BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Stres

A. **Pengertian stres**

Setiap tujuan memiliki halangan dan rintangan, maka dari itu perlu perjuangan untuk menghadapinya, dan hal tersebut ini merupakan *stressor* bagi individu. Setiap gangguan yang mempengaruhi keseimbangan fisik dan atau mental individu, maka individu berusaha menyeimbangkannya kembali. Usaha ini dapat menghasilkan *eustress* atau *distress.* Stres adalah usaha penyesuaian diri. Bila individu tidak mampu mengatasinya, maka dapat muncul gangguan fisik, perilaku, perasaan hingga gangguan jiwa (Maramis & Maramis, 2009).

Stres dikonsepkan menjadi tiga pendekatan. Pendekatan pertama fokus pada lingkungan, stres sebagai stimulus yaitu kondisi dimana mendorong orang untuk melakukan tindakan. Pendekatan kedua melihat stres sebagai respons, yaitu memfokuskan pada reaksi orang

terhadap *stressor*. Pendekatan ketiga mendeskripsikan stres adalah proses yang melibatkan *stressor* dan ketegangan, tetapi menambahkan dimensi relasi antara individu dan lingkungan. Proses ini melibatkan interaksi berkelanjutan dan disebut sebagai transaksi antara orang dan lingkungan. Hal ini mempengaruhi dan dipengaruhi satu sama lain. Menurut pandangan ini stres bukan hanya stimulus, tetapi respons dimana manusia adalah agen yang aktif menyebarkan efek dari *stressor* lewat kebiasaan, kognitif dan emosional (Bernard & Krupat, 1994).

Stres menunjukkan adanya tekanan dalam konsep psikologi istilah stres digunakan untuk menunjukkan tekanan agar suatu organisme beradaptasi (Nevid *et al.*, 2003). Semua organisme dipacu oleh stres untuk berusaha lebih keras, tetapi hal ini memiliki batas toleransi tergantung pada daya tahan stres kita. Seiring waktu toleransi ini dapat tidak berfungsi lagi sebagaimana mestinya bila stres itu besar, berlangsung lama dan atau spesifik. *Eustress* merupakan bentuk stres yang bernilai positif, memacu individu untuk berusaha lebih keras untuk mencapai tujuan. Stres patologis adalah bila dalam usaha mengatasinya individu sudah tidak dapat berfungsi dengan baik lagi, yang pada akhirnya dapat menimbulkan gangguan jiwa atau pun fisik seperti hipertensi, gangguan jantung koroner, tukak lambung dan sebagainya (Maramis & Maramis, 2009).

B. Respons Terhadap Stres

a. Respons Psikologis

Stres dalam taraf fisiologis (*eustress*) menimbulkan reaksi positif pada individu. Stres dalam taraf berlebih (*distress*) dapat menimbulkan gangguan. Proses ini dinamakan dekompensasi dan dapat terjadi primer pada tingkat badani dan psikologis.

I. Dekompensasi Badaniah

Dalam keadaan stres berlebih, Selye melihat 3 fase dalam dekompensasi fisiologis pada sistem hipofisis-adrenal, yaitu:

- Reaksi bahaya

  Reaksi bahaya timbul saat individu menerima *stressor*, hal ini menyebabkan aktivasi sistem saraf otonom sebagai persiapan menghadapi stres. Sistem saraf otonom terdiri atas sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Sistem saraf simpatis berfungsi dalam menyediakan energi untuk tubuh saat terjadi respons *fight or flight* dengan meningkatkan sekresi hormon stres. Sistem saraf parasimpatis memiliki fungsi berlawanan dengan sistem saraf simpatis (Maramis & Maramis, 2009).

  Hipotalmus sebagai pusat sistem saraf simpatis akan menstimulasi kelenjar adrenal untuk mensekresikan hormon epinefrin. Hormon epinefrin menyebabkan

peningkatan *blood flow*, peningkatan frekuensi nafas, menstimulasi hepar untuk menyediakan glukosa sebagai energi, dan dilatasi pupil yang berguna meningkatkan sensitivitas cahaya.

