

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 Konsep Rumah Sakit

2.1.1.1 Definisi Rumah Sakit

Definisi rumah sakit berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 3 tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan instalasi gawat darurat (Mishbahuddin, 2020).

Rumah Sakit adalah fasilitas kesehatan yang pelayanannya dilakukan oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan profesional lainnya. rumah sakit yang didirikan oleh pemerintah dan pemerintah daerah dalam bentuk unit pelaksana teknis dari instansi yang bertanggung jawab di bidang kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan administrasi umum atau pelayanan publik daerah, selain itu berdasarkan peraturan perundang - undangan rumah sakit yang didirikan oleh badan swasta juga harus berbentuk badan hukum yang mana usahanya dalam bidang rumah sakit telah diatur dalam Undang-undang no 44 tahun 2009 tentang rumah sakit (Pratiwi, R.D., Putra, R.S.P., Amaliah, 2022).

2.1.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit bertugas untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat umum dan beberapa pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit diantaranya pelayanan medik, penunjang medik,

perawatan, rehabilitas, pencegahan dan peningkatan kesehatan, juga sebagai tempat pendidikan atau pelatihan medik dan paramedik, selain itu juga sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu di bidang kesehatan, pengembangan teknologi di bidang kesehatan dan berbagai bentuk pelayanan kesehatan lainnya. Tugas-tugas tersebut merupakan kewajiban dan tanggung jawab rumah sakit yang harus dilakukan oleh semua tenaga medis maupun non medis di rumah sakit, sehingga publik merasakan kepuasan dengan apa yang dilakukan oleh rumah sakit (Pratiwi, R.D., Putra, R.S.P., Amaliah, 2022), (Mishbahuddin, 2020)

Menurut pasal 4 dalam Undang – Undang no. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit dalam (Mishbahuddin, 2020) yaitu rumah sakit memiliki fungsi dan tugas. Tugas rumah sakit yaitu memberikan pelayanan kesehatan perorangan yang paripurna, sedangkan fungsi dari rumah sakit adalah:

1. Menyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan sesuai standar pelayanan rumah sakit
2. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna
3. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia untuk meningkatkan kemampuan dalam pelayanan kesehatan
4. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan, juga penapisan teknologi kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dalam etika ilmu pengetahuan kesehatan.

2.1.1.3 Tujuan Rumah Sakit

Berdasarkan Undang – Undang no.44 tahun 2009 tentang rumah sakit dalam (Mishbahuddin, 2020) disebutkan bahwa tujuan rumah sakit diselenggarakan dalam asas pancasila, yaitu didasarkan pada nilai kemanusiaan, etika dan professional, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta memiliki fungsi sosial. Selain itu pengaturan dalam penyelenggaraan rumah sakit bertujuan :

- a. Memudahkan akses masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan
- b. Melindungi keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit, sumber daya manusia di rumah sakit
- c. Meningkatkan mutu dan standar pelayanan rumah sakit
- d. Memberi kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit

2.1.1.4 Sistem Manajemen Rumah Sakit

Manajemen rumah sakit merupakan koordinasi dari berbagai sumber daya yang ada melalui proses perencanaan, pengorganisasian dan juga adanya kemampuan mengendalikan untuk memperoleh sebuah tujuan. Adapun tujuan dari adanya sistem manajemen rumah sakit ini adalah untuk (Omnicare, 2021) dalam (Pratiwi, R.D., Putra, R.S.P., Amaliah, 2022):

1. Mampu mempersiapkan sumber daya secara lebih baik terutama Sumber Daya Manusia. Seperti halnya perusahaan yang membutuhkan SDM berkualitas untuk masing-masing bidang, demikian pula dengan

sistem manajemen rumah sakit. Dalam hal ini SDM yang dibutuhkan juga cukup banyak, seperti misalnya saja tenaga perawat, tenaga medis sesuai bidang yang digeluti, tenaga administrasi, tenaga keuangan dan yang lainnya.

2. Mampu melakukan evaluasi pelayanan secara lebih efektif. Dimana dalam hal ini, pihak rumah sakit akan mampu melakukan evaluasi atas berbagai macam pelayanan yang diberikan pada para pasien yang datang. Jika ada yang kurang, akan segera dibenahi, jika dinilai bagus, akan lebih ditingkatkan.
3. Mampu mengatur berbagai macam sistem pelayanan secara lebih baik dan terarah. Dengan adanya sistem manajemen seperti ini, maka pihak rumah sakit dapat membuat, mengatur atau mengelola fasilitas kesehatan, mudah melakukan pendataan administrasi dan juga layanan lainnya. Mulai dari masalah kedaruratan pasien, penyimpanan data pasien, sistem pemberian informasi dan yang lainnya.
4. Mampu membuat efisiensi layanan jadi lebih baik, maksudnya mampu memberikan layanan secara lebih efisien sesuai dengan yang dibutuhkan oleh pasien itu sendiri.
5. Mampu membuat kualitas layanan jadi lebih baik, yang jarang orang sadari adalah kegiatan keorganisasian dalam rumah sakit ini terbilang cukup kompleks. Tidak cukup hanya pengalaman saja, apalagi jika didasarkan atas perkiraan saja.

2.1.1.5 Jenis & Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 tahun 2020 ada dua macam rumah sakit berdasarkan jenis pelayanannya yaitu (Kemenkes RI, 2020):

A. Rumah Sakit Umum

Rumah sakit umum mencakup pelayanan kesehatan kepada semua jenis penyakit. Pelayanan kesehatan oleh rumah sakit umum sedikitnya terdiri atas pelayanan medis (pelayanan medis umum, spesialis, subspecialis), penunjang medis, pelayanan keperawatan dan kebidanan (asuhan keperawatan umum, asuhan keperawatan spesialis, asuhan kebidanan) dan pelayanan non medis (farmasi, *laundry*, gizi kesehatan, pemeliharaan sarana dan prasarana, juga alat kesehatan, informasi, komunikasi, pemulasaraan jenazah, dan non medis lainnya).

Pada rumah sakit umum sumber daya manusia berupa tenaga tetap, seperti tenaga medis (dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis, dokter subspecialis meliputi subspecialis dasar dan subspecialis lain), juga dalam bidang lain yaitu tenaga psikologi klinis, keperawatan, kebidanan, kefarmasian, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, gizi, terapi fisik/fisioterapi, teknisi medis, teknik biomedika, dan tenaga kesehatan lain juga tenaga non kesehatan.

B. Rumah Sakit Khusus

Rumah sakit khusus mencakup pelayanan utama dalam suatu bidang kesehatan atau satu jenis penyakit tertentu yang bisa didasarkan

disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau hal khusus lainnya. Rumah sakit khusus dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan lain di luar kekhususannya paling banyak 40% dari seluruh total tempat tidur.

Contoh rumah sakit khusus dapat berupa rumah sakit khusus ibu dan anak, mata, gigi dan mulut, ginjal, jiwa, infeksi, telinga-hidung-tenggorokan kepala-leher (THT-KL), paru, rehabilitasi ketergantungan obat, bedah, otak, orthopedi, kanker, jantung dan pembuluh darah. Pelayanan kesehatan oleh rumah sakit khusus sedikitnya meliputi pelayanan medis dan penunjang medis (pelayanan medis umum, spesialis khusus, subspecialis khusus, spesialis lain dan subspecialis lain), pelayanan keperawatan dan kebidanan (asuhan keperawatan umum, spesialis, kebidanan khusus) dan pelayanan non medis (farmasi, laundry, gizi, pemeliharaan sarana dan prasarana alat kesehatan, informasi, komunikasi pemulasaraan jenazah dan non medis lain).

Pada rumah sakit khusus sumber daya manusia meliputi tenaga medis (dokter, dokter gigi, dokter spesialis khusus, dokter gigi spesialis khusus, dokter spesialis lain, dokter subspecialis khusus, dokter spesialis dengan kualifikasi tambahan khusus, dokter subspecialis lain), tenaga keperawatan dan kebidanan, kefarmasian, tenaga kesehatan lain, tenaga non kesehatan sesuai pelayanan kekhususannya atau pelayanan lain di luar itu. Kualifikasi dan jumlah sumber daya manusia akan disesuaikan dengan hasil analisis beban kerja, kebutuhan, dan kemampuan pelayanan rumah sakit.

C. Rumah Sakit Pendidikan

Rumah sakit pendidikan adalah rumah sakit umum yang memiliki kaitan dengan kegiatan pendidikan maupun penelitian biasanya berkaitan dengan universitas atau fakultas kedokteran universitas tertentu.

Sedangkan berdasarkan Jenis Manajemen ada 2 tipe Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2020):

A. Rumah Sakit Umum

Rumah sakit umum merupakan lembaga kesehatan yang dikelola oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah atau lembaga Perusahaan nirlaba

B. Rumah Sakit Swasta

Rumah sakit swasta merupakan lembaga kesehatan berbentuk badan usaha komersial biasanya dalam bentuk perseroan terbatas (PT).

Menurut Kemenkes RI ada 4 jenis klasifikasi rumah sakit umum yaitu (Kemenkes RI, 2020):

1. Rumah sakit umum kelas A

Yaitu rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur (TT) minimal 250 TT.

2. Rumah sakit umum kelas B

Yaitu rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur (TT) minimal 200 TT.

3. Rumah Sakit umum kelas C

Yaitu rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur (TT) minimal 100 TT.

4. Rumah Sakit umum kelas D

Rumah Sakit umum kelas D terdiri atas rumah sakit umum kelas D dan Rumah Sakit kelas D pratama. Rumah sakit kelas D pratama diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ini merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur (TT) minimal 50 TT.

Sedangkan untuk Klasifikasi Rumah Sakit khusus terdiri atas (Kemenkes RI, 2020):

1. Rumah Sakit khusus kelas A

Yaitu rumah sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur (TT) minimal 100 TT.

2. Rumah sakit khusus kelas B

Yaitu rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur (TT) minimal 75 TT.

3. Rumah sakit khusus kelas C

Yaitu rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur (TT) minimal 25 TT.

2.1.1.6 Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap (ranap) atau opname adalah proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional, pasien dirawat akibat penyakit

atau kondisi tertentu yang mengharuskan pasien di inapkan untuk diobservasi di suatu ruangan rumah sakit. Pelayanan rawat inap merupakan pelayanan pasien yang masuk rumah sakit dan menempati tempat tidur perawatan untuk diobservasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medis dan atau pelayanan medis lain yang diperlukan (Arifin et al., 2016).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, salah satu aturannya yaitu persyaratan minimal sumber daya manusia bagi rumah sakit untuk menjalankan fungsi dan tugasnya berdasarkan tiap tipe Rumah Sakit, selain itu diatur juga syarat perawat dalam unit rawat inap, jumlah kebutuhan tenaga keperawatan untuk rumah sakit, misalnya pada tipe A jumlah perawat harus sama dengan jumlah tempat tidur pada instalasi rawat inap, sedangkan tipe C dihitung dengan perbandingan 2 : 3 yaitu dua perawat untuk 3 tiga tempat tidur (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit, 2014)

Menurut buku Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan dalam (Arifin et al., 2016) pasien rawat inap mengalami proses sebagai berikut:

1. *Admission*, yaitu pasien dengan sabar dan yakin dirawat inap di rumah sakit
2. *Diagnosis*, yaitu pasien diperiksa, didiagnosa
3. *Treatment*, yaitu masuk dalam program perawatan dan terapi

4. *Inspection*, dilakukan obeservasi kontinyu untuk dibandingkan pengaruh serta respon pasien atas pengobatan yang diberikan.
5. *Control*, setelah Analisa kondisi pasien, pasien diperbolehkan pulang, pengobatan dilanjutkan atau dengan pengubahan, namundalam tahap ini pasien dapat dilakukan diagnosa ulang.

2.1.1.7 Hubungan Sumber Daya Manusia dengan Kualitas Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Rumah sakit sebagai salah satu institusi kesehatan selalu dituntut untuk melakukan perbaikan dalam segala hal serta meningkatkan mutu layanan, hal ini menunjukkan bahwa tingkat mutu pelayanan kesehatan menimbulkan kepuasan pasien. semakin tinggi kepuasan pasien, maka semakin baiak mutu pelayanan kesehatan tersebut (Mishbahuddin, 2020).

Banyak variabel yang mendukung peningkatan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit, seperti perlengkapan dan alat – alat medis, tetapi yang tak kalah penting adalah sumber daya manusia rumah sakit seperti tenaga kesehatan dan non kesehatan, diantaranya adalah dokter, bidan, perawat dan sebagainya, sementara non kesehatan, adalah tenaga yang bekerja di bagian administarasi dan sebagainya. Semua sumber daya manusia yang ada dirumah sakit jika dikelola dengan standar yang maksimal maka akan melahirkan kualitas pelayanan kesehatan yang paripurna (Mishbahuddin, 2020). Yang dimaksud dengan sumber daya manusia adalah kekuatan daya pikir dan berkarya manusia yang masih tersimpan dalam dirinya yang perlu dibina dan digali serta dikembangkan untuk dimanfaatkan sebaik-baiknya bagi kesejahteraan kehidupan manusia.

Jika sumber daya manusia tersebut dilaksanakan dengan baik dan tepat serta terarah, akan tercipta suatu sumber daya manusia yang handal dengan suatu proses manajemen yang baik.

Menurut (Perucci, 2017), industri kesehatan (termasuk rumah sakit) memiliki sedikitnya empat tantangan manajemen sumber daya manusia yaitu: kekurangan staf, tingkat perputaran, kelelahan staf, pelatihan dan pendidikan, disini akan dibahas dalam aspek kekurangan staf dan kelelahan Staf.

1. Kekurangan Staf

Salah satu masalah kesehatan saat ini adalah rekrutmen (Perucci 2017), pada tahun 2012, hanya 4,8% rumah sakit di Amerika Serikat yang kekurangan staf perawat sekitar 10%. Pada tahun 2016, angka tersebut meningkat menjadi 32,9%.

Sedangkan di Indonesia Pada tahun 2022, Biro Statistik Tenaga Kerja memperkirakan bahwa akan ada total 1,2 juta lowongan untuk perawat terdaftar. Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan masalah ini. Pertama, seiring bertambahnya jumlah populasi pensiun generasi *baby boomer*, jumlah itu menjadi beban utama bagi para profesional kesehatan. (Ekaputri, Susanto, 2024).

2. Kelelahan Staf

Masalah ini terkait dengan kekurangan dan pergantian staf. Kelelahan karyawan sebagian disebabkan oleh kekurangan staf, dan efek dari pergantian karyawan. Selain itu, kelelahan memiliki dampak

negatif terhadap perawatan pasien dan keselamatan pasien. Karena penyedia yang mengalami kelelahan emosional, mental, dan fisik (dokter dan praktisi perawat) tidak dapat melakukan yang terbaik.

Survei terbaru menunjukkan bahwa tingkat kejenuhan setinggi 70% untuk perawat dan 50% untuk dokter dan praktisi. Statistik ini mencerminkan epidemi, memperburuk kesehatan pasien. Ada korelasi yang signifikan antara saturasi dan peningkatan infeksi pada pasien. Karena penyedia tidak baik, sinis, dan kurang empati, kepuasan yang berkurang dapat menjadi jarak, yang menyebabkan terputusnya hubungan antara penyedia dan pasien. Putusnya hubungan ini membuat mereka kurang bersimpati pada kebutuhan pasien dan membuat semua orang tidak senang dengan pengalaman itu.

Ada faktor lain yang berkontribusi terhadap kelelahan karyawan. Antara lain, mereka merasa diremehkan, dan tanpa otoritas. Sumber daya manusia harus menyadari konsekuensi dari staf yang terlalu banyak bekerja dan kurangnya dukungan dalam perawatan pasien (Ekaputri, Susanto, 2024).

2.1.1.8 Indikator Rawat Inap Rumah Sakit

Statistik kesehatan adalah salah satu indikator penunjang profesional mutu pelayanan dan informasi kesehatan di rumah sakit, fungsi statistik kesehatan untuk mengolah sumber data dari pelayanan kesehatan di rumah sakit dan menghasilkan informasi, fakta, dan pengetahuan berkaitan

dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Informasi statistik rumah sakit digunakan untuk (Rosita & Tanastasya, 2019):

1. Perencanaan, pemantauan, pedapatan dan pengeluaran dari pasien oleh pihak manajemen rumah sakit
2. Pemantauan kinerja medis
3. Pemantauan kinerja non medis.

Produktivitas layanan rawat inap dapat dilihat dari indikator – indikator nilai seperti BOR (*Bed Occupancy Rate*), AVLOS (*Average Length Of Stay*), TOI (*Turn Over Interval*), BTO (*Bed Turn Over*), GDR (*Gross Death Rate*), dan NDR (*Net Death Rate*) sebagai berikut (Rosita & Tanastasya, 2019) :

1. *Bed Occupancy Rate* (BOR)

BOR adalah presentase pemakaian tempat tidur (TT) pada periode tertentu, menurut statistik semakin tinggi nilai BOR, semakin tinggi juga penggunaan tempat tidur yang tersedia untuk perawatan pasien, sedangkan semakin rendah nilai BOR, maka semakin sedikit tempat tidur yang digunakan untuk pasien dibanding tempat tidur tersedia. Faktor yang mengakibatkan tingginya nilai BOR adalah, kunjungan yang tinggi tidak sebanding dengan tempat tidur yang tersedia. Peningkatan nilai BOR berarti meningkat pula penggunaan TT untuk pasien, yang artinya semakin banyak pasien yang dilayani. Hal ini menjelaskan bahwa akan semakin sibuk dan seakin meningkat beban kerja petugas kesehatan di ruang rawat inap. Tinggi rendahnya nilai

BOR pada suatu rumah sakit atau ruang rawat inap dipengaruhi oleh banyak faktor, ada faktor internal (budaya rumah sakit, sistem nilai, kepemimpinan, sistem manajemen, sistem informasi, sarana prasarana, sumber daya manusia, pemasaran, citra dan lain - lain) dan juga faktor eksternal (letak geografis, keadaan sosial ekonomi konsumen, budaya Masyarakat, pemasok, pesaing, kebijakan pemerintah daerah, pearaturan dan lain-lain).

Namun faktor signifikan terhadap BOR adalah faktor internal rumah sakit secara lebih spesifik meliputi faktor input, yaitu: sarana umum, sarana medis, sarana penunjang medis, tarif, ketersediaan pelayanan, tenaga medis, paramedis, serta faktor proses pelayanan seperti sikap dokter dan perawat dalam melayani, kemampuan memberikan informasi dan cara berkomunikasi yang ramah dengan pasien (Rosita & Tanastasya, 2019). Standar BOR dari Depkes RI mempunyai nilai ideal yaitu 60%-85% dari jumlah tempat tidur tersedia (Depkes RI, 2005)

2. *Average Length Of Stay (AVLOS)*

AVLOS adalah rata-rata jumlah hari pasien rawat inap yang tinggal di rumah sakit, dimana tidak termasuk bayi baru lahir. Semakin tinggi nilai AVLOS maka semakin tinggi biaya yang harus dibayar oleh pasien, sedangkan rendahnya nilai AVLOS bisa disebabkan kurang baiknya perencanaan pelayanan kepada pasien, atau adanya kebijakan bidang medis, selain itu angka AVLOS sangat dipengaruhi jenis penyakit yang diderita pasien. apabila ada kemungkinan AVLOS yang

kurang dari 6 hari dapat disebabkan deteksi dini penyakit, baik karena ketepatan diagnosa yang dapat disebabkan alat laboratorium yang memadai, sehingga penatalaksanaan lebih dini dan efisien dan cepat sembuh, atau alasan lain adalah pasien rawat inap terlalu banyak sedangkan terjadi kekurangan tempat tidur sehingga pasien dipulangkan lebih cepat (Rosita & Tanastasya, 2019). Standar AVLOS dari Depkes RI mempunyai nilai ideal yaitu 6-9 hari (Depkes RI, 2005).

3. *Turn Over Interval* (TOI)

TOI berfungsi menentukan lama rata-rata tempat tidur tersedia pada periode tertentu yang tidak terisi antara pasien keluar hidup atau mati, sampai dengan pasien berikutnya masuk lagi. Nilai BOR yang memenuhi nilai ideal mempengaruhi TOI, semakin besar nilai BOR maka nilai TOI mengecil, idealnya nilai TOI juga dipengaruhi penambahan jumlah tempat tidur (TT).

Semakin besar nilai TOI maka semakin lama hari disaat tempat tidur kosong atau tidak digunakan oleh pasien, sedangkan semakin kecil nilai TOI maka semakin singkat hari tempat tidur akan digunakan pasien berikutnya, yang menunjukkan tempat tidur (TT) sangat produktif yang menguntungkan rumah sakit dalam segi ekonomi, akan tetapi bisa merugikan pasien karena tempat tidur bisa saja belum disiapkan dengan baik dan dapat berpotensi meningkatkan infeksi *nosocomial*, hingga harus dipastikan untuk mengadakan sanitasi lingkungan dalam TOI

yang tinggi (Rosita & Tanastasya, 2019). Standar TOI dari Depkes RI dengan nilai ideal yaitu 1-3 hari (Depkes RI, 2005).

4. *Bed Turn Over (BTO)*

Definisi BTO yaitu beberapa kali tempat tidur tersedia dipakai oleh pasien dalam periode tertentu, tingginya nilai BTO berarti semakin banyak pasien yang menggunakan tempat tidur yang tersedia secara bergantian, yang berpotensi membuat beban kerja tim perawatan sangat tinggi dan dapat beresiko menurunkan kinerja medis, penyebab tingginya BTO yaitu jenis penyakit, lamanya sakit, dan lama pasien dirawat di rumah rawat inap (Rosita & Tanastasya, 2019). Standar yang ditetapkan oleh Depkes mengenai nilai ideal BTO yaitu 40 - 50/tahun (Depkes RI, 2005).

5. *Gross Death Rate (GDR)*

Definisi GDR yaitu angka kematian untuk setiap 1000 penderita keluar. Faktor yang mempengaruhi nilai GDR adalah angka rujukan yang tidak terkendali dan komunikasi yang tidak efektif antara RS yang merujuk ke RS yang menerima sehingga kondisi pasien sudah sangat buruk saat dirujuk. Menurunnya angka GDR bahkan dibawah standar nasional GDR menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien selama rawat inap di rumah sakit sudah baik. Pasien meninggal sebelum mendapatkan perawatan 48 jam diasumsikan datang ke rumah sakit sudah dalam kondisi sakit berat sehingga kemungkinan meninggalnya pasien bukan karena rendahnya mutu pelayanan medis,

tetapi lebih disebabkan kondisi pasien yang sudah memburuk dan potensi meninggalnya akibat penyakit yang diderita (Rosita & Tanastasya, 2019). Standar Ideal GDR adalah kurang dari 45 dari 1000 pasien keluar (Depkes RI, 2005)

6. *Net Death Rate (NDR)*

Definisi NDR yaitu angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap 1000 pasien keluar (Rustiyanto, 2010). Faktor yang dapat mempengaruhi tingginya nilai NDR adalah kondisi pasien yang datang ataupun rujukan yang sudah memburuk dan akhirnya meninggal. Penyebab pasien meninggal selama masa perawatan yang perlu menjadi perhatian seperti diagnosa penyakit, penentuan tindakan atau pengobatan yang akan dilakukan, sarana dan prasarana medis untuk menunjang pelayanan, tenaga kesehatan yang kompeten dan cekatan untuk menekan angka kematian, penyakit yang mempengaruhi NDR seperti pasien yang menderita penyakit akut-kronik dan mempunyai peluang kecil untuk sembuh yang berhubungan dengan meninggalnya pasien (Rosita & Tanastasya, 2019). Nilai ideal NDR adalah dibawah 25 dari 1000 pasien keluar (Depkes RI, 2005).

Dari penjelasan mengenai indikator rawat inap diatas informasi mengenai nilai BOR, AVLOS, TOI, BTO, GDR, dan NDR tiap periodenya dapat digunakan untuk memperkirakan target efisiensi yang harus dicapai oleh rumah sakit, dan apakah kebijakan yang sudah ada telah efektif atau

belum. Indikator rawat inap merupakan salah satu penentu mutu rumah sakit baik secara aspek medis, ekonomi, dan manajemen.

2.1.2 Konsep Profesi Keperawatan

2.1.2.1 Definisi Profesi Keperawatan

Profesi keperawatan cukup kompleks dan beragam, perawat dituntut memiliki ketrampilan dan keahlian, juga disiplin yang tinggi. Keahlian keperawatan adalah hasil pengetahuan dan pengalaman klinis yang telah dilalui. Keahlian diperlukan untuk menginterpretasikan gambaran klinis dan membuat keputusan kompleks sebagai dasar pengembangan praktek keperawatan dan ilmu keperawatan, juga bertujuan memberikan asuhan keperawatan profesional. Profesi keperawatan berkembang akibat tuntutan masyarakat dan kebutuhan kesehatan, berbagai kebijakan pemerintah mengenai pelayanan kesehatan dan keperawatan. Keperawatan merupakan bentuk seni dan ilmu yang mencakup aktivitas, konsep dan ketrampilan yang berhubungan dengan berbagai disiplin ilmu lain (Zaidar et al., 2022).

Sebagai salah satu faktor kunci, perawat adalah orang yang terlibat dalam mewarnai pelayanan medis rumah sakit. Oleh karena itu, pelayanan keperawatan membantu menentukan mutu pelayanan di rumah sakit. Perawat menghabiskan lebih banyak waktu dengan pasien mereka daripada penyedia layanan kesehatan lainnya. Sebagai tenaga kesehatan profesional, perawat memegang andil dalam mencapai pembangunan kesehatan. Kehadiran perawat dalam menyediakan perawatan yang berkualitas kepada pasien mendukung keberhasilan pelayanan medis. Dimana hal ini berkaitan dengan kehadiran perawat secara konstan dan terus menerus bekerja 24 jam

dalam sehari yang dibagi dalam 3 shift. Pengaruh positif perawatan terhadap jumlah dan lama pelayanan terhadap kualitas pelayanan medis yang diberikan sangat bergantung pada kinerja tenaga keperawatan. (Pratiwi, R.D., Putra, R.S.P., Amaliah, 2022)

2.1.2.2 Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah salah satu indikator dalam menentukan kualitas pelayanan rumah sakit, salah satu aspek terpenting dari kinerja perawat adalah mendokumentasikan asuhan keperawatan (Zaidar et al., 2022). Baik atau buruknya mutu asuhan keperawatan dapat dilihat dari dokumentasi proses keperawatan yang memegang peranan penting dalam menghadapi tuntutan masyarakat yang kritis dan mempengaruhi kesadaran Masyarakat akan haknya dari unit kesehatan. Ciri dokumentasi asuhan keperawatan yang baik adalah berdasarkan fakta (*factual basis*), akurat (*accuracy*), lengkap (*completeness*), ringkas (*conciseness*), terorganisir (*organization*), ketepatan waktu (*time lines*), dan mudah dibaca (*legability*). Dalam melakukan proses keperawatan, perawat menggunakan ilmu pengetahuan komprehensif untuk mengkaji status kesehatan pasien, membuat penilaian dan mendiagnosa, serta mengidentifikasi hasil kesehatan pasien, merencanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang sesuai untuk mencapai hasil akhir (Zaidar et al., 2022).

2.1.2.3 Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah sarana bagi perawat untuk menjalankan tugas, wewenang, tanggung jawab kepada pasien untuk meningkatkan kualitas kesehatan dan memenuhi kebutuhan dasarnya. *National Council of*

State Boards of Nursing (NCSBN) menyatakan proses keperawatan terdiri dari lima tahap berupa pengkajian, analisis/diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dewan Pimpinan Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) juga menyusun standar evaluasi praktek keperawatan dalam lima tahap, yaitu (Ekaputri, Susanto, 2024):

1. Pengkajian

Pengkajian berfungsi mengatur basis data tentang kesehatan fisik, psikososial, dan emosional pasien sehingga perilaku dalam meningkatkan kesehatan, masalah kesehatan aktual dan potensial pasien dapat diidentifikasi. Perawat bertugas memastikan kemampuan pasien seperti fungsional, disfungsi, aktivitas normal dan pola gaya hidup melalui pengkajian. Selain itu mengidentifikasi kekuatan pasien dalam memberikan informasi pada perawat mengenai kemampuan, perilaku, kerampilan yang digunakan pasien dalam proses perawatan dan pemulihan. Pengkajian ini memberikan kesempatan membangun hubungan interpersonal terapeutik dengan pasien, selama pengkajian pasien dapat berdiskusi mengenai masalah dan tujuan perawatan kesehatan dengan perawat. Kelengkapan data berhubungan dengan keakuratan langkah selanjutnya, langkah-langkah pengkajian yaitu : pengumpulan data dari berbagai sumber, validasi data, pengorganisasian data, interpretasi data, dokumentasi data. Ada tiga jenis pengkajian yaitu

a. Pengkajian Komprehensif

Pengkajian komprehensif berfungsi memberikan data dasar klien seperti riwayat kesehatan lengkap dan kebutuhan saat ini yang

mencakup kesehatan fisik, psikososial pasien, persepsi kesehatan, faktor resiko kesehatan dan pola koping. Pengkajian harus diselesaikan saat masuk rumah sakit atau lembaga perawatan kesehatan, apabila terjadi perubahan status kesehatan pasien juga diukur dari data ini.

b. Pengkajian Terfokus

Pengkajian terfokus terbatas pada potensi dari resiko perawatan kesehatan, kebutuhan tertentu, atau masalah perawatan, pengkajian ini digunakan pada perawatan jangka pendek yang diantisipasi seperti di ruang bedah rawat jalan, instalasi gawat darurat, di ruang khusus seperti pengaturan kesehatan mental, persalinan, atau skrining faktor resiko tertentu seperti misalnya klinik anak sehat.

c. Pengkajian Berkelanjutan

Pengkajian berkelanjutan adalah ketika masalah diidentifikasi selama penilaian komprehensif atau penilaian terfokus, dan diperlukan tindak lanjut. Pengkajian berkelanjutan mencakup pemantauan sistematis terhadap suatu masalah. Pengkajian ini memperluas data dasar dan membantu perawat mengkonfirmasi validitas data yang didapat saat pengkajian awal. Pemantauan sistematis membuat perawat menentukan respon pasien terhadap intervensi keperawatan dan identifikasi masalah lain. pengkajian berkelanjutan dapat dilakukan di rumah pasien saat pasien pulang.

2. Analisis (Diagnosis)

Diagnosa keperawatan merupakan fundamental dalam praktek keperawatan dan berfungsi sebagai dasar perawat dalam merencanakan dan memberi perawatan efektif. Hal ini membantu perawat dalam memberikan perawatan berbasis bukti, terstruktur, serta terfokus pada kebutuhan pasien secara spesifik. Hal ini membuat perawat mampu mengidentifikasi masalah kesehatan secara mandiri, memperkuat otonomi dan peran dalam sistem kesehatan. Diagnosa keperawatan berfungsi dalam pengembangan rencana keperawatan lebih terarah untuk meningkatkan kualitas dan hasil perawatan. Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan klinis mengenai respon individu, keluarga atau komunitas terhadap kondisi kesehatan yang menjadi dasar intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang diharapkan.

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan merupakan rincian kegiatan dan disusun sesuai rumusan diagnosa keperawatan untuk memenuhi kebutuhan dan menilai kemajuan kesehatan pasien, menurut PPNI (2018) dalam (Ekaputri, Susanto, 2024), tujuan perencanaan keperawatan adalah:

- a. Panduan perawat dalam menyusun perencanaan asuhan keperawatan
- b. Meningkatkan wewenang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan

- c. Memudahkan komunikasi intraprofesional dan interprofesional dengan istilah keperawatan yang seragam
- d. Meningkatkan mutu asuhan keperawatan

Ada dua tujuan perencanaan keperawatan yaitu sebagai berikut:

1) Tujuan Administratif

- a. Mengidentifikasi pasien/kelompok, rencana asuhan keperawatan dibuat berdasarkan masalah pasien dan kelompok seperti promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- b. Membedakan tugas dan tanggung jawab antara perawat dan profesional pemberi asuhan lain, menjelaskan tanggung jawab spesifik dan aktivitas keperawatan yang akan dilakukan.
- c. Menyediakan kriteria hasil untuk evaluasi dan sebagai indikator pencapaian tujuan yang ditetapkan
- d. Menyediakan kriteria klasifikasi pasien

2) Tujuan Klinis

- a. Menyediakan panduan penulisan, asuhan keperawatan berpedoman pada perencanaan dan disusun berdasar pilihan rasional untuk menyelesaikan masalah pasien
- b. Menjadi media komunikasi staf keperawatan tiap shift
- c. Rencana keperawatan dibuat spesifik bagi pasien dan keluarga sebagai bentuk kolaboratif

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian kegiatan keperawatan dalam mengambatkan status kesehatan pasien dan pelaksanaan tindakan keperawatan terhadap pasien yang diurutkan sesuai prioritas masalah yang telah dibuat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk nomor urut dan waktu kapan ditegakkannya pelaksanaan asuhan keperawatan. Implementasi keperawatan meliputi Observasi, Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) dalam (Ekaputri, Susanto, 2024). Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahapan implementasi adalah:

- a. Komunikasi efektif
- b. Saling percaya dan saling menolong dalam hubungan kerja
- c. Melaksanakan teknik psikomotor
- d. Melaksanakan observasi sistematis
- e. Memberikan edukasi kesehatan
- f. Mengadvokasi
- g. Melakukan evaluasi

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir proses keperawatan, disini dilakukan penilaian dari tujuan rencana keperawatan yang sudah tercapai. Dalam mengevaluasi perawat harus memiliki pengetahuan dan ketrampilan memahami respon pasien mengenai intervensi

keperawatan, kemampuan perawat dalam membuat kesimpulan pencapaian tujuan, dan menghubungkan asuhan keperawatan dengan kriteria hasil yang diharapkan. Evaluasi secara garis besar bertujuan untuk:

- a. Mengamati dan memberi penilaian tingkat kesehatan pasien dalam mencapai tujuan keperawatan
- b. Menentukan pencapaian tujuan asuhan keperawatan
- c. Menilai faktor yang berkontribusi pada pencapaian tujuan asuhan keperawatan
- d. Memahami kualitas asuhan keperawatan
- e. Mendukung perawat dalam sikap tanggung jawab

Pedoman dalam menilai keberhasilan diagnosa keperawatan dapat dilihat dari jenis evaluasi yang dilakukan yaitu:

- a. Evaluasi formatif (evaluasi proses)

Berfokus pada proses dan hasil dari tindakan asuhan keperawatan. Dilakukan segera setelah perawat menerapkan rencana keperawatan yang bertujuan menilai efektivitas tindakan, perawat menganalisis respon pasien terhadap tindakan (Fatimah, 2019). Contoh dari evaluasi formatif yaitu pada 7 Agustus hari senin telah dilakukan edukasi kesehatan (KIE) pada keluarga Bapak X, pukul 13.00 dengan menggunakan metode ceramah dan tanya jawab dengan alat bantu berupa brosur. Apabila materi belum sepenuhnya dipahami oleh keluarga pasien maka perlu perubahan metode.

b. Evaluasi sumatif (evaluasi hasil)

Evaluasi sumatif dilakukan saat perawatan selesai, bertujuan menilai kualitas asuhan keperawatan yang diberikan, metodenya seperti wawancara di akhir pelayanan, bertanya mengenai umpan balik dari pasien tentang layanan, serta pertemuan di akhir layanan, hal ini berguna menilai apakah hasil perawatan berhasil atau tidak

2.1.2.4 Tugas dan Tanggung Jawab Perawat

Perawat merupakan tenaga kerja dengan kelompok profesional terbesar, yang terdiri dari tenaga kesehatan dalam sistem kesehatan bertugas memberikan kontribusi dalam memberikan layanan kesehatan yang berkualitas dan membantu meningkatkan kesehatan bagi individu, keluarga dan masyarakat baik melalui tindakan pencegahan (preventif) dan penyembuhan (kuratif). Selain itu, perawat merupakan petugas kesehatan garda terdepan dalam sistem perawatan kesehatan dunia tidak hanya dalam memberikan perawatan berkualitas yang efektif tetapi juga dalam meningkatkan efisiensi sistem kesehatan, sehingga jumlah perawat yang memadai sangat penting untuk memperkuat sistem kesehatan, meningkatkan cakupan kesehatan dan membantu pencapaian semua target Kesehatan (Tamata & Mohammadnezhad, 2023).

Aktifitas asuhan keperawatan selama 24 jam mayoritas terkonsentrasi di ruang rawat inap. Kategori pasien dan jam perawatan terbagi atas:

1. kategori I membutuhkan waktu perawatan untuk setiap pasien selama 24 jam sebanyak 1-2 jam.

2. Kategori II membutuhkan waktu perawatan setiap pasien selama 24 jam sebanyak 3-4 jam.
3. Kategori III membutuhkan waktu perawatan pasien selama 24 jam sebanyak 5-6 jam.
4. Kategori IV membutuhkan waktu perawatan pasien selama 24 jam sebanyak 7-8 jam.
5. Kategori V membutuhkan waktu perawatan pasien selama 24 jam sebanyak 10-14 jam.

Bentuk kegiatan pelayanan keperawatan berupa kegiatan perawatan langsung, kegiatan perawatan tidak langsung dan kegiatan non keperawatan (Kartika et al., 2014).

1. Kegiatan keperawatan langsung

Merupakan kegiatan pelayanan keperawatan yang langsung berhubungan dengan pasien dalam rangka memenuhi kebutuhan bio-psiko-sosial-spiritual sesuai dengan standar pelayanan keperawatan. Jenis pelayanan keperawatan langsung seperti pengkajian data keperawatan meliputi anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik, dan membaca dokumentasi keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan menyusun rencana keperawatan dan melakukan tindakan keperawatan langsung. Berdasarkan tingkat ketergantungan pasien pada perawat maka dapat diklasifikasikan dalam empat kelompok, yaitu: self care, partial care, total care dan intensive care. Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk perawatan langsung (direct care) adalah berkisar 4 ± 5 jam/ klien/ hari (Kartika et al., 2014). Untuk intensive care unit (ICU)

berkisar antara 11-12 jam asuhan keperawatan untuk setiap pasien per hari (Ilyas, 2004).

Kegiatan yang dilakukan perawat terhadap pasien, seperti menerima pasien, anamnesa pasien, mengukur tanda-tanda vital, observasi, memasang dan mengontrol infus, menolong BAB/ BAK, merawat luka, mengganti balutan, mengangkat jahitan, kompres, memberi obat oral/ parenteral, persiapan pasien operasi, komunikasi, dan penyuluhan Kesehatan.

2. Kegiatan perawatan tidak langsung

Kegiatan tidak langsung yang berhubungan dengan pasien tetapi ada kaitannya dengan kegiatan perawatan pasien diruangan seperti: mengisi dan melengkapi formulir pasien, membuat catatan keperawatan pasien, membuat daftar infus, menyiapkan tempat tidur pasien baru, koordinasi/ interaksi dengan sesama perawat, dokter atau bagian lain mengenai pasien, menyiapkan dan membersihkan alat.

3. Kegiatan non keperawatan

Kegiatan yang tidak ada hubungannya dengan keperawatan dan dapat dikerjakan oleh orang lain atau petugas lain, seperti: menulis resep, membuat rincian biaya keperawatan, membersihkan ruangan, antar/ jemput pasien, membuat kebutuhan makanan pasien, dan lain-lain (Swansburg, 2000) dalam (Kartika et al., 2014) .

Menurut Ilyas (Ilyas, 2004), Rata-rata waktu keperawatan yang digunakan untuk setiap pasien yaitu 87 menit. Adapun waktu

administrasi untuk proses pencatatan dan pelaporan pasien dibutuhkan selama 45 menit untuk setiap shift.

2.1.3 Konsep Beban Kerja

2.1.3.1 Definisi Beban Kerja

Beban kerja adalah kondisi pekerjaan yang dihadapkan pada tugas serta pekerjaan yang wajib dituntaskan pada waktu tertentu. Beban kerja secara kuantitatif seperti tugas- tugas yang sangat banyak, sebaliknya beban kerja kualitatif bila pekerja merasa tidak sanggup melaksanakan tugas ataupun tidak memakai ketrampilan ataupun kemampuan dari pekerjaan tersebut (Sugiharto & Handayani, 2024).

Beban kerja dapat berupa beban kerja fisik dan beban kerja mental, beban kerja fisik perawat meliputi mengangkat dan memindahkan pasien, mendorong peralatan dan bed pasien, menjemput pasien, mengganti baju pasien, menyiapkan kelengkapan dokumen medik, menyiapkan ruang operasi dan segala instrumen yang dibutuhkan serta terlibat langsung selama kegiatan pembedahan berlangsung dan beban kerja mental terjadi apabila kapasitas Beban kerja berlebihan (*overload*) yang terjadi ketika seseorang merasa kurang dalam keahliannya atau kurangnya sumber daya (waktu) untuk menyelesaikan pekerjaan tertentu (Ilahi et al., 2023).

2.1.3.2 Beban Kerja Perawat

Menurut laporan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), diperkirakan akan ada kekurangan 7,2 juta tenaga kesehatan untuk memberikan layanan kesehatan di seluruh dunia, dan pada tahun 2035, permintaan keperawatan akan mencapai 12,9 juta. Dampak dari kekurangan tenaga kerja

keperawatan merupakan tantangan besar secara global dan memengaruhi lebih dari satu miliar orang, terutama populasi yang rentan seperti perempuan dan anak-anak yang sangat membutuhkan layanan kesehatan yang berkualitas. Jumlah perawat yang tidak memadai menyebabkan dampak negatif pada kesehatan pasien serta tantangan untuk melawan penyakit dan meningkatkan kesehatan, yang menyebabkan peningkatan beban kerja dan tingkat stres pada perawat dan kemudian berakibat pada penurunan kualitas asuhan keperawatan, mengancam keselamatan pasien dan meningkatkan angka kematian pasien (Tamata & Mohammadnezhad, 2023).

Salah satu faktor utama yang dilaporkan di banyak negara adalah kebijakan dan perencanaan tenaga kerja yang tidak memadai. Seringnya terjadi kekurangan tenaga keperawatan di dalam sistem perawatan kesehatan untuk memberikan layanan dapat menyebabkan stres dan kelelahan, yang akan mempengaruhi kinerja perawat dan meningkatkan kemungkinan kesalahan medis, terutama dalam perawatan pasien, perawatan klinis dan tes laboratorium (Tamata & Mohammadnezhad, 2023).

Ada beberapa masalah utama yang mempengaruhi perawat karena kekurangan tenaga kerja keperawatan, yang berkontribusi pada kesehatan perawat dan pasien, sebanyak 14 artikel (29,2%) dalam penelitian (Tamata & Mohammadnezhad, 2023) mengungkapkan peningkatan stres, kelelahan dan gangguan psikosomatis seperti nyeri punggung dan bahu, kemarahan dan kekhawatiran karena terlalu banyak bekerja.

Ilyas (Ilyas, 2014) menyatakan bahwa beban kerja perawat yang tinggi menyebabkan keletihan dan kelelahan. Lebih lanjut Ilyas menyatakan keletihan dan kelelahan perawat terjadi bila perawat bekerja lebih dari 80% dari waktu kerja mereka atau dapat dikatakan waktu produktif perawat adalah kurang lebih 80%, dan apabila lebih maka beban kerja perawat dikatakan tinggi atau tidak sesuai sehingga perlu dipertimbangkan menambah jumlah tenaga perawat di ruang perawatan tersebut.

Pada penelitian (Andiani & Jayanagara, 2023) mengenai pengaruh beban kerja terhadap kinerja, Hasil kuesioner menunjukkan bahwa beban kerja perawat sangat tinggi. Perawat memerlukan waktu yang lebih banyak dan perhitungan waktu yang tepat untuk menyelesaikan pekerjaan, perawat juga perlu konsentrasi lebih saat bekerja, serta merasa kesulitan dalam menyelesaikan pekerjaan, selain itu perawat juga merasakan kelelahan psikis, tertekan dan sering kebingungan saat bekerja.

2.1.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Beban Kerja

Terdapat 2 faktor yang mempengaruhi beban kerja menurut Irawati & Carollina, (2017) dalam (Firjatullah et al., 2023) :

1. Faktor eksternal :
 - a. Tugas : tugas bersifat fisik seperti tata ruang, kondisi dan lingkungan tempat kerja, sikap kerja atau beban kerja yang dialami. Sedangkan tugas berkaitan dengan mental seperti tanggung jawab, rumitnya pekerjaan, emosi dan sebagainya
 - b. Organisasi Kerja: lamanya waktu kerja, istirahat, pergantian kerja, sistem kerja dan sebagainya.

- c. Lingkungan Kerja : lingkungan kerja fisik, kimiawi, biologi dan psikologis.
2. Faktor internal : faktor dari tubuh akibat reaksi dari beban kerja eksternal
 - a. Faktor somatis meliputi jenis kelamin, ukuran tubuh, gizi, usia, kondisi kesehatan.
 - b. Faktor psikis meliputi motivasi, kepercayaan, perpspektif, keinginan.

2.1.3.4 Indikator Beban Kerja

Koesomowidjojo (Koesomowidjojo, 2017) berpendapat terdapat 3 indikator dalam beban kerja :

1. Target yang harus dicapai

Pemahaman tentang besarnya target dan hasil yang harus diberikan untuk diselesaikan.

2. Kondisi pekerjaan

Pemahaman yang dianut seorang individu terhadap kondisi pekerjaannya seperti pengambilan keputusan yang cepat dan tepat.

3. Penggunaan waktu

waktu kerja dalam kegiatan yang berhubungan langsung dengan produksi atau layanan, baik barang atau jasa

2.1.4 Konsep Shift Kerja

2.1.4.1 Definisi Shift Kerja

Shift Kerja menurut (Ernawati et al., 2023) adalah suatu periode waktu yang menuntut tugas kerja pekerja secara teratur, dilakukan secara berkelompok dalam shift selama 24 jam. Kerja shift adalah metode standar praktik profesional dan tidak dapat dihindari oleh banyak perawat. Hal ini dikarenakan rumah sakit dan layanan keperawatan menjalankan operasi 24 jam (Alsharari et al., 2021).

Peraturan tentang jam kerja sesuai dengan UU No.13/2003 mengenai Ketenagakerjaan, jika jam kerja di sebuah perusahaan dibuat sebanyak 3 shift dengan masing-masing maksimal 8 jam per hari (termasuk jam istirahat), maka jumlah jam kerja secara akumulatif masing-masing shift tidak boleh lebih dari 40 jam per minggu (Undang-undang No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan) dalam (Rahmawati et al., 2020).

Selain itu ada sistem Shift kerja dua kali (*Two-Shift Duty*) dalam konteks layanan kesehatan atau keperawatan merujuk pada model kerja di mana satu hari kerja selama 24 jam dibagi menjadi dua periode kerja, biasanya masing-masing selama 12 jam. Sistem ini diterapkan untuk memastikan kontinuitas perawatan pasien sekaligus mengelola beban kerja dan kebutuhan operasional fasilitas kesehatan. Shift siang biasanya dimulai pagi hari, misalnya dari 07.00 hingga 19.00, sedangkan shift malam mencakup sisa waktu, misalnya dari 19.00 hingga 07.00. Setiap pergantian shift melibatkan periode serah terima untuk memastikan komunikasi yang

lancar mengenai kondisi pasien dan perkembangan penting lainnya (Ngosi, Osakah Sandra ; Ibebuike, 2025).

Optimalisasi dalam shift kerja dapat mengurangi potensi dampak kesehatan pada karyawan, pergeseran dan pengaturan shift kerja berupa jadwal dan pola kerja harus dipertimbangkan dari berbagai faktor seperti lamanya shift atau jumlah jam kerja per shift, jumlah anggota tim, istirahat kerja, periode atau kecepatan rotasi, serta pergeseran waktu (Batubara et al., 2023).

2.1.4.2 Dampak Shift Kerja

Shift kerja pada sektor kesehatan seringkali tidak teratur dikarenakan harus memastikan perawatan pasien sepanjang hari. Baik Shift Kerja tetap maupun rotasi, keduanya menunjukkan pengaruh terhadap kesehatan dan kualitas hidup pekerja kesehatan akibat dari terganggunya sistem sirkadian (*circadian rhythm*), konsekuensi kesehatan yang dihadapi oleh pekerja kesehatan dengan jadwal shift yang tidak teratur termasuk gangguan pencernaan karena perubahan pola makan, kebiasaan makan, gangguan tidur, stres, ketegangan kerja, ketidakpuasan pribadi di tempat kerja, dan kemunduran hubungan sosial dan keluarga (Ngosi, Osakah Sandra ; Ibebuike, 2025).

Pengaruh jam kerja shift yang tidak teratur dapat mempengaruhi kesehatan psikologis perawat. Penelitian menunjukkan bahwa kelelahan, kecemasan, depresi, stres, dan gangguan tidur umum terjadi pada perawat yang bekerja di luar jam kerja yang teratur. Gangguan psikologis tersebut tidak hanya mengancam kesejahteraan individu pekerja, tetapi juga

menurunkan kualitas perawatan pasien, karena perawat yang mengalami stres dan kelelahan dapat mengalami penurunan fungsi kognitif yang berdampak pada pengambilan keputusan dan konsentrasi (Alghamdi & Bahari, 2025).

Karyawan yang bekerja shift malam, menggunakan waktu istirahat pada siang hari dimana biasanya tubuh secara alami bangun dan beraktivitas, sedangkan di malam hari harus berjaga karena pekerjaan. Tidur siang hari dirasa kurang dapat memberikan pemulihan dan kurang berkualitas dibandingkan tidur malam hari, rasa kantuk yang muncul saat bekerja disebabkan terganggunya kualitas dan kuantitas tidur, dalam penelitian (Batubara et al., 2023) dikatakan bahwa pekerja dengan shift pagi tidak mengalami tingkat stress yang tinggi, tetapi pekerja shift malam mengalaminya sehingga menurunkan tingkat produktivitas mereka.

Hasil penelitian lain juga menyatakan ada dampak negatif dari kerja shift malam dalam mempengaruhi kesehatan pekerja, terutama menyebabkan kelelahan, kantuk, perubahan suasana hati, dan penambahan berat badan, selain itu juga berpengaruh pada kinerja mereka. Pada Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kerja shift malam dikaitkan dengan kinerja yang buruk dan adopsi indikator keselamatan yang rendah ketika shift tersebut dilakukan dalam jadwal shift yang berputar (Alsharari et al., 2021). Kerja malam juga memperburuk kewaspadaan dan performa kerja perawat, dan dengan demikian menurunkan kualitas perawatan (Amiard et al., 2023). Kerja shift malam juga mempengaruhi kinerja perawat, setengah dari responden perawat menyatakan tidak suka bekerja

pada shift malam, Temuan penelitian ini konsisten dengan penelitian lain yang dilakukan di tempat lain bahwa perawat yang bekerja pada rotasi shift malam menghadapi stres yang cukup besar, yang dapat mempengaruhi kinerja mereka (Alsharari et al., 2021).

Shift kerja, terutama yang mencakup shift malam, adalah kondisi yang paling banyak diteliti karena dapat mengganggu homeostasis dan kesejahteraan manusia. Gangguan atau bahkan pembalikan siklus tidur/bangun yang terjadi akibat pola aktivitas/istirahat yang berubah menjadi stres signifikan bagi regulasi ritme sirkadian tubuh (*cycardian rty*m). Ritme ini dikendalikan oleh jam biologis yang terletak di *suprachiasmatic nuclei* di otak dan disinkronkan dengan isyarat lingkungan, terutama siklus terang/gelap. Proses ini terjadi melalui rangsangan fotik dari sel ganglion retina yang sangat sensitif terhadap cahaya, meskipun tidak terkait langsung dengan penglihatan (Ngosi, Osakah Sandra ; Ibebuike, 2025)

2.1.4.3 Sistem dan Manajemen Shift kerja

Pembagian shift kerja berdasarkan durasi jam kerja dapat terbagi menjadi 8 jam, 10 jam dan 12 jam (Alghamdi & Bahari, 2025). Menurut *The International Agency for Research on Cancer (IARC)* (2010:564) dalam (Ekaningtyas, 2016) menyatakan bahwa sistem shift kerja dapat berbeda di tiap negara, ada 3 jenis sistem shift kerja yaitu:

- a. *Permanent* (Permanen), yaitu shift kerja yang mengatur orang bekerja dengan teratur pada satu shift saja, bisa shift pagi atau sore, atau malam

hari, atau dirotasi dengan sistem beberapa orang bekerja dalam shift secara bergantian secara periodik atau dalam jangka waktu tertentu pada shift berbeda.

- b. *Continuous* (Berkelanjutan), yaitu shift kerja yang mengatur orang bekerja pada satu shift yang sama selama seminggu penuh, atau shift secara discontinuous yaitu adanya libur pada akhir pekan atau pada hari minggu saja.
- c. *With or without night work* (dengan atau tanpa shift malam), yaitu shift kerja yang mengatur orang bekerja dilakukan pada semua shift malam saja atau hanya sebagian shift malam saja, dan jumlah kerja malam dibagi per minggu, bulan, atau tahun dapat bervariasi

2.1.4.4 Indikator Shift kerja

Pengaturan sistem shift kerja setiap organisasi harus mempertimbangkan faktor-faktor yang kemudian dijadikan sebagai indikator sistem shift kerja (Ekaningtyas, 2016), antara lain :

1. Durasi shift, yaitu banyaknya jumlah jam atau lamanya jam kerja karyawan dalam tiap shift , durasi shift dapat berbeda- beda 8 jam, 6 jam, atau 12 jam.
2. Jumlah Pekerja atau tim, yaitu jumlah pekerja atau banyaknya pekerja atau kelompok kerja dalam setiap shift.
3. Kecepatan rotasi, yaitu jumlah hari yang diperlukan dalam pertukaran tiap shift kerja. Pertukaran shift dapat berjalan dengan cepat (yaitu setiap 1,2, atau 3 hari), sedang (setiap seminggu sekali), dan lambat

(setiap 15, 20, atau 30 hari), yang mempengaruhi jumlah shift malam dan hari libur.

4. Arah rotasi shift, yaitu pergerakan arah rotasi yang bergerak searah jarum jam (pagi, sore, malam) atau berlawanan arah jarum jam (sore, pagi, malam). Rotasi searah jarum jam disebut *delayed phase* atau rotasi kedepan, rotasi yang berlawanan arah jarum jam disebut dengan *advance phase* atau rotasi mundur. Yang memiliki dampak berbeda terhadap penyesuaian ritme sirkadian.
5. Waktu istirahat, yaitu jam istirahat bagi karyawan untuk memulihkan diri atau sekadar bersantai bebas dari pekerjaan di sela-sela jadwal jam kerja dalam setiap shift kerja.
6. Hari libur, yaitu jumlah hari libur dan posisi hari libur pada jadwal shift karyawan
7. Keteraturan jadwal shift, yaitu jadwal shift kerja yang diberikan atau dijadwalkan berlangsung teratur atau tidak teratur.

2.1.5 Konsep Stress Kerja

2.1.5.1 Definsi Stress

Sebuah konsep yang ditemukan oleh ahli Fisiologi Perancis Claude Bernard (1815-1878) dalam (Wisudawan B et al., 2024) mengemukakan bahwa stres seperti yang digunakan dalam ilmu fisika mengacu pada benda tidak aktif atau pasif yang dideformasi (disaring) oleh beban lingkungan. Namun, dalam penggunaan biologis, stres adalah proses aktif "melawan" tubuh makhluk hidup yang terlibat dalam upaya adaptasi yang penting untuk pemeliharaan atau pemulihan keseimbangan. Salah satu definisi stres yang

paling sederhana dan paling umum digunakan mencerminkan gagasan yaitu 'ketidakseimbangan'. Stres mengacu pada ketidakseimbangan antara permintaan yang dirasakan dan kemampuan yang dirasakan individu untuk meresponsnya (McGrath 1970: 17) dalam (Wisudawan B et al., 2024). Teori stres mengasumsikan bahwa terdapat pemicu stres yang menimbulkan tuntutan, tantangan, atau ancaman; kesadaran atau persepsi stresor; dan respons yang mencakup perubahan emosional, fisiologis, kognitif, dan perilaku. Tabel 1 menunjukkan gejala umum yang bisa menjadi indikasi terjadinya stres pada seseorang (Wisudawan B et al., 2024).

Tabel 2.1
Indikasi Terjadinya Stres

No.	Indikasi Stress	Gejala/Tanda
1.	Emosional	Ierasa kesal dan menangis lebih dari biasanya Ierasa kesal dan berperilaku tidak masuk akal Kehilangan selera humor Ketakutan yang tidak masuk akal
2.	Kognitif	Merasa gagal Banyak yang mengkhawatirkan Kesulitan dalam mengambil keputusan Tidak ingin diganggu
3.	Perilaku	Tidak makan atau makan terlalu banyak Cuti untuk penyakit ringan Menggunakan alkohol, tembakau, atau zat lain untuk merasakan lebih baik atau melupakan masalah Mundur dari kegiatan biasa
4.	Fisiologis	Mengalami kesulitan tidur Gangguan pencernaan atau mual Serangan panik Sakit kepala dan ketegangan otot

Sumber : (Wisudawan B et al., 2024)

America National Association for Occupational Health (ANAHOH)

tahun 2019 dalam (Ilahi et al., 2023) menempatkan peristiwa stres kerja

pada perawat terletak pada urutan paling atas dari empat puluh permasalahan awal pada stres kerja, selain itu Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) tahun 2016 dalam (Andi Masti Amirah et al., 2022), (Ilahi et al., 2023) mengatakan bahwa 50,9% perawat Indonesia yang mengalami stres kerja, kerap merasa pusing, lelah, kurang ramah, kurang rehat akibat beban kerja sangat besar dan pemasukan yang tidak mencukupi

Stres dapat memiliki konsekuensi penting bagi para profesional perawatan dan klien atau pasien mereka. Masalah umum yang dihadapi oleh perawat adalah membedakan gejala stres dari gejala penyakit mental atau fisik, karena stres dapat memperburuk atau menutupi gejala penyakit. Dalam dunia ilmiah, stres telah digunakan sebagai prekursor psikologis penyakit, sebagai akibat dari sejumlah kondisi, reaksi kecemasan, ketidaknyamanan, atau mereka yang berada di bawah banyak tekanan. Reaksi stres penuh dengan gejala umum yang dikenal seperti ketakutan, kecemasan, dan kemarahan. Studi penelitian menyimpulkan bahwa faktor usia, status peran keperawatan, masa kerja, bidang keperawatan, dan kebutuhan interpersonal memiliki keterkaitan dengan dimensi stress (Wisudawan B et al., 2024)

2.1.5.2 Stress Kerja pada Perawat

Stres kerja di kalangan profesional kesehatan masyarakat dan staf perawatan kesehatan, terutama pada perawat sangat lazim disebabkan sifat spesifik dari profesi keperawatan yang membutuhkan keterampilan yang tinggi, tim yang bekerja dalam situasi penuh dengan tekanan, memberikan

asuhan keperawatan 24 jam dan beban emosional yang tinggi. Selain itu, beban kerja yang tinggi utamanya pada perawatan intensif care unit, jam kerja yang panjang, bekerja pada hari libur juga merupakan faktor yang bisa memicu stres pada perawat. Perawat yang bekerja di rumah sakit melaporkan tingkat stres kerja yang tinggi. (Wisudawan B et al., 2024).

Mayoritas perawat perawatan kritis pada penelitian (Cheng & Cheng, 2017) dalam , melaporkan kelelahan yang tinggi pada komponen kelelahan emosional, alasannya adalah karena para perawat terpengaruh oleh stressor yang berhubungan dengan pekerjaan seperti beban kerja yang berat, jam kerja yang Panjang , dan ketegangan dalam merawat pasien dengan hasil yang berpotensi buruk.

Minimnya kapasitas perawat dibanding jumlah pasien menyebabkan perawat akan mengalami kelelahan dalam bekerja sebab kebutuhan pasien terhadap asuhan keperawatan lebih besar dari standar kemampuan perawat (Andi Masty Amirah et al., 2022), selain itu stress kerja juga dapat mempengaruhi kinerja karyawan seperti pekerjaan yang menumpuk dan harus diselesaikan dalam waktu tertentu (Ernawati et al., 2023)

Ketidakmampuan perawat untuk secara konsisten memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas untuk semua pasien dikarenakan kurangnya waktu, sumber daya fisik, disebabkan oleh kurangnya perawat. Temuan di rumah sakit yang diteliti menyimpulkan bahwa stres pada perawat dikarenakan beban dan kesibukan kerja yang tinggi, perilaku dan kondisi pasien dan harapan yang dirasakan tidak realistis dari pasien,

keterbatasan jumlah staf terutama ketika cuti kerja (Wisudawan B et al., 2024).

2.1.5.3 Indikator Stress Kerja

Menurut (Hasibuan, 2020) terdapat beberapa indikator stres kerja yaitu :

1. Beban kerja sebagai tekanan atau tanggapan akibat tidak dapat menyesuaikan diri, dimana karyawan dihadapkan pada sejumlah pekerjaan dengan jumlah tugas lebih besar dari kemampuan dan tidak mempunyai cukup waktu untuk menyelesaikan pekerjaannya
2. Sikap pemimpin yang dinilai dari persepsi mengenai sikap pemimpin dalam setiap organisasi kedudukan pemimpin sangat penting, seorang pemimpin melalui pengaruhnya dapat memberikan dampak yang sangat berarti terhadap aktifitas kerja karyawan. Dalam pekerjaan yang bersifat menekan, para karyawan bekerja lebih baik jika pimpinannya mengambil tanggung jawab lebih besar dalam memberikan pengarahan
3. Waktu kerja merupakan proses dalam menentukan jumlah jam kerja yang dibutuhkan dalam menyelesaikan suatu pekerjaan dalam rentang waktu tertentu.
4. Konflik dinilai dari persepsi konflik antara karyawan dengan pemimpin, adanya ketidaksetujuan atau perbedaan pendapat antara dua atau lebih karyawan atau kelompok dalam sebuah organisasi, dimana konflik ini muncul karena adanya penggunaan sumber daya yang tersedia bersama-sama atau dalam kondisi menjalankan kegiatan atau pekerjaan bersama.

5. Komunikasi adalah suatu proses peralihan informasi yang membuat sesuatu informasi berpindah dari satu orang saja kemudian menjadi dimiliki dua orang atau lebih.
6. Otoritas kerja diukur dari persepsi perihal pekerjaan yang berhubungan secara langsung dengan tanggung jawab dan kewenangan.

2.1.6 Konsep Kinerja

2.1.6.1 Definisi Kinerja

Kinerja (*performance*) merupakan isu yang paling penting, kebutuhan masyarakat akan pelayanan prima di layanan rumah sakit adalah sesuatu yang sangat di perlukan pengguna layanan, mutu tidak akan terpisahkan dari standar, karena kinerja di ukur berdasarkan standar (Ekaputri, Susanto, 2024).

Pengaruh positif perawatan yang berlebihan terhadap jumlah dan lama pelayanan terhadap kualitas pelayanan medis yang diberikan sangat bergantung pada kinerja tenaga keperawatan. Kinerja dikutip dari bahasa Inggris, *performance* atau prestasi kerja dan berarti keberhasilan/kegagalan dalam bekerja. Kinerja individu dalam suatu organisasi/perusahaan dinilai melalui evaluasi kinerja. Apakah perusahaan/organisasi berkembang tercermin dalam evaluasi kinerja karyawan/staf. Sistem penilaian kinerja merupakan media untuk memperoleh informasi umum, sistem penggajian, promosi, tindakan disiplin, dan pensiun (Marquis, B. L., & Houston, 2006).

Kinerja merupakan hal yang sangat penting bagi organisasi dalam upaya mencapai tujuannya. Hal ini menjadi dasar tentang pentingnya tingkat pencapaian kinerja perawat bagi organisasi rumah sakit dalam upaya

untuk mencapai tujuannya karena instrumen kinerja dapat digunakan untuk mereview kinerja, peringkat kinerja, penilaian kinerja, dan sekaligus evaluasi terhadap para perawat sehingga dapat diketahui perawat yang mampu melaksanakan pekerjaan dengan baik, efektif dan efisien, dan produktif sesuai dengan tujuan organisasi rumah sakit (Bakti et al., 2024).

Petugas yang mempunyai dedikasi yang tinggi seperti terampil, ramah, sopan, simpati, luwes, penuh pengertian mempunyai kemampuan komunikasi dengan baik, sangat diharapkan dalam pemberian pelayanan kepada pasien, apabila hal ini dilakukan oleh petugas di rumah sakit, maka pasien yang berkunjung untuk berobat akan senang dan nyaman (Pratiwi, R.D., Putra, R.S.P., Amaliah, 2022) .

Kinerja atau disebut juga prestasi kerja merupakan hasil dari kerja sumber daya manusia baik secara kualitas maupun kuantitas yang telah dicapai karyawan dalam melaksanakan tugas yang diberikan sesuai dengan tanggung jawab pekerjaannya (Mangkunegara, 2016) ; (Ilyas, 2004).

2.1.6.2 Konsep Kinerja Perawat melalui Asuhan Keperawatan

Menurut (Bakti et al., 2024) Kinerja perawat merupakan prestasi kerja yang ditunjukkan perawat pelaksana dalam melakukan tugas – tugas asuhan keperawatan dalam kurun waktu tertentu untuk menghasilkan output yang baik bagi organisasi, pasien dan juga bagi perawat sendiri. Kinerja perawat dalam asuhan keperawatan juga dipengaruhi oleh faktor – faktor lain yaitu karakteristik organisasi atau kepemimpinan, karakteristik individu atau motivasi, dan karakteristik pekerjaan atau beban kerja (Zaidar et al., 2022). Pengaruh positif perawatan terhadap jumlah dan lama pelayanan

terhadap kualitas pelayanan medis yang diberikan sangat bergantung pada kinerja tenaga keperawatan. Kinerja dikutip dari bahasa Inggris, *performance* atau prestasi kerja dan berarti keberhasilan/kegagalan dalam bekerja. (Pratiwi, R.D., Putra, R.S.P., Amaliah, 2022)

Menurut (Bakti et al., 2024) kinerja pegawai merupakan hal yang sangat penting bagi organisasi dalam upaya mencapai tujuannya. Hal ini menjadi dasar tentang pentingnya tingkat pencapaian kinerja perawat bagi organisasi rumah sakit dalam upaya untuk mencapai tujuannya karena instrumen kinerja dapat digunakan untuk mereview kinerja, peringkat kinerja, penilaian kinerja, dan sekaligus evaluasi terhadap para perawat sehingga dapat diketahui perawat yang mampu melaksanakan pekerjaan dengan baik, efektif dan efisien, dan produktif sesuai dengan tujuan organisasi rumah sakit

Asuhan keperawatan merupakan rangkaian interaksi Perawat dengan pasien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian pasien dalam merawat dirinya (UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan) dalam (Tutiany, 2017). Asuhan keperawatan digunakan sebagai indikator menentukan kualitas pelayanan rumah sakit, dan perawat adalah profesi yang secara langsung memberikan pelayanan asuhan keperawatan kepada pasien, salah satu aspek terpenting dari kinerjanya adalah dokumentasi asuhan keperawatan. Proses asuhan keperawatan adalah tanggung jawab perawat dimulai sejak pasien datang ke rumah sakit hingga pasien pulang, berupa pengkajian pasien, penegakan diagnosa, pelaksanaan intervensi, implementasi dan evaluasi dari diagnosa

awal yang ditegaskan seperti yang ada dalam tahapan asuhan keperawatan (Nursalam, 2007) dalam (Manullang, 2020).

2.1.6.3 Indikator Kinerja

Terdapat 5 indikator dalam mengukur kinerja karyawan menurut Robbin (Robbins, Stephen P., 2016) :

1. Kualitas kerja , merupakan pengukuran dari persepsi karyawan terhadap kualitas pekerjaan yang mereka lakukan, serta tingkat kesempurnaan tugas yang berkaitan dengan ketrampilan dan kemampuan karyawan.
2. Kuantitas kerja merupakan jumlah yang dapat diproduksi karyawan yang dinyatakan dalam suatu arti baik seperti jumlah unit atau jumlah aktivitas yang telah diselesaikan yang telah menjadi bagian dari tanggung jawabnya.
3. Ketepatan waktu, yaitu tingkat aktivitas yang mampu diselesaikan dari semula waktu ditentukan yang kemudian diukur dengan hasil akhir dalam penggunaan waktu yang semaksimal mungkin dalam menyelesaikan kegiatan.
4. Efektivitas yaitu kemampuan memaksimalkan penggunaan sumber daya organisasi baik berupa teknologi, tenaga, uang, bahan baku dengan tujuan meningkatkan hasil dalam setiap unit kerja.
5. Kemandirian yaitu kemampuan tanggung jawab dan komitmen kerja sebagai karyawan terhadap kantor atau organisasi dimana mereka bekerja.

2.2 Penelitian Terdahulu

2.2.1 Pengaruh Beban Kerja Terhadap Kinerja

- a. Didi Yunaspi, Zulkarnain Edward, dan Emil Huriani (2020) : **Kajian Hubungan Komponen Beban Kerja dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Harapan Bunda Batam.** (Yunaspi et al., 2020).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara komponen beban kerja dan kinerja perawat di ruang rawat inap rumah sakit Harapan Bunda Batam. Metode penelitian menggunakan deskriptif analitik dengan pendekatan *cross-sectional*, di mana data dikumpulkan melalui total sampling dari 44 perawat. Analisis data dengan menggunakan uji *Chi-Square*.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan signifikan antara jumlah pasien yang dirawat, jenis kegiatan keperawatan, dan kinerja perawat, tetapi tidak ada hubungan signifikan antara waktu kegiatan keperawatan dan kinerja perawat.

Penelitian ini memiliki persamaan dalam hal pengaruh beban kerja terhadap kinerja perawat, perbedaan pada penelitian ini tidak memasukkan shift kerja sebagai variable dan lebih menekankan pada jenis kegiatan keperawatan dan jumlah pasien sebagai faktor yang mempengaruhi kinerja perawat.

- b. Dedy Sugiharto, Purwadhi, dan Nining Handayani (2024): **Kontribusi Beban Kerja, Stres Kerja dan Iklim Kerja terhadap Kinerja Perawat di RS Bhakti Asih Brebes.** (Sugiharto & Handayani, 2024).

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh beban kerja, stres kerja, dan iklim kerja terhadap kinerja perawat. Metode penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dengan desain regresi linier berganda, sampel yang digunakan adalah 109 orang perawat yang bekerja di rumah sakit Bhakti Asih Brebes. Data dikumpulkan melalui kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa beban kerja berpengaruh positif terhadap kinerja perawat, sementara stres kerja dan iklim kerja memberikan pengaruh negatif terhadap kinerja perawat. Penelitian ini menyarankan agar rumah sakit mengelola beban kerja dan menciptakan iklim kerja yang lebih baik untuk meningkatkan kinerja perawat. Penelitian ini memiliki persamaan yaitu keduanya meneliti pengaruh beban kerja dan stres kerja terhadap kinerja perawat, namun perbedaannya pada penelitian ini tidak melibatkan shift kerja.

- c. Devayasmin Salsabila Mulatta dan Jati Waskito (2024): **Pengaruh Work Family Conflict, Work Life Balance, dan Beban Kerja Terhadap Kinerja Perawat Dimediasi Oleh Komitmen Organisasi Pada RSAU dr. Siswanto.** (Mulatta & Waskito, 2024)

Penelitian ini menganalisis pengaruh beban kerja, *work life balance*, dan *work family conflict* terhadap kinerja perawat, dengan komitmen organisasi sebagai variabel mediasi. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain survei, sampel yang digunakan adalah 60 perawat, analisis menggunakan SmartPLS 3.0.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa beban kerja, *work life balance*, dan *work family conflict* mempengaruhi kinerja perawat secara signifikan. Namun, komitmen organisasi hanya memediasi hubungan antara *work life balance* dan kinerja perawat, sementara mediasi untuk *work family conflict* dan beban kerja tidak signifikan.

Penelitian ini memiliki persamaan dalam menguji pengaruh beban kerja terhadap kinerja perawat, perbedaannya adalah tidak memasukkan shift kerja sebagai variabel independen, dan lebih menekankan *work family conflict* dan *work life balance* dalam pengaruhnya terhadap kinerja perawat melalui komitmen organisasi.

- d. Tasya Kamila Andiani dan Oscar Jayanagara (2023): ***Effect of Workload, Work Stress, Technical Skills, Self-Efficacy, and Social Competence on Medical Personnel Performance.*** (Andiani & Jayanagara, 2023)

Penelitian ini menganalisis pengaruh beban kerja, stres kerja, keterampilan teknis, *self-efficacy*, dan kompetensi sosial terhadap kinerja tenaga medis di Rumah Sakit Umum Daerah Sukajadi selama pandemi Covid-19. Metode yang digunakan adalah kuantitatif deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional*, sampelnya berupa 130 tenaga medis yang dipilih melalui *purposive sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa beban kerja berpengaruh negatif dan signifikan terhadap kinerja tenaga medis, sementara stres kerja berpengaruh negatif namun tidak signifikan. Keterampilan teknis, *self-efficacy*, dan kompetensi sosial berpengaruh positif dan signifikan terhadap

kinerja tenaga medis, dan beban kerja, stres kerja, keterampilan teknis, *self-efficacy*, serta kompetensi sosial memiliki pengaruh bersama terhadap kinerja tenaga medis. Persamaan penelitian ini yaitu menguji pengaruh beban kerja dan stres kerja terhadap kinerja tenaga medis, perbedaannya tidak memasukkan shift kerja dan lebih fokus pada keterampilan teknis, *self-efficacy*, dan kompetensi sosial sebagai faktor penentu kinerja tenaga medis.

2.2.2 Pengaruh Beban Kerja Terhadap Stress Kerja

- a. Keivan Saedpanah, Mohammad Ghasemi, Hesam Akbari, Amir Adibzadeh, dan Hamed Akbari (2023): *Effects of Workload and Job Stress on the Shift Work Disorders Among Nurses: PLS SEM Modeling*. (Saedpanah et al., 2023)

Penelitian ini menganalisis hubungan antara beban kerja, stres kerja, dan gangguan terkait shift kerja pada perawat. Menggunakan metode kuantitatif *cross-sectional* dan *structural equation modeling* (SEM), sampel penelitian 300 perawat di Tehran.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa beban kerja berpengaruh signifikan terhadap stres kerja, kesehatan fisik dan mental, kualitas tidur, serta masalah individu dan keluarga, dengan stres kerja memediasi pengaruh tersebut. Penelitian ini memiliki persamaan pengaruh beban kerja dan stres kerja terhadap kinerja perawat, perbedaannya tidak memasukkan shift kerja sebagai variabel, dan lebih menekankan gangguan terkait shift kerja serta dampaknya terhadap kesehatan fisik dan mental.

- b. Nila Kurnia Ilahi, Melda Yenni, dan Suroso (2023): **Hubungan Beban Kerja Dan Shift Kerja Dengan Gejala Stres Kerja Perawat Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi.** (Ilahi et al., 2023)

Penelitian ini mengidentifikasi hubungan antara beban kerja dan shift kerja dengan stres kerja pada perawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jambi. Menggunakan metode kuantitatif *cross-sectional*, dengan 61 perawat sebagai responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa beban kerja yang berat dan shift malam berhubungan signifikan dengan stres kerja perawat.

Penelitian ini memiliki persamaan dalam meneliti beban kerja dan shift kerja terhadap stress kerja, perbedaanya penelitian ini tidak meneliti kinerja dan lebih fokus pada stres kerja sebagai dampak dari beban kerja dan shift kerja.

2.2.3 Pengaruh Shift Kerja Terhadap Stress Kerja

- a. Ingrid Mentari Batubara, Alifia Octaviani Aritonang, Layla Hanum Batubara, dan Salianto (2023) : **Pengaruh Shift Kerja Terhadap Stres Kerja pada Karyawan PT. Asam Jawa Kota Pinang.** (Batubara et al., 2023)

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh shift kerja terhadap stres kerja pada karyawan PT. Asam Jawa. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan desain *cross-sectional* dan melibatkan 114 peserta yang dipilih secara acak. Hasilnya menunjukkan bahwa shift malam meningkatkan tingkat stres kerja secara signifikan, terutama karena masalah kesehatan seperti kualitas tidur yang buruk.

Penelitian ini memiliki persamaan dalam menguji pengaruh shift kerja terhadap stres kerja, perbedaannya tidak memfokuskan pada beban kerja dan tidak menggunakan stres kerja sebagai variabel mediasi untuk kinerja, melainkan berfokus pada dampak langsung shift kerja terhadap stres kerja.

- b. Andi Masty Amirah, Samsualam, dan Tutik Agustini (2022): **Pengaruh Shift Kerja terhadap Stres Kerja Perawat Instalasi Rawat Inap Isolasi.** (Andi Masty Amirah et al., 2022)

Penelitian ini mengkaji pengaruh shift kerja terhadap stres kerja pada perawat di Instalasi Rawat Inap Isolasi RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar. Metode penelitian kuantitatif dengan desain *cross-sectional*, melibatkan 60 responden,

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat pada shift pagi mengalami stres kerja lebih tinggi dibandingkan dengan shift siang dan malam. Hasil analisis regresi menunjukkan adanya pengaruh signifikan antara shift kerja terhadap stres kerja. Persamaanya yaitu meneliti pengaruh shift kerja terhadap stres kerja, perbedaannya penelitian ini tidak memasukkan beban kerja sebagai variabel dan tidak menggunakan stres kerja sebagai variabel mediasi dalam pengaruhnya terhadap kinerja perawat.

- c. Rokaya Alghamdi dan Ghareeb Bahari (2025) : ***Shift Work, Psychological Health Disorders, and Job Security Among Nurses: A Cross-Sectional Study.*** (Alghamdi & Bahari, 2025)

Penelitian ini mengidentifikasi hubungan antara shift kerja, gangguan kesehatan psikologis, dan keamanan kerja pada perawat di Saudi Arabia. Menggunakan metode kuantitatif dengan desain *cross-sectional*, melibatkan 163 perawat yang dipilih melalui *convenience sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan signifikan antara shift kerja, kelelahan, depresi, kecemasan, dan stres, serta keamanan kerja yang mempengaruhi tingkat stres perawat. Persamaan penelitian ini menganalisa pengaruh shift kerja terhadap stres kerja, perbedaannya tidak memasukkan beban kerja sebagai variabel dan tidak menggunakan stres kerja sebagai variabel mediasi terhadap kinerja perawat.

2.2.4 Pengaruh Shift Kerja Terhadap Kinerja

- a. Abdalkarem F. Alsharari, Fuad H. Abuadas, Mohammed N. Hakami, Adel A. Darraj, dan Magbool W. Hakami (2021) : ***Impact of Night Shift Rotations on Nursing Performance and Patient Safety: A Cross-Sectional Study.*** (Alsharari et al., 2021)

Penelitian ini menganalisa dampak rotasi shift malam terhadap kinerja perawat dan keamanan pasien di rumah sakit umum Saudi Arabia. Menggunakan desain korelasional prediktif deskriptif dan melibatkan 1.256 perawat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa shift malam mempengaruhi keselamatan pasien (85.7%) dan konsekuensi fisiologis perawat (93.6%) yang menyebabkan kelelahan dan stres. Sehingga dapat disimpulkan Shift malam berpengaruh signifikan terhadap kinerja perawat dan keselamatan

pasien. Penelitian ini memiliki persamaan meneliti pengaruh shift kerja terhadap kinerja seperti dampak fisiologis dan keselamatan pasien yang menyebabkan stress, perbedaanya tidak meneliti beban kerja.

- b. Bunga Putri Arini (2021) : **Pengaruh Shift Kerja dan Beban Kerja terhadap Kinerja Perawat pada Moslem Baby Day Care di Timoho Yogyakarta.** (Arini, 2021)

Penelitian ini menganalisa pengaruh shift kerja dan beban kerja terhadap kinerja perawat di Moslem Baby Day Care. Menggunakan metode kuantitatif dengan analisis regresi linier berganda dan melibatkan 38 perawat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa shift kerja berpengaruh signifikan positif terhadap kinerja, sementara beban kerja berpengaruh signifikan negatif terhadap kinerja perawat. Persamaan penelitian ini menganalisa pengaruh shift kerja dan beban kerja terhadap kinerja perawat, perbedaanya tidak menggunakan stres kerja sebagai variabel mediasi, melainkan menguji pengaruh langsung dari shift kerja dan beban kerja terhadap kinerja perawat.

- c. Ernawati, Andi Hendra Syam, dan Ansar H Mulkin Bas (2023) : **Pengaruh Shift Kerja dan Stress Kerja terhadap Peningkatan Kinerja Karyawan pada CV. Media One Mart Group di Makassar.** (Ernawati et al., 2023)

Penelitian ini untuk mengetahui pengaruh shift kerja dan stress kerja terhadap kinerja karyawan di CV. Media One Mart Group. Menggunakan

metode kuantitatif dengan regresi linier berganda dan melibatkan 80 karyawan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa shift kerja dan stress kerja secara parsial berpengaruh signifikan terhadap kinerja karyawan, serta shift kerja dan stress kerja secara simultan berpengaruh signifikan terhadap kinerja karyawan. Persamaan penelitian ini menganalisa pengaruh shift kerja dan stress kerja terhadap kinerja perawat, perbedaanya tidak melibatkan stress kerja sebagai variabel mediasi dan lebih fokus pada pengaruh langsung shift kerja dan stress kerja terhadap kinerja karyawan.

- d. Osakah Sandra Ngozi dan Julia Ibebuike (2025): *Evaluation of the Perceived Effects of Two Shift Duty and Moonlighting Among Health Workers in Umuguma Specialist Hospital, Owerri*. (Ngosi, Osakah Sandra ; Ibebuike, 2025)

Penelitian ini membahas pengaruh shift kerja terhadap kesejahteraan dan produktivitas tenaga kesehatan. Penelitian ini merupakan studi kuantitatif dengan metode survei deskriptif, melibatkan 300 tenaga kesehatan dari populasi 1.200 orang, yang dipilih menggunakan teknik *stratified random sampling*. Data dikumpulkan melalui kuesioner dengan skala *Likert* dan dianalisis menggunakan SPSS dengan uji *chi-square* dan ANOVA.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa shift kerja yang tidak teratur menyebabkan stres, gangguan tidur, dan kelelahan, sementara pekerja yang melakukan *moonlighting* (bekerja tambahan) mengalami penurunan

produktivitas. Selain itu, beban kerja yang tinggi akibat shift panjang meningkatkan risiko kesalahan medis, serta motivasi kerja menurun akibat ketidakseimbangan antara beban kerja dan kompensasi. Penelitian ini memiliki persamaan meneliti pengaruh shift kerja terhadap kinerja tenaga kesehatan menggunakan pendekatan kuantitatif. Namun, terdapat perbedaan karena penelitian ini tidak memasukkan beban kerja sebagai variabel independen dan tidak menggunakan stres kerja sebagai variabel mediasi, serta lebih berfokus pada dampak moonlighting dibandingkan keseimbangan shift kerja dan beban kerja terhadap kinerja.

2.2.5 Pengaruh Stress Kerja memediasi Beban Kerja dan Shift Kerja terhadap Kinerja

- a. Anak Agung Istri Nadya Paramitha dan I Gusti Ayu Dewi Adnyani (2024) : **Peran Stres Kerja dalam Memediasi Pengaruh Beban Kerja terhadap Kepuasan Kerja pada Perawat RSUD Prima Medika.** (Anak Agung Istri Nadya Paramitha & I Gusti Ayu Dewi Adnyani, 2024)

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis peran stres kerja dalam memediasi pengaruh beban kerja terhadap kepuasan kerja pada perawat di RSUD Prima Medika. Menggunakan metode kuantitatif dengan analisis jalur (*path analysis*), melibatkan 117 perawat, data dikumpulkan melalui wawancara dan kuesioner.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa beban kerja berpengaruh negatif terhadap kepuasan kerja, beban kerja berpengaruh positif terhadap stres kerja, dan stres kerja berpengaruh negatif terhadap kepuasan kerja,

stres kerja memediasi parsial antara beban kerja dan kepuasan kerja. Penelitian ini memiliki persamaan dalam mengkaji peran stress kerja sebagai variabel mediasi, perbedaannya lebih berfokus pada kepuasan kerja dan tidak melibatkan shift kerja

- b. Ni Made Sapta Resita Putri dan Agoes Ganesha Rahyuda (2019) : **Peran Stres Kerja dalam Memediasi Pengaruh Beban Kerja dan Lingkungan Kerja terhadap Kinerja Karyawan.** (Putri, N., Rahyuda, 2019)

Penelitian ini menganalisis pengaruh beban kerja dan lingkungan kerja terhadap kinerja karyawan, dengan stres kerja sebagai variabel mediasi. metode penelitian kuantitatif dengan analisis jalur (*path analysis*) dan teknik sampling jenuh, melibatkan 42 karyawan sebagai responden.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa beban kerja berpengaruh negatif terhadap kinerja, lingkungan kerja berpengaruh positif terhadap kinerja, stress kerja berpengaruh negatif terhadap kinerja dan stres kerja memediasi pengaruh beban kerja serta lingkungan kerja terhadap kinerja. Penelitian ini memiliki persamaan dalam meneliti pengaruh beban kerja terhadap kinerja melalui stres kerja sebagai variabel mediasi, perbedaannya tidak memasukkan shift kerja sebagai variabel.

- c. Maydita Ajeng Larasati, Ridwan Baraba, dan Nenden Nur Annisa (2023): **Peran Stres Kerja Memediasi Beban Kerja Terhadap Kinerja Perawat RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo.** (Larasati et al., 2023)

Penelitian ini membahas hubungan antara beban kerja, stres kerja, dan kinerja perawat dengan stres kerja sebagai variabel mediasi. Penelitian

ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode survei, menggunakan *purposive sampling* terhadap 105 perawat rawat inap di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo. Data dikumpulkan melalui kuesioner berskala *Likert* dan dianalisis menggunakan regresi model Baron dan Kenny serta uji Sobel.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa beban kerja berpengaruh negatif terhadap kinerja perawat, beban kerja berpengaruh positif terhadap stres kerja, stres kerja berpengaruh positif terhadap kinerja perawat, serta stres kerja memediasi secara parsial hubungan antara beban kerja dan kinerja perawat. Penelitian ini memiliki persamaan yaitu sama-sama meneliti pengaruh beban kerja dan stres kerja terhadap kinerja perawat, namun berbeda karena penelitian ini tidak memasukkan shift kerja sebagai variabel independen dan berfokus pada perawat di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo.

- d. Daria Schneider-Matyka, Natalia Swiatoniowska-Lonc, Jacek Polanski, Małgorzata Szkup, Elzbieta Grochans, dan Beata Jankowska-Polanska (2023) : *Assessment of The Effect of Stress, Sociodemographic Variables and Work-Related Factors on Rationing of Nursing Care*. (Schneider-Matyka et al., 2023)

Penelitian ini bertujuan untuk menilai pengaruh stres kerja terhadap pembatasan asuhan keperawatan (*rationing of nursing care*) dan bagaimana faktor sosiodemografis serta pekerjaan berperan dalam kinerja.

Menggunakan metode kuantitatif dengan desain *cross-sectional*, penelitian ini melibatkan 567 perawat di Polandia.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa stres tinggi berhubungan positif dengan pembatasan asuhan keperawatan (*rationing of nursing care*) yang lebih tinggi dan berdampak negatif pada kualitas perawatan dan kepuasan kerja. Penelitian ini memiliki kesamaan menganalisa pengaruh stres kerja terhadap kualitas kerja perawat, perbedaannya tidak memasukkan shift kerja dan lebih berfokus pada pembatasan asuhan keperawatan (*rationing of nursing care*) daripada kinerja perawat secara umum

- e. Andre Nofrian Syaputra dan Lidya Martha (2024) : **Pengaruh Stres Kerja dan Beban Kerja terhadap Kinerja Perawat Bunda Medical Center (BMC) Padang.** (Andre Nofrian Syaputra & Lidya Martha, 2024)

Penelitian ini menganalisa pengaruh stres kerja dan beban kerja terhadap kinerja perawat. Menggunakan metode kuantitatif dengan analisis regresi linier berganda, dan melibatkan 82 perawat sebagai responden.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa stres kerja dan beban kerja secara parsial memiliki pengaruh negatif dan signifikan terhadap kinerja perawat, artinya semakin tinggi tingkat stres dan beban kerja, semakin rendah kinerja perawat. Penelitian ini memiliki persamaan meneliti pengaruh beban kerja dan stres kerja terhadap kinerja perawat, perbedaannya tidak memasukkan shift kerja sebagai variabel independen serta tidak menggunakan stres kerja sebagai variabel mediasi.