

**B**uku ini mengkaji tentang masalah beban kerja perawat di rumah sakit selama masa pandemi COVID-19. Melalui berbagai kajian maka dapatlah diambil kesimpulan yaitu pada beban kerja fisik umumnya total skor yang diperoleh responden dikategori kelelahan dan pada beban kerja mental dilihat dari aspek mental demand, physical demand, temporal demand, own performance, effort dan frustration umumnya responden memiliki usaha mental yang tinggi dalam menyelesaikan masalah.

**K**emudian, penulis memberikan beberapa solusi dan saran terkait topik ini khususnya kepada manajerial rumah sakit disarankan untuk memperhatikan keadaan dan kondisi perawat diruangan apakah beban kerja yang dirasakan perawat pelaksana berlebih atau tidak dikarenakan hal ini berdampak kepada kualitas pelayanan yang akan diberikan perawat pelaksana kepada pasien.

*Mengenal & Mengkaji*  
**Beban Kerja Perawat**  
*di Rumah Sakit*



Wonocolo Utara V/18 Surabaya  
+628977416123  
globalaksarapers@gmail.com



Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep, dkk

MENGENAL DAN MENGAJIKI  
BEBAN KERJA PERAWAT DI RUMAH SAKIT



*Mengenal & Mengkaji*  
**Beban Kerja Perawat**  
*di Rumah Sakit*

**Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep,**  
**Dr. Ennimay, S.Kp., M.Kes dan Fauzan Risyadi, S.Kep**

---

---

# MENGENAL DAN MENGENKAJI BEBAN KERJA PERAWAT DI RUMAH SAKIT

---

---

Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep,  
Dr. Ennimay, S.Kp., M.Kes  
Fauzan Risyadi, S.Kep

**UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 28 TAHUN 2014  
TENTANG HAK CIPTA**

**PASAL 113  
KETENTUAN PIDANA  
SANKSI PELANGGARAN**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep

Dr. Ennimay, S.Kp., M.Kes

Fauzan Risyadi, S.Kep

---

---

# MENGENAL DAN MENGAJI BEBAN KERJA PERAWAT DI RUMAH SAKIT

---

---



# Mengenal dan Mengkaji Beban Kerja Perawat di Rumah Sakit

*Diterbitkan pertama kali dalam bahasa Indonesia  
oleh Penerbit Global Aksara Pers*

**ISBN: 978-623-462-079-5**

vii + 65 hal; 14,8 x 21 cm

Cetakan Pertama, Juni 2022

**copyright © Juni 2022 Global Aksara Pers**

**Penulis** : Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep  
Dr. Ennimay, S.Kp., M.Kes  
Fauzan Risyadi, S.Kep

**Penyunting** : Antun Rahmadi, SKM., MPH

**Desain Sampul**: Arum Nur Laili

**Layouter** : Ilil Ni'matul M

Hak Cipta dilindungi undang-undang.

Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dengan bentuk dan cara apa pun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit.

**Diterbitkan oleh:**



**CV. Global Aksara Pers**

**Anggota IKAPI, Jawa Timur, 2021, No. 282/JTI/2021**

Jl. Wonocolo Utara V/18 Surabaya

+628977416123/ +628573269334

[globalaksarapers@gmail.com](mailto:globalaksarapers@gmail.com)

# Prakata Penulis

Puji syukur kepada Tuhan yang maha Kuasa, buku ini bisa terselesaikan dengan baik sampai proses terbit. Buku ini mengkaji tentang masalah beban kerja perawat di rumah sakit selama masa pandemi COVID-19. Melalui berbagai kajian maka dapatlah diambil kesimpulan yaitu pada beban kerja fisik umumnya total skor yang diperoleh responden dikategori kelelahan dan pada beban kerja mental dilihat dari aspek *mental demand*, *physical demand*, *temporal demand*, *own performance*, *effort* dan *frustration* umumnya responden memiliki usaha mental yang tinggi dalam menyelesaikan masalah.

Kemudian, penulis memberikan beberapa solusi dan saran terkait topik ini khususnya kepada manajerial rumah sakit disarankan untuk memperhatikan keadaan dan kondisi perawat diruangan apakah beban kerja yang dirasakan perawat pelaksana berlebih atau tidak dikarenakan hal ini berdampak kepada kualitas pelayanan yang akan diberikan perawat pelaksana kepada pasien.

Penulis menyadari bahwa tulisan ini masih jauh dari sempurna. Oleh karenanya, saran dan kritik yang produktif sangat penulis harapkan demi kesempurnaan naskah ini selanjutnya. Semoga bermanfaat dan selamat membaca...

24 April 2022

Penulis

# Daftar Isi

Prakata Penulis .....	v
Daftar Isi .....	vi

## **BAB I**

<b>Pendahuluan .....</b>	<b>1</b>
--------------------------	----------

## **BAB II**

<b>Mengenal Pandemi Covid-19 .....</b>	<b>6</b>
A. Definisi COVID-19.....	6
B. Epidemiologi .....	6
C. Etiologi.....	8
D. Patofisiologi.....	10
E. Manifestasi Klinis .....	12

## **BAB III**

<b>Manajemen Keperawatan.....</b>	<b>13</b>
A. Definisi Keperawatan .....	13
B. Peran dan Fungsi Perawat .....	13
C. Hak dan Kewajiban Perawat .....	14
D. Definisi Manajemen .....	15
E. Fungsi Manajemen .....	16
F. Prinsip-Prinsip Manajemen Keperawatan .....	17
G. Tujuan Manajemen Keperawatan.....	19
H. Perencanaan Kebutuhan Tenaga Perawat.....	19

## **BAB IV**

<b>Mengenal Beban Kerja Perawat .....</b>	<b>22</b>
A. Definisi Beban Kerja .....	22
B. Beban Kerja Perawat .....	22
C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Beban Kerja.....	23
D. Jenis Beban Kerja .....	24
E. Beban Kerja Fisik .....	26
F. Beban Kerja Mental .....	26
G. Dampak Beban Kerja .....	27
H. Analisis Beban Kerja .....	28
I. Metode dan Cara Perhitungan Beban Kerja .....	31

## **BAB V**

<b>Mengkaji Beban Kerja Perawat Di Rumah Sakit .....</b>	<b>39</b>
A. Analisa Beban Kerja Fisik .....	39
B. Analisa Beban Kerja Mental .....	41
C. Analisa Perhitungan Beban Kerja.....	43

## **BAB VI**

<b>Analisa Kritis Tentang Beban Kerja Perawat Di Rumah Sakit .....</b>	<b>47</b>
A. Karakteristik Perawat di Rumah Sakit .....	47
B. Beban Kerja Fisik Perawat di Rumah Sakit.....	50
C. Beban Kerja Mental Perawat di Rumah Sakit.....	52
D. Analisa Perhitungan Beban Kerja Perawat di Rumah Sakit.....	55
Daftar Pustaka .....	58
Biografi Penulis .....	63



# BAB I

## Pendahuluan

Pada akhir tahun 2019 dunia digemparkan dengan adanya berita mengenai virus langka yang berbahaya, COVID-19 atau dikenal dengan *Corona Virus Disease 2019*, yang telah ditetapkan oleh WHO (*World Health Organization*) atau Badan Kesehatan Dunia sebagai Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KMMMD) sejak 30 Januari 2020 lalu pada akhirnya ditetapkan sebagai pandemi pada tanggal 11 maret 2020 (Sari & Raharyani, 2020). COVID-19 pertama kali ditemukan di Provinsi Wuhan China pada akhir 2019 tahun lalu. Hanya butuh waktu 2 bulan saja virus COVID-19 ini sudah menyebar ke penjuru dunia, hampir seluruh negara di belahan dunia sudah ada bahkan banyak dari masyarakat dan warga negara nya terpapar serta terinfeksi virus ini.

Kasus COVID-19 di Indonesia pertama kali terkonfirmasi pada tanggal 02 Maret 2020 di Depok, Jawa Barat. Pada tanggal 10 April 2020 virus ini telah menyebar di 34 Provinsi di Indonesia. Maka dari itu keluarlah (Keputusan Presiden RI, 2020) no 12 Tahun 2020 tentang penetapan bencana non alam penyebaran *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) sebagai bencana nasional, dan karena itulah pemerintah pusat menghimbau kepada gubernur, walikota serta bupati untuk menjadi ketua gugus penanganan COVID-19 di daerah masing-masing. Per 30 Oktober 2020 kasus COVID-19 di Indonesia mencapai angka 406.945

kasus, dengan jumlah kasus pasien yang telah sembuh mencapai 334.295 kasus, sedangkan sejumlah 13.782 kasus pasien yang meninggal akibat virus ini (Kemenkes RI, 2020).

Kasus COVID-19 di Riau pertama kali tercatat pada tanggal 18 Maret 2020. Pasien pertama yang positif COVID-19 dirujuk ke Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau. Sampai bulan Januari 2021, terkonfirmasi bahwa angka COVID-19 di Riau mencapai 24.932 kasus, dengan rincian 23.083 pasien yang sembuh, 583 pasien meninggal, 799 pasien isolasi mandiri, dan 467 di rawat di rumah sakit ([corona.riau.go.id](http://corona.riau.go.id)).

RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau adalah Rumah Sakit Tipe B Pendidikan. Rumah sakit ini merupakan institusi pemerintah Provinsi Riau yang mempunyai tugas dan fungsi mencakup upaya pelayanan kesehatan perorangan, pusat rujukan dan pembina Rumah Sakit Kabupaten/Kota se- Provinsi Riau serta merupakan tempat pendidikan mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Riau dan institusi pendidikan kesehatan lainnya ([rsudarifinachmad.riau.go.id](http://rsudarifinachmad.riau.go.id)). RSUD Arifin Achmad merupakan rumah sakit umum yang menjadi salah satu rumah sakit rujukan utama bagi pasien yang terinfeksi COVID-19. Pasien yang terkonfirmasi COVID-19 akan dirawat di ruangan Pinere. Ruangan Pinere merupakan ruangan khusus untuk menangani dan merawat pasien yang terkonfirmasi COVID-19.

Rumah sakit atau pusat pelayanan kesehatan, dokter dan Perawat merupakan garda terdepan yang berhubungan/kontak langsung dalam menangani pasien (Putri, 2020). Tenaga kesehatan bertugas memastikan pasien COVID-19 mendapatkan penanganan dengan baik namun

tenaga kesehatan juga perlu mengutamakan keselamatan nyawanya saat bertugas (Rohman et al., 2020). Bagi petugas kesehatan penggunaan alat pelindung diri (APD) dibutuhkan untuk proteksi diri agar tenaga kesehatan tidak tertular penyakit, oleh karena itu sangat penting bagi petugas kesehatan untuk menggunakan APD.

WHO dan Kementerian Kesehatan sudah mengeluarkan pedoman mengenai penggunaan APD yang benar sesuai dengan faktor risiko, baik bagi para profesional kesehatan dan juga bagi khalayak awam. WHO dan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bagi petugas yang menangani pasien yang positif COVID-19 harus menggunakan APD level 3 seperti pelindung mata atau pelindung wajah, penutup kepala, masker N95 atau yang setara, sarung tangan, *gown all-cover* atau apron, sarung tangan *double sterile*, dan sepatu bot (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Perawat menjadi tenaga kesehatan mayoritas dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling lama berinteraksi saat memberikan pelayanan kepada pasien COVID-19. Pada pandemic COVID-19 beban kerja perawat semakin meningkat. Dengan mengikuti protokol kesehatan tentunya akan menambah beban kerja perawat, baik Tenaga Suka Rela (TKS) maupun Aparatur Sipil Negara (ASN) (Siregar & Simamora, 2020).

Beban kerja fisik merupakan perbedaan antara tuntutan pekerjaan dengan kemampuan pekerja untuk memenuhi tuntutan pekerjaan itu secara fisik sedangkan beban kerja mental adalah beban kerja yang timbul dan terlihat dari pekerjaan yang dilakukan, terbentuk secara kognitif (Naufal Shafy Saputro, Wiwik Budiawan, 2016). Beban kerja perawat

adalah volume kerja perawat di sebuah unit rumah sakit. Sedangkan volume kerja perawat merupakan waktu yang dibutuhkan untuk menangani pasien per hari.

Beban kerja dibutuhkan sebagai dasar untuk mengetahui kapasitas kerja perawat agar terdapat keseimbangan antara tenaga perawat dengan beban kerja (Hendianti et al., 2012). Beban kerja perawat selama pandemi COVID-19 salah satunya dapat dicetuskan oleh faktor kelelahan fisik. Saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien selama pandemi COVID-19, perawat dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan dengan menggunakan APD sesuai dengan protokol kesehatan.

Pada jurnal Ners Vol. 6 No. 1 Ernawati, Nursalam dan Djuari (2011), beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan. Beban kerja yang tinggi dapat menyebabkan kelelahan serta stress kerja. Kelelahan yang dirasakan perawat ketika bertugas dapat mengakibatkan penyimpangan serta kemunduran dalam penampilan kerja. Kelelahan kerja ini juga dapat memberikan dampak terhadap kualitas asuhan keperawatan serta pelayanan kepada klien menjadi tidak optimal. Beban kerja yang tinggi dapat berefek pada penurunan kinerja personel rumah sakit.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan peneliti pada tanggal 18 Maret 2021 dengan 12 responden perawat yang berdinasi di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau didapatkan bahwa 6 dari 12 responden mengatakan bahwa selama masa Pandemi COVID-19 jumlah pasien yang dirawat mengalami peningkatan, dan 11 dari 12 responden mengatakan bahwa rekan kerja sesama perawat

yang bertugas dengan mereka diruangan yang sama diambil diperbantukan untuk menangani pasien COVID-19, dan 7 dari 12 responden mengatakan mereka merasa kewalahan serta kesulitan ketika menangani pasien yang banyak serta membutuhkan tenaga bantuan diruangannya dikarenakan berkurangnya tenaga perawat disana.

Di dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien 10 dari 12 responden menggunakan APD level 2, 7 dari 12 responden mengatakan merasakan sesak, kelelahan serta mengganggu ketika memberikan asuhan keperawatan kepada klien ketika memakai APD namun hanya awal ketika pandemi COVID-19 dan sekarang sudah terbiasa dan tidak mengganggu kinerja responden, dan 11 dari 12 responden mengatakan bahwa tuntutan kerja sewaktu pandemi COVID-19 ini meningkat. Hal ini tentunya akan berdampak dan berpengaruh kepada beban kerja yang responden rasakan.

## **BAB II**

# **Mengenal Pandemi Covid-19**

### **A. Definisi COVID-19**

Virus Corona merupakan sebuah Virus menular yang disebabkan oleh SARS-CoV-2, berdasarkan bukti ilmiah COVID-19 ini dapat menular dari manusia ke manusia melalui percikan batuk/bersin (droplet) (Putri, 2020). Menurut (Kemenkes RI, 2020) *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) merupakan coronavirus jenis baru yang belum pernah teridentifikasi sebelumnya pada manusia. Terdapat dua jenis coronavirus yang dapat menimbulkan gejala berat yaitu *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dan *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS).

### **B. Epidemiologi**

Munculnya kasus pneumonia yang tidak diketahui di Wuhan, China pada akhir Desember 2019 (Li et al., 2020) berdasarkan hasil penyelidikan epidemiologi, diduga ada hubungannya dengan pasar seafood di Wuhan. Pada tanggal 7 Januari 2020, Pemerintah China kemudian mengumumkan bahwa penyebab kasus tersebut adalah Coronavirus yang kemudian diberi nama SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*). Walaupun berasal dari famili yang sama, SARS-CoV-2 lebih menular ketimbang SARS-CoV dan MERS-CoV. Proses penularan yang cepat membuat WHO menetapkan pada tanggal 30 Januari 2020

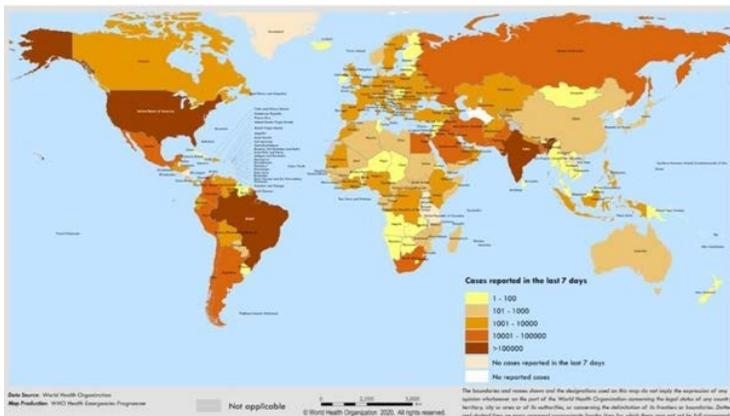
---

[6] Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep, Dr. Ennimay, S.Kp., M.Kes dan Fauzan Risyadi, S.Kep

COVID-19 sebagai KKMMD/PHEIC. Angka kematian kasar bervariasi tergantung negara dan tergantung pada populasi yang terpengaruh, perkembangan wabahnya di suatu negara, dan ketersediaan pemeriksaan laboratorium (Kemenkes RI, 2020).

Thailand merupakan negara pertama yang melaporkan adanya kasus COVID-19 di luar China. Setelah Thailand, negara berikutnya yang melaporkan kasus pertama COVID-19 adalah Jepang dan Korea Selatan yang kemudian disusul dengan negara-negara lainnya. Sampai tanggal 30 Juni 2020, WHO melaporkan sekitar 10.185.374 kasus konfirmasi dengan 503.862 kematian di seluruh dunia (CFR 4,9%). Negara yang paling banyak melaporkan kasus COVID-19 diantaranya Amerika Serikat, Brazil, Rusia, India, dan United Kingdom, dengan angka kematian paling tinggi adalah Amerika Serikat, United Kingdom, Italia, Perancis, dan Spanyol. Peta sebaran COVID-19 di dunia dapat dilihat pada gambar 2.1

Gambar 2. 1. Peta Sebaran COVID-19



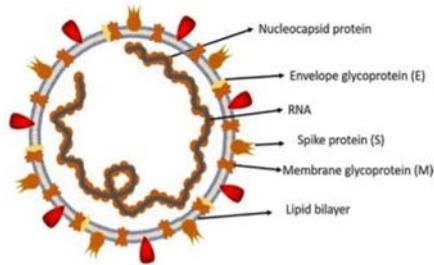
Sumber: *World Health Organization*

Indonesia kasus pertama COVID-19 terkonfirmasi pada tanggal 2 Maret 2020 dan jumlahnya terus bertambah hingga sekarang. Sampai tanggal 30 Juni 2020 Kementerian Kesehatan melaporkan 56.385 kasus terkonfirmasi COVID-19 dengan 2.875 kasus pasien COVID-19 yang meninggal tersebar di 34 provinsi. Sebanyak 51,5% kasus terjadi pada laki-laki. Kasus yang paling banyak terjadi di rentang usia 45-54 tahun dan paling sedikit terjadi di usia 0-5 tahun. Angka kematian tertinggi terdapat pada pasien dengan usia 55-64 tahun. Peningkatan angka kematian juga dipengaruhi oleh adanya penyakit bawaan pada pasien. Tingkat 10,5% ditemukan pada pasien dengan penyakit kardiovaskular, 7,3% pada pasien dengan diabetes, 6,3% pada pasien dengan penyakit pernapasan kronis, 6% pada pasien dengan hipertensi, dan 5,6% pada pasien dengan kanker.

### **C. Etiologi**

Coronavirus tergolong ordo Nidovirales, keluarga Coronaviridae. COVID-19 ini merupakan virus RNA strain tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. Ada 4 genus yaitu alphacoronavirus, betacoronavirus, gammacoronavirus, dan deltacoronavirus. Sebelum adanya COVID-19, ada 6 jenis coronavirus yang dapat menginfeksi manusia, yaitu HCoV-229E (alphacoronavirus), HCoV-OC43 (betacoronavirus), HCoV-NL63 (alphacoronavirus) HCoV-HKU1 (betacoronavirus), SARS-CoV (betacoronavirus), dan MERS-CoV (betacoronavirus) (Kemenkes RI, 2020).

Gambar 2. 2. Struktur Coronavirus

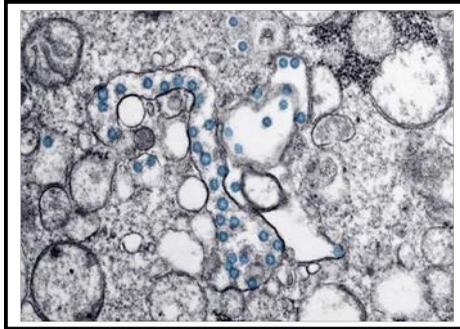


Sumber: Shereen, et al. (2020) Journal of Advanced Research

24

Hasil analisis filogenetik diketahui bahwa virus ini masuk dalam subgenus yang sama dengan coronavirus yang menyebabkan pandemi SARS pada 2002-2004 silam, yaitu Sarbecovirus. Atas dasar ini, Belum dipastikan berapa lama virus penyebab COVID-19 bertahan di atas permukaan, tetapi perilaku virus ini menyerupai jenis-jenis coronavirus lainnya. COVID-19 termasuk dalam genus betacoronavirus, yang biasanya berbentuk bundar dengan beberapa pleomorfik, dan berdiameter 60-140 nm. COVID-19 dapat bertahan dipengaruhi kondisi-kondisi yang berbeda (seperti jenis permukaan, suhu atau kelembapan lingkungan). Penelitian (Doremalen et al., 2020) menunjukkan bahwa SARS-CoV-2 dapat bertahan selama 72 jam di permukaan plastik dan stainless steel, kurang dari 4 jam pada tembaga dan kurang dari 24 jam pada kardus. Seperti virus corona yang lain, SARS-COV-2 sensitif terhadap sinar ultraviolet dan panas.

Gambar 2. 3. Gambaran Mikroskopis SARS-CoV-2



Sumber: CDC (2020) *International Committee on Taxonomy of Viruses* (ICTV) memberikan nama penyebab COVID-19 sebagai SARS-CoV-2.

#### D. Patofisiologi

Penelitian menyebutkan bahwa SARS ditransmisikan dari kucing luwak (*civet cats*) ke manusia dan MERS dari unta ke manusia, Coronavirus ini merupakan zoonosis (ditularkan antara hewan dan manusia). Adapun, hewan yang menjadi penyebab penularan COVID-19 ini masih belum diketahui. (Kemenkes RI, 2020). Masa inkubasi COVID-19 kurang lebih 5-6 hari, dengan jarak antara 1 dan 14 hari namun bisa mencapai lebih dari 14 hari. Resiko penularan tertinggi didapatkan pada hari-hari pertama penyakit yang disebabkan oleh konsentrasi virus pada sekret yang tinggi. Orang yang terinfeksi dapat langsung menularkan sampai dengan 48 jam sebelum gejala (presimptomatik) dan sampai dengan 14 hari setelah onset gejala.

Sebuah studi (Du et al., 2020) melaporkan bahwa 12,6% menunjukkan penularan presimptomatik. Sangat penting untuk mengetahui periode presimptomatik karena

memungkinkan virus dapat menyebar melalui droplet atau kontak dengan benda yang terkontaminasi virus itu sendiri. Terdapat juga kasus yang tidak bergejala (asimtomatik), walaupun resiko penularan sangat rendah namun masih ada kemungkinan kecil untuk terjadi penularan.

Berdasarkan studi epidemiologi dan virologi saat ini membuktikan bahwa COVID-19 utamanya ditularkan dari orang yang bergejala (simptomatik) ke orang lain yang berada jarak dekat melalui droplet. Droplet merupakan partikel berisi air dengan diameter  $>5-10 \mu\text{m}$ . Penularan droplet terjadi ketika seseorang berada pada jarak dekat (dalam 1 meter) dengan seseorang yang memiliki gejala pernapasan (misalnya, batuk atau bersin) sehingga droplet berisiko mengenai mukosa (mulut dan hidung) atau konjungtiva (mata). Penularan juga dapat terjadi melalui benda dan permukaan yang terkontaminasi droplet di sekitar orang yang positif COVID-19. Penularan virus COVID-19 dapat terjadi melalui kontak langsung dengan orang yang terinfeksi dan kontak tidak langsung dengan permukaan benda yang terpapar oleh orang yang terinfeksi (misalnya, stetoskop atau termometer).

Dalam konteks COVID-19, penyebaran melalui udara dapat dimungkinkan dalam keadaan khusus dimana prosedur atau perawatan suportif yang menghasilkan aerosol seperti intubasi endotrakeal, bronkoskopi, suction terbuka, pemberian pengobatan nebulisasi, ventilasi manual sebelum intubasi, mengubah pasien ke posisi tengkurap, memutus koneksi ventilator, ventilasi tekanan positif non-invasif, trakeostomi, dan resusitasi kardiopulmoner. Masih diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai transmisi melalui udara (Kemenkes RI, 2020).

## E. Manifestasi Klinis

Gejala-gejala yang ditimbulkan dari COVID-19 biasanya muncul secara bertahap. Mulai dari asimtomatik, gejala ringan, hingga kondisi klinis yang dikarakteristikan dengan kegagalan respirasi akut yang mengharuskan penggunaan ventilasi mekanik dan *support Intensive Care Unit (ICU)* (Fitriani, 2020). Sebagian orang yang terinfeksi tidak menunjukkan tanda gejala apapun dan merasa sehat. Gejala COVID-19 yang sering dialami adalah demam, rasa letih, dan batuk tanpa berdahak. Beberapa pasien mungkin mengalami hidung tersumbat, pilek, nyeri kepala, rasa nyeri dan sakit, konjungtivitis, sakit tenggorokan, diare, hilang penciuman dan pembauan atau ruam kulit.

