

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Teori Depresi

a. Pengertian

Depresi adalah suatu penyakit yang umum di seluruh dunia dan lebih dari 300 juta orang mengalami dampaknya. Depresi berbeda dari fluktuasi suasana hati yang biasa dan respons emosional jangka pendek terhadap tantangan dalam kehidupan sehari-hari. Terutama dengan intensitas sedang atau berat, depresi dapat menjadi kondisi kesehatan yang serius. Hal ini dapat menyebabkan orang yang terkena sangat menderita dan dapat menimbulkan hal yang buruk di tempat kerja, di sekolah dan di keluarga. Kejadian yang membahayakan bagi penderita depresi dapat menyebabkan bunuh diri. Hampir 800.000 orang meninggal karena bunuh diri setiap tahun (WHO, 2018) dalam (Risnah et al., 2021).

Depresi merupakan suatu keadaan seseorang merasa sedih, kecewa pada saat mengalami suatu perubahan, kehilangan, kegagalan dan menjadi patologis ketika tidak mampu beradaptasi. Depresi merupakan suatu kondisi yang mempengaruhi seseorang secara afektif, fisiologis, kognitif

dan perilaku sehingga dapat mengubah pola dan respon yang biasa dilakukan (Hadi et al., 2017).

Depresi adalah gangguan emosional atau suasana hati yang buruk yang ditandai dengan kesedihan yang berkepanjangan, putus harapan, perasaan bersalah dan tidak berarti. Sehingga seluruh proses mental (berpikir, berperasaan dan berperilaku) ini dapat memengaruhi keinginan untuk melakukan hal-hal dalam kehidupan sehari-hari dan berinteraksi dengan orang lain. Seseorang yang menderita depresi biasanya menunjukkan gejala fisik, psikis, dan sosial. Beberapa faktor dapat menyebabkan depresi terdiri dari faktor biologi, faktor psikologis dan kepribadian, dan faktor sosial. Faktor-faktor ini dapat saling mempengaruhi satu sama lain. (Dirgayunita, 2016).

b. Ciri-ciri dan gejala

Pada dasarnya, seseorang yang mengalami depresi menunjukkan gejala psikis, fisik dan sosial yang khas. Beberapa orang memperlihatkan gejala yang minim, beberapa orang lainnya lebih banyak. Tinggi rendahnya gejala bervariasi dari waktu ke waktu, menurut Institut Kesehatan Jiwa Amerika Serikat (NIMH) dan Diagnostic and Statistical manual IV – Text Revision (DSM IV - TR) (American Psychiatric Association, 2000). Kriteria depresi dapat ditegakkan jika

sedikitnya lima dari gejala-gejala di bawah ini muncul dalam waktu dua minggu yang sama dan menunjukkan perubahan pola fungsi yang berbeda dari sebelumnya. Gejala dan tanda umum depresi adalah sebagai berikut (Dirgayunita, 2016) :

1) Gejala Fisik

- a) Gangguan pola tidur; Sulit tidur (insomnia) atau tidur berlebihan (hipersomnia)
- b) Menurunnya tingkat aktivitas, misalnya hilangnya minat, kesenangan terhadap hobi atau aktivitas yang sebelumnya disukai.
- c) Susah makan atau makan berlebihan (bisa menjadi kurus atau kegemukan)
- d) Gejala penyakit fisik yang tidak hilang seperti sakit kepala, masalah pencernaan (diare, sulit BAB dll), sakit lambung dan nyeri kronis
- e) Terkadang merasa berat di tangan dan kaki
- f) Energi menjadi lemah, kelelahan, menjadi lamban
- g) Susah untuk berkonsentrasi, mengingat, memutuskan

2) Gejala Psikis

- a) Merasa sedih, cemas, atau hampa yang terus – menerus
- b) Adanya rasa putus asa dan pesimis

- c) Adanya rasa bersalah, tidak berharga, rasa terbebani dan tidak berdaya/tidak berguna
 - d) Tidak tenang dan gampang tersinggung
 - e) Berpikir ingin mati atau bunuh diri
 - f) Sensitive
 - g) Kehilangan rasa percaya diri
- 3) Gejala Sosial
- a) Menurunnya aktivitas dan minat sehari-hari (menarik diri, menyendiri, malas)
 - b) Tidak ada motivasi untuk melakukan apapun
 - c) Hilangnya hasrat untuk hidup dan keinginan untuk bunuh diri
- c. Penyebab depresi

