

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Beban Kerja

2.1.1 Definisi Beban Kerja

Beban kerja adalah bentuk dampak oleh adanya pembedaan tugas khusus yang diberikan kepada pekerja. Aktivitas fisik dan aktivitas mental adalah aktivitas dasar yang membedakan jenis pekerjaan. Kombinasi antara beban kerja fisik dan beban kerja mental merupakan beban kerja yang dijumpai dalam praktik aslinya. Menurut Herrianto (2020), beban kerja adalah akumulasi tugas atau kegiatan yang harus dikerjakan dalam kurun waktu tertentu dalam keadaan normal oleh seseorang atau sekelompok orang.

2.1.2 Teori Beban Kerja menggunakan *wicken's Multiple Resource Theory* (MRT)

Dalam teori MRT operator manusia tidak memiliki satu sumber proses informasi yang dapat ditetapkan tetapi beberapa hal sumber daya yang berbeda dapat ditetapkan sekaligus secara simultan. *Wickenc* teori melihat kinerja sebagai sumber daya yang berbeda dalam jangka pendek dan mendeskripsikan manusia akan keterbatasan kemampuan untuk mempersepsikan informasi. Sumber daya *kognitif* terbatas sedangkan ketersediaan dan masalah – masalah permintaan yang terjadi ketika seseorang melakukan penugasan dua atau lebih membutuhkan sumber daya yang lebih banyak. Kelebihan beban kerja disebabkan oleh sebuah penugasan yang menggunakan sumber daya yang sama akan menyebabkan masalah – masalah dan kesalahan serta penugasan yang pelan, begitu juga bila penugasan yang dilakukan bersamaan dengan permintaan pada komponen yang sama akan menghasilkan kelebihan dalam beban kerja. *Wikencs* teori mengijikan untuk mempergunakan desain sistem guna memprediksi beban kerja sebagai berikut:

1. Penugasan dapat dilakukan saat ini
2. Penugasan akan mencampuri yang lainnya
3. Meningkatnya kesulitan satu penugasan akan mengakibatkan kehilangan kinerja penugasan lainnya.

2.1.3 Faktor – faktor yang mempengaruhi Beban Kerja

Terdapat dua faktor yang mempengaruhi beban kerja, yaitu faktor eksternal dan internal. Menurut Tarwaka (2022), faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja antara lain:

1. Faktor Internal

Faktor internal merupakan bentuk respon beban kerja eksternal yang memberi dampak terhadap tubuh itu sendiri. Faktor internal terdiri dari faktor psikis (kepuasan, kepercayaan, persepsi, motivasi dan keinginan) dan faktor somatis (kondisi kesehatan, ukuran tubuh, umur, jenis kelamin, dan status gizi).

2. Faktor Eksternal

Faktor eksternal adalah respon yang ditimbulkan oleh bagian luar dari diri pekerja yang meliputi organisasi kerja, lingkungan kerja dan tugas yang bersifat fisik. Penataan ruang, kondisi kerja, stasiun kerja dan sikap kerja merupakan gambaran dari tugas fisik, sedangkan tugas yang bersifat psikologis terdiri dari tingkat kerumitan dan kesulitan pekerjaan serta adanya tuntutan tanggung jawab. Adapun kondisi waktu istirahat, durasi kerja, regulasi shift kerja, model pengupahan dan struktur organisasi merupakan bentuk dari organisasi kerja. Sedangkan lingkungan kerja meliputi dari kondisi lingkungan dalam aspek kimiawi, psikologis, biologis dan fisik.

