

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Instalasi Gawat Darurat (IGD) berdasarkan permenkes RI No. 47 (2018) merupakan salah satu instalasi yang memberikan pertolongan pertama bagi pasien rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan lain atau yang datang langsung ke rumah sakit dengan kondisi terluka ataupun cedera yang mengancam kelangsungan hidupnya. Ruang gawat darurat yang memiliki karakteristik seperti jumlah pasien yang tidak terduga, jam kerja yang panjang, adanya tuntutan dari keluarga pasien, tidak memiliki waktu banyak dalam melakukan perawatan, dan menghadapi proses yang mengancam jiwa (Adriaenssens et al., 2015).

Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah tempat kerja yang identik dengan lingkungan sibuk dan sering dihadapkan pada kondisi pasien kritis (Weaver et al., 2016) Sifat operasional IGD harus cepat, tepat, dan tidak dibatasi waktu sehingga diperlukan kinerja gawat darurat yang ideal (IDAI, 2017). Selain itu semua staff IGD harus memiliki kompetensi dan kemampuan yang memadai untuk menangani kasus darurat. Penanganan korban yang tidak segera dilakukan dapat menimbulkan kecemasan baik bagi pasien maupun tenaga kesehatan itu sendiri terutama perawat yang menangani selain itu, dapat menimbulkan berbagai masalah seperti peningkatan risiko kecatatan, komplikasi bahkan risiko kematian (Emaliyawati et al., 2016). Hal tersebut membuat penanganan pasien di IGD menjadi penuh tantangan, khususnya pada perawat.

Perawat merupakan tenaga kerja yang paling sering bertatap muka secara langsung dengan pasien (Kemenkes RI, 2018). Perawat IGD harus siap siaga 24 jam untuk menangani pasien yang jumlah dan tingkat keparahannya tidak dapat diprediksi. Selain itu, tanggung jawab yang diemban perawat IGD cukup besar karena menyangkut keselamatan hidup seseorang serta bekerja secara tepat dengan kondisi *emergency* dan tidak menutup kemungkinan akan menghadapi risiko dan dampak dari paparan bahan kimia maupun terinfeksi penyakit menular (*General Health Resources*; Adrian, 2014). Sebagai bagian penting dari pelayanan gawat darurat, pelayanan keperawatan memprioritaskan akses pasien terhadap pelayanan untuk mencegah dan mengurangi morbiditas, mortalitas, dan kecatatan. Perawat IGD diharapkan dapat melakukan triase, melakukan resusitasi dengan bantuan atau tanpa bantuan alat, memahami prinsip stabilisasi dan perawatan definitif, bekerja sebagai tim dan berkomunikasi baik dengan tim, pasien dan keluarga pasien (Kemenkes RI, 2011).

Pelayanan pada kondisi gawat darurat seringkali dihadapkan pada peningkatan jumlah pasien dan tingkat keparahan yang berbeda-beda, hal ini tentunya membutuhkan keterampilan tenaga kesehatan yang tinggi dalam pengambilan keputusan untuk memprioritaskan pelayanan sesuai tingkat keparahannya. Selain itu hal tersebut dapat menjadi salah satu faktor yang membuat tenaga kesehatan kewalahan dalam menangani pasien sehingga akan terjadi ketidakseimbangan yang dapat berdampak pada ancaman keselamatan pasien (Brenna., 2016). Sebagaimana hasil penelitian (Horwitz et al., 2009; Mulyana et al., 2020) tentang masalah umum di IGD cenderung mengarah kepada keselamatan pasien yang meliputi kegagalan komunikasi, kurangnya

kerja tim, dan *crowding*. Ketidakpastian banyaknya kasus menjadikan perawat IGD harus siaga dalam memberikan pelayanan perawatan terbaik untuk menjamin keselamatan pasien.

Menurut (Alqahtani A et al., 2019) Ruang IGD dapat menimbulkan stres akibat dari lingkungan kerja fisik yang tidak memadai (ancaman kematian pasien disamping masalah administrasi, konflik dengan pasien/kerabat, kepadatan, pasien dari rentang bayi hingga lansia, jadwal kerja bergilir, kurangnya jumlah SDM, serta tempat kerja yang tidak aman) dan keadaan emosional (keparahan kasus, keputusan perawatan kritis). Hal tersebut dapat meningkatkan stres yang akan menjadi faktor pemicu depresi dan *burnout*. Studi (Mulyadi et al., 2015) mengenai perbedaan tingkat stres antar perawat rumah sakit di kota Manado menunjukkan bahwa stres dialami 82.4% perawat IGD dan 29.4% perawat rawat inap. Sebuah studi di kota Pontianak tahun 2016 menunjukkan bahwa 57,1% perawat IGD dan 35% perawat ICU mengalami stres tingkat tinggi (Mallya, Rachmadi, & Hafizah, 2016). Berdasarkan penelitian-penelitian tersebut, diketahui bahwa stres lebih banyak dialami oleh perawat IGD. Kondisi *burnout* memang berbeda dengan stres, dimana stres masih dapat memberikan dampak positif untuk memicu semangat bekerja, sedangkan seseorang yang mengalami *burnout* sudah kehilangan semangat dan cenderung menghindar. Akan tetapi dari hasil penelitian yang dilakukan oleh (Pines, A. M., & Keinan, 2015) menyatakan bahwa terdapat kolerasi antara besarnya kejadian stres yang dialami terhadap kejadian *burnout*. Semakin tinggi stres yang dialami, semakin besar pula kemungkinan seseorang tersebut mengalami *burnout*.

*Burnout syndrome* yaitu sindrom akibat dari stres kronis pekerjaan yang belum berhasil terkendali (*World Health Organization*, 2019). *Burnout syndrome* terbagi menjadi tiga dimensi, hal itu sebagaimana teori Maslach dan Leither dalam Teixeira et al., 2013 antara lain (1) *emotional exhaustion* (kelelahan emosional), (2) *depersonalization*, dan (3) *reduced personal accomplishment* (berkurangnya prestasi diri). Perawat rentan sekali mengalami *burnout* terutama pada kondisi gawat darurat yang penuh tekanan, tuntutan dan banyaknya kunjungan yang tidak terprediksi menyebabkan perawat mengalami kelelahan kerja berupa perubahan fisik, mental, dan perilaku akibat kerja. *Burnout* sering dijumpai pada profesi *human service* seperti polisi, perawat, dokter, konselor, dan pekerja sosial. Hal ini di dukung oleh studi Kleiber & Ensmann dalam publikasi tentang *burnout* di Eropa yang menunjukkan 43% *burnout* terjadi di antara pekerja kesehatan (perawat) dan pekerja sosial, 32% di antaranya guru (pendidik), 9% di antaranya pekerja administrasi dan manajemen, 4% pekerja di bidang polisi serta hukum, dan 2% di antara pekerja lainnya. Dari persentase di atas terlihat bahwa profesi keperawatan menempati urutan tertinggi sebagai profesi yang paling banyak mengalami *burnout* (Prestiana & Purbandini, 2012). Selain itu studi yang dilakukan oleh tim penelitian Program Studi Magister Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia menunjukkan bahwa sebanyak 83% tenaga kesehatan di Indonesia telah mengalami *burnout* (FKUI, 2020).

Sebuah meta-analisis dari 13 studi menunjukkan bahwa perawat IGD mengalami kecemasan dan stres, dari hasil *Maslach Burnout Inventory* didapatkan tingkat *emotional exhaustion* yang tinggi antara 20% dan 44%,

depersonalisasi tinggi antara 23% dan 51% serta *personal accomplishment* rendah antara 15% dan 44% (Gómez-Urquiza et al., 2017). Penelitian yang melibatkan *emergency physicians and nurses* di rumah sakit kota Abha dan Khamis Mushait Arab Saudi ditemukan dari sekitar dua pertiga perawat (66,3%) dan 33,7% adalah dokter dengan lebih dari setengahnya (54,3%) berusia antara 31 dan 35 tahun dan sebagian besar (70,9%) adalah perempuan. Hasil penelitian lain ditemukan bahwa mayoritas *emergency healthcare professionals* (88,7%) memiliki kelelahan emosional yang tinggi. Prevalensi depersonalisasi tinggi (sinisme) mencapai 20,6% sedangkan pencapaian pribadi yang rendah mencapai 41,1% (Alqahtani A et al., 2019).

Terjadinya *burnout* dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti jenis kelamin, usia, status pernikahan, shift dinas, tingkat layanan, tempat kerja dan kepribadian (Canadas De la Fuente et al., 2015). Selain itu karakteristik terkait pekerjaan, seperti latar belakang pendidikan dan masa kerja sebagai perawat berhubungan dengan terjadinya *burnout syndrome* (Hunsaker et al., 2015). *Burnout* tidak hanya berdampak pada kemampuan dalam pekerjaan tetapi juga dapat berdampak terhadap kondisi psikologis perawat dengan menyebabkan depresi, gangguan stres pasca trauma, gangguan penyalahgunaan zat, hingga bunuh diri (Lu et al., 2015; Moss et al., 2016). Selain itu, *burnout* dapat menyebabkan terjadinya insomnia dan peningkatan ketidakhadiran (Gomez-Urquiza et al., 2017). Tidak hanya berdampak pada kondisi psikologis perawat, diketahui bahwa *burnout* berkontribusi pada perawatan keselamatan pasien (Moss et al., 2016; Sklar, 2016).

Studi lain tentang keselamatan pasien di ruang IGD menyebutkan bahwa interupsi, dan multitasking merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap kesalahan. (Westbrook, 2014). Selain itu salah satu penelitian di Indonesia yang dilakukan oleh Nursalam, (2015) menemukan bahwa dampak yang paling tampak akibat *burnout* adalah berkurangnya performa dan mutu pelayanan. Seseorang dengan *burnout* dapat kehilangan makna pekerjaannya akibat respon dari kelelahan emosional, fisik serta mental yang berkepanjangan. Akhirnya, mereka menetapkan untuk cuti, sakit atau meninggalkan pekerjaan sehingga tidak dapat memenuhi tuntutan pekerjaannya. Dari fenomena tersebut, perlu adanya upaya pencegahan dan menentukan intervensi yang tepat dan efektif dalam mengatasi *burnout* dengan mengetahui kondisi gambaran kejadian *burnout* pada perawat.

Kecamatan Pangandaran merupakan sebuah kecamatan yang terletak di bagian paling selatan Kabupaten Pangandaran dan merupakan daerah wisata utama di Kabupaten Pangandaran dengan jumlah penduduk dari data Kecamatan Tahun 2020 tercatat sebanyak 60.168 jiwa (Laki-laki 30.205 jiwa atau 50,20% dan perempuan 29.963 jiwa atau 49,80%) dengan jumlah kepala keluarga sebanyak 20.867 KK. Kelurahan atau desa yang terletak di kecamatan Pangandaran terdiri dari delapan desa yaitu desa Babakan, Pananjung, Pagergunung, Pangandaran, Purbahayu, Sidomulyo, Sukahurip dan Wonoharjo. Terdapat fasilitas kesehatan yang tersedia di Kecamatan Pangandaran yaitu Puskesmas yang terletak di Desa Babakan serta Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) satu-satunya yang terletak di Desa Pananjung (Dinas Kominfo Pangandaran, 2019).

UPTD Puskesmas Pangandaran merupakan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) induk yang ada di wilayah Kecamatan Pangandaran dan sudah mendapatkan Predikat Akreditasi Paripurna oleh Kemenkes RI pada tahun 2018, Puskesmas Pangandaran terletak di sebelah selatan Kabupaten Pangandaran berdiri di Jl. Parapat No. 11, Desa Pangandaran dan pada tahun 2018 pindah ke gedung baru di Dusun Bojongkarekes, Desa Babakan Kecamatan Pangandaran. Puskesmas Pangandaran dijadikan pusat rujukan dari puskesmas lain yang berada di luar wilayah Kecamatan Pangandaran dan memiliki 1 Pustu, yaitu Pustu Pagergunung yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat Kecamatan Pangandaran secara merata. Puskesmas Pangandaran melayani rawat inap, poli umum, poli gigi, laboratorium, Poned, Fisioterapi serta pelayanan IGD 24 jam dengan dokter jaga, beberapa perawat dan bidan yang selalu sigap melayani (Puskesmas Pangandaran, 2022)

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) yang terletak di Desa Pananjung, Kecamatan Pangandaran bernama RSUD Pandega. Diresmikan oleh Gubernur Jawa Barat pada tanggal 04 April 2020. Pandega adalah akronim dari “Pangandaran Sehat dan Bahagia”. Nama tersebut diberikan langsung oleh Gubernur Jawa Barat. Menurut Bupati Pangandaran H. Jeje Wiradinata kehadiran RSUD Pandega akan memudahkan warga pangandaran mengakses pelayanan kesehatan dimana sebelumnya warga Pangandaran banyak yang berobat ke daerah Banjar dan Ciamis yang berjarak cukup jauh sekitar 93 kilometer dan banyak yang berobat ke daerah Jawa Tengah, Banyumas dan Purwokerto. RSUD Pandega Pangandaran memiliki berbagai jenis pelayanan seperti (Unit Gawat Darurat, Poliklinik Bedah, Poliklinik Penyakit Dalam,

Poliklinik Penyakit Anak, Poliklinik Obstetri Ginekologi, Poliklinik Syaraf, Poliklinik Mata, Poliklinik Gigi dan Mulut, Poliklinik Bedah Syaraf, Fisioterapi, Radiologi, Laboratorium, Hemodialisa, Talasemia, Persalinan (poned), ICU (Intensive Care Unit), ICCU/HCU (Intensive Cardiologi Care Unit/High Care Unit), NICU (Neonatal Intensive Care Unit), PRINATOLOGI, Kamar Operasi (OK), Rawat Inap kelas III, II, I Utama, VIP. Jumlah tempat tidur 174, dan Dokter spesialis sebanyak 13). Walaupun RSUD Pandega terbilang baru akan tetapi memiliki fasilitas yang cukup lengkap sehingga memiliki jumlah kunjungan pasien yang cukup tinggi. Selain itu karena Pangandaran merupakan daerah tujuan wisata nasional dan internasional, RSUD Pandega diproyeksikan sebagai bagian dari pengembangan wisata, dan tidak menutup kemungkinan menjadi rumah sakit bertaraf nasional (Humas Pangandaran, 2020).

Adapun hasil wawancara yang dilakukan peneliti pada tanggal 22 Desember 2022 bersama Kepala Ruangan IGD UPTD Puskesmas Pangandaran, kemudian melakukan wawancara terhadap salah satu Ketua Tim perawat IGD RSUD Pandega Pangandaran. Berdasarkan penyampaian Kepala Ruangan IGD UPTD Puskesmas Pangandaran bahwa jumlah perawat di IGD berjumlah 19 orang, pembagian shift kerja perawat IGD Puskesmas sendiri berjumlah 6 shift pagi, 3 shift sore, dan 3 shift malam, dengan jumlah bed 3 bed observasi dan 4 bed Triase. Selain itu Kepala Ruangan IGD UPTD Puskesmas Pangandaran mengatakan terkadang jumlah kunjungan pasien dengan perawat yang shift tidak seimbang dan kebanyakan kunjungan pasien banyak di sore hari seperti jumlah pasien yang datang 5 orang dan perawat yang shift 3 orang, terkadang terdapat

pasien yang kondisinya cukup berat sudah di sarankan untuk ke RSUD Pandega yang jaraknya tidak terlalu jauh namun keluarga tetap ingin dirawat di Puskesmas saja. Kepala Ruangan IGD Puskesmas Pangandaran mengatakan perawat yang shift terkadang mengalami stres, merasakan badan mudah pegal terkhusus bagian kaki, yang mengakibatkan kurang cepat dan tanggap dalam melakukan perawatan, bahkan ada salah satu perawat yang tidak dapat di sebutkan namanya banyak mengambil cuti dan ingin pindah ke ruang rawat inap karena merasa kelelahan.

Adapun wawancara terhadap salah satu Ketua Tim perawat IGD RSUD Pandega Pangandaran bahwa jumlah perawat IGD terdapat 23 orang dengan pembagian shift kerja 5-6 orang per tim dan keseluruhan terdapat 4 tim. Data yang didapat mengenai angka kunjungan pasien IGD dalam kurun waktu selama tahun 2022 perbulan mencapai 399 sampai 589 dikarenakan di RSUD sendiri terkadang apabila sore hari karena Poli tutup hingga jam 11 siang maka pasien yang datang di bawa ke IGD untuk mendapatkan perawatan. Jumlah bed terdapat 29 terdiri dari triase dan observasi yang mana terkadang sering terisi semua terutama pada pagi dan sore hari namun berdasarkan penuturan salah satu Katim Perawat IGD yang di wawancarai kondisi di lapangan terkadang *overload* tidak sesuai dengan ruangan yang tersedia. Selain itu selama bertugas terkadang mengalami kondisi seperti pegal-pegal jika melakukan kompleks RJP pada pasien yang mana tindakan tersebut menguras tenaga apabila pasien yang diberikan RJP lebih dari satu orang.

Perawat IGD di tungtut untuk cepat tanggap, karena ruang IGD berbeda dengan ruangan lain yang mana menggunakan sistem triase hal tersebut kadang

menjadi suatu kesalah pahaman dengan keluarga pasien karena kebanyakan keluarga pasien tidak mengerti sistem triase yang ada di IGD. Menurut penuturan salah satu Katim Perawat IGD pernah mengalami kasus dengan keluarga pasien mengenai tindakan pasien sesuai triase sehingga menimbulkan kesalahpahaman merasa tidak diberikan pelayanan yang baik hingga pihak keluarga membawa masalah tersebut keluar dan di posting hingga ke sosial media. Selain itu terkadang mudah tersinggung apabila terlalu banyak diberikan tuntutan oleh keluarga pasien yang mengakibatkan tidak maksimal dalam memberikan pelayanan perawatan kepada pasien serta terkadang hal tersebut berdampak terhadap komunikasi interpersonal dengan tenaga kesehatan lainnya terkhusus apabila jumlah bed tidak memadai sehingga memicu stres.

Di Indonesia sendiri, penelitian mengenai *burnout* dengan *latent profil analysis* masih sedikit dibandingkan dengan menggunakan *cut off scoring*. Implikasi praktik dalam menggunakan LPA (*Laten Profil Analysis*) adalah pengembangan intervensi yang ditargetkan secara tepat ke setiap individu (profil) untuk mencegah atau mengurangi *burnout* dimana LPA sendiri terdiri lima profil yaitu *Burnout*, *Disengaged*, *Overextended*, *Ineffective*, dan *Engaged*. (Kalamara & Richardson, 2022).

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Gambaran *Burnout Syndrome* Pada Perawat Instalasi Gawat Darurat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kecamatan Pangandaran”.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah sebelumnya maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “Bagaimana Gambaran Kejadian *Burnout Syndrome* pada Perawat Instalasi Gawat Darurat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kecamatan Pangandaran?”

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum yang ingin dicapai oleh peneliti dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui gambaran *Burnout Syndrome* pada perawat Instalasi Gawat Darurat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kecamatan Pangandaran.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai oleh peneliti dari penelitian ini antara lain:

1. Mengetahui gambaran dimensi *burnout syndrome* tingkat kelelahan emosional (*emotional exhaustion*), *depersonalization*, dan berkurangnya prestasi diri (*reduced personal accomplishment*) pada perawat Instalasi Gawat Darurat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kecamatan Pangandaran
2. Mengetahui gambaran profil *burnout syndrome*: *Burnout*, *Disengaged*, *Overextended*, *Ineffective*, dan *Engaged* pada perawat Instalasi Gawat Darurat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kecamatan Pangandaran

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Manfaat secara teoritis dari penelitian ini adalah memberikan kontribusi karya ilmiah menjadi bahan telaah untuk pengembangan ilmu keperawatan sesuai dengan masalah yang diteliti. Diharapkan dapat dijadikan data awal yang dapat digunakan untuk peneliti berikutnya yang akan meneliti masalah yang serupa atau lebih dalam misalnya mengenai faktor-faktor yang dapat mempengaruhi risiko *burnout* di kalangan perawat Instalasi gawat darurat di Kecamatan Pangandaran.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **1.4.2.1 Manfaat Praktis Bagi Fakultas Keperawatan**

Menjadi bahan informasi dan pengembangan keilmuan terkait *burnout syndrome* pada perawat yang berkelanjutan di Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran PSDKU Pangandaran pada penelitian sejenis.

#### **1.4.2.2 Manfaat Praktis Bagi Instansi**

Penelitian ini diharapkan bermanfaat sebagai informasi data dan sarana evaluasi terkait kejadian *burnout syndrome* pada perawat Instalasi Gawat Darurat (IGD), sehingga dapat menjadi sumbangsih pemikiran kepada pihak manajemen RSUD Pandega dan juga Puskesmas Pangandaran agar dapat menemukan strategi yang tepat dan meminimalisir kejadian dampak *burnout* tersebut.

#### **1.4.2.3 Manfaat Praktis Bagi Penelitian Selanjutnya**

Menambah wawasan dan pengetahuan bagi peneliti selanjutnya mengenai gambaran *burnout syndrome* pada perawatan Instalasi Gawat Darurat. Serta memberikan referensi tambahan dan fenomena bagi peneliti selanjutnya.

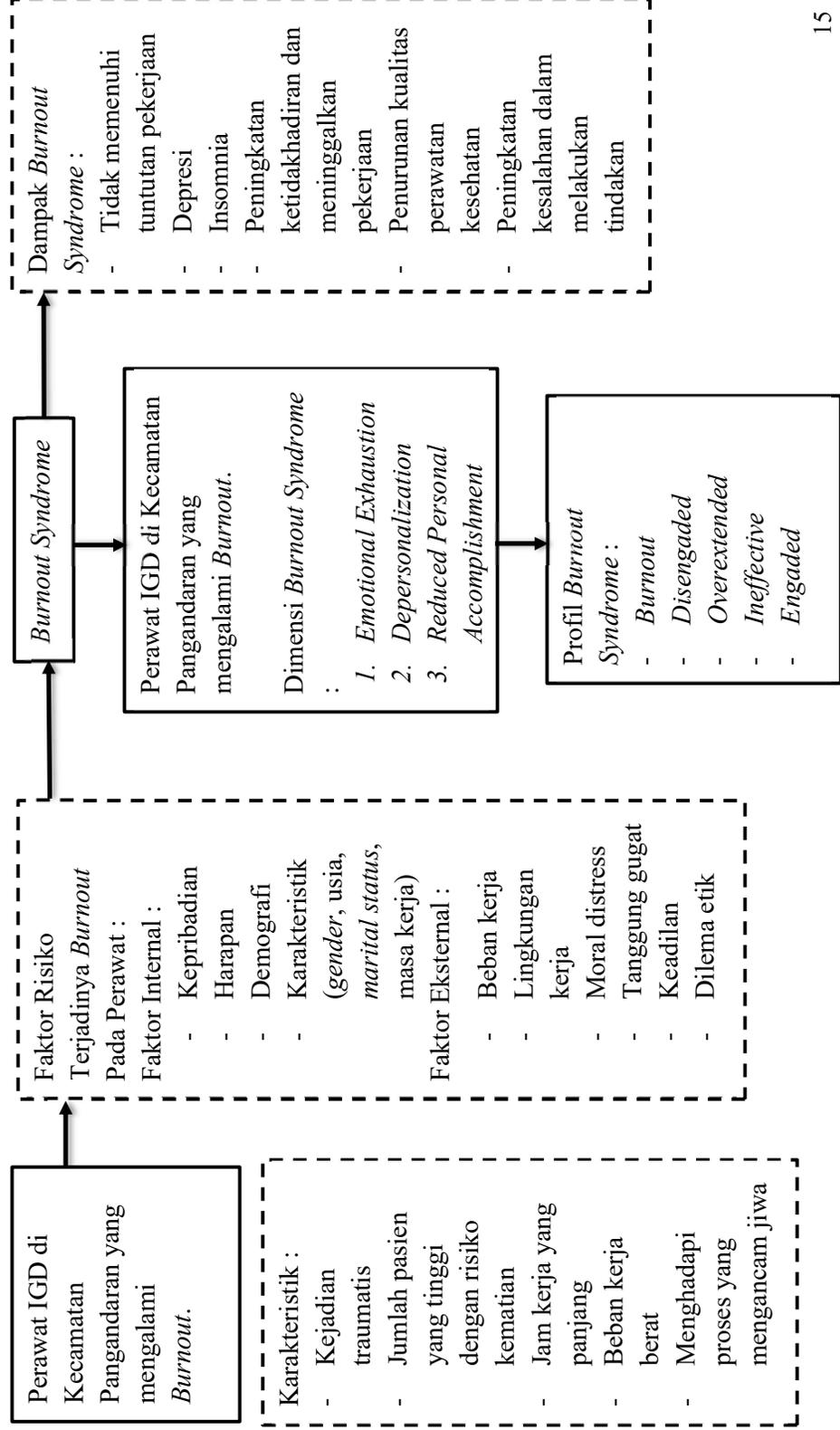
### **1.5 Kerangka Pemikiran**

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan instalasi utama penanganan kasus kegawatdaruratan di rumah sakit yang beroperasi selama 24 jam. Perawat yang bertugas di ruang gawat darurat dituntut untuk memberikan penanganan yang cepat dan tepat, apabila pasien tidak segera mendapatkan pertolongan maka dapat mengancam jiwa atau menimbulkan kecacatan (Lating & Tunny, 2016).

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang sangat dekat dengan pasien dimana perawat harus memahami segala keadaan yang ada. Perawat IGD berperan sebagai garda terdepan dan harus selalu siaga untuk menangani pasien dengan jumlah dan tingkat keparahan yang tidak terprediksi. Tidak jarang perawat gawat darurat menghadapi berbagai masalah seperti masalah administrasi, miskomunikasi dengan dokter maupun rekan kerja, konflik dengan rekan kerja, komplain dari pasien, serta ketidakseimbangan antara jumlah kunjungan pasien dengan jumlah perawat (Rahman, 2013; Prasetyo, 2017). Peristiwa traumatis, beban kerja yang berat, tuntutan kerja yang tinggi, serta masalah pekerjaan dapat membuat perawat IGD rentan terhadap *burnout*.

Menurut Maslach, 2001 dalam Nursalam (2016). Terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi *burnout syndrome* dimana terbagi menjadi 2 faktor yaitu faktor internal dan juga faktor eksternal. Faktor internal terdiri dari kepribadian, harapan, demografi, serta karakteristik (usia, tingkat pendidikan, masa kerja), kontrol fokus, tingkat efisiensi. Sedangkan faktor eksternal yaitu terdiri dari beban kerja, lingkungan kerja, moral distress, tanggung gugat, keadilan dan dilema etik. Selain itu terdapat tiga dimensi dalam *burnout* yaitu menurut (Maslach dan Leiter; Putriana, 2019) menyatakan bahwa terdapat tiga dimensi yang merupakan aspek dari *burnout*: *Emotional Exhaustion* (kelelahan emosional) dimana seseorang merasakan kelelahan yang mengacu pada perasaan menjadi terlalu berat dan kehabisan sumber daya emosional serta fisik, *Depersonalization* mengacu pada respons negatif seperti bermusuhan atau bersikap dingin dan berjarak terhadap pekerjaan dengan orang-orang disekitarnya sehingga sering kali kehilangan idealisme, *reduced personal accomplishment* (berkurangnya prestasi diri) mengacu pada penurunan produktivitas dan kemampuan, semangat kerja yang rendah, serta keterampilan koping yang lebih rendah.

Bagan 1. 1 Kerangka Pemikiran



Keterangan :



Diteliti



Tidak Diteliti



Berpengaruh

Sumber : (Adhitya & Untoro, 2016; Adriaenssens et al., 2015; Maslach dan Leiter, 2016; Prasetyo, 2017; Oliveira et al., 2019)