Depresi disebabkan oleh gabungan berbagai variabel. Jika seseorang memiliki sejarah keluarga yang mengalami depresi, maka mereka juga cenderung mengalami depresi juga. Menurut Kaplan (2002) dan Nolen Hoeksema & Girgus (dalam Krenke & Stremmler, 2002), faktor-faktor yang berkaitan dengan penyebab dapat dibagi menjadi tiga kategori: biologi, psikologis/kepribadian, dan sosial. Ketiga faktor ini dapat berdampak satu sama lain. (Dirgayunita, 2016):

1) Faktor Biologi

Beberapa peneliti menemukan bahwa gangguan mood melibatkan patologik dan system limbiks serta ganglia basalis dan hypothalamus. Dalam penelitian biopsikologi, norepinefrin dan serotonin merupakan dua neurotransmitter yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan mood. Pada wanita, perubahan hormon dihubungkan dengan kelahiran anak dan menopause juga dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi. Perubahan hormon pada wanita dihubungkan dengan kelahiran anak, dan menopause juga dapat meningkatkan risiko depresi. Penyakit fisik yang berlangsung lama dapat menyebabkan stres dan depresi.

2) Faktor Psikologis/Kepribadian

Individu yang dependent, memiliki harga diri yang rendah, tidak asertif, dan menggunakan ruminative coping. Nolen – Hoeksema & Girgus juga mengatakan bahwa ketika seseorang merasa tertekan akan cenderung fokus pada tekanan yang mereka rasa dan secara pasif merenung daripada Aries Dirgayunita ~ 7 Journal An-nafs: Kajian dan Penelitian Psikologi mengalihkannya atau melakukan sesuatu untuk

mengubah keadaan. Pemikiran yang salah, seperti menyalahkan diri sendiri atas kegagalan, disebut pemikiran irasional. Jadi, orang yang depresi lebih cenderung percaya bahwa mereka tidak dapat mengendalikan keadaan mereka dan diri mereka sendiri. Hal ini dapat menyebabkan orang menjadi apatis dan pesimis.

3) Faktor Sosial

Fakto-faktor sosial terhadap depresi menurut (Dirgayunita, 2016) yaitu:

- a) Kejadian tragis seperti kehilangan seseorang atau kehilangan dan kegagalan pekerjaan
- b) Paska bencana
- c) Melahirkan
- d) Masalah keuangan
- e) Ketergantungan terhadap narkoba atau alkohohol
- f) Trauma masa kecil
- g) Terisolasi secara sosial
- h) faktor usia dan gender
- i) tuntutan dan peran sosial misalnya untuk tampil baik, menjadi juara di sekolah ataupun tempat kerja
- j) Maupun dampak situasi kehidupan sehari-hari lainnya.

d. Jenis depresi

Menurut National Institute of Mental Health (2010), depresi dapat diklasifikasikan menjadi 2 jenis, yaitu (Dirgayunita, 2016) :

1) Major depressive disorder (gangguan depresi berat)

Adanya beberapa gejala yang menunjukkan gangguan ini mengganggu seseorang untuk bekerja, tidur, belajar, makan, dan menikmati aktivitas yang mereka sukai. Depresi berat merupakan ketidakmampuan seseorang untuk berfungsi dan melakukan aktivitas secara normal. Depresi berat mungkin hanya terjadi sekali selama hidup seseorang, tetapi kadang hal itu terjadi berulang kali dalam hidup seseorang yang lain.

2) Dysthymic disorder (gangguan distimik)

Karakteristik gangguan ini bertahan lama (dua tahun atau lebih) dan tidak memiliki gejala yang dapat mengganggu kemampuan seseorang. Namun, gejala-gejala ini dapat mengganggu fungsi normal seseorang, seperti perasaan nyaman. Seseorang yang menderita dysthymia mungkin mengalami depresi berat sesekali selama hidupnya.

e. Dampak depresi

Berikut beberapa dampak dari depresi ialah (Dirgayunita, 2016) :

1) Bunuh Diri

Seseorang yang mengalami depresi mengalami perasaan kesepian, ketidakberdayaan dan putus asa. Sehingga mereka mempertimbangkan membunuh dirinya sendiri.

