saat awal awal pandemik sebagai hal yang lebih dominan ditemukan oleh para dokter yang bekerja di garda depan di Indonesia.

Penelitian ini sejalan dengan studi kualitatif oleh (Z. Zhang et al. 2020) dimana dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa para dokter dan tenaga kesehatan mengalami kecemasan saat akan menjalankan tugas di garda depan dan saat menghadapi pasien COVID-19 mereka mengalami ketakutan karena mereka mengalami kontak langsung dengan pasien COVID-19. Seperti yang ditemukan oleh (Z. Zhang et al. 2020) tenaga medis khususnya dokter memiliki prevalensi masalah psikologis dan faktor risiko lebih tinggi untuk mengembangkannya menjadi gangguan kecemasan daripada tenaga kesehatan non medis. Dalam konteks yang sama di penelitian ini juga menunjukkan bahwa sebagian dokter mengalami gangguan kecemasan menyeluruh sebelum dan saat akan bekerja di rumah sakit tempat pelayanan COVID-19 dan banyak diantara mereka masih memerlukan dukungan psikologis untuk para dokter yang bekerja di garda depan.

Di penelitian ini juga di ketahui bahwa kecemasan para dokter juga semakin bertambah besar selama masa lockdown dimana hampir semua dokter yang bertugas di garda depan umumnya tidak mengalami dan menjalani masa lockdown, mereka terus melayani dan menjalankan kegiatan pekerjaan mereka melakukan pelayanan.

Dalam hal ini para tenaga kerja Kesehatan mengalami masa masa bekerja tanpa mengenal masa lockdown dikarenakan kewajiban mereka untuk mengelola dan mengupayakan Kesehatan masyarakat dan dibutuhkan sebuah system yang menjamin Kesejahteraan dan kesejahteraan para dokter yang ditempatkan di garda depan, dan langkah-langkah sederhana seperti forum dokter junior dapat diberi pelatihan ruang

untuk merenungkan pengalaman stres dengan rekan-rekan mereka. Terlepas dari gangguan yang cukup besar pada pelatihan dan Kesehatan mental, Langkah Langkah perlindungan diri sesuai dengan perawatan kritis selama masa pandemic dalam pengembangan klinis dan profesional (World Health Organization 2013).

Hasil dari penelitian didapatkan bahwa semua informan mengalami kecemasan yang sangat tinggi setelah mengetahui banyak temannya yang tertular virus COVID-19 dan mengeluhkan kesulitan dalam hal tenaga kerja di garda depan, umumnya mereka mengeluhkan kekurangan tenaga kerja karena banyak teman sejawat dan teman perawat yang isolasi mandiri karena terkena COVID dan mereka harus mengcover kekurangan tenaga, mereka harus membackup kerja teman sejawat yang sedang isoman, selebihnya adalah masalah dalam perekrutan tenaga kerja dimana banyak sekali dokter yang mengundurkan diri setelah mereka tahu akan ditempatkan di garda depan penanganan COVID.

Kecemasan para informan di Rumah Sakit Darurat umumnya juga masih sama seperti yang dialami oleh informan di wilayah lain, yakni kurangnya tenaga kerja dimana mereka harus membackup 3 lantai dan tiap lantai itu 60 pasien terlebih lagi kesulitan lainnya adalah mati listrik dan makanan Rumah Sakit Darurat yang dinilai kurang enak dari segi rasa.

Selanjutnya kecemasan para informan yang lainnya adalah masalah kekurangan APD, masker dan hazmat serta Face shield di awal awal pandemik dimana mereka akhirnya berinisiatif untuk membuat hazmat dari kantung plastik jas hujan dengan segala keterbatasan pada waktu itu, sedangkan jika ingin membeli selain barangnya langka dan susah harganya juga sangat mahal.

Untuk dokter di Indonesia bagian barat kesulitan umumnya kecemasan adalah menunggu hasil PCR yang memakan waktu sangat lama hingga 2 bulan dan membuat pasien isolasi menunggu sangat lama dan menimbulkan kegaduhan di daerah. Beberapa dokter di Indonesia timur mengungkapkan kkecemasan mereka adalah seputar ketidaknyamanan saat bekerja dengan memakai baju hazmat yang tebal dan tidak nyaman serta kesulitan jika menghadapi pasien pasien yang denial dan pasien yang menolak dan pasien menuduh COVID adalah sebuah konspirasi.

Penelitian ini sejalan dengan studi kualitatif yang dilakukan oleh (Greenberg et al. 2020) dimana temuan penelitian mengungkapkan bahwa para dokter bekerja di

garda depan mengalami banyak sekali kesulitan dan kekhawatiran yang ekstrim kecemasan yang berulang dan kesulitan dalam membuat keputusan. Keadaan kompleks akibat kekurangan APD dan baju hazmat alat proteksi diri saat awal pandemic dengan segala keterbatasan saat itu ditambah dengan tekanan untuk bisa memberikan perawatan dan kebutuhan pasien COVID yang banyak serta dengan sumber daya tenaga yang terbatas, peralatan yang terbatas serta masih tidak memadai yang akhirnya mengakibatkan masalah kesehatan mental para dokter di garda depan.

Hasil yang diperoleh dari penelitian ini harus dipertimbangkan untuk memasok lebih banyak kebutuhan dokter dengan baik dan lebih banyak lagi khususnya terkait dokter yang terinfeksi dan akhirnya harus isolasi mandiri, sedangkan rekan lainnya yang belum terinfeksi harus mesti men cover kerjaan dan tugas yang berhalangan tugas itu, tantangan ini terkait untuk mengurangi risiko masalah kesehatan mental melalui berbagai mekanisme kelelahan dan kecemasan beban kerja dan sebagainya Seperti yang disarankan oleh (Greenberg et al. 2020), proses dukungan rutin (seperti program dukungan senior) harus tersedia bagi pekerja staf dokter dan tenaga medis lainnya.

Kekurangan APD, alat pelindung, baju Hazmat dan pasokan peralatan medis lainnya adalah fenomena global dan tidak hanya di Indonesia, yang merupakan faktor yang mengkhawatirkan dalam skenario pandemic saat ini. Meskipun Indonesia, sebagai negara berkembang, berada dalam kondisi yang lebih kritis, negara-negara maju juga menghadapi masalah yang sama.

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian oleh (Ranney, Griffeth, and Jha 2020) dimana hampir semua dokter yang bekerja di garda depan mengeluhkan ada kekurangan APD, pelindung wajah, gaun pelindung (hazmat), dan pembersih tangan yang memadai di Amerika Serikat, dan petugas kesehatan di Italia mengalami tingkat infeksi dan kematian yang tinggi sebagian karena akses yang tidak memadai dalam memperoleh APD selama bekerja di garda depan penanggulangan COVID-19.

Sebagian kecil informan mengungkapkan bahwa selama bekerja mereka mengalami rasa kecemasan dan kelelahan saat memakai baju hazmat yang panas gerah dan sangat tidak nyaman.

Penelitian ini sejalan dengan studi kualitatif oleh (Z. Zhang et al. 2020), (hal.8). dimana para dokter juga memerlukan perlindungan kesehatan dan kondisi kerja yang memadai, misalnya, penyediaan lebih banyak tenaga medis selama yang lain menjalani



karantina, pengadaan peralatan pelindung medis, masker, APD, baju Hazmat yang memenuhi standar dan memadai, pengaturan istirahat yang memadai, dan “program pemulihan (break)” yang bertujuan untuk memberdayakan ketahanan dan kesejahteraan psikologis.

Selanjutnya (Adams and Walls 2020) menyarankan sistem yang mendukung bagi petugas kesehatan, misalnya memastikan bahwa pekerja merasa mendapatkan istirahat yang cukup, penyediaan makanan, multivitamin dan jam istirahat yang panjang.

Dalam studi kualitatif oleh (Ramachandran 2020), studi terbaru yakni laporan kasus, berbagi pengalaman salah satu dokter junior yang berbagi cerita tentang merawat pasien hingga menjadi pasien COVID-19. Laporan tersebut menyatakan bahwa dokter junior, meskipun ia baru memulai karir medisnya, menunjukkan kurangnya kontrol dan kesulitan dalam menjalani tugas selama pandemik. Ini mungkin disebabkan oleh kelelahan dan beban kerja yang berat. Situasi ini sangat menunjukkan bahwa dokter junior atau muda belum sepenuhnya siap menangani wabah penyakit menular dan membutuhkan pelatihan, pendidikan, dan komunikasi yang lebih baik (C. Huang et al. 2020).

Hasil dari penelitian didapatkan bahwa hampir semua informan mengalami kesedihan mendalam saat menyaksikan pasien meninggal dan beberapa mereka mengungkapkan mengalami kesedihan mendalam dan bahkan sampai menangis berlut-lurut hanyut dalam kesedihan saat ada teman sejawat atau keluarga teman terdekatnya yang meninggal akibat COVID-19.

Lebih lanjut, (Mamas 2020) menyebutkan lebih dari 100 dokter telah meninggal selama pandemi COVID-19 di Italia. Di Spanyol, 20% dari mereka yang terinfeksi COVID-19 adalah individu yang bekerja di layanan kesehatan. Demikian pula, dalam laporan di China, Amerika Serikat, dan Inggris, banyak dokter telah meninggal karena infeksi COVID-19. Di penelitian ini juga mengungkapkan bahwa sini terdapat resiko yang lebih besar adalah bahwa dokter mengalami lebih banyak kesedihan dan keterpurukan saat ada teman sejawatnya yang meninggal atau menjadi korban dimana mereka harus melawan rasa keterpurukan dan masih harus ditempatkan di area yang mungkin akan membawa efek traumatis dan kesedihan yang lebih mendalam (Mamas 2020).

Hasil dari penelitian didapatkan bahwa hampir sebagian informan mengalami episode depresif terhadap keadaan pandemik secara keseluruhan, mereka mengalami kehilangan minat jenuh bosan dan frustrasi yang menyeluruh gabungan dari keseluruhan melihat pandemik yang tidak ada ujungnya dan tidak berakhir dengan segera.

Sebagian informan juga Frustrasi melihat masyarakat yang sulit diatur, abai terhadap kebijakan lockdown dan masyarakat yang abai dan malah justru lebih percaya kabar hoax dan konspirasi dan akal-akalan dokter saja dalam mencari laba dan profit.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian dari (Xiao et al. 2020), dimana mereka semua petugas Kesehatan yang bekerja di garda depan mengalami kekacauan dan rasa frustrasi yang berakibat dalam penurunan minat dan kejenuhan dan frustrasi yang tinggi selama bekerja. Penelitian ini juga diperlukan menunjukkan bahwa dukungan sosial yang diberikan kepada staf medis menyebabkan penurunan rasa frustrasi dan tingkat kecemasan dan stres Secara signifikan, rumah sakit dan otoritas dinas kesehatan terkait perlu memantau kesehatan mental para dokter yang bertugas di Garda depan baik itu Rumah Sakit Darurat, RSUD/RS rujukan COVID dan Puskesmas seluruh Indonesia.

Demikian pula, temuan penelitian (Saqlain et al. 2020) mengungkapkan bahwa masih kurangnya dukungan pemerintah dan infrastruktur yang memadai untuk menangani pasien COVID-19 secara efektif dan kelemahan system rujukan ke dalam penanganan pasien COVID-19 di rumah sakit. Pemerintah telah menetapkan area bangsal isolasi dan area karantina di rumah sakit pendidikan, tetapi rumah sakit isolasi tersebut melanggar pedoman kesiapsiagaan COVID-19 dimana masih banyak peralatan yang masih dibawah standar dan kekurangan tenaga medis.

Hasil penelitian ini sejalan dengan studi kualitatif dari (Chen et al. 2020) dimana pemerintah dan otoritas Kesehatan harus ikut serta menjamin kelancaran pembayaran hak yang harusnya mereka peroleh selama pandemik tanpa adanya pemotongan dan pengurangan dari berbagai pihak dimana dokter yang tidak memperoleh haknya memiliki kerentanan terkena gangguan Kesehatan mental lebih tinggi dibanding yang menerima secara penuh, para dokter harus secara terus menerus di perhatikan keadaan mentalnya serta menyediakan sistem dukungan Kesehatan mental yang cepat, konseling psikologis profesional, dan intervensi selama krisis.

Hampir Sebagian besar dokter di Indonesia mengalami gangguan Kesehatan mental selama menjalani tugas di garda depan pandemic COVID-19. Dimana hampir setengahnya mengalami episode depresif, Sebagian kecil mengalami PTSD dan Sebagian lainnya mengalami gangguan kecemasan menyeluruh.

Penelitian ini sejalan dengan studi dari (Forte et al. 2020) dimana melaporkan tingkat tekanan psikologis dan gejala Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) yang tinggi pada dokter di Italia dimana Persentase gejala dokter yang mengalami PTSD sekitar (29,5%) ditemukan pada dokter yang mengalami kesulitan tidur, mengalami peristiwa kematian baik teman sejawat dan dokter yang melihat pandemik covid sebagai sebuah peristiwa yang traumatik.

Jika dilihat dari wilayahnya maka di Indonesia bagian barat hampir semuanya dokter mengalami gangguan kesehatan mental dengan keluhan lebih dari setengahnya mengalami episode depresif, Sebagian kecil mengalami PTSD dan gangguan kecemasan menyeluruh.

Sedangkan hampir seluruh dokter di wilayah Indonesia bagian barat mengalami gangguan Kesehatan mental dengan lebih dari setengahnya mengalami PTSD, sebagian kecil mengalami episode depresif dan sebagian kecil lainnya mengalami gangguan kecemasan menyeluruh.

Sedangkan pada dokter di Indonesia bagian timur lebih dari setengahnya tidak mengalami gangguan Kesehatan mental, hanya Sebagian kecil mengalami episode depresif dan Sebagian kecil lainnya mengalami gangguan kecemasan menyeluruh.

Hasil dari penelitian didapatkan bahwa semua informan baik di Indonesia barat tengah timur umumnya mengungkapkan hal serupa yakni mereka umumnya masih ada ketakutan tertular virus corona COVID-19 selama bekerja di garda depan. dan Sebagian besar informan yang bekerja di Rumah Sakit Darurat mereka mengungkapkan bahwa mereka ada rasa kekhawatiran terhadap pasien yang dikarantina takut ada penyerangan dan takut khawatir ada pasien yang bunuh diri lagi. Tentu hal ini sangat berpengaruh terhadap keadaan psikis dan Kesehatan mental para dokter selama bekerja, dimana stigma dan rasa ketakutan akan ancaman dan ketidaknyamanan selama bekerja akan membawa beban buruk tersendiri bahkan dokter akan mengalami kesedihan yang mendalam, depresi bahkan mengalami PTSD.

Hasil dari penelitian ini didapatkan bahwa ada banyak sekali stigma yang dialami dokter selama bekerja di garda depan selama penanggulangan pandemik COVID-19, diketahui bahwa hampir semua informan mengalami cacikan kata kata kasar oleh pasien yang menolak dan yang tidak percaya COVID adalah sebuah konspirasi, umumnya mereka dicaci maki dengan kata kata kasar, bahkan ada Sebagian yang mengadu argumen dengan dokter, ada yang sempat berkelahi dan berakhir ricuh.

Sebagian informan ada yang sempat mengalami kejadian pengusiran dari tempat kediaman mereka sebagian petugas tracing juga diusir saat mendatangi kediaman masyarakat, bahkan mereka diancam dan terjadi penolakan oleh warga yang tidak terima.

Penelitian ini sejalan dengan studi kualitatif oleh (Kwaghe et al. 2020) dimana mereka melakukan studi kualitatif di antara petugas kesehatan garis depan yang sudah sembuh dari COVID-19 di Lagos Negara Bagian Nigeria. Berdasarkan studi kualitatif didapatkan bahwa 12 responden secara keseluruhan merasakan stigma dan mengalami trauma psikologis dan moral. umumnya mereka mengalami emosi negatif kecemasan, kesusahan, disorientasi, menangis karena takut stigmatisasi, merasa kesepian, dan kekhawatiran tentang keadaan keluarga mereka. Dan stigmatisasi juga dilakukan oleh petugas kesehatan di pusat isolasi itu sendiri.

Dalam temuan penelitian ini Ada salah seorang dokter di Indonesia bagian barat yang yang mengalami stigma justru oleh petugas Kesehatan sendiri yakni saat dokter itu pulang jaga dari Fasyankes Ketika akan balik ke puskesmas petugas dan nakes lainnya melarang dan menyuruh dokter itu untuk mandi di ambulan tanpa boleh memasuki puskesmas yang sudah steril. Untuk dokter di Indonesia bagian timur sempat menyaksikan adanya perampasan jenazah pasien COVID dan menyaksikan nakes lainnya dipukuli hingga banyak yang berjatuh.

Dalam penelitian ini juga sejalan dengan studi (C. Huang et al. 2020) bahwa tenaga kesehatan khususnya dokter yang bekerja dalam kondisi berisiko (stress) mengalami tekanan fisik dan penurunan kekebalan yang mengakibatkan gangguan psikologis yang berbeda beda. Mempertimbangkan masalah stigma yang dialami nakes dan dokter ini penting bagi manajemen rumah sakit dan otoritas Dinas Kesehatan terkait untuk menjamin dokter dan nakes bekerja dalam perlindungan dan lingkungan kerja yang aman dan terlindungi.

Dalam konteks stigma ini, penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa selama epidemi SARS, inisiatif pengendalian stigma dan aspek keamanan para dokter selama bekerja dari segi peralatan, misalnya, APD dan persediaan medis yang cukup, dukungan management akan berakibat pada menurunnya tingkat kelelahan emosional yang dihasilkan dan dialami oleh para dokter selama pandemic SARS (Chong et al. 2004) (Marjanovic, Greenglass, and Coffey 2007)

Dalam studi saat ini, sesuai dengan penelitian oleh (Spoorthy, Pratapa, and Mahant 2020) dimana faktor psikologis seperti takut tertular virus, takut membawa virus ke rumah, dan takut meninggal dan menjadi korban selanjutnya juga diidentifikasi sebagai tema utama yang hampir ada pada semua penyebab stress para dokter di seluruh garda depan penanggulangan covid. Temuan ini dikonfirmasi oleh penelitian terbaru yang dilakukan di seluruh dunia oleh (Naushad et al. 2019); ); (Z. Zhang et al. 2020). Seperti yang disebutkan oleh (Mukhtar 2020) dan (Grover et al. 2020) berupa kekhawatiran saat bekerja di depan dan ketakutan jatuh sakit atau takut mati bisa membuat orang lain tertular dan kelelahan.

Hasil dari penelitian didapatkan bahwa semua informan mengalami rasa kesepian dan kesendirian saat mereka menjalani kerja di rumah sakit dan ruang karantina isolasi yang disediakan khusus dokter dan tenaga Kesehatan garda depan yang menangani COVID-19, beberapa dari mereka harus berpisah selama 3 bulan lamanya selama bekerja di garda depan dan membatasi diri untuk tidak pulang ke rumah karena takut akan menularkan ke keluarga mereka dirumah.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian oleh (Jain et al. 2020) dimana mengungkapkan bahwa semua dokter anestesi yang bekerja di ruang gawat darurat, ruang operasi, dan unit perawatan intensif mengalami stres psikologis berupa kesendirian dan kesulitan tidur (insomnia) selama mereka menjalani isolasi mandiri, para dokter mengalami kesulitan tidur dan merasa kesepian yang mendalam saat mereka terpapar COVID-19 dan melakukan karantina selama proses pengobatan dan proses kesembuhan dalam karantina.

Hasil dari penelitian didapatkan bahwa semua informan mengalami kebosanan selama bekerja di garda ke depan karena mereka harus memakai hazmat yang tidak nyaman dan sangat gerah selanjutnya beberapa mengungkapkan bahwa mereka merasa jenuh dan penat saat menghadapi atau harus berhadapan dengan keluarga pasien dalam

menjelaskan diagnosa dan hasil laboratorium, umumnya mereka jenuh dengan pasien yang menolak dan tidak percaya COVID. Untuk informan yang dirumah Sakit Darurat hampir semua mereka mengalami kejenuhan dengan makanan dirumah Sakit Darurat yang dinilai kurang enak dari segi rasa.

Tidak diragukan lagi, sesuai dengan penelitian oleh (Coughlan et al. 2021) dimana pada awal wawancara para dokter mereka mengeluhkan kebosanan selama bekerja dan pemakaian hazmat merupakan tantangan paling signifikan yang menggoyahkan kepercayaan diri mereka dan membuat mereka stress dan cemas dan bekerja dibawah kelelahan dan kejenuhan. Selain itu, dengan tantangan komunikasi yang ditimbulkan oleh pemakaian APD yang tidak nyaman gerah dan sulit untuk berkomunikasi dan harus berteriak serta adanya pembatasan ketat pada keluarga yang ingin menemani pasien COVID, dokter garis depan harus menerima pelatihan dan dukungan tambahan dalam menyampaikan berita buruk dan kemampuan komunikasi menjelaskan hasil diagnose kepada keluarga.

Hasil dari penelitian didapatkan bahwa semua informan memiliki harapan Pemerintah dapat membuat peraturan yang lebih menyeluruh dan tidak tebang pilih, dan mereka juga berharap para dokter khususnya di pelosok agar lebih diperhatikan lagi kesejahteraannya terutama dalam pembayaran dan kelancaran insentif.

Selain itu, otoritas pemerintah, Dinas Kesehatan dan rumah sakit harus memastikan bangsal isolasi dan unit gawat darurat pasien COVID-19 harus mematuhi pedoman WHO. Kondisi kerja yang lebih baik meningkatkan efisiensi para dokter mengurangi keadaan ketakutan, dan mengurangi kemungkinan tekanan mental.

Rekomendasi yang diusulkan juga didukung oleh studi oleh (Adams and Walls 2020), yang berpendapat bahwa pemantauan dan pengawasan pencegahan infeksi dengan langkah-langkah pengendalian infeksi, ketersediaan tenaga kesehatan yang memadai, dukungan finansial, pemberian insentif dan bonus, jam kerja yang wajar, dan pengaturan shift yang tepat adalah kunci untuk mencegah dokter mengalami kelelahan dan stress.

Pada akhirnya, penting untuk dicatat bahwa ketika Profesi dokter menjadi sakit, maka itu secara otomatis akan melumpuhkan seluruh kemampuan dan upaya mereka untuk tanggulangi wabah pandemic COVID di negara tersebut. Selama epidemi SARS dan sindrom pernapasan Timur Tengah (MERS), para dokter memiliki risiko lebih

tinggi terhadap masalah kesehatan mental dan menderita gangguan stres pasca-trauma setelah epidemi (Maunder et al. 2003), (Marjanovic, Greenglass, and Coffey 2007) (Lee et al. 2018).

### 5.5.2 Aspek AIK Dalam Kesehatan Mental

Corona Virus Disease yang biasa disebut sebagai COVID-19 kini tengah mewabah di Indonesia, bahkan di dunia. jika kita telusuri dan ditelaah, maka akan banyak sekali hikmah positif yang dapat kita petik dari pandemic COVID-19 ini terutama di dalam kehidupan kita, terutama bagi kita sebagai umat Islam.

Hikmah inilah yang nantinya perlu kita ambil sebagai pelajaran untuk memperbaiki hubungan kita kepada Allah SWT dan terlebih sebagai hikmah untuk memperbaiki kehidupan kita sebagai umat Muslim untuk melangkah kepada arah yang lebih baik dan jalan yang di Ridhoi oleh Allah SWT.

Karena biar bagaimanapun Allah menciptakan segala sesuatu di muka bumi ini atas kehendak dan takdirnya. Allah pun mempunyai maksud serta hikmah didalam-Nya. Dan kita sebagai umatnya yang beriman dan mempercayai adanya Qodho dan Qodar, kita harus mencari tahu hikmah atas segala apa yang sudah Allah takdirkan dan melihatnya dengan kaca mata keimanan yang kita miliki.

Allah SWT telah berfirman dalam surah Al-Baqarah ayat 269 yang berbunyi :

يُؤْتِي الْحِكْمَةَ مَنْ يَشَاءُ ۚ وَمَنْ يُؤْتَ الْحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا كَثِيرًا ۗ وَمَا يَذَّكَّرُ إِلَّا أُولُو الْأَلْبَابِ

Artinya: “Allah menganugerahkan Al-Hikmah atau (kepahaman yang dalam tentang Al-Qur’an dan As-Sunnah) kepada siapa yang dikehendaki-Nya. Dan barangsiapa yang dianugerahkan karunia yang banyak. Dan hanya orang-orang yang berakal lah yang dapat mengambil dari Firman Allah SWT” (QS. Al-Baqarah :269)

Allah SWT menciptakan manusia dengan sebaik-baik bentuk juga sebaik-baik akal. Dan kita sebagai umat Islam wajib untuk berpikir dan mengambil hikmah yang terjadi dan hikmah yang tersembunyi dibalik adanya segala sesuatu hal, baik itu yang bersifat terang-terangan atau segala hal yang bersifat tersembunyi.

Contohnya adalah wabah virus Corona ini yang sedang terjadi diantara kita semua. Hikmah yang paling besar adalah bahwasanya dengan ini kita menjadi semakin sadar bahwa Allah lah segala pencipta langit, bumi dan seisinya.

Bahkan kita sebagai manusia hanyalah seorang yang lemah dan tak berdaya. Bisa kita lihat, bahwa virus yang kecil saja sudah bisa menggemparkan manusia dengan ketakutan dan kepanikan yang menggemparkan dunia. Dan dengan adanya virus ini kita sebagai manusia dibuat sadar bahwa dengan adanya wabah ini tidak lantas membuat kita menjadi sombong kepada Allah. dan kita tak pantas untuk tinggi hati sebab Allah lah yang memiliki daya dan upaya atas segala hal yang ada di dunia ini.

Yang menciptakan hidup dan mati. Tiada daya dan upaya atas segala apa yang ada dimuka bumi ini. Dan tanpa pertolongan dari Allah, kita sebagai manusia bukanlah apa-apa. Dan kita tidak dapat melakukan apapun tanpa kehendak dari Allah SWT.

Selain hikmah diatas, masih banyak beberapa hikmah yang bisa diambil dari adanya wabah COVID-19 ini, dan nantinya dapat menjadi pelajaran untuk kita semua. Serta bisa kita terapkan hikmahnya ke dalam kehidupan kita sehari-hari khususnya selama adanya wabah virus corona ini. Hikmahnya diantara lain adalah :

**1. Berusaha tegar dan yakin bahwa semua kesulitan hidup ujian selama pandemik baik itu kesusahan kesedihan akan mudah dan ada jalan keluarnya.**

Dalam masa pandemik ini dimana banyak tenaga Kesehatan khususnya para dokter yang berjuang dengan segala daya dan upayanya bekerja dibawah ketakutan dan kecemasan tinggi sebagai seorang muslim pastinya akan mengalami masa masa ketakutan dan kekhawatiran tinggi, hendaknya sebagai seorang muslim dan Muslimah yang baik kita melihat pandemik ini dengan penuh rasa optimis bahwa Allah SWT akan selalu memberikan jalan kemudahan di setiap kesulitan, sesuai Firman nya dalam Alquran.

أَلَمْ نَشْرَحْ لَكَ صَدْرَكَ ۖ وَوَضَعْنَا عَنكَ وِزْرَكَ ۖ  
الَّذِي أَتَقَّصَّ ظَهْرَكَ ۖ وَرَفَعْنَا لَكَ ذِكْرَكَ ۖ  
فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا ۖ إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا ۖ فَإِذَا فَرَغْتَ فَانصَبْ ۖ وَإِلَىٰ رَبِّكَ فَارْغَبْ ۖ



“Bukankah Kami telah melapangkan dadamu (Muhammad) dan Kami pun telah menurunkan bebanmu darimu, yang memberatkan punggungmu, dan Kami tinggikan sebutan (nama)mu bagimu. Maka sesungguhnya beserta kesulitan ada kemudahan, sesungguhnya beserta kesulitan itu ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain), dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap.” (QS. Al- inshirah:94)

Rasulullah juga mengatakan bahwa setiap muslim yang beriman akan selalu ditimpa dengan ujian dan Allah selalu akan hapus segala dosa dosanya. Hadits dari Abu Said Al-Khudri dan Abu Hurairah: Rasulullah SAW berkata:

حَدَّثَنِي عَبْدُ اللَّهِ بْنُ مُحَمَّدٍ، حَدَّثَنَا عَبْدُ الْمَلِكِ بْنُ عَمْرٍو، حَدَّثَنَا  
 زُهَيْرُ بْنُ مُحَمَّدٍ، عَنْ مُحَمَّدِ بْنِ عَمْرٍو بْنِ حَلْحَلَةَ، عَنْ عَطَاءِ بْنِ  
 يَسَارٍ، عَنْ أَبِي سَعِيدٍ الْخُدْرِيِّ، وَعَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ، عَنِ النَّبِيِّ صَلَّى  
 اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ قَالَ  
 " مَا يُصِيبُ الْمُسْلِمَ مِنْ نَصَبٍ وَلَا وَصَبٍ وَلَا هَمٍّ وَلَا حُزْنٍ وَلَا  
 أَذًى وَلَا غَمٍّ حَتَّى الشُّوْكَةِ يُشَاكُهَا، إِلَّا كَفَّرَ اللَّهُ بِهَا مِنْ خَطَايَاهُ "

Artinya: Tidaklah seorang muslim tertimpa kecelakaan, kemiskinan, kegundahan, kesedihan, kesakitan maupun kedukacitaan bahkan tertusuk duri sekalipun, niscaya Allah akan menghapus dosa-dosanya dengan apa yang menyimpannya itu.” (Shahih Al-Bukhari No .545)

## 2. Meningkatkan kualitas ibadah serta memperbanyak zikir dan memperkuat doa.

Pandemik covid memberikan ujian pada insan yang beriman dimana kita bisa meningkatkan kualitas ibadah serta memperbanyak dekat kepada Allah, membuat hati kita menjadi tenang. Wabah COVID-19 yang merebak di berbagai negara termasuk di Indonesia, tentunya hikmah yang dapat kita ambil sebagai umat Islam adalah dengan

memperbanyak serta meningkatkan kualitas ibadah kita kepada Allah, juga memperbanyak berzikir dan berdoa.

Ketika seorang manusia merasa hatinya sedang merasa kesulitan, kegundahan, sedang tertimpa musibah berupa sakit atau bencana lainnya. Maka sudah sepatutnya sebagai hamba Allah kita harus mendekatkan diri kepada Allah, merayu kepada-Nya untuk meminta pertolongan kepada Allah dengan senantiasa memperbanyak berdoa dan berzikir kepada Allah. Dan Allah pasti mendengar doa-doa hamba-Nya. Allah akan melihat bagaimana kita sebagai umat Islam melaksanakan kewajiban kita sebagai hamba-Nya yang senantiasa menyembah-Nya, mengingat-Nya selalu.

### **3. Berusaha Untuk mensyukuri nikmat, khususnya nikmat sehat yang telah dikaruniakan oleh Allah Taala kepada kita**

Dari pandemik corona ini dimana banyak sekali kita menyaksikan orang yang jatuh sakit dan berjuang hidup agar bisa sembuh, maka kita selayaknya yang masih mendapatkan nikmat sehat dari Allah SWT hendaknya lebih banyak bersyukur dengan pikiran hati dan ucapan, yakni mengetahui bahwa sesuatu itu (contohnya, kesehatan) adalah suatu nikmat yang berasal dari Allah Taala serta merenungkannya.

Menumbuhkan rasa syukur kepada Allah tidak harus ketika dalam keadaan lapang, akan tetapi dalam keadaan susah kita pun harus selalu bersyukur atas segala nikmat-Nya. Sebab, syukur akan kita rasakan manakala kecintaan kita kepada Allah dan merasa cukup atas segala nikmat-Nya sudah tertanam di dalam hati kita. Agar senantiasa selalu melihat ke bawah. Melihat kepada orang yang lebih susah daripada kita.

Hanya sebagian kecil saja dari manusia yang mau dan mampu untuk mensyukuri nikmat-nikmat yang Allah karuniakan kepadanya. Allah Taala mengabarkannya kepada kita dalam firman-Nya,

وَأْتِكُمْ مِّنْ كُلِّ مَّا سَأَلْتُمُوهُ وَإِن تَعَدُّوا نِعْمَتَ اللَّهِ لَا تَحْصُوهَا إِنَّ الْإِنْسَانَ لَظَلُومٌ كَفَّارٌ

Dan Dia telah memberikan kepadamu (keperluanmu) dan segala apa yang kamu mohonkan kepadanya. Dan jika kamu menghitung nikmat Allah, tidaklah dapat kamu

menghinggakannya. Sesungguhnya manusia itu, sangat zalim dan sangat mengingkari (nikmat Allah). (Q S: Ibrahim Ayat: 34)

يَعْمَلُونَ لَهُ مَا يَشَاءُ مِنْ مَحَارِبَ وَتَمَاثِيلَ وَجِفَانٍ كَالْجَوَابِ وَقُدُورٍ رُسَيْتٍ إِعْمَلُوا آلَ دَاوُدَ  
شُكْرًا وَقَلِيلٌ مِّنْ عِبَادِيَ الشَّاكِرِينَ

Artinya: “Mereka (para jin itu) bekerja untuk Sulaiman sesuai dengan apa yang dikehendaknya di antaranya (membuat) gedung-gedung yang tinggi, patung-patung, piring-piring yang (besarnya) seperti kolam dan periuk-periuk yang tetap (berada di atas tungku). Bekerjalah wahai keluarga Dawud untuk bersyukur (kepada Allah). Dan sedikit sekali dari hamba-hamba-Ku yang bersyukur.”(Q S. Saba’ : 13)

Nabi Muhammad shallallahu ‘alaihi wa salam mengabarkan hal tersebut dalam sabda beliau,

عَنْ ابْنِ عَبَّاسٍ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُمَا قَالَ قَالَ النَّبِيُّ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ نِعْمَتَانِ مَغْبُونٌ فِيهِمَا كَثِيرٌ مِنَ النَّاسِ الصِّحَّةُ وَالْفَرَاغُ

Dari Ibnu Abbas, Dia berkata: Nabi Shallallahu ‘alaihi wa sallam bersabda: “Dua kenikmatan, kebanyakan manusia tertipu pada keduanya, (yaitu) kesehatan dan waktu luang”. (HR Bukhari, no. 5933)

Nabi Muhammad shallallahu ‘alaihi wa salam pun memberikan nasehat kepada kita tentang cara menumbuhkan rasa syukur kepada Allah Taala dalam sabda beliau,

أَنْظُرُوا إِلَى مَنْ هُوَ أَسْفَلَ مِنْكُمْ وَلَا تَنْظُرُوا إِلَى مَنْ هُوَ فَوْقَكُمْ فَإِنَّهُ أَجْدَرُ أَنْ لَا تَزِدُوا نِعْمَةَ اللَّهِ عَلَيْكُمْ

Nabi Shallallahu ‘alaihi wa sallam bersabda: “Lihatlah kepada orang yang berada di bawahmu dan jangan melihat orang yang berada di atasmu, karena yang demikian lebih patut, agar kalian tidak meremehkan nikmat Allah yang telah diberikan kepadamu.” (HR. Bukhari no. 6490)

#### **4. Menjaga kebersihan diri serta lingkungannya.**

Dilansir dari The United Nations Environment Programme menjaga kebersihan diri dan lingkungan sangat penting, terlebih lagi disaat banyak wabah virus corona dimana-mana. Kita juga dilatih untuk senantiasa menjaga kebersihan diri juga lingkungan. Bahkan adanya virus ini menuntut kita untuk lebih sering mencuci tangan menggunakan air bersih dan mengalir, juga kita tak lupa untuk selalu membersihkan lingkungan sekitar kita agar tetap terjaga dari penyakit.

Bahkan di dalam Islam, Allah sudah memerintahkan untuk rajin mencuci tangan terutama sebelum memegang sesuatu, sebelum makan, sebelum melakukan aktivitas dan lain-lain. Dan Islam juga mengajarkan kita untuk bersuci dengan berwudu dan menjaga wudhu sebelum salat, sebelum tidur, maupun menjalankan aktivitas lainnya. Dan dengan berwudu, malaikat senantiasa selalu melindungi kita.

#### **5. Meningkatkan Ukhuwah dan tali silaturahmi antar sesama.**

Akibat pandemi ini banyak orang-orang yang tidak bisa mencari nafkah untuk biaya hidup mereka. Untuk orang-orang yang mampu banyak yang memberikan bantuan berupa sembako atau uang kepada mereka sebagai bentuk solidaritas kita kepada antar sesama.

#### **6. Memperkuat kesadaran untuk terus menuntut ilmu.**

Karena meskipun kita berada di era kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi ternyata obat untuk virus corona belum ditemukan, Maka dari itu pentingnya untuk memperdalam ilmu. Khususnya dalam ilmu agama. Karena Allah akan meninggikan derajat orang yang berilmu.

#### **7. Polusi udara di jalan-jalan raya menurun, udara menjadi bersih dan sehat karena masyarakat diharuskan berdiam diri di dalam rumah.**

Pandemi virus corona ini membuat aktivitas manusia berhenti sejenak, banyak pabrik yang tutup sementara dan tidak beroperasi, kendaraan bermotor menjadi sepi, hal ini membuat kadar nitrogen dioksida di Italia telah turun seiring lockdown Nasional. Sementara itu juga secara keseluruhan terdapat penurunan emisi nitrogen dioksida di hampir seluruh langit eropa. Terutama instrumen Tropomi pada satelit

Copernicus Sentinel-5P, astronom mengambil gambar permukaan Bumi yang diambil dari 1 Januari hingga 11 Maret 2020. Dari Gambar yang diambil tersebut menunjukkan penurunan nitrogen dioksida, yakni emisi gas buang dari kendaraan bermotor dan asap industri, yang turun secara drastis di langit Eropa.

China tepatnya kota Wuhan diklaim sebagai sumber penyebaran virus corona, akibatnya China terpaksa harus lockdown untuk meminimalisir penyebaran virus. Akibatnya Pabrik-pabrik dan bisnis lain banyak yang tutup demi mencegah penyebaran virus corona. Penggunaan batu bara di pabrik pun turun ke titik terendah dalam empat tahun. Produksi minyak dan baja lebih rendah dibandingkan waktu manapun, bahkan perjalanan udara banyak sekali dibatasi.

Kondisi ini membuat level karbondioksida atau CO<sub>2</sub> di atmosfer turun drastis sebesar 25% dalam dua minggu terakhir. 100 juta ton level CO<sub>2</sub> lebih sedikit atau 6% penurunan emisi global. Pemantauan lain dari satelit menyebutkan bahwa level nitrogen oksida atau NO<sub>2</sub> merosot 39% di dua minggu ke belakang dibandingkan tahun 2019. Ini adalah kabar baik karena zat itu berdampak buruk bagi paru-paru.

#### **8. Semakin banyak waktu untuk berkumpul dengan keluarga.**

Sebelum masa pandemik yang biasanya mempunyai kesibukan masing-masing kini setelah ada kebijakan dari pemerintah untuk belajar serta bekerja di rumah maka waktu dengan keluarga semakin banyak.

#### **9. Memperbanyak Infak dan sedekah.**

Pandemik Covid mengharuskan beberapa lapangan pekerjaan akibat adanya wabah virus corona ini, membuat sebagian masyarakat terutama buruh, pedagang menjadi resah. Koentjoro mengungkapkan, Banyak orang resah dan panik akan kelanjutan hidupnya nanti di tengah pandemi COVID-19. Maka sudah seharusnya sikap kita sebagai umat Islam meringankan beban mereka, dengan berinfaq dan bersedekah dengan apapun kepada mereka yang terkena dampak COVID-19 secara langsung. Karena di dalam Islam, diajarkan bagaimana meringankan tangan untuk membantu mukmin yang lain, Insha Allah akan mendapatkan ganjaran yang sangat baik dari Allah SWT.

## **10. Menjaga diri tidak melakukan kontak secara langsung khususnya dengan yang bukan mahram.**

Seorang muslim dilarang bersentuhan dengan yang bukan mahramnya. Sehingga karena wabah virus corona ini maka kita dilarang untuk melakukan kontak fisik baik itu salaman dan sebagainya. Dan bahkan pemerintah menganjurkan untuk menjaga jarak sejauh 1 meter. Maka dengan itu, kita dapat mengambil hikmahnya dari adanya virus Corona ini.

### **5.5 Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan penelitian ini adalah disusun saat masa pandemik dan sangat tidak memungkinkan untuk wawancara langsung dengan bertemu tatap langsung maka digunakanlah media WhatsApp video call, dan kendala utama adalah masalah gangguan sinyal, meskipun demikian, ekspresi non-verbal masih bisa diamati dan dicatat. Panduan wawancara sudah direncanakan semua dan sudah diuji sebelumnya, dan peneliti sangat terlatih dengan baik dalam melakukan wawancara telepon sehingga wawancara sangat mengalir dan tidak seperti sebuah wawancara formal selayaknya.

Keterbatasan penelitian lainnya yaitu tidak adanya data dari informan yang bekerja di rumah sakit rujukan covid terbesar di DKI Jakarta seperti RS Sulianti Saroso ataupun RS Persahabatan, sehingga data wawancara menjadi kurang merepresentasi keadaan informan dari RS rujukan Covid terbesar di Indonesia bagian barat. Untuk kedepannya peneliti berharap akan ada penelitian selanjutnya yang bisa menggali lebih dalam di Rumah sakit tersebut dan mungkin saja akan saja informasi baru gangguan depresi yang lebih berat dengan mewakili keadaan dokter di Rumah sakit persahabatan dan RS Sulianti Saroso ke depannya.

Penelitian dilakukan dengan metode kualitatif dan menggunakan data primer yang diperoleh melalui wawancara mendalam. Keterbatasan pada penelitian ini meliputi subyektifitas yang ada pada peneliti. Penelitian ini sangat tergantung kepada interpretasi peneliti tentang makna yang tersirat dalam wawancara sehingga kecenderungan untuk bias masih tetap ada. Untuk mengurangi bias maka dilakukan proses triangulasi, yaitu triangulasi sumber dan metode. Triangulasi sumber dilakukan dengan cara *cross check* data dengan fakta dari informan yang berbeda dan dari hasil penelitian lainnya. Sedangkan triangulasi metode dilakukan dengan cara menggunakan

beberapa metode dalam pengumpulan data, yaitu metode wawancara mendalam dan observasi.

Karena Keterbatasan waktu penelitian yang melihat gangguan Kesehatan mental dimasa lampau saat pandemik corona awal di Indonesia serta durasi wawancara yang pendek dan segala kesulitan wawancara lain serta keterbatasan waktu peneliti, maka diperlukan kaji lebih dalam untuk tiap informan dalam menilai dan mendiagnosa afek psikis Kesehatan mental sesuai dengan panduan Mini ICD-10 yang peneliti gunakan, wawancara adalah secara menyeluruh superfisial mungkin diperlukan proses wawancara lebih mendalam lagi kepada tiap tiap individu para informan, adapun hasil telah kriteria gangguan psikotik mungkin bisa jadi tidak akurat dan bias dan masih sangat generalis.

pedoman wawancara penelitian ini tidak menggunakan metode swa periksa kecemasan, swa periksa depresi dan swa periksa trauma berdasarkan acuan validasi yang sudah dibuat Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) di (<http://pdskji.org/home>) namun pedoman wawancara yang peneliti susun sudah menggunakan teori dari Mini-ICD10, Hal ini dikarenakan wawancara sudah berlangsung dan peneliti kesulitan jika harus melakukan wawancara ulang untuk masing-masing informan. Namun peneliti berharap ke depannya ada penelitian yang serupa dan menggunakan swa periksa gangguan kesehatan mental yang sudah dibuat oleh PDSKJI agar validasi hasil penelitian lebih baik lagi. mungkin saja jika menggunakan pedoman swa periksa sesuai yang sudah dianjurkan Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) keadaan kesehatan mental informan khususnya para dokter di Garda depan selama pandemik akan lebih mendalam bisa digali secara akurat dan lebih baik. Untuk ke depannya peneliti berharap akan ada penelitian selanjutnya yang bisa menggunakan metode swa periksa kecemasan, swa periksa depresi dan swa periksa trauma berdasarkan acuan validasi yang sudah dibuat Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) ke depannya.

Beberapa informan yang berada di indonesia timur dan barat sempat kesulitan untuk dihubungi karena tidak ada sinyal internet, jadi wawancara dilaksanakan secara telepon tidak bisa video call. Beberapa informan di Indonesia timur juga sempat kesulitan untuk membeli paket data karena jalan yang ruak dan medan jarak yang jauh,

karena tidak bisa melakukan panggilan data. Akhirnya informan yang berinisiatif untuk membelikan pulsa paket data agar proses wawancara bisa berlangsung.



## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 Kesimpulan**

1. Tidak ada informan di Rumah Sakit Darurat yang mengalami gangguan Gangguan kecemasan menyeluruh, hanya ada Sebagian kecil informan di Indonesia bagian barat tengah dan timur yang mengalami Gangguan kecemasan menyeluruh.
2. Hampir seluruh informan di Rumah Sakit Darurat dan Indonesia bagian barat yang mengalami episode depresif, dan hanya Sebagian kecil informan di Indonesia bagian tengah dan timur yang mengalami episode depresif.
3. Lebih dari setengah informan di Indonesia bagian tengah yang mengalami PTSD. Tidak ada informan di Rumah Sakit Darurat dan Indonesia timur yang mengalami PTSD dan hanya Sebagian kecil informan yang mengalami PTSD di Indonesia barat.
4. Hampir Sebagian besar dokter di Indonesia mengalami gangguan Kesehatan mental selama menjalani tugas di garda depan pandemic COVID-19.
5. Di Indonesia bagian barat hampir semuanya dokter mengalami gangguan kesehatan mental dengan keluhan lebih dari setengahnya mengalami episode depresif, Sebagian kecil mengalami PTSD dan gangguan kecemasan menyeluruh.
6. Hampir seluruh dokter di wilayah Indonesia bagian Tengah mengalami gangguan Kesehatan mental dengan lebih dari setengahnya mengalami PTSD, sebagian kecil mengalami episode depresif dan Sebagian kecil lainnya mengalami gangguan kecemasan menyeluruh.
7. Pada dokter di Indonesia bagian timur lebih dari setengahnya tidak mengalami gangguan Kesehatan mental, hanya sebagian kecil mengalami episode depresif dan Sebagian kecil lainnya mengalami gangguan kecemasan menyeluruh.
8. Kecemasan dirasakan oleh hampir semua dokter dalam masa pandemik COVID 19, kecemasan berupa takut terpapar virus dan takut menularkan ke keluarga dirumah, selain itu juga hampir keseluruhan dokter merasakan kecemasan karena kurangnya fasilitas dan ketersediaan APD saat awal pandemic, selain itu

kecemasan yang mereka rasakan kebanyakan karena banyaknya nakes dan teman sejawat dokter yang tertular COVID-19 sehingga berakibat pada kurangnya tenaga kerja, terlebih lagi banyak juga dokter yang mengundurkan diri dan akhirnya meningkatkan beban kerja para dokter selama bekerja di garda depan.

9. Lebih dari setengah dokter di Indonesia mengalami episode depresif yang tinggi saat berhadapan dengan pasien yang menolak dengan hasil diagnosis swab dan PCR nya serta mereka merasakan kecemasan tinggi jika berhadapan dengan keluarga pasien yang menolak di covid Kan terlebih lagi stigma buruk masyarakat yang menyudutkan dokter bahwa para dokter dan beranggapan dokter dan Rumah sakit melakukan konspirasi mengambil untung selama pandemic corona.
10. Sebagian besar dokter di Indonesia mengalami episode depresif yang tinggi dan merasa frustrasi dengan masyarakat yang sulit diatur dalam melaksanakan prokes dan masyarakat yang lebih percaya konspirasi serta semakin merasa khawatir melihat pandemik covid tidak juga berakhir.
11. Sebagian kecil dokter di indonesia mengalami PTSD yang tinggi terlebih saat mereka mendapatkan perlakuan buruk selama pandemi yaitu dicaci maki, diusir, diancam, dipukul dan penolakan serta penyerangan dari pasien dan keluarga yang menolak di COVID kan. Sebagian kecil lainnya mengalami PTSD karena beban kerja yang berat, harus bekerja sendiri, sebagian kecil karena takut tertular virus, menyaksikan pasien meninggal dan takut menjadi korban meninggal selanjutnya terlebih lagi saat banyak dokter yang meninggal selama pandemic COVID-19 di Indonesia.
12. Hampir Sebagian besar dokter Indonesia beranggapan pemerintah masih belum menyajahterakan para dokter, khususnya dokter di puskesmas daerah dan di pelosok. Dan Sebagian kecil dokter di Indonesia belum mendapatkan insentif dan bahkan Sebagian kecilnya ada yang belum mendapatkan insentif sama sekali.

## **6.2 Saran**

### **a. Bagi Pemerintah**

Adapun saran yang bisa diberikan untuk Pemerintah antara lain:

- 1) Pemerintah perlu membuat sebuah kebijakan yang melindungi dan memperkuat aspek perlindungan para dokter yang bekerja di garda depan, baik itu kecukupan ketersediaan APD baju hazmat masker face shield dan lain sebagainya.
- 2) Pemerintah hendaknya menyiapkan fasilitas / Fasilitas khusus para dokter yang bekerja di garda depan agar mereka bisa tinggal sementara dalam waktu mereka menjalankan tugas tanpa harus pulang ke rumah dimana akan menimbulkan rasa kecemasan yang lebih tinggi yang akan dialami oleh para dokter perihal mereka akan menuliri anggota keluarganya dirumah.
- 3) Pemerintah harus melakukan pendistribusian alat tes PCR lebih merata khususnya di daerah. Tentu saja menunggu hasil PCR hingga dua bulan lamanya tentu sangat membuat pasien larut dalam ketidakpastian dan stress yang tinggi sehingga sangat mudah menimbulkan percikan stigma dan gangguan untuk para dokter di daerah.
- 4) Pemerintah agar membuat suatu kebijakan yang diharapkan dapat memberikan menjaga keseimbangan antara keselamatan masyarakat, perlindungan para dokter yang bertugas selama pandemi, serta juga kesejahteraan, makanan dan kecukupan finansial dan kehidupan sosial masyarakat dalam menjalani masa masa lockdown.
- 5) pemerintah harus membuat suatu kebijakan dan aspek perlindungan menyeluruh untuk para dokter yang bekerja di garda depan agar mereka dapat bekerja dengan nyaman dan tanpa adanya rasa khawatir mendapatkan stigma dan perlakuan buruk selama bekerja di garda depan.
- 6) Pemerintah harus maksimal melakukan lockdown jangan setengah dan harus menerapkan secara nasional jangan tebang pilih.
- 7) Pemerintah harus menguatkan puskesmas dan lebih memperhatikan para dokter di daerah khususnya insentif, dimana masih banyak insentif yang belum dibayarkan dan sebagian masih ada pemotongan, khususnya mereka yang di daerah dan pelosok negeri dan agar insentif nya dilancarkan pembayarannya.

- 8) Agar pemerintah memberikan apresiasi dan reward kecukupan sesuai dengan beban kerja dan resiko yang di alami dokter dan agar Insentif yang di berikan pemerintah bisa menyejahterakan
- 9) Agar pemerintah Dan Menindas Semua Bentuk Pemotongan Dan Ketidakadilan Insentif Di Daerah menindak tegas segala jenis kecurangan dan pemotongan insentif yang dilakukan oleh beberapa pihak didaerah.

#### **b. Bagi Instansi Kesehatan**

Adapun saran yang bisa diberikan untuk instansi kesehatan antara lain:

- 1) Memperkuat aspek perlindungan psikologi dan Kesehatan mental dokter, Pengadaan konseling psikiatri / kejiwaan dan kesehatan mental untuk para dokter.
- 2) Memperkuat aspek perlindungan kesehatan fisik para dokter, terutama Makanan, temoat tenggal sementara selama bekerja di garda depan, Multivitamin, Jam Istirahat Panjang dan bantuan psikiatri dan support bantuan rohani dan agama
- 3) Memperhatikan dokter di pelosok daerah dan recruitment relawan untuk kerja di garda depan penanggulangan pandemik dan pengadaan lebih banyak dokter di pelosok daerah.
- 4) Memperkuat puskesmas dan kesejahteraan dokter puskesmas disejajarkan jangan tebang pilih dibanding dokter yang bekerja di Rumah Sakit.
- 5) Melancarkan pembayaran insentif dan memberikan kran insentif dokter puskesmas lebih besar
- 6) Sidak dan audit kecurangan insentif didaerah dan buat rekening khusus untuk dokter garda depan (khususnya dokter puskesmas)
- 7) Di buatnya aturan yang tegas dalam Penyediaan Lebih Banyak Tenaga Medis, Pengaturan Istirahat “Job shifting” Dan “Break” Psikologis.

#### **a. Bagi tenaga kesehatan khususnya dokter garda depan.**

Adapun saran yang bisa diberikan untuk para tenaga kesehatan garda depan khususnya para dokter antara lain:

- 1) Berusaha tegar dan yakin bahwa semua kesulitan dan ujian hidup dalam pekerjaan selama pandemik baik itu kesusahan kesedihan akan mudah dan ada jalan keluarnya.

- 2) Segera meminta bantuan dan mencari bantuan jika mengalami gejala gejala depresif, (sulit tidur, sulit konsentrasi, suasana hati murung) serta kecemasan dan ketakutan selama bekerja di garda depan.
- 3) Sebisa mungkin saling men support dan saling membantu tenaga kerja lainnya, menguatkan satu team dan saling memberikan pertolongan dan perlindungan.
- 4) Mempersiapkan diri baik secara mental dan fisik ketika akan bekerja di garda depan.
- 5) Memperbanyak berdoa dan selalu mendekati diri kepada Tuhan.
- 6) Memanfaatkan jam istirahat dan break dengan semaksimal, menyalurkan hobby, refreshing dan makan bergizi dan tidur.
- 7) Jangan memaksakan diri, istirahat jika memang sudah merasa lelah dan capek
- 8) Selalu menjaga aturan prokes dan selalu melindungi diri dan tetap ter proteksi selama bekerja di garda depan.

**b. Bagi Peneliti lain**

Adapun saran yang bisa diberikan untuk para peneliti lain antara lain:

- 1) Peneliti berharap agar ada penelitian yang serupa dari para peneliti lain dalam membandingkan Kesehatan mental para dokter dalam masa pandemic gelombang kedua (second wave) variant delta yang saat ini sudah terjadi di Indonesia.
- 2) Peneliti berharap agar ada penelitian sejenis dengan mengembangkan pedoman wawancara instrumen yang sudah te rekomendasi yaitu pedoman wawancara metode swa periksa kecemasan, swa periksa depresi dan swa periksa trauma berdasarkan acuan validasi yang sudah dibuat Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) ke depannya.
- 3) Peneliti berharap agar ada penelitian serupa yang memperhatikan dan memfasilitasi tempat penelitian secara lebih nasional untuk para informan yang bekerja di RS/RSUD Fasyankes dan Puskesmas seluruh indonesia dan tempat Rumah sakit Rujukan Covid yang lebih mewakili seperti di Rumah sakit persahabatan dan RS Sulianti Saroso.

## DAFTAR PUSTAKA

- ((ISCHII), RENA VE. CNE. CNM. 2020. “Informe Sobre La Situación de COVID-19 En España,” 1–14.
- Aco, Hasanudin. 2021. “545 Dokter Meninggal Akibat Covid-19 Di Indonesia.” 2021. <https://www.tribunnews.com/nasional/2021/07/18/545-dokter-meninggal-akibat-covid-19-di-indonesia>.
- Adams, James G, and Ron M Walls. 2020. “Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic.” *JAMA* 323 (15): 1439–40. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>.
- Alan E. Kazdin, PhD. 2019. *Encyclopedia of Psychology*: 8th ed. New York: american psychological association.
- Aluh, Deborah Oyine, and Justus Uchenna Onu. 2020. “The Need for Psychosocial Support Amid COVID-19 Crises in Nigeria.” *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 19–21. <https://doi.org/10.1037/tra0000704>.
- American Psychiatric Association. 1965. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Edited by The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association. 5th ed. New York: CBS Publisher and Distributors.
- Amnesty International. 2020. “Exposed, Silenced, Attacked: Failures to Protect Health and Essential Workers during the Covid-19 Pandemic.” *Peter Benenson House, London*, 61. <https://www.amnesty.org/download/Documents/POL4025722020ENGLISH.PDF>.
- Andi. 2020. “Berbagai Respon Rakyat Untuk Pemerintah Terkait Penanganan Covid - 19.” *Kompas.Com*.
- Antara news. 2020. “Keterisian Tempat Tidur RS Wisma Atlet Lebih Dari 80 Persen.” 22 Januari. 2020. <https://www.antaraneews.com/berita/1962032/keterisian-tempat-tidur-rs-wisma-atlet-lebih-dari-80-persen>.
- Azanella, Luthfia Ayu. 2020. “18 Dokter Indonesia Meninggal Selama Pandemi Virus Corona, Berikut Daftarnya.”
- Bank, World. 2020. “Rasio Dokter Indonesia Terendah Kedua Di Asia Tenggara | Databoks.” *Databoks Katadata*.
- Bastaman, H.D. 1995. *Integrasi Psikologi Dengan Islam Menuju Psikologi Islami*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Beam, Christopher R., and Alice J. Kim. 2020. “Psychological Sequelae of Social Isolation and Loneliness Might Be a Larger Problem in Young Adults Than Older Adults.” *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000774>.
- Benjamin J. Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz, Harold I. Kaplan. 2017. *Kaplan and Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10th ed. Surrey, UK: Wolters Kluwer.
- Billings, Jo, Nada Abou Seif, Siobhan Hegarty, Tamara Ondruskova, Emilia Soulios, Michael Bloomfield, and Talya Greene. 2020. “What Support Do Frontline Workers Want? A Qualitative Study of Health and Social Care Workers’ Experiences and Views of Psychosocial Support during the COVID-19

- Pandemic.” *MedRxiv*, 2020.11.05.20226522.  
<https://doi.org/10.1101/2020.11.05.20226522>.
- Bogoch, Isaac I., Alexander Watts, Andrea Thomas-Bachli, Carmen Huber, Moritz U.G. Kraemer, and Kamran Khan. 2020. “Potential for Global Spread of a Novel Coronavirus from China.” *Journal of Travel Medicine* 27 (2): 1–3.  
<https://doi.org/10.1093/jtm/taaa011>.
- Bowser, Muriel. 2020. “What Is COVID-19 Coronavirus.” Columbia.
- Brosschot, Jos F, Suzanne Pieper, and Julian F Thayer. 2005. “Expanding Stress Theory: Prolonged Activation and Perseverative Cognition.” *Psychoneuroendocrinology* 30 (10): 1043–49.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.04.008>.
- Burlian, Paisol. 2016. *Patologi Sosial*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Burrer, Sherry L., Marie A. de Perio, Michelle M. Hughes, David T. Kuhar, Sara E. Luckhaupt, Clinton J. McDaniel, Rachael M. Porter, Benjamin Silk, Matthew J. Stuckey, and Maroya Walters. 2020. “Characteristics of Health Care Personnel with Covid-19 - United States, February 12–April 9, 2020.” *Morbidity and Mortality Weekly Report*. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e6>.
- C Conforti, R Giuffrida, Dianzani C, Di Meo N, Zalaudek I. 2020. “COVID-19 and Psoriasis: Is It Time to Limit Treatment with Immunosuppressants? A Call for Action.” *Dermatol Therapeutic*. 13298.
- Cambridge Dictionary. n.d. “Crisis.” 2020. Accessed April 6, 2021.  
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/crisis>.
- Caragih. 2013. “Karakteristik Sosial Secara Umum.” 2013.  
<https://artikelsiana.com/karakteristik-adalah-pengertian-karakteristik-contohnya/>.
- Carter, Michele A. 2000. “Abiding Loneliness: An Existential Perspective on Loneliness.” *Second Opinion (Park Ridge Centre)* 3: 37–54.  
[https://philosophicalsociety.com/Archives/Park\\_Ridge\\_Center\\_Essay.htm](https://philosophicalsociety.com/Archives/Park_Ridge_Center_Essay.htm).
- Centers for Disease Control and Prevention. 2011. “Years of Potential Life Lost Reports.”
- CfDCa., Prevention. n.d. “Interim US Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Persons with Potential Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Exposures: Geographic Risk and Contacts of Laboratory-Confirmed Cases Available From:” 2020.
- Chan JF-W, Kok K-H, Zhu Z, Chu H, To KK-W, Yuan S, et al. 2020. “Genomic Characterization of the 2019 Novel Human-Pathogenic Coronavirus Isolated from a Patient with Atypical Pneumonia after Visiting Wuhan.” *Emergency Microbes Infection* 9 (1): 221–22.
- Charles Patrick Davis, MD, PhD. 2021. “Definition of Anger.” medicine.net.  
<https://www.medicinenet.com/anger/definition.htm>.
- Chen, Qiongni, Mining Liang, Yamin Li, Jincai Guo, Dongxue Fei, Ling Wang, Li He, et al. 2020. “Mental Health Care for Medical Staff in China during the COVID-19 Outbreak.” *The Lancet. Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X).
- Chong, Mian-Yoon, Wen-Chih Wang, Wen-Chien Hsieh, Chun-Yi Lee, Nien-Mu Chiu, Wei-Chiang Yeh, Otiao-Lai Huang, Jong-Kwang Wen, and Chao-Long Chen. 2004. “Psychological Impact of Severe Acute Respiratory Syndrome on Health Workers in a Tertiary Hospital.” *The British Journal of Psychiatry: The*

- Journal of Mental Science* 185 (August): 127–33.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.185.2.127>.
- Christian Jasper C, Ronn Mikhael A. Avila, Hazel Mae S Arpia. 2020. “The Lived Experiences of Filipino Front Liners During COVID-19 Outbreak,” 12.
- CNN-news. 2020. “Wisma Atlet Kemayoran Jadi RS Darurat Corona Hari Ini.”
- CNN Indonesia. 2020a. “Melihat Kapasitas Wisma Atlet, Lokasi Isolasi Pasien Corona.” 18 Maret. 2020.  
<https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20200318163126-92-484626/melihat-kapasitas-wisma-atlet-lokasi-isolasi-pasien-corona>.
- . 2020b. “Pemerintah: Pasien Corona Tak Jujur Penyebab Dokter Meninggal.”
- . 2020c. “Wisma Atlet Kemayoran Jadi RS Darurat Corona Hari Ini.” Maret. 2020. <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20200323062422-20-485880/wisma-atlet-kemayoran-jadi-rs-darurat-corona-hari-ini>.
- Conti, P, Al Caraffa, C E Gallenga, S K Kritas, I Frydas, A Younes, P Di Emidio, G Tetè, F Pregliasco, and G Ronconi. 2021. “The British Variant of the New Coronavirus-19 (Sars-Cov-2) Should Not Create a Vaccine Problem.” *Journal of Biological Regulators and Homeostatic Agents*. Italy.  
<https://doi.org/10.23812/21-3-E>.
- Coughlan, Charles, Chaitanya Nafde, Shaida Khodatars, Aimi Lara Jeanes, Sadia Habib, Elouise Donaldson, Christina Besi, and Gurleen Kaur Kooner. 2021. “COVID-19: Lessons for Junior Doctors Redeployed to Critical Care.” *Postgraduate Medical Journal* 97 (1145): 188–91.  
<https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138100>.
- Creswell, John, and Timothy Guetterman. 2018. *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research, 6th Edition*.
- Dewi, Kartika Sari. 2012. *Buku Ajar Kesehatan Mental*. Semarang: UPT UNDIP Press Semarang.
- Drs. Tjetjep Samsuri, M.Pd. 2003. “Kajian Teori , Kerangka Konsep Dan Hipotesis Dalam Penelitian.” *Kajian Teori , Kerangka Konsep Dan Hipotesis Dalam Penelitian*, 1–7.
- E. F. Walker D. L. Rosenhan, M. Seligman. 2000. *Abnormal Psychology (Text Only) 4th (Fourth)*. 4th editio. New York: W. W. Norton & Company.
- Embu, Wildifrus Setu. 2019. “Jumlah Tenaga Perawat Di Indonesia Di Bawah Standar Dunia.” *Merdeka.Com*.
- Fawaz, Mirna, and Ali Samaha. 2020. “The Psychosocial Effects of Being Quarantined Following Exposure to COVID-19: A Qualitative Study of Lebanese Health Care Workers.” *International Journal of Social Psychiatry* 66 (6): 560–65. <https://doi.org/10.1177/0020764020932202>.
- Feingold, Jordyn H., Lauren Peccoraro, Chi C. Chan, Carly A. Kaplan, Halley Kaye-Kauderer, Dennis Charney, Jaelyn Verity, et al. 2021. “Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Frontline Health Care Workers During the Pandemic Surge in New York City.” *Chronic Stress* 5.  
<https://doi.org/10.1177/2470547020977891>.
- Forte, Giuseppe, Francesca Favieri, Renata Tambelli, and Maria Casagrande. 2020. “COVID-19 Pandemic in the Italian Population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and Prevalence of PTSD Symptomatology.” *International Journal of Environmental Research and Public Health* .



- <https://doi.org/10.3390/ijerph17114151>.
- Friedman, Ron. 2015. *The Best Place to Work: The Art and Science of Creating an Extraordinary Workplace*. Tarcher Perigee.
- Furnham, Adrian, and Chiara Lousley. 2013. "Mental Health Literacy and the Anxiety Disorders." *Health* 05 (03): 521–31.  
<https://doi.org/10.4236/health.2013.53a071>.
- Galbraith, Niall, David Boyda, Danielle McFeeters, and Tariq Hassan. 2020. "The Mental Health of Doctors during the COVID-19 Pandemic." *BJ Psych Bulletin*, 1–4. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.44>.
- Gérvás, Juan, and Ricard Meneu. 2010. "Las Crisis de Salud Pública En Una Sociedad Desarrollada. Aciertos y Limitaciones En España. Informe SESPAS 2010." *Gaceta Sanitaria* 24 (SUPPL. 1): 33–36.  
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.06.009>.
- Gjerstad, Christer Lunde, Norwegian Armed Forces, Independent Researcher, Erik Falkum, Andreas Espetvedt Nordstrand, and Norwegian Armed Forces. 2020. "Caring for Coronavirus Healthcare Workers : Lessons Learned from Long-Term Monitoring of Military Peacekeepers," no. July.  
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23493.06883>.
- Gonzalez, Adam, Cynthia Cervoni, Megan Lochner, Jessica Marangio, Colleen Stanley, and Suzanne Marriott. 2020. "Supporting Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic: Mental Health Support Initiatives and Lessons Learned from an Academic Medical Center." *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000893>.
- Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. 2020. "The Species Severe Acute Respiratory Syndrome-Related Coronavirus: Classifying 2019-NCov and Naming It SARS-CoV-2." *Nat Microbiol*.  
<https://doi.org/DOI:10.1038/s41564-020-0695-z>.
- Grech, Paulann, and Reuben Grech. 2020. "COVID-19 in Malta: The Mental Health Impact." *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10–12.  
<https://doi.org/10.1037/tra0000925>.
- Greenberg, Neil, Mary Docherty, Sam Gnanapragasam, and Simon Wessely. 2020. "Managing Mental Health Challenges Faced by Healthcare Workers during Covid-19 Pandemic." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 368 (March): m1211.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>.
- Grover, Sandeep, Swapnajeet Sahoo, Aseem Mehra, Ajit Avasthi, Adarsh Tripathi, Alka Subramanyan, Amrit Patojoshi, et al. 2020. "Psychological Impact of COVID-19 Lockdown: An Online Survey from India." *Indian Journal of Psychiatry* 62 (4): 354–62.  
[https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_427\\_20](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_427_20).
- H A Rothan, S N Byrreddy. 2020. "The Epidemiology and Pathogenesis of Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak." *Journal Autoimmun*.  
<https://doi.org/DOI:10.1016/j.jaut.2020.102433>.
- Handayani, Rina Tri, Saras Kuntari, Aquartuti Tri Darmayanti, Aris Widiyanto, and Joko Tri Atmojo. 2020. "Factors Causing Stress in Health and Community When the Covid-19 Pandemic." *Jurnal Keperawatan Jiwa* 8 (3): 353.  
<https://doi.org/10.26714/jkj.8.3.2020.353-360>.
- Handoko., Tri Hardoyo. 2009. *Management*. 3rd ed. Yogyakarta: BPEE.

- Hu, Deying, Yue Kong, Wengang Li, Qiuying Han, Xin Zhang, Li Xia Zhu, Su Wei Wan, et al. 2020. "Frontline Nurses' Burnout, Anxiety, Depression, and Fear Statuses and Their Associated Factors during the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China: A Large-Scale Cross-Sectional Study." *EClinicalMedicine* 24. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>.
- Huang, Chaolin, Yeming Wang, Xingwang Li, Lili Ren, Jianping Zhao, Yi Hu, Li Zhang, et al. 2020. "Clinical Features of Patients Infected with 2019 Novel Coronavirus in Wuhan, China." *Lancet (London, England)* 395 (10223): 497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
- Huang, Yeen, and Ning Zhao. 2021. "Corrigendum to Generalized Anxiety Disorder, Depressive Symptoms and Sleep Quality during COVID-19 Outbreak in China: A Web-Based Cross-Sectional Survey [Psychiatry Research, 288 (2020) 112954]." *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113803>.
- Ihsanuddin. 2020. "Tenaga Medis Keluhkan APD Langka, Jokowi 180 Negara Berebutan." 2020. <https://nasional.kompas.com/read/2020/03/23/11015511/tenaga-medis-keluhkan-apd-langka-jokowi-180-negara-berebutan>.
- Istituto Superiore di Sanità, (ISS). 2020. "Integrated Surveillance of COVID-19 in Italy" 3770: 1.
- Jaelani, A.F. 2001. *Penyucian Jiwa Dan Kesehatan Mental*. Jakarta: Amzah Publisher.
- Jain, Ayushi, Geeta Singariya, Manoj Kamal, Mritunjay Kumar, Ayush Jain, and Rajendra Kumar Solanki. 2020. "COVID-19 Pandemic: Psychological Impact on Anaesthesiologists." *Indian Journal of Anaesthesia* 64 (9): 774–83. [https://doi.org/10.4103/ija.IJA\\_697\\_20](https://doi.org/10.4103/ija.IJA_697_20).
- Jawapos. 2021. "Puskesmas 24 Jam Di Surabaya Khusus Untuk Penanganan Darurat Covid-19." 14 Juli. 2021. <https://www.jawapos.com/surabaya/14/07/2021/puskesmas-24-jam-di-surabaya-khusus-untuk-penanganan-darurat-covid-19/>.
- Kartono, K. 1992. *Psikologi Wanita : Mengenal Wanita Sebagai Ibu Dan Nenek*. 4th ed. Bandung: Bandar Maju.
- Kartono, K. 2000. *Hygiene Mental*. Jakarta: Mandar Maju.
- Kate Lowenthal. 2006. *Religion, Culture, and Mental Health*. New York: Cambridge University Press.
- Kemendes. 2020. "Situasi Terkini Perkembangan Coronavirus Disease (COVID-19) 20 Mei 2020 » Info Infeksi Emerging Kementerian Kesehatan RI." <https://Covid19.Kemkes.Go.Id/>.
- Kementerian kesehatan Republik Indonesia. 2020a. "Pelayanan Kesehatan Essensial Tetap Menjadi Prioritas Di Masa Pandemi COVID-19." 2 Oktober. 2020. <https://www.kemkes.go.id/article/view/20100800007/pelayanan-kesehatan-essensial-tetap-menjadi-prioritas-di-masa-pandemi-covid-19.html>.
- . 2020b. "RS Darurat Rumah Sakit Darurat Ditetapkan Sebagai Zona Keekarantinaan." 23 Mei. 2020. <https://www.kemkes.go.id/article/view/20052400002/rs-darurat-wisma-atlit-ditetapkan-sebagai-zona-keekarantinaan.html>.
- . 2020c. "Ruang Isolasi COVID-19 Di Semua Provinsi Masih Memadai." 12 Oktober. 2020. <https://www.kemkes.go.id/article/view/20101300001/ruang-isolasi-covid-19-di-semua-provinsi-masih-memadai.html>.

- . 2021. “Kasus Melonjak, Pemerintah Tetapkan 3 RS Khusus COVID-19.” 24 Juni. 2021. <https://www.kemkes.go.id/article/view/21062500001/kasus-melonjak-pemerintah-tetapkan-3-rs-khusus-covid-19.html>.
- Kenny, Peter. 2020. “90,000 Healthcare Workers Infected with COVID-19: ICN.” *International Council of Nurses (ICN)*.
- Keyes, Corey L M. 1962. “The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life (2002),” no. 2002: 207–22.
- Koerth-Baker, Maggie. 2016. “Why Boredom Is Anything but Boring.” *Nature* 529 (7585): 146–48. <https://doi.org/10.1038/529146a>.
- Kwaghe, Ayi Vandi, Olayinka Stephen Ilesanmi, Peter Okpeh Arnedo, James Olatunde Okediran, Rowland Utulu, and Muhammad Shakir Balogun. 2020. “Stigmatization , Psychological and Emotional Trauma among Frontline Health Care Workers Treated for COVID-19 in Lagos State , Nigeria : A Qualitative Study.” *Research Square*, 1–22.
- Lai, Jianbo, Simeng Ma, Ying Wang, Zhongxiang Cai, Jianbo Hu, Ning Wei, Jiang Wu, et al. 2020. “Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019.” *JAMA Network Open* 3 (3): e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
- Law Insider. 2021. “Mental Health Crisis Definition.” 2021. <https://www.lawinsider.com/dictionary/mental-health-crisis>.
- Lee, Sang Min, Won Sub Kang, Ah-Rang Cho, Tae Kim, and Jin Kyung Park. 2018. “Psychological Impact of the 2015 MERS Outbreak on Hospital Workers and Quarantined Hemodialysis Patients.” *Comprehensive Psychiatry* 87 (November): 123–27. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>.
- Lieberman, Caryn. 2021. “Coronavirus Quebec Doctor’s Death by Suicide Sends Shockwaves through Canada’s Medical Community Globalnews.” global news. <https://globalnews.ca/news/7569318/coronavirus-doctor-karine-dion/>.
- Lim, Rodrick, Kristine Van Aarsen, Sara Gray, Louise Rang, Jada Fitzpatrick, and Lisa Fischer. 2020. “Emergency Medicine Physician Burnout and Wellness in Canada before COVID19: A National Survey.” *Canadian Journal of Emergency Medicine* 22 (5): 603–7. <https://doi.org/10.1017/cem.2020.431>.
- Linacre, J. M. 1999. “Investigating Rating Scale Category Utility.” *Journal of Outcome Measurement* 3 (2): 103–22.
- Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J. 2020. “The Reproductive Number of COVID-19 Is Higher Compared to SARS Coronavirus.” *Journal Travel Med.* 27 (2).
- Luquiens, Amandine, Jennifer Morales, Marion Bonneville, Hugo Potier, Pascal Perney, Gilles Faure, and Astrid Canaguier. 2021. “Mental Burden of Hospital Workers During the COVID-19 Crisis: A Quanti-Qualitative Analysis.” *Frontiers in Psychiatry* 12 (April): 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.622098>.
- Magill, Elizabeth, Zoe Siegel, and Kathleen M. Pike. 2020. “The Mental Health of Frontline Health Care Providers During Pandemics: A Rapid Review of the Literature.” *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 71 (12): 1260–69. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000274>.
- Mamas, Mamas. 2020. “COVID-19: What’s the Impact on Junior Doctors?” April 11. 2020. <https://www.medscape.com/viewarticle/928560>.

- Maramis, W. F. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. 2nd ed. Surabaya: Airlangga University Press.
- Maret G. Taraber and Jan F. Stevens. 2011. "When Frustration Is Repeated: Behavioral and Emotion Responses During Extinction Over Time Angela." *Bone* 23 (1): 1–7. <https://doi.org/10.1037/a0014614>.When.
- Mari, Luca, Paolo Carbone, and Dario Petri. 2012. "Measurement Fundamentals: A Pragmatic View." *IEEE Transactions on Instrumentation and Measurement* 61 (8): 2107–15. <https://doi.org/10.1109/TIM.2012.2193693>.
- Marjanovic, Zdravko, Esther R Greenglass, and Sue Coffey. 2007. "The Relevance of Psychosocial Variables and Working Conditions in Predicting Nurses' Coping Strategies during the SARS Crisis: An Online Questionnaire Survey." *International Journal of Nursing Studies* 44 (6): 991–98. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.02.012>.
- Martoyo, Susilo. 2007. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. 5th ed. Yogyakarta: BPFE.
- Maunder, Robert, Jonathan Hunter, Leslie Vincent, Jocelyn Bennett, Nathalie Peladeau, Melyn Leszcz, Joel Sadavoy, Lieve M Verhaeghe, Rosalie Steinberg, and Tony Mazzulli. 2003. "The Immediate Psychological and Occupational Impact of the 2003 SARS Outbreak in a Teaching Hospital." *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne* 168 (10): 1245–51.
- Medscape. 2020. "16, In Memoriam: Healthcare Workers Who Have Died of COVID-19 June 9/2020."
- MHPSS Reference Group. 2020. "Mental Health and Psychosocial Aspects of the Covid Outbreak." *Iasc*, no. Feb: 1–20.
- Miles, Matthew B., A. Michael Huberman, and Johnny Saldana. 2020. *Qualitative Data Analysis A Methods Sourcebook*. 4th ed. Arizona: Sage Publication Los Angeles, USA.
- Miller-Keane. 2003. "Medical Worker." *Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health, Seventh Edition*. 2003. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/medical>.
- Mimoun, Elie, Amichai Ben Ari, Daniella Margalit, Elie Mimoun, Amichai Ben Ari, and Daniella Margalit. 2020. "Psychological Trauma : Theory , Research , Practice , and Policy the COVID-19 Pandemic COVID-19 Pandemic."
- Moleong, Lexy J. 2007. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Karya.
- Mukhtar, Sonia. 2020. "Mental Health and Psychosocial Aspects of Coronavirus Outbreak in Pakistan: Psychological Intervention for Public Mental Health Crisis." *Asian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102069>.
- Musu, ewade Theresia, Atiek Murhayati, and Saelan. 2021. "Gambaran Stres Kerja Perawat Igd Di Masa Pandemi Covid-19 Di Rumah Sakit Surakarta." *Jurnal Gawat Darurat Volume 3 3* (1): 1–10.
- Naushad, Vamanjore Aboobaker, Joost Jlm Bierens, Kunnummel Purayil Nishan, Chirakkal Paramba Firjeeth, Osama Hashim Mohammad, Abdul Majeed Maliyakkal, Sajid ChaliHadan, and Merritt D Schreiber. 2019. "A Systematic Review of the Impact of Disaster on the Mental Health of Medical Responders." *Prehospital and Disaster Medicine* 34 (6): 632–43. <https://doi.org/10.1017/S1049023X19004874>.

- Nursastri, Sri Anindiati. 2020. "Mengapa Pasien COVID-19 Kerap Menyangkal Dan Berbohong?" *Kompas.Com2*.
- Öhman, A. 2000. *Fear and Anxiety: Evolutionary, Cognitive, and Clinical Perspectives*. Edited by Handbook of emotions. In M. Lewi. New York: The Guilford Press.
- Olsen, Lina. 2003. *Essays on Georg Rasch and His Contributions to Statistics*.
- Osseiran, Nada. 2020. "WHO Calls for Healthy, Safe and Decent Working Conditions for All Health Workers, amidst COVID-19 Pandemic." *WHO Media Centre*.
- PDSKIJ. 2020. "5 Bulan Pandemi Covid Di Indonesia." 2020. <http://pdski.org/home>.
- Philips L. Rice. 1998. *Stress and Health*. 3rd Editio. Cengage Learning;
- Punch, Keith. F. 2009. "Group Creativity in Learning Context: Understanding in a Social-Cultural Framework and Methodology." *Creative Education*, 3 (4): 50–56.
- Putri, Gloria Setyvani. 2020. "70 Persen Orang Terinfeksi Corona Tanpa Gejala Dan Bisa Tularkan Virus." *Kompas.Com*.
- Ramachandran, S. 2020. "A Junior Doctor's Experience of Critical Illness: From Treating Patients to Becoming a Patient with COVID-19." *Anaesthesia Reports*. <https://doi.org/10.1002/anr3.12052>.
- Ranney, Megan L, Valerie Griffeth, and Ashish K Jha. 2020. "Critical Supply Shortages - The Need for Ventilators and Personal Protective Equipment during the Covid-19 Pandemic." *The New England Journal of Medicine* 382 (18): e41. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2006141>.
- Ren L-L, Wang Y-M, Wu Z-Q, Xiang Z-C, Guo L. 2020. "Identification of a Novel Coronavirus Causing Severe Pneumonia in Human: A Descriptive Study." *Chin Med Journal*. [https://doi.org/DOI: 10.1097/CM9.0000000000000722](https://doi.org/DOI:10.1097/CM9.0000000000000722).
- Report Based on Gugus Tugas COVID-19 Indonesia. 2020. "Gugus Tugas COVID-19: 55 Tenaga Medis Meninggal Saat Pandemi Corona."
- Roser, Max, Hannah Ritchie, Esteban Ortiz-Ospina, and Joe Hasell. 2020. "Coronavirus Pandemic (COVID-19) - Statistics and Research - Our World in Data." *Our World in Data*.
- S Riedel, S Morse, Mietzner T, Miller S. Jawetz, Melnick, & Adelberg's. 2019. "Medical Microbiology." In *Medical Microbiology*, 28th ed., 617–22. New York: McGrawHill Education.
- Saltzman, Leia Y., Tonya Cross Hansel, and Patrick S. Bordnick. 2020. "Loneliness, Isolation, and Social Support Factors in Post-COVID-19 Mental Health." *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000703>.
- SAMHSA. 2014. "Taking Care of Your Behavioral Health: TIPS FOR SOCIAL DISTANCING, QUARANTINE, AND ISOLATION DURING AN INFECTIOUS DISEASE OUTBREAK." *Pep20-01-01-0077*: 1–4.
- Saqlain, Muhammad, Muhammad Muddasir Munir, Ali Ahmed, Azhar Hussain Tahir, and Sohail Kamran. 2020. "Is Pakistan Prepared to Tackle the Coronavirus Epidemic?" *Drugs & Therapy Perspectives: For Rational Drug Selection and Use*, March, 1–2. <https://doi.org/10.1007/s40267-020-00721-1>.
- Sivakumar Alagumalai, David D. Curtis. 2005. *Measurement and the Rasch Model: Classical Test Theory*. Springer, Dordrecht.

