



Pengalaman Kelelahan Perawat dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah di Ruang Pelayanan Multidisiplin (Neurologi, Bedah, dan Jantung)

Muhammad Erza Fratama^{1*}, Bahrul Ilmi², Muthmainnah³

¹Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Banjarmasin, Indonesia

²Dosen Poltekkes Kemenkes Banjarmasin, Indonesia

³Dosen Universitas Muhammadiyah Banjarmasin, Indonesia

*Penulis Korespondensi: Erzafratama2828@gmail.com

Abstract. Nurses working in multidisciplinary units providing neurological, surgical, and cardiac care experience complex demands related to diverse patient characteristics, nursing needs, and care coordination, which may contribute to fatigue. This study aimed to describe nurses' experiences of fatigue while providing medical-surgical nursing care in a multidisciplinary service unit. A descriptive qualitative design was conducted through in-depth interviews with 10 nurses selected using purposive sampling in the Rambutan Ward of Sultan Suriansyah Regional Hospital, Banjarmasin, in May 2026. Data were also collected through non-participant observations and document reviews from May to June 2026. Analysis used the Miles and Huberman interactive model, including data reduction, data display, and conclusion verification. Trustworthiness was maintained through triangulation, member checking, peer debriefing, and audit trails. Five themes were identified: complexity of multidisciplinary patient management, factors influencing fatigue, fatigue experiences, impacts of fatigue, and strategies with future expectations. Nurses reported physical, cognitive, emotional, psychological, and overwhelmed fatigue, along with empathic experiences resembling compassion fatigue. Fatigue was associated with organizational factors, patient characteristics, personal factors, and work-environment conditions. Organizational support, effective work-system management, adequate resources, and adaptive strategies are essential to support nurses in managing multidisciplinary care demands.

Keywords: Descriptive Qualitative; Medical-Surgical Nursing; Multidisciplinary Service Unit; Nurse Fatigue; Workload.

Abstrak. Perawat yang bekerja pada unit multidisiplin dengan pelayanan neurologi, bedah, dan kardiologi menghadapi tuntutan kompleks akibat variasi karakteristik pasien, kebutuhan asuhan keperawatan, serta koordinasi pelayanan yang dapat berhubungan dengan pengalaman kelelahan perawat. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan pengalaman kelelahan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan medikal bedah pada unit pelayanan multidisiplin. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif deskriptif melalui wawancara mendalam terhadap 10 perawat yang dipilih menggunakan teknik purposive sampling di Ruang Rambutan RSUD Sultan Suriansyah Banjarmasin pada Mei 2026. Pengumpulan data juga dilakukan melalui observasi nonpartisipan dan telaah dokumen selama Mei hingga Juni 2026. Analisis data menggunakan model interaktif Miles dan Huberman melalui reduksi data, penyajian data, serta penarikan dan verifikasi kesimpulan. Keabsahan data dijamin melalui triangulasi metode, member checking, peer debriefing, dan audit trail. Hasil penelitian menemukan lima tema, yaitu kompleksitas pengelolaan pasien multidisiplin, faktor yang memengaruhi kelelahan, pengalaman kelelahan perawat, dampak kelelahan, serta strategi dan harapan perawat. Pengalaman kelelahan meliputi aspek fisik, kognitif, emosional, psikologis, dan perasaan kewalahan. Kelelahan perawat berkaitan dengan faktor organisasi, karakteristik pasien, faktor personal, serta kondisi fasilitas dan lingkungan kerja.

Kata kunci: Beban Kerja; Deskriptif Kualitatif; Keperawatan Medikal Bedah; Kelelahan Perawat; Ruang Pelayanan Multidisiplin.

1. LATAR BELAKANG

Kelelahan kerja perawat merupakan pengalaman multidimensional yang dapat mencakup penurunan energi fisik, kapasitas kognitif, dan kesiapan emosional. Tinjauan sistematis menunjukkan bahwa kelelahan akut dan kronis pada perawat berada pada tingkat sedang hingga tinggi, sedangkan pemulihan antar-shift cenderung rendah sampai sedang; faktor yang berkaitan mencakup kondisi individual, organisasional, dan budaya kerja (Pi et al.,

2025). Kelelahan perlu dibedakan dari burnout dan *compassion fatigue*. *Burnout* merupakan konstruk terkait stres kerja kronis, sedangkan *compassion fatigue* berkaitan dengan paparan berulang terhadap penderitaan orang lain. Penelitian ini tidak mengukur kedua konstruk tersebut dan tidak bermaksud menetapkan diagnosis.

Tuntutan pelayanan meningkat ketika satu ruang rawat inap menampung pasien dari beberapa kelompok spesialisasi. Istilah ruang rawat inap multispesialis digunakan dalam artikel ini untuk menggambarkan satu unit yang merawat pasien neurologi, bedah, dan jantung. Istilah tersebut tidak dimaksudkan sebagai sinonim multidisciplinary team atau kolaborasi interprofesional. Pada konteks multispesialis, perawat perlu menyesuaikan penalaran klinis, memproses informasi yang beragam, berpindah fokus, dan menetapkan prioritas secara berulang. Beban kognitif yang tinggi dapat muncul ketika berbagai informasi dan tugas harus dikelola secara bersamaan (Asgari et al., 2024; Surendran et al., 2024).

Ruang Rambutan RSUD Sultan Suriansyah Banjarmasin memiliki kapasitas 30 tempat tidur dan selama periode penelitian merawat sekitar 22-27 pasien per hari. Data Mei 2026 mencatat 186 pasien, terdiri atas 81 pasien bedah, 58 pasien jantung, dan 47 pasien neurologi. Pada shift sore dan malam umumnya bertugas tiga perawat pelaksana, dengan tambahan perawat apabila terdapat tenaga orientasi. Kombinasi variasi kasus, perubahan kondisi pasien, tuntutan dokumentasi, dan keterbatasan fasilitas menjadi konteks yang relevan untuk memahami pengalaman kelelahan.

Sebagian besar penelitian kelelahan perawat menggunakan pendekatan kuantitatif dan berfokus pada tingkat kelelahan atau faktor risikonya. Pemahaman mengenai bagaimana perawat memaknai kelelahan ketika harus berpindah di antara kebutuhan neurologi, bedah, dan jantung dalam satu unit masih terbatas. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan pengalaman kelelahan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada satu ruang rawat inap multispesialis.

2. KAJIAN TEORITIS

Kelelahan Kerja Perawat

Kelelahan merupakan kondisi menurunnya kapasitas fisik, kognitif, dan emosional yang terjadi ketika tuntutan pekerjaan melampaui kemampuan individu untuk mempertahankan performa optimal. Dalam perspektif ergonomi, kelelahan dipahami sebagai keadaan berkurangnya efisiensi kerja serta meningkatnya potensi kesalahan akibat aktivitas yang dilakukan secara terus menerus tanpa pemulihan yang memadai (Tarwaka; Bakri S. Maarif; Lita, 2004).

Pengalaman kelelahan yang dirasakan perawat bukanlah masalah yang seragam. Ia hadir dalam berbagai bentuk yang masing-masing menyentuh sisi berbeda dari diri seorang perawat. Hiestand et al. (2024), bersama dengan Pi et al. (2025), memetakan kelelahan ini ke dalam tiga wilayah utama: tubuh yang mulai kehilangan tenaga (kelelahan fisik), pikiran yang semakin sulit diajak fokus (kelelahan kognitif), dan perasaan yang semakin rentan terguncang (kelelahan emosional) (Hiestand et al., 2024; Pi et al., 2025).