2) Gangguan Tidur

Insomnia ataupun hypersomnia, Depresi dan masalah tidur biasanya muncul bersamaan. Setidaknya 80% orang yang menderita depresi mengalami kesulitan tidur atau insomnia, dan 5% mengalami depresi karena terlalu banyak tidur. Salah satu tanda gangguan mood adalah kesulitan tidur.

3) Gangguan Interpersonal

Individu yang mengalami depresi cenderung mudah tersinggung, sedih yang berkepanjangan sehingga cenderung menarik diri dan menjauhkan diri dari orang. Terkadang menyalahkan orang lain. Hal ini menyebabkan hubungan dengan orang lain maupun lingkungan sekitar menjadi tidak baik.

4) Gangguan dalam pekerjaan

Depresi meningkatkan kemungkinan dipecat atau mengundurkan diri dari pekerjaan atau sekolah. Penderita depresi juga cenderung tidak memiliki keinginan untuk melakukan aktivitas atau minat pekerjaan sehari-hari.

5) Gangguan pola makan

Depresi bisa menyebabkan gangguan pola makan ataupun sebaliknya gangguan pola makan juga dapat menyebabkan depresi. Pada penderita depresi terdapat dua kecenderungan umum mengenai pola makan yang secara nyata mempengaruhi berat tubuh yaitu:

- a) Tidak selera makan
- b) Keinginan makan-makanan yang manis bertambah

6) Perilaku-perilaku merusak

Beberapa orang yang menderita depresi mengalami perilaku yang dapat merusak seperti, agresivitas dan kekerasan, menggunakan obat-obatan terlarang dan alkohol, serta perilaku merokok yang berlebihan.

f. Alat Ukur Depresi

Berikut adalah beberapa instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur depresi:

1) *Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS)*.

Depression Anxiety Stress Scale (DASS) ialah salah satu alat ukur psikologi yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat keparahan ketiga gangguan tersebut. DASS dengan jumlah item/gejala sebanyak 42 item dikenal dengan nama DASS-42. Alat ukur ini membedakan dengan jelas item/gejala dari setiap gangguan. Setiap gangguan memiliki item yang mempengaruhi sebanyak 14 item. *Depression Anxiety Stress Scales (DASS)* merupakan salah satu alat ukur yang lazim digunakan. DASS adalah skala asesmen diri sendiri (*self-assesment scale*) yang digunakan untuk mengukur kondisi emosional negatif seseorang yaitu depresi, kecemasan dan stress (NovoPsych. 2018) dalam (Kusumadewi & Wahyuningsih, 2020). DASS 42 yang sudah diuji validitas dan reabilitas oleh Damanik (2011) dengan nilai Cronbach's Alpha 0.9483.

2) *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)*

Merupakan instrumen untuk mengukur derajat depresi pada anak-anak maupun pada orang dewasa. HDRS dikembangkan oleh Max Hamilton. HDRS memiliki 2 versi yaitu versi 17 item dan 21 item dengan masing-masing mempunyai skor 0-2 atau 0-4 dan total skor 0-50.

Kuesioner tersebut telah di modifikasi dan telah di uji validitas dan reliabilitas dengan hasil semua pertanyaan memiliki hasil uji validitas 0,600 dan uji reliabilitas >0,60. Nilai keseluruhan <7 adalah normal, 8-13 adalah depresi ringan, 14-18 adalah depresi sedang, 19-22 adalah depresi berat dan >23 adalah depresi sangat berat (Rahmatia et al., 2022).

3) *Geriatric Depression Scale (GDS)*

Alat ukur Geriatric Depression Scale (GDS) diperkenalkan oleh Yasavage dkk pada tahun 1983 dengan indikasi utama pada lanjut usia yang memiliki keunggulan yaitu mudah digunakan dan tidak diperlukannya keterampilan khusus dari pengguna. Instrumen GDS ini memiliki sensitivitas 84% dan spesififikasi 95% dan tes reliabilitas alat ini correlates significanty of 0,84 (Burns, 1999; Azizah, 2016). Seseorang yang telah dilakukan tindakan skrining dan teridentifikasi mengalami suatu penyakit membutuhkan rujukan untuk mendapatkan evaluasi psikiatrik terhadap depresi secara lebih rinci dikarenakan Geriatric Depression Scale (GDS) hanya merupakan suatu alat penapisan (MIFTAHUL RESKI PUTRA NASJUM, 2020).

4) *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) merupakan alat ukur yang dipergunakan untuk mengidentifikasi kecemasan dan depresi khususnya pada pasien Rumah Sakit. HADS sudah digunakan dalam beberapa bahasa untuk menilai kecemasan dan depresi dengan hasil yang baik, tetapi terjemahan skala ini ke dalam bahasa Indonesia belum pernah dilakukan sebelumnya. (Rudy, M) Hospital Anxiety and Depression Scale karena Berdasarkan koefisien korelasi item-scale, nilai alpha cronbach yang mencerminkan reliabilitas konsistensi internal adalah 0,890 untuk skala kecemasan (HADS-A) dan 0,856 untuk skala depresi (HADS-D). Skor D sangat baik ($r: 0,878$). Analisis faktor konfirmasi mengungkapkan bahwa lima dari tujuh indeks kebugaran sangat baik: CFI = 0,969, NNFI = 0,963; TLI = 0,963; AGFI = 0,951; GFI = 0,972), mendukung validitas konstruk yang baik. Sebagai kesimpulan, penelitian ini menunjukkan bahwa skala gejala kecemasan dan depresi HADS memiliki sifat psikometrik yang baik secara keseluruhan (Fernández-de-las-Peñas et al., 2022).

Dalam Penelitian ini untuk mengukur depresi terhadap perawat, peneliti menggunakan alat ukur kuesioner

depresi yang digunakan adalah Hamilton Depression Rating Scale (HDRS).

2. Konsep Teori Perawat

a. Pengertian

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan peraturan perundang-undangan, baik di dalam maupun di luar negeri. Perawat berfungsi sebagai pemberi asuhan keperawatan, penyuluh dan konselor bagi klien, pengelola pelayanan keperawatan, peneliti keperawatan, dan pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang atau dalam kasus tertentu. Dalam peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan, perawat bertanggung jawab untuk melakukan pemeriksaan keperawatan menyeluruh, menetapkan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, mengevaluasi hasil tindakan keperawatan, melakukan rujukan, memberikan konsultasi keperawatan dan bekerja sama dengan dokter, melakukan penyuluhan dan konselin kesehatan dan juga melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas (Susanti, 2022)

Perawat adalah salah satu profesi di rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan. Perlu diperhatikan kinerja perawat dalam melakukan suatu tugas untuk memberikan layanan kesehatan kepada pasien (R. Hasanah & Maharani, 2022).

Perawat adalah seorang yang telah melakukan dan menyelesaikan pendidikan keperawatan. Profesi sebagai perawat yaitu seorang yang bertanggung jawab dalam melaksanakan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan masyarakat (Meiranda Mahlithosikha & Setyo Wahyuningsih, 2021). Perawat adalah salah satu sumber daya manusia yang berperan penting di dalam pelayanan kesehatan yang berada di rumah sakit (T. A. Purba et al., 2021). Perawat bekerja dimulai pada usia dewasa awal 18-40 tahun hingga dewasa madya 41-60 tahun (Jannah et al., 2010).