- Fase pertahanan

  Fase pertahanan terjadi sebagai bentuk homeostasis tubuh mempertahankan reaksi alarm, namun *stressor* yang terus menstimulus menyebabkan tubuh tidak dapat berisitirahat. Tubuh yang terus dirangsang *stressor* menyebabkan level metabolisme tetap tinggi pada beberapa organ.

- Fase kelelahan

  Fase kelelahan timbul saat tubuh tidak dapat beradaptasi terhadap stres yang berkepanjangan, hal ini menyebabkan hormon kortisol tetap disekresikan. Hormon kortisol yang disekresikan dalam jangka waktu yang lama dapat mengakibatkan penurunan imunitas, gangguan pengaturan tekanan darah, dan gangguan pengaturan glukosa darah (Maramis & Maramis, 2009).

II. Dekompensasi Psikologis

Dekompensasi psikologis mengikuti fase yang sama pada dekompensasi badani. Mula-mula terjadi tanda bahaya dan mobilisasi, yang secara khas berupa kewaspadaan yang meningkat, peningkatan emosi, dan penggunaan berbagai

mekanisme pembelaan secara intensif. Dekompensasi psikologis memperlihatkan gejala-gejala maladaptasi, seperti kecemasan yang terus-menerus, manifestasi somatis, dan efisiensi yang rendah.

Dalam fase pertahanan timbul pemakaian mekanisme pembelaan baru yang berlebih dan menyimpang, seperti penyangkalan, serta perlahan-lahan mulai muncul pola-pola neurotik. Bila tindakan pembelaan berlebih dan abnormal tidak berhasil, maka proses dekompensasi akan berlangsung ke fase kelelahan berupa disintegrasi pribadi dan terus-menerus serta tidak terkontrol, sehingga terjadi kelelahan, hilangnya tenaga fisik dan kematian (Maramis & Maramis, 2009).

Reaksi psikologis terhadap stres dapat meliputi :

- Stres dapat melemahkan ingatan dan perhatian sehingga mempengaruhi kognisi.
- Individu cenderung emosional terhadap stres sehingga timbul rasa takut, fobia, kecemasan, depresi, perasaan sedih dan rasa marah (Sarafino, 1994).

b. Respons Biologis

Stres dapat menimbulkan dan ditimbulkan penyakit tergantung lamanya stres dan kekuatan stres, berikut beberapa teori hubungan stres-penyakit:

I. Teori Biologis

Respons biologis terhadap stres seperti aktivasi sistem saraf otonom merupakan respons fisiologis. Kerusakan fisiologis dapat terjadi bila respons fisiologis terhadap stres diaktivasi berkelanjutan, atau bila proses *counter-regulatory* tidak dapat mengembalikan sistem tubuh pada kondisi sebelum stres dalam jangka waktu yanglama.

II. Teori Psikologis

- Teori Psikoanalisis

  Memandang konflik-konflik tertentu dan kondisi emosional negatif yang terkait memicu terjadinya gangguan psikofisiologis.

- Faktor-faktor Kognitif Behavioral

  Terkait dengan persepsi negatif yang dapat merangsang aktivasi sistem saraf simpatis dan sekresi hormon-hormon stres.

III. Beberapa Penyakit Psikofisiologis

Stres yang berat, spesifik dan lama dapat menimbulkan gangguan fisik, berupa gangguan kardiovaskular, hipertensi esensial, penyakit jantung koroner, asma, AIDS, kanker dan lain-lain (Davison *et al.*, 2006).

2.1.2 Faktor yang Berhubungan Stres

Menurut Gibson faktor penyebab terjadinya stres, yaitu:

A. *Stressor* lingkungan fisik, berupa sinar, kebisingan, temperatur dan udara yang kotor.

B. *Stressor* individu berupa konflik peran, ketaksaan peran, beban kerja, tanggung jawab terhadap orang lain, ketiadaan kemajuan karir dan rancangan pengembangan karir (Hermita, 2011).