- <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/1-4020-3076-2>.
- Slamet. 2018. "Kebijakan Kementerian Kesehatan Dalam Pengaturan Dokter Dan Dokter Gigi Di Era Global," no. April.
- Spoorthy, Mamidipalli Sai, Sree Karthik Pratapa, and Supriya Mahant. 2020. "Mental Health Problems Faced by Healthcare Workers Due to the COVID-19 Pandemic- A Review." *Asian Journal of Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>.
- Statistics Canada. 2021. "Mental Health among Health Care Workers in Canada during the COVID-19 Pandemic."
- Stevenson, A.; Waite, M. 2011. "Sex Meaning." In *Concise Oxford English Dictionary: Book & CD-ROM Set*. OUP Oxford., 1302. OUP Oxford.
- Sugiono. 2010. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, Dan R&D*. bandung: alfabeta.
- Sumintono, B dan Widhiarso, W. 2013. *Aplikasi Model Rasch Untuk Penelitian Ilmu-Ilmu Sosial*. cimahi: Trim Komunikata Publishing House.
- Sundgren, David, and Alexander Karlsson. 2013. "Uncertainty Levels of Second-Order Probability." *Polibits* 48 (48): 5–11. <https://doi.org/10.17562/pb-48-1>.
- T Arumugam, Rahmat Khairulrijjal. 2020. "325 Medical Workers Test Positive for Covid-19."
- Tafate, Raymond DiGiuseppe and Raymond Chip. 2006. *Understanding Anger Disorders*. Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195170795.001.0001>.
- Tan, Alexa Ovilia. 2021. "Prevalensi Depresi, Kecemasan Dan Stres Pada Tenaga Kesehatan Di Indonesia Yang Bekerja Di Masa Pandemi Covid-19." Universitas Pelita Harapan.
- Taylor, Shelley E.; Brown, Jonathon D. 1988. "A Social Psychological Perspective on Mental Health." *Psychological Bulletin* 103 (2): 193–210.
- Tella, Marialaura Di, Annunziata Romeo, Agata Benfante, and Lorys Castelli. 2020. "Mental Health of Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic in Italy." *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 26 (6): 1583–87.  
<https://doi.org/10.1111/jep.13444>.
- Tengland, Per-Anders. 2001. "Marie Jahoda's Current Concepts of Positive Mental Health." In , 47–78. [https://doi.org/10.1007/978-94-017-2237-7\\_4](https://doi.org/10.1007/978-94-017-2237-7_4).
- The Guardian. n.d. "Indonesia's Hidden Coronavirus Cases Threaten to Overwhelm Hospitals | Global Development | The Guardian."
- Torjesen, Ingrid. 2021. "Covid-19: Delta Variant Is Now UK's Most Dominant Strain and Spreading through Schools." *BMJ* 373 (June): n1445.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.n1445>.
- Ustun, Gonca. 2020. "Determining Depression and Related Factors in a Society Affected by COVID-19 Pandemic." *International Journal of Social Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1177/0020764020938807>.
- Veit, C., & Ware, J. 1983. *The Structure of Psychological Distress and Well-Being in General Populations*. 5th ed. Journal of Consulting and Clinical Psychology.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730>.
- Vigo, Daniel, Scott Patten, Kathleen Pajer, Michael Krausz, Steven Taylor, Brian Rush, Giuseppe Raviola, Shekhar Saxena, Graham Thornicroft, and Lakshmi N. Yatham. 2020. "Mental Health of Communities during the COVID-19

- Pandemic.” *Canadian Journal of Psychiatry*, 1–7.  
<https://doi.org/10.1177/0706743720926676>.
- Vitiello, A, F Ferrara, V Troiano, and R La Porta. 2021. “COVID-19 Vaccines and Decreased Transmission of SARS-CoV-2.” *Inflammopharmacology*, July, 1–4.  
<https://doi.org/10.1007/s10787-021-00847-2>.
- Wang J, Zhou M, Liu F. 2020. “Exploring the Reasons for Healthcare Workers Infected with Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China.” *Journal Hospital Infection*, no. March 5. <https://doi.org/DOI: 10.1016/j.jhin.2020.03.002>.
- Wang, J., M. Zhou, and F. Liu. 2020. “Reasons for Healthcare Workers Becoming Infected with Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China.” *Journal of Hospital Infection* 105 (1): 100–101.  
<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.03.002>.
- Wariati, Nana. 2015. “Pengaruh Disiplin Kerja Dan Pengalaman Kerja Terhadap Kinerja Pegawai Dinas Pendapatan Pengelolaan Keuangan Dan Aset Kabupaten Barito Timur.” *Jurnal Wawasan Manajemen* 3 (3): 16.
- WHO. 2014. “WHO | Mental Health: A State of Well-Being.”
- . 2020a. “4. World Health Organization. Naming the Coronavirus Disease (COVID-19) and the Virus That Causes It [Internet].” March. 2020.
- . 2020b. “Coronavirus Disease 2019 ( COVID-19 ).” *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 94* 2019 (April).
- . 2020c. “WHO | What Is a Pandemic?” *World Health Organization*. WHO. [http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/en/%0Ahttps://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/en/%0Ahttps://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/en/%0Ahttps://](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/%0Ahttps://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/%0Ahttps://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/%0Ahttps://).
- . 2020d. “WHO Director-General’s Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19.” 11 March. 2020.
- . 2020e. “World Health Organization. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report.” March 23. 2020.
- Widi, Lestari. 2011. “Pengaruh Upah, Tingkat Pendidikan Dan Teknologi Terhadap Produktivitas Tenaga Kerja Pada Industri Kecap Di Kecamatan Pati Kabupaten Pati.” Semarang.
- WJ Guan, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. 2020. “Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China.” *New England Journal of Medicine*, no. February 28. <https://doi.org/DOI: 10.1056/NEJMoa2002032>.
- World Health Organization. 2021. “The Current COVID-19 Situation in Indonesia: Data Reported to WHO in the Last 24 Hours. Latest Update:” © 2021 WHO. 2021. <https://www.who.int/countries/idn/>.
- World Health Organization, WHO. 2013. “Transforming and Scaling up Health Professionals’ Education and Training.” *WHO Publication*, 124.  
[https://www.who.int/hrh/resources/transf\\_scaling\\_hpet/en/](https://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/en/).
- Worldometer. 2020. “Indonesia Coronavirus: 40,400 Cases and 2,231 Deaths - Worldometer.”
- Xiao, Han, Yan Zhang, Desheng Kong, Shiyue Li, and Ningxi Yang. 2020. “The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China.” *Medical Science Monitor : International Medical Journal of*

- Experimental and Clinical Research* 26 (March): e923549.  
<https://doi.org/10.12659/MSM.923549>.
- Yau, Brandon, Rohit Vijh, Jessica Prairie, Geoff McKee, and Michael Schwandt. 2021. "Lived Experiences of Frontline Workers and Leaders during COVID-19 Outbreaks in Long-Term Care: A Qualitative Study." *American Journal of Infection Control* 49 (8): 978–84.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.03.006>.
- Zhang, Chenxi, Lulu Yang, Shuai Liu, Simeng Ma, Ying Wang, Zhongxiang Cai, Hui Du, et al. 2020. "Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak." *Frontiers in Psychiatry* 11: 306.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00306>.
- Zhang, Zhan, Xiaochen Li, Wei Zhang, Zheng-Li Shi, Zhishui Zheng, and Tao Wang. 2020. "Clinical Features and Treatment of 2019-NCov Pneumonia Patients in Wuhan: Report of A Couple Cases." *Virologica Sinica*.  
<https://doi.org/10.1007/s12250-020-00203-8>.
- Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. 2020. "A Pneumonia Outbreak Associated with a New Coronavirus of Probable Bat Origin." *Nature*. 2020 (7798) (579): 270–73.



## PEDOMAN WAWANCARA

Adapun yang menjadi pokok utama pedoman wawancara dari penelitian ini adalah untuk menanyakan 10 poin utama tentang dampak pandemik COVID-19 terhadap keadaan kesehatan mental para dokter yang bertugas di bangsal atau rumah sakit dan pusat kesehatan masyarakat rujukan pasien COVID-19 di Indonesia, meliputi 10 poin utama pedoman wawancara, diantaranya adalah:

1. Menurut informan, bagaimanakah **Kesadaran Awal** (Takut Tersebar, Khawatir, Resah) di Rumah Sakit dan Pusat Kesehatan Masyarakat Indonesia?

Jawaban:

2. Menurut informan, bagaimanakah **Awal Pandemi di Indonesia** (Reaksi Awal, kecemasan, ketakutan terkait dengan COVID-19) di Rumah Sakit dan Pusat Kesehatan Masyarakat Indonesia?

Jawaban:

3. Menurut informan, bagaimanakah **Pengumuman Lockdown** (Masalah (Transportasi, Survival) Kesendirian terkait dengan lockdown dan perasaan terputus dari dunia luar dan jauh dari orang-orang yang di cintai di Rumah Sakit dan Pusat Kesehatan Masyarakat Indonesia?

Jawaban:

4. Menurut informan, bagaimanakah **Reaksi Lanjutan Korban Bertambah** (Dysphoria Dan Government Blaming), Kemarahan jika kita terkena COVID-19 akibat karena kelalaian atau ketidakpatuhan orang lain terhadap aturan lockdown di Rumah Sakit dan Pusat Kesehatan Masyarakat Indonesia?

Jawaban:

5. Menurut informan, bagaimanakah **Penugasan Kerja / Kewajiban Profesi** (Garda Depan COVID). Kekhawatiran untuk merawat pasien-pasien COVID-19 di Rumah Sakit dan Pusat Kesehatan Masyarakat Indonesia?

Jawaban:

6. Menurut informan, bagaimanakah **Pengalaman / Penyesuaian** (Kondisi Kerja Baru), Kebosanan karena tidak dapat bekerja atau melakukan kegiatan rutin seperti biasanya di Rumah Sakit dan Pusat Kesehatan Masyarakat Indonesia?

Jawaban:

7. Menurut informan, bagaimanakah **Kesulitan Saat Bekerja** (Masalah APD, Hazmat, Tenaga Kerja, Dysporia Lainnya) di Rumah Sakit dan Pusat Kesehatan Masyarakat Indonesia?

Jawaban:

8. Menurut informan, bagaimanakah **Kesehatan Mental** (Stres Yang Terjadi Selama Bekerja, Sulit Tidur, Cemas, Insomnia, PTSD), seperti flashback, mimpi buruk, Mood dan suasana hati berubah tiba-tiba dan mudah kaget, perasaan putus asa, perubahan selera makan, dan insomnia. Keinginan untuk menggunakan rokok, alkohol atau obat-obatan) di Rumah Sakit dan Pusat Kesehatan Masyarakat Indonesia?

Jawaban:

9. Menurut informan, bagaimanakah **Adaptasi / Penyesuaian/ Realisasi Saat Ini** (Komitmen Kerja, Kepatuhan, Kesadaran Kesehatan, Proaktif, Kepatuhan Lockdown, Isolasi Mandiri, Persiapan di Rumah Sakit dan Pusat Kesehatan Masyarakat Indonesia?)

Jawaban:

10. Menurut informan, bagaimanakah **Harapan Masa Depan / Sikap Positivisme / Sikap Negativisme** (Masyarakat, Pemerintah). Ketidakpastian atau frustrasi tentang berapa lama pandemik ini akan berlangsung di Rumah Sakit dan Pusat Kesehatan Masyarakat Indonesia?

Jawaban:

## **TEKNIK WAWANCARA TAMBAHAN**

Data dikumpulkan dari informan melalui tele-wawancara individu semi-terstruktur yang dilakukan melalui video-call di aplikasi (zoom, google meet, LINE dan Whatsapp) dan/atau lewat telepon pada waktu yang sesuai jadwal dengan informan. Dari 10 poin pedoman wawancara terdapat tambahan beberapa pertanyaan di dalamnya. antara lain:

### **1. Data Pribadi Informan**

- Jabatan Pekerjaan Medis (Dokter harian/jaga/Manager).
- Umur (usia saat diwawancara).
- Jenis Kelamin (pria/wanita).
- Status Pernikahan (menikah/belum menikah).
- Pendidikan (Dokter/Spesialis/PPDS/konsultan).
- Pengalaman Bekerja (Tahun).
- Tempat bekerja (Bangsal / UGD/ICU/ departemen).
- Tanggal Awal Bekerja di garda COVID-19 (tanggal/ bulan).
- Lama Bekerja Di Garda COVID (hari).
- Lama Shift Saat bekerja di garda COVID (jam/hari).
- Insentif (ada/tidak)
- Insentif (Sudah / Belum Dibayar)

### **2. Kesadaran Awal (Ketakutan, Takut Tersebar, Kecemasan, Khawatir, Resah)**

- Ceritakan pengalaman Anda waktu pertama kali mendengar tentang COVID-19 pertama kali sebelum masuk di Indonesia?
- Ceritakan apakah ada perasaan dibenak Anda Takut Tersebar, Khawatir, Resah, gelisah?

### **3. Awal Pandemi Di Indonesia (Reaksi Awal, kecemasan diri, keluarga, keseluruhan)**

- Ceritakan pengalaman Anda waktu pertama kali corona masuk di Indonesia, saat itu kasus pertama?
- Apakah Anda mengalami kecemasan ketakutan terkait dengan COVID-19 pada diri sendiri, keluarga, kecemasan secara keseluruhan?

### **4. Pengumuman Lockdown (Masalah Transportasi, Survival, Protektif)**

- Ceritakan pengalaman Anda waktu pertama kali pemerintah mengumumkan lockdown di hari pertama?
- Apakah Anda mengalami masa kesepian kesendirian terkait dengan lockdown dan perasaan terputus dari dunia luar dan jauh dari orang-orang yang di cintai.
- Apakah Anda mengalami kesulitan dalam mencapai tempat kerja?
- Persiapan apa saja yang Anda lakukan saat itu?
- Apa anda membeli barang kebutuhan makanan dalam jumlah banyak?

**5. Reaksi Lanjutan Korban Bertambah (Dysphoria Dan Government Blaming)**

- Ceritakan pengalaman Anda saat lockdown namun kasus terus bertambah di Indonesia?
- Menurut Anda siapa yang salah dalam tingginya angka corona-19 di Indonesia?
- Apakah Anda kesal dan marah Kemarahan jika Anda terkena COVID-19 akibat karena kelalaian atau ketidakpatuhan orang lain terhadap aturan lockdown?
- Menurut Anda apakah tindakan pemerintah sudah tepat saat itu?

**6. Penugasan Kerja / Kewajiban Profesi (Garda Depan COVID)**

- Ceritakan pengalaman Anda di hari hari pertama (minggu) pertama Anda bertugas di garda terdepan COVID-19?
- Ceritakan apakah Anda ada kekhawatiran untuk merawat pasien-pasien COVID-19.
- Ceritakan berapa banyak pasien yang Anda tangani saat itu?
- Bagaimana tingkat keparahan pasien COVID-19 yang dirasakan saat itu?
- Bagaimana kemampuan fasilitas atau RS tempat Anda bekerja dalam menangani dan mengelola COVID-19 yang Anda yang rasakan saat itu?

**7. Pengalaman / Penyesuaian (Kondisi Kerja Baru, Aturan baru, policy)**

- Ceritakan pengalaman Anda bagaimana rasanya memakai baju hazmat APD selama berjam-jam lamannya?
- Apakah Anda mengalami kelelahan, terlalu Lelah, atau merasa terlalu berat bekerja di garda terdepan COVID-19?
- Apakah ada Kebosanan atau kesedihan karena tidak dapat bekerja atau melakukan kegiatan rutin seperti biasanya.

**8. Kesulitan Saat Bekerja (Masalah APD, Hazmat, Tenaga Kerja, Dysporia Lainnya)**

- Jelaskan apa saja hambatan dan kesulitan dalam penanganan dan pengelolaan COVID-19 yang Anda rasakan selama bekerja saat itu?
- Jika memang ada, Apakah Anda sempat mengalami kekurangan tenaga kerja dalam penanganan COVID-19?
- Jika memang ada, Apakah Anda sempat mengalami sulitnya memperoleh APD saat bekerja di garda terdepan COVID-19?
- Bagaimana usaha dan upaya fasilitas atau RS tempat Anda bekerja dalam menangani kekurangan APD saat itu?
- Jika ada, ceritakan apakah Anda mengalami stigma buruk selama bekerja di masa pandemik COVID-19 ini?
- Jika ada, Ceritakan pengalaman Anda ketika ada pasien yang tidak tertolong dan meninggal akibat COVID-19?
- Bagaimana perasaan Anda melihat kematian pasien / sejawat akibat COVID dan jenazahnya tidak diiringi keluarga?
- Ceritakan Apakah Anda merasa takut selepas kerja akan menuliri anggota keluarga (anak istri saudara, orang tua) dirumah?

**9. Kesehatan Mental (Stres Yang Terjadi Selama Bekerja, Sulit Tidur, Cemas, Insomnia, perubahan makan, rokok, alkohol obat-obatan)**

- Ceritakan suasana hati dan emosi yang dirasakan dalam menangani dan mengelola pasien COVID-19?
- Ceritakan pengalaman kurang menyenangkan yang dirasakan dalam menangani dan mengelola pasien COVID-19?
- Jika memang ada, Apa yang paling Anda takuti dan kuatirkan selama bekerja dalam masa pandemi COVID-19 ini?
- Perasaan sedih, menangis, hampa atau putus asa. Mudah tersinggung, frustrasi, atau mudah marah, bahkan karena hal-hal kecil.
- Kehilangan minat atau kesenangan dalam sebagian besar atau semua aktivitas normal, seperti seks, hobi, atau olahraga.
- Apakah Anda merasa kesulitan tidur selama bertugas di garda terdepan COVID-19? Gangguan tidur, termasuk insomnia atau terlalu banyak tidur.
- Kelelahan dan kekurangan energi, sehingga tugas-tugas kecil membutuhkan usaha ekstra.
- Apakah Anda mengalami kehilangan selera makan atau perubahan pola makan atau malah mengalami peningkatan nafsu makan secara signifikan dari biasanya? Nafsu makan berkurang dan berat badan menurun atau malah sebaliknya ada peningkatan dan keinginan untuk makan dan penambahan berat badan.
- Kecemasan, agitasi atau kegelisahan selama masa masa melakukan pekerjaan di garda depan.
- selama bekerja di Garda Depan apakah Anda sempat merasa Tidak berenergi, atau merasa capek dan Kelelahan fisik tanpa sebab dan Kemampuan berpikir yang melambat, ataupun berbicara atau gerakan tubuh yang kosong selama bekerja merasa Bergerak atau berbicara lebih lambat dari biasanya?
- Perasaan tidak berharga atau bersalah, terpaku pada kegagalan masa lalu atau menyalahkan diri sendiri terlebih lagi ada pasien yang meninggal karena COVID-19.
- Apakah Anda pernah merasa putus asa ? Anda menyalahkan diri Anda sendiri? apakah Anda merasa tidak berharga? atau seolah-olah diri mereka tidak berguna tidak berharga atau malah Anda merasa Anda justru yang malah menjadi beban bagi orang lain?
- Kesulitan berpikir, berkonsentrasi, membuat keputusan dan mengingat sesuatu. Selama bekerja di garda terdepan apakah Anda bekerja dibawah tekanan dan rasa ketakutan dan khawatir yang tinggi?
- Apakah Anda pernah merasa detak jantung Anda meningkat, Bernapas dengan cepat, Berkeringat, Gemeteran, kelelahan dan sempat Mengalami masalah gastrointestinal (GI) seperti mual muntah atau diare tanpa sebab?
- Merasa gelisah atau kesulitan duduk diam Apakah Anda ada keinginan untuk menggunakan rokok, alkohol atau obat-obatan untuk menekan rasa cemas dan ketakutan yang Anda rasakan saat itu?
- Masalah fisik yang tidak dapat dijelaskan, seperti sakit punggung, nyeri anggota badan tertentu, sakit kepala, kram, atau masalah pencernaan tanpa penyebab fisik yang jelas dan atau yang tidak mereda bahkan dengan pengobatan.

- Apakah ada teman sejawat Anda yang gugur dalam bekerja selama menangani COVID-19, jika ada bagaimana perasaan Anda saat itu?
- Apakah Anda merasakan rasa takut dan khawatir akan tertular dan kemudian ada rasa takut Anda akan meninggal dan menjadi korban selanjutnya selama bekerja di garda COVID-19?
- Pikiran yang sering atau berulang tentang kematian dan berpikiran untuk bunuh diri dan atau melukai diri.
- Jika memang ada, Bagaimana Anda mengatasi kegelisahan dan kecemasan Anda selama bekerja di garda depan penanganan COVID?
- Apakah Anda merasa saat itu COVID-19 ini adalah ujian terberat dalam hidup Anda? dan ada keinginan di benak Anda untuk mengakhirinya dengan jalan bunuh diri?
- Apakah sampai saat ini masih merasakan Apakah Anda mengalami gambaran seperti flashback, mimpi buruk, Mood dan suasana hati berubah tiba-tiba dan mudah kaget? ketakutan, mengalami seperti trauma, atau ingatan atau mimpi buruk jika mendengar kata COVID-19?

**10. Adaptasi / Penyesuaian/ Realisasi Saat Ini (Komitmen Kerja, Kepatuhan, Kesadaran Kesehatan, Proaktif, Kepatuhan Lockdown, Isolasi Mandiri, Proteksi, Preventif)**

- Apakah Anda menjalani Rapid tes, swab atau tes PCR selama bekerja di garda COVID-19?
- Ceritakan perasaan Anda sesudah menjalani tes tersebut?
- Jika memang memang hasil PCR Anda positif, ceritakan pengalaman Anda selama isolasi mandiri dirumah?
- Ceritakan pengalaman bekerja Anda saat ini (Setelah 6 bulan pandemik COVID-19 berlalu) dalam menangani dan mengelola pasien sehari-hari?
- Jika boleh memilih, apakah Anda merasa bertanggung jawab untuk bekerja menangani pasien COVID-19 ini?
- Apakah Anda bangga dan merasa puas menjadi dokter saat pandemik COVID-19 saat ini?
- Persiapan proteksi apa saja yang Anda lakukan saat ini?
- Apakah Anda masih patuh mengikuti saran pemerintah saat ini?

**11. Harapan Masa Depan / Sikap Positivisme / Sikap Negativisme (Masyarakat, Pemerintah).**

- Jika ada, apakah Anda siap menghadapi *second wave* gelombang COVID selanjutnya?
- Apakah Anda masih mau dan masih siap jika di tugasi di garda terdepan COVID-19?
- Apakah Anda yakin pandemik corona akan berakhir jika melihat situasi saat ini?
- Apa Anda merasa ada ketidakpastian atau frustrasi tentang berapa lama pandemik ini akan berlangsung?
- Ceritakan pengalaman yang menyenangkan atau yang berkesan yang dirasakan dalam menangani dan mengelola COVID-19?
- Apakah pemerintah membayarkan Intensif kepada Anda sesuai dengan yang sudah dijanjikan?

- Jika belum apakah tertunda nya pembayaran Intensif ini membuat ada kesal marah sedih atau ada hal lain yang ingin Anda sampaikan?
- Menurut Anda apakah imbalan intensif itu sudah mencukupi dalam kesejahteraan para dokter selama bekerja di garda depan selama masa pandemi?
- Terakhir apa hikmah dari kejadian pandemik ini yang mungkin Anda bisa berikan kepada saya?
- Menurut Anda siapa yang salah dalam tingginya angka corona-19 di Indonesia?
- Menurut Anda siapa yang paling bertanggung jawab dalam tingginya angka corona di Indonesia?
- Jika ada, apa upaya saran dan kritik membangun yang ingin Anda sampaikan kepada pemerintah sehubungan dengan apa yang pernah Anda rasakan saat bekerja di garda terdepan COVID-19 saat ini?

Selanjutnya, berdasarkan jawaban peserta, mungkin ada pertanyaan lanjutan lagi yang akan diajukan untuk menambah kejelasan informasi, seperti:

- “Bagaimana perasaan Anda saat itu?”
- “Siapa saja itu?”
- “Seberapa lama Anda rasakan?”
- “Bagaimana reaksi Anda saat itu?”
- “Bagaimana Anda menghadapi itu?”
- “Maukah Anda menjelaskan lebih lanjut?”,
- “Apa yang Anda maksud dengan itu?”,
- “Bisakah Anda beri contoh?”.

Wawancara dikelola untuk mengumpulkan informasi terkait dengan tujuan utama penelitian. Setiap wawancara berlangsung sekitar 30 hingga 60 menit. Segera setelah setiap wawancara, salah satu peneliti mendengarkannya beberapa kali dan kemudian menyalinnya dalam bentuk teks dan naratif. Dengan demikian, data segera dianalisis setelah dikumpulkan dan wawancara berikutnya direncanakan berdasarkan hasil pendahulunya.

Data yang terkumpul dianalisis dengan pendekatan analisis isi kualitatif: dengan mempertimbangkan isi eksplisit dan implisit dari unit-unit makna, poin-poin kunci dalam naskah diekstraksi sebagai kode terbuka. Kemudian, berdasarkan persamaan dan perbedaannya, kode-kode tersebut dikategorikan dan proses abstraksi dijaga hingga sebuah tema dan kesimpulan ter ekstraksi. Wawancara berlanjut sampai kejenuhan data tercapai dan tidak ada kategori baru yang muncul. Untuk meningkatkan kepercayaan dari hasil, sehingga keandalan dan kredibilitas hasil ditingkatkan informan dapat di pegang dengan kuat.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1

#### ANGGARAN BIAYA

Anggaran biaya yang dibutuhkan bersumber dari dana pribadi, meliputi:

1. Sumber UNIS : Rp. 20.000.000,-
2. Sumber lain : Rp. -----
- Jumlah : Rp.20.000.0000,-

Adapun rincian anggaran biaya penelitian sebagaimana tabel 1 berikut:

**Tabel 5**  
**Rincian Anggaran Biaya Penelitian**

Maret.	Komponen Pembiayaan	Besaran Biaya
1	Peneliti (1 orang)	Rp. 10.500.0000,-
2	Reviewer peneliti (4 orang)	Rp. 800.000, -
3	Monitoring & evaluasi peneliti	Rp. 300.000,-
4	Merchandise kepada Informan	Rp. 7.300.000, -
5	Operasional, ATK & Pulsa Dan Wifi	Rp. 350.000,-
6	Penilaian hasil penelitian (2 orang)	Rp. 200.000.-
7	Kebutuhan lain	Rp. 450.000,-
	<b>Jumlah</b>	<b>Rp. 20 .000.000,-</b>

Sumber: Anggaran Peneliti, 2021



## Lampiran 2

**Tabel 6**  
**Log Book**

NO	TANGGAL	AKTIVITAS	KETERANGAN
1	13-03-2021	Proposal di siapkan untuk disetujui	Peneliti
2	21-04-2021	Pembuatan presentasi Proposal	Peneliti
3	23-04-2021	Presentasi proposal di depan Tim Pembimbing UMJ	UMJ
4	21-03-2021	Perbaikan proposal sesuai rekomendasi dari Penguji	Peneliti
5	02-04-2021	Peneliti Mengajukan Etik	Peneliti
6	28-05-2021	Hasil Etik Keluar	UMJ
7	02-06-2021	Peneliti Mulai Melakukan Wawancara	Peneliti
8	11-06-2021	Peneliti meminta surat pengantar etik untuk Rumah Sakit Darurat dari dekan FKM UMJ	UMJ
9	25-07-2021	Menyusun hasil wawancara dan menuangkannya kedalam textual	Peneliti
10	25-07-2021	Menyiapkan ekspose hasil penelitian	Peneliti
11		Perbaikan Proposal hasil wawancara	
12	26-08-2021	Membuat Presentasi untuk Sidang Hasil	Peneliti
13	09-08-2021	Presentasi Sidang Hasil	UMJ
14	28-08-2021	Perbaikan proposal Hasil sesuai rekomendasi dari Penguji	Peneliti
15	18-08-2021	Membuat Presentasi untuk Sidang Akhir Thesis	Peneliti
16	21-08-2021	Presentasi Sidang Akhir Thesis	UMJ
17	26-08-2021	Perbaikan proposal sidang akhir sesuai rekomendasi dari TIM Penguji	Peneliti
18	28-08-2021	Mengirimkan draft Theis yang sudah di Setujui Pembimbing	UMJ

Tangerang, 29 Agustus 2021  
Peneliti,



dr. Muh Fahmi Ayyub

**Lampiran 3****JADUAL PENELITIAN**

Penelitian ini dilakukan meliputi aktivitas sebagai berikut:

1. Rencana penelitian dilakukan dari tanggal 13 Maret 2021 sampai dengan 28 Agustus 2021, jadi penelitian ini selama kurang lebih 6 bulan.
2. Pelaksanaan penelitian, meliputi proses pengajuan proposal, pelaksanaan wawancara secara mendalam dan pengamatan, keterlibatan peneliti di lapangan serta analisa data sesuai metode penelitian kualitatif, 4 bulan.
3. Persiapan awal meliputi persiapan etik dimana proposal penelitian harus lulus uji etik terlebih dahulu oleh Lembaga Etik guna mendapatkan izin penelitian. Ini sekitar 30 hari.
4. Selanjutnya proses pengambilan data dan wawancara mendalam ini membutuhkan waktu sekitar 22 Hari.
5. Selanjutnya proses kondensasi data dan pengolahan data hasil wawancara berupa rekaman kemudian dituangkan ke kontekstual, ini membutuhkan waktu sekitar 15 hari.
6. Dan terakhir proses sidang hasil ke tahap sidang akhir membutuhkan waktu sekitar 2 bulan
7. Penelitian ini sesuai target waktu yang sudah ditentukan fakultas Kesehatan Masyarakat UMJ.

## Lampiran 4

**Tabel 7**  
**Kesimpulan Hasil Wawancara**

NO	HASIL WAWANCARA	INDONESIA BARAT	INDONESIA TENGAH	INDONESIA TIMUR
1	Kecemasan Sebelum Dan Saat Pandemi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Takut terpapar</li> <li>▪ Takut menularkan keluarga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Takut tertular</li> <li>▪ Takut tidak ada APD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Takut terpapar dan takut menularkan keluarga</li> </ul>
2	Kesendirian Dan Kesepian Saat Lockdown	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tetap pelayanan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tetap pelayanan</li> <li>▪ Kesepian membatasi ke keluarga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kesepian hampir 3 bulan</li> </ul>
3	Kemarahan Dan Frustrasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Marah ke Masyarakat yang tidak percaya COVID</li> <li>▪ Frustrasi pemerintah</li> <li>▪ Frustrasi cari volunter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frustrasi dan marah ke masyarakat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Marah ke pemerintah</li> <li>▪ Marah ke masyarakat</li> </ul>
4	Kesulitan Di Garda Depan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nakes mengundurkan diri karena isoman</li> <li>▪ Sulit mencari volunter</li> <li>▪ Makanan kurang enak, mati listrik dan kasus bunuh diri</li> <li>▪ Baju hazmat kurang nyaman</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kesulitan menunggu hasil PCR 2 bulan lamanya</li> <li>▪ APD serba kekurangan</li> <li>▪ Menghadapi pasien yang menolak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ APD sangat terbatas</li> <li>▪ Ketidanyakaman memakai apd</li> <li>▪ Menghadapi pasien dan tudingan konspirasi</li> </ul>
5	Kekhawatiran Saat Bekerja Di Garda Depan	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Takut tertular virus</li> <li>▪ Penyerangan pasien dan pasien bunuh diri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Takut tertular virus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Takut tertular virus</li> </ul>
6	Kelelahan Dan Beban Kerja Yang Berat	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kekurangan dokter dan nakes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kekurangan dokter dan nakes</li> <li>▪ Pemakaian hazmat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pemakaian hazmat</li> </ul>
7	Ketakutan Terbesar	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Takut tertular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Takut tertular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Takut tertular</li> <li>▪ Takut menularkan keluarga</li> </ul>
8	Stigma Dan Perlakuan Buruk	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diusir dari kediaman</li> <li>▪ Dicaci maki kata kata kasar</li> <li>▪ Penyerangan</li> <li>▪ pengancaman</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berkelahi adu argumen</li> <li>▪ Berkelahi dan caci maki hingga ricuh</li> <li>▪ Stigma dari teman nakes sendiri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dimarahi pasien</li> <li>▪ Pemukulan</li> <li>▪ Penolakan pengancaman dan pengusiran</li> </ul>
9	Kesedihan Mendalam	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menyaksikan pasien meninggal</li> <li>▪ Teman sejawat meninggal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menyaksikan pasien meninggal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menyaksikan pasien meninggal</li> </ul>
10	Kebosanan Selama Bekerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memakai hazmat</li> <li>▪ Makanan wisma tidak enak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Memakai hazmat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bosen berhadapan dengan pasien dan keluarganya</li> </ul>
11	Ketidakpastian Dan Frustrasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frustrasi masyarakat</li> <li>▪ Frustrasi pandemik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frustrasi masyarakat</li> <li>▪ Frustrasi pandemik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frustrasi masyarakat</li> </ul>
12	Harapan Kepada Pemerintah	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pemerintah membuat peraturan yang menyeluruh jangan tebang pilih</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pemerintah lebih memperhatikan dokter khususnya insentif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pemerintah memperhatikan dokter yang di pelosok negeri</li> </ul>
13	Insentif Dan Kesejahteraan Dokter	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insentif terlambat</li> <li>▪ Insentif dipotong</li> <li>▪ Tidak tahu ada insentif / murni kemanusiaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insentif tidak dibayarkan</li> <li>▪ Tidak mendapatkan insentif sama sekali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insentif tidak dibayarkan</li> <li>▪ Insentif tidak lancar</li> </ul>



**Tabel 8**  
**Kesehatan Mental Informan Wilayah Indonesia Barat**

KESEHATAN MENTAL	DR.1	DR.2	DR.3	DR.4	DR.5	DR.6	DR.7	DR.8	DR.9	DR.10	DR.11	DR.12	DR.13
Kecemasan dan Kegelisahan, kekhawatiran berlebihan, yang hampir muncul setiap hari Selama Bekerja Dalam masa Pandemi selama 6 bulan terakhir ini	Stress dri pake hazmat dan pasien yg rewel banyak drama	Stress pasien VVIP, Takut tertular takut meninggal	Stress pasien irritable,	Mengelola emosi amarah badmood pasien	Takut tertular corona secara keseluruhan berenti resign dari aktivitas dr	Saya takut saya terkena, apakah saya positif apa saya sakit	Ancaman telepon dari pasien, banyak nakes isoman	dinkes awal sempat menolak kasus pertama dan sedih melihat pasien meninggal	Stress pasien yang menolak diCOVID kan, stress kalau kena flu takut COVID	Sedih saat teman dekat ayahnya meninggal krn COVID	Stress merujuk pasien, lama dan takut menulari anak	Stress periapan puskes stress gak bisa jalan jalan dan stress thesis	Sblm corona udah stress, skrg lebih stress lagi dan takut nularin anak.
Perasaan Sedih, murung, Menangis, Hampa Atau Putus Asa. Mudah Tersinggung, Frustrasi, Atau Mudah Marah, Bahkan Karena Hal-Hal Kecil.	O	O	O	O	O	O	O	O	X	O	O	X	O
Kehilangan Minat Kejenuhan Atau Kesenangan Yang Menurun Dalam Sebagian Besar Atau Semua Aktivitas	O	O	O	X	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Kesulitan Dalam Tidur Dan Gangguan Tidur, Termasuk Insomnia Atau Makh Terlalu Banyak Tidur	O	O	X	O	O	O	O	X	X	X	O	O	O
Sedih, murung, hampir sepanjang hari, Kejenuhan Dan Kebosanan Yang, Mengalami Kelelahan Dan Kekurangan Energi Secara Menyeluruh Lebih Dari 2 Minggu terakhir Lamanya.	O	O	O	O	O	O	O	O	O	X	O	O	O

Kehilangan Selera Makan / Peningkatan Pola Makan Secara Signifikan Dari Biasanya.	O	O	O	O	O	O	X	O	X	X	X	O	O
Tidak Berenergi, Atau Merasa Capek Dan Kelelahan Fisik Tanpa Sebab Dan Kemampuan Berpikir Yang Melambat, Tatapn Kosong	O	X	O	X	O	O	O	O	X	X	O	O	O
Perasaan Tidak Berharga Atau Bersalah, Terpaku Pada Kegagalan Atau Menyalahkan Diri Mereka Sendiri	O	X	X	X	O	O	O	O	X	O	X	X	O
Merasa Putus Asa Dan Merasa Seolah-olah Diri Mereka Gak Berguna, Menjadi Beban Bagi Orang Lain.	O	X	O	X	O	O	O	O	X	X	X	X	O
Kesulitan Dalam Berpikir, Berkonsentrasi, Membuat Keputusan Dan Mengingat Sesuatu.	O	O	O	X	O	O	O	X	X	X	O	O	O
Detak Jantung Anda Meningkat, Bernapas Dengan Cepat, Berkeringat, Gemetaran, Kelelahan Dan Sempat Ada Juga Yang Mengalami Masalah Gastrointestinal (GI) Seperti Mual Muntah Atau Diare Tanpa Sebab.	O	O	O	O	X	X	O	O	X	O	O	O	X

Meminum Kopi Dan Kafeine Untuk Mengatasi Rasa Gelisah, Yang Merokok, Meminum Alkohol Atau Obat-Obatan	X	X	X	O	X	X	O	X	X	X	X	X	X
Masalah Fisik Seperti Sakit Punggung, Nyeri Pinggang / Anggota Badan Tertentu, Sakit Kepala, Pusing, Kram Kaki/Leher	O	X	O	X	O	O	O	O	X	X	O	O	O
Sedih Dan Kwatir takut tertular, takut meninggal jadi korban selanjutnya terutama kesedihan saat ada Teman Sejawat Atau Keluarga Yang Meninggal	O	O	X	X	O	O	O	O	O	X	O	O	O
Pikiran Yang Berulang Tentang Kematian Dan Berpikiran Untuk Bunuh Diri Dan Atau Melukai Diri.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
COVID-19 Ini Adalah Ujian Terberat Dalam Hidupnya.	O	X	X	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Flashback, Mimpi Buruk, Mood Dan Suasana Hati Berubah Tiba-Tiba Trauma dengan COVID	X	X	X	O	O	X	O	X	O	O	O	O	O
Diagnosis sesuai Mini International neuropsychiatric Interview ICD-10	ED	ED	ED	ED	PTSD	ED	PTSD	ED	GAM	ED	PTSD	ED	ED

**Tabel 9**  
**Kesehatan Mental Informan Wilayah Indonesia Tengah**

KESEHATAN MENTAL	DR.14	DR.15	DR.16	DR.17	DR.18
Kecemasan dan Kegelisahan, kekhawatiran berlebihan, yang hampir muncul setiap hari Selama Bekerja Dalam masa Pandemi selama 6 bulan terakhir ini	Stress gak dpt insentif kemenkes kerja berat nakes mundur apd susah dpt stigma pula	Capek ada konsul tengah malam	Salah pake apd dan terpapar COVID	Takut menularkan keluarga	Kawatir saat pasien batuk batuk takut tertular, beban kerja ingin resign gak bisa
Perasaan Sedih, murung, Menangis, Hampa Atau Putus Asa. Mudah Tersinggung, Frustrasi, Atau Mudah Marah, Bahkan Karena Hal-Hal Kecil.	O	X	O	O	O
Kehilangan Minat Kejenuhan Atau Kesenangan Yang Menurun Dalam Sebagian Besar Atau Semua Aktivitas	O	X	O	O	O
Kesulitan Dalam Tidur Dan Gangguan Tidur, Termasuk Insomnia Atau Malah Terlalu Banyak Tidur	O	O	O	O	X
Sedih, murung, hampir sepanjang hari, Kejenuhan Dan Kebosanan Yang, Mengalami Kelelahan Dan Kekurangan Energi Secara Menyeluruh Lebih Dari 2 Minggu terakhir Lamanya.	O	X	O	O	O
Kehilangan Selera Makan / Peningkatan Pola Makan Secara Signifikan Dari Biasanya.	X	X	O	O	O



---

Tidak Berenergi, Atau Merasa Capek Dan Kelelahan Fisik Tanpa Sebab Dan Kemampuan Berpikir Yang Melambat, Tatapn Kosong	O	O	O	X	O
Perasaan Tidak Berharga Atau Bersalah, Terpaku Pada Kegagalan Atau Menyalahkan Diri Mereka Sendiri	X	X	O	X	O
Merasa Putus Asa Dan Merasa Seolah-Olah Diri Mereka Gak Berguna, Menjadi Beban Bagi Orang Lain.	O	X	X	O	X
Kesulitan Dalam Berpikir, Berkonsentrasi, Membuat Keputusan Dan Mengingat Sesuatu.	O	X	O	O	O
Detak Jantung Anda Meningkat, Bernapas Dengan Cepat, Berkeringat, Gemetaran, Kelelahan Dan Sempat Ada Juga Yang Mengalami Masalah Gastrointestinal(GI) Seperti MualMuntah Atau Diare Tanpa Sebab.	O	X	X	O	O
Meminum Kopi Dan Kafeine Untuk Mengatasi Rasa Gelisah, Yang Merokok, Meminum Alkohol Atau Obat-Obatan	X	X	X	O	X
Masalah Fisik Seperti Sakit Punggung, Nyeri Pinggang / Anggota Badan Tertentu, Sakit Kepala, Pusing, Kram Kaki/ Leher	O	O	O	O	O

---

---

Sedih Dan Kwatir takut tertular, takut meninggal jadi korban selanjutnya terutama kesedihan saat ada Teman Sejawat Atau Keluarga Yang Meninggal	O	O	O	O	O
Pikiran Yang Berulang Tentang Kematian Dan Berpikiran Untuk Bunuh Diri Dan Atau Melukai Diri.	X	X	X	X	X
COVID-19 Ini Adalah Ujian Terberat Dalam Hidupnya.	O	O	O	O	O
Flashback, Mimpi Buruk, Mood Dan Suasana Hati Berubah Tiba-Tiba Trauma dengan COVID	O	O	O	O	O
Diagnosis sesuai Mini International neuropsychiatric Interview ICD-10	ED	GAM	PTSD	PTSD	PTSD

---

**Tabel 10**  
**Kesehatan Mental Informan Wilayah Indonesia Timur**

KESEHATAN MENTAL	DR.19	DR.20	DR.21	DR.2	DR.23	DR.24
Kecemasan dan Kegelisahan, kekhawatiran berlebihan, yang hampir muncul setiap hari Selama Bekerja Dalam masa Pandemi selama 6 bulan terakhir ini	Stress dengan masyarakat dan takut menularkan orang lain	capek pasien banyak, apd+dana kurang	Takut terapar COVID	Dimarahi keluarga pasien	Menjadi penular virus ditengah keluarga	Takut menularkan keluarga dirumah apalagi ada bayi dan ortu lansia
Perasaan Sedih, murung, Menangis, Hampa Atau Putus Asa. Mudah Tersinggung, Frustrasi, Atau Mudah Marah, Bahkan Karena Hal-Hal Kecil.	X	X	O	X	O	O
Kehilangan Minat Kejenuhan Atau Kesenangan Yang Menurun Dalam Sebagian Besar Atau Semua Aktivitas	X	X	O	X	X	X
Kesulitan Dalam Tidur Dan Gangguan Tidur, Termasuk Insomnia Atau Malah Terlalu Banyak Tidur	X	X	O	X	X	O
Sedih, murung, hampir sepanjang hari, Kejenuhan Dan Kebosanan Yang, Mengalami Kelelahan Dan Kekurangan Energi Secara Menyeluruh Lebih Dari 2 Minggu terakhir Lamanya.	X	O	O	O	X	O
Kehilangan Selera Makan / Peningkatan Pola Makan Secara Signifikan Dari Biasanya.	X	X	O	X	X	X

---

Tidak Berenergi, Atau Merasa Capek Dan Kelelahan Fisik Tanpa Sebab Dan Kemampuan Berpikir Yang Melambat, Tatapn Kosong	X	X	X	X	O	O
Perasaan Tidak Berharga Atau Bersalah, Terpaku Pada Kegagalan Atau Menyalahkan Diri Mereka Sendiri	X	X	X	X	X	X
Merasa Putus Asa Dan Merasa Seolah-Olah Diri Mereka Gak Berguna, Menjadi Beban Bagi Orang Lain.	X	X	X	X	X	X
Kesulitan Dalam Berpikir, Berkonsentrasi, Membuat Keputusan Dan Mengingat Sesuatu.	X	X	O	X	X	X
Detak Jantung Anda Meningkat, Bernapas Dengan Cepat, Berkeringat, Gemetaran, Kelelahan Dan Sempat Ada Juga Yang Mengalami Masalah Gastrointestinal(GI) Seperti MualMuntah Atau Diare Tanpa Sebab.	X	X	X	X	X	X
Meminum Kopi Dan Kafeine Untuk Mengatasi Rasa Gelisah, Yang Merokok, Meminum Alkohol Atau Obat-Obatan	X	X	X	X	X	X
Masalah Fisik Seperti Sakit Punggung, Nyeri Pinggang / Anggota Badan Tertentu, Sakit Kepala, Pusing, Kram Kaki/ Leher	X	X	O	O	X	X

---

---

Sedih Dan Kwatir takut tertular, takut meninggal jadi korban selanjutnya terutama kesedihan saat ada Teman Sejawat Atau Keluarga Yang Meninggal	O	O	O	O	X	O
Pikiran Yang Berulang Tentang Kematian Dan Berpikiran Untuk Bunuh Diri Dan Atau Melukai Diri.	X	X	X	X	X	X
COVID-19 Ini Adalah Ujian Terberat Dalam Hidupnya.	X	X	X	X	X	X
Flashback, Mimpi Buruk, Mood Dan Suasana Hati Berubah Tiba-Tiba Trauma dengan COVID	X	X	X	X	X	X
Diagnosis sesuai Mini International neuropsychiatric Interview ICD-10	N	N	ED	N	N	GAM

---

## PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Muhamad Fahmi Ayyub  
NPM : 2019970050  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Tesis : Krisis Kesehatan Mental Para Dokter Selama Pandemi COVID-19 di Indonesia

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Sidang Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.**

### **TIM PENGUJI :**

#### **Pembimbing :**

Dr. Dewi Purnamawati, SKM, M.K.M (.....)

#### **Penguji Ahli :**

Dr. dr. Amir Syafruddin, M.Med.Ed (.....)

Dr. dr. H. Abul A'la Al Maududi, MA., Sp.P., AL Hafizh (.....)

dr. Agung Frijanto, SpKJ, MH. (.....)

### **MENGETAHUI :**

Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat

Dr. Dewi Purnamawati, SKM, M.K.M (.....)

Ditetapkan di Jakarta  
Tanggal : 02 September 2021

## PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Muhamad Fahmi Ayyub  
NPM : 2019970050  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Tesis : Krisis Kesehatan Mental Para Dokter Selama Pandemi COVID-19 di Indonesia

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Sidang Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.**

### **TIM PENGUJI :**

#### **Pembimbing :**

Dr. Dewi Purnamawati, SKM, M.K.M (.....)

#### **Penguji Ahli :**

Dr. dr. Amir Syafruddin, M.Med.Ed (.....)

Dr. dr. H. Abul A'la Al Maududi, MA., Sp.P., AL Hafizh (.....)

dr. Agung Frijanto, SpKJ, MH. (.....)

### **MENGETAHUI :**

Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat

Dr. Dewi Purnamawati, SKM, M.K.M (.....)

Ditetapkan di Jakarta  
Tanggal : 02 September 2021

## PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Muhamad Fahmi Ayyub  
NPM : 2019970050  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Tesis : Krisis Kesehatan Mental Para Dokter Selama Pandemi COVID-19 di Indonesia

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Sidang Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.**

### **TIM PENGUJI :**

#### **Pembimbing :**

Dr. Dewi Purnamawati, SKM, M.K.M (.....)

#### **Penguji Ahli :**

Dr. dr. Amir Syafruddin, M.Med.Ed (.....)

Dr. dr. H. Abul A'la Al Maududi, MA., Sp.P., AL Hafizh (.....)

dr. Agung Frijanto, SpKJ, MH. (.....)

### **MENGETAHUI :**

Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat

Dr. Dewi Purnamawati, SKM, M.K.M (.....)

Ditetapkan di Jakarta  
Tanggal : 02 September 2021





**DAMPAK *JOB SATISFACTION* TERHADAP *TURNOVER INTENTION* DOKTER SECARA LANGSUNG DAN SECARA MEDIASI OLEH *ORGANIZATION COMMITMENT* DI RS HARAPAN SEHATI, CIBINONG**

LAPORAN TESIS

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat untuk Menyelesaikan  
Studi Strata Dua (S2) Magister Kesehatan Masyarakat

Disusun Oleh:  
Eko Suprayogi (2018970039)

PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA  
2020

## **HALAMAN PENGESAHAN PEMBIMBING DAN PENGUJI**

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : dr. Eko Suprayogi, Sp.An, KIC.

NPM : 2018970039

Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Judul Tesis : DAMPAK JOB SATISFACTION TERHADAP  
TURNOVER INTENTION DOKTER SECARA  
LANGSUNG DAN SECARA MEDIASI OLEH  
ORGANIZATION COMMITMENT DI RS HARAPAN  
SEHATI, CIBINONG

**Telah berhasil dipertahankan dihadapan Sidang Penguji dan diterimasebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.**

TIM PENGUJI :

Pembimbing : Nama ( .....tanda tangan.....)

Penguji Ahli : Nama ( .....tanda tangan.....)

Penguji Ahli : Nama ( .....tanda tangan.....)

Penguji Ahli : Nama ( .....tanda tangan.....)

TIM PENGUJI :

Ketua Prodi MKM : Nama ( .....tanda tangan.....)

Ditetapkan di Jakarta Tanggal : .....

## **HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Semua sumber yang saya gunakan dalam penulisan ini telah saya cantumkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.
2. Jika dikemudian hari terbukti bahwa karya ini bukan hasil karya asli saya atau merupakan jiplakan dari karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi yang berlaku di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.
3. Tesis ini merupakan hasil karya asli saya yang diajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Jakarta, ..... Tahun

Materai 6.000

(dr. Eko Suprayogi, Sp.An, KIC.)

## **HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai Civitas Akademika Universitas Muhammadiyah Jakarta, saya yang bertandatangan dibawah ini,

Nama : dr. Eko Suprayogi, Sp.An, KIC.

NPM : 2018970039

Program Studi :Magister Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Manajemen Administrasi Rumah Sakit

Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif kepada Universitas Muhammadiyah Jakarta atas karya ilmiah saya yang berjudul: DAMPAK JOB SATISFACTION TERHADAP TURNOVER INTENTION DOKTER SECARA LANGSUNG DAN SECARA MEDIASI OLEH ORGANIZATION COMMITMENT DI RS HARAPAN SEHATI, CIBINONG. Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Royalti Non- Eksklusif ini Universitas Muhammadiyah Jakarta berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di :

Pada Tanggal :

Yang Menyatakan

(dr. Eko Suprayogi, Sp.An, KIC.)

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN MANAJEMEN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**Tesis, x 2020**

**dr. Eko Suprayogi, Sp.An, KIC**

**Dampak Job Satisfaction Terhadap Turnover Intention Dokter Secara  
Langsung Dan Secara Mediasi Oleh Organization Commitment Di Rs  
Harapan Sehati, Cibinong**

**xviii + 105 halaman + 22 tabel + 9 gambar + 5 lampiran**

**ABSTRAK**

**Latar Belakang: x. Tujuan: x. Metode: x. Hasil: x. Kesimpulan: x. Saran: x..**

**Kata Kunci: Job Satisfaction, Turnover intention, Intent to Stay**

**Daftar Pustaka:**

**UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH JAKARTA  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH  
STUDY PROGRAM OF PUBLIC HEALTH  
DEPARTMENT OF MARS**

**Thesis, x 2020**

**dr. Eko Suprayogi, Sp.An, KIC**

**The Impact Of Job Satisfaction On Turnover Intention Doctors  
Directly And Mediation By Organization Commitment In Harapan  
Sehati Hospital, Cibinong.**

### **ABSTRACT**

**Background: x. Purpose: x. Methods: x. Results: x. Conclusion: x.  
Suggestion: x.**

**Keywords: Job Satisfaction, Turnover Intention, Intent to Stay**

**Bibliography:**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang hingga saat ini masih memberikan kita nikmat iman dan kesehatan, sehingga saya diberi kesempatan yang luar biasa ini yaitu kesempatan untuk menyelesaikan tugas penulisan proposal tentang “Dampak Job Satisfaction Terhadap Turnover Intention Dokter Secara Langsung Dan Secara Mediasi Oleh Organization Commitment Di Rs Harapan Sehati, Cibinong”

Shalawat serta salam tidak lupa selalu kita haturkan untuk junjungan nabi Agung kita, yaitu Nabi Muhammad SAW yang telah menyampaikan petunjuk Allah SWT untuk kita semua, yang merupakan sebuah petunjuk yang paling benar yakni Syariah agama Islam yang sempurna dan merupakan satu-satunya karunia paling besar bagi seluruh alam semesta.

Sekaligus pula kami menyampaikan rasa terimakasih yang sebanyak-banyaknya pada semua pihak yang telah membantu, hingga terwujudnya proposal ini dan tidak lupa juga kami ucapkan Terimakasih kepada dr. Kemal N. Siregar, SKM, M.A, Ph. D yang telah membimbing kami guna menyelesaikan proposal ini.

Kami juga berharap dengan sungguh-sungguh supaya proposal ini mampu berguna serta bermanfaat dalam meningkatkan pengetahuan tentang “Dampak Job Satisfaction Terhadap Turnover Intention Dokter Secara Langsung Dan Secara Mediasi Oleh Organization Commitment Di Rs Harapan Sehati, Cibinong”.

Selain itu kami juga sadar bahwa pada proposal kami ini dapat ditemukan banyak sekali kekurangan serta jauh dari kesempurnaan. Oleh sebab itu, kami benar-benar menanti kritik dan saran untuk kemudian dapat kami revisi dan kami tulis di masa yang selanjutnya, sebab sekali kali lagi kami menyadari bahwa tidak ada sesuatu yang sempurna tanpa disertai saran yang konstruktif.

Di akhir kami berharap proposal sederhana kami ini dapat dimengerti oleh setiap pihak yang membaca. Kami pun memohon maaf yang sebesar-besarnya apabila dalam proposal kami terdapat perkataan yang tidak berkenan di hati.

Bogor, 04 Nopember 2019

Penyusun

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN PENGESAHAN PEMBIMBING DAN PENGUJI .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xx</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang 1	
A.1. Komitmen Organisasi Di Antara Pengacara, Akuntan dan Dokter Medis .....	2
A.2. Survey Terkait Turnover Intention .....	9
B. Rumusan masalah 22	
C. Tujuan dan Manfaat penelitian 22	
C.1 Tujuan Umum .....	22
C.2 Tujuan Khusus .....	23
D. Manfaat Penelitian 23	
D.1. Aspek Teoritis.....	23
D.2. Aspek Metodologis .....	23
D.3. Aspek Aplikatif.....	23
D.4. Aspek Al-Islam dan KeMuhammadiyah (AIK).....	24



E. Ruang Lingkup Penelitian	24
F. Sistematika Penulisan	24

**BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... 26**

A. . Kajian Teori	26
A.1. Teori Motivasi	26
A.2. Teori Proses	27
A.3. Teori Konflik	28
A.4. Newman Systems Model and the Exchange Flow System	28
B. Job Satisfaction (Kepuasan Kerja)	31
B.1. Pembayaran	33
B.2. Pekerjaan	34
B.3. Promosi	35
B.4. Teman Seprofesi (Rekan Kerja)	35
B.5. Supervision (Pengawasan)	36
B.6. Lingkungan Kerja (Environment)	37
C. Komitmen Organisasi	37
C.1 Keterikatan yang afektif ( <i>Affective Commitment</i> )	39
C.2 Komitmen yang berkelanjutan ( <i>Continous Commitment</i> )	40
C.3 Kewajiban (Normatif Commitment)	42
D. <i>Turnover Intention</i>	44
D.1. Keinginan Untuk Tetap ( <i>Intent to Stay - ITS</i> )	44
D.2. Keinginan Untuk Pergi ( <i>Intent to Leave</i> )	45
E. Hubungan Antar Variabel	48
E.1. Hubungan Job Satisfaction dan Organizational Commitment	48
E.2. Organizational Commitment & Turnover Intention	51
E.3. Job Satisfaction, Organizational Commitment, dan Turnover Intention	52
E.4. Hasil Penelitian Sebelumnya	53
F. Kerangka Teori	55

**BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS..... 56**

A. Konsep, Definisi Operasional dan Hipotesis	56
A.1. Kerangka Konsep	56
A.2. Hipotesis	56

A.2.1. H1: hubungan antara <i>Job Satisfaction (Job Satisfaction)</i> dan <i>Turnover Intention</i> (efek langsung).....	57
A..2.2. H2 : hubungan antara <i>Job Satisfaction</i> dan adanya <i>Organizational Commitment</i> (efek langsung). ....	58
A..2.3. H3 : hubungan antara <i>Organizational Commitment</i> dan Turn over Intention (efek langsung). ....	59
B. Definisi Operasional	59
B.1. Definisi Operasional <i>Job Satisfaction</i> .....	59
B.2. Definisi Operasional <i>Organizational Commitment</i> .....	60
B.3. Definisi Operasional Turnover Intention .....	62
<b>BAB IV Metodologi Penelitian.....</b>	<b>63</b>
A. Jenis dan Disain Penelitian	63
B. Waktu dan Lokasi Penelitian	63
C. Populasi Dan Sampel	63
D. Pengumpulan Data	63
D. 1. Metode Pengumpulan Data.....	63
D.2. Instrumen Penelitian .....	65
D.3. Item Kuesioner dan referensi .....	66
D.4. Desain Sampling dan Pengumpulan Data.....	72
F. Metode Pengolahan dan Analisis Data	72
F.1. Pengolahan Data.....	72
F.2. Analisis Deskriptif.....	73
F.3. Analisis Model Struktural.....	73
F.3.1 Model Struktural Atau Inner Model.....	75
F.3.2. Model Pengukuran Atau Outer Model.....	75
F.3.3. Pengujian Hipotesa.....	77
Hipotesis ( Resampling Bootstrapping ).....	77
Analisa Jalur .....	78
F.4. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	80
F.5. Keterbatasan Penelitian .....	80
F.6. Penelitian Lebih Lanjut .....	81
<b>BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>82</b>
A. Profil RS Harapan Sehati	82

A.1. Sejarah Berdiri RS Harapan Sehati.....	82
B. Visi dan Misi RS Harapan Sehati	82
B.1. Visi .....	82
B.2. Misi .....	82
B.3. Lokasi dan Data Fisik.....	83
B.4. Fasilitas .....	83
B.5. Pelayanan .....	84
B.6. Struktur Organisasi (Lampiran) .....	85
B.7. Jumlah SDM di RS Harapan Sehati .....	85
C. Hasil Penelitian	86
C.1. Deskripsi Responden Penelitian.....	87
C.1.1. Responden Berdasarkan Jenis Kelamin .....	87
C.1.2. Responden Berdasarkan Kelompok Usia.....	87
C.1.3. Responden Berdasarkan Status Pernikahan .....	88
C.1.4. Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan .....	88
C.1.5. Responden Berdasarkan Pengalaman Kerja .....	89
C.1.6. Responden Berdasarkan Tingkat Penghasilan .....	89
C.2. Deskripsi Variabel Penelitian.....	90
C.2.1. Job Satisfaction .....	90
C.2.1.1. Pekerjaan .....	90
C.2.1.2. Promosi .....	91
C.2.1.3. Pembayaran .....	93
C.2.1.4. Pengawasan .....	94
C.2.1.7. Sesama Pekerja Seprofesi .....	98
C.2.2. Organizational Commitment .....	99
C.2.2.1. Komitmen Afektif.....	99
C.2.2.2. Komitmen Berkelanjutan (Biaya).....	101
C.2.2.3. Komitmen Normatif .....	104
C.2.3. Turnover Intention.....	106
C.2.3.1. Intent to Stay .....	106
C.2.3.2. Intent to Leave .....	108
D. Analisis SEM PLS	109
D.1. Evaluasi <i>Outer Model</i> pada Model Awal.....	109
D.1.1. Uji Validitas.....	109

D.1.1.1. Uji Validitas Konvergen.....	109
D.1.1.2. Uji Validitas Diskriminan.....	111
D.1.2. Uji Reabilitas .....	112
D.2. Evaluasi <i>Outer Model</i> pada Model Baru .....	114
D.2.1.1. Uji Validitas .....	115
D.2.1.1.1. Uji Validitas Konvergen.....	115
D.2.1.1.2. Uji Validitas Diskriminan.....	116
D.2.1.2. Uji Reabilitas .....	118
D.2. Evaluasi <i>Inner Model</i> .....	119
D.3. Pengujian Hipotesis .....	120
D.3.1. Hubungan antara Job Satisfaction dan Turnover Intention .....	120
D.3.2. Hubungan antara Job Satisfaction dengan Organizational Commitment .....	121
D.3.3. Hubungan antara Organizational Commitment dengan TurnoverIntention.....	122
D.3.4. Hubungan antara Job Satisfaction dan Turnover Intention dengan variabel mediasi Organizational Commitment .....	122
D.3.5. Keterbatasan Penelitian .....	123
E. Pembahasan      124	
E.1. Karakteristik Responden .....	124
E.1.1. Jenis Kelamin.....	124
E.1.2. Kelompok Usia .....	125
E.1.3. Status Pernikahan .....	126
E.1.4. Tingkat Pendidikan.....	126
E.1.5. Pengalaman Kerja .....	127
E.1.6. Tingkat Penghasilan .....	127
E.2. Satisfaction .....	128
E.2.1. Pekerjaan .....	128
E.2.2. Promosi .....	128
E.2.3. Pembayaran .....	129
E.2.4. Pengawasan .....	129
E.2.5. Kebijakan Rumah Sakit.....	130
E.2.6. Environment.....	130
E.2.7. Sesama Pekerja Seprofesi .....	130
E.3. Organizational Commitment .....	131

E.3.1. Komitmen Afektif .....	131
E.3.2. Komitmen Berkelanjutan .....	131
E.3.3. Komitmen Normatif .....	132
E.4. Turnover Intention (Intent to Stay dan Intent to Leave) .....	132
E.5. Hubungan Job Satisfaction dan Organizational Commitment ....	133
E.6. Hubungan Job Satisfaction dan Turnover Intention.....	133
E.7. Hubungan Organizational Commitment dan Turnover Intention	134
E.8. Hubungan Job Satisfaction dan Turnover Intention dengan Organizational Commitment Sebagai Variabel Mediasi.....	135
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>137</b>
A. Kesimpulan	137
B. Saran	139
B.1. Saran untuk RS Harapan Sehati khususnya dan Rumah Sakit- Rumah Sakit lain pada umumnya :.....	139
B.2. Saran untuk Institusi pendidikan manajemen Rumah Sakit.....	139
B.3. Saran untuk calon peneliti .....	139
<b>REFERENSI.....</b>	<b>141</b>

## DAFTAR SINGKATAN

AVE	=	Average Variance Extracted
BUMN	=	Badan Usaha Milik Negara
CEO	=	<i>Chief Executive Officer</i>
CNA	=	Certified Nurse Assistant
CR	=	Construct Reliability
CRNA	=	Certified Registered Nurse Anesthetist
HR	=	Human Resource
ITS	=	Intent to Stay
JS	=	Job satisfaction
MGMA	=	Medical Group Management Association
NCS	=	Normative Commitment Scale
OAC	=	Organizational Affective Commitment
OC	=	Organizational Commitment
OCB	=	Organization Citizenship Behavior
OCC	=	Organizational Continuous Commitment
OCQ	=	Organizational Commitment Questionnaire
ONC	=	Organizational Normative Commitment
PA	=	Physician Assistant
PCT	=	Patient Care Technology
PLS3	=	Partial Least Squares 3
RN	=	Register Nurse
RS	=	Rumah Sakit
RSHarti	=	Rumah Sakit Harapan Sehati
SEM	=	Structural Equation Modeling
SKN	=	Sistem Kesehatan Nasional
SLF	=	Standardized Loading Factor
THT	=	Telinga Hidung Tenggorokan
TI	=	Turnover Intention
VE	=	Variance Extracted
VIF	=	Variance Inflating Factor
WHO	=	World Health Organization

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1. Data <i>Turnover Intention</i> Dokter di RS Harapan Sehati, 2017-2018(DiolahPenulis).....	16
Tabel 1.2. Perhitungan <i>Turnover Intention</i> dokter umum di RS Harapan Sehati. ....	17
Tabel 1.3.Tabel <i>Turnover</i> Pekerja Dokter Umum dan Gigi RS Harapan Sehati 2017-2018.....	18
Tabel 1.4. Tabel Kinerja <i>Turnover</i> Kelompok Dokter Spesialis Selama 2 Tahun.....	18
Tabel 1.5. Mutasi Dokter Spesialis Setiap Bulan.....	19
Tabel 1.6. <i>Turnover Intention</i> Trend 2014, (Sumber : Compensation Force.com).....	21
Tabel 2.1 Content and Process Theories of Satisfaction.....	29
Tabel 3.1. Keterangan Dimensi pada kerangka penelitian yang akan digunakan.....	66
Tabel 3.2. Keterangan Dimensi pada kerangka penelitian yang akan digunakan.....	67
Tabel 3.3. Keterangan Dimensi pada kerangka penelitian yang akan digunakan.....	71
Tabel 3.4. Karakteristik Sampel.....	72
Tabel 5.1 Sumber Daya Manusia di RS Harapan Sehati per Mei 2020.....	85
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di RS Harti Tahun 2020.....	87
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Usia di RS Harti Tahun 2020.....	87
Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Status Pernikahan di RS Harti Tahun 2020.....	88
Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Status Tingkat Pendidikan di RS Harti Tahun 2020.....	88
Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Status Pengalaman Kerja di RS Harti Tahun 2020.....	89

Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Penghasilan di RS Harti Tahun 2020.....	90
Tabel 5.8 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Pekerjaan di RS Harti Tahun 2020.....	90
Tabel 5.9 Deskripsi Variabel Pekerjaan di RS Harti Tahun 2020 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tabel 5.10 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Promosi di RS Harti Tahun 2020.....	91
Tabel 5.11 Deskripsi Variabel Promosi di RS Harti Tahun 2020.....	92
Tabel 5.12 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Pembayaran di RS Harti Tahun 2020.....	93
Tabel 5.13 Deskripsi Variabel Pembayaran di RS Harti.....	93
Tabel 5.14 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap pengawasan di RS Harti Tahun 2020 .....	94
Tabel 5.15 Deskripsi Variabel Pengawasan di RS Harti.....	95
Tabel 5.16 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Kebijakan RS di RS Harti Tahun 2020.....	95
Tabel 5.17 Deskripsi Variabel Kebijakan RS di RS Harti.....	96
Tabel 5.18 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap <i>Environment</i> (Pasien) di RS Harti Tahun 2020.....	97
Tabel 5.19 Deskripsi Variabel Environment di RS Harti Tahun 2020 .....	97
Tabel 5.20 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Sesama Pekerja Seprofesi di RS Harti Tahun 2020.....	98
Tabel 5.21 Deskripsi Variabel Sesama Pekerja Seprofesi di RS Harti Tahun 2020 .....	99
Tabel 5.22 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Komitmen Afektif di RS Harti Tahun 2020 .....	99
Tabel 5.23 Deskripsi Variabel Komitmen Afektif di RS Harti Tahun 2020 .....	101
Tabel 5.24 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Komitmen Keberlangsungan (Biaya) di RS Harti Tahun 2020 .....	101



Tabel 5.25 Deskripsi Variabel Komitmen Keberlanjutan di RS Harti Tahun 2020 .....	103
Tabel 5.26 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Komitmen Normatif di RS Harti Tahun 2020 .....	104
Tabel 5.27 Deskripsi Variabel Komitmen Normatif di RS Harti Tahun 2020 .....	106
Tabel 5.28 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap “ <i>Intent to Stay</i> ” di RS Harti Tahun 2020 .....	106
Tabel 5.29 Deskripsi Variabel <i>Intent to Stay</i> di RS Harti Tahun 2020.....	107
Tabel 5.30 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap “ <i>Intent to Leave</i> ” di RS Harti Tahun 2020 .....	108
Tabel 5.31 Deskripsi Variabel <i>Intent to Leave</i> di RS Harti Tahun 2020 ...	108
Tabel 5.32 Tabel <i>Outer Loading</i> Model Awal.....	109
Tabel 5.33 Nilai AVE ( <i>Average Variant Extracted</i> ) Model Awal.....	110
Tabel 5.34 Tabel <i>Cross Loading</i> Model Awal.....	111
Tabel 5.35 Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT) Model Awal .....	112
Tabel 5.36 Nilai <i>Composite Reability</i> Model Awal .....	112
Tabel 5.37 Nilai <i>Cronbach’s Alpha</i> Model Awal .....	113
Tabel 5.38 Tabel <i>Outer Loading</i> Model Baru.....	115
Tabel 5.39 Nilai AVE ( <i>Average Variant Extracted</i> ) Model Baru .....	116
Tabel 5.40 Tabel <i>Cross Loading</i> Model Baru.....	116
Tabel 5.41 Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT) Model Baru .....	117
Tabel 5.42 Nilai <i>Composite Reability</i> .....	118
Tabel 5.43 Nilai <i>Cronbach’s Alpha</i> .....	118
Tabel 5.44 Nilai <i>R-square</i> .....	119
Tabel 5.45 Hubungan Antara Job satisfaction dan Turnover Intention(Path Coefficients) .....	120
Tabel 5.46 Hubungan Antara Job satisfaction dan Organizational Commitment(Path Coefficients).....	121
Tabel 5.47 Hubungan Antara Organizational Commitment dan Turnover Intention (Path Coefficients) .....	122

Tabel 5.48 Hubungan Antara Job Satisfaction dan <i>Turnover Intention</i> dengan Variabel Mediasi <i>Organization Commitment (Indirect Effects)</i> .....	122
--	-----

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar .1.2. Grafik Pergerakan <i>Turnover Intention</i> Trends 2008-2013 (Sumber : Compensation Force.com) .....	20
Gambar 2.1 Intention <i>Turnover</i> Model For The Health Service Administrator (Sumber : Abelson, 1986. Strategic Management of <i>Turnover</i> : a model for the health service administrator) ...	31
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	55
Gambar 3.1. Model Penelitian yang akan digunakan .....	56
Gambar 3.2. Model mediasi sederhana .....	79
Gambar 5.1 Evaluasi Outer Model (PLS Algorithm) pada Model Awal....	114
Gambar 5.2 Bagan Model Baru .....	115
Gambar 5.3 Evaluasi Outer Model(PLS Algorithm) pada Model Baru.....	119
Gambar 5.4 <i>Bootstrapping</i> Model Baru( <i>P-Value</i> ) .....	123

## **DAFTAR LAMPIRAN**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Karyawan merupakan aset perusahaan dan pelaku utama produksi serta pemasaran hasil. Tidak mungkin strategi bisnis akan tercapai apabila tidak ada pelakunya karena itu karyawan selalu menjadi pusat perhatian berbagai pihak. Sumber daya manusia dalam hal ini adalah karyawan merupakan unsur investasi efektif perusahaan. Namun pihak manajemen sering menilai bahwa karyawan yang digunakan sebagai aset produksi dapat dipindah bahkan dihilangkan begitu saja demi tuntutan bisnis dalam bentuk perampangan jumlah karyawan. Hal ini sangat dipengaruhi oleh kurangnya wawasan para manajemen dalam memahami adanya asset intangible yakni pengetahuan.

Salah satu kunci keberhasilan suatu rumah sakit adalah bergantung pada sumber daya manusia yang secara langsung atau tidak langsung memberi kontribusi pada rumah sakit (Mangkuprawira, 2007). Menurutnya karyawan memiliki kebutuhan materi dan non materi untuk dihargai dan diakui oleh organisasinya. Bentuk kebutuhan akan penghargaan itu dapat berupa nilai jasa yang dikeluarkan untuk organisasi yakni berupa kompensasi dan karir yang diterimanya. Namun jenis kebutuhan seperti ini dianggap tidak cukup.

Selain itu tiap karyawan ingin dihargai sebagai anggota sistem sosial dalam organisasi. Artinya mereka ingin diperhatikan dan didengar tentang pendapat dan gagasannya, dan begitu juga mengenai kehidupan pribadi dan keluarganya. Bahkan tidak jarang karyawan ingin diberikan suasana tantangan dalam pekerjaannya.

Sumber daya manusia dipandang sebagai aset perusahaan yang penting, karena manusia merupakan sumber daya yang dinamis dan selalu dibutuhkan dalam proses produksi barang maupun jasa. Menurut Cascio (1987) manusia adalah sumber daya yang sangat penting dalam bidang industri dan organisasi, oleh karena itu pengelolaan sumber daya mencakup penyediaan

tenaga kerja yang bermutu, mempertahankan kualitas dan mengendalikan biaya ketenagakerjaan.

Terjadinya turnover merupakan suatu hal yang tidak dikehendaki oleh perusahaan. Turnover karyawan memang merupakan masalah klasik yang sudah dihadapi para pengusaha sejak era revolusi industri. Kondisi lingkungan kerja yang buruk, upah yang terlalu rendah, jam kerja melewati batas serta tiadanya jaminan sosial merupakan penyebab utama timbulnya turnover pada waktu itu (Mc Kinnon, 1979).

Dewasa ini masalah turnover sangat diperhatikan oleh para pakar ekonomi dan sosial, karena ditinjau dari berbagai sisi perusahaan akan mengalami kerugian (Cawsey dan Wedley, 1987). Terlebih jika turnover tersebut terjadi dalam manajemen lini menengah, kerugian yang ditanggung oleh perusahaan akan semakin membengkak (Hartati, 1992).

#### A.1. Komitmen Organisasi Di Antara Pengacara, Akuntan dan Dokter Medis

Arah perkembangan bisnis saat ini mengarah ke cara yang digunakan oleh organisasi untuk meningkatkan kepuasan pelanggan, melalui penempatan peran dan fokus pada manusia, baik sebagai karyawan atau konsumen. Dengan demikian, aspek manajemen sumber daya manusia semakin penting untuk dianalisis secara lebih mendalam tentang konsekuensi komitmen dan persepsi karyawan yang berbeda terhadap organisasi.

*Sumber daya manusia dianggap sebagai sumber utama inovasi dan strategi untuk organisasi.* Pentingnya sumber daya manusia dalam memimpin organisasi, baik secara praktis maupun teoretis, untuk mengembangkan daya saing sumber daya manusia sebagai nilai fundamental organisasi (Ghorbanhosseini, 2013).

*Komitmen organisasi adalah salah satu variabel yang paling sering dianalisis dalam literatur organisasi ilmu manajemen.* Banyak sarjana tertarik pada bidang ini sejak Meyer dan Allen (1998) mengusulkan sebuah model konstruksi tiga dimensi. Sejak itu, banyak penelitian tentang komitmen organisasi muncul.

Diskusi tentang komitmen itu bukan lagi dorongan untuk menjadi karyawan dalam suatu organisasi, tetapi telah menjadi lebih pada *dorongan emosional* dari profesi karyawan dalam organisasi tempat mereka bekerja (Meyer & Allen, 1998). Banyak penelitian yang membahas organization commitment sebagai pekerjaan profesional, khususnya **akuntan** (misalnya, Lander, Koene, & Linszen, 2013; Singh & Gupta, 2015; Chong & Monroe, 2015; Sejjaka & Kaawaase, 2014; Olsen, Sverdrup, Nesheim, & Kalleberg, 2016; Welsch & LaVan, 1981; Aranya & Ferris, 1984; Morrow & Wirth; 1989; Aranya & Amernic, 1981; Reed, Kratchman, & Strawser, 1994; Ketchand & Strawser, 1998), **perawat dan karyawan rumah sakit** (misalnya, Li, Early, Mahrer, Klaristenfeld, & Gold, 2014; Top, Akdere, & Tarcan, 2015; Fu & Deshpande, 2014; Yang, Liu, Chen, & Pan, 2014; Lisdiyono & Asyhar Assalmani, 2017; Laschinger, Nosko, Wilk, & Finegan, 2014; Nesje, 2015; Sharma & Dhar, 2016; Veličković et al., 2014; Yang, Liu, Huang, & Zhu, 2013; Blau, 1999; Mosadeghrad, Ferlie, & Rosenberg, 2008; Lum, Kervin, Clark, Reid, & Sirola, 1998; Ingersoll, Olsan, Drew-Cates, DeVinney, & Davies, 2002; Kuokkanen, Leino-Kilpi, & Katajisto, 2003; Lu, Lin, Wu, Hsieh, & Chang, 2002), **pengacara** (misalnya, Wallace, 1995a; Lu, Liang, & Li, 2014), dan **guru** (Nart & Batur, 2014; Bogler & Somech, 2004).

Namun, studi tersebut hanya membahas satu faktor tertentu dari pekerjaan profesional, yaitu faktor *komitmen organisasi*. Selain itu, hanya ada beberapa penelitian yang mempertimbangkan kesamaan beberapa pekerjaan (misalnya, Mathieu & Zajac, 1990; Meyer, Allen, & Smith, 1993).

Dalam hal tersebut, makalah ini akan mencoba menganalisis lebih lanjut tentang hubungan ketiga faktor dependen (kepuasan kerja, komitmen organisasi dan niatan untuk keluar masuk di suatu perusahaan) dan akan memberikan ringkasan yang lebih berharga dari hasil penelitian sebelumnya dalam hubungan komitmen organisasi dan pekerjaan profesional.

Studi ini diharapkan akan bermanfaat untuk memberi masukan bahwa penelitian lebih lanjut harus mempertimbangkan beberapa karakteristik khusus

pekerjaan profesional yang sangat berbeda dari jenis pekerjaan lain. Akhirnya, makalah ini juga menyediakan meta analisis yang meneliti kesamaan hasil statistik studi sebelumnya, secara empiris memberikan lebih banyak konsep mapan komitmen kerja profesional.

Sangat menarik untuk menganalisis komitmen organisasi antara profesi. Mengoptimalkan multi-sektoral profesi bergantung pada kolaborasi manajer program, akuisisi sumber daya manusia, dan bisnis dan keuangan profesional (Suharnomo, 2017). Ketika para profesional bekerja di organisasi birokrasi, mereka cenderung merasakan tujuan yang saling bertentangan dan dipaksa untuk memilih satu loyalitas daripada yang lain. Dalam keadaan seperti itu, mereka sering diharapkan lebih berkomitmen pada profesinya daripada pada organisasi.

Karakteristik pekerjaan mereka, yang kadang-kadang menjumpai konsumen atau pihak eksternal, menempatkan diri mereka dalam situasi yang ambigu. Misalnya, seorang pengacara yang menangani klien pribadi atau organisasi, atau seorang dokter medis yang mampu melakukan praktik klinis di rumah sakit, dan akuntan yang selalu dikaitkan dengan pihak eksternal daripada yang terkait langsung ke organisasi tempat mereka bekerja. Para profesional ini mungkin memiliki keterikatan dengan organisasi mereka untuk hal-hal tertentu yang belum tentu terkait dengan pencapaian organisasi, di luar investasi individu.

Sementara itu para profesional lain merasakan nilai-nilai, tujuan, dan kepercayaan organisasi yang dapat mengarahkan komitmen mereka (Rusu, 2013; Ghorbanhosseini, 2013; Gokce, Guney, & Katrinli, 2014). Profesional multi-sektoral sering bekerja di bawah budaya dan struktur organisasi yang berbeda.

Staf profesional sering bekerja dalam kondisi yang lebih stabil dan akrab dalam kaitannya dengan tujuan organisasi dengan kebijakan yang ditetapkan. Dengan demikian, mereka sering merasa memiliki kapasitas untuk secara langsung membantu organisasi yang mempekerjakan mereka. Kesetiaan kepada organisasi tampaknya juga bergantung pada peluang profesional untuk peningkatan karier.



Bagi banyak pengacara, motivasi ini adalah penentu paling penting dari komitmen profesional mereka. Pengacara yang bekerja di organisasi non-profesional umumnya kurang berkomitmen pada profesi mereka. Profesional dan organisasi non-profesional berbeda dalam pengambilan keputusan terkait kemajuan karier profesional mereka khususnya dalam promosi karier. Fakt-fakta ini mengungkapkan bahwa tingkat komitmen organisasi di kalangan pengacara sering berbeda untuk setiap jenis organisasi (Wallace, 1995).

Komitmen organisasi di antara para profesional keuangan, seperti akuntan, tidak secara langsung berkaitan dengan kinerja dan hasil penilaian yang melibatkan kepentingan pemangku kepentingan dalam layanan profesional, seperti audit. Mereka umumnya bekerja di bawah lingkungan kompetitif yang berfokus pada masalah individu. Profesional keuangan cenderung melayani pelanggan secara individu dan membangun hubungan pribadi antara profesional dan pelanggan yang sering mengikat mereka dalam ikatan yang lebih dalam dengan pelanggan.

Kondisi ini memungkinkan mereka untuk menghabiskan lebih banyak waktu dengan pelanggan dan memberi mereka pemahaman yang lebih besar tentang kebutuhan pelanggan. Karenanya, organisasi itu mempekerjakan profesional keuangan, mungkin menghadapi masalah komitmen karyawan apakah mereka lebih mungkin berkomitmen untuk organisasi atau kepada pelanggan yang mereka layani.

Dalam hal ini, *Furtmueller et al. (2011)* menyarankan organisasi harus berinvestasi lebih banyak untuk karyawan tetap dan menjalin hubungan jangka panjang dengan karyawan tetap. Organisasi juga perlu membuat ikatan dengan profesional keuangan yang mungkin dapat meminimalkan konflik komitmen dan juga memberikan insentif kompetitif bagi mereka (Furtmueller, 2011).

Namun, ada perbedaan gender dalam komitmen organisasi di antara para profesional keuangan. (Reed et al. 1994) menyatakan bahwa akuntan wanita pada umumnya kurang memiliki komitmen terhadap organisasi dibanding akuntan pria. Akuntan perempuan dengan orientasi eksternal mereka sering merasa

kurang nyaman dengan posisi mereka dalam suatu organisasi, dan cenderung bermaksud mencari peluang lain di luar. Selain itu, pengalaman kerja berhubungan positif dengan tingkat komitmen organisasi seseorang.

Memiliki masa kerja yang lebih pendek berhubungan positif dengan kepuasan kerja profesional wanita dan berhubungan positif dengan komitmen organisasi pada pria. Sementara itu, memiliki masa kerja yang lebih lama berhubungan positif dengan komitmen organisasi pada wanita. ***Semakin lama masa kerja suatu akuntan, semakin lama mereka cenderung tinggal di suatu organisasi.*** Dalam konteks ini, akuntan wanita dengan orientasi primereksternal lebih cenderung membutuhkan *pencapaian tinggi* dan *aktualisasi diri*.

Organisasi perlu memberikan *apresiasi, dukungan finansial, dan emosional yang berkelanjutan* kepada karyawan mereka secara berurutan untuk mempertahankan mereka dalam jangka panjang. Selain itu, beberapa masalah yang berkaitan dengan *lingkungan fisik* juga ada hubungan dengan komitmen organisasi karyawan.

Misalnya, desain ulang lingkungan kantor adalah satu faktor yang dapat meningkatkan komitmen karyawan, yang menikmati bekerja di lingkungan yang nyaman. Kenyamanan dan perhatian menyediakan lingkungan yang memungkinkan yang sering mendorong karyawan dan membantu mereka merasa seperti mereka ingin tinggal lebih lama di kantor. Kesimpulannya, *penghargaan organisasi merupakan salah satu faktor penghargaan terhadap karyawan untuk dapat meningkatkan komitmen karyawan* (Morrow, 2012).

Sementara itu, beberapa penelitian mengungkapkan bahwa *dokter memiliki tingkat budaya organisasi yang rendah*. Sebagai contoh, dokter dalam pola kepemimpinan rumah sakit di Turki terkait erat dengan pola budaya organisasi, akan tetapi *perilaku kepemimpinan dan budaya organisasi tidak selalu memengaruhi komitmen mereka terhadap organisasi*. Temuan dari penelitian ini menunjukkan bahwa **kesetiaan dokter tidak dipengaruhi oleh budaya organisasi.**

Dokter Turki cenderung bekerja di klinik swasta di luar jam kerja di rumah sakit yang ditugaskan. Hal ini sebagai dasar alasan mengapa dokter medis memiliki budaya yang rendah dari organisasi yang berbasis rumah sakit. Untuk mengatasi situasi ini, rumah sakit harus menetapkan *skema partisipasi penuh* di antara karyawan, dengan melibatkan mereka dalam proses pengambilan keputusan, dan mendelegasikan tanggung jawab dalam organisasi (Gokce et al., 2014).

Skema partisipasi yang efektif akan mencegah persepsi negatif dokter tentang kebijakan rumah sakit. Ini pada gilirannya akan berdampak pada peningkatan level Komitmen Organisasional. Sebuah studi (Hoff dan Mandell 2001) mengungkapkan komitmen eksekutif ganda di antara dokter menemukan bahwa eksekutif lebih mampu menyeimbangkan komitmen organisasi dan komitmen profesional.

Mereka *menunjukkan komitmen organisasi yang meninggi ketika lingkungan kerja nyaman dan mendukung*. Komitmen ganda ini mencerminkan sikap kerja yang mendorong keberhasilan dalam peran manajemen, terutama dalam meningkatkan **kenyamanan lingkungan kerja**, memberikan **dukungan emosional** yang cukup, dan **insentif yang tinggi untuk dokter**.

Komitmen organisasi ada pada setiap tingkat hierarki. Orang-orang dalam organisasi di setiap tingkat organisasi memandang berbagai hal secara berbeda. Studi Sisodia dan Das (2013) yang dilakukan di India mengungkapkan bahwa di antara perbedaan-perbedaan ini, *otonomi kerja secara signifikan mempengaruhi komitmen organisasi* yang memberi otorisasi tingkat otonomi kerja yang lebih besar, sehingga lebih mungkin dipercaya oleh karyawan.

Karyawan dapat mengelola jadwal mereka sendiri dan bebas untuk membuat keputusan terkait pekerjaan mereka. Oleh karena itu, mereka merasakan apresiasi yang lebih besar dari organisasi mereka, dibandingkan dengan mereka yang kurang otonom dan memiliki otoritas pengambilan keputusan.

Namun, karyawan dengan otonomi yang lebih besar umumnya menunjukkan tingkat komitmen yang lebih tinggi daripada jika mereka diberi lebih sedikit otonomi kerja. Sementara yang sebaliknya berlaku untuk karyawan dengan otonomi yang kurang. Karenanya, *otonomi adalah variabel penting untuk pembuat keputusan terutama untuk karyawan di posisi yang lebih senior* (Sisodia & Das, 2013).

Kombinasi berbeda dari banyak komitmen kini telah menjadi masalah yang menantang dalam banyak organisasi. Salah satunya adalah studi tentang komitmen karyawan yang berfokus pada divisi organisasi yang lebih kecil seperti divisi, cabang, dan tim dalam organisasi (Meyer et al., 1998).

Perspektif komitmen organisasi berbeda di antara karyawan dari berbagai profesi mungkin menjelaskan perlunya menetapkan kebijakan manajerial. Manajer sebaiknya lebih cenderung berfungsi sebagai jembatan antara karyawan dan organisasi dalam mencapai kinerja dan tujuan organisasi.

Dalam menilai komitmen organisasi di antara para profesional yang berbeda, ada kebutuhan untuk menilai beberapa kebijakan berbeda untuk setiap organisasi. Secara praktis, penelitian ini mengungkap beberapa implikasi itu berfokus pada pengembangan kebijakan manajerial untuk meningkatkan komitmen organisasi karyawan di antara profesional.

Organisasi yang mempekerjakan pengacara harus memberikan jabatan dan peran pekerjaan yang ditunjuk untuk mereka. Karenanya, manajemen profesional dalam organisasi adalah penting. Untuk organisasi dengan keuangan profesional, perlu untuk memberikan variasi tugas untuk meningkatkan kenyamanan pekerjaan mereka, mengurangi jumlah karyawan kontrak untuk pekerjaan profesional dan membangun ikatan antara organisasi dan karyawan secara emosional.

Rumah sakit perlu membangun budaya organisasi, karena pada kenyataannya banyak dokter mempunyai budaya organisasi yang rendah. Sedangkan perawat pada umumnya lebih dapat diandalkan dengan subkultur organisasi.

Peran pemimpin sangat penting dalam membangun budaya organisasi dan kebijakan manajerial yang tepat. Akhirnya, masing-masing organisasi harus *meningkatkan kepercayaan karyawan mereka dengan memberikan tingkat otonomi kerja yang lebih tinggi*. Organisasi budaya perlu diperkuat untuk membangun lingkungan yang kompetitif di antara semua karyawan.

#### A.2. Survey Terkait Turnover Intention

Salah satu prediksi *Human Resource* (HR) awal tahun yang perlu diantisipasi adalah (masih) tingginya angka turnover karyawan. Segenap pimpinan HR perlu memastikan bahwa organisasi mereka berusaha meningkatkan upaya retensi terhadap karyawan terbaik dengan mengkomunikasikan secara jelas harapan-harapan mengenai reward, kerja dan produktivitas, dan kemudian menyelaraskannya dengan bisnis.

Menurut 2007/2008 Global Strategic Rewards yang dilakukan perusahaan konsultan HR Watson Wyatt Worldwide yang berpusat di Washington, memetakan harapan-harapan kandidat dan memasukannya ke dalam program-program reward adalah langkah efektif untuk mencapai terciptanya iklim ketenagakerjaan yang lebih loyal. Studi tersebut menemukan, hampir 7 dari 10 (69%) karyawan yang mengatakan bahwa pimpinan mereka yang sukses dalam mewujudkan janji-janji yang mereka buat tentang ketenagakerjaan dan reward, memiliki tingkat keterikatan yang tinggi terhadap pekerjaan mereka.

Selanjutnya, Survey Managing Consultant PT. Watson Wyatt Indonesia (2017) menunjukkan turnover untuk posisi-posisi penting (level manajerial dan di atasnya) dengan keahlian khusus di industri perbankan antara 6,3%-7,5%, yang salah satu penyebabnya adalah tingginya posisi tawar mereka terhadap perusahaan tempat mereka bekerja. Sementara turnover karyawan di industri pada umumnya hanya berkisar 0,1-0,74%.

Turnover yang terjadi merugikan perusahaan baik dari segi biaya, sumber daya, maupun motivasi karyawan. Turnover yang terjadi berarti perusahaan

kehilangan sejumlah tenaga kerja. Kehilangan ini harus diganti dengan karyawan baru.

Studi lainnya juga telah dilakukan oleh National Healthcare Retention & RN Staffing Report di Amerika Serikat, menunjukkan rata-rata tingkat turnover rumah sakit pada tahun 2017. Tingkat turnover di industri kesehatan telah meningkat hampir 5% selama dekade terakhir.

Rata-rata tingkat turnover rumah sakit pada tahun 2017 adalah 18,2%, yang merupakan turnover tertinggi yang tercatat di industri selama hampir satu dekade. Sejak 2013, rata-rata rumah sakit mengganti lebih dari 85,2% tenaga kerjanya. Analisis pasar mengatakan bahwa pergantian perawatan kesehatan adalah yang terburuk kedua, setelah *hospitality*.

Bersamaan dengan berkembangnya industri kesehatan, sekitar 40% rumah sakit yang disurvei dalam laporan yang sama, telah nerudaha untuk mengantisipasi peningkatan turnover tenaga kerja sepanjang tahun 2018. Perpaduan antara pergantian dan pertumbuhan yang tinggi menciptakan kesenjangan staf yang berdampak pada bottom line rumah sakit.

Ketika kesenjangan tenaga kerja tumbuh, penting untuk mengidentifikasi area-area dalam industri perawatan kesehatan yang sangat rentan terhadap pergantian dan mempelajari apa yang dapat kita lakukan untuk memperlambat laju turnover.

Hasil studi tersebut membagi dua faktor penyebab tertinggi yaitu pertama dengan tenure (masa jabatan/masa kerja) dimana 23,8% dari semua karyawan baru tersisa dalam satu tahun, yang menyumbang 32,0% dari semua *turnover* layanan kesehatan dan 53,3% karyawan yang pergi dalam kurun waktu kurang dari dua tahun di fasilitas mereka.

Kedua oleh fasilitas, dimana tingkat turnover saat ini untuk rumah sakit perawatan adalah 18,2%, dengan fasilitas milik pemerintah mengalami tingkat turnover total tertinggi (19%).

Untuk pola retensi tenaga kesehatan, beberapa pola pergantian muncul dengan sendirinya. Berikut data turnover berdasarkan Profesi Medis :

- a. Asisten Perawat Bersertifikat (CNA) 27,7%
- b. Asisten Dokter (PA) 14,2%
- c. Terapis Fisik 10,7%
- d. Teknologi Medis 10,5%
- e. Apoteker 8,3%
- f. Teknologi Radiologi 10,8%
- g. Teknologi Perawatan Pasien (PCT) 19,3%

Selain itu, untuk CEO atau pimpinan rumah sakit mengalami tingkat turnover sekitar 18%.

Pada 2015 (data turnover karyawan kesehatan terbaru yang dapat kami temukan), tingkat turnover di antara dokter perawatan primer dan dokter keluarga rata-rata sekitar 14%, setiap tahun.

Secara demografis, faktor usia dapat berperan dalam tingkat turnover, terutama untuk dokter perawatan primer di daerah pedesaan. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa tingkat turnover di antara dokter yang lebih muda (yaitu, mereka yang berusia 45 dan lebih muda) kira-kira dua kali lipat dari dokter yang lebih tua, yaitu 9 persen dibandingkan dengan 17 persen, masing-masing.

Studi lainnya ditulis oleh Megan Wells seorang jurnalis data dan konten strategik perusahaan berbasis di San Francisco, Californiadan bekerja di Fox, Nasdaq, MSN, Motley Fool diterbitkan di. dalam tulisannya yang diterbitkan di Motley Fool “Exceptional Women In Publishing conference, 2015” menyebutkan bahwa tingkat turnover diperparah oleh posisi yang tidak terisi untuk jangka waktu yang lama.

Meskipun masalah kekurangan keperawatan telah menyita banyak perhatian media, itu bukan satu-satunya peran yang sulit untuk diisi dalam industri perawatan kesehatan. Baru-baru ini juga telah disusun daftar posting pekerjaan perawatan kesehatan dari situs mereka dan menganalisa posisi yang dibiarkan tidak terisi selama dua bulan atau lebih. Digunakan persentase pekerjaan yang tidak terisi sebagai proxy untuk kesulitan perekrutan.

Hasilnya, mereka mengidentifikasi pekerjaan berikut, 15 yang paling sulit diisi dalam perawatan kesehatan yaitu : Ahli paru, Ahli reumatologi, Praktisi keperawatan, Perawat Agensi, Dokter Jantung, Ahli Radiologi, Dokter pengobatan darurat, Psikiater, Ahli bedah vaskular, Ahli Urologi, Dokter Kulit, Ahli THT, Direktur medis senior, Ahli Saraf dan Nocturnist. Dampak kekosongan ini adalah semakin lama pekerjaan tidak terisi atau kosong, semakin berdampak pada performa laba bersih rumah sakit.

Hasil lainnya adalah untuk staff office, lebih dari 60 persen responden dalam jajak pendapat STAT baru-baru ini dari Asosiasi Manajemen Grup Medis (MGMA) mengatakan organisasi mereka mengalami kesulitan dalam merekrut dan mempertahankan staf non-klinis. Secara khusus, studi MGMA menunjukkan tingkat turnover rata-rata sebagai berikut untuk posisi non-dokter: 1) Pergantian staf pendukung operasi bisnis: 9,92%, 2) Pergantian staf pendukung klinis: 15,83%, dan 3) Pergantian staf dukungan front office: 20%.

Seperti yang dilihat pada data diatas, pergantian paling umum terjadi pada staf *front-office*. Ini dapat merusak layanan kualitas dan layanan pelanggan, karena staf kantor sering diakui sebagai wajah bisnis. Alasan untuk masalah rekrutmen umumnya dikaitkan dengan kurangnya kemajuan karir di bidang penagihan dan pengkodean medis.

Selain itu, jajak pendapat MGMA yang sama menunjukkan sepertiga dari fasilitas melaporkan turnover yang lebih rendah setelah menaikkan upah untuk staf non-klinis yang menunjukkan bahwa kesehatan finansial mungkin memainkan peran yang kuat dalam metode retensi.

Hasil berikutnya adalah tentang biaya pergantian dan kesenjangan staf. Ada banyak faktor yang masuk ke dalam biaya turnover. Sebagai contoh, ketika seorang profesional kesehatan pergi, rumah sakit harus menjelaskan: 1) Biaya kepegawaian: pembayaran lembur, perawat agen, perawat perjalanan. 2) Kontinuitas perawatan. 3) Biaya pelatihan. 4) Beban kerja staf. 5) Tingkat kecelakaan. 6) Ketidakhadiran. 7) Ketidakpuasan staf medis. Belum lagi,



program-program seperti yang didedikasikan untuk bimbingan dan pengembangan profesional.

Pakar industri memperkirakan biaya rata-rata pergantian, di semua pekerjaan di industri perawatan kesehatan, adalah sekitar \$ 60.000, meskipun posisi spesifik akan memiliki dampak yang berbeda-beda pada setiap rumah sakit. Misalnya, biaya rata-rata turnover untuk perawat terlatih diperkirakan \$ 49.500 tetapi biaya dapat berkisar dari \$ 38.000 hingga \$ 61.100 tergantung pada rumah sakit dan lokasi. Dan beberapa laporan memperkirakan bahwa mengganti dokter setidaknya \$ 200.000 tetapi dapat mencapai \$ 1 juta per dokter yang keluar.

Dari data dapat diketahui bahwa penurunan tingkat turnover harus menjadi perhatian utama semua fasilitas kesehatan untuk melindungi keuntungan dan reputasi mereka. Memahami mengapa pergantian adalah masalah dalam industri kesehatan adalah langkah pertama untuk bisa menyelesaikannya.

Masalah utama yang mungkin mempengaruhi angka pergantian adalah sebagai berikut:

- Kurangnya pendayagunaan di tempat kerja
- Pasar tenaga kerja yang ketat, dan persaingan yang ketat untuk bakat
- Generasi Baby boomer mencapai usia pensiun dan meninggalkan lowongan
- Pencari pekerjaan baru

Para pimpinan di bisnis kesehatan percaya bahwa kunci untuk menyelesaikan masalah turnover terletak pada kemampuan untuk meningkatkan keterlibatan di tempat kerja. Keterlibatan/pendayagunaan yang ditingkatkan dapat meminimalkan pertimbangan pekerja terhadap peluang pekerjaan lain, menarik bakat-bakat top dalam lanskap kompetitif, dan membuat karyawan puas. Cara merekrut, mempertahankan, dan keterlibatan dalam merekrut, mempertahankan, dan melibatkan karyawan adalah suatu keharusan untuk terus melindungi tenaga perawat, moral staf, dan keuntungan perusahaan.

Perusahaan harus mengeluarkan biaya mulai dari perekrutan hingga mendapatkan tenaga kerja siap pakai. Keluarnya karyawan berarti ada posisi tertentu yang lowong dan harus segera diisi. Selama masa lowong maka tenaga kerja yang ada kadang tidak sesuai dengan tugas yang ada sehingga menjadi terbengkalai. Karyawan yang tertinggal akan terpengaruh motivasi dan semangat kerjanya. Karyawan yang sebelumnya tidak berusaha mencari pekerjaan baru akan mulai mencari lowongan kerja, yang kemudian akan melakukan turnover. Hal ini jelas membawa kerugian karena itu perlu diusahakan pemecahannya.

Menurut World Health Organization(WHO), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif) penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif), kepada masyarakat. Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit merupakan suatu organisasi jasa yang memproses input dan menghasilkan jasa pelayanan ( Djafar dkk,2012).

Dalam kerangka tatanan Sistem Kesehatan Nasional (SKN), Rumah sakit menjadi salah satu unsur yang harus dapat memenuhi tujuan pembangunan kesehatan yaitu untuk mencapai kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Rumah Sakit, tidak bisa dipungkiri bahwa saat ini disamping berperan sebagai unit sosial, namun juga sudah menjalani peran sebagai unit usaha yang menghasilkan profit. Sehingga persaingan usaha di bidang perumahaan ini begitu sangat ketat dan dinamis. Untuk itu agar dapat survive dan unggul, sebuah Rumah Sakit membutuhkan pengelolaan yang profesional.

Disadari bahwa dalam pengelolaan Rumah Sakit harus dilaksanakan secara profesional, team manajemen harus mendudukan “*stakeholders*” sebagai aset dan modal usaha yang sangat potensial dan harus “dikelola” dengan tepat, untuk keuntungan Rumah Sakit, demi tercapainya tujuan Rumah Sakit. Sehingga manajemen Rumah Sakit harus berorientasi dan memperhatikan kepentingan

para stakeholdersnya, seperti misalnya Owner, pelanggan, karyawan dan yang lainnya, serta yang terpenting dalam hal dapur utama pelayanannya yaitu dokter.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran faktor individu, sosial, dan organisasi, dan tingkat kepuasan kerja karyawan, komitmen rasional dan niat berpindah dengan sampel karyawan rumah sakit. Kami mencoba untuk meninjau aspek kepuasan dari salah satu stakeholders, yaitu dokter.

Karena sebagai salah satu faktor utama pelayanan RS, dokter mempunyai peran vital dalam menentukan mutu pelayanan dan bahkan menentukan kelas Rumah Sakit tersebut. Disamping bahwa penelitian tentang stakeholders lainnya seperti “kepuasan pelanggan”, sudah banyak dilakukan dan dilaporkan, tapi untuk penelitian tentang “kepuasan dokter”, dari penelusuran kami, masih sangat terbatas.

Kami melakukan penelitian ini di Rumah Sakit Harapan Sehati (RS Harti) Cibinong. RS Harti adalah Rumah Sakit swasta kelas C dengan 60 tempat tidur yang diproyeksikan kedepannya untuk 110 tempat tidur, berdiri di jalan Tegar beriman Cibonong, kabupaten Bogor.

Dengan dasar pertimbangan bahwa, dengan pembiayaan dan aturan pengelolaannya yang mandiri, sehingga di satu sisi lebih fleksibel, namun di sisi lain modal pembiayaannya terbatas (tentang permenkes pengelolaan RS Swasta). Pertimbangan lain adalah RS Harti merupakan Rumah Sakit baru (operasional baru 1 tahun), sehingga masih dalam proses mencari bentuk pengelolaan yang tepat dan sesuai dengan karakteristik serta nuansa budaya manajemen yang diinginkan oleh salah satu *stake holders*, yaitu *owner*.

Sehingga diharapkan hasil penelitian ini akan dapat dimanfaatkan oleh RS Harti untuk membantu / bahan pertimbangan dalam pengelolaan dokter di RS tersebut secara khusus dan secara umum dapat dipakai untuk pertimbangan Rumah Sakit lain yang sejenis.

Di Rumah Sakit Harapan Sehati, dalam pengelolaan dokter, dijumpai permasalahan yaitu sulitnya mendapatkan dokter yang loyal (bertahan bekerja di

Rumah Sakit dalam kurun waktu lebih dari 6 bulan), tingginya *turnover* dokter dan sulitnya mendapatkan dokter.

Kepuasan adalah hal yang subyektif. Kepuasan dokter, sangat menentukan mutu pelayanan Rumah Sakit dan pada gilirannya nanti akan sangat menentukan kepuasan pelanggan (tentang kepuasan pelanggan) dan *stakeholders* lainnya.

Berdasarkan data *Turnover* pekerja yang berprofesi dokter baik dokter umum, dokter gigi dan spesialis di RS harapan Sehati sejak 2017-2018, data menunjukkan *Intention to Leave* lebih tinggi dibanding *Intention To Stay* dari 2018-2019, dari 42 dokter yang masuk ke RS Harti terdapat 19 dokter yang keluar RS dimana Dokter Umum & Gigi memiliki jumlah masuk 13 dan keluar 10 kali sedangkan untuk Dokter spesialis dari 13 dokter yang masuk menghasilkan 6 orang dokter spesialis keluar RS.

Berikut data *Turnover* pekerja di RS Harti dari 2017-2018 :

Tabel 1.1. Data *Turnover Intention* Dokter di RS Harapan Sehati, 2017-2018(DiolahPenulis).

<b>Year</b>	<b>Leave</b>	<b>Stay</b>
<b>Total 2018</b>	<b>17</b>	<b>10</b>
Doctor	12	4
Specialist	5	6
<b>Total 2019</b>	<b>2</b>	<b>13</b>
Doctor	1	6
Specialist	1	7
<b>Grand Total</b>	<b>19</b>	<b>23</b>

Selanjutnya berdasarkan data *Turnover Intention* tersebut dapat dieksplorasi lebih jauh tentang Berdasarkan data diatas tingkat *Turnover* dokter sangat tinggi di 2018 dan terjadi penurunan di 2019 ke 18% untuk kinerja *Turnover* kelompok dokter selama 2 tahun mengalami penurunan persentase.

Tabel 1.2. Perhitungan *Turnover Intention* dokter umum di RS Harapan Sehati.

General Doctors	2018
Doctors Separations For the Period	12
Beginning Jan 1st	5
Ending Dec 31st	4
Average Number of Employees During Period	4,5
<i>Turnover Rate</i>	267%
General Doctors	2019
Doctors Separations For the Period	1
Beginning Jan 1st	4
Ending Dec 31st	7
Average Number of Employees During Period	5,5
<i>Turnover Rate</i>	18%
General Doctors	2018-2019
Doctors Separations For the Period	13
Beginning Jan 1st	5
Ending Dec 31st	7
Average Number of Employees During Period	6
<i>Turnover Rate</i>	217%

Berikut detail data yang menggambarkan pergerakan mutasi jumlah dokter umum dan gigi setiap bulannya.

Tabel 1.3. Tabel *Turnover* Pekerja Dokter Umum dan Gigi RS Harapan Sehati  
2017-2018.

Year	In	Leave	Existing Doctors
<b>Doctor</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	
<b>2018</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>5</b>
1	5	3	2
2	1	1	2
3	2	2	2
4	1	1	2
5	3	2	3
6	1	1	3
8	2	2	3
9	1		4
<b>2019</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	
3	1		5
4	2		2
5	1	1	5
8	1		3
9	2		7

Berikut detail data yang menggambarkan pergerakan mutasi jumlah dokter spesialis setiap bulannya.

Tabel 1.4. Tabel Kinerja *Turnover* Kelompok Dokter Spesialis Selama 2 Tahun

Specialist	2018
Doctors Separations For the Period	5
Beginning Jan 1st	4
Ending Dec 31st	6

Average Number of Employees During Period	5
<i>Turnover Rate</i>	100%
Specialist	2019
Doctors Separations For the Period	1
Beginning Jan 1st	6
Ending Dec 31st	13
Average Number of Employees During Period	9,5
<i>Turnover Rate</i>	11%
Specialist	2018-2019
Doctors Separations For the Period	6
Beginning Jan 1st	4
Ending Dec 31st	13
Average Number of Employees During Period	8,5
<i>Turnover Rate</i>	71%

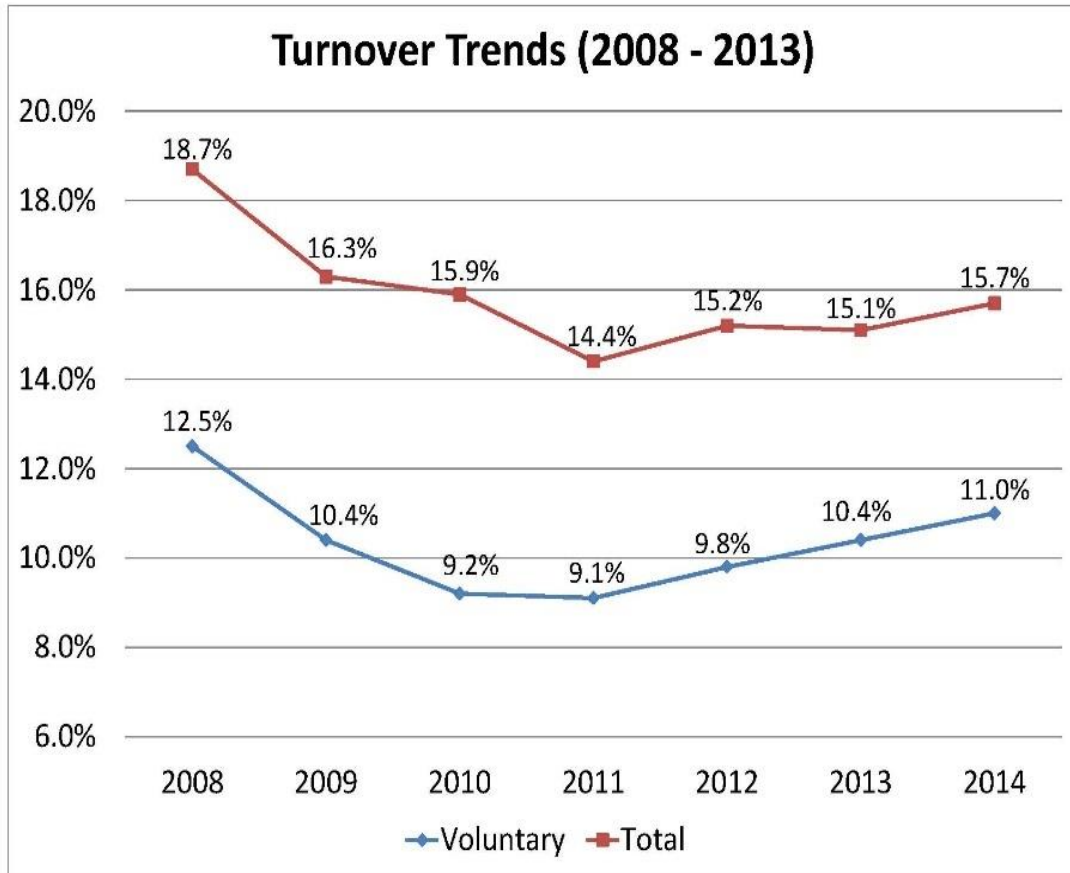
Berikut detail data yang menggambarkan pergerakan mutasi jumlah dokter spesialis setiap bulannya.

Tabel 1.5. Mutasi Dokter Spesialis Setiap Bulan.

<b>Year</b>	<b>In</b>	<b>Leave</b>	<b>Existing Doctors</b>
Specialist	19	6	
<b>2018</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
1	4	1	3
2	2	1	4
3	2	2	4
6	3	1	6
<b>2019</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	
2	1		7
4	2	1	8
5	1		9
6	1		10

7	1		11
9	2		13

Benchmarking *Turnover Intention* Per Segmen Industri



Gambar .1.2. Grafik Pergerakan *Turnover Intention* Trends 2008-2013

(Sumber : Compensation Force.com)



Tabel 1.6. *Turnover Intention* Trend 2014, (Sumber : Compensation Force.com)

2014 Voluntary Turnover	
All Industries	11.0%
Banking & Finance	13.3%
Healthcare	13.0%
Hospitality	20.2%
Insurance	8.1%
Manufacturing & Distribution	8.6%
Not-For-Profit	11.2%
Services	8.6%
Utilities	6.9%

2014 Total Turnover	
All Industries	15.7%
Banking & Finance	17.4%
Healthcare	17.5%
Hospitality	27.6%
Insurance	11.7%
Manufacturing & Distribution	13.7%
Not-For-Profit	15.6%
Services	12.5%
Utilities	8.6%

Berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa tingkat *Turnover* tenaga kerja di bidang kesehatan memiliki peringkat ke-3 dari total industri dengan nilai 13% untuk *Turnover Voluntary* dan 17.5% dari total *Turnover*.

Dari seluruh data diatas dapat dirumuskan beberapa permasalahan yang menjadi permasalahan utama dalam penelitian ini yang akan disampaikan dibawah ini.

## **B. Rumusan masalah**

Seperti kita ketahui bahwa dokter merupakan salah satu ujung tombak pelayanan di rumah sakit. Berdasarkan data statistik jumlah dokter terutama dokter spesialis di kabupaten Bogor dapat dikatakan masih kurang dibandingkan dengan jumlah rumah sakit. Dampaknya manajemen rumah sakit memiliki kesulitan untuk mendapatkan bahkan mempertahankan dokter agar tetap berpraktek di rumah sakitnya, termasuk di RS Harti. Oleh karena itu penulis tertarik untuk meneliti faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi *Turnover Intention* dokter dan dokter spesialis di RS Harapan Sehati. Diduga faktor kepuasan kerja, komitmen organisasi (yang meliputi *affective commitment*, *continuance commitment*, *normative commitment*) adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan keinginan dokter untuk bertahan.

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah yang telah diutarakan diatas, maka timbul pertanyaan penelitian yang akan diuji adalah:

1. Bagaimana pengaruh job satisfaction terhadap turnover intention?
2. Bagaimana pengaruh job satisfaction terhadap organizational commitment?
3. Bagaimana pengaruh organizational commitment terhadap turnover intention?
4. Bagaimana pengaruh faktor organizational commitment dalam memediasi job satisfaction terhadap turnover intention ?

## **C. Tujuan dan Manfaat penelitian**

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

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan pemahaman yang lebih baik tentang hubungan antara kepuasan kerja, komitmen organisasi, *Intention to Stay* dan keinginan untuk berpindah. Untuk mencapai hal ini, model penelitian ini menguji hubungan mediasi sepenuhnya dari komitmen organisasi, niat untuk

tetap pada kepuasan kerja dan keinginan berpindah dari populasi dokter umum dan dokter spesialis di RS Harti.

## C.2 Tujuan Khusus

Dari menggunakan program perangkat lunak Smart PLS3, kami akan meneliti:

1. Pengaruh Kepuasan Kerja terhadap intensi turnover para dokter di RS Harti.
2. Pengaruh Komitmen Organisasi dan *Retention to Intent* sebagai variabel perantara para dokter di RS Harti
3. Pengaruh Kepuasan signifikan terhadap intensi turnover para dokter di RS Harti.
4. Studi ini akan menghasilkan kesimpulan pada hasil : pengaruh Komitmen Organisasi dan *Intention to Stay* sebagai variabel mediasi antara kepuasan kerja dan intensi turnover dan membuktikan sebagian besar studi sebelumnya di bidang kesehatan rumah sakit.

## D. Manfaat Penelitian

Sesuai dengan tujuan penelitian yang hendak dicapai maka penelitian ini diharapkan mampu memberikan manfaat dari berbagai aspek, diantaranya ialah:

### D.1. Aspek Teoritis

Manfaat yang diambil dari segi aspek teoritis diharapkan hasil penelitian ini mampu memberikan sumbangan ilmiah dari sudut pengelolaan tenaga medis dalam hal ini dokter, agar dapat dipertahankan komitmennya.

### D.2. Aspek Metodologis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dipakai sebagai dasar dan rujukan untuk penelitian-penelitian lain dalam ruang lingkup yang sama.

### D.3. Aspek Aplikatif

Dari hasil penelitian ini diharapkan Rumah Sakit dapat mengambil manfaat dalam pengelolaan dokter di Rumah Sakit tersebut.

#### D.4. Aspek Al-Islam dan KeMuhammadiyah (AIK)

Hasil penelitian ini diharapkan InsyaAllah dapat mewujudkan hubungan yang sinergis dan saling menguntungkan antara Rumah Sakit dengan karyawan dalam hal ini khususnya dokter praktek.

#### E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini akan dibatasi pada

1. Jumlah variabel penelitian
2. Penelitian akan dilakukan di Rumah Sakit Harapan Sehati
3. Peserta penelitian adalah level fungsional dokter baik dokter umum, dokter gigi dan dokter-dokter spesialis yang bekerja di RS Harapan sehati, baik status kemitraan maupun tetap.
  1. Waktu penelitian dijadwalkan dilakukan pada Januari-Februari 2020.
  2. Data yang digunakan adalah data primer yang dikumpulkan dengan menggunakan metode angket/kuesioner. Kuesioner berisi pertanyaan yang dapat mengukur variabel-variabel yang akan di teliti. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini merupakan modifikasi dari kuesioner penelitian yang dilakukan oleh Herawaty (2012)
  3. Analisa data Menggunakan Structural Equation Modeling (SEM) Untuk menguji hipotesis, metodologi PLS akan digunakan dengan representasi grafis dari model yang dipelajari dan hasil penelitian ini

#### F. Sistematika Penulisan

Penelitian ini akan ditulis dengan sistematika sebagai berikut:

##### BAB 1           Pendahuluan

Bab pertama akan berisi tentang latar belakang masalah sebagai topik utama penelitian. Kemudian akan dibahas rumusan permasalahan yang berupa pertanyaan penelitian, yang dilanjutkan dengan tujuan penelitian dan manfaat penelitian yang hendak dicapai dalam penelitian ini.

- BAB 2**            Tinjauan Pustaka  
Bab kedua akan membahas teori-teori yang menjadi dasar dari penelitian ini.
- BAB 3**            Kerangka Konsep, Teori Dan Hipotesis  
Bab ketiga akan membahas jenis dan desain penelitian, metode sampling yang digunakan, metode pengumpulan data, operasional variabel-variabel model penelitian dan hipotesis penelitian.
- BAB 4**            Analisis Hasil Penelitian  
Bab keempat berisi uraian hasil penelitian, baik yang dilakukan secara berupa uji hipotesis dengan menggunakan perangkat statistik serta pembahasan atas hasil penelitian yang dilakukan.
- BAB 5**            Kesimpulan dan Saran :  
Bab kelima berisi kesimpulan yang diperoleh dari penelitian yang dilakukan serta saran-saran yang dapat dijadikan masukan untuk melakukan penelitian selanjutnya.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini menyajikan tinjauan literatur yang ada yang berkaitan dengan tesis ini, dan bertujuan untuk mengembangkan latar belakang konseptual dan teoritis untuk analisis dan diskusi berikutnya, serta mengidentifikasi kesenjangan dalam pemahaman kita saat ini.

#### **A. . Kajian Teori**

##### **A.1. Teori Motivasi**

**Teori Motivasi** telah mendominasi banyak pekerjaan yang dilakukan yang melibatkan karyawan dan organisasi. Maslow (1954) menggambarkan penyebab perilaku sebagaimana diatur oleh hierarki/ motif atau kebutuhan internal, yaitu setelah kebutuhan tingkat bawah terpenuhi, selanjutnya menjadi motivator untuk tingkat selanjutnya. Jika kebutuhan hierarkis seperti misalnya, makanan dan fisik yang memadai, perlindungan dan keamanan, perawatan medis dan jaminan penyakit terpenuhi maka karyawan dapat berkembang untuk memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi seperti sosial, harga diri dan akhirnya komitmen dan kepuasan (Anderson, Carter, & Lowe, 1999; Morgan, 1989).

Herzberg, Mausner, dan Snyderman (1959) membawa konsep kepuasan Maslow dan motivasi lebih dekat dengan menyarankan bahwa karyawan hanya memiliki dua set kebutuhan yang secara umum dikenal sebagai *Teori Dua Faktor Herzberg*. Satu set kebutuhan ini, menghasilkan *kepuasan* sementara yang lain menghasilkan *ketidak puasan*. Sehingga faktor suka terhadap kebijakan organisasi, pengawasan teknis, gaji dan keamanan pekerjaan dianggap sebagai motivator. Herzberg, Mausner dan Snyderman (1959) memandang organisasi bertanggung jawab atas ketidakpuasan dan juga perlu untuk mempertahankan tingkat kepuasan karyawan yang wajar.

Teori Hirarki Kebutuhan Maslow dan Dua Faktor Herzberg, didasarkan pada faktor individu atau situasional sebagai motivator untuk perilaku. *Hirarki Maslow fokus pada kebutuhan seseorang sementara Herzberg lebih peduli dengan kondisi kerja terhadap motivasi.* Sebagai alternatif, ahli teori lain fokus pada bagaimana caranya memulai perilaku yang diinginkan melalui proses organisasi atau Teori Proses.

## **A.2. Teori Proses**

Para ahli teori seperti Vroom (1964), dan Porter dan Lawler (1968) mendalilkan bahwa seorang karyawan memasuki pekerjaan dengan seperangkat harapan tertentu. Motivasi bagi karyawan ini tergantung pada harapan bahwa melakukan pekerjaan dengan baik berarti mendapat imbalan. Vroom teori atau Teori Harapan menjelaskan motivasi sebagai fungsi dan upaya individu terhadap tugas tertentu. Menurut teori ekspektasi, motivasi tercapai ketika tiga tugas komponen hadir. Komponen-komponen ini adalah harapan atau probabilitas yang dirasakan, tindakan atau perilaku akan atau tidak akan berhasil, berperan atau kemungkinan bahwa tingkat kinerja tertentu akan mengarah pada hasil tertentu, dan valensi yang mewakili nilai atau keinginan suatu hasil.

Teori Vroom mengemukakan bahwa karyawan menjadi puas dengan pekerjaan mereka dan berkomitmen pada organisasi jika nilai-nilai dan harapan mereka terpenuhi, sehingga menawarkan kredibilitas ke model konseptual *Job Satisfaction* dan *Organizational Commitment* (Vroom, 1964). Sedangkan, Porter dan Lawler (1968) memberikan lebih banyak tinjauan komprehensif preferensi dan harapan dengan menyarankan harapan masa depan yang didasarkan pada pengalaman sebelumnya mengarah pada motivasi.

Di sisi lain, teori hubungan manusia berfokus pada struktur informal dan emosi, motivasi non-rasional yang berfungsi dalam organisasi. Proses seperti komunikasi, partisipasi, kepemimpinan dan kepemilikan ditekankan sesuai dengan itu. Penelitian ke dalam teori ini dirangsang oleh ketidakcukupan teori klasik dalam menjelaskan perilaku dalam organisasi.

### **A.3. Teori Konflik**

Para ahli teori konflik mendukung teori klasik dalam upaya mereka untuk mencapai tujuan tertentu melalui fungsi rasional dan impersonal, mereka mengakui kebutuhan bagi organisasi untuk memenuhi kebutuhan pribadi anggotanya (Anderson, Carter, & Lowe, 1999). Namun, mereka fokus pada faktor-faktor terkait pekerjaan seperti pengaturan dan pekerjaan teknologi (sosio-teknis) daripada faktor emotif manusia. Teori konflik menyatakan bahwa konflik dalam suatu organisasi tidak dapat dihindari dan inheren, tetapi itu tidak dipandang sebagai masalah (Anderson, Carter, & Lowe, 1999).

Anderson, Carter dan Lowe (1999) juga menyatakan bahwa konflik juga memiliki efek positif potensial dengan mendorong perubahan untuk mengembalikan vitalitas ke organisasi. Disonansi emosional atau konflik antara yang dialami dan mengekspresikan emosi di tempat kerja mungkin menyebabkan ketidakpuasan kerja dengan demikian mengarah pada peningkatan kecenderungan untuk pergi (Cropanzano, 2003). Vroom (1964) mempelajari aspek *Job Satisfaction* sebagai suatu fungsi pekerjaan itu sendiri dan berfokus pada karakteristik pekerjaan. Namun, menurut Stamps (1997) *Job Satisfaction* mungkin terkait dengan faktor-faktor di luar lingkungan kerja yang melibatkan masalah-masalah yang ada di luar kendali organisasi.

### **A.4. Newman Systems Model and the Exchange Flow System**

Banyak teori seperti *Newman Systems Model and the Exchange Flow System* memandang *Job Satisfaction* sebagai fungsi dari faktor organisasi dan faktor eksternal ke pengaturan kerja (Stamps, 1997). *Newman Systems Model* digunakan oleh organisasi sebagai model analitis untuk mengevaluasi organisasi dan khususnya untuk personel keperawatan. Model ini menyediakan dua komponen untuk kepuasan kerja keperawatan. **Komponen pertama**, yang menggabungkan kebutuhan Maslow, berfokus pada aspek fisik, psikologis, sosial-budaya, perkembangan dan spiritual sebagaimana diidentifikasi oleh



perawat sebagai struktur inti. **Komponen kedua** berkaitan dengan lingkungan dan klien yang menciptakan garis batas dasar yang berkembang dan berkontraksi tergantung pada *Job Satisfaction* perawat. Garis batas dasar ini diaktifkan oleh ketidakpuasan dan garis paling ekstrim atau paling dalam dari batas dasar tersebut diaktifkan oleh ketidakpuasan ekstrim. Setelah garis ini diaktifkan, perawat akan menunjukkan sikap nyata seperti absensi, berhenti dari pekerjaan, dan akhirnya kelelahan (Newman, 1989, Stamps, 1997).

Model alternatif atau *exchange flow System* tersebut menjelaskan pekerjaan sebagai pertukaran proses dimana karyawan dan organisasi memiliki kebutuhan dan mereka dapat memberikan kontribusi yang tidak memuaskan maupun yang memuaskan (Stamps, 1997). Kedua model (misalnya, Model Sistem Newman dan Sistem *Exchange Grant* mencerminkan sistem sosial di dalamnya, sehingga komitmen organisasi adalah penentu kuat *Job Satisfaction*. I

Berikut digambarkan ilustrasi konten dan proses teori kepuasan dari penjelasan di atas.

Tabel 2.1 Content and Process Theories of Satisfaction

*Content and Process Theories of Satisfaction*

Content Theory		Process Theory	
<i>Identifies workers' needs, goals, incentives, and groups them based on a hierarchy of importance in order for the worker to achieve job satisfaction.</i>		<i>Concerned with understanding how or why employee motivation occurs, and how needs and goals are fulfilled and accepted cognitively.</i>	
Theorist	Premise	Theorist	Premise
Maslow's Hierarchy of Needs (1943)	Proposes that satisfaction is achieved when the job meets the needs of the individual. Lower level needs must be satisfied before higher level needs can be achieved.	Vroom's Expectancy Theory (1964)	Employees make decisions considering three variables: perceived ability, connection between success and reward, and value of the expected reward. The less discrepancy between an employee's needs and the job's ability to fulfill those needs, the higher the job satisfaction
Herzberg's Two-Factor Analysis (1959)	Suggests there are two dimensions to satisfaction – intrinsic <i>motivators</i> that lead to satisfaction when present and extrinsic <i>hygiens</i> that lead to dissatisfaction when present, but a state of neutrality or status quo when absent.	Adam's Equity Theory (1963)	States employees assess what they put into their job (input) in comparison to what they receive from their job (outcome), and compare what they are receiving with what others around them are receiving.

Upaya rumah sakit untuk tetap bertahan dan berkembang adalah dengan meningkatkan pelayanan kepada pasien yang sesuai dengan ketentuan atau

Standar Pelayanan Rumah Sakit sebagaimana yang ada dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1333/Menkes/SK/XII/1999 Tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit. Hal tersebut karena pasien merupakan sumber pendapatan yang ditunggu oleh rumah sakit, baik secara langsung (*out of pocket*) maupun secara tidak langsung melalui asuransi kesehatan. Dalam memenuhi kebutuhan pasien tersebut dipengaruhi oleh mutu pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak rumah sakit sebagai provider.

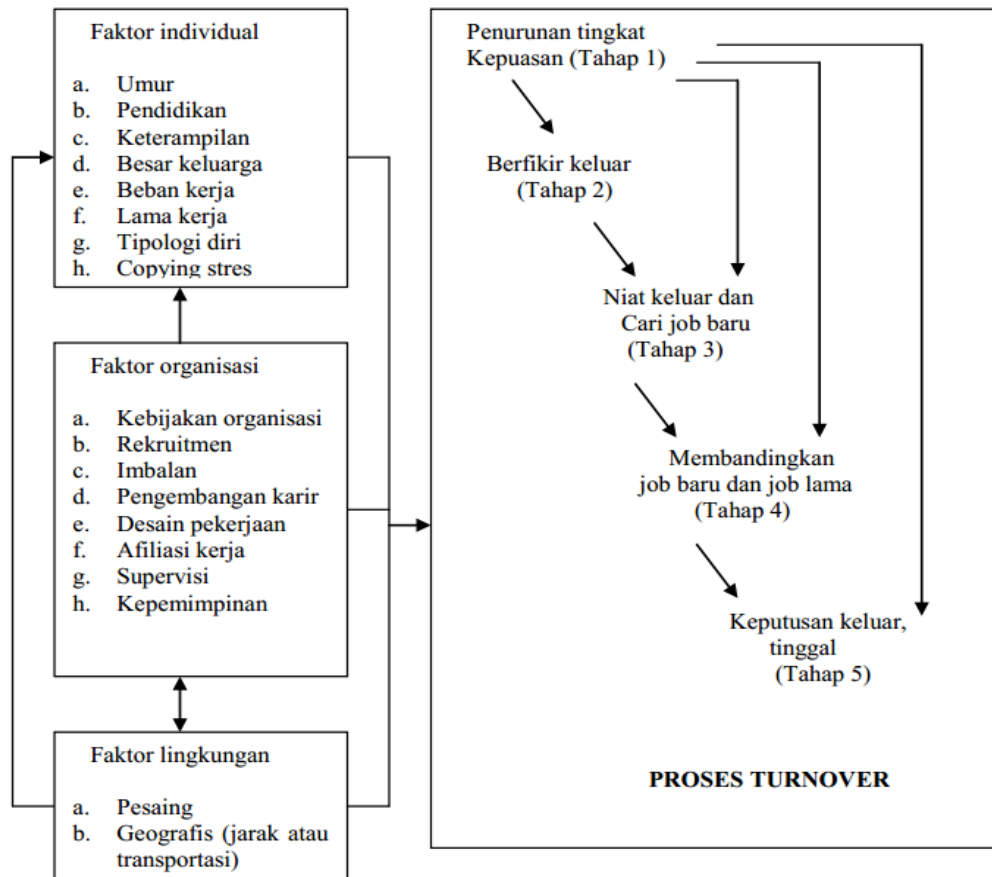
Krowinski (1997) dalam penelitiannya di tujuh rumah sakit dengan jumlah 15.000 pasien, melaporkan bahwa dari 13 % pasien yang tidak puas, 37 % tidak menyampaikan keluhannya 63 % menyampaikan keluhannya. Dari 37 % pasien yang tidak menyampaikan keluhan 91 % tidak mau kembali lagi. Dari 63 % yang menyampaikan keluhan jika ditanggapi 54 % mau kembali lagi tetapi 46 % tidak kembali lagi. Jika tidak ditanggapi maka 81 % tidak mau kembali lagi.

Dapat disimpulkan bahwa mutu yang buruk menyebabkan ketidakpuasan pasien dan mempunyai konsekuensi kerugian biaya bagi rumah sakit karena rumah sakit kehilangan pasiennya. Suatu penelitian yang dilakukan untuk mengetahui mengapa pasien / pelanggan tidak kembali lagi ditemukan kenyataan sebagai berikut : 1 % karena meninggal dunia, 3 % karena pindah tempat tinggal 5 % karena menemukan persehabatan dengan perusahaan lain, 9% karena bujukan pesaing, 14% karena tidak puas dengan produk dan 68 % karena mutu pelayanan yang buruk (LeBoeuf, 1992).

*Stakeholder* adalah pihak pemangku kepentingan atau beberapa kelompok orang yang memiliki kepentingan di dalam perusahaan yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh tindakan dari bisnis secara keseluruhan. *Stakeholder* dikelompokkan menjadi dua yaitu *stakeholder internal* dan *stakeholder eksternal*. *Stakeholder internal* meliputi organisasi / industri itu sendiri, pemegang saham, pemilik bisnis, dan para karyawan. Sedangkan *stakeholder eksternal* meliputi konsumen, supplier, pesaing, investor, pemerintah, sebuah komunitas lokal di suatu daerah, media, masyarakat secara umum, dan lain lain.

Dokter sebagai salah satu *stakeholders*, sangat besar perannya dalam menentukan mutu pelayanan Rumah Sakit. Dan dokter spesialis merupakan salah satu elemen yang sangat vital dalam menentukan mutu pelayanan Rumah Sakit. Disamping itu keberadaan dokter spesialis merupakan salah satu kriteria untuk menentukan kelas Rumah Sakit.

Berikut adalah proses *Turnover Intention* untuk *Health Service Administrator* berdasarkan model Abelson, 1986



Gambar 2.1 Intention *Turnover* Model For The Health Service Administrator  
(Sumber : Abelson, 1986. Strategic Management of *Turnover* : a model for the health service administrator)

## B. Job Satisfaction (Kepuasan Kerja)

Sumber daya manusia (karyawan) merupakan faktor terpenting dalam organisasi untuk efektivitas dan efisiensi. Organisasi tidak dapat berhasil tanpa

upaya dan komitmen karyawan. Kepuasan karyawan dengan pekerjaan dan komitmen mereka pada organisasi telah dianggap sebagai penentu utama efektivitas organisasi (Lok P, Crawford J, 2003). *Job Satisfaction* dan komitmen organisasi sangat penting untuk mempertahankan dan menarik pekerja yang berkualitas baik. Kekhawatiran tentang *Job Satisfaction* karyawan dan *Organizational Commitment* sama bahkan lebih penting dalam industri yang berbasis jasa pelayanan (seperti industri perawatan kesehatan) dibanding dengan sektor bisnis lainnya.

Faktor-faktor ini sangat penting dalam organisasi profesional yang berbasis layanan, seperti rumah sakit di mana pelatihan spesialis jangka panjang dan masalah retensi sangatlah penting. Karyawan yang puas dalam pekerjaannya lebih mungkin untuk menjadi produktif dan akan tetap di pekerjaannya (*Intention To Stay*) (Irvine DM, Evans MG, 1995). Kepuasan kerja sebagai faktor penentu yang kuat untuk tetap tinggal (*Intention To Stay*) atau memilih untuk pergi (*Intention To Leave*) (Hellman CM, 1997; Lum L et al 1998; Ito H et al, 2001; Sourdif J. 2004).

Kepuasan Pekerjaan Karyawan juga menentukan secara positif terkait dengan kepuasan pasien dalam layanan kesehatan. (Morana C, 1987). *Komitmen karyawan sangat berharga sebagai aset dalam suatu organisasi*. Penelitian telah menunjukkan bahwa peningkatan komitmen akan meningkatkan kinerja. *Job Satisfaction*, motivasi, kreativitas, dan mengurangi ketidakhadiran dan pergantian (Tett RP, Meyer JP 1993; Dordevic B, 2004; DeConincka J, Bachmann D, 2005). Pembeneran atas kebutuhan untuk menyelidiki *Job Satisfaction* dan komitmen organisasi karyawan dicontohkan dalam yang tampaknya mengamati hubungan antara level yang lebih rendah *Job Satisfaction* dan komitmen, gejala absensi, keluhan ekspresi, keterlambatan, moral rendah dan tingginya pergantian. *Job Satisfaction* dan *Organizational Commitment* adalah indikator penting untuk mengelola karyawan karena keinginan untuk mempertahankan pekerjaan dan tenaga kerja yang berkomitmen.

Hoppock (1935) mendefinisikan *Job Satisfaction* sebagai kombinasi kondisi psikologis, fisiologis, dan lingkungan yang menyebabkan seseorang dengan jujur mengatakan bahwa “saya puas dengan pekerjaan saya”. Menurut Price (1986) *Job Satisfaction* didefinisikan sebagai sejauh mana karyawan memiliki orientasi afektif positif terhadap pekerjaan oleh organisasi .

### B.1. Pembayaran

Bayaran adalah alasan utama kepuasan hampir semua jenis pekerja di semua jenis organisasi. Bayaran didefinisikan sebagai jumlah remunerasi keuangan yang diterima dan sejauh mana hal ini dilihat sebagai setara vis-à-vis dengan orang lain dalam organisasi (Khan et al, 2009). Bayaran dipandang sebagai manfaat ekonomi untuk imbal balik pekerjaan, yang berisi tunjangan tambahan, bonus dan kenaikan gaji mendatang. Bayaran yang menarik dan prosedur pembayaran yang adil wajib untuk kepuasan kerja (Khan et al, 2009; Maria, et al 2010; Ahmad, & Riaz, 2011).

Pekerja rumah sakit termasuk perawat terpengaruh oleh perubahan kompensasi dan manfaat, kehidupan perawat berbasis rumah sakit dapat terpengaruh dari perubahan dalam pembiayaan (Davidson et al, 1997).

Banyak alasan kepuasan pembayaran telah diusulkan. Ini terdiri dari input pekerjaan, moneter maupun moneter, proses perbandingan, dan kebijakan serta administrasi pembayaran (Iliopoulos, & Priporas, 2011). (Lum et al, 1998).

Pernah dilaporkan bahwa dampak buruk kurangnya kepuasan terhadap pembayaran adalah timbulnya perilaku seperti mau mogok, absensi, niat untuk pergi; karyawan sering meninggalkan pekerjaan (Akansel et al, 2011). Strategi baru diarahkan untuk memotivasi gaji dan pemberian berdasarkan kinerja karyawan di perusahaan (Abbas et al, 2013).

Membayar karyawan memiliki hubungan positif dan sederhana antara kepuasan karyawan dengan komitmen organisasi (Samad, 2007. Abdullah & Ramay, 201 Islam et al, 2012).

## B..2. Pekerjaan

Sebagai lembaga, perawat kesehatan relatif menetap. Sementara jumlah pasien meningkat, dan pekerjaan keperawatan menjadi lebih padat, ilmiah dan rumit (Jennings, 2012).

Perawat rumah sakit menghadapi dua tuntutan pekerjaan (a) merawat pasien dengan sumber daya yang lebih sedikit dan (b) dibutuhkan lebih banyak keterampilan dan pengetahuan untuk menangani pasien di kondisi kritis dengan bantuan instrumen canggih (Davidson et al, 1997).

Pekerjaan perawatan memiliki peran penting dalam kehidupan manusia. Karena itu, pekerjaan harus sesuai dengan pilihan pekerja serta berkontribusi terhadap kepuasan kerja. Orang memilih jenis pekerjaan dengan dasar, yang mana memberi mereka kesempatan untuk menunjukkan kompetensi mereka, menggunakan keterampilan teknis mereka, memiliki kebebasan di tempat kerja, memberikan penawaran berbagai tugas dan tanggung jawab dan memberikan umpan balik tentang kinerja.

Pekerjaan yang kurang menantang mengakibatkan kebosanan. Namun, terlalu banyak tantangan menghasilkan ketidakpuasan dan perasaan gagal, dengan demikian di bawah *kondisi tantangan sedang*, sebagian besar karyawan dapat mengalami kepuasan (Khan et al, 2009, Amiria et al, 2010).). Contohnya adalah pekerjaan keperawatan, yang mana pekerjaan tersebut yang penuh dengan tekanan beban adalah alasan ketidakpuasan di antara karyawan keperawatan (Akansel et al, 2011).

Beban kerja terlalu tinggi atau rendah bisa jadi faktor yang mempengaruhi kinerja karyawan (Ahmad & Riaz, 2011). Motivasi karyawan tentang pekerjaan tergantung banyak faktor dan pekerjaan itu sendiri adalah faktor yang terbesar. Alih-alih mencari motivasi faktor eksternal, organisasi harus mengatur pekerjaan dalam cara yang terencana dengan baik ,kerja itu sendiri bisa menjadi faktor pendorong yang utama (Sharma et al, 2011) .

### **B.3. Promosi**

Peluang pengembangan karir dan finansial adalah faktor penting yang mempengaruhi kepuasan pekerjaan tenaga medis. Tenaga medis dapat terpuaskan dengan menerima promosi dari pekerjaan mereka (Amiria et al, 2010; Al-Jenaibi, 2011).

Dengan demikian, ada korelasi antara promosi dan komitmen organisasi pekerja (Foumany et al, 2012). Kurangnya pengembangan karier perawat yang memadai, sebagai salah satu faktor penyebab ketidakpuasan kerja. Sebaliknya, studi Akansel (2011) dokter wanita puas dengan peluang promosi di rumah sakit dibandingkan dengan staf perawat.

Bagaimanapun, peluang promosi berkorelasi signifikan dengan kepuasan kerja secara keseluruhan (Khalid et al, 2012). Peluang promosi adalah komponen kepuasan pekerjaan. Tenaga medis yang puas dengan komponen ini cenderung tetap pada organisasi saat ini. Karena itu, Manajer direkomendasikan untuk memberikan peluang promosi bagi karyawan mereka untuk meningkatkan tingkat komitmen organisasi mereka (Amiria, et al, 2010; Siew et al, 2011; Foumany et al, 2012).

### **B.4. Teman Seprofesi (Rekan Kerja)**

Rekan kerja adalah salah satu faktor penentu kepuasan karyawan. Ini menentukan bagaimana seorang karyawan menyelesaikan tugas pekerjaan dengan bantuan atau perilaku rekan kerja yaitu ramah dan mendukung (Alam & Mohammad, 2009). Pekerja laki-laki memberi kontribusi yang lebih penting untuk hubungan lebih baik, khususnya dengan pengawas dibandingkan untuk pekerja perempuan (Akansel, 2011).

Jika karyawan memiliki teman di tempat kerja, Mereka lebih terlibat secara positif dalam pekerjaan mereka. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa persahabatan di tempat kerja dapat berhubungan dengan emosi negatif (niat untuk pergi). Ini berkorelasi positif dengan kinerja karyawan, kepuasan kerja dan komitmen organisasi (Yang et al, 2012).

Atribut utama yang mempengaruhi kepuasan rekan kerja adalah bekerja, tanggung jawab kolega, intelijen, perilaku ramah kolega, dan kompetensi rekan kerja. (Amiria et al, 2010). Tenaga medis yang puas dengan interaksi rekan kerja mereka lebih berkomitmen dengan organisasi (Siew et al, 2011).

Tenaga medis di negara-negara Asia lebih ramah dan memiliki kecenderungan untuk saling membantu. Kapanpun diperlukan oleh yang lain, kebutuhan tim dan individu, bila dibandingkan dengan negara-negara barat, yang lebih banyak individualisme. Semangat tim, keramahan, hubungan yang bagus untuk saling menghormati dan komunikasi. Akibatnya, perawat yang memiliki hubungan yang lebih baik dengan kolega menunjukkan tingkat komitmen organisasi yang tinggi dan mengurangi turnover (Siew et al, 2011). Karyawan di organisasi ini mencerminkan kerja sama tim antara pekerja, sebagai salah satu alasan kepuasan kerja (Akansel, 2011).

#### **B.5. Supervision (Pengawasan)**

Di semua negara, staf pengawas memiliki banyak tugas yang harus dilakukan, termasuk tugas administratif (Carron & Grauwe 1997). Supervisi adalah pengetahuan sekaligus seni untuk mempengaruhi pekerja terhadap pencapaian target organisasi. Pengawas memiliki kepentingan menjadi penengah antara pekerja dan organisasi. Pengawas umumnya otokratis dan kurang mempertimbangkan kesejahteraan pekerja (Besigwa, 2011). Pengawasan karyawan oleh penyelia memiliki panduan, dengan menghormati ide karyawan, memberikan saran tentang pekerjaan atasan, mendorong melalui umpan balik kinerja mereka ke karyawan (Amiria et al, 2010).

Akanse et al, (2011) melaporkan dalam studinya tentang kurangnya pengawasan di tempat kerja adalah salah satu faktor yang menyebabkan ketidakpuasan pekerjaan pada karyawan. Kepemimpinan memainkan peran penting dalam banyak profesi, terutama di posisi yang menantang seperti tugas pelayanan keselamatan pasien (Ghorbanian et al, 2012).



## **B.6. Lingkungan Kerja (Environment)**

Lingkungan kerja rumah sakit berkontribusi dalam memberikan kepedulian terhadap pasien. Lingkungan kerja di rumah sakit mana pun berdampak langsung pada semua hal mulai dari kepuasan staf dan pekerjaan mereka, juga terhadap keselamatan pasien. Staf medis yang kompeten diperlukan untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit. Sehingga perlu untuk membuat lingkungan sedemikian rupa, agar perawat profesional dan orang-orang yang memenuhi syarat untuk bergabung dengan Rumah Sakit. Namun, yang lebih penting adalah lingkungan kerja yang sehat untuk memotivasi tenaga medis untuk bekerja di rumah sakit dan lingkungan memainkan peran penting dalam pekerjaan dan kepuasan mereka (Greener et al, 2009).

Rumah sakit penuh dengan teknologi baru untuk diagnosis dan perawatan. Karena itu, teknologitersebut membawa perubahan dramatis dalam sistem perawatan kesehatan dan peran staf keperawatan. Perubahan ini berdampak pada perilaku keperawatan tentang lingkungan kerja dan sikap yang terkait pekerjaan. (Tumulty et al, 1994).

## **C. Komitmen Organisasi**

Komitmen organisasi telah banyak diteliti oleh beberapa peneliti yang berbeda. Komitmen organisasi didefinisikan oleh Allen & Meyer (1990) sebagai "keadaan psikologis yang mengikat individu ke organisasi (yaitu membuat pengunduran diri lebih kecil kemungkinannya). Komitmen organisasi didefinisikan sebagai loyalitas kepada unit sosial (Price, 1997). Sementara itu, Mowday, Steers, dan Porter (1979) mendefinisikan Organizational Commitment (OC) sebagai konsep multidimensi yang merangkul keinginan karyawan untuk tetap berada dalam organisasi, kesediaan untuk mengerahkan upaya, dan keyakinan dalam penerimaan terhadap nilai-nilai dan tujuan organisasi.

Lebih dari 50 tahun yang lalu, Howard Becker mempresentasikan teori komitmen organisasi (Becker, 1960). Tujuan penelitian Becker adalah untuk

menganalisis tentang bagaimana meningkatkan komitmen organisasi. Komitmen organisasi adalah sikap organisasi yang sangat dihargai oleh para karyawan. Komitmen organisasi dipandang sebagai sikap stabil, yang mencerminkan sebuah tanggapan afektif umum terhadap organisasi secara keseluruhan. Menurut Meyer dan Allen (1991), komitmen organisasi telah dikonseptualisasikan dan diukur dengan berbagai cara. Hasil pengujian tiga komponen aspek model komitmen yang mengintegrasikan berbagai konseptualisasi.

Meyer dan Allen (1990) menyatakan komitmen organisasi terdiri dari tiga komponen penting terkait dengan definisi komitmen organisasi yang telah ditemukan dalam literatur. Model tiga komponen tersebut adalah model beragam yang menggabungkan bentuk sikap komitmen yang berbeda, di mana setiap elemen memiliki beberapa bentuk pengaruh. Model tersebut adalah : 1) **Komponen Afektif**, merupakan model yang mengacu pada emosi karyawan, identifikasi dan keterlibatan dalam organisasi. 2) **Komponen berkelanjutan (continuance)** mengacu pada komitmen berdasarkan pada biaya yang dikaitkan dengan apabila karyawan meninggalkan organisasi (mengundurkan diri). 3) **Komponen normatif** mengacu pada perasaan karyawan untuk tetap bersama organisasi.

Meyer dan Allen (1991) juga menyatakan bahwa bentuk komitmen organisasi mencakup unsur-unsur keinginan, kebutuhan, dan kewajiban yang diwakili dalam tiga komponen komitmen organisasi. Karyawan yang memiliki komitmen organisasi tinggi cenderung tidak meninggalkan perusahaan, tetapi mereka akan membangun hubungan yang lebih baik dengan karyawan dan *stakeholders* lain, belajar lebih efektif, lebih mudah beradaptasi dengan perubahan, dan bekerja lebih efisien (Mowday, 1998). Komitmen organisasi mencerminkan dimensi psikologis individu ke organisasi, yang memainkan peran positif dalam retensi anggotanya dalam organisasi. Meyer dan Allen mendefinisikan komitmen organisasi sebagai : Keadaan psikologis yang

mencirikan hubungan karyawan dengan organisasi dan memiliki implikasi bagi keputusan untuk melanjutkan keanggotaan(tetap tinggal) dalam organisasi.

### **C.1 Keterikatan yang afektif (*Affective Commitment*)**

Pendekatan yang paling umum untuk *Organizational Commitment* dalam literatur adalah pendekatan komitmen mana yang dianggap sebagai ikatan **afektif** atau **emosional** dengan organisasi sedemikian rupa sehingga individu berkomitmen kuat untuk terlibat dan menikmati keanggotaan dalam organisasi. Pandangan ini diambil oleh Kanter (1968) yang menggambarkan '*komitmen kohesi*' sebagai efektivitas emosi seseorang kepada kelompok (hlm. 507) dan oleh Buchanan (1974) yang membuat konsep komitmen sebagai partisan, keterikatan afektif yang mempunyai tujuan terhadap nilai-nilai organisasi, dengan peran seseorang dalam kaitannya dengan tujuan dan nilai-nilai organisasi (hlm. 533). Penjelasan tentang pendekatan keterikatan afektif yang terbaik mungkin diwakili oleh karya Porter dan rekan-rekannya (Mowday, Steers & Porter, 1979; Porter, Crampon & Smith, 1976; Porter, Steers, Mowday & Boulian, 1974) yang mendefinisikan *Organizational Commitment* sebagai 'kekuatan relatif dari identitas individu dengan dan keterlibatannya dalam organisasi tertentu' (Mowday et al., 1979, p. 226).

Porter dan rekan-rekannya mengembangkan Kuisisioner *Organizational Commitment* (OCQ) untuk mengukur konstruk komitmen (Mowday et al. , 1979). Skala 15-item ini telah digunakan secara luas dalam penelitian dan memiliki sifat psikometrik yang dapat diterima. Ukuran paralel yang dikembangkan di Inggris untuk digunakan dengan pekerja kerah biru juga telah dilakukan terbukti 'cukup secara psikometrik dan stabil' (Cook & Wall, 1980, hal. 39). Meskipun langkah-langkah lain dari keterikatan afektif telah dikembangkan untuk digunakan secara spesifik studi, mereka biasanya belum mengalami evaluasi psikometri yang ketat.

Komitmen afektif mengacu pada pekerjaan, persepsi tentang keterikatan emosional mereka untuk organisasi mereka dan tujuannya. Karyawan dengan keterikatan afektif yang tinggi terhadap organisasi memiliki motivasi yang kuat

untuk menghargai tujuan organisasi karena melihat organisasi sebagai milik mereka. Individu dan faktor-faktor organisasi dapat mempengaruhi tingkat afektif komitmen. Faktor individu, seperti kepribadian, nilai-nilai orientasi, pendidikan atau usia, sementara organisasi-Faktor-faktor nasional termasuk keyakinan bahwa Peran dan tujuan pekerjaan didefinisikan dengan jelas dan menerima dukungan manajemen. Komitmen afektif mengacu pada identitas sebagai anggota organisasi dan keterlibatan dalam organisasi (Meyer & Allen, 1991). Komitmen Afektif adalah proses di mana orang berperilaku dan berpikir tentang hubungan mereka dengan organisasi (Clegg, C, 1980). Komitmen afektif juga mengacu pada rasa 'menyukai' terhadap organisasi sebagaimana tercermin dalam keinginan untuk melihat organisasi berhasil dalam tujuan dan perasaan bangga menjadi bagian dari suatu organisasi (Cohen, 1993). Komitmen Afektif diketahui dipengaruhi oleh pengalaman positif dari pekerjaan, dukungan dan persepsi keadilan, dan persepsi *Job Satisfaction*. Karyawan dengan afektif tinggi dan komitmen terhadap organisasi akan terus bekerja secara sukarela dan penuh semangat tidak hanya karena mereka membutuhkan pekerjaan, tetapi karena mereka ingin bekerja. Dengan komitmen afektif, individu akan memiliki nilai yang sama dengan nilai-nilai organisasi, sehingga interaksi antara individu dan organisasi adalah positif. Karenanya, karyawan dengan komitmen afektif tinggi akan tetap berada di organisasi karena mereka menginginkannya (Meyer, Allen, & Smith, 1993).

### **C.2 Komitmen yang berkelanjutan (*Continous Commitment*)**

Bagi beberapa penulis, pengaruh persepsi biaya memainkan peran minimal dalam konseptualisasi komitmen. Sebaliknya, komitmen dipandang sebagai kecenderungan untuk 'terlibat dalam kegiatan yang konsisten' (Becker, 1960, hal. 33) berdasarkan pengakuan individu atas 'biaya' (atau kehilangan kesempatan) terkait dengan penghentian aktivitas (Becker, 1960; Farrell & Rusbult, 1981; Rusbult & Farrell, 1983). Menurut Stebbins (1970), komitmen berkelanjutan

adalah kesadaran akan ketidakmungkinan untuk memilih identitas sosial yang berbeda, karena resiko yang sangat besar dalam melakukan perubahan (hlm.527).

Komitmen yang dipicu oleh biaya biasanya dinilai menggunakan ukuran yang dikembangkan oleh Ritzer & Trice (1969), dan dimodifikasi oleh Hrebiniak & Alutto (1972), yang menunjukkan kemungkinan bahwa mereka akan meninggalkan organisasi dengan berbagai variasi dorongan untuk melakukannya (misalnya kenaikan gaji, status, kebebasan, peluang promosi). Namun masih diragukan bahwa ukuran ini mencerminkan komitmen berbasis biaya (Meyer & Allen, 1984; Stebbins, 1970). Faktanya adalah bahwa skor tinggi pada skala mencerminkan suatu keengganan untuk meninggalkan organisasi, terlepas dari bujukan yang menarik untuk melakukannya, menunjukkan bahwa itu dapat mengukur keterikatan afektif daripada atau di samping, komitmen yang disebabkan oleh biaya (Meyer & Allen, 1984).

Komitmen berkelanjutan mewakili kognitif keterikatan antara karyawan dan organisasi mereka karena alasan biaya yang terkait dengan keinginan meninggalkan organisasi. Hal ini didasarkan pada asumsi bahwa individu tidak meninggalkan organisasi jika mereka merasa akan kehilangan manfaatnya, beresiko potongan gaji, mengeluarkan biaya untuk mencari kerja dan risiko menjadi pengangguran. Tingkat investasi karyawan telah terakumulasi dalam suatu organisasi dan kurangnya pekerjaan alternatif di luar organisasi adalah faktor terpenting yang mungkin mengarah pada kelanjutan komitmen. Jika karyawan percaya bahwa ada sedikit peluang kerja di luar organisasi mereka, biaya yang dirasakan untuk meninggalkan organisasi saat ini akan lebih tinggi, maka komitmen mereka ke organisasi akan lebih tinggi.

Komitmen berkelanjutan mengacu pada kesadaran individu tentang biaya untuk meninggalkan organisasi (Meyer et al., 1993). Komitmen berkelanjutan adalah fenomena struktural yang terjadi sebagai akibat dari transaksi individu dan organisasi. Komitmen berkelanjutan terkait dengan pengalaman yang telah diberikan kepada organisasi. Karyawan dengan komitmen berkelanjutan yang tinggi merasa sulit untuk meninggalkan perusahaan (organisasi) karena takut

akan biaya peluang(*opportunity cost*) yang ditanggung ketika meninggalkan organisasi atau karena mereka memiliki sedikit atau tidak ada peluang alternatif di luar organisasi. Dengan kata lain, karyawan akan tetap berada di organisasi karena tidak ada alternatif pekerjaan lain di luar organisasi atau karena tidak diterima di tempat lain. Karyawan dengan komitmen keberlanjutan tinggi tetap menjadi anggota organisasi karena mereka membutuhkannya dan karena mereka merasa harus melakukannya.

### **C.3 Kewajiban (Normatif Commitment)**

Akhirnya, pendekatan yang kurang umum tetapi sama layaknya adalah dengan melihat komitmen sebagai sebuah kepercayaan tentang tanggung jawab seseorang kepada organisasi. Wiener (1980, p. 471) mendefinisikan komitmen sebagai 'totalitas tekanan normatif yang diinternalisasi untuk bertindak dengan cara yang memenuhi tujuan dan minat organisasi, dan menunjukkan bahwa individu menunjukkan perilaku semata-mata karena 'mereka percaya itu adalah "benar" dan hal moral untuk dilakukan' (hal. 421). Meskipun mereka tidak menyebutnya sebagai komitmen, penulis lain (misalnya Schwartz, 1973; Schwartz & Tessler, 1972) telah mengidentifikasi norma-norma pribadi (didefinisikan sebagai kewajiban moral yang diinternalisasi) sebagai kontributor penting bagi perilaku, termasuk pemutusan hubungan kerja dengan suatu organisasi. Satu-satunya ukuran komitmen berbasis kewajiban ini dalam literatur adalah skala tiga item yang digunakan oleh Wiener & Vardi (1980). Responden diminta sejauh mana yang menurut mereka seseorang harus setia kepada organisasinya'(Wiener & Vardi, 1980, hal. 86).

Komitmen normatif mengacu pada kesetiaan dan rasa berhutang kepada organisasi berdasarkan kewajiban moral dan biasanya berkembang sebagai hasil dari praktik sosialisasi dan didasarkan pada rasa tugas dan kesetiaan (Meyer & Allen, 1997). Komitmen normatif didefinisikan sebagai penekanan sosial yang kuat pada kewajiban dan kecenderungan individu. Komitmen normatif mengacu pada perasaan dan kewajiban karyawan untuk tetap dipekerjakan dalam

organisasi. Karyawan dengan komitmen normatif tinggi merasa bahwa mereka harus mempertahankan keanggotaan dalam organisasi karena itu adalah hal yang benar untuk dilakukan. Komitmen normatif dapat ditingkatkan ketika seseorang merasa berhutang budi kepada organisasi dan karena mereka telah menginvestasikan waktu dan sumber daya dalam organisasi.

Karyawan dengan komitmen normatif tinggi juga merasa bertanggung jawab untuk membayar tunjangan yang dia dapatkan dari organisasi dengan berupayasungguh-sungguh bekerja di tempat kerja (Meyer et al., 1993). Rasa loyalitas dan kewajiban yang mendasari komitmen normatif karyawan. Mempengaruhi individu untuk tetap bersama organisasi karena mereka merasa seolah-olah mereka harus melakukannya. Akhirnya, komitmen normatif mengacu pada perasaan khas kewajiban untuk tetap dengan organisasi. Komitmen normatif didasarkan pada ideologi atau rasa kewajiban. Karyawan merasa berkewajiban untuk tinggal bersama organisasi karena itu adalah moral dan hak karyawan. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tingkat komitmen utama adalah pendidikan, usia dan faktor terkait. Komitmen normatif dapat didasarkan pada investasi organisasi bagi karyawan yang kemudian merasakan kewajiban 'moral' untuk tetap dengan organisasi, berdasarkan norma sosial atau budaya dan karyawan percaya itu harus setia kepada organisasi.

Banyak penelitian telah dilakukan dalam perilaku organisasi terkait dengan sikap kerja seperti *Organizational Commitment* dan *Job Satisfaction*. *Organizational Commitment* menjadi topik penting karena keterkaitannya dengan perilaku di luar perannya dalam organisasi atau perilaku peran ekstra (Moorman, Niehoff, & Organ, 1993), absensi dan *Turnover Intention*. Mathieu dan Zajac (1990) mengatakan bahwa variabel yang paling umum digunakan adalah *Organizational Commitment* sebagai anteseden untuk memprediksi perilaku penarikan niat untuk meninggalkan atau niat *Turnover*. Tett dan Meyer (1993) menyimpulkan bahwa *Job Satisfaction* dan *Organizational Commitment* berkontribusi secara independen untuk memprediksi niat *Turnover*. Keinginan

bisa diprediksi lebih banyak sangat kuat oleh *Job Satisfaction* daripada oleh *Organizational Commitment*.

#### **D. Turnover Intention**

Menurut Cotton dan Tuttle (1986) *Intention to Stay* merupakan aspek positif dibandingkan dengan *intention to leave*. *Intention to stay* adalah niat yang membuat karyawan mau untuk tetap bekerja di organisasi. Robbins & Judge (2007) berpendapat, bahwa perputaran tenaga kerja telah didefinisikan sebagai penarikan permanen sukarela maupun tidak dari suatu organisasi dan sangat sulit untuk mengukur perilaku *Turnover* aktual, tetapi dapat disimpulkan bahwa niat untuk *Turnover* adalah prediktor yang baik dan dapat diandalkan dari perilaku *Turnover* aktual.

##### **D.1. Keinginan Untuk Tetap (*Intent to Stay* - ITS)**

Dengan bertambahnya usia tenaga kerja di sektor perawatan kesehatan, mendorong permintaan tenaga perawatan kesehatan dan staf perawat profesional kesehatan lainnya. Sehingga, dengan berkurangnya tenaga kerja, memiliki efek negatif pada kualitas perawatandapat pula mengakibatkan. Karenanya, mempertahankan tenaga kerja di sektor kesehatan saat ini sangatlah penting.

Menurut sebuah studi yang dilakukan oleh Adkins (2015), lebih dari 68% pekerjadi Amerika Serikat pada tahun 2015 keluar dari pekerjaannya, yang mengindikasikan kurangnya komitmen pekerja untuk pekerjaan dan perusahaan mereka. Banyak studi yang fokus pada *Organizational Commitment* menilai hubungan komitmen organisasi dengan sikap dan kinerja karyawan, ketidakhadiran mereka, dan keinginan untuk berpindah kerja.

Pada 2012, peneliti Gallup menemukan bahwa 52% karyawandiAmerika Serikat merasatidak ada hubungan secara emosional dari pekerjaan mereka. Dan 18% secara merasakan ketidakbahagiaan dan keengganan untuk berkomitmen pada organisasi mereka. Sementara itu terlihat rasio karyawan yang bekerja dan yang tidak bekerja di AS pada tahun 2013 adalah 2:1 (Miller, 2014). Menurut



analisis di McLean and Company, karyawan yang keluar, yang tidak tetap fokus pada peningkatan laba perusahaan sekitar 34% (Maylett & Warner, 2014). Oleh karena itu, seorang karyawan yang tidak terlibat untuk menghasilkan \$ 50.000 per tahun dapat membuat perusahaan kehilangan produktivitas sebesar \$ 17.000.

## **D.2. Keinginan Untuk Pergi (Intent to Leave)**

Dalam survei nasional yang melibatkan 600 perawat ahli anestesi, Warner researchco(2000) membandingkan skor *Organizational Commitment* pada perawat anestesi yang memiliki sertifikat *CRNA* ("Certified Registered Nurse Anesthetist") yang dipekerjakan oleh rumah sakit, ahli anestesi dan kontraktor independen menggunakan OCQ (*Organizational commitment questionnaire*) yang dikembangkan oleh Porter dan Smith (1970). Kontraktor Independen memiliki skor rata-rata yang sedikit lebih tinggi (70.921) dibandingkan rumah sakit yang mempekerjakan CRNA (67.8) dan ahli anestesi yang memiliki CRNA (69,756) tetapi tidak ada statistik signifikan yang terdeteksi di antara tiga kelompok. Analisis regresi mengungkapkan signifikansi dengan pendapatan, karena pada CRNA pendapatan meningkat begitu pula tingkat *Organizational Commitment*nya mirip dengan *Job Satisfaction*. Baik *Job Satisfaction* maupun *Organizational Commitment* telah dikaitkan dengan niat untuk pergi (Barak, Cotton & Tuttle, 1986; Cropanzano et al., 2003; Loeffler, 1993; Sturges & Guest, 2001; Szigeti et al, 1990; Thoresen et al., 2003; Warner, 2000). Oleh karena itu, seorang karyawan mencapai kesetiaan kepada organisasi setelah mereka puas dengan pekerjaan mereka dan memenuhi harapan mereka (Houkes, Janssen, de Jonge, & Bakker, 2003; Lester, Claire, & Kickul, 2001; Meyer & Allen, 1991). Meyer dan Allen (1991) melaporkan gagasan pendekatan sikap terhadap *Organizational Commitment* menciptakan bentuk psikologis ikatan antara karyawan dan organisasi. Komitmen terkait erat dengan efektivitas organisasi dengan berdampak pada perilaku yang terkait dengan pekerjaan seperti kinerja, absensi dan keinginan untuk tinggal. Karyawan membawa harapan tertentu mengenai pekerjaan mereka dan organisasi itu sendiri. Tindakan

tertentu dikaitkan dengan harapan atau penghargaan tertentu; jika karyawan mendapat imbalan yang diharapkan, maka karyawan itu kemungkinan besar akan mempertahankan tingkat komitmen terhadap organisasi (Houkes et al., 2003; Lester et al., 2001; Sturges & Guest, 2001).

Lester et al., (2001) mengemukakan bahwa seorang karyawan sering mengharapkan, mencari dan menciptakan keterikatan pribadi atau kontrak psikologis dengan majikan dalam usahanya memahami dan mewakili hubungan yang ada dengan organisasi. Ini terjadi sebagai proses timbal balik yang dianggap normal dalam perjanjian pertukaran apa pun. Ini berisi jenis perjanjian bahwa seorang karyawan menerima dalam bentuk dokumen tertulis, diskusi lisan atau kebijakan dan prosedur manual. Informasi ini akan membantu perusahaan dalam upaya mereka untuk menawarkan kontrak psikologis yang lebih sesuai dengan karyawan, (Lester et al 2001). Kontrak psikologis proaktif bermanfaat bagi pengusaha karena itu menyebabkan karyawan merasa kecil kemungkinannya untuk meninggalkan organisasi karena kebutuhan mereka terpenuhi.

Ekspektasi karir yang tidak terpenuhi memengaruhi karyawan di tingkat kerja awal dan karenanya berpikir untuk meninggalkan organisasi. Dalam studi longitudinal mereka di antara para guru Belanda, Houkes et al (2003) menemukan korelasi cross-sectional yang signifikan antara harapan karir yang tidak terpenuhi (waktu 1) dan *Turnover Intention* (waktu 1 dan waktu 2). Menurut penulis ini, sekali tingkat ini tidak terpenuhi, karyawan mungkin bahkan mengurangi upaya dalam pengembangan karir mereka. Sejak penelitian ini dilakukan di antara para guru Belanda, tingkat frustrasi menjadi lebih tinggi karena kelangkaan pekerjaan alternatif untuk guru-guru Belanda dan karenanya *Turnover Intention* tidak dapat dilakukan. Tetapi ketika pekerjaan alternatif berlimpah seperti untuk perawat ahli anestesi, ekspektasi karir yang tidak terpenuhi menjadi prediktor kuat dari *Turnover Intention*. Dari penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa komitmen dasar untuk organisasi adalah hanya sebagian yang rasional. Itu memang melibatkan faktor-faktor emosional seperti

kesetiaan dan perasaan berharga sebagai bagian dari organisasi.. Konsekuensi dari konflik semacam itu mungkin akan menyebabkan ketidakpuasan dan ketidaksetiaan (Anderson, Carter, & Lowe, 1999; Sturges & Guest, 2001). Faktor tersebut tercermin pada bagaimana organisasi memilih karyawan mereka.

Singkatnya, omset dianggap sebagai bagian dari indeks negatif organisasi efektivitas dan komitmen terhadap karyawannya (Vanderberg dan Nelson, 1999). *Turnover* yang dari keinginan diri sendiri dapat menyebabkan biaya tinggi bagi organisasi dalam hal hilangnya sumber daya manusia yang berharga dan gangguan kegiatan yang sedang berlangsung (Trevor, Cerhart, & Boudreau, 1997; Vanderberg dan Nelson, 1999). Niat untuk pergi telah dikaitkan dengan *Job Satisfaction* (Loeffler, 1993; Stamps, 1997; Sziget et al., 1990) dan *Organizational Commitment* (Mowday, Steers, dan Porter, 1979; Warner, 2000). Terbukti bahwa banyak faktor lingkungan dan pribadi yang mempengaruhi niat untuk tetap atau pergi. Banyak organisasi menghadapi banyak tantangan dalam mempertahankan tenaga kerja yang berpengalaman dan bahkan lulusan baru. Menurut sebuah studi oleh Sturges dan Guest (2001), sebuah organisasi rata-rata kehilangan 50% setelah rekrutmen 5 tahun dan yang terburuk hanya mempertahankan 4%. Sebagian besar karyawan yang tinggal menunjukkan komitmen tingkat tinggi terhadap organisasi mereka, sedangkan yang rendah komitmen organisasinya, *ketidakpuasan* kerjayang tinggi, stres dan kurangnya dukungan sosial adalah prediktor terkuat dari *Turnover* atau niat untuk pergi (Barak, Michal, & Nissely, 2001; Sturges & Guest, 2001).

Vanderberg dan Nelson (1999) mengemukakan bahwa mengidentifikasi kondisi yang mengarah pada pergantian sangat penting untuk mengenali niat keluar dan untuk mengendalikannya. Namun, variasi yang luas antar karyawan yang menyatakan niat untuk pergi dan hubungannya dengan pergantian aktual sebagai prediktor yang kuat, muncul dari hasil penelitian. Tiga kelompok besar faktor: (a) faktor organisasi; (b) faktor karakteristik individu; dan (c) faktor-faktor yang berhubungan dengan pekerjaan dihipotesiskan untuk mempengaruhi staf *Job Satisfaction* yang pada gilirannya mempengaruhi niat

untuk pergi. Banyak peneliti menemukan ketidakpuasan itu dengan ketiga aspek organisasi dan pekerjaan yang terkait dengan niat untuk meninggalkan organisasi (Bretz, Boudreau, & Judge, 1994; Cotton & Tuttle, 1986). Faktor-faktor lain di luar organisasi juga secara langsung mempengaruhi niat untuk pergi, seperti tanggungjawab keuangan, ikatan keluarga, pertemanan, dan hubungan masyarakat. Perubahan dalam keluarga atau keadaan pribadi, kelahiran bayi, kematian seseorang yang dekat, perkawinan, perceraian, penyakit, atau peristiwa penting lainnya yang terjadi pada diri sendiri atau pada peristiwa penting lainnya, juga mempengaruhi pandangan dan keputusan karyawan tentang kehidupan dan pekerjaannya (Kelloway, Gottlieb, & Barham, 1999) tetapi tetap tidak terbukti signifikan untuk perawat anestesi (Loeffler, 1993). Sedangkan faktor-faktor terkait pekerjaan seperti gaji, promosi dan kepuasan pengawasan menunjukkan tingkat hubungan yang moderat (Szigeti et al., 1990).

## **E. Hubungan Antar Variabel**

### **E.1. Hubungan Job Satisfaction dan Organizational Commitment**

Hubungan antara *Organizational Commitment* dan *Job Satisfaction* telah dipublikasikan secara luas (Mathieu & Zajac, 1990; Meyer, Stanley, Herscovitch, & Topolnytski, 2002). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa ada korelasi yang tinggi antara keduanya (Tett & Meyer, 1983; Sangie, 1998). Sebagian besar penelitian menggunakan *Job Satisfaction* sebagai variabel independen dan *Organizational Commitment* sebagai variabel dependen (Gaertner, 1999; Lok & Crawford, 2001; Jernigan, Beggs, & Kohut, 2002).

Di sisi lain, beberapa studi sebelumnya telah membuktikan bahwa *Organizational Commitment* dapat bersifat variabel independen dengan *Job Satisfaction* sebagai variabel dependen (Bateman & Strasser, 1984; Vandenberg & Lance, 1992).

Meskipun penelitian tentang hubungan sebab akibat antara *Job Satisfaction* dan *Organizational Commitment* telah dilakukan, tetapi hasil penelitian mereka

seringkali bertentangan. *Organizational Commitment* dan *Job Satisfaction* dapat bergabung sebagai variabel independen dan dapat mengakibatkan hasil yang negatif seperti *Turnover Intention* (Shore & Martin, 1989).

Kepuasan akan pekerjaan, *Organizational Commitment*, dan *Turnover Intention* adalah beberapa di antara variabel populer dalam penelitian tentang sikap kerja (Mathieu & Zajac, 1990; Meyer & Allen, 1984; O'Reilly & Chatman, 1986).

*Job Satisfaction* adalah sikap yang dimiliki orang tentang pekerjaan dan organisasi mereka di mana mereka melakukan pekerjaan ini. *Job Satisfaction* didefinisikan sebagai 'sejauh mana orang menyukai atau tidak menyukai pekerjaan mereka. Hal tersebut adalah reaksi afektif karyawan terhadap pekerjaan, berdasarkan perbandingan antara hasil aktual dan hasil yang diinginkan. *Job Satisfaction* secara umum diakui sebagai **konstruk yang mencakup perasaan karyawan tentang berbagai elemen intrinsik dan ekstrinsik pekerjaan.**

Unsur intrinsik kepuasan pekerjaan, berasal dari yang dimediasi secara internal, seperti pekerjaan itu sendiri dan peluang untuk pertumbuhan dan pencapaian pribadi.

Untuk elemen ekstrinsik dari *Job Satisfaction*, berasal dari sesuatu yang dihasilkan dari imbalan yang dimediasi secara eksternal seperti kepuasan dengan gaji dan tunjangan, kebijakan perusahaan terkait dukungan, pengawasan, rekan kerja, pengamanan pekerjaan dan peluang untuk promosi.

Hubungan positif antara *Job Satisfaction* dan *Organizational Commitment* telah secara konsisten dilaporkan dalam penelitian. Hubungan antara *Organizational Commitment* dan kepuasan pekerjaan itu nampak rumit dan tidak jelas, apakah kepuasan merupakan prekursor untuk berkomitmen atau apakah komitmen mempengaruhi tingkat kepuasan seseorang. Pandangan dominan dalam literatur mendukung prioritas sebab akibat dari kepuasan atas komitmen.

Ada juga bukti yang menunjukkan komitmen tingkat tinggi pada organisasi menyebabkan kepuasan pekerjaan. Beberapa penelitian lain bahkan menyimpulkan bahwa ada efek timbal balik antara kepuasan dan komitmen.

Meskipun ada Kelompok studi yang tidak menemukan bukti hubungan sebab akibat di kedua arah. Sejumlah penelitian telah melaporkan bahwa kepuasan pekerjaan dan *Organizational Commitment*, terkait negatif dengan *Intention Turnover*.

Menurut Tett dan Meyer, *Organizational Commitment* dan *Job Satisfaction* adalah berbeda, dan masing-masing berkontribusi secara unik terhadap *Intention Turnover*. *Job Satisfaction* berkorelasi lebih kuat dengan *Turnover Intention*, sedangkan *Organizational Commitment* memiliki korelasi terkuat dengan actual *Turnover*.

Komitmen afektif yang terkait dengan pengalaman positif (misalnya, *Job Satisfaction*), komitmen berkelanjutan terkait dengan variabel yang mencerminkan peningkatan status investasi (misalnya, pekerjaan), dan komitmen normatif yang terkait dengan pengalaman kerja positif dan akal sehat tentang kewajiban kepada orang lain (Meyer et al., 1993).

Setiap karyawan yang memiliki komitmen afektif terhadap organisasi akan memiliki intrinsik dan ekstrinsik kepuasan, dan memiliki *Job Satisfaction* secara keseluruhan (Allen & Meyer, 1996). Penelitian menunjukkan karyawan dengan komitmen normatif tinggi akan berkorelasi positif dengan perilaku bekerja sebagai kinerja, kehadiran di tempat kerja, dan organisasi kewarganegaraan perilaku (OCB) (Kang, Stewart, & Kim, 2011).

Afektif dan komitmen normatif berkorelasi positif dengan perilaku positif yang tidak diinginkan (misalnya, OCB) dan berkorelasi negatif dengan perilaku negatif yang tidak diinginkan (misalnya : niat untuk pergi, ketidakhadiran, dan pengabaian pekerjaan) (Meyer et al., 1993). Meyer et al. (1993) juga menemukan bahwa komitmen kelanjutan berhubungan negatif dengan keinginan untuk meninggalkan organisasi dan tidak terkait dengan keterlibatan secara profesional.

## **E.2. Organizational Commitment & Turnover Intention**

Moreland (2013) merujuk bahwa ketidakmampuan seorang pemimpin untuk mengembangkan komitmen karyawan bagi perusahaan mereka dapat memengaruhi kinerja perusahaan dengan mengurangi penghasilan sebanyak 32,7%. Satu kekhawatiran adalah bahwa pemimpin kadang gagal memahami hubungan yang mereka miliki dengan bawahan mereka dapat mempengaruhi keputusan karyawan untuk berkomitmen pada organisasi (Zhang, Tsingan, & Zhang, 2013). Dalam Kepemimpinan Perusahaan manajer berperan sebagai promotor utama komitmen karyawan (Smith & Macko, 2014). Namun, para peneliti Gallup menunjukkan bahwa hanya 10% pemimpin yang memiliki keterampilan yang dibutuhkan untuk meningkatkan tingkat komitmen karyawan mereka (Harter & Adkins, 2015). Perusahaan harus menerapkan pelatihan atau program untuk mendorong para pemimpin untuk mengembangkan keterampilan tersebut. Salah satu konsekuensi dari rendahnya keterlibatan karyawan, seperti yang ditunjukkan oleh Thirapatsakun, Kuntonbutr, dan Mechinda (2014), adalah berdampak pada omset (Adkins, 2015).

Karyawan yang tidak bekerja membutuhkan lebih banyak pelatihan daripada karyawan yang aktif. dan mereka lebih cenderung meninggalkan organisasi, yang berakibat meningkatkan kemungkinan personil yang keluar dan biaya *Turnover* menjadi lebih tinggi (Kumar & Pansari, 2016). Kurangnya keterlibatan karyawan adalah prediktor dari *Turnover* tinggi dan kinerja rendah, menurut Shuck and Reio (2014). Masalah bisnis umum adalah bahwa beberapa pemimpin bisnis industri tidak dapat mengembangkan *Organizational Commitment*, yang berdampak negatif terhadap kinerja bisnis. Masalah bisnis spesifik adalah beberapa pemimpin bisnis di industri layanan klien di Amerika Serikat tidak memahami hubungan antara komitmen afektif karyawan, komitmen berkelanjutan, normatif komitmen untuk perusahaan mereka dan niat *Turnover* mereka.

### **E.3. Job Satisfaction, Organizational Commitment, dan Turnover Intention**

Hasil penelitian tentang *Organizational Commitment* mencatat bahwa karyawan yang memiliki komitmen tinggi, kecil kemungkinannya untuk meninggalkan organisasi. *Organizational Commitment* adalah prediktor berbagai hasil seperti pergantian dan niat untuk meninggalkan organisasi (Ferris & Aranya, 1983), tingkat absensi dan tingkat usaha yang diberikan (Allen & Meyer, 1996). *Organizational Commitment* adalah topik penelitian yang penting dan bersifat praktis dan teoretis (Nazari & Emami, 2012).

*Organizational Commitment* mengarah pada hal yang penting seperti penurunan *Turnover*, motivasi yang lebih tinggi, loyalitas organisasi yang lebih tinggi perilaku dan dukungan organisasi (O'Reilly & Chatman, 1986). Karyawan yang memiliki komitmen yang tinggi akan memberikan kontribusi yang lebih signifikan bagi organisasi, berkinerja lebih baik, terlibat dalam perilaku loyalitas organisasi, dan kecil kemungkinannya untuk terlibat dalam perilaku yang bukan perilaku produktif atau destruktif (Meyer et al, 1993 ;, 2002).

Hackett, Bycio, & Hausdorf (1994); Meyer, dkk. (1993); dan Cohen (1993) mengemukakan bahwa komitmen afektif, komitmen berkelanjutan dan komitmen normatif memiliki dampak negatif dengan niat meninggalkan organisasi (Intent to Leave).

Dimensi *Organizational Commitment* secara umum terkait negatif adalah niat untuk berpindah. Vandenberghe dan Tremblay (2008) mengemukakan bahwa ***Organizational Commitment adalah mediator dalam hubungan antara Job Satisfaction dan Turnoverintention***. *Organizational Commitment* adalah bentuk lain dari sikap kerja seperti kepuasan pekerjaan dan keterlibatan kerja, dan berkorelasi dengan *Job Satisfaction* (Mathieu & Farr, 1991).

Studi sebelumnya juga menemukan bahwa ***komitmen afektif menjadi perantara hubungan antara Job Satisfaction dan niat berpindah*** (Netemeyer, Burton, & Johnston, 1995). Meyer dan Allen (1991) mengusulkan bahwa model tiga komponen *Organizational Commitment* memediasi hubungan antara *Job Satisfaction* dan niat berpindah.



Berdasarkan penelitian sebelumnya, **kedua dimensi *Organizational Commitment* (komitmen afektif dan komitmen normatif) sepenuhnya memediasi efek *Job Satisfaction* pada niat *Turnover*** (Dunham, Grube, & Castaneda, 1994; Meyer, Allen, & Gellatly, 1990; Hackett et al, 1994; Somers, 1993; Jaros, 1997; McGee & Ford, 1987).

Cramer (1996) mengatakan bahwa sebagian besar model *Turnover* mengasumsikan bahwa *Job Satisfaction* mengarah pada *Organizational Commitment* yang lebih besar. Alasan utama untuk hubungan sebab akibat ini tampaknya bahwa *Job Satisfaction* adalah respons afektif terhadap pekerjaan yang dilakukan segera setelah bergabung dengan organisasi daripada aspek lainnya dalam bekerja untuk tujuan organisasi dan nilai - nilai (Cramer, 1996).

William dan Hazer (1986) menunjukkan kepuasan pekerjaan itu adalah anteseden terhadap *Organizational Commitment*. Hackett et al. (1994) menemukan bahwa *Job Satisfaction* memiliki pengaruh positif terhadap komitmen afektif dan normatif tetapi memiliki efek negatif pada komitmen berkelanjutan. Konovsky dan Cropanzano (1991) juga menemukan bahwa *Job Satisfaction* memiliki dampak positif pada *Organizational Commitment*.

#### **E.4. Hasil Penelitian Sebelumnya**

Kaitan penjualan dan *Job Satisfaction* serta *Organizational Commitment* dan niat untuk bertahan adalah topik yang paling banyak diselidiki dalam literatur *Turnover* sebelumnya. Banyak penelitian menunjukkan hubungan yang mapan dan negatif antara *Job Satisfaction*, *Organizational Commitment*, *Intention to Stay* dan keinginan berpindah.

James L. Price dan Charles W. Mueller (1981) menunjukkan hubungan positif antara *Job Satisfaction* dan niat untuk tetap daripada hubungan negatif antara *Job Satisfaction* dan niat untuk tetap pada niat *Turnover* [8]. Kemudian Miriam J. Landsman (2001) ditemukan itu hubungan positif antara *Job Satisfaction* dan *Organizational Commitment*, dan antara *Organizational Commitment* dan *Intention to Stay*, dan *Job Satisfaction* dan *Intention to Stay* [9].

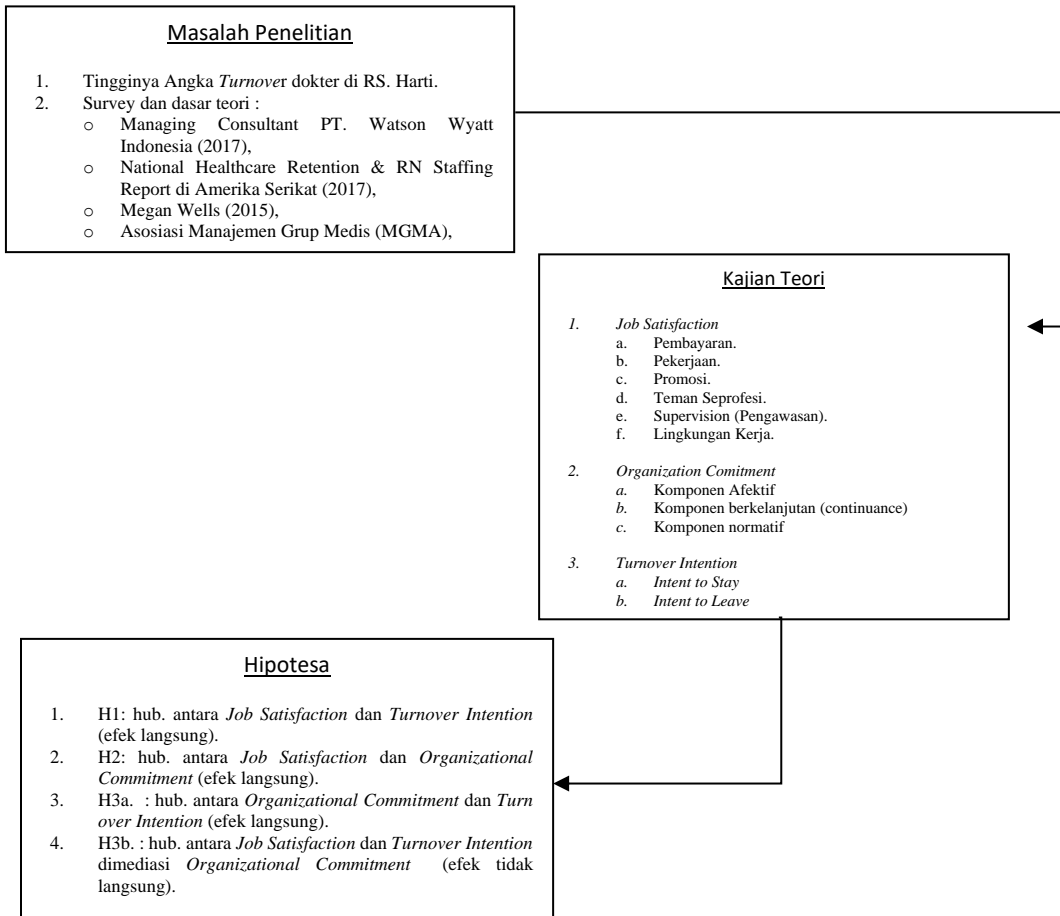
Kuei-Yun Lu dan semuanya (2002) juga menunjukkan bahwa *Job Satisfaction* berkorelasi positif dengan komitmen profesional dan berkorelasi negatif dengan niat *Turnover*, dan kedua korelasi tersebut signifikan [10].

Rong-Chang Jou dan semua (2012) menunjukkan hubungan negatif antara *Turnover* dan *Job Satisfaction* [11]. Ihami Yücel (2012) ditemukan bahwa *Job Satisfaction* adalah salah satu yang paling anteseden dari *Organizational Commitment* dan niat *Turnover* dan menunjukkan bahwa tingkat *Job Satisfaction* yang tinggi menghasilkan komitmen yang lebih tinggi dan *Turnover Intention* yang lebih rendah sehingga *Job Satisfaction* berpengaruh positif pada komitmen afektif, komitmen kontinyu, dan komitmen normatif sementara itu adalah dampak negatif pada niat *Turnover* [12].

Menurut Md. Sahidur Rahman dan semua (2014) menunjukkan bahwa *Job Satisfaction* ditemukan berhubungan positif signifikan dengan *Organizational Commitment*; sementara korelasi negatif yang signifikan ditemukan antara *Job Satisfaction* dan niat berpindah. Selain itu, *Organizational Commitment* juga ditemukan berkorelasi negatif dengan niat *Turnover* [13]. Juga, Menurut Nasyira, M. N, Othman, M. dan Ghazali, H (2014) menunjukkan bahwa *Organizational Commitment* berkorelasi positif dengan niat karyawan untuk tetap dengan pekerjaan mereka saat ini [14].

Menurut Jen Hung Wang dan semua (2016) menunjukkan hubungan yang signifikan dan positif antara *Job Satisfaction* dan *Organizational Commitment*, sedangkan hubungan antara *Job Satisfaction* dan niat berpindah adalah positif tetapi tidak signifikan. Akhirnya, hubungan antara *Organizational Commitment* dan *Turnover Intention* adalah negatif tetapi tidak signifikan [15].

## F. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

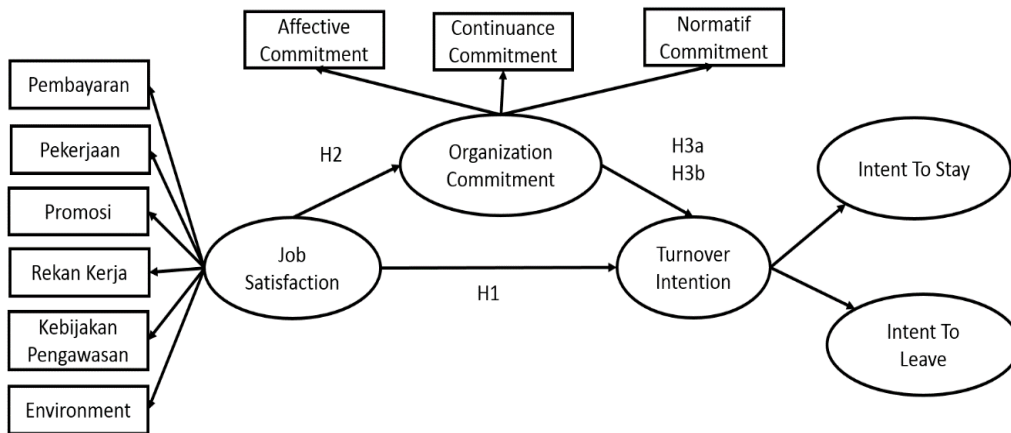
# BAB III

## KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

### A. Konsep, Definisi Operasional dan Hipotesis

#### A.1. Kerangka Konsep

Dalam penelitian ini, ada sekitar dua (2) tujuan penelitian dan hipotesis yang digunakan sebagai pedoman bagi peneliti untuk bekerja. Tujuannya adalah mengidentifikasi hubungan antara *Job Satisfaction* dan niat pergantian karyawan di antara 60 dokter umum dan spesialis di layanan rawat jalan dan rawat inap.



Gambar 3.1. Model Penelitian yang akan digunakan

Model struktural pada Gambar 3.1 mengusulkan bahwa *Job Satisfaction* mempengaruhi komitmen afektif, komitmen kelanjutan dan komitmen normatif, yang pada gilirannya mempengaruhi niat *Turnover* karyawan.

#### A.2. Hipotesis

Tujuan spesifik dari penelitian ini adalah untuk menentukan:

1. H1: hubungan antara *Job Satisfaction* (*Job Satisfaction*) dan *Turnover Intention* karyawan (efek langsung).
2. H2: hubungan antara *Job Satisfaction* (*Job Satisfaction*) dan *Organizational Commitment* (efek langsung).
3. H3a. : hubungan antara *Organizational Commitment* dan *Turn over Intention* (efek langsung).
4. H3b. : hubungan antara *Job Satisfaction* dan *Turnover Intention* karyawan dengan adanya *Organizational Commitment* dan intensi untuk tetap sebagai variabel perantara (efek tidak langsung).

**A.2.1. H1: hubungan antara *Job Satisfaction* (*Job Satisfaction*) dan *Turnover Intention* (efek langsung).**

Kaitan penjualan dan *Job Satisfaction* serta *Organizational Commitment* dan niat untuk bertahan adalah topik yang paling banyak diselidiki dalam literatur *Turnover* sebelumnya. Banyak penelitian menunjukkan hubungan yang mapan dan negatif antara *Job Satisfaction*, *Organizational Commitment*, *Intention to Stay* dan keinginan berpindah. James L. Price dan Charles W. Mueller (1981) menunjukkan hubungan positif antara *Job Satisfaction* dan niat untuk tetap daripada hubungan negatif antara *Job Satisfaction* dan niat untuk tetap pada niat *Turnover* [8].

Model struktural pada Gambar 3 mengusulkan bahwa komitmen afektif, kelanjutan komitmen dan komitmen normatif secara langsung mempengaruhi *Job Satisfaction*, yang pada gilirannya juga mempengaruhi *Turnover Intention*. Maksud *Turnover* atau niat meninggalkan organisasi adalah sikap berorientasi atau manifestasi dari keputusan perilaku kognitif untuk berhenti (Elangovan, 2001). Niat *Turnover* adalah keinginan sadar dan sengaja untuk meninggalkan organisasi (Tett & Meyer, 1993). Banyak peneliti telah berusaha menjawab pertanyaan tentang apa yang menentukan kemauan karyawan keluar dari organisasi dengan cara menyelidiki kemungkinan prospek negara sebelumnya ke arah niat *Turnover* karyawan (Saks, 1996; Mahdi, Zin, Nor, Sakat, & Naim,

2012). *Turnover Intention* mengacu pada kecenderungan bahwa karyawan meninggalkan organisasi di mana mereka bekerja, sehingga tren pada akhirnya akan mengarah pada perilaku atau pindah meninggalkan organisasi.

Kuei-Yun Lu dan semuanya (2002) juga menunjukkan bahwa *Job Satisfaction* berkorelasi positif dengan komitmen profesional dan berkorelasi negatif dengan niat *Turnover*, dan kedua korelasi tersebut signifikan [10]. Rong-Chang Jou dan semua (2012) menunjukkan hubungan negatif antara *Turnover* dan *Job Satisfaction* [11]. Kemudian Miriam J. Landsman (2001) ditemukan itu hubungan positif antara *Job Satisfaction* dan *Intention to Stay* [9].

Menurut Nasyira, M. N, Othman, M. dan Ghazali, H (2014) menunjukkan bahwa *Organizational Commitment* berkorelasi positif dengan niat karyawan untuk tetap dengan pekerjaan mereka saat ini [14]. Kemudian Miriam J. Landsman (2001) ditemukan itu hubungan positif antara *Organizational Commitment* dan *Intention to Stay*.

#### **A..2.2. H2 : hubungan antara *Job Satisfaction* dan adanya *Organizational Commitment* (efek langsung).**

*Job Satisfaction* (didefinisikan sebagai tingkat dimana karyawan memiliki orientasi positif afektif terhadap pekerjaan dengan organisasi; Price, 1997) dan *Organizational Commitment* (didefinisikan sebagai loyalitas kepada unit sosial; Price, 1997) umumnya dipandang sebagaiintervensi variabel dalam proses *Turnover* (misalnya, Hom & Griffeth, 1995; Mowday et al, 1982;. Hargis & Mueller, 1986). Kemudian Miriam J. Landsman (2001) menemukan hubungan positif antara *Job Satisfaction* dan *Organizational Commitment*, dan antara *Organizational Commitment* dan *Intention to Stay*, dan *Job Satisfaction* dan *Intention to Stay* [9]. Menurut Md. Sahidur Rahman dan semua (2014) menunjukkan bahwa *Job Satisfaction* ditemukan berhubungan positif signifikan dengan *Organizational Commitment*; sementara korelasi negatif yang signifikan ditemukan antara *Job Satisfaction* dan niat berpindah.

Ihmi Yücel (2012) ditemukan bahwa *Job Satisfaction* adalah salah satu yang paling anteseden dari *Organizational Commitment* dan niat *Turnover* dan menunjukkan bahwa tingkat *Job Satisfaction* yang tinggi menghasilkan komitmen yang lebih tinggi dan *Turnover Intention* yang lebih rendah sehingga *Job Satisfaction* berpengaruh positif pada komitmen afektif, komitmen kontinyu, dan komitmen normatif sementara itu adalah dampak negatif pada niat *Turnover* [12].

Menurut Jen Hung Wang dan semua (2016) menunjukkan hubungan yang signifikan dan positif antara *Job Satisfaction* dan *Organizational Commitment*, sedangkan hubungan antara *Job Satisfaction* dan niat berpindah adalah positif tetapi tidak signifikan. Akhirnya, hubungan antara *Organizational Commitment* dan *Turnover Intention* adalah negatif tetapi tidak signifikan [15].

### **A..2.3. H3 : hubungan antara *Organizational Commitment* dan Turn over Intention (efek langsung).**

Selain itu, Md. Sahidur Rahman, Rana Karan dan Md. Iftekhar Arif (2014) menunjukan *Organizational Commitment* juga ditemukan berkorelasi negatif dengan niat *Turnover* [13].

## **B. Definisi Operasional**

### **B.1. Definisi Operasional *Job Satisfaction***

*Job Satisfaction* (JS) diukur dengan pengurangan versi (20 item) (Churchill et al., 1974; Comer et al., 1989), skala yang menilai kepuasan tenaga penjualan dengan pekerjaan, promosi dan kemajuan mereka, gaji, penyelia, kebijakan dan dukungan perusahaan, pelanggan, dan sesama pekerja. Skala Likert lima poin mulai dari (1) sangat setuju untuk (5) sangat tidak setuju digunakan. Setelah membalikkan item penilaian, tanggapan dirata-ratakan sedemikian rupa sehinggaskor yang lebih tinggi menunjukkan *Job Satisfaction* yang lebih besar (Comer et al., 1989).

## **B.2. Definisi Operasional *Organizational Commitment***

Langkah-langkah *Organizational Commitment* ada tiga dimensi penelitian, 1) Komitmen Afektif, 2) Kelanjutan, dan 3) Normatif, dikembangkan dalam studi ini, dimasukkan pada kuesioner. *Organizational Commitment* (OC) diukur dengan berarti versi sembilan item dari Kuisisioner *Organizational Commitment* (Mowday et al., 1979). Skala hanya memiliki sembilan item dengan kata-kata positif dapat berupa pengganti yang dapat diterima untuk versi 15-item jika kuesioner panjang adalah pertimbangan. Skala Likert lima poin mulai dari (1) sangat setuju untuk (5) sangat tidak setuju digunakan. Setelah membalikkan skor item, tanggapannya dirata-ratakan sehingga skor yang lebih tinggi menunjukkan organisasi yang lebih besar komitmen yang rasional. Bukti kuat untuk keandalannya dan validitas skala *Organizational Commitment* milik telah dilaporkan (Brooke et al., 1988; Michaels et al., 1988; Sager dan Johnston, 1989; Johnston et al., 1990; O'Hara et al., 1991).

Anteseden yang diusulkan dari komponen afektif. Juga termasuk dalam kuesioner adalah 11 ukuran dua item menilai berbagai pengalaman kerja. Variabel pengalaman kerja yang dipilih untuk dimasukkan adalah yang ditemukan di penelitian sebelumnya untuk berkorelasi dengan komitmen afektif. Secara khusus, kami menilai persepsi karyawan terhadap sejauh mana pekerjaan mereka menantang (tantangan pekerjaan), peran (kejelasan peran) dan tujuan (kejelasan tujuan) didefinisikan dengan jelas, tujuan sulit (kesulitan sasaran), manajemen menerima saran karyawan (penerimaan manajemen), karyawan kohesif (kohesi teman sebaya), organisasi dapat diandalkan (ketergantungan organisasi), karyawan diperlakukan secara adil (ekuitas), karyawan dibuat merasakan hal itu mereka penting bagi organisasi (kepentingan pribadi), umpan balik mengenai kinerja pekerjaan mereka diberikan (umpan balik), dan mereka diizinkan untuk berpartisipasi dalam keputusan mengenai pekerjaan mereka sendiri (partisipasi). Seperti disebutkan sebelumnya, variabel pengalaman kerja yang berkontribusi terhadap komitmen afektif dapat dikelompokkan menjadi yang memenuhi kebutuhan karyawan untuk merasa nyaman dalam hubungan



mereka dengan organisasinya merasa kompeten dalam peran-pekerjaan. Meskipun pengalaman dapat berkontribusi pada kepuasan kedua kebutuhan, mungkin diperdebatkan bahwa kebutuhan kenyamanan akan lebih baik dilayani oleh ketergantungan organisasi, manajemen penerimaan, kesetaraan, kohesi teman sebaya, kejelasan peran dan kejelasan tujuan, sedangkan perasaan kompetensi lebih ditingkatkan oleh tantangan pekerjaan, kesulitan tujuan, kepentingan pribadi, umpan balik, dan partisipasi. Beberapa langkah pengalaman kerja yang digunakan adalah modifikasi dari mereka yang digunakan dalam studi Buchanan (1974) tentang manajer; yang lain dikembangkan oleh penulis. Setiap item skala memiliki format respons tujuh poin ('sangat tidak setuju' 'untuk' sangat setuju'). Item sampel disajikan dalam Lampiran.

Anteseden yang diusulkan berikutnya adalah komponen kelanjutan. Beberapa ukuran item tunggal digunakan untuk menilai besarnya investasi yang terkait dengan organisasi yang dibuat responden. Ini termasuk pertanyaan tentang transferability baik keterampilan berbasis organisasi (keterampilan) dan pendidikan formal (pendidikan) ke yang lain organisasi, kemungkinan bahwa karyawan harus pindah ke wilayah geografis lain jika mereka mau meninggalkan organisasi (pindah), sejauh mana karyawan merasa bahwa mereka 'sendiri' telah berinvestasi (yaitu waktu dan energi 'mempelajari tali') dalam organisasi (investasi sendiri), dan sejauh mana pensiun mereka akan berkurang jika mereka meninggalkan organisasi (pensiun). Respons terhadap pertanyaan ini dibuat skala tujuh poin. Juga dimasukkan - sebagai indeks 'investasi dalam komunitas' - adalah proporsi kehidupan karyawan selama mereka tinggal secara lokal (komunitas). Diprediksi bahwa masing-masing variabel, dengan pengecualian keterampilan dan pendidikan, akan berkorelasi positif dengan kelanjutan komitmen; hubungan yang melibatkan keterampilan dan pendidikan diharapkan negatif.

Persepsi ketersediaan alternatif atau normatif commitment dinilai dengan meminta karyawan untuk menunjukkan, pada tujuh poin skala respons, betapa mudahnya mereka merasa mendapatkan pekerjaan yang sebanding atau lebih

baik di organisasi lain (alternatif). Skor pada ukuran ini diharapkan berkorelasi. Antecedent yang diusulkan dari komponen normatif. Meskipun komitmen normatif dimasukkan dalam penelitian ini terutama untuk tujuan eksplorasi, satu variabel, Skala Norma *Organizational Commitment* dua item (Buchanan, 1974), dimasukkan sebagai prediktor potensial dari komponen komitmen ini. Skor ini skala, yang mencerminkan sejauh mana karyawan merasa bahwa organisasi mengharapkan loyalitas mereka, diharapkan untuk berkorelasi positif dengan skor NCS

### **B.3. Definisi Operasional Turnover Intention**

Akhirnya, *Turnover Intention* (TI) diukur dengan empat item dari Indeks Tinggal / Meninggalkan (Bluedorn, 1982), ditambah dengan dua item yang dimaksudkan untuk mengetuk kesadaran (Lucas, 1985). Menggunakan skala tujuh poin, respons rata-rata, dan skor yang lebih tinggi menunjukkan kecenderungan yang lebih besar keinginan untuk pergi. Variasi ukuran ini telah digunakan di banyak penelitian untuk mengukur niat pekerja untuk pergi dan telah memiliki keandalan yang baik (Futrell dan Parasuraman, 1984; Sager et al., 1988; Johnston dan Futrell, 1989; Johnston et al., 1990; Ingram dan Lee, 1990).

## **BAB IV**

### **Metodologi Penelitian**

#### **A. Jenis dan Disain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan menggunakan disain penelitian *cross-sectional*.

#### **B. Waktu dan Lokasi Penelitian**

Penelitian di lakukan pada bulan Nopember 2019 di RS Harti, Jl. Raya Tegar Beriman No. 9F Kelurahan Bojong baru Kecamatan Bojonggede Kabupaten BOGOR.

#### **C. Populasi Dan Sampel**

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh dokter dan dokter spesialis yang bekerja di RS Harti. Sampel yang digunakan didalam penelitian ini adalah seluruh populasi dokter umum, gigi dan dokter spesialis yaitu 35 orang.

#### **D. Pengumpulan Data**

##### **D. 1. Metode Pengumpulan Data**

Data yang digunakan adalah data primer yang dikumpulkan oleh peneliti menggunakan metode angket/kuesioner. Pengumpulan data dilakukan dengan pengisian kuesioner yang dilakukan oleh setiap responden secara mandiri. Komponen-komponen yang ditanyakan didalam kuesioner berupa pernyataan-pernyataan yang berhubungan dengan variabel-variabel yang akan diteliti. Untuk variabel terikat meliputi:

1. Job Satisfaction
2. Organizational Commitment
3. Turnover Intention

Sedangkan pengumpulan data untuk komponen pada variabel bebas yaitu intensi retensi juga dilakukan menggunakan kuesioner yang meliputi keinginan

responden untuk bertahan di RS Harti. Proses pengambilan data hanya dilakukan satu kali pengisian kuesioner.

Pengumpulan data dilakukan dalam kurun waktu tiga bulan. Dalam mengumpulkan data dilakukan dengan cara mendatangi unit kerja terkait. Kuesioner sebelumnya diberikan pada unit utama yang kemudian secara birokratis diberikan pada unit dibawahnya. Peneliti melampirkan nomor yang bisa dihubungi dan email ke dalam lampiran kuesioner agar bisa memudahkan responden jika diperlukan dalam memberikan penjelasan maupun informasi terkait dengan pengumpulan data yang dilakukan.

Unit analisis yang akan diamati pada penelitian ini adalah Rumah Sakit Harapan Sehati di grup level fungsional terdiri dari 35 Dokter Umum, dokter gigi dan Spesialis di unit Rawat Jalan dan rawat Inap. Unit fungsional ini dipilih karena merupakan tingkat pelaksanaan pelayanan terdepan pada level fungsional unit rumah sakit, di mana pada lapisan ini memiliki otorisasi eksekusi atas implementasi dari unit pendapatan rumah sakit yang menunjang proses bisnis layanan rumah sakit, yang terdapat pada unit ini menjadi penting.

Unit analisis adalah di mana data akan diamati, baik berupa individu, organisasi, kelompok, budaya, atau *dyadic* (Sekaran, 2016). Dalam menentukan jumlah sampel yang diperlukan, metode yang dilakukan Chin (1998), penggunaan minimum sampel dalam analisis *Partial Least Square* (PLS) didasarkan pada, jumlah sampel minimal adalah 30 sampel, dengan dasar perhitungan :

- > 10 kali dari besarnya indikator format terbanyak yang digunakan untuk mengukur 1 variabel laten, atau
- > 10 kali dari jumlah jalur struktural terbanyak yang ditujukan ke variabel laten tertentu dalam model struktural.

Model dalam penelitian ini tidak mempunyai indikator formatif.

Merujuk pada poin-poin di atas, maka banyaknya sampel dalam penelitian ini ditetapkan minimum sebesar 35 sampel. Unit analisis yang akan diamati

adalah dokter dan spesialis di unit layanan RS Harapan Sehati. Teknik pengambilan sampel yang akan diuji adalah dengan *probability sampling*, yaitu merupakan teknik pengambilan sampel yang memberikan peluang sama bagi setiap anggota populasinya untuk dipilih menjadi anggota sampel (Sekaran, 2016). Peneliti menggunakan *simple random sampling* karena populasi dianggap homogen, sehingga tidak memperhatikan strata yang ada pada populasi tersebut (Sekaran, 2016).

## **D.2. Instrumen Penelitian**

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan adalah Kuesioner. Kuesioner berisi pertanyaan yang dapat mengukur variabel-variabel yang akan di teliti. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini merupakan modifikasi dari kuesioner penelitian yang dilakukan oleh Herawaty (2012).

Pengembangan Kuesioner: pada faktor penelitian ini diungkapkan oleh survei kuesioner. Isi kuesioner dibagi menjadi dua bagian: bagian pertama mencakup 4 variabel, yaitu *Job Satisfaction*, *Organizational Commitment*, *Intention to Stay*, dan keinginan berpindah; bagian kedua terdiri dari data latar belakang pribadi.

Untuk variabel terikat dan variabel bebas pernyataan yang diajukan bersifat tertutup dimana responden hanya diberikan empat opsi jawaban dengan menggunakan skala likert dengan skala 1-4 untuk masing-masing pernyataan positif dan negatif dan angka-angka tersebut nantinya akan digunakan dalam pengolahan data, seperti terlihat dibawah ini:

4 = sangat setuju/ sangat sering/sangat sesuai

3 = setuju /sering/sesuai

2 = tidak setuju/jarang/tidak sesuai

1 = sangat tidak setuju/tidak pernah/sangat tidak sesuai

### D.3. Item Kuesioner dan referensi

Tabel 3.1. Keterangan Dimensi pada kerangka penelitian yang akan digunakan

Konstruk	Dimensi	Kode	Indikator	Referensi
<i>Job Satisfaction / Job Satisfaction (SAT)</i>				Churchill et al., 1974; Comer et al., 1989
	<b>Pekerjaan</b>	<b>SAT1</b>	bekerja memberi saya rasa prestasi	
		<b>SAT2</b>	pekerjaan disini sangat memuaskan saya	
		<b>SAT18</b>	Saya benar-benar melakukan sesuatu yang berharga dalam pekerjaan saya	
	<b>Promosi</b>	<b>SAT4</b>	manajemen rumah sakit memiliki kebijakan promosi yang tidak adil (Reversed Question)	
		<b>SAT8</b>	peluang untuk maju terbatas (Reversed Question)	
		<b>SAT15</b>	banyak pekerjaan bagus di sini untuk mereka yang ingin maju	
	<b>Pembayaran</b>	<b>SAT5</b>	bayarannya rendah dibandingkan dengan pekerjaan serupa di tempat lain	
		<b>SAT9</b>	bayar di sini lebih rendah daripada di rumah sakit lain	
	<b>Pengawasan</b>	<b>SAT1</b>	SAT1: Manajemen rumah sakit benar-benar mencoba untuk mendapatkan ide-ide kami	
		<b>SAT6</b>	SAT6: Manajemen RS adil dalam berurusan dengan saya	
		<b>SAT12</b>	SAT12: Manajemen RS memberi kami pujian dan pujian	

	<b>Kebijakan rumah sakit</b>	<b>SAT3</b>	SAT3: manajemen rumah sakit sangat progresif	
		<b>SAT7</b>	SAT7: manajemen puncak benar-benar tahu tugasnya	
		<b>SAT14</b>	SAT14: rumah sakit beroperasi secara efisien dan lancar	
		<b>SAT19</b>	SAT19: Manajemen rumah sakit menerima dukungan yang baik dari pemilik	
	<b>Environment (Pasien)</b>	SAT11	Pasien saya dapat dipercaya	
		SAT17	Pasien saya setia	
		SAT20	Pasien saya mengerti	
<b>Sesama pekerja seprofesi</b>		SAT10: Rekan-rekan sekerja saya menyenangkan		
		SAT16: orang-orang yang bekerja dengan saya sangat ramah		

Tabel 3.2. Keterangan Dimensi pada kerangka penelitian yang akan digunakan

<b>Konstruk</b>	<b>Dimensi</b>	<b>Kode</b>	<b>Indikator</b>	<b>Referensi</b>
<i>Organizational Commitment / Organizational Commitment</i>	<b>Komitmen Afektif</b>	OAC1	1. Saya akan sangat senang menghabiskan sisa karir saya dengan organisasi ini	Mowday et al., 1979
		OAC2	2. Saya senang mendiskusikan organisasi saya dengan orang-orang di luarnya	
		OAC3	3. Saya benar-benar merasa seolah-olah masalah organisasi ini adalah masalah saya sendiri	

	OAC4	4. Saya pikir saya bisa dengan mudah menjadi terikat pada orang lain organisasi seperti saya ke yang ini (R)	
	OAC5	5. Saya tidak merasa seperti 'bagian dari keluarga' di organisasi saya (R)	
	OAC6	6. Saya tidak merasa 'terikat secara emosional' dengan organisasi ini (R)	
	OAC7	7. Organisasi ini memiliki banyak hal arti pribadi bagi saya	
	OAC8	8. Saya tidak merasakan perasaan yang kuat untuk menjadi milik organisasi saya (R)	
		Komitmen Keberlanjutan	
<b>Komitmen Berkelanjutan (Biaya)</b>	OCC1	1. Saya tidak takut dengan apa yang akan terjadi jika saya berhenti dari pekerjaan dengan keluar memiliki satu lagi berbaris (R)	
	OCC2	2. Akan sangat sulit bagi saya untuk meninggalkan organisasi saya dengan benar sekarang, bahkan jika aku mau	
	OCC3	3. Terlalu banyak dalam hidupku jika aku memutuskan aku akan terganggu	



		ingin meninggalkan organisasi saya sekarang	
	OCC4	4. Tidak terlalu mahal bagi saya untuk meninggalkan organisasi sekarang (R)	
	OCC5	5. Sekarang, tinggal dengan organisasi saya adalah masalah kebutuhan sebanyak keinginan	
	OCC6	6. Saya merasa bahwa saya memiliki terlalu sedikit pilihan untuk dipertimbangkan meninggalkan organisasi ini	
	OCC7	7. Salah satu dari beberapa konsekuensi serius meninggalkan ini organisasi akan menjadi kelangkaan alternatif yang tersedia —17	
	OCC8	8. Salah satu alasan utama saya terus bekerja untuk ini organisasi adalah bahwa meninggalkan akan memerlukan banyak pengorbanan pribadi - organisasi lain mungkin tidak cocok dengan keseluruhan manfaat yang saya miliki di sini	
		Komitmen Normatif	

<b>Komitmen Normatif</b>	ONC1	1. Saya pikir orang saat ini pindah dari perusahaan ke perusahaan terlalu sering.
	ONC2	2. Saya tidak percaya bahwa seseorang harus selalu setia kepada atau organisasinya (R)
	ONC3	3. Melompat dari organisasi ke organisasi sepertinya tidak etis bagi saya (R)
	ONC4	4. Salah satu alasan utama saya terus bekerja untuk ini organisasi adalah bahwa saya percaya kesetiaan itu penting dan karena itu rasakan kewajiban moral untuk tetap
	ONC5	5. Jika saya mendapat tawaran lain untuk pekerjaan yang lebih baik di tempat lain saya tidak akan merasa benar untuk meninggalkan organisasi saya
	ONC6	6. Saya diajari untuk meyakini nilai dari tetap setia pada satu organisasi
	ONC7	7. Hal-hal yang lebih baik pada hari-hari ketika orang tinggal bersama satu organisasi untuk

			sebagian besar karir mereka
		ONC8	8. Saya tidak berpikir ingin menjadi 'orang perusahaan' atau 'wanita perusahaan' lebih masuk akal lagi (R)

Tabel 3.3. Keterangan Dimensi pada kerangka penelitian yang akan digunakan

<b>Konstruk</b>	<b>Dimensi</b>	<b>Kode</b>	<b>Indikator</b>	<b>Referensi</b>
<i>Turnover Intention (TI)</i>				<b>Bluedorn, 1982),</b>
	<b>Intent To Stay</b>	<b>IS1</b>	Saya rencana untuk meninggalkan organisasi ini	<b>Gary A. Markowitz</b>
		<b>IS2</b>	Dalam situasi akan saya akan secara sukarela meninggalkan organisasi ini Sebelum saya pensiun.	
		<b>IS3</b>	Saya enggan untuk meninggalkan organisasi ini.	
		<b>IS4</b>	Saya berencana untuk tinggal di organisasi ini selama mungkin.	
	<i>Turnover Intention</i>	<b>TO1</b>	Saya sering berpikir tentang berhenti dari pekerjaan saya sekarang.	<b>Choi Sang Long</b>
		<b>TO2</b>	Saya mungkin akan mencari pekerjaan baru di tahun depan.	
<b>TO3</b>		Sesegera mungkin, aku akan meninggalkan organisasi ini.		

#### D.4. Desain Sampling dan Pengumpulan Data

Karakteristik sampel dianalisis untuk mengidentifikasi variabel-variabel demografis, dan bagaimana individu sampel dibagi menurut masing-masing variabel.

Tabel 3.4. Karakteristik Sampel

Variabel	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis kelamin	Pria		
	Perempuan		
Status pernikahan	Lajang		
	Menikah		
	Lain		
Usia	Dari 20-29		
	Dari 30-39		
	Dari 40-49		
	Lebih dari 50		
Tingkat Pendidikan	Dokter Umum		
	Dokter Spesialis		
Pengalaman Kerja	Dari 1-5		
	Dari 6-10		
	Dari 11-15		
	Dari 16-20		
	Lebih dari 20 tahun		
Tingkat Penghasilan Per Bulan	Kurang dari Rp. 10 juta		
	Dari 10-20 Juta		
	Lebih dari 20 Juta		

#### F. Metode Pengolahan dan Analisis Data

##### F.1. Pengolahan Data

Untuk pengolahan data digunakan Structural Equation Modeling (SEM) Untuk menguji hipotesis, metodologi PLS akan digunakan dengan representasi grafis dari hasil penelitian ini.

## **F.2. Analisis Deskriptif**

Analisis deskriptif adalah analisis statistik yang berfungsi untuk mendeskripsikan atau memberi gambaran terhadap obyek yang diteliti melalui data sampel atau populasi sebagaimana adanya tanpa melakukan analisis dan membuat kesimpulan yang berlaku umum dalam penelitian (Ferdinand, 2014). Dalam analisis deskriptif, seorang peneliti akan menjelaskan obyek penelitian, memetakan responden berdasarkan karakteristik mereka, serta memetakan kecenderungan tanggapan responden terhadap pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan indikator-indikator variabel penelitian.

Teknik yang sering digunakan untuk memetakan respon responden adalah *mean* atau rerata dan analisis indeks. Nilai *mean* atau rerata adalah jumlah seluruh data dibagi dengan banyaknya data yang ada. *Mean* merupakan ukuran tendensi sentral yang paling umum digunakan karena *mean* merupakan cara termudah untuk mendeskripsikan data (Kuncoro, 2013). Sedangkan analisis indeks yang sering digunakan adalah *Three-box Method* (Ferdinand, 2014).

## **F.3. Analisis Model Struktural**

Dalam menganalisis data yang telah diperoleh akan digunakan metode *Structural Equation Model* atau SEM dengan *software* SMART PLS Versi 3.2.8. Terdapat dua jenis variabel dalam SEM, variabel pertama yaitu variabel teramati dan yang kedua merupakan variabel laten. Variabel teramati (*measured variable*) merupakan variabel yang dapat diukur langsung secara empiris, variabel ini biasanya disebut sebagai indikator. Sedangkan variabel laten (*latent variable*) merupakan variabel yang hanya dapat diamati secara tidak langsung, pengamatan tersebut dilakukan melalui variabel teramati (Wijanto, 2008). Selanjutnya terdapat dua jenis model dalam SEM yang digunakan, yang pertama adalah model struktural dan yang kedua adalah model pengukuran. Kedua jenis model ini digunakan untuk melihat hubungan-hubungan yang terdapat dalam variabel. Model struktural menggambarkan hubungan-hubungan yang terdapat diantara

variabel laten sedangkan model pengukuran menggambarkan hubungan yang terdapat diantara variabel laten dengan variabel-variabel teramati.

Pada analisis model struktural ini akan menentukan hubungan antar variabel laten dalam penelitian yang telah didasarkan pada teori. Pada umumnya hubungan antar variabel laten ini menggambarkan hipotesis penelitian.

Analisa pada PLS dilakukan dengan tiga tahap:

1. Analisa Inner Model
2. Analisa Outer Model
3. Pengujian Hipotesa.

*Pertimbangan menggunakan analisa PLS adalah karena berbagai alasan. Abdillah dan Hartono (2015) menyebutkan bahwa SEM-PLS merupakan variance atau component-based SEM, di mana indikator-indikator variabel laten yang satu tidak dikorelasikan dengan indikator-indikator dari variabel laten lain dalam satu model penelitian.*

Keunggulan SEM-PLS adalah bersifat non parametrik atau tidak membutuhkan berbagai asumsi. Jumlah sampel yang dibutuhkan dalam SEM-PLS tidak besar. Hanya dengan **30 sampel** saja aplikasi bisa dijalankan. SEM-PLS dapat menganalisis konstruk dengan indikator normatif maupun reflektif, serta dapat digunakan pada model yang dasar teorinya masih belum kuat. Ghazali dan Latan (2015) menyebutkan bahwa dalam hal menguji hubungan antar konstruk, SEM-PLS bersifat prediktif dan hanya satu arah, tidak rekursif.

Abdillah dan Hartono (2015) juga menyebutkan bahwa teknik statistika variancebased SEM adalah pilihan yang tepat untuk riset prediksi. Riset prediksi adalah riset yang bertujuan untuk menguji pengaruh antar variabel untuk memprediksi hubungan sebabakibat. Hipotesis yang diuji adalah hipotesis parsial, yaitu hipotesis yang menyatakan hubungan relational atau kausal antar variabel saja, bukan hubungan relational atau kausal satu model penelitian (hipotesis mode ). Kriteria kelayakan hasil penelitian mengacu pada tingkat signifikansi prediksi hubungan antar variabel atau t-statistics.

### F.3.1 Model Struktural Atau Inner Model

*Inner model* (*inner relation*, *structural model* dan *substantive theory*) menggambarkan hubungan antara variabel laten berdasarkan pada teori substantif. Model struktural dievaluasi dengan menggunakan *R-square* untuk konstruk dependen, *Stone-Geisser Q-square Test* untuk *predictive relevance* dan uji t serta signifikansi dari koefisien parameter jalur struktural.

Dalam menilai model dengan PLS dimulai dengan melihat *R-square* untuk setiap variabel laten dependen. Interpretasinya sama dengan interpretasi pada regresi. Perubahan nilai *R-square* dapat digunakan untuk menilai pengaruh variabel laten independen tertentu terhadap variabel laten dependen apakah mempunyai pengaruh yang substantif (Ghozali, 2006). Di samping melihat nilai *R-square*, model PLS juga dievaluasi dengan melihat *Q-square* prediktif relevansi untuk model konstruktif. *Q-square* mengukur seberapa baik nilai observasi dihasilkan oleh model dan juga estimasi parameternya.

Analisa *inner model* atau analisa struktural model dilakukan untuk memastikan bahwa model struktural yang dibangun robust dan akurat. Evaluasi inner model dapat dilihat dari beberapa indikator yang meliputi:

1. Koefisien determinasi ( $R^2$ )
2. *Predictive Relevance* ( $Q^2$ )
3. *Goodness of Fit Index* (*GoF*)

### F.3.2. Model Pengukuran Atau Outer Model

Analisa *outer model* dilakukan untuk memastikan bahwa measurement yang digunakan layak untuk dijadikan pengukuran (*valid* dan *reliable*). Analisa *Outer Model* ini menspesifikasi hubungan antar variabel laten dengan indikator-indikatornya. atau dapat dikatakan bahwa outer model mendefinisikan bagaimana setiap indikator berhubungan dengan variabel latennya. Uji yang dilakukan pada outer model :

1. *Convergent Validity*. Nilai *convergent validity* adalah nilai *loading*. *Convergent validity* dari model pengukuran dengan model reflektif

indikator dinilai berdasarkan korelasi antara item *score/component score* dengan *construct score* yang dihitung dengan PLS. Ukuran reflektif dikatakan tinggi jika berkorelasi lebih dari 0,70 dengan konstruk yang ingin diukur. Namun demikian untuk penelitian tahap awal dari pengembangan skala pengukuran nilai loading 0,5 sampai 0,60 dianggap cukup (Chin, 1998 dalam Ghozali, 2006).

2. *Discriminant Validity*. Nilai ini merupakan nilai cross loading faktor yang berguna untuk mengetahui apakah konstruk memiliki diskriminan yang memadai yaitu dengan cara membandingkan nilai loading pada konstruk yang dituju harus lebih besar dibandingkan dengan nilai loading dengan konstruk yang lain. Jika korelasi konstruk dengan item pengukuran lebih besar daripada ukuran konstruk lainnya, maka akan menunjukkan bahwa konstruk laten memprediksi ukuran pada blok yang lebih baik daripada ukuran blok lainnya.
3. *Composite Reliability*. Data yang memiliki composite reliability  $>0.7$  mempunyai reliabilitas yang tinggi. *Composite reliability* mengukur suatu konstruk dapat dievaluasi dengan dua macam ukuran yaitu *internal consistency* dan *Cronbach's Alpha* (Ghozali, 2006).
4. *Cronbach Alpha*. Uji reliabilitas diperkuat dengan *Cronbach Alpha*. Nilai diharapkan  $> 0.6$  untuk semua konstruk.
5. *Average Variance Extracted (AVE)*. Nilai AVE yang diharapkan  $>0.5$ .

Metode lain untuk menilai discriminant validity adalah membandingkan nilai *Square Root of Average Variance Extracted (AVE)* setiap konstruk dengan korelasi antara konstruk lainnya dalam model. Jika nilai akar AVE setiap konstruk lebih besar daripada nilai korelasi antar konstruk dengan konstruk lainnya dalam model, maka dikatakan memiliki nilai discriminant validity yang baik. Pengukuran ini dapat digunakan untuk mengukur reabilitas *component score*



variabel laten dan hasilnya lebih konservatif dibandingkan dengan *composite reliability*. Direkomendasikan nilai AVE harus lebih besar 0,50 (Fornell dan Larcker, 1981 dalam Ghazali, 2006).

6. Uji yang dilakukan diatas yang akan *digunakan* dalam model penelitian ini merupakan uji pada *outer model* untuk indikator reflektif.

Untuk indikator formatif dilakukan pengujian yang berbeda. Uji untuk indikator formatif yaitu :

7. *Significance of weights*. Nilai weight indikator formatif dengan konstruknya harus signifikan.
8. *Multicollinearity*. Uji *multicollinearity* dilakukan untuk mengetahui hubungan antar indikator. Untuk mengetahui apakah indikator formatif mengalami *multicollinearity* dengan mengetahui nilai VIF. Nilai VIF antara 5-10 dapat dikatakan bahwa indikator tersebut terjadi *multicollinearity*.

### F.3.3. Pengujian Hipotesa

Secara umum metode *explanatory research* adalah pendekatan metode yang menggunakan PLS. Hal ini disebabkan pada metode ini terdapat pengujian hipotesa. Menguji hipotesis dapat dilihat dari nilai t-statistik dan nilai probabilitas. Untuk pengujian hipotesis menggunakan nilai statistik maka untuk *alpha* 5% nilai t-statistik yang digunakan adalah = 1,96. Sehingga kriteria penerimaan/penolakan Hipotesa adalah  $H_a$  diterima dan  $H_0$  di tolak ketika t-statistik > 1,96. Untuk menolak/menerima Hipotesis menggunakan probabilitas maka  $H_a$  di terima jika nilai  $p < 0,05$ .

### Hipotesis ( Resampling Bootstrapping )

Prosedur *bootstrapping* menghasilkan nilai t-statistik untuk setiap jalur hubungan yang digunakan untuk menguji hipotesis. Nilai t-statistik tersebut akan dibandingkan dengan nilai t-tabel. Penelitian yang menggunakan tingkat

kepercayaan 95% sehingga tingkat presisi atau batas ketidakakuratan ( $\alpha$ ) = 5% = 0,05, nilai nilai t-tabelnya adalah 1,96. Jika nilai t-statistik lebih kecil dari nilai t-tabel ( t-statistik < 1.96 ), maka Ho diterima dan Ha ditolak. Jika nilai t-statistik lebih besar atau sama dengan t-tabel ( t-statistik > 1.96 ), maka Ho ditolak dan Ha diterima ( Ghozali dan Latan, 2015).

*SmartPLS* juga menghasilkan nilai koefisien untuk setiap indikator. Dengan demikian bisa dilihat indikator mana yang memberikan pengaruh terbesar dan mana yang pengaruhnya paling kecil. Adapun kegunaan *bootstrapping* adalah sebagai berikut :

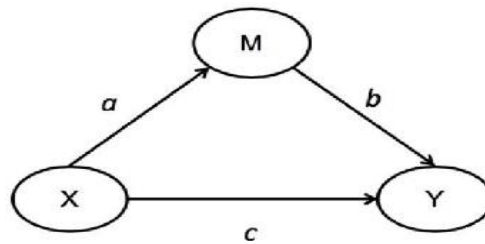
- *Bootstrapping* merupakan prosedur *resampling* (pen-sample-an kembali/pengulangan sampel)
- *Bootstrapping* adalah suatu prosedur non-parametrik, merupakan metode untuk memecahkan masalah data yang tidak normal terutama jika sampelnya hanya kecil/sedikit.
- *Bootstrapping* memungkinkan pengujian signifikansi statistik dari berbagai hasil PLS-SEM seperti koefisien jalur, *Cronbach's alpha*, *HTMT* dan nilai  $R^2$ .
- Di dalam *bootstrapping*, sub-sampel diciptakan dengan pengamatan acak diambil (dengan penggantian) dari data set asli. Untuk memastikan stabilitas hasil, jumlah sub-sampel harus menjadi besar. Untuk pemeriksaan awal, kita dapat menggunakan sejumlah kecil *bootstrap* sub-sampel (misalnya, 500). Untuk persiapan hasil akhir, bagaimanapun, peneliti harus menggunakan sejumlah besar *bootstrap* sub-sampel (misalnya, 5.000).

### **Analisa Jalur**

*SmartPLS* v.3.2.7 2018 telah menyertakan hasil penghitungan pengaruh tidak langsung (*indirect effect*) yang berguna dalam menganalisis kekuatan hubungan variabel mediator dengan variabel yang lain. Mediasi terjadi bila sebuah variabel mempengaruhi hubungan antara variabel bebas dan terikat.

Perubahan pada variabel bebas menyebabkan perubahan pada variabel mediator dan akhirnya menyebabkan perubahan pada variabel terikat. Dalam tulisan ini, penulis menggunakan model mediasi sederhana, yaitu hanya ada satu variabel mediator.

Untuk menganalisis model mediasi sederhana ini, penulis mengadopsi alur yang dibuat oleh Zhao dkk. ( 2010 ).



Gambar 3.2. Model mediasi sederhana

Sumber : Zhao X., Lynch J.G., dan Chen Q. 2010. Reconsidering Baron and Kenny: Myths and Truths about Mediation Analysis. *Journal of Consumer Research*. Vol. 37 : 197 – 206.

Gambar di atas merupakan model mediator sederhana. Analisis pengaruh mediasi menggunakan nilai – nilai berikut :

- $c$  adalah efek langsung ( *direct effect* ),
- Perkalian antara  $axb$  sama dengan efek tidak langsung ( *indirect effect* ),
- $c + ( axb )$  sama dengan pengaruh total ( *total effect* ).

Nilai - nilai tersebut secara otomatis dihitung oleh aplikasi SmartPLS v.3.2.7 saat prosedur *bootstrapping* dijalankan. Zhao dkk. ( 2010 ) membagi efek mediasi menjadi lima kelompok, yaitu :

1. *Complementary ( partial mediation )* bila  $axb$  signifikan,  $c$  signifikan, dan  $axbxc$  signifikan
2. *Competitive ( partial mediation )* bila  $axb$  signifikan,  $c$  signifikan, namun  $axbxc$  tidak signifikan
3. *Indirect-only ( full mediation )* bila  $axb$  signifikan, namun  $c$  tidak signifikan

4. *Direct-only ( no mediation )* bila  $axb$  tidak signifikan, namun  $c$  signifikan
5. *No effect ( no mediation )* bila  $axb$  tidak signifikan dan  $c$  tidak signifikan

#### **F.4. Uji Validitas dan Reliabilitas**

Sebelum kuesioner digunakan untuk penelitian, peneliti akan melaksanakan pretest untuk memastikan instrumen dapat dipahami oleh responden. Pretest dilakukan kepada 30 orang, yang kemudian dilakukan pengujian validitas dan reliabilitas dari kuesioner tersebut. Pengujian validitas kuesioner akan dilihat dari hasil output *SmartPLS* apakah *standardized loading factor (SLF)* dari variabel teramati memiliki nilai  $\geq 0,50$  dan nilai *t-value* dari *loading factor* memiliki nilai lebih besar dari nilai kritis yaitu  $\geq 1,96$ .

Sedangkan uji reliabilitas dilaksanakan dengan menganalisa nilai ukuran reliabilitas komposit (*composite reliability measure*) di mana nilai reliabilitas komposit suatu konstruk (*construct reliability (CR)*)  $\geq 0,70$  dan pengukuran ekstrak varian (*variance extracted measure*) di mana nilai ekstrak varian (*variance extracted (VE)*)  $\geq 0,50$ . Jika berdasarkan hasil uji reliabilitas dan validitas ditemukan hasil bahwa terdapat beberapa pernyataan penelitian yang dinyatakan tidak valid dan reliabel untuk digunakan dalam penelitian karena nilainya yang tidak signifikan. Peneliti kemudian melakukan perbaikan dalam pernyataan yang bermasalah berdasarkan informasi tambahan dari responden mengenai reaksi umum mereka dan bagaimana pendapat mereka ketika menyelesaikan instrumen.

#### **F.5. Keterbatasan Penelitian**

Diharapkan akan terdapat implikasi positif bagi manajemen, penelitian ini memiliki dari beberapa keterbatasan. Keterbatasan yang paling penting adalah penelitian ini hanya di 1 (satu) unit rumah sakit. Prosedur pengambilan sampel acak juga bisa menjadi alternatif yang lebih baik untuk memastikan generalisasi

hasil. Dengan pertimbangan sampel minimal untuk metode SEM-PLS.3, maka ukuran sampel (N=35) diambil dari seluruh dokter yang saat ini praktek di RS Harti dan yang sudah tidak berpraktek di RS Harti, namun dengan syarat masih tinggal di Bogor dan dapat dihubungi (menjadikan batasan lain dari penelitian ini). Sampel yang lebih besar dan lebih representatif diperlukan untuk menyelidiki lebih lanjut hubungan antara *Job Satisfaction*, *Organizational Commitment*, *Intention to Stay*, dan keinginan untuk berpindah.

#### **F.6. Penelitian Lebih Lanjut**

Dalam hal arah penelitian di masa depan, studi selanjutnya harus diupayakan untuk menyelidiki hubungan antara *Job Satisfaction*, *Organizational Commitment*, *Intention to Stay*, dan niat berpindah di industri yang berbeda. Penelitian di masa depan akan mendapat manfaat dari ukuran sampel yang lebih besar, dengan menggunakan berbagai sampel.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Profil RS Harapan Sehati**

##### **A.1. Sejarah Berdiri RS Harapan Sehati**

Terbentuknya RS Harapan Sehati diawali dari pertemuan beberapa orang pemerhati masalah sosial berdiskusi mengenai permasalahan sosial secara umum dan pelayanan kesehatan secara khusus di wilayah Bogor. Pertemuan tersebut mencetuskan ide mendirikan sebuah rumah sakit dengan niat untuk turut serta mendukung Pemerintah Kabupaten Bogor dalam meningkatkan pembangunan manusia, khususnya di bidang pelayanan Rumah Sakit.

Langkah awal yang diambil adalah dengan mendirikan PT. DIGA MITRA HUSADA melalui SK Notaris No.C-265-HT.03/01-Th. 2000, kemudian dilanjutkan dengan penyusunan strategi pendirian RS Harapan Sehati. Pada tahun 2017 RS Harapan Sehati mulai beroperasi setelah mendapatkan ijin operasional dari Bupati Bogor dengan Nomor: 445/610/Kpts/Per-UU/2017 yang diterbitkan pada tanggal 21 November 2017. Pemrakarsa Rumah Sakit bertekad menghasilkan jasa pelayanan kesehatan yang lebih baik dibandingkan pesaing dengan menyediakan sumber daya dan strategi pemasaran rumah sakit yang lebih unggul.

#### **B. Visi dan Misi RS Harapan Sehati**

##### **B.1. Visi**

Visi Rumah Sakit Sehati adalah menjadikan Rumah Sakit unggulan di wilayah Kabupaten Bogor dan sekitarnya, yang mengutamakan mutu, profesionalisme, serta kepuasan pengguna jasa, dengan biaya kompetitif.

##### **B.2. Misi**

Misi dari Rumah Sakit Harapan Sehati adalah :

- > Pelayanan Rumah sakit yang berkualitas tinggi dan mengutamakan profesionalisme.

- > Menciptakan pelayanan yang cepat, tepat dan akurat.
- > Menyediakan fasilitas, peralatan, serta sarana prasarana yang ramah lingkungan dan teknologi terkini.
- > Mewujudkan Rumah sakit dengan pengelolaan yang transparan, akuntable serta profitable.

### **B.3. Lokasi dan Data Fisik**

RS Harapan Sehati berlokasi di Jl. Raya Tegar Beriman, Kampung Bambu Kuning, Kelurahan Bojong Baru, RT. 01/04, Kecamatan Bojonggede, Kabupaten Bogor, Provinsi Jawa Barat dengan batas lokasi:

- > Sebelah barat berbatasan dengan lahan kosong
- > Sebelah Timur berbatasan dengan ruko dan bengkel kayu
- > Sebelah Utara berbatasan dengan Jalan Raya Tegar Beriman
- > Sebelah Selatan berbatasan dengan empang

RS Harapan Sehati memiliki bangunan yang terdiri dari 4 lantai yang berfungsi lengkap sebagai rumah sakit dan saat ini dalam tahap pengembangan lantai 5, lantai 6 dan lantai 7.

### **B.4. Fasilitas**

Adapun fasilitas yang dimiliki oleh RS Harapan Sehati adalah sebagai berikut:

- > IGD
- > Radiologi
- > Farmasi
- > Laboratorium
- > Ruang operasi
- > Ruang bersalin
- > Lahan parkir
- > Ruag rawat jalan
- > Ruang rawat inap

> Mobil Ambulance

## **B.5. Pelayanan**

Beberapa jenis pelayanan yang diberikan oleh RS Harapan Sehati adalah:

> Rawat jalan

Pelayanan rawat jalan di RS Harapan Sehati terdiri dari beberapa poliklinik diantaranya, Klinik Anak, Klinik Bedah Urologi, Klinik Bedah Orthopedi, Klinik Paru, Klinik Jantung, Klinik Syaraf, Klinik Gigi, Klinik THT, Klinik Mata, Klinik Obygn, Klinik Bedah Umum, Klinik Internis (Penyakit Dalam), Klinik Kulit & Kelamin.

> IGD

Pelayanan IGD di RS Harapan Sehati terdiri dari layanan triase, observasi, resusitasi dan ruang tindakan.

> Rawat inap

Ruang rawat inap di RS Harapan Sehati terbagi kedalam beberapa kelas, yaitu Kelas III (38TT), Kelas II (9TT), Kelas I (6TT), VIP (2TT) dan VVIP (1TT).

> Kebidanan

Pelayanan kebidanan di RS Harpan Sehati terdiri dari pelayanan persalinan, ruang rawatan bayi sehat, ruang bersalin, ruang kala dan ruang tindakan.

> Pelayanan Bedah/operasi

> Pelayanan Intensif

Terdiri dari ICU, PICU, NICU dan HCU.

> Penunjang

Laboratorium, Radiologi, Farmasi, ambulance dan CSSD.



## **B.6. Struktur Organisasi (Lampiran)**

RS Harapan Sehati berada dibawah kepemilikan PT Diga Mitra Husada. Struktur organisasi ditetapkan melalui SK Direktur PT Diga Mitra Husada dengan nomor SK: 001/DMH/SK/III/2019. RS Harapan Sehati dipimpin oleh seorang Direktur yang dalam pelaksanaan tugasnya dibantu oleh 2 orang wakil Direktur yaitu Wadir Umum dan Wadir Pelayanan Medis.

Wakil Direktur Umum akan membawahi bagian Keuangan, HRD, *General Affair* serta Marketing dan Komunikasi, setiap bagian dikepalai oleh Kepala Bagian (Kabag). Wakil Direktur Pelayanan Medis membawahi Bidang Pelayanan Medis, Penunjang Medis dan Keperawatan. Masing-masing bidang dikepalai oleh Kepala Bidang.

Selain itu, untuk menjalankan fungsi pengawasan dan jaminan mutu, terdapat beberapa bagian non struktural seperti Komite Medis, SPI, Komite Keperawatan, Tim K3, Tim KPRS, Tim Mutu dan Tim PPI yang bertanggung jawab langsung ke Direktur. Struktur lengkap RS Harapan Sehati dapat dilihat pada bagian lampiran tulisan ini.

## **B.7. Jumlah SDM di RS Harapan Sehati**

Sumber daya manusia yang bekerja di RS Harapan Sehati berjumlah sebanyak 134 orang, yang terdiri dari tenaga medis, tenaga kesehatan dan tenaga non medis dengan komposisi sebagai berikut:

Tabel 5.1 Sumber Daya Manusia  
di RS Harapan Sehati per Mei 2020

No	Jenis Ketenagaan	Jumlah
----	------------------	--------

1	Dokter Spesialis	19
2	Dokter Umum	16
3	Perawat	35
4	Bidan	9
5	Radiografer	2
6	Analisis Kesehatan	2
7	Tenaga Kesehatan lainnya	5
8	Apoteker	2
8	Manajemen	10
9	Pelaksana Non Medis	34
Total		<b>134</b>

### C. Hasil Penelitian

Proses pengumpulan data dilakukan dengan cara meminta responden untuk mengisi kuesioner penelitian. Sebelum memulai pengisian, terlebih dahulu peneliti memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian serta teknis pengisian kuesioner. Waktu yang diberikan untuk pengisian kuesioner adalah 15 menit untuk masing-masing responden. Kuesioner yang telah diisi dan dikumpulkan oleh responden akan dilakukan pengecekan kelengkapan dan kejelasan isi untuk memastikan semua pertanyaan yang diajukan telah terisi dengan jelas.

Setelah memastikan kuesioner telah lengkap, baik secara kualitas maupun kuantitas, selanjutnya peneliti melakukan penginputan data. Data yang telah

diinput selanjutnya dianalisis univariat untuk mengetahui deskripsi distribusi data pada masing-masing variabel dan setelah itu dilakukan analisis SEM PLS.

## **C.1. Deskripsi Responden Penelitian**

### **C.1.1. Responden Berdasarkan Jenis Kelamin**

Gambaran data responden berdasarkan jenis kelamin di RS Harti dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di RS Harti Tahun 2020

Jenis Kelamin	N	%
Laki-Laki	23	65,7%
Perempuan	12	34,3%
Total	<b>35</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel diatas diperoleh informasi bahwa sebahagian besar responden berjenis kelamin laki-laki dengan persentase 65,7%.

### **C.1.2. Responden Berdasarkan Kelompok Usia**

Gambaran data responden pada RS Harti berdasarkan kelompok usia dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Usia di RS Harti Tahun 2020

Kelompok Usia	N	%
20 - 29 th	7	20,0%
30 - 39 th	18	51,4%
40 – 49 th	8	22,9%

> 50 th	2	5,7%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel diatas disimpulkan bahwa distribusi variabel kelompok usia sebahagian besarresponden berada pada rentang usia antara 30 - 39 tahun dengan persentase 51,4%.

### **C.1.3. Responden Berdasarkan Status Pernikahan**

Gambaran data responden pada RS Harti dilihat berdasarkan status pernikahan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Status Pernikahan di RS Harti Tahun 2020

Status Pernikahan	N	%
Belum Menikah	10	28,5%
Menikah	24	68,6%
Lainnya	1	2,9%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa sebahagian besar responden sudah menikah dengan persentase sebesar 68,6%.

### **C.1.4. Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan**

Gambaran data responden pada RS Harti berdasarkan tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 5.5 Distribusi Responden Berdasarkan Status Tingkat Pendidikan di RS Harti Tahun 2020

Tingkat Pendidikan	N	%
Dokter Spesialis	19	54,3%

Dokter Umum	16	45,7%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa proporsi tingkat pendidikan hampir merata pada kedua kelompok dimana proporsi terbesar berada pada Tingkat Pendidikan Dokter Spesialis yaitu sebesar 54,3%.

#### **C.1.5. Responden Berdasarkan Pengalaman Kerja**

Gambaran data responden pada RS Harti berdasarkan pengalaman kerja dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.6 Distribusi Responden Berdasarkan Status Pengalaman Kerja di RS Harti Tahun 2020

Pengalaman Kerja	N	%
1 - 5 th	28	80,0%
6 - 10 th	4	11,3%
11 - 15 th	1	2,9%
16 - 20 th	1	2,9%
>20 th	1	2,9%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa 80% responden pada RS Harti memiliki pengalaman kerja antara 1-5 tahun.

#### **C.1.6. Responden Berdasarkan Tingkat Penghasilan**

Gambaran data responden pada RS Harti berdasarkan tingkat penghasilan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.7 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Penghasilan di RS Harti Tahun 2020

Tingkat Penghasilan	N	%
< 10 Juta	29	82,9%
10 - 20Juta	6	17,1%
>20 Juta	0	0%
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan hampir seluruh responden di RS Harti berpenghasilan dibawah 10 juta, yaitu sebesar 82,9%.

## C.2. Deskripsi Variabel Penelitian

### C.2.1. Job Satisfaction

Variabel *Job Satisfaction* merupakan variabel eksogen yang dibentuk dari beberapa variabel indikator yaitu variabel pekerjaan, promosi, pembayaran, pengawasan, kebijakan rumah sakit, *environment* (pasien), dan sesama pekerja seprofesi.

#### C.2.1. 1. Pekerjaan

Variabel indikator pekerjaan menggambarkan persepsi responden terhadap pekerjaan di RS Harti.

Tabel 5.8 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Pekerjaan di RS Harti Tahun 2020

Kode	Pekerjaan	Setuju & Sangat Setuju	
		N	%
JS1	Bekerja memberi saya rasa prestasi	31	88,6%

JS2	Pekerjaan disini sangat memuaskan saya	19	54,3%
JS18	Saya benar-benar melakukan sesuatu yang berharga dalam pekerjaan saya	28	80%

Berdasarkan data di atas dapat disimpulkan bahwa secara persepsi pribadi hampir semua responden bangga dengan pekerjaannya, namun hanya sebahagian responden yang puas dengan pekerjaan yang dilakukan di RS Harti, yaitu 54,3%.

Merujuk kepada tiga item pernyataan di atas, dibentuk variabel pekerjaan dengan cara menghitung nilai rata-rata skor jawaban dari ketiga pernyataan tersebut untuk masing-masing responden.

Hasil perhitungan nilai rata-rata dari rerata skor variabel pekerjaan dapat dilihat pada tabel berikut:

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Min-Max	N
Pekerjaan	2,73	0,34	2-3	35

Berdasarkan tabel diatas diperoleh informasi bahwa dari 35 orang responden memiliki nilai rata-rata dari rerata skorpersepsi terhadap pekerjaan adalah 2,73 dengan standar deviasi 0,34. Adapun nilai rerata skor pekerjaan terendah adalah 2 dan tertinggi adalah 3.

#### **C.2.1.2. Promosi**

Variabel indikator promosi menggambarkan persepsi responden terhadap peluang untuk mendapatkan promosi jabatan di RS Harti.

Tabel 5.10 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Promosi di RS Harti Tahun 2020

Kode	Promosi	Setuju & Sangat Setuju	
		N	%
JS4	Manajemen rumah sakit memiliki kebijakan promosi yang tidak adil	20	57,2%
JS8	Peluang untuk maju terbatas	19	54,3%
JS15	Banyak pekerjaan bagus disini untuk mereka yang ingin maju	16	45,7%

Berdasarkan hasil analisis diatas diketahui sebahagian responden memiliki persepsi bahwa kesempatan untuk mendapatkan promosi jabatan masih kurang, baik dari aspek kebijakan maupun peluang. Disisi lain 45,7% responden memiliki persepsi banyak pekerjaan yang bagus bagi yang ingin maju.

Tiga item pernyataan pada tabel di atas selanjutnya akan membentuk variabel indikator promosi dengan cara menghitung nilai rata-rata skor jawaban dari ketiga pernyataan tersebut untuk masing-masing responden.

Hasil perhitungan nilai rata-rata dari rerata skor variabel promosi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.11 Deskripsi Variabel Promosi di RS Harti Tahun 2020

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Min-Max	N
Promosi	2,45	0,4	1,33-3,67	35



Tabel analisis menunjukkan dari 35 orang responden, memiliki nilai rata-rata dari rerata skor promosi 2,45 dengan standar deviasi 0,4. Responden dengan nilai rerata skor promosi terendah adalah 1,33 sedangkan tertinggi 3,67.

### C.2.1.3. Pembayaran

Variabel indikator pembayaran menggambarkan persepsi responden terhadap pendapatan yang diterima dari RS Harti.

Tabel 5.12 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Pembayaran di RS Harti Tahun 2020

Kode	Pembayaran	Setuju & Sangat Setuju	
		N	%
JS5	Bayarannya rendah dibandingkan dengan pekerjaan serupa ditempat lain	27	77,2%
JS9	Bayar disini lebih rendah dari pada di rumah sakit lain	28	80%

Tabel di atas menunjukkan bahwa *sebahagian besar responden (80%) memiliki persepsi bahwa pendapatan yang diperoleh di RS Harti masih rendah dibanding dengan rumah sakit lain.*

Berdasarkan kedua pernyataan diatas dibentuk variabel indikator pembayaran dengan cara menghitung nilai rata-rata skor jawaban dari keduapernyataan tersebut untuk masing-masing responden. Hasil perhitungan nilai rata-rata dari rerata skor variabel pembayaran dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.13 Deskripsi Variabel Pembayaran di RS Harti

Tahun 2020

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Min-Max	N
Pembayaran	2,19	0,46	1-3	35

Merujuk tabel di atas, diketahui nilai rata-rata dari rerata skor pembayaran dari 35 orang responden adalah sebesar 2,19 dengan standar deviasi 0,46. Adapun nilai rerata skor terendah adalah 1 sedangkan tertinggi 3.

#### C.2.1.4. Pengawasan

Variabel indikator pengawasan menggambarkan persepsi responden terhadap hubungannya manajemen di RS Harti.

Tabel 5.14 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap pengawasan di RS Harti Tahun 2020

Kode	Pengawasan	Setuju & Sangat Setuju	
		N	%
JS1A	Manajemen rumah sakit benar-benar mencoba untuk merealisasikan ide-ide kami	24	68,6%
JS6	Manajemen rumah sakit adil dalam berurusan dengan saya	10	28,6%
JS12	Manajemen rumah sakit memberi kami pujian/penghargaan	7	20%

Berdasarkan hasil analisis dapat disimpulkan bahwa *sebahagian besar (68.6%) responden memiliki persepsi bahwa ide-ide mereka dapat direalisasikan*

oleh manajemen di RS Harti. Namun disisi lain hampir seluruh responden merasa tidak mendapatkan perlakuan yang baik dari manajemen RS Harti.

Tiga pernyataan di atas menjadi dasar membentuk variabel indikator pengawasan dengan cara menghitung nilai rata-rata skor jawaban dari ketiga pernyataan tersebut untuk masing-masing responden.

Hasil perhitungan nilai rata-rata dari rerata skor variabel pengawasan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.15 Deskripsi Variabel Pengawasan di RS Harti  
Tahun 2020

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Min-Max	N
Pengawasan	2,4	0,34	2-3,33	35

Tabel analisis di atas menunjukkan bahwa dari 35 orang responden diketahui memiliki nilai rata-rata dari rerata skor pengawasan sebesar 2,4 dengan standar deviasi 0,34. Adapun responden dengan nilai rerata skor terendah adalah 2 dan tertinggi 3,33.

#### C.2.1.5. Kebijakan Rumah Sakit

Variabel indikator kebijakan rumah Sakit menggambarkan persepsi responden terhadap kebijakan yang dikeluarkan oleh RS Harti.

Tabel 5.16 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Kebijakan RS di RS Harti Tahun 2020

Kode	Kebijakan Rumah Sakit	Setuju & Sangat Setuju	
		N	%
JS3	Manajemen rumah sakit sangat progresif	6	17,1%
JS7	Manajemen puncak benar-benar tahu tugasnya	6	17,1%

JS14	Rumah sakit beroperasi secara efisien dan lancar	9	25,7%
JS19	Manajemen rumah sakit menerima dukungan yang baik dari pemilik	28	80%

Hasil analisis menunjukkan bahwa *hampir semua responden memiliki persepsi tidak baik terhadap manajemen di RS Harti. Sebaliknya, sebahagian besar responden (80%) berpendapat bahwa pemilik RS Harti memberikan dukungan yang baik terhadap manajemen RS.*

Berdasarkan empat pernyataan di atas, dibentuk variabel indikator kebijakan rumah sakit dengan cara menghitung nilai rata-rata skor jawaban dari keempat pernyataan tersebut untuk masing-masing responden.

Hasil perhitungan nilai rata-rata dari rerata skor kebijakan rumah sakit dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.17 Deskripsi Variabel Kebijakan RS di RS Harti  
Tahun 2020

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Min-Max	N
Kebijakan RS	2,18	0,28	1,25-2,75	35

Tabel analisis di atas menunjukkan bahwa dari 35 orang responden diketahui memiliki nilai rata-rata dari rerata skor kebijakan sebesar 2,18 dengan standar deviasi 0,28. Nilai rerata skor kebijakan terendah adalah 1,25 sedangkan yang tertinggi adalah 2,75.

#### **C.2.1.6. Environment (Pasien)**

Variabel indikator *Environment* (pasien) menggambarkan persepsi responden terhadap bagaimana hubungan antara responden dengan pasien RS Harti.

Tabel 5.18 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap *Environment* (Pasien) di RS Harti Tahun 2020

Kode	<i>Environment</i> (Pasien)	Setuju & Sangat Setuju	
		N	%
JS11	Pasien saya dapat dipercaya	28	80%
JS17	Pasien saya setia	33	94,3%
JS20	Pasien saya mengerti	34	97,1%

Hasil analisis menunjukkan *bahwa hampir semua responden memiliki persepsi yang baik terhadap hubungannya dengan pasien di RS Harti.*

Selanjutnya, variabel *environment* akan dibentuk dari ketiga pernyataan di atas dengan cara menghitung nilai rata-rata skor jawaban dari ketiga pernyataan tersebut untuk masing-masing responden.

Hasil perhitungan nilai rata-rata dari rerata skor variabel *environment* dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.19 Deskripsi Variabel *Environment* di RS Harti Tahun 2020

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Min-Max	N
<i>Environment</i>	2,93	0,29	2-4	35

Berdasarkan tabel analisis diperoleh informasi bahwa dari 35 orang responden memiliki nilai rata-rata dari rerata skor *environment* sebesar 2,93

dengan standar deviasi 0,29. Nilai rerata skor terendah adalah 2 sedangkan tertinggi adalah 4.

#### C.2.1.7. Sesama Pekerja Seprofesi

Variabel indikator Sesama Pekerja Seprofesi menggambarkan persepsi responden terhadap bagaimana hubungan responden dengan rekan kerja seprofesi di RS Harti

Tabel 5.20 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Sesama Pekerja Seprofesi di RS Harti Tahun 2020

Kode	Sesama Pekerja Seprofesi	Setuju & Sangat Setuju	
		N	%
JS10	Rekan-rekan sekerja saya menyenangkan	33	94,3%
JS16	Orang-orang yang bekerja dengan saya sangat ramah	34	97,1%

Hasil analisis menunjukkan bahwa *hampir semua responden berpersepsi memiliki hubungan kerja dengan rekan kerja seprofesi yang terjalin dengan baik.*

Selanjutnya dari dua pernyataan diatas dibentuk variabel sesama pekerja seprofesi dengan cara menghitung nilai rata-rata skor jawaban dari kedua pernyataan tersebut untuk masing-masing responden.

Hasil perhitungan nilai rata-rata dari rerata skor variabel sesama pekerja seprofesi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.21 Deskripsi Variabel Sesama Pekerja Seprofesi di RS Harti Tahun 2020

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Min-Max	N
Sesama Pekerja Seprofesi	2,99	0,26	2-4	35

Tabel analisis di atas menunjukkan bahwa dari 35 orang responden memiliki nilai rata-rata dari rerata skor persepsi sesama rekan kerja seprofesi sebesar 2,99 dengan standar deviasi 0,26. Adapun nilai rerata skor terendah adalah 2 dan nilai rerata skor tertinggi 4.

### C.2.2. Organizational Commitment

Variabel *Organizational Commitment* merupakan variabel mediasi yang dikonstruksi dari beberapa variabel indikator yaitu komitmen afektif, komitmen berkelanjutan dan komitmen normatif. Setiap variabel indikator memiliki beberapa item pernyataan yang membentuknya.