Perawat adalah profesi yang penting dari suatu rumah sakit dan sering berada garda terdepan dalam menghadapi proses perawatan pasien. Pasien dengan gangguan jiwa memiliki gejala yang dapat mengancam hidupnya dan berdampak terhadap kehidupan sosialnya, sehingga sangat penting diberikan perawatan secara terus menerus mulai sejak dirawat di rumah sakit jiwa. Dalam memberikan perawatan pada pasien dengan gangguan jiwa, perawat

psikiatri dapat mengalami kecemasan dan stres kerja (Novitayani et al., 2021).

b. Jenjang Pendidikan Keperawatan

Jenjang Karir Profesional merupakan sistem untuk meningkatkan kinerja dan profesionalisme, sesuai dengan bidang pekerjaan melalui peningkatan kompetensi. Dimana kompetensi tersebut diperoleh dari pendidikan formal berjenjang (DIII – S1 – S2 – S3), pendidikan informal yang sesuai/relevan maupun pengalaman praktik yang diakui. Menurut tentang jenjang karir perawat yaitu Permenkes No. 40 tahun 2017, pengembangan jenjang karir profesional perawat di Indonesia mencakup 4 peran utama perawat yaitu, Perawat Klinis (PK), Perawat Manajer (PM), Perawat Pendidik (PP), dan Perawat Peneliti/Riset (PR).

Sistem Pendidikan Keperawatan Indonesia Secara umum Pendidikan Keperawatan di Indonesia mengacu kepada Undang-Undang (UU) Nomor 20 Tahun 2003 dalam (BELU, 2021) tentang Sistem Pendidikan Nasional yang mencakup tiga tahap, yaitu:

- 1) Pendidikan Vokasional, yaitu jenis Pendidikan Diploma Tiga (D3) Keperawatan yang diselenggarakan oleh pendidikan tinggi keperawatan untuk menghasilkan

lulusan yang memiliki kompetensi sebagai pelaksana asuhan keperawatan.

- 2) Pendidikan Akademik, yaitu pendidikan tinggi program sarjana dan pasca sarjana yang diarahkan terutama pada penguasaan disiplin ilmu pengetahuan tertentu.
- 3) Pendidikan Profesi, yaitu pendidikan tinggi setelah program sarjana yang mempersiapkan peserta didik untuk memiliki pekerjaan dengan persyaratan keahlian khusus (program spesialis dan doktor keperawatan).

Di beberapa Politeknik Kesehatan (Poltekkes), Kemenkes masih memberlakukan kebijakan untuk membentuk Pendidikan Keperawatan Diploma Empat (D4). Pendidikan ini setara dengan S1 Keperawatan dan dapat melanjutkan ke pendidikan strata dua (S2). Ini adalah bagian dari transisi dari keperawatan profesional menuju keperawatan yang profesional saat ini (Gede Juanamasta et al., 2021).

3. Konsep Teori Kinerja Perawat

a. Pengertian

Tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam suatu organisasi sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya masing-masing dikenal sebagai kinerja perawat. Kinerja yang baik dapat memberikan kepuasan kepada pasien dan

meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. (Mogopa, Pondaag, & Hamel, 2017) dalam (Saputri et al., 2022)

Kinerja adalah hasil yang diberikan oleh setiap perawat kepada rumah sakit tentang apakah tujuan kerja rumah sakit tercapai atau tidak. Kinerja perawat sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan sangat penting untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Kinerja perawat yang baik membantu menjamin kualitas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien baik yang sehat maupun sakit. Kinerja perawat sebenarnya sama dengan prestasi kerja dip perusahaan, perawat ingin diukur kinerjanya berdasarkan standar obyektif yang terbuka dan dapat dikomunikasikan. Jika perawat diperhatikan dan dihargai sampai penghargaan superior, mereka akan lebih terpacu untuk mencapai prestasi pada tingkat lebih tinggi (Sasauw et al., 2023)

b. Faktor Kinerja Perawat

Faktor yang dapat menyebabkan kinerja perawat rendah karena motivasi kerja perawat belum sesuai dengan yang diharapkan, hal ini disebabkan karena kurangnya imbalan yang diterima masih rendah sedangkan beban kerja yang dilakukan oleh perawat cukup tinggi, dimana didasari dari beragam jenis pekerjaan yang dilakukan oleh perawat,

sehingga hal ini menjadi beban bagi setiap perawat (Hidayat, 2017).

Kinerja perawat dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yakni: kemampuan, motivasi, dukungan yang diterima, keberadaan pekerjaan dan hubungan organisasi (Jufrizen, 2017) dalam (R. Hasanah & Maharani, 2022). Menurut (R. Hasanah & Maharani, 2022) Terdapat banyak faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat yaitu:

- 1) Faktor usia berhubungan dengan kinerja perawat karena usia memiliki pengaruh besar pada kinerja perawat. Semakin bertambahnya usia maka pekerjaan akan lebih bertanggung jawab dan berpengalaman (Kumajas, Warouw, & Bawotong, 2014).
- 2) Faktor motivasi berhubungan dengan kinerja perawat 6,9 kali lebih besar membuat kinerja perawat baik (Mandagi, Umboh, & Rattu, 2015).
- 3) Faktor gaya kepemimpinan memiliki hubungan dengan kinerja perawat. Pemimpin yang memiliki hubungan baik kepada perawat serta menyelesaikan masalah dengan musyawarah dengan memberi kesempatan berpendapat, akan menghasilkan kinerja yang baik (Andriani, Hayulita, & Safitri, 2020).

- 4) Faktor komitmen organisasi berhubungan dengan kinerja perawat karena komitmen yang tinggi, akan tugas dan pekerjaannya berdampak pada tujuan rumah sakit yang dicapai secara optimal (Manurung, 2017).
 - 5) Faktor masa kerja berhubungan dengan kinerja perawat karena kondisi dan lokasi yang mendukung untuk perawat bekerja pada institusi rumah sakit (Norazie, Asrinawaty, & Suryanto, 2020).
 - 6) Faktor beban kerja pada masa pandemi v-19 berhubungan dengan kinerja perawat karena unit pelayanan keperawatan memiliki intensitas kerja yang tinggi dalam mencegah penyebaran penyakit terutama Covid-19 dan penyakit menular lainnya (Kusumaningrum, 2020).
 - 7) Faktor kecemasan dan depresi pada masa pandemi Covid-19 berhubungan dengan kinerja perawat karena kekhawatiran terpapar Covid-19 (Handayani, Suminanto, Darmayanti, Widiyanto, & Atmojo, 2020).
- c. Alat Ukur Kinerja Perawat
- 1) Modified Nursing Care Assessment Scale (M-NCAS)

Modified Nursing Care Assessment Scale (M-NCAS) diadaptasi dari instrumen NCAS asli yang dikembangkan di Swedia, dan berisi 32 item berdasarkan sebagian dari

21 item asli NCAS. M-NCAS berisi 32 item, dengan dua domain per item: satu membahas kejadian dan intensitas perilaku, di mana anggota staf menunjukkan sejauh mana mereka setuju bahwa pasien menunjukkan perilaku ("sikap" domain); dan yang membahas peringkat staf tentang kesulitan mengatasi perilaku (domain "ketegangan"). Tanggapan diukur pada skala tipe Likert empat poin (mulai dari Setuju hingga Tidak Setuju untuk domain Sikap, dan Sangat Mudah hingga Sangat Sulit untuk domain Strain). Skor yang lebih rendah lebih baik untuk kedua domain. Skor total dan subskala domain dihitung secara terpisah; skor total dan subskala dihitung sebagai rata-rata skor item individual. Secara umum, M-NCAS menunjukkan reliabilitas konsistensi internal yang sangat baik, dengan hanya subskala otonomi yang menghasilkan alfa Cronbach di bawah 0,70. Nilai alfa Cronbach sebesar 0,70 atau lebih dianggap cocok untuk digunakan dalam analisis perbandingan kelompok (Kleinman et al., 2004).

2) The Work Limitation Questionnaire (WLQ)

The Work Limitation Questionnaire (WLQ) dirancang oleh D. Lerner et al., untuk menentukan sejauh mana masalah kesehatan mengganggu aspek kinerja individu,

dan mengakibatkan penurunan efisiensi kerja. Kuesioner berisi 25 kriteria rinci yang dianggap berasal dari 4 kriteria utama: 1) manajemen waktu 2) tuntutan fisik 3) tuntutan mental-interpersonal 4) tuntutan lain yang berkaitan dengan pelaksanaan pekerjaan. Alat WLQ berkorelasi dengan penyakit kronis, seperti: depresi, epilepsi, penyakit sendi degeneratif, nyeri punggung, dan migrain. Koefisien alfa Cronbach untuk seluruh alat adalah 0,90, sedangkan untuk kriteria utama individu berkisar antara 0,88 – 0,91. (Szara et al., 2017).