Kelelahan Perawat di Ruang Pelayanan Multidisiplin

Ruang pelayanan multidisiplin (multi-spesialisasi) merupakan unit pelayanan yang merawat pasien dari lebih dari satu spesialisasi klinis dalam satu ruang perawatan. Pada penelitian ini, ruang rawat inap multi-spesialisasi meliputi pelayanan neurologi, bedah, dan jantung. Karakteristik tersebut menyebabkan perawat menghadapi variasi kondisi pasien, kebutuhan asuhan keperawatan yang beragam, koordinasi lintas profesi, serta tuntutan pengambilan keputusan klinis yang tinggi. Kondisi tersebut menjadikan ruang rawat inap multi-spesialisasi sebagai lingkungan kerja dengan kompleksitas pelayanan yang tinggi (Gillies, 1994; Pi et al., 2025).

Kompleksitas pelayanan multidisiplin ditandai oleh keberagaman diagnosis, kebutuhan asuhan keperawatan yang berbeda, perubahan kondisi pasien yang dinamis, serta koordinasi pelayanan yang melibatkan berbagai profesi kesehatan. Gillies (1994) menjelaskan bahwa semakin kompleks suatu sistem pelayanan, semakin besar tuntutan koordinasi dan adaptasi yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Teori Adaptasi Roy sebagai Kerangka Konseptual dalam Pemahaman Kelelahan Perawat

Teori Adaptasi Roy dikembangkan oleh Sister Callista Roy untuk menjelaskan bagaimana individu merespons berbagai stimulus dari lingkungan melalui proses adaptasi. Dalam teori ini, manusia dipandang sebagai sistem adaptif yang secara terus-menerus berinteraksi dengan lingkungan. Respon terhadap stimulus tersebut dapat bersifat adaptif maupun maladaptif, bergantung pada kemampuan individu dalam mempertahankan integritas fisiologis, psikologis, sosial, dan peran yang dijalankan (Roy, 2009).

3. METODE PENELITIAN

Desain dan pedoman pelaporan

Penelitian menggunakan desain deskriptif kualitatif untuk menghasilkan deskripsi yang dekat dengan bahasa dan pengalaman partisipan (Sandelowski, 2000). Pelaporan diperkuat dengan unsur *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) dan

Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR), terutama pada aspek tim peneliti dan reflektivitas, desain studi, analisis, serta penyajian temuan (O'Brien et al., 2014; Tong et al., 2007).

Lokasi, waktu, dan partisipan

Penelitian dilaksanakan pada April-Juni 2026 di Ruang Rambut RSUD Sultan Suriansyah Banjarmasin. Partisipan dipilih secara purposif karena memiliki pengalaman langsung yang relevan dengan tujuan penelitian (Creswell & Poth, 2018), dengan kriteria: perawat pelaksana aktif di unit, memiliki pengalaman kerja minimal satu tahun, mampu mengikuti wawancara, dan bersedia memberikan persetujuan tertulis. Perawat yang cuti atau tidak bertugas, tidak berada dalam kondisi fisik atau psikologis yang memungkinkan untuk diwawancarai, atau masih dalam masa orientasi dikeluarkan.

Peneliti mengidentifikasi calon yang memenuhi kriteria, menjelaskan tujuan, prosedur, potensi ketidaknyamanan, kerahasiaan, dan hak mengundurkan diri, kemudian memperoleh informed consent. Keikutsertaan tidak memengaruhi hubungan kerja, penilaian kinerja, atau status kepegawaian. Jumlah calon yang menolak atau tidak berpartisipasi tidak didokumentasikan dalam laporan penelitian.

Peneliti dan reflektivitas

Wawancara dan analisis dipimpin oleh peneliti utama (MEF), mahasiswa Magister Keperawatan sekaligus perawat bedah di unit penelitian. Posisi sebagai rekan kerja memberikan pemahaman kontekstual, tetapi juga berpotensi menimbulkan asumsi awal dan social desirability. Peneliti tidak memiliki kewenangan menilai kinerja atau mengambil keputusan administratif terhadap partisipan. Mitigasi dilakukan melalui penegasan kesukarelaan, wawancara di tempat yang menjaga privasi, pemisahan peran klinis dan penelitian, pencatatan reflektif, penelaahan kembali transkrip, dan diskusi berkala dengan pembimbing. Sebelum pengumpulan data, pedoman wawancara disimulasikan dengan rekan sejawat dan disempurnakan bersama pembimbing.