#### C.2.2.1. Komitmen Afektif

Variabel indikator **komitmen afektif menggambarkan persepsi responden dalam hubungannya dengan keterikatan secara emosional dengan organisasi.**

Tabel 5.22 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Komitmen Afektif di RS Harti Tahun 2020

Kode	Komitmen Afektif	Setuju & Sangat Setuju	
		N	%
OAC1	Saya sangat senang menghabiskan sisa karier saya dengan organisasi ini	22	62,9%

OAC2	Saya senang mendiskusikan organisasi saya dengan orang-orang diluarnya	21	60%
OAC3	Saya benar-benar merasa seolah-olah masalah organisasi ini adalah masalah saya sendiri	18	51,4%
OAC4	Saya pikir saya bisa dengan mudah menjadi terikat pada orang lain organisasi ini	13	37,1%
OAC5	Saya tidak merasa seperti bagian dari keluarga diorganisasi saya	15	42,9%
OAC6	Saya tidak merasa terikat secara emosional dengan organisasi ini	16	45,7%
OAC7	Organisasi ini memiliki banyak hal arti pribadi bagi saya	14	40%
OAC8	Saya tidak merasakan perasaan yang kuat untuk menjadi bagian dalam organisasi saya	14	40%

Berdasarkan tabel di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa proporsi responden yang merasa keterikatan secara emosional dengan RS Harti hampir sama dengan yang tidak memiliki ikatan secara emosional. Beberapa pernyataan yang menunjukkan keterikatan yang baik secara emosional diantaranya adalah pernyataan responden yang senang menghabiskan sisa kariernya di RS Harti sebesar 62,9%, senang mendiskusikan RS Harti dengan orang lain diluar RS Harti sebesar 60% dan pernyataan tentang memiliki perasaan yang kuat untuk menjadi bagian dari RS Harti sebesar 60%.

Disisi lain, pernyataan yang menunjukkan menunjukkan keterikatan yang kurang baik diantaranya responden yang menyatakan bisa dengan mudah menjadi terikat pada orang lain di RS Harti hanya sebesar 37,1% dan organisasi memiliki banya hal arti bagi pribadi responden sebesar 40%.



Berdasarkan delapan pernyataan tersebut diatas, dibentuk variabel indikator komitmen afektif dengan cara menghitung nilai rata-rata skor jawaban dari delapan pernyataan tersebut untuk masing-masing responden. Hasil perhitungan nilai rata-rata dari rerata skor variabel komitmen afektif dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.23 Deskripsi Variabel Komitmen Afektif di RS Harti Tahun 2020

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Min-Max	N
Komitmen Afektif	2,51	0,21	1,75-2,88	35

Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa dari 35 orang responden memiliki nilai rata-rata dari rerata skor komitmen afektif sebesar 2,51 dengan standar deviasi 0,21. Nilai rerata skor terendah adalah 1,75 sedangkan nilai rerata skor tertinggi 2,88.

#### C.2.2.2.. Komitmen Berkelanjutan (Biaya)

Variabel indikator **komitmen berkelanjutan menggambarkan persepsi responden dalam hubungannya dengan pengorbanan yang harus dikeluarkan apabila meninggalkan organisasi.**

Tabel 5.24 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Komitmen Keberlangsungan (Biaya) di RS Harti Tahun 2020

Kode	Komitmen Keberlangsungan (Biaya)	Setuju & Sangat Setuju	
		N	%
OCC1	Saya tidak takut dengan apa yang akan terjadi jika saya berhenti dari pekerjaan	25	71,4%

OCC2	Akan sangat sulit bagi saya untuk meninggalkan organisasi saya	25	71,4%
OCC3	Terlalu banyak masalah dalam hidup saya jika saya memutuskan ingin meninggalkan tempat kerja/organisasi saya sekarang	19	54,3%
OCC4	Tidak terlalu mahal bagi saya untuk meninggalkan organisasi sekarang	23	65,7%
OCC5	Sekarang, tinggal dengan organisasi saya adalah masalah kebutuhan	20	57,1%
OCC6	Saya merasa bahwa saya memiliki terlalu sedikit pilihan untuk dipertimbangkan ketika meninggalkan tempat kerja/organisasi ini	15	42,9%
OCC7	Salah satu dari beberapa konsekuensi serius meninggalkan ini organisasi/tempat kerja ini adalah kelangkaan alternatif yang tersedia	19	54,3%
OCC8	Salah satu alasan utama saya terus bekerja untuk organisasi ini adalah bahwa meninggalkan akan memerlukan banyak pengorbanan pribadi-organisasi lain mungkin tidak sepadan dengan keseluruhan manfaat yang saya miliki disini	18	51,4%

Tabel analisis menunjukkan bahwa proporsi responden yang memiliki persepsi positif dan negatif terhadap komitmen keberlanjutan hampir merata. Pernyataan yang paling menunjukkan persepsi positif adalah responden sulit untuk meninggalkan RS Harti sebesar 71,4%. Namun, disisi lain, terdapat pernyataan yang menunjukkan persepsi negatif seperti responden tidak takut dengan apa yang akan terjadi jika berhenti dari pekerjaan sebesar 71,4% dan pernyataan tidak terlalu mahal bagi responden untuk meninggalkan RS Harti sebesar 65,7%.

Delapan item pernyataan diatas akan membentuk variabel indikator komitmen berkelanjutan dengan cara menghitung nilai rata-rata skor jawaban dari delapan pernyataan tersebut untuk masing-masing responden. Hasil perhitungan nilai rata-rata dari rerata skor variabel komitmen keberlanjutan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.25 Deskripsi Variabel Komitmen Keberlanjutan di RS Harti Tahun 2020

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Min-Max	N
Komitmen Keberlanjutan	2,47	0,28	1,5-2,88	35

Berdasarkan hasil analisis diperoleh informasi bahwa dari 35 orang responden, memiliki nilai rata-rata dari rerata skor komitmen berkelanjutan sebesar 2,47 dengan standar deviasi 0,28. Nilai rerata skor terendah adalah 1,5 sedangkan nilai rerata skor tertinggi 2,88.

### C.2.2.3. Komitmen Normatif

Variabel indikator **komitmen normatif** menggambarkan persepsi responden dalam hubungannya dengan rasa tanggung jawab moral terhadap organisasi.

Tabel 5.26 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap Komitmen Normatif di RS Harti Tahun 2020

Kode	Komitmen Normatif	Setuju & Sangat Setuju	
		N	%
ONC1	Saya pikir orang telalu sering untuk saat ini pindah dari perusahaan ke perusahaan lain	27	77,1%
ONC2	Saya tidak percaya bahwa seseorang harus selalu setia kepada organisasinya	23	65,8%
ONC3	Melompat dari organisasi ke organisasi sepertinya tidak etis bagi saya	26	74.3%
ONC4	Salah satu alasan utama saya terus bekerja ditempat ini/organisasi ini adalah bahwa saya percaya kesetiaan itu penting dan karena itu saya rasakan merupakan kewajiban moral untuk tetap	27	77,1%
ONC5	Jika saya mendapat tawaran lain untuk pekerjaan yang lebih baik ditempat lain saya tidak merasa benar untuk meninggalkan organisasi saya	23	65,7%

ONC6	Saya diajari untuk meyakini nilai dari tetap setia pada suatu organisasi	26	74,3%
ONC7	Hal-hal yang lebih baik yaitu hari-hari ketika orang tinggal bersama satu organisasi untuk sebagian besar karier mereka	28	80%
ONC8	Saya tidak berpikir ingin menjadi “orang perusahaan”	25	71,5%

Berdasarkan tabel analisis diperoleh informasi bahwa *hampir semua responden menunjukkan rasa tanggung jawab moral yang besar terhadap perusahaan.* Beberapa pernyataan yang mendukung diantaranya alasan utama responden terus bekerja di RS Harti adalah karena percaya kesetiaan itu penting dan karena itu responden merasa merupakan kewajiban moral untuk tetap berada di RS Harti, dengan proporsi sebesar 77,1%.

Pernyataan lainnya responden menganggap hal-hal yang lebih baik yaitu hari-hari ketika orang tinggal bersama di RS Harti untuk sebagian besar karier mereka, dengan proporsi sebesar 80%. Selanjutnya 74,3% responden memiliki nilai kesetiaan pada suatu organisasi. Disisi lain, terdapat pernyataan yang menunjukkan persepsi negatif yaitu responden tidak berfikir ingin menjadi orang perusahaan dengan proporsi sebesar 71,5%.

Delapan pernyataan diatas kemudian membentuk variabel indikator komitmen normatif dengan cara menghitung nilai rata-rata skor jawaban dari delapan pernyataan tersebut untuk masing-masing responden. Hasil perhitungan nilai rata-rata dari rerata skor variabel komitmen normatif dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.27 Deskripsi Variabel Komitmen Normatif di RS Harti Tahun 2020

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Min-Max	N
Komitmen Normatif	2,55	0,21	1,63-2,88	35

Berdasarkan tabel analisis terlihat bahwa nilai rata-rata dari rerata skor komitmen normatif sebesar 2,55 dengan standar deviasi 0,21. Adapun nilai rerata skor terendah 1,63 sedangkan nilai rerata skor tertinggi 2,88.

### C.2.3. Turnover Intention

Variabel *Turnover Intention* merupakan variabel endogen yang dikonstruksi dari beberapa variabel indikator yaitu *Intent to leave* dan *intent to stay*.

#### C.2.3.1. Intent to Stay

Variabel indikator *intent to stay* menggambarkan persepsi responden dalam hubungannya dengan keinginan untuk bertahan dan tetap bekerja di RS Harti.

Tabel 5.28 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap “*Intent to Stay*” di RS Harti Tahun 2020

Kode	<i>Intent to Stay</i>	Setuju & Sangat Setuju	
		N	%
IS1	Saya rencana untuk meninggalkan organisasi ini	32	91,5%
		31	88,6%

IS2	Dalam situasi akan saya akan secara sukarela meninggalkan organisasi ini sebelum saya pensiun		
IS3	Saya enggan untuk meninggalkan organisasi ini	6	17,1%
IS4	Saya berencana untuk tinggal di organisasi ini selama mungkin	6	17,1%

Hasil analisis menunjukkan bahwa hampir semua responden menyatakan niatnya untuk tidak ingin bertahan atau berniat meninggalkan RS Harti.

Keempat pernyataan diatas, menjadi dasar dalam membentuk variabel indikator *intent to stay* dengan cara menghitung nilai rata-rata skor jawaban dari keempatpernyataan tersebut untuk masing-masing responden.

Tabel 5.29 Deskripsi Variabel *Intent to Stay* di RS Harti Tahun 2020

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Min-Max	N
<i>Intent to Stay</i>	2,12	0,32	1-3	35

Berdasarkan hasil analisis diperoleh informasi, dari 35 orang responden memiliki rata-rata dari rerata skor *intent to stay* sebesar 2,12 dengan standar deviasi 0,32. Adapun nilai rerata skor terendah adalah 1 sedangkan nilai rerata skor tertinggi 3.

### C.2.3.2. Intent to Leave

Variabel indikator *intent to leave* menggambarkan persepsi responden dalam hubungannya dengan keinginan untuk meninggalkan di RS Harti.

Tabel 5.30 Distribusi Responden (Per Item Pernyataan) Terhadap “*Intent to Leave*” di RS Harti Tahun 2020

Kode	<i>Intent to Leave</i>	Setuju & Sangat Setuju	
		N	%
IL1	Saya sering berfikir tentang berhenti dari pekerjaan saya sekarang	30	85,7%
IL2	Saya mungkin akan mencari pekerjaan baru di tahun depan	30	85,7%
IL3	Sesegera mungkin, aku akan meninggalkan organisasi ini	31	88,6%

Hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan terdapat niat untuk meninggalkan pekerjaan di RS Harti.

Tiga pernyataan diatas menjadi dasar dalam membentuk variabel indikator *intent to leave* dengan cara menghitung nilai rata-rata skor jawaban dari ketiga pernyataan tersebut untuk masing-masing responden. Hasil perhitungan nilai rata-rata dari rerata skor variabel *intent to leave* dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.31 Deskripsi Variabel *Intent to Leave* di RS Harti Tahun 2020

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Min-Max	N
<i>Intent to Leave</i>	2,15	0,41	1,67-4	35



Berdasarkan hasil analisis diperoleh informasi bahwa dari 35 orang responden, memiliki nilai rata-rata dari rerata skor *intent to leave* sebesar 2,15 dengan standar deviasi 0,41. Adapun nilai rerata skor terendah adalah 1,67 dan rerata skor tertinggi adalah 4.

#### **D. Analisis SEM PLS**

Data yang dikumpulkan dari 35 orang dokter yang bekerja di RS Harti diolah menggunakan metode analisis PLS-SEM dengan tahapan dalam pengolahan data sebagai berikut:

##### **D.1. Evaluasi *Outer Model* pada Model Awal**

Evaluasi *outer model* dilakukan dengan cara melihat nilai validitas dan reabilitas pengukuran dari model tersebut.

##### **D.1.1. Uji Validitas**

Terdapat dua macam validitas pengukuran yaitu pengukuran konvergen dan validitas diskriminan. Validitas konvergen ditentukan dengan melihat nilai *loading factor* dan AVE (*Average Variant Extracted*). Validitas diskriminan ditentukan dengan cara melihat nilai *cross loading*.

##### **D.1.1.1. Uji Validitas Konvergen**

Validitas konvergen digunakan untuk melihat korelasi antara variabel indikator dengan konstruksinya. Korelasi yang baik dapat dilihat dari nilai *loading factor* > 0,7 dan nilai AVE > 0,5 (Ghozali, 2008). Adapun hasil uji validitas konvergen dari data dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.32 Tabel *Outer Loading* Model Awal

Variabel Indikator	<i>Job Satisfaction</i>	<i>Organizational Commitment</i>	<i>Turnover Intention</i>
Pekerjaan	0,555		

Promosi	0,816		
Pembayaran	0,690		
Pengawasan	0,383		
Kebijakan	0,434		
<i>Environment</i>	-0,673		
Rekan Seprofesi	-0,672		
Komitmen afektif		0,836	
Komitmen Keberlanjutan		0,753	
Komitmen Normatif		0,788	
<i>Intent to stay</i>			0,940
<i>Intent to Leave</i>			0,878

Hasil uji validitas konvergen menunjukkan bahwa terdapat beberapa variabel indikator yang memiliki *outer loading* < 0,7, yaitu pekerjaan, pembayaran, pengawasan, kebijakan, *environment* dan sesama pekerja seprofesi. Adapun nilai *outer loading* terendah yaitu 0,383 sedangkan yang tertinggi 0,940. Nilai AVE dari variabel indikator terhadap konstruksya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.33 Nilai AVE (Average Variant Extracted) Model Awal

Variabel	AVE
<i>Job satisfaction</i>	0,384
<i>Organizational commitment</i>	0,629
<i>Turnover Intention</i>	0,828

Berdasarkan tabel analisis diketahui bahwa terdapat nilai AVE < 0,5 yaitu variabel *job satisfaction* (0,384). Adapun nilai AVE rendah adalah 0,384 dan tertinggi 0,828. **Berdasarkan nilai *outer loading* dan AVE, dapat dijelaskan bahwa variabel *job satisfaction* tidak memenuhi uji validitas konvergen.**

#### D.1.1.2. Uji Validitas Diskriminan

Uji validitas diskriminan bertujuan mengetahui apakah suatu konstruk berbeda dari konstruk yang lain (**unik**). Suatu indikator dinyatakan valid apabila variabel indikator memiliki nilai *cross loading factor* yang lebih tinggi kepada variabel konstruk yang dituju dibandingkan dengan nilai *cross loading factor* pada variabel yang lain. Selain itu, uji validitas diskriminan juga dilihat dari nilai *Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)*, suatu konstruk dikatakan memiliki validitas diskriminan yang baik apabila nilai HTMT < 0,9 (Garson, 2016).

Tabel 5.34 Tabel *Cross Loading* Model Awal

	<i>Job Satisfaction</i>	<i>Organizational Commitment</i>	<i>Turnover Intention</i>
Pekerjaan	0,555	0,455	0,286
Promosi	0,816	0,619	0,567
Pembayaran	0,690	0,355	0,464
Pengawasan	0,383	0,294	0,231
Kebijakan	0,434	0,372	0,213
<i>Environment</i>	-0,673	-0,514	-0,142
Rekan Seprofesi	-0,672	-0,500	-0,245
Komitmen afektif	0,589	0,836	0,455
Komitmen berkelanjutan	0,568	0,753	0,232
Komitmen Normatif	0,590	0,788	0,374
<i>Intent to stay</i>	0,529	0,532	0,940
<i>Intent to Leave</i>	0,421	0,253	0,878

Tabel analisis menunjukkan bahwa nilai *cross loading* sudah memenuhi kriteria. Sebagai contoh variabel indikator Pekerjaan memiliki nilai *cross loading* sebesar 0,555 terhadap variabel konstruk *job satisfaction*, dimana nilai tersebut

lebih besar dibandingkan dengan nilai *cross loading* variabel indikator pekerjaan terhadap variabel *organizational commitment*, yaitu sebesar 0,455 dan *turnover intention*, yaitu sebesar 0,268.

Hasil perhitungan nilai HTMT model awal untuk variabel penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.35 Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT) Model Awal

<i>Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)</i>	
<i>Organizational Commitment - Job Satisfaction</i>	0,955
<i>Turnover Intention - Job satisfaction</i>	0,611
<i>Turnover Intention - Organizational Commitment</i>	0,563

Berdasarkan tabel di atas diketahui terdapat nilai HTMT yang  $> 0,9$ , yaitu antara variabel *Organization Commitment* terhadap *Job Satisfaction*. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa konstruk tidak memiliki validitas diskriminan yang baik.

#### D.1.2. Uji Reabilitas

Uji reabilitas dilakukan **dengan tujuan untuk menguji nilai reabilitas setiap indikator pada masing-masing variabel laten.** Suatu variabel dikatakan reliabel apabila memiliki nilai *composite reability*  $> 0,6$  (Jogiyanto, 2009). Adapun nilai *composite reability* dari variabel dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.36 Nilai *Composite Reability* Model Awal

Variabel	Composite Reability
<i>Job satisfaction</i>	0,353
<i>Organizational commitment</i>	0,836

<i>Turnover Intention</i>	0,906
---------------------------	-------

Berdasarkan tabel diatas, terlihat bahwa variabel *job satisfaction* memiliki nilai *composite reability* < 0,6. Ini menunjukkan bahwa terdapat variabel indikator yang belum mampu mengukur variabel laten *job satisfaction* dengan baik atau *dengan kata lain dapat dikatakan model pengukuran tidak reliable*. Nilai *composite reability* adalah 0,353 sedangkan yang tertinggi 0,906.

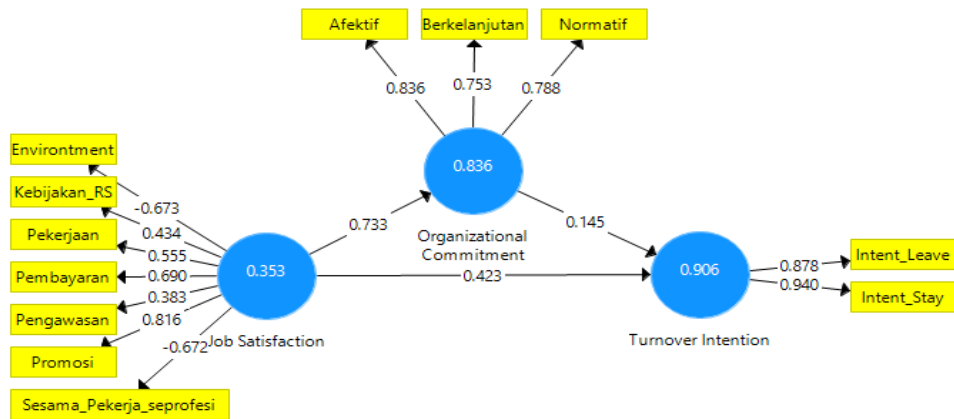
Selain dari nilai *composite reability*, untuk mengetahui reabilitas data juga dapat dilihat dari nilai *cronbach alpha*. Pengukuran variabel dapat dikatakan reliabel/handal apabila nilai *cronbach's alpha* > 0,7 (Jogiyanto, 2009). Berikut adalah nilai *cronbach alpha* dari variabel dalam penelitian ini:

Tabel 5.37 Nilai *Cronbach's Alpha* Model Awal

Variabel	<i>Cronbach's Alpha</i>
<i>Job satisfaction</i>	0,304
<i>Organizational commitment</i>	0,705
<i>Turnover Intention</i>	0,797

Nilai *cronbach Alpha* pada variabel *job satisfaction* lebih kecil dari 0,7 yang merupakan syarat yang harus dipenuhi agar dapat dikatakan valid.

Berdasarkan *hasil uji reabilitas dengan membandingkan nilai composite reability dan cronbach alpha dapat disimpulkan bahwa terdapat variabel indikator yang tidak dapat mengkonstruk variabel laten job satisfaction dengan baik*. Hasil evaluasi *outer model* pada model awal dapat dilihat pada diagram berikut ini:

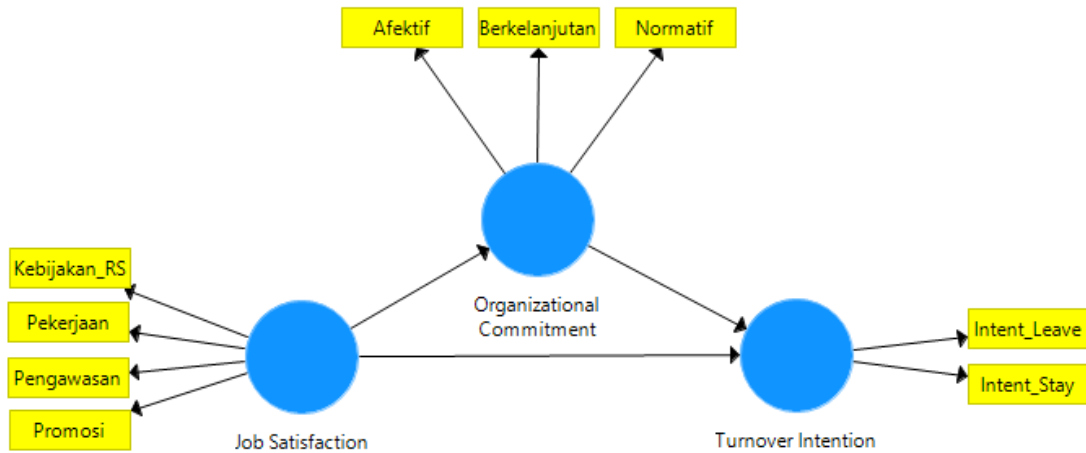


Gambar 5.1 Evaluasi Outer Model (PLS Algorithm) pada Model Awal

## D.2. Evaluasi *Outer Model* pada Model Baru

Berdasarkan hasil evaluasi *outer model* pada model awal dapat dikatakan bahwa variabel indikator belum dapat mengkonstruksi variabel laten dengan baik khususnya pada variabel laten *job satisfaction sehingga perlu dibuat model baru*. Dari hasil pengamatan diketahui bahwa terdapat dua variabel indikator yang memiliki nilai hasil *pengukuran yang homogen* yaitu variabel indikator *environment* dan *sesama pekerja seprofesi*. Setelah kedua variabel tersebut dilakukan *drop* kemudian dianalisis ulang, ternyata masih belum terpenuhi kriteria minimal yang diharapkan, sehingga dilakukan *drop kembali untuk variabel yang memiliki nilai outer loading terkecil yaitu variabel pembayaran dengan nilai 0,539*.

Model baru yang dihasilkan dapat dilihat pada bagan berikut:



Gambar 5.2 Bagan Model Baru

Hasil akhir yang diperoleh setelah *drop* variabel pembayaran dapat dijelaskan sebagai berikut:

**D.2.1.1. Uji Validitas**

**D.2.1.1.1. Uji Validitas Konvergen**

Hasil uji validitas konvergen model baru dari data dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.38 Tabel *Outer Loading* Model Baru

	<i>Job Satisfaction</i>	<i>Organizational Commitment</i>	<i>Turnover Intention</i>
Pekerjaan	0,625		
Promosi	0,837		
Pengawasan	0,682		
Kebijakan	0,705		
Komitmen afektif		0,883	
Komitmen Keberlanjutan		0,737	
Komitmen Normatif		0,742	
<i>Intent to stay</i>			0,935

<i>Intent to Leave</i>			0,885
------------------------	--	--	-------

Tabel di atas menunjukkan bahwa masih terdapat nilai *outer loading*  $< 0,7$  namun  $> 0,6$  sehingga masih dapat diterima. (Chin, 1998 dalam Ghazali, 2008). Adapun nilai *outer loading terendah* adalah 0,625 sedangkan *nilai outer loading tertinggi* adalah 0,935.

Nilai AVE dari variabel indikator terhadap konstruknya pada model baru dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.39 Nilai AVE (*Average Variant Extracted*) Model Baru

Variabel	AVE
<i>Job satisfaction</i>	0,514
<i>Organizational commitment</i>	0,625
<i>Turnover Intention</i>	0,829

Nilai yang tertera pada tabel di atas menunjukkan bahwa nilai AVE untuk semua variabel laten lebih besar dari syarat minimal, yaitu  $> 0,5$  dengan nilai terendah 0,514 dan nilai tertinggi 0,829.

Berdasarkan nilai *outer loading* dan nilai AVE pada uji validitas untuk model baru dapat disimpulkan bahwa variabel indikator sudah mampu mengkonstruksi variabel laten dengan baik.

#### **D.2.1.1.2. Uji Validitas Diskriminan**

Hasil uji validitas diskriminan untuk model baru dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.40 Tabel *Cross Loading* Model Baru

	<i>Job Satisfaction</i>	<i>Organizational Commitment</i>	<i>Turnover Intention</i>
Pekerjaan	0,625	0,466	0,282



Promosi	0,837	0,635	0,569
Pengawasan	0,682	0,323	0,236
Kebijakan	0,705	0,391	0,210
Komitmen afektif	0,691	0,883	0,452
Komitmen berkelanjutan	0,455	0,737	0,231
Komitmen Normatif	0,375	0,742	0,369
<i>Intent to stay</i>	0,470	0,537	0,935
<i>Intent to Leave</i>	0,447	0,263	0,885

Merujuk pada tabel di atas dapat disimpulkan bahwa nilai *cross loading* pada model baru sudah memenuhi kriteria yang diharapkan, dimana nilai *cross loading* variabel indikator terhadap variabel laten yang menjadi konstruksya lebih besar dibandingkan dengan nilai *outer loading* variabel indikator tersebut terhadap variabel laten yang lain.

Hasil perhitungan nilai HTMT model baru untuk variabel penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.41 Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT) Model Baru

<i>Heterotrait-Monotrait Ratio (HTMT)</i>	
<i>Organizational Commitment - Job Satisfaction</i>	0,849
<i>Turnover Intention - Job satisfaction</i>	0,602
<i>Turnover Intention - Organizational Commitment</i>	0,563

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat tidak terdapat nilai  $HTMT > 0,9$ . Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa konstruk memiliki validitas diskriminan yang baik.

#### D.2.1.2. Uji Reabilitas

Nilai *composite reability* dari variabel pada model baru dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.42 Nilai *Composite Reability*

Variabel	Composite Reability
<i>Job satisfaction</i>	0,807
<i>Organizational commitment</i>	0,832
<i>Turnover Intention</i>	0,906

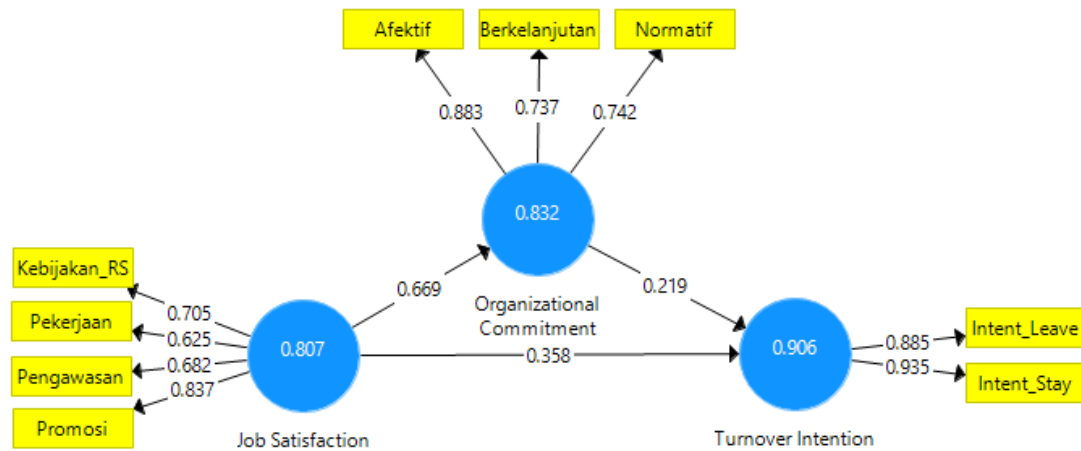
Tabel di atas menunjukkan bahwa nilai *composite reability* untuk semua variabel laten pada model baru sudah melewati batas kriteria valid ( $> 0,6$ ).

Selanjutnya adalah nilai *cronbach alpha* dari model baru dalam penelitian ini:

Tabel 5.43 Nilai *Cronbach's Alpha*

Variabel	<i>Cronbach's Alpha</i>
<i>Job satisfaction</i>	0,695
<i>Organizational commitment</i>	0,705
<i>Turnover Intention</i>	0,797

Meskipun nilai *cronbach alpha* pada variabel *job satisfaction*  $< 0,7$  namun jika dibulatkan sudah sangat mendekati 0,7 sehingga dapat diterima. Hasil evaluasi *outer model* pada model baru dapat dilihat pada diagram berikut ini:



Gambar 5.3 Evaluasi Outer Model(PLS Algorithm) pada Model Baru

## D.2. Evaluasi *Inner Model*

Evaluasi *inner model* bertujuan untuk mengetahui hubungan langsung dan tidak langsung antar variabel laten dengan melakukan *bootstrapping*. Untuk mendapatkan nilai *R-square*. Berdasarkan hasil pengolahan menggunakan PLS-SEM diperoleh hasil perhitungan nilai *R-square* sebagai berikut:

Tabel 5.44 Nilai *R-square*

Variabel	<i>R-square</i>
<i>Organizational commitment</i>	0,448
<i>Turnover Intention</i>	0,280

Berdasarkan tabel di atas diperoleh informasi bahwa nilai R-square variabel *commitment organizational* adalah sebesar 0,448, artinya variabel *Job Satisfaction* hanya mampu memberikan pengaruh sebesar 44,8% (sedang) pada variabel *organizational commitment*, sedangkan 54,2% sisanya dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

Selanjutnya, nilai *R-square* variabel *turnover intention* adalah sebesar 0,280 artinya variabel *job satisfaction* secara bersama-sama dengan variabel *organizational commitment* hanya dapat memberikan pengaruh sebesar 28% (sedang) pada variabel *turnover intention*, sedangkan 72% sisanya dapat dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak diteliti didalam penelitian ini.

### D.3. Pengujian Hipotesis

Pengujian hipotesis bertujuan untuk membuktikan hipotesis yang telah disusun. Pembuktian uji hipotesis ini dapat dilakukan menggunakan nilai *P-value* yang mana dalam penelitian ini menggunakan taraf signifikansi 0,05 (alpha 5%). Apabila nilai *P-value*  $\leq 0,05$  maka dapat dikatakan terdapat hubungan yang signifikan, sebaliknya apabila nilai *P-value*  $> 0,05$  maka dapat disimpulkan tidak terdapat hubungan yang signifikan.

Nilai *P-value* dapat diperoleh melalui tahapan *bootstrapping* menggunakan Smart-PLS. Untuk *direct effect* dilihat dari nilai *path coefficient* sedangkan hubungan tidak langsung antara variabel eksogen terhadap variabel endogen melalui variabel mediasi dapat dilihat dari nilai *indirect effects*.

#### D.3.1. Hubungan antara Job Satisfaction dan Turnover Intention

Untuk membuktikan hipotesis hubungan antara *job satisfaction* dan *turnover intention* dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.45 Hubungan Antara Job satisfaction dan Turnover Intention(Path Coefficients)

Hipotesis	<i>T-value</i>	<i>P-value</i>
<i>Job satisfaction – Turnover intention</i>	0,971	0,331

Berdasarkan hasil analisis diperoleh nilai *P-value* sebesar 0,331 dibandingkan dengan alpha 5%, *P-value*  $> 0,05$ . Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel *Job*

*Satisfaction* dengan *Turnover Intention*. Hasil perhitungan nilai *T-value* dapat menunjukkan arah hubungan yang positif, artinya kenaikan nilai pada variabel *job satisfaction* akan diikuti dengan kenaikan nilai pada variabel *turnover intention*.

### D.3.2. Hubungan antara Job Satisfaction dengan Organizational Commitment

Untuk membuktikan hipotesis hubungan antara *job satisfaction* dan *organizational commitment* diketahui dari nilai *path coefficients* yang hasilnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.46 Hubungan Antara Job satisfaction dan Organizational Commitment(Path Coefficients)

Hipotesis	<i>T-value</i>	<i>P-value</i>
<i>Job satisfaction – Organizational Commitment</i>	7,077	0,000

Berdasarkan hasil analisis diperoleh nilai *P-value* sebesar 0,000, dibandingkan dengan alpha 5% maka  $P\text{-value} < 0,05$ . Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara variabel *job satisfaction* dengan *organizational commitment*. Hasil perhitungan nilai *T-value* dapat menunjukkan arah hubungan yang positif, artinya kenaikan nilai pada variabel *job satisfaction* akan diikuti dengan kenaikan nilai pada variabel *organizational commitment*.

### D.3.3. Hubungan antara Organizational Commitment dengan Turnover Intention

Untuk membuktikan hipotesis hubungan antara *organizational commitment* dan *turnover intention* diketahui dari nilai *path coefficients* yang hasilnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.47 Hubungan Antara Organizational Commitment dan Turnover Intention (Path Coefficients)

Hipotesis	<i>T-value</i>	<i>P-value</i>
<i>Organizational Commitment</i> – <i>Turnover Intention</i>	0,660	0,509

Berdasarkan hasil analisis diperoleh nilai *P-value* sebesar 0,509. Dibandingkan dengan alpha 5%, maka *P-value* > 0,05. Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel *organizational commitment* dengan *turnover intention*. Hasil perhitungan nilai *T-value* dapat menunjukkan arah hubungan yang positif, artinya kenaikan nilai pada variabel *organizational commitment* akan diikuti dengan kenaikan nilai pada variabel *turnover intention*.

### D.3.4. Hubungan antara Job Satisfaction dan Turnover Intention dengan variabel mediasi Organizational Commitment

Untuk membuktikan hipotesis hubungan antara variabel *job satisfaction* dan *turnover intention* dengan variabel mediasi *organizational commitment* diketahui dari nilai *indirect effects* yang hasilnya dapat dilihat pada tabel berikut:

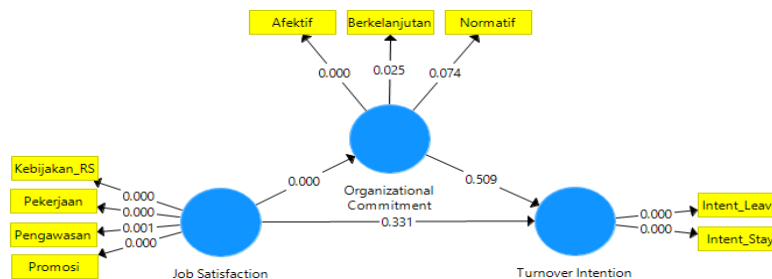
Tabel 5.48 Hubungan Antara Job Satisfaction dan Turnover Intention dengan Variabel Mediasi Organization Commitment (Indirect Effects)

Hipotesis	<i>T-value</i>	<i>P-value</i>
-----------	----------------	----------------

<i>Job Satisfaction - Organizational Commitment- Turnover intention</i>	0,612	0,541
---	-------	-------

Tabel analisis menunjukkan nilai *P-value* sebesar 0,541. Dibandingkan dengan alpha 5%, maka nilai *P-value* > 0,05. dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa variabel *organizational commitment* tidak memberikan peran yang signifikan dalam memediasi hubungan antara variabel *job satisfaction* terhadap variabel *turnover intention*.

Hasil *bootstrapping* yang dilakukan terhadap data dalam penelitian ini dapat dilihat dalam diagram berikut:



Gambar 5.4 *Bootstrapping Model Baru(P-Value)*

### D.3.5. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*, sehingga hasil yang didapatkan hanya bisa memberikan gambaran pada saat periode waktu pengambilan data dilakukan. Selain itu, penelitian ini juga hanya dapat digunakan untuk menguji hubungan antar variabelnya saja dan tidak bisa dijadikan model karena jumlah sampel yang tidak mencukupi standar minimal yaitu 10 kali jumlah indikator. Pengisian kuesioner dilakukan dengan cara pengisian langsung oleh responden tanpa didampingi petugas pengumpul data. Hal ini memungkinkan terjadinya bias pada saat pengisian kuesioner. Bias tersebut bisa saja disebabkan karena proses pengisian

dilakukan disela-sela waktu kerja sehingga kurang fokus dalam pengisian kuesioner.

Beberapa item pertanyaan dalam kuesioner dirasa masih belum dapat menggali lebih dalam informasi yang ingin didapatkan sehingga mempengaruhi hasil analisis. Seperti pada variabel pembayaran, terdapat 2 pertanyaan yang dapat dikatakan memiliki makna yang sama. Pertanyaan pada variabel *environment*, pada bagian pertanyaan pasien saya mengerti, ini dapat menimbulkan penafsiran yang berbeda-beda untuk setiap responden dan jawabannya lebih subjectif. Pada variabel sesama pekerja seprofesi kedua item pertanyaan memiliki makna yang hampir sama.

Variabel komitmen afektif terdapat pertanyaan yang juga menimbulkan multi penafsiran, yaitu pertanyaan tentang saya senang mendiskusikan organisasi saya dengan orang-orang diluarnya, sebaiknya ditambahkan “hal-hal positif dari organisasi”. Variabel komitmen normatif juga terdapat pertanyaan yang dapat menimbulkan bias, seperti saya pikir orang terlalu sering untuk saat ini pindah dari satu perusahaan ke perusahaan lain. Terakhir adalah pertanyaan tentang saya tidak berfikir ingin menjadi orang perusahaan, dimana kata-kata “orang perusahaan” dapat maknai berbeda-beda untuk masing-masing responden.

## **E. Pembahasan**

### **E.1. Karakteristik Responden**

#### **E.1.1. Jenis Kelamin**

Berdasarkan hasil analisis univariat diketahui bahwa dokter yang bekerja di RS Harti sebagian besar adalah laki-laki (65,7%). Menurut Robbins (2008), tidak terdapat perbedaan antara pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas maupun kemampuan belajar. Namun studi psikologi mendapatkan temuan bahwa wanita lebih memiliki kepatuhan untuk melaksanakan tugas dan wewenang sedangkan pria lebih agresif serta lebih memiliki pengrahan untuk sukses



dibandingkan wanita. banyak penelitian yang juga membuktikan bahwa wanita memiliki tingkat kemangkiran yang lebih tinggi dibandingkan pria.

Disisi lain, Glenn, Taylor dan Wlaver (1977) menyatakan bahwa perbedaan jenis kelamin berpengaruh terhadap kepuasan kerja. Wanita memiliki kebutuhan untuk merasa puas terhadap pekerjaannya lebih rendah dibandingkan pria (Glenn, Taylor dan Wlaver (1977) dalam As'ad, 1995).

### **E.1.2. Kelompok Usia**

Berdasarkan hasil analisis univariat diketahui bahwa sebagian besar dokter yang bekerja di RS Harti berada pada rentang usia 20-39 tahun (71,4%). Faktor usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keinginan seorang karyawan untuk berpindah pekerjaan, semakin tua usia seseorang biasanya akan semakin kecil kemungkinannya untuk berpindah pekerjaan (Muclas, 1994). Hal ini bisa disebabkan semakin bertambah usia dan semakin lama bekerja, maka akan semakin berpengalaman dan meningkat produktifitas serta lebih terasah serta lebih bijak dalam membuat keputusan (Muclas, 1994). Kreitner dan Kinicki (2003), mengungkapkan masa kerja yang lama akan membuat seseorang cenderung merasa betah dalam suatu organisasi, hal ini bisa karena telah beradaptasi dengan baik dengan lingkungannya sehingga menimbulkan kenyamanan. Hasil penelitian ini menunjukkan rata-rata dokter yang bekerja di RS Harti memiliki usia yang masih muda sehingga besar kemungkinannya untuk berpindah ke rumah sakit lain.

Namun disisi lain, semakin bertambah usia seseorang, maka juga semakin sedikit peluang kerja yang tersedia. Menurut peneliti dalam dunia profesional seperti dokter, seharusnya semakin lama masa kerja seharusnya berbanding lurus dengan pengalaman dan keahliannya.

Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa perputaran karyawan cenderung lebih tinggi pada karyawan yang lebih muda karena masih kurang memiliki ikatan dengan organisasi. Studi yang dilakukan oleh *National Health Care Retention & RN Staffing Report* (2017), menyebutkan bahwa tingkat

*turnover* yang lebih muda (usia < 45 tahun) dua kali lipat dibandingkan dengan yang lebih tua. Hal senada juga dinyatakan dalam hasil penelitian yang dilakukan oleh Rosad (2012), menyatakan bahwa karyawan yang memiliki usia lebih muda memiliki kecenderungan keinginan untuk berpindah pekerjaan yang lebih besar dibandingkan dengan yang lebih tua.

### **E.1.3. Status Pernikahan**

Berdasarkan hasil analisis univariat diketahui bahwa 68.6% dokter yang bekerja di RS Harti sudah menikah. Seseorang yang telah menikah cenderung memiliki rasa tanggung jawab yang lebih besar serta lebih menghargai pekerjaannya (Veithzal, 2003). Selanjutnya Veithzal menyatakan terdapat faktor yang mendasari karyawan sebelum memutuskan untuk pindah diantaranya kompensasi yang diterima, fleksibilitas waktu (terutama bagi pekerja wanita), lokasi, dan sebagainya. Beberapa penelitian mengindikasikan karyawan yang telah menikah cenderung lebih kecil keinginannya untuk meninggalkan organisasi dibandingkan dengan yang belum menikah (McBey dan Karakowsky, 2000; Robin, 2006).

### **E.1.4. Tingkat Pendidikan**

Berdasarkan hasil analisis univariat diketahui bahwa proporsi dokter yang bekerja di RS Harti berdasarkan tingkat pendidikan hampir merata antara dokter umum dan dokter spesialis, dengan proporsi terbanyak pada dokter spesialis, yaitu 54.3%. Menurut pendapat peneliti pada profesi dokter kemungkinan untuk berpindah tempat bisa saja terjadi pada dokter umum dan dokter spesialis. Kebutuhan rumah sakit terhadap dokter spesialis yang cukup besar memberikan peluang bagi dokter spesialis untuk berpindah ke rumah sakit yang mampu memberikan benefit yang lebih baik.

#### **E.1.5. Pengalaman Kerja**

Berdasarkan hasil analisis univariat diperoleh informasi bahwa 80% dokter yang bekerja di RS Harti memiliki pengalaman kerja antara 1-5 tahun. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa perputaran karyawan cenderung lebih tinggi pada karyawan baru (McBey dan Karakowsky, 2000). Hal senada juga diungkapkan oleh Robbins (2006), yang menyatakan bahwa masa kerja berpengaruh terhadap keinginan karyawan untuk keluar dari organisasi.

Karyawan yang memiliki masa kerja lebih lama cenderung merasa nyaman dengan pekerjaan dan lingkungan kerjanya sehingga apabila pindah ke organisasi baru harus mulai dari awal dan beradaptasi kembali dengan lingkungan kerjanya. Selain itu, masa kerja yang lama juga bisa jadi akan berpengaruh kepada kompensasi atau peluang karier yang mungkin akan didapat, hal ini dapat mendorong niat dari karyawan untuk bertahan didalam organisasi (Rosad, 2012).

Studi yang dilakukan oleh *National Healthcare Retention & RN Staffing Report* (2017), menyebutkan bahwa 32% turnover yang terjadi pada tenaga kesehatan disumbang oleh karyawan dengan masa kerja yang masih baru. Namun menurut peneliti, pada profesi dokter sangat dimungkinkan dokter yang berpengalaman justru akan lebih mudah untuk berpindah-pindah rumah sakit karena keahlian mereka sangat dibutuhkan dan dapat mendatangkan pasien sehingga dokter memiliki posisi tawar menawar kompensasi yang lebih tinggi dengan rumah sakit lain.

#### **E.1.6. Tingkat Penghasilan**

Berdasarkan hasil analisis univariat diperoleh informasi bahwa 82.9% dokter yang bekerja di RS Harti mendapatkan penghasilan dibawah 10 juta rupiah. Menurut Notoadmodjo (2009) mengungkapkan bahwa karyawan akan tetap bertahan dan tidak berniat untuk pindah apabila organisasi dapat memberikan kompensasi yang baik.

## **E.2. Satisfaction**

### **E.2.1. Pekerjaan**

Berdasarkan hasil analisis univariat diperoleh informasi bahwa rata-rata skor variabel pekerjaan adalah 2.73, dengan nilai dengan nilai skor terendah 2 dan tertinggi 3. Jika ditelusuri lebih dalam, sebagian besar dokter yang bekerja di SR Harti bangga dengan pekerjaannya. Namun terdapat hal yang perlu diperhatikan oleh pihak RS Harti, hanya setengah dari dokter yang merasa puas dengan pekerjaan mereka di RS Harti.

Menurut Robbins (2003), persepsi seseorang terhadap pekerjaannya akan mempengaruhi hasil kerja yang akan diperoleh seseorang. Semakin baik pekerjaan yang dimiliki maka akan meningkatkan kepuasannya.

### **E.2.2. Promosi**

Berdasarkan hasil analisis univariat diperoleh informasi bawa rata-rata skor variabel promosi adalah 2.45, dengan nilai terendah 1.33 dan nilai tertinggi 3.67. Jika ditelusuri lebih lanjut pada item pernyataan terlihat bahwa sebagian responden merasa mendapatkan perlakuan yang tidak adil terkait kebijakan promosi dan peluang untuk maju yang terbatas. Hal ini menjadi warning bagi RS Harti agar lebih menangkap permasalahan ini agar tidak terjadi *turnover*. Menurut Dewi (2012) untuk menciptakan karyawan yang loyal, perusahaan harus mampu menggali hasrat karyawan dan menangkap apa yang menjadi harapannya terhadap pekerjaan dan organisasi.

Pengembangan diri seseorang dapat dilakukan dengan memberikan kepercayaan melalui promosi jabatan. Seiring dengan semakin besar kekuasaan dan tanggung jawab yang diberikan merupakan bukti penilaian dan pengakuan atas prestasi yang diberikan oleh perusahaan. Selain itu, promosi jabatan tentunya akan diiringi dengan peningkatan pendapatan dan fasilitas-fasilitas lainnya yang terhubung dengan jabatan yang diemban (Robbins, 2003).

Rosad (2012) dalam penelitiannya menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara peluang karier dengan keinginan untuk bertahan pada bidan.

### **E.2.3. Pembayaran**

Berdasarkan hasil analisis univariat diperoleh informasi bawa rata-rata skor pembayaran adalah 2,19, dengan nilai terendah 1 dan nilai tertinggi 3. Merujuk kepada item pernyataan sebagian besar responden merasa pendapatan yang diterima rendah dibandingkan dengan RS lain. Hal ini jika tidak ditanggapi akan berdampak kepada kepuasan kerja dan bermuara pada turnover karyawan. Penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Mardiana yang juga menunjukkan ketidakpuasan perawat terhadap pembayaran dan promosi.

Menurut Mathis dan Jackson (2006), gaji dan tunjangan harus memiliki nilai yang kompetitif dibandingkan dengan perusahaan lain dan harus sesuai dengan apa yang diyakini karyawan berdasarkan kapabilitas, pengalamandan kinerjanya. Pemberian kompensasi yang sesuai dapat mendorong karyawan untuk tetap bertahan di suatu organisasi dan tidak ingin berpindah ke organisasi lain (Notoadmodjo, 2009).

Merujuk kepada hasil analisis, dapat disimpulkan bahwa kompensasi dokter merupakan masalah utama dan penting yang harus menjadi fokus RS Harti. Jika tidak diselesaikan dengan baik, maka dapat menimbulkan kenaikan angka turnover dan tentunya juga ujungnya akan berdampak kepada kinerja pelayanan rumah sakit.

### **E.2.4. Pengawasan**

Berdasarkan hasil analisis univariat diperoleh informasi bahwa rerata skor pengawasan 2,4 dengan nilai skor terendah 2 sedangkan nilai skor tertinggi 3,33. Jika ditelusuri lebih dalam dokter di RS Harti memberikan respon yang cukup positif dan merasa dihargai karena ide-idenya diterima dan direalisasikan oleh manajemen RS Harti, namun disisi lain manajemen perlu memberikan perhatian yang lebih dalam hubungan interpersonal dengan dokter.

### **E.2.5. Kebijakan Rumah Sakit**

Berdasarkan hasil analisis univariat diperoleh informasi bahwa rerata skor Kebijakan rumah sakit adalah 2,18 dengan nilai skor terendah 1,25 sedangkan skor tertinggi 2,75. Jika ditelusuri per pernyataan terlihat bahwa dokter yang bekerja di RS Harti memiliki persepsi negatif terhadap manajemen, seperti hanya 17,1% yang menyatakan pernyataan manajemen RS sangat progresif. Selain itu, dokter juga berpersepsi bahwa manajemen puncak tidak mengerti dengan tugasnya dan ini dibuktikan dengan pernyataan berikutnya dimana hanya 25.7% dokter yang mengatakan RS beroperasi dengan efisien dan lancar. Disisi lain, hal positif yang perlu dipertahankan adalah dukungan baik dari pemilik terhadap manajemen.

### **E.2.6. Environment**

Hasil analisis diperoleh informasi bahwa rerata skor *enviromtment* sebesar 2,93 dengan nilai terendah 2 dan tertinggi 4. Jika ditelusuri lebih per pernyataan dapat disimpulkan hubungan antara dokter dan pasien selama memberikan pelayanan sangat harmonis dan tidak terdapat kendala yang berarti. Hampir semua dokter menyatakan memiliki pasien yang setia, mengerti dan dapat dipercaya. Ini merupakan situasi yang dapat memberikan iklim kerja yang positif dan memberikan kenyamanan dokter selama memberikan pelayanan dan tentunya dapat berdampak kepada kepuasan kerja.

### **E.2.7. Sesama Pekerja Seprofesi**

Berdasarkan analisis univariat diperoleh informasi bahwa rerata skor sesama pekerja seprofesi adalah 2,99 dengan nilai skor terendah 2 dan tertinggi 4. Jika ditelusuri lebih lanjut dapat disimpulkan bahwa dokter yang bekerja di RS Harti tidak memiliki permasalahan dan dapat bekerja sama dengan baik antara sesama rekan seprofesinya. Iklim kerja yang positif ini juga sangat mendukung terciptanya suasana kerja yang nyaman dan tentunya juga akan berdampak kepada kepuasan kerja.

Robin (2003), rekan kerja merupakan teman berinteraksi bagi seorang karyawan. Bagi sebagian besar karyawan, interaksi yang baik antara sesama rekan kerja dapat memiliki nilai lebih dari sekedar penghasilan atau prestasi kerja. Rekan kerja yang ramah dan kooperatif dapat menciptakan kepuasan kerja. Ada dua tipe hubungan karyawan, yang pertama adalah hubungan individu dengan individu yang mencakup hubungannya dengan sesama rekan kerja dan hubungan individu dengan atasan selain itu juga, kemudian juga hubungan individu dengan kelompok yang mencakup hubungan individu didalam kelompok, baik sebagai individu maupun kelompok (Sunyoto, 2012).

### **E.3. Organizational Commitment**

#### **E.3.1. Komitmen Afektif**

Berdasarkan hasil analisis univariat diperoleh informasi bahwa rerata skor komitmen afektif adalah 2,51 dengan skor terendah 1,75 sedangkan skor tertinggi 2,88. Jika ditelusuri lebih lanjut per pernyataan dapat disimpulkan proporsi dokter yang memiliki komitmen afektif yang baik hampir sama rata dengan yang kurang baik.

#### **E.3.2. Komitmen Berkelanjutan**

Berdasarkan hasil analisis univariat diperoleh informasi bahwa rerata skor komitmen berkelanjutan sebesar 2,47 dengan nilai skor terendah 1,5 sedangkan tertinggi 2,88. Jika ditelusuri dari pernyataan responden responden yang memiliki persepsi positif dan negatif hampir merata. Persepsi positif yang menonjol adalah 71,4% dokter merasa sulit untuk meninggalkan RS Harti, namun juga terdapat persepsi negatif sebesar 71,4% yang tidak takut berhenti dari pekerjaan dan 65,7% dokter yang menyatakan tidak terlalu mahal baginya untuk meninggalkan RS Harti.

### **E.3.3. Komitmen Normatif**

Berdasarkan hasil analisis univariat diperoleh informasi bahwa nilai rata-rata skor komitmen normatif adalah 2,55 dengan nilai skor terendah 1,63 dan skor tertinggi 2,88. Jika ditelusuri lebih lanjut terdapat beberapa pernyataan yang menunjukkan dokter memiliki komitmen normatif yang tinggi seperti tidak etis untuk berpindah dari organisasi ke organisasi lain serta persepsi tentang nilai kesetiaan yang tinggi dan lebih baik jika seseorang bekerja dalam satu organisasi untuk sebagian besar kariernya.

Disisi lain, terdapat pernyataan yang menunjukkan persepsi negatif seperti penolakan dari dokter untuk menjadi orang perusahaan. Anggota organisasi yang memiliki loyalitas yang tinggi terhadap organisasi akan memberikan upaya yang terbaik bagi organisasi dan mensukseskan organisasi (Andini, 2006)

### **E.4. Turnover Intention (Intent to Stay dan Intent to Leave)**

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa nilai rerata skor keinginan untuk tetap tinggal di RS Harti adalah 2,12 dengan skor terendah 1 dan tertinggi 3. Jika ditelusuri pada pernyataan dapat dilihat bahwa dari keempat pernyataan yang ditanyakan, sebahagian dokter menyatakan bahwa tidak berniat untuk tetap bekerja RS Harti.

Hasil analisis univariat juga menunjukkan bahwa nilai rerata skor keinginan untuk pindah organisasi adalah 2,15 dengan skor terendah 1,67 dan tertinggi 4. Jika ditelusuri per pernyataan dapat ditarik kesimpulan bahwa hampir semua dokter menyatakan niatnya untuk segera meninggalkan RS Harti.

Menurut Kraemer didalam Ridlo (2012) menyatakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi keinginan karyawan untuk bertahan yaitu komitmen organisasi, promosi, kepuasan kerja, stress kerja dan keadilan. Perilaku berhenti atau keluar dari pekerjaan mempunyai dampak ekonomis yang besar dan kemungkinan berhubungan dengan kepuasan kerja (Sutrisno, 2012).



### **E.5. Hubungan Job Satisfaction dan Organizational Commitment**

Berdasarkan hasil analisis dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara variabel *job satisfaction* dengan *organizational commitment* dengan arah hubungan positif dimana semakin puas seseorang terhadap pekerjaannya maka akan semakin meningkatkan komitmen terhadap organisasi.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Irfan (2017) dimana kepuasan kerja berpengaruh positif dan signifikan terhadap komitmen organisasi. Mardiana (2014) dalam penelitiannya juga menyatakan terdapat hubungan signifikan antara kepuasan kerja dengan *turnover Intention* pada perawat di RS Dompot Duafa, meskipun terdapat beberapa indikator yang kurang memuaskan karyawan seperti pembayaran dan promosi, namun perawat tetap berkeinginan untuk tetap bekerja di RS tersebut. Penelitian ini juga mendukung penelitian Sibarani (2004), yang juga menyatakan bahwa kepuasan kerja dan komitmen organisasi saling mempengaruhi secara langsung dan berpola positif. Penelitian (Widyatmoko, 2015) lain juga mengindikasikan bahwa kepuasan kerja memberikan pengaruh signifikan dan positif terhadap komitmen organisasi.

### **E.6. Hubungan Job Satisfaction dan Turnover Intention**

Berdasarkan hasil analisis dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara *job satisfaction* dengan *turnover intention* dengan arah hubungan positif, artinya semakin puas seseorang terhadap pekerjaannya maka semakin tinggi niatnya untuk pindah dari organisasi. Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (Melky, 2015) yang juga mengindikasikan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kepuasan kerja dengan *turnover intention*. Hal ini berarti terdapat faktor-faktor lain diluar kepuasan kerja yang lebih mempengaruhi *turnover intention*. Disisi lain, terdapat penelitian yang menyatakan bahwa terdapat pengaruh negatif signifikan komitmen organisasi terhadap *turnover intention*, yang menggambarkan semakin kecil komitmen

organisasi maka semakin tinggi keinginan untuk berpindah pekerjaan (Widyatmoko, 2015).

Berdasarkan hasil analisis univariat terlihat bahwa meskipun hampir semua dokter memiliki niat untuk pindah, namun mereka masih memiliki komitmen organisasi yang baik terhadap RS Harti. Robbins (2003) menyatakan terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi keinginan untuk berpindah pekerjaan seperti pasar kerja, kesempatan kerja alternatif, persepsi tentang struktur organisasi, stress kerja, disain pekerjaan, evaluasi kinerja, dan panjangnya masa kerja, ketidaknyamanan kerja, lingkungan kerja, dukungan keluarga dan loyalitas terhadap pekerjaan. Selanjutnya Ilham Akhsanu (2012) menyatakan bahwa kepuasan kerja bisa mempengaruhi turnover. semakin tidak puas seseorang terhadap pekerjaannya maka semakin kuat keinginannya untuk berpindah.

#### **E.7. Hubungan Organizational Commitment dan Turnover Intention**

Berdasarkan hasil analisis diperoleh informasi bahwa tidak terdapat pengaruh signifikan antara *organizational commitment* dengan *turnover intention* dengan arah hubungan positif artinya semakin meningkat komitmen organisasi maka akan semakin bertambah niatnya untuk meninggalkan organisasi.

Seseorang akan memberikan prestasi kerja apabila memiliki komitmen untuk melaksanakan tindakan. Permasalahan terhadap komitmen organisasi tidak akan terjadi apabila dapat dideteksi sedini mungkin. Karyawan yang dengan terpaksa menerima kesepakatan dengan organisasi biasanya akan memiliki komitmen yang rendah. Wujud dari buruknya komitmen diantaranya adalah mengabaikan masalah, bersikap apatis, dan kurang inisiatif bahkan berkeinginan untuk keluar dari organisasi Wibowo (2014). Selanjutnya Sopiiah (2008) mengatakan upaya yang dapat dilakukan organisasi untuk meningkatkan komitmen karyawan diantaranya dengan menetapkan visi dan misi yang jelas dan karismatik, yang dapat dijadikan tradisi terus menerus dipelihara, memiliki

prosedur penanganan keluhan yang jelas dan menyeluruh, adanya komunikasi dua arah, memiliki nilai-nilai kebersamaan, kerjasama, keadilan dan lainnya.

Penelitian ini bertentangan dengan beberapa hasil penelitian yang dilakukan oleh (Melky, 2015) dan (Rohman, 2009) yang menyatakan terdapat hubungan yang negatif dimana semakin rendah komitmen organisasi seorang karyawan maka akan semakin tinggi keinginannya untuk berpindah pekerjaan. Merujuk kepada hasil analisis univariat terlihat bahwa meskipun hampir semua dokter menyatakan memiliki niat untuk pindah namun mereka masih memiliki komitmen organisasi yang relatif baik sehingga terlihat bahwa *organizational commitment* tidak berpengaruh terhadap *turnover intention* di RS Harti. Ini merupakan peluang baik bagi manajemen RS Harti untuk dapat mempertahankan dokter yang memiliki loyalitas tinggi untuk tetap dipertahankan dengan lebih menggali faktor-faktor lain yang membuat mereka tetap bertahan.

#### **E.8. Hubungan Job Satisfaction dan Turnover Intention dengan Organizational Commitment Sebagai Variabel Mediasi**

Berdasarkan hasil analisis dapat disimpulkan bahwa *organizational commitment* tidak cukup signifikan memediasi pengaruh *job satisfaction* terhadap *turnover intention*. Penelitian ini bertentangan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Indrayanti, et al 2016) yang mengemukakan bahwa komitmen organisasi mampu memediasi pengaruh kepuasan kerja terhadap *turnover intention*. Selanjutnya Susiani (2012) dalam penelitiannya menyebutkan semakin tinggi tingkat kepuasan kerja seseorang, maka semakin tinggi pula komitmen organisasinya dengan demikian keinginan untuk keluar dari organisasi akan semakin rendah.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian Mutiara, (2004), yang menyatakan bahwa kepuasan kerja tidak memberikan pengaruh signifikan terhadap *turnover intention* melalui *organizational commitment*. Hal senada juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh (Widyatmoko, 2015) yang

menyatakan bahwa komitmen organisasi tidak berhasil memediasi hubungan antara kepuasan kerja dan *turnover intention*.

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Dari pembahasan hasil penelitian diatas, maka penulis berkesimpulan bahwa :

1. Jumlah sampel dalam penelitian ini sudah memenuhi Syarat / kriteria sampel. Karena merujuk pada metode yang dilakukan Chin (1998), penggunaan minimum sampel dalam analisis Partial Least Square (PLS) adalah 30 sampel.

2. Data-data yang terkumpul dalam sampel penelitian ini sudah bersih karena sudah dilakukan cleaning data dan skoring data.

Untuk mengetahui apakah data tersebut lolos atau tidak untuk digunakan dalam analisis lebih lanjut, maka dilakukan pengujian data yaitu melalui evaluasi outer model serta evaluasi inner model.

Dari pengujian data terhadap evaluasi outer model dan inner model, maka didapatkan hasil sebagai berikut :

- > Pada uji awal, terdapat dua variabel yang terpaksa harus di drop/dikeluarkan yaitu, variabel lingkungan kerja (*environment*) dan variabel sesama rekan kerja seprofesi.
- > Namun dikarenakan ternyata masih belum memenuhi kriteria, kemudian dilakukan drop/pengeluaran terhadap variabel pembayaran (karena mempunyai nilai outer loading terkecil).
- > Kemudian setelah dilakukan uji validitas dan reabilitas ulang, ternyata semua variabel yang tersisa lolos uji validitas dan reabilitas.

3. a/. H1: hubungan antara Job Satisfaction (*Job Satisfaction*) dan *Turnover Intention* karyawan (efek langsung).

Berdasarkan hasil analisis diperoleh nilai *P-value* sebesar 0,331 dibandingkan dengan alpha 5%, *P-value* > 0,05. Dengan demikian dapat ditarik

kesimpulan bahwa **tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel *Job Satisfaction* dengan *Turnover Intention***. Hasil perhitungan nilai *T-value* dapat **menunjukkan arah hubungan yang positif**, artinya kenaikan nilai pada variabel *job satisfaction* akan diikuti dengan kenaikan nilai pada variabel *turnover intention*.

b/. H2: hubungan antara *Job Satisfaction* (*Job Satisfaction*) dan *Organizational Commitment* (efek langsung).

Berdasarkan hasil analisis diperoleh nilai *P-value* sebesar 0,000, dibandingkan dengan alpha 5% maka  $P\text{-value} < 0,05$ . Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa **terdapat hubungan signifikan antara variabel *job satisfaction* dengan *organizational commitment***. Hasil perhitungan nilai *T-value* dapat **menunjukkan arah hubungan yang positif**, artinya kenaikan nilai pada variabel *job satisfaction* akan diikuti dengan kenaikan nilai pada variabel *organizational commitment*.

c/. H3a: hubungan antara *Organizational Commitment* dan Turn over Intention (efek langsung).

Berdasarkan hasil analisis diperoleh nilai *P-value* sebesar 0,509. Dibandingkan dengan alpha 5%, maka  $P\text{-value} > 0,05$ . Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa **tidak terdapat hubungan yang signifikan antara variabel *organizational commitment* dengan *turnover intention***. Hasil perhitungan nilai *T-value* dapat menunjukkan arah hubungan yang positif, artinya kenaikan nilai pada variabel *organizational commitment* akan diikuti dengan kenaikan nilai pada variabel *turnover intention*.

d./, H3b: hubungan antara *Job Satisfaction* dan *Turnover Intention* karyawan dengan adanya *Organizational Commitment* sebagai variabel perantara (efek tidak langsung).

Tabel analisis menunjukkan nilai *P-value* sebesar 0,541. Dibandingkan dengan alpha 5%, maka nilai *P-value* > 0,05. dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa **variabel *organizational commitment* tidak memberikan peran yang signifikan dalam memediasi hubungan antara variabel *job satisfaction* terhadap variabel *turnover intention*.**

nilai R-square variabel *commitment organizational* adalah sebesar 0,448, artinya variabel *Job Satisfaction* hanya mampu memberikan pengaruh sebesar 44,8% (sedang) pada variabel *organizational commitment*, sedangkan 54,2% sisanya dipengaruhi oleh faktor lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

## **B. Saran**

Setelah mencermati hasil penelitian dan kesimpulan, penulis dapat memberikan saran-saran sebagai berikut :

### **B.1. Saran untuk RS Harapan Sehati khususnya dan Rumah Sakit-Rumah Sakit lain pada umumnya :**

- a/ Memperkuat peran dan wibawa organisasi.
- b/ Lebih melibatkan peran para dokter dalam pengambilan keputusan terutama yg bersifat medis.

### **B.2. Saran untuk Institusi pendidikan manajemen Rumah Sakit**

Memberikan mata pelajaran khusus mengenai pengelolaan dokter sebagai salah satu stake holders khusus karena perannya yang vital dalam pengelolaan RS.

### **B.3. Saran untuk calon peneliti**

- Dikemudian hari, penelitian ini dapat dilanjutkan dan diperluas baik

dari segi jumlah sampel, luas wilayah cakupannya maupun variabel2 nya oleh peneliti lain.



## REFERENSI

- Abbas, A., Mudassar, M., Gul, A., & Madni, A. (2013). Factors contributing to job satisfaction for workers in Pakistani organization, *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 3 (1): 525-544. ISSN: 2222-6990. Available at: [www.hrmars.com/journals](http://www.hrmars.com/journals).
- Abdillah, W., Hartono. (2015). *Partial Least Square (PLS)*. Penerbit Andi. Yogyakarta.
- Abdullah & Ramay, M.I. (2012). Antecedents of organizational commitment of banking sector employees in Pakistan, *Serbian Journal of Management*, 7 (1): pp. 89 - 102.
- Abelson, M. A. (1986). Strategic management of *Turnover*: a model for the health service administrator. *Health Care Management Review*, 11(2), 61-71.
- Adkins, Cheryl L., James D. Webel, dan Jing-LihFarh. (2015). A Field Study of Job Insecurity During A Financial Crisis. *Journal of Group and Organizational Management*. 26(4) : 463-483.
- Annual Report RS Harapan Sehati Cibinong
- Anderson, R. E., Carter, L., & Lowe, G. (1999). Haworth. NY: Aldine de Gruyter.
- Ahmed, T. & Riaz, A. (2011). Factors affecting *Turnover* Intentions of Doctors in public sector medical colleges and hospitals, *Interdisciplinary Journal of Research in Business*, 1(10): pp. 57- 66.
- Akansel, N., Özkaya, G., Ercan, D., & Alper, Z. (2011). Job Satisfactions of nurses and physicians working in the same health care facility in Turkey, *International Journal of Caring Sciences*, 4 (3): pp. 133-143.
- Amiria, M., Khosravib, A., & Mokhtari, A.A. (2010). Job Satisfaction and Its Influential Factors, *Journal of Research in Health Sciences*, 10(1): pp. 42-46
- Akansel, N., Özkaya, G., Ercan, D., & Alper, Z. (2011). Job Satisfactions of nurses and physicians working in the same health care facility in Turkey, *International Journal of Caring Sciences*, 4 (3): pp. 133-143.

- Amiria, M., Khosravib, A., & Mokhtari, A.A. (2010). Job Satisfaction and Its Influential Factors, *Journal of Research in Health Sciences*, 10(1): pp. 42-46.
- Alam, M.M. & Mohammad, J.F. (2009). Level of job satisfaction and intention to leave among Malaysian nurses, *Business Intelligence Journal*, 3(1): pp. 123-137
- Allen, N.J., & Meyer, J.P. (1985, June). Organizational commitment: Development and assessment of a model. Paper presented at the annual meeting of the Canadian Psychological Association, Halifax, Nova Scotia.
- Arron, G., & De Grauwe, A. (1997). Current issues in supervision: a literature review.
- Aranya, N., & Ferris, K. R. (1984). A reexamination of accountants' organizational-professional conflict. *The Accounting Review*, 59(1), 1.
- Aranya, N., Pollock, J., & Amernic, J. (1981). An examination of professional commitment in public accounting. *Accounting, Organizations and Society*, 6(4), 271-280
- Badriyah, Mila. 2015. *Manajemen Sumber daya Manusia*. Bandung : CV Pustaka Setia.
- Becker, H.S. (1960). Notes on the concept of commitment. *American Journal of Sociology*, 66, 32-42.
- Besigwa, E. T. (2011). Quality of Supervision and Employee Performance in Mairye Estates Ltd. A Research Paper. Uganda
- Boeuf, Michael Le., 1992. *Memenangkan Dan Memelihara Pelanggan*, (Terjemahan), Jakarta.
- Blau, G. (1999). Early-career job factors influencing the professional commitment of medical technologists. *Academy of management journal*, 42(6), 687-695.
- Bluedorn, AC (1982). Model perputaran terpadu dari Organisasi. *Hubungan Manusia*, 35, 135 – 153. [http : //dx.doi.org/10.1177/001872678203500204](http://dx.doi.org/10.1177/001872678203500204).
- Bogler, R., & Somech, A. (2004). Influence of teacher empowerment on teachers' organizational commitment, professional commitment and organizational citizenship behavior in schools. *Teaching and teacher education*, 20(3), 277-289.

- Buchanan, B. (1974). Building organizational commitment: The socialization of managers in work organizations. *Administrative Science Quarterly*, 19, 533-546.
- Cascio, E. S. (1987). *Creative Human Resources Planning and Application : Strategic Approach*. New Jersey; Prentice-Hall Inc
- Churchill, G. A., Jr., Ford, N., & Walker, O. C., Jr. (1974). Measuring the job satisfaction of industrial salesmen, *Jurnal Marketing Research*, 11(3) 254 – 260.
- Choi Sang Long et al (2012). Gaya Kepemimpinan dan Intensi Turnover Karyawan : study explorasi staff akademik di Malaysian College; *World Applied Sciences Journal* 19(4) :575-581.
- Clegg, C. (1983). Psychology of employee lateness, absence, and turnover: A methodological critique and an empirical study. *Journal of Applied Psychology*, 68, 88-101.
- Cotton J & Tuttle J, (1986), Employee Turn Over: A meta analysis and review with implication fir research, *Academy of management review*, 11(1), 55-70.
- Cook, J. & Wall, T. (1980). New work attitude measures of trust, organizational commitment and personal need non-fulfilment. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 39-52
- Cohen, A. (2003). *Multiple Commitments In The Workplace: An Integrative Approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, A. (2006). An Examination Of The Relationship Between Commitments And Culture Among Five Cultural Groups Of Israeli Teachers. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38, 34–49.
- Cropanzano, R., Rupp, D. E., & Byrne, Z. S. (2003). The relationship of emotional exhaustion to work attitudes, job performance, and organizational citizenship behaviors. *Journal of Applied psychology*, 88(1), 160.
- Chong, V. K., & Monroe, G. S. (2015). The impact of the antecedents and consequences of job burnout on junior accountants' *Turnover* intentions: a structural equation modelling approach. *Accounting & Finance*, 55(1), 105-132.

- Davidson,H., Folcarelli,P.H., Crawford,S., Laura, J.,Duprat, L.J. & Clifford,J.C. (1997). The Effects of Health Care Reforms on Job Satisfaction and Voluntary *Turnover* among Hospital-Based Nurses, *Medical Care*, 35(6):pp. 634-645.
- De Coninck, J., & Bachmann, D. (2005). An analysis of *Turnover* among retail buyers. *Journal of Business Research*, 58(7), 874-882.
- Djafar, F. (2012). Dynamics of push and pull factors of migrant workers in developing countries: The case of Indonesian workers in Malaysia. *Journal of Economics and Behavioral Studies*, 4(12), 703-711.
- Dordevic, B. (2004). Employee commitment in times of radical organizational changes.
- Fu, W., & Deshpande, S. P. (2014). The impact of caring climate, job satisfaction, and organizational commitment on job performance of employees in a China's insurance company. *Journal of Business Ethics*, 124(2), 339-349.
- Furtmueller, E., van Dick, R., & Wilderom, C. P. (2011). On the illusion of organizational commitment among finance professionals. *Team Performance Management: An International Journal*, 17(5/6), 255-278.
- Foumany, G.H.E., Davoudi, R. &Azam, V. A. (2012). Analyzing the Relationship between Job Features (Job Satisfaction, Working Independence, Promotion Opportunities, and Job Anxiety) and Organizational Commitment and Attachment of the Employees of the General Department of the Educational System of North Khorasan in 1391, *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, (2)12.ISSN: 2222-6990
- Ghorbanian, A., Bahadori, M. &Nejati M. (2012). The relationship between managers' leadership styles and emergency medical technicians' job satisfaction, *Australasian Medical Journal*, 5(1): pp. 1-7.Available at: <http://dx.doi.org/10.4066/AMJ.2012.892>.
- Greener, H. T., Zheng, N., Katz, P., Zhao, H., & Mukamel, D.B. (2009).Measuring Work Environment and Performance in Nursing Homes, *Med Care*. 47(4): pp. 482–491
- Gokce, B., Guney, S., & Katrinli, A. (2014). Does doctors' perception of hospital leadership style and organizational culture influence their organizational commitment?. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 42(9), 1549-1561.

- Ghorbanhosseini, M. (2013). The effect of organizational culture, teamwork and organizational development on organizational commitment: The mediating role of human capital. *Tehnički vjesnik*, 20(6), 1019-1025.
- Gokce, B., Guney, S., & Katrinli, A. (2014). Does doctors' perception of hospital leadership style and organizational culture influence their organizational commitment?. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 42(9), 1549-1561.
- Ghorbanhosseini, M. (2013). The effect of organizational culture, teamwork and organizational development on organizational commitment: The mediating role of human capital. *Tehnički vjesnik*, 20(6), 1019-1025.
- Hartati, T. (1992). Hubungan Antara Persepsi terhadap Peluang Pengembangan Karir dengan Intensi *Turnover* pada Karyawan PT. Rajawali Nusantara Indonesia di Jakarta. Skripsi Fakultas Psikologi UGM.
- Hellman, C. M. (1997). Job satisfaction and intent to leave. *The journal of social psychology*, 137(6), 677-689.
- Herzberg, M., & Mausner, B. (1959). Snyderman. *The motivation to work*, 9.
- Hoppock, R. (1935). *Job satisfaction*.
- Hoff, T. J., & Mandell, J. (2001). Exploring dual commitment among physician executives in managed care/Practitioner application. *Journal of Healthcare Management*, 46(2), 91.
- Houkes, Inge. Peter P M Jansen., Jan de Jonge., Arnold B Baker. 2003. Specific Determinants of intrinsic work motivation, Emotional exhaustion and turnover intention : a multisample longitudinal study. *Jurnal of Occupational and Organizational Psychology*.
- Hrebiniak, L. G. & Alutto, J. A. (1972). Personal and role-related factors in the development of organizational commitment. *Administrative Science Quarterly*, 17, 555-573.
- Iliopoulos, E. & Priporas, C.V. (2011). The effect of internal marketing on job satisfaction in health services: a pilot study in public hospitals in Northern Greece, *BMC Health Services Research*, 11(261): pp. 1-8
- Irvine, D. M., & Evans, M. G. (1995). Job satisfaction and *Turnover* among nurses: integrating research findings across studies. *Nursing research*.

- Ingersoll, G. L., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeVinney, B. C., & Davies, J. (2002). Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 32(5), 250-263.
- Ito, H., Eisen, S. V., Sederer, L. I., Yamada, O., & Tachimori, H. (2001). Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. *Psychiatric services*, 52(2), 232-234.
- Islam, T., Ahmad, Z., Ahmed, I., Ahmad, A., Saeed, M. & Muhammad, S, K. (2012). Does Compensation and Demographic Variable Influence on Teachers Commitment and Job Satisfaction: A Study of University of the Punjab, PAKISTAN, *International Journal of Business and Management*. 7(4): pp. 35- 43. Available at: [www.ccsenet.org/ijbm](http://www.ccsenet.org/ijbm).
- Jen Hung Wang et al. (2016). Relationship among Job Satisfaction, Organizational Commitment And turnover intention : Evidence from The Gambling Industry in Macau, *Business Management Studies*, Vol 2 No 1, March 2016.
- Kanter, R. M. (1968). Commitment and social organization: A study of commitment mechanisms in Utopian communities. *American Sociological Review*, 33, 499-517.
- Khan, A.S., Khan, S., Nawaz, A. & Khan, N. (2009). Demographic impact on the job satisfaction of the District Executive Offices in local Government, NWFP, Pakistan, *Gomal University Journal Research*, 25(2): pp. 1-19.
- Khan, A.S., Khan, S., Nawaz, A. & Khan, N. (2009). Demographic impact on the job satisfaction of the District Executive Offices in local Government, NWFP, Pakistan, *Gomal University Journal Research*, 25(2): pp. 1-19.
- Khalid, S., Irshad, M.Z. & Mahmood, B. (2012). Job Satisfaction among Academic Staff: A Comparative Analysis between Public and Private Sector Universities of Punjab, Pakistan, *International Journal of Business and Management*, 7(1): pp. 126-136. Available at: [www.ccsenet.org/ijbm](http://www.ccsenet.org/ijbm) ISSN 1833-3850 E-ISSN 1833-8119.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1333/Menkes/SK/XII/1999 Tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit
- Krowinski, W. J., & Steiber, S. R. (1997). *Measuring and managing patient satisfaction*. Chicago, Illinois: American Hospital Association.

- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H., & Katajisto, J. (2003). Nurse empowerment, job-related satisfaction, and organizational commitment. *Journal of nursing care quality*, 18(3), 184-192.
- Ketchand, A. A., & Strawser, J. R. (1998). The existence of multiple measures of organizational commitment and experience-related differences in a public accounting setting. *Behavioral Research in Accounting*, 10, 109.
- K. Sejjaka, S., & K. Kaawaase, T. (2014). Professionalism, rewards, job satisfaction and organizational commitment amongst accounting professionals in Uganda. *Journal of Accounting in Emerging Economies*, 4(2), 134-157.
- Lander, M. W., Koene, B. A., & Linssen, S. N. (2013). Committed to professionalism: Organizational responses of mid-tier accounting firms to conflicting institutional logics. *Accounting, Organizations and Society*, 38(2), 130-148.
- Laschinger, H. K. S., Nosko, A., Wilk, P., & Finegan, J. (2014). Effects of unit empowerment and perceived support for professional nursing practice on unit effectiveness and individual nurse well-being: A time-lagged study. *International journal of nursing studies*, 51(12), 1615-1623.
- Li, A., Early, S. F., Mahrer, N. E., Klaristenfeld, J. L., & Gold, J. I. (2014). Group cohesion and organizational commitment: protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout. *Journal of Professional Nursing*, 30(1), 89-99.
- Liu W,Zhao S,Shi L,etal.Workplaceviolence,jobsatisfaction,burnout,perceivedorganisational supportandtheireffectsonturnoverintentionamongChinesenursesintertiaryhospitals:acrosssectionalstudy.BMJOpen2018;8:e019525.doi:10.1136/bmjopen-2017-019525
- Lisdiyono, E., & Assalmani, M. A. (2017). Community Right to Health on Pharmaceutical Patents. *International Journal of Civil Engineering*, 8(7).
- Lu, K. Y., Lin, P. L., Wu, C. M., Hsieh, Y. L., & Chang, Y. Y. (2002). The relationships among *Turnover* intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses. *Journal of Professional Nursing*, 18(4), 214-219.
- Lu, H., Liang, B., Li, Y., & He, N. (2014). Professional commitment and job satisfaction: An analysis of the Chinese judicial reforms from the perspective of the criminal defense. *The China Review*, 159-181.

- Lu, H., Liang, B., Li, Y., & He, N. (2014). Professional commitment and job satisfaction: An analysis of the Chinese judicial reforms from the perspective of the criminal defense. *The China Review*, 159-181.
- Lok, P., & Crawford, J. (1999). The relationship between commitment and organizational culture, subculture, leadership style and job satisfaction in organizational change and development. *Leadership & Organization Development Journal*, 20(7), 365-374.
- Lum, L., Kervin, J., Clark, K., Reid, F., & Sirola, W. (1998). Explaining nursing *Turnover* intent: job satisfaction, pay satisfaction, or organizational commitment?. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 19(3), 305-320.
- Lum, L., Kervin, J., Clark, K., Reid, F. & Sirola, W. (1998). Explaining Nursing *Turnover* Intention: Job Satisfaction, Pay Satisfaction, or Organizational Commitment? *Journal of Organizational Behavior*, 19(3): pp. 305-320.
- Mangkuprawira, S., dan A.V. Hubeis, (2007) *Manajemen Mutu Sumber Daya Manusia*. Penerbit Ghalia Indonesia, Bogor.
- Maria, M., Pavlos, S., Eleni, M., Thamme, K. & Constantinidis, T.C. (2010). Greek Registered Nurses' Job Satisfaction in Relation to Work-Related Stress: A Study on Army and Civilian Registered nurses, *Global Journal of Health Science*, 2(1): pp. 44-59: Available at: [www.ccsenet.org/gjhs](http://www.ccsenet.org/gjhs).
- Mathieu, J. E., & Zajac, D. M. (1990). A Review and Meta-Analysis of the Antecedents, Correlates and Consequences Of Organizational Commitment. *Psychological Bulletin*, 108, 171-194.
- Maslow, A. H. (1954). The instinctoid nature of basic needs. *Journal of Personality*.
- Mathieu, J. E., & Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological bulletin*, 108(2), 171.
- Meyer, J. P., Allen, N. J., & Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of applied psychology*, 78(4), 538.
- Mosadeghrad, A. M., Ferlie, E., & Rosenberg, D. (2008). A study of the relationship between job satisfaction, organizational commitment and



*Turnover* intention among hospital employees. *Health services management research*, 21(4), 211-227.

McEvoy, G. M., & Cascio, W. F. (1987). Do good or poor performers leave? A meta-analysis of the relationship between performance and *Turnover*. *Academy of management Journal*, 30(4), 744-762.

Meyer, J. P., Irving, P. G., & Allen, N. J. (1998). Examination of the combined effects of work values and early work experiences on organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 19(1), 29-52.

McKinnon, R. I. (1979). Foreign trade regimes and economic development: A review article. *Journal of International Economics*, 9(3), 429-452.

Megan Wells, jurnalis data dan konten strategik perusahaan, San Francisco, California. Wells' Fox, Nasdaq, MSN, Motley Fool diterbitkan di "Exceptional Women In Publishing conference, 2015"

Meyer, J. P., Irving, P. G., & Allen, N. J. (1998). Examination of the combined effects of work values and early work experiences on organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial,*

MeyerJP,AllenNJ,Alongitudinalanalysisoftheearlydevelopmentandconsequence sofororganizationalcommitment,TheUniversityofWesternOntario.

Mowday,R.T.,Koberg,C,&McArthur,A.(1984).Thepsychologyofthewithdrawal process:Across-validationofMobley'sintermediatelinkagesmodelofturnoverintwosamples. *AcademyofManagementJournal*,27,79-94.

Mowday,R.T.,&McDade,T.(1979).Linkingbehavioralandattitudinalcommitment :Alongitudinalanalysisofjobchoiceandjobattitudes.Proceedingsofthe39thAnnualMeetingoftheAcademyofManagement,Atlanta,GA.

Mowday,R.T.,&McDade,T.(1980,August).Thedevelopmentofjobattitude,jobperceptions,andwithdrawalpropensitiesduringtheearlyemploymentperiod.Paperpresentedatthe40thannualmeetingoftheAcademyofManagement,Detroit.

Mowday,R.T.,Steers,R.M.,Porter,L.W.(1979).Themeasurementoforganizational commitment.*JournalofVocationalBehavior*,14,223-247.

