

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. *Burnout Syndrome*

a. Pengertian

Terdapat beberapa model teori tentang *burnout syndrome* yang telah digunakan sebagai dasar penelitian antara lain sebagai berikut:

1) Freudenberger's *Burnout Theory* (1974)

Istilah *burnout syndrome* pertama kali diperkenalkan oleh seorang psikolog bernama Herbert J. Freudenberger. *Burnout syndrome* berdasarkan pengalamannya bersama para sukarelawan yang bekerja dalam sebuah klinik. Freudenberger dan beberapa sukarelawan mulai merasakan penurunan emosional disertai gejala yang saat ini dikenal sebagai *burnout syndrome* (Freudenberger, 1974). Beberapa tanda perilaku dari *burnout syndrome* yaitu karyawan mulai mudah marah, mudah menangis, mulai muncul perilaku mencurigakan diikuti dengan perasaan bahwa mereka merasa menjadi korban (Freudenberger, 1974).

2) Edelwich dan Brodsky (1980)

Hasil akhir dari proses *burnout syndrome* berupa *turnover* yaitu meliputi antusiasme, stagnasi, frustrasi,

apatis, dan tahap terakhir adalah intervensi. Tahap intervensi merupakan tahap dimana para karyawan memutuskan untuk meninggalkan organisasi, beralih dari pekerjaan dan menyesuaikan tanggung jawab pekerjaan (Edelwich dan Brodsky, 1980).

3) *Cherniss' Burnout Syndrome Theory* (1980)

Burnout syndrome merupakan proses yang terus berkembang dari waktu ke waktu. Berbeda dengan teori yang dikemukakan oleh Freudenberger. *Burnout syndrome* merupakan suatu proses dimana terjadi suatu perubahan perilaku negatif sebagai respon terhadap tekanan dan stress pekerjaan dalam waktu yang berkepanjangan. Seseorang yang mengalami *burnout syndrome* akan menjadi kehilangan semangat atau putus asa, pesimis, melakukan kesalahan dalam pekerjaan, apatis, mudah marah kepada pasien atau rekan kerja, tidak mau menerima perubahan dan kehilangan kreativitas.

Burnout syndrome berbeda dengan *stress* (Cherniss, 1980). Karyawan yang mengalami *burnout syndrome* akan merasa kehilangan motivasi dan putus asa, sedangkan ketika seseorang mengalami *stress* maka cenderung bertindak emosional secara berlebihan (Porter, 2007). Stress berkepanjangan dapat berpotensi menjadi *burnout*

syndrome, sedangkan kondisi *burnout syndrome* yang dialami oleh seseorang belum tentu disebabkan oleh *stress*.

4) Maslach and Jackson (1981)

Burnout syndrome merupakan sindrom kelelahan emosional dan sinisme yang sering kali terjadi pada orang-orang yang bekerja (Maslach dan Jackson, 1981). *Burnout syndrome* yang terjadi merupakan suatu respon terhadap stressor antar personal terkait dengan pekerjaan (Leiter dan Maslach, 1988). *Burnout syndrome* terdiri dari tiga dimensi yaitu *emotional exhaustion* (kelelahan emosi), *depersonalization* (depersonalisasi), dan *personal accomplishment* (capaian diri). Masing-masing dimensi tersebut akan dijelaskan sebagai berikut:

a) *Emotional Exhaustion* (Kelelahan Emosional)

Dimensi pertama dalam *burnout syndrome* yaitu kelelahan emosional dimana perawat merasa tidak ingin sepenuhnya memberikan pelayanan secara psikologis. Ketika perawat merasakan kelelahan emosional, mereka tetap merasa lelah meskipun sudah istirahat cukup dan kurang bersemangat dalam melakukan aktivitas. Perawat yang mengalami *burnout syndrome* akan menghindar

atau mengulur waktu jika menghadapi pekerjaan yang harus melakukan kontak dengan pasien (Leiter & Maslach, 1988).

Kelelahan emosional ditandai dengan kelelahan yang berkepanjangan baik secara fisik, mental, maupun emosional. Ketika pekerja merasakan kelelahan (*exhaustion*), mereka cenderung berperilaku *overextended* baik secara emosional maupun fisik, tidak mampu menyelesaikan masalah mereka, tetap merasa lelah meski sudah istirahat yang cukup, dan kurang energi dalam melakukan aktivitas (Leiter & Maslach, 2004).

b) *Depersonalization* (Depersonalisasi)

Dimensi kedua dalam *burnout syndrome* yaitu depersonalisasi yang ditandai dengan sikap sinis, cenderung menarik diri dari lingkungan kerja. Dimensi ini disebut dengan depersonalisasi yaitu memisahkan diri dari orang lain, menunjukkan emosi yang dingin, menunjukkan reaksi negatif terhadap perilaku orang lain, misalnya memperlakukan pasien dengan kurang baik dan mudah marah. Ketika perawat cenderung dingin, menjaga jarak, cenderung tidak ingin terlibat dengan lingkungan kerjanya.

Depersonalisasi juga merupakan cara untuk terhindar dari rasa kecewa. Perilaku negatif seperti ini dapat memberikan dampak yang serius pada efektifitas kerja (Leiter & Maslach, 2004).

c) *Personal Accomplishment* (Capaian Diri)

Dimensi ketiga adalah capaian diri karyawan yang mengalami penurunan sehingga menunjukkan perasaan negatif, tidak senang dan kurang puas terhadap pekerjaannya (Maslach dan Jackson, 1981). Capaian diri yang menurun juga ditunjukkan dengan hasil evaluasi diri yang buruk, rendahnya hubungan antar personal, kehilangan semangat, penurunan produktivitas, dan kurangnya kemampuan beradaptasi (Xiaoming *et al.*, 2014). Penurunan capaian diri juga ditandai dengan perasaan tidak berdaya, merasa semua tugas yang diberikan berat. Ketika perawat merasa tidak efektif, mereka cenderung mengembangkan rasa tidak mampu. Setiap pekerjaan terasa sulit dan tidak bisa dikerjakan, rasa percaya diri berkurang. Pekerja menjadi tidak percaya dan orang lain tidak percaya dengannya (Leiter & Maslach, 2004).