Menurut Hurrel, *stressor* dikelompokkan kedalam lima kelompok besar, yaitu:

A. Faktor-faktor Intrinsik dalam Pekerjaan

Kelompok ini mencakup tuntutan fisik dan tuntutan tugas. Tuntutan fisik misalnya faktor kebisingan. Sedangkan faktor-faktor tugas mencakup: kerja malam, beban kerja, dan penghayatan dari resiko dan bahaya (Hermita, 2011).

B. Peran Individu

Setiap tugas yang diberikan, memiliki ekspektasi dan aturan yang spesifik, namun tidak semua individu dapat melakukannya. Peran yang berfungsi kurang baik merupakan pembangkit stres, hal ini meliputi :

- Konflik Peran

  Konflik peran adalah keadaan dimana terdapat tugas yang sama pada dua atau lebih individu dalam organisasi. Pertentangan antara tugas-tugas yang harus

ia lakukan dan antara tanggung jawab yang ia miliki berupa:

- Nilai-nilai individu dan keyakinannya berbenturan dengan tugasnya.
- Dalam persepsinya, tugas yang diberikan merupakan bagian tugas orang lain.
- Tuntutan-tututan yang bertentangan dengan orang lain yang dinilai penting bagi dirinya.

- Ketaksaan peran

  Ketakasan peran terjadi ketika individu yang tidak memiliki cukup informasi untuk dapat melaksanakan tugasnya, atau tidak mengerti perannya dalam tugas yang diberikan. Faktor-faktor yang dapat menimbulkan ketaksaan berupa:

  - Tanggung jawab yang ambigu.
  - Prosedur kerja tidak jelas.
  - Pengharapan pemberi tugas yang tidak jelas.

  Ketidaktahuan peran mengarah pada ketidakpuasan pekerjaan, kurang memiliki kepercayaan diri, rasa tak berguna, rasa harga diri menurun, depresi, motivasi rendah, peningkatan tekanan darah dan denyut nadi, dan kecenderungan untuk meninggalkan tugas. Hal ini merupakan tanda stres (Hermita, 2011).

C. Hubungan dalam Pekerjaan

Hubungan yang buruk ditandai dengan kepercayaan yang rendah sesama anggota dan minat yang rendah dalam pemecahan masalah. Kedua hal ini dapat dilihat dari kualitas dan intensitas pembicaraan yang terjadi antar anggota kelompok. Ketidakpercayaan secara positif berhubungan dengan ketaksaan peran yang tinggi, yang mengarah kekomunikasi antar pribadi yang tidak sesuai antara anggota dan penurunan dari kondisi kesehatan

D. Struktur dan Iklim Organisasi

Kurangnya partisipasi dalam pengambilan keputusan berhubungan dengan suasana hati dan perilaku negatif.

E. Tuntutan dari Luar Organisasi/Pekerjaan

Kategori pembangkit stres potensial ini mencakup segala unsur kehidupan seseorang yang dapat berinteraksi dengan peristiwa-peristiwa kehidupan dan kerja di dalam satu organisasi, dan dapat memberi tekanan pada individu. Isu-isu tentang keluarga, krisis kehidupan, kesulitan keuangan, keyakinan-keyakinan pribadi dan organisasi yang bertentangan, konflik antara tuntutan keluarga dan tuntutan universitas, semuanya dapat merupakan tekanan pada individu, sebagaimana halnya stres akademik mempunyai dampak yang negatif pada kehidupan keluarga dan pribadi (Hermita, 2011).

2.1.3 Mahasiswa Kepaniteraan Klinik

Mahasiswa kepaniteraan klinik/profesi kedokteran adalah suatu pekerjaan kedokteran atau kedokteran gigi yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, dan kode etik yang bersifat melayani masyarakat (KKI, 2011).

Kepaniteraan klinik merupakan kelanjutan Pendidikan Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Dengan demikian maka program ini bertujuan mendidik Sarjana Kedokteran (S. Ked) untuk menjadi dokter melalui proses belajar Program Profesi Dokter sesuai dengan kurikulum sehingga memiliki cukup pengalaman dan ketrampilan klinik, mempunyai kemampuan memecahkan masalah serta bersifat professional.

Kepaniteraan Klinik, yang dilaksanakan pada:

A. RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung (RSUAM): 12 bagian, 35 SKS, 64 pekan (59 pekan efektif).
B. Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung: 2 SKS, 3 pekan efektif.
C. IKAKOM: 3 SKS, 4 pekan efektif.

Dengan lama studi Program Kepaniteraan klinik 3 semester dan beban setara dengan 40 sks (Unila, 2010).

2.1.4 Bagian Ilmu Penyakit Dalam

Kepaniteraan di bagian Ilmu Penyakit Dalam berlangsung selama 10 minggu, bertempat di bangsal paru, bangsal jantung, bangsal penyakit dalam pria, bangsal penyakit dalam wanita dan juga melibatkan bangsal penyakit dalam di Rumah Sakit Satelit. Dalam di bagian Ilmu Penyakit Dalam akan ditemui berbagai pasien dengan banyak keluhan. Keluhan utama yang sering ditemui adalah demam, batuk, batuk berdarah, sesak nafas, sakit dada, muntah, diare dan lain-lain. Untuk itu maka tiap mahasiswa harus mencapai standar kompetensi penyakit dan keterampilan bagian Ilmu Penyakit Dalam.

Pada bagian Ilmu Penyakit Dalam RSUD Dr. H. Abdul Moeloek, mahasiswa akan dibagi atas empat kelompok besar dalam melakukan tugasnya, namun hal ini bukan berarti membatasi mahasiswa untuk saling bertukar ilmu. Dalam proses pembelajaran sendiri, mahasiswa akan dibagi atas kegiatan terstruktur dan kegiatan tidak terstruktur. Kegiatan struktur terdiri atas *Bed Side Teaching, Case Report Session, Clinical Science Session,* dan *Expert Session.* Kegiatan terstruktur berlangsung pada pukul 07.30-14.00. Sedangkan untuk kegiatan tidak terstruktur terdiri atas *follow up* pasien dan laporan jaga yang berlangsung pada pukul 14.00-07.30 (Unila, 2013).

Bed Side Teaching merupakan suatu proses pengajaran dimana mahasiswa berinteraksi dengan pasien sesungguhnya dibawah bimbingan. *Bed Side Teaching* dapat dilakukan di ruang rawat inap dan poliklinik. *Case Report Session* merupakan suatu proses belajar

mengajar dimana mahasiswa mencari kasus yang akan ditinjau dari segi keilmuan. Dalam pemilihan kasus diutamakan kasus yang menarik, kasus yang telah selesai pengobatannya, atau kasus dengan pengobatan berulang. Pada *Clinical Science Session* mahasiswa kepaniteraan klinik mempelajari lebih jauh tentang teori dan keilmuan terkini, berbeda dengan *Expert Session* dimana mahasiswa kepaniteraan klinik mendapat ilmu melalui perkuliahan oleh dokter ahli Ilmu Penyakit Dalam.

Follow Up pasien merupakan kegiatan tidak terstruktur dimana seluruh kelompok *perceptor* melakukan *follow up* setiap hari terhadap pasien yang dirawat di ruangan. Kegiatan tidak terstruktur lain adalah laporan jaga. Laporan jaga dilaksanakan dua kali dalam satu minggu pada hari senin dan kamis. Pada laporan jaga mahasiswa mempresentasikan kasus-kasus yang ada di ruang rawat inap dan poliklinik.

Dalam melakukan tugas dan pembelajaran, mahasiswa akan diasuh oleh dokter yang bertugas. Dokter yang bertugas akan disesuaikan dengan jadwal (Unila, 2010).

2.1.5 Survei Diagnosa*Stress* (SDS)

SDS didesain oleh John M. Ivancevich dan Michael T. Matteson. SDS adalah persediaan laporan diri multi dimensi yang dirancang untuk mengukur persepsi stres. Survei Diagnosa *Stress* pertama kali dikembangkan 1976. Evolusi tahun 50-an dapat diketahui melalui

wawancara dengan karyawan diberbagai organisasi, penelitian kembali stres dan organisasi yang mengukur perilaku, dan analisis sastra stres biomedis. Versi sekarang dari SDS mencerminkan stres yang dirasakan dalam berbagai jenis pekerjaan yang berhubungan dimensi.

SDS telah divalidasi oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (balitbangkes). Pada penelitian ini menggunakan lima dari enam faktor yang dapat diteliti yaitu ketaksaan peran, konflik peran, beban kerja berlebih kuantitatif, beban kerja berlebih kualitatif dan tanggung jawab terhadap orang lain. Kuisioner ini terdiri dari 30 pertanyaan yang mencakup macam-macam *stressor* kerja, yaitu

a) Ketaksaan peran; yaitu keraguan peran dimana mahasiswa tidak memahami tujuan dari pekerjaannya dan apa yang diharapkan. Poin ketaksaan peran terdapat pada nomor 1, 7, 13, 19, dan 25.
b) Konflik peran; yaitu pertentangan antara dua atau lebih orang dengan peran yang sama atau satu orang memiliki peran dua atau lebih dalam waktu bersamaan. Poin konflik peran terdapat pada nomor 2, 8, 14, 20, dan 26.
c) Beban kerja berlebih kuantitatif; yaitu jumlah tugas atau pekerjaan yang harus ditanggung. Poin beban kerja berlebih kuantitatif terdapat pada nomor 3, 9, 15, 21, dan 27.
d) Beban kerja berlebih kualitatif; yaitu mutu tugas atau pekerjaan yang harus ditanggung. Poin beban kerja berlebih kualitatif terdapat pada nomor 4, 10, 16, 22, dan 29

e) Pengembangan karir; yaitu kepastian terkait kenaikan dan penurunan jenjang struktural yang telah baku. Poin pengembangan karir terdapat pada nomor 5, 11, 17, 23, dan 29.

f) Tanggung jawab terhadap orang lain; yaitu kewajiban yang berhubungan dengan orang lain. Poin tanggung jawab terhadap orang lain terdapat pada nomor 6, 12, 18, 24, dan 30.

Masing-masing nomor pada SDS memiliki rentang skor 1-7. Skor yang didapatkan kemudian dijumlahkan sesuai dimensi yang diukur. Interpretasi hasil diklasifikasikan menjadi tiga kelompok: ringan bila skor antara 0-9, sedang bila skor antara 10-24, dan berat bila skor lebih dari 24 (Setyawan *et al.*, 2008).

2.1.6 SRQ-20

Perkembangan SRQ-20 dimulai dengan seleksi-seleksi sejumlah pertanyaan oleh *World Health Organization* (WHO). Yang kemudian dibandingkan dengan 4 instrumen penilaian lainnya, yaitu *The Patient Self Report Symptom Farm (PASSR), The Post Graduate Institute Health Quetionnaire N2, The General Health Quetionnaire (GHQ), The Present State Examintaion (PSE).* Yang dimana didapati 32 pertanyaan pada hasil perbandingan dan akhirnya disetujui menjadi 20 pertanyaan yang mewakili 4 instrumen penyaringan tersebut. SRQ-20 telah divalidasi oleh *World Health Organization* (WHO).

Kuesioner SRQ-20 memiliki pembagian klasifikasi diagnosis yang sesuai dengan *International Classification Disease (ICD 10).* Pembagian klasifikasi SRQ-20 tersebut terdiri dari:

A. Depression:

- Episode depresif
- *Reccurent depressive disorder*
- *Dysrithimia*

B. Anxiety Related Disorder:

- *Phobic anxiety disorders*
- *Panic disorder*
- *Generalized anxiety disorder*
- *Mixed anxiety-depressive disorder*
- *Obsesive compulsive disorder*
- *Adjustment disorder*

C. Somatoform Disorder

- *Somatization disorder*
- *Undifferentiated somatoform disorder*
- *Other neurothic disorder: neurasthenia*

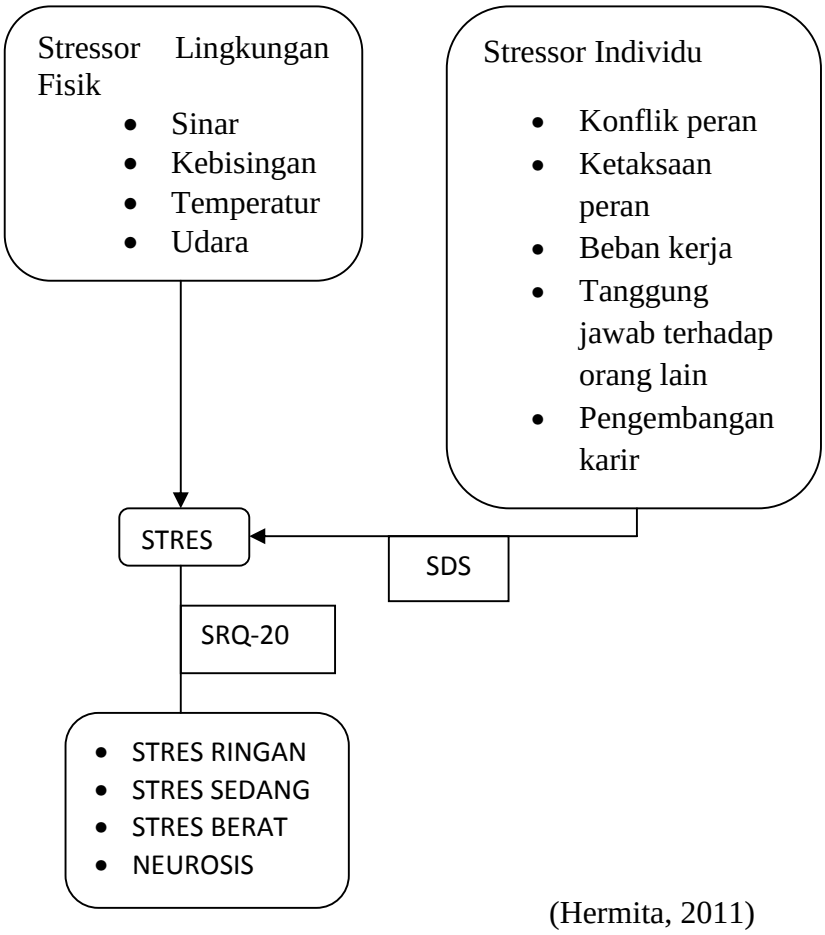
Kuisioner ini dapat dipakai oleh siapa saja untuk mengetahui kesehatan gangguan gejala mentalnya. Proses pengisian kuisioner mempunyai beberapa peraturan yang dapat mempengaruhi hasil pengisian diantaranya ialah:

A. Pada saat melakukan pengisian kuisioner, responden tidak boleh mendiskusikan pertanyaan baik sesama responden maupun ke pewawancara.
B. Responden dianjurkan hanya menjawab pertanyaan dengan jawaban ya atau tidak.
C. Jika responsden tidak yakin dalam menjawab pertanyaan, maka diharapkan tetap memberikan jawaban yang terbaik menurut dirinya.
D. Pertanyaan yang dibacakan oleh pewawancara, boleh diulang jika responden belum mendapatkan jawaban.
E. Intervensi tambahan yang diijinkan adalah bahwa pertanyaan dapat didiskusikan satu kali ketika semua pertanyaan sudah terjawab
F. Jawaban kuisioner bersifat rahasia.

Penilaian SRQ dilakukan dengan cara memberikan nilai 0 atau 1 pada setiap pertanyaan. Nilai 1 mengindikasikan adanya gejala pada satu bulan terakhir, sedangkan nilai 0 mengindikasikan tidak adanya gejala. Nilai maksimum ialah 20, sedangkan nilai yang mengindikasikan adanya gangguan mental adalah lebih atau sama dengan dari 10 (Tiana S, 2010).

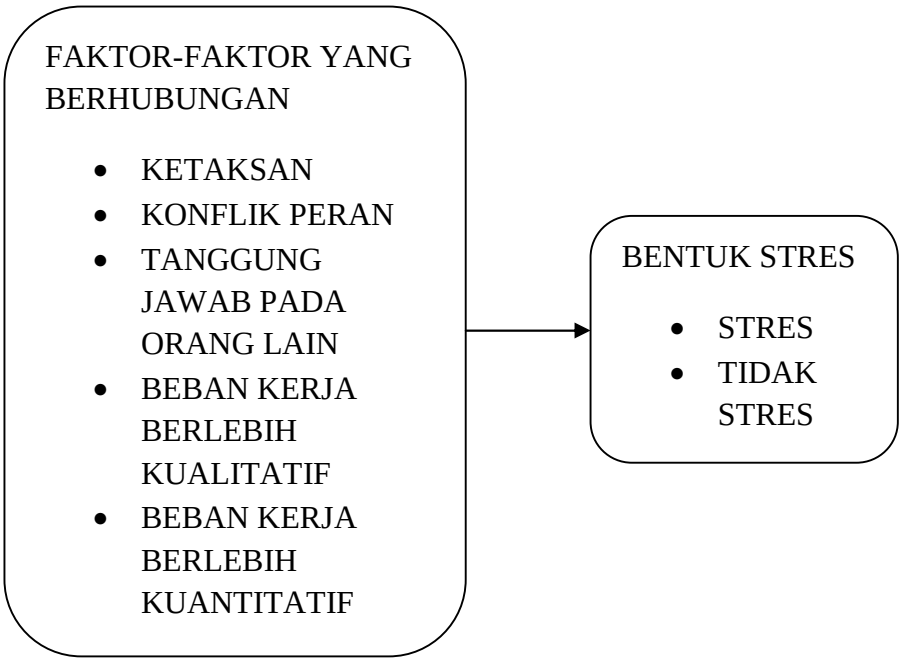
2.2 Kerangka Pemikiran

2.2.1 Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori Faktor-Faktor yang Berhubungan Stres

2.2.2 Kerangka Konsep



VARIABEL INDEPENDEN VARIABEL DEPENDEN

Gambar 2. Kerangka Konsep Faktor-Faktor yang Berhubungan Stres

2.3 Hipotesis Penelitian

Adapun hipotesis kerja (Ha) pada penelitian ini sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan yang bermakna antara ketaksaan peran dan stres pada mahasiswa kepaniteraan klinik di bagian Ilmu Penyakit Dalam RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.
2. Terdapat hubungan yang bermakna antara konflik peran dan stres pada mahasiswa kepaniteraan klinik di bagian Ilmu Penyakit Dalam RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

3. Terdapat hubungan yang bermakna antara beban kerja berlebih kuantitatif dan stres pada mahasiswa kepaniteraan klinik di bagian Ilmu Penyakit Dalam RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.
4. Terdapat hubungan yang bermakna antara beban kerja berlebih kualitatif dan stres pada mahasiswa kepaniteraan klinik di bagian Ilmu Penyakit Dalam RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.
5. Terdapat hubungan yang bermakna antara tanggung jawab terhadap orang lain dan stres pada mahasiswa kepaniteraan klinik di bagian Ilmu Penyakit Dalam RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.