- Mowday, R.T., Porter, L.W., & Dubin, R. (1974). Unit performance, situational factors, and employee attitudes in spatially separated work units. *Organizational Behavior and Human Performance*, 12, 231-248.
- Mowday, R.T., Porter, L. W., & Steers, R.M. (1982). *Employee-organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic Press.
- Morana, C. (1987). Employee satisfaction: a key to patient satisfaction. *Perioperative nursing quarterly*, 3(1), 33-37.
- Morrow, P. C., McElroy, J. C., & Scheibe, K. P. (2012). Influencing organizational commitment through office redesign. *Journal of vocational behavior*, 81(1), 99-111.
- Nart, S., & Batur, O. (2014). The relation between work-family conflict, job stress, organizational commitment and job performance: A study on Turkish primary teachers. *European journal of research on Education*, 2(2), 72-81.
- National Healthcare Retention & RN Staffing Report di Amerika Serikat, 2017
- Newman, B. (1982). *The Newman Systems Model: Application to Nursing Education and Practice*. Norwalk, CT: Appleton- Century-Crofts.
- Nesje, K. (2015). Nursing students' prosocial motivation: does it predict professional commitment and involvement in the job?. *Journal of advanced nursing*, 71(1), 115-125.
- Olsen, K. M., Sverdrup, T., Nesheim, T., & Kalleberg, A. L. (2016). Multiple foci of commitment in a professional service firm: balancing complex employment relations. *Human Resource Management Journal*, 26(4), 390-407.
- Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 19(1), 29-52.
- Porter, L. W., & Lawler, E. E. (1968). *Managerial attitudes and performance*.
- Price, J. L., & Mueller, C. W. (1986). *Absenteeism and Turnover of hospital employees*. JAI press.
- Porter, L.W., Steers, R.M., Mowday, R.T., & Boulian, P.V. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59, 603-609.

- Reed, S. A., Kratchman, S. H., & Strawser, R. H. (1994). Job satisfaction, organizational commitment, and *Turnover* intentions of United States accountants: The impact of locus of control and gender. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 7(1), 31-58.
- Reed, S. A., Kratchman, S. H., & Strawser, R. H. (1994). Job satisfaction, organizational commitment, and *Turnover* intentions of United States accountants: The impact of locus of control and gender. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 7(1), 31-58.
- Ritzer, G. & Trice, H. M. (1969). An empirical study of Howard Becker's side-bet theory. *Social Forces*, 47, 475-479 .
- Robbinson, SP & Judge TA, (2015), *Organization Behavior* 16'th ed, Jakarta, McGraw Hill & Salemba empat.
- Rusu, R. (2013). Affective organizational commitment, continuance organizational commitment or normative organizational commitment?. *Revista Academiei Fortelor Terestre*, 18(2).
- Rusbult, C. E. & Farrell, D. (1983). A longitudinal test of the investment model: The impact on job satisfaction, job commitment, and turnover of variations in rewards, costs, alternatives, and investments. *Journal of Applied Psychology*, 68, 429-438 .
- Samad. (2007). Assessing the Effects of Job Satisfaction and Psychological Contract on Organizational Commitment among Employees in Malaysian SMEs. *The 4th SMES In A Global Economy Conference 2007*
- Sharma, J.P., Bajpai, N. & Holani, U. (2011). Organizational Citizenship Behavior in Public and Private Sector and Its Impact on Job Satisfaction: A Comparative Study in Indian Perspective, *International Journal of Business and Management*, 6(1): pp. 67-75
- Siew, P.L., Chitpakdee, B., & Chontawan, R. (2011). Factors predicting organizational commitment among Nurses in state hospitals, Malaysia, *The International Medical Journal Malaysia*, 10(1): pp. 21-28
- Sisodia, S., & Das, I. (2013). Effect of job autonomy upon organizational commitment of employees at different hierarchical level.
- Stamps (1997), *Nurses and Work Satisfaction: an Index for Measurement*. Illinois Health Administration Press

- Schwartz, S. H. & Tessler, R. C. (1972). A test of a model for reducing measured attitude-behavior discrepancies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24, 225—236
- Sharma, J., & Dhar, R. L. (2016). Factors influencing job performance of nursing staff: mediating role of affective commitment. *Personnel Review*, 45(1), 161-182.
- Singh, B., Ishwarya, G., Gupta, M., & Bhattacharyya, S. K. (2015). Geopolymer concrete: A review of some recent developments. *Construction and building materials*, 85, 78-90.
- Stebbins, R. A. (1970). On misunderstanding the concept of commitment: A theoretical clarification. *Social Forces*, 48, 526-529.
- Steers, R.M. (1977). Antecedents and outcomes of organizational commitment. *Administrative Science Quarterly*, 22, 46-56.
- Suharnomo, S. (2017). Investigating organizational commitment among medical doctors, hospital nurses and two other professional jobs: A systematic review.
- Tett, R. P., & Meyer, J. P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, *Turnover* intention, and *Turnover*: path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel psychology*, 46(2), 259-293.
- Tett, R.P., & Meyer, J.P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, Turnover intention, and Turnover: path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel psychology*, 46(2), 259-293.
- Tumulty, G, Jernigan, I.E & Kohut, G.F. (1994). The impact of perceived work environment on job satisfaction of hospital staff nurses, *Applied Nursing Research*, 7(2): pp. 84-90.
- Thomas F. Cawsey and William C. Wedley, "Labor *Turnover* Costs: Measurement and Control," *Personnel Journal*, February 1979: 90-95.
- Top, M., Akdere, M., & Tarcan, M. (2015). Examining transformational leadership, job satisfaction, organizational commitment and organizational trust in Turkish hospitals: public servants versus private sector employees. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(9), 1259-1282.
- Veličković, V. M., Višnjić, A., Jović, S., Radulović, O., Šargić, Č., Mihajlović, J., & Mladenović, J. (2014). Organizational commitment and job

satisfaction among nurses in Serbia: A factor analysis. *Nursing outlook*, 62(6), 415-427.

Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation* (Vol. 54). New York: Wiley.

Watson Wyatt, HR Consultant, 2008. *Global Strategic Rewards*

Watson Wyatt, HR Consultant, 2017. *Global Strategic Rewards*

Wallace, J. E. (1995). Organizational and professional commitment in professional and nonprofessional organizations. *Administrative Science Quarterly*, 228-255.

Wallace, J. E. (1995). Corporatist control and organizational commitment among professionals: The case of lawyers working in law firms. *Social Forces*, 73(3), 811-840.

Welsch, H. P., & LaVan, H. (1981). Inter-relationships between organizational commitment and job characteristics, job satisfaction, professional behavior, and organizational climate. *Human relations*, 34(12), 1079-1089.

Wiener, Y., & Vardi, Y. (1980). Relationships between job, organization, and career commitments and work outcomes: An integrative approach. *Organizational Behavior and Human Performance*, 26, 81-96.

WHO Global Report 2018

Yang, J., Liu, Y., Huang, C., & Zhu, L. (2013). Impact of empowerment on professional practice environments and organizational commitment among nurses: A structural equation approach. *International Journal of nursing practice*, 19, 44-55.

Yang, J., Liu, Y., Chen, Y., & Pan, X. (2014). The effect of structural empowerment and organizational commitment on Chinese nurses' job satisfaction. *Applied Nursing Research*, 27(3), 186-191.

Yang, L.S., Yang, H.H., Chen, H.T., Chang, M.F., Chiu, Y.F, Chou, Y.W.& Cheng, Y.C. (2012). A study of nurses' job satisfaction: The relationship to professional commitment and friendship networks, *Health*, 4 (11) : pp. 1098 - 1105. Openly accessible at: <http://www.scirp.org/journal/health/Health>.

Yang, L.S., Yang, H.H., Chen, H.T., Chang, M.F., Chiu, Y.F, Chou, Y.W.& Cheng, Y. C. (2012). A study of nurses' job satisfaction: The relationship to professional co

mmmitmentandfriendshipnetworks,Health,4(11):pp.1098-  
1105.Openlyaccessibleat:<http://www.scirp.org/journal/health/Health>.



**DETERMINAN PEMILIHAN METODE KONTRASEPSI  
HORMONAL PADA WANITA USIA SUBUR DI INDONESIA**

**PROPOSAL TESIS**

**Disusun oleh:  
SUHERMAN  
NPM: 2019970051**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA  
2021**



**DETERMINAN PEMILIHAN METODE KONTRASEPSI  
HORMONAL PADA WANITA USIA SUBUR DI INDONESIA**

**PROPOSAL TESIS**

Disusun Sebagai Salah satu Syarat untuk Menyelesaikan Studi Strata Dua (S2)  
Magister Kesehatan Masyarakat

**Disusun oleh:  
SUHERMAN  
NPM: 2019970051**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA**

**2021**



## KATA PENGANTAR

### بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dengan menyebut nama Allah Yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang. Segala puji bagi Allah, Tuhan pencipta dan Pemelihara semesta alam. Shalawat dan salam semoga tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW beserta keluarga, para sahabat dan para pengikutnya hingga akhir zaman.

Penulis bersyukur bahwa proposal tesis dengan judul “**Determinan pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia**”, telah dapat penulis selesaikan. Proposal Tesis ini disusun dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Studi Strata Dua (S2) Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Shalawat dan salam semoga selalu dilimpahkan kepada baginda Rasulullah SAW, para sahabat, tabi'in, serta umatnya yang setia hingga akhir zaman, Sebagai karya ilmiah proposal tesis ini telah melawati berbagai proses yang dinamis, fikiran, fisik, tuntunan, mental dan materil yang mengiringi perjalanan penulis dalam menuntaskan proposal tesis ini. Oleh karena dalam kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas bimbingan, perhatian, motivasi dan do'a-doanya baik secara langsung maupun tidak langsung, sehingga penyusunan proposal tesis ini dapat terselesaikan dengan baik, oleh karena itu dalam kesempatan ini dengan penuh rasa tulus dan hormat penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Dr. Andriyani, M. Kes selaku dosen pembimbing sekaligus Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta yang telah menyediakan waktu, tenaga pikiran, serta telah memberikan masukan-masukan dan mengarahkan sehingga selesai tersusunnya proposal tesis ini.
2. Ibu Munaya Fauziah, SKM. M.Kes sebagai penguji proposal tesis ini yang telah memberikan masukan dalam ujian proposal tesis ini.

3. Ibu Dr, Dewi Purnamawati, MKM selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta,

4. Pihak-pihak terkait yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu oleh penulis.

Akhir kalam, penulis berdo'a kepada Allah SWT dan berharap do'a-do'a tersebut dapat di ijabah dalam membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu penulis menyelesaikan proposal tesis ini. Semoga tesis ini memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Jakarta, Juli 2021

Peneliti

## PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Suherman

NPM : 2019970051

Program Studi : Manajemen Rumah Sakit

Judul Tesis : Determinan pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Sidang Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.

TIM PENGUJI :

Pembimbing : Dr. Andriyani, M.Kes (.....)

Penguji Ahli : Nama (.....)

Penguji Ahli : Nama (.....)

Penguji Ahli : Nama (.....)

MENGETAHUI :

Ketua Prodi MKM : Dr. Dewi Purnamawati, MKM (.....)

Ditetapkan di Jakarta

Tanggal : .....

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Semua sumber yang saya gunakan dalam penulisan ini telah saya cantumkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.
2. Jika dikemudian hari terbukti bahwa karya ini bukan hasil karya asli saya atau merupakan jiplakan dari karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi yang berlaku di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.
3. Tesis ini merupakan hasil karya asli saya yang diajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah

Jakarta. Jakarta, Juli 2021

(Suherman)

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TESIS  
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai Civitas Akademika Universitas Muhammadiyah Jakarta, saya yang bertandatangan dibawah ini,

Nama\*Tanpa Gelar : Suherman  
NPM : 2019970051  
Program Studi : Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Manajemen Rumah Sakit  
Karya : Determinan pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif kepada Universitas Muhammadiyah Jakarta atas karya ilmiah saya yang berjudul : Determinan pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Royalti NonEksklusif ini Universitas Muhammadiyah Jakarta berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada Tanggal :

Yang Menyatakan

(Suherman)

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Jumlah penduduk di Indonesia memiliki laju pertumbuhan yang cukup pesat dan terus meningkat. Laju pertumbuhan penduduk sepanjang tujuh dekade terakhir tidak merata. Selama kurun waktu tahun 1945 hingga tahun 1980 laju pertumbuhan penduduk naik dari 1,0 persen hingga 2,3 persen per tahun. Pada periode tahun 1990–2000, laju pertumbuhan penduduk turun menjadi 1,44 persen per tahun. Selanjutnya angkanya kembali naik pada periode 2000–2010 menjadi sebesar 1,49 persen. Tanpa adanya upaya yang serius untuk membatasi kelahiran maka jumlah penduduk akan berlipat ganda dalam waktu 47 tahun ke depan. Atas dasar itu pemerintah bertekad untuk menurunkan tingkat kelahiran dan memproyeksikan laju pertumbuhan penduduk pada periode 2010–2015 akan menurun menjadi 1,38 persen. (Badan Pusat Statistik, 2015)

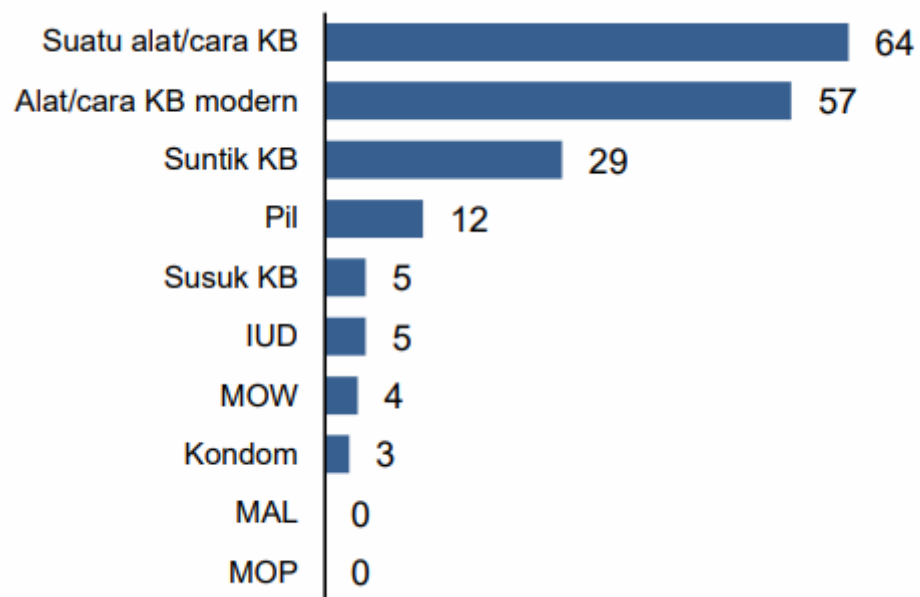
Salah satu upaya pemerintah untuk membatasi peningkatan jumlah penduduk yang pesat adalah dengan melakukan pengendalian angka kelahiran. Program yang dicanangkan oleh pemerintah melalui Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) yaitu program Keluarga Berencana (KB) dengan salah satu sasarannya yaitu menentukan jenis kontrasepsi. (Putri et al., 2019) Kontrasepsi merupakan alat yang dapat digunakan untuk menunda atau mencegah kehamilan, baik secara permanen maupun sementara. Adapun dalam pemasangan kontrasepsi membutuhkan bantuan dari tenaga medis, baik dokter maupun bidan yang sudah terlatih. (Rmania, 2020)

Dalam beberapa dekade terakhir, alat kontrasepsi hormonal banyak digunakan oleh populasi wanita usia subur di dunia karena dianggap cukup berperan dalam pengendalian kehamilan. (Burrows et al., 2012; Egarter et al., 2013) Menurut Pratiwi, dkk (2014) alat kontrasepsi hormonal lebih mudah dalam penggunaannya serta dapat mencegah kehamilan dengan tingkat kegagalan 0,25%. (Pratiwi et al., 2014) Alat kontrasepsi hormonal merupakan alat kontrasepsi yang cara kerjanya bersifat hormonal. Adapun jenis alat kontrasepsi hormonal

diantaranya adalah pil kombinasi *oral contraception* (OC), koyo KB, susuk KB (implan), dan suntik KB. (Sari, 2015)

Secara global, penggunaan alat/cara KB cukup bervariasi. Pada tahun 2015, mayoritas Wanita Usia Subur menggunakan metode sterilisasi (19%) dan *Intra-uterine Device* (IUD) (14%), sedangkan penggunaan alat/cara KB dengan metode jangka pendek lebih sedikit persentasenya (5% menggunakan KB suntik). (United Nations, 2015) WHO pada tahun 2016 melaporkan bahwa 76% Wanita Usia Subur (WUS) yang menikah memiliki kebutuhan dalam menggunakan metode KB modern, sementara 9 dari 10 WUS yang sudah menikah di wilayah Pasifik Barat sudah memenuhi kebutuhan mereka dalam penggunaan KB. (World Health Organization, 2016)

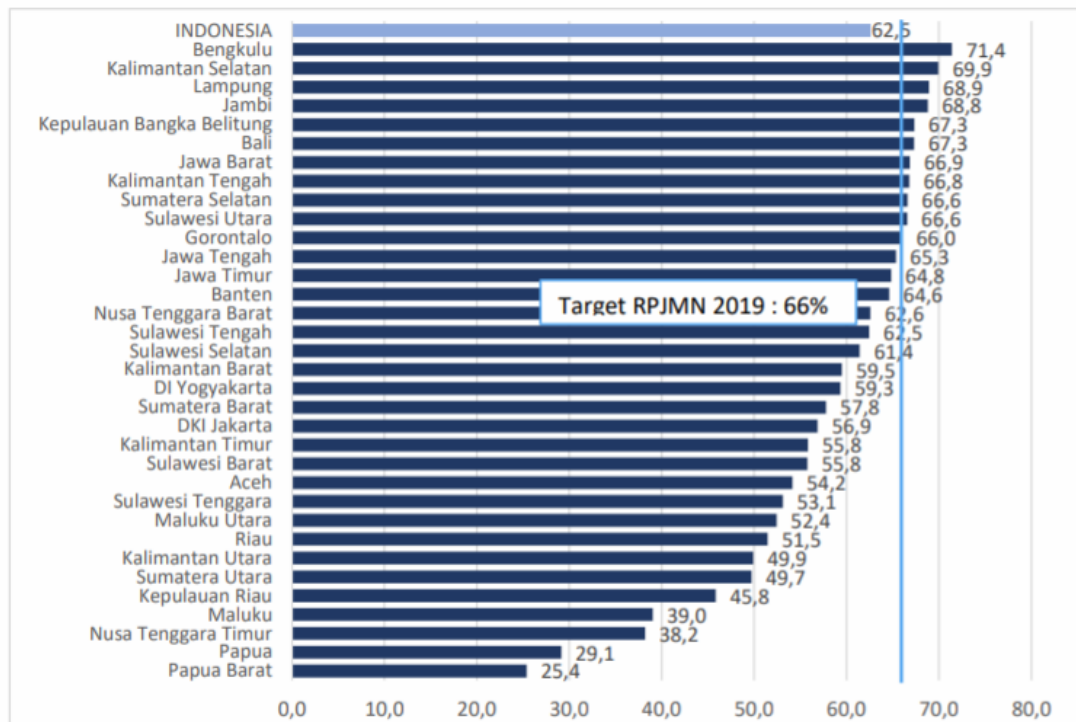
Berdasarkan data dari Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2017 metode KB suntik (29%), pil (12%), dan susuk (5%) merupakan metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan oleh Wanita Usia Subur (WUS) di Indonesia (Gambar 1). (BKKBN et al., 2017)



**Gambar 1.**  
**Persentase Wanita Usia Subur yang Menggunakan Alat/Cara KB**  
**Sumber: (BKKBN et al., 2017)**

Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019 juga mendapatkan bahwa mayoritas peserta KB aktif memilih suntikan (63,7%) dan pil (17,0%) sebagai alat kontrasepsi

dibandingkan dengan metode lainnya. Salah satu permasalahan KB di Indonesia adalah cakupan peserta KB aktif di Indonesia masih dibawah target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) sebesar 66%, meskipun ada 11 provinsi dengan cakupan KB aktif mencapai target RPJMN, namun masih banyak Provinsi yang belum mencapai target (Gambar 2).



**Gambar 2.**  
**Cakupan Peserta KB Aktif di Indonesia Tahun 2019**  
**Sumber: (Kemenkes RI, 2020)**

Hasil penelitian Ramania (2020) menyebutkan bahwa ada beberapa variabel yang berhubungan dengan pemilihan kontrasepsi diantaranya usia ibu ( $p\ value = 0,000$ ), pendidikan ( $p\ value = 0,000$ ), pekerjaan ( $p\ value = 0,000$ ), wilayah tempat tinggal ( $p\ value = 0,000$ ), jumlah anak, ( $p\ value = 0,001$ ), dan asuransi kesehatan ( $p\ value = 0,000$ ). (Ramania, 2020) Hasil serupa juga didapatkan oleh Rizali, Ikhsan, dan Salmah (2013) yang mendapatkan bahwa usia ibu ( $p\ value = 0,023$ ), pendidikan ( $p\ value = 0,000$ ), pengetahuan ( $p\ value = 0,000$ ), jumlah anak hidup ( $p\ value = 0,019$ ), ketersediaan alat kontrasepsi ( $p\ value = 0,016$ ), dukungan petugas kesehatan ( $p\ value = 0,000$ ), kesepakatan suami istri ( $p\ value = 0,002$ ), dan efek samping ( $p\ value = 0,000$ ) memiliki hubungan dengan pemilihan metode



kontrasepsi suntik di Kelurahan Mattoangin Kecamatan Mariso Kota Makassar. (Rizali et al., 2013)

Hasil penelitian Skouby (2004) menyebutkan bahwa metode kontrasepsi hormonal cenderung lebih digunakan oleh wanita dengan usia lebih tua yang bekerja, berpendidikan tinggi, dan hidup dengan pasangan yang stabil. (Skouby, 2004) Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Lindh (2011) menggunakan analisis longitudinal pada wanita dengan usia 19-44 tahun menyatakan pemilihan kontrasepsi sangat berkaitan erat dengan usia ibu dan paritas. (Lindh, 2011)

## **B. Perumusan Masalah**

Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019 menyatakan bahwa mayoritas peserta KB aktif memilih suntik (63,7%) dan pil (17,0%) sebagai alat kontrasepsi dibandingkan dengan metode lainnya, dimana kedua jenis alat/cara KB yang dipilih tersebut merupakan metode kontrasepsi hormonal. Adapun permasalahan KB di Indonesia adalah cakupan peserta KB aktif di Indonesia masih dibawah target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) sebesar 66%, meskipun ada 11 provinsi dengan cakupan KB aktif mencapai target RPJMN, namun masih banyak Provinsi yang belum mencapai target. Berdasarkan latar belakang tersebut di atas penelitian ini akan menjawab permasalahan dari fenomena yang diangkat oleh peneliti dan ingin menggali lebih dalam mengenai: **Determinan apakah yang mempengaruhi pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia?**

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Menganalisis determinan pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis pengaruh pendidikan ibu terhadap pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia.
- b. Menganalisis pengaruh status perkawinan terhadap pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia.

- c. Menganalisis pengaruh status pekerjaan terhadap pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia.
- d. Menganalisis pengaruh paritas terhadap pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia.
- e. Menganalisis pengaruh tempat tinggal terhadap pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia.
- f. Menganalisis pengaruh status ekonomi terhadap pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia.

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

##### **1. Aspek Teoritis**

Manfaat teoritis dari penelitian ini adalah untuk dapat mengembangkan lagi Ilmu Kesehatan Masyarakat, sekaligus dapat sebagai bahan acuan untuk peneliti selanjutnya.

##### **2. Aspek Metodologi**

Dengan melakukan penelitian ini maka penulis dapat menjelaskan dan membuktikan determinan pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia.

##### **3. Aspek Praktis/Aplikatif**

Dari hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi dan sekaligus masukan khususnya bagi masyarakat agar dapat meningkatkan derajat kesehatan mereka melalui variabel dari penelitian.

##### **4. Aspek Al-Islam dan Kemuhammadiyah**

Salah satu anugerah Allah yang perlu kita syukuri adalah diberinya kita kemampuan yaitu dapat memiliki keturunan. Pada suatu riwayat, Rasulullah pernah bersabda bahwasanya salah satu tujuan dari pernikahan adalah agar umatnya beranak pinak, dan mampu mencetak generasi yang tangguh. Oleh karena itu, selain bereproduksi secara biologis, manusia juga dituntut untuk mendidik keturunannya. Baik itu dididik untuk agamanya, Rasulnya, negaranya, dan untuk kedua orang tuanya. Hal ini sebagaimana yang dijelaskan dalam Al-Qur'an surat An-Nisa ayat 9 dalam ayat tersebut banyak memberikan petunjuk dalam kaitannya dengan penggunaan alat kontrasepsi dan Keluarga Berencana (KB), Al-Qur'an Surat An-Nisa Ayat 9 yang lafadz sebagai berikut:

وَلِيَخْشَ الَّذِينَ لَوْ تَرَكَوْا مِنْ خَلْفِهِمْ ذُرِّيَّةً ضِعَافًا خَافُوا عَلَيْهِمْ فَلْيَتَّقُوا اللَّهَ وَلْيَقُولُوا قَوْلًا سَدِيدًا

Artinya: “Dan hendaklah takut kepada Allah orang-orang yang seandainya meninggalkan dibelakang mereka anak-anak yang lemah, yang mereka khawatir terhadap (kesejahteraan) mereka. Oleh sebab itu hendaklah mereka bertakwa kepada Allah dan hendaklah mereka mengucapkan perkataan yang benar.”.

Dalam ayat di atas, Allah memerintahkan kita untuk mempersiapkan generasi setelah kita. Jangan sampai generasi–generasi di bawah kita jadi generasi yang lemah. Lemah di sini maknanya sangat luas, karena memang yang dikehendaki Al-Quran dalam ayat tersebut adalah univeralisasi makna. Baik kelemahan dalam aqidah, syariat, psikis, sosial, maupun ekonomi, dan lain sebagainya.

Tindakan preventif ini diperlukan, mengingat kita sebagai manusia tidak seharusnya meninggalkan *legacy* kepada bumi sebagai planet, maupun sebagai ruang bersosial untuk diisi dengan orang – orang yang tidak kompeten. Ayat Al-Qur’an di atas menunjukkan bahwa Islam mendukung adanya keluarga berencana karena QS.An-Nisa ayat 9 menyatakan bahwa anak yang lemah dimaksud adalah generasi penerus yang lemah agama, ilmu, pengetahuan sehingga KB menjadi upaya agar mewujudkan keluarga yang sakinah.

## E. Ruang Lingkup

Penelitian ini mengenai determinan pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Wanita Usia Subur (WUS) di Indonesia. Cakupan peserta aktif KB di mayoritas provinsi di Indonesia masih berada di bawah target RPJMN tahun 2019. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain studi *cross sectional*. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder dari Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017. Adapun kriteria inklusi penelitian ini adalah WUS usia 15-49 Tahun yang menggunakan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia. Sedangkan kriteria eksklusinya adalah WUS dengan *missing data* dan menggunakan metode kontrasepsi non hormonal. Data yang sudah didapat akan dimasukkan dalam *software* SPSS untuk kemudian dianalisis univariat, bivariat,

hingga multivariat menggunakan analisis regresi logistik untuk menentukan nilai *odd ratio*.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Keluarga Berencana**

##### **1. Definisi Keluarga Berencana (KB)**

Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga, 2009) Indonesia diprediksi akan mendapat “bonus demografi” yaitu bonus yang dinikmati oleh suatu Negara sebagai akibat dari besarnya proporsi penduduk produktif (rentang 15–64 tahun) dalam evolusi kependudukan yang akan dialami dan diperkirakan terjadi pada tahun 2020–2030. Untuk mengantisipasi kemungkinan timbulnya masalah tersebut pemerintah mempersiapkan kondisi ini dengan Program Keluarga Berencana yang ditujukan pada upaya peningkatan kesejahteraan ibu dan kesejahteraan keluarga. Pengaturan kehamilan dalam pelaksanaan program KB dilakukan dengan menggunakan alat kontrasepsi. (Priyatni & Rahayu, 2016)

##### **2. Tujuan Keluarga Berencana (KB)**

Dilihat dari aspek kependudukan, KB bertujuan untuk menekan laju pertumbuhan penduduk. Sedangkan dari aspek kesehatan, KB bertujuan untuk meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak. (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2013) Adapun tujuan-tujuan strategis yang disusun dalam pelaksanaan program KB selalu mengacu pada arah kebijakan RPJMN. Tujuan strategis pelaksanaan program KB meliputi: (BKKBN et al., 2013)

- a. Tersedianya sistem penyediaan pelayanan KB yang merata dan berkualitas baik di sektor pemerintah dan swasta untuk menjamin agar setiap warga dapat memenuhi tujuan reproduksi mereka,
- b. Meningkatnya permintaan atas kontrasepsi modern yang terpenuhi dengan penggunaan yang berkelanjutan,

- c. Meningkatnya bimbingan dan pengelolaan di seluruh jenjang pelayanan serta lingkungan yang mendukung untuk program KB yang efektif, adil, dan berkelanjutan pada sektor publik dan swasta untuk memungkinkan semua pihak memenuhi tujuan-tujuan reproduksi mereka,
- d. Berkembang dan diaplikasikannya inovasi dan bukti untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas program, dan berbagi pengalaman melalui kerjasama Selatan-Selatan.

### **3. Manfaat Keluarga Berencana (KB)**

Manfaat KB menurut WHO (1995) terbagi menjadi manfaat bagi perempuan, anak, pasangan/keluarga, dan masyarakat sebagai berikut: (World Health Organization (WHO), 1995)

- a. Bagi perempuan
  - 1) Kesehatan menjadi lebih baik,
  - 2) Berkurangnya ketegangan fisik/emosional,
  - 3) Peningkatan kualitas hidup,
  - 4) Peningkatan kesempatan untuk memperoleh pendidikan yang lebih baik,
  - 5) Peningkatan kesempatan untuk memperoleh ekonomi yang lebih baik,
  - 6) Peningkatan energi untuk melaksanakan aktivitas rumah tangga,
  - 7) Peningkatan energi untuk pengembangan diri dan aktivitas masyarakat.
- b. Bagi anak
  - 1) Kesehatan menjadi lebih baik,
  - 2) Peningkatan ketersediaan makanan dan sumber daya lain,
  - 3) Peningkatan dukungan emosional dari orang tua,
  - 4) Peluang memperoleh pendidikan yang lebih baik.
- c. Bagi pasangan/keluarga
  - 1) Kebebasan untuk memutuskan kapan mempunyai anak,
  - 2) Berkurangnya ketegangan emosional dan finansial.
  - 3) Peningkatan kesempatan untuk memperoleh pendidikan yang lebih baik,
  - 4) Peningkatan kesempatan untuk memperoleh ekonomi yang lebih baik
  - 5) Peningkatan energi untuk melaksanakan aktivitas rumah tangga,
  - 6) Peningkatan energi untuk pengembangan diri dan aktivitas masyarakat
- d. Bagi masyarakat

- 1) Berkurangnya ketegangan pada sumber daya lingkungan (tanah, makanan, air),
- 2) Berkurangnya ketegangan pada sumber daya masyarakat (pelayanan kesehatan, pendidikan),
- 3) Peningkatan partisipasi individu dalam urusan/kegiatan masyarakat.

## **B. Kontrasepsi**

### **1. Definisi Kontrasepsi**

Kontrasepsi digunakan untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan, serta untuk mengurangi pendarahan atau sakit yang parah ketika periode menstruasi. Kontrasepsi mencegah terjadinya ovulasi atau mencegah sperma mencapai sel telur. (Schaapveld, A & Ineke, 2018) Penggunaan kontrasepsi membantu pasangan dan individu menyadari hak dasar mereka untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai kapan dan berapa banyak anak yang akan dimiliki. Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi telah menghasilkan tidak hanya perbaikan dalam hasil yang berhubungan dengan kesehatan seperti penurunan kematian ibu dan kematian bayi. (United Nations, 2015)

Kehamilan yang tidak diinginkan dapat menimbulkan risiko kesehatan bagi wanita, beberapa di antaranya diperburuk oleh kehamilan. Obat-obatan yang diminum untuk mengatasi kondisi tertentu, bila dikombinasikan dengan kehamilan, dapat menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas ibu. Metode kontrasepsi membantu wanita dengan kondisi medis tertentu, termasuk diabetes, gangguan kejang dan kanker payudara, untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan dan merencanakan untuk mengelola kondisi mereka ketika mereka memutuskan untuk hamil. (Kavanaugh & Anderson, 2013)

### **2. Kontrasepsi Hormonal**

Kontrasepsi hormonal merupakan salah satu metode kontrasepsi yang paling efektif untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Kontrasepsi hormonal sebagian besar berisi obat steroid yaitu kombinasi estrogen dan progesteron. Melalui hipotalamus dan hipofisis, estrogen dapat menghambat

pengeluaran follicle stimulating hormone (FSH) yang menyebabkan perkembangan dan pematangan folikel de Graaf tidak terjadi sehingga ovulasi pun tidak terjadi. Progesterone dapat menghambat pengeluaran luteinizing hormone (LH). Fungsi progesterone dapat merangsang balik ke hipotalamus dan hipofisis, sehingga pengeluaran LH tidak terjadi dan menghambat ovulasi, mengubah endometrium sehingga kapasitas spermatozoa tidak berlangsung, mengentalkan lender serviks sehingga sulit ditembus spermatozoa, menghambat peristaltic tuba, menyulitkan konsepsi, dan menghindari implantasi melalui perubahan struktur endometrium. (Prawirohardjo, 2011)

. Pemberian kontrasepsi hormonal dapat menyebabkan perubahan terhadap sekresi steroid seks dari ovarium sehingga keluhan-keluhan yang timbul sebelum atau selama menstruasi seperti nyeri haid (dismenorea), sindroma premenstrual (PMS), dan mastodini (nyeri payudara) dapat diobati dengan pemberian kontrasepsi hormonal. Selain estrogen dan progesteron, kontrasepsi hormonal kombinasi juga berisi progestin. Progestin disintesis mirip dengan progesterone alami tetapi mempunyai struktur yang berbeda. Progestin berbeda dengan hormone lainnya dalam mengikat reseptor estrogen dan progesterone, kemampuannya untuk menghambat ovulasi serta kemampuannya untuk menggantikan progesterone dan sebagai antagonis estrogen. Beberapa progestin secara langsung berikatan dengan reseptor (levonorgestrel, norethindrone), terdapat juga progestin yang harus diaktifkan secara biologis terlebih dahulu, misalnya desogestrel yang harus dimetabolisme terlebih dahulu oleh tubuh menjadi etonogestrel. (Rahmanisa, 2014)

### **3. Jenis Kontrasepsi Hormonal**

#### **a. Pil Kontrasepsi**

Pil kontrasepsi terdiri atas komponen estrogen dan komponen progestagen, atau oleh satu dari komponen hormon ini. Komponen dalam pil menekan sekresi FSH menghalangi maturasi folikel dalam ovarium, karena pengaruh dari estrogen dari ovarium terhadap hipofisis tidak ada, maka tidak ada pengeluaran LH. Pertengahan siklus haid kadar FSH rendah dan tidak terjadi peningkatan kadar LH, sehingga menyebabkan ovulasi terganggu.



Komponen progesteron dalam pil kombinasi memperkuat khasiat estrogen untuk mencegah ovulasi, sehingga dalam 95-98% tidak terjadi ovulasi, selanjutnya, estrogen dalam dosis tinggi dapat pula mempercepat perjalanan ovum yang akan menyulitkan terjadinya implantasi dalam endometrium dari ovum yang sudah dibuahi. Komponen progestagen dalam pil kombinasi seperti disebut di atas memperkuat kerja estrogen untuk mencegah ovulasi. (Cooper & Mahdy, 2021)

Perempuan tidak semuanya dapat menggunakan pil kombinasi untuk kontrasepsi. Kontraindikasi terhadap penggunaannya dapat dibagi dalam kontraindikasi mutlak dan relatif. (WHO & Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2018)

- 1) Kontraindikasi mutlak: termasuk adanya tumor-tumor yang dipengaruhi estrogen, penyakit hati yang aktif, baik akut maupun menahun; pernah mengalami trombo-flebitis, trombo-emboli kelainan serebro-vaskuler; diabetes mellitus, dan kehamilan.
- 2) Kontraindikasi relatif: depresi, migrain, mioma uteri, hipertensi, oligomenorea, dan amenorea.

Pemberian pil kombinasi kepada perempuan yang mempunyai kelainan tersebut di atas harus diawasi secara teratur dan terus-menerus, sekurang-kurangnya tiga bulan sekali. Kontrasepsi hormonal pil telah mengalami penelitian panjang, sehingga sebagian besar wanita dapat menerima tanpa kesulitan, dengan patrum menstruasi normal serta durasi antara 4 sampai 6 hari, disamping itu masih terdapat patrum menstruasi wanita. Wanita yang tergolong durasi menstruasinya kurang dari 4 hari, memerlukan pil KB dengan efek estrogen tinggi. Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah. (Cooper & Mahdy, 2021)

#### **b. Kontrasepsi Hormonal Suntik**

Metode suntikan KB telah menjadi bagian gerakan keluarga berencana nasional serta peminatnya makin bertambah. Minat pemakaian suntikan KB sangat tinggi oleh karena aman, sederhana, efektif, tidak menimbulkan gangguan dan dapat dipakai pada pasca persalinan. (Magnani et al., 2019)

Kontrasepsi suntik adalah obat yang diberikan dengan cara menyuntikan hormon secara intramuscular. Penyuntikan tersebut diberikan pada musculus gluteus atau musculus deltoideus, saat ini beberapa kontrasepsi hormonal yang dikembangkan dan sudah tersedia, yaitu suntik setiap tiga bulan dan suntik setiap satu bulan. Secara umum kontrasepsi suntik mempunyai tingkat efektivitas yang tinggi. Sehingga jarang dikawatirkan terjadi kelupaan seperti halnya penggunaan kontrasepsi hormonal oral yang diminum setiap hari. Pemakaiannya dapat diberikan saat menstruasi atau setelah melahirkan. (Jacobstein & Polis, 2014)

Jenis kontrasepsi suntik diberikan dalam tiga bulan mengandung 6-alfa-medroxyprogesterone yang dikenal dengan nama DMPA (Depo Medroxy Progerterone Acetate) atau suntik progestin dengan dosis 150 mg. Depoprovera adalah derivatif yang dibuat secara sintetis atau semisintetis yang mempunyai efektivitas tinggi dalam mencegah terjadi ovulasi. KB suntik Cyclofem atau suntik kombinasi merupakan suntikan kombinasi antara 25 mg medroksi progesterone acetate dan 5 mg estradiol sipinoat yang diberikan secara intramuscular sebulan sekali. (Rosdiana et al., 2017) Efek samping pada kontrasepsi jenis suntik meliputi gangguan siklus haid, amenore, spotting, atau metroragia, depresi, keputihan, jerawat, rambut rontok, perubahan berat badan, pusing atau sakit kepala, mual muntah, perubahan libido atau dorongan seksual, tidak melindungi dari infeksi menular seksual dan HIV/AIDS. (Priyanti & Syalfina, 2018)

**c. Kontrasepsi Hormonal Susuk (*Norplant* atau *Implant*)**

Susuk KB yang diperkenalkan di Indonesia sejak tahun 1982 dapat diterima masyarakat sehingga Indonesia merupakan negara terbesar pemakai Norplant. Susuk KB disebut alat KB bawah kulit. Setiap kapsul susuk KB mengandung 36 mg Levonorgestrel yang akan dikeluarkan setiap harinya sebanyak 80 mcg. Konsep mekanisme kerjanya sebagai progesteron yang dapat menghalangi migrasi spermatozoa, dan menyebabkan situasi endometrium tidak siap menjadi tempat nidasi

## **C. Faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Alat Kontrasepsi Hormonal**

### **1. Umur**

Terdapat pengaruh antara umur dengan pemilihan kontrasepsi. Kematangan individu dapat dilihat langsung secara objektif dengan periode umur, sehingga berbagai proses pengetahuan, keterampilan, terkait sejalan dengan bertambahnya umur individu. Sedangkan dari hasil penelitian tidak ada hubungan yang bermakna antara umur terhadap pemilihan kontrasepsi. (Nursalam, 2001) Menurut Hartanto (2010), seseorang yang semakin tua akan semakin bijaksana dan matang dalam memilih kontrasepsi. (Hartanto, 2010) Sistem hormonal, struktur organ serta fungsi faal seseorang dipengaruhi oleh umur, sehingga kebutuhan dalam memilih metode kontrasepsi yang aman dan efektif (Kusumaningrum, 2009)

Dompas (2014) menyebutkan, bahwa umur memiliki hubungan dengan pemakaian kontrasepsi, karena umur berperan sebagai faktor intrinsik, seperti berhubungan dengan sistem hormonal seorang wanita. Jika tidak dikendalikan pada umur reproduksi muda, maka akan terjadi peningkatan laju pertumbuhan penduduk. (Lontaan & Dompas, 2014)

### **2. Tingkat Pendidikan**

Pendidikan seseorang dapat mendukung atau mempengaruhi tingkat pengetahuan dan taraf pendidikan yang rendah akan sulit menerima informasi dan tidak tahu bagaimana cara dalam menentukan dan memilih kontrasepsi yang sesuai baginya. Namun pada zaman sekarang, pengetahuan seseorang itu tidak tergantung pada pendidikannya tetapi dapat diperoleh dari informasi-informasi media dan informasi dari orang sekitar, sehingga hal tersebut sangat berpengaruh terhadap apa yang mereka putuskan khususnya pada keputusan untuk memilih menggunakan kontrasepsi. (Nuriaty & Wulandatika, 2018)

Manurung (2013) juga menyatakan bahwa dilihat dari pendidikan, konseling, dan konselor, sebanyak 60% responden tidak mengetahui model kontrasepsi yang benar, hanya sedikit wanita berpendidikan lebih tinggi mengetahui metode kontrasepsi yang digunakan. (Manurung, 2015) Pendidikan merupakan salah satu faktor yang menentukan suatu metode

pemilihan kontrasepsi. Pada tingkat pendidikan yang lebih tinggi mampu menyerap informasi dan mempertimbangkan hal-hal yang menguntungkan atau merugikan terkait efek samping bagi kesehatan. Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi seseorang untuk bertindak dan mencari penyebab serta solusi dalam hidupnya. Dalam arti formal pendidikan merupakan suatu proses penyampaian materi pendidikan pada sasaran pendidik guna mencapai perubahan tingkah laku dan tujuan. (Notoatmodjo, 2006)

### **3. Tingkat Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terhadap objek terjadi melalui panca indra manusia yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba dengan sendiri. Pada waktu pengindraan sampai pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. (Notoatmodjo, 2011)

Ismail (2010) menyebutkan bahwa pengetahuan merupakan salah satu variabel yang sangat berpengaruh dalam menentukan pemakaian alat kontrasepsi bagi seorang istri dari suatu keluarga, sehingga menjadikan pria sebagai kepala rumah tangga yang masih banyak dianut sebagian besar pola keluarga di Indonesia, sehingga menjadi preferensi suami terhadap fertilisasi dan pandangan serta pengetahuannya terhadap program KB akan sangat berpengaruh terhadap keputusan dalam keluarga untuk menggunakan alat atau metode keluarga berencana tertentu.

Semakin tinggi tingkat pengetahuan tentang kontrasepsi maka akan semakin tinggi dukungan suami terhadap penggunaan kontrasepsi demi tujuan yang akan dicapai. Pengetahuan responden sangat berdampak dalam proses pengambilan keputusan untuk menerima suatu inovasi. Pengetahuan yang luas dapat menggambarkan wawasan yang luas sehingga memudahkan dalam penerimaan dan pengambilan keputusan yang sesuai.

### **4. Status Perkawinan**

Penggunaan kontrasepsi adalah tanggung jawab dan pilihan bersama antara pria dan wanita, sehingga kontrasepsi yang akan digunakan sesuai

dengan kebutuhan serta keinginan bersama pasangan. Pria dapat saja memakai kontrasepsi seperti kondom, coitus interruptus (senggama terputus) dan vasektomi. Sementara itu apabila istri yang menggunakan kontrasepsi suami mempunyai peranan penting dalam mendukung istri dan menjamin efektivitas pemakaian kontrasepsi (Saifuddin, 2010). Menurut kriteria kelayakan medis WHO sebagian besar metode kontrasepsi dianggap aman dan efektif untuk perempuan (Therese, 2007)

## **5. Dukungan Suami**

Berdasarkan teori Green bahwa perilaku ditentukan oleh salah satu faktor yaitu faktor pendorong seperti adanya dukungan dari keluarga.(Notoatmodjo, 2011) Dukungan suami merupakan satu faktor pendorong responden untuk memilih implant. Penelitian lainnya juga berpendapat yang sama bahwa sebagian besar responden yang berminat menggunakan Alat Kontrasepsi Hormonal adalah para akseptor KB yang mendapatkan dukungan dari suami. (Tampubolon & Tarigan, 2018)

Dukungan suami merupakan salah satu variabel sosial budaya yang sangat berpengaruh terhadap pemakaian alat kontrasepsi bagi kaum wanita sebagai istri secara khusus dan di dalam keluarga secara umum.(Hanum & Saputri, 2014) Budaya yang menjadikan pria sebagai kepala keluarga masih banyak dianut sebagian pola keluarga di dunia. Preferensi suami terhadap fertilitas, pandangan dan pengetahuan-nya terhadap program KB akan sangat berpengaruh atas keputusan di dalam keluarga untuk menggunakan alat atau cara KB tertentu.

Dalam beberapa penelitian, variabel penolakan atau persetujuan dari suami terbukti berpengaruh. Kurangnya dukungan suami terhadap pemilihan alat kontrasepsi hormonal karena suami tidak merasa peduli terhadap alat kontrasepsi tersebut. Suami merasa hal tersebut bukanlah urusannya, namun merupakan urusan isteri saja. Padahal dukungan suami sangat berperan dalam pemilihan kontrasepsi.

## **6. Paritas**

Paritas atau jumlah anak harus di perhatikan setiap keluarga karena semakin banyak anak semakin banyak pula tanggungan kepala keluarga dalam

mencukupi kebutuhan hidup, selain itu juga harus menjaga kesehatan reproduksi karena semakin sering melahirkan semakin rentan terhadap kesehatan ibu. (Hartanto, 2010)

Menurut Pinontoan et al. (2014) menyebutkan paritas merupakan faktor yang paling dominan yang mempengaruhi rendahnya cakupan kontrasepsi. (Pinontoan et al., 2014) Menurut Saskara dan Marhaeni (2015), bahwa keikutsertaan ber KB akan terjadi ketika jumlah anak yang lahir hidup melebihi atau sama dengan jumlah anak yang diinginkan keluarga. (Saskara & Marhaeni, 2015)

## **7. Tempat Tinggal**

Wanita usia subur yang berada di pedesaan lebih banyak menggunakan alat kontrasepsi hormonal dibanding di perkotaan. Hal ini disebabkan, karena wanita di desa ingin alat kontrasepsi yang praktis dan tidak berulang kali datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk memperoleh pelayanan kontrasepsi. Selain itu kontrasepsi sangat efektif mencegah kehamilan, sehingga sangat baik untuk mengatur jarak kelahiran. (Zahroh et al., 2015)

## **8. Status Ekonomi**

Secara ekonomi, WUS yang bekerja bermanfaat untuk perbaikan ekonomi keluarga dan sekaligus perbaikan pembiayaan kesehatan termasuk pembiayaan kontrasepsi hormonal yang diminati. Pekerjaan wanita memiliki pengaruh terhadap fertilitas dan penggunaan kontrasepsi. Kontrasepsi bagi wanita pekerja, sangat berguna untuk mengatur dan membatasi kelahiran dalam mendukung karier kerja khususnya bagi wanita yang bekerja diluar rumah sebagai karyawati yang diupah dan saat ini WUS karyawati cenderung memiliki anak sedikit di banding yang tidak bekerja. (Saskara & Marhaeni, 2015)

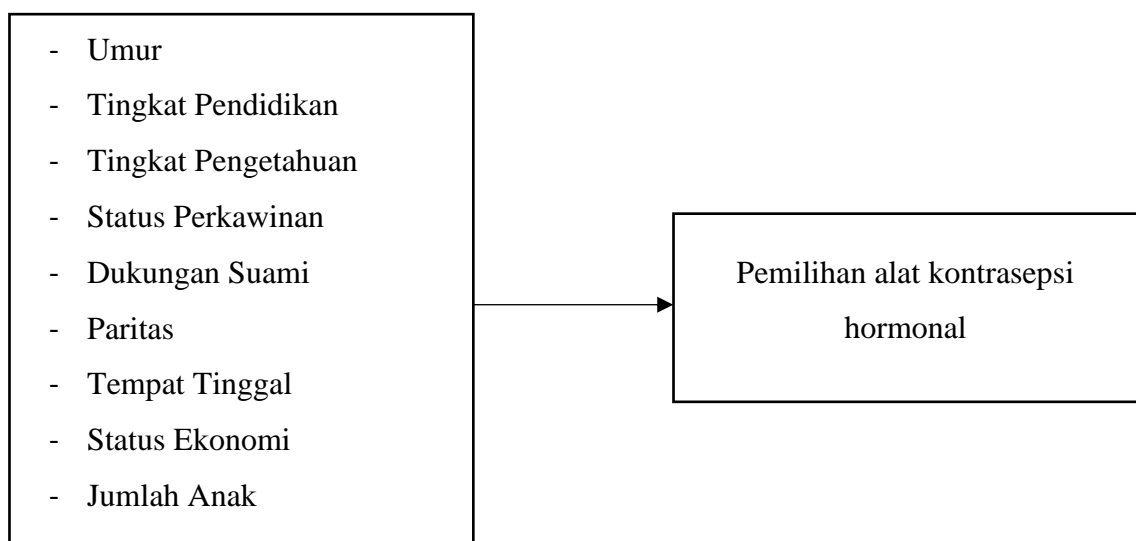
Pentingnya WUS bekerja dalam mendukung pendapatan keluarga dan keikutsertaan kontrasepsi hormonal. Ketiadaan sumber pendapatan akan menyebabkan penurunan penggunaan pelayanan keluarga berencana seperti alat kontrasepsi dan pendapatan rumah tangga menunjukkan pengaruh positif terhadap lama penggunaan kontrasepsi. (Saskara & Marhaeni, 2015)

Kontrasepsi non hormonal lebih banyak dipilih pada responden yang berpenghasilan rendah dan tidak bekerja. Hal ini disebabkan karena adanya dukungan pelayanan KB yang memberikan pelayanan gratis atau bayar murah sehingga ibu yang berpenghasilan rendah mendapatkan kesempatan yang sama untuk memilih non hormonal. Juga dari sumber pelayanan walaupun swasta harganya masih terjangkau karena sebagian besar yang melayani adalah bidan praktek swasta ataupun bidan di desa yang rata-rata tarif masih bersifat fleksibel sesuai kemampuan akseptor. (Panuntun et al., 2009)

### 9. Jumlah Anak

Menurut Yanuar (2010) yang mengatakan bahwa jumlah anak yang dimiliki mempengaruhi pemilihan metode kontrasepsi yang akan digunakan, karena semakin banyak anak yang dimiliki maka semakin besar kecenderungan untuk menghentikan kesuburan sehingga lebih cenderung memilih kontrasepsi mantap. (Yanuar, 2010) Selain itu menurut Hartanto (2004) mengatakan bahwa Pada ibu setelah mempunyai 2 orang anak atau lebih sebaiknya mengakhiri kesuburan. Dianjurkan untuk tidak punya anak lagi, karena alasan medis dan alasan lainnya, sehingga dianjurkan untuk ibu menggunakan kontrasepsi mantap.

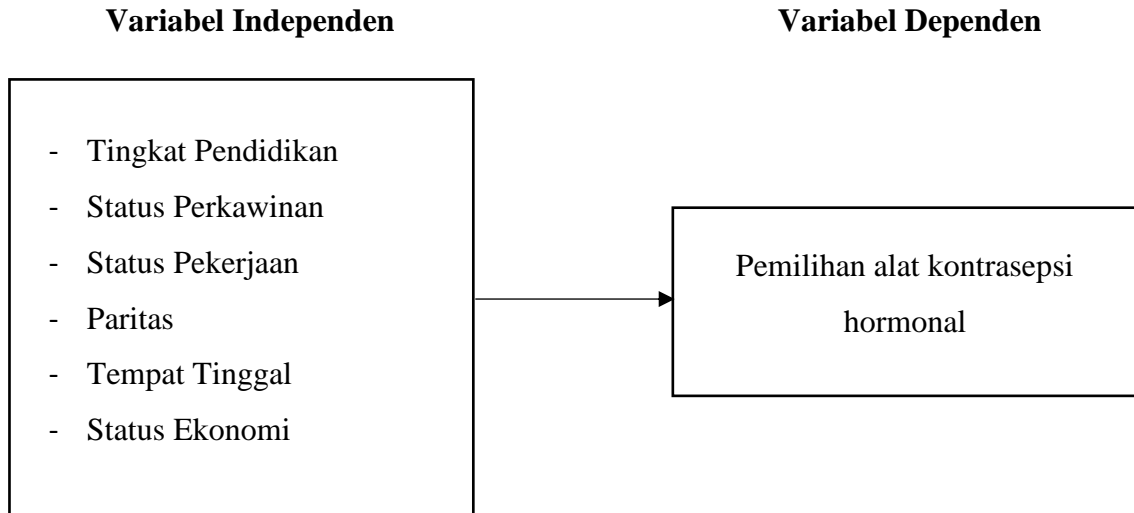
### D. Kerangka Teori



### BAB III

## KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS

### A. Kerangka Konsep



### B. Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Variabel Dependen</b>						
1.	Pemilihan Kontrasepsi Hormonal	Keputusan responden memilih kontrasepsi hormonal (pil, suntik, implant/norplan) atau kontrasepsi selain hormonal.	Wawancara	Jawaban responden pada kuesioner SDKI tahun 2017 (Kode V312)	0 = Hormonal 1 = Non Hormonal	Nominal
<b>Variabel Independen</b>						
2.	Tingkat pendidikan ibu	Status pendidikan tertinggi yang ditamatkan oleh ibu	Wawancara	Jawaban responden pada kuesioner SDKI tahun 2017 (Kode V149)	0 = Tinggi (Tamat PT) 1 = Menengah (Tamat SLTA/Tamat D1/D2/D3) 2 = Rendah (Tidak Tamat)	Ordinal



						SD/Tamat SD/ Tidak Tamat SLTP/SLTA) 3 = Tidak/Belum pernah sekolah	
3.	Status perkawinan	Status responden wawancara berlangsung	perkawinan ketika wawancara berlangsung	Wawancara	Jawaban responden pada kuesioner SDKI tahun 2017 (Kode V501)	0 = Menikah 1 = Tidak Menikah	Nominal
4.	Status pekerjaan	Status responden wawancara berlangsung	pekerjaan ketika wawancara berlangsung	Wawancara	Jawaban responden pada kuesioner SDKI tahun 2017 (Kode V714)	0 = Bekerja 1 = Tidak bekerja	
5.	Paritas	Jumlah anak yang pernah dilahirkan oleh responden.		Wawancara	Jawaban responden pada kuesioner SDKI tahun 2017 (Kode V201)	0 = 2-3 anak 1 = 1 atau $\geq 4$ anak	Nominal
6.	Tempat tinggal	Daerah tempat tinggal responden dan beraktivitas.		Wawancara	Jawaban responden pada kuesioner SDKI tahun 2017 (Kode HV025)	0 = Perkotaan 1 = Pedesaan	Nominal
7.	Status Ekonomi	Status ekonomi responden yang dilihat dari kuintil kekayaan		Wawancara	Jawaban responden pada	0 = Terkaya 1 = Menengah ke atas	Ordinal

---

kuesioner	2 = Moderat
SDKI tahun	3 = Miskin
2017 (Kode	dan rentan
V190)	4 = Termiskin

---

### **C. Hipotesis**

1. Terdapat pengaruh pendidikan ibu terhadap pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia.
2. Terdapat pengaruh status perkawinan terhadap pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia.
3. Terdapat pengaruh status pekerjaan terhadap pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia.
4. Terdapat pengaruh paritas terhadap pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia.
5. Terdapat pengaruh tempat tinggal terhadap pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia.
6. Terdapat pengaruh status ekonomi terhadap pemilihan alat kontrasepsi hormonal di Indonesia.

## **BAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan menggunakan data sekunder SDKI tahun 2017. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional* yang melakukan penelitian pada variabel dependen dan independen dalam satu waktu yang sama. Desain penelitian ini digunakan untuk mengukur variabel pemilihan kontrasepsi hormonal dan beberapa variabel yang mempengaruhi pemilihan kontrasepsi hormonal menggunakan pendekatan analisis multivariat.

#### **B. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari SDKI tahun 2017 di Indonesia. Penelitian ini dilaksanakan pada Bulan Juli-Agustus.

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh wanita usia 15-49 tahun yang menjadi responden dalam pengambilan data SDKI 2017.

##### **2. Sampel**

###### **a. Kriteria Inklusi**

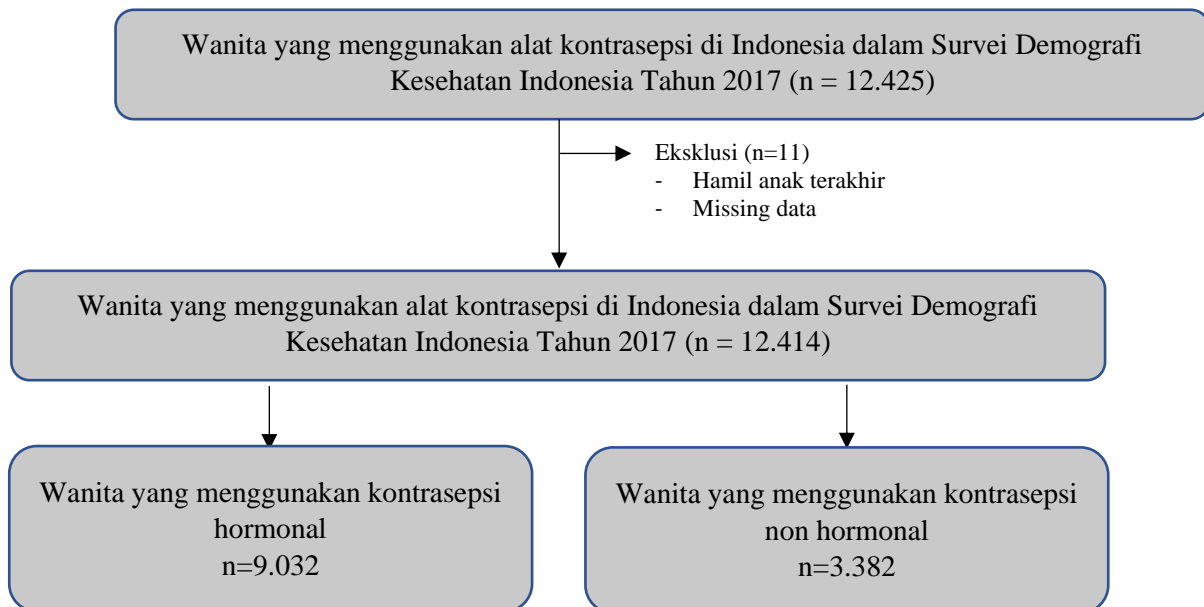
- Wanita yang menggunakan alat kontrasepsi.

###### **b. Kriteria Eksklusi**

- Wanita yang sedang hamil anak terakhir ketika sedang dilakukan pengambilan data SDKI 2017.
- Wanita yang tidak memiliki data lengkap (*missing data*).

### c. Alur Pengambilan Sampel

Adapun alur pengambilan sampel dapat dilihat pada gambar 4.1.



**Gambar 4.1**  
Alur Pengambilan Sampel

## D. Teknik Pengumpulan Data

### 1. Jenis Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder menggunakan data SDKI tahun 2017.

### 2. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data SDKI tahun 2017 dilakukan dengan wawancara langsung kepada responden terpilih. Dalam penelitian ini, peneliti memilih beberapa pertanyaan yang mendukung dan membentuk suatu variabel yang sesuai dengan definisi operasional variabel penelitian.

## E. Pengolahan Data

Pengolahan data penelitian dilakukan dengan menggunakan program SPSS 20. Data diolah berdasarkan hasil SDKI tahun 2017 dengan beberapa tahapan, yaitu:

### 1. Pemeriksaan Data

Mempelajari variabel yang terdapat dalam kuesioner SDKI tahun 2017. Dari daftar pertanyaan yang ada pada setiap kuesioner, dilakukan telaah terhadap variabel yang akan dianalisis dengan menyesuaikan pada definisi operasional dan data yang tersedia

sehingga diperoleh variabel-variabel yang dibutuhkan dalam penelitian. Kemudian dilakukan eksplorasi data dengan melihat sebaran untuk mengetahui jenis distribusi data.

## 2. Transformasi Data

Memberikan kode (*recode*) pada variabel yang ada sehingga diperoleh variabel baru sesuai dengan definisi operasional yang telah ditentukan.

## 3. Merge Data

Menggabungkan dua data berbeda menggunakan kode unik tiap data set agar dapat dianalisis dalam satu dataset yang sama.

## F. Analisis Data

### 1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat dan mengetahui variasi peran masing-masing tingkat, baik tingkat individu, rumah tangga, hingga desa/kecamatan. Analisis univariat akan menggambarkan data, mengetahui pola suatu variabel dan mengetahui nilai tengah dari suatu variabel (Hastono, 2016).

### 2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat proporsi masing-masing variabel yaitu variabel dependen dan independent di tingkat individu, rumah tangga, dan desa/kecamatan sehingga dapat diketahui *Odds Ratio* (OR) yang hasilnya akan ditampilkan dalam tabel tabulasi silang (Hastono, 2016).

### 3. Analisis Multivariat

Pada pemodelan akhir akan dilakukan analisis multivariat. Analisis ini merupakan lanjutan dari analisis bivariat. Langkah – langkah yang ditempuh dalam analisis multivariat adalah:

#### a. Analisis Bivariat

Pada tahap ini dimulai dengan memasukkan variabel independen dan variabel kovariat yang memiliki *p value* < 0,25 kedalam model.

#### b. Uji Interaksi

Memasukkan semua variabel dependen dengan variabel independen kedalam pemodelan. Seleksinya dengan mengeluarkan secara bertahap variabel interaksi yang tidak signifikan  $p > 0,05$ , pengeluaran dilakukan secara bertahap dari variabel interaksi yang pvalue-nya terbesar.

#### c. Uji *Counfounding*

Uji *counfounding* dengan cara memperhatikan perubahan nilai OR, apabila terjadi perubahan OR >10%, maka variabel tersebut dianggap sebagai *confounding*.

d. Hasil Pemodelan Regresi Logistik

Model akhir setelah dilakukan pengujian yang menjadi hasil dari penelitian ini dengan menggunakan regresi logistic.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anil, K. C., Basel, P. L., & Singh, S. (2020). Low birth weight and its associated risk factors: Health facility-based case-control study. *PLoS ONE*, *15*(6), 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234907>
- Badan Pusat Statistik. (2015). *Statistik 70th Indonesia Merdeka*. Badan Pusat Statistik. [https://www.bappenas.go.id/files/data/Pengembangan\\_Regional\\_dan\\_Otonomi\\_Daerah/Statistik\\_70\\_Tahun\\_Indonesia\\_Merdeka.pdf](https://www.bappenas.go.id/files/data/Pengembangan_Regional_dan_Otonomi_Daerah/Statistik_70_Tahun_Indonesia_Merdeka.pdf)
- BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan RI, & USAID. (2017). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017*.
- BKKBN, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Kementerian PPN/Bappenas, Family Planning 2020 Indonesia, UNFPA, & Embassy of Canada. (2013). *Strategi Pelaksanaan Program Keluarga Berencana Berbasis Hak untuk Percepatan Akses terhadap Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi yang Terintegrasi dalam Mencapai Tujuan Pembangunan Indonesia*. [https://rhknowledge.ui.ac.id/uploads/resource\\_file/file/65/Rights\\_Based\\_Family\\_Planning\\_Indonesia.pdf](https://rhknowledge.ui.ac.id/uploads/resource_file/file/65/Rights_Based_Family_Planning_Indonesia.pdf)
- Burrows, L. J., Basha, M., & Goldstein, A. T. (2012). The Effects of Hormonal Contraceptives on Female Sexuality: A Review. *Journal of Sexual Medicine*, *9*(9), 2213–2223. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02848.x>
- Cooper, D. B., & Mahdy, H. (2021). Oral Contraceptive Pills. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430882/>
- Demelash, H., Motbainor, A., Nigatu, D., Gashaw, K., & Melese, A. (2015). Risk Factors for Low Birth Weight in Bale Zone Hospitals, South-East Ethiopia : a Case – Control Study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *15*(264), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0677-y>
- Egarter, C., Frey Tirri, B., Bitzer, J., Kaminsky, V., Oddens, B. J., Prilepskaya, V., Yeshaya, A., Marintcheva-Petrova, M., & Weyers, S. (2013). Women's Perceptions and Reasons for Choosing the Pill, Patch, or Ring in the CHOICE Study: A Cross-Sectional Survey of Contraceptive Method Selection After Counseling. *BMC Women's Health*, *13*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-9>
- Hanum, Z., & Saputri, I. (2014). Konseling dan Dukungan Suami dengan Minat Ibu dalam Pemakaian Kontrasepsi Implan. *Lentera*, *14*(10), 5–9.
- Hartanto. (2010). *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Pustaka Sinar Harapan.
- Haryanti, S. Y., Pangestuti, D. R., & Kartini, A. (2019). Anemia dan KEK pada Ibu Hamil Sebagai Faktor Risiko Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, *7*(1), 322–329.
- Hastono, S. P. (2016). *Analisis Data pada Bidang Kesehatan*. Rajawali Press.

- Jacobstein, R., & Polis, C. B. (2014). Progestin-only Contraception: Injectables and Implants. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(6), 795–806. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.05.003>
- Jember, D. A., Menji, Z. A., & Yitayew, Y. A. (2020). Low birth weight and associated factors among newborn babies in health institutions in Dessie, Amhara, Ethiopia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1839–1848. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S285055>
- Kavanaugh, M. L., & Anderson, R. M. (2013). Contraception and beyond: The health benefits of services provided at family planning centers. *Guttmacher Institute*, July, 1–39.
- Kemenkes RI. (2020). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. In *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kusumaningrum. (2009). *Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pemilihan Jenis Kontrasepsi yang Digunakan pada Pasangan Usia*. Skripsi. Universitas Diponegoro.
- Lemeshow, S., Jr, D. W. H., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. John Wiley and Sons.
- Lindh, I. (2011). *Factors Influencing Women ' s Choice of Contraception* Ingela Lindh [University of Gothenburg]. [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/25573/1/gupea\\_2077\\_25573\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/25573/1/gupea_2077_25573_1.pdf)
- Lontaan, A., & Dompas, R. (2014). Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Kontrasepsi Pasangan Usia Subur Di Puskesmas Damau Kabupaten Talaud. *Jidan: Jurnal Ilmiah Bidan*, 2(1), 27–32.
- Magnani, R. J., Nuryana, D., Hutchinson, P., Aryanty, R. I., Besral, & Utomo, B. (2019). Determinants of and Trends in Contraceptive Method Choice in Indonesia. In *Studies in Family Planning*. [https://rhknowledge.ui.ac.id/uploads/resource\\_file/file/189/WP-2020-03\\_Determinants\\_of\\_and\\_Trends\\_in\\_Contraceptive\\_Method\\_Choice\\_in\\_Indonesia.pdf](https://rhknowledge.ui.ac.id/uploads/resource_file/file/189/WP-2020-03_Determinants_of_and_Trends_in_Contraceptive_Method_Choice_in_Indonesia.pdf)
- Manurung, S. (2015). Model Pengambilan Keputusan Meningkatkan Akseptor Keluarga Berencana Metode Kontrasepsi Jangka Panjang. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 11(47), 483–488.
- Momenabadi, V., Kaveh, M. H., Mousavi, S. M., & Alizadeh, S. (2017). Maternal Risk Factors Associated with Low Birth Weight. *Iranian Journal of Health Sciences*, 5(3), 58–64.
- Notoatmodjo. (2011). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2006). *Metode Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nuriaty, R. S., & Wulandatika, D. (2018). Analisis Determinan yang Berhubungan dengan Pemilihan Alat Kontrasepsi oleh Akseptor KB di PMB Tuti Gambut Kabupaten Banjar Kalimantan Selatan. *Jidan: Jurnal Ilmiah Bidan*, 2(1), 31–35.
- Nursalam. (2001). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan, Konsep dan Praktek*. Salemba Medika.



- Panuntun, S., Wilopo, S. A., & Kurniawati, L. (2009). Hubungan Antara Akses KB dengan Pemilihan Kontrasepsi Hormonal dan Non Hormonal di Kabupaten Purworejo. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 25(2), 88–95.
- Pinontoan, S., Solang, S. D., & Tombokan, S. G. J. (2014). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim Di Puskesmas Tatelu Kabupaten Minahasa Utara. *Jidan: Jurnal Ilmiah Bidan*, 2(2), 17–23.
- Pratiwi, D., Syahredi, S., & Erkadius, E. (2014). Hubungan Antara Penggunaan Kontrasepsi Hormonal Suntik DMPA dengan Peningkatan Berat Badan di Puskesmas Lapai Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 3(3), 365–369. <https://doi.org/10.25077/jka.v3i3.130>
- Prawirohardjo. (2011). *Ilmu Kandungan Edisi 3*. Yayasan Bina Pustaka.
- Prijatni, I., & Rahayu, S. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan: Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Priyanti, S., & Syalfina, A. D. (2018). Side Effects and Determinant of the Use of 3-Month Contraceptive Injection. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 14(1), 20–27. <https://doi.org/10.15294/kemas.v14i1.9209>
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Infodatin: Situasi dan Analisis Keluarga Berencana*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Putri, P. K. D., Hubeis, A. V., Sarwoprasodjo, S., & Ginting, B. (2019). Kelembagaan Dan Capaian Program Keluarga Berencana (KB): dari Era Sentralisasi Ke Desentralisasi. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 14(1), 1. <https://doi.org/10.14203/jki.v14i1.335>
- Rahayu, B. Z., Budihastuti, U. R., & Rahardjo, S. S. (2019). Contextual Effect of Community Health Center on Low Birtweight in East Lombok, Nusa Tenggara Barat. *Journal of Maternal and Child Health*, 4(3), 136–145. <https://doi.org/10.26911/thejmch.2019.04.03.01>
- Rahmanisa, S. (2014). Steroid sex hormone and it's implementation to reproductive function. *Juke*, 4(7), 97–105. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/juke/article/viewFile/394/395>
- Ramania, N. A. C. (2020). Determining Factors Related To the Type of Contraceptives in Indonesia. *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan*, 9(2), 112. <https://doi.org/10.20473/jbk.v9i2.2020.112-120>
- Rizali, M. I., Ikhsan, M., & Salmah, U. (2013). Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi Suntik di Kelurahan Mattoangin Kecamatan Mariso Kota Makassar. *Jurnal MKMI*, 176–183.
- Rosdiana, D. S., Suherman, S. K., Affandi, B., Baharrudin, M., Gunadi, E. R., & Amelia, D. (2017). The Efficacy and Safety of Two Depo Medroxyprogesterone Acetate Injection Preparations as Contraception: An Open-label, Randomized Controlled Study. *CDK-252*, 44(5), 314–317. [http://www.kalbemed.com/Portals/6/06\\_252The ecacy and safety of two depo medroxyprogesterone acetate injection.pdf](http://www.kalbemed.com/Portals/6/06_252The%20ecacy%20and%20safety%20of%20two%20depo%20medroxyprogesterone%20acetate%20injection.pdf)

- Sari, I. R. N. (2015). Kontrasepsi Hormonal Suntik Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) sebagai Salah Satu Penyebab Kenaikan Berat Badan. *Fakultas Kedokteran Universitas Lampung*, 4(7), 67–72. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/1450/1285>
- Saskara, I. A. G. D., & Marhaeni, A. A. I. N. (2015). Pengaruh Faktor Sosial, Ekonomi, dan Demografi Terhadap Penggunaan Kontrasepsi di Denpasar. *Jurnal Ekonomi Kuantitatif Terapan*, 8(2), 155–161.
- Schaapveld, A & Ineke, V. . (2018). Contraceptives Knowledge File. In *Rutgers for sexual and reproductive health*. Rutgers. [https://www.rutgers.international/sites/rutgersorg/files/PDF/knowledgefiles/20181218\\_knowledge\\_file-Contraceptives.pdf](https://www.rutgers.international/sites/rutgersorg/files/PDF/knowledgefiles/20181218_knowledge_file-Contraceptives.pdf)
- Skouby, S. O. (2004). Contraceptive Use and Behavior in the 21st Century: a Comprehensive Study Across Five European Countries. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 9(2), 57–68. <https://doi.org/10.1080/13625180410001715681>
- Tampubolon, I. L., & Tarigan, J. (2018). Hubungan Pengetahuan, Dukungan Suami dan Petugas Kesehatan dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) pada Pasangan Usia Subur di Lingkungan II Kelurahan Nelayan Indah Kecamatan Medan Labuhan. *Jurnal Bidan Komunitas*, 1(2), 59–66.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, (2009).
- United Nations. (2015). *Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015*. United Nations Publications.
- WHO, & Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. (2018). *Family Planning: a Global Handbook for Providers*. CCP and WHO.
- World Health Organization. (2016). *World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. World Health Organization Press.
- World Health Organization (WHO). (1995). *Health Benefits of Family Planning*. WHO Press. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62091/WHO\\_FHE\\_FPP\\_95.11.pdf;jsessionid=596EC4D2EBCE6830C01300A383CF9F46?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62091/WHO_FHE_FPP_95.11.pdf;jsessionid=596EC4D2EBCE6830C01300A383CF9F46?sequence=1)
- Yanuar. (2010). *Pengaruh Pengetahuan dan Sikap Pasangan Usia Subur Tentang KB terhadap Pemilihan Kontrasepsi di Lingkungan Kelurahan Joho Kecamatan Sukoharjo*. Yogyakarta.
- Zahroh, A. H., Isfandiari, M. A., & Timur, J. (2015). Pengaruh Gaya Hidup Terhadap Perubahan Indeks Massa Tubuh pada Akseptor Kontrasepsi Hormonal. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 3(2), 2015–2019.





JUDUL

**KRISIS KESEHATAN MENTAL PARA PEKERJA MEDIS  
SELAMA PANDEMI COVID-19 DI INDONESIA**

TESIS

*(Mental Health Crisis of Medical Workers During The  
COVID-19 Pandemic in Indonesia)*

Disusun Oleh:

Muhamad Fahmi Ayyub

NPM

(2019970050)

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS  
MUHAMMADIYAH JAKARTA**

**2021**



JUDUL

**KRISIS KESEHATAN MENTAL PARA PEKERJA MEDIS  
SELAMA PANDEMI COVID-19 DI INDONESIA**

TESIS

*(Mental Health Crisis of Medical Workers During The  
COVID-19 Pandemic in Indonesia)*

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat  
Untuk Menyelesaikan Studi Strata Dua (S2)  
Magister Kesehatan Masyarakat

Disusun Oleh:

Muhamad Fahmi Ayyub

NPM

(2019970050)

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS  
MUHAMMADIYAH JAKARTA**

**2021**

## PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Muhamad Fahmi Ayyub  
NPM : 2019970050  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul Tesis : Krisis Kesehatan Mental Para Pekerja Medis Selama  
Pandemi Covid-19 Di Indonesia

**Telah berhasil dipertahankan dihadapan Sidang Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.**

### **TIM PENGUJI :**

Pembimbing : Dr. Dewi Purnamawati, SKM, M.K.M (.....)

Penguji Ahli : Nama (.....)

Penguji Ahli : Nama (.....)

Penguji Ahli : Nama (.....)

### **MENGETAHUI :**

Ketua Prodi MKM : Dr. Dewi Purnamawati, SKM, M.K.M (.....)

Ditetapkan di Jakarta

Tanggal : .....

## **HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS**

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Semua sumber yang saya gunakan dalam penulisan ini telah saya cantumkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.
2. Jika dikemudian hari terbukti bahwa karya ini bukan hasil karya asli saya atau merupakan jiplakan dari karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi yang berlaku di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.
3. Tesis ini merupakan hasil karya asli saya yang diajukan untuk memenuhi salah satu persyaratan memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta.

Jakarta, ..... Tahun  
(Materai 6.000)

(Muhamad Fahmi Ayyub)

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TESIS UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai Civitas Akademika Universitas Muhammadiyah Jakarta, saya yang bertandatangan dibawah ini,

Nama : Muhamad Fahmi Ayyub

NPM : 2019970050

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Management Administrasi Rumah Sakit

Karya : Thesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif kepada Universitas Muhammadiyah Jakarta atas karya ilmiah saya yang berjudul:

### **Krisis Kesehatan Mental Para Pekerja Medis Selama Pandemi Covid-19 Di Indonesia**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Royalti Non- Eksklusif ini Universitas Muhammadiyah Jakarta berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada Tanggal : 21 Februari 2021

**Yang Menyatakan**

**(Muhamad Fahmi Ayyub)**



**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
PEMINATAN EPIDEMIOLOGY**

**Tesis, Februari 2021**

**Muhamad Fahmi Ayyub**

**Krisis Kesehatan Mental Para Pekerja Medis Selama Pandemi Covid-19 di Indonesia**

**xviii + 118 halaman + 1 tabel + 1 gambar + 4 lampiran**

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Wabah COVID-19 kesehatan menimbulkan krisis mental pada para pekerja kesehatan, khususnya di Indonesia, dimana banyak dokter, perawat dan petugas kesehatan yang bekerja dengan rasa cemas, was-was dan rasa ketakutan yang tinggi serta mengalami krisis kesehatan mental karena ketidaktersediaan alat pelindung diri (APD). Dari hasil pengamatan awal yang dilakukan kepada para tenaga medis Hasil kesehatan mental mereka mengalami stres (n = 32), kecemasan (n = 26), gangguan stres pasca trauma (PTSD; n = 25), depresi (n = 16), dan kesulitan tidur (n = 4). Dua studi juga mengukur perilaku obsesif-kompulsif dan ide paranoid, dan satu studi mengukur penyalahgunaan zat terlarang (n= 9). dan studi lain juga menunjukkan sebanyak 3.360 tenaga kesehatan yang bertugas selama masa pandemik covid-19 sebanyak 1.005 orang (39.0%) mengalami gejala PTSD, MDD, atau GAD terkait COVID-19. dimana hasilnya sebanyak 599 orang (23,3%) mengalami stres pasca trauma (PTSD), 683 orang (26,6%) mengalami gangguan depresi mayor MDD, dan 642 orang (25,0%) mengalami gangguan kecemasan umum (GAD).

**Tujuan:** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi secara mendalam kondisi kesehatan mental para tenaga medis selama pandemic covid-19 di Indonesia.

**Metodologi:** Penelitian ini adalah penelitian kualitatif menggunakan design studi fenomenologi untuk melihat secara mendalam kesehatan mental para pekerja medis meliputi kecemasan atau ketakutan, kekhawatiran, frustrasi, kesendirian, kemarahan, kebosanan, ketidakpastian, keinginan untuk menggunakan rokok, alkohol atau obat-obatan, gejala depresi dan gejala gangguan stres pasca-trauma (PTSD). Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Darurat Penanganan Covid di wisma Atlit Kemayoran yang merupakan representasi dari pelayanan Kesehatan covid di Indonesia. Informan adalah para pekerja medis khusus para dokter yang bertugas di garda depan rumah sakit penanganan covid-19. Jumlah informan didasarkan pada kecukupan informasi. Konsep triangulasi sumber (informan kuncinya adalah dokter yang langsung menangani pasien covid, informan pendukung adalah ketua ikatan dokter Indonesia (IDI) ketua Satgas covid dan manager harian di wisma atlit) data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan dianalisis secara analisis tematik dimana peneliti mengumpulkan data deskriptif untuk menjawab masalah kesehatan mental para tenaga medis garda terdepan selama pandemik covid-19 kemudian Setelah data hasil wawancara terkumpul, maka peneliti akan memeriksa data berulang kali dengan tujuan menemukan pola, tema, sub-tema yang muncul sama dan untuk mengkategorikan data wawancara itu kedalam bagian yang saling terhubung satu sama lain.

**Hasil:**

**Kesimpulan:**

**Kata kunci:** Covid-19, kesehatan mental, perubahan perilaku, tenaga kesehatan.

**Daftar Pustaka:** 74 (1998 – 2021)

**FACULTY OF PUBLIC HEALTH  
STUDY PROGRAM OF PUBLIC HEALTH  
DEPARTMENT OF EPIDEMIOLOGY**

**Thesis, February 2021**

**Muhamad Fahmi Ayyub**

**Mental Health Crisis of Medical Workers During The COVID-19 Pandemic In Indonesia**

**xviii + 118 pages + 1 tables + 1 pictures + 4 attachments**

**ABSTRACT**

**Background:** The COVID-19 health epidemic has caused a mental crisis for health workers, especially in Indonesia, where many doctors, nurses and health workers work with high anxiety, anxiety and fear and experience a mental health crisis due to the absence of personal protective equipment. (PPE). From the results of initial observations made on medical personnel, the results of their mental health experienced stress (n = 32), anxiety (n = 26), post-traumatic stress disorder (PTSD; n = 25), depression (n = 16), and difficulties. sleep (n = 4). Two studies also measured obsessive-compulsive behavior and paranoid ideas, and one study measured substance abuse (n = 9). and another study also showed that as many as 3,360 health workers on duty during the Covid-19 pandemic, 1,005 people (39.0%) experienced symptoms of PTSD, MDD, or GAD related to COVID-19. where the results were as many as 599 people (23.3%) experienced post-traumatic stress (PTSD), 683 people (26.6%) experienced major depressive disorder MDD, and 642 people (25.0%) experienced generalized anxiety disorder (GAD).

**Purpose:** The purpose of this study was to identify in depth the mental health conditions of medical personnel during the Covid-19 pandemic in Indonesia.

**Method:** This research is a qualitative study using a phenomenological study design to look in depth at the mental health of medical workers including anxiety or fear, worry, frustration, loneliness, anger, boredom, uncertainty, desire to use cigarettes, alcohol or drugs, depressive symptoms and symptoms. post-traumatic stress disorder (PTSD). The research was conducted at the Covid Emergency Management Hospital at the Kemayoran Athlete House which is a representation of Covid Health services in Indonesia. Informants are medical workers specifically doctors who are in the vanguard of the covid-19 handling hospital. The number of informants is based on the adequacy of information. The concept of triangulation of sources (the key informant is the doctor who directly handles covid patients, the supporting informant is the head of the covid task force and the daily manager at the athletes' homestead.) The data is collected through in-depth interviews and analyzed using thematic analysis where the researcher collects descriptive data to answer health problems with staff. medical frontline during the Covid-19 pandemic then After the interview data were collected, the researcher would check the data repeatedly with the aim of finding patterns, themes, sub-themes that appeared the same and to categorize the interview data into interconnected sections.

**Result:**

**Conclusion:**

**Keywords:** Covid-19, mental health, behavior change, health workers.

**Bibliography:** 74 (1998 - 2021)

## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, atas berkat dan rahmat-Nya, akhirnya peneliti dapat menyusun proposal penelitian ini dengan judul: **“KRISIS KESEHATAN MENTAL PARA TENAGA MEDIS SELAMA PANDEMI COVID-19 DI INDONESIA (*Mental Health Crisis of Healthcare Workers During The COVID-19 Pandemic in Indonesia*)”**. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta. Saya menyadari pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada:

1. Dr. Dewi Purnamawati, SKM, M.K.M, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini.
2. ...., selaku dosen penguji yang telah memberikan banyak masukan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
3. Pihak X Company yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan.
4. Dr. Andriyani, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta yang memberikan fasilitas dan kesempatan untuk belajar.
5. ...., selaku Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Jakarta yang mengarahkan dalam proses belajar mengajar.
6. Pihak-pihak terkait yang tidak bisa disebutkan satu persatu oleh penulis.

Peneliti sepenuhnya menyadari bahwa proposal penelitian ini tidak mungkin terselesaikan tanpa bantuan banyak pihak, terutama atas kerjasama dengan para dosen, tenaga kesehatan dan teman sejawat lainnya. Namun demikian saran yang konstruktif dari berbagai pihak sangat peneliti harapkan sehingga penelitian yang dilakukan ini memiliki kegunaan dalam memperbaiki kebijakan kinerja pemerintah dan semua pihak, khususnya masyarakat dan para tenaga kesehatan di dalam penyediaan pelayanan selama pandemic covid-19.

Akhir kata, saya berdoa kepada Allah SWT agar berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa

manfaat bagi pengembangan ilmu. Akhirnya peneliti berharap semoga pelaksanaan penelitian dapat berjalan lancar sesuai metode penelitaian, proposal penelitian dan hasil penelitiannya nanti bermanfaat bagi pengembangan teori, institusi FKM Universitas Muhamadiyah Jakarta, Dinas Kesehatan dan Pemerintah Indonesia khususnya Kementrian Kesehatan dan Garda Terdepan tim Percepatan Penanggulangan Covid-19.

Jakarta, 21 Februari 2021

Penulis

dr. M. Fahmi Ayyub

## DAFTAR ISI

COVER	
HALAMAN JUDUL	
PENGESAHAN.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	iii
ABSTRAK .....	iv
ABSTRACT .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR SINGKATAN .....	x
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	15
1.3. Tujuan Penelitian.....	15
2.1. Manfaat Penelitian .....	16
BAB II KAJIAN PUSTAKA .....	18
2.1. Covid-19.....	18
2.1.1 Definisi.....	18
2.1.2 Etiologi Covid .....	19
2.1.3 Sejarah.....	20
2.1.4 Epidemiologi .....	21
2.1.5 Virologi .....	22
2.1.6 Transmisi.....	24
2.1.7 Faktor Resiko.....	24
2.2. Kesehatan Mental .....	26
2.2.1 Pengertian Kesehatan Mental .....	26
2.2.2 Indikator Kesehatan Mental .....	27
2.2.3 Prinsip Prinsip Kesehatan Mental.....	30
2.2.4 Gangguan Kesehatan Mental.....	31
2.2.5 Paradigma Kesehatan Mental .....	33

2.2.6	Mengukur Kesehatan Mental .....	37
2.2.7	Kesehatan Mental dan Hubungan dengan pandemic Covid-19 ..	40
2.2.8	Kesehatan Mental para pekerja Kesehatan selama Covid-19 .....	44
2.3.	Kerangka Teori.....	47
2.3.1.	Kecemasan.....	49
2.3.2.	Ketakutan .....	51
2.3.3.	Kekhawatiran.....	53
2.3.4.	Frustrasi .....	54
2.3.5.	Kesendirian.....	55
2.3.6.	Kemarahan.....	57
2.3.7.	Kebosanan .....	58
2.3.8.	Ketidakpastian .....	60
2.3.9.	Depresi .....	61
2.3.10.	PTSD.....	64
<b>BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN.....</b>		<b>68</b>
3.1.	Kerangka Konsep .....	68
3.2.	Definisi Istilah .....	69
3.3.	Pertanyaan Penelitian.....	75
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN .....</b>		<b>76</b>
4.1.	Jenis Penelitian .....	76
4.2.	Fokus Penelitian .....	76
4.3.	Lokasi dan Situs Penelitian .....	77
4.4.	Sumber Data.....	78
4.5.	Proses Pengumpulan Data.....	80
4.5.1	Wawancara Mendalam.....	80
4.5.2	Observasi.....	80
4.5.3	Dokumentasi.....	81
4.6.	Analisis Data Penelitian .....	81
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>		<b>83</b>
<b>PEDOMAN WAWANCARA .....</b>		<b>90</b>
<b>TEKNIK WAWANCARA.....</b>		<b>92</b>
<b>ANGGARAN BIAYA .....</b>		<b>101</b>
<b>JADUAL PENELITIAN.....</b>		<b>102</b>
<b>LOG BOOK .....</b>		<b>103</b>

## **DAFTAR SINGKATAN**

WHO = World Health Organization

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1

Tabel 2.1

Tabel 2.2

Tabel 2.3

Tabel 2.4

Tabel 2.5

Tabel 3.1

Tabel 3.2

Tabel 3.3

Tabel 3.4

Tabel 3.5

Tabel 3.6

Tabel 4.1

Tabel 4.2

Tabel 4.3

Gambar 4.4

Gambar 4.5

Gambar 4.6

Gambar 4.7



**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1: Struktur genom virus. ORF: open reading frame.....	18
Gambar 2.2: Kerangka Teori Penelitian .....	67
Gambar 3.1: Kerangka Konsep Penelitian .....	68

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Setelah wabah virus COVID-19 di Wuhan, Cina, yang telah menyebar ke berbagai negara dan menimpa banyak orang, Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) dan Badan kesehatan dunia (WHO) telah menyatakan virus tersebut sebagai wabah. Namun, pada 11 Maret 2020 lalu setelah virus Covid-19 ini menginfeksi lebih banyak di negara-negara diluar China, seperti Italia, Iran, dan Spanyol, yang memiliki ekstensi jumlah kasus dan tingkat kematian tertinggi, akhirnya Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) resmi mendeklarasikan COVID-19 sebagai pandemi, yang artinya bahwa infeksi Covid-19 memiliki karakteristik untuk memenuhi syarat sebagai fenomena wabah infeksi serius dunia. Konferensi pers juga telah dilakukan dan menjelaskan bahwa 'tingkat penyebaran virus korona yang mengkhawatirkan, keparahan dan kelambanan' dan kurang siapnya persiapan menghadapi pandemic sebagai salah satu dari sekian alasan jumlah kasus kematian terus bertambah meningkat (Bogoch et al. 2020)

Pemerintah Indonesia baru mengonfirmasi kasus pertama Covid-19 pada 2 Maret 2020. Sejak saat itu, banyak kebijakan dan strategi dibuat dalam rangka mencegah transmisi dan kematian signifikan akibat penyakit ini. Namun, segala kebijakan dan strategi yang dilakukan pemerintah kita tak luput dari aneka respons dan persepsi yang diberikan masyarakat. dan menurut hasil survei Persepsi masyarakat terhadap pemerintah Menilai pemerintah kurang cepat dan kurang

efektif dalam menangani penyebaran, mencapai 42,8 persen. Persepsi terhadap presiden Menilai presiden kurang cepat dan kurang efektif dal menangani Covid-19, mencapai 36,3 persen. Persepsi terhadap menteri kesehatan Menilai Menteri Kesehatan kurang cepat dan kurang efektif dalam menangani penyebaran Covid-19, mencapai 35,1 persen (Andi 2020)

Walau Gugus Penanganan COVID-19 menyatakan setidaknya 55 tenaga kesehatan telah gugur akibat COVID-19 di Indonesia, hingga saat ini belum ada studi khusus yang menunjukkan dampak virus corona pada tenaga kesehatan Indonesia atau pun data terbuka yang memuat pelaporan jumlah tenaga kesehatan yang terinfeksi virus corona dalam 70 hari terakhir. (Report Based on Gugus Tugas COVID-19 Indonesia 2020).

Pandemi virus corona di Indonesia saat ini menurut (World Health Organization, n.d.) telah menginfeksi setidaknya 1.523.179 Kasus yang dikonfirmasi, dengan 41.151 Kematian yang dikonfirmasi dan 5 325 Kasus baru. Dari jumlah orang yang meninggal karena virus corona tersebut, terdapat pula tenaga medis yang berjuang di banyak fasilitas kesehatan di Indonesia.

Pekerja kesehatan dan esensial telah memainkan peran luar biasa dalam respons global terhadap pandemi COVID-19. Di berbagai negara, mereka mempertaruhkan kesehatan dan kesejahteraan mereka, seringkali dalam keadaan yang sangat sulit dan dengan dukungan yang sangat sedikit, untuk memastikan bahwa orang-orang dapat mengakses layanan penting yang mereka butuhkan. Mereka menghadapi pembalasan dari pihak berwenang dan majikan mereka karena melaporkan masalah keamanan, dan dalam beberapa kasus menjadi sasaran

kekerasan dan stigma dari anggota masyarakat. Laporan ini memberikan rekomendasi konkret tentang apa yang perlu dilakukan oleh pemerintah di seluruh dunia untuk mematuhi kewajiban hak asasi manusia mereka dan secara memadai melindungi hak kesehatan dan pekerja penting. Para dokter dan tenaga medis tersebut diduga terinfeksi virus corona saat merawat atau menangani pasien-pasien virus corona di rumah sakit. (Azanella 2020)

Negara lain juga melaporkan dampak COVID-19 terhadap tenaga kesehatan. Di Amerika Serikat, Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (Center of Disease Control and Prevention, CDC) dalam laporan minggunya pada April mengeluarkan studi mengenai karakteristik petugas kesehatan yang terkena COVID-19. Dari 12 Februari hingga 9 April diumumkan ada 9.282 (19% dari 49.370 pelaporan yang menuliskan pekerjaan) tenaga kesehatan terinfeksi virus corona. Datanya pun lumayan detail: rata-rata usia meninggal, jenis kelamin, persentase mereka yang kontak dengan pasien di rumah sakit, dan gejala umum infeksi virus corona yang menimpa petugas kesehatan (Burrer et al. 2020).

Di Italia, data terbuka memuat pelaporan jumlah tenaga kesehatan yang terinfeksi virus korona, menunjukkan infeksi di kalangan medis mencapai 10%. (Istituto Superiore di Sanità 2020) Spanyol melaporkan infeksi di tenaga kesehatan mencapai 20%. ((ISCIII) 2020) Di Malaysia, pemerintah telah melaporkan bahwa 5,8% kasus positif adalah tenaga kesehatan (Tharanya Arumugam, 2020).

Secara global, International Council of Nurses mencatat hingga 5 Mei, lebih 90.000 tenaga kesehatan di dunia terinfeksi Covid-19, bahkan diprediksi jauh lebih

banyak. Risiko mereka tertular virus sangat tinggi karena setiap hari berinteraksi dalam jarak dekat dengan pasien COVID dan orang-orang yang berobat yang mungkin saja membawa virus corona. Apalagi masa inkubasi virus cukup lama, 2-14 hari. (Kenny 2020). Sementara estimasi kasus infeksi pada petugas kesehatan di Indonesia masih belum jelas dan terbuka. Karena tiada data terbuka yang tersedia, maka penyusun mulai membandingkan dan menghitung estimasi petugas kesehatan di Indonesia yang terinfeksi virus corona menggunakan rujukan dari negara lain dalam kasus serupa.

Jika menggunakan persentase tenaga kesehatan yang terinfeksi dari Malaysia hingga Amerika yakni antara 5,8 dan 20%, maka diperkirakan di Indonesia hingga 6 Mei terdapat 721 hingga 2.488 tenaga kesehatan yang telah terinfeksi. Angka ini mungkin bisa lebih tinggi jika pencatatan terekam dengan baik.

Beberapa negara telah mempublikasikan beberapa data jumlah tenaga kesehatan yang telah dikonfirmasi Tertular COVID-19, dari sumber yang dirangkum oleh (Amnesty International 2020) mengindikasikan banyak tenaga kesehatan yang terkena COVID-19 di banyak pengaturan. Sebagai contoh:

- Di Inggris, pada 26 Juni 2020, 268 kematian yang melibatkan COVID-19 telah terdaftar di kalangan social pekerja perawatan, dan 272 kematian di antara pekerja kesehatan, di Inggris dan Wales.
- Di Spanyol melaporkan bahwa per 29 Mei 2020, petugas kesehatan sudah selesai 24,1% dari semua kasus COVID-19 yang dikonfirmasi dan setidaknya 63 telah meninggal.

- Di Ukraina, per 9 Juni 2020, Kementerian Kesehatan menyatakan sekitar 18% dikonfirmasi Kasus COVID-19 terjadi di antara petugas kesehatan.<sup>10</sup>
- Per 22 Juni 2020, Kementerian Kesehatan Argentina menyatakan medis dan non-medis personel yang bekerja di pusat kesehatan menyumbang hampir 14% dari semua kasus COVID-19 yang dikonfirmasi dinegara.<sup>1</sup>
- Di Denmark, 6% dari semua personel kesehatan yang dites - dan 8,4% perawat di rumah sakit – dilaporkan telah terjangkit COVID-19 pada awal Mei, dibandingkan dengan 3,8% dari populasi umum.
- Pada Juni lalu, Kementerian Kesehatan di Brazil melaporkan bahwa 83.118 kasus petugas kesehatan mengidap COVID-19 telah dikonfirmasi, dan 189.788 masih menunggu hasilnya. Per 5 Juli, sudah ada ada 238 kematian terkait COVID-19 di antara personel perawat, dan pada 21 Mei 113 dokter telah meninggal.
- Pada 13 Mei, otoritas kesehatan di Meksiko mengonfirmasi 36.327 kasus COVID-19 dan 3.573 kematian. Dari jumlah tersebut, 8.544 kasus dan 111 kematian terjadi pada petugas kesehatan. Dari petugas kesehatan, 41% adalah perawat, 37% dokter, 19% tenaga medis lainnya, 2% pekerja laboratorium dan 1% adalah dokter gigi.
- Di AS, Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC) telah memberikan beberapa pembaruan tentang berapa banyak petugas kesehatan yang tertular COVID-19 dan mereka yang meninggal. Mulai 5

Juli, menurut CDC, 92.572 'petugas kesehatan' telah mengidap COVID-19 dan 507 meninggal akibatnya.

- Di Rusia, asosiasi tenaga kesehatan telah mengumpulkan nama-nama tenaga kesehatan yang telah meninggal selama pandemi adalah sebanyak 186 petugas kesehatan pada 18 Mei. Pada tanggal 18 Juni, kepala Roszdravnadzor (pengawas kesehatan Rusia) mengumumkan bahwa 489 dokter telah meninggal karena COVID-19.
- Di Indonesia Selama masa pandemic tercatat 647 orang dokter di Indonesia yang meninggal akibat positif terjangkit Covid-19 dan Sebagian lainnya berstatus Positif dan Pasien Dalam Pengawasan (PDP) Covid-19.

Dari hasil temuan diatas “lebih dari 230.000 petugas Kesehatan, (dokter dan perawat) telah terinfeksi virus corona. Dan menurut data yang dikumpulkan oleh (Amnesty International 2020) per 5 Juli 2020, lebih dari 3000 petugas kesehatan telah meninggal karena COVID-19 dan penyebab terkait di 79 negara di seluruh dunia.

Petugas kesehatan dan tenaga medis menghadapi paparan COVID-19 yang lebih besar sebagai resiko pekerjaan mereka, dan bahkan mereka memiliki resiko terinfeksi, penyakit serius, dan bahkan kematian jauh lebih besar di banding dengan pekerjaan lainnya karena pada faktanya bahwa mereka para petugas Kesehatan dan tenaga medis berhadapan langsung dan menangani pasien covid-19 dengan tidak cukup terlindungi.

Setiap hari pekerja kesehatan bertemu dengan pasien dan banyak orang di rumah sakit. Tanpa alat pelindung diri yang memadai, mereka sangat berisiko tertular virus dari pasien atau sebaliknya menularkan virus kepada orang yang di rumah sakit. Itu cukup berisiko karena sekitar 70% orang terinfeksi virus corona tidak menunjukkan gejala umum (Putri, 2020).

Tingginya angka penularan dan kematian yang menimpa para tenaga kesehatan sangat mengkhawatirkan. Sebab, usaha pemerintah selama ini untuk menambah kapasitas layanan kesehatan dengan menyediakan RS khusus Covid-19, menyediakan RS Rujukan, serta menambah peralatan medis seperti ventilator, pada akhirnya akan sia-sia jika sumber daya tenaga kesehatan tidak tersedia (CNN-news 2020).

Persentase kematian tenaga kesehatan lebih besar dimana Secara global, hingga 6 Mei 2020 ada lebih 3,58 juta kasus positif COVID-19 dengan 247.503 kematian (Case Fatality Rate 6,9%). (Kemenkes 2020) Per 7 Mei, di seluruh dunia tercatat 989 tenaga kesehatan meninggal akibat Covid-19 atau sebesar 0,37% (989/270.426). (Medscape. 2020) Di Indonesia pada periode yang sama, ada sekitar 12.400 kasus positif dengan 895 kematian (CFR 7,2%)(Worldometer 2020), termasuk 55 tenaga kesehatan (CNN Indonesia 2020). Hal ini berarti dalam setiap 100 kematian terdapat 6-7 petugas kesehatan (55/895) yang meninggal.

Jika keadaan tidak berubah, yakni persentase kematian tenaga kesehatan dan pelipat gandaan kasus kematian Indonesia tetap per 23 hari (Roser et al. 2020), maka pada awal Juni jumlah tenaga kesehatan yang meninggal bisa menyentuh angka 100 orang. Ini sangat mengkhawatirkan, karena persentase kematian tenaga



kesehatan di Indonesia saat ini (6,5%) jauh lebih tinggi dari rata-rata global (0,37%). Bahkan angka di Indonesia jauh lebih tinggi dari Amerika Serikat yang memiliki jumlah kematian kumulatif tertinggi di dunia saat ini.

Dengan semakin banyaknya para tenaga kesehatan yang gugur, maka jumlah tenaga kesehatan di Indonesia ke depan akan semakin berkurang. Rasio dokter umum dan penduduk di Indonesia, menurut WHO pada 2017, hanya empat per 10.000 penduduk (The Guardian, n.d.). Angka ini menempatkan Indonesia sebagai negara terburuk kedua di Asia Tenggara setelah Kamboja dalam hal rasio dokter umum dan penduduk (Bank, 2020). Sedangkan rasio dokter spesialis lebih rendah lagi 1,4 per 10.000 penduduk (Slamet 2018).

Di tengah situasi pandemi saat ini, Italia yang mempunyai dokter 10 kali lebih banyak dari Indonesia saja tetap kewalahan menghadapi lonjakan kasus COVID (The Guardian, n.d.). Tidak hanya dokter, rasio perawat dan penduduk di Indonesia juga belum ideal. Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia, saat ini hanya ada 10 perawat per 10.000 penduduk (rasio ideal WHO adalah 18 per 10.000 penduduk) (Embu 2019).

Menurut Kementerian Kesehatan, pada 2017 kekurangan tenaga kesehatan di Puskesmas mencapai sekitar 37.000 orang (sekitar 3.000 di antaranya dokter umum) dan di rumah sakit sekitar 159.000 orang (Slamet 2018).

Dengan menganalisis data kematian tenaga kesehatan per 7 Mei yang tersedia di Medscape, saya menemukan mayoritas (68%) tenaga kesehatan yang meninggal di Indonesia berada pada usia berisiko yakni 50-79 tahun (rata-rata usia 56 tahun, dengan rentang 25-79 tahun) (Medscape. 2020).

Jika diasumsikan usia produktif hingga 65 tahun, maka rata-rata tenaga kesehatan yang gugur telah kehilangan 9 tahun potensi pengabdian yang masih dapat mereka berikan untuk masyarakat atau 495 potensi tahun kehidupan yang hilang secara total dari 55 kematian (Centers for Disease Control and Prevention 2011).

Dari tingginya angka kematian para tenaga kerja selama masa pandemi covid-19 dan kemudian berpengaruh juga kepada angka kurangnya ketersediaan tenaga kerja Kesehatan akibat kematian yang tinggi maka penulis berfikir bahwa hasil akhir pandemi covid ini berakibat pada Kesehatan mental para pekerja Kesehatan. Karena penulis berfikir dampak pandemi Covid-19 bagi kesehatan mental bisa terjadi pada siapa saja, tidak hanya tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, dan bidan, memiliki risiko tinggi mengalaminya. Bahkan menurut (Lieberman 2021) seorang dokter di Kanada, Karine Dion, bunuh diri karena stres dengan kondisi Pandemi Covid-19. Dokter 35 tahun itu dikabarkan merengang nyawa pada awal Januari 2021, dimana Keluarga dan suaminya mengumumkan kematian ini kepada publik untuk memberi tahu publik penderitaan besar yang dialami petugas kesehatan di garis depan pandemi ini. Kemudian selama situasi pandemi Covid-19, petugas kesehatan juga telah mengalami tekanan mental yang signifikan. Perasaan kehilangan, trauma, kesedihan, juga beban yang sangat kerja sangat sulit.

Survei terbaru oleh Asosiasi Dokter Darurat Kanada (CAEP) menyebutkan bahwa tingkat kelelahan dokter di Kanada yang praktik di pengobatan darurat

mencapai 86 persen. Survei yang sama menemukan, staf kesehatan akan terpengaruh oleh Covid-19 selama dan setelah pandemi.

Kesehatan mental pekerja kesehatan telah sangat menderita selama masa pandemic, menurut data Statistik Kanada (Statistics Canada 2021) yang baru dirilis, dimana survei terhadap 18.000 pekerja perawatan kesehatan di seluruh Kanada antara 24 November dan 13 Desember yang dirilis Selasa mengungkapkan sebagian besar dokter, perawat, dan pekerja pendukung pribadi - sekitar 70 persen - melaporkan kesehatan mental yang memburuk akibat bekerja di tengah-tengah COVID-19 pandemi. dengan 37 persen mengatakan mereka memiliki kesehatan mental yang buruk, dibandingkan dengan 27 persen dokter. Ini sebagian karena perawat yang merupakan mayoritas petugas kesehatan yang secara langsung membantu pasien COVID-19 dan Sekitar 14 persen dari tenaga kesehatan yang disurvei pernah berpikir untuk bunuh diri dan hampir 6 persen dari dokter secara aktif mempertimbangkan bunuh diri dalam satu tahun terakhir masa pandemi.

Studi kualitatif yang dilakukan (Fawaz and Samaha 2020) efek psikososial para pekerja Kesehatan setelah terpapar COVID-19 dan dikarantina di Lebanon selama masa pandemic menunjukkan bahwa Karantina COVID-19 telah menimbulkan tantangan psikologis yang sangat tinggi di antara para tenaga kesehatan Lebanon ditambah dengan ketidakstabilan ekonomi; dan membuat dan mendorong negara itu untuk mengambil tindakan cepat secara nasional untuk mengurangi implikasi daftar panjang Kesehatan mental dan kematian akibat covid-19.

Sebuah Studi kuantitatif di wuhan China oleh (Hu et al. 2020) menemukan bahwa rata-rata, perawat mengalami tingkat kelelahan sedang dan tingkat ketakutan yang tinggi. Sekitar setengah dari perawat melaporkan kelelahan kerja sedang dan tinggi, seperti yang ditunjukkan pada kelelahan emosional (n = 1,218, 60,5%), depersonalisasi (n = 853, 42,3%), dan prestasi pribadi (n = 1,219, 60,6%). Temuannya terlihat bahwa 288 (14,3%) perawat melaporkan tingkat kecemasan, 217 (10,7%) depresi, dan 1.837 (91,2%) ketakutan dan kemudian hasil kesehatan mental dari penelitian ini menunjukkan berkorelasi positif dengan ketahanan, dukungan sosial, dan keteguhan hati untuk bekerja di garda depan.

Dampak Psikologis Pandemi COVID-19 pada Pekerja Perawatan Kesehatan Garis Depan Selama Gelombang Pandemi di New York City yang dilakukan (Feingold et al. 2021) : Sebanyak 3.360 tenaga kesehatan dari 6.026 orang menyelesaikan survei (55,8% partisipasi), dengan 2.579 (76,8%) dimana hasilnya sebanyak 1.005 (39,0%) memenuhi kriteria untuk gejala PTSD, MDD, atau GAD terkait COVID-19. dimana hasilnya sebanyak 599 (23,3%) diskriminasi secara positif untuk gangguan stres pasca trauma (PTSD), 683 (26,6%) untuk gangguan depresi mayor MDD, dan 642 (25,0%) untuk gangguan kecemasan umum (GAD). Analisis multivariabel mengungkapkan bahwa kelelahan selama setahun terakhir dikaitkan dengan risiko tertinggi memperoleh PTSD terkait COVID-19 (rasio odds [OR] 1/2,10), MDD (OR 1/2,83), dan GAD (OR 1/2,68). Dukungan yang dirasakan lebih tinggi dari kepemimpinan rumah sakit dikaitkan dengan risiko terendah semua hasil [PTSD (OR 1/40,75), MDD (OR 1/40,72), dan GAD (OR 1/40,76)].

Di penelitian lain (Galbraith et al. 2020) menunjukan bahwa ternyata Dokter mengalami tingkat stres kerja yang tinggi bahkan dalam keadaan normal, tetapi banyak yang enggan mengungkapkan kesulitan kesehatan mental atau mencari bantuan untuk mereka, dengan stigma sebagai alasan yang sering dikutip. Krisis penyakit virus korona 2019 (COVID-19) memberikan tekanan tambahan pada dokter dan sistem perawatan kesehatan secara umum dan penelitian menunjukkan bahwa tekanan tersebut membawa risiko tekanan psikologis yang lebih besar bagi dokter.

Sebuah penelitian lain (Magill, Siegel, and Pike 2020) menunjukan Kesehatan Mental Penyedia Layanan Kesehatan Garis Depan yakni para dokter Selama Pandemi: menunjukan bahwa setidaknya covid-19 memberikan dampak merugikan bagi para dokter. Hasil kesehatan mental yang diteliti adalah stres ( $n = 32$ ), kecemasan ( $n = 26$ ), gangguan stres pasca trauma (PTSD;  $n = 25$ ), ukuran umum kesehatan mental ( $n = 18$ ), depresi ( $n = 16$ ), dan tidur ( $n = 4$ ). Dua studi juga mengukur perilaku obsesif-kompulsif dan ide paranoid, dan satu studi mengukur penyalahgunaan zat ( $n = 9$ ). Sebagian besar penelitian menilai gejala kesehatan mental yang dialami hanya 20% ( $n = 17$ )

Dari data diatas tentu sangat memprihatinkan dan jika kesehatan mental petugas medis tidak diprioritaskan sekarang, maka kemungkinan wabah Covid-19 tidak akan bisa dikendalikan dan tentu saja para petugas kesehatan kita akan mengalami lebih banyak tekanan mental, lebih banyak kesedihan, lebih banyak kehilangan, lebih banyak trauma dan ini akan menempatkan mereka dalam situasi

di mana mereka tidak akan dapat melayani komunitas kita dengan lebih baik. Dan kami tidak ingin melalui yang rusak ini, lebih rusak dari yang sudah kami alami.

Dalam laporan terbaru (Wang, Zhou, and Liu 2020) dan WHO (Osseiran 2020) menyatakan tingginya angka risiko terhadap tenaga kesehatan disebabkan, antara lain, oleh faktor lama terpapar dan jumlah paparan virus. Faktor tersebut diperparah dengan kelangkaan APD (Ihsanuddin, n.d.), kurangnya pengetahuan terkait penggunaan APD (Wang, Zhou, and Liu 2020) serta banyaknya kasus pasien yang tidak jujur ketika berobat akibat takut terhadap stigma (Nursastri 2020) serta faktor buruknya kesehatan mental dimana banyak para pekerja kesehatan yang bekerja dalam bayang-bayang ketakutan dan kekhawatiran dimana saat memungkinkan mereka mengembangkan tugas pekerjaan di bawah tekanan dan risiko yang meningkat dimana stresor yang berlebihan dapat menghasilkan masalah yang muncul atau kambuhnya kondisi gangguan kesehatan mental atau penggunaan zat yang membutuhkan perawatan spesialis (Vigo et al. 2020).

Fakta-fakta tersebut sangat menyedihkan karena semua faktor penyebab tersebut dapat dicegah. Untuk mencegah semakin besarnya masalah, pemerintah perlu fokus pada sejumlah langkah. Pemerintah harus mengingat bahwa perang melawan COVID-19, ibarat perlombaan lari adalah sebuah perlombaan maraton, bukan lomba lari jarak pendek. Jangan sampai para petugas kesehatan menjadi tumbal pahlawan yang bunuh diri akibat kelalaian pemerintah dalam mengantisipasi dan melindungi para tenaga kesehatan yang bertugas di garda terdepan.

Dari beberapa data dan fakta temuan diatas Penyusun tertarik menelusuri dan membahas dampak COVID-19 pada Kesehatan Mental Orang-Orang yang Memberikan Layanan kesehatan di Indonesia. Khususnya tenaga medis yaitu Orang-orang yang memberikan layanan penting selama pandemi dalam melakukan tugas dan kewajibannya memeriksa pasien dan menempatkan diri mereka pada risiko terinfeksi virus Covid-19 secara signifikan. Dari sini penulis menggunakan guidelines pedoman dari (SAMHSA 2014) sebagai acuan mendalam guna menggali keadaan mental disebabkan oleh wabah pandemic, dimana pusat nasional untuk bencana trauma mendistribusikan pedoman yang mempromosikan perawatan kesehatan mental terhadap musibah yang disebabkan oleh wabah pandemic penyakit menular Covid-19. Menurut pedoman ini terdapat 10 gejala somatic yang harus di ketahui dan di segera harus dievaluasi dan dikelola dan ditangani oleh para dokter kesehatan jiwa (SAMHSA 2014) seperti Kecemasan, ketakutan, Kekhawatiran, frustrasi, kesendirian, kemarahan, kebosanan, ketidakpastian, gejala depresi seperti sulit berkonsentrasi, gangguan cemas, kesulitan tidur, perubahan makan dan penggunaan alcohol dan obat, obatan serta gangguan stress pasca trauma (PTSD)

Dari 10 tanda di atas terutama tanda yang pernah atau dialami parta petugas kesehatan selama masa bertugas menangani pandemic Covid-19 di Rumah sakit darurat penanganan covid-19 atau garda terdepan, Jika ada yang memiliki satu atau dua reaksi ini selama 2 hingga 4 minggu atau lebih, maka menurut pedoman segera menghubungi penyedia layanan kesehatan mental atau dokter kejiwaan untuk memeproleh bantuan kesehatan jiwa. Dan dari pangkal pedoman ini penyusun ingin

berfokus pada informasi gejala kesehatan mental dari 10 poin diatas yang dapat diandalkan dan dimiliki para tenaga kesehatan, mengingat memungkinkan ekspresi emosi negatif pasti akan ada, baik itu berhubungan dengan keluarga, teman, dan kolega, atau kegiatan selama menangani pasien covid-19. Dimana sebelum menolong orang lain dan merawat orang atau pasien dengan covid-19 sebaiknya para petugas kesehatan harus bebas dari masalah gangguan kesehatan mental dari 10 poin diatas, bagaimana para pekerja kesehatan bisa dengan baik menjalankan tugasnya jika masih memiliki kecemasan yang akan menghalangi performance dan kinerja mereka di garda depan.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Merujuk pada kajian teoritik di atas, dalam penelitian ini dapat disusun identifikasi masalah sebagai berikut: Bagaimanakah krisis kesehatan mental para tenaga medis selama masa pandemic Covid-19 di Indonesia?

## **1.3. Tujuan Penelitian**

Adapun beberapa tujuan yang dapat dicapai, meliputi:

Tujuan umum: Untuk mengetahui secara mendalam Kesehatan mental para pekerja medis.

Tujuan Khusus:

1. Untuk mengetahui secara mendalam Kesehatan mental para pekerja medis berdasarkan karakteristik pekerja, umur, Jenis Kelamin, Status Pernikahan,



Pendidikan, Pengalaman bekerja, lama kerja di garda covid, lama shift, tempat tugas saat bekerja di garda covid.

2. mendeskripsikan dan menganalisis kesehatan mental para pekerja kesehatan selama masa pandemic Covid-19 di Indonesia.

### **2.1. Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Manfaat teoritis, hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khazanah keilmuan di bidang Kesehatan Masyarakat. Bagi kalangan akademik yang ingin meneliti masalah Kesehatan Mental dan hubungannya dengan pandemic Covid-19 khususnya para tenaga kesehatan yang bekerja di garda terdepan, penelitian ini dapat dijadikan referensi dan pedoman berupa sumbangan teoritis.
2. Manfaat akademis, yaitu diharapkan mampu memberikan sumbangan pengembangan teori-teori Kesehatan Masyarakat dalam menangani pandemic covid-19, khususnya memberikan perhatian atau aspek perlindungan kebijakan dan sistem untuk melindungi para tenaga medis dalam penanganan suatu pandemic global selanjutnya.
3. Manfaat praktis, yaitu diharapkan mampu memberikan sumbangan pemikiran yang bisa dipakai sebagai "*policy entry*" bagi upaya perbaikan kinerja di Pemerintah dan Kementerian Kesehatan Indonesia khususnya Satuan Tugas untuk Respon Cepat terhadap COVID-19. Terutama untuk para tenaga kerja para relawan yang sangat memerlukan fasilitas dan kebijakan perlindungan serta akomodasi finansial agar kedepannya bisa menjalankan tugasnya dengan baik.

Pemerintah perlu mendiskusikan langkah-langkah untuk membangun sistem kebijakan untuk melindungi para tenaga medis yang bekerja di garda depan penanggulangan Covid-19 dimana dengan menawarkan dukungan moril, dorongan finansial dan dukungan psikologis dan perlindungan menyeluruh untuk para tenaga kerja di kemudian hari di fasilitasi dan di akomodasi dengan baik. Akhir dari penelitian ini di buat artikel untuk kemudian di *publish* di jurnal internasional bereputasi sehingga memberikan manfaat bagi yang memerlukan.

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1. Covid-19**

##### **2.1.1 Definisi**

WHO(WHO 2020b) menjelaskan bahwa Penyakit Coronavirus (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus korona jenis baru yang baru saja ditemukan di Wuhan. Penyakit Coronavirus (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus korona 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 mereka yang memiliki masalah medis seperti penyakit kardiovaskular, diabetes, penyakit pernapasan kronis, dan kanker lebih mungkin untuk mengembangkan penyakit serius. Cara terbaik untuk mencegah dan memperlambat penularan adalah dengan mengetahui dengan baik tentang virus COVID-19, penyakit yang ditimbulkannya, dan bagaimana penyebarannya. Lindungi diri Anda dan orang lain dari infeksi dengan mencuci tangan atau menggunakan gosok berbasis alkohol sesering mungkin dan tidak menyentuh wajah Anda. Virus COVID-19 menyebar terutama melalui tetesan air liur atau cairan dari hidung saat orang yang terinfeksi batuk atau bersin, jadi Anda juga harus mempraktikkan etika pernapasan (misalnya, dengan batuk ke siku yang tertekuk).

Corona Virus menjadi bagian dari keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit yang terjadi pada hewan ataupun manusia. Dimana manusia yang terjangkit virus tersebut akan menunjukkan tanda-tanda penyakit infeksi saluran pernapasan mulai dari flu sampai yang lebih serius, seperti Middle East Respiratory Syndrome (MERS) dan Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) atau sindrom pernapasan akut berat (Bowser 2020).

Coronavirus sendiri jenis baru yang ditemukan manusia sejak muncul di Wuhan, China pada Desember 2019, dan diberi nama Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-COV2). Sehingga, penyakit ini disebut dengan Coronavirus Disease-2019 (Covid-19).

### **2.1.2 Etiologi Covid**

WHO mengumumkan Covid-19 menjadi nama resmi dari penyakit yang disebabkan oleh virus Corona yang berasal dari Wuhan, China. Nama tersebut diberikan Dirjen WHO Tedros Adhanom Ghebreyesus di Jenewa, Swiss pada Selasa, 11 Februari 2020. Singkatan Covid-19 juga memiliki rincian, seperti "co" berarti corona, "vi" mengacu ke virus, "d" untuk diseases, dan 19 merupakan tahun wabah penyakit pertama kali diidentifikasi pada 31 Desember 2019. Tedros menjelaskan nama tersebut dipilih untuk menghindari stigmatisasi, sebagaimana panduan penamaan virus yang dikeluarkan WHO pada 2015. Nama virus atau penyakit itu tidak akan merujuk pada letak geografis, hewan, individu, atau kelompok orang. Sebelumnya, WHO memberikan nama sementara untuk virus Corona ini dengan

sebutan 2019-nCoV. Sedangkan Komisi Kesehatan Nasional China menyebut sementara Novel Coronavirus Pneumonia (NCP)(Bowser 2020).

### **2.1.3 Sejarah**

Pada Desember 2019, kasus pneumonia misterius pertama kali dilaporkan di Wuhan, Provinsi Hubei. Sumber penularan kasus ini masih belum diketahui pasti, tetapi kasus pertama dikaitkan dengan pasar ikan di Wuhan (Rothan, 2020). Tanggal 18 Desember hingga 29 Desember 2019, terdapat lima pasien yang dirawat dengan Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS). Sejak 31 Desember 2019 hingga 3 Januari 2020 kasus ini meningkat pesat, ditandai dengan dilaporkannya sebanyak 44 kasus. Tidak sampai satu bulan, penyakit ini telah menyebar di berbagai provinsi lain di China, Thailand, Jepang, dan Korea Selatan (Ren L-L, Wang Y-M, Wu Z-Q, Xiang Z-C 2020).

Sampel yang diteliti menunjukkan etiologi coronavirus baru. Awalnya, penyakit ini dinamakan sementara sebagai 2019 novel coronavirus (2019-nCoV), kemudian WHO mengumumkan nama baru pada 11 Februari 2020 yaitu Coronavirus Disease (COVID-19) yang disebabkan oleh virus Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) (WHO 2020a)

Virus ini dapat ditularkan dari manusia ke manusia dan telah menyebar secara luas di China dan lebih dari 190 negara dan teritori lainnya. Pada 12 Maret 2020, WHO mengumumkan COVID-19 sebagai pandemic, hingga tanggal 29 Maret 2020, terdapat 634.835 kasus dan 33.106 jumlah kematian di seluruh dunia.<sup>5</sup> Sementara di Indonesia

sudah ditetapkan 1.528 kasus dengan positif COVID-19 dan 136 kasus kematian.(WHO 2020e)

#### **2.1.4 Epidemiologi**

Sejak kasus pertama di Wuhan, terjadi peningkatan kasus COVID-19 di China setiap hari dan memuncak diantara akhir Januari hingga awal Februari 2020. Awalnya kebanyakan laporan datang dari Hubei dan provinsi di sekitar, kemudian bertambah hingga ke provinsi-provinsi lain dan seluruh China.

Tanggal 30 Januari 2020, telah terdapat 7.736 kasus terkonfirmasi COVID-19 di China, dan 86 kasus lain dilaporkan dari berbagai negara seperti Taiwan, Thailand, Vietnam, Malaysia, Nepal, Sri Lanka, Kamboja, Jepang, Singapura, Arab Saudi, Korea Selatan, Filipina, India, Australia, Kanada, Finlandia, Prancis, dan Jerman. COVID-19 pertama dilaporkan di Indonesia pada tanggal 2 Maret 2020 sejumlah dua kasus. Data 31 Maret 2020 menunjukkan kasus yang terkonfirmasi berjumlah 1.528 kasus dan 136 kasus kematian.<sup>10</sup> Tingkat mortalitas COVID-19 di Indonesia sebesar 8,9%, angka ini merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara.

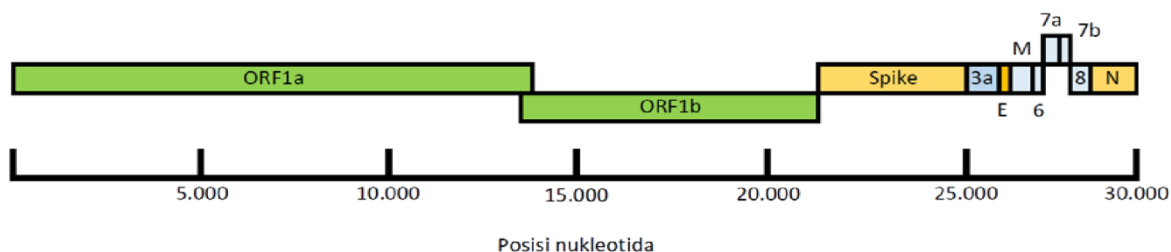
Per 30 Maret 2020, terdapat 693.224 kasus dan 33.106 kematian di seluruh dunia. Eropa dan Amerika Utara telah menjadi pusat pandemi COVID-19, dengan kasus dan kematian sudah melampaui China. Amerika Serikat menduduki peringkat pertama dengan kasus COVID-19 terbanyak dengan penambahan kasus baru sebanyak 19.332 kasus pada tanggal 30 Maret 2020 disusul oleh Spanyol dengan 6.549 kasus

baru. Italia memiliki tingkat mortalitas paling tinggi di dunia, yaitu 11,3% (WHO 2020d).

### 2.1.5 Virologi

Coronavirus adalah virus RNA dengan ukuran partikel 120-160 nm. Virus ini utamanya menginfeksi hewan, termasuk di antaranya adalah kelelawar dan unta. Sebelum terjadinya wabah COVID-19, ada 6 jenis coronavirus yang dapat menginfeksi manusia, yaitu alphacoronavirus 229E, alphacoronavirus NL63, betacoronavirus OC43, betacoronavirus HKU1, Severe Acute Respiratory Illness Coronavirus (SARS-CoV), dan Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) (S Riedel, S Morse, Mietzner T, Miller S, Jawetz, Melnick 2019).

Coronavirus yang menjadi etiologi COVID-19 termasuk dalam genus betacoronavirus. Hasil analisis filogenetik menunjukkan bahwa virus ini masuk dalam subgenus yang sama dengan coronavirus yang menyebabkan wabah Severe Acute Respiratory Illness (SARS) pada 2002-2004 silam, yaitu Sarbecovirus. Atas dasar ini, International Committee on Taxonomy of Viruses mengajukan nama SARS-CoV-2. (Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA 2020).



Gambar 1. Struktur genom virus. ORF: open reading frame, E: envelope, M: membrane, N: nucleocapsid

Struktur genom virus ini memiliki pola seperti coronavirus pada umumnya (Gambar 1). Sekuens SARSCoV-2 memiliki kemiripan dengan coronavirus yang diisolasi pada kelelawar, sehingga muncul hipotesis bahwa SARS-CoV-2 berasal dari kelelawar yang kemudian bermutasi dan menginfeksi manusia. Mamalia dan burung diduga sebagai reservoir perantara (Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W 2020).

Pada kasus COVID-19, trenggiling diduga sebagai reservoir perantara. Strain coronavirus pada trenggiling adalah yang mirip genomnya dengan coronavirus kelelawar (90,5%) dan SARS-CoV-2 (91%).<sup>18</sup> Genom SARS-CoV-2 sendiri memiliki homologi 89% terhadap coronavirus kelelawar ZXC21 dan 82% terhadap SARS-CoV.<sup>(Chan JF-W, Kok K-H, Zhu Z, Chu H, To KK-W, Yuan S 2020).</sup>

Hasil pemodelan melalui komputer menunjukkan bahwa SARS-CoV-2 memiliki struktur tiga dimensi pada protein spike domain receptor yang hampir identik dengan SARS-CoV. Pada SARS-CoV, protein ini memiliki afinitas yang kuat terhadap angiotensin converting-enzyme 2 (ACE2).<sup>20</sup> Pada SARS-CoV-2, data in vitro mendukung kemungkinan virus mampu masuk ke dalam sel menggunakan reseptor ACE2. Studi tersebut juga menemukan bahwa SARS-CoV-2 tidak menggunakan reseptor coronavirus lainnya seperti Aminopeptidase N (APN) dan Dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) (Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W 2020).



### **2.1.6 Transmisi**

Saat ini, penyebaran SARS-CoV-2 dari manusia ke manusia menjadi sumber transmisi utama sehingga penyebaran menjadi lebih agresif. Transmisi SARS-CoV-2 dari pasien simptomatik terjadi melalui droplet yang keluar saat batuk atau bersin.<sup>22</sup> Selain itu, telah diteliti bahwa SARS-CoV-2 dapat viabel pada aerosol (dihasilkan melalui nebulizer) selama setidaknya 3 jam.<sup>23</sup> WHO memperkirakan reproductive number (R0) COVID-19 sebesar 1,4 hingga 2,5. Namun, studi lain memperkirakan R0 sebesar 3,28 (Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A 2020).

### **2.1.7 Faktor Resiko**

Berdasarkan data yang sudah ada, penyakit komorbid hipertensi dan diabetes melitus, jenis kelamin laki-laki, dan perokok aktif merupakan faktor risiko dari infeksi SARS-CoV-2. Distribusi jenis kelamin yang lebih banyak pada laki-laki diduga terkait dengan prevalensi perokok aktif yang lebih tinggi. Pada perokok, hipertensi, dan diabetes melitus, diduga ada peningkatan ekspresi reseptor ACE2 41, 42.

Diaz JH<sup>43</sup> menduga pengguna penghambat ACE (ACE-I) atau angiotensin receptor blocker (ARB) berisiko mengalami COVID-19 yang lebih berat. Terkait dugaan ini, European Society of Cardiology (ESC) menegaskan bahwa belum ada bukti meyakinkan untuk menyimpulkan manfaat positif atau negatif obat golongan ACE-i atau ARB, sehingga pengguna kedua jenis obat ini sebaiknya tetap melanjutkan pengobatannya.

Pasien kanker dan penyakit hati kronik lebih rentan terhadap infeksi SARS-CoV-2.<sup>45</sup> Kanker diasosiasikan dengan reaksi immunosupresif, sitokin yang berlebihan, supresi induksi agen proinflamasi, dan gangguan maturasi sel

dendritik.<sup>47</sup> Pasien dengan sirosis atau penyakit hati kronik juga mengalami penurunan respons imun, sehingga lebih mudah terjangkit COVID-19, dan dapat mengalami luaran yang lebih buruk.

Studi yang dilakukan (WJ Guan, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX 2020) menemukan bahwa dari 261 pasien COVID-19 yang memiliki komorbid, 10 pasien di antaranya adalah dengan kanker dan 23 pasien dengan hepatitis B. Infeksi saluran napas akut yang menyerang pasien HIV umumnya memiliki risiko mortalitas yang lebih besar dibanding pasien yang tidak HIV. Namun, hingga saat ini belum ada studi yang mengaitkan HIV dengan infeksi SARS-CoV-2.50 Hubungan infeksi SARS-CoV-2 dengan hipersensitivitas dan penyakit autoimun juga belum dilaporkan.

Belum ada studi yang menghubungkan riwayat penyakit asma dengan kemungkinan terinfeksi SARS-CoV-2. Namun, studi meta-analisis yang dilakukan oleh (C Conforti, R Giuffrida, Dianzani C, Di Meo N 2020) menunjukkan bahwa pasien COVID-19 dengan riwayat penyakit sistem respirasi akan cenderung memiliki manifestasi klinis yang lebih parah.

Beberapa faktor risiko lain yang ditetapkan oleh Centers for Disease Control and Prevention (CDC) adalah kontak erat, termasuk tinggal satu rumah dengan pasien COVID-19 dan riwayat perjalanan ke area terjangkit. Berada dalam satu lingkungan namun tidak kontak dekat (dalam radius 2 meter) dianggap sebagai risiko rendah (CfDCa., n.d.).

Tenaga medis merupakan salah satu populasi yang berisiko tinggi tertular. Di Italia, sekitar 9% kasus COVID-19 adalah tenaga medis.<sup>54</sup> Di China, lebih dari

3.300 tenaga medis juga terinfeksi, dengan mortalitas sebesar 0,6% (Wang J, Zhou M 2020).

## **2.2. Kesehatan Mental**

### **2.2.1 Pengertian Kesehatan Mental**

Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization) mendefinisikan kesehatan mental "a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community ". Pada definisi tersebut dapat dipahami bahwa kesehatan mental diartikan sebagai kondisi sejahtera yang dirasakan individu, di mana dia menyadari kemampuannya, dapat mengatasi tekanan-tekanan dalam kehidupannya, dapat bekerja secara baik dan produktif, serta mampu memberi kontribusi kepada masyarakatnya (WHO 2014).

Definisi lain tentang kesehatan mental dikemukakan juga telah dikemukakan oleh Taylor & Brown (1988) yang menyatakan bahwa, manusia yang memiliki kesehatan mental yang baik adalah manusia yang memiliki kemampuan menerima dirinya dan lingkungannya tanpa merasa kecewa dan mengeluh. Mereka dapat menerima sifat-sifat yang ada pada dirinya yang mungkin berbeda dengan gambaran ideal dirinya tanpa merasa terbebani (Taylor, Shelley E.; Brown 1988).

Pendapat lain dikemukakan oleh (Keyes 1962) menyatakan bahwa kesehatan mental memberi kontribusi penting bagi status kesehatan seseorang secara menyeluruh. Kesehatan mental bukan hanya tidak adanya penyakit mental tetapi lebih pada keadaan mental yang sejahtera. Sejalan dengan pendapat diatas

dikemukakan oleh (Veit, C., & Ware 1983) menyatakan bahwa keadaan mental yang sejahtera sebagai indikator kesehatan mental itu mencakup dua aspek, yaitu pertama aspek terbebasnya individu dari tekanan psikologi (psychological distress) yang dicirikan dengan tingginya tingkat kecemasan, depresi dan kehilangan kontrol; kedua, terdapatnya kesejahteraan psikologi (psikologi well-being) yang dicirikan dengan adanya perasaan positif secara umum, kondisi emosional dan kepuasan hidup.

Dari beberapa definisi tentang kesehatan mental yang telah dikemukakan tersebut dapat disimpulkan bahwa kesehatan mental merupakan keadaan di mana individu merasa sejahtera. Kesehatan mental yang baik ditunjukkan dengan (1) Kemampuan individu untuk mengetahui potensi dirinya dan mampu memaksimalkan potensinya; (2) Kemampuan individu mengatasi kondisi-kondisi yang menekan dalam hidupnya; (3) Kemampuan individu untuk bekerja secara produktif dan bermanfaat di tempat kerja, keluarga, komunitas, dan di antara teman. Karena itu, kesehatan mental dalam konteks di tempat kerja, dapat dijelaskan bahwa individu yang sehat mentalnya adalah individu yang mampu mewujudkan keserasian antara fungsi-fungsi kejiwaan, mampu menyesuaikan dengan dirinya sendiri dan lingkungannya, sehingga menjadi individu yang produktif dan mampu memberi kontribusi positif di tempat kerja.

### **2.2.2 Indikator Kesehatan Mental**

Menurut Tengland (2001) telah mengidentifikasi enam indikator kesehatan mental yang meliputi:

1. Sikap positif terhadap diri: Ini termasuk pandangan obyektif tentang diri, termasuk pengetahuan dan penerimaan kekuatan dan keterbatasan. Individu merasakan rasa kuat identitas pribadi dan keamanan di dalam lingkungan.
2. Pertumbuhan, perkembangan dan kemampuan aktualisasi diri:  
Indikator ini berkorelasi apakah individu berhasil mencapai tugas yang terkait dengan setiap tingkat perkembangan.
3. Integrasi: Integrasi mencakup kemampuan untuk merespons secara adaptif terhadap lingkungan dan pengembangan filosofi kehidupan, yang keduanya membantu individu mempertahankan kecemasan pada tingkat yang dapat dikelola dalam menanggapi situasi yang penuh tekanan.
4. Kemandirian: Mengacu pada kemampuan individu untuk tampil dalam cara mandiri yang mandiri; individu bebas membuat pilihan dan menerima tanggung jawab atas hasilnya.
5. Persepsi atas realitas: Ini termasuk persepsi lingkungan tanpa distorsi serta kapasitas untuk empati dan kepekaan sosial, rasa hormat dan kepedulian terhadap keinginan dan kebutuhan orang lain.
6. Penguasaan lingkungan: Indikator ini menunjukkan bahwa individu telah mencapai peran yang memuaskan dalam kelompok, masyarakat dan lingkungan. Ia mampu mencintai dan menerima cinta orang lain.

Menurut Bastaman (1995), kesehatan mental seseorang dapat dilihat dari tiga orientasi, yaitu:

1. Orientasi Klasik. Seseorang dianggap sehat bila ia tak mempunyai keluhan tertentu, seperti: ketegangan, rasa lelah, cemas, yang semuanya menimbulkan

perasaan sakit atau rasa tak sehat serta mengganggu efisiensi kegiatan sehari-hari.

2. Orientasi penyesuaian diri. Seseorang dianggap sehat secara psikologis bila ia mampu mengembangkan dirinya sesuai dengan tuntutan orang-orang lain serta lingkungan sekitarnya.
3. Orientasi pengembangan potensi. Seseorang dianggap mencapai taraf kesehatan mental, bila ia mendapat kesempatan untuk mengembangkan potensinya menuju kedewasaan sehingga ia bisa dihargai oleh orang lain dan dirinya sendiri.

Menurut Kartono (2000), terdapat empat ciri sebagai indikator kesehatan mental seseorang, yaitu:

1. Ada koordinasi dari segenap usaha dan potensinya, sehingga orang mudah melakukan adaptasi terhadap tuntutan lingkungan, standar, dan norma sosial serta perubahan sosial yang serba cepat.
2. Memiliki integrasi dan regulasi terhadap struktur kepribadian sendiri sehingga mampu memberikan partisipasi aktif kepada masyarakat.
3. Dia senantiasa giat melaksanakan proses realisasi diri (yaitu mengembangkan secara riil segenap bakat dan potensi), memiliki tujuan hidup, dan selalu mengarah pada transendensi diri, berusaha melebihi keadaan yang sekarang.
4. Bergairah, sehat lahir dan batinnya, tenang harmonis kepribadiannya, efisien dalam setiap tindakannya, serta mampu menghayati kenikmatan dan kepuasan dalam pemenuhan kebutuhannya.

### **2.2.3 Prinsip Prinsip Kesehatan Mental**

Menurut Jaelani (2001) terdapat beberapa prinsip kesehatan mental, yaitu sebagai berikut:

1. Gambaran dan sikap yang baik terhadap diri sendiri. Orang yang memiliki self image memiliki kemampuan menyesuaikan diri dengan dirinya sendiri, orang lain, alam lingkungan, dan tuhan.
2. Keterpaduan atau integrasi diri. Keterpaduan diri berarti adanya keseimbangan antara kekuatan- kekuatan jiwa dalam diri, kesatuan pandangan dalam hidup, dan kesanggupan mengatasi stres. Orang yang memiliki keseimbangan diri berarti orang yang seimbang kekuatan id, ego, dan super egonya.
3. Perwujudan diri. Pentingnya aktualisasi diri dalam kesehatan mental, dimana orang yang sehat mentalnya adalah orang yang mampu mengaktualisasikan diri atau mewujudkan potensi yang dimilikinya dan memenuhi kebutuhannya dengan cara baik dan memuaskan.
4. Berkemampuan menerima orang lain, melakukan aktivitas sosial, dan menyesuaikan diri dengan lingkungan tempat tinggal. Kemampuan menerima orang lain berarti kesediaan menerima kehadiran, mencintai, menghargai, menjalin persahabatan, dan memperlakukan orang lain dengan baik. Melakukan aktivitas sosial berarti bersedia bekerja sama dengan masyarakat dalam melakukan pekerjaan sosial yang menggugah hati. Menyesuaikan diri dengan lingkungan berarti berusaha untuk mendapatkan rasa aman, damai, dan bahagia dalam hidup bermasyarakat di lingkungan tempat tinggalnya.

5. Berminat dalam tugas dan pekerjaan. Setiap manusia harus berminat dalam tugas dan pekerjaan yang ditekuninya. Dengan demikian, ia dapat merasakan kebahagiaan dalam dirinya dan mengurangi beban penderitaannya.
6. Agama, cita-cita, dan falsafah hidup. Dengan agama manusia dapat terbantu dalam mengatasi persoalan hidup yang berada di luar kesanggupan dirinya sebagai manusia yang lemah. Dengan cita-cita manusia dapat bersemangat dan bergairah dalam perjuangan hidup yang berorientasi ke masa depan. Dengan falsafah hidup manusia dapat menghadapi tantangan yang dihadapinya dengan mudah.
7. Pengawasan diri. Manusia yang memiliki pengawasan diri akan terhindar dari kemungkinan perbuatan yang bertentangan dengan hukum, baik hukum agama, adat, maupun aturan moral dalam hidupnya.
8. Rasa benar dan tanggung jawab. Rasa benar dan rasa tanggung jawab penting bagi tingkah laku karena setiap individu ingin bebas dari rasa dosa, salah dan kecewa. Sebaliknya rasa benar, tanggung jawab dan sukses adalah keinginan setiap manusia yang sehat mentalnya.

#### **2.2.4 Gangguan Kesehatan Mental**

Gangguan kesehatan mental adalah perilaku dan keadaan emosi yang menyebabkan seseorang menderita, atau perilaku merusak diri sendiri, dan akan memiliki dampak negatif yang serius terhadap kinerja seseorang atau kemampuan berinteraksinya dengan orang lain, serta dapat membahayakan orang lain atau suatu



komunitas. Menurut (Burlian 2016) terdapat beberapa tanda-tanda gangguan kesehatan mental, yaitu:

1. Banyak konflik batin

Dada rasa tersobek-sobek oleh pikiran dan emosi yang antagonis bertentangan. Hilangnya harga diri dan kepercayaan diri. Selalu merasa tidak aman dan dikejar oleh suatu pikiran atau perasaan yang tidak jelas hingga ia merasa cemas dan takut. Menjadi agresif, suka menyerang bahkan ada yang berusaha membunuh orang lain atau melakukan usaha bunuh diri (agresivitas ke dalam).

2. Komunikasi sosial terputus dan adanya disorientasi sosial

Timbul delusi-delusi yang menakutkan atau diinggapi delusion of grandeur (merasa dirinya paling super). Selalu iri hati dan curiga. Ada kalanya diinggapi delusion of persecution atau khayalan dikejar-kejar sehingga menjadi sangat agresif, berusaha melakukan pengrusakan, atau melakukan destruksi diri dan bunuh diri.

3. Ada gangguan intelektual dan gangguan emosional yang serius.

Penderita mengalami ilusi, halusinasi berat dan delusi. Selain itu, kurangnya pengendalian emosi dan selalu bereaksi berlebihan (overacting). Selalu berusaha melarikan diri dari dalam dunia fantasi, yaitu dalam masyarakat semu yang diciptakan dalam khayalan. Merasa aman dalam dunia fantasinya. Orang luar dihukum dan dihindari sebab mereka itu dianggap berdosa, kotor, jahat. Maka dari itu, realitas sosial yang dihayati menjadi

kacau balau. Juga kehidupan batinnya menjadi kalut, kusut, dan keribadiannya pecah berantakan.

### **2.2.5 Paradigma Kesehatan Mental**

Menurut (Dewi 2012) Paradigma dalam Kesehatan Mental Prinsip-prinsip dalam memahami Kesehatan Mental yang mencakup tiga hal :

1. Prinsip yang didasari atas sifat manusia, yaitu:
  - a) Kesehatan dan penyesuaian mental tidak terlepas dari kesehatan fisik dan integritas organisme.
  - b) Dalam memelihara kesehatan mental, tidak terlepas dari sifat manusia sebagai pribadi yang bermoral, intelek, religius, emosional, dan sosial.
  - c) Kesehatan dan penyesuaian mental memerlukan integrasi dan pengendalian diri, meliputi: pengendalian pemikiran, imajinasi, hasrat, emosi dan perilaku.
  - d) Memperluas pengetahuan diri merupakan keharusan dalam pencapaian dan memelihara kesehatan mental.
  - e) Kesehatan mental memerlukan konsep diri yang sehat, meliputi: penerimaan dan usaha yang realistik terhadap status dan harga diri.
  - f) Pemahaman dan penerimaan diri harus ditingkatkan dalam usaha meningkatkan diri dan realisasi diri untuk mencapai kesehatan mental.
  - g) Stabilitas mental memerlukan pengembangan yang terusmenerus dalam diri individu, terkait dengan: kebijaksanaan, keteguhan hati, hukum, ketabahan, moral, dan kerendahan hati.

- h) Pencapaian dalam pemeliharaan kesehatan mental terkait dengan penanaman kebiasaan baik.
  - i) Stabilitas mental menuntut kemampuan adaptasi, kapasitas mengubah situasi dan kepribadian.
  - j) Stabilitas mental memerlukan kematangan pemikiran, keputusan, emosionalitas, dan perilaku.
  - k) Kesehatan mental memerlukan belajar mengatasi secara efektif dan secara sehat terhadap konflik mental, kegagalan, serta ketegangan yang timbul.
2. prinsip yang kedua adalah 3 prinsip yang didasari atas hubungan manusia dengan lingkungannya, yaitu:
- a) Kesehatan mental dipengaruhi oleh hubungan interpersonal yang sehat, khususnya di dalam keluarga.
  - b) Penyesuaian yang baik dan kedamaian pikiran dipengaruhi oleh kecukupan individu dalam kepuasan kerja.
  - c) Kesehatan mental memerlukan sikap yang realistik, yaitu menerima realita tanpa distorsi dan objektif.
3. Serta prinsip yang terakhir, merupakan 2 prinsip yang didasari atas hubungan individu dengan Tuhan, yaitu:
- a) Stabilitas mental memerlukan pengembangan kesadaran atas realitas terbesar dari dirinya yang menjadi tempat bergantung kepada setiap tindakan yang fundamental.

- b) Kesehatan mental dan ketenangan hati memerlukan hubungan yang konstan antara manusia dengan Tuhannya.

Adapun paradigma yang digunakan dalam mempelajari Kesehatan Mental yang diyakini (Kate Lowenthal 2006) sebagai tinjauan multifaktorial, antara lain:

1. Pendekatan biologis. Dengan mempelajari fungsi otak, kelenjar endokrin, dan fungsi sensoris, pendekatan tersebut meyakini bahwa kesehatan mental individu sangat dipengaruhi oleh faktor genetik dan kondisi saat ibu hamil, serta faktor eksternal terkait: gizi, radiasi, usia, komplikasi penyakit.
2. Pendekatan psikologis. Pendekatan tersebut meyakini bahwa faktor psikologis berpengaruh besar pada kondisi mental seseorang, dimana dalam pendekatan psikologis memiliki 3 pandangan yang besar yang membahas mengenai hal tersebut, yaitu:
  - a. Psikoanalisa pendekatan yang meyakini bahwa interaksi individu pada awal kehidupannya serta konflik intrapsikis yang terjadi akan mempengaruhi perkembangan kesehatan mental seseorang. Faktor epigenetik mempelajari kematangan psikologis seseorang yang berkembang seiring pertumbuhan fisik dalam tahap-tahap perkembangan individu, juga merupakan faktor penentu kesehatan mental individu.
  - b. Behavioristik pendekatan yang meyakini proses pembelajaran dan proses belajar sosial akan mempengaruhi kepribadian seseorang. Kesalahan individu dalam proses pembelajaran dan belajar sosial akan mengakibatkan gangguan mental.

- c. Humanistik perilaku individu dipengaruhi oleh hirarkhi kebutuhan yang dimiliki. Selain itu, individu diyakini memiliki kemampuan memahami potensi dirinya dan berkembang untuk mencapai aktualisasi diri.
3. Pendekatan sosio-kultural. Memiliki beberapa pendekatan, yaitu:
    - a. Stratifikasi sosial yang membahas faktor sosial-ekonomi dan seleksi sosial;
    - b. Interaksi sosial yang membahas fungsi dalam suatu hubungan interpersonal (teori psikodinamik, teori rendahnya interaksi sosial: isolasi, kesepian);
    - c. Teori keluarga yang mempelajari pengaruh pola asuh, interaksi antar anggota keluarga, dan fungsi keluarga terhadap kesehatan mental individu;
    - d. Perubahan sosial, yang mengkaitkan perubahan jangka panjang, migrasi dan industrialisasi, serta kondisi krisis dengan kondisi mental individu;
    - e. Sosial-budaya, yang mempelajari pengaruh agama dan budaya pada kondisi mental seseorang;
    - f. Stressor sosial, yang mempelajari pengaruh berbagai situasi sosial yang berdampak psikologis (misal: perkawinan, meninggal, kriminalitas, resesi) terhadap kondisi mental individu.
  4. Pendekatan lingkungan. Pendekatan ini memiliki dua dimensi:
    - a. Dimensi lingkungan fisik, yang terkait dengan: ruang, waktu, dan sarana (gizi) yang menyertai.
    - b. Dimensi lingkungan kimiawi dan biologis, yang terkait dengan: polusi, radiasi, virus dan bakteri, populasi makhluk hidup lain.

### 2.2.6 Mengukur Kesehatan Mental

Menurut (Punch 2009) riset kuantitatif dalam ilmu sosial lebih dulu dikenal dibandingkan penelitian kualitatif. Pada masa 1800-an dimana kemajuan sains yang pesat menyebabkan ilmu-ilmu sosial tertarik untuk menerapkan kaidah yang digunakan dalam ilmu fisika, kimia dan biologi, yaitu dalam hal eksperimentasi dan pengukuran (measurement). Dalam aspek pertama dalam ilmu sosial dikenal desain penelitian berupa eksperimen, kuasi eksperimen dan survey (Creswell and Guetterman 2018); sedangkan pada aspek kedua memunculkan teori tes klasik (classical test theory atau CTT) yang digagas oleh Spearman pada tahun 1904 (Sivakumar Alagumalai 2005) serta pendefinisian pengukuran oleh Stevens pada 1946 (Mari, Carbone, and Petri 2012) yang diterapkan secara luas pada berbagai ilmu-ilmu sosial.

Terdapat berbagai kritik yang dialamatkan pada CTT. Diantara berbagai kritik tersebut telah disampaikan oleh Schumaker dalam (Sivakumar Alagumalai 2005) yang menyebutkan bahwa koefisien reliabilitas CTT tergantung pada banyaknya sampel, skala pengukuran yang tidak linear, keterbatasan rentang skor serta keseimbangan korelasi negatif-positif. Bila dilihat definisi dari Stevens pun jelas disebutkan bahwa jenis data yang didapat melalui teknik pengukuran yang menanyakan opini atau sikap, adalah nominal dan ordinal sehingga alat analisis yang bisa digunakan pun terbatas. Bahkan operasi aritmatika dasar seperti tambah, kurang, kali dan bagi pun tidak bisa dilakukan karena angka yang didapatkan bukan bilangan bulat namun skor yang berupa data ordinal. Kekurangan pendekatan teori tes klasik kemudian diperbaiki dengan teori respon butir (item response theory atau

IRT) dengan berbagai variasi parameter logistiknya (PL), salah satunya adalah 1PL yang dikembangkan menjadi model Rasch. Tidak seperti pendekatan teori tes klasik yang selalu bergantung pada skor, IRT tidak tergantung pada sampel soal/ Pernyataan tertentu dan abilitas orang yang terlibat dalam ujian/survey.

Georg Rasch mengembangkan satu model analisis dari Item Response Theory pada tahun 1960-an biasa disebut 1PL yang berarti satu parameter logistic (Olsen 2003). Model matematika ini kemudian dipopulerkan oleh Ben Wright (Linacre 1999). Dengan data mentah berupa data dikotomi (berbentuk benar dan salah) yang mengindikasikan kemampuan siswa, Rasch memformulasikan hal ini menjadi satu model yang menghubungkan antara siswa dan item (Sumintono, B dan Widhiarso 2013). Sebagai ilustrasi, seorang siswa yang mampu mengerjakan 80% soal dengan benar tentu mempunyai abilitas yang lebih baik dari siswa lain yang hanya bisa mengerjakan 65% soal. Data tersebut (persentase) menunjukkan bahwa data mentah yang diperoleh tidak lain adalah jenis data ordinal yang menunjukkan peringkat dan tidak linier (Linacre 1999).

Menurut (Sumintono, B dan Widhiarso 2013) ada beberapa kesulitan dalam aplikasi pemodelan Rasch untuk melakukan analisis, penjelasan dan kesimpulan dari data satu ujian atau kuesioner survey yang ada. Intinya adalah kembali kepada definisi yang diberikan oleh George Rasch. Pola respon yang diberikan menunjukkan validitas dari tiap responden (person) kepada setiap butir soal (item). Sehingga hal ini menyebabkan pemodelan Rasch mampu menetapkan validitas konsep dari setiap butir soal. Suatu butir soal atau item, dikatakan valid ketika dia mampu untuk membedakan antara responden yang mampu dengan yang tidak

mampu. Selanjutnya mereka menjelaskan adanya dua kemungkinan yang perlu dibahas lebih lanjut akan hal ini.

1. Kemungkinan pertama adalah ketidaksesuaian responden yang terlibat dalam ujian yang diberikan (atau partisipan dalam survey kuesioner), hal ini karena hasil yang diberikannya memang tidak sesuai dengan yang diharapkan. Pemodelan Rasch dapat mendeteksi adanya responden yang memang tidak sesuai dilibatkan dalam pengumpulan data dan dapat mengemukakan argumen kenapa dia perlu dikeluarkan karena tidak sesuai dengan model yang ada. Temuan ini jelas akan berkontribusi secara penting dalam riset yang dijalankan. Tidak seperti halnya dalam praktek pengolahan data statistik tradisional yang dilakukan tidak dapat diketahui secara pasti, namun dalam pemodelan Rasch akan muncul dengan sendirinya.
2. Kemungkinan kedua adalah sehubungan dengan butir soal atau item yang digunakan. Bila ternyata respon yang didapati bahwa terdapat item tidak dapat membedakan responden kemampuan responden; antara yang mampu dan yang tidak mampu, maka butir soal tersebut perlu untuk direvisi ulang atau malah item yang bersangkutan dibuang saja. Dalam suatu kondisi ekstrem tertentu dimana hasil yang didapat sangat tidak sesuai, maka kita perlu memperbaiki semua butir soal yang ada atau memperbaiki semua pernyataan karena memang tidak mengukur apa yang seharusnya diukur (validitas disangsikan). Hal ini jelas menunjukkan bahwa pemodelan Rasch tidak sekedar mengukur reliabilitas item saja, namun juga menguji validitas konsep interumen yang digunakan



Selanjutnya (Sumintono, B dan Widhiarso 2013) menyatakan bahwa pengujian responden (person) dan butir soal (item) secara bersamaan menunjukkan bahwa riset kuantitatif seperti yang biasa dilakukan oleh disiplin ilmu sains, juga dapat dilakukan hal yang sama dengan disiplin ilmu pengetahuan sosial yang biasanya diidentikan dengan riset kualitatif. Konsekuensi berikutnya adalah asumsi peringkat yang dibuat saat kuesioner dikonsepskan ataupun butir soal yang disusun, melalui pemodelan Rasch ini dapat diverifikasi apakah memang hal ini menghasilkan pola yang diharapkan atau tidak. Bentuk kalibrasi ini sangat unik dan hanya didapati pada pemodelan Rasch saja, dimana hal ini modelnya sama seperti persyaratan kalibrasi yang harus dipenuhi dalam pengukuran oleh instrumen dalam disiplin ilmu sains dalam melakukan kalibrasi pada skala pengukurannya. Dengan kata lain, kalibrasi dilakukan dalam pemodelan Rasch secara sekaligus dalam tiga hal, yaitu skala pengukuran, responden (person), dan butir soal (item). Suatu instrumen yang tidak dikalibrasi maka mempunyai kemungkinan menghasilkan data yang tidak valid dan bisa menyebabkan kegiatan riset yang dilakukan mengalami kegagalan.

### **2.2.7 Kesehatan Mental dan Hubungan dengan pandemic Covid-19**

Dukungan social dan kesehatan Mental memainkan peran kunci dalam pandemic, lockdown menimbulkan suatu ketakutan akan ancaman, kesendirian dan kesedihan. Telah ada penelitian sebelumnya tentang hubungan kesendirian akibat lockdown dengan tingginya tingkat stress dan kesehatan mental di New Orleans Amerika oleh (Saltzman, Hansel, and Bordnick 2020) dimana Kesepian, Isolasi, dan Faktor Dukungan Sosial sangat dibutuhkan dalam Kesehatan Mental Pasca-

COVID-19. Namun salah satu upaya pencegahan utama untuk mengurangi penyebaran COVID-19 melibatkan jarak sosial. Selama masa krisis, dukungan sosial ditekankan sebagai mekanisme koping. Ini membutuhkan banyak orang untuk mengubah cara-cara keterhubungan mereka yang khas dan berasumsi bahwa orang-orang memiliki hubungan yang sehat atau akses ke teknologi.

Dukungan sosial merupakan pertimbangan penting untuk memahami dampak COVID-19. *Pertolongan Pertama Psikologis dan Keterampilan untuk Pemulihan Psikologis*, yang merupakan alat yang digunakan untuk menginformasikan metode respons untuk membantu orang terhubung selama isolasi dan merupakan intervensi yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan spesifik COVID untuk apa yang mungkin merupakan isolasi dan postisolasi berkepanjangan. Mengingat banyaknya COVID-19 yang tidak diketahui, diperlukan penelitian untuk memahami dampak kesehatan perilaku yang lebih besar untuk memastikan sumber daya tersedia, terkini, dan bukti diinformasikan.

Tidak hanya Indonesia, negara lain yang memiliki dampak besar akibat pandemi adalah Turki, dimana Turki memiliki salah satu tingkat kematian tertinggi di dunia karena pandemi COVID-19. Pandemi tersebut menyebabkan kecemasan dan depresi pada individu. Penelitian (Ustun 2020) tentang sejauh mana efek pandemi dan melihat tingkat depresi dan faktor-faktor terkait dalam masyarakat yang terkena COVID-19. Dimana depresi ringan terbanyak adalah simpatisan wanita partisipan wanita yang berusia antara 18 dan 29 tahun, lajang, siswa, dan berpenghasilan lebih rendah sedangkan depresi sedang dan berat banyak dialami dan disebabkan karena rasa takut terinfeksi dan menulari orang lain, kegelisahan

tentang masa depan, kesedihan, serta beberapa mengalami depresi berat mengalami mengalami kesepian, takut mati, putus asa, masalah tidur, merasa tidak berguna dan tidak berharga, mereka juga mulai merokok dan minum alkohol.

Memang kebanyakan efek dari pandemik ini menyebabkan banyak sekali pemutusan hubungan kerja dari sektor ekonomi. dimana menurut (Mimoun et al. 2020) terdapat banyak sekali masyarakat yang sangat terpengaruh oleh coronavirus menunjukkan tingkat stres yang lebih tinggi (tekanan, kesedihan, depresi, dan kurangnya kontrol diri) dan tekanan emosional (rasa sakit dan penderitaan mendalam)

Tekanan emosional yang lebih tinggi justru disertai dengan tingkat stres yang lebih tinggi. Dibandingkan dengan para penganggur atau pekerja penuh waktu, justru para pekerja yang dirumahkan atau diliburkan (cuti) justru dilaporkan memiliki tingkat stress yang lebih tinggi dibanding diantara mereka yang bekerja penuh waktu atau sudah menganggur sama sekali, semakin tua partisipannya, semakin rendah tingkat stres yang dirasakan.

Masa-masa sulit ini sudah semestinya pemerintah menerapkan kebijakan kesehatan mental dan peningkatan layanan kesehatan mental melalui integrasi layanan kesehatan mental di pusat perawatan kesehatan primer masyarakat. Kebijakan ini mempromosikan akses komprehensif ke layanan kesehatan mental melalui perawatan kesehatan primer dan integrasi ke layanan kesehatan umum di semua tingkatan. Situasi saat ini dari pusat layanan kesehatan mental yang berdiri sendiri mempromosikan stigma dan mengurangi akses ke perawatan kesehatan mental. Selain itu, lebih banyak personel harus dilatih untuk memberikan dukungan

psikologis kepada orang-orang di daerah pedesaan dan terpencil melalui lembaga tradisional yang ada dan pengawas kesehatan pemerintah daerah.

Bertolak belakang dengan anggapan bahwa kesepian adalah hal yang penting. Ternyata untuk populasi yang lebih tua, pengalaman kesepian selama covid-19 cenderung lebih biasa atau umum dibanding dewasa muda dan remaja muda. Selain itu, kesepian biasanya hanya meningkat pada usia dewasa di antara orang dewasa tua. Dimana remaja merasa kesepian lebih besar 60% dibanding orang dewasa 40% melaporkan tidak pernah merasa kesepian, sedangkan 10% remaja muda melaporkan mengalami kesepian yang parah (Beam and Kim 2020).

Di Indonesia belum ada penelitian Dimana salah satu laporan terkini (Aluh and Onu 2020) yang menyarankan pemerintah Nigeria dapat meningkatkan dukungan psikososial dengan mempromosikan kohesi komunitas dan lingkungan yang baik, meningkatkan layanan kesehatan mental melalui integrasi kesehatan mental layanan di pusat perawatan kesehatan utama, dan melatih lebih banyak personel untuk memberikan konseling psikologis melalui lembaga tradisional yang ada. Pandemi COVID-19 yang sedang berlangsung dapat menyebabkan atau memperburuk gangguan psikologis seperti stres, kecemasan, depresi, dan serangan panik di antara orang-orang masyarakat Indonesia.

Belajar dari negara kecil malta (Grech and Grech 2020) Pada titik ini, kesehatan mental lebih diutamakan daripada aspek kesiapan fisik, bahkan dalam jaringan layanan psikiatrik di Negara itu. Ini mungkin menjadi batasan karena bahkan pada waktu itu, banyak petugas layanan kesehatan garis depan mengalami

kecemasan dan ketakutan tentang situasi yang menghambat, terutama setelah memantau situasi di dalam rumah sakit di Italia.

Jelas secara Global sementara ini aspek kesehatan mental memiliki peran yang sangat penting dan mungkin menjadi prioritas disamping menurunkan kurva penularan. Dampak COVID-19 saat ini pada kesejahteraan mental jauh lebih tinggi daripada pada kesehatan fisik bangsa. Infrastruktur yang diperkuat oleh kesiapsiagaan yang memadai dan komunikasi yang jelas kepada masyarakat, sampai sekarang, telah menjadi faktor efektif utama yang membatasi tantangan kesehatan mental. Diharapkan bahwa peningkatan perlahan dan bertahap dalam kasus dipertahankan sehingga situasi tetap terkendali.

### **2.2.8 Kesehatan Mental para pekerja Kesehatan selama Covid-19**

Seberapa dampak virus corona dilihat dari kaca mata kesehatan mental dan faktor terkait di antara petugas perawatan kesehatan yang merawat pasien yang terpapar COVID-19. Menurut penelitian di Cina oleh (Lai et al. 2020) dari Temuan ini menunjukkan bahwa, di antara pekerja perawatan kesehatan Cina yang terpapar COVID-19, perempuan, perawat, mereka yang di Wuhan, dan pekerja perawatan kesehatan garis depan memiliki risiko tinggi untuk memiliki hasil kesehatan mental yang buruk dan sangat tidak menguntungkan dalam menjalankan tugasnya dan sangat memerlukan dukungan atau intervensi psikologis. Sebanyak 1.257 dari 1830 orang yang dihubungi menyelesaikan survei, Sebagian besar peserta melaporkan gejala depresi (634 [50,4%]), kecemasan (560 [44,6%]), insomnia (427 [34,0%]), dan kesulitan (899 [71,5%]). Dimana kebanyakan perawat Perawat wanita yang

beekrja di garda depan melaporkan derajat yang kesehatan mental yang lebih parah dari semua pengukuran gejala kesehatan mental daripada petugas kesehatan lainnya.

Wabah penyakit coronavirus saat ini (COVID-19) memiliki proporsi yang belum pernah terjadi sebelumnya dalam beberapa hal. Laporan terbaru menunjukkan bahwa banyak petugas kesehatan garis depan (petugas kesehatan) menderita masalah kesehatan mental, termasuk gejala stres pascatrauma (PTS) dan dilaporkan sebanyak 50% para petugas kesehatan militer ini mengalami PTSD dimana semua gejala (kesiapan, lingkungan kerja, dukungan sosial hambatan untuk mengungkapkan, pengakuan, dan ketakutan, semuanya secara signifikan terkait dengan PTSS) (Gjerstad et al. 2020)

Memahami dampak psikologis dari pandemi pada petugas kesehatan, adalah penting dalam perencanaan untuk wabah penyakit menular yang muncul di masa depan. penelitian ini menyelidiki apakah faktor-faktor yang terkait dengan PTSS jangka pendek dalam pandemi juga dikaitkan dengan PTSS jangka panjang dalam para pekerja kesehatan. Selain itu, perhatian khusus harus diberikan kepada petugas kesehatan yang telah direkrut secara khusus untuk bekerja dengan pasien coronavirus karena kebutuhan staf yang luar biasa, Orang-orang ini mungkin kurang siap dan lebih berisiko terhadap PTSS. Menghadiri dokter psikiater dan mungkin dapat meringankan masalah kesehatan mental jangka panjang dalam kelompok penyedia layanan kesehatan garis depan dalam kedepannya.

Mendukung pekerja perawatan kesehatan selama dan pascabencana perlu menjadi upaya interdisipliner yang saling berkolaboratif. Setiap disiplin membawa

pandangan dan keahlian yang unik. Kita juga perlu melibatkan semua sumber daya dukungan yang tersedia. Selama bencana, petugas kesehatan mungkin tidak mencari dukungan tradisional seperti psikoterapi. Kita harus memprioritaskan kebutuhan yang paling mendasar, termasuk Mendukung Pekerja Kesehatan Selama Covid-19 waktu istirahat, makanan, dan keamanan (Gonzalez, et al. 2020).

Dampak Psikologis Pandemi COVID-19 pada Pekerja Perawatan Kesehatan Garis Depan Selama Gelombang Pandemi di New York City yang dilakukan (Feingold et al. 2021) : Sebanyak 3.360 tenaga kesehatan dari 6.026 orang menyelesaikan survei (55,8% partisipasi), dengan 2.579 (76,8%) dimana hasilnya sebanyak 1.005 (39,0%) memenuhi kriteria untuk gejala PTSD, MDD, atau GAD terkait COVID-19. dimana hasilnya sebanyak 599 (23,3%) diskriminasi secara positif untuk gangguan stres pasca trauma (PTSD), 683 (26,6%) untuk gangguan depresi mayor MDD, dan 642 (25,0%) untuk gangguan kecemasan umum (GAD). Analisis multivariabel mengungkapkan bahwa kelelahan selama setahun terakhir dikaitkan dengan risiko tertinggi memperoleh PTSD terkait COVID-19 (rasio odds [OR] 1/42,10), MDD (OR 1/42,83), dan GAD (OR 1/42,68). Dukungan yang dirasakan lebih tinggi dari kepemimpinan rumah sakit dikaitkan dengan risiko terendah semua hasil [PTSD (OR 1/40,75), MDD (OR 1/40,72), dan GAD (OR 1/40,76).

Di penelitian lain (Galbraith et al. 2020) menunjukan bahwa ternyata Dokter mengalami tingkat stres kerja yang tinggi bahkan dalam keadaan normal, tetapi banyak yang enggan mengungkapkan kesulitan kesehatan mental atau mencari bantuan untuk mereka, dengan stigma sebagai alasan yang sering dikutip. Krisis penyakit virus korona 2019 (COVID-19) memberikan tekanan tambahan pada

dokter dan sistem perawatan kesehatan secara umum dan penelitian menunjukkan bahwa tekanan tersebut membawa risiko tekanan psikologis yang lebih besar bagi dokter.

Sebuah penelitian lain (Magill, Siegel, and Pike 2020) menunjukan Kesehatan Mental Penyedia Layanan Kesehatan Garis Depan yakni para dokter Selama Pandemi: menunjukan bahwa setidaknya covid-19 memberikan dampak merugikan bagi para dokter. Hasil kesehatan mental yang diteliti adalah stres (n = 32), kecemasan (n = 26), gangguan stres pasca trauma (PTSD; n = 25), ukuran umum kesehatan mental (n = 18), depresi (n = 16), dan tidur (n = 4). Dua studi (7, 8) juga mengukur perilaku obsesif-kompulsif dan ide paranoid, dan satu studi mengukur penyalahgunaan zat (9). Sebagian besar penelitian menilai gejala kesehatan mental yang dialami hanya 20% (n = 17)

### **2.3. Kerangka Teori**

Supaya memudahkan mendapatkan data wawancara yang akurat dan memudahkan informan untuk mengingat Kembali pengalaman mereka saat bekerja di garda terdepan covid-19 atau saat bekerja di masa-masa awal pandemic, maka peneliti membagi perjalanan timeline pandemic diindonesia menjadi 10 bagian, diantaranya :

1. Kesadaran Awal berupa reaksi para informan saat awal pertama kali mendengar berita wabah di wuhan china atau saat pertama kali mendengar berita virus corona covid-19.
2. Awal Pandemi Di Indonesia yaitu waktu Ketika pemerintah mengumumkan bahwa virus corona sudah masuk ke Indoensia



3. Pengumuman Lockdown yaitu saat pemerintah menetapkan corona cpvid-19 sebagai wabah nasional dan memberlakukan Lockdown di beberapa daerah diindonesia.
4. Reaksi Lanjutan Korban corona Bertambah dan mulai terjadi kepanikian di masyarakat, masker langka, alat pelindung diri masih minim dan jumlah kematian akibat corona semakin banyak.
5. Reaksi saat Penugasan Kerja / Kewajiban Profesi (Garda Depan Covid). Kekhawatiran untuk merawat pasien-pasien covid-19.
6. Reaksi dan Pengalaman / Penyesuaian dengan suasana dan Kondisi Kerja yang Baru yang tidak seperti biasanya.
7. Kesulitan Saat Bekerja, ketakutan, kekhawatiran, kelelahan, kegelisahan, stress, Dysporia dan Lainnya
8. Gangguan Kesehatan Mental yang dialami saat bekerja di garda terdepan covid-19
9. Adaptasi / Penyesuaian/ Realisasi Saat Ini berupa Komitmen Kerja, Kepatuhan, Kesadaran Kesehatan, Proactive, Kepatuhan Lockdown, Isolasi Mandiri, Persiapan untuk bekerja dengan segala keadaan new normal.
10. Harapan Masa Depan, apakah ada Sikap Positivisme atau bahkan Sikap Negativisme kepada Masyarakat atau Pemerintah akibat banyaknya korban yang berjatuhan dari para tenaga medis

Kerangka teori penelitian ini berupa gangguan Kesehatan mental akibat respon dari pandemic covid-19 diambil dari pedoman kesehatan jiwa (SAMHSA 2014) ada 10 Gejala yang harus di perhatikan dimana setiap orang bereaksi secara

berbeda terhadap situasi-situasi yang penuh tekanan seperti wabah pandemic Covid-19 yang sangat menular yang membutuhkan pengaturan jarak sosial (social distancing), karantina (quarantine), atau isolasi (lockdown). Dengan demikian, berdasar rujukan teori-teori di atas, maka 10 gejala tersebut yang harus diperhatikan ini adalah fokus penelitian; yakni materi yang dilakukan penelitian. 10 Gangguan Kesehatan mental terkait pandemic covid-19 antara lain adalah:

### **2.3.1. Kecemasan**

Kecemasan adalah emosi yang ditandai dengan perasaan tegang, pikiran khawatir, dan perubahan fisik seperti peningkatan tekanan darah. Orang dengan gangguan kecemasan biasanya memiliki pikiran atau kekhawatiran mengganggu yang berulang. Mereka mungkin menghindari situasi tertentu karena khawatir. Mereka mungkin juga memiliki gejala fisik seperti berkeringat, gemetar, pusing atau detak jantung yang cepat.(Alan E. Kazdin 2019)

Kecemasan adalah emosi yang ditandai dengan keadaan yang tidak menyenangkan dari kekacauan batin, sering kali disertai dengan perilaku gugup seperti mondar-mandir, keluhan somatik, dan perenungan. Kecemasan mencakup perasaan takut yang secara subyektif tidak menyenangkan atas kejadian yang diantisipasi.(Furnham and Lousley 2013)

Kecemasan adalah perasaan tidak nyaman dan khawatir, biasanya digeneralisasikan dan tidak fokus sebagai reaksi berlebihan terhadap situasi yang secara subyektif dilihat sebagai ancaman. Hal ini sering kali

disertai dengan ketegangan otot, kegelisahan, kelelahan, dan masalah konsentrasi. Kecemasan terkait erat dengan rasa takut, yang merupakan respons terhadap ancaman nyata atau yang dirasakan langsung; kecemasan melibatkan ekspektasi ancaman di masa depan. Orang yang menghadapi kecemasan mungkin menarik diri dari situasi yang memicu kecemasan di masa lalu. (E. F. Walker D. L. Rosenhan 2000)

Didalam masa pandemic Covid-19 respon kecemasan Bagi tenaga kesehatan garis depan (termasuk perawat, dokter pengemudi ambulans, petugas identifikasi kasus, dan lainnya) faktor penyebab stres tambahan selama wabah COVID-19 bisa jadi lebih berat, diantaranya:

- a) Stigmatisasi terhadap orang yang menangani pasien COVID-19 dan jenazahnya
- b) Langkah-langkah biosecurity yang ketat:
- c) Alat perlindungan yang membatasi gerak
- d) Isolasi fisik mempersulit upaya menolong orang yang sakit atau tertekan
- e) Kesiagaan dan kewaspadaan yang terus-menerus
- f) Prosedur ketat melarang tindakan spontan dan sesuai pilihan
- g) Tuntutan pekerjaan yang lebih tinggi, termasuk waktu kerja yang lama, jumlah pasien yang meningkat dan praktik terbaik yang terus berubah seiring perkembangan informasi tentang COVID-19

- h) Semakin sulit mendapatkan dukungan sosial karena jadwal kerja yang padat dan adanya stigma masyarakat terhadap petugas garis depan
- i) Kurang kesempatan dan tenaga untuk perawatan dasar bagi dirinya sendiri
- j) Kurang informasi tentang paparan jangka panjang pada orang-orang yang terinfeksi COVID-19
- k) Rasa takut petugas garis depan akan menularkan COVID-19 ke teman dan keluarga karena bidang pekerjaannya

### **2.3.2. Ketakutan**

Ketakutan adalah suatu tanggapan emosi terhadap ancaman. Takut adalah suatu mekanisme pertahanan hidup dasar yang terjadi sebagai respons terhadap suatu stimulus tertentu, seperti rasa sakit atau ancaman bahaya. Beberapa ahli psikologi juga telah menyebutkan bahwa takut adalah salah satu dari emosi dasar, selain kebahagiaan, kesedihan, dan kemarahan. Ketakutan harus dibedakan dari kondisi emosi lain, yaitu kegelisahan, yang umumnya terjadi tanpa adanya ancaman eksternal. Ketakutan juga terkait dengan suatu perilaku spesifik untuk melarikan diri dan menghindar, sedangkan kegelisahan adalah hasil dari persepsi ancaman yang tak dapat dikendalikan atau dihindarkan. ketakutan selalu terkait dengan peristiwa pada masa datang, seperti memburuknya suatu kondisi, atau terus terjadinya suatu keadaan yang tidak dapat diterima. (Öhman 2000)

Setiap orang bereaksi berbeda terhadap situasi ketakutan seperti wabah penyakit menular yang membutuhkan jarak sosial, karantina, atau isolasi. Tenaga Kesehatan dan tenaga medis mungkin akan merasa ketakutan terkait dengan:

- a) Status kesehatan dirinya sendiri
- b) Status kesehatan orang lain yang mungkin akan tertular dari dirinya karena terpapar atau menderita penyakit covid-19
- c) Ketakutan yang mungkin dirasakan teman dan keluarga dan dirinya sendiri jika mereka harus masuk ke karantina sebagai akibat dari Riwayat paparan kontak saat bekerja.
- d) Ketakutan karena Pengalaman melihat pasien atau diri sendiri, atau ketakutan karena menyaksikan kematian atau penderitaan pasien dengan covid-19 yang mengalami tanda-tanda kritis atau kesusahan dari gejala penyakit yang diderita.
- e) Ketakutan akan waktu yang terbuang, waktu Bersama keluarga, ketakutan kesulitan dalam melaksanakan pekerjaan dan ketakutan akan potensi kehilangan pendapatan dan keamanan selama kerja.
- f) Ketakutan akan kesulitan mendapatkan barang-barang atau hal-hal yang kita butuhkan, seperti bahan makanan dan barang perawatan pribadi dan sebagainya.
- g) Ketakutan akan kurangnya kemampuan merawat anak-anak secara efektif karena harus diisolasi di rumah sakit atau ketakutan akan jauh

dari keluarga dekat karena isolasi dalam perawatan mandi kita setelah terpapar Covid-19.

### **2.3.3. Kekhawatiran**

Kekhawatiran mengacu pada pikiran tentang masalah atau tidak menyenangkan hal-hal yang mungkin terjadi, atau gambaran takut (gelisah, cemas) terhadap suatu hal yang belum diketahui dengan pasti; bisa juga emosi dan tindakan yang bersifat negatif dengan cara yang berulang-ulang dan tidak terkendali yang dihasilkan dari analisis risiko kognitif proaktif yang dibuat untuk menghindari atau memecahkan potensi ancaman yang diantisipasi dan potensi konsekuensinya. (Brosschot, Pieper, and Thayer 2005)

Didalam masa pandemic Covid-19 respon petugas medis dan pekerja Kesehatan pasti akan merasa khawatir dan sangat wajar jika mereka merasa tertekan dan khawatir. Respons umum dari kekhawatiran dari pada petugas medis dan juga orang-orang yang terdampak (baik secara langsung atau tidak) antara lain:

- a) Khawatir takut jatuh sakit dan meninggal karena covid-19
- b) Tidak mau datang ke fasilitas layanan kesehatan karena khawatir takut tertular saat dirawat
- c) Khawatir takut kehilangan mata pencaharian, tidak dapat bekerja selama isolasi, dan dikeluarkan dari pekerjaan
- d) Khawatir akan diasingkan masyarakat/dikarantina karena dikait-kaitkan dengan penyakit (seperti rasisme terhadap orang yang berasal dari, atau dianggap berasal dari, tempat-tempat terdampak)

- e) Merasa tidak berdaya untuk melindungi orang-orang terkasih dan takut kehilangan orang-orang terkasih karena virus yang menyebar sangat cepat.
- f) Khawatir terpisah dari orang-orang terkasih dan pengasuh karena aturan karantina
- g) Khawatir tidak bisa lagi mengurus si buah hati yang sendirian dirumah karena atau terpisah, para penyandang disabilitas atau orang berusia lanjut usia dirumah karena mereka akan dikarantina

#### **2.3.4. Frustrasi**

Dalam psikologi frustrasi adalah respons emosional yang umum terhadap pertentangan, terkait dengan kemarahan, gangguan, dan kekecewaan. Frustrasi muncul dari penolakan yang dirasakan terhadap pemenuhan keinginan atau tujuan individu dan cenderung meningkat ketika keinginan atau tujuan ditolak atau diblokir. (Maret G. Taraber and Jan F. Stevens 2011),

Didalam masa pandemic Covid-19 respon petugas medis terhadap frustrasi dibagi menjadi dua jenis: internal dan eksternal.

- a) Frustrasi internal dapat timbul dari tantangan dalam memenuhi tujuan, keinginan, dorongan dan kebutuhan pribadi, atau menangani kekurangan yang dirasakan, seperti kurangnya kepercayaan diri karena takut tertular atau ketakutan terhadap situasi pandemik. Konflik, seperti Ketika mendengar kabar bahwa virus corona menimbulkan banyak korban jiwa dan mengalami

masa sulit menjalani lockdown dan dapat menciptakan disonansi kognitif.

- b) Frustrasi eksternal melibatkan kondisi di luar kendali individu, seperti hambatan fisik bekerja, tugas di garda depan yang sulit, atau persepsi corona virus tidak akan berahir dan akan terus ada selamanya.

### **2.3.5. Kesendirian**

Kesendirian adalah keadaan pengasingan atau isolasi, yaitu, kurangnya kontak dengan orang lain. Kondisi ini mungkin berasal dari hubungan yang buruk, kehilangan orang yang dicintai, pilihan yang disengaja, penyakit menular, gangguan mental, gangguan neurologis atau keadaan pekerjaan atau situasi (misal terdampar ditempat asing). Kesendirian jangka pendek sering dinilai sebagai saat-saat seseorang bisa bekerja, berpikir atau beristirahat tanpa terganggu. Yang mungkin diinginkan demi privasi. Kesendirian dan kesepian adalah dua hal yang berbeda. Dalam pengertian ini, kedua kata tersebut mengacu pada kegembiraan dan rasa sakit karena menyendiri. Kesepian tumpang tindih namun berbeda dengan kesendirian. Kesendirian hanyalah keadaan terpisah dari orang lain; tidak semua orang yang mengalami kesendirian merasa kesepian. Sebagai emosi subjektif, kesepian bisa dirasakan bahkan saat dikelilingi oleh orang lain; orang yang merasa kesepian, kesepian.(Carter 2000)



Kesendirian dalam hal pandemic covid-19 yaitu terkait dengan perasaan kesendirian dan merasa terputus dari dunia dan dari orang yang dicintai pasti akan dirasakan para petugas medis di garda terdepan, dimana mereka Ketika bekerja di rumah sakit darurat covid-19 tidak bisa pulang kerumah, mereka harus memisahkan dirinya dengan keluarganya. rasa kesendirian ini memicu rasa takut, kekhawatiran dan faktor penyebab tekanan yang terus ada di pekerja medis selama wabah COVID-19 dapat menyebabkan konsekuensi jangka panjang di tengah masyarakat dan keluarga, diantaranya

- a) Melemahnya hubungan keluarga akibat ada anggota keluarga yang harus diisolasi atau bahkan tidak akan bertemu Kembali karena harus meninggal dan tidak bisa mengantar hingga pemakaman.
- b) Melemahnya hubungan sosial, dinamika lokal dan ekonomi
- c) Stigma terhadap pasien dan para petugas Kesehatan yang mengidap penyakit sehingga ditolak masyarakat sekitar
- d) Kemungkinan timbulnya amarah dan perpecahan dan permusuhan terhadap pemerintah dan tenaga medis garis depan
- e) Kemungkinan rasa ragu atas informasi dari pemerintah dan otoritas lain seperti berita di TV dan berita simpang siur, hoax yang beredar dimasyarakat.

- f) Kemungkinan ada gejala Kesehatan mental lain yang timbul akibat kesendirian yang berkepanjangan, seperti penggunaan alcohol dan penyalahgunaan obat dan akibat-akibat negatif lain karena orang merasa tertekan, sendiri atau karena takut dan akhirnya menghindari fasilitas kesehatan atau tidak dapat menjangkau tenaga Kesehatan

### **2.3.6. Kemarahan**

Kemarahan, berasal dari kata marah (bahasa Inggris: *wrath*, *anger*; bahasa Latin: *ira*), adalah suatu emosi yang secara fisik mengakibatkan antara lain peningkatan denyut jantung, tekanan darah, serta tingkat adrenalin dan noradrenalin (Charles Patrick Davis, MD 2021)

Rasa marah menjadi suatu perasaan yang dominan secara perilaku, kognitif, maupun fisiologi saat seseorang membuat pilihan sadar untuk mengambil tindakan untuk menghentikan secara langsung ancaman dari pihak luar (Tafrate 2006).

Gejala marah muncul biasanya karena perasaan ketakutan dan khawatir yang berlebihan terhadap terjadinya sesuatu yang semakin buruk dan menyinggung profesi atau seseorang. Tidak heran kemarahan akan selalu muncul mengikuti dari pola Kesehatan mental para tenaga medis selama pandemic.

- a) Ketidakpastian atau frustrasi tentang keselamatan jiwa dan ancaman selama bekerja digarda terdepan.

- b) Kemarahan akibat lambatnya program pemerintah dalam menangani pandemic covid-19
- c) Kemarahan akibat banyaknya tenaga Kesehatan yang gugur selama pandemic covid-19
- d) Kemarahan dan frustrasi tentang berapa lama Anda akan membutuhkannya tetap dalam situasi ini, dan ketidakpastian tentang masa depan
- e) Kemarahan terkait dengan perasaan terasing dari dunia dan dari orang yang dicintai
- f) Marah jika tenaga Kesehatan mengira akan terkena penyakit karena kelalaian orang lain atau masyarakat yang masih enggan melakukan isolasi mandiri atau penggunaan masker.
- g) Kemarahan dengan kebosanan dan frustrasi karena Anda mungkin tidak mampu bekerja atau terlibat dalam aktivitas sehari-hari biasa
- h) Kemarahan dan ambivalensi tentang situasi yang semakin kacau dan memburuk dan adanya keinginan untuk menggunakan alkohol atau obat-obatan untuk mengatasinya

### **2.3.7. Kebosanan**

Kebosanan adalah keadaan emosional atau psikologis yang dialami saat seseorang dibiarkan tanpa sesuatu yang khusus dilakukan, tidak tertarik pada lingkungannya, atau merasa bahwa hari atau periode membosankan. Hal ini juga dipahami oleh para ilmuwan sebagai fenomena modern yang memiliki dimensi budaya. Tampaknya ini adalah keadaan mental tertentu yang orang anggap tidak menyenangkan, kurangnya rangsangan yang membuat mereka bergerak aktif dengan serangkaian konsekuensi perilaku medis dan sosial. (Koerth-Baker 2016)

Keadaan pandemic akan menimbulkan kebosanan dan bisa membuat para tenaga medis di garda terdepan merasa tertekan, selain itu faktor penyebab kebosanan juga dapat dipengaruhi pada keadaan, seperti:

- a) Kebosanan karena masa waktu lockdown yang lama dan rasa jenuh yang tinggi karena banyak kegiatan yang dihentikan.
- b) Kebosanan karena harus memakai alat pelindung diri APD yang sangat panas dan tidak nyaman.
- c) Kebosanan akibat kerja yang berat dan monoton tanpa adanya kepastian kapan pandemic akan berakhir.
- d) Kebosanan karena jauh dari orang-orang yang dicintai, jauh dari keluarga atau jauh dan tidak bisa bertemu dengan kolega yang sedang melakukan isolasi mandiri.

- e) Kebosanan karena tidak bisa bertemu teman sahabat dan harus melakukan video call atau zoom meeting selama masa pandemic.
- f) Kebosanan akan situasi yang sepertinya semakin tidak ada perubahan, kebijakan lockdown yang terus menerus diperpanjang dan keadaan lingkungan yang seakin tidak menentu.

### **2.3.8. Ketidakpastian**

Ketidakpastian adalah sebuah situasi di mana ada sesuatu yang tidak diketahui, atau sesuatu yang tidak diketahui, keadaan tidak pasti, ada keraguan, ada sesuatu yang tidak pasti, Keragu-raguan, ketidaktentuan. Ketidakpastian adalah sebutan yang digunakan dengan berbagai cara di sejumlah bidang, termasuk filosofi, fisika, statistika, ekonomika, keuangan, asuransi, psikologi, sosiologi, teknik, dan ilmu pengetahuan informasi. Ketidakpastian berlaku pada perkiraan masa depan hingga pengukuran fisik yang sudah ada atau yang belum diketahui atau ambivalensi tentang situasi tersebut. (Sundgren and Karlsson 2013)

Sebagian rasa takut dan reaksi ini muncul dari bahaya yang memang ada, tetapi banyak juga yang muncul dari kurangnya pengetahuan, rumor dan misinformasi. Rumor umum tentang COVID-19 yang akhirnya menimbulkan rasa ketakutan dan keragu-raguan antara lain:

- a) ketidakpastian atau ambivalensi tentang situasi covid yang sepertinya tidak ada titik terang
- b) ketidakpastian atau ambivalensi tentang situasi lockdown yang sepertinya semakin Panjang dan terus diperpanjang oleh pemerintah
- c) ketidakpastian atau ambivalensi yang buruk dan pesimisme terhadap pemerintah dari fakta banyaknya tenaga Kesehatan dan tenaga dokter yang meninggal akibat tertular covid-19
- d) ketidakpastian tentang situasi kerja yang semakin berat akibat banyak tenaga kerja yang gugur dan ketakutan tinggi kita akan menyusul selanjutnya.
- e) Ketidakpastian rumah sakit dalam menyediakan alat pengaman diri APD yang cukup untuk para tenaga Kesehatan agar bisa menjalankan tugasnya dengan baik di garda kedepan.
- f) Keraguan dan ketidakpastian dimana virus akan sangat mudah menular pada orang yang tidak memakai masker atau alat pelindung diri yang baik.
- g) Ketidakpastian akan risiko terinfeksi dan menginfeksi orang lain, terutama jika cara penularan COVID-19 belum 100% diketahui.

### **2.3.9. Depresi**

Depresi adalah gangguan mood yang umum tetapi serius. Ini menyebabkan gejala parah yang memengaruhi perasaan, pikiran,

dan penanganan aktivitas sehari-hari Anda, seperti tidur, makan, atau bekerja. Untuk didiagnosis dengan depresi, gejala harus ada setidaknya selama dua minggu. (American Psychiatric Association 1965)

Menurut (Benjamin J. Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz 2017), pengertian depresi adalah suatu masa terjadinya gangguan fungsi manusia yang berhubungan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, anhedonia, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta bunuh diri.

Menurut (Kartono, K. 1992), pengertian depresi adalah kemuraman hati (kepedihan, kesenduan, keburaman perasaan) yang patologis sifatnya. Biasanya timbul oleh; rasa inferior, sakit hati yang dalam, penyalahan diri sendiri dan trauma psikis.

Menurut (Maramis 2009), dalam psikologi definisi depresi adalah gejala dan sindroma perasaan sedih yang bersifat psikopatologis yang disertai dengan hilangnya minat, kurang energi, dan meningkatnya rasa lelah.

Menurut (Philips L. Rice 1998), depresi adalah suatu kondisi dimana terganggunya mood dan emosional secara berkepanjangan yang melibatkan proses berpikir, berperilaku, dan berperasaan, yang pada umumnya timbul karena seseorang kehilangan harapan ataupun perasaan tidak berdaya.

Respon Kesehatan mental para tenaga Kesehatan selama masa pandemic covid-19 ini dapat sangat banyak dan berbeda setiap individu, Selama periode pandemic ini, gejala depresi para tenaga medis muncul hampir sepanjang hari, hampir setiap hari dan mungkin sepanjang minggu dan bulan, diantaranya termasuk:

- a) Perasaan sedih, menangis, hampa atau putus asa.
- b) Mudah tersinggung, frustrasi, atau mudah marah, bahkan karena hal-hal kecil.
- c) Kehilangan minat atau kesenangan dalam sebagian besar atau semua aktivitas normal, seperti seks, hobi, atau olahraga.
- d) Gangguan tidur, termasuk insomnia atau terlalu banyak tidur.
- e) Kelelahan dan kekurangan energi, sehingga tugas-tugas kecil membutuhkan usaha ekstra.
- f) Nafsu makan berkurang dan berat badan menurun atau malah sebaliknya ada peningkatan dan keinginan untuk makan dan penambahan berat badan.
- g) Kecemasan, agitasi atau kegelisahan selama masa melakukan pekerjaan di garda depan.
- h) Kemampuan berpikir yang melambat, ataupun berbicara atau gerakan tubuh yang kosong selama bekerja.
- i) Perasaan tidak berharga atau bersalah, terpaku pada kegagalan masa lalu atau menyalahkan diri sendiri terlebih lagi ada pasien yang meninggal karena covid-19.



- j) Kesulitan berpikir, berkonsentrasi, membuat keputusan dan mengingat sesuatu.
- k) Merasa gelisah atau kesulitan duduk diam dan keinginan menggunakan alcohol dan obat-obat terlarang.
- l) Masalah fisik yang tidak dapat dijelaskan, seperti sakit punggung, nyeri anggota badan tertentu, sakit kepala, kram, atau masalah pencernaan tanpa penyebab fisik yang jelas dan atau yang tidak mereda bahkan dengan pengobatan.
- m) Pikiran yang sering atau berulang tentang kematian dan berpikiran untuk bunuh diri dan atau melukai diri.

### **2.3.10. PTSD**

Gangguan stres pasca-trauma (PTSD) adalah gangguan mental yang dapat berkembang setelah terpapar traumatis peristiwa, seperti kekerasan seksual, peperangan, kecelakaan lalu lintas, pelecehan anak, atau ancaman lain terhadap kehidupan seseorang. Gejala dapat mengganggu pikiran, perasaan, atau mimpi yang terkait peristiwa tersebut, mental atau fisik tekanan terhadap, perubahan cara berpikir dan perasaan seseorang. Gejala PTSD ini berlangsung selama lebih dari sebulan setelah kejadian. Seseorang dengan PTSD berisiko lebih tinggi untuk bunuh diri dan sengaja melukai diri sendiri. (American Psychiatric Association 1965)

Walaupun pandemic sudah berakhir dan atau para tenaga Kesehatan di garda terdepan sudah selesai melakukan pekerjaannya, ada beberapa tanda dan gejala gangguan stres pascatrauma yang perlu diperhatikan, di antaranya adalah:

- a) ingatan masa lalu (saat masih bekerja menangani pasien covid-19) penyebab trauma yang terus-menerus muncul.
- b) Kerap mengulang peristiwa traumatis semisal melihat teman sejawat yang meninggal yang seolah kembali terjadi.
- c) Sering mengalami mimpi buruk yang terasa nyata mengenai berbagai hal traumatis saat masa pandemi.
- d) Reaksi fisik yang menyebabkan stres mengenai hal yang menimbulkan perasaan trauma terutama saat bekerja di garda terdepan.

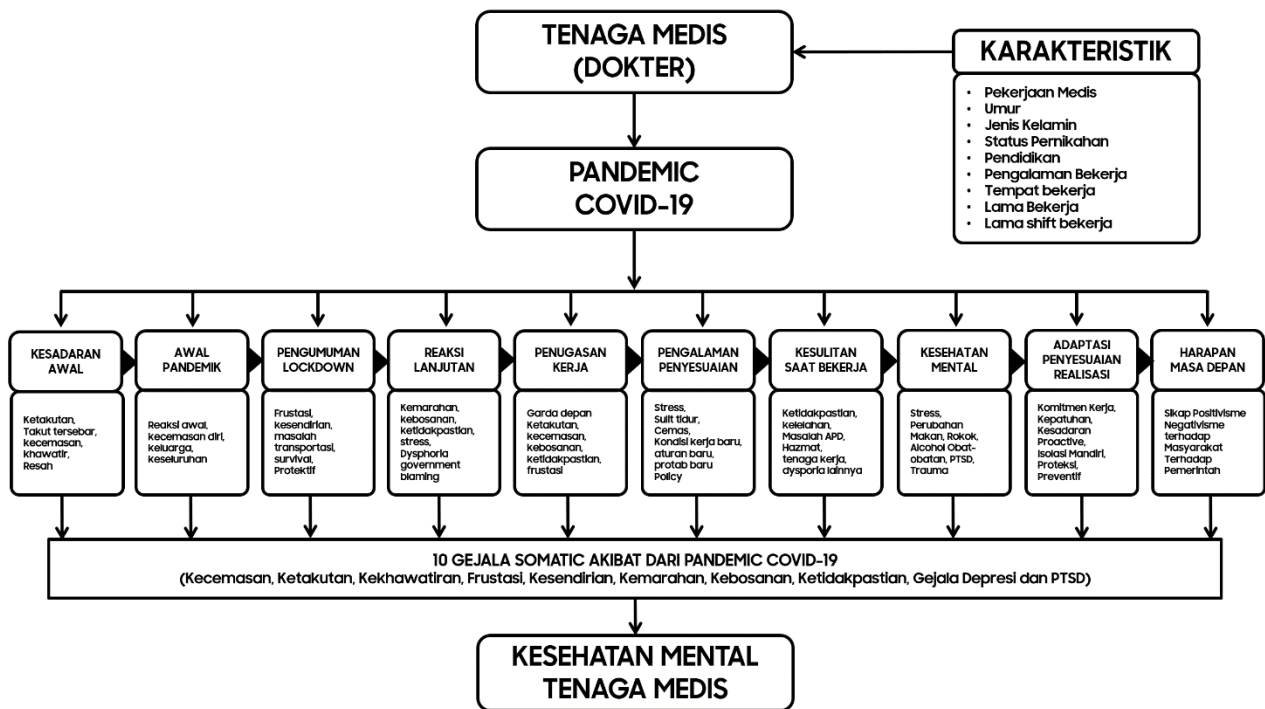
Menurut (MHPSS Reference Group 2020) PTSD yang dialami petugas Kesehatan yang berhubungan dengan masa pandemic covid-19 juga menyebabkan adanya perubahan pada pola pikir dan suasana hati yang cenderung menjadi negatif, contohnya:

- a) Pikiran yang selalu negatif terhadap diri sendiri atau orang lain.
- b) Tidak ada harapan untuk masa depan.
- c) Lupa akan berbagai hal aspek-aspek atau detil penting yang berkaitan dengan penyebab trauma.
- d) Tidak bisa menjaga hubungan baik dengan orang lain.
- e) Merasa jauh dengan keluarga maupun kerabat dekat.

- f) Kehilangan semangat melakukan aktivitas yang biasanya disukai.
- g) Tidak dapat menunjukkan energi positif dalam diri.
- h) Kesulitan merasakan berbagai emosi di dalam diri.

Ada pula perubahan pada reaksi fisik maupun emosi terhadap banyak hal, seperti berikut ini:

- a) Mudah terkejut atau merasa takut.
- b) Selalu waspada terhadap berbagai hal yang dianggap bahaya.
- c) Kecenderungan menyakiti atau merusak diri sendiri.
- d) Kerap mengalami gangguan tidur.
- e) Kesulitan untuk berkonsentrasi.
- f) Mudah marah atau lebih agresif dalam merespons berbagai hal.
- g) Perasaan bersalah atau malu yang berlebihan.
- h) Seperti sebagai kenangan mengganggu yang mengganggu, kilas balik (menghidupkan Kembali acara), mimpi buruk, perubahan pikiran dan suasana hati, dan mudah terkejut, seperti anggota yang mengganggu intrusif, kilas balik (mengingat kembali peristiwa itu), mimpi buruk, perubahan pikiran dan suasana hati, dan mudah kaget.



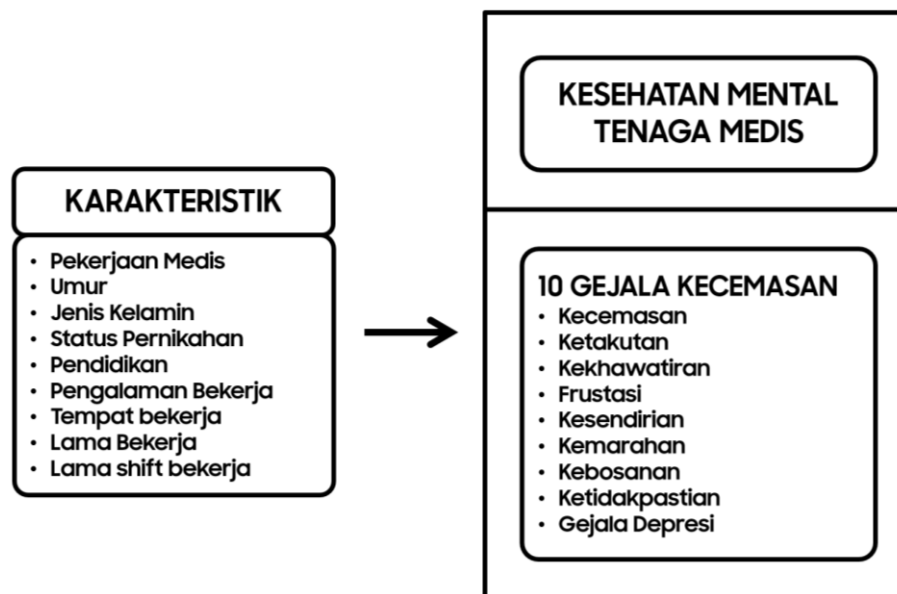
Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

## BAB III

### KERANGKA KONSEP PENELITIAN

#### 3.1. Kerangka Konsep

Singarimbun (1990); (Drs. Tjetjep Samsuri 2003) mengatakan bahwa konsep adalah generalisasi dari sekelompok fenomena tertentu sehingga dapat dipakai untuk menggambarkan berbagai fenomena yang sama. Dalam kenyataannya konsep mempunyai tingkat generalisasi tertentu. Semakin dekat dengan realita semakin mudah konsep itu diukur dan diartikan.



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Konsep dapat dibedakan menjadi dua macam, yaitu konsep abstrak dan konsep kongkrit. Konsep kongkrit yakni yang dapat diukur dengan alat ukur fisik, artinya terukur dengan kasat mata. Contohnya konsep meja, panjang, berat dan lain-lain. Adapun konsep yang abstrak misalnya manajemen, sikap, motivasi, persepsi

dan lain-lain. Oleh karena itu peneliti tentang motivasi misalnya perlu mendefinisikan dengan jelas apa itu motivasi, yaitu dengan memberikan gambaran tentang karakteristiknya sehingga mudah difahami.

Dalam penelitian ini, Adapun kerangka konsep yang digunakan adalah kerangka konsep abstrak, karena focus penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana persepsi atau sikap atau reaksi para tenaga medis saat bekerja di garda depan penanganan covid-19, dengan meneliti dan mencari 10 gejala somatic akibat dari pandemic covid-19 yang terdiri dari kecemasan, ketakutan, Kekhawatiran, frustrasi, kesendirian, kemarahan, kebosanan, ketidakpastian, gejala depresi dan PTSD. Adapun para tenaga medis yaitu para dokter adalah sebagai informan yang akan diteliti dan di wawancarai sesuai dengan pedoman wawancara yang sudah dibuat.

### **3.2. Definisi Istilah**

Berdasarkan fokus dan rumusan masalah penelitian, maka uraian definisi istilah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

#### **1. Krisis**

Krisis merupakan suatu kejadian atau peristiwa yang terjadi secara tiba-tiba dalam kehidupan seseorang yang mengganggu keseimbangan selama mekanisme keadaan tersebut kondisi penuh stress tidak dapat memecahkan masalah, keadaan sulit, penuh penderitaan dan dianggap sebagai ancaman. (Cambridge Dictionary n.d.)

#### **2. Krisis Kesehatan**

Krisis kesehatan adalah situasi yang sulit atau kompleks sistem kesehatan yang mempengaruhi manusia dalam satu atau daerah lokalitas tertentu untuk mencakup seluruh planet dan Tingkat keparahannya sering diukur dengan jumlah orang yang dipengaruhi oleh luas geografisnya, atau penyakit atau kematian proses patogen yang berasal.(Gérvas and Meneu 2010)

### 3. Kesehatan Mental

Kesehatan Mental merupakan kondisi sejahtera yang dirasakan individu, di mana dia menyadari kemampuannya, dapat mengatasi tekanan-tekanan dalam kehidupannya, dapat bekerja secara baik dan produktif, serta mampu memberi kontribusi kepada masyarakatnya (WHO 2014).

### 4. Krisis Kesehatan Mental

Krisis Kesehatan mental merupakan suatu kejadian di mana seseorang atau individu atau orang-orang yang memberikan perawatan (bagi individu atau yang tidak) yang tidak dapat diselesaikan tanpa intervensi yang dipersepsikan sedang mengalami perasaan tertekan pribadi yang intens (misalnya, kecemasan, depresi, kemarahan, ketakutan, panik, keputusasaan), pada sebuah peristiwa bencana dalam kehidupan yang mungkin mengakibatkan peningkatan intensitas pada pikiran atau tindakan yang berbahaya bagi diri sendiri dan / atau orang lain. (Law Insider 2021)

### 5. Pekerja Medis

Pekerja medis adalah seorang orang yang di bawah institusi medis atau persatuan kolegium dokter yang melakukan berbagai kegiatan

pengobatan atau yang berkaitan dengan pemberian obat yang bertugas di klinis rumah sakit, atau fasilitas kesehatan lainnya. (Miller-Keane 2003)

## 6. Pandemi

Pandemi merupakan wabah atau epidemi penyakit yang menyebar dan berjangkit serempak di mana-mana yang meliputi daerah geografi yang luas misalnya beberapa benua, atau di seluruh dunia. (WHO 2020c)

## 7. Covid-19

Penyakit Coronavirus (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus korona jenis baru yang baru saja ditemukan di Wuhan. (WHO 2020b)

## 8. Kesehatan Mental Terkait Pandemic Covid-19

Menurut pedoman (SAMHSA 2014) terdapat 10 gejala somatic terkait dengan pandemic Covid- antara lain :

1. Kecemasan adalah emosi yang ditandai dengan perasaan tegang, pikiran khawatir, dan perubahan fisik seperti peningkatan tekanan darah. (Alan E. Kazdin 2019)
2. Ketakutan adalah suatu mekanisme pertahanan hidup dasar yang terjadi sebagai respons terhadap suatu stimulus tertentu, seperti rasa sakit atau ancaman bahaya. (Öhman 2000)
3. Kekhawatiran mengacu pada pikiran tentang masalah atau tidak menyenangkan hal-hal yang mungkin terjadi (Brosschot, Pieper, and Thayer 2005)



4. Frustrasi adalah respons emosional yang umum terhadap pertentangan, terkait dengan kemarahan, gangguan, dan kekecewaan. (Maret G. Taraber and Jan F. Stevens 2011),
  5. Kesendirian adalah keadaan pengasingan atau isolasi akibat berupa kurangnya kontak dengan orang lain. (Carter 2000)
  6. Kemarahan adalah suatu emosi yang secara fisik mengakibatkan antara lain peningkatan denyut jantung, tekanan darah, serta tingkat adrenalin dan noradrenalin (Charles Patrick Davis, MD 2021)
  7. Kebosanan adalah keadaan emosional atau psikologis yang dialami saat seseorang dibiarkan tanpa sesuatu dan tidak tertarik pada lingkungannya. (Koerth-Baker 2016)
  8. Ketidakpastian adalah keadaan tidak pasti, ada keraguan, ada sesuatu yang tidak pasti dan ketidaktentuan. (Sundgren and Karlsson 2013)
  9. Depresi adalah gangguan mood yang memengaruhi perasaan, pikiran, dan aktivitas sehari-hari, seperti tidur, makan, atau bekerja. (American Psychiatric Association 1965)
  10. Gangguan stres pasca-trauma (PTSD) adalah gangguan mental yang dapat berkembang setelah terpapar traumatis peristiwa tertentu dan berlangsung selama lebih dari sebulan setelah kejadian. (American Psychiatric Association 1965)
9. Karakteristik

Karakteristik adalah sesuatu yang terkait dengan karakter dan gaya hidup seseorang serta ciri alamiah yang melekat pada diri seseorang yang

terdiri atas umur, jenis kelamin, ras/suku, pengetahuan, agama/kepercayaan dan sebagainya. (Caragih 2013)

#### 10. Pekerjaan

Pekerjaan adalah sesuatu yang dilakukan oleh manusia untuk mendapatkan penghasilan. Manusia butuh bekerja untuk mempertahankan hidupnya sebab mendapatkan uang.

#### 11. Umur

Umur merupakan salah satu ciri dari karakteristik atau bentuk indikator dari karakteristik. Arti dari Umur disini adalah waktu atau bertambahnya hari sejak lahir hingga akhir hidup.

#### 12. Jenis Kelamin

Jenis Kelamin adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. Seks berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, dimana laki-laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil dan menyusui. (Stevenson, A.; Waite 2011)

#### 13. Status Pernikahan

Status Pernikahan keadaan yang mengkategorikan seseorang belum menikah atau mereka yang dikatakan melajang dan atau seseorang yang sudah menikah atau pernah menikah dimana dua orang yang berjenis kelamin berbeda hidup bersama dengan legalitas dalam hukum dan agama.

#### 14. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan suatu kegiatan seseorang dalam mengembangkan kemampuan, sikap, dan bentuk tingkah lakunya, baik untuk kehidupan masa yang akan datang dimana melalui organisasi tertentu ataupun tidak terorganisir. (Widi 2011)

#### 15. Pengalaman Bekerja

Pengalaman kerja adalah lama waktu karyawan bekerja di tempat kerja mulai saat diterima di tempat kerja hingga sekarang pada suatu organisasi. (Martoyo 2007)

#### 16. Tempat Bekerja

Tempat bekerja adalah Setiap tempat kerja, terbuka atau tertutup, yang lazimnya dipergunakan atau dapat diduga akan dipergunakan untuk melakukan pekerjaan, baik tetap maupun sementara. (Friedman 2015)

#### 17. Lama bekerja

Lama bekerja adalah sebagai sepele waktu yang agak lama dimana seseorang tenaga kerja masuk dalam satu wilayah tempat kerja atau tempat usaha sampai batas tertentu. (Wariati 2015)

#### 18. Lama Shift

Lama Shift adalah ukuran tentang lama waktu atau masa kerja yang telah seseorang lakukan dalam shift sehari dan memahami tugas-tugas suatu pekerjaan serta telah melaksanakan dengan baik. (Handoko. 2009)

### **3.3. Pertanyaan Penelitian**

Berdasarkan tujuan khusus penelitian maka beberapa pertanyaan penelitian yang berkaitan dengan penelitian ini yaitu:

1. Bagaimana kesehatan mental para pekerja medis berdasarkan karakteristik pekerjaan medis, umur, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pengalaman bekerja, tempat bekerja, lama bekerja dan lama shift saat bekerja di garda depan covid-19?

## **BAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1. Jenis Penelitian**

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif. Alasan penggunaan pendekatan kualitatif adalah karena penelitian ini ingin menganalisis dan menggambarkan krisis kesehatan mental para pekerja kesehatan selama pandemic covid.19 di Indonesia.

#### **4.2. Fokus Penelitian**

Masalah dalam tulisan ini terfokus pada krisis kesehatan mental para pekerja kesehatan selama pandemic covid-19 di Indonesia. Fokus penelitian ini meliputi: Krisis kesehatan mental para pekerja kesehatan selama masa pandemic Covid-19 di Indonesia, meliputi aspek-aspek: sepuluh jenis trauma psikologis (aspek psikis dan traumatic), yakni:

1. Kecemasan, atau ketakutan terkait dengan covid-19.
2. Kekhawatiran untuk bisa merawat anak-anak atau orang lain.
3. Ketidakpastian atau frustrasi tentang berapa lama pandemic ini akan berlangsung.
4. Kesendirian terkait dengan lockdown dan perasaan terputus dari dunia luar dan jauh dari orang-orang yang dicintai
5. Kemarahan jika kita terkena covid-19 akibat karena kelalaian atau ketidakpatuhan orang lain terhadap aturan lockdown.

6. Kebosanan karena tidak dapat bekerja atau melakukan kegiatan rutin seperti biasanya.
7. Ketidakpastian dan ketidakjelasan tentang situasi epidemic covid-19 tersebut
8. Keinginan untuk menggunakan rokok, alkohol atau obat-obatan.
9. Gejala depresi, seperti perasaan putus asa, perubahan selera makan, dan insomnia.
10. Gejala gangguan stres pasca-trauma (PTSD), seperti flashback, mimpi buruk, mood dan suasana hati berubah tiba-tiba dan mudah kaget.

Kesepuluh jenis trauma psikologis (aspek psikis dan traumatic) adalah fokus penelitian yang dilakukan peneliti melalui wawancara mendalam dan komunikasi digital dengan informan.

### **4.3. Lokasi dan Situs Penelitian**

Penelitian kualitatif bercirikan adanya batas-batas wilayah dan lingkup penelitian. Penetapan lokasi atau situs penelitian harus disertai dengan alasan yang kuat untuk memenuhi kriteria logis dan persyaratan metodologis. Adapun pemilihan dan penetapan penelitian adalah di Rumah Sakit Darurat Covid di Wisma Atlet Kemayoran Jakarta Pusat dalam hal ini akan merepresentasikan keadaan penanganan pandemic covid di Indonesia sebagai lokasi penelitian, dengan pertimbangan:

1. Wilayah kabupaten/kota dan provinsi adalah daerah otonomi di Indonesia.
2. Akses peneliti untuk mendapatkan data primer diyakini tidak akan mengalami kesulitan mengingat covid-19 ini terjadi secara menyeluruh.

3. Topik penelitian ini sangat penting karena dari hasil penelitiannya diharapkan dapat memberikan masukan guna peningkatan di dalam membangun wilayah Indonesia yang bebas dari covid-19.
4. Wisma Atlet digunakan sebagai Rumah Sakit (RS) Darurat Covid-19 sekaligus rumah isolasi khusus bagi para pasien covid-19 yang datang dari berbagai daerah di Indonesia dan di dalamnya banyak tenaga medis yang bertugas menangani pasien covid-19.

Situs penelitian ini adalah di wilayah kabupaten/kota dan propinsi sebagai lokasi yang dijadikan penelitian.

#### **4.4. Sumber Data**

Data penelitian bersumber dari subjek penelitian yang dibagi atas: informan, yakni dokter, perawat dan petugas kesehatan yang bekerja dengan adanya pengalaman menangani pasien covid-19. Dalam penelitian ini, penentuan informan dilakukan dengan teknik *snowball*, di mana informan dipilih berdasarkan informasi awal tentang pihak yang terlibat dan menentukan berkaitan dengan fokus-fokus penelitian yang dilakukan melalui wawancara, observasi (pengamatan) dan komunikasi digital di lapangan. Peristiwa, dalam hal ini adalah peristiwa pandemic yang terjadi di Indonesia. Dokumen, dalam hal ini adalah rekaman suara recorder atau video yang berkaitan dengan dokumen dan/atau ketentuan ataupun informasi/berita yang terkait dengan penelitian ini.

Data penelitian bersumber dari subjek penelitian yang dibagi atas:

- a. Sumber utama adalah informan, yakni dokter, perawat dan petugas kesehatan yang bekerja dengan rasa cemas, was-was dan rasa ketakutan yang tinggi serta mengalami krisis kesehatan mental karena ketidak tersediaan alat pelindung diri (APD). Dalam penelitian ini, penentuan informan dilakukan dengan teknik *snowball*, di mana informan dipilih berdasarkan informasi awal tentang pihak yang terlibat dan menentukan berkaitan dengan fokus-fokus penelitian yang dilakukan melalui wawancara, observasi (pengamatan) dan komunikasi digital di lapangan.
- b. Peristiwa, dalam hal ini adalah peristiwa yang terjadi di lapangan yang terjangkau penularan covid-19.
- c. Dokumen, dalam hal ini adalah yang berkaitan dengan dokumen dan/atau ketentuan ataupun informasi/berita yang terkait dengan penelitian ini.
- d. Karakteristik Informant
  1. Jabatan Pekerjaan Medis (Dokter/Spesialis/Konsultan/Manager)
  2. Umur
  3. Jenis Kelamin
  4. Status Pernikahan
  5. Pengalaman Bekerja (Tahun)
  6. Bangsal / Department
  7. Tanggal Awal Bekerja Di Covid-19 (tanggal)
  8. Lama Bekerja Di Garda Covid (hari)



## **4.5. Proses Pengumpulan Data**

Proses pengumpulan data ini melalui beberapa teknik, meliputi:

### **4.5.1 Wawancara Mendalam**

Wawancara dilakukan secara terbuka, dengan menggunakan alat pencatatan, dan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan permasalahan, peristiwa, atau kasus yang sesuai fokus penelitian. Informasi yang telah terkumpul didiskusikan kembali dengan informan, hal ini dimaksudkan agar benar-benar mendapatkan data yang mendalam. Data yang dianggap masih belum cukup memadai atau meragukan, maka dapat dilakukan wawancara mendalam sesuai fokus penelitian, sehingga penggalian informasi dapat menghasilkan tingkat kecukupan.

### **4.5.2 Observasi**

Teknik pengumpulan data melalui observasi atau pengamatan ini dipergunakan untuk mengamati berbagai aktivitas yang berkaitan dengan fokus penelitian. Pengamatan itu ada yang bersifat terencana; artinya peneliti sengaja menyusun rencana observasi pada titik-titik aktivitas yang penting berkaitan dengan aktivitas di lapangan. Sedang pengamatan yang bersifat insidental atau secara tidak sengaja; di mana peneliti tidak mempersiapkan diri terlebih dahulu, namun melakukan pengamatan yang relevan dengan fokus penelitian.

### 4.5.3 Dokumentasi

Teknik pengumpulan data melalui dokumentasi ini dilakukan untuk mengumpulkan, menyusun dan memilah data-data sekunder yang berupa dokumen-dokumen yang diperlukan. Data yang terkumpul, selanjutnya dilakukan sortir; yakni dipisah-pisah menurut relevansinya; artinya sejauhmana data tersebut diperlukan untuk menjelaskan suatu topik.

### 4.6. Analisis Data Penelitian

Data analisis adalah secara kualitatif, di mana data yang sudah terkumpul direduksi berupa pokok-pokok temuan yang relevan dengan peristiwa atau kasus sesuai fokus penelitian, selanjutnya disajikan secara naratif. Dengan demikian data disajikan secara deskriptif, faktual dan sistematis. Proses selanjutnya adalah penarikan kesimpulan, analisa data ini merupakan uraian logis, di mana baik data yang bersifat kualitatif maupun kuantitatif (data sekunder) disajikan dengan saling melengkapi.

Menganalisa data adalah langkah-langkah sebagai berikut: (1) pengumpulan data; (2) kondensasi data; (3) penyajian data; dan (4) penarikan kesimpulan: *drawing / verifikasi*. *Pertama*, pengumpulan data. Data yang dikumpulkan bersumber dari: (1) informan, yakni seseorang yang memberikan informasi dalam suatu wawancara sesuai dengan fokus penelitian; (2) peristiwa, yakni objek atau peristiwa dalam membangun potensi pasar di perguruan tinggi swasta di Indonesia.

*Kedua*, reduksi data. Reduksi data adalah proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan tertulis di lapangan. *Ketiga*, penyajian data. Data yang disajikan berupa: (1) ulasan deskripsi data hasil pengamatan; (2) tabel, bagan, atau angka-angka; (3) gambar atau foto. *Keempat*, penarikan kesimpulan. Kegiatan analisis terakhir adalah menarik kesimpulan (Miles; Huberman; & Saldana, 2014).

## DAFTAR PUSTAKA

- (ISCIII), RENAVE. CNE. CNM. 2020. "Informe Sobre La Situación de COVID-19 En España," 1–14.
- Alan E. Kazdin, PhD. 2019. *Encyclopedia of Psychology*: 8th ed. New York: american psychological association.
- Aluh, Deborah Oyine, and Justus Uchenna Onu. 2020. "The Need for Psychosocial Support Amid COVID-19 Crises in Nigeria." *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 19–21. <https://doi.org/10.1037/tra0000704>.
- American Psychiatric Association. 1965. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Edited by The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association. 5th ed. New York: CBS Publisher and Distributors.
- Amnesty International. 2020. "Exposed, Silenced, Attacked: Failures to Protect Health and Essential Workers during the Covid-19 Pandemic." *Peter Benenson House, London*, 61. <https://www.amnesty.org/download/Documents/POL4025722020ENGLISH.PDF>.
- Andi. 2020. "Berbagai Respon Rakyat Untuk Pemerintah Terkait Penanganan Covid - 19." *Kompas.Com*.
- Azanella, Luthfia Ayu. 2020. "18 Dokter Indonesia Meninggal Selama Pandemi Virus Corona, Berikut Daftarnya."
- Bank, World. 2020. "Rasio Dokter Indonesia Terendah Kedua Di Asia Tenggara | Databoks." *Databoks Katadata*.
- Bastaman, H.D. 1995. *Integrasi Psikologi Dengan Islam Menuju Psikologi Islami*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Beam, Christopher R., and Alice J. Kim. 2020. "Psychological Sequelae of Social Isolation and Loneliness Might Be a Larger Problem in Young Adults Than Older Adults." *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000774>.
- Benjamin J. Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz, Harold I. Kaplan. 2017. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10th ed. Surrey, UK: Wolters Kluwer.
- Bogoch, Isaac I., Alexander Watts, Andrea Thomas-Bachli, Carmen Huber, Moritz U.G. Kraemer, and Kamran Khan. 2020. "Potential for Global Spread of a Novel Coronavirus from China." *Journal of Travel Medicine* 27 (2): 1–3. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa011>.
- Bowser, Muriel. 2020. "What Is COVID-19 Coronavirus." Columbia.
- Brosschot, Jos F, Suzanne Pieper, and Julian F Thayer. 2005. "Expanding Stress Theory: Prolonged Activation and Perseverative Cognition." *Psychoneuroendocrinology* 30 (10): 1043–49. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.04.008>.
- Burlian, Paisol. 2016. *Patologi Sosial*. Jakarta: Bumi aksara.
- Burrer, Sherry L., Marie A. de Perio, Michelle M. Hughes, David T. Kuhar, Sara

- E. Luckhaupt, Clinton J. McDaniel, Rachael M. Porter, Benjamin Silk, Matthew J. Stuckey, and Maroya Walters. 2020. "Characteristics of Health Care Personnel with Covid-19 - United States, February 12-April 9, 2020." *Morbidity and Mortality Weekly Report*.  
<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e6>.
- C Conforti, R Giuffrida, Dianzani C, Di Meo N, Zalaudek I. 2020. "COVID-19 and Psoriasis: Is It Time to Limit Treatment with Immunosuppressants? A Call for Action." *Dermatol Therapeutic*. 13298.
- Cambridge Dictionary. n.d. "Crisis." 2020. Accessed April 6, 2021.  
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/crisis>.
- Caragih. 2013. "Karakteristik Sosial Secara Umum." 2013.  
<https://artikelsiana.com/karakteristik-adalah-pengertian-karakteristik-contohnya/>.
- Carter, Michele A. 2000. "Abiding Loneliness: An Existential Perspective on Loneliness." *Second Opinion (Park Ridge Centre)* 3: 37–54.  
<https://philosophicalsociety.com/Archives/Park Ridge Center Essay.htm>.
- Centers for Disease Control and Prevention. 2011. "Years of Potential Life Lost Reports."
- CfDCa., Prevention. n.d. "Interim US Guidance for Risk Assessment and Public Health Management of Persons with Potential Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Exposures: Geographic Risk and Contacts of Laboratory-Confirmed Cases Available From:" 2020.
- Chan JF-W, Kok K-H, Zhu Z, Chu H, To KK-W, Yuan S, et al. 2020. "Genomic Characterization of the 2019 Novel Human-Pathogenic Coronavirus Isolated from a Patient with Atypical Pneumonia after Visiting Wuhan." *Emergency Microbes Infection* 9 (1): 221–22.
- Charles Patrick Davis, MD, PhD. 2021. "Definition of Anger." medicine.net.  
<https://www.medicinenet.com/anger/definition.htm>.
- CNN-news. 2020. "Wisma Atlet Kemayoran Jadi RS Darurat Corona Hari Ini." CNN Indonesia. 2020. "Pemerintah: Pasien Corona Tak Jujur Penyebab Dokter Meninggal."
- Creswell, John, and Timothy Guetterman. 2018. *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research, 6th Edition*.
- Dewi, Kartika Sari. 2012. *Buku Ajar Kesehatan Mental*. Semarang: UPT UNDIP Press Semarang.
- Drs. Tjetjep Samsuri, M.Pd. 2003. "Kajian Teori , Kerangka Konsep Dan Hipotesis Dalam Penelitian." *Kajian Teori , Kerangka Konsep Dan Hipotesis Dalam Penelitian*, 1–7.
- E. F. Walker D. L. Rosenhan, M. Seligman. 2000. *Abnormal Psychology (Text Only) 4th (Fourth)*. 4th editio. New York: W. W. Norton & Company.
- Embu, Wildifrus Setu. 2019. "Jumlah Tenaga Perawat Di Indonesia Di Bawah Standar Dunia." *Merdeka.Com*.
- Fawaz, Mirna, and Ali Samaha. 2020. "The Psychosocial Effects of Being Quarantined Following Exposure to COVID-19: A Qualitative Study of Lebanese Health Care Workers." *International Journal of Social Psychiatry*

- 66 (6): 560–65. <https://doi.org/10.1177/0020764020932202>.
- Feingold, Jordyn H., Lauren Peccoralo, Chi C. Chan, Carly A. Kaplan, Halley Kaye-Kauderer, Dennis Charney, Jaclyn Verity, et al. 2021. “Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Frontline Health Care Workers During the Pandemic Surge in New York City.” *Chronic Stress* 5. <https://doi.org/10.1177/2470547020977891>.
- Friedman, Ron. 2015. *The Best Place to Work: The Art and Science of Creating an Extraordinary Workplace*. Tarcher Perigee.
- Furnham, Adrian, and Chiara Lousley. 2013. “Mental Health Literacy and the Anxiety Disorders.” *Health* 05 (03): 521–31. <https://doi.org/10.4236/health.2013.53a071>.
- Galbraith, Niall, David Boyda, Danielle McFeeters, and Tariq Hassan. 2020. “The Mental Health of Doctors during the COVID-19 Pandemic.” *BJ Psych Bulletin*, 1–4. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.44>.
- Gérvás, Juan, and Ricard Meneu. 2010. “Las Crisis de Salud Pública En Una Sociedad Desarrollada. Aciertos y Limitaciones En España. Informe SESPAS 2010.” *Gaceta Sanitaria* 24 (SUPPL. 1): 33–36. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.06.009>.
- Gjerstad, Christer Lunde, Norwegian Armed Forces, Independent Researcher, Erik Falkum, Andreas Espetvedt Nordstrand, and Norwegian Armed Forces. 2020. “Caring for Coronavirus Healthcare Workers : Lessons Learned from Long-Term Monitoring of Military Peacekeepers,” no. July. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23493.06883>.
- Gonzalez, Adam, Cynthia Cervoni, Megan Lochner, Jessica Marangio, Colleen Stanley, and Suzanne Marriott. 2020. “Supporting Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic: Mental Health Support Initiatives and Lessons Learned from an Academic Medical Center.” *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000893>.
- Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, de Groot RJ, Drosten C, Gulyaeva AA, et al. 2020. “The Species Severe Acute Respiratory Syndrome-Related Coronavirus: Classifying 2019-NCoV and Naming It SARS-CoV-2.” *Nat Microbiol*. <https://doi.org/DOI: 10.1038/s41564-020-0695-z>.
- Grech, Paulann, and Reuben Grech. 2020. “COVID-19 in Malta: The Mental Health Impact.” *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10–12. <https://doi.org/10.1037/tra0000925>.
- H A Rothan, S N Byrareddy. 2020. “The Epidemiology and Pathogenesis of Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak.” *Journal Autoimmun*. <https://doi.org/DOI: 10.1016/j.jaut.2020.102433>.
- Handoko., Tri Hardoyo. 2009. *Management*. 3rd ed. Yogyakarta: BPEE.
- Hu, Deying, Yue Kong, Wengang Li, Qiuying Han, Xin Zhang, Li Xia Zhu, Su Wei Wan, et al. 2020. “Frontline Nurses’ Burnout, Anxiety, Depression, and Fear Statuses and Their Associated Factors during the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China: A Large-Scale Cross-Sectional Study.” *EClinicalMedicine* 24. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>.
- Ihsanuddin. n.d. “Tenaga Medis Keluhkan APD Langka, Jokowi 180 Negara

- Berebutan.”
- Istituto Superiore di Sanità, (ISS). 2020. “Integrated Surveillance of COVID-19 in Italy” 3770: 1.
- Jaelani, A.F. 2001. *Penyuajian Jiwa Dan Kesehatan Mental*. Jakarta: Amzah Publisher.
- Kartono, K. 1992. *Psikologi Wanita : Mengenal Wanita Sebagai Ibu Dan Nenek*. 4th ed. Bandung: Bandar Maju.
- Kartono, K. 2000. *Hygiene Mental*. Jakarta: Mandar Maju.
- Kate Lowenthal. 2006. *Religion, Culture, and Mental Health*. New York: Cambridge University Press.
- Kemenkes. 2020. “Situasi Terkini Perkembangan Coronavirus Disease (COVID-19) 20 Mei 2020 » Info Infeksi Emerging Kementerian Kesehatan RI.” <https://Covid19.Kemkes.Go.Id/>.
- Kenny, Peter. 2020. “90,000 Healthcare Workers Infected with COVID-19: ICN.” *International Council of Nurses (ICN)*.
- Keyes, Corey L M. 1962. “The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life (2002),” no. 2002: 207–22.
- Koerth-Baker, Maggie. 2016. “Why Boredom Is Anything but Boring.” *Nature* 529 (7585): 146–48. <https://doi.org/10.1038/529146a>.
- Lai, Jianbo, Simeng Ma, Ying Wang, Zhongxiang Cai, Jianbo Hu, Ning Wei, Jiang Wu, et al. 2020. “Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019.” *JAMA Network Open* 3 (3): e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
- Law Insider. 2021. “Mental Health Crisis Definition.” 2021. <https://www.lawinsider.com/dictionary/mental-health-crisis>.
- Lieberman, Caryn. 2021. “Coronavirus Quebec Doctor’s Death by Suicide Sends Shockwaves through Canada’s Medical Community Globalnews.” global news. <https://globalnews.ca/news/7569318/coronavirus-doctor-karine-dion/>.
- Linacre, J. M. 1999. “Investigating Rating Scale Category Utility.” *Journal of Outcome Measurement* 3 (2): 103–22.
- Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J. 2020. “The Reproductive Number of COVID-19 Is Higher Compared to SARS Coronavirus.” *Journal Travel Med.* 27 (2).
- Magill, Elizabeth, Zoe Siegel, and Kathleen M. Pike. 2020. “The Mental Health of Frontline Health Care Providers During Pandemics: A Rapid Review of the Literature.” *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 71 (12): 1260–69. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000274>.
- Maramis, W. F. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. 2nd ed. Surabaya: Airlangga University Press.
- Maret G. Taraber and Jan F. Stevens. 2011. “When Frustration Is Repeated: Behavioral and Emotion Responses During Extinction Over Time Angela.” *Bone* 23 (1): 1–7. <https://doi.org/10.1037/a0014614>.When.
- Mari, Luca, Paolo Carbone, and Dario Petri. 2012. “Measurement Fundamentals: A Pragmatic View.” *IEEE Transactions on Instrumentation and Measurement* 61 (8): 2107–15. <https://doi.org/10.1109/TIM.2012.2193693>.

- Martoyo, Susilo. 2007. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. 5th ed. Yogyakarta: BPFE.
- Medscape. 2020. "16, In Memoriam: Healthcare Workers Who Have Died of COVID-19 June 9/2020."
- MHPSS Reference Group. 2020. "Mental Health and Psychosocial Aspects of the Covid Outbreak." *Iasc*, no. Feb: 1–20.
- Miller-Keane. 2003. "Medical Worker." *Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health, Seventh Edition*. 2003. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/medical>.
- Mimoun, Elie, Amichai Ben Ari, Daniella Margalit, Elie Mimoun, Amichai Ben Ari, and Daniella Margalit. 2020. "Psychological Trauma : Theory , Research , Practice , and Policy the COVID-19 Pandemic COVID-19 Pandemic."
- Nursastri, Sri Anindiati. 2020. "Mengapa Pasien COVID-19 Kerap Menyangkal Dan Berbohong?" *Kompas.Com2*.
- Öhman, A. 2000. *Fear and Anxiety: Evolutionary, Cognitive, and Clinical Perspectives*. Edited by Handbook of emotions. In M. Lewi. New York: The Guilford Press.
- Olsen, Lina. 2003. *Essays on Georg Rasch and His Contributions to Statistics*.
- Osseiran, Nada. 2020. "WHO Calls for Healthy, Safe and Decent Working Conditions for All Health Workers, amidst COVID-19 Pandemic." *WHO Media Centre*.
- Philips L. Rice. 1998. *Stress and Health*. 3rd Editio. Cengage Learning;
- Punch, Keith. F. 2009. "Group Creativity in Learning Context: Understanding in a Social-Cultural Framework and Methodology." *Creative Education*, 3 (4): 50–56.
- Putri, Gloria Setyvani. 2020. "70 Persen Orang Terinfeksi Corona Tanpa Gejala Dan Bisa Tularan Virus." *Kompas.Com*.
- Ren L-L, Wang Y-M, Wu Z-Q, Xiang Z-C, Guo L. 2020. "Identification of a Novel Coronavirus Causing Severe Pneumonia in Human: A Descriptive Study." *Chin Med Journal*. <https://doi.org/DOI:10.1097/CM9.0000000000000722>.
- Report Based on Gugus Tugas COVID-19 Indonesia. 2020. "Gugus Tugas COVID-19: 55 Tenaga Medis Meninggal Saat Pandemi Corona."
- Roser, Max, Hannah Ritchie, Esteban Ortiz-Ospina, and Joe Hasell. 2020. "Coronavirus Pandemic (COVID-19) - Statistics and Research - Our World in Data." *Our World in Data*.
- S Riedel , S Morse, Mietzner T, Miller S. Jawetz, Melnick, & Adelberg's. 2019. "Medical Microbiology." In *Medical Microbiology*., 28th ed., 617–22. New York: McGrawHill Education.
- Saltzman, Leia Y., Tonya Cross Hansel, and Patrick S. Bordnick. 2020. "Loneliness, Isolation, and Social Support Factors in Post-COVID-19 Mental Health." *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000703>.
- SAMHSA. 2014. "Taking Care of Your Behavioral Health: TIPS FOR SOCIAL DISTANCING , QUARANTINE , AND ISOLATION DURING AN INFECTIOUS DISEASE OUTBREAK." *Pep20-01-01-007 7*: 1–4.



- Sivakumar Alagumalai, David D. Curtis. 2005. *Measurement and the Rasch Model: Classical Test Theory*. Springer, Dordrecht.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/1-4020-3076-2>.
- Slamet. 2018. “Kebijakan Kementerian Kesehatan Dalam Pengaturan Dokter Dan Dokter Gigi Di Era Global,” no. April.
- Statistics Canada. 2021. “Mental Health among Health Care Workers in Canada during the COVID-19 Pandemic.”
- Stevenson, A.; Waite, M. 2011. “Sex Meaning.” In *Concise Oxford English Dictionary: Book & CD-ROM Set*. OUP Oxford., 1302. OUP Oxford.
- Sumintono, B dan Widhiarso, W. 2013. *Aplikasi Model Rasch Untuk Penelitian Ilmu-Ilmu Sosial*. cimahi: Trim Komunikata Publishing House.
- Sundgren, David, and Alexander Karlsson. 2013. “Uncertainty Levels of Second-Order Probability.” *Polibits* 48 (48): 5–11. <https://doi.org/10.17562/pb-48-1>.
- Tafrate, Raymond DiGiuseppe and Raymond Chip. 2006. *Understanding Anger Disorders*. Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195170795.001.0001>.
- Taylor, Shelley E.; Brown, Jonathon D. 1988. “A Social Psychological Perspective on Mental Health.” *Psychological Bulletin* 103 (2): 193–210.
- Tengland, Per-Anders. 2001. “Marie Jahoda’s Current Concepts of Positive Mental Health.” In , 47–78. [https://doi.org/10.1007/978-94-017-2237-7\\_4](https://doi.org/10.1007/978-94-017-2237-7_4).
- Tharanya Arumugam, Rahmat Khairulrijjal. 2020. “325 Medical Workers Test Positive for Covid-19.”
- The Guardian. n.d. “Indonesia’s Hidden Coronavirus Cases Threaten to Overwhelm Hospitals | Global Development | The Guardian.”
- Ustun, Gonca. 2020. “Determining Depression and Related Factors in a Society Affected by COVID-19 Pandemic.” *International Journal of Social Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/0020764020938807>.
- Veit, C., & Ware, J. 1983. *The Structure of Psychological Distress and Well-Being in General Populations*. 5th ed. Journal of Consulting and Clinical Psychology. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730>.
- Vigo, Daniel, Scott Patten, Kathleen Pajer, Michael Krausz, Steven Taylor, Brian Rush, Giuseppe Raviola, Shekhar Saxena, Graham Thornicroft, and Lakshmi N. Yatham. 2020. “Mental Health of Communities during the COVID-19 Pandemic.” *Canadian Journal of Psychiatry*, 1–7.  
<https://doi.org/10.1177/0706743720926676>.
- Wang J, Zhou M, Liu F. 2020. “Exploring the Reasons for Healthcare Workers Infected with Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China.” *Journal Hospital Infection*, no. March 5. <https://doi.org/DOI:10.1016/j.jhin.2020.03.002>.
- Wang, J., M. Zhou, and F. Liu. 2020. “Reasons for Healthcare Workers Becoming Infected with Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China.” *Journal of Hospital Infection* 105 (1): 100–101.  
<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.03.002>.
- Wariati, Nana. 2015. “Pengaruh Disiplin Kerja Dan Pengalaman Kerja Terhadap Kinerja Pegawai Dinas Pendapatan Pengelolaan Keuangan Dan Aset Kabupaten Barito Timur.” *Jurnal Wawasan Manajemen* 3 (3): 16.

- WHO. 2014. “WHO | Mental Health: A State of Well-Being.”
- . 2020a. “4. World Health Organization. Naming the Coronavirus Disease (COVID-19) and the Virus That Causes It [Internet].” March. 2020.
- . 2020b. “Coronavirus Disease 2019 ( COVID-19 ).” *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 94* 2019 (April).
- . 2020c. “WHO | What Is a Pandemic?” *World Health Organization*. WHO.  
[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/en/](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/)  
[https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/en/](https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/)  
[http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/en/](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/)  
[https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/en/](https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/)
- . 2020d. “WHO Director-General’s Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19.” 11 March. 2020.
- . 2020e. “World Health Organization. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report.” March 23. 2020.
- Widi, Lestari. 2011. “Pengaruh Upah, Tingkat Pendidikan Dan Teknologi Terhadap Produktivitas Tenaga Kerja Pada Industri Kecap Di Kecamatan Pati Kabupaten Pati.” Semarang.
- WJ Guan, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. 2020. “Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China.” *New England Journal of Medicine*, no. February 28. <https://doi.org/DOI: 10.1056/NEJMoa2002032>.
- World Health Organization. n.d. “The Current COVID-19 Situation in Indonesia: Data Reported to WHO in the Last 24 Hours. Latest Update: 4 April 2021, 12:01 Am GMT+7.” © 2021 WHO. <https://www.who.int/countries/idn/>.
- Worldometer. 2020. “Indonesia Coronavirus: 40,400 Cases and 2,231 Deaths - Worldometer.”
- Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. 2020. “A Pneumonia Outbreak Associated with a New Coronavirus of Probable Bat Origin.” *Nature*. 2020 (7798) (579): 270–73.

## **PEDOMAN WAWANCARA**

Adapun yang menjadi pokok utama pedoman wawancara dari penelitian ini adalah untuk menanyakan 10 poin utama tentang dampak pandemic covid-19 terhadap keadaan Kesehatan mental para pekerja medis khususnya dokter yang bertugas di bangsal atau rumah sakit rujukan pasien covid-19 di Indonesia, meliputi 10 poin utama pedoman wawancara, diantaranya adalah:

11. **Kesadaran Awal** (Takut Tersebar, Khawatir, Resah)
12. **Awal Pandemi Di Indonesia** (Reaksi Awal, kecemasan, ketakutan terkait dengan covid-19)
13. Pengumuman Lockdown (Masalah (Transportasi, Survival) Kesendirian terkait dengan lockdown dan perasaan terputus dari dunia luar dan jauh dari orang-orang yang di cintai.
14. **Reaksi Lanjutan Korban Bertambah** (Dysphoria Dan Government Blaming), Kemarahan jika kita terkena covid-19 akibat karena kelalaian atau ketidakpatuhan orang lain terhadap aturan lockdown.
15. **Penugasan Kerja / Kewajiban Profesi** (Garda Depan Covid). Kekhawatiran untuk merawat pasien-pasien covid-19.
16. **Pengalaman / Penyesuaian** (Kondisi Kerja Baru), Kebosanan karena tidak dapat bekerja atau melakukan kegiatan rutin seperti biasanya.
17. **Kesulitan Saat Bekerja** (Masalah APD, Hazmat, Tenaga Kerja, Dysphoria Lainnya)
18. **Kesehatan Mental** (Stress Yang Terjadi Selama Bekerja, Sulit Tidur, Cemas, Insomnia, PTSD), seperti flashback, mimpi buruk, mood dan

suasana hati berubah tiba-tiba dan mudah kaget, perasaan putus asa, perubahan selera makan, dan insomnia. Keinginan untuk menggunakan rokok, alkohol atau obat-obatan.)

**19. Adaptasi / Penyesuaian/ Realisasi Saat Ini** (Komitmen Kerja, Kepatuhan, Kesadaran Kesehatan, Proactive, Kepatuhan Lockdown, Isolasi Mandiri, Persiapan

**20. Harapan Masa Depan / Sikap Positivisme / Sikap Negativisme** (Masyarakat, Pemerintah). Ketidakpastian atau frustrasi tentang berapa lama pandemic ini akan berlangsung.

## **TEKNIK WAWANCARA**

Data dikumpulkan dari informan melalui tele-wawancara individu semi-terstruktur yang dilakukan melalui video-call di aplikasi (zoom, google-meet, LINE dan Whatsapp) dan atau lewat telephone pada waktu yang sesuai jadwal dengan informan. Dari 10 poin pedoman wawancara terdapat beberapa pertanyaan didalamnya. Antara lain:

### **1. Data Pribadi Informan**

- Jabatan Pekerjaan Medis (Dokter harian/jaga/Manager)
- Umur (usia saat diwawancara)
- Jenis Kelamin (pria/wanita)
- Status Pernikahan (menikah/belum menikah)
- Pendidikan (Dokter/Spesialis/PPDS/konsultan)
- Pengalaman Bekerja (Tahun)
- Tempat bekerja (Bangsal / UGD/ ICU/ department)
- Tanggal Awal Bekerja di garda covid-19 (tanggal/ bulan)
- Lama Bekerja Di Garda Covid (hari)
- lama shift saat bekerja di garda covid (jam/hari)

### **2. Kesadaran Awal (Ketakutan, Takut Tersebar, Kecemasan, Khawatir, Resah)**

- Ceritakan pengalaman anda waktu pertama kali mendengar tentang covid-19 pertama kali sebelum masuk di indonesia?
- Ceritakan apakah ada perasaan dibenak anda Takut Tersebar, Khawatir, Resah, gelisah?

**3. Awal Pandemi Di Indonesia (Reaksi Awal, kecemasan diri, keluarga, keseluruhan)**

- Ceritakan pengalaman anda waktu pertama kali corona masuk diindonesia, saat itu kasus pertama?
- Apakah anda mengalami kecemasan ketakutan terkait dengan covid-19 pada diri sendiri, keluarga, kecemasan secara keseluruhan?

**4. Pengumuman Lockdown (Masalah Transportasi, Survival, protektif)**

- Ceritakan pengalaman anda waktu pertama kali pemerintah mengumumkan lockdown dihari pertama?
- Apakah anda mengalami masa kesepian kesendirian terkait dengan lockdown dan perasaan terputus dari dunia luar dan jauh dari orang-orang yang di cintai.
- Apakah anda mengalami kesulitan dalam mencapai tempat kerja?
- Persiapan apa saja yang anda lakukan saat itu?
- Apa anda membeli barang kebutuhan makanan dalam jumlah banyak?

**5. Reaksi Lanjutan Korban Bertambah (Dysphoria Dan Government Blaming)**

- Ceritakan pengalaman anda saat lockdown namun kasus terus bertambah di Indonesia?

- Menurut anda siapa yang salah dalam tingginya angka corona-19 di Indonesia?
- Apakah anda kesal dan marah Kemarahan jika anda terkena covid-19 akibat karena kelalaian atau ketidakpatuhan orang lain terhadap aturan lockdown?
- Menurut anda apakah tindakan pemerintah sudah tepat saat itu?

#### **6. Penugasan Kerja / Kewajiban Profesi (Garda Depan Covid)**

- Ceritakan pengalaman anda di hari hari pertama (minggu) pertama anda bertugas di garda terdepan Covid-19?
- Ceritakan apakah anda ada kekhawatiran untuk merawat pasien-pasien covid-19.
- Ceritakan berapa banyak pasien yang anda tangani saat itu?
- Bagaimana tingkat keparahan pasien COVID-19 yang dirasakan saat itu?
- Bagaimana kemampuan fasilitas atau RS tempat anda bekerja dalam menangani dan mengelola COVID-19 yang anda yang rasakan saat itu?

#### **7. Pengalaman / Penyesuaian (Kondisi Kerja Baru, Aturan baru, policy)**

- Ceritakan pengalaman anda bagaimana rasanya memakai baju hazmat APD selama berjam-jam lamannya?

- Apakah anda mengalami kelelahan, terlalu Lelah, atau merasa terlalu berat bekerja di garda terdepan covid-19?
- Apakah ada Kebosanan atau kesedihan karena tidak dapat bekerja atau melakukan kegiatan rutin seperti biasanya.

**8. Kesulitan Saat Bekerja (Masalah APD, Hazmat, Tenaga Kerja, Dysporia Lainnya)**

- Jelaskan apa saja hambatan dan kesulitan dalam penanganan dan pengelolaan COVID-19 yang anda rasakan selama bekerja saat itu?
- Jika memang ada, Apakah anda sempat mengalami kekurangan tenaga kerja dalam penanganan covid-19?
- Jika memang ada, Apakah anda sempat mengalami sulitnya memperoleh APD saat bekerja di garda terdepan covid-19?
- Bagaimana usaha dan upaya fasilitas atau RS tempat anda bekerja dalam menangani kekurangan APD saat itu?
- Jika ada, ceritakan apakah anda mengalami stigma buruk selama bekerja di masa pandemic covid-19 ini?
- Jika ada, Ceritakan pengalaman anda ketika ada pasien yang tidak tertolong dan meninggal akibat covid-19?
- Bagaimana perasaan anda melihat kematian pasien / sejawat akibat covid dan jenazahnya tidak diiringi keluarga?
- Ceritakan Apakah anda merasa takut selepas kerja akan menulahi anggota keluarga (anak istri saudara, orang tua) dirumah?



**9. Kesehatan Mental (Stress Yang Terjadi Selama Bekerja, Sulit Tidur, Cemas, Insomnia, perubahan makan, rokok, alcohol obat-obatan)**

- Ceritakan suasana hati dan emosi yang dirasakan dalam menangani dan mengelola COVID-19?
- Ceritakan pengalaman kurang menyenangkan yang dirasakan dalam menangani dan mengelola COVID-19?
- Apakah ada teman sejawat anda yang gugur dalam bekerja selama menangani covid-19?
- Apa anda merasa gelisah, cemas takut bekerja di garda depan penanganan covid?
- Jika memang ada, Bagaimana anda mengatasi kegelisahan dan kecemasan anda selama bekerja?
- Selama bekerja di garda terdepan apakah anda bekerja dibawah tekanan dan rasa ketakutan dan khawatir yang tinggi?
- Jika memang ada, Apa yang paling anda takuti dan kwatirkan selama bekerja dalam masa pandemi covid-19 ini?
- Apakah anda merasakan rasa takut akan tertular dan kemudian meninggal selama bekerja di garda covid-19?
- Apakah anda merasa kesulitan tidur selama bertugas di garda terdepan covid-19?
- Apakah anda mengalami kehilangan selera makan atau perubahan pola makan?

- Apakah anda mengalami seperti flashback, mimpi buruk, mood dan suasana hati berubah tiba-tiba dan mudah kaget?
- Apakah anda ada keinginan untuk menggunakan rokok, alkohol atau obat-obatan?
- Apakah anda merasa covid-19 ini adalah ujian berat dalam hidup anda?
- Apakah sampai saat ini masih merasakan trauma, ketakutan, mengalami seperti trauma, mimpi buruk jika mendengar kata covid-19?
- 

**10. Adaptasi / Penyesuaian/ Realisasi Saat Ini (Komitmen Kerja, Kepatuhan, Kesadaran Kesehatan, Proactive, Kepatuhan Lockdown, Isolasi Mandiri, Proteksi, Preventif)**

- Ceritakan pengalaman bekerja anda saat ini (Setelah 6 bulan pandemic covid-19 berlalu) dalam menangani dan mengelola pasien sehari-hari?
- Jika boleh memilih, apakah anda merasa bertanggung jawab untuk bekerja menangani pasien covid-19 ini?
- Apakah anda bangga dan merasa puas menjadi tenaga kesehatan saat pandemic covid-19 saat ini?
- Apakah anda menjalani rapid test, swab atau tes PCR selama bekerja di garda covid-19?

- Ceritakan perasaan anda sesudah menjalani test tersebut?
- Jika memang memang hasil PCR anda positif, ceritakan pengalaman anda selama isolasi mandiri dirumah?
- Persiapan proteksi apa saja yang anda lakukan saat ini?
- Apakah anda masih patuh mengikuti saran pemerintah saat ini?

**11. Harapan Masa Depan / Sikap Positivisme / Sikap Negativisme (Masyarakat, Pemerintah).**

- Jika ada, apakah anda siap menghadapi second wave gelombang covid selanjutnya?
- Apakah anda masih mau dan masih siap jika di tugasi di garda terdepan covid-19?
- Apakah anda yakin pandemic corona akan berakhir jika melihat situasi saat ini?
- Apa anda merasa ada ketidakpastian atau frustrasi tentang berapa lama pandemic ini akan berlangsung?
- Ceritakan pengalaman yang menyenangkan atau yang berkesan yang dirasakan dalam menangani dan mengelola COVID-19?
- Terakhir apa hikmah dari kejadian pandemic ini yang mungkin anda bisa berikan kepada saya?
- Menurut anda siapa yang salah dalam tingginya angka corona-19 diindonesia?

- Menurut anda siapa yang paling bertanggung jawab dalam tingginya angka corona diindonesia?
- Jika ada, apa upaya saran dan kritik membangun yang ingin anda sampaikan kepada pemerintah sehubungan dengan apa yang pernah anda rasakan saat bekerja di garda terdepan covid-19 saat ini?

Selanjutnya, berdasarkan jawaban peserta, mungkin ada pertanyaan lanjutan lagi yang akan diajukan untuk menambah kejelasan informasi, seperti:

- “Bagaimana perasaan anda saat itu?”
- “Siapa saja itu?”
- “Seberapa lama anda rasakan?”
- “Bagaimana reaksi anda saat itu?”
- “Bagaimana anda menghadapi itu?”
- “Maukah Anda menjelaskan lebih lanjut?”,
- “Apa yang Anda maksud dengan itu?”,
- “Bisakah Anda beri contoh?”,

Wawancara dikelola untuk mengumpulkan informasi terkait dengan tujuan utama penelitian. Setiap wawancara berlangsung sekitar 30 hingga 60 menit. Segera setelah setiap wawancara, salah satu peneliti mendengarkannya beberapa kali dan kemudian menyalinnya dalam bentuk text dan naratif. Dengan demikian, data segera dianalisis setelah dikumpulkan dan wawancara berikutnya direncanakan berdasarkan hasil pendahulunya.

Data yang terkumpul dianalisis dengan pendekatan analisis isi kualitatif: dengan mempertimbangkan isi eksplisit dan implisit dari unit-unit makna, poin-

poin kunci dalam naskah diekstraksi sebagai kode terbuka. Kemudian, berdasarkan persamaan dan perbedaannya, kode-kode tersebut dikategorikan dan proses abstraksi dijaga hingga sebuah tema dan kesimpulan terekstraksi. Wawancara berlanjut sampai kejenuhan data tercapai dan tidak ada kategori baru yang muncul. Untuk meningkatkan kepercayaan dari hasil, sehingga keandalan dan kredibilitas hasil ditingkatkan informan dapat di pegang dengan kuat.

**Lampiran 1****ANGGARAN BIAYA**

Anggaran biaya yang dibutuhkan bersumber dari UNIS Tangerang dan sumber lain (bila ada), meliputi:

1. Sumber UNIS : Rp. 20.000.000,-
  2. Sumber lain : Rp. -----
- Jumlah : Rp.20.000.0000,- (sumber: buku Pedoman Penelitian, LP UMJ).

Adapun rincian anggaran biaya penelitian sebagaimana tabel 1 berikut:

**Tabel 1****Rincian Anggaran Biaya Penelitian**

No.	Komponen Pembiayaan	Besaran Biaya
1	Peneliti (1 orang)	Rp. 17.500.0000,-
2	Reviewer peneliti (4 orang) ekspos awal dan akhir	Rp. 900.000,-
3	Monitoring & evaluasi peneliti	Rp. 300.000,-
4	Konsumsi	Rp. 300.000,-
5	Operasional, ATK & Adm	Rp. 350.000,-
6	Penilaian hasil penelitian (2 orang x Rp. 100.000)	Rp. 200.000.-
7	Tranportasi dan Kebutuhan lain	Rp. 450.000,-
	<b>Jumlah</b>	<b>Rp. 20 .000.000,-</b>

**Lampiran 2****JADUAL PENELITIAN**

Penelitian ini dilakukan meliputi aktivitas sebagai berikut:

1. Persiapan, meliputi penyusunan proposal sampai dengan proposal ini dievaluasi oleh Lembaga Penelitian guna mendapatkan penilaian dan presentasi di hadapan pembimbing, 15 hari.
2. Perbaikan proposal sesuai hasil penilaian tim, 5 hari.
3. Pelaksanaan penelitian, meliputi pelaksanaan wawancara secara mendalam dan observasi, keterlibatan peneliti di lapangan serta analisa data sesuai metode penelitian kualitatif, 3 bulan.
4. Penyusunan laporan penelitian, 10 hari.

Rencana penelitian dilakukan dari tanggal 13 Maret 2020 s.d 13 Juli 2020, jadi penelitian ini selama 5 bulan.

**Lampiran 3****LOG BOOK**

<b>No</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Aktivitas</b>	<b>Keterangan</b>
1	13-03-2020	Proposal di siapkan untuk presentasi	Peneliti
2	20-04-2020	Presentasi proposal di depan Tim Pembimbing UMJ	UMJ
3	21-04-2020	Mulai memperbaiki proposal sesuai rekomendasi dari Tim	Peneliti
4	22-04-2020	Tim melakukan penelitian di lapangan sebelum mendapat surat tugas dari LPPM	Peneliti
5	24-06-2020	Tim peneliti mendapat surat tugas penelitian dari UMJ	UMJ
6	25-07-2020	Menyusun laporan penelitian & power point	Peneliti
7	25-07-2020	Menyiapkan ekspose hasil penelitian	Peneliti
8	26-08-2020	Membuat artikel	Peneliti
9	28-09-2020	Menyiapkan pengiriman artikel ke penerbit	Peneliti

Tangerang, 21 Februari 2021  
Peneliti,

dr. Muh Fahmi Ayyub