2.1.4 Dampak Beban Kerja

Keluhan berupa sakit maupun adanya gangguan yang dirasakan pekerja merupakan bentuk dari kondisi beban kerja berlebihan atau terlalu sedikit. Kondisi beban kerja yang diterima pekerja saat berada dalam kondisi berlebihan akan menyebabkan adanya respon emosional berupa sakit kepala, kelelahan, serta gangguan psikologis lainnya. Sedangkan apabila

beban kerja berada dalam kondisi dibawah standar, dapat menimbulkan perasaan bosan dan monoton. Manuaba (2020) menjelaskan bila stres kerja dapat timbul akibat dari beban kerja yang berlebihan maupun rendah. Terdapat beberapa gejala yang adalah dampak dari beban mental yang tinggi, sebagai berikut:

1. Gejala Fisik

Sakit kepala, sakit perut, mudah terkejut, gangguan pola tidur lesu, kaku leher belakang sampai punggung, napsu makan menurun dan lain-lain.

2. Gejala Mental

Mudah lupa, sulit konsentrasi, cemas, was-was, mudah marah, mudah tersinggung, gelisah, dan putus asa.

3. Gejala sosial atau perilaku

Banyak merokok, minum alkohol, menarik diri, dan menghindar.

2.1.5 Dimensi Beban Kerja

Metode *Subjective Workload Assesment Tecnique* (SWAT) pertama kali dikembangkan oleh Gary Reid dari divisi *Human Engineering pada Armstrong Laboratory, Ohio USA* digunakan analisis beban kerja yang dihadapi oleh seseorang yang harus melakukan aktivitas baik yang merupakan beban kerja fisik maupun mental yang bermacam – macam dan muncul akibat meningkatnya kebutuhan akan pengukuran subjektif yang dapat digunakan dalam lingkungan yang sebenarnya.

SWAT akan memberikan penskalaan subjektif yang sederhana dan mudah dilakukan untuk mengkuantitatifkan sistem kerja sebagai model multi dimensional dari beban kerja, yang terdiri atas tiga dimensi atau faktor yaitu beban waktu (*time load*), beban mental (*mental effort load*), dan beban psikologis (*psychological stress load*) (Harry G et.al yang dialih bahasakan oleh Tarwaka terdapat tiga dimensi beban kerja. Yang dimaksud dengan dimensi secara definisi adalah sebagai berikut:

1. *Time Load* adalah yang menunjukkan jumlah waktu yang tersedia dalam perencanaan, pelaksanaan dan monitoring tugas. Beban waktu rendah, beban waktu sedang, beban waktu tinggi
2. *Mental Effort Load* adalah menduga atau memperkirakan seberapa banyak usaha mental dalam perencanaan yang diperlukan untuk melaksanakan suatu tugas (beban usaha mental, beban usaha mental sedang, beban usaha mental tinggi)
3. *Psychological Stress Load* adalah mengukur jumlah resiko, kebingungan, frustrasi yang dihubungkan dengan performansi atau penampilan tugas (beban tekanan psikologis rendah, beban tekanan psikologis sedang, beban tekanan psikologis tinggi).

2.1.6 Pengukuran Beban Kerja

Perhitungan beban kerja tersebut memerlukan suatu metode atau teknik tertentu agar sesuai dengan keinginan dari organisasi atau institusi tersebut. Tujuan dilakukan pengukuran beban kerja yaitu untuk mendapatkan informasi mengenai beban kerja pada pelayanan perioperatif oleh tenaga kesehatan di instalasi bedah sentral. Menurut Chalendra P (2019) terdapat tiga jenis pengukuran beban kerja yang dapat dilakukan, diantaranya yaitu:

1. Pengukuran subjektif

Pengukuran yang didasarkan pada penilaian dan pelaporan pekerja terhadap beban kerja yang dirasakannya dalam menyelesaikan suatu tugas. Pada umumnya, pengukuran jenis ini dilakukan menggunakan skala penilaian (*rating scale*).

2. Pengukuran kinerja

Pengukuran yang diperoleh melalui pengamatan terhadap aspek perilaku atau aktivitas yang ditampilkan pekerja. Salah satu jenis dalam pengukuran kinerja yaitu pengukuran yang diukur berdasarkan waktu. Pengukuran kinerja dengan menggunakan waktu merupakan suatu metode untuk mengetahui waktu penyelesaian suatu pekerjaan yang dikerjakan pekerja yang memiliki kualifikasi tertentu, di dalam suasana

kerja yang sudah ditentukan dan dikerjakan dengan suatu tempo kerja tertentu.

3. Pengukuran *fisiologis*

Pengukuran *fisiologis* adalah pengukuran yang mengukur tingkat beban kerja dengan mengetahui beberapa aspek dari respon fisiologis pekerja saat menyelesaikan suatu tugas atau pekerjaan tertentu. Pengukuran ini biasanya dilakukan pada refleks pupil, pergerakan mata, aktivitas otot dan respon tubuh lainnya. Menurut Widyanti, et al (2019) menjelaskan bila terdapat beberapa teknik pengukuran subjektif seperti SWAT (*Subjective Workload Assessment Techniques*), *National Aeronautics and Space Administration Task Load Index* (NASA-TLX), *Modified Cooper Harper Scaling*, *Multi-descriptor Scale*, dan *Surgical Task Load Index* (SURG-TLX).

Adapun dibawah ini kuesioner SURG-TLX:

1. Kuisisioner SURG-TLX

Ruang operasi adalah lingkungan dengan banyak aspek yang menghadapkan ahli bedah dan tim mereka pada kondisi yang dapat memicu stres. Tantangan seperti kompleksitas prosedur, tekanan waktu, evaluasi rekan kerja, multitasking, dan gangguan semuanya berpotensi meningkatkan tingkat stres perioperatif. Karena stres perioperatif jarang diperhitungkan sebagai kontributor potensial terhadap hasil hasil bedah, terdapat juga implikasi negatif yang signifikan terhadap perawatan dan keselamatan pasien.

Hanya sedikit penelitian di bidang bedah yang mencoba untuk mendapatkan wawasan tentang tuntutan spesifik yang dibebankan pada ahli bedah karena stres yang biasanya dialami. Namun, di bidang ergonomik penerbangan dan industri, studi tentang tuntutan mental (beban kerja) telah menjadi bidang penyelidikan utama, karena para peneliti berupaya untuk menguji potensi penyebab kinerja buruk yang terkait dengan peningkatan beban kerja.

Beban kerja adalah kontruksi multifaset, ditentukan oleh interaksi tuntutan tugas, keadaan dimana tugas tersebut dilakukan, dan keterampilan, perilaku, dan persepsi individu. Jelas dari definisi ini bahwa kecemasan mungkin hanya merupakan salah satu faktor yang berdampak pada tuntutan tugas.

Ukuran beban kerja yang paling banyak digunakan dalam penelitian faktor manusia adalah NASA-TLX, merupakan skala penilaian multidimensi yang memiliki enam dimensi bipolar. Meskipun ukuran multidimensi memberikan diagnostik yang lebih kuat (yaitu, kemampuan instrument untuk membedakan berbagai jenis beban kerja), kelemahannya adalah bahwa ukuran tersebut umumnya dibuat untuk lingkungan atau tugas tertentu, dan oleh karena itu mungkin tidak mencerminkan dimensi yang berbeda.

Beban kerja di lingkungan lain. Meskipun NASA-TLX telah diadopsi sebagai ukuran beban kerja dalam penelitian bedah baru-baru ini, dalam semua kasus, skor dimensi individu hanya dikumpulkan untuk menghasilkan ukuran beban kerja total. Proses ini mengabaikan keuntungan utama skala multidimensi kemampuannya untuk membedakan berbagai sumber beban kerja.

Oleh karena itu, tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengembangkan dan memvalidasi versi *Surgical Task Load Index* (SURG-TLX) khusus pembedahan, dan untuk menentukan apakah versi tersebut memberikan informasi diagnostic mengenai dampak berbagai sumber stres terhadap tuntutan yang dirasakan oleh petugas terlatih.

Karena NASA-TLX adalah instrumen yang tervalidasi dengan baik, tujuannya adalah untuk mempertahankan struktur umumnya namun membuatnya lebih relevan dengan tuntutan spesifik pembedahan. Sebuah penelitian kemudian dirancang untuk menguji sensitivitas dan diagnostik instrument untuk tugas mengemudi pada umumnya berinteraksi dengan sistem navigasi dan

mengoperasikan telepon mobil hands-free. Hasil mengkonfirmasi bahwa dimensi DALI sensitif terhadap manipulasi ini.

Untuk mengembangkan versi NASA-TLX khusus pembedahan, kami berkonsultasi dengan penelitian kualitatif yang telah mengidentifikasi pemicu stres intraoperatif utama dan pertimbangan dimensi NASA-TLX dan DALI dimana yang paling mendekati tuntutan yang dihadapi oleh operator bedah. Tiga dimensi tuntutan tugas dari NASA-TLX dipertahankan (tuntutan mental, fisik, dan temporal), begitu pula dimensi tuntutan lingkungan dari DALI (gangguan dan tekanan situasional). Dirasakan bahwa dimensi yang berkaitan dengan usaha atau frustrasi. Oleh karena itu, dimensi spesifik untuk SURG-TLX dirumuskan dan didefinisikan sebagai berikut:

1. Tuntutan mental: seberapa melelahkan mental prosedurnya?
2. Tuntutan fisik: seberapa melelahkan secara fisik prosedurnya?
3. Tuntutan sementara: seberapa tergesa-gesa atau terburu-buru prosedur yang dilakukan?
4. Kompleksitas tugas: seberapa rumit prosedurnya?
5. Stres situasional: seberapa cemas yang anda rasakan saat melakukan prosedur?
6. Gangguan: seberapa mengganggu lingkungan pengoperasian?

Delapan ahli bedah berpengalaman dari berbagai disiplin ilmu diminta untuk memberikan pendapat mereka tentang dimensi SURG-TLX, serta memberikan komentar tentang faktor apa saja yang membuat prosedur menjadi rumit. Meskipun berbagai faktor spesifik dikemukakan (misalnya sikap negatif dari orang lain di ruang operasi, tidak tersedianya peralatan pilihan kebutuhan pasien) terdapat kesepakatan umum bahwa dimensi tersebut mencerminkan tuntutan umum yang dialami dalam pembedahan.

Para ahli bedah diberikan dimensi NASA-TLX dan DALI untuk perbandingan, dan kedelapannya sepakat bahwa tuntutan

mental, tuntutan waktu, kompleksitas tugas, dan gangguan merupakan faktor penting yang mempengaruhi penilaian beban kerja. Dua konsultasi merasa bahwa tuntutan fisik dan stress situasional mungkin tidak relevan dengan beban kerja dibandingkan dimensi frustrasi dari NASA-TLX.

Namun, karena sebagian besar ahli bedah puas dengan dimensi yang dipilih, kami memutuskan untuk mempertahankan struktur indeks enam dimensi yang asli. Setelah mengembangkan instrument, penelitian tahap kedua bertujuan untuk memvalidasinya dengan memaparkan operator peserta pelatihan pada berbagai pemicu stres intraoperatif saat mereka bedah laparoskopi yang telah divalidasi dengan baik.

2.2 Pelayanan Perioperatif

2.2.1 Definisi Pelayanan Perioperatif

Perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Perioperatif adalah gabungan yang mencakup tiga fase yaitu fase preoperatif, intra operatif dan pasca operatif yang dimana setiap fase itu dimulai dan berakhir pada waktu tertentu dalam urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah, dimana masing-masing itu mencakup rentang perilaku dan kegiatan keperawatan yang luas dan dilakukan oleh perawat menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan (Brunner & Suddart, 2020).

Fase preoperatif adalah awal dalam proses pembedahan yang dimulai dari keputusan untuk informasi bedah sampai berakhir pasien dikirim ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan. Pelaksanaan keperawatan yang termasuk dalam fase preoperatif antara lain mengkaji klien, mengidentifikasi masalah keperawatan yang aktual dan beresiko terjadi sebuah masalah, merencanakan asuhan keperawatan

berdasarkan kebutuhan individu, dan memberikan penyuluhan preoperatif pada pasien dan keluarga atau orang terdekatnya.

2.2.2 Indikasi dan Klasifikasi Operasi

Menurut Brunner & Suddart, 2020 mengatakan operasi dilakukan untuk berbagai alasan atau indikasi. Alasan tersebut mungkin untuk diagnostik, kuratif, reparatif, rekonstruktif atau kometik, paliatif dan transplantasi. Operasi juga dapat di klasifikasikan sesuai dengan tingkat urgensinya antara lain:

- a. Kedaruratan, suatu kondisi dimana pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa, indikasi untuk operasi tanpa ditunda
- b. Urgen, adalah kondisi dimana pasien membutuhkan perhatian segera, indikasi untuk dilakukan operasi dalam 24-30 jam.
- c. Diperlukan, kondisi dimana pasien harus dioperasi , indikasi untuk operasi telah direncanakan dalam beberapa minggu atau bulan.
- d. Elektif, kondisi pasien harus dioperasi ketika diperlukan, indikasi untuk operasi direncanakan, apabila tidak disegerakan operasi tidak terlalu membahayakan.
- e. Pilihan, merupakan keputusan operasi terletak pada pasien sendiri, indikasi untuk operasi adalah pilihan pribadi, misalnya bedah kosmetik.

2.2.3 Kondisi medis yang dapat meningkatkan risiko operasi

Menurut A Potter & Perry A.G (2021) mengatakan berbagai kondisi dan faktor meningkatkan risiko operasi seseorang. Pengetahuan tentang faktor risiko memungkinkan perawat untuk mengambil suatu tindakan yang diperlukan untuk perencanaan perawatan.

- a. Gangguan perdarahan seperti *trombositopenia* dan *hemofilia* yang dapat meningkatkan risiko perdarahan selama dan setelah operasi.
- b. Diabetes melitus, meningkatkan kerentanan terhadap infeksi dan menghambat penyembuhan luka.

- c. Penyakit Jantung dan penyakit vaskuler perifer, stres pada saat berjalannya operasi menyebabkan meningkatnya kebutuhan miokard untuk mempertahankan curah jantung. Efek anestesi general dapat menekan fungsi jantung. Lalu pertahankan keseimbangan cairan yang adekuat untuk meminimalkan stres pada jantung, pastikan tingkat tekanan darah cukup memenuhi tuntutan peredaran darah.
- d. Obstruksi jalan nafas, tersumbatnya jalan nafas selesai operasi dapat terjadi karena pemberian opioid, dapat dilihat dengan penurunan saturasi oksigen yang terlihat di oxymetri nadi
- e. Penyakit hati, perubahan metabolisme dan eliminasi obat yang diberikan selama operasi dapat merusak luka.
- f. Demam, predisposisi pasien terhadap ketidakseimbangan cairan elektrolit dapat mengindikasikan infeksi yang mendasarinya.
- g. Gangguan imunologi, depresi tulang sumsum dan penggunaan obat kemoterapi meningkatkan risiko infeksi dan bisa menunda penyembuhan luka setelah operasi.
- h. Penyalahgunaan obat-obatan, orang yang menyalahgunakan narkoba kadang kala memiliki penyakit yang mendasari yang akan mempengaruhi efek dan penyembuhan.
- i. Nyeri kronis, menggunakan obat nyeri secara sering mengakibatkan toleransi yang lebih tinggi. Peningkatan dosis analgetik terkadang diperlukan untuk tercapai terkontrolnya nyeri postoperatif (A Potter & Perry A.G 2021).

2.3 Instalasi Bedah Sentral

2.3.1 Definisi Instalasi Bedah Sentral

Instalasi bedah sentral atau instalasi kamar bedah adalah salah satu instalasi yang memberikan pelayanan pembedahan, selayaknya memiliki pedoman yang dapat memandu atau sebagai acuan dalam seluruh kegiatan pelayanan yang semestinya dilakukan/dijalankan di kamar bedah yang

memenuhi standar pelayanan, keamanan, juga keselamatan dan kesehatan kerja untuk mencegah terjadinya bahaya yang dihadapi tim bedah dan pasien yang menjalani operasi.

Pelayanan mutu di instalasi bedah sentral merupakan pelayanan khusus dan memerlukan penanganan khusus pula, karena melibatkan beberapa disiplin ilmu. Untuk mendapatkan hasil yang maksimal, maka diperlukan tim kerja yang solid. Hal ini akan sangat mendukung keberhasilan dari mutu pelayanan yang diberikan. Atas dasar hal berikut, maka disusun pedoman pelayanan instalasi bedah sentral sebagai suatu acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan di kamar bedah, juga untuk menurunkan angka kematian dan kecelakaan dan kecacatan pada pasien yang menjalani pembedahan (Heni et al, 2018).

2.3.2 Tujuan Pedoman Pelayanan Instalasi Bedah Sentral

Pedoman pelayanan instalasi bedah sentral ini disusun dengan tujuan sebagai berikut:

- a. Sebagai panduan (*guidelines*) untuk meningkatkan mutu pelayanan pembedahan di kamar bedah, menurunkan angka kematian dan kecacatan pada pasien yang menjalani pembedahan.
- b. Memberikan pelayanan kamar bedah yang aman, memuaskan, dan menghilangkan kecemasan dan stres psikis lain.
- c. Mengurangi juga menurunkan angka kematian, kecacatan, dan infeksi seminimal mungkin terhadap pasien.
- d. Meningkatkan mutu pelayanan dengan evaluasi pelayanan yang diberikan secara terus menerus dan berkesinambungan.

2.3.3 Ruang Lingkup

Pedoman ini membahas tentang bagaimana pelayanan kepada pasien saat dimulai diterimanya pasien diruang pre operasi/persiapan operasi dilanjutkan pasien mendapatkan pelayanan medis atau tindakan pembedahan, dan sampai dengan penanganan pasca operasi di ruang pulih sadar/recovery room.

Ruang lingkup pelayanan instalasi bedah sentral, meliputi memberikan pelayanan untuk menunjang anestesiologi dan memberikan pelayanan untuk menunjang pelayanan untuk menunjang pelayanan pembedahan spesialistik dan subspesialistik.

a. Cakupan pelayanan anestesi

Pelayanan anestesi meliputi anestesi di dalam kamar operasi, termasuk sedasi moderat dan sedasi dalam jadwal yang terencana maupun diluar jadwal seperti pada operasi emergensi. Pelayanan anestesi di rumah sakit harus sesuai dengan pedoman dan standar pelayanan operasional yang ada. Dokter anestesi yang bertugas bertanggung jawab terhadap semua tindakan anestesi mulai dari masa pre anestesi sampai masa pasca anestesi. Dokter anestesi bertanggung jawab untuk menjaga dan meningkatkan wawasan serta keterampilan termasuk para petugas anestesi yang lainnya.

b. Cakupan pelayanan kamar bedah

Pelayanan bedah yang dapat dilakukan di kamar bedah meliputi pelayanan bedah orthopedi, bedah umum, kebidanan, mata, dan pelayanan spesialis anak pada bayi baru lahir. Pelayanan bedah dapat dilakukan selama jam kerja untuk operasi terjadwal dan setiap saat untuk operasi emergensi.

2.3.4 Jenis operasi menurut waktunya

- a. Operasi elektif dilakukan dengan perencanaan dan penjadwalan yang sudah disetujui dokter anestesi dan dokter bedah.
- b. Operasi emergensi dilakukan pada semua pasien yang harus segera diambil tindakan pembedahan dalam waktu golden periode.

2.3.5 Batasan Operasional

Batasan operasional kamar operasi dilaksanakan mulai pasien sampai di ruang persiapan operasi dan diserahkan terimakan dengan petugas kamar operasi sampai dengan pasien selesai dilakukan tindakan operasi di ruang pulih sadar/recovery room. Setelah itu

pasien dipindahkan ke ruang rawat atau ke ICU, atau langsung pulang untuk pasien one day care surgery (*ODCS*).

1. Operasi Gawat darurat/cito (*emergency*)

Operasi gawat darurat/cito adalah tindakan-tindakan pembedahan yang membutuhkan penanganan cepat.

2.4 Tenaga Kesehatan

2.4.1 Definisi Tenaga Kesehatan

Berdasarkan World Health Organization (WHO), SDM kesehatan adalah semua orang yang kegiatan pokoknya ditunjukan untuk meningkatkan kesehatan. Mereka terdiri atas orang-orang yang memberikan pelayanan Kesehatan seperti dokter, perawat, apoteker, teknisi laboratorium, manajemen, serta tenaga pendukung bagian keuangan, sopir, dan lain sebagainya. Secara kasar, WHO memperkirakan terdapat 59,8 juta tenaga kesehatan di dunia dan dari jumlah tersebut diperkirakan dua pertiga (39,5 juta) dari jumlah keseluruhan tenaga Kesehatan memberikan pelayanan kesehatan dan sepertiganya (19,8 juta) merupakan tenaga pendukung dan manajemen (WHO, 2006). Rasio Tenaga Kesehatan pada tahun 2022 sebesar 3,64 per 100.000 penduduk. Artinya setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 3,6 orang tenaga kesehatan.

Tenaga kesehatan menurut PP RI nomor 36 tahun 2014 bahwa tenaga kesehatan memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan. Bahwa ketentuan mengenai tenaga kesehatan masih tersebar dalam berbagai peraturan perundang – undangan dan belum menampung kebutuhan hukum masyarakat sehingga perlu dibentuk undang – undang tersendiri yang mengatur tenaga kesehatan secara komprehensif. Tim pembedahan merupakan suatu kelompok tenaga kesehatan profesional yang terlatih dan mengatur keselamatan pasien. Meskipun setiap prosedur bedah berbagai macam satu sama lain, beberapa

orang tertentu pasti selalu ada, seperti dokter bedah, dokter anestesi, perawat, penata anestesi, dan tim penyediaan baju operasi.

Perawat terdaftar yang menjalani pendidikan dan latihan tambahan mendapatkan izin bertindak sebagai asisten pertama (*Registered Nurse First Assistant*, RNFA). Penata anestesi atau *certified registered nurse anesthetist* (CRNA) memberikan anestesi, meredakan nyeri pada pasien, dan membuat pasien relaks dengan obat yang diberikan sesuai dosis. Tim anestesi mempunyai tuntutan tugas lainnya yaitu mempertahankan jalan napas, memastikan pertukaran gas yang adekuat, memonitor sirkulasi dan respirasi, menghitung perkiraan kehilangan darah dan cairan, menginfus darah dan juga cairan, memberikan obat untuk mempertahankan stabilitas hemodinamik, dan memberi tahu dokter bedah segera bila terjadi komplikasi.

Berdasarkan beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang memperoleh pendidikan baik formal maupun nonformal yang mendedikasikan diri dalam berbagai upaya yang bertujuan mencegah, mempertahankan, serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

2.5 Sistem Klasifikasi Status Fisik ASA

2.5.1 Definisi Status Fisik ASA

Menurut Doyle D.J & Emily H.G (2019) Pasien yang akan menjalani proses pembiusan dan pembedahan dapat dikategorikan dalam beberapa kelas status fisik, yang semula diusulkan dan digunakan oleh American Society of Anesthesiologist (ASA), karena itu status fisik diberi nama ASA. Status fisik diklasifikasikan menjadi 6 kelas, yaitu ASA 1 sampai dengan ASA 6, yang dirangkum dibawah ini:

1. ASA I: pasien yang sehat
Contohnya : pasien sehat, tidak merokok, tidak mengkonsumsi atau mengkonsumsi alkohol secara minimal.
2. ASA II : pasien dengan gangguan sistemik ringan.

Contoh : gangguan sistemik ringan, tanpa batasan aktivitas fungsional. Contohnya termasuk (namun tidak terbatas pada): perokok saat ini, peminum alkohol sosial, Wanita hamil, obesitas, DM/Hipertensi.

3. ASA III: pasien dengan gangguan sistemik berat
Contoh: gangguan sistemik berat dengan keterbatasan fungsional. DM tidak terkontrol atau hipertensi, PPOK, hepatitis aktif, ketergantungan alkohol, implant alat jantung, bayi premature.
4. ASA IV: seorang pasien dengan penyakit sistemik berat mengancam jiwa.
Contoh: iskemia jantung yang sedang berlangsung atau disfungsi katup yang berat, penurunan berat fraksi ejeksi, sepsis, DIC, ESRD yang tidak menjalani dialis secara teratur.
5. ASA V: pasien sakit berat yang kemungkinan tidak selamat tanpa operasi.
Contoh: kemungkinan tidak bertahan hidup >24 jam tanpa tindakan operasi, kemungkinan meninggal dalam waktu dekat (kegagalan multiorgan, sepsis dengan keadaan hemodinamik yang tidak stabil, hipotermia, koagulopati tidak terkontrol).
6. ASA VI: pasien dengan *brain dead* yang organnya akan diambil untuk didonorkan.

2.6 Penelitian Terdahulu

Tabel 1. Penelitian Terdahulu

No	Judul	Metode Penelitian	Persamaan	Perbedaan	Kesimpulan
1.	Judul: <i>Analysis of nurses staff using workload indicate staff need in pediatric ward with time motion study.</i> Nama Penulis : Richa Noprianty Tahun Terbit : 2020	Jenis penelitian ini adalah metode deskriptif observasional dengan metode one – shot.	Terdapat persamaan jenis penelitian dan pendekatan penelitian.	Terdapat perbedaan metode penelitian, lokasi dan teknik pengambilan sampel. Populasi dan sampel yang digunakan yaitu perawat.	Kebutuhan perawat berdasarkan Metode <i>Workload Indicator Staff Need (WISN)</i> di bangsal anak Rumah Sakit “X” sebanyak 28 perawat, jumlah tenaga perawat sebanyak 24 orang, dengan rasio WISN 0,8 atau kurang dari 1 berarti terjadi kekurangan.
2.	Judul: Dampak Beban Kerja Terhadap Produktifitas Kerja di Ruang Perioperasi. Nama Penulis : Richa Noprianty Wahyu Wahdana Agustina Suryanah Tahun terbit : 2022	Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross sectional. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling.	Terdapat persamaan jenis penelitian dan pendekatan penelitian. Metode penelitian menggunakan jenis penelitian kuantitatif. Populasi dan sampel menggunakan tenaga kesehatan.		Beban kerja tenaga kesehatan di ruang perioperasi hampir setengahnya (46%) sehingga mutu pelayanan kesehatan dapat diberikan secara optimal.

3.	Hubungan Beban Kerja Dengan Kualitas Pelayanan Keperawatan Perioperatif Perawat ruang operasi Di RSUD Situbondo Tahun 2023.	Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif analitik korelation dengan desain penelitian <i>cross sectional</i> .	Terdapat persamaan metode penelitian menggunakan jenis penelitian kuantitatif.	Hasil uji statistik <i>spearman rank</i> menunjukkan <i>P Value</i> = 0,004 < dari alpha = 0,05 yang berarti terdapat pengaruh yang bermakna beban kerja.
----	---	---	--	---