3) Six Dimension Scale of Nursing Performance (SDNS)

Six Dimension Scale of Nursing Performance (SDNS) dirancang oleh P. Schwirian pada tahun 1978. P. Schwirian melakukan studi percontohan menggunakan Skala Enam Dimensi Kinerja Keperawatan di 151 sekolah keperawatan yang berlokasi di Amerika Serikat. Sekelompok 722 perawat lulus dan kelompok kontrol dari 587 perawat aktif bekerja diperiksa. (Marta Szara). Kuesioner ini terdiri dari 52 pertanyaan dengan 6 perangkat utama: 1) kepemimpinan; 2) perawatan intensif/ kritis 3) pengajaran/kolaborasi 4) perencanaan/evaluasi; 5) hubungan/komunikasi interpersonal dalam tim; dan 6)

pengembangan profesional. Penelitian ini dibagi menjadi dua tahap. Tahap pertama analisis kinerja kegiatan perawatan individu di tempat kerja perawat menggunakan skala Likert: 1 = kinerja saat bertugas tidak diantisipasi, dan 4 = paling sering dilakukan. Tahap kedua adalah penilaian kualitas tugas yang dilakukan. Dengan skala Likert dari 1 = kegiatan telah dilaksanakan dengan tidak memuaskan sampai dengan 4 = terlaksana dengan sangat baik (Damaiyanti, 2019).

Dalam penelitian ini. Peneliti menggunakan alat ukur Kuesioner yang digunakan adalah The Six Dimension Scale of Nursing Performance (SDNS), Instrumen tersebut memiliki reliabilitas yang baik dengan Cronbach's alpha untuk masing-masing subskala berkisar antara 0,90 hingga 0,97 (AL-Quraan et al., 2019).

B. Penelitian Terkait

Dalam penyusunan penelitian ini, penulis sedikit banyak terinspirasi dan mereferensi dari penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan masalah penelitian ini. Berikut ini penelitian terdahulu yang berhubungan dengan penelitian antara lain:

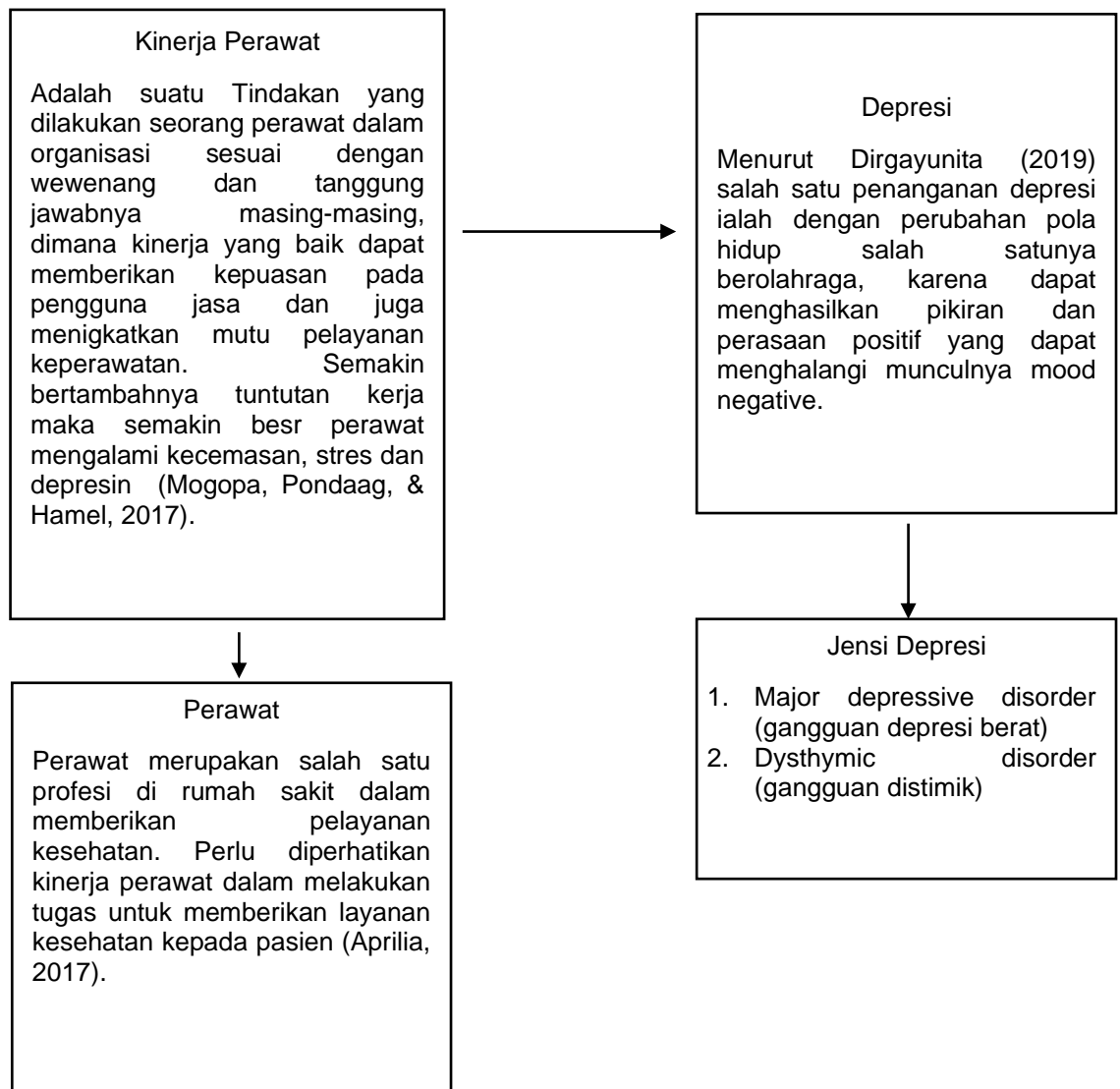
Dalam penelitian (Indah Ayuni Lasri , Dwi Rohyani , Millya Helen) dari hasil statistik menunjukkan nilai p (value) sebesar 0,967

Jadi, tidak ada hubungan yang signifikan antara beban kerja dan kinerja perawat di Rumah Sakit Umum Universitas Kristen Indonesia (M. M. Purba & Aden, 2021).

Dalam penelitian (Ramlawati, Ilham Safar) Hasil penelitian uji statistik menunjukkan bahwa ada sejumlah strategi pengelolaan stres kerja yang berpengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja perawat. Strategi-strategi ini berdampak positif, artinya semakin efektif strategi tersebut, semakin baik kinerja perawat di rumah sakit Ibnu Sina Makassar (Ramlawati & Safar, 2022).

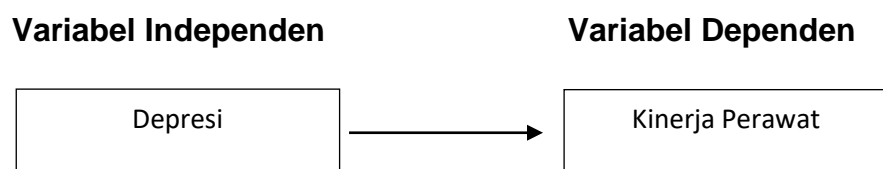
Dalam penelitian (Tunjung Sri Yulianti, Devina Setya Dewi) Data penelitian menunjukkan sebagian besar responden yaitu 24 orang (88,88%) berada pada tingkat stres yang ringan, 3 responden (11,12%) berada pada tingkat stres sedang dan tidak ada responden yang berada pada tingkat stres yang berat (Yulianti & Dewi, 2015).

C. Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2. 1 Kerangka Teori Penelitian

D. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep

E. Hipotesis

1. Hipotesa Alternative (H^a)

- a. Ada hubungan antara depresi terhadap kinerja perawat RSJD Atmaja Husada

2. Hipotesis Nol (H^0)

- b. Tidak ada hubungan antara depresi terhadap kinerja perawat RSJD Atmaja Husada