Pengumpulan data

Data utama diperoleh melalui satu wawancara tatap muka semi-terstruktur pada setiap partisipan. Wawancara berlangsung di tempat yang tenang dan menjaga privasi, direkam setelah persetujuan, serta dilengkapi field notes mengenai jeda, intonasi, ekspresi, dan konteks. Lama wawancara menyesuaikan keluasaan pengalaman partisipan dan tidak distandardisasi atau diringkas secara numerik dalam catatan penelitian. Tidak dilakukan wawancara ulang; verifikasi pemahaman dilakukan melalui member checking terhadap ringkasan wawancara.

Observasi nonpartisipan dilakukan pada 26 Mei, 28 Mei, dan 2 Juni 2026, seluruhnya pada shift pagi pukul 08.00-15.00 WITA, selama sekitar 3-4 jam per sesi. Pengamatan berfokus pada alur kerja, pembagian tugas, koordinasi, interaksi dengan pasien dan keluarga, kepadatan lingkungan, ketersediaan fasilitas, dan situasi pelayanan. Dokumen pendukung mencakup jadwal shift, jumlah pasien, dan laporan serah terima. Observasi dan dokumen digunakan untuk memperkaya konteks serta memeriksa konsistensi informasi; tema dibangun terutama dari data wawancara. Keterbatasan observasi hanya pada shift pagi dipertimbangkan dalam interpretasi.

Analisis data

Analisis menggunakan kerangka interaktif Miles & Huberman (1994) yang menghasilkan tema melalui pengodean dan pengelompokan kategori. Rekaman ditranskripsi verbatim dan diperiksa terhadap audio. Peneliti membaca transkrip berulang, menandai unit makna, memberikan kode awal secara induktif, mengelompokkan kode yang serupa menjadi kategori, lalu menyusun subtema dan tema. Data ditampilkan dalam matriks manual menggunakan Microsoft Word yang memuat kutipan, kode, kategori, subtema, tema, sumber, dan catatan analitis. Hubungan antara data, kode, kategori, dan tema diverifikasi kembali terhadap transkrip, field notes, serta dokumen pendukung. Perbedaan pemahaman dibahas dengan pembimbing dan diputuskan dengan kembali pada konteks pernyataan partisipan.

Roy Adaptation Model digunakan sebagai lensa utama dalam menginterpretasikan temuan penelitian, khususnya untuk memahami bagaimana perawat merespons dan beradaptasi terhadap berbagai stimulus yang muncul dalam lingkungan pelayanan multispesialis. JD-R Theory digunakan sebagai lensa pendukung untuk memahami interaksi antara tuntutan pekerjaan (*job demands*) dan sumber daya pekerjaan (*job resources*) yang berkaitan dengan pengalaman kelelahan perawat (Roy, 2009; Bakker et al., 2023). Kedua teori tersebut digunakan setelah tema terbentuk dan tidak menjadi dasar dalam proses pengodean maupun pembentukan tema.

Kecukupan dan keabsahan data

Pengumpulan dan analisis berlangsung bersamaan. P8 tidak menghasilkan informasi substantif yang mengubah struktur temuan; P9 terutama mengonfirmasi temuan; dan P10 memperkaya pemahaman, termasuk pengalaman emosional empatik, tanpa menghasilkan kategori atau tema baru. Setelah peninjauan keseluruhan data, pengumpulan dihentikan pada P10 berdasarkan kecukupan informasi dan saturasi makna (Guest et al., 2020; Malterud et al., 2016). Kredibilitas dijaga melalui member checking atas ringkasan wawancara; seluruh 10 partisipan menerima ringkasan tanpa perubahan. Peer debriefing dilakukan bersama pembimbing untuk menelaah pengodean dan kemungkinan bias. *Dependability* dan

confirmability didukung oleh audit trail, matriks analisis, catatan lapangan, dan catatan reflektif. *Transferability* didukung melalui deskripsi konteks, partisipan, serta kondisi pelayanan secara rinci (Lincoln & Guba, 1985).

Etik penelitian

Penelitian memperoleh persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin No. 122/UMB/KE/IV/2026 tanggal 16 April 2026. Identitas diganti dengan kode P1-P10; informasi yang dapat mengarah pada identifikasi rekan kerja tidak disajikan. Rekaman, transkrip, dan persetujuan disimpan terpisah dan dilindungi kata sandi.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik partisipan

Sepuluh perawat pelaksana berpartisipasi. Karakteristik disajikan secara agregat untuk mengurangi risiko identifikasi dalam satu unit kerja.

Tabel 1. Karakteristik Partisipan.

Karakteristik	Ringkasan
Jenis kelamin	Perempuan 6 (60%); laki-laki 4 (40%)
Usia	26-33 tahun; rerata 29,8 tahun
Pendidikan	Diploma III 6 (60%); Ners 4 (40%)
Lama bekerja	3-7 tahun; rerata 4,8 tahun
Status kepegawaian	PNS 5 (50%); PKWT 5 (50%)
Jenjang kompetensi klinis	PK 1: 5 (50%); PK 2: 5 (50%)

Struktur tema

Analisis menghasilkan lima tema yang disusun untuk membedakan konteks dan kondisi yang menyertai kelelahan, manifestasi, konsekuensi yang dipersepsikan, serta strategi. Pemisahan ini digunakan untuk menghindari sirkularitas antara gejala kelelahan dan dampaknya.

Tabel 2. Tema dan subtema.

Tema	Subtema
Tema 1. Kompleksitas Penanganan Pasien Pelayanan Multidisiplin	Tuntutan Peran Perawat dalam Konteks Pelayanan Multidisiplin Karakteristik Pasien Pelayanan Multidisiplin
Tema 2. Faktor yang Memengaruhi Kelelahan Perawat	Faktor Organisasional Faktor Personal Perawat Faktor Fasilitas dan Lingkungan Kerja
Tema 3. Pengalaman Kelelahan Perawat	Kelelahan Fisik Kelelahan Kognitif Kelelahan Emosional Kelelahan Psikologis Perasaan Kewalahan
Tema 4. Dampak Kelelahan Perawat	Dampak terhadap Perawat

Tema 5. Strategi disertai Harapan	Dampak terhadap Proses Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dampak terhadap Kualitas Pelayanan Pasien di Ruang pelayanan multidisiplin Strategi Personal Mengatasi Kelelahan Adaptasi dalam Pelaksanaan Pekerjaan Dukungan Sosial dan Profesional Harapan terhadap Dukungan Organisasi
-----------------------------------	---

Tema 1. Kompleksitas Penanganan Pasien Pelayanan Multidisiplin

Perawat menggambarkan tuntutan untuk berpindah di antara konteks neurologi, bedah, dan jantung, menjalankan beberapa tanggung jawab secara bersamaan, serta menyesuaikan prioritas berdasarkan perubahan kondisi pasien. Keragaman tersebut bukan hanya menambah jumlah pekerjaan, tetapi juga memperbesar tuntutan penalaran klinis dan penguasaan lintas bidang.

“Ulun hari ini memegang bedah. Kan esok dinas lagi, ulun memegang saraf. Terus kan esok lagi dinas memegang jantung. Jadi kayak kita nih belum selesai dengan pasien kita ini bedah... Tapi kita besoknya sudah memegang ke sebelah lagi, ke saraf.” [Hari ini saya menangani pasien bedah. Besok saya masuk lagi dan menangani pasien saraf, lalu hari berikutnya pasien jantung. Ketika konteks pasien bedah belum sepenuhnya selesai, kami sudah harus beralih ke pasien saraf.].

“Jenis pasiennya pun beragam, ada bedah, jantung maupun saraf. Kadang-kadang kami kewalahan ketika ada momen mengharuskan kami menangani pasien gawat, sedangkan beberapa pasien juga membutuhkan pelayanan khusus.”

Tema 2. Faktor yang Memengaruhi Kelelahan Perawat

Kondisi organisasional yang paling menonjol adalah keterbatasan tenaga dibandingkan dengan jumlah dan keragaman kebutuhan pasien. Partisipan juga menyebut sistem penugasan, pekerjaan administratif, berbagai peran di luar pekerjaan, masalah personal atau keluarga, serta keterbatasan fasilitas. Temuan ini diposisikan sebagai kondisi yang dipersepsikan menyertai kelelahan, bukan sebagai penyebab yang telah diuji.

“Karena yang bekerja cuma tiga orang, dengan jumlah pasien yang kalau penuh itu sudah 30 tempat tidur, dirasa seperti kewalahan.”

“Kalau ulun mungkin juga karena sambil kuliah, ada begawi juga di praktik. Membagi waktunya lumayan membebani. Jadi mungkin agak terbawa-bawa juga ke sini karena sudah penuh: bekerja di sini, praktik, kuliah, dan di rumah juga.” [Saya juga kuliah dan bekerja di tempat praktik. Membagi waktu cukup membebani; peran di pekerjaan, praktik, kuliah, dan rumah dapat terbawa ke tempat kerja.].

“Alat error itu yang berpengaruh berat... pasien jantung dan saraf perlu infusion pump. Karena alat digunakan bergantian, yang seharusnya selesai satu kali ronde menjadi dua sampai tiga kali keliling.”

Tema 3. Pengalaman Kelelahan Perawat

Manifestasi fisik berupa rasa lelah dan nyeri pada anggota tubuh. Manifestasi kognitif meliputi menurunnya fokus, perhatian, dan kewaspadaan ketika pekerjaan menumpuk. Manifestasi emosional tampak sebagai mudah kesal, perubahan suasana hati, dan menurunnya semangat. Manifestasi psikologis berupa pikiran mengenai pekerjaan yang belum selesai setelah shift berakhir. Perasaan kewalahan muncul ketika tuntutan dinilai melampaui kapasitas tenaga yang tersedia.

“Betis, kaki sakit.” (P1)

“Karena ulun terlalu cepat begawean pasti banyak salahnya. Cuman hendak tuntung... Kada ngeh lagi dengan apa yang sudah kita gawe saking banyaknya.” [Karena saya bekerja terlalu cepat, pasti banyak salahnya. Saya hanya ingin cepat selesai dan tidak menyadari lagi apa yang sudah dikerjakan karena terlalu banyak pekerjaan.]

“Ada gerumet gerunuman sedikit di kepala, kayak pekerjaannya kada menuntung. Bahkan sampai harus dipluskan ke shift berikutnya, padahal ulun kada nyaman bila ada ketinggalan gawian.” [Ada pikiran yang terus berulang karena pekerjaan belum selesai dan harus dilimpahkan ke shift berikutnya; saya merasa tidak nyaman bila ada pekerjaan tertinggal.]

“Harusnya bisa dikerjakan empat orang, tetapi cuma dikerjakan tiga orang. Jadi bertumpuk banyak kerjaannya, seperti berlebih tanggung jawabnya.”

Tema 4. Dampak Kelelahan Perawat

Partisipan mempersepsikan kelelahan berkaitan dengan kebutuhan pemulihan setelah shift, perubahan suasana hati, pengkajian yang kurang mendalam, tindakan yang ditunda atau dilanjutkan pada shift berikutnya, dan respons pelayanan yang kurang cepat. Observasi menemukan situasi pelayanan dengan prioritas tindakan, pekerjaan yang berlanjut antar-shift, serta beberapa tindakan yang belum terlaksana pada saat pengamatan. Observasi tersebut hanya menggambarkan konteks dan tidak membuktikan bahwa kelelahan menyebabkan keterlambatan atau penurunan mutu.

“Pengkajian tidak bisa terlalu menggali ke pasien karena saat itu kondisinya ramai. Jadi yang terkaji masalah keperawatan yang lebih ke permukaan, belum bisa menggali lebih dalam.”

“Kalau sudah capek, yang penting-penting saja yang kita kerjakan. Harusnya pasien bisa mendapat lebih banyak tindakan, tetapi kita tidak optimal melakukan asuhan keperawatan.”

Pernyataan tersebut dipahami sebagai persepsi partisipan mengenai keterbatasan proses asuhan. Penelitian ini tidak mengukur tingkat kelelahan, patient acuity, kecukupan staf, beban kerja, missed nursing care, atau luaran keselamatan pasien; karena itu, penjelasan alternatif pada tingkat sistem tetap mungkin.

Tema 5. Strategi disertai Harapan

Perawat menggunakan strategi personal seperti mengatur napas, berhenti sejenak, makan atau minum, dan memberikan sugesti positif. Pada tingkat tim, pembagian tugas, kerja estafet, komunikasi, dan saling membantu menjadi sumber daya penting. Ketika strategi personal dan tim dinilai belum cukup, partisipan mengharapkan evaluasi tenaga, fasilitas, sistem penugasan, dan waktu pemulihan.

“Inhale, exhale. Kita tarik napas. Terus kita saling menguatkan sesama teman.”

“Kalau tensinya aman dan obat sudah diberikan, kawan yang satu membantu yang lain. Kayak estafet saja.”

“Harapannya kalau bisa penambahan tenaga. Terus kalau bisa juga dipisah sesuai keilmuan, jangan digabung jadi satu.”

Harapan tersebut diperlakukan sebagai masukan partisipan untuk evaluasi manajerial, bukan rekomendasi kausal langsung untuk menambah staf atau memisahkan unit.

Pembahasan

Temuan utama menunjukkan bahwa kelelahan pada ruang rawat inap multispesialis dialami dalam konteks perpindahan klinis yang berulang, tuntutan pemrosesan informasi, prioritas, dan keterbatasan sumber daya. Temuan ini memperluas literatur dengan memperlihatkan bahwa kompleksitas bukan hanya terkait banyaknya pasien atau tindakan, tetapi juga kebutuhan untuk berganti antara pola pemantauan neurologi, perawatan perioperatif, dan pemantauan kardiovaskular dalam satu unit. Penalaran klinis bersifat sensitif terhadap konteks; perubahan konteks menuntut pengumpulan, interpretasi, dan integrasi informasi yang berbeda (O'Connor et al., 2023; Vreugdenhil et al., 2023).

JD-R memberikan lensa utama untuk memahami pola tersebut. Variasi kebutuhan pasien, multitasking, dokumentasi, perubahan prioritas, dan tuntutan emosional dapat dipahami sebagai job demands. Kecukupan tenaga dan alat, waktu pemulihan, pengalaman klinis, koordinasi, serta dukungan rekan kerja merupakan job resources. Ketika tuntutan dirasakan tinggi dan sumber daya terbatas, energi fisik dan mental lebih cepat terkuras; sebaliknya,

dukungan dan koordinasi tim dapat membantu mempertahankan kewaspadaan dan fungsi kerja (Bakker et al., 2023; Gou et al., 2024).

Secara keseluruhan, temuan penelitian dapat dipahami melalui Roy Adaptation Model sebagai kerangka interpretatif utama. Pengalaman kelelahan perawat dalam penelitian ini berlangsung ketika perawat menghadapi berbagai stimulus dalam lingkungan pelayanan multispesialis, meliputi keberagaman kondisi pasien neurologi, bedah, dan jantung, tuntutan pelayanan yang berlangsung secara bersamaan, kebutuhan untuk melakukan prioritas, serta keterbatasan sumber daya. Stimulus tersebut tidak berdiri sendiri, tetapi saling berinteraksi dan menuntut perawat untuk terus menyesuaikan respons selama menjalankan fungsi profesionalnya (Roy, 2009).

Manifestasi kognitif menonjol dalam narasi partisipan, terutama kesulitan mempertahankan fokus ketika beberapa kebutuhan harus dikelola bersamaan. Hal ini konsisten dengan telaah beban kerja mental perawat yang menunjukkan pentingnya memahami tuntutan pengolahan informasi, gangguan, dan perpindahan perhatian (Surendran et al., 2024). Kelelahan emosional dan psikologis juga muncul setelah menghadapi pasien kritis, kematian, dan pekerjaan yang belum selesai. Kesamaan dengan burnout atau compassion fatigue tidak cukup untuk menetapkan kedua konstruk tersebut karena tidak dilakukan pengukuran khusus.

Partisipan mempersepsikan kelelahan berkaitan dengan pengkajian yang kurang mendalam, tindakan tertunda, dan respons yang kurang optimal. Studi kuantitatif sebelumnya menemukan asosiasi antara kelelahan dan missed nursing care (Alshammari et al., 2025), tetapi desain penelitian ini tidak dapat memverifikasi arah, besar, atau kausalitas hubungan tersebut. Patient acuity, volume pekerjaan, staffing adequacy, gangguan alat, dan tuntutan administratif dapat menjadi penjelasan alternatif atau berinteraksi dengan kelelahan. Oleh karena itu, temuan tidak boleh diterjemahkan sebagai bukti adanya luaran keselamatan pasien.

Strategi personal dan kerja sama tim membantu perawat mempertahankan fungsi selama tuntutan berlangsung. Pemulihan singkat dan praktik mindfulness dapat mendukung pemulihan harian, tetapi penerapannya bergantung pada adanya waktu istirahat yang nyata dan dukungan struktural (Riedl et al., 2024). Dalam sintesis sekunder menggunakan Roy Adaptation Model, pengelolaan diri, penentuan prioritas, pembagian tugas, dan dukungan interpersonal menggambarkan respons adaptif. Namun, adaptasi individual tidak menggantikan kebutuhan untuk menilai tuntutan dan sumber daya pada tingkat organisasi.

Implikasi praktis penelitian ini adalah perlunya asesmen manajerial sebelum menetapkan intervensi. Rumah sakit dapat mengevaluasi kecukupan tenaga dengan mempertimbangkan patient acuity dan beban kerja, pola jadwal dan kesempatan pemulihan,

pembagian tugas administratif, ketersediaan serta pemeliharaan alat, dan indikator missed nursing care. Hasil evaluasi objektif tersebut dapat digunakan untuk menentukan apakah penyesuaian staf, alur pelayanan, fasilitas, atau dukungan pemulihan diperlukan.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Dalam satu ruang rawat inap multispesialis, sepuluh perawat menggambarkan kelelahan sebagai pengalaman fisik, kognitif, emosional, psikologis, dan kewalahan. Pengalaman tersebut dipersepsikan berkaitan dengan variasi kebutuhan pasien, tuntutan kerja, keterbatasan tenaga dan fasilitas, kondisi personal, serta lingkungan kerja. Perawat menggunakan pengelolaan diri, pembagian tugas, dan dukungan rekan kerja serta mengharapkan dukungan organisasi. Temuan mengenai pengkajian, tindakan tertunda, dan respons pelayanan merupakan persepsi partisipan dalam konteks penelitian ini; penelitian tidak menetapkan hubungan sebab-akibat, luaran keselamatan pasien, burnout, atau compassion fatigue.

Penelitian selanjutnya perlu menggabungkan pengalaman kualitatif dengan pengukuran terstandar terhadap fatigue, patient acuity, beban kerja, kecukupan tenaga, pemulihan antar-shift, dan missed nursing care pada beberapa unit dan shift. Rumah sakit disarankan melakukan asesmen terpadu terhadap indikator tersebut, jadwal kerja, beban administratif, dan ketersediaan alat sebelum menetapkan perubahan tenaga atau struktur pelayanan. Dukungan pemulihan, komunikasi tim, dan mekanisme penyampaian kendala perlu dikembangkan bersamaan dengan evaluasi sