

Prevalensi dan Faktor Risiko *Burnout* pada Perawat Selama Pandemi Covid-19: Studi *Cross-Sectional* di Rumah Sakit Rujukan Tersier di Lampung, Indonesia

Bayu Anggileo Pramesona¹, Suharmanto¹, Dyah Wulan Sumekar Rengganis Wardani¹

¹Departemen Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Meningkatnya prevalensi *burnout* (kelelahan) di kalangan profesional kesehatan dalam beberapa tahun terakhir telah banyak diteliti. Namun, penelitian tentang prevalensi dan faktor terkait *burnout* di kalangan perawat khususnya yang bekerja di ruang isolasi pasien Covid-19 masih minim. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi dan faktor risiko *burnout* pada perawat selama pandemi Covid-19 di Indonesia. Studi *cross-sectional* ini dilakukan di rumah sakit rujukan tersier untuk kasus Covid-19 di Provinsi Lampung, Indonesia dari Juli hingga Agustus 2021. Sebanyak 164 perawat yang bekerja di ruang isolasi pasien Covid-19 direkrut secara *purposive*. Informasi mengenai sosio-demografi dikumpulkan melalui kuesioner *online* yang dilaporkan sendiri. Skala *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) digunakan untuk menilai tingkat *burnout*. Uji Chi-square digunakan untuk menganalisis data. Hasil penelitian menunjukkan lebih dari separuh (54,8%) perawat yang bekerja di ruang isolasi pasien Covid-19 mengalami *burnout* dalam kategori rendah. Prevalensi *burnout* pada dimensi kelelahan emosional adalah 31 (21,2%), dimensi *burnout* depersonalisasi adalah 118 (80,8%), dan tidak ada *burnout* pada dimensi pencapaian pribadi (0%). Faktor risiko yang ditemukan berhubungan signifikan dengan *burnout* pada analisis *univariate* adalah hanya penggunaan APD selama 4-7 jam per shift (OR = 0,35, 95% CI = 0,18–0,71). Prevalensi *burnout* kategori rendah yang relatif tinggi pada perawat yang bekerja di ruang isolasi pasien Covid-19 ditemukan dalam penelitian kami. Sindrom kelelahan juga tinggi dalam dimensi depersonalisasi. Menggunakan APD selama 4-7 jam per shift ditentukan sebagai faktor risiko kelelahan di kalangan perawat. Pihak rumah sakit perlu mempertimbangkan upaya pencegahan dan pengurangan *burnout syndrome* di kalangan perawat khususnya yang merawat pasien Covid-19 di ruang isolasi.

Kata Kunci: *Burnout*, Perawat, Covid-19, Pandemi, Indonesia.

Prevalence and Risk Factors of Burnout among Nurses During Covid-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study at A Tertiary Referral Hospital in Lampung, Indonesia

Abstract

The increasing prevalence of burnout among healthcare professionals in recent years has been widely investigated. However, research on the prevalence and related factors of burnout among nurses particularly who worked in the isolation rooms of Covid-19 patients is scarce. This study aimed to investigate the prevalence and risk factors of burnout among nurses during Covid-19 pandemic in Indonesia. This cross-sectional study was conducted at a tertiary referral hospital for Covid-19 case in Lampung province, Indonesia from July to August 2021. A total of 164 nurses who worked in the isolation rooms of Covid-19 patients were recruited *purposively*. Information regarding socio-demographics was collected through self-reported online questionnaire. A *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) scale was employed to assess levels of burnout. A Chi-square test was used to analyze the data. More than half (54.8%) of nurses who worked in the isolation room for Covid-19 patients were experienced the burnout in the low category. The prevalence of burnout in the emotional exhaustion dimension was 31 (21.2%), depersonalization burnout dimension was 118 (80.8%), and no burnout in the personal accomplishment dimension (0%). Risk factor that was found to be significantly associated with burnout in the univariate analysis was only using of PPE for 4-7 hours per shift (OR = 0.35, 95% CI = 0.18–0.71). A relatively high prevalence of burnout in the low category among nurses who worked in the isolation room of Covid-19 patients was found in our study. The burnout syndrome was also high in the depersonalization dimension. Using PPE for 4-7 hours per shift was determined as a risk factor for burnout among nurses. The hospital management should consider the effort toward the prevention and reduction of burnout syndrome among nurses particularly who taking care for Covid-19 patients in the isolation rooms.

Keywords: Burnout, Nurses, Covid-19, Pandemic, Indonesia.

Korespondensi: Bayu Anggileo Pramesona, Alamat Kampus Unila Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No. 1, Gedong Meneng, Kota Bandar Lampung, HP. 081274004767, email: bayu.pramesona@fk.unila.ac.id

Pendahuluan

Saat ini dunia sedang menghadapi pandemi COVID-19 yang disebabkan oleh coronavirus 2 (SARS-COV-2) sebagai sindrom pernafasan akut yang parah¹. Pandemi COVID-19 merupakan keadaan darurat yang mengancam kesehatan masyarakat secara luas². Per 27 Februari 2021, ada 113.076.707 kasus Covid-19 yang dikonfirmasi secara global, termasuk 2.512.272 kematian. Sedangkan di Indonesia terdapat 1.322.866 kasus terkonfirmasi dan 35.786 kematian³. Tenaga kesehatan memiliki tingkat tekanan yang tinggi karena berbagai faktor antara lain beban kerja yang berlebihan, staf yang terbatas, pengawasan yang rendah, gaji yang rendah, konflik antar staf, stres pribadi, kurangnya kontak dan dukungan keluarga/masyarakat, keterbatasan alat pelindung diri (APD), dan risiko infeksi⁴, sehingga akhirnya menyebabkan kelelahan. Ikatan Dokter Indonesia (IDI) mencatat, sejak Maret 2020 hingga Januari 2021, sebanyak 647 tenaga kesehatan meninggal dunia karena terinfeksi Covid-19, 289 di antaranya adalah dokter dan 221 perawat. Angka tersebut menjadikan Indonesia sebagai negara dengan jumlah kematian akibat tenaga medis dan kesehatan terbanyak di Asia dan ketiga di dunia⁵.

Burnout adalah sindrom yang ditandai dengan kelelahan emosional, depersonalisasi, dan hilangnya rasa pencapaian pribadi⁶. Studi menunjukkan bahwa profesional kesehatan sangat rentan terhadap kelelahan atau *burnout*⁷, sedangkan peningkatan prevalensi kelelahan di kalangan profesional kesehatan dalam beberapa tahun terakhir telah banyak diselidiki⁸. *Burnout* terjadi di kalangan dokter, perawat, dan profesional kesehatan lainnya, dengan perkiraan prevalensi berkisar antara 40 dan 60%. Kejenuhan di kalangan petugas kesehatan di Timur Tengah dikaitkan dengan karakteristik lingkungan kerja mereka, paparan kekerasan dan teror, serta rendahnya tekanan emosional dan dukungan sosial⁹.

Studi lain juga melaporkan tingkat kelelahan yang tinggi di antara perawat dengan prevalensi yang masing-masing ditemukan hingga 50%^{10,11}. Tingkat *burnout* di antara petugas kesehatan di negara berpendapatan tinggi lainnya juga telah dilaporkan¹². Staf atau profesional kesehatan yang mengalami

kelelahan dapat mengalami gejala seperti kecemasan, lekas marah, perubahan suasana hati, dan depresi¹³. Selain itu, burnout juga memicu berbagai gejala lain seperti nyeri, gangguan pencernaan, dan risiko kardiovaskular¹⁴. Terakhir, burnout penting karena memiliki konsekuensi yang mengerikan tidak hanya bagi petugas kesehatan, tetapi juga bagi pasien dan seluruh sistem perawatan kesehatan. Kesejahteraan petugas kesehatan dikaitkan dengan penyampaian layanan kesehatan yang berkualitas dan hasil yang menguntungkan bagi pasien¹⁵. Selain itu, dampak hilangnya produktivitas terkait kelelahan dapat menyebabkan penurunan sumber daya manusia kesehatan dan pada akhirnya dapat mengakibatkan kurang optimalnya pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Sejumlah studi tinjauan sistematis juga menyelidiki prevalensi dan faktor penentu kelelahan pada petugas kesehatan di negara maju seperti Amerika Utara, Eropa, dan Australia¹⁶⁻¹⁸. Di Nigeria, sebuah penelitian yang melibatkan 270 perawat di rumah sakit kabupaten menunjukkan tingkat kelelahan yang tinggi di kalangan perawat, terutama di kalangan perawat yang lebih tua. Permasalahan seperti hirarki, intimidasi, hubungan kerja interpersonal antara dokter dan perawat, serta sering bekerja pada malam hari merupakan faktor penyebab kelelahan⁴. Pada tahun 2010, sebuah studi investigasi di enam negara: Amerika Serikat, Jerman, Jepang, Inggris, Kanada, dan Selandia Baru yang melibatkan 53.846 perawat, menunjukkan tingkat burnout tertinggi terjadi pada perawat di Jepang, sedangkan perawat di Jerman memiliki tingkat terendah. tingkat kelelahan. Selain itu, semua perawat di enam negara tersebut sepakat bahwa kinerja perawat menurun akibat *burnout*¹⁹.

Burnout dikaitkan dengan peningkatan infeksi yang didapat di rumah sakit seperti infeksi saluran kemih dan infeksi luka operasi menurut survei yang dilakukan di Amerika Serikat, yang melibatkan 7.076 perawat di 161 rumah sakit. Infeksi ini berhubungan dengan burnout perawat yang terjadi akibat beban kerja yang berat yaitu pasien yang berat dan merawat banyak pasien. Dalam kasus di mana

kejenuhan rendah dan kepegawaian memadai, lebih sedikit infeksi yang terjadi²⁰. Penelitian sebelumnya menemukan bahwa tenaga kesehatan sangat rentan terhadap setiap dimensi sindrom burnout yang menyebabkan rendahnya kinerja dan kepuasan kerja terkait pekerjaan di rumah sakit²¹. Namun, penelitian tentang prevalensi dan faktor terkait burnout di kalangan perawat khususnya yang bekerja di ruang isolasi pasien Covid-19 masih langka. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prevalensi dan faktor risiko burnout pada perawat selama pandemi Covid-19 di Indonesia.

Metode

Desain penelitian, sampel, dan prosedur

Penelitian *cross-sectional* ini dilakukan di rumah sakit rujukan tersier untuk kasus Covid-19 di provinsi Lampung, Indonesia. Pengumpulan data dilakukan dari Juli hingga Agustus 2021 melalui kuesioner *online* yang dilaporkan sendiri oleh responden, berlangsung antara 20–30 menit untuk setiap responden. Seluruh 226 perawat yang bekerja di ruang isolasi pasien Covid-19 diminta ikut serta. Untuk menjadi responden yang memenuhi syarat, perawat harus memberikan layanan asuhan keperawatan kepada pasien dengan status konfirmasi atau *probable* Covid-19 dan harus bebas dari penyakit terkait Covid-19. Delapan puluh perawat yang menolak untuk berpartisipasi dikeluarkan dari penelitian kami. Oleh karena itu, jumlah sampel akhir 164 perawat direkrut secara *purposive*. Persetujuan *online* tertulis diperoleh dari semua responden akhir. Izin etik telah disetujui oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung, Indonesia (No.1837/UN26.18/PP.05.02.00/2021).

Pengukuran

Burnout diukur dengan skala *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS), menggunakan 7 pertanyaan tentang kelelahan emosional (EE), 6 tentang depersonalisasi (DP) dan 8 tentang pencapaian pribadi (PA). Responden diminta untuk menunjukkan persetujuan mereka dengan serangkaian pertanyaan pada skala peringkat tujuh poin mulai dari 0 = 'tidak pernah' hingga 6 = 'setiap

hari'. Analisis dilakukan dengan membagi variabel ke dalam tiga dimensi yaitu kelelahan emosional, depersonalisasi dan pencapaian pribadi. Pengkategorian dilakukan berdasarkan *cut-off point* sesuai dengan referensi (tingkat tinggi, menengah dan rendah)^{22,23}. Hasil dari subskala *burnout* tingkat rendah dikategorikan sebagai “Tidak”, sedangkan sub-skala *burnout* tingkat sedang dan tinggi dikategorikan sebagai “Ya”. Hasil uji reliabilitas dengan *Cronbach alpha* adalah 0,845 (EE), 0,732 (DP), dan 0,858 (PA). Tingkat *burnout* akhir diklasifikasikan menjadi dua kategori berdasarkan skor rata-rata: *burnout* tinggi dengan skor >34 dan *burnout* rendah pada ≤34. Analisis data deskriptif menggunakan distribusi frekuensi dan uji statistik *Chi-square* untuk mengetahui hubungan antara karakteristik demografi dengan burnout perawat. Tingkat signifikansi ditetapkan pada $p < 0,05$.

Hasil

Hasil pengumpulan data terkait sosiodemografi responden dapat dilihat pada tabel 1 berikut:

Tabel 1. Sosio-demografi perawat (n=146)

Karakteristik responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Umur, mean (SD)		
= 34 (8.8)		
22-34	91	62.3
33-56	55	37.7
Jenis kelamin		
Laki-laki	35	24
Perempuan	111	76
Status pernikahan		
Menikah	101	69.2
Belum menikah	43	29.5
Cerai	2	1.3
Jam kerja per minggu		
≤40 jam	56	38.4
>40 jam	90	61.6
Penggunaan APD per shift		
2-3	52	35.6
4-7	94	64.4
Jarak rumah ke RS (km)		

1-14	104	71.2
15-150	42	28.8
Lama kerja di ruang isolasi (bulan)		
1-7	77	52.7
8-48	69	47.3
Rerata jumlah jam tidur/hari		
3-6	79	54.1
7-10	67	45.9
Burnout, mean (SD) = 34 (8.4)		
Rendah	80	54.8
Tinggi	66	45.2
Dimensi Burnout		
<i>Emotional Exhaustion (EE)</i>		
Rendah	115	78.8
Sedang	31	21.2
Tinggi	0	0
<i>Burnout</i>		
Ya	31	21.2
Tidak	115	78.8
<i>Depersonalization (DP)</i>		
Rendah	28	19.2
Sedang	103	70.5
Tinggi	15	10.3
<i>Burnout</i>		
Ya	118	80.8
Tidak	28	19.2
<i>Personal Accomplishment (PA)</i>		
Rendah	146	100
Sedang	0	0
Tinggi	0	0
<i>Burnout</i>		
Ya	0	0
Tidak	146	100

Note. SD: standar deviasi, APD: alat pelindung diri

Seluruh populasi penelitian ini terdiri dari 226 perawat dimana hanya 146 perawat yang akhirnya dimasukkan sebagai responden yang memenuhi syarat untuk penelitian ini. Prevalensi *burnout* pada dimensi kelelahan emosional adalah 31 (21,2%), dimensi *burnout* depersonalisasi adalah 118 (80,8%), dan tidak ada *burnout* pada dimensi pencapaian pribadi (0%). Secara keseluruhan rata-rata skor burnout seluruh responden adalah 34 dengan standar deviasi 8,4. Lebih dari separuh (54,8%) perawat yang bekerja di ruang isolasi pasien Covid-19 mengalami *burnout* dalam kategori rendah.

Menurut karakteristik sosio-demografis, usia rata-rata perawat adalah 34 (SD = 7,6) tahun, dengan 62,3% berusia antara 22-34 tahun. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (76%) dan pernah menikah (69,2%). Lebih dari setengah (52,7%) telah bekerja di ruang isolasi selama 1-7 bulan, memiliki lebih dari 40 jam kerja per minggu (61,6%), dan hampir dua pertiga (64,4%) menggunakan APD selama 4-7 jam. per shift. Sebagian besar (71,2%) responden memiliki jarak 1 hingga 14 km untuk mencapai rumah sakit dari tempat tinggal mereka dan lebih dari setengah (54,1%) responden memiliki waktu tidur 3-6 jam dalam sehari. Sedangkan hasil uji Chi-square dapat dilihat pada tabel 2.

Faktor sosio-demografis lebih lanjut dari kelelahan di antara perawat dirangkum dalam analisis univariat (Tabel 2). Pada analisis univariat, beberapa variabel yaitu usia, jenis kelamin, status perkawinan, jam kerja per minggu, jarak rumah sakit dan tempat tinggal, pengalaman kerja di ruang isolasi, dan rata-rata jam tidur per hari tidak berhubungan signifikan dengan *burnout* perawat. Faktor risiko yang ditemukan berhubungan signifikan dengan *burnout* pada analisis univariat hanya menggunakan APD selama 4-7 jam per shift (OR = 0,35, 95% CI = 0,18–0,71) (Tabel 2).

Pembahasan

Burnout diketahui sebagian dialami oleh perawat di rumah sakit yang digunakan dalam penelitian ini. Secara keseluruhan, lebih dari setengah (54,8%) perawat yang bekerja di ruang isolasi pasien Covid-19 mengalami burnout kategori rendah pada penelitian ini. Sedangkan prevalensi burnout pada dimensi kelelahan emosional sekitar seperlima (21,2%) dari total responden dan tidak ada *burnout* pada dimensi pencapaian pribadi (0%). Namun, dimensi *burnout* depersonalisasi tingkat tinggi (80,8%) dialami oleh perawat dalam penelitian kami. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat tingkat *burnout syndrome* yang tinggi pada perawat yang bekerja di ruang isolasi khususnya pada dimensi depersonalisasi. Temuan ini sejalan dengan beberapa penelitian sebelumnya yang dilakukan di negara-negara barat²⁴⁻²⁶. Tidak hanya di negara-negara barat tersebut,

prevalensi *burnout* di kalangan perawat juga tergolong tinggi di Indonesia. Sebuah penelitian di tiga rumah sakit umum di provinsi Jawa Timur menemukan bahwa tingkat kejenuhan adalah 34,8% untuk dimensi

kelelahan emosional, 24,3% di area depersonalisasi, dan 24,5% di penurunan prestasi pribadi²⁷.

Table 2. Analisis faktor risiko univariat *burnout* pada perawat (n=146)

Faktor risiko	<i>Burnout</i>		<i>OR (95% CI)</i>	<i>P-value</i>
	Rendah (%)	Tinggi(%)		
Umur, mean (SD) = 34 (8.8)				
22-34	54	37	1.63 (0.83-3.19)	0.156
33-56	26	29	1	
Jenis kelamin				
Laki-laki	18	17	0.84 (0.39-1.79)	0.646
Perempuan	62	49	1	
Status pernikahan				
Menikah	53	48	0.74 (0.36-1.50)	0.399
Belum menikah/cerai	27	18	1	
Jam kerja per minggu				
≤40 jam	28	28	0.73 (0.37-1.43)	0.359
>40 jam	52	38	1	
Penggunaan APD per shift				
2-3	20	32	0.35 (0.18-0.71)	0.003 ^a
4-7	60	34	1	
Jarak rumah ke RS (km)				
1-14	54	50	0.66 (0.32-1.38)	0.273
15-150	26	16	1	
Lama kerja di ruang isolasi (bulan)				
1-7	38	39	0.63 (0.32-1.21)	0.163
8-48	42	27	1	
Rerata jumlah jam tidur/hari				
3-6	40	39	0.69 (0.36-1.34)	0.273
7-10	40	27	1	

Note. SD: standar deviasi, APD: alat pelindung diri

^aChi-square test

Dalam penelitian kami, hanya penggunaan APD selama 4-7 jam per shift yang ditemukan berhubungan signifikan dengan *burnout* pada perawat yang bekerja di ruang isolasi pasien Covid-19, sedangkan variabel lain tidak berhubungan signifikan dengan *burnout* pada perawat. Sebagian besar (64,4%) perawat memakai APD antara 4-7 jam dalam shift (Tabel 1). Kurangnya APD dan penyediaan peralatan yang berkualitas buruk menjadi perhatian serius bagi petugas dan manajer layanan kesehatan. Mereka juga menunjukkan perlunya menyesuaikan volume persediaan karena wabah infeksi berlanjut²⁸. Kondisi ini dapat meningkatkan beban kerja dan kelelahan karena perawat harus

menggunakan APD sepanjang shift dan melakukan pembersihan tambahan.

Istirahat yang tidak cukup telah dianggap sebagai salah satu alasan utama kelelahan pada individu²⁹. Faktor ini bisa diakibatkan karena bekerja pada waktu yang tidak tepat (kerja shift) atau jam kerja yang panjang. Pekerjaan memerlukan pengalihan energi dan penggunaan organ tubuh secara terkoordinasi. Sesuai sifatnya, kerja bersifat anabolik, yaitu penguraian atau penggunaan bagian-bagian tubuh untuk berfungsi. Dalam kelelahan, sistem saraf terutama berfungsi menggunakan komponen simpatiknya. Situasi seperti itu tidak dapat terjadi terus menerus, dan diperlukan istirahat yang memberi kesempatan pada tubuh untuk pulih.

Kemudian, sisanya katabolik, yang memungkinkan pemulihan dalam tubuh. Dalam undang-undang ketenagakerjaan, waktu istirahat meliputi: istirahat di antara jam kerja, sekurang-kurangnya setengah jam setelah bekerja selama 4 jam terus menerus, dan waktu istirahat tidak termasuk jam kerja dan istirahat mingguan sekurang-kurangnya sekali sehari selama 6 hari kerja dalam seminggu atau 2 hari selama 5 hari kerja dalam seminggu. Istirahat tahunan, sekurang-kurangnya 12 hari kerja selama 6 hari kerja seminggu atau 10 hari kerja selama 5 hari kerja seminggu, setelah pekerja bekerja selama 12 (dua belas) bulan terus-menerus; dan istirahat dengan baik untuk menjalankan kewajiban/memenuhi ibadah menurut agamanya. Menetapkan waktu istirahat yang baik terutama untuk pekerjaan berat mengurangi terjadinya sakit dan absensi.

Pengalaman menunjukkan bahwa istirahat pendek seringkali lebih baik daripada istirahat panjang. Penelitian menunjukkan bahwa menetapkan waktu istirahat yang tepat berdampak positif terhadap produktivitas. Temuan penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang meneliti hubungan antara kelelahan kerja dan pembagian shift kerja. Mereka menemukan bahwa semakin banyak kerja shift yang dilakukan para pekerja, semakin parah tingkat kelelahan yang mereka alami³⁰. Penulis mengamati frekuensi kerja shift sebagai variabel independen yang terkait dengan kelelahan kerja, termasuk aspek fisik dan mental; itu adalah fase kekurangan energi yang panjang yang dapat menyebabkan penurunan kapasitas fungsional pekerja⁷.

Beban kerja dibedakan sebagai faktor terkuat kedua dalam memprediksi kejadian *burnout* di antara perawat yang bekerja di bangsal rawat inap rumah sakit. Beban kerja keperawatan meliputi seluruh kegiatan yang dilakukan oleh seorang perawat yang bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan. Beban kerja dapat berupa kuantitatif atau kualitatif. Beban kerja kuantitatif biasanya jumlah tugas yang harus dilakukan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pasien, sedangkan beban kualitatif adalah tingkat tanggung jawab untuk memberikan perawatan kepada

pasien. Standar beban kerja perawat harus selalu konsisten dengan asuhan keperawatan yang berorientasi pada kebutuhan pasien. Untuk menghasilkan pelayanan yang efektif dan efisien, ketersediaan perawat harus disesuaikan secara optimal dengan beban kerja yang ada. Beban kerja perawat dipengaruhi oleh kondisi pasien yang terus berubah, rata-rata jumlah jam perawatan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan segera kepada pasien dan jumlah tugas tambahan yang harus dilakukan oleh perawat selama jam kerja³¹.

Studi lain mengungkapkan bahwa sindrom *burnout* memiliki hubungan yang signifikan dengan beban kerja perawat (nilai $p = 0,005$). Beban kerja yang tinggi secara khusus mempengaruhi salah satu dimensi sindrom *burnout*, seperti kelelahan fisik dan emosional³². Selain itu, beban kerja yang terlalu berat dapat membuat seorang pekerja mengalami gangguan atau penyakit akibat kerja. Beban kerja yang berlebihan dapat memicu kelelahan fisik atau mental dan reaksi emosional seperti sakit kepala, gangguan pencernaan, dan lekas marah^{33,34}. Demikian pula, lingkungan kerja juga berkontribusi terhadap 73% dari *burnout*³⁵. Sebaliknya, beban kerja yang terlalu sedikit dimana terjadi pengulangan gerak dapat menimbulkan kebosanan dan rasa monoton. Kebosanan dalam pekerjaan sehari-hari yang disebabkan oleh tugas atau pekerjaan yang terlalu sedikit menghasilkan kurangnya perhatian terhadap pekerjaan, berpotensi membahayakan pekerja³⁶.

Simpulan

Studi ini menemukan prevalensi *burnout* yang tinggi dalam kategori rendah pada perawat yang bekerja di ruang isolasi pasien Covid-19. Sindrom *burnout* juga tinggi dalam dimensi depersonalisasi. Menggunakan APD selama 4-7 jam per shift ditentukan sebagai faktor risiko *burnout* di kalangan perawat. Pihak rumah sakit perlu mempertimbangkan upaya pencegahan dan pengurangan *burnout syndrome* di kalangan perawat khususnya yang merawat pasien Covid-19 di ruang isolasi.

Daftar Pustaka

1. Dai M, Bao M, Chen X, Zhang Q, Jian Y. Middle-aged and elderly patients with COVID-19 pneumonia arising from asymptomatic carriers: A report of six cases *MedComm*. 2020;1(3):420-422.
2. World Health Organization (WHO). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) 2020.
3. World Health Organization. WHO Coronavirus disease (COVID-19) Dashboard 2021.
4. Lasebikan VO, Oyetunde MO. Burnout among Nurses in a Nigerian General Hospital: Prevalence and Associated Factors. *ISRN Nursing*. 2012;1-6.
5. Ikatan Dokter Indonesia (IDI). IDI: Kematian Tenaga Medis Indonesia 3 Besar di Dunia. *Kompas.com* 2021.
6. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99–113.
7. Bender A, Farvolden P. Depression and the workplace: a progress report. 1535–1645.
8. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. 1942–5546
9. Chemali Z, Ezzeddine F. L, Gelaye B, et al. Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systematic review. *BMC Public Health*. 2019;19(1337):1-21.
10. Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: a systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiat*. 2019;55:36-42.
11. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, et al. Burnout syndrome among medical residents: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(11).
12. Wu S, Singh-Carlson S, Odell A, Reynolds G, Su Y. Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. *Oncol Nurs Forum*. 2016;43(4):E161–169.
13. Trufelli DC, Bensi CG, Garcia JB, et al. Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2008;17(6):524-531.
14. Dyrbye LN, West CP, Satele D, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014;89(3).
15. Rathert C, Williams ES, Linhart H. Evidence for the quadruple aim: a systematic review of the literature on physician burnout and patient outcomes. *Med Care*. 2018;56(12):976–984.
16. Roberts DL, Cannon KJ, Wellik KE, Wu Q, Budavari AI. Burnout in inpatient- based versus outpatient-based physicians: a systematic review and meta- analysis. *J Hosp Med*. 2013;8(11):653–664.
17. Rama-Maceiras P, Jokinen J, Kranke P. Stress and burnout in anaesthesia: a real world problem? *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015;28(2):151-158.
18. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):325.
19. Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M, Aiken LH. Nurse Burnout and Quality of Care: Cross-National Investigation in Six Countries. *Res Nurs Health*. 2010;33(4):288–298.
20. Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. 2012.
21. Zanatta AB, Lucca SRd. Prevalence of Burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. *Rev Esc Enferm USP* 2015;49(2):251-258.
22. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory manual*. 3 ed. California: Consulting Psychologists Press; 1996.
23. Grunfeld E, Whelan TJ Z, Itzelsberger L, Willan AR, Mon-tesanto B, WK. E. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Can Med Assoc J*. 2000;163::166-169. Available from: .
24. Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith HL, Flynn L, Neff DF. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Med Care*. 2011;49::1047-1053.

25. Leineweber C, Westerlund H, Chungkham SH, Lindqvist R, Runesdotter S, Tishelman C. Nurses' practice environment and work-family conflict in relation to burn out: a multilevel modelling approach. *PLOS ONE*. 2014;9(e96991).
26. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing professional. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:240-249
27. Putra KR, Setyowati. Prevalence of burnout syndrome among nurses in general hospitals in provincial East Java: Cross-sectional study. *Enfermeria Clinica*. 2019;29:362-366.
28. Houghton C, Meskell P, Delaney H, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020(4).
29. Konz S. *Work/rest: Part I-Guidelines for the practitioner. Ergonomics Guidelines and Problem Solving*. Vol 12000.
30. Winwood PC, Winefield AH, Lushington K. Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. *J Adv Nurs*. 2006;56:438-449.
31. Ramli H, Tamsah H. The Effect of Dual Role Conflict, Work and Fatigue Expenses (Burnout) with Female Nurse Performance at I Lagaligo Hospital, East Luwu Regency. *Jurnal Mirai Management*. 2016;1(1):119-135.
32. Kiekkas P, Spyrtatos F, Lampa E, Aretha D, Sakellaropoulos GC. Level and correlates of burnout among orthopaedic nurses in Greece. *Orthopedic nursing*. 2010;29(3):203-209.
33. Hariyono W, Suryani D, Wulandari Y. The relationship between workload, work stress and the level of conflict with nurses' work fatigue in Yogyakarta Islamic Hospital PDHI, Yogyakarta City. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Journal of Public Health)*. 2012;3(3):186-197.
34. Belenky G, Wu LJ, Jackson ML. Occupational sleep medicine: practice and promise. *Progress in brain research*. 2011;190:189-203.
35. Hu SX, Luk AL, Smith GD. The effects of hazardous working conditions on burnout in Macau nurses. *International Journal of Nursing Sciences*. 2015;2(1):86-92.
36. Caruso CC. Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*. 2014;39(1):16-25.