- 5) Schaufeli *et al.* (1996) mengoperasionisasikan *burnout syndrome* sebagai sebuah kapasitas umum dan mendiskripsikan sebagai konstruk multidimensi yang terdiri dari kelelahan emosional, sinisme atau depersonalisasi, dan penurunan prestasi yang terjadi karena karyawan merasakan emosional yang berlebihan di tempat kerja, memiliki perasaan negatif terhadap pekerjaannya, dan memiliki perasaan yang kurang berkompeten terhadap pekerjaan.

- 6) Maslach & Jackson (2008) menjelaskan bahwa *burnout syndrome* sebagai sebuah sindrom kelelahan emosional dan sinisme yang sering kali terjadi diantara orang-orang yang bekerja meliputi tiga dimensi yaitu *emotional exhaustion* (kelelahan emosional), *depersonalization* (depersonalisasi) dan *personal accomplishment* (capaian diri).

Kesimpulan dari teori diatas adalah *burnout syndrome* sebagai proses perubahan perilaku negatif yang terjadi sebagai respon dari *stress* dan tekanan pekerjaan dalam jangka waktu yang lama. Beberapa teori menyebutkan bahwa istilah *burnout* dan *burnout syndrome* sebenarnya memiliki pengertian dan dimensi yang sama. Penelitian ini akan menggunakan teori dari Maslach & Jackson

karena lebih detail yaitu meliputi 3 dimensi dalam *burnout syndrome*, diantaranya adalah *emotional exhaustion* (kelelahan emosional), *depersonalization* (depersonalisasi), dan *personal accomplishment* (capaian diri). Penilaian tingkat *burnout syndrome* pada perawat diukur dengan menggunakan MBI (*Maslach Burnout Syndrome Inventory*). Maslach dan Jackson (1981) telah mengembangkan MBI untuk mengetahui *burnout syndrome* pada beberapa pekerjaan di pelayanan masyarakat. Penelitian yang dilakukan oleh Sabbah *et al.* (2012) tentang pengujian validitas dan reliabilitas instrumen MBI (*Maslach Burnout Syndrome Inventory*) di Lebanon menunjukkan hasil dari pertanyaan dalam instrumen tersebut serupa dengan MBI versi US. MBI dapat digunakan sebagai instrumen untuk mengukur *burnout syndrome* pada perawat di wilayah yang lebih luas.

b. Faktor yang Mempengaruhi *Burnout Syndrome*

Burnout syndrome telah menjadi fenomena psikologis yang cenderung bekerja melawan peningkatan kinerja seseorang, efektivitas dan keluaran organisasi. Pekerjaan yang penuh tekanan membutuhkan upaya individu dan organisasi untuk mengatasi *burnout syndrome*. Bektas (2013) menyebutkan *individual effort factor* dan *organizational effort factor* merupakan faktor yang mempengaruhi *burnout syndrome*. Faktor-faktor tersebut dapat diidentifikasi sebagai faktor intrinsik dan ekstrinsik. Upaya individu

merupakan faktor intrinsik dan upaya organisasi merupakan faktor ekstrinsik.

1) *Individual effort*

a) Berfikir positif

Stres kerja berhubungan negatif dengan efisiensi diri dan berhubungan positif dengan *burnout*. Stres kerja menjadi prediktor dari *burnout*, dan pada saat yang sama harus menjadi variabel dependen dari efisiensi diri. Dengan demikian, berpikir positif dikemukakan menempatkan tekanan kerja antara faktor sumber daya pribadi dan konsekuensi *burnout* (Schwarzer & Hallum, 2008). Selain mengurangi stres negatif, kenyamanan dan berpikir positif akan menciptakan nilai dan keseimbangan yang lebih besar dalam hidup (Bird, 2006).

b) *Creative behavior*

Berpikir positif menciptakan perilaku yang positif. Hal ini menjadi pemicu perilaku yang kreatif. Masalah ini tidak hanya orang yang memiliki tanggung jawab tersendiri tetapi juga manajer. Bagi para manajer, manajemen stres mengacu pada perilaku adaptif mengubah aspek lingkungan atau orang sedemikian rupa sehingga mengurangi respons stres dan meningkatkan kesehatan organisasi atau individu (Adhia et al., 2010). Berpikir kreatif dan perilaku yang kreatif

memusatkan perhatian pada kepribadiannya atau pekerjaannya, sehingga mereka berkonsentrasi pada tanggung jawab mereka masing-masing (Bektas & Peresadko, 2013).

c) *Determination and Compliance*

Tekad dan kepatuhan merupakan faktor pendorong bagi seseorang. Semakin tinggi niat dan patuh, maka semakin terintegrasi di tempat kerja mereka. Beberapa faktor yang mempengaruhi tekad dan kepatuhan seseorang, salah satu faktornya adalah orang-orang yang terikat dalam kehidupan kerja. Inilah lima alasan mengapa orang lain memiliki pengaruh saat mereka memiliki kesempatan. Lima alasan tersebut meliputi: (1) ketidakpedulian, (2) kurangnya keyakinan, (3) perasaan takut, (4) tingkat percaya diri yang rendah, (5) kebanggaan (Allan, 2011).

2) *Organizational effort*

a) *Support of Workmates* (dukungan rekan kerja)

Dukungan rekan kerja mengurangi *burnout syndrome* untuk pekerja. Dukungan terhadap teman dan kepemimpinan partisipatif secara signifikan mengurangi kelelahan emosional (Babakus et al., 2011).

b) *Managerial Support* (dukungan atasan)

Terdapat hubungan yang sangat erat antara dukungan atasan dengan *burnout syndrome* (Bektas & Paresadko, 2013). Dukungan dari manajer menawarkan sumber daya interpersonal yang dapat membantu menciptakan lingkungan kerja yang mendukung dan memenuhi regulasi sumber daya terutama untuk karyawan yang mengalami stres. Suatu penelitian menunjukkan bahwa dukungan dari atasan terhadap bawahannya dengan memberikan kepedulian merupakan sumber kunci yang digunakan karyawan untuk mengatasi disfungsi pekerjaan atau efek stress pada kinerja dan kesejahteraan karyawan (Chan & Wan, 2012). Berikut 5 contoh dukungan manajer (Jim & Finkelstein, 2012) yaitu: (1) pendengar yang baik, (2) *empowerer*, (3) *mentor*, (4) *creator*, (5) menciptakan suasana nyaman bagi karyawan.

c) *Organizational Atmosphere*

Perilaku organisasi timbul dari motivasi intrinsik termasuk mood yang positif dan kebutuhan akan berprestasi (Mohanty & Rath, 2012).

3) Lingkungan Kerja

Lingkungan kerja dapat menentukan kemungkinan munculnya *burnout* seperti beban kerja yang berlebihan, konflik peran, jumlah individu yang harus dilayani, tanggung jawab yang harus dipikul, pekerjaan rutin yang dilakukan terus-menerus dan yang bukan rutin, ambiguitas peran, dukungan sosial dari rekan kerja yang tidak memadai, dukungan sosial dari atasan tidak memadai, kontrol yang rendah terhadap pekerjaan dan kurangnya stimulasi dalam pekerjaan. Lingkungan kerja terbagi menjadi 2 yaitu:

a) Lingkungan kerja fisik

Lingkungan kerja fisik menurut Sedarmayanti (2009) yaitu semua keadaan berbentuk fisik yang terdapat di sekitar tempat kerja dimana dapat mempengaruhi karyawan baik secara langsung maupun tidak langsung.

b) Lingkungan kerja non fisik

Lingkungan kerja non fisik adalah semua keadaan yang terjadi yang berkaitan dengan hubungan kerja, baik hubungan dengan atasan maupun hubungan sesama rekan kerja, ataupun hubungan dengan bawahan. Lingkungan kerja non fisik merupakan lingkungan kerja yang dapat membangun suatu iklim dan suasana kerja yang bisa

membangkitkan rasa kekeluargaan untuk mencapai tujuan bersama (Andarini, 2018).

4) Karakteristik individu

Sumber dari dalam diri individu merupakan salah satu penyebab timbulnya *burnout*. Sumber tersebut dapat digolongkan atas tiga karakteristik yaitu:

a) Faktor demografi

Mengacu pada perbedaan jenis kelamin, status pernikahan, usia, pendidikan. Berikut penjelasan mengenai faktor-faktor demografi sebagai berikut:

(1) Jenis kelamin

Menurut Baron dan Byrne (2003) mendefinisikan jenis kelamin sebagai istilah biologi berdasarkan perbedaan anatomi dan fisik antara laki-laki dan perempuan. Peran jenis kelamin umumnya menjadi faktor penentu *burnout* dalam pekerjaan. Ketika laki-laki maupun perempuan bekerja dalam profesi yang dianggap bersifat feminim atau maskulin, pekerja dapat mengalami tekanan untuk menyesuaikan diri (Fatmawati, 2012). Berdasarkan Maslach, Schaufeli, Leither (2001) seorang wanita akan mengalami level *burnout* lebih tinggi dari seorang laki-laki. Kemudian Sihotang (2004) yang

meneliti tentang *burnout* dan jenis kelamin menemukan hasil bahwa terdapat perbedaan *burnout* antara pekerja laki-laki dan perempuan. Secara jelas hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa wanita memperlihatkan frekuensi lebih besar untuk mengalami *burnout* daripada pria. Hal ini disebabkan karena seringnya wanita merasakan kelelahan emosional.

(2) Status pernikahan

Menurut Maslach, Schaufeli, Leither (2001) status pernikahan juga berpengaruh terhadap timbulnya *burnout*. Seseorang yang tidak menikah (yang paling utama yaitu laki-laki) akan lebih mudah terkena *burnout* dibandingkan dengan yang sudah menikah. Seseorang yang single berdasarkan pengalaman mengalami level *burnout* yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang sudah bercerai. Menurut Farber dan Maslach dalam Fatmawati (2012) dibandingkan antara seseorang yang memiliki anak dan yang tidak memiliki anak, maka seseorang yang memiliki anak cenderung mengalami tingkat *burnout* yang lebih rendah. Alasannya adalah:

- (a) Seseorang yang telah berkeluarga pada umumnya cenderung berusia lebih tua, stabil dan matang dalam berpikir.
- (b) Keterlibatan dengan keluarga dan anak dapat mempersiapkan mental seseorang dalam menghadapi masalah pribadi dan konflik emosional.
- (c) Kasih sayang dan dukungan sosial dari keluarga dapat membantu seseorang dalam mengatasi tuntutan emosional dalam pekerjaan.
- (d) Seseorang yang telah berkeluarga memiliki pandangan yang lebih realistis

(3) Pendidikan

Menurut Maslach, Schaufeli, Leither (2001) menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi level *burnout* dibanding pekerja dengan pendidikan yang lebih rendah. Menurut Maslach dalam Fatmawati (2012) menyatakan bahwa orang dengan empat tahun kuliah (sarjana) merupakan yang paling berisiko terkena *burnout*, diikuti oleh tingkat pendidikan pascasarjana. Mereka yang berpendidikan di bawah sarjana memiliki risiko lebih sedikit, hal ini

dikarenakan beban kerja yang diemban juga tidak sama.

(4) Masa Kerja

Menurut Siagian (2008) menyatakan bahwa masa kerja menunjukkan berapa lama seseorang bekerja pada masing-masing pekerjaan atau jabatan. Menurut Maslach, Schaufeli, Leither (2001) menjelaskan bahwa tidak ada lama masa kerja yang spesifik yang dapat membuat seseorang mengalami *burnout*, Namun semakin lama seseorang bekerja maka semakin berisiko terjadinya *burnout*.

b) Faktor kepribadian (*Locus of Control*)

Faktor kepribadian yaitu pada dasarnya merupakan sebuah karakteristik psikologi dan perilaku yang dimiliki individu yang lainnya. Salah satunya yaitu locus of control. Menurut Rotter dalam Triwijayanti (2016) *locus of control* mengacu pada keyakinan seseorang dalam kontrol dirinya dalam peristiwa kehidupan, dan pemecahan masalah. Locus of control terbagi menjadi dua yaitu internal *locus of control* dan eksternal *locus of control*. Individu yang percaya pada kemampuan mereka untuk mempengaruhi hasil diklasifikasikan sebagai

individu yang memiliki *locus of control* internal. Individu yang percaya bahwa hasil adalah fungsi dari kekuatan eksternal diluar kontrol *locus of control* eksternal (Phares dalam Triwijayanti, 2016).

c. Gejala *burnout syndrome*

Freudenberger dan Richelson dalam Sari (2014) menyatakan bahwa terdapat 11 gejala yang terlihat pada penderita *burnout*, yaitu:

- 1) Kelelahan yang merupakan proses kehilangan energi disertai keletihan.
- 2) Lari dari kenyataan merupakan alat untuk menyangkal penderitaan yang dialami
- 3) Kebosanan dan sinisme, kondisi penderita merasa tidak tertarik lagi akan kegiatan yang dikerjakannya, bahkan timbul rasa bosan dan pesimis akan bidang pekerjaan tersebut.
- 4) Emosional, hal ini dikarenakan selama ini individu mampu mengerjakan pekerjaannya dengan cepat dengan menurunnya kemampuan mengerjakan pekerjaan secara cepat, akan menimbulkan gelombang emosional pada diri sendiri.
- 5) Merasa yakin akan kemampuan dirinya, selalu menganggap dirinya sebagai yang terbaik.
- 6) Merasa tidak dihargai.
- 7) Disorientasi.
- 8) Masalah psikosomatis.

- 9) Curiga tanpa alasan yang jelas
- 10) Depresi.
- 11) Penyangkalan kenyataan akan keadaan dirinya sendiri.

d. Dampak *burnout syndrome*

Burnout syndrome memiliki konsekuensi yang sangat negatif. *Burnout* dapat mempengaruhi kesehatan fisik atau mental seseorang, sehingga menimbulkan gangguan psikosomatik seperti perubahan mukosa, kelainan kardiorespirasi, sakit kepala, dan lainnya. Gangguan psikopatologis seperti kecemasan, perilaku obsesif-kompulsif, depresi, dan kecanduan (Campayo *et al.*, 2016).

1) Fisik (*Physical*)

Sakit kepala, insomnia, nyeri osteomuskular, kelainan gastrointestinal, kelainan jantung, kelelahan kronis.

2) Psikologis (*Psychological*)

- a) Perasaan hampa, kelelahan, kegagalan dan ketidakberdayaan
- b) Harga diri rendah dan pemenuhan profesional
- c) *Nervousness* dan gelisah
- d) Kehilangan nilai dan harapan
- e) Modifikasi konsep diri
- f) Kesulitan berkonsentrasi
- g) Toleransi yang rendah akan frustrasi
- h) Agresivitas

3) Perilaku (*Behavioral*)

- a) Perilaku adiktif dan penghindaran
- b) Ketidakmampuan untuk menjalani kehidupan yang santai
- c) Perilaku berisiko tinggi
- d) Meningkatkan iritabilitas dan rendahnya kinerja pribadi
- e) Disorganisasi

e. Pengukuran Terhadap *Burnout*

Pengukuran *burnout* dapat dilakukan dengan beberapa cara seperti pada tabel berikut:

Tabel 1. *Maslach Burnout Inventory*

No	Alat Ukur <i>Burnout</i>	Kelebihan	Kekurangan
1	<i>The Burnout Measure</i> (BM)	Digunakan untuk pengukuran pada pekerja selain pekerja sosial.	Hanya satu dimensi yang dianalisis yaitu <i>Individual's Level of Exhaustion</i> (Hardy, dkk., 1998).
2	<i>The Maslach Burnout Inventory</i> (MBI) (Dorman, 2003) (Maslach, 1981)	Terdapat tiga jenis berdasarkan subjek yang akan diteliti:	
	<i>The Maslach Burnout Inventory Educator Survey</i> (MBI-ES)	Terdapat tiga dimensi yang dianalisis yaitu: a) <i>Emotional Exhaustion</i> b) <i>Depersonalization</i>	Hanya dapat digunakan pada guru atau yang berperan dalam lingkup pendidikan.

No	Alat Ukur <i>Burnout</i>	Kelebihan	Kekurangan
		c) <i>A feeling of low personal accomplishment</i>	
	<i>The Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS)</i>	Terdapat tiga dimensi yang dapat dianalisis yaitu: a. <i>Exhaustion</i> b. <i>Cynicism</i> c. <i>The Professional Efficacy</i> (mirip dengan <i>Personal Accomplishment</i>)	Hanya dapat digunakan pada pekerjaan yang bersifat umum, tidak bisa digunakan pada pekerja yang sifatnya melayani klien.
	<i>The Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBIHSS)</i>	Terdapat tiga dimensi yang dapat dianalisis yaitu: 1. <i>Emotional Exhaustion</i> 2. <i>Depersonalization</i> 3. <i>A feeling of low personal accomplishment</i>	Hanya digunakan untuk pekerjaan yang melakukan pelayanan terhadap klien.

Sumber: Hardy, dkk., Dorman, Maslach dalam Saputri (2017)

MBI sendiri merupakan *gold standard* untuk mengukur *burnout* (Maslach dan Laiter, 2008). Maka dari itu dalam penelitian ini peneliti menggunakan MBI-HSS karena MBI-HSS digunakan untuk pekerja yang melakukan pelayanan terhadap klien.

Arezes, dkk., (2016) menyebutkan item-item tersebut ditulis dalam bentuk pertanyaan tentang perasaan pribadi atau perilaku. Jawaban dari pertanyaan tersebut dijawab berdasarkan frekuensi pengalaman pekerja. MBI-HSS ini terdiri dari 21 item pertanyaan dengan mengelompokkan tiga variabel pertanyaan, yaitu emosional,

depersonalisasi, dan pencapaian personal. (Maslach et al., Rothmann dalam Rosita 2016)

Terdapat 21 *point* pertanyaan pada kuesioner *Maslach Burnout Inventory Human Service Survey* (MBI-HSS), secara general skalanya yaitu mulai dari 1 (satu) artinya "tidak pernah" hingga 4 (empat) artinya "selalu". Dalam mengukur *burnout* dengan menggunakan MBI-HSS dilakukan dengan menggunakan *scoring* pada jumlah seluruh pertanyaan yang ada dalam kuesioner (Maslach dan Jackson, 1981).

2. Beban Kerja

a. Pengertian

Menurut SNI 7269 (2009) menyatakan bahwa beban kerja merupakan beban yang dialami oleh tenaga kerja sebagai akibat pekerjaan yang dilakukan olehnya. Pengaruh beban kerja cukup dominan terhadap kinerja sumber daya manusia tetapi dapat juga menimbulkan efek negatif terhadap keselamatan dan kesehatan tenaga kerja.

b. Beban Kerja Perawat

Menurut Sarwili (2015) beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan perawat dengan jenis pekerjaan dan beratnya pekerjaan yang ditetapkan dalam satuan waktu tertentu di suatu unit pelayanan keperawatan. Beban kerja

perawat merupakan seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh perawat selama tugas disuatu unit pelayanan keperawatan. Beban kerja meliputi beban kerja fisik maupun mental. Beban kerja yang terlalu berat atau kemampuan fisik yang terlalu lemah dapat mengakibatkan seorang pekerja menderita gangguan atau penyakit akibat kerja (Efendy, 2009). Beban kerja perawat dapat dilihat dari aspek seperti tugas yang dijalankan berdasarkan fungsi utama dan fungsi tambahan yang dikerjakan, jumlah pasien yang dirawat per hari, per bulan dan per tahun, kondisi pasien, rata-rata pasien dirawat, tindakan langsung dan tidak langsung yang dibutuhkan pasien, frekuensi masing-masing tindakan yang diperlukan dan rata-rata waktu yang dibutuhkan dalam melaksanakan tindakan (Nursalam, 2014).

Menurut Carayon dan Alvarado (2007) beban kerja perawat mempunyai enam dimensi yaitu:

1) Beban kerja fisik (*physical workload*)

Beban kerja fisik yang dilakukan oleh perawat buakan hanya terdiri dari tindakan keperawatan langsung seperti mengangkat, memindahkan, dan memandikan pasien, tetapi juga tindakan keparawatan tak langsung seperti mengambil dan mengirim alat-alat medis kebagian lain, repetisi perjalanan keunit lain akibat adanya peralatan yang hilang atau tidak berfungsi, atau bukan perjalanan kebagian yang sangat jauh dari

unit tempat ia berkerja (seperti pusat sterilisasi alat medis atau ruang rawat lain) yang mana hal ini meningkatkan aktifitas berjalan (fisik) dari perawat. Selain itu, tatanan ruang secara ergonomik dan fisik dari ruang seringkali menambah beban kerja perawat. Keterbatasan luas ruang rawat dan tempat penyimpanan alat seringkali menimbulkan masalah. Kesibukan dan keterbatasan waktu menyebabkan banyak perawat lebih memilih untuk melakukan pekerjaan tersebut sendirian dari pada meminta bantuan kepada perawat atau tenaga lain.

2) Beban kerja kognitif (*cognitive workload*)

Beban kerja kognitif berhubungan dengan kebutuhan para perawat untuk memproses informasi yang sering kali terjadi dalam waktu singkat. Banyak situasi tertentu yang mengharuskan perawat mengambil keputusan secara cepat yang mana ini berarti perawat harus secara cepat pula melakukan penyesuaian kognitif terhadap pasien sepanjang pasien dirawat, baik yang terencana (misal perubahan jadwal dinas) maupun yang tidak terencana (perubahan kondisi pasien secara tiba-tiba). Selain itu perawat secara terus menerus tetap melakukan tugas-tugas kognitifnya selama melakukan lainnya (misal pemberian obat, mengambil alat-alat yang diperlukan pasien).

3) Tekanan waktu (*time pressure*)

Tekanan waktu berhubungan dengan hal-hal yang harus dilakukan secara cepat dan dalam waktu yang sangat terbatas. Tugas yang dilakukan oleh para perawat sangat banyak, yang dilakukan sesuai dengan waktu yang bersifat regular atau kekerapannya (misal memberikan obat, mengkaji, mengukur hasil, mendokumentasikan). Adanya gangguan pada tugas yang telah terpola ini menimbulkan peningkatan terhadap waktu yang ada.

4) Beban kerja emosional (*emotional workload*)

Beban kerja emosional lazim terjadi pada lingkungan kerja. Terkadang persepsi perawat dengan keluarga sering kali tidak sama yang mana hal ini menimbulkan konflik dan masalah.

5) Beban kerja kuantitatif (*quantitative workload*) dan beban kerja kualitatif (*qualitative workload*)

Beban kerja kuantitatif didefinisikan sebagai jumlah pekerjaan yang dilakukan; sedangkan beban kerja kualitatif dinyatakan sebagai tingkat kesulitan dari pekerjaan yang dilakukan. Beban kerja kuantitatif perawat dapat diukur dengan menggunakan alat pengukur beban kerja berdasarkan tingkat ketergantungan pasien yang mengukur jumlah pekerjaan yang dilakukan oleh perawat. Sedangkan beban kerja kualitatif

berhubungan dengan jam kerja (*work hours*) yaitu jumlah peningkatan pekerjaan yang dilakukan perawat sesuai dengan peningkatan jumlah jam kerja.

6) Variasi beban kerja (*workload variability*)

Variasi beban kerja adalah perubahan beban kerja yang berkesinambungan pada waktu tertentu. Situasi genting adalah contoh lain dari variasi beban kerja dimana pada keadaan ini tiba-tiba beban kerja meningkat sebagai konsekuensi adanya situasi gawat pada pasien, sehingga mereka harus berkonsentrasi menghadapi kondisi pasien yang tidak stabil.

Analisa beban kerja perawat dapat dilihat dari aspek-aspek seperti tugas-tugas yang dijalankan berdasarkan fungsi utama dan tugas tambahan yang dikerjakan, jumlah pasien yang harus dirawat, kapasitas kerjanya sesuai dengan pendidikan yang diperoleh, waktu kerja yang digunakan untuk mengerjakan tugasnya sesuai dengan jam kerja yang berlangsung setiap hari, serta kelengkapan fasilitas yang dapat membantu perawat menyelesaikan kerjanya dengan baik (Syaer, 2010).

c. Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang

mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013). Menurut Majid (2011) keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah perioperatif adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga tahap dalam suatu proses pembedahan yaitu tahap pre operasi, tahan intra operasi, dan pasca operasi. Masing-masing tahap aktivitas atau intervensi keperawatan dan dukungan dari tim kesehatan lain sebagai satu tim dalam pelayanan pembedahan.

Perawat kamar bedah (*operating room nurse*) adalah perawat yang memberikan asuhan keperawatan perioperatif kepada pasien yang akan mengalami pembedahan yang memiliki standar, pengetahuan, keputusan, serta keterampilan berdasarkan prinsip-prinsip keilmuan khususnya kamar bedah (HIPKABI, 2014). Keperawatan perioperatif dilakukan berdasarkan proses keperawatan sehingga perawat perlu menetapkan strategi yang sesuai dengan kebutuhan individu selama periode perioperatif (pre, intra, dan post operasi) (Muttaqin, 2009).

Perawat kamar bedah bertanggung jawab mengidentifikasi kebutuhan pasien, menentukan tujuan bersama pasien dan mengimplementasikan intervensi keperawatan. Selanjutnya, perawat kamar bedah melakukan kegiatan keperawatan untuk mencapai hasil akhir pasien yang optimal (HIPKABI, 2012).

Perawat kamar bedah dalam pelayanannya berorientasi pada respon pasien secara fisik, psikologi spiritual, dan sosial-budaya (AORN, 2013).

d. Tugas Perawat pada Fase Pre Operasi

Keperawatan pre operasi merupakan tahap awal dari keperawatan perioperatif. Pada tahap ini tugas seorang perawat dapat memberikan sugesti positif untuk menurunkan kecemasan pasien menjelang operasi (Majid, 2011). Kegiatan perawat antara lain, melakukan pengkajian, meminta *informed consent*, dan memberikan pendidikan pasien pre operasi.

e. Tugas Perawat pada Fase Intra Operasi

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif (HIPKABI, 2012). Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra operatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun aktualakan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan, koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan tindakan independen dan dependen (Muttaqin, 2009).

Perawat *scrub* atau di Indonesia juga dikenal sebagai perawat instrumen merupakan perawat kamar bedah yang memiliki tanggung jawab terhadap manajemen area operasi dan area steril pada setiap jenis pembedahan (Muttaqin, 2009). Menurut *Association of Perioperative Registered Nurse (AORN)*, perawat *scrub* bekerja langsung dengan ahli bedah di bidang steril, operasional instrumen, serta bagian lain yang dibutuhkan selama prosedur operasi (Litwack, 2009).

Perawat instrumen adalah seorang tenaga perawat profesional yang diberikan wewenang dan ditugaskan dalam pengelolaan alat atau instrumen pembedahan selama tindakan dilakukan. Optimalisasi dari hasil pembedahan akan sangat didukung oleh peran perawat instrumen. Beberapa modalitas dan konsep pengetahuan yang diperlukan perawat instrumen adalah cara persiapan instrumen berdasarkan tindakan operasi, teknik penyerahan alat, fungsi instrumen dan perlakuan jaringan (HIPKABI, 2012).

Peran dan fungsi perawat instrumen meliputi: melakukan desinfeksi area pembedahan dan *drapping*. Mengatur meja steril, menyiapkan alat jahit, diatermi dan peralatan khusus yang dibutuhkan untuk pembedahan. Membantu dokter bedah selama prosedur pembedahan dengan melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan seperti mengantisipasi instrumen yang dibutuhkan, *spo*, kasa, *drainage*, dan peralatan lainnya. Memonitor kondisi pasien

ketika pasien dibawah pengaruh anestesi. Saat luka ditutup perawat harus mengecek semua peralatan dan material untuk memastikan bahwa semua jarum, kasa, dan instrumen sudah dihitung lengkap.

Perawat sirkuler adalah perawat profesional yang diberi wewenang dan tanggung jawab membantu kelancaran tindakan pembedahan. Peran perawat sirkuler adalah menjadi penghubung antara area steril dan bagian kamar operasi lainnya. Menjamin perlengkapan yang dibutuhkan oleh perawat instrumen merupakan tugas lain dari perawat sirkuler (Majid, 2011). Tanggung jawab perawat sirkuler utamanya meliputi memastikan kebersihan, suhu yang sesuai, kelembaban, pencahayaan, menjaga peralatan tetap berfungsi dan ketersediaan berbagai material yang dibutuhkan sebelum, selama, dan sesudah operasi.

Peran dan fungsi perawat sirkulasi meliputi: mempersiapkan dan mengatur ruang operasi. Melindungi keselamatan dan kebutuhan pasien dengan memantau aktivitas anggota tim bedah dan memeriksa kondisi dalam ruang operasi. Memantau praktik aseptis untuk menghindari pelanggaran teknik aseptis dan mengkoordinasi perpindahan anggota tim yang berhubungan dengan tenaga medis, rontgen, dan petugas laboratorium. Perawat sirkuler juga memantau kondisi pasien selama operasi untuk menjamin keselamatan pasien.

Perawat anestesi merupakan perawat profesional yang memiliki wewenang memberikan pelayanan asuhan keperawatan

anestesi kepada pasien perioperatif. Perawat anestesi berperan mulai dari tahap pra operasi, intra operasi, dan pasca operasi. Pada tahap pra anestesi, perawat anestesi berperan untuk melakukan *sign in* bersama dokter anestesi. Tahap intra operatif, perawat anestesi bertanggung jawab terhadap kesiapan instrumen anestesi, manajemen pasien termasuk posisi pasien yang aman bagi aktivitas anestesi dan efek yang ditimbulkan dari anestesi. Kolaborasi dalam pemberian anestesi dan penanganan komplikasi akibat anestesia antara dokter anestesi dan perawat anestesi, adalah hal yang wajib dilakukan sebagai anggota tim dalam suatu operasi baik dalam pemberian anestesi lokal, anestesi umum, dan anestesi regional termasuk spinal anestesi (Majid, 2011)

f. Tugas Perawat pada Fase Paca Operasi

Peran dan fungsi perawat *post operative* yaitu memonitor hemodinamik, mempertahankan jalan napas, mempertahankan ventilasi/oksigenasi, mempertahankan sirkulasi darah, mengobservasi, keadaan umum, mengobservasi vomitus dan drainase, memonitor *balance* cairan, mempertahankan kenyamanan, dan mencegah risiko cedera.

g. Penghitungan Beban Kerja

1) Teknik *work sampling*

Langkah-langkah dari teknik ini adalah identifikasi kategori mayor dan minor aktivitas perawat, analisa hasil observasi, yaitu frekuensi untuk spesifik kategori sama dengan persen dengan persen dari total waktu yang digunakan untuk aktivitas. Pengamatan aktivitas perawat dilakukan dengan mengamati hal-hal spesifik dari pekerjaan apa yang dilakukan oleh perawat pada waktu jam kerja, apakah kegiatan perawat berkaitan dengan fungsi dan tugasnya, proporsi waktu kerja digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif. Selanjutnya beban kerja perawat dihubungkan dengan waktu dan jadwal kerja perawat. Dan hal ini didapatkan dengan melakukan survei terkait pekerjaan perawat di rumah sakit. Pengukuran *work sampling* digunakan untuk mengukur aktivitas pegawai dengan menghitung waktu yang digunakan untuk bekerja dan waktu yang tidak digunakan untuk bekerja dalam jam kerja mereka kemudian disajikan dalam bentuk persentase. (Ilyas dalam Indriasari, 2017)

2) *Subjective Workload Assesment Tecnique* (SWAT)

Subjective Workload Assesment Tecnique (SWAT) dikembangkan oleh Reid (1989) dengan metode penskalaan *conjoint* dengan dua tahapan pekerjaan di dalam penggunaan model SWAT yaitu *Scale Development* dan *Event Rating*. SWAT berbeda dengan pengukuran subjektif lainnya karena

dikembangkan dengan teliti dan berakar pada teori pengukuran formal, khususnya teori pengukuran *conjoint*. Terdapat kelebihan dan kekurangan dari pengukuran beban kerja mental dengan metode SWAT ini. Kelemahan dari SWAT yaitu penggunaan kata-kata secara lisan yang berisiko menimbulkan konotasi yang berbeda setiap individu. (Liu, 2015)

3) Teknik *time and motion study* atau penelitian waktu dan gerak

Pada teknik ini kita mengamati dan mengamati dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh personel yang sedang kita amati. Dengan menggunakan teknik ini bukan hanya mendapatkan beban kerja perawat tetapi yang lebih penting adalah mengetahui dengan baik kualitas kerja perawat. Pelaksanaan pengamatan untuk pengambilan data ini haruslah seseorang yang mengetahui secara benar tentang kompetensi dan fungsi perawat mahir (Indriasari, 2017).

4) Teknik *self reporting*

Pada teknik ini perawat yang akan diukur beban kerjanya mencatat sendiri kegiatan yang ditugaskan serta waktu yang dibutuhkan, yang dilakukan pada jam kerjanya (Swansburg dalam Indriasari, 2017). Menurut Gillies (1994) sensus pasien merupakan cara yang umum untuk mengukur beban kerja keperawatan, tetapi untuk mengetahui secara lebih tepat maka

sensus pasien saja tidak cukup untuk mengukur beban kerja keperawatan, oleh sebab itu perlu juga diperlihatkan diagnosa pengobatan pasien, status awal kesehatan pasien, perbedaan penyakit dan status psikososial karena akan menentukan kekompleksan dari perawatan yang dibutuhkan.

5) Teknik *time study and task frequency*

Teknik ini terdiri dari analisa aktivitas keperawatan yang spesifik dan bagian-bagian dari tugas. Hal ini dapat dilihat secara individu dari kapan tugas dimulai sampai tugas diselesaikan. Jumlah waktu yang digunakan untuk aktivitas keperawatan digambarkan dalam waktu rata-rata. Termasuk waktu yang digunakan untuk istirahat dan kegiatan pribadi lainnya. Waktu rata-rata ditambah dengan waktu istirahat dan kegiatan pribadi lainnya disebut waktu standar. Kegiatan diukur dengan cara mengalikan frekuensi kegiatan dengan waktu standar. Frekuensi dari tugas biasanya didiapatkan dari suatu *check list* dari laporan individu terkait tugas, keahlian, dan tempat kerja (Ilyas dalam Indriasari, 2017).

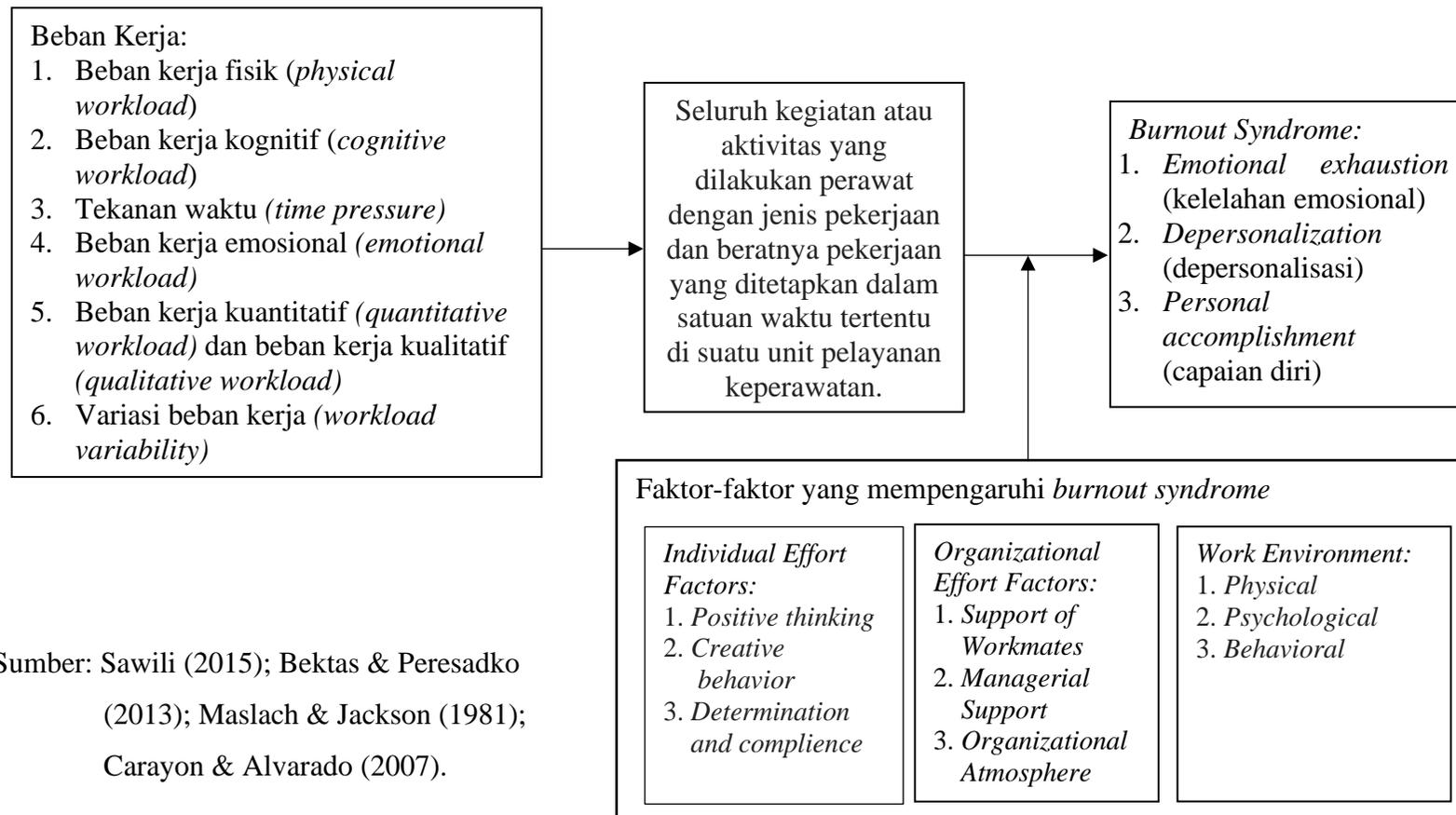
6) *Self assesment* menggunakan kuesioner tentang beban kerja perawat yang berisi 13 item pernyataan dengan skor tiap item 1-4. Teknik *self assesment* ini memberikan hasil subyektif dari responden perawat yang menjalankan aktivitas dan merasakan

atau tidak adanya beban kerja pada kegiatannya di kamar operasi

(Nursalam, 2011)

7) Kerangka Teori

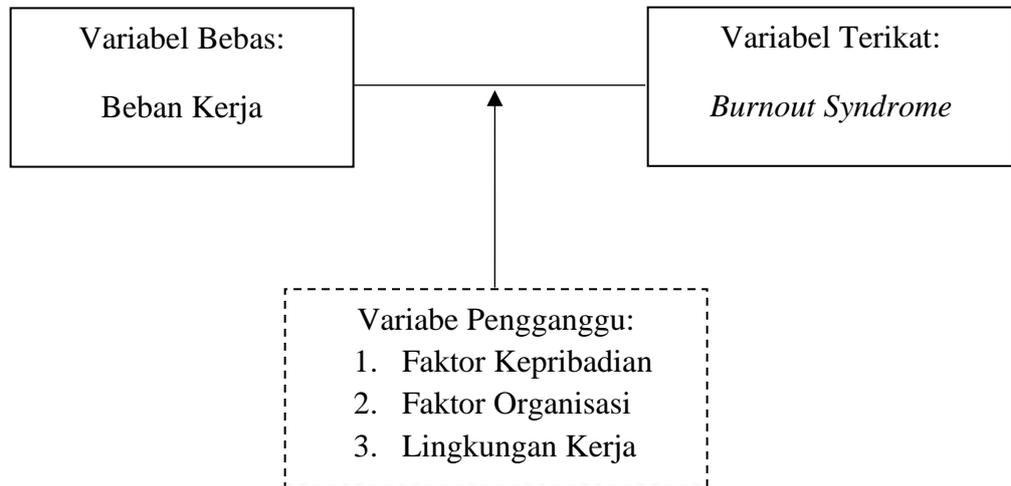
Gambar 1. Kerangka Teori



Sumber: Sawili (2015); Bektas & Peresadko (2013); Maslach & Jackson (1981); Carayon & Alvarado (2007).

8) Kerangka Konsep Penelitian

Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan:

———— : diteliti

----- : tidak diteliti

9) Hipotesis Penelitian

Hipotesis menurut Notoatmodjo (2010) adalah pernyataan jawaban sementara dari sebuah masalah penelitian, pernyataan atau pertanyaan sementara tersebut harus diuji apakah benar (diterima) atau salah (ditolak).

Berdasarkan teori-teori yang telah dikemukakan, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ada hubungan antara beban kerja dengan *burnout syndrome* pada perawat kamar operasi RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro.