

LAPORAN PENELITIAN DOSEN



**KEJADIAN PANDEMIK COVID-19 DENGAN BEBAN KERJA
PERAWAT DI PUSKESMAS PAKISJAYA KABUPATEN KARAWANG
2020**

TIM PENGUSUL

Ketua

Kiki Deniati., S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota

Hamdan Rohrohmana (NPM: 17.156.01.11.138)

Faisal Amar Rumakway (NPM: 17.156.01.11.137)

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI
2020**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : Hubungan Pandemi Covid-19 Dengan Beban Kerja Perawat Di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang Tahun 2020

Ketua Peneliti

a. Nama Lengkap : Kiki Deniati., S.Kep., Ns., M.Kep
b. NIDN : 0316028302
c. Jabatan Fungsional : AA
d. Program Studi : Ilmu Keperawatan
e. Nomor HP : 0895321503038
f. Alamat surel (e-mail) : kikideniati@gmail.com

Anggota Peneliti (1)

a. Nama Lengkap : Hamdan Rohrohmana
b. NPM : 171560111138
c. Program Studi : Ilmu Keperawatan

Lama Penelitian Keseluruhan : 6 bulan

Biaya Penelitian Diusulkan : Rp. 9.900.000

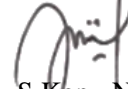
Jumlah Mahasiswa yang Terlibat : 2 Orang

Bekasi, 30 Juni 2020

Mengetahui,
Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners


(Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep)
NIDN : 0316028302

Ketua Peneliti,


(Kiki Deniati., S.Kep., Ns., M.Kep)
NIDN : 0316028302

Menyetujui,
Kepala UPPM


(Rotua Suriany S, SKM.,M.Kes)
NIDN : 0315018401

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR SKEMA	iv
DAFTAR GAMBAR	v
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian	3
C. Luaran	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
A. Tinjauan Teori.....	4
1. Tinjauan Teori Tentang Pandemi Covid-19	4
2. Tinjauan Umum Tentang Beban Kerja	18
3. Tinjauan Teori Tentang Perawat.....	30
4. Hubungan Covid-19 Terhadap Beban Kerja Perawat	52
B. Kerangka Teori	53
C. Kerangka Konsep	53
BAB III METODE PENELITIAN	55
A. Desain Penelitian.....	55
B. Tahapan Penelitian	55
C. RuangLokasi Penelitian.....	56
D. Populasi dan Sampel	56
E. Teknik Pengumpulan Data	57
BAB IV BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN	59
A. Anggaran Biaya.....	59
B. Jadwal Penelitian.....	59
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	60
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	60
B. Hasil penelitian	60
C. Pembahasan hasil	69
LAMPIRAN	79
Lampiran. Surat Pernyataan Ketua Peneliti	79

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Daftar Perawat yang Meninggal Akibat Covid-19	4
Tabel 2. 1 Klasifikasi Covid-19 untuk petugas medis	9
Tabel 2. 2 Klasifikasi Covid-19 Untuk Masyarakat.....	11
Tabel 2. 3 Manifestasi Klinis Yang Berhubungan Dengan Covid.....	12
Tabel 2. 4 Manifestasi Klinis Covid-19	17
Tabel 2. 5 Tata Kelola Karantina	19
Tabel 2. 6 Hubungan antara beban kerja perawat dan keselamatan pasien	36
Tabel 2. 7 <i>Time Study</i>	43
Tabel 3. 1 Definisi Operasional	45
Tabel 4. 1 Anggaran Biaya Penelitian yang Diajukan	46
Tabel 4. 2 Jadwal Kegiatan	48
Tabel 5. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Umur	50
Tabel 5. 2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Lama Kerja...	51
Tabel 5. 3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Pelatihan Mengenai Penggunaan APD Dan Penatalaksanaan Pasien Infeksi.....	53
Tabel 5. 4 Presentase Kejadian COVID-19 Di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang	56
Tabel 5. 5 Presentase Kejadian COVID-19 Di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang Berdasarkan Jenis Kelamin.....	58
Tabel 5. 6 Presentase Kejadian COVID-19 Di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang Berdasarkan Usia	58
Tabel 5. 7 Persepsi Responden Tentang Kuesioner Beban Kerja Perawat.....	59
Tabel 5. 8 Tanggapan Responden Tentang Kuesioner Beban Kerja Perawat.....	61
Tabel 5. 9 Analisis Bivariat.....	62
Tabel 5. 10 Perhitungan Chis-square.....	63

DAFTAR SKEMA

Skema 2. 1 Strukur model keperawatan fungsional	12
Skema 2. 2 Struktur Model Keperawatan Total.....	13
Skema 2. 3 Struktur model keperawatan tim	16
Skema 2. 4 Struktur Model Keperawatan Modular	17
Skema 2. 5 Struktur Model Keperawatan Metode Kasus	18

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Struktur Corona Virus (Covid-19)	9
Gambar 2. 2 Partikel Corona Virus (Covid-19)	10
Gambar 2. 4 Alur Penanganan Covid-19 Untuk Tenaga Medis	17
Gambar 2. 5 Pedoman Alur Penanganan Cepat Covid-19 Di Indonesia Untuk Masyarakat	18
Gambar 2. 7 Tabel Pengumpulan Data Work Sampling.....	28
Gambar 2. 8 Tabel Hasil Pengamatan Data Work Sampling.....	29

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (Permenkes RI No 75, 2014) (Citra *et al.*, 2017). Fenomena yang terjadi di Indonesia setelah ada kebijakan BPJS dan Kebiakan kartu Jakarta Sehat (KJS) yang di luncurkan Gubernur DKI Jakarta Joko Widodo pada waktu itu membuat sejumlah pelayanan kesehatan kekurangan fasilitas dan tenaga medis. Sejak KJS diluncurkan, jumlah pasien melonjak 70% atau sekitar 500.000 pasien (Kusumawati, 2015) dalam (Aditiya Puspanegara, 2018). Menurut Depkes (2009), disebutkan bahwa pelayanan kesehatan harus memiliki tenaga tetap yang meliputi tenaga medis dan penunjang medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga manajemen rumah sakit, dan tenaga non kesehatan, serta tenaga tidak tetap dan konsultan sesuai kebutuhan (Rohmat Dwi Romadhoni, 2016). Puskesmas merupakan pelayanan kesehatan yang kompleks, yang terdapat berbagai profesi didalamnya, salah satunya profesi perawat.

Perawat adalah salah satu sumber daya manusia yang dimiliki oleh rumah sakit, sehingga perawat perlu diperhatikan dalam kualitas dan jumlah layanan karena perawat berada dalam layanan keperawatan selama 24 jam (Ekawati, 2018). Perawat merupakan sebuah profesi yang jumlahnya selalu mendominasi seluruh rumah sakit dan merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan rumah sakit (Aditiya Puspanegara, 2018), maka kebutuhan kuantitas dan kualitas tenaga keperawatan yang dibutuhkan harus sesuai agar tidak terjadi beban kerja yang tidak sesuai yang akhirnya berdampak terhadap tingkat beban kerja perawat dan dapat berdampak pada keselamatan perawat itu sendiri (Ekawati, 2018). Beban kerja yang berat bukan hanya menyebabkan kelelahan fisik tetapi juga dapat menyebabkan stress pada perawat itu sendiri. WHO menyatakan stres merupakan epidemi yang menyebar keseluruh dunia. Laporan PBB menjuluki stres kerja sebagai “penyakit abad 20” (Sitanggang *et al.*, 2017). Dengan stres yang dirasakan dapat menyebabkan ketidakefektifan dalam bekerja, produktifitas kerja pun terganggu dan beban kerja terasa jauh lebih berat.

Beban kerja adalah keadaan ketika pekerja dihadapkan pada tugas yang harus diselesaikan tepat waktu (Taufan, Citra dan Prihatsanti, 2016). Menurut Riggio (2015) menyatakan beban kerja adalah tugas-tugas pekerjaan yang menjadi sumber stress seperti pekerjaan mengharuskan bekerja dengan cepat, menghasilkan konsentrasi dari stress kerja. Memahami beban kerja serta kekurangan tenaga kesehatan terutama perawat merupakan upaya yang mendesak saat ini, mengingat kekurangan perawat global dan hubungan antara beban kerja dan retensi perawat (Macphee, Dahinten dan Havaei, 2017). Kondisi ini perlu menjadi perhatian penting dikarenakan jika ini berlanjut akan menjadi dampak untuk pelayanan kesehatan.

Salah satu beban kerja perawat di masa pandemik saat ini adalah intensitas perawatan pasien yang membutuhkan perawatan intensif, selain itu jumlah pasien yang banyak dengan jumlah tenaga perawat yang minim menyebabkan beban kerja berlebih untuk perawat itu sendiri. Sebagian besar pasien COVID-19 yang berkembang menjadi kondisi kritis akan membutuhkan perawatan intensif. Mengingat tantangan dalam mengobati penyakit ini, perawat sangat rentan terhadap gangguan gejala somatik (SSD) yang terkait dengan interaksi kognisi biologi, emosi, perilaku dan lingkungan. Perawat harus mengelola beban kerja yang berat yang sering membutuhkan prosedur invasif dan tingkat perhatian yang tinggi. Karena itu, menjaga kesehatan fisik dan psikologis perawat dapat memberikan kontribusi besar bagi keberhasilan pengendalian epidemik (Yifan *et al.*, 2020).

Pada tanggal 27 Juli 2020 WHO menyebutkan konfirmasi kasus positif covid-19 dari 216 Negara berjumlah 16,412,794 dan meninggal 652,039 (Report WHO, 2020). Kemudian pada tanggal 27 Juli Gugus tugas penanganan Covid-19 Indonesia (BNPB) menyebutkan konfirmasi kasus positif Covid-19 di Indonesia bertambah menjadi 98,778, sembuh (56,655) dan meninggal (4781), berikut data di beberapa kota DKI Jakarta jumlah positif (18.741), meninggal (518) rasio kematian 7,6%, Jawa Timur jumlah positif (5135), meninggal (418) rasio kematian 9,3% dan Jawa Barat jumlah positif (2314), meninggal (151) rasio kematian 7,3%. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mencatat angka infeksi cukup tinggi terjadi pada tenaga medis dan dunia saat ini kekurangan 6 juta perawat dalam situasi Pandemi virus *corona* (Covid-19). Irwandy Ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin menyampaikan di Amerika Serikat Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (*Center of Disease Control and Prevention*, CDC) dalam laporan minggunya pada bulan April mengeluarkan studi mengenai karakteristik petugas kesehatan yang terkena COVID-19. Dari 12 Februari hingga 9 April diumumkan ada 9.282 (19% dari 49.370 pelaporan yang menuliskan pekerjaan) tenaga kesehatan terinfeksi virus corona. Di Italia, data terbuka memuat pelaporan jumlah tenaga kesehatan yang terinfeksi Covid-19, menunjukkan infeksi di kalangan medis mencapai 10%. Spanyol melaporkan infeksi di tenaga kesehatan mencapai 20%. Di Malaysia, pemerintah telah melaporkan bahwa 5, 8% kasus positif adalah tenaga kesehatan. Kemudian Per 7 Mei, di seluruh dunia tercatat 989 tenaga kesehatan meninggal akibat Covid-19 atau sebesar 0, 37%. Hingga 6 Mei di Indonesia terdapat terdapat 721 tenaga kesehatan yang telah terinfeksi. Pada tanggal 18 Mei 2020 Ketua Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Harif Fadhillah menyampaikan terdapat 20 orang perawat meninggal dunia dalam tugas pelayanan pasien Covid-19 di seluruh Indonesia. Kemudian untuk data lengkap per 18 Mei 2020 terdapat 116 perawat berstatus OTG, 685 perawat ODP, 48 perawat PDP, 59 perawat positif Covid-19, dan 68 perawat dirawat dengan status PDP dan positif Covid-19. Pada tanggal 4 Juni 2020 Harif Fadhillah menyampaikan kembali data perawat yang terpapar Covid-19. Dari hasil data tersebut, PPNI mencatat angka perawat yang OTG 130 orang, ODP 679 orang, PDP 58 orang, dan perawat yang positif Covid-19 ada 99 orang. Selain itu, dari data tersebut angka meninggal akibat Covid-19 mencapai 23 orang. Sedangkan angka yang dirawat ada 199 pasien lalu sembuh 6 orang. Dengan data yang

didapatkan diatas semakin mempertegas bahwa beban kerja perawat seharusnya menjadi perhatian khusus, selain bertambahnya pasien tenaga perawat pun berkurang di sana dan menyebabkan terjadinya beban kerja berlebih pada perawat yang bertugas menangani langsung pasien yang positif terinfeksi covid-19.

Berkaitan dengan judul penelitian di atas, peneliti mengambil tempat penelitian di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang, karena Puskesmas Pakisjaya merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang menerima pemeriksaan Rapid Test, menangani Orang Dalam Pemantauan (ODP) dan merujuk Pasien Dalam Pemantauan (PDP), selain itu angka kejadian Covid-19 di Jawa Barat cukup tinggi, salah satunya di Kabupaten Karawang. Pada tanggal 1 Juni 2020 Diskominfo Kabupaten Karawang menyebutkan kasus positif Covid di Kabupaten Karawang dengan metode rapid test (271) dan swab test (20), ODP (5.041), PDP (415) dan OTG (831). Dengan jumlah kejadian yang masih terjadi peningkatan mengakibatkan terjadinya peningkatan beban kerja pada perawat di Pelayanan Kesehatan Kabupaten Karawang, salah satunya adalah Puskesmas Pakis Jaya yang menjadi salah satu pelayanan kesehatan dalam penanganan Covid-19.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan Pandemi Covid-19 dengan beban kerja perawat di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang.

2. Tujuan khusus

- a) Mengetahui distribusi frekuensi pandemi Covid-19 di Kabupaten Karawang, khususnya Desa Pakisjaya Kabupaten Karawang.
- b) Mengetahui distribusi frekuensi beban kerja perawat di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang.
- c) Mengetahui hubungan antara Pandemi Covid-19 dengan beban kerja perawat di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang.

C. Luaran

Luaran penelitian ini adalah publikasi dan akan diterapkan juga melalui Pengabdian Kepada Masyarakat.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Tinjauan Teori Tentang Pandemi Covid-19

a. Definisi Pandemi

Pandemi didefinisikan sebagai epidemi yang terjadi di semua daerah di dunia, ataupun di tempat yang amat luas, melintasi batasan internasional. Definisi klasik meliputi imunitas populasi, virologi maupun keparahan penyakit. Dengan definisi ini pandemi dapat dikatakan dengan menyebarnya penyakit dengan jumlah yang sangat besar di belahan dunia (Dr. Ir. H Sri Wiwoho Mudjanarko, S. T., 2020).

Makna kata pandemi sendiri berasal dari bahasa Yunani “*Pan*” yang berarti seluruh, serta “*Demo*” yang berarti orang. Istilah pandemi diberlakukan dan dilegalkan sebab sistem penularannya yang begitu pesat. Sebutan ini tidak mengacu pada kecakapan dan kemampuan maupun meningkatnya korban wafat, akan tetapi masa perkembangan serta penyebarannya. Kendati demikian bukan berarti Virus Corona selalu berujung kematian (Faza, 2020) dalam (Dr. Ir. H Sri Wiwoho Mudjanarko, S. T., 2020).

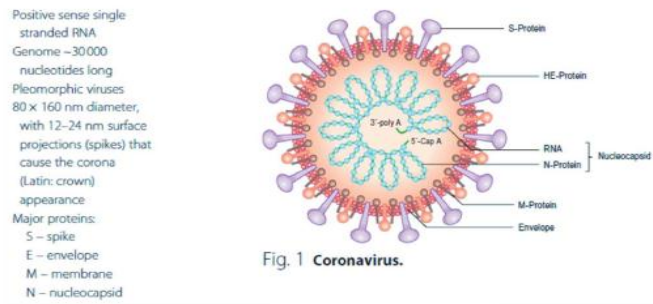
Center For Disease Control and Prevention (CDC) Amerika Serikat mencatat, pandemi merupakan epidemi yang menyebar ke beberapa negeri maupun daratan serta memberi pengaruh terhadap warga dalam jumlah yang besar. Kriteria sebuah Penyakit disebut Pandemi ialah sebagai berikut (Dr. Ir. H Sri Wiwoho Mudjanarko, S. T., 2020) :

- 1) Virus bisa memunculkan penyakit maupun kematian.
- 2) Penularan virus dari orang ke orang terjadi secara pesat.
- 3) Virus telah menyebar hampir ke seluruh pelosok dunia.

b. Definisi Covid-19 Atau Coronavirus

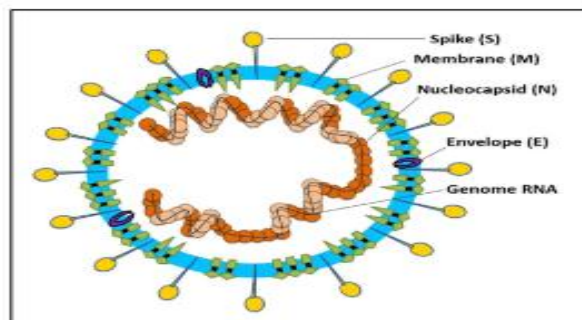
Coronavirus merupakan virus RNA strain tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. *Coronavirus* tergolong ordo *Nidovirales*, keluarga *Coronaviridae*. *Coronaviridae* dibagi dua subkeluarga dibedakan berdasarkan serotipe dan karakteristik genom. Terdapat empat genus yaitu *alpha coronavirus*, *betacoronavirus*, *deltacoronavirus* dan *gamma coronavirus* (Bnpb et al., 2020). *Coronavirus* adalah virus RNA untai tunggal dengan diameter 80-120 nm. Ini terdiri dari empat jenis, yaitu α -CoV, β -CoV, δ -CoV dan γ -CoV.7 (Huang et al., 2020).

Gambar 2. 1 Struktur Corona Virus (Covid-19)



Sumber : *Diagnosis dan Penatalaksanaan Pneumonia dan Covid-19 di Indonesia* (Erlina Burhan, 2020)

Gambar 2. 2 Partikel Corona Virus (Covid-19)



Sumber : *Pandemik Covid-19 Persoalan dan Refleksi di Indoensia* (Dr. Ir. H Sri Wiwoho Mudjanarko, S. T., tanpa tanggal)

Coronavirus (CoV) adalah keluarga besar virus yang menyebabkan penyakit mulai dari gejala ringan sampai berat. Ada setidaknya dua jenis coronavirus yang diketahui menyebabkan penyakit yang dapat menimbulkan gejala berat seperti *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS-CoV) dan *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS-CoV). *Novel Coronavirus* (2019-nCoV) adalah virus jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. Virus corona adalah zoonosis (ditularkan antara hewan dan manusia). Penelitian menyebutkan bahwa SARS-CoV ditransmisikan dari kucing luwak (*civet cats*) ke manusia dan MERS-CoV dari unta ke manusia. Beberapa *Coronavirus* yang dikenal beredar pada hewan namun belum terbukti menginfeksi manusia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

c. Klasifikasi

- 1) Klasifikasi Covid-19 untuk petugas medis

Menurut Prof. drh. Wiku Adisasmito, MSc. Ph. D dkk dalam gugus tugas percepatan penanganan Covid-19 Indonesia (2020) klasifikasi Covid-19 untuk petugas medis ialah sebagai berikut (Bnpb *et al.*, 2020) :

Tabel 2. 1 Klasifikasi Covid-19 untuk petugas medis

Orang Tanpa Gejala (OTG)	Orang Dalam Pemantauan (ODP)	Pasien Dalam Pengawasan (PDP)	Konfirmasi
Orang yang tidak bergejala dan memiliki resiko tertular dari orang positif Covid-19	<ol style="list-style-type: none"> Orang yang mengalami demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam atau gejala gangguan sistem pernapasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di Negara/wilayah yang melaporkan transmisi local Orang yang mengalami gejala gangguan sistem pernapasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi probable COVID-19 	<ol style="list-style-type: none"> Orang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yaitu demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam disertai salah satu gejala/tanda penyakit pernapasan seperti : batuk/sesak nafas/sakit tenggorokan/pilek/pneumonia ringan hingga berat dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di Negara/wilayah yang melaporkan transmisi local Orang dengan demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam atau ISPA dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi atau probable COVID-19 Orang dengan ISPA berat/pneumonia berat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan 	Pasien yang terinfeksi COVID-19 dengan hasil positif melalui pemeriksaan PCR
Isolasi diri di rumah	Isolasi diri di rumah	Ringan : Isolasi di rumah Sedang : Rawat di RS Darurat Berat : Rawat di RS Rujukan	Ringan : Isolasi di rumah Sedang : Rawat di RS Darurat Berat : Rawat di RS Rujukan

Sumber : Pedoman Penanganan Cepat Medis dan Keselamatan Masyarakat Covid-19 Di Indonesia.

2) Klasifikasi Covid-19 untuk petugas medis

Menurut Prof. drh. Wiku Adisasmito, MSc. Ph. D dkk dalam gugus tugas percepatan penanganan Covid-19 Indonesia (2020) klasifikasi Covid-19 untuk petugas masyarakat ialah sebagai berikut (Bnpb *et al.*, 2020):

Tabel 2. 2 Klasifikasi Covid-19 untuk masyarakat

Orang Tanpa Gejala (OTG)	Orang Dalam Pemantauan (ODP)	Pasien Dalam Pengawasan (PDP)	Konfirmasi
Orang tanpa gejala yang memiliki kontak dengan kasus positif	Orang yang memiliki gejala ringan dan membutuhkan pemeriksaan	Pasien yang memiliki gejala ringan/sedang/berat yang memiliki riwayat perjalanan/kontak dan membutuhkan pemeriksaan	Pasien yang terinfeksi COVID-19 dengan hasil pemeriksaan positif
Isolasi diri di rumah	Isolasi diri di rumah	Ringan : Isolasi di rumah	Isolasi diri di rumah

Sumber : Pedoman Penanganan Cepat Medis dan Keselamatan Masyarakat Covid-19 Di Indonesia

d. Manifestasi Klinis

Manajemen klinis ditujukan bagi tenaga kesehatan yang merawat pasien ISPA berat baik dewasa dan anak di rumah sakit ketika dicurigai adanya infeksi COVID-19. Manifestasi klinis ini memperkuat manajemen klinis pasien berdasarkan rekomendasi WHO terbaru. Rekomendasi WHO berasal dari publikasi yang merujuk pada pedoman berbasis bukti termasuk rekomendasi dokter yang telah merawat pasien SARS, MERS atau influenza berat. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

Infeksi COVID-19 dapat menyebabkan gejala ISPA ringan sampai berat bahkan sampai terjadi *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS), sepsis dan syok septik. Deteksi dini manifestasi klinis akan menentukan waktu yang tepat penerapan tatalaksana dan Penanganan Pencegahan Infeksi. Pasien dengan gejala ringan, rawat inap tidak diperlukan kecuali ada kekhawatiran untuk perburukan yang cepat. Berikut manifestasi klinis yang berhubungan dengan infeksi COVID-19 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020):

Tabel 2. 3

Manifestasi klinis yang berhubungan dengan infeksi COVID-19

<i>Uncomplicated Illness</i>	Pasien dengan gejala non-spesifik seperti demam, batuk, nyeri tenggorokan, hidung tersumbat, malaise, sakit kepala, nyeri otot. Perlu waspada pada usia lanjut dan <i>imunocompromised</i> karena gejala dan tanda tidak khas.
Pneumonia Ringan	Pasien dengan pneumonia dan tidak ada tanda pneumonia berat. Anak dengan pneumonia ringan mengalami batuk atau kesulitan bernapas + napas cepat: frekuensi napas: ≥ 60 x/menit; 2–11 bulan, ≥ 50 x/menit; 1–5 tahun, ≥ 40 x/menit dan tidak ada tanda pneumonia berat.
Pneumonia Berat/ISPA Berat	Pasien remaja atau dewasa dengan demam atau dalam pengawasan infeksi saluran napas, ditambah satu dari: frekuensi napas > 30 x/menit, distress pernapasan berat, atau saturasi oksigen (SpO ₂) $< 90\%$ pada udara kamar.

	<p>Pasien anak dengan batuk atau kesulitan bernapas, ditambah setidaknya satu dari berikut ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sianosis sentral atau SpO₂ <90%; - Distres pernapasan berat (seperti mendengkur, tarikan dinding dada yang berat); - tanda pneumonia berat: ketidakmampuan menyusui atau minum, letargi atau penurunan kesadaran, atau kejang. <p>Tanda lain dari pneumonia yaitu: tarikan dinding dada, takipnea : ≥ 60x/menit; 2–11 bulan, ≥ 50x/menit; 1–5 tahun, ≥ 40x/menit; >5 tahun, ≥ 30x/menit.</p> <p>Diagnosis ini berdasarkan klinis; pencitraan dada yang dapat menyingkirkan komplikasi.</p>
<p>Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)</p>	<p>Onset: baru terjadi atau perburukan dalam waktu satu minggu.</p> <p>Pencitraan dada (CT scan toraks, atau ultrasonografi paru): opasitas bilateral, efusi pluera yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya, kolaps paru, kolaps lobus atau nodul.</p> <p>Penyebab edema: gagal napas yang bukan akibat gagal jantung atau kelebihan cairan. Perlu pemeriksaan objektif (seperti ekokardiografi) untuk menyingkirkan bahwa penyebab edema bukan akibat hidrostatik jika tidak ditemukan faktor risiko.</p> <p>Kriteria ARDS pada dewasa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ARDS ringan: $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ (dengan PEEP atau <i>continuous positive airway pressure</i> (CPAP) $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$, atau yang tidak diventilasi) - ARDS sedang: $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$ dengan PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$, atau yang tidak diventilasi) - ARDS berat: $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}$ dengan PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$, atau yang tidak diventilasi) - Ketika PaO₂ tidak tersedia, SpO₂/FiO₂ ≤ 315 mengindikasikan ARDS (termasuk pasien yang tidak diventilasi) <p>Kriteria ARDS pada anak berdasarkan Oxygenation Index dan Oxygenatin Index menggunakan SpO₂:</p> <ul style="list-style-type: none"> - $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ atau $\text{SpO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 264$: Bilevel <i>noninvasive ventilation</i> (NIV) atau CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ dengan menggunakan <i>full face mask</i> - ARDS ringan (ventilasi invasif): $4 \leq \text{Oxygenation Index (OI)} < 8$ atau $5 \leq \text{OSI} < 7,5$ - ARDS sedang (ventilasi invasif): $8 \leq \text{OI} < 16$ atau $7,5 \leq \text{OSI} < 12,3$ - ARDS berat (ventilasi invasif): $\text{OI} \geq 16$ atau $\text{OSI} \geq 12,3$
<p>Sepsis</p>	<p>Pasien dewasa: Disfungsi organ yang mengancam nyawa disebabkan oleh disregulasi respon tubuh terhadap dugaan atau terbukti infeksi. Tanda disfungsi organ meliputi: perubahan status mental/kesadaran,</p>

sesak napas, saturasi oksigen rendah, urin output menurun, denyut jantung cepat, nadi lemah, ekstremitas dingin atau tekanan darah rendah, petekie/purpura/*mottled skin*, atau hasil laboratorium menunjukkan koagulopati, trombositopenia, asidosis, laktat yang tinggi, hiperbilirubinemia.

Pasien anak: terhadap dugaan atau terbukti infeksi dan kriteria *systemic inflammatory response syndrome* (SIRS) ≥ 2 , dan disertai salah satu dari: suhu tubuh abnormal atau jumlah sel darah putih abnormal.

Syok Septik

Pasien dewasa: hipotensi yang menetap meskipun sudah dilakukan resusitasi cairan dan membutuhkan vasopresor untuk mempertahankan *mean arterial pressure* (MAP) ≥ 65 mmHg dan kadar laktat serum > 2 mmol/L.

Pasien anak: hipotensi (TDS $<$ persentil 5 atau > 2 SD di bawah normal usia) atau terdapat 2-3 gejala dan tanda berikut: perubahan status mental/kesadaran; takikardia atau bradikardia (HR < 90 x/menit atau > 160 x/menit pada bayi dan HR < 70 x/menit atau > 150 x/menit pada anak); waktu pengisian kembali kapiler yang memanjang (> 2 detik) atau vasodilatasi hangat dengan *bounding pulse*; takipnea; *mottled skin* atau ruam petekie atau purpura; peningkatan laktat; oliguria; hipertermia atau hipotermia.

Sumber : Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease (Covid-19) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

Selain itu Prof. drh. Wiku Adisasmito, MSc. Ph. D dkk dalam gugus tugas percepatan penanganan Covid-19 Indonesia (2020) juga menyampaikan beberapa manifestasi yang lebih mudah untuk dipahami, ialah sebagai berikut :

Tabel 2. 4 Manifestasi Klinis Covid-19

Sumber : Pedoman Penanganan Cepat Medis dan Keselamatan Masyarakat Covid-19 Di Indonesia

Gejala Ringan	Gejala Sedang	Gejala Berat
<ul style="list-style-type: none"> - Demam $> 38^{\circ}\text{C}$ - Batuk - Nyeri tenggorokan - Hidung tersumbat - Malaise 	<ul style="list-style-type: none"> - Demam $> 38^{\circ}\text{C}$ - Sesak napas, batuk menetap dan sakit tenggorokan - Pada anak : batuk dan takipneu, anak dengan pneumonia ringan mengalami batuk atau kesulitan bernapas + napas cepat : frekuensi napas : < 2 Bulan, ≥ 60 x/menit ; 2-11 bulan, ≥ 50 x/menit ; 1-5 tahun, ≥ 40 x/menit dan tidak ada tanda pneumonia berat 	<ul style="list-style-type: none"> - Demam $> 38^{\circ}\text{C}$ - Ada infeksi saluran pernapasan dengan tanda-tanda : <ul style="list-style-type: none"> a. Peningkatan frekuensi napas (> 30 x/menit) hingga sesak napas (respiratory distress) b. Batuk - Penurunan kesadaran - Dalam pemeriksaan lanjut ditemukan : saturasi oksigen $< 90\%$ udara luar. Pemeriksaan darah : Leukopenia, peningkatan monosit dan peningkatan limfosit atipik

e. Penatalaksanaan

Menurut Dr. Slamet, dkk (2013) pada Pedoman Surveilans Dan Respon Kesiapsiagaan Menghadapi *Middle East Respiratory Syndrome Corona Virus* (Mers-Cov) Tatalaksana Pengobatan Pasien COVID-19 ialah sebagai berikut (dr. Slamet, MHP, et al, 2013) :

Pasien dengan hasil pemeriksaan *Rapid Test* antibodi positif yang dirawat di Rumah Sakit akan diberikan obat sebagai berikut, sampai hasil pemeriksaan spesifik terbukti negatif:

- 1) Antibiotik empiris
 - a) Makrolide yaitu, azitromicin 1x500 mg selama 5-7 hari, atau
 - b) Fluoroquinolone yaitu, Levofloxacin 1x750mg selama 7 hari.
- 2) Antivirus.
- 3) Vitamin C dosis tinggi selama 14 hari.
- 4) Chloroquine phosphate dapat ditambahkan pada pasien dengan kondisi berat.
- 5) Terapi simptomatik sesuai dengan gejala.
- 6) Hepatoprotektor bila SGOT dan SGPT meningkat.
- 7) Obat-obat lain sesuai penyakit penyerta.

Pasien dengan hasil pemeriksaan positif yang dirawat di rumah dan di fasilitas khusus atau RS darurat maka obat diberikan secara oral. Dilarang menggunakan kortikosteroid, kecuali pada kasus dengan komorbid tertentu. Untuk pasien anak dosis obat disesuaikan.

Kemudian ada beberapa pasien positif yang menggunakan ventilator mekanik. Pada prinsipnya seluruh pasien yang masuk di Rumah Sakit Rujukan adalah Pasien Dalam Pemantauan (PDP) yang memenuhi kriteria salah satu sebagai berikut:

- 1) Gagal napas berdasarkan pemeriksaan Analisis Gas Darah.
- 2) Apabila tidak bisa dilakukan analisis gas darah, saturasi oksigen <90%.
- 3) Penurunan kesadaran.
- 4) Tanda-tanda sepsis atau sepsis.

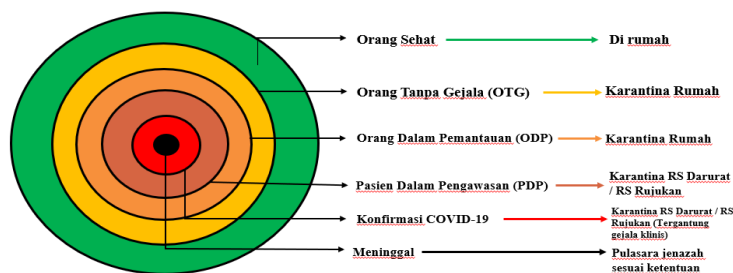
Tabel 2. 5 Tata Kelola Karantina

Bentuk Karantina	Karantina Rumah	Karantina Fasilitas Khusus/RS Darurat Covid-19	Karantina Rumah Sakit
Status	OTG, ODP, Gejala ringan	PDP - ODP usia diatas 60 tahun dengan penyakit penyerta yang terkontrol	PDP gejala berat

		<ul style="list-style-type: none"> - PDP gejala sedang, mandiri, tanpa sesak nafas/tanpa pneumonia - Pasien Covid-19 positif, tanpa penyakit lain dan tanpa sesak nafas/tanpa pneumonia 	
Tempat	Rumah sendiri/Fasilitas sendiri	Tempat yang disediakan Pemerintah (Rumah Sakit darurat Covid-19)	Rumah Sakit
Pengawasan	<ul style="list-style-type: none"> - Dokter, perawat dan atau tenaga kesehatan lain - Dapat dibantu oleh Bhabinkamtibnas, Babinsa dan atau relawan 	Dokter, perawat dan atau tenaga kesehatan lain	Dokter, perawat dan atau tenaga kesehatan lain
Pembiayaan	<ul style="list-style-type: none"> - Mandiri - Pihak lain yang bisa membantu (filantropi) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pemerintah, BNPB, Gubernur, Bupati, Walikota, Camat dan Kades - Sumber lain 	<ul style="list-style-type: none"> - Pemerintah, BNPB, Gubernur, Bupati, Walikota, Camat dan Kades - Sumber lain
Monitoring dan Evaluasi	Dilakukan oleh Dinas Kesehatan setempat	Dilakukan oleh Dinas Kesehatan setempat	Dilakukan oleh Dinas Kesehatan setempat

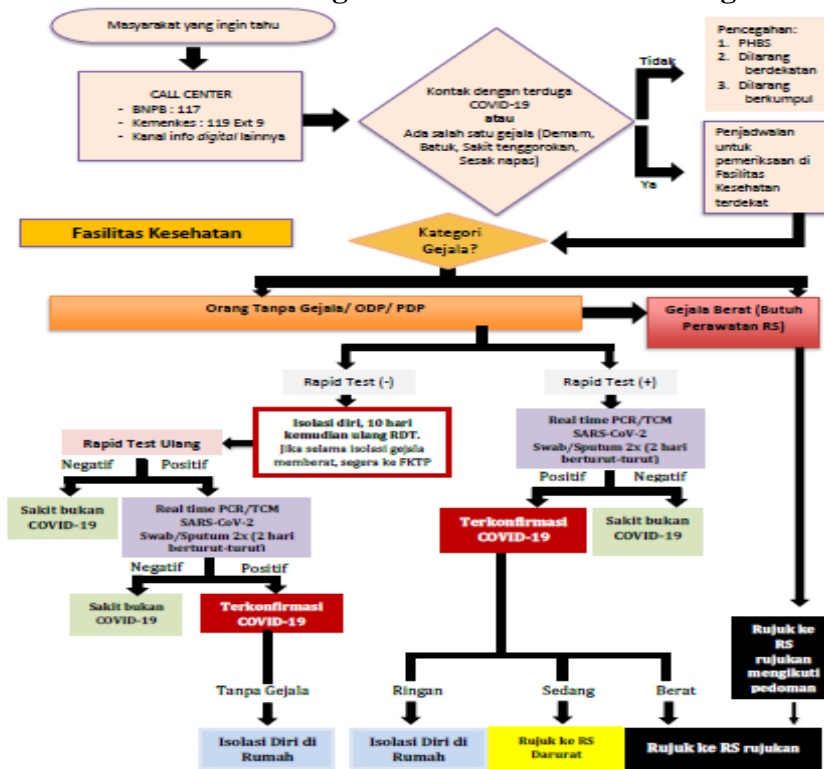
Sumber : Pedoman Penanganan Cepat Medis dan Keselamatan Masyarakat Covid-19 Di Indonesia

Gambar 2.3 Tata Kelola Karantina Berdasarkan Klasifikasi



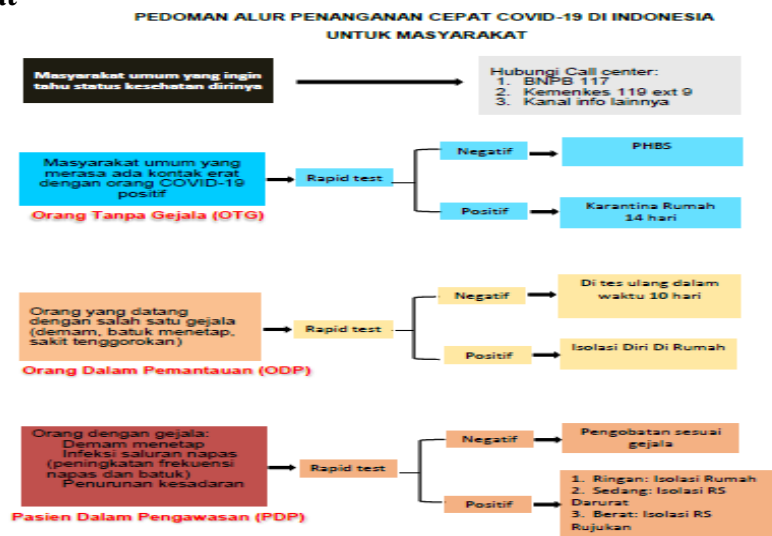
Sumber : Pedoman Penanganan Cepat Medis dan Keselamatan Masyarakat Covid-19 Di Indonesia

Gambar 2. 4 Alur Penanganan Covid-19 Untuk Tenaga Medis



Sumber : Pedoman Penanganan Cepat Medis dan Keselamatan Masyarakat Covid-19 Di Indonesia

Gambar 2. 5 Pedoman Alur Penanganan Cepat Covid-19 Di Indonesia Untuk Masyarakat



Sumber : Pedoman Penanganan Cepat Medis dan Keselamatan Masyarakat Covid-19 Di Indonesia

f. Pencegahan

1) Pencegahan Level Individu

a) Upaya Kebersihan Personal dan Rumah.

Terdapat beberapa prinsip yang perlu diikuti untuk membantu mencegah penyebaran virus pernapasan, yaitu menjaga kebersihan diri/personal dan rumah dengan cara :

- (1) Mencuci tangan lebih sering dengan sabun dan air setidaknya 20 detik atau menggunakan *hand sanitizer*, serta mandi atau mencuci muka jika memungkinkan, sesampainya di rumah atau di tempat bekerja, setelah membersihkan kotoran hidung, batuk atau bersin dan ketika makan atau mengantarkan makanan.
- (2) Hindari menyentuh mata, hidung, dan mulut dengan tangan yang belum dicuci.
- (3) Jangan berjabat tangan.
- (4) Hindari interaksi fisik dekat dengan orang yang memiliki gejala sakit.
- (5) Tutupi mulut saat batuk dan bersin dengan lengan atas dan ketiak atau dengan tisu lalu langsung buang tisu ke tempat sampah dan segera cuci tangan.
- (6) Segera mengganti baju atau mandi sesampainya di rumah setelah berpergian.
- (7) Bersihkan dan berikan desinfektan secara berkala pada benda- benda yang sering disentuh dan pada permukaan rumah dan perabot (meja, kursi, dan lain-lain), gagang pintu, dan lain-lain.

b) Peningkatan Imunitas Diri dan Mengendalikan Komorbid.

Dalam melawan penyakit COVID-19, menjaga sistem imunitas diri merupakan hal yang penting, terutama untuk mengendalikan penyakit penyerta (komorbid). Terdapat beberapa hal yang dapat meningkatkan imunitas diri pada orang yang terpapar COVID-19, yaitu sebagai berikut:

- (1) Konsumsi gizi seimbang.
- (2) Aktifitas fisik/senam ringan.
- (3) Istirahat cukup.
- (4) Suplemen vitamin.
- (5) Tidak merokok.
- (6) Mengendalikan komorbid (misal diabetes mellitus, hipertensi, kanker).

2) Pencegahan Level Masyarakat

a) Pembatasan Interaksi Fisik (*Physical contact/physical distancing*)

- (1) Tidak berdekatan atau berkumpul di keramaian atau tempat-tempat umum, jika terpaksa berada di tempat umum gunakanlah masker.

- (2) Tidak menyelenggarakan kegiatan/pertemuan yang melibatkan banyak peserta (*mass gathering*).
 - (3) Hindari melakukan perjalanan baik keluar kota atau keluar negeri.
 - (4) Hindari berpergian ke tempat-tempat wisata.
 - (5) Mengurangi berkunjung ke rumah kerabat/teman/saudara dan mengurangi menerima kunjungan/tamu.
 - (6) Mengurangi frekuensi belanja dan pergi berbelanja. Saat benar-benar butuh, usahakan bukan pada jam ramai.
 - (7) Menerapkan *Work From Home* (WFH)
 - (8) Jaga jarak dengan orang lain minimal 1 meter (saat mengantri, duduk di bus/kereta).
 - (9) Untuk sementara waktu, anak sebaiknya bermain sendiri di rumah.
 - (10) Untuk sementara waktu, dapat melaksanakan ibadah di rumah.
- b) Menerapkan Etika Batuk dan Bersin.
- (1) Jika terpaksa harus bepergian, saat batuk dan bersin gunakan tisu lalu langsung buang tisu ke tempat sampah dan segera cuci tangan.
 - (2) Jika tidak ada tisu, saat batuk dan bersin tutupi dengan lengan atas dan ketiak.
- c) Karantina Kesehatan
- Sesuai dengan Undang-undang No. 6 tahun 2018 tentang Keekarantinaan Kesehatan, untuk mengurangi penyebaran suatu wabah perlu dilakukan Karantina Kesehatan, termasuk Karantina Rumah, Pembatasan Sosial, Karantina Rumah Sakit, dan Karantina Wilayah. Penjelasannya ialah sebagai berikut :
- (1) Karantina Rumah

Karantina rumah adalah upaya pembatasan penghuni dalam suatu rumah beserta isinya yang diduga terinfeksi penyakit dan/atau terkontaminasi untuk mencegah penyebaran penyakit atau kontaminasi. Masyarakat lain di luar rumah tersebut harus menghindari berinteraksi langsung dengan penghuni rumah atau tidak boleh menggunakan/bersentuhan dengan barang yang belum didisinfeksi.

Apabila masyarakat menjalani karantina rumah maka harus berkomunikasi per telpon dengan keluarga di luar rumah tersebut secara periodik, dan meminta dukungan apabila memerlukan bantuan. Karantina rumah dilakukan melalui isolasi diri.
 - (2) Isolasi diri

Isolasi diri dilakukan dengan memantau kondisi kesehatan diri sendiri dengan menghindari kemungkinan penularan dengan orang-orang sekitar

termasuk keluarga, melaporkan kepada fasyankes terdekat kondisi kesehatannya. Yang dilakukan saat isolasi diri:

- (a) Tinggal di rumah dan tidak boleh berinteraksi dengan masyarakat.
 - (b) Menggunakan kamar terpisah dari anggota keluarga lain.
 - (c) Jika memungkinkan jaga jarak setidaknya 1 meter dari anggota keluarga lain.
 - (d) Menggunakan masker selama isolasi diri.
 - (e) Melakukan pengukuran suhu harian dan observasi gejala klinis.
 - (f) Hindari pemakaian bersama peralatan makan, peralatan mandi dan linen/sprei.
 - (g) Terapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
 - (h) Berada di ruang terbuka dan berjemur di bawah sinar matahari setiap pagi.
 - (i) Jaga kebersihan dengan cairan disinfektan.
 - (j) Hubungi segera fasyankes jika mengalami perburukan gejala untuk perawatan lebih lanjut.
- (3) Karantina Fasilitas Khusus

Karantina fasilitas khusus adalah karantina yang dilakukan di fasilitas khusus yang disediakan oleh otoritas yang berwenang dan didasarkan kepada orang yang memiliki gejala dan riwayat kontak dengan seseorang yang positif. Yang termasuk ke dalam daftar orang yang dilakukan karantina rumah adalah ODP (Orang Dalam Pemantauan): orang yang memiliki gejala dan kontak serta memiliki hasil test positif. Yang dimaksud dengan Karantina Fasilitas Khusus (KFK) sebagai berikut:

- (a) Karantina dilakukan di Fasilitas yang dikelola pihak berwenang seperti : Wisma, Hotel, Asrama Haji dan lain-lain yang di fungsikan sebagai Rumah Sakit Darurat COVID-19.
- (b) Diawasi oleh Kementerian/Lembaga, Pemerintah Daerah setempat yang dapat terdiri dari Dinkes, Puskesmas, Rumah Sakit, Badan Penanggulangan Bencana Daerah, TNI/Polri dan lain-lain.
- (c) Pembiayaan oleh pemerintah dan sumber lain yang sah.

(d) Penanggung jawab: Kementerian/ Lembaga/
Gubernur/ Walikota/ Bupati.

(4) Karantina Rumah Sakit

Karantina rumah sakit adalah pembatasan seseorang dalam rumah sakit yang diduga terinfeksi penyakit dan/atau terkontaminasi sedemikian rupa untuk mencegah kemungkinan penyebaran penyakit atau kontaminasi.

(5) Karantina Wilayah

Karantina wilayah adalah pembatasan penduduk dalam suatu wilayah termasuk wilayah Pintu Masuk beserta isinya yang diduga terinfeksi penyakit dan/atau terkontaminasi untuk mencegah kemungkinan penyebaran penyakit atau kontaminasi. Karantina wilayah perlu dipertimbangan untuk dilakukan di daerah episenter.

Pimpinan daerah episenter bertanggungjawab agar masyarakatnya mengurangi atau melarang melakukan perjalanan ke luar daerah episentrum. Pimpinan daerah yang bukan episenter harus menjelaskan kepada masyarakatnya agar tidak memasuki daerah episenter.

d) Jaga Jarak Fisik dan Pembatasan Sosial (*Physical and Social Distancing*)

Pembatasan sosial adalah pembatasan kegiatan tertentu penduduk dalam suatu wilayah. Pembatasan sosial ini dilakukan oleh semua orang di wilayah yang diduga terinfeksi penyakit. Pembatasan sosial berskala besar bertujuan untuk mencegah meluasnya penyebaran penyakit di wilayah tertentu. Pembatasan sosial berskala besar paling sedikit meliputi: meliburkan sekolah dan tempat kerja; pembatasan kegiatan keagamaan; dan/atau pembatasan kegiatan di tempat atau fasilitas umum. Selain itu, pembatasan sosial juga dilakukan dengan meminta masyarakat untuk mengurangi interaksinya dengan tetap tinggal di dalam rumah maupun pembatasan penggunaan transportasi publik. Pembatasan sosial dalam hal ini adalah jaga jarak fisik (*physical distancing*), yang dapat dilakukan dengan cara:

- 1) Dilarang berdekatan atau kontak fisik dengan orang mengatur jarak terdekat sekitar 1-2 meter, tidak bersalaman, tidak berpelukan dan berciuman.
- 2) Hindari penggunaan transportasi publik (seperti kereta, bus, dan angkot) yang tidak perlu, sebisa mungkin hindari jam sibuk ketika berpergian.
- 3) Bekerja dari rumah, jika memungkinkan dan kantor memberlakukan ini.

- 4) Dilarang berkumpul massa di kerumunan dan fasilitas umum.
- 5) Hindari berkumpul teman dan keluarga, termasuk berkunjung/bersilaturahmi tatap muka dan menunda kegiatan bersama. Hubungi mereka dengan telepon, internet, dan media sosial.
- 6) Gunakan telepon atau layanan online untuk menghubungi dokter atau fasilitas lainnya.
- 7) Jika anda sakit, Dilarang mengunjungi orang tua/lanjut usia. Jika anda tinggal satu rumah dengan mereka, maka hindari interaksi langsung dengan mereka

Semua orang harus mengikuti ketentuan ini. Kami menghimbau untuk mengikuti petunjuk ini dengan ketat dan membatasi tatap muka dengan teman dan keluarga, khususnya jika Anda:

- 1) Berusia 60 tahun keatas
- 2) Memiliki penyakit komorbid (penyakit penyerta) seperti diabetes melitus, hipertensi, kanker, asma dan Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) dll
- 3) Ibu hamil

g. Definisi Operasional Dalam Covid-19

- 1) Orang Tanpa Gejala (OTG)
 - a) Orang yang tidak bergejala dan memiliki risiko tertular dari orang positif COVID-19.
 - b) Orang tanpa gejala merupakan kontak erat dengan kasus positif COVID-19.
- 2) Orang Dalam Pemantauan (ODP)
 - a) Orang yang mengalami demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; atau gejala gangguan sistem pernapasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang melaporkan transmisi lokal.
 - b) Orang yang mengalami gejala gangguan sistem pernapasan seperti pilek/sakit tenggorokan/batuk dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi atau probabel COVID-19.
- 3) Pasien Dalam Pengawasan (PDP)
 - a) Orang dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yaitu demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam; disertai salah satu gejala/tanda penyakit pernapasan seperti: batuk/sesak nafas/sakit tenggorokan/pilek/pneumonia ringan hingga berat dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat perjalanan atau tinggal di negara/wilayah yang melaporkan transmisi local.
 - b) Orang dengan demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau riwayat demam atau ISPA dan pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat kontak dengan kasus konfirmasi atau probabel COVID-19.

- c) Orang dengan ISPA berat/pneumonia berat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit dan tidak ada penyebab lain berdasarkan gambaran klinis yang meyakinkan.
- 4) Konfirmasi
Pasien yang terinfeksi COVID-19 dengan hasil pemeriksaan test positif melalui pemeriksaan PCR.
- 5) Komorbiditas
Penyakit penyerta (komorbid) yang menggambarkan kondisi bahwa ada penyakit lain yang dialami selain dari penyakit utamanya (misal, penyakit diabetes, hipertensi, kanker) (Bnpb *et al.*, 2020).

2. Tinjauan Umum Tentang Beban Kerja

a. Definisi Beban Kerja

Beban kerja adalah sejumlah proses atau kegiatan yang harus di selesaikan oleh seseorang yang pekerja dalam jangka waktu tertentu. Apabila seorang pekerja mampu menyelesaikan dan menyesuaikan diri terhadap sejumlah tugas yang diberikan maka hal tersebut tidak menjadi suatu beban kerja. Namun, jika pekerja tidak berhasil maka tugas dan kegiatan tersebut menjadi suatu beban kerja (Rino, Antonius Vanchapo., 2020).

Perawat mengalami beban kerja yang lebih tinggi daripada sebelumnya karena empat alasan utama yaitu meningkatnya permintaan perawat, pasokan perawat tidak memadai, berkurangnya staf dan peningkatan lembur, dan pengurangan lama tinggal pasien. Beban kerja keperawatan yang berat meningkatkan kelelahan dan ketidakpuasan kerja, yang pada gilirannya berkontribusi pada tingginya penggantian perawat (Rino, Antonius Vanchapo., 2020)

Menurut UU Kesehatan No. 36 tahun 2009, pengertian Beban Kerja adalah besaran pekerjaan yang harus dipikul oleh suatu jabatan/unit organisasi dan merupakan hasil kali antara jumlah pekerjaan dengan waktu. Setiap pekerja dapat bekerja secara sehat tanpa membahayakan dirinya sendiri maupun masyarakat di sekelilingnya, untuk itu perlu dilakukan upaya penyerasian antara kapasitas kerja, beban kerja dan lingkungan kerja agar diperoleh produktivitas kerja yang optimal (Rino, Antonius Vanchapo., 2020)

Beban kerja perawat adalah volume kerja perawat di sebuah unit rumah sakit. Sedangkan volume kerja perawat merupakan waktu yang dibutuhkan untuk menangani pasien perhari. Beban kerja penting diketahui sebagai dasar untuk mengetahui kapasitas kerja perawat agar terdapat keseimbangan antara tenaga perawat dengan beban kerja (Rino, Antonius Vanchapo., 2020).

b. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Beban Kerja

Beban kerja dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Menurut rodahl (2000) (dalam pracinasari, 2013), faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja di pengaruhi oleh berbagai faktor

yang sangat kompleks, baik faktor eksternal dan internal antara lain (Rino, Antonius Vanchapo., 2020) :

1) Faktor eksternal yaitu beban yang berasal dari luar tubuh pekerja, seperti :

a) Tugas-tugas yang bersifat fisik

Tugas bersifat fisik 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 diantaranya tanggung jawab, kompleksitas pekerjaan, emosi pekerjaan dan lain 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, fasilitas dan jenis pelayanan yang diberikan, kelengkapan peralatan medik atau diagnostik, pelayanan penunjang dari instalasi lain dan macam kegiatan yang dilaksanakan.

2) Faktor Internal

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

c. Jenis Beban Kerja

Beban kerja meliputi dua jenis, sebagaimana ada dua jenis beban kerja yaitu (Rino, Antonius Vanchapo., 2020):

1) Beban kerja kuantitatif

Beban berlebih secara fisik ataupun mental, yaitu individu harus melakukan terlalu banyak hal dalam pekerjaannya dan dapat memungkinkan menjadi sumber stres pekerjaan. Unsur lain yang menimbulkan beban berlebih kuantitatif ini adalah desakan waktu. Pada saat atau kondisi tertentu waktu akhir (*deadline*) 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 mencerminkan adanya beban kerja berlebih kuantitatif. beban kerja kuantitatif misalnya :

a) Harus melaksanakan observasi pasien secara ketat selama jam kerja.

b) Banyaknya pekerjaan dan beragamnya pekerjaan yang harus dikerjakan.

c) Kontak langsung perawat pasien secara terus menerus selama jam kerja.

d) Rasio perawat dan pasien.

2) Beban Kerja Kualitatif

Beban kerja kualitatif adalah 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 menjadi destruktif bagi individu pekerja. Bila berkelanjutan akan timbul kelelahan mental dan dapat tampil dalam bentuk reaksi emosional dan psikomotor secara anpatologis. Beban kerja kualitatif, misalnya :

- a) Pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki perawat tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan di rumah sakit.
- b) Tanggung jawab yang tinggi terhadap asuhan keperawatan pasien kritis.
- c) Harapan pimpinan rumah sakit terhadap pelayanan yang berkualitas.
- d) Tuntutan keluarga pasien terhadap keselamatan pasien.
- e) Setiap saat dihadapkan pada pengambilan keputusan yang tepat.
- f) Tugas memberikan obat secara intensif.
- g) Menghadapi pasien dengan karakteristik tidak berdaya, koma dan kondisi terminal.

d. Dampak Beban Kerja

Beban kerja yang terlalu berlebihan akan mengakibatkan stress kerja baik fisik maupun psikis dan reaksi-reaksi emosional, seperti sakit kepala, gangguan pencernaan dan mudah marah. Sedangkan, pada beban kerja yang terlalu sedikit dimana pekerjaan yang dilakukan karena pengulangan gerak yang menimbulkan kebosanan Rino, Antonius Vanchapo, 2020) dalam (Paracina sari, 2013).

Dalam survey tahun 2017, 60% pekerja mengatakan bahwa tekanan terkait pekerjaan telat meningkat selama 5 tahun terakhir. Lebih dari sepertiga responden menyebutkan beban kerja yang berlebihan dan tenggat waktu yang sempit sebagai masalah terbesar mereka. 22% lainnya berjuang untuk menyeimbangkan pekerjaan dan kehidupan pribadi.

Beban kerja keperawatan yang berat tampaknya terkait dengan perawatan pasien yang kurang optimal dan dapat menyebabkan penurunan kepuasan pasien. Perawatan (misalnya, infeksi saluran kemih, pneumonia yang didapat di rumah sakit) dan hasil keselamatan pasien (misalnya, kegagalan menyelamatkan).

Menurut model *System Engineering Initiative for Patient Safety* (SEIPS) sistem kerja dan keselamatan pasien, karakteristik struktural/organisasi dari sistem kerja perawatan kesehatan, seperti beban kerja keperawatan, dapat mempengaruhi kualitas perawatan dan keselamatan pasien. Pada bagian ini, deskripsi tentang bagaimana beban kerja keperawatan dapat memengaruhi keselamatan pasien akan ditawarkan (table 2.6). Lima mekanisme pertama menggambarkan dampak dari beban kerja berat yang dialami oleh satu perawat pada perawat tertentu. Mekanisme terakhir menggambarkan dampak sistematis dan organisasi dari beban kerja berat yang dialami oleh rekan kerja dan anggota tim perawat

Tabel 2. 6

Hubungan antara beban kerja perawat dan keselamatan pasien

Mekanisme	Deskripsi	Contoh
-----------	-----------	--------

Waktu	Perawat yang memiliki beban kerja yang berat mungkin tidak memiliki cukup waktu untuk melakukan tugas dengan aman, menerapkan praktek yang aman, atau memantau pasien, dan dapat mengurangi komunikasi mereka dengan dokter dan penyedia lainnya	Tidak ada atau sedikit waktu untuk memeriksa ulang obat
Motivasi	Perawat yang memiliki beban kerja berat mungkin tidak puas dengan pekerjaannya, sehingga memengaruhi motivasi mereka untuk kinerja berkualitas tinggi	Tidak ada atau sedikit motivasi dan komitmen terhadap kinerja tingkat tinggi. Beban kerja yang tinggi menciptakan frustrasi dan berkontribusi pada pengembangan sikap negatif terhadap pekerjaan seseorang
Stress dan kelelahan	Perawat yang memiliki beban kerja berat dapat mengalami stress dan kelelahan yang dapat berdampak negatif pada kinerja mereka	Mengurangi sumber daya fisik dan kognitif yang tersedia bagi perawat untuk berkinerja memadai
Kesalahan dama pengambilan keputusan	Beban kerja kognitif yang tinggi (satu dimensi dari beban kerja keperawatan) dapat berkontribusi pada kesalahan, seperti slip dan penyimpangan atau kesalahan	Lupa untuk kelola obat
Pelanggaran atau Penyelesaian Masalah	Kondisi beban kerja yang tinggi dapat mempersulit perawat untuk mengikuti aturan dan pedoman, sehingga mengurangi kualitas dan keamanan perawatan pasien	Cuci tangan tidak memadai
Dampak Sistemik/ Organisasi	Beban kerja yang berat dari seorang perawat, manajer perawat, atau penyedia lain dapat memengaruhi keamanan perawatan yang diberikan oleh perawat lain	Perawat yang bertanggung jawab mungkin tidak tersedia untuk membantu perawat lain dengan pasien mereka saat dibutuhkan

Sumber : Antonius. 2020. Beban Kerja dan Stres Kerja. Qiara Medika. Pasuruan Jawa Timur (Rino, Antonius Vanchapo., 2020)

e. Metode Perhitungan Beban Kerja Perawat

Menurut Nursalam (2015) dalam Buku Stres Kerja dan Beban Kerja (Rino, Antonius Vanchapo., 2020) beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam menentukan beban kerja perawat antara lain :

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

Adapun teknik analisa perhitungan beban kerja menurut Ilyas (2004) menyebutkan terdapat 3 cara yang dapat digunakan, adalah :

a) *Work Sampling*

Work Sampling sama dengan pengukuran waktu jam henti, merupakan cara langsung karena dilakukan dengan melakukan pengukuran secara langsung di tempat berjalannya pekerjaan. Bedanya dengan jam henti adalah bahwa pada cara *work sampling* pengamat tidak terus-menerus berada di tempat pekerjaan melainkan mengamati di tempat pekerjaan hanya pada sesaat-sesaat pada waktu yang ditentukan secara acak. Adapun kegunaan dari *work sampling*, yaitu :

- (1) Untuk mengetahui distribusi pemakaian waktu sepanjang waktu kerja oleh pekerja atau kelompok kerja.
- (2) Untuk mengetahui tingkat pemanfaatan mesin-mesin atau alat-alat di pabrik.
- (3) Untuk menentukan waktu baku bagi pekerja-pekerja tidak langsung.
- (4) Untuk memperkirakan bagi suatu pekerjaan

Pada *work sampling* dapat diamati hal-hal spesifik terhadap pekerjaan seperti : a) aktifitas apa yang sedang dilakukan, b) apakah aktifitas personal pada waktu jam kerja, c) proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif, d) pola beban kerja personal dikaitkan dengan waktu dan jadwal jam kerja.

Dalam melakukan pengamatan terdapat tahapan-tahapan dalam melakukan teknik *work sampling* :

- (1) Menentukan jenis personil (misal : perawat rumah sakit) yang ingin diteliti.
- (2) Bila jenis personil yang akan di teliti jumlahnya banyak perlu dilakukan pemilihan sampel dengan menggunakan *simple random sampling* untuk mendapatkan personil sebagai representasi populasi perawat yang diamati
- (3) Membuat formulir daftar kegiatan perawat yang dapat diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif atau tidak produktif
- (4) Melatih pelaksana peneliti tentang cara pengamatan kerja 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 maka 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

pengamatan = 5 (perawat) x 60 (menit) / 5 (menit) x 24 (jam) x 7 (hari kerja) = 10.080 sampel pengamatan.

Dengan jumlah data pengamatan yang besar akan menghasilkan data akurat yang akan menggambarkan kegiatan personal yang sedang diteliti.

Berikut ini adalah langkah-langkah dalam melakukan perhitungan *work sampling* :

(a) Buat tabel pengumpulan data

Gambar 2. 6 Tabel Pengumpulan Data Work Sampling

No	Bilangan Random	Jam Kunjungan	Uraian Pekerjaan	Produktif	Non Produktif		
					Tak Terhindarkan	Fatigue	Kebutuhan Pribadi
1.							
2.							
3.							

Sumber : Antonius. 2020. *Beban Kerja dan Stres Kerja. Qiara Medika. Pasuruan Jawa Timur (Rino, Antonius Vanchapo., 2020)*

(b) Buat hasil pengamatan

Gambar 2. 7 Tabel Hasil Pengamatan Data Work Sampling

Kegiatan	Hasil Pengamatan			Jumlah
	1	2	3	
Produktif				
Non Produktif				
Total				
% Produktif				

Sumber : Antonius. 2020. *Beban Kerja dan Stres Kerja. Qiara Medika. Pasuruan Jawa Timur*

Rumus-rumus yang digunakan dalam work sampling :

1) % Produktif

$$\frac{\text{Jumlah Produktif}}{\text{Jumlah Produktif} + \text{Non-Produktif}} \times 100\%$$

2) U. Jumlah Produktif + Non-Produktif

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

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

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

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

• Buat Plot Data!!!

3) Uji Kecukupan Data

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

dimana

$$p = \frac{\Sigma \text{produktif}}{\Sigma \text{produktif} + \text{non produktif}}$$

- 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

$$WN = \text{Waktu diperlukan tiap pekerja} \times P$$
 - 7) Waktu Baku

$$WB = Wn + (Wn \times A)$$
 - 8) Jam Pengamatan
 Jam Mulai + ((Bilangan random + NRP) x Panjang Satuan Waktu/Menit)
- Ketentuan :
- a) Banyak pengamatan yang dilakukan adalah sebanyak 3 hari
 - b) 1 hari pengamatan = 30 kali kunjungan (n)
 - c) Bilangan random ditentukan oleh masing-masing asisten.
 - d) Jam kerja : 8 jam
 Dimana : 08.00 16.00 WIB (Waktu Kerja)
 - e) NRP yang digunakan digit terakhir
 - f) Panjang santuan waktu 5 menit

b) *Time and Motion Study*

Time and Motion Study adalah suatu usaha untuk menentukan lamanya waktu kerja yang dibutuhkan oleh seorang operator untuk menyelesaikan suatu pekerjaan pada tingkat kecepatan kerja yang normal, serta lingkungan kerja yang terbaik pada saat itu. Manfaat dari pengukuran waktu (Rino, Antonius Vanchapo., 2020) :

- (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.

Berikut ini adalah langkah-langkah untuk perhitungan time studi :

Tabel 2. 7 *Time Study*

k	Sub Grup (n)			\bar{X}
	1	2	n	
1				
2				
3				
4				
k				
				$\sum \bar{X}$

Sumber : Antonius. 2020. *Beban Kerja dan Stres Kerja. Qiara Medika. Pasuruan Jawa Timur*

Test Keseragaman Data

$\alpha = 96\% = 0,96$

$BKA = \bar{X} + \alpha \cdot \sigma_x$

$BKB = \bar{X} - \alpha \cdot \sigma_x$

Test Kecukupan Data

$$N' = \left[\frac{40 \sqrt{N \cdot \sum X_i^2 - (\sum X_i)^2}}{\sum X_i} \right]^2$$

Standar Deviasi

$$\bar{X} = \frac{\sum \bar{X}}{k}$$

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum (\bar{X}_i - \bar{X})^2}{N-1}}$$

Standar Deviasi rata-rata Sub Group

$$\sigma_x = \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Jika $N' < N$ maka data sudah cukup, sebaliknya bila $N' > N$ maka data masih kurang sehingga perlu dilakukan pengumpulan data kembali

Waktu Siklus $WS = \frac{\sum X_i}{k}$

Waktu Normal $WN = WS \cdot P$

Waktu Baku $WB = WN + (WN \times A)$

Keterangan :

K = Jumlah pengamatan

N = Jumlah subgroup

BKA = Batas kontrol atas

BKB = Batas kontrol bawa

P = $P_1 \times P_2$

$P_1 = 1 + P_1$ (Objective)

$P_2 = 1 + P_2$ (Westinghouse)

Ketentuan :

a) P = Penyesuaian, metode yang digunakan yaitu metode westinghouse dan objektif.

b) A = Allowance

Motion Study adalah analisa yang dilakukan terhadap beberapa gerakan badan pekerja dalam menyelesaikan pekerjaannya. Diharapkan agar gerakan-gerakan yang tidak efektif dapat dikurangi atau bahkan

dihilangkan sehingga akan diperoleh penghematan waktu kerja. Pelopor teknik ini adalah Frank B. Gilbreth yang memulai kajiannya atas kerjaan memasang batu bata. Dari studi ini, Gilbreth menarik kesimpulan bahwa untuk meningkatkan prestasi kerja, pekerjaan perlu distandarisasikan kemudian dilatihkan kepada calon pekerja. Yang menjadi objek kajian ini adalah gerakan tubuh manusia selama bekerja pada suatu lokasi, khususnya gerakan tangannya.

Dalam perkembangannya kemudian keduanya dipandang sebagai suatu kesatuan yang dikenal dengan nama "*Time and Motion Study*" atau studi waktu dan gerakan. Istilah lain yang kemudian hari kerap juga digunakan untuk hal ini adalah *Methods Engineering*.

c) *Daily Log*

Daily Log adalah bentuk sederhana dari *work sampling*. Dimana orang yang diteliti menuliskan sendiri kegiatan dan waktu yang digunakan untuk kegiatan tersebut. Penggunaan cara atau teknik ini sangat tergantung terhadap kerjasama dan kejujuran dari personil yang sedang di teliti.

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? Ada jenis pekerjaan yang membutuhkan waktu kerja banyak? Metode ini sangat memerlukan kerjasama 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 kerjasama yang sangat baik dengan perawat disertai dengan kejujuran yang tinggi untuk menuliskan setiap kegiatan yang dilakukan perawat tersebut.

f. **Analisis Beban Kerja**

Wins (*Workload Indicator Staff Need*) (2015) adalah indikator yang menunjukkan besarnya kebutuhan tenaga kerja disuatu tempat kerja berdasarkan beban kerja, sehingga alokasi atau relokasi akan lebih mudah dan rasional. Metode perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan beban kerja (WISN) adalah suatu metode perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan pada beban pekerjaan nyata yang dilaksanakan oleh tiap kategori SDM pada tiap unit kerja disuatu tempat kerja. Kelebihan metode ini mudah dioperasikan, mudah digunakan, secara teknis mudah diterapkan, komprehensif dan realistis. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 81/Menkes/SK/2004 tentang pedoman penyusunan perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan terdapat 5 langkah perhitungan kebutuhan SDM berdasarkan metode WISN, yaitu :

1. Menetapkan Waktu Kerja Tersedia

Menetapkan waktu kerja tersedian tujuannya adalah diperolehnya waktu kerja tersedia masing-masing kategori SDM yang bekerja selama kurun waktu satu tahun. Data dan informasi yang dibutuhkan untuk menetapkan waktu kerja tersedia adalah sebagai berikut :

- a. Hari kerja, sesuai ketentuan yang berlaku di tempat kerja atau Peraturan Daerah setempat, pada umumnya dalam 1 minggu 5 hari kerja. Dalam 1 tahun 250 hari kerja (5 x 50 minggu).

- b. Cuti tahunan, sesuai ketentuan setiap SDM memiliki hak cuti 12 hari kerja setiap tahun.
- c. Pendidikan dan pelatihan, sesuai ketentuan yang berlaku di tempat kerja untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi/profesionalisme setiap kategori SDM memiliki hak untuk mengikuti pelatihan/kursus/seminar/lokakarya dalam 6 hari kerja.
- d. Hari libur nasional, berdasarkan Keputusan Bersama Menteri Terkait tentang Hari Libur Nasional dan Cuti Bersama, tahun 2002-2003 di tetapkan 15 hari kerja dan 4 hari untuk cuti bersama.
- e. Ketidakhadiran kerja, sesuai data rata-rata ketidak hadiran kerja (selama kurun waktu 1 tahun) karena alasan sakit, tidak masuk dengan atau tanpa pemberitahuan/izin
- f. Waktu kerja, sesuai ketentuan yang berlaku ditempat kerja atau peraturan daerah, pada umumnya waktu kerja dalam 1 hari adalah 8 jam (5 hari kerja/minggu)

$$\text{Waktu Kerja Tersedia} = \{ A - (B+C+D+E) \} \times F$$

Keterangan :

- A = Hari Kerja
- B = Cuti Tahunan
- C = Pendidikan dan Pelatihan
- D = Hari Libur Nasional
- E = Ketidakhadiran Kerja
- F = Waktu Kerja

2. ~~menentukan unit kerja dan~~

Menentukan unit kerja dan kategori SDM tujuannya adalah diperolehnya unit kerja dan kategori SDM yang bertanggung jawab dalam menyelenggarakan kegiatan baik di dalam maupun di luar tempat kerja. Sebagai contoh di Rumah Sakit, data dan informasi yang dibutuhkan untuk penetapan unit kerja dan kategori SDM adalah sebagai berikut :

Bagan struktur organisasi RS dan uraian tugas pokok dan fungsi masing-masing unit dan sub-unit kerja.

- a. Keputusan Direktur RS tentang pembentukan unit kerja struktural dan fungsional, misalnya : Komite Medik, Komite Pengendalian Mutu RS. Bidang atau Bagian Informasi.
- b. Data pegawai berdasarkan pendidikan yang bekerja pada tiap unit kerja di Rumah Sakit.
- c. PP 32 tahun 1996 tentang SDM Kesehatan.
- d. Peraturan perundang-undangan berkaitan dengan jabatan fungsional SDM Kesehatan.
- e. Standar profesi, standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) pada tiap unit kerja Rumah Sakit.

Langkah awal yang dilakukan adalah membuat unit kerja dan sub unit kerja sesuai dengan peraturan yang ditetapkan setelah unit kerja dan sub

unit kerja di Rumah Sakit telah ditetapkan, langkah selanjutnya adalah menetapkan kategori SDM sesuai kompetensi atau pendidikan untuk menjamin mutu efisiensi dan akuntabilitas pelaksanaan kegiatan/pelayanan di tiap unit kerja Rumah Sakit.

3. Menyusun Standar Beban Kerja

Standar beban kerja adalah volume atau kuantitas beban kerja selama 1 tahun perkategori SDM. Standar beban kerja untuk suatu kegiatan pokok disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya (rata-rata waktu) dan waktu yang tersedia pertahun yang dimiliki oleh masing-masing kategori tenaga. Data dan informasi yang dibutuhkan untuk menetapkan beban kerja masing-masing kategori SDM utamanya adalah sebagai berikut :

- a. Kategori SDM yang bekerja pada tiap unit kerja sebagaimana hasil yang telah ditetapkan pada langkah kedua
- b. Standar profesi, standar pelayanan yang berlaku
- c. Rata-rata waktu yang dibutuhkan oleh tiap kategori SDM untuk melaksanakan/menyelesaikan berbagai pekerjaan.
- d. Data dan informasi kegiatan pelayanan pada tiap unit kerja.

Beban kerja masing-masing kategori SDM di tiap unit rumah sakit adalah meliputi :

- 1) Kegiatan pokok yang merupakan berbagai jenis kegiatan sesuai dengan standar pelayanan dan standar operasional prosedur (SOP) untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh masing-masing kategori SDM. Untuk menetapkan beban kerja dari masing-masing SDM ini perlu disusun kegiatan pokok serta jenis kegiatan pelayanan yang berkaitan langsung atau tidak langsung dengan pelayanan kesehatan perorangan.
- 2) Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan setiap kegiatan pokok. Untuk menentukan rata-rata waktu ini sebaiknya ditetapkan berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan setiap kegiatan pokok oleh SDM yang memiliki kompetensi, kegiatan pelaksanaan standar pelayanan, standar operasional prosedur (SOP) dan memiliki etos kerja tinggi.
- 3) Standar beban kerja per 1 tahun masing-masing kategori yang disusun berdasarkan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya (waktu rata-rata) dan waktu kerja tersedia yang dimiliki oleh masing-masing kategori

$$\text{Standar Beban Kerja} = \frac{\text{Waktu Kerja Tersedia}}{\text{Rata-rata waktu kegiatan pokok}}$$

4. Menyusun S

Penyusunan standar kelonggaran tujuannya adalah diperolehnya faktor kelonggaran tiap kategori SDM meliputi jenis kegiatan dan kebutuhan waktu untuk menyelesaikan suatu kegiatan yang tidak terkait langsung atau dipengaruhi tinggi rendahnya kualitas atau jumlah kegiatan

pokok/pelayanan. Penyusunan faktor kelonggaran dapat dilaksanakan melalui pengamatan dan wawancara kepada tiap kategori tentang :

- a. Kegiatan-kegiatan yang tidak terkait langsung dengan pelayanan pada customer, misalnya : rapat, penyusunan laporan kegiatan, menyusun kebutuhan bahan habis pakai.
- b. Frekuensi kegiatan dalam suatu hari, minggu, bulan.
- c. Waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan kegiatan.

Selama pengumpulan data kegiatan penyusunan standar beban kerja, sebaiknya mulai dilakukan pencatatan tersendiri apabila ditemukan kegiatan yang tidak dapat dikelompokkan atau sulit dihitung beban kerjanya karena tidak/kurang berkaitan dengan pelayanan pada customer untuk selanjutnya digunakan sebagai sumber data penyusunan faktor kelonggaran tiap kategori SDM. Setelah faktor kelonggaran tiap kategori SDM diperoleh, langkah selanjutnya adalah menyusun standar kelonggaran dengan melakukan perhitungan berdasarkan rumus dibawah ini :

$$\text{Standar Kelonggaran} = \frac{\text{Waktu per faktor kelonggaran}}{\text{Waktu kerja tersedia}}$$

5. Perhitungan Kebutuhan Tenaga Perunit Kerja

Perhitungan kebutuhan SDM perunit kerja tujuannya adalah diperolehnya jumlah dan jenis/kategori SDM perunit kerja sesuai beban kerja selama 1 tahun. Sumber data yang dibutuhkan untuk perhitungan kebutuhan SDM perunit kerja meliputi :

- a. Data yang di peroleh dari langkah-langkah sebelumnya yaitu :
 - 1) Waktu kerja tersedia
 - 2) Standar beban kerja
 - 3) Standar kelonggaran masing-masing kategori SDM
- b. Kuantitas kegiatan pokok tiap unit kerja selama kurun waktu satu tahun yang disusun berdasarkan berbagai data kegiatan pelayanan yang telah dilaksanakan di tiap unit kerja rumah sakit selama kurun waktu satu tahun.

Data kegiatan yang telah di peroleh dan Standar Beban Kerja dan Standar Kelonggaran merupakan sumber data untuk perhitungan kebutuhan SDM di setiap instalasi dan unit kerja dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{Kebutuhan SDM} = \frac{\text{Kuantitas Kegiatan Pokok}}{\text{Standar beban kerja}} + \text{Standar Kelonggaran}$$

Berdasarkan rumus perhitungan tersebut, kebutuhan SDM untuk tiap kegiatan pokok terlebih dahulu di jumlahkan sebelum di tambahkan dengan Standar Kelonggaran masing-masing kategori SDM.

Dari semua kelebihan, metode WISN ini juga memiliki kekurangan. Hal ini dikarenakan langkah metode WISN ini sendiri yang terbilang panjang

dan memerlukan ketelitian yang tinggi. Maka dari itu jika terjadi kesalahan perhitungan di satu langkah, akan berdampak pada hasil perhitungan langkah berikutnya.

3. Tinjauan Teori Tentang Perawat

a. Definisi Perawat

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan peraturan perundang-undangan (Permenkes, 2013). Sedangkan, menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 Perawat adalah seorang yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan.

Perawat merupakan seseorang yang telah lulus pendidikan perawat dan memiliki kemampuan serta kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan bidang keilmuan yang dimiliki dan memberikan pelayanan kesehatan secara holistik dan profesional untuk individu sehat maupun sakit, perawat berkewajiban memenuhi kebutuhan pasien meliputi bio-psiko-sosio dan spiritual (Insana Maria, 2019)

b. Definisi Keperawatan

Keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang bersifat profesional dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia secara holistik bagi pasien, keluarga atau masyarakat baik pada fase sehat maupun sakit. Secara komprehensif pelayanan keperawatan terbagi atas keperawatan medikal bedah, anak, maternitas, gerontik, keluarga, komunitas, jiwa dan kegawatdaruratan yang memiliki karakteristiknya masing-masing (Hidayat, 2007) (Dalam Herri, 2017).

Keperawatan merupakan suatu bentuk layanan kesehatan profesional yang merupakan bagian integral dari layanan kesehatan berbasis ilmu dan kiat keperawatan, yang berbentuk bio-psiko-sosio-spiritual komprehensif yang di tunjukan bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik sehat maupun sakit, yang mencakup keseluruhan proses kehidupan manusia (Herri, 2017).

c. Komponen dan Indikator Standar Penerapan Pelayanan Keperawatan

Diktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisian Medik Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2011 yang diketua oleh Suhartini., M. Kes mengatakan bahwa yang menjadi komponen dan indikator standar penerapan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit adalah sebagai berikut (Nusdin, 2020) :

1) Standar I : Perencanaan Pelayanan Keperawatan, meliputi :

a) Ketenagaan

Perencanaan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit meliputi perencanaan ketenagaan yaitu perencanaan ketenagaan perawat yang mencakup kebutuhan tenaga, peran dan fungsi tenaga perawat serta kualifikasi tenaga perawat berdasarkan kompetensi yang telah ditentukan. Alasan dilakukannya perencanaan ketenagaan adalah perencanaan tenaga perawat yang sesuai dengan kualifikasi dapat mendukung terwujudnya pelayanan keperawatan yang berkualitas, efektif dan efisien. Kriteria

struktur terhadap perencanaan ketenagaan dalam pelayanan keperawatan adalah :

- (1) Ada kebijakan pimpinan rumah sakit yang mengatur kualifikasi perawat yang bertugas.
- (2) Ada kebijakan pimpinan tentang perencanaan kebutuhan tenaga perawat mengacu pada fungsi pelayanan rumah sakit berdasarkan pada rata-rata jumlah pasien perhari, jumlah jam perawatan perhari (tingkat beban kerja), serta jam efektif perawat perhari.
- (3) Semua perawat yang memberikan pelayanan keperawatan memiliki Surat Tanda Registrasi (STR).

Kriteria proses terhadap perencanaan ketenagaan dalam pelayanan keperawatan adalah :

- (1) Menyusun rencana kebutuhan tenaga perawat berdasarkan rata-rata jumlah pasien perhari, jumlah jam perawatan perhari (tingkat beban kerja), serta jam efektif perawat perhari.
- (2) Menjadi tim recruitment tenaga perawat yang memberikan pelayanan.
- (3) Menyusun rencana program pengembangan SDM melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, program pengembangan profesi

b) Sarana, Prasarana dan Peralatan di Rumah Sakit

Sarana, prasarana dan peralatan merupakan hal yang sangat penting untuk dimiliki rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan dan menjadi bagian yang akan memfasilitasi dan mendukung semua kegiatan pelayanan keperawatan di rumah sakit sehingga dapat menjamin terlaksananya kegiatan dengan lancar dan terstandar. Sedangkan, pengelolaan sarana, prasarana, peralatan kesehatan dan logistik yang tepat dan cepat, mendukung terwujudnya pelayanan keperawatan di rumah sakit yang berkualitas.

Kriteria struktur terhadap perencanaan sarana, prasarana dan peralatan di rumah sakit dalam memberikan pelayanan keperawatan adalah sebagai berikut :

- (1) Adanya kebijakan pimpinan rumah sakit yang mengatur sarana, prasarana dan peralatan kesehatan serta logistik dalam pelayanan di rumah sakit.
- (2) Adanya standar sarana, prasarana dan peralatan kesehatan serta logistik.
- (3) Adanya mekanisme atau alur permintaan penggunaan dan pemeliharaan peralatan serta logistik.
- (4) Adanya perencanaan sarana, prasarana dan peralatan yang melibatkan tenaga perawat.
- (5) Adanya tempat penyimpanan sarana kesehatan dan logistik yang sesuai standar yang berlaku.
- (6) Adanya tenaga yang bertanggungjawab dalam pemeliharaan dan tersedianya jadwal pemeliharaan secara berkala.

- (7) Adanya SOP penggunaan dan pemeliharaan peralatan.
- (8) Adanya sistem isolasi untuk pasien infeksius

Kriteria proses terhadap perencanaan sarana, prasarana, dan peralatan di rumah sakit dalam memberikan pelayanan keperawatan adalah sebagai berikut :

- (1) Menyusun rencana kebutuhan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan dan logistic berdasarkan spesifikasi yang dipersyaratkan di pelayanan keperawatan.
 - (2) Menjadi tim teknis dalam pengadaan sarana, prasarana, peralatan kesehatan dan logistic di rumah sakit
 - (3) Melaksanakan pemantauan terhadap pemeliharaan sarana, prasarana serta peralatan kesehatan dan uji fungsi (kalibrasi) secara teratur dan berkala.
 - (4) Melaksanakan sistem isolasi untuk pasien yang menderita penyakit menular dan mematikan
- 2) Standar II : Pengorganisasian Pelayanan Keperawatan

Pengorganisasian pelayanan keperawatan harus memberikan pelayanan keperawatan 24 jam dalam sehari. Pengorganisasian pelayanan keperawatan didasarkan pada organisasi fungsional yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana yang bertanggungjawab dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien dengan tujuan tercapainya mutu pelayanan rumah sakit yang optimal yang dapat memberikan kepuasan kepada pasien.

Pengorganisasian pelayanan keperawatan yang baik di rumah sakit dan didukung oleh tim yang handal menjamin kesinambungan pelayanan keperawatan yang berkualitas, efektif dan efisien.

Kriteria struktur pengorganisasian pelayanan keperawatan adalah sebagai berikut :

- a) Adanya kebijakan pimpinan rumah sakit tentang pelayanan keperawatan yang mencakup pembentukan organisasi tata laksana pelayanan di rumah sakit dan monitoring evaluasi.
- b) Adanya kebijakan pimpinan rumah sakit tentang sistem rujukan pasien
- c) Adanya struktur organisasi dan hubungan tata kerja pelayanan keperawatan rumah sakit
- d) Adanya standar penetapan uraian tugas, tanggungjawab serta kewenangan perawat kepala ruangan, ketua tim, dan pelaksana keperawatan.
- e) Adanya kebijakan pendelegasian kewenangan melakukan tindakan medic yang bukan *life saving* diatur oleh kebijakan pimpinan rumah sakit setempat atau komite secara tertulis.

Kriteria proses pengorganisasian pelayanan keperawatan adalah sebagai berikut :

- a) Melaksanakan tugas sesuai dengan uraian tugas, tanggungjawab dan kewenangan perawat dalam pelayanan rumah sakit.
- b) Melakukan koordinasi dengan anggota tim kesehatan lain.
- c) Melakukan koordinasi dengan tim keperawatan di pelayanan

- d) Melaksanakan asuhan sesuai dengan metode penugasan yang ditetapkan.
- 3) Standar III : Pengendalian Mutu Pelayanan Keperawatan
Pengendalian mutu pelayanan keperawatan adalah pemantauan, penilaian pelayanan keperawatan serta tindak lanjutnya yang dilakukan secara terus menerus untuk menjaga mutu pelayanan keperawatan. Pengendalian mutu pelayanan keperawatan menjamin keselamatan, menurunkan angka kematian dan kecacatan serta meningkatkan kepuasan pasien.

d. Model Praktek Keperawatan

Keperawatan Professional adalah suatu bentuk pelayanan professional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan. Pelayanan keperawatan yang professional merupakan praktek keperawatan yang dilandasi oleh nilai-nilai professional, yaitu mempunyai otonomi dalam pekerjaannya, bertanggung jawab dan bertanggung gugat, pengambilan keputusan yang mandiri, kolaborasi dengan disiplin lain, pemberian pembelaan dan memfasilitasi kepentingan klien. Dalam memberikan asuhan keperawatan yang professional diperlukan sebuah pendekatan manajemen yang memungkinkan diterapkannya metode penugasan yang dapat mendukung penerapan perawatan yang professional di rumah sakit (Marquis, 2010) dalam (Dunn *et al.*, 2011).

Model praktek keperawatan profesional adalah salah satu metode pelayanan keperawatan yang merupakan suatu sistem, struktur, proses dan nilai-nilai yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan termasuk lingkungan untuk menopang pemberian asuhan tersebut. Sistem model praktek keperawatan professional adalah kerangka kerja yang mendefinisikan empat unsur, yakni : standar, proses keperawatan, pendidikan keperawatan dan sistem Model Asuhan Keperawatan Professional (MAKP). Definisi tersebut berdasarkan prinsip-prinsip nilai yang di yakini dan akan menentukan kualitas produksi/jasa layanan keperawatan. Jika perawat tidak memiliki nilai-nilai tersebut sebagai sesuatu pengambilan keputusan yang independen, maka tujuan pelayanan kesehatan/keperawatan dalam memenuhi kepuasan pasien tidak akan dapat terwujud. Tujuan dari ronde keperawatan yaitu (Nursalam, 2014) dalam (Dunn *et al.*, 2011) :

- 1) Nilai professional.
- 2) Pendekatan manajemen.
- 3) Metode pemberian asuhan keperawatan.
- 4) Hubungan professional.
- 5) Sistem penghargaan dan kompensasi.

Menurut Nursalam (2014) karakteristik ronde keperawatan sebagai berikut :

- 1) Menjaga konsistensi asuhan keperawatan.
- 2) Mengurangi konflik, tumpang tindih dan kekosongan pelaksanaan asuhan keperawatan oleh tim keperawatan.
- 3) Menciptakan kemandirian dalam memberikan asuhan keperawatan.
- 4) Memberikan pedoman dalam menentukan kebijakan dan keputusan.
- 5) Menjelaskan dengan tegas ruang lingkup dan tujuan asuhan keperawatan bagi setiap anggota tim keperawatan.

Menurut Nursalam (2014), Standar praktek keperawatan di Indonesia yang disusun oleh Depkes RI (1995) terdiri atas beberapa standar, yaitu :

- 1) Menghargai hak-hak pasien.
- 2) Penerimaan sewaktu pasien masuk Rumah Sakit (SPMRS).
- 3) Observasi keadaan pasien.
- 4) Pemenuhan kebutuhan nutrisi.
- 5) Asuhan pada tindakan non-operatif dan administratif.
- 6) Asuhan pada tindakan operasi dan prosedur invasif.
- 7) Pendidikan kepada pasien dan keluarga
- 8) Pemberian asuhan secara terus menerus dan berkesinambungan.

Menurut Nursalam (2014) ada beberapa model praktek keperawatan yaitu:

- 1) Praktek keperawatan rumah sakit

Perawat professional mempunyai wewenang dan tanggung jawab melaksanakan praktek keperawatan di rumah sakit dengan sikap dan kemampuannya. Untuk itu, perlu dikembangkan pengertian praktek keperawatan rumah sakit dan lingkup cakupannya sebagai bentuk praktek keperawatan professional, seperti proses dan prosedur registrasi dan legislasi keperawatan.

- 2) Praktek keperawatan rumah

Bentuk praktek keperawatan rumah diletakkan pada pelaksanaan pelayanan/asuhan keperawatan sebagai kelanjutan dari pelayanan rumah sakit. Kegiatan ini dilakukan oleh perawat professional rumah sakit atau melalui pengikutsertaan perawat professional yang melakukan praktek keperawatan berkelompok.

- 3) Praktek keperawatan berkelompok

Beberapa perawat professional membuka praktek keperawatan selama 24 jam kepada masyarakat yang memerlukan asuhan keperawatan dengan pola yang diuraikan dalam pendekatan dan pelaksanaan praktek keperawatan rumah sakit dan rumah. Bentuk praktek keperawatan ini dapat mengatasi berbagai bentuk masalah keperawatan yang dihadapi oleh masyarakat dan dipandang perlu di masa depan. Lama rawat pasien di rumah sakit perlu dipersingkat karena biaya perawatan di rumah sakit diperkirakan akan terus meningkat.

- 4) Praktek keperawatan individual

Pola pendekatan dan pelaksanaan sama seperti yang diuraikan untuk praktek keperawatan rumah sakit. Perawat professional senior dan berpengalaman secara sendiri/ perorangan membuka praktek keperawatan dalam jam praktek tertentu untuk memberi asuhan keperawatan, khususnya konsultasi dalam keperawatan bagi masyarakat yang memerlukan. Bentuk praktek keperawatan ini sangat diperlukan oleh kelompok/golongan masyarakat yang tinggal jauh terpencil dari fasilitas pelayanan kesehatan, khususnya yang dikembangkan pemerintah.

Menurut Nursalam (2014) dalam keperawatan memiliki perannya masing-masing diantaranya :

- 1) Metode Fungsional

Metode Fungsional yaitu pengorganisasian tugas pelayanan keperawatan yang didasarkan kepada pembagian tugas menurut pekerjaan yang dilakukan.

Model pemberian asuhan keperawatan ini berorientasi pada penyelesaian tugas dan prosedur keperawatan. Perawat ditugaskan untuk melakukan tugas tertentu untuk dilaksanakan kepada semua pasien yang dirawat di suatu ruangan. Model ini digambarkan sebagai keperawatan yang berorientasi pada tugas dimana fungsi keperawatan tertentu ditugaskan pada setiap anggota staff. Setiap staff perawat hanya melakukan 1-2 jenis intervensi keperawatan pada semua pasien di bangsal. Misalnya seorang perawat bertanggung jawab untuk pemberian obat-obatan, seorang yang lain untuk tindakan perawatan luka, seorang lagi mengatur pemberian intravena, seorang lagi ditugaskan pada penerimaan dan pemulangan, yang lain memberi bantuan mandi dan tidak ada perawat yang bertanggung jawab penuh untuk perawatan seorang pasien.

Seorang perawat bertanggung jawab kepada manajer perawat. Perawat senior menyibukkan diri dengan tugas manajerial, sedangkan perawat pelaksanaan pada tindakan keperawatan. Penugasan yang dilakukan pada model ini berdasarkan 3 kriteria efisiensi, tugas didistribusikan berdasarkan tingkat kemampuan masing-masing perawat dan dipilih perawat yang paling murah. Kepala ruangan terlebih dahulu mengidentifikasi tingkat kesulitan tindakan, selanjutnya ditetapkan perawat yang akan bertanggung jawab mengerjakan tindakan yang dimaksud.

Model fungsional ini merupakan metode praktek keperawatan yang paling tua yang dilaksanakan oleh perawat dan berkembang pada saat perang dunia kedua. Berikut contoh aplikasi model keperawatan fungsional :

- a) Perawat A tugasnya menyuntik sedangkan perawat B tugasnya mengukur suhu tubuh pasien.
- b) Seorang perawat dapat melakukan dua jenis tugas atau lebih untuk semua klien yang ada di unit tersebut.
- c) Kepala ruangan bertanggung jawab dalam pembagian tugas dan menerima laporan tentang semua klien serta menjawab semua pertanyaan tentang klien.

Menurut Nursalam (2014) Kelebihan model fungsional :

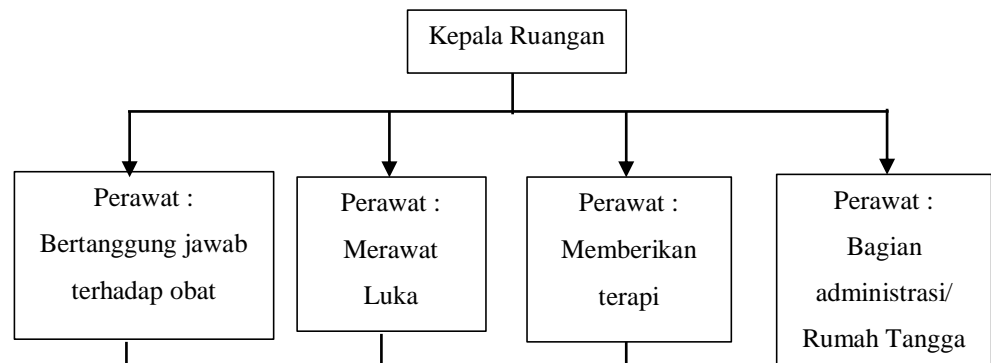
- a) Efisien karena dapat menyelesaikan banyak pekerjaan dalam waktu singkat dengan pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik.
- b) Sangat baik untuk rumah sakit yang kekurangan tenaga.
- c) Perawat akan terampil untuk tugas pekerjaan tertentu saja.
- d) Mudah memperoleh kepuasan kerja bagi perawat setelah selesai kerja.
- e) Kekurangan tenaga ahli dapat diganti dengan tenaga yang kurang berpengalaman untuk tugas sederhana.

- f) Memudahkan kepala ruangan untuk mengawasi staf atau peserta didik yang melakukan praktek untuk keterampilan tertentu.
- g) Lebih sedikit membutuhkan perawat.
- h) Tugas-tugas mudah dijelaskan dan diberikan.
- i) Para pekerja lebih mudah menyelesaikan tugas.
- j) Tugas cepat selesai.

Menurut Nursalam (2014) Kelemahan model fungsional

- a) Pelayanan keperawatan terpisah-pisah atau tidak total sehingga kesulitan dalam penerapan proses keperawatan.
- b) Perawat cenderung meninggalkan klien setelah melakukan tugas pekerjaan.
- c) Persepsi perawat cenderung kepada tindakan yang berkaitan dengan keterampilan saja.
- d) Tidak memberikan kepuasan pada pasien ataupun perawat lainnya.
- e) Menurunkan tanggung jawab dan tanggung gugat perawat, hubungan perawat dan klien sulit terbentuk
- f) Tidak efektif.
- g) Membosankan.
- h) Komunikasi minimal.

Skema 2. 1 Strukur model keperawatan fungsional



Sumber : Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Fungsional (Marquis, 2010) dalam (Dunn et al., 2011)

2) Model Keperawatan Total

Model keperawatan total adalah model pengelolaan asuhan pasien yang paling tua. Pada metode ini perawat mengemban tanggungjawab total untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang dikelola selama waktu kerja mereka (Marquis, 2010).

Metode keperawatan total yaitu pengorganisasian pelayanan/asuhan keperawatan untuk satu atau beberapa klien oleh satu orang perawat pada saat bertugas/jaga selama periode waktu tertentu atau sampai klien pulang. Kepala ruangan bertanggung jawab dalam pembagian tugas dan

menerima semua laporan tentang pelayanan keperawatan klien (Dunn *et al.*, 2011).

Metode penugasan ini masih luas digunakan di rumah sakit dan lembaga perawatan kesehatan di rumah. Struktur organisasi ini memberikan otonomi dan tanggung jawab yang tinggi pada perawat. Mengelola pasien adalah tindakan yang sederhana dan langsung serta tidak membutuhkan perencanaan seperti yang dibutuhkan metode pemberian asuhan yang lain. Batas tanggung jawab dan pertanggung jawaban jelas. Secara teori, perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama, pasien mendapatkan asuhan yang holistik dan tidak terisah-pisah selama waktu kerja perawat.

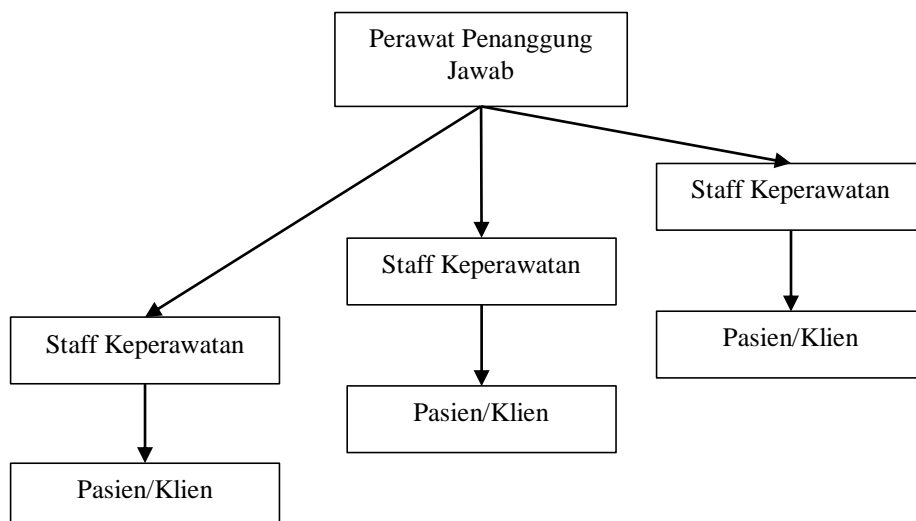
Menurut Nursalam (2014) Kelebihan Model Keperawatan Total ialah sebagai berikut :

- a) Kepuasan tugas secara keseluruhan dapat dicapai.
- b) Fokus keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.
- c) Memberikan kesempatan untuk melakukan keperawatan yang komprehensif.
- d) Memotivasi perawat untuk selalu bersama klien selama bertugas, non keperawatan dapat dilakukan oleh yang bukan perawat.
- e) Mendukung penerapan proses perawatan.

Menurut Nursalam (2014) Kekurangan Model Keperawatan Total ialah sebagai berikut :

- a) Pendelegasian perawatan klien hanya sebagian selama perawat penanggung jawab klien bertugas.
- b) Beban kerja tinggi terutama jika jumlah klien banyak sehingga tugas rutin yang sederhana terlewatkan.

Skema 2. 2 Struktur Model Keperawatan Total



Sumber : *Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Fungsional (Marquis, 2010)*

3) Model Keperawatan Tim

Metode Tim adalah pengorganisasian pelayanan keperawatan dengan menggunakan tim yang terdiri atas kelompok klien dan perawat. Kelompok ini di pimpin oleh perawat yang berijazah dan berpengalaman kerja serta memiliki pengetahuan dibidangnya (*Registered Nurse*). Pembagian tugas dalam kelompok dilakukan oleh pimpinan kelompok/ketua grup dan ketua grup bertanggung jawab dalam mengarahkan anggota grup/tim. Selain itu ketua tim bertugas memberikan pengarahan dan menerima laporan kemajuan pelayanan keperawatan klien serta membantu anggota tim dalam menyelesaikan tugas apabila menjalani kesulitan dan selanjutnya ketua tim melaporkan pada kepala ruangan tentang kemajuan pelayanan/asuhan keperawatan terhadap klien. Pada model tim, perawat bekerja sama memberikan asuhan keperawatan untuk sekelompok pasien di bawah arahan/pimpinan seorang perawat profesional (Nursalam, 2014).

Dibawah ini pimpinan perawat profesional, kelompok perawat akan dapat bekerja bersama untuk memenuhi sebagai perawat fungsional. Penugasan terhadap pasien dibuat untuk tim yang terdiri dari ketua tim dan anggota tim.

Pelaksanaan konsep metode tim sangat tergantung pada filosofi ketua tim apakah berorientasi pada tugas atau pada klien. Perawat yang berperan sebagai ketua tim bertanggung jawab untuk mengetahui kondisi dan kebutuhan semua pasien yang ada di dalam timnya dan merencanakan perawatan pasien. Tugas ketua tim meliputi : mengkaji anggota tim, memberi arahan perawatan untuk klien, melakukan pendidikan kesehatan, mengkoordinasikan aktifitas klien.

Menurut Nursalam (2014), ada beberapa elemen penting yang harus diperhatikan :

- a) Pemimpin tim didelegasikan/diberikan otoritas untuk membuat penugasan bagi anggota tim dan mengarahkan pekerjaan timnya.
- b) Pemimpin diharapkan menggunakan gaya kepemimpinan demokrasi atau partisipatif dalam berinteraksi dengan anggota tim.
- c) Tim bertanggung jawab terhadap perawatan total yang diberikan kepada kelompok pasien.
- d) Komunikasi di antara anggota tim adalah penting agar dapat sukses. Komunikasi meliputi : penulisan perawatan klien, rencana perawatan klien, laporan untuk dan dari pemimpin tim, pertemuan tim untuk mendiskusikan kasus pasien dan umpan balik informal di antara anggota tim

Menurut Nursalam (2014) dalam (Dunn *et al.*, 2011) Kelebihan Model Keperawatan Tim ialah sebagai berikut :

- a) Dapat memfasilitasi pelayanan keperawatan secara komprehensif dan holistik.
- b) Memungkinkan pelaksanaan proses keperawatan.
- c) Konflik antara staff dapat dikendalikan melalui rapat dan efektif untuk belajar.
- d) Memberi kepuasan anggota tim dalam behubungan interpersonal.
- e) Memungkinkan meningkatkan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda secara efektif.
- f) Peningkatan kerjasama dan komunikasi di antara anggota tim dapat menghasilkan sikap moral yang tinggi, memperbaiki fungsi staff secara keseluruhan, memberikan anggota tim perasaan bahwa ia mempunyai kontribusi terhadap hasil asuhan keperawatan yang diberikan.
- g) Akan menghasilkan kualitas asuhan keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan.
- h) Metode ini memotivasi perawat untuk selalu bersama klien selama bertugas.

Menurut Nursalam (2014), Kelemahan Model Keperawatan Tim ialah sebagai berikut :

- a) Ketua tim menghabiskan banyak waktu untuk koordinasi dan supervisi anggota tim dan harus mempunyai keterampilan yang tinggi baik sebagai perawat pemimpin maupun perawat klinik.
- b) Keperawatan tim menimbulkan fragmentasi keperawatan bila konsep tidak diimplementasikan dengan total rapat tim membutuhkan waktu sehingga pada situasi sibuk rapat tim ditiadakan, sehingga komunikasi antar anggota tim terganggu.
- c) Perawat yang belum terampil dan belum berpengalaman selalu tergantung staff, berlindung kepada anggota tim yang mampu.
- d) Akuntabilitas dari tim menjadi kabur.
- e) Tidak efisien bila dibandingkan dengan model fungsional karena membutuhkan tenaga yang mempunyai keterampilan tinggi.

Menurut Nursalam (2014), Tanggung Jawab Kepala Ruangan :

- a) Menetapkan standar kinerja yang diharapkan sesuai dengan standar asuhan keperawatan.
- b) Mengorganisir pembagian tim dan pasien.
- c) Memberi kesempatan pada ketua tim untuk mengembangkan kepemimpinan.
- d) Menjadi narasumber bagi ketua tim.

- e) Mengorientasikan tenaga keperawatan yang baru tentang metode/model tim dalam pemberian asuhan keperawatan.
- f) Memberi pengarahan kepada seluruh kegiatan yang ada di ruangnya.
- g) Melakukan pengawasan terhadap seluruh kegiatan yang ada di ruangnya.
- h) Memfasilitasi kolaborasi tim dengan anggota tim kesehatan yang lainnya.
- i) Melakukan audit asuhan dan pelayanan keperawatan di ruangnya, kemudian menindak lanjutinya.
- j) Memotivasi staff untuk meningkatkan kemampuan melalui riset keperawatan.
- k) Menciptakan iklim komunikasi yang terbuka dengan semua staff.

Tanggung jawab ketua tim ialah sebagai berikut (Nursalam, 2014) :

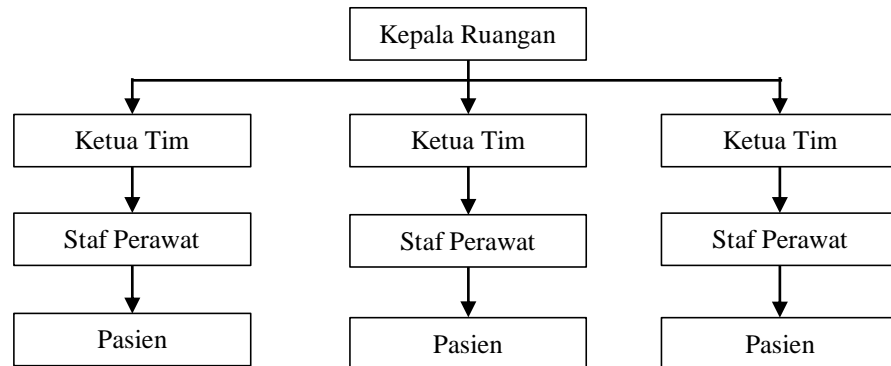
- a) Mengatur jadwal dinas timnya yang dikoordinasikan dengan kepala ruangan.
- b) Membuat perencanaan berdasarkan tugas dan kewenangannya yang di delegasikan oleh kepala ruangan.
- c) Melakukan pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi asuhan keperawatan bersama-sama anggota timnya.
- d) Mengkoordinasikan rencana keperawatan dengan tindakan medik.
- e) Membuat penugasan kepada setiap anggota tim dan memberikan bimbingan melalui konferens.
- f) Mengevaluasi asuhan keperawatan baik proses ataupun hasil yang diharapkan serta mendokumentasikannya.
- g) Memberi pengarahan pada perawat pelaksana tentang pelaksanaan asuhan keperawatan.
- h) Menyelenggarakan konferensi.
- i) Melakukan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
- j) Melakukan audit asuhan keperawatan yang menjadi tanggungjawab timnya.
- k) Melakukan perbaikan pemberian asuhan keperawatan.

Tanggung Jawab anggota tim ialah sebagai berikut :

- a) Melaksanakan tugas berdasarkan rencana asuhan keperawatan.
- b) Mencatat dengan jelas dan tepat asuhan keperawatan yang telah diberikan berdasarkan respon klien.
- c) Berpartisipasi dalam setiap memberikan masukan untuk meningkatkan asuhan keperawatan.
- d) Menghargai bantuan dan bimbingan dari ketua tim.

- e) Melaporkan perkembangan kondisi pasien kepada ketua tim.
- f) Memberikan laporan.

Skema 2. 3 Struktur model keperawatan tim



Sumber : *Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Fungsional (Marquis, 2010) dalam (Dunn et al., 2011)*

4) Metode Keperawatan Primer

Model primer dikembangkan pada awal tahun 1970-an, menggunakan beberapa konsep dan perawatan total pasien. Keperawatan primer merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan dimana perawat primer bertanggungjawab selama 24 jam terhadap perencanaan, pelaksanaan, pengevaluasian satu atau beberapa klien dan sejak klien masuk rumah sakit sampai klien dinyatakan pulang. Selama jam kerja, perawat primer memberikan perawatan langsung secara total untuk klien. Ketika perawat primer tidak bertugas, perawatan diberikan/didelegasikan kepada perawat asosiet yang mengikuti rencana keperawatan yang telah disusun oleh perawat primer. Pada model ini, klien, keluarga, staff medik dan staff keperawatan akan mengetahui bahwa pasien tertentu akan merupakan tanggung jawab perawat primer tertentu. Setiap perawat primer mempunyai 4-6 pasien. Seorang perawat primer mempunyai kewenangan untuk melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak dengan lembaga sosial masyarakat, membuat jadwal perjanjian klinik, mengadakan kunjungan rumah dan lain sebagainya. Dengan diberikannya kewenangan tersebut, maka dituntut akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil pelayanan yang diberikan. Perawatan yang diberikan, direncanakan dan ditentukan secara total oleh perawat primer (Marquis, 2010).

Metode keperawatan primer mendorong praktek kemandirian perawat yang ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat. Perawat primer

bertanggung jawab untuk membangun komunikasi yang jelas diantara pasien, dokter, perawat asosiet dan anggota tim kesehatan lain. Walaupun perawat primer membuat rencana keperawatan, umpan balik dari orang lain diperlukan untuk pengkoordinasian asuhan keperawatan klien.

Menurut Nursalam (2014) dalam (Dunn *et al.*, 2011), Karakteristik modalitas keperawatan primer ialah sebagai berikut :

- a) Perawat primer mempunyai tanggung jawab untuk asuhan keperawatan pasien selama 24 jam sehari, dari penerimaan sampai pemulangan.
- b) Perawat primer melakukan pengkajian kebutuhan asuhan keperawatan, kolaborasi dengan pasien dan professional kesehatan lain dan menyusun rencana keperawatan.
- c) Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan didelegasikan oleh perawat primer kepada perawat sekunder selama shift lain.
- d) Perawat primer berkonsultasi dengan perawat kepala dan penyedia.
- e) Autoritas, tanggung gugat dan autonomi ada pada perawat primer.

Menurut Nursalam (2014), Kelebihan Metode Keperawatan Primer ialah sebagai berikut :

- a) Perawat primer mendapat akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil dan memungkinkan untuk pengembangan diri.
- b) Memberikan peningkatan autonomi pada pihak perawat, jadi meningkatkan motivasi, tanggung jawab dan tanggung gugat.
- c) Bersifat kontinuitas dan komprehensif sesuai dengan arahan perawat primer dalam memberikan atau mengarahkan perawatan sepanjang hospitalisasi.
- d) Membebaskan manajer perawat klinis untuk melakukan peran manajer operasional dan administrasi
- e) Kepuasan kerja perawat tinggi karena dapat memberikan asuhan keperawatan secara holistik. Kepuasan yang dirasakan oleh perawat primer adalah memungkinkan pengembangan diri melalui penerapan ilmu pengetahuan.
- f) Staff medis juga merasakan kepuasan karena senantiasa informasi tentang kondisi klien selalu mutakhir dan komprehensif serta informasi dapat diperoleh dari satu perawat yang benar-benar mengetahui keadaan kliennya.
- g) Perawat ditantang untuk bekerja total sesuai dengan kapasitas mereka.

- h) Pasien terlihat lebih menghargai, pasien merasa dimanusiakan karena terpenuhi kebutuhannya secara individu.
- i) Asuhan keperawatan berfokus pada kebutuhan klien.
- j) Profesi lain lebih menghargai karena dapat berkomunikasi dengan perawat yang mengetahui semua tentang kliennya.
- k) Menjamin kontinuitas asuhan keperawatan.
- l) Meningkatkan hubungan antara perawat dan klien.
- m) Metode ini mendukung pelayanan profesional.
- n) Rumah sakit tidak harus mempekerjakan terlalu banyak tenaga keperawatan tetapi harus berkualitas tinggi.

Kelemahan Metode Keperawatan Primer ialah sebagai berikut :

- a) Hanya dapat dilakukan oleh perawat profesional.
- b) Tidak semua perawat merasa siap untuk bertindak mandiri, memiliki akuntabilitas dan kemampuan untuk merencanakan asuhan keperawatan untuk klien.
- c) Akuntabilitas yang total dapat membuat jenuh.
- d) Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama.
- e) Biaya relatif tinggi dibanding metode penugasan yang lain.

Ketenagaan metode keperawatan primer ialah sebagai berikut :

- a) Setiap perawat primer adalah perawat “*bedside*”.
- b) Beban kasus pasien 4-6 orang untuk satu perawat primer.
- c) Penugasan ditentukan oleh kepala bangsal.
- d) Perawat primer dibantu oleh perawat profesional lain maupun non-profesional sebagai perawat asisten.

Tanggung jawab kepala ruangan dalam metode primer ialah sebagai berikut :

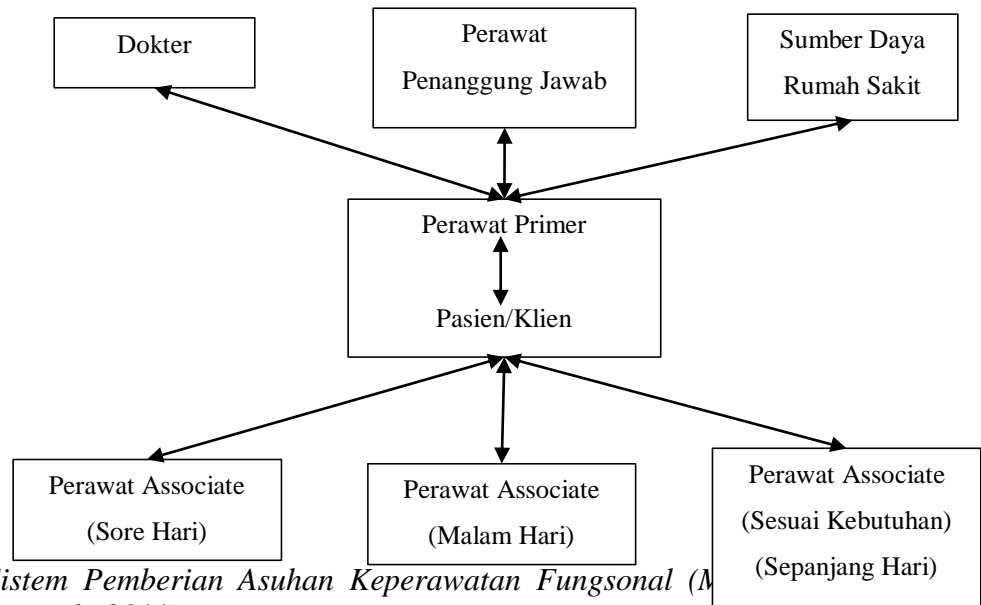
- a) Sebagai konsultan dan pengendalian mutu perawat primer.
- b) Mengorganisir pembagian pasien kepada perawat primer.
- c) Menyusun jadwal dinas dan memberi penugasan pada perawat asisten.
- d) Orientasi dan merencanakan karyawan baru.
- e) Merencanakan dan menyelenggarakan pengembangan staff.

Tanggung jawab perawat primer ialah sebagai berikut :

- a) Menerima pasien dan mengkaji kebutuhan pasien secara komprehensif.
- b) Membuat tujuan dan rencana keperawatan.
- c) Melaksanakan rencana yang telah dibuat selama ia dinas.

- d) Mengkomunikasikan dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin lain maupun perawat lain.
- e) Mengevaluasi keberhasilan yang dicapai.
- f) Menyiapkan penyuluhan untuk pulang.
- g) Melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak dengan lembaga sosial di masyarakat.
- h) Membuat jadwal perjanjian klinis.
- i) Mengadakan kunjungan rumah.

Skema 2.4 Struktur Model Keperawatan Primer



Sumber : Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Fungsional (M... dalam (Dunn et al., 2011)

5) Metode Keperawatan Modular

Metode modular yaitu pengorganisasian pelayanan/asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat profesional dan non-profesional (terampil) untuk sekelompok klien dari mulai masuk rumah sakit sampai pulang disebut tanggung jawab total atau keseluruhan. Untuk metode ini diperlukan perawat yang berpengetahuan, terampil dan memiliki kemampuan kepemimpinan. Ideal 2-3 perawat untuk 8-12 orang klien (Marquis, 2010).

Metode modular atau metode modifikasi adalah penggunaan metode asuhan keperawatan dengan modifikasi antara tim dan primer.

Sekalipun dalam memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan metode ini dilakukan oleh dua hingga tiga perawat, tanggung jawab paling besar tetap ada pada perawat profesional. Perawat profesional memiliki kewajiban untuk membimbing dan melatih non-profesional. Apabila perawat profesional sebagai ketua tim dalam keperawatan modular ini

tidak masuk tugas dan tanggung jawab dapat digantikan oleh perawat professional lainnya yang berperan sebagai ketua tim.

Peran perawat kepala ruangan diarahkan dalam hal membuat jadwal dinas dengan mempertimbangkan kecocokan anggota dalam bekerjasama dan berperan sebagai fasilitator, pembimbing secara motivator. Kelebihan Metode Keperawatan Modular (Nursalam, 2014):

- a) Memfasilitasi pelayanan keperawatan yang komprehensif dan holistik dengan pertanggungjawaban yang jelas.
- b) Memungkinkan pencapaian proses keperawatan.
- c) Konflik atau perbedaan pendapat antar staff dapat diekan melalui rapat tim, cara ini efektif untuk belajar.
- d) Memberi kepuasan anggota tim dalam hubungan interpersonal.
- e) Memungkinkan menyatukan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda dengan aman dan efektif.
- f) Produktif karena kerjasama, komunikasi dan moral.
- g) Model praktek keperawatan professional dapat dilakukan atau diterapkan.
- h) Memberikan kepuasan kerja bagi perawat.
- i) Memberikan kepuasan bagi klien dan keluarga yang menerima asuhan keperawatan.
- j) Lebih mencerminkan otonomi.
- k) Menurunkan dana perawatan.

Kelemahan Metode Keperawatan Modular ialah sebagai berikut :

- a) Beban kerja tinggi terutama jika jumlah klien banyak sehingga tugas rutin yang sederhana terlewatkan.
- b) Pendelegasian perawatan klien hanya sebagian selama perawat penanggung jawab klien bertugas.
- c) Hanya dapat dilakukan oleh perawat professional.
- d) Biaya relatif lebih tinggi dibandingkan metode lain karena lebih banyak menggunakan perawat professional.
- e) Perawat arus mampu mengimbangi kemajuan teknologi kesehatan/kedokteran.
- f) Perawat anggota dapat merasa kehilangan kewenangan.
- g) Masalah komunikasi.

Tugas dan tanggung jawab kepala perawat modular ialah sebagai berikut :

- a) Memfasilitasi pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan pasien.
- b) Memberikan motivasi pada staff perawat.
- c) Melatih perawat untuk bekerjasama dalam pemberian asuhan.

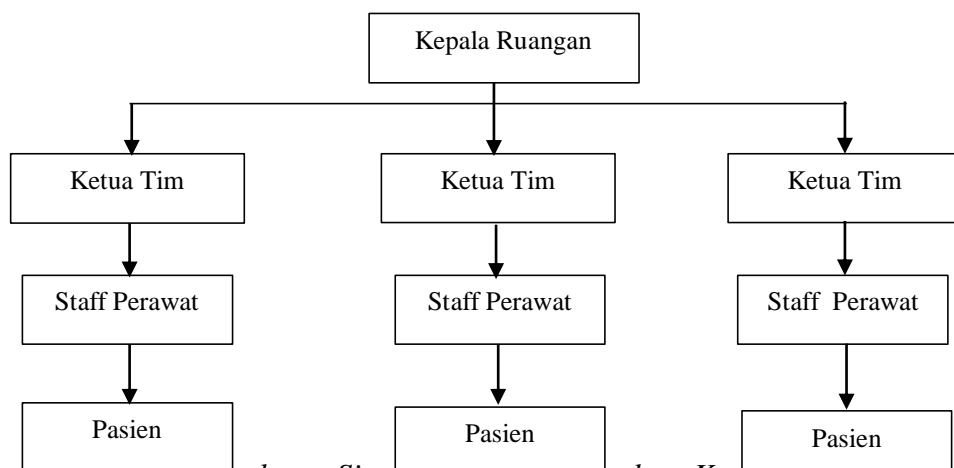
Tugas dan tanggung jawab ketua tim modular ialah sebagai berikut :

- a) Memimpin, mendukung, dan mengintruksikan perawat non-profesional untuk melaksanakan tindakan perawatan.
- b) Memberikan asuhan keperawatan pasien meliputi : mengkaji, merencanakan, melaksanakan dan menilai hasil asuhan keperawatan.
- c) Memberi bimbingan dan intruksi kepada perawat partner kerjanya.

Tugas dan tanggung jawab anggota tim modular :

- a) Memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan yang ditugaskan ketua tim.

Skema 2. 4 Struktur Model Keperawatan Modular



Sumber : Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Profesional (Marquis, 2010) dalam (Dunn et al., 2011)

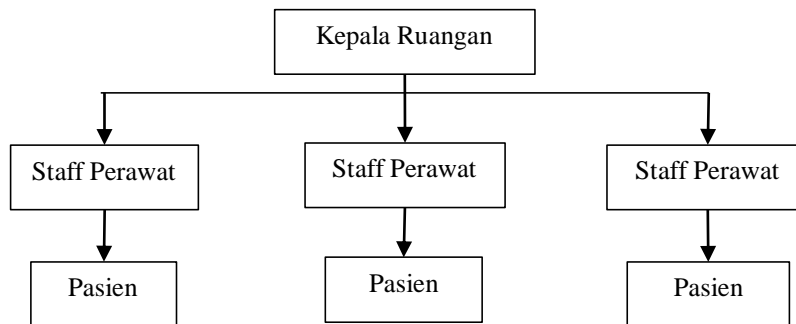
6) Metode Kasus

Metode kasus yaitu pengorganisasian pelayanan/asuhan keperawatan dimana perawat mampu memberikan asuhan keperawatan mencakup seluruh aspek keperawatan yang dibutuhkan. Metode kassus adalah metode dimana perawat bertanggungawab terhadap pasien tertentu yang didasarkan pada rasio satu perawat untuk satu pasien dengan pemberian perawatan konstan untuk periode ertentu. Metode penugasan kasus biasanya diterapkan untuk perawatan khusus seperti isolasi, intensive care, perawat kesehatan komunitas. Dalam metode ini dituntut kualitas serta kuantitas yang tinggi dari perawat sehingga metode ini sesuai jika digunakan untuk ruang ICU ataupun ICCU. Kelebihan dan kekurangan metode kasus ialah sebagai berikut (Dunn et al., 2011):

Kelebihan	Kekurangan
a) Sederhana dan langsung	a) Moral → perawat profesional
b) Garis pertanggung jawaban jelas	melakukan tugas non-profesional

c) Kebutuhan pasien cepat terpenuhi	b) Tidak dapat dikerjakan perawat non-profesional
d) Memudahkan perencanaan tugas	c) Membingungkan
e) Perawat lebih memahami kasus perkasus	d) Belum dapatnya diidentifikasi perawat penanggung jawab
	e) Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama

Skema 2. 5 Struktur Model Keperawatan Metode Kasus



Sumber : *Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan Fungsional (Marquis, 2010) dalam (Dunn et al., 2011)*

Nilai-nilai profesional dari penatalaksanaan kegiatan keperawatan diaplikasikan dalam bentuk aktifitas pelayanan profesional yang dipaparkan dalam 4 pilar sebagai berikut :

- (1) Pendekatan Manajemen (*Management Approach*)
- (2) Penghargaan Karir (*Compensatory Rewards*)
- (3) Hubungan Profesional (*Professional Relationship*)
- (4) Sistem Pemberian Asuhan Pasien (*Patient Care Delivery System*)

e. Penetapan Jenis Tenaga Keperawatan

Pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dalam satu ruangan harus ditetapkan jenis tenaga keperawatannya, beberapa jenis tenaga yang ada meliputi kepala ruangan, *Clinical Care Manager (CCM)*, Perawat Primer (PP), serta perawat asosiet (PA). Peran dan fungsi antara Perawat Primer (PP) dan perawat asosiet (PA) harus jelas dan sesuai dengan tanggung jawabnya. Pada ruang rawat MPKP pemula, kepala ruangan adalah perawat dengan kemampuan DIII-Keperawatan dengan pengalaman, dan pada MPKP tingkat I adalah perawat dengan kemampuan S. Kep/Ners dengan pengalaman (Marquis, 2010) dalam (Dunn et al., 2011). Tugas dan tanggung jawab setiap jenis tenaga adalah sebagai berikut :

1) Kepala Ruangan

Pada ruang rawat dengan MPKP pemula, kepala ruangan adalah perawat dengan kemampuan DIII-Keperawatan dengan pengalaman kerja minimal 5 tahun.

2) *Clinical Care Manager (CCM)*

Clinical Care Manager (CCM) adalah seseorang dengan pendidikan S1 Keperawatan/Ners, dengan pengalaman kerja lebih dari 3 tahun.

3) Perawat Primer (PP)

Perawat Primer pada MPKP pemula adalah seorang yang berpendidikan DIII, tugas perawat primer adalah memimpin dan bertanggung jawab pada pelaksanaan asuhan dan pelayanan keperawatan serta pendokumentasian dan administrasi pada sekelompok pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Berpartisipasi dalam visit dokter, mengatasi permasalahan konflik pasien, penunggu dan petugas di areanya, mengkoordinasikan proses pelayanan kepada kepala ruangan mengatur dan memantau semua proses asuhan keperawatan di area kelolaan, dan memastikan kelengkapan pendokumentasian dan administrasi dari klien masuk sampai pulang.

4) Perawat Asosiet (PA)

Pada MPKP pemula perawat asosiet adalah yang berpendidikan DIII-Keperawatan, dan tidak menutup kemungkinan masih ada yang berpendidikan SPK Tugas PA adalah bertanggung jawab dan melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang menjadi tanggung jawabnya. Melaksanakan dokumentasi keperawatan dan berkoordinasi dengan perawat primer untuk pelaksanaan asuhan keperawatan. Pengaturan tanggung jawab PA lebih ditekankan pada pelaksanaan terapi keperawatan karena bentuk tindakannya lebih pada interaksi, adaptasi yang memerlukan konsep analisa yang tinggi, tindakan yang tidak memerlukan analisis dapat dilakukan oleh PA.

f. Karakteristik Perawat

Karakteristik adalah kemampuan untuk memadukan nilai-nilai yang menjadi filosofi atau pandangan dunia yang utuh, memperhatikan komitmen yang teguh dan responden yang konsisten terhadap nilai-nilai tersebut dengan menarasikan pengalaman tertentu menjadi satu sistem nilai (Notoatmodjo, 2000 dan Ismael, 2009) dalam (Trisa Gusti, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh Muksydayan (2012) menyampaikan karakteristik dipengaruhi oleh usia, tingkat pendidikan, pengalaman kerja, pengetahuan, sikap dan perilaku. Sejalan dengan penelitian (Yanti dan Warsito, 2013) karakteristik perawat diantaranya adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, dan masa kerja. Dalam penelitian ini, karakteristik yang akan di teliti adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama kerja.

1) Usia

Usia perawat secara garis besar menjadi indicator dalam kedewasaan dalam sikap pengambilan keputusan yang mengacu pada setiap pengalamannya. Karakteristik seorang perawat berdasarkan umur sangat berpengaruh terhadap kinerja dalam praktek keperawatan, dimana semakin tua umur perawat maka dalam menerima sebuah pekerjaan akan semakin bertanggung jawab dan berpengalaman (Trisa Gusti, 2018). Hal ini akan berdampak pada kinerja perawat dalam praktek keperawatan

pada pasien semakin baik pula. Usia merupakan indikator umum tentang kapan suatu perubahan akan terjadi. Usia menggambarkan pengalaman dalam diri seseorang sehingga terdapat keragaman tindakan berdasarkan usia yang dimiliki (Sujarwono, 2013) dalam (Trisa Gusti, 2018).

2) Jenis Kelamin

Jenis kelamin umumnya digunakan untuk membedakan seks seseorang, yaitu laki-laki atau perempuan. Penelitian psikologis telah menentukan bahwa laki-laki lebih agresif dan lebih besar kemungkinan dalam memiliki pengharapan untuk sukses, sehingga laki-laki lebih baik kinerjanya dibandingkan dengan perempuan. Penjelasan yang logis adalah bahwa secara historis perempuan bertanggung jawab terhadap rumah tangga dan keluarga (Robbins dan Judge, 2001 dalam Elvarida, 2010) dalam (Trisa Gusti, 2018). Walaupun begitu tidak menutup kemungkinan bagi perempuan mendapatkan kedudukan ataupun profesi yang sebagaimana mestinya, salah satunya ialah perawat.

3) Tingkat Pendidikan

Perawat sebagai bagian penting dari Rumah Sakit dituntut memberikan perilaku yang baik dalam rangka membantu pasien dalam mencapai kesembuhan. Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Seorang perawat yang menjalankan profesinya sebagai perawat, saat ini menjalankan profesinya harus memiliki pengetahuan dan pendidikan dalam bidang tertentu, untuk itu dibutuhkan pendidikan yang sesuai agar dapat berjalan dengan baik dan profesional. Pendidikan menunjukkan tingkat intelegensi yang berhubungan dengan daya pikir. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin luas pengetahuannya (Trisa Gusti, 2018).

4) Lama Kerja

Lama kerja adalah lama seseorang perawat yang bekerja di Rumah Sakit dari mulai awal bekerja sampai saat selesai perawat berhenti bekerja. Semakin lama masa kerja seseorang dalam bekerja maka semakin banyak pengalaman dan pengetahuan yang dimilikinya. Hal ini dapat membantu dalam meningkatkan kinerja seorang perawat. Hasil analisis peneliti bahwa rata-rata masa kerja perawat masih belum lama akan menyebabkan masih kurang pengalaman dan pengetahuan yang dimilikinya. Kondisi ini menunjukkan bahwa perawat mempunyai harapan yang relatif sudah terpenuhi karena belum mempunyai tuntutan kebutuhan yang tinggi dibanding dengan masa kerja yang lama (Rusmianingsih, 2012) dalam (Trisa Gusti, 2018).

g. Tugas Perawat

- 1) *Care Giver*, perawat harus memperhatikan individu dalam konteks sesuai kehidupan klien, perawat harus memperhatikan klien berdasarkan kebutuhan signifikan dari klien. Perawat menggunakan *Nursing Process* untuk mengidentifikasi diagnosa keperawatan, mulai dari masalah fisik (fisiologis) sampai masalah-masalah psikologis. Peran utamanya adalah memberikan pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat sesuai diagnose masalah yang terjadi mulai dari masalah yang bersifat sederhana sampai kompleks.
- 2) *Client Advocate*, disini perawat bertanggung jawab untuk membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan informasi dari berbagai pemberi pelayanan dan dalam memberikan informasi lain yang diperlukan untuk mengambil persetujuan (*inform consent*) atas tindakan keperawatan yang diberikan kepadanya. Selain itu perawat harus memperhatikan dan melindungi hak-hak klien. Hal ini dilakukan karena klien yang sakit dan dirawat di rumah sakit akan berinteraksi dengan banyak petugas kesehatan. Perawat adalah anggota tim kesehatan yang paling lama kontak dengan klien, oleh karena itu perawat harus membela hak-hak klien.
- 3) *Counselor*, tugas utama perawat adalah mengidentifikasi perubahan pola interaksi klien terhadap keadaan sehat sakitnya. Adanya perubahan pola interaksi ini merupakan “Dasar” dalam merencanakan metode untuk meningkatkan kemampuan adaptasinya. Konseling diberikan kepada individu atau keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman yang lalu. Pemecahan masalah difokuskan pada ; masalah keperawatan, mengubah perilaku hidup sehat (perubahan pola interaksi).
- 4) *Educator*, peran ini dapat dilakukan kepada klien, keluarga, tim kesehatan lain, baik secara spontan (saat interaksi) maupun formal (disiapkan). Tugas perawat adalah membantu klien mempertinggi pengetahuan dalam upaya meningkatkan kesehatan, gejala penyakit sesuai kondisi dan tindakan yang spesifik. Dasar pelaksanaan peran adalah intervensi dalam *Nursing Care Plan*.
- 5) *Coordinator*, peran perawat adalah mengarahkan, merencanakan, mengorganisasikan pelayanan dari semua anggota tim kesehatan. Karena klien menerima pelayanan dari banyak profesional, misal : pemenuhan nutrisi. Aspek yang harus diperhatikan adalah jenisnya, jumlahnya, komposisi, pengelolaan, cara memberikan, monitoring, motivasi, edukasi dan sebagainya.
- 6) *Collaborator*, dalam hal ini perawat bersama klien, keluarga, tim kesehatan lain berupaya mengidentifikasi pelayanan kesehatan yang diperlukan termasuk tukar pendapat terhadap pelayanan yang diperlukan klien, pemberian dukungan, paduan

keahlian keterampilan dari berbagai professional pemberi pelayanan kesehatan.

- 7) *Consultan*, elemen ini secara tidak langsung berkaitan dengan permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan keperawatan yang diberikan. Dengan peran ini dapat dikatakan perawatan adalah sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi spesifik klien.
- 8) *Change Agent*, elemen ini mencakup perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dalam berhubungan dengan klien dan cara pemberian keperawatan kepada klien.

h. Peran perawat

Peran perawat untuk di Indonesia disepakati sebagai :

- 1) Pelaksana. Keperawatan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan keperawatan dari yang sederhana sampai yang kompleks kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat. Ini adalah merupakan peran utama dari perawat, dimana perawat dapat memberikan asuhan keparawatan yang professional, menerapkan ilmu/teori, prinsip, konsep dan menguji kebenarannya dalam situasi yang nyata, apakah kriteria profesi dapat ditampilkan dan sesuai dengan harapan penerima jasa.
- 2) Pengelola. Sebagai pengelola (*Administrator*) bukan berarti perawat harus berperan dalam kegiatan administrative secara umum. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang spesifik dalam sistem pelayanan kesehatan tetap bersatu dengan profesi lain dalam pelayanan kesehatan. Setiap tenaga kesehatan adalah anggota potensial dalam kelompoknya dan dapat mengatur, merencanakan, melaksanakan dan menilai tindakan yang diberikan, mengingat perawat merupakan anggota professional yang paling lama bertemu dengan klien, maka perawat harus merencakana, melaksanakan, dan mengatur berbagai alternative terapi yang harus diterima oleh klien. Tugas ini menuntut adanya kemampuan manajerial yang handal dari perawat.
- 3) Pendidik. Perawat bertanggungjawab dalam hal pendidikan dan pengajaran ilmu keperawatan kepada klien, tenaga keperawatan maupun tenaga kesehatan lainnya. Salah satu aspek yang perlu diperhatikan dalam keperawatan adalah aspek pendidikan, karena perubahan tingkah laku merupakan salah satu sasaran dari pelayanan keperawatan. Perawat harus bisa berperan sebagai pendidik bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- 4) Peneliti. Seorang perawat diharapkan dapat menjadi pembaharu (inovator) dalam ilmu keperawatan karena ia memiliki kreatifitas, inisiatif, cepat tanggap terhadap rangsangan dari lingkungannya. Kegiatan ini dapat diperoleh melalui penelitian. Penelitian pada hakikatnya adalah melakukan evaluasi, mengukur kemampuan, menilai dan mempertimbangkan sejauh mana efektifitas tindakan yang telah diberikan. Dengan hasil

penelitian, perawat dapat menggerakkan orang lain untuk berbuat sesuatu yang baru berdasarkan kebutuhan, perkembangan dan aspirasi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Oleh karena itu perawat dituntut untuk selalu mengikuti perkembangan, memanfaatkan media massa atau media informasi lain dari berbagai sumber. Selain itu perawat perlu melakukan penelitian dalam rangka mengembangkan ilmu keperawatan dan meningkatkan praktik profesi keperawatan (Trikaloka H. Putri dan Achmad Fanan, 2010) Dalam (Herri, 2017).

i. Fungsi perawat

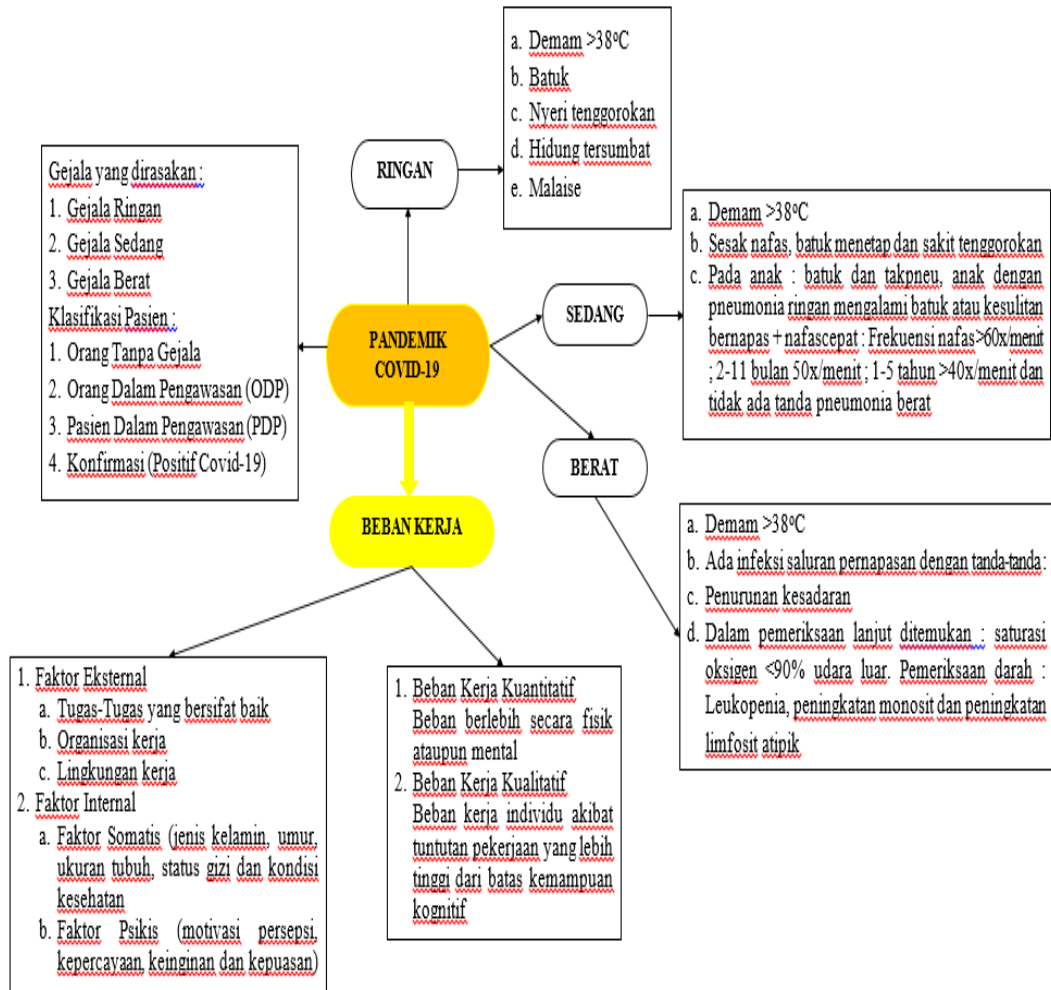
Ada tiga fungsi perawat dalam melaksanakan perannya, yaitu :

- 1) Fungsi *Independent*. Dimana perawat melakukan perannya secara mandiri, tidak tergantung pada orang lain. Perawat harus dapat memberikan bantuan terhadap adanya penyimpangan atau tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia (bio-psiko-sosial/kultural dan spiritual), mulai dari tingkat individu utuh, mencakup seluruh siklus kehidupan, sampai pada tingkat masyarakat, yang juga mencerminkan pada tidak terpenuhinya kebutuhan pada tingkat sistem organ fungsional sampai molekular. Kegiatan ini dilakukan dengan diprakarsai oleh perawat dan perawat bertanggung jawab serta bertanggung gugat atas rencana dan keputusan tindakannya.
- 2) Fungsi *Dependent*. Kegiatan ini dilaksanakn atas pesan atau intruksi orang lain.
- 3) Fungsi *Interdependent*. Fungsi ini berupa “kerja tim”, sifatnya saling ketergantungan baik dalam keperawatan maupun kesehatan (Trikaloka H. Putri dan Achmad Fanani, 2010) Dalam (Herri. 2017).

4. Hubungan Covid-19 Terhadap Beban Kerja Perawat

Jumlah pasien, kinerja, kepuasan kerja mempunyai hubungan dengan beban kerja yang signifikan, beban kerja perawat berdasarkan jumlah pasien mempunyai pengaruh terhadap kinerja perawat (Afriia Lesty *et al.*, 2017) selanjutnya, perawat yang merasa puas ataupun tidak terbebani dengan pekerjaannya, biasanya bekerja lebih keras dan menghasilkan pekerjaan yang maksimal dan lebih baik dibandingkan dengan perawat yang menangani pasien dengan jumlah banyak dengan peningkatan beban kerja yang sangat signifikan. Beban kerja yang terlalu berlebihan akan mengakibatkan stres kerja baik fisik maupun psikis dan reaksi-reaksi emosional, seperti sakit kepala, gangguan pencernaan dan mudah marah (Rino, Antonius Vanchapo., 2020). Sedangkan pada beban kerja yang terlalu sedikit dimana pekerjaan yang dilakukan karena pengulangan gerak yang dapat menimbulkan kebosanan, Manuaba 2000 (dalam paracina sari, 2013).

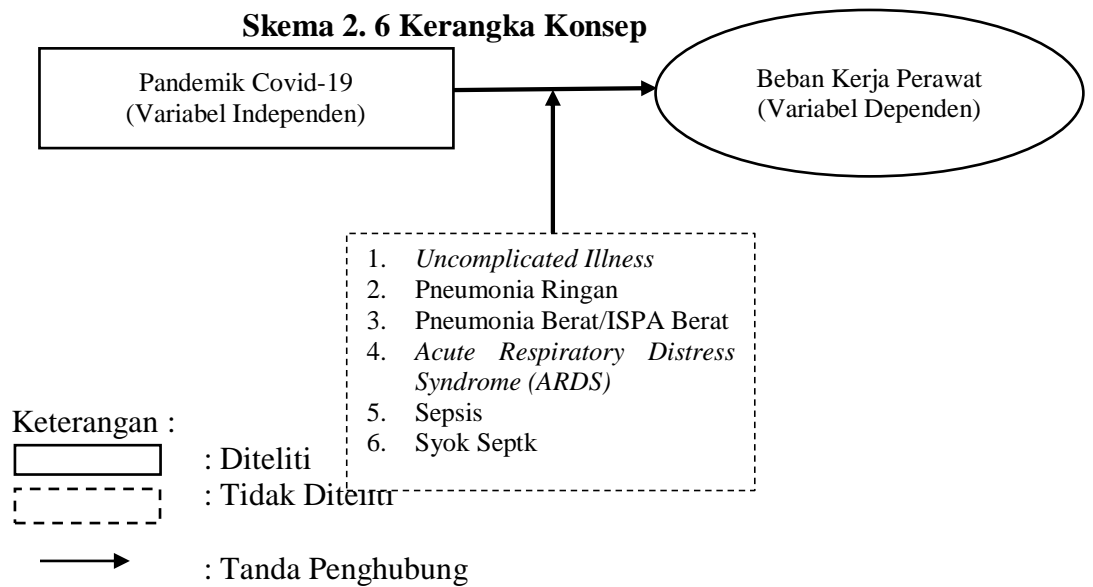
B. Kerangka Teori



C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan gambaran dan arahan asumsi mengenai variabel-variabel yang akan di teliti (Hidayat, 2010) dalam (Nova, 2015). Kerangka konsep penelitian ini terdiri dari variabel independen dan variabel dependen. Variabel Independen adalah variabel yang memengaruhi, pada penelitian ini adalah Pandemi Covid-19. Variabel Dependen adalah variabel yang dipengaruhi dan yang menjadi variabel dependen adalah beban kerja perawat. Kerangka konsep dalam proposal penelitian akan di gambarkan sebagai berikut:

Skema 2. 6 Kerangka Konsep



D. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pernyataan dalam penelitian, setiap hipotesis terdiri atas suatu unit atau bagian dari permasalahan. Berdasarkan rumusan permasalahan dan telaah kepustakaan di atas, peneliti bermaksud merumuskan hipotesis penelitian yaitu sebagai berikut (Nursalam, 2020):

Ho : Tidak ada pengaruh Pandemi Covid-19 terhadap beban kerja perawat.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah semua proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian, dalam konteks ini komponen desain dapat mencakup semua struktur penelitian yang diawali sejak ditemukannya ide sampai diperolehnya hasil penelitian (buse, dkk : 2005) dalam (Dr. Sandu Siyoto, SKM., M. Kes. dll : 2015).

Penelitian diatas menggunakan penelitian Survei Analitik dengan metode Kuantitatif melalui pendekatan *cross sectional* dimana kedua variabel dapat diukur secara bersamaan menurut keadaan pada saat penelitian.

Metode penelitian kuantitatif merupakan salah satu jenis penelitian yang spesifiknya adalah sistematis, terencana, dan terstruktur dengan jelas sejak awal hingga pembuatan desain penelitiannya (Dr. Sandu Siyoto, SKM., M. Kes. dll : 2015.).

Pendekatan *Cross Sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor dengan efek, dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) (Dr. Sandu Siyoto, SKM., M. Kes. dll. 2015).

Penelitian ini menganalisis hubungan pandemik Covid-19 dengan beban kerja perawat di Puskesmas yang dideskripsikan secara kuantitatif menggunakan data primer dan data sekunder.

B. Tahapan Penelitian

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut, karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional. Definisi pada penelitian ini ialah sebagai berikut (Nursalam, 2015):

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

Variabel Penelitian	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Pengukuran
Variabel Independen : Pandemik Covid-19	Pandemik Covid-19 adalah skala penyebaran penyakit Coronavirus (CoV) yang terjadi secara global di seluruh dunia (WHO, 2020).	Obsevasi (Rekapitul asi Data Pasien)	Penggolongan Pasien di tandai dengan :  : OTG (Orang Tanpa Gejala)  : ODP (Orang Dalam Pemantauan)  : PDP (Pasien Dalam Pemantauan)  :Positif COVID-19	Ordinal
Variabel Dependen :	Beban kerja adalah sejumlah proses	K U	Dengan Pernyataan :	Skor Ordinal

Beban Kerja Perawat	atau kegiatan yang harus di selesaikan oleh seorang yang pekerja dalam jangka waktu tertentu (Antonius, 2020 : 1).	E S I O N E R	1 = Tidak menjadi beban kerja 2 = Beban kerja ringan 3 = Beban kerja sedang 4 = Beban kerja berat
---------------------	--	---------------------------------	--

C. RuangLokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Puskemas Pakisjaya Kabupaten Karawang, karena Puskemas ini menjadi salah satu pelayanan kesehatan yang menangani covid-19. Puskemas Pakisjaya Kabupaten Karawang menerima pemeriksaan rapid test, menangani kasus-kasus Orang Dalam Pengawasan (ODP), dan merujuk Pasien Dalam Pengawasan (PDP)

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek (Misalnya, Manusia; Klien) yang memenuhi kriteria yang telah di tetapkan (Nursalam, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja di Puskemas Pakisjaya Kabupaten Karawang. Jumlah populasi pada penelitian ini adalah 13 perawat yang bekerja di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang nilai karakteristiknya diukur untuk menduga karakteristik dari populasi (Setiadi, 2013). Sampel terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian (Nursalam, 2015). Sampel penelitian ini adalah perawat yang bekerja di Puskemas Pakisjaya Kabupaten Karawang. Kriteria sampel pada penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu kriteria inklusi dan eksklusi, tujuan dibuatnya kriteria adalah untuk menentukan dapat atau tidaknya sampel tersebut digunakan dalam penelitian. Kriteria sampel dalam penelitian ialah sebagai berikut :

- a) Perawat yang bekerja di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang.
- b) Perawat yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.
- c) Perawat yang tidak dalam keadaan cuti kerja.

Sedangkan teknik sampling dalam penelitian ini nantinya ditentukan dengan menggunakan metode *total sampling* atau sampling jenuh pada perawat yang bekerja di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang. Menurut Suharsimi (Arikunto, 2010) jika subjek kecil (<100) sebaiknya diambil semua. Pada penelitian ini sampel yang digunakan yaitu sejumlah 13 perawat dan seluruhnya menjadi responden dalam penelitian.

E. Teknik Pengumpulan Data

Pengolahan data ini dapat dilakukan dengan cara manual atau elektronik atau komputerisasi serta menggunakan metode yang sudah ada atau baku (Sujarweni, 2014). Teknik pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini merujuk kepada pendapat Ghozali dalam (Umar, 2001) dalam (Faizah Arsalan, 2019), ialah sebagai berikut (Drs. Bjamil Hasim, M.Si, 2019) :

1. Editing

Editing merupakan teknik pengolahan data untuk mengecek dan menyesuaikan terhadap data penelitian untuk memudahkan proses pemberian kode dan pemrosesan data dengan teknik statistik. Setelah data terkumpul peneliti melakukan kegiatan memeriksa data ialah menjumlah dan melakukan koreksi. Sehingga peneliti yakin bahwa koesioner tersebut telah siap diolah.

2. Coding

Coding adalah kegiatan pengolahan data dengan memberikan tanda berupa angka pada jawaban dari kuesioner untuk kemudian di kelompokkan ke dalam kategori yang sama, tujuannya adalah untuk menyederhanakan jawaban. misalnya jenis kelamin untuk laki-laki diberi kode 1 dan wanita diberi kode 2. Meskipun pemberian kode dapat mempermudah pengolahan, tetapi pekerjaan ini harus dilakukan dengan seteliti mungkin karena mudah menimbulkan kesalahan dalam pemberian kode atau dalam memasukan data.

Terdapat beberapa kode yang akan digunakan dalam penelitian ini, diantaranya ialah sebagai berikut:

- a. Responden dilambangkan dengan R1, R2, R3 dan seterusnya.
- b. Karakteristik responden
 - 1) Jenis Kelamin
 - (a) 1 = Perempuan
 - (b) 2 = Laki-Laki
 - 2) Umur
 - (a) 1 = 20-35 tahun
 - (b) 2 = 35-40 tahun
 - (c) 3 = >40 tahun
 - 3) Pendidikan
 - (a) 1 = D3-KEPERAWATAN
 - (b) 2 = S1-ILMU KEPERAWATAN
 - (c) 3 = S1-ILMU KEPERAWATAN dan NERS
 - 4) Lama Kerja
 - (a) 1 = 1-5 tahun
 - (b) 2 = 5-10 tahun
 - (c) 3 = 10-20 tahun
 - (d) 4 = <20 tahun
 - 5) PELATIHAN PENGGUNAAN APD DAN PENATALAKSANAAN PASIEN INFEKSI (P_PPI)
 - (a) 1 = Pernah
 - (b) 2 = Tidak Pernah

c. Kuesioner beban kerja perawat dengan kode X1 dan kuesioner keluhan biologis beban kerja dengan kode Y1 dengan jumlah soal 1 sampai 14, yang artinya :

1) Kuesioner Beban Kerja (X1)

- a) X1.1 = Kuesioner beban kerja soal nomor 1
- b) X1.2 = Kuesioner beban kerja soal nomor 2
- c) X1.3 = Kuesioner beban kerja soal nomor 3
- d) Dst

2) Kuesioner Keluhan Biologis Beban Kerja (Y1)

- a) Y1.1 = Kuesioner Keluhan Biologis Beban Kerja soal nomor 1
- b) Y1.2 = Kuesioner Keluhan Biologis Beban Kerja soal nomor 2
- c) Y1.3 = Kuesioner Keluhan Biologis Beban Kerja soal nomor 3
- d) Dst

3. *Entry*

Jawaban-jawaban yang sudah diberi kode kategori, kemudian akan dimasukkan dalam table SPSS dan Excell untuk merekap jawaban responden.

4. *Clining*

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan. Pada tahap ini peneliti memeriksa kembali seluruh proses dan memastikan bahwa tidak ada kesalahan pada data yang akan di input. Proses ini akan berdampak pada hasil analisis penelitian yang dilakukan.

5. *Tabulating*

Tabulating adalah teknik pengolahan data dengan menyajikan data yang diperoleh dalam table-tabel, sehingga hasil penelitian dapat jelas dibaca.

6. *Processing*

Setelah teknik pengelolaan data selesai dilakukan kemudian memproses hasil pengumpulan data tersebut menggunakan program SPSS 25. Dengan menggunakan program tersebut dapat di lakukan tabulasi data.

BAB IV
BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

A. Anggaran Biaya

Justifikasi anggaran biaya ditulis dengan terperinci dan jelas dan disusun sesuai dengan format Tabel 4.1 dengan komponen sebagai berikut.

Tabel 4. 1 Anggaran Biaya Penelitian yang Diajukan

No	Jenis Pengeluaran	Biaya yang Diusulkan
1	Biaya untuk pelaksana, petugas laboratorium, pengumpul data, pengolah data, penganalisis data.	Rp2.700.000,-
2	Pembelian bahan habis pakai untuk ATK, fotocopy, surat menyurat, penyusunan laporan, cetak, penjilidan laporan, publikasi, pulsa, internet, bahan laboratorium.	Rp3.200.000,-
3	Perjalanan untuk biaya survei/sampling data, seminar, biaya akomodasi-konsumsi, transport	Rp2.000.000,-
4	Sewa untuk peralatan /ruang laboratorium, kendaraan, kebun percobaan, peralatan penunjang penelitian lainnya	Rp2.000.000,-
Jumlah		Rp9.900.000,-

B. Jadwal Penelitian

Jadwal pelaksanaan penelitian dibuat dengan tahapan yang jelas untuk 6 bulan dalam bentuk diagram batang (bar chart) seperti dalam tabel 4.2.

Tabel 4.2 Jadwal Kegiatan

No	Jenis Kegiatan	Bulan					
		1	2	3	4	5	6
1	Koordinasi Tim						
2	Identifikasi Permasalahan						
3	Studi Literatur						
4	Pengumpulan Data						
5	Evaluasi dan Analisa						
6	Penyusunan Laporan						

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Pakisjaya merupakan salah satu Puskesmas dari 46 Puskesmas yang ada di Kabupaten Karawang yang terletak kurang lebih 70 KM dari pusat pemerintahan Kabupaten.

Luas wilayah Kecamatan Pakisjaya adalah 5.560.27 Ha, yang terdiri dari daratan rendah dengan ketinggian .. meter dari permukaan laut. Pakisjaya terletak di ujung Kabupaten Karawang yang merupakan daerah pantai dan sebagian penduduknya mendiami bantaran kali citarum sehingga daerahnya termasuk daerah rawan bencana terutama bencana banjir.

Adapun batas-batas wilayah kerja Puskesmas Pakisjaya sebagai berikut :

- Sebelah Utara : Berbatasan dengan Laut Jawa
- Sebelah Selatan : Berbatasan dengan Kabupaten Bekasi
- Sebelah Barat : Berbatasan dengan Laut Jawa
- Sebelah Timur : Berbatasan dengan Puskesmas Batujaya

B. Hasil penelitian

1. Deskripsi karakteristik responden

a. Karakteristik Responden Menurut Umur

Usia perawat secara garis besar menjadi indikator dalam kedewasaan dalam sikap pengambilan keputusan yang mengacu pada setiap pengalamannya. Karakteristik seorang perawat berdasarkan umur sangat berpengaruh terhadap kinerja ataupun pengambilan keputusan dalam praktek keperawatan.

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Umur

NO	UMUR RESPONDEN	RESPONDEN (ORANG)	PRESENTASE (%)
1.	20-35 TAHUN	1	7.7%
2.	35-40 TAHUN	9	69.2%
3.	> 40 TAHUN	3	23.1%
TOTAL		13	100%

Berdasarkan tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Umur dan diagram pie chart, pada umur di dominasi oleh umur responden antara 35-40 tahun dengan jumlah responden sebanyak 9 orang (69.2%).

b. Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin

Jenis kelamin umumnya digunakan untuk membedakan seks seseorang, yaitu laki-laki atau perempuan. Data selengkapnya disajikan dalam tabel berikut :

Tabel Tabel 5. 2
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Lama Kerja

NO	LAMA KERJA	RESPONDEN (ORANG)	PRESENTASE (%)
1.	1-5 TAHUN	-	-
2.	5-10 TAHUN	1	7.7%
3.	10-20 TAHUN	12	92.3%
4.	> 20 TAHUN		
TOTAL		13	100%

(Sumber: Hasil Pengolahan Data Komputerisasi, 2020)

Berdasarkan tabel 5.2 distribusi frekuensi karakteristik responden menurut lama kerja dan diagram pie chart, distribusi responden menurut lama kerja mayoritas responden bekerja diantara 10-20 tahun yaitu 12 orang (92.3%).

c. Karakteristik Responden Menurut Pelatihan Mengenai Penggunaan APD Dan Penatalaksanaan Pasien Infeksi.

Penggunaan alat pelindung diri (APD) perlu dilakukan guna mengendalikan dan mencegah infeksi virus, terutama saat masa pandemic Covid-19. APD sangat penting digunakan oleh orang yang sering bertemu pasien COVID-19, misalnya tenaga medis di rumah sakit. Alat pelindung diri (APD) adalah seperangkat perlengkapan yang berfungsi untuk melindungi diri dari bahaya atau gangguan kesehatan tertentu, misalnya infeksi virus atau bakteri. Bila digunakan dengan benar, APD mampu menghalangi masuknya virus atau bakteri ke dalam tubuh melalui mulut, hidung, mata, atau kulit.

Guna keberhasilan pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di pelayanan kesehatan maka pelatihan mengenai penggunaan APD dan Penatalaksanaan Pasien Infeksi sangat diperlukan bagi setiap tenaga medis, khususnya perawat.

Tabel 5. 3
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Menurut Pelatihan Mengenai Penggunaan APD Dan Penatalaksanaan Pasien Infeksi.

NO	PELATIHAN PENGGUNAAN APD DAN PPI	RESPONDEN (ORANG)	PRESENTASE (%)
1.	PERNAH	13	100%
2.	TIDAK PERNAH	-	-
TOTAL		13	100%

Berdasarkan tabel dan diagram pie chart distribusi responden menurut pelatihan mengenai penggunaan APD dan Penatalaksanaan Pasien Infeksi, seluruh perawat yang bekerja di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang sudah pernah mendapatkan pelatihan mengenai penggunaan APD dan Penatalaksanaan Pasien Infeksi dimana pelatihan terkait penggunaan APD dan Penatalaksanaan Pasien Infeksi ini sangat dibutuhkan untuk penatalaksanaan penanganan pasien Covid-19 ataupun pasien dengan penyakit non infeksi dan infeksi lainnya.

2. Persentase Kejadian Covid-19 Di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang

a. Data Kejadian Covid-19 di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang

Tabel 5. 4
Presentase Kejadian COVID-19 Di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang

NO	STATUS	JUMLAH	PRESENTASE (%)
1	OTG	83	74.1
2	ODP	25	22.3
3	PDP	3	2.7
4	POSITIF	1	0.9
TOTAL		112	100%

Berdasarkan tabel 5.4 kejadian Covid-19 di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang, perbulan juni mencapai 112 orang, dan setelah dilakukan pemeriksaan rapid test didapatkan hasil pasien terbanyak yaitu berstatus OTG sebanyak 83 orang (74.1%)

b. Data Kejadian Covid-19 di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5. 5
Presentase Kejadian COVID-19 Di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang Berdasarkan Jenis Kelamin

JENIS KELAMIN	JUMLAH	PRESENTASE (%)
PEREMPUAN	49	43.8
LAKI-LAKI	63	56.2
TOTAL	112	100%

Berdasarkan tabel 5.5 Kejadian COVID-19 Di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang berdasarkan jenis kelamin, laki-laki lebih banyak terpapar Covid-19 dengan jumlah 63 orang (56.2%).

c. **Data Kejadian Covid-19 di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang Berdasarkan Usia**

Tabel 5. 6
Presentase Kejadian COVID-19 Di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang Berdasarkan Usia

USIA	JUMLAH	PRESENTASE (%)
1-20	8	7.1
20-40	78	69.6
40-60	21	18.8
60-80	5	4.5
TOTAL	112	100%

Berdasarkan tabel 5.6 Kejadian COVID-19 Di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang berdasarkan usia, usia antara 20-40 tahun rentan terpapar Covid-19 dibuktikan dengan data diatas, yakni usia antara 20-40 yang terpapar Covid-19 berjumlah 78 orang (69.6%).

3. Persepsi Responden Tentang Kuesioner Beban Kerja Perawat

Tabel 5. 7
Persepsi Responden Tentang Kuesioner Beban Kerja Perawat

NO	PERNYATAAN	1	%	2	%	3	%	4	%
1.	Melakukan observasi klien secara ketat selama jam kerja	1	7.7%	9	69.2 %	3	23.1 %	-	-
2.	Banyaknya pekerjaan yang harus dilakukan demi keselamatan klien	-	-	8	61.5 %	5	38.5 %	-	-
3.	Beragamnya jenis pekerjaan yang harus dilakukan demi keselamatan klien	1	7.7%	4	30.8 %	6	46.2 %	2	15. 4%
4.	Kontak langsung perawat dengan klien di ruangan secara terus menerus selama jam kerja	1	7.7%	6	46.2 %	4	30.8 %	2	15. 4%
5.	Kurangnya tenaga perawat di banding dengan peningkatan jumlah klien selama pandemik covid-19	-	-	-	-	2	15. 4%	11	84.6%
6.	Pengetahuan dan Keterampilan yang saya miliki tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan di ruangan	-	-	5	38.5 %	5	38.5 %	3	23.1%

7.	Harapan pimpinan tempat bekerja terhadap pelayanan yang berkualitas dan tetap optimal selama masa pandemik Covid-19	3	23.1 %	3	23.1 %	4	30.8 %	3	23.1 %
8.	Tuntutan keluarga untuk keselamatan klien	-	-	2	15.4 %	9	69.2 %	2	15.4 %
9.	Setiap saat dihadapkan pada keputusan yang tepat	-	-	5	38.5 %	5	38.5 %	3	23.1 %
10.	Tanggung jawab dalam melaksanakan perawatan klien	-	-	3	23.1 %	5	38.5 %	5	38.5 %
11.	Kondisi klien dan keluarga klien yang tidak kooperatif dengan kecemasan meningkat	-	-	2	15.8 %	3	23.1 %	8	61.5 %
12.	Tindakan penyelamatan klien	-	-	1	7.7 %	8	61.5 %	4	30.8 %
13.	Penggunaan APD selama jam kerja dan keterbatasan APD	2	15.4 %	4	30.8 %	4	30.8 %	3	23.1 %
14.	Memburuknya kondisi klien secara tiba-tiba	-	-	1	7.7 %	1	7.7 %	11	84.6 %

Berdasarkan tabel 5.7 Persepsi Responden Tentang Kuesioner Beban Kerja Perawat diatas sebagian besar dari jumlah responden mengalami beban kerja berat, dengan memberikan jawaban dari pernyataan beban kerja berat (75-100%) sebanyak 3 item, diantaranya Kurangnya tenaga perawat di banding dengan peningkatan jumlah klien selama pandemik covid-19 (84.6%), Kondisi klien dan keluarga klien yang tidak kooperatif dengan kecemasan meningkat (61.5%), dan Memburuknya kondisi klien secara tiba-tiba (84.6%), beberapa kondisi dapat menimbulkan beban kerja bagi perawat di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang.

4. Persepsi Responden Tentang Kuesioner Keluhan Biologis Beban Kerja Perawat

Tabel 5.8
Persepsi Responden Tentang Kuesioner Keluhan Biologis Beban Kerja Perawat

KELUHAN BIOLOGIS		1	%	2	%	3	%	4	%
1.	Merasa otot kaku saat/setelah bekerja (kaku leher)	-	-	2	15.4 %	3	23.1 %	8	61.5 %
2.	Merasa frekuensi pernapasan meningkat	1	7.7 %	9	69.2 %	3	23.1 %	-	-
3.	Merasa denyut nadi meningkat	1	7.7 %	9	69.2 %	3	23.1 %	-	-
4.	Kehilangan nafsu makan	-	-	3	23.1 %	3	23.1 %	1	53.8 %

5.	Perut terasa mulas, tegang, dan kembung	1	7.7%	9	69.2 %	2	15.4 %	1	7.7%
6.	Tangan terasa capek dan berkeringat	-	-	-	-	1	7.7%	12	92.3 %
7.	Betis terasa pegal dan kaku	-	-	-	-	4	30.8 %	9	69.2 %
8.	Nyeri punggung/pinggang	-	-	3	23.1 %	10	76.9 %	-	-
9.	Mulut terasa kering setelah/saat bekerja	-	-	-	-	4	30.8 %	9	69.2 %
10.	Merasa tertekan karena pekerjaan yang meningkat selama masa pandemik Covid-19	-	-	4	30.8 %	5	38.5 %	4	30.8 %
11.	Merasa kehilangan konsentrasi atau konsentrasi menurun	-	-	3	23.1 %	10	76.9 %	-	-
12.	Kecewa/putus asa dalam pekerjaan	-	-	8	61.5 %	5	38.5 %	-	-
13.	Merasa jenuh dalam bekerja	-	-	12	92.3 %	1	7.7%	-	-
14.	Bingung dan cemas dalam menghadapi pekerjaan	-	-	5	38.5 %	8	61.5 %	-	-

Berdasarkan tabel 5.8 Persepsi Responden Tentang Kuesioner Keluhan Biologis Beban Kerja Perawat diatas sebagian besar dari jumlah responden terkadang mengalami keluhan biologis beban kerja, diantaranya merasa otot kaku saat/setelah bekerja (kaku leher) (61.5%), merasa frekuensi pernapasan meningkat (69.2%), merasa denyut nadi meningkat (69.2%), Perut terasa mulas, tegang, dan kembung (69.2%), tangan capek dan berkeringat (92.3%), nyeri punggung/pinggang (76.9%), merasa kehilangan konsentras atau konsentrasi menurun (76.9%), kecewa/putus asa dalam pekerjaan (61.5%), merasa jenuh dalam bekerja (92.3%), bingung dan cemas dalam menghadapi pekerjaan (61.5%).

Data yang sudah diolah dan ditampilkan dalam tabel akan dilakukan analisa data agar tidak terjadi salah tafsir. Dalam penelitian ini akan dilakukan analisa univariat dan bivariat, untuk pemaparannya ialah sebagai berikut :

1. Analisa Univariat

Analisa Univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisa ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010), yaitu Variabel Pandemi Covid-19 dan Beban Kerja. Dimana untuk melakukan analisa akan dilakukan berdasarkan dari hasil pernyataan responden pada masing-masing pertanyaan di setiap item pertanyaan pada kuesioner, yang dapat diuraikan sebagai berikut :

a) Tanggapan Responden Mengenai Kuesioner Beban Kerja.

Beban kerja adalah sejumlah proses atau kegiatan yang harus di selesaikan oleh seseorang yang pekerja dalam jangka waktu tertentu. Apabila seorang pekerja mampu

menyelesaikan dan menyesuaikan diri terhadap sejumlah tugas yang diberikan maka hal tersebut tidak menjadi suatu beban kerja. Namun, jika pekerja tidak berhasil maka tugas dan kegiatan tersebut menjadi suatu beban kerja (Rino, Antonius Vanchapo., 2020).

Menurut UU Kesehatan No. 36 tahun 2009, pengertian Beban Kerja adalah besaran pekerjaan yang harus dipikul oleh suatu jabatan/unit organisasi dan merupakan hasil kali antara jumlah pekerjaan dengan waktu.

Pengukuran beban kerja diartikan sebagai suatu teknik untuk mendapatkan informasi tentang efisiensi dan efektivitas kerja suatu unit organisasi atau pemegang jabatan yang dilakukan secara sistematis dengan menggunakan teknik penyebaran instrumen/kuesioner berbentuk pernyataan mengenai beban kerja dan hasil dari kuesioner tersebut dapat dilihat pada tabel sebagai berikut

Tabel 5.9
Tanggapan Responden Mengenai Kuesioner Beban Kerja

NO	BEBAN KERJA	JUMLAH	PRESENTASE (%)
1	TIDAK MENJADI BEBAN KERJA	-	-
2	BEBAN KERJA RINGAN	-	-
3	BEBAN KERJA SEDANG	4	30.8
4	BEBAN KERJA BERAT	9	69.2
TOTAL		13	100%

Berdasarkan tabel 5.9 tanggapan responden mengenai beban kerja, diperoleh jawaban responden bahwa beban kerja yang dirasakan di dominasi oleh jawaban beban kerja berat yaitu sebanyak 9 orang atau sebesar 69.2%.

Selain itu berdasarkan tabel 4.10 persepsi responden tentang kuesioner beban kerja perawat diatas sebagian besar dari jumlah responden mengalami beban kerja berat, dengan memberikan jawaban dari pernyataan beban kerja berat (75-100%) sebanyak 3 item, diantaranya Kurangnya tenaga perawat di banding dengan peningkatan jumlah klien selama pandemik covid-19 (84.6%), Kondisi klien dan keluarga klien yang tidak kooperatif dengan kecemasan meningkat (61.5%), dan Memburuknya kondisi klien secara tiba-tiba (84.6%), beberapa kondisi dapat menimbulkan beban kerja bagi perawat di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang. Dengan beberapa kondisi tersebut menyebabkan terjadinya peningkatan beban kerja yang akan berpengaruh dengan kinerja perawat di tempat kerja.

Gian (2012) dalam (Aditiya Puspanegara, 2018) mengatakan bahwa bahwa faktor- faktor yang mempengaruhi beban kerja adalah jumlah pasien yang dirawat/hari/bulan/tahun dalam suatu unit, kondisi penyakit atau tingkat ketergantungan pasien, rata-rata hari perawatan pasien. Selain mempunyai penyebab, beban kerja perawat juga mempunyai dampak ketika tuntutan melebihi kapasitas dari atasan untuk memenuhi tuntutan tersebut secara memadai. Beberapa hasil penelitian yang berkaitan dengan beban kerja yaitu hasil penelitian yang dilakukan oleh (Trisna, 2007) dalam (Aditiya Puspanegara, 2018) di rumah sakit Haji Jakarta. Didapatkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja adalah jumlah pasien yang dirawat, jumlah perawat yang bertugas, dan banyaknya aktivitas keperawatan langsung dan tidak langsung.

Hal ini juga terjadi pada hasil penelitian (Luh *et al.*, n.d) di Ruang Intermediet RSUP Sanglah bahwa Beban kerja perawat dipengaruhi oleh banyaknya pasien yang masuk dalam satu hari dan kondisi pasien atau tingkat ketergantungan pasien. Dari hasil penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa beban kerja disuatu pelayanan kesehatan tidak bisa disamaratakan karena setiap pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit, Puskesmas ataupun Klinik dan pelayanan kesehatan lainnya mempunyai karakteristik yang berbeda sehingga setiap pelayanan kesehatan sebaiknya menghitung beban kerja untuk memperbaiki atau meningkatkan kualitas.

b) Tanggapan Responden Mengenai Kuesioner Keluhan Biologis Beban Kerja

Perawat memiliki aktifitas yang bervariasi dalam pelayanan kesehatan, bukan hanya memberikan edukasi kesehatan ataupun asuhan keperawatan tapi masih banyak hal yang dilakukan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan. Adanya beban kerja yang di miliki perawat sering kali memunculkan beberapa keluhan biologis yang merupakan tanda dari adanya beban kerja berlebih. Berdasarkan kondisi tersebut peneliti pun melakukan penelitian mengenai keluhan biologis melalui penyebaran kuesioner kepada perawat di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang, kemudian untuk hasilnya dapat dilihat dari tabel berikut ini :

Tabel 5.10
Tanggapan Responden Mengenai Kuesioner Keluhan Biologis Beban Kerjaper

NO	KELUHAN BIOLOGIS BEBAN KERJA	JUMLAH	PRESENTASE (%)
1	TIDAK PERNAH	-	-
2	KADANG-KADANG	-	-
3	SERING	4	30.8
4	SELALU	9	69.2
TOTAL		13	100%

Berdasarkan tabel diatas 5.10 tanggapan responden mengenai keluhan biologis beban kerja, diperoleh jawaban responden bahwa keluhan biologis yang dirasakan di dominasi oleh jawaban selalu yaitu sebanyak 9 orang atau sebesar 69.2%. Persepsi responden tentang kuesioner keluhan biologis beban kerja perawat diatas sebagian besar dari jumlah responden terkadang mengalami keluhan biologis beban kerja, diantaranya merasa otot kaku saat/setelah bekerja (kaku leher) (61.5%), merasa frekuensi pernapasan meningkat (69.2%), merasa denyut nadi meningkat (69.2%), Perut terasa mulas, tegang, dan kembung (69.2%), tangan capek dan berkeringat (92.3%), nyeri punggung/pinggang (76.9%), merasa kehilangan konsentras atau konsentrasi menurun (76.9%), kecewa/putus asa dalam pekerjaan (61.5%), merasa jenuh dalam bekerja (92.3%), bingung dan cemas dalam menghadapi pekerjaan (61.5%).

(Yifan *et al.*, 2020) melakukan penelitian pada perawat ruang ICU di Rumah Sakit pusat penanganan Covid-19 di Wuhan, peneliti menyampaikan perawat yang memiliki beban kerja beresiko tinggi mengalami gangguan gejala somatik (SSD). Gejala yang paling sering dialami saat beban kerja berlebih ialah ketidaknyamanan dada, dyspnea, pusing, berkeringat, dan nyeri pinggang, selain itu penggunaan APD juga dapat memicu gejala-gejala yang dirasakan, ketidaknyamanan pribadi ataupun lingkungan pun dapat memicu keluhan biologis beban kerja pada perawat.

Dari hasil penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa beban kerja yang dirasakan perawat dapat menimbulkan beberapa keluhan biologis seperti

diantaranya merasa otot kaku saat/setelah bekerja (kaku leher) (61.5%), merasa frekuensi pernapasan meningkat (69.2%), merasa denyut nadi meningkat (69.2%), Perut terasa mulas, tegang, dan kembung (69.2%), tangan capek dan berkeringat (92.3%), nyeri punggung/pinggang (76.9%), merasa kehilangan konsentrasi atau konsentrasi menurun (76.9%), kecewa/putus asa dalam pekerjaan (61.5%), merasa jenuh dalam bekerja (92.3%), bingung dan cemas dalam menghadapi pekerjaan (61.5%).

Beberapa individu memiliki respon berbeda namun beberapa gejala itu tanpa sadar dirasakan dan muncul saat adanya beban kerja berlebih bagi perawat, dengan aktifitas yang berbeda di setiap unit pelayanan kesehatan akan menimbulkan beban kerja yang berbeda juga bagi setiap individu.

C. Pembahasan hasil

Pembahasan hasil penelitian ini dilakukan untuk menganalisis hubungan Pandemi Covid-19 dengan Beban Kerja Perawat di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang. Dalam melakukan penelitian di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang dilakukan melalui penyebaran kuesioner kepada 13 orang perawat yang bekerja di Puskesmas Pakisjaya dan melihat data kejadian/jumlah pasien Covid-19 di Puskesmas Pakisjaya.

Berdasarkan hasil penyebaran kuesioner dan telah dilakukan analisa data dapat disimpulkan bahwa peningkatan jumlah pasien selama masa pandemik dapat meningkatkan beban kerja perawat. Pembahasan terkait hubungan keduanya akan disajikan hasil pembahasan penelitian sebagai berikut :

1. Pandemi Covid-19

Pandemik di definisikan sebagai epidemik yang terjadi di semua daerah di dunia, ataupun ditempat yang amat luas, melintasi batasan internasional. *Center For Disease Control and Prevention (CDC)* Amerika Serikat mencatat, pandemik merupakan epidemik yang menyebar ke beberapa Negara maupun daratan serta memberi pengaruh terhadap warga dalam jumlah yang besar.

Berdasarkan tabel 4.7 kejadian Covid-19 di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang, perbulan juni mencapai 112 orang, dan setelah dilakukan pemeriksaan rapid test didapatkan hasil pasien yang berstatus OTG sebanyak 83 orang (74.1%), kemudian selanjutnya pasien berstatus ODP 25 orang (22.3%), pasien PDP sebanyak 3 orang (2.7%) dan pasien yang berstatus positif 1 orang (0.9%). Kasus Covid-19 di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang di dominasi oleh jenis kelamin laki-laki dengan jumlah 63 orang (56.2%) dengan rata-rata usia pasien yaitu 20-40 tahun dengan jumlah 78 orang (69.6%). Dengan data tersebut angkat kejadian Covid di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang cukup tinggi, dan angka tersebut membuat beberapa titik di Kabupaten Karawang menjadi zona merah, termasuk desa Pakisjaya Kabupaten Karawang.

2. Beban Kerja

Hasil analisa mengenai persepsi jawaban responden terkait beban kerja perawat yang dilakukan di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang, terlihat bahwa beban kerja bagi tenaga perawat

masih menjadi permasalahan dalam proses kerja terutama saat masa pandemik seperti ini. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor atau penyebab sehingga terjadinya beban kerja.

Berdasarkan tabel 4.10 Persepsi Responden Tentang Kuesioner Beban Kerja Perawat diatas yang diberikan kepada 13 responden (100%), sebagian besar dari jumlah responden mengalami beban kerja berat. Berdasarkan tabel 4.12 tanggapan responden mengenai beban kerja, diperoleh jawaban responden yang mengalami beban kerja berat yaitu sebanyak 9 orang (69.2%), beban kerja berat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya kurangnya tenaga perawat di banding dengan peningkatan jumlah klien selama pandemik covid-19 (84.6%), kondisi klien dan keluarga klien yang tidak kooperatif dengan kecemasan meningkat (61.5%), dan memburuknya kondisi klien secara tiba-tiba (84.6%), selain itu melakukan observasi klien secara ketat selama jam kerja (69.2%) juga dapat menjadi beban kerja bagi perawat di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang.

(Aditiya Puspanegara, 2018) Menyampaikan bahwa jumlah pasien sangat mempengaruhi beban kerja perawat Berdasarkan data diatas sudah sangat jelas bahwa jumlah pasien sangat mempengaruhi beban kerja perawat, hal tersebut diungkapkan oleh Gillies (1994) dalam Gian (2012) yang mengatakan bahwa bahwa “faktor- faktor yang mempengaruhi beban kerja adalah jumlah pasien yang dirawat/hari/bulan/tahun dalam suatu unit, kondisi penyakit atau tingkat ketergantungan pasien, rata-rata hari perawatan pasien”. Selain mempunyai penyebab, beban kerja perawat juga mempunyai dampak ketika tuntutan melebihi kapasitas dari atasan untuk memenuhi tuntutan tersebut secara memadai. Beban kerja yang terlalu sedikit juga dapat menyebabkan stres kerja. Karena beban kerja yang terlalu sedikit dimana pekerjaan yang terjadi karena pengulangan gerak menimbulkan kebosanan dan rasa monoton.

(Afriia Lesty *et al.*, 2017) Beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktifitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di suatu pelayanan keperawatan. Faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja adalah jumlah pasien yang masuk tiap unit, tingkat ketergantungan pasien, jenis tindakan keperawatan yang diperlukan klien, rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk memberikan tindakan perawatan. Fenomena yang terjadi terkait dengan beban kerja di beberapa Negara adalah kebanyakan perawat tidak bekerja sesuai dengan standar praktek keperawatan. Fenomena seperti ini masih terjadi di Indonesia, dan pada akhirnya akan berpengaruh pada kualitas kinerja perawat.

Jumlah pasien mempunyai hubungan yang sangat signifikan dan berpengaruh terhadap kinerja perawat. Pola hubungannya bersifat positif yaitu semakin tinggi jumlah pasien maka kinerjanya semakin baik. Hal ini tidak sesuai dengan teori yaitu jumlah pasien yang tinggi akan menimbulkan stress yang tinggi sehingga perawat akan kesulitan untuk mempertahankan standar kinerjanya. Hal ini terjadi karena banyaknya volume pekerjaan yang harus dilakukan perawat ditunjang

BOR yang tinggi di IRNA. Keadaan seperti ini sebenarnya kurang bagus karena menyebabkan stres fisik maupun mental, yaitu kemungkinan perawat menjadi stres karena dengan banyaknya pasien berarti beban kerja juga meningkat.

3. Keluhan Biologis Beban Kerja Perawat

Hasil analisa mengenai persepsi jawaban responden terkait keluhan biologis beban kerja perawat yang dilakukan di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang, terlihat bahwa sebagian responden mengalami keluhan biologis beban kerja. Adanya peningkatan beban kerja selama Pandemi Covid-19 ini juga memunculkan keluhan biologis beban kerja perawat yang bekerja di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang

Berdasarkan tabel diatas 4.13 tanggapan responden mengenai keluhan biologis beban kerja, diperoleh jawaban responden bahwa keluhan biologis yang dirasakan di dominasi oleh jawaban selalu yaitu sebanyak 9 orang atau sebesar 69.2%.

Keluhan biologis yang dirasakan diantaranya ialah, merasa otot kaku saat/setelah bekerja (kaku leher) (61.5%), merasa frekuensi pernapasan meningkat (69.2%), merasa denyut nadi meningkat (69.2%), Perut terasa mulas, tegang, dan kembung (69.2%), tangan capek dan berkeringat (92.3%), nyeri punggung/pinggang (76.9%), merasa kehilangan konsentrasi atau konsentrasi menurun (76.9%), kecewa/putus asa dalam pekerjaan (61.5%), bahkan beberapa merasa jenuh dalam bekerja (92.3%), serta bingung dan cemas dalam menghadapi pekerjaannya (61.5%). Beberapa gejala yang ada merupakan keluhan biologis yang dirasakan saat adanya beban kerja pada perawat.

Schuler (1999) dalam Harnadini (2012) menyatakan bahwa keluhan biologis/kelelahan kerja (*job burnout*) adalah sejenis stress yang banyak dialami oleh orang-orang yang bekerja dalam pekerjaan-pekerjaan pelayanan terhadap manusia lainnya seperti perawat kesehatan, transportasi, kepolisian, dan sebagainya. Kelelahan kerja akan menurunkan kinerja dan menambah tingkat kesalahan kerja (Rahadhi *et al.*, 2018).

(Rahadhi *et al.*, 2018) dalam hasil penelitiannya terhadap perawat IGD RSUD Puri Asih Salatiga menunjukkan bahwa beban kerja mental, kelelahan kerja dan tingkat kantuk berpengaruh positif secara simultan terhadap penurunan tingkat kewaspadaan untuk ketiga *shift* kerja, sedangkan variabel kelelahan kerja merupakan variabel yang paling dominan berpengaruh positif secara individual terhadap penurunan tingkat kewaspadaan di ketiga *shift* kerja.

(Luh *et al.*, n.d) melakukan penelitian tentang hubungan beban kerja terhadap *burnout syndrome* pada perawat pelaksana ruang intermediet rsup sanglah. Hasil analisis yang didapatkan adalah terdapat hubungan yang signifikan antara beban kerja dengan *burnout syndrome*. Beban kerja perawat dipengaruhi oleh banyaknya pasien yang masuk dalam satu hari dan kondisi pasien atau tingkat ketergantungan pasien. Hal ini didukung oleh teori yang dikemukakan

oleh Gillies (1998) yang menyatakan bahwa komponen yang mempengaruhi beban kerja perawat antara lain banyaknya pasien yang masuk ke dalam satu unit perawatan per hari, perbulan serta per tahun, kondisi pasien dalam satu unit perawatan atau tingkat ketergantungan pasien, rata-rata pasien yang menginap dalam sehari, tindakan keperawatan yang dilakukan perawat, frekuensi masing-masing tindakan keperawatan dan waktu yang diperlukan untuk melakukan tindakan keperawatan.

Ruang MS dan Ruang Ratna memiliki kapasitas pasien yang cukup banyak. Ruang MS mampu menampung 34 pasien dan Ruang Ratna mampu menampung 38 pasien. Banyaknya pasien yang masuk setiap hari berdampak pada meningkatnya beban kerja perawat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hariyono, dkk (2009) berjudul “Hubungan antara Beban Kerja, Stres Kerja dan Tingkat Konflik dengan Kelelahan Kerja Perawat di Rumah Sakit Islam Yogyakarta PDHI Kota Yogyakarta” dengan metode penelitian survei analitik dengan tujuan untuk mengetahui hubungan antara beban kerja, stres kerja dan tingkat konflik terhadap kelelahan kerja. Penelitian ini menunjukkan hasil yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara beban kerja terhadap kelelahan kerja dengan *p value* 0,000. (Ni Luh).

4. Hubungan Pandemi Covid-19 Dengan Beban Kerja Perawat di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang

Hasil analisis rekapitulasi data kejadian Covid-19 di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang terdapat 112 kasus covid-19 dengan jumlah pasien OTG berjumlah 83 orang (74.1%), pasien ODP berjumlah 25 orang (2.3%), pasien PDP berjumlah 3 orang (2.7%) dan positif 1 orang (0.9%).

Berdasarkan tabel 4.10 persepsi responden tentang beban kerja perawat menunjukkan sebagian besar dari jumlah responden, yaitu sebanyak 9 orang mengalami beban kerja berat, dengan memberikan jawaban dari pernyataan beban kerja berat (75-100%) diantaranya kurangnya tenaga perawat di banding dengan peningkatan jumlah klien selama pandemi covid-19 (84.6%), kondisi klien dan keluarga klien yang tidak kooperatif dengan kecemasan meningkat (61.5%), dan memburuknya kondisi klien secara tiba-tiba (84.6%), selain itu melakukan observasi klien secara ketat selama jam kerja (69.2%) juga dapat menjadi beban kerja bagi perawat di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang.

Dengan adanya beban kerja pada perawat dapat memunculkan keluhan/gejala biologis, dan berdasarkan Berdasarkan tabel 4.11 Persepsi Responden Tentang Kuesioner Keluhan Biologis Beban Kerja Perawat di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang sebagian besar dari jumlah responden terkadang mengalami keluhan biologis beban kerja, diantaranya merasa otot kaku saat/setelah bekerja (kaku leher) (61.5%), merasa frekuensi pernapasan meningkat (69.2%), merasa denyut nadi meningkat (69.2%), Perut terasa mulas, tegang, dan kembung (69.2%), tangan capek dan berkeringat (92.3%), nyeri

punggung/pinggang (76.9%), merasa kehilangan konsentras atau konsentrasi menurun (76.9%), kecewa/putus asa dalam pekerjaan (61.5%), merasa jenuh dalam bekerja (92.3%), bingung dan cemas dalam menghadapi pekerjaan (61.5%).

Setelah dilakukan perhitungan statistik dengan uji *Chi Square*, didapatkan *hasil p value* sebesar 0,000 maka *p value* < 0.05 dapat ditarik kesimpulan H_0 ditolak dan H_a diterima, yang artinya terdapat hubungan antara keluhan biologis beban kerja dengan beban kerja perawat selama Pandemi Covid-19.

Dengan adanya beban kerja perawat dan beberapa keluhan biologis yang dirasakan berpengaruh pada jumlah tenaga/SDM yang ada, dan kondisi pandemik seperti ini selain memunculkan beban kerja berlebih karena semakin meningkatnya aktifitas atau beban kerja perawat, jumlah tenaga/SDM pun menjadi salah satu perhatian penting untuk mengoptimalkan beban kerja perawat yang ada dilapangan.

Berdasarkan tabel 4.20 diketahui bahwa Rasio *WISN* kebutuhan perawat di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang sebesar 0.86, dimana memiliki arti jumlah tenaga perawat saat ini di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang lebih kecil dibandingkan dengan kebutuhan SDM yang dibutuhkan untuk menyelesaikan beban kerja yang ada. Maka untuk mencapai keadaan seimbang dibutuhkan penambahan jumlah tenaga perawat di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang sebanyak 2 orang, karena untuk menyeimbangi beban kerja yang ada, jumlah perawat di Puskesmas Pakisjaya saat ini sebanyak 13 orang dan untuk menyelesaikan beban kerja yang ada seharusnya dibutuhkan sebanyak 15 orang perawat. Dengan adanya jumlah SDM yang seimbang maka beban kerja pun tidak akan terjadi peningkatan dan tidak ada keluhan biologis yang dirasakan selama menyelesaikan pekerjaan.

(Wu *et al.*, 2020) Menyampaikan Negara-negara pandemik akan terkena dampak pada dokter dan perawat. Dokter dan perawat berada di bawah tekanan kondisi beban kerja yang berat dan beresiko tinggi terhadap infeksi. Jumlah tahunan pengalaman kerja, jumlah jam kerja perminggu, frekuensi pekerjaan, dan jumlah personil dalam tim atau praktek seseorang dapat berkaitan dengan kelelahan atau beban kerja. Kondisi pandemik Covid-19 juga menyebabkan kelelahan dalam waktu yang lama dibanding sebelum terjadinya pandemik Covid-19. Perawat yang bekerja merasa kurang kendali atas kebijakan dan prosedur baru yang diberlakukan untuk staf, kondisi pasien yang butuh perawatan intensif juga menjadi salah satu faktornya. Perawat yang bekerja di garis depan penanganan Covid-19 tidak hanya berada pada lingkungan yang berbeda, tetapi juga berlatih di lingkungan yang tegang.

(Yifan *et al.*, 2020) Menyampaikan perawat beresiko tinggi mengalami gangguan gejala somatik (SSD). Perawat yang bekerja untuk penanganan Covid-19 menunjukkan gejala somatik seperti ketidaknyamanan dada dan palpitasi, dyspnea, mual, sakit kepala, pusing, kelelahan, nyeri pinggang. Gejala tersebut dirasakan karena adanya stress yang disebabkan oleh beban kerja baik lingkungan

ataupun pribadi. Kejadian tidak sengaja saat penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), seperti terjatuhnya kaca mata pelindung ataupun penggunaan masker yang tidak pas juga dapat membahayakan kesehatan fisik atau mental perawat.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dikemukakan sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan dari hasil analisis secara keseluruhan yaitu sebagai berikut :

1. Dari hasil rekapitulasi data kejadian Covid-19 di Puskesmas Pakisjaya, data kejadian cukup tinggi walaupun yang positif Covid-19 hanya satu pasien hanya saja untuk kasus Orang Tanpa Gejala(OTG), Orang Dalam Pemantauan (ODP) dan Pasien Dalam Pemantauan (PDP) cukup tinggi, selain itu ada pasien yang meninggal akibat Covid-19 di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang. Selama masa pandemic ini peningkatan jumlah pasien juga cukup signifikan yaitu diperkirakan + 30 kunjungan pasien disetiap harinya, dan selama masa pandemik beban kerja perawat pun meningkat.
2. Dari hasil olah data menggunakan *Chi Square* dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara beban kerja dengan keluhan biologis beban kerja. Dengan adanya beban kerja yang meningkat, secara tidak langsung membuat tubuh merasakan keluhan-keluhan biologis seperti yang sudah dipaparkan pada tabel tabel 4.12 Tanggapan Responden Mengenai Kuesioner Beban Kerja dan tabel 4.13 Tanggapan Responden Mengenai Kuesioner Keluhan Biologis Beban Kerja.
3. Dari hasil analisis beban kerja dengan menggunakan metode *Workload Indicator Staff Need* Berdasarkan tabel perhitungan diatas, diketahui bahwa Rasio WISN kebutuhan perawat di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang sebesar 0.86, dimana memiliki arti jumlah tenaga perawat saat ini di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang lebih kecil dibandingkan dengan kebutuhan SDM yang dibutuhkan untuk menyelesaikan beban kerja yang ada. Maka untuk mencapai keadaan seimbang dibutuhkan penambahan jumlah tenaga perawat di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang sebanyak 2 orang, karena untuk menyeimbangi beban kerja yang ada, jumlah perawat di Puskesmas Pakisjaya saat ini sebanyak 13 orang dan untuk menyelesaikan beban kerja yang ada seharusnya dibutuhkan sebanyak 15 orang perawat.

B. Saran

Adapun saran-saran yang dapat penulis sampaikan secara rinci, sehingga dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan bagi beberapa pihak diantaranya ialah sebagai berikut :

1. Bagi Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang
 - a. Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan pertimbangan penambahan tenaga staff keperawatan sesuai perhitungan analisis beban kerja, yaitu sejumlah 2 orang.
 - b. Diharapkan agar hasil penelitian ini dapat menjadi acuan untuk mengadakan analisis beban kerja di unit lain sebagai evaluasi atas ketersediaan sumber daya manusia yang dimiliki dan

dilakukan berkala guna mendapatkan jumlah kebutuhan tenaga yang rasional serta memantau kegiatan produktif kerja di unit tersebut.

2. Bagi Peneliti

Diharapkan penelitian ini memberikan acuan bagi penelitian selanjutnya. Terutama bagi peneliti yang akan meneliti seputar beban kerja perawat selama masa Pandemi Covid-19.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditiya Puspanegara (2018) “Pengaruh Tingkat Ketergantungan Pasien Terhadap Beban Kerja Perawat RSPI Prof Dr. Sulianti Saroso,hal 46-51
- Afriia Lesty, R. *et al.* (2017) “Hubungan beban kerja perawat dengan kinerja perawat di bangsal instalasi rawat inap rsud mardi waluyo kota blitar,” 1(1), hal. 43–50.
- Bnpb, K. *et al.* (tanpa tanggal) “Gugus tugas percepatan penanganan covid-19 1,” hal. 1–39.
- Citra, W. *et al.* (2017) “Dasar-dasar Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas),” hal. 8.
- Dr. Ir. H Sri Wiwoho Mudjanarko, S. T., M. T. I. R. U. N. (UN) S. (tanpa tanggal) “Pandemik Covid-19 Persoalan dan Refleksi di Indonesia.”
- Dr. Sandu Siyoto, SKM., M. Kes. dll. 2015. *Dasar Metodologi Penelitian. Literasi Media Publishing. Kediri* (tanpa tanggal).
- dr. Slamet, MHP, dr. Bratasema, dr. Nani Rizkiyati, D. (2013) “Pedoman Surveilans dan Respon Kesiapsiagaan Menghadapi Middle East Respiratory Syndrome Corona Virus (Mers-CoV)”
- Drs. Bjamil Hasim, M.Si, 2019 (tanpa tanggal) “Pengaruh Kepemimpinan, Motivasi dan Iklim Kerja Terhadap Kinerja Pegawai Pada Dinas Kesejahteraan Sosial Kabupaten Biak Numfor.”
- Dunn, A. M. *et al.* (2011) “Metode Penugasan Dalam Keperawatan,” *Proceedings of the 20th USENIX Security Symposium*, hal. 395–410.
- Ekawati, A. (2018) “The Analysis of Workload and Need of Nurse With Wisn Method in Inpatient Room in Hospital X in Yogyakarta,” 7(April), hal. 69–75. doi: 10.18196/jmmr.7158.
- Erlina Burhan, D. (2020) *Diagnosis dan Penatalaksanaan Pneumonia dan Covid-19 di Indonesia.*
- Huang, X. *et al.* (2020) “IRANIAN Epidemiology and Clinical Characteristics of COVID-19,” *Academy of Medical Sciences of the I.R. Iran*, 23(4), hal. 268–271. doi: 10.34172/aim.2020.09.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020) “Pedoman Kesiapsiagaan Menghadapi Coronavirus Disease (COVID-19),” *Direkorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit*, hal. 1–88.
- Luh, N. *et al.* (tanpa tanggal) “Hubungan Beban Kerja Terhadap Burnout Syndrme Pada Perawat Pelaksana Ruang Intermediet RSUP Sanglah, hal 87-92
- Macphee, M., Dahinten, V. S. dan Havaei, F. (2017) “administrative sciences The Impact of Heavy Perceived Nurse Workloads on Patient and Nurse Outcomes,” hal. 1–17. doi: 10.3390/admsci7010007.
- Nursalam, 2015 (tanpa tanggal) “Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis.”
- Permenkes (2013) “Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia No 17 Tahun 013,” *Jurnal Teknologi*, 1(1), hal. 69–73. doi: 10.11113/jt.v56.60.
- Rahadhi, A. *et al.* (2018) “Pengaruh Beban Kerja Mental , Kelelahan Kerja , Dan Tingkat Kantuk Terhadap Penurunan Tingkat Kewaspadaan Perawat (Studi Kasus Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Puri Asih , Salatiga).”
- Report, S. (2020) “Coronavirus disease 2019 (COVID-19),” 2019(April).
- Rino, Antonius Vanchapo., S. K. M. K. (tanpa tanggal) “Beban Kerja dan Stres Kerja.”

- Rohmat Dwi Romadhoni, W. J. P. (2016) “Beban Kerja Obyektif Tenaga Perawat Di Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit,” 4, hal. 57–66.
- Sitanggang, R. *et al.* (2017) “Hubungan beban kerja perawat dengan penerapan keselamatan pasien di rumah sakit.”
- Taufan, M., Putra, P. dan Prihatsanti, U. (2016) “Hubungan Antara Beban Kerja Dengan Intensi Turnover Pada Karyawan Di Pt. ‘X,’” *Empati*, 5(2), hal. 303–307.
- Trisa Gusti, 2018 (2018) “Hubungan Antara Karakteristik Perawat, Gaya Kepemimpinan Dan Fasilitas Dengan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Ajibarang, Trisa Gesti Purnawati, Fakultas Ilmu Kesehatan UMP, Mojokerto 2018,” hal. 15–35.
- Ugiana, P. *et al.* (2018) “Analisis Hubungan antara Variabel Kategori dengan STATCAL, SPSS dan Minitab.”
- Vigih Hery Kristanto (tanpa tanggal) “Metodelogi Penelitian Pedoman Penulisan Karya Tulis Ilmiah (KTI) Untuk Program Farmasi.”
- Wu, Y. *et al.* (2020) “A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the front lines and usual wards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China,” *Journal of Pain and Symptom Management*. American Academy of Hospice and Palliative Medicine. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.008.
- Yanti, R. dan Warsito, B. (2013) “Hubungan Karakteristik Perawat, Motivasi, Dan Supervisi Dengan Kualitas Dokumentasi Proses Asuhan Keperawatan,” *Jurnal Manajemen Keperawatan*, 1(2), hal. 111695.
- Yifan, T. *et al.* (2020) “Symptom Cluster of ICU nurses treating COVID-19 pneumonia patients in Wuhan, China,” *Journal of Pain and Symptom Management*. American Academy of Hospice and Palliative Medicine. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.039.

LAMPIRAN

Lampiran. Surat Pernyataan Ketua Peneliti

SURAT PERYATAAN KETUA PENGUSUL

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Kiki Deniati., S.Kep., Ns., M.Kep

NIDN : 0316028302

Jabatan Fungsional : AA

Dengan ini menyatakan bahwa proposal saya yang berjudul
“Hubungan Pandemi Covid-19 Dengan Beban Kerja Perawat Di Puskesmas Pakisjaya Kabupaten Karawang Tahun 2020”

Yang diusulkan dalam skema Penelitian Dosen untuk tahun anggaran 2020
Bersifat Orisinal dan Belum Pernah Dibiayai oleh Lembaga/Sumber Dana Lain.

Bilamana di kemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan dan hukum yang berlaku serta mengembalikan seluruh biaya penelitian yang saya sudah diterima ke STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dengan sebenar-benarnya.

Bekasi, 30 Juni 2020

Mengetahui
Ka. UPPM STIKes MI



Rotua Suriyany S.M.Kes
NIDN. 0315018401

Yang menyatakan



(Kiki Deniati., S.Kep., Ns., M.Kep)
NIDN. 0316028302