Menurut negara-negara yang terkena dampak awal pandemi didapatkan data, 40% kasus mengalami penyakit ringan, 40% mengalami penyakit sedang termasuk pneumonia, 15% kasus mengalami penyakit parah, dan 5% kasus akan mengalami kondisi kritis. Pada kasus yang berat akan mengalami *Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)*, sepsis dan syok septik, gagal multi- organ, termasuk gagal ginjal atau gagal jantung akut hingga menyebabkan kematian. Lansia dan orang dengan kondisi medis yang sudah ada sebelumnya seperti gangguan jantung, tekanan darah tinggi, paru, diabetes dan kanker berisiko lebih besar mengalami komplikasi (Kemenkes RI, 2020).

## **BAB III**

# **Manajemen Keperawatan**

### **A. Defenisi Keperawatan**

Dalam Undang-Undang no 38 Tahun 2014 tentang keperawatan, bahwa keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Sedangkan perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun luar negeri yang diakui pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

### **B. Peran dan Fungsi Perawat**

Menurut (Rubbiana, 2015), Fungsi perawat adalah melakukan pengkajian atas kondisi individu baik sehat maupun sakit, di mana segala aktivitas yang dilakukan berguna untuk pemulihan kesehatan. Berdasarkan pengetahuan yang dimilikiterdapat berbagai cara untuk mengembalikan kemandirian pasien secepat mungkin; yaitu dalam bentuk proses Keperawatan itu sendiri yang terdiri dari tahap Pengkajian, Identifikasi Masalah (Diagnosa Keperawatan), Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi.

Peran perawat dalam menjalankan pelayanan sebagai *Nursing Service*, menyangkut bidang yang sangat luas, yang secara sederhana dapat diartikan sebagai suatu upaya untuk membantu orang sakit maupun sehat dari sejak lahir sampai meninggal dunia dalam bentuk peningkatan pengetahuan,

kemauan, serta kemampuan yang dimiliki. Jadi, orang tersebut dapat secara optimal melakukan kegiatan sehari-hari dengan mandiri tanpa memerlukan bantuan atau tergantung pada orang lain, Henderson (1980) dalam (Rubiana, 2015).

### **C. Hak dan Kewajiban Perawat**

Dalam Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan, Perawat memiliki Hak dan Kewajiban Perawat dalam melaksanakan praktik asuhan keperawatan seperti:

1. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
2. Menerima imbalan jasa atas Pelayanan Keperawatan yang telah diberikan;
3. Memperoleh informasi yang benar, jelas, dan jujur dari Klien dan/atau keluarganya
4. Menolak keinginan Klien atau pihak lain yang bertentangan dengan kode etik, standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional, atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
5. Memperoleh fasilitas kerja sesuai dengan standar

Perawat dalam melaksanakan Praktik Keperawatan berkewajiban:

1. Memberikan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan kode etik, standar Pelayanan Keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;

2. Melengkapi sarana dan prasarana Pelayanan Keperawatan sesuai dengan standar Pelayanan Keperawatan dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
3. Merujuk Klien yang tidak dapat ditangani kepada Perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya;
4. Memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan Keperawatan kepada Klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya;
5. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan sesuai dengan standar;
6. Melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah; dan
7. Melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi Perawat.

#### **D. Definisi Manajemen**

Manajemen berasal dari kata *manage to man* yang berarti mengatur atau mengelola, sedangkan kata *man* berarti manusia. Manajemen adalah suatu proses dalam mengelola sumber daya untuk mencapai tujuan organisasi serta sebagai solusi dan opsi dalam menghadapi permasalahan yang dihadapi oleh organisasi atau lembaga. Manajemen keperawatan merupakan proses bekerja melalui staff anggota keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara professional. Proses keperawatan sebagaimana manajemen keperawatan terdiri dari

pengumpulan data identifikasi masalah, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Nur, 2014).

## **E. Fungsi Manajemen**

Menurut Karyoto (2016) Fungsi manajemen adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh para manager sebagai usaha untuk mewujudkan tujuan yang ingin dicapai organisasi, oleh karena itu paling tidak seorang manager harus melaksanakan 4 aspek dalam manajemen yaitu: Perencanaan, pengarahan, pengorganisasian dan pengendalian.

### **1. Perencanaan**

Langkah awal yang dilakukan dalam berorganisasi adalah membuat perencanaan. Tanpa adanya perencanaan yang jelas, mustahil sebuah organisasi mampu mencapai tujuan yang diinginkannya oleh karena itu tahap awal dalam perencanaan ini harus benar-benar di perhitungkan karena hal ini akan berpengaruh terhadap maju mundurnya suatu organisasi. Menurut Dwiyama (2018) dalam Susanti (2020) bahwa ada 4 tahap dalam proses perencanaan a) menetapkan target atau tujuan, b) merumuskan keadaan saat ini, c) identifikasi masalah, d) mengembangkan rencana atau serangkaian kegiatan.

### **2. Pengorganisasian**

Pengorganisasian ini memiliki fungsi utama sebagai cara untuk mengelompokkan pekerjaan. Setiap pekerja yang direkrut oleh lembaga atau organisasi akan ditempatkan sesuai bidangnya, sesuai dengan keahliannya dan sesuai dengan kemampuannya.

3. Pengarahan

Sebagai seorang manager tentu harus memiliki kemampuan untuk memengaruhi bawahannya dan langkah ini diambil ketika manager bisa melaksanakan fungsinya dengan baik untuk memberikan pengarahan kepada bawahannya. Pengarahan yang diberikan oleh manager akan sangat berarti dan berpengaruh terhadap kinerja karyawan, oleh karena itu manager ketika memberikan pengarahan harus memberikan penghargaan yang jelas dan tegas kepada karyawan.

4. Pengendalian

Tahap akhir yang harus dilakukan oleh seorang manager atau pemimpin adalah melakukan pengendalian/pengawasan. Fungsi dari pengendalian ini untuk mencegah terjadinya kesalahan-kesalahan dalam suatu kegiatan. Kesalahan-kesalahan tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya: cara kerja, penggunaan waktu, hasil kerja dan lain sebagainya.

## **F. Prinsip-prinsip Manajemen Keperawatan**

Menurut (Mugianti, 2016) Prinsip-prinsip manajemen keperawatan adalah :

1. Perencanaan (*Planning*). Perencanaan adalah fungsi dasar dan pertama dalam manajemen (*the first function of management*). Semua fungsi manajemen tergantung dari perencanaan. Perencanaan harus mengarah ke masa depan dan memastikan kemungkinan hasil yang diharapkan (Swansburg & Swansburg, 1999). Dalam perencanaan, salah satu hal adalah rencana pengaturan sumber daya manusia (SDM) dan sumber daya yang lain

yang sesuai. Perencanaan yang baik dapat meningkatkan pencapaian tujuan dan pembiayaan yang efektif.

2. Penggunaan Waktu Efektif (*Effective utilization of time*). Penggunaan waktu yang efektif erat kaitannya dengan pola pengaturan dan pemanfaatan waktu yang tepat dan memungkinkan berjalannya roda organisasi serta tercapainya tujuan organisasi.
3. Pengambilan keputusan (*Decision making*). Pengambilan keputusan adalah suatu hasil dari proses mental atau kognitif yang membawa pada pemilihan di antara beberapa alternatif yang tersedia yang dilakukan oleh seorang pembuat keputusan.
4. Pengelola/Pemimpin (*Manager/leader*). Manajer yang mengatur manajemen memerlukan keahlian serta tindakan yang nyata agar para anggota dan staf menjalankan tugas dan wewenang dengan baik.
5. Pengorganisasian (*Organizing*). Pengorganisasian adalah pengelompokan sejumlah aktivitas untuk mencapai tujuan yang diharapkan Tujuan sosial (*Social goal*). Manajemen yang baik harus memiliki tujuan yang jelas serta ditetapkan dalam bentuk visi, misi dan tujuan organisasi.
6. Perubahan (*Change*) adalah proses pergantian dari sesuatu hal dengan yang lainnya yang berbeda dari sebelumnya (Douglas, 1988).
7. Tujuan sosial (*Social goal*). Manajemen yang baik harus memiliki tujuan yang jelas serta ditetapkan dalam bentuk visi, misi dan tujuan organisasi.

## **G. Tujuan Manajemen Keperawatan**

1. Mencegah serta mengatasi permasalahan manajerial  
Mengarahkan seluruh kegiatan yang direncanakan
2. Mengarahkan seluruh kegiatan yang direncanakan
3. Meningkatkan metode kerja keperawatan sehingga staf bekerja lebih efektif dan efisien, mengurangi waktu kerja yang sia-sia, mengurangi duplikasi tenaga dan upaya.
4. Pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien dengan melibatkan seluruh komponen yang ada.

## **H. Perencanaan Kebutuhan Tenaga Perawat**

Menurut Ilyas (2004) dalam (Masturoh & Anggita, 2018) dalam melakukan analisis kebutuhan tenaga merupakan bagian dari perencanaan ketenagaan rumah sakit. Pada dasarnya semua metode telah dikembangkan untuk menghitung tenaga rumah sakit yang mengarah kepada beban kerja perawat. Jumlah tenaga perawat dapat ditentukan oleh jumlah tempat tidur atau juga dengan tingkat *Bed Occupancy Rate* (BOR). Perencanaan tenaga kerja dalam jangka waktu lama ditentukan oleh permintaan perusahaan, yaitu perkiraan kebutuhan tenaga kerja dan ketersediaan tenaga kerja dipasar. Sedangkan perkiraan ketersediaan tenaga kerja itu ditentukan dari analisis beban kerja, analisis perpindahan tenaga kerja dan analisis kelebihan atau kekurangan tenaga kerja perusahaan (Sade, 2013). Menurut Yaslis Ilyas (2004) dalam (Sade, 2013) ; perencanaan SDM rumah sakit ( teori, metode dan formula ) ada beberapa metode atau formula yang dapat digunakan untuk menghitung kebutuhan tenaga perawat di antaranya

adalah Metode Rasio , Formula Gillies, Formula Douglas, Formula PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia).

1. Metode Rasio

Berdasarkan Peraturan menteri kesehatan 262/Menkes/Per/VII/ 1979, untuk rumah sakit kelas B terdapat ratio antara perawat dan tempat tidur adalah (3 - 4) : 2. Jika terdapat 172 tempat tidur maka jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan (X) :

$$\frac{3}{x} \frac{2}{172} : \frac{516}{2x} =$$
$$x = 25$$

2. Formula Gillies

$$\text{Tenaga Perawat} = \frac{A \times B \times 365}{(365 - C) \times \text{jam kerja/hari}}$$

Ket:

A = Jumlah jam perawatan pasien selama 24 jam

B = Sensus harian ( BOR x Jumlah TT )

C = Jumlah Hari Libur

365 = Jumlah hari kerja selama satu tahun

3. Formula Douglas

Douglas, perhitungan kebutuhan berdasarkan dinas pagi, sore, malam, klasifikasi pasien menurut asuhan keperawatan, kepala ruangan dan wakilnya serta cadangan 25%. Douglas (1984, dalam Swansburg & Swansburg, 1999) menetapkan jumlah perawat yang dibutuhkan dalam suatu unit perawatan berdasarkan klasifikasi klien, dimana masing-masing kategori mempunyai nilai standar per shift nya.

#### 4. Formula PPNI

Formula ini berasal dari formula yang dikembangkan oleh Gillies, hanya saja satuan hari yang dipakai pada metode Gillies diubah menjadi minggu. Selanjutnya jumlah hari kerja efektif juga dihitung dalam minggu dan jumlah jam kerja perhari juga dihitung dalam perminggu, PPNI berusaha menyesuaikan lama hari kerja dan libur yang berlaku di Indonesia. Adapun rumus pada formula / metode hasil lokakarya persatuan perawat nasional Indonesia PPNI adalah sebagai berikut :

$$TTP = \frac{A \times 52 (Mg) \times 7 Hr (TT \times BOR)}{HKE (41 Mg) \times JK (40) / Mg} + 25\%$$

Ket:

TTP = Tenaga paramedis perawat

A = Jumlah jam perawatan pasien selama 24 jam

TT = Tempat Tidur

BOR = *Bed Occupancy Rate*

HKE = Hari kerja efektif

JK = Jam kerja efektif perhari

## **BAB IV**

# **Mengenal Beban Kerja Perawat**

### **A. Defenisi Beban Kerja**

Beban Kerja adalah berupa proses atau kegiatan yang harus diselesaikan oleh seorang dalam jangka waktu yang telah ditentukan (Calundu, 2018). Menurut (UU Kesehatan No. 36 tahun 2009), beban kerja merupakan besaran pekerjaan yang harus dipikul oleh suatu jabatan atau unit organisasi dan merupakan hasil kali antara jumlah pekerjaan dengan waktu. Menurut Widyanti (2010) dalam Jurnal Penelitian (Anwardi; & Harpito, 2016). Aktivitas manusia dapat digolongkan menjadi dua yaitu kerja fisik (otot) dan kerja mental (kognitif). Meskipun tidak bisa dipisahkan, namun dapat dibedakan pekerjaan dengan dominasi fisik dan pekerjaan dengan dominasi mental.

Aktivitas fisik dan mental ini tentunya akan menimbulkan konsekuensi, yaitu timbulnya beban kerja. Beban kerja dapat diartikan juga sebagai perbandingan antara kemampuan pekerja dengan tuntutan pekerjaan. Jika pekerja memiliki keahlian lebih tinggi dari tuntutan pekerjaan, akan timbul perasaan bosan. Jika kesanggupan pekerja lebih rendah dari tuntutan pekerjaan, sebaliknya akan muncul kelelahan yang berlebihan.

### **B. Beban Kerja Perawat**

Menurut (Hendianti et al., 2012) dalam penelitiannya Beban kerja perawat adalah volume kerja perawat di sebuah

unit rumah sakit. Perawat adalah seorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (UU No. 38 Tahun 2014). Volume kerja perawat merupakan waktu yang diperlukan untuk menangani pasien per hari. Beban kerja penting untuk diketahui sebagai dasar untuk mengetahui kapasitas kerja perawat agar dapat menjadi keseimbangan antara tenaga perawat dengan beban kerja.

### **C. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Beban Kerja**

Menurut Pracinasari (2013) dalam Vanchapo (2020), Faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja dipengaruhi oleh berbagai faktor yang kompleks, baik faktor Eksternal dan faktor Internal antara lain:

1. Faktor eksternal adalah beban yang berasal dari luar tubuh pekerja, seperti:
  - a. Tugas-tugas yang bersifat fisik.  
Tugas bersifat diantaranya seperti stasiun kerja, tata ruang tempat kerja kondisi ruang kerja, kondisi lingkungan kerja, sikap kerja, cara angkut, beban yang diangkat. Sedangkan tugas yang bersifat mental dapat berupa tanggung jawab, kompleksitas pekerjaan, emosi pekerjaan dan sebagainya.
  - b. Organisasi Kerja  
Faktor ini meliputi: lamanya waktu kerja, waktu istirahat, shift kerja, sistem kerja, mutu pelayanan yang ditetapkan dan kebijakan pembinaan dan pengembangan.

c. Lingkungan Kerja

Faktor ini meliputi: tipe dan lokasi rumah sakit, *lay out* keperawatan, fasilitas dan jenis pelayanan yang diberikan, kelengkapan peralatan medik atau diagnostik, pelayanan penunjang dari instalasi lain dan macam kegiatan yang dilaksanakan.

2. Faktor Internal meliputi faktor somatik (jenis kelamin, umur, ukuran tubuh, status gizi, dan kondisi kesehatan) dan faktor psikis (motivasi, persepsi, kepercayaan, keinginan dan kepuasan).

#### D. Jenis Beban Kerja

Menurut Vanchapo (2020), Beban kerja itu meliputi dua jenis yaitu:

1. Beban Kerja Kuantitatif

Beban kerja berlebih secara fisik ataupun mental, yaitu individu harus melakukan terlalu banyak hal dalam pekerjaannya dan dapat memungkinkan menjadi sumber stress pekerjaan. Unsur lain yang dapat menimbulkan beban berlebih dari beban kerja kuantitatif ini adalah desakan waktu. Pada saat kondisi tertentu waktu akhir (*dead line*) dapat menjadi stimulus untuk menghasilkan prestasi kerja yang baik, namun bila tekanan waktu tersebut menimbulkan banyak kesalahan dalam pekerjaan atau menyebabkan gangguan kesehatan pada individu maka ini menandakan adanya beban kerja berlebih kuantitatif. Yang dimana beban kerja kuantitatif ini seperti:

- a. Kontak langsung perawat pasien secara terus menerus selama jam kerja
- b. Rasio perawat dan pasien

- c. Harus melaksanakan observasi pasien selama jam kerja
  - d. Banyaknya pekerjaan dan beragamnya pekerjaan yang harus dikerjakan
2. Beban Kerja Kualitatif
- Beban kerja kualitatif adalah beban kerja yang terjadi pada individu akibat tuntutan pekerjaan yang lebih tinggi dari batas kemampuan kognitif dan teknis individu. Pada batasan tertentu, beban kerja tersebut menyebabkan pekerjaan menjadi tidak produktif dan dapat menjadi destruktif bagi individu pekerja. Bila berlanjut akan timbul kelelahan mental dan dapat tampil dalam bentuk emosional dan psikomotor secara patologis, misalnya:
- a. Tanggung jawab yang tinggi terhadap asuhan keperawatan pasien kritis.
  - b. Pengaturan dan keterampilan yang dimiliki perawat tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan di rumah sakit.
  - c. Setiap saat dihadapkan pada pengambilan keputusan yang tepat.
  - d. Tugas memberikan obat secara intensif.
  - e. Harapan pimpinan rumah sakit terhadap pelayanan yang berkualitas.
  - f. Tuntutan keluarga pasien terhadap keselamatan pasien.
  - g. Menghadapi pasien dengan karakteristik tidak berdaya, koma dan kondisi terminal.

## E. Beban Kerja Fisik

Dalam Jurnal Penelitian (Naufal Shafy Saputro, Wiwik Budiawan, 2016) Beban kerja fisik merupakan perbedaan antara tuntutan pekerjaan dengan kemampuan pekerja untuk memenuhi tuntutan pekerjaan itu secara fisik. Untuk beban kerja fisik, metode yang digunakan adalah *Fatigue Assessment Scale* (FAS). Metode ini sendiri menggunakan Kuesioner. Kuesioner ini terdiri dari sembilan pernyataan yang mewakili tingkat kelelahan responden. Penilaian dilakukan untuk melihat efek kelelahan terhadap motivasi, aktivitas, fungsi fisik, menjalankan tugas, gangguan terhadap pekerjaan, keluarga, ataupun kehidupan sosial. Skala yang digunakan adalah skala Likert dengan skala 1 (sangat tidak setuju) hingga 7 (sangat setuju). Interpretasi hasil menandakan makin tinggi skor, makin tinggi derajat keparahan dari kelelahan yang dirasakan Schwartz, et al., (1993) dalam (Butarbutar D. T., 2014).

## F. Beban Kerja Mental

Dikutip dari Jurnal Penelitian (Naufal Shafy Saputro, Wiwik Budiawan, 2016) Bahwa Beban kerja mental merupakan beban kerja yang timbul dan terlihat dari pekerjaan yang dilakukan, terbentuk secara kognitif (pikiran). Umumnya, beban kerja mental ini merupakan perbedaan antara tuntutan kerja mental dengan kemampuan mental yang dimiliki oleh pekerja yang bersangkutan. Pengukuran beban kerja mental ini menggunakan metode *National Aeronautics and Space Administration Task Load Index* (NASA TLX). Metode ini berupa kuesioner. Didalam NASA TLX terdapat enam aspek

yang dapat diukur, yaitu *mental demand*, *physical demand*, *temporal demand*, *performance*, *effort*, dan *frustration*.

Dalam Jurnal Penelitian Ramadhan, Tama dan Yanuar (2014) Pengumpulan data nasa TLX dilakukan dengan menggunakan lembar pengamatan khusus milik NASA-TLX. Pengambilan data menggunakan 2 kuesioner, kuesiner untuk bobot dan kuesioner rating. Setelah dilakukan pengambilan data menggunakan Lembar Pengamatan Kerja NASA TLX, kemudian dilakukan pengambilan bobot. Kemudian kedua data tadi dikombinasikan dengan Perhitungan *Weighted Workload*. Pada bagian ini, nilai bobot aspek akan dikombinasikan dengan rating yang telah diberikan oleh pekerja terhadap pekerjaan yang dihadapinya dengan cara mengalikannya.

Hal ini dimaksudkan untuk memperoleh nilai beban kerja mental (*mental workload*) pada tiap pekerja. Ada 6 faktor yang akan dikombinasikan, yaitu *Mental Demand*, *Physical Demand*, *Temporal Demand*, *Performance*, *Effort*, *Frustration*. Masing-masing faktor mempunyai bobot yang sudah ditentukan oleh pekerja dalam pengisian bobot pada kegiatan pengumpulan data. Selain itu, tiap faktor juga telah ditentukan seberapa besar faktor tersebut muncul (*rating factor*) pada kegiatan pengumpulan data. Bobot dan rating pada tiap faktor akan dikalikan. Lalu nilai hasil perkalian dari masing-masing faktor dijumlahkan kemudian dibagi 15 menghasilkan nilai *weighted rating*.

## **G. Dampak Beban Kerja**

Beban kerja yang berlebihan (*Overload*) dapat mengakibatkan stress kerja baik fisik maupun psikis dan reaksi emosional, seperti sakit kepala, mudah marah dan

gangguan pencernaan. Namun sedangkan pada beban kerja yang terlalu sedikit dimana pekerjaan yang dilakukan karena pengulangan gerak yang menimbulkan kebosanan. Pracina, 2013 (dalam Vanchapo, 2020). Beban kerja keperawatan yang berat tampaknya terkait dengan perawatan pasien yang kurang optimal dan dapat menyebabkan penurunan kepuasan pasien. Misalnya infeksi saluran kemih, pneumonia yang didapat dirumah sakit dan hasil keselamatan pasien misalnya, kegagalan untuk menyelamatkan. (Vanchapo, 2020).

Menurut (Hendianti et al., 2012) dalam penelitiannya Mengatakan bahwa jumlah kunjungan pasien dan klasifikasinya akan berdampak terhadap beban kerja yang akan diterima oleh masing-masing perawat karena berkaitan dengan jumlah asuhan yang harus diberikan oleh perawat terhadap masing-masing klasifikasi pasien, dan juga jumlah kunjungan pasien akan berdampak pada banyaknya kegiatan produktif yang harus dikerjakan oleh perawat, baik itu kegiatan keperawatan langsung atau tidak langsung.

## **H. Analisis Beban Kerja**

Analisa Beban Kerja adalah upaya menghitung beban kerja pada satuan kerja dengan cara menjumlahkan semua beban kerja dan selanjutnya membagi dengan kapasitas kerja perorangan per waktu. Beban kerja dapat dilihat dari aktivitas atau kegiatan yang dilakukan staf pada waktu kerja baik kegiatan langsung, kegiatan tidak langsung, dan kegiatan lain seperti kegiatan pribadi dan kegiatan yang tidak produktif (Ilyas, 2011). WISN (*Workload Indicator Staff Need*) adalah indikator yang menunjukkan besarnya kebutuhan tenaga kerja di suatu tempat kerja berdasarkan

beban kerja, sehingga alokasi/relokasi akan lebih mudah dan rasional.

WISN merupakan suatu metode perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan beban pekerjaan nyata yang dilaksanakan oleh SDM pada tiap unit kerja di suatu tempat kerja (Vanchapo, 2020). Beban kerja yang tinggi dapat meningkatkan terjadinya *miss* komunikasi antar perawat dengan pasien, kegagalan kolaborasi antara perawat dan dokter dan ketidakpuasan kerja perawat. Dalam (Rubiana, 2015) Pendekatan berdasarkan sistem klasifikasi pasien ini menghasilkan perhitungan beban kerja yang lebih akurat karena pasien telah dikelompokkan sesuai tingkat ketergantungan, tingkat kesulitan, serta kemampuan yang diperlukan untuk memberikan perawatan.

1. Kegiatan Keperawatan Langsung

Kegiatan keperawatan langsung (*Direct Care*) adalah kegiatan yang dilakukan oleh perawat yang berfokus kepada pasien dan keluarganya, meliputi: komunikasi dengan pasien dan keluarganya, pemeriksaan kondisi pasien, mengukur tanda-tanda vital, tindakan atau prosedur keperawatan dan pengobatan, nutrisi dan eliminasi, kebersihan pasien, mobilisasi, transfusi, serah terima pasien, pengambilan spesimen untuk pemeriksaan laboratorium.

2. Kegiatan Keperawatan Tidak Langsung

Tindakan yang tidak langsung pada pasien tetapi berhubungan dengan persiapan atau kegiatan untuk melengkapi asuhan keperawatan seperti: persiapan atau kegiatan untuk melengkapi asuhan keperawatan seperti: mendokumentasikan hasil pengkajian, membuat diagnosa keperawatan, menyusun intervensi,

mendokumentasikan tindakan keperawatan yang telah dilakukan, mendokumentasikan hasil evaluasi keperawatan, melakukan kolaborasi dengan dokter tentang program terapi/visite, mempersiapkan status pasien, mempersiapkan formulir untuk pemeriksaan laboratorium/radiologi, mempersiapkan alat untuk pelaksanaan tindakan keperawatan/pemeriksaan atau tindakan khusus, merapikan ligkungan pasien, menyiapkan/memeriksa alat dan obat emergensi, melakukan koordinasi/konsultasi dengan tim kesehatan lainnya, mengadakan/mengikuti pre dan post konferens, mengikuti ronde keperawatan/tim medis, mengikuti diskusi keperawatan/kegiatan ilmiah keperawatan dan medis, memberikan bimbingan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, melakukan komunikasi tentang obat pasien dengan pihak farmasi, mengirim/menerima berita pasien melalui telepon dan membaca status pasien.

3. Kegiatan Pribadi Perawat

Kegiatan yang berhubungan dengan keperluan perawat seperti: sholat, makan, minum, kebersihan diri, duduk di nurse station, ganti pakaian dan ke toilet.

4. Kegiatan Non Produktif.

Kegiatan non produktif merupakan kegiatan yang tidak terkait dengan tugas dan tanggung jawab sebagai perawat, merupakan kegiatan pribadi misalnya: melihat Tv, baca majalah, mengobrol, menelfon, pergi keluar ruangan/pergi untuk keperluan pribadi atau keluarga, datang terlambat atau pulang lebih awal dari jadwal.

## I. Metode dan Cara Perhitungan Beban Kerja

Menurut Nursalam (2015) beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam menentukan beban kerja perawat antara lain:

1. Kondisi atau tingkat ketergantungan pasien.
2. Jumlah pasien yang dirawat setiap hari, bulan atau tahun di unit tersebut.
3. Rata-rata hari perawatan.
4. Pengukuran kegiatan keperawatan langsung, kegiatan keperawatan tidak langsung dan pendidikan kesehatan.
5. Frekuensi tindakan perawatan langsung, tidak langsung dan pendidikan kesehatan.
6. Rata-rata waktu kegiatan keperawatan langsung, tidak langsung dan pendidikan kesehatan.

Menurut Aditama (2004) Perhitungan beban kerja dapat dilakukan berdasarkan need, berdasarkan demand, rasio dengan standar dan dilaksanakan dengan cara *work sampling, time and motion study, daily log, self assesment*. Menurut Ilyas (2011) bahwa ada 3 metode dalam mencari perhitungan beban kerja yaitu dengan menggunakan *Work Sampling, Time and motion Study, and Daily Log*.

### 1. *Work Sampling*

*Work Sampling* merupakan pengukuran kegiatan kerja dari staf dengan cara melakukan pengamatan dan pencatatan, dimana jumlah sampel pengamatann kegiatan dilakukan secara acak. Pada metode ini yang menjadi fokus pengamatan adalah apa yang dilakukan responden pada waktu tertentu dan apa kegiatannya, dalam Meidiawati (2012) menyebutkan tiga kegunaan utama dari *work sampling*, yaitu :

- a. *Activity and Delay Sampling*  
Mengukur proporsi aktivitas dan tidak melakukan aktivitas seorang pegawai.
- b. *Performance Sampling*  
Mengukur waktu produktif dan waktu yang tidak produktif seorang pegawai berdasarkan uraian tugasnya dan dapat sekaligus untuk mengukur produktivitasnya.
- c. *Work Measurement*  
Menetapkan standar waktu dari suatu kegiatan.

Hal-hal yang dapat diamati dengan *work sampling*:

- 1) Aktivitas apa yang sedang dilakukan pegawai pada waktu jam kerja
- 2) Apakah aktivitas pegawai berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja
- 3) Proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif
- 4) Pola beban kerja pegawai dikaitkan dengan waktu, jadwal jam kerja

**a. Prosedur *Work Sampling***

Dalam Vanchapo (2020) Ketika melakukan pengamatan terdapat tahapan-tahapan dalam melakukan teknik *work sampling* sebagai berikut:

- 1) Menentukan jenis personel (misal: perawat rumah sakit yang ingin diteliti).
- 2) Bila jenis personel yang akan diteliti jumlahnya banyak perlu dilakukan pemilihan sampel dengan menggunakan *simple random sampling* untuk mendapatkan personel sebagai

representasi populasi perawat yang akan diamati.

- 3) Membuat formulir tentang agenda atau daftar kegiatan perawat yang dapat diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif atau tidak produktif.
- 4) Melatih peneliti atau pelaksana tentang cara pengamatan dengan menggunakan *work sampling*.
- 5) Dilakukan pengamatan kategori kegiatan dengan cara interval dalam waktu 2-15 menit, akan tetapi hal tersebut tergantung dari karakteristik pekerjaan. Pengamatan dilakukan selama jam kerja. Jika jenis tenaga atau staff yang akan diteliti bekerja selama 24 jam makan pengamatan dilakukan 3 shift pagi siang dan malam. Misalnya mengamati kegiatan 5 perawat setiap shift interval pengamatan setiap 5 menit selama 24 jam (3 shift) dalam 7 hari kerja. Dengan demikian jumlah shift) dalam 7 hari kerja. Dengan demikian jumlah pengamatan =  $5 \text{ (perawat)} \times 60 \text{ (menit)}/5 \text{ (menit)} \times 24 \text{ (jam)} \times 7 \text{ (hari kerja)} = 10.080$  sampel pengamatan. Dengan jumlah data pengamatan yang besar akan menghasilkan data akurat yang akan menggambarkan data akurat yang akan menggambarkan kegiatan personel yang sedang diteliti.

## b. Rumus-rumus yang digunakan dalam *Work Sampling*

Dalam Vanchapo (2020) terdapat beberapa rumus yang digunakan dalam Metode *Work Sampling*:

1.  $\% \text{ produktif} = \frac{\text{Jumlah Produktif}}{\text{Jumlah Produktif} + \text{NonProduktif}} \times 100\%$

2. Uji *Keseragaman Data*

- $p = \frac{\left(\frac{\sum \% \text{ Produktif}}{K}\right)}{100}$

- $n = \frac{\sum \text{Jumlah Pengamatan}}{\sum \text{Hari Pengamatan}}$

- $BKA = p + 3 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$

$$BKB = p - 3 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$$

3. Uji *Kecukupan Data*

$$N = \frac{1600(1-p)}{p}$$

Dimana

$$p = \frac{\sum \text{Produktif}}{\sum \text{Produktif} + \text{non Produktif}}$$

4. Jumlah menit produktif = % produktif x jumlah menit pengamatan

5. Waktu diperlukan tiap pekerja =  $\frac{\text{Jumlah Menit Produktif}}{\text{Jumlah Produktifitas}}$

6. Waktu Normal

$$W_n = \text{Waktu diperlukan tiap pekerja} \times P$$

7. Waktu Baku

$$W_b = W_n + (W_n \times A)$$

## 8. Jam pengamatan

Jam mulai + ((Bilangan Random + NRP) x Panjang Satuan waktu) Menit

Ketentuan :

- Banyak pengamatan yang dilakukan adalah sebanyak 3 hari
- 1 hari pengamatan = 30 kali kunjungan (n)
- Bilangan random ditentukan oleh masing-masing asisten
- Jam kerja : 8 jam
- Dimana : 08.00 - 16.00 (Waktu kerja)
- NRP yang digunakan digit terakhir
- Panjang satuan Waktu 5 menit.

### c. Kelebihan dan Kekurangan *Work Sampling*

Kelebihan metode *work sampling* :

- 1) Pengamatan tidak perlu mengamati pekerjaan terus-menerus, sehingga secara teknis mudah dikerjakan dan bagi pegawai yang menjadi objek merasa tidak diamati.
- 2) Pengamat dapat mengamati lebih dari 1 staf sekaligus
- 3) Tidak perlu pengamat yang professional karena yang diamati hanya jenis kegiatannya.
- 4) Pengamatan dapat dihentikan kapan saja tanpa berdampak buruk terhadap hasil penelitian.
- 5) Lebih mudah bagi pengamat dibandingkan dengan metode *time motion study*. Pengamat jarang merasa bosan dan kelelahan.
- 6) Tidak diperlukan stop watch

Kelemahan metode *work sampling* :

- 1) Tidak memberikan informasi yang lengkap dan terperinci detail kegiatan tenaga yang diamati
- 2) Data yang didapat bisa terjadi bias karena pegawai tahu akan diamati.

## 2. *Time and Motion Study*

Time study merupakan suatu usaha untuk menentukan lama waktu kerja yang dibutuhkan oleh seorang pekerja untuk menyelesaikan suatu pekerjaan pada tingkat kecepatan kerja yang normal, dan lingkungan kerja yang terbaik pada saat itu (Vanchapo, 2020). Pengamat melakukan observasi dan mengikuti kegiatan yang dilakukan oleh pegawai yang sedang diamati. Pada metode ini yang didapatkan tidak hanya berupa beban kerja tapi juga kualitas kerja pegawai Ilyas (2011). Pada metode ini dilakukan pengamatan secara terus-menerus sampai pekerjaan selesai dan sampai selesainya jam kerja pada hari itu. Pengamatan dilakukan ke setiap jenis tugas yang dilakukan serta lamanya waktu yang diperlukan untuk menyelesaikannya. Kegiatan ini dilakukan pengulangan pada keesokan harinya. *Time and motion study* sulit dilakukan, berat dan mahal sehingga jarang dilakukan.

Manfaat dari pengukuran waktu :

1. Melakukan penjadwalan dan perencanaan kerja.
2. Menentukan besar ongkos produksi.
3. Menentukan jumlah atau kebutuhan operator

Langkah-Langkah Sebelum Melakukan *Time Study*  
Sebelum melakukan pengukuran waktu dengan menggunakan metode *time study* ada beberapa langkah yang harus dilakukan yaitu:

- 1) Penentuan tujuan pengukuran
- 2) Melakukan penelitian pendahuluan
- 3) Memilih Operator
- 4) Menguraikan pekerjaan atas elemen pekerjaannya.

### 3. *Daily Log*

Menurut Ilyas (2011) *Daily log* merupakan bentuk sederhana dari *work sampling*, dimana sampel atau orang yang ingin diteliti menulis sendiri kegiatan dan waktu yang digunakan untuk penelitian tersebut. Penggunaan metode ini sangat bergantung pada kerjasama dan kejujuran dari pegawai atau staf yang sedang diteliti. Penggunaan metode ini menggunakan formulir sederhana mengenai kegiatan, waktu dan lamanya kegiatan. Sebelum dilakukannya penelitian, peneliti harus memberikan penjelasan terlebih dahulu dan penekanan bahwa informasi mengenai pegawai tidak akan tercantum di laporan peneliti. *Daily log* mencatat semua kegiatan informan, mulai masuk kerja sampai pulang. Hasil analisis *daily log* dapat digunakan untuk melihat pola beban kerja seperti: kapan beban kerjanya tinggi? Apa jenis pekerjaan yang membutuhkan waktu banyak? Metoda ini sangat memerlukan kerja sama karyawan yang diteliti agar akurat hasilnya. Kelebihan metode ini adalah dapat menggambarkan kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh

perawat karena perawat menuliskan sendiri kegiatan-kegiatannya. Sedangkan kelemahan pada metode ini adalah dibutuhkan kerja sama yang sangat baik dengan perawat disertai dengan kejujuran yang tinggi untuk menuliskan setiap kegiatan yang dilakukan oleh perawat tersebut (Vanchopo, 2020)

## BAB V

# Mengkaji Beban Kerja Perawat Di Rumah Sakit

### A. Analisa Beban Kerja Fisik

Tabel 5.1

Distribusi frekuensi beban kerja fisik responden ruang rawat inap Lili

No	Ruang Dinas	Skor Pernyataan									Total Skor	Hasil Interpretasi
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1	Infeksius	3	2	1	1	3	1	1	1	1	14	Rendah
2	Infeksius	4	5	1	4	1	3	5	1	1	25	Kelelahan
3	Infeksius	5	5	1	5	5	5	5	3	5	39	Kelelahan
4	Infeksius	3	3	1	1	1	3	5	5	1	23	Kelelahan
5	Infeksius	6	2	6	2	1	1	1	1	1	21	Kelelahan
6	Infeksius	7	1	5	1	4	1	1	5	6	31	Kelelahan
7	Infeksius	3	1	1	3	3	1	1	2	5	20	Kelelahan
8	Infeksius	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	Rendah
9	Infeksius	1	1	1	5	1	3	4	4	5	25	Kelelahan
10	HCU	1	1	3	4	4	5	5	4	6	33	Kelelahan
11	HCU	5	5	3	4	4	4	4	4	4	37	Kelelahan
12	HCU	4	4	4	5	5	1	1	1	4	29	Kelelahan
13	HCU	1	1	1	4	4	4	5	5	5	30	Kelelahan
14	HCU	6	4	3	4	4	4	4	4	4	37	Kelelahan
15	HCU	6	3	1	1	1	1	1	6	5	25	Kelelahan
16	HCU	5	4	2	5	4	5	5	5	5	40	Kelelahan

17	HCU	4	4	1	4	4	4	3	4	3	31	Kelelahan
18	Non Infeksius	2	4	4	4	4	4	4	5	6	37	Kelelahan
19	Non Infeksius	2	7	4	4	5	5	4	3	4	38	Kelelahan
20	Non Infeksius	6	3	1	1	1	1	1	6	5	25	Kelelahan
21	Non Infeksius	3	1	1	1	1	1	1	5	5	19	Kelelahan
22	Non Infeksius	2	4	2	2	1	6	4	4	4	29	Kelelahan
23	Non Infeksius	4	4	5	1	3	5	5	4	1	32	Kelelahan
24	Non Infeksius	2	4	4	4	5	5	4	3	4	35	Kelelahan
25	Non Infeksius	4	4	1	4	4	4	4	4	4	33	Kelelahan
26	Non Infeksius	5	1	2	3	3	3	3	1	6	27	Kelelahan
27	Non Infeksius	6	4	5	3	1	1	1	1	5	27	Kelelahan
28	Non Infeksius	7	5	5	5	5	4	4	5	1	41	Kelelahan
29	Non Infeksius	5	5	3	3	1	1	1	1	1	21	Kelelahan
30	Non Infeksius	2	2	5	5	6	1	4	4	4	33	Kelelahan
31	Non Infeksius	6	6	1	1	2	3	1	1	5	26	Kelelahan

Tabel 5.2  
Distribusi frekuensi Total beban kerja fisik responden ruang rawat inap Lili

No	Interpretasi	Frequency	Percent
1	Rendah	2	6.5 <sup>0</sup> %
2	Kelelahan	29	93.5 <sup>0</sup> %
3	Kelelahan Berat	0	0 <sup>0</sup> %
<b>Total</b>		<b>31</b>	<b>100<sup>0</sup>%</b>

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi beban kerja fisik dan total beban kerja fisik menggunakan instrumen *Fatigue Severity Scale* (FSS) dapat dilihat bahwa pada ruang Lili infeksius 7 dari 9 responden mendapatkan total skor yang hasil interpretasinya adalah kelelahan sedangkan 2 responden mendapatkan total skor rendah, pada ruang HCU didapatkan umumnya 8 responden mendapatkan total skor dengan kategori kelelahan dan pada ruang non infeksius didapatkan dari 14 responden mendapatkan total skor dengan kategori kelelahan. Sedangkan untuk total skor keseluruhan beban kerja fisik pada ruang rawat inap Lili didapatkan responden kategori rendah dengan frekuensi sebanyak 2 orang (6.5%) dan responden kategori kelelahan dengan frekuensi sebanyak 29 orang (93.5%).

## B. Analisa Beban Kerja Mental

Tabel 5.3

Distribusi frekuensi beban kerja mental responden ruang rawat inap Lili

No	Kriteria	f	%
	<b><i>Mental Demand</i></b>		
	Cukup Tinggi	2	6.5
1	Tinggi	16	51.6
	Sangat Tinggi	13	41.9
	Total	31	100
	<b><i>Physical Demand</i></b>	<b>f</b>	<b>%</b>
	Sedang	1	3.2
2	Cukup Tinggi	2	6.5
	Tinggi	15	48.4
	Sangat Tinggi	13	41.9
	Total	31	100

<b>Temporal Demand</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
3	Cukup Tinggi	5	16.1
	Tinggi	15	48.4
	Sangat Tinggi	11	35.5
	Total	31	100
<b>Own Performance</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
4	Cukup Tinggi	1	3.2
	Tinggi	16	51.6
	Sangat Tinggi	14	45.2
	Total	31	100
<b>Effort</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
5	Cukup Tinggi	1	3.2
	Tinggi	20	64.5
	Sangat Tinggi	10	32.3
	Total	31	100
<b>Frustration</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
6	Sedang	1	3.2
	Tinggi	18	58.1
	Sangat Tinggi	12	38.7
	Total	31	100

Hasil penelitian pada tabel 5.3 berdasarkan distribusi frekuensi responden beban kerja mental ruang rawat inap Lili menggunakan instrumen NASA TLX pada kriteria pertama *Mental Demand* (MD), responden terbanyak menjawab tinggi berjumlah 16 orang (51.6%). Pada kriteria kedua *Physical Demand* (PD), responden terbanyak menjawab tinggi berjumlah 15 orang (48.4%). Pada kriteria ketiga *Temporal Demand* (TD), responden terbanyak menjawab tinggi berjumlah 15 orang (48.4%). Pada kriteria keempat *Own Performance* (OP), responden terbanyak

menjawab tinggi berjumlah 16 orang (51.6%). Pada kriteria kelima *Effort* (EF), responden terbanyak menjawab tinggi berjumlah 20 orang (64.5%). Pada kriteria keenam *Frustration* (FR), responden terbanyak menjawab tinggi berjumlah 18 orang (58.1%).

### C. Analisa Penghitungan Beban Kerja

Tabel 5.4

Distribusi frekuensi penghitungan beban kerja responden ruang rawat inap Lili

No	Ruangan	Hasil Pengamatan (Dalam Menit)				Penghitungan Rumus	Hasil Interpretasi
		ΣKL	ΣKTL	ΣKp	ΣKTp	$PL = \frac{\Sigma KP}{\Sigma KP + \Sigma KTp} \times 100\%$	
1	Infeksius	1.826	2.565	989	7580	$PL = \frac{4391}{12.960} \times 100\% = 33,8\%$	Hasil yang diperoleh kurang dari 80% yang menunjukkan bahwa beban kerja yang dialami rendah ( <i>Underload</i> )
2	HCU	1.324	2.861	897	6.438	$PL = \frac{4185}{11.520} \times 100\% = 36,3\%$	Hasil yang diperoleh kurang dari 80% yang menunjukkan bahwa beban kerja yang dialami rendah ( <i>Underload</i> )
3	Non. Infeksius	5.293	3.215	1.359	10.293	$PL = \frac{8508}{20.160} \times 100\% = 42,2\%$	Hasil yang diperoleh kurang dari 80% yang menunjukkan bahwa beban kerja yang dialami rendah ( <i>Underload</i> )

Keterangan:

$\Sigma KP$  = total kegiatan produktif ( kegiatan langsung + kegiatan tidak langsung)

- $\Sigma$ KL = total kegiatan langsung  
 $\Sigma$ KTL = total kegiatan tidak langsung  
 $\Sigma$ Kp = total kegiatan pribadi (non produktif)  
 $\Sigma$ KTp = total kegiatan tidak produktif

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa berdasarkan Distribusi frekuensi penghitungan beban kerja responden ruang rawat inap Lili dimana terdapat 3 ruangan yaitu ruang rawat inap Lili infeksius, HCU dan non infeksius yang menggunakan instrumen *work sampling*. Terdapat 4 kategori hasil pengamatan yaitu  $\Sigma$ KL= total kegiatan langsung,  $\Sigma$ KTL= total kegiatan tidak langsung,  $\Sigma$ Kp = total kegiatan pribadi (non produktif),  $\Sigma$ KTp= total kegiatan tidak produktif.

Pada ruangan infeksius didapatkan hasil pengamatan pada 9 orang responden selama 1 hari jam kerja (3 shift) dengan total kegiatan langsung berjumlah 1.826 menit, total kegiatan tidak langsung berjumlah 2.565 menit, total kegiatan pribadi berjumlah 989 menit dan kegiatan tidak produktif berjumlah 7.580 menit, pada penghitungan beban kerja ruang infeksius didapatkan 33.8% beban kerja yang dialami responden dari hasil penghitungan rumus, dengan hasil interpretasi yang menunjukkan beban kerja yang dialami responden ruang infeksius kurang dari 80% hal ini menunjukkan bahwa beban kerja yang dialami responden rendah (*Underload*).

Pada ruangan HCU didapatkan hasil pengamatan pada 8 orang responden selama 1 hari jam kerja (3 shift) dengan total kegiatan langsung berjumlah 1.324 menit, total kegiatan tidak langsung berjumlah 2.861 menit, total kegiatan pribadi berjumlah 897 menit dan kegiatan tidak produktif berjumlah 6.438 menit, pada penghitungan beban kerja

ruang HCU didapatkan 36.3% beban kerja yang dialami responden dari hasil penghitungan rumus, dengan hasil interpretasi yang menunjukkan beban kerja yang dialami responden ruang HCU kurang dari 80%, hal ini menunjukkan bahwa beban kerja yang dialami responden rendah (*Underload*).

Pada ruangan non infeksius didapatkan hasil pengamatan pada 14 orang responden selama 1 hari jam kerja (3 shift) dengan total kegiatan langsung berjumlah 5.293 menit, total kegiatan tidak langsung berjumlah 3.215 menit, total kegiatan pribadi berjumlah 1.359 menit dan kegiatan tidak produktif berjumlah 10.293 menit, pada penghitungan beban kerja ruang non infeksius didapatkan 42.2%, hal ini menunjukkan bahwa beban kerja yang dialami responden dari hasil penghitungan rumus, dengan hasil interpretasi yang menunjukkan beban kerja yang dialami responden ruang non infeksius kurang dari 80%, hal ini menunjukkan bahwa beban kerja yang dialami responden rendah (*Underload*).

Tabel 5.5  
Distribusi frekuensi total penghitungan beban kerja responden ruang rawat inap Lili keseluruhan

No	Ruangan	Hasil Pengamatan (Dalam Menit)				Penghitungan Rumus		Hasil Interpretasi
		ΣKL	ΣKTL	ΣKp	ΣKTP	$PL = \frac{\Sigma KP}{\Sigma KP + \Sigma KTP} \times 100\%$		
1	Ruang Rawat Inap Lili	8.443	8.641	3.245	24.311	$PL = \frac{17.084}{44.640} \times 100\% = 38,2\%$		Hasil yang diperoleh kurang dari 80% yang menunjukkan bahwa beban kerja yang dialami rendah ( <i>Underload</i> )

Dari tabel di atas diperoleh Distribusi frekuensi total penghitungan beban kerja responden ruang rawat inap Lili secara keseluruhan terdapat 4 kategori hasil pengamatan yaitu  $\Sigma KL$ = total kegiatan langsung,  $\Sigma KTL$ = total kegiatan tidak langsung,  $\Sigma Kp$  = total kegiatan pribadi (non produktif),  $\Sigma KTp$ = total kegiatan tidak produktif, didapatkan hasil pengamatan pada responden selama 1 hari jam kerja (3 shift) dengan total kegiatan langsung berjumlah 8.443 menit, total kegiatan tidak langsung berjumlah 8.641 menit, total kegiatan pribadi berjumlah 3.245 menit dan kegiatan tidak produktif berjumlah 24.311 menit, pada penghitungan beban kerja ruang rawat inap Lili didapatkan 38.2% beban kerja yang dialami responden dari hasil penghitungan rumus, dengan hasil interpretasi yang menunjukkan total beban kerja yang dialami responden ruang rawat inap Lili kurang dari 80%, hal ini menunjukkan bahwa beban kerja yang dialami responden rendah (*Underload*).

## **BAB VI**

# **Analisa Kritis Tentang Beban Kerja Perawat Di Rumah Sakit**

### **A. Karakteristik Perawat di Rumah Sakit**

#### **1. Usia**

Rata-rata usia responden di ruang rawat inap Lili 34 tahun dengan usia minimum 26 tahun, usia maksimum 43 tahun dan rentang usia 17 tahun, perawat yang ada di ruang Lili umumnya berada pada tahap usia dewasa awal dan dewasa akhir yang termasuk kedalam kategori usia produktif, rentang usia produktif ini berkisar antara umur 15 tahun – 64 tahun (Sukmaningrum, 2017). Pada tahap perkembangan usia ini individu akan melihat dan berusaha mengeluarkan semua potensi yang dia miliki untuk berproduktivitas.

Dimasa usia produktif ini keadaan aktivitas produktif individu sedang tinggi-tingginya dikarenakan motivasi kerja yang tinggi serta metabolisme tubuh yang masih bugar dan sehat sehingga membuat individu dapat melakukan banyak hal seperti bekerja dan melakukan aktivitas-aktivitas produktif lainnya, berbeda dengan usia yang tidak produktif metabolisme tubuh yang sudah menurun membuat mudah kelelahan sehingga kegiatan produktif menjadi terhambat dan terbatas. Aktivitas produktif ini tentunya berupa beban kerja yang diterima oleh tubuh jika berlebih akan mengakibatkan kelelahan dan berdampak kepada fisik serta

mental individu, jika terlalu ringan akan menyebabkan kejenuhan serta kebosanan pada diri individu.

Hal ini didukung dari penelitian (Marbun, 2020) tentang Faktor Terjadinya Penyakit atau Kecelakaan Akibat Kerja Pada Perawat, salah satu faktor yang mempunyai pengaruh terhadap produktivitas karyawan adalah faktor usia. Usia, usia/umur adalah lamanya hidup seseorang dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan. Semakin tinggi umur seseorang maka semakin bertambah pula ilmu atau pengetahuan yang dimiliki karena pengetahuan seseorang diperoleh dari pengalaman sendiri maupun pengalaman yang diperoleh dari orang lain. Usia dapat mempengaruhi tingkat kematangan seseorang dalam berpikir dan menangkap suatu hal yang pada akhirnya dapat meningkatkan pengetahuan seseorang.

## **2. Ruang Rawat Inap Lili**

Berdasarkan penelitian ruang rawat inap Lili terbagi menjadi 3 ruangan diantaranya ruang Infeksius, ruang HCU dan ruang Non Infeksius, dengan jumlah responden pada ruang infeksius berjumlah 9 (29%) orang dengan jumlah pasien tertinggi sebanyak 8 orang dan jumlah pasien terendah sebanyak 0 orang, responden pada ruang HCU berjumlah 8 orang (25.8%) dengan jumlah pasien tertinggi sebanyak 4 orang dan pasien terendah sebanyak 0 orang, responden pada ruang non infeksius berjumlah 14 orang (45.2%) dengan jumlah pasien tertinggi sebanyak 30 orang dan pasien terendah sebanyak 9 orang. Didapatkan total responden pada ruang rawat inap Lili berjumlah 31 orang. Dari pembahasan ini dapat diketahui bahwa di tiap-tiap ruangan memiliki jumlah pasien yang berbeda-beda, hal ini

mengakibatkan terjadinya perbedaan beban kerja yang di alami responden di setiap ruangan.

Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Hendianti et al., 2012) dalam penelitiannya tentang Gambaran Beban Kerja Perawat Pelaksana Unit Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung, bahwa jumlah kunjungan pasien dan klasifikasinya akan berdampak terhadap beban kerja yang akan diterima oleh masing-masing perawat karena berkaitan dengan jumlah asuhan yang harus diberikan oleh perawat terhadap masing-masing klasifikasi pasien, dan juga jumlah kunjungan pasien akan berdampak pada banyaknya kegiatan produktif yang harus dikerjakan oleh perawat, baik itu kegiatan keperawatan langsung atau tidak langsung.

### **3. Pendidikan Terakhir**

Berdasarkan hasil analisa diperoleh 31 responden ruang rawat inap Lili pendidikan terakhir terbanyak adalah D3 keperawatan dengan jumlah 12 orang (38.7%) dan S1 Keperawatan Profesi dengan jumlah 12 orang (38.7%) dan responden dengan pendidikan terakhir D3 Kebidanan adalah yang terendah dengan jumlah 7 orang (22.6%). Pendidikan D3 keperawatan atau perawat vokasional merupakan perawat yang memiliki kewenangan untuk melakukan praktik dengan batasan tertentu dibawah supervisi dari perawat profesional, sedangkan perawat profesional merupakan perawat yang telah menyelesaikan pendidikan profesi keperawatan dan telah lulus uji kompetensi perawat profesi. Perbedaan latar belakang pendidikan sangat berpengaruh terhadap pemberian pelayanan terhadap pasien, dikarenakan adanya tingkat pengetahuan serta

pengalaman yang berbeda, tentunya hal ini dapat mempengaruhi pengambilan keputusan serta cara berpikir.

Hal ini sejalan dengan penelitian Sesrianti dalam Jurnal Kesehatan Perintis (*Perintis's Health Journal*) Volume 5 Nomor 2 Tahun 2018 tentang Hubungan Pendidikan dan Masa Kerja Dengan Keterampilan Perawat Melakukan Tindakan Bantuan Hidup Dasar, pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang, karena dapat membuat seseorang untuk lebih mudah menerima ide-ide atau teknologi baru, perawat dengan pendidikan yang cukup baik akan melakukan praktik keperawatan yang efektif dan efisien yang selanjutnya akan menghasilkan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi.

Pendidikan seseorang sangat dibutuhkan dalam melakukan suatu tindakan oleh karena itu pendidikan keperawatan harus dikembangkan pada pendidikan tinggi sehingga dapat menghasilkan lulusan yang memiliki sikap, pengetahuan dan keterampilan profesional agar dapat melaksanakan peran dan fungsinya sebagai perawat professional. Tingkat pendidikan yang cukup akan memberikan kontribusi terhadap praktik keperawatan. Tingkat pendidikan seorang perawat akan mempengaruhi dasar pemikiran dibalik penetapan standar keperawatan.

## **B. Beban Kerja Fisik Perawat di Rumah Sakit**

Pada hasil dari beban kerja fisik menggunakan instrumen FAS didapatkan bahwa 29 dari 31 responden mendapatkan hasil skor diatas 18 dengan persentase 93.5%, hal ini menunjukkan bahwa tingkat beban kerja yang dirasakan responden diruang rawat inap Lili umumnya berada pada kategori kelelahan. Kelelahan yang dirasakan

responden didapatkan dari berbagai penyebab salah satunya yaitu aktivitas produktif yang dilakukan responden dilapangan, aktivitas yang dilakukan tidak luput dari kegiatan-kegiatan yang memakai fisik seperti mengganti infus pasien, pemberian tindakan kepada pasien, memindahkan pasien, penerimaan pasien baru dan lain sebagainya. Kelelahan dapat memberikan dampak terhadap kualitas pelayanan serta motivasi responden bahkan kelelahan dalam jangka waktu yang lama akan mengakibatkan cedera pada responden.

Penelitian yang sama dilakukan oleh Sabaruddin & Abdillah pada Jurnal Kesehatan Vol.10 No. 2 Tahun 2019 tentang Hubungan Asupan Energi, Beban Kerja Fisik, dan Faktor Lain Dengan Kelelahan Kerja Perawat, penelitian yang telah dilakukan terhadap 35 perawat menunjukkan bahwa perawat di RSIA Kenari Graha Medika tahun 2019 mengalami tingkat kelelahan kerja tinggi lebih banyak dibandingkan dengan perawat yang mengalami tingkat kelelahan kerja rendah. Kelelahan menunjukan kondisi yang berbeda-beda dari setiap individu, tetapi semuanya bermuara pada kehilangan efisiensi dan penurunan kapasitas kerja serta ketahanan tubuh.

Kelelahan kerja tidak dapat didefinisikan tetapi dapat dirasakan sehingga penentuan kelelahan kerja dapat diketahui secara subjektif berdasarkan perasaan yang dialami tenaga kerja. Selain itu, beban kerja perawat dapat semakin bertambah jika perawat melakukan shift terusan, yaitu dalam sehari mengambil dua kali shift. Selain menambah beban kerja fisik, hal tersebut juga dapat menyebabkan terjadinya peningkatan kelelahan kerja karena

berkurangnya waktu tidur dan mengganggu irama biologis tubuh.

### C. Beban Kerja Mental Perawat di Rumah Sakit

Hasil penelitian ini didapatkan gambaran beban kerja mental dengan 6 kriteria, yaitu *mental demand*, *physical demand*, *temporal demand*, *own performance*, *effort* dan *frustration*. *Mental demand* merupakan seberapa besar aktivitas mental dan perseptual yang dibutuhkan untuk melihat, mengingat, dan mencari. Apakah pekerjaan tersebut mudah atau sulit, sederhana atau kompleks, longgar atau ketat, hal ini terlihat pada responden yang berada di ruangan infeksius dan noninfeksius saat melakukan tindakan terhadap pasien yang menuntut ketelitian pada saat memberikan obat-obatan, dan pada saat pendokumentasian pasien, serta mengamati kondisi pasien yang membutuhkan perhatian lebih. Seperti responden yang berada pada ruangan HCU pada saat dilapangan peneliti menemukan bahwa ada 1 pasien diruangan HCU dengan kondisi yang jelek, karena itulah umumnya responden memilih rating *mental demand* kategori tinggi dengan frekuensi sebanyak 16 orang (51.6%).

*Physical demand* merupakan jumlah aktivitas fisik yang dibutuhkan untuk (misal mendorong, menarik, mengontrol putaran, dll.) umumnya responden memilih kategori tinggi dengan frekuensi sebanyak 15 orang (48.4%), terlihat pada saat dilapangan peneliti melihat bahwa sebagian besar responden melakukan jumlah aktivitas fisik yang lumayan banyak seperti mengontrol serta mengecek pasien ke kamar-kamar, kadang kala ke ruang tindakan dan juga melayani pasien yang baru datang atau pemindahan bed pasien. Hal

inilah yang menyebabkan umumnya responden memilih kategori tinggi untuk kriteria beban kerja mental *physical demand*.

*Temporal demand* adalah jumlah tekanan yang berkaitan dengan waktu yang dirasakan selama elemen pekerjaan berlangsung, apakah pekerjaan perlahan atau santai atau cepat dan melelahkan, disaat dilapangan peneliti menemukan pada umumnya sebagian besar responden pada ruang tertentu dan shift dinas tertentu mengalami jumlah tekanan waktu yang tinggi dilihat dari saat responden mengecek kondisi pasien satu persatu disetiap ruangan hal ini tentunya membutuhkan waktu yang tidak sebentar karena itulah umumnya responden memilih rating *temporal demand* kategori tinggi dengan frekuensi sebanyak 15 orang (48.4%).

*Own performance* merupakan seberapa besar keberhasilan seseorang di dalam pekerjaannya dan seberapa puas dengan hasil kerjanya, umumnya responden tertinggi memilih kategori tinggi dengan frekuensi sebanyak 16 orang (51.6%), hal ini menunjukkan bahwa responden di ruang Lili memiliki kinerja yang bagus dikarenakan saat melakukan tindakan cenderung memiliki tingkat keberhasilan yang tinggi serta kepuasan responden saat mengerjakannya.

*Effort* merupakan seberapa keras kerja mental dan fisik yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan umumnya responden tertinggi memilih kategori tinggi dengan frekuensi sebanyak 20 orang (64.5%) hal ini menandakan bahwa umumnya responden ruang Lili memiliki tekanan beban kerja fisik dan mental yang besar pada saat melakukan pekerjaannya.

*Frustration* merupakan seberapa tidak aman, putus asa, tersinggung, terganggu, dibandingkan dengan perasaan aman, puas, nyaman dan kepuasan diri yang dirasakan atau singkatnya tingkat stress dan frustrasi yang dirasakan oleh responden. Umumnya responden memilih kategori tinggi dengan frekuensi sebanyak 18 orang (58.1%), hal ini menandakan umumnya responden diruang rawat inap Lili didalam aktivitas produktifnya merasakan stress dan frustrasi yang mengganggu.

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti dapat menyimpulkan bahwa umumnya kondisi beban kerja mental yang dialami responden di ruang rawat inap Lili tergolong tinggi hal ini dapat mengakibatkan kelelahan dalam bekerja, stres serta berkurangnya motivasi pada responden dalam melakukan pelayanan, akibatnya kepuasan pelayanan yang dirasakan oleh pasien dan klien akan berkurang tentunya hal ini dapat merugikan pihak rumah sakit.

Penelitian sejalan dengan penelitian Fahamsyah dalam IJOSH Vol 6 No 1 2017 tentang Analisis Hubungan Beban Kerja Mental Dengan Stres Kerja Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya didapatkan hasil dari karakteristik tenaga kerja pada bagian instalasi CSSD pertama adalah tentang kelompok umur yang bekerja paling banyak adalah terdiri dari kelompok umur 40-44 tahun dan termasuk di dalam kelompok umur yang produktif. Sebanyak 7 (63,6%) tenaga kerja dari 11 tenaga kerja di Instalasi CSSD Rumah Sakit Umum Haji Surabaya mengalami beban kerja mental sedang dan tingkatan stres kerja yang dialami oleh tenaga kerja Instalasi CSSD Rumah Sakit Umum Haji Surabaya adalah tingkat stres kerja sedang sebanyak 6 tenaga kerja (54,5%)

dari 11 orang tenaga kerja. Ada hubungan antara beban kerja mental dengan stres kerja pada tenaga kerja Instalasi CSSD Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dengan kuat hubungan searah yang memiliki arti semakin tinggi beban kerja yang dialami tenaga kerja maka akan semakin tinggi tingkatan stres yang dialami oleh tenaga kerja.

#### **D. Analisa Penghitungan Beban Kerja Perawat di Rumah Sakit**

Pada penghitungan beban kerja dapat diketahui bahwa pada ruang rawat inap Lili infeksius didapatkan total kegiatan produktif selama 1 hari kerja adalah 4.391 menit dengan persentase beban kerja sebesar 33.8%, karena hasil persentase beban kerja diruang infeksius ini dibawah 80% maka dapat dikategorikan beban kerja yang dialami responden diruang infeksius rendah/ringan (*Underload*). Hal ini didukung dengan jumlah pasien yang peneliti dapatkan dilapangan, selama waktu peneliti berada dilapangan didapatkan bahwa jumlah pasien minimum berjumlah 0 orang dan maksimum pasien berjumlah 8 orang sedangkan jumlah perawat yang bertugas di setiap shiftnya berjumlah 2 sampai 3 orang. Pada ruang rawat inap Lili HCU didapatkan total kegiatan produktif selama 1 hari kerja adalah 4.185 menit dengan persentase beban kerja sebesar 36.3%, karena hasil persentase beban kerja diruang rawat HCU ini dibawah 80% maka dapat dikategorikan beban kerja yang dialami responden diruang HCU rendah/ringan (*Underload*).

Hal ini didukung dengan jumlah pasien yang peneliti dapatkan dilapangan, selama waktu peneliti berada dilapangan didapatkan bahwa jumlah pasien minimum berjumlah 0 orang dan maksimum pasien berjumlah 4 orang

sedangkan jumlah perawat yang bertugas hanya 1 sampai 2 orang. Pada ruang rawat inap Lili non infeksius didapatkan total kegiatan produktif selama 1 hari kerja adalah 8.508 menit dengan persentase beban kerja sebesar 42.2%, karena hasil persentase beban kerja diruang non infeksius ini dibawah 80% maka dapat dikategorikan beban kerja yang dialami responden diruang non infeksius rendah/ringan (*Underload*). Hal ini didukung dengan jumlah pasien yang peneliti dapatkan dilapangan, selama waktu peneliti berada dilapangan didapatkan bahwa jumlah pasien minimum berjumlah 9 orang dan maksimum pasien berjumlah 30 orang sedangkan jumlah perawat yang bertugas di setiap shiftnya berjumlah 3 sampai 4 orang.

Pada uraian diatas jumlah pasien yang ada pada ruangan berpengaruh terhadap beban kerja yang dialami responden, didapatkan total persentase beban kerja keseluruhan pada ruang rawat inap Lili 38.2% dimana hasil yang diperoleh kurang dari 80% menunjukkan bahwa beban kerja responden diruang rawat inap Lili dikategorikan rendah/ringan (*Underload*).

Hal ini sejalan dengan penelitian (Hendianti et al., 2012) tentang Gambaran Beban Kerja Perawat Pelaksana Unit Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung dalam penelitiannya Persentase untuk kegiatan perawat produktif lebih besar dibandingkan dengan persentase kegiatan perawat non produktif yaitu sebesar 57,44% atau selama 13 jam 47 menit 5 detik per hari. Persentase kegiatan perawat non produktif adalah sebesar 42,56% atau selama 10 jam 12 menit 55 detik per hari. Persentase untuk kegiatan produktif perawat sebesar 57,44% lebih kecil dari waktu kerja produktif yang optimum yaitu

80% menunjukkan bahwa beban kerja perawat di Unit Instalasi Gawat Darurat Rumah sakit Muhammadiyah Bandung berada pada kategori ringan.

## Daftar Pustaka

- Asmuji. (2014). *Manajemen Keperawatan : Konsep dan Aplikasi*. Jogjakarta: Ar Ruzz Media.
- Aditama, Yoga Tjandra. (2004). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: UI-Press.
- Anwardi, & Harpito. (2016). Analisa Beban Kerja Fisik Operator pada Stasiun Packing melalui Pendekatan Work Sampling (Studi Kasus: PT. P&P Bangkinang). *Jurnal Teknik Industri*, 2(1), 9-17.
- Calundu, Rasidin. (2018). *Manajemen Kesehatan*. Makassar: CV Sah Media.
- Doremalen, N. Van, Lindsay, A. C., & Halcox, J. P. (2020). Correspondence Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *The New England Journal of Medicine*, 0-2.
- Du, Z., Xu, X., Wu, Y., Wang, L., Cowling, B. J., & Meyers, L. A. (2020). Serial Interval of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19)-China, 2020. China CDC Weekly 2020. *Research Letters*, 26(6), 2019-2021.
- Ernawati, N. luh ade kusuma, Salam, N., & Djuari, L. (2011). KEBUTUHAN RIIL TENAGA PERAWAT DENGAN METODE WORKLOAD INDICATOR STAFF NEED (WISN) (The Real Need of Nurses Based on Workload Indicator Staff Need (WISN)). *Kebutuhan Riil Tenaga Perawat (Ni Luh Ade Kusuma Ernawati)*, 6(1), 86-91.

- Imas Masturoh, & Anggita, N. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Karyoto. (2016). *Dasar-dasar Manajemen*. Yogyakarta: Andi Yogyakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Buku Saku Protokol Tatalaksana COVID-19*. Jakarta.
- Menteri Kesehatan RI. (2020). Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Coronavirus (COVID- 19). *Kementerian Kesehatan RI*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). Situasi Tenaga Keperawatan Indonesia. In *Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI* (pp. 1–12). [http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin\\_perawat\\_2017.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin_perawat_2017.pdf)
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Panduan Teknis Pelayanan Rumah Sakit Pada Masa Adaptasi Kebiasaan Baru*.
- Keputusan Presiden RI. (2020). KEPPRES NO 12 TH 2020 Tentang Penetapan Bencana Nonalam Penyebaran Corona Virus Disease 2019 Sebagai Bencana Nasional. *Fundamental of Nursing*, 01, 1–2.
- Kumajas, Warouw & Bawotong (2014). *Hubungan Karakteristik Individu dengan Kinerja Perawat di Ruang Inap Penyakit Dalam RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow*. *Jurnal Keperawatan*. Vol 2, No 2 (2014).
- Kumbadewi, L.(2016). *Pengaruh Umur, Pengalaman Kerja, Upah, Teknologi dan Lingkungan Kerja terhadap*

*Produktivitas Karyawan*. E-Journal Bisma Universitas Ganesha Jurusan Manajemen volume 4.

- Meidiawati, Christine. (2012). *Analisis Beban Kerja untuk Menentukan Kebutuhan Tenaga Perawat*. Universitas Indonesia.
- Naufal Shafy Saputro, Wiwik Budiawan, S. (2016). Analisis Perbedaan Shift Kerja Terhadap Beban Kerja Mental, Beban Kerja Fisik, Kualitas Tidur, *Teknik Industri, Universitas Diponegoro*, 1–8.
- Nurningsih. (2012). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat tentang Basic Life Support (BLS) dengan Pendidikan Perawat dalam Pelaksanaan Primary Survey di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri*.
- Nursalam. (2014a). *Manajemen keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional* (Ariyanto (ed.); 4th ed.). Jakarta. Salemba Medika.
- Putri, R. N. (2020). Indonesia dalam Menghadapi Pandemi Covid-19. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 20(2), 705. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v20i2.1010>
- Ramadhan, R., Tama, I. P., Ph, D., & Yanuar, R. (2014). ANALISA BEBAN KERJA DENGAN MENGGUNAKAN WORK SAMPLING DAN NASA - TLX UNTUK MENENTUKAN JUMLAH OPERATOR ( Studi Kasus : PT XYZ ) ANALYSIS OF WORKLOAD WITH WORK SAMPLING AND NASA - TLX TO DETERMINE THE NUMBER OF OPERATORS ( Case study : PT XYZ ). *Jurnal Rekayasa Dan Manajemen Sistem Industri*, 2(5), 964–973.
- Rohman, A., Widakdo, D. S., & Wahid, M. A. (2020). Penggunaan Baju APD untuk Pelindung COVID-19 Bagi Tenaga Medis pada Fasilitas Kesehatan Pratama.

- Seminar Nasional Terapan Riset Inovatif (SENTRINOV) Ke-6 ISAS Publishing Series: Community Service, 6(3), 152-159.*
- Rubbiana, N. I. (2015). Analisis Beban Kerja Dan Kebutuhan Tenaga Pelaksana Dengan Metode Workload Indicator Staff Need (WISN) Instalasi Rawat Inap ulip RSUD Kota Bekasi. *Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat Manajemen Pelayanan Kesehatan.*
- Sade, S. (2013). *Analisis Kebutuhan Jumlah Tenaga Perawat Berdasarkan Beban Kerja Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Mamuju Utara Provinsi Sulawesi Barat.* Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
- Sari, I. P., & Raharyani, A. E. (2020). Tingkat Pengetahuan Dan Perilaku Masyarakat Kabupaten Wonosobo tentang COVID-19. *Jurnal Ilmiah Kesehatan, 3(1), 125.* <https://doi.org/10.14421/lijid.v3i1.2224>
- Siregar, H. R., & Simamora, F. A. (2020). *FENOMENA PERAWAT TENAGA KERJA SUKARELA DI INDONESIA : KONSEP DIRI PROFESIONAL PERAWAT TENAGA.* 8(4), 435-438.
- Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D.* Bandung : Alfabeta.
- Mugianti, S. (2016). *Manajemen Dan Kepemimpinan Dalam Praktek Keperawatan.* Pusidk SMD Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Susanti, Dkk. (2020). *Manajemen dan Kepemimpinan dalam Keperawatan.* Yayasan Kita Menulis.
- Saputro, Budiawan, Sriyanto. (2016). *Analisis Perbedaan Shift Kerja Terhadap Beban Kerja Mental, Beban Kerja Fisik,*

*Kualitas Tidur, dan Tingkat Kewaspadaan pada Supir Travel PO. Nusantara.* Laporan Penelitian Program Studi Teknik Industri Universitas Diponegoro. Semarang.

Swarjana, I Ketut. (2015). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Edisi Revisi. Yogyakarta: Andi Offset.

Vanchapo, A. R. (2020). *Beban Kerja dan Stress Kerja*. Pasuruan. Qiara Media. Pasuruan

## Biografi Penulis



**Ns. Siska Mayang Sari, M.Kep**, panggilan “Siska”, lahir di Kota Padang, Provinsi Sumatera Barat tanggal 19 April 1982. Anak ke 3 dari 3 bersaudara dari pasangan bapak Alm. A. Moenir dan Ibu Erna Idris. Bersama keluarga penulis berdomisili di Kota Pekanbaru. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 Ilmu Keperawatan tahun 2004 dan Pendidikan Profesi Ners tahun 2005 di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang. Di Universitas yang sama pada tahun 2012 menyelesaikan Pendidikan S2 Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan. Penulis bekerja sebagai dosen sejak tahun 2006-2009 di Universitas Abdurrah, Pekanbaru dan di Universitas Hang Tuah Pekanbaru sejak 2010 hingga sekarang. Saat ini penulis merupakan dosen tetap Prodi S1 Ilmu Keperawatan & Profesi Ners Fakultas Kesehatan Universitas Hang Tuah Pekanbaru. Penulis aktif dalam melakukan penelitian dan publikasi internasional dan nasional. Penulis pernah mendapatkan Hibah penelitian DIPA HTP, *AINEC Research Award* tahun 2016 dan Hibah Riset Keilmuan LPDP tahun 2021. Penulis juga aktif sebagai pengurus Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI) Regional 3 SUMBAR, RIAU, JAMBI dan KEPRI dan Pengurus Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) DPP Provinsi Riau Periode 2022-2027. Penulis telah menuliskan beberapa modul dan buku keperawatan serta memperoleh pengakuan Hak Kekayaan Intelektual (HAKI).



**Ennimay** dilahirkan di Teluk Kuantan, tanggal 24 Mei 1955. Anak kedua dari 7 bersaudara dari pasangan Bapak Soetan Mansoer dan Rasunah Rahman. Bertempat tinggal di Jalan Dr. Sutomo RT.01, RW. 01, Pekanbaru Riau. Ennimay menyelesaikan Sekolah Dasar di SD Negeri IV Tanjung Pinang Kepulauan Riau, lulus pada tahun 1967, SMP Negeri Tambelan Kepulauan Riau, lulus pada tahun 1970, SMA Negeri I Pekanbaru Riau, lulus pada tahun 1973, setelah itu melanjutkan ke Akademi Perawatan DepKes Jakarta, lulus pada tahun 1977. Setelah lulus Akper, langsung bekerja di RSUD Provinsi Pekanbaru sebagai staf perawatan. Pada tahun 1986, melanjutkan studi S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, lulus pada tahun 1989. Pada tahun 1994 sebagai Ka Bagian Perencanaan dan Rekam Medik sampai tahun 1998. Pada tahun 1998 diangkat sebagai Kepala Bidang Keperawatan. Pada tahun 2004 diangkat sebagai Wakil Direktur Penunjang Medik dan Pendidikan RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. Pada tahun 1998 melanjutkan studi S2 Manajemen Rumah Sakit di Universitas Gajah Mada Yogyakarta lulus pada tahun 2000. Pada tahun 2008 diangkat sebagai Direktur Umum SDM dan Pendidikan RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau. Pada tahun 2012 memasuki masa pensiun sebagai PNS dengan pangkat terakhir Pembina/IVd. Pada tahun 2006 diperbantukan sebagai Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan dan setelah memasuki masa pensiun melanjutkan secara penuh waktu sebagai Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners sampai dengan tahun 2019. Pada tahun 2012 diangkat sebagai Dosen tetap dengan jabatan fungsional Asisten Ahli dengan Pangkat Penata Muda TK.I, IIIb. Pada tahun 2015 diangkat dalam jabatan fungsional sebagai Lektor (200) dengan pangkat Penata, III/c. Pada tahun 2016 melanjutkan studi S3 Program Studi Ilmu

Manajemen Sumber Daya Manusia di Universitas Negeri Jakarta. Pada tahun 2017 diangkat dalam Jabatan Fungsional sebagai Lektor (300) dengan Pangkat Penata TK.I, IIIId. Pada organisasi profesi pernah sebagai Ketua Persatuan Perawat Nasional Indonesia Provinsi Riau periode tahun 2000-2005. Dewan Pertimbangan PPNI Provinsi Riau periode tahun 2006-2010. Pada tahun 2020 lulus S3 dengan gelar Doktor Manajemen SDM.



**Fauzan Risyadi, S.Kep.**, lahir di Dumai, putra pertama dari bapak Edy Ahmad dan ibu Harwelisda Novitri Memperoleh gelar **Sarjana Keperawatan** (Fakultas Kesehatan Universitas Hang Tuah, Pekanbaru), dan sekarang sedang melanjutkan pendidikan Profesi Ners keperawatan.

Selain menempuh pendidikan di Universitas Hang Tuah Pekanbaru ia juga aktif dalam Organisasi-organisasi Kampus, seperti Badan Eksekutif Mahasiswa pada tahun 2017 dengan menjabat sebagai staff divisi PSDM, dan pada tahun 2019 menjabat sebagai Ketua Kementerian Agama, selain itu di tahun 2019 ia juga menjabat sebagai wakil ketua PIK MAHA Pekanbaru, dan dinobatkan sebagai Duta Hang Tuah Pekanbaru II dan Duta Berbakat Hang Tuah Pekanbaru Periode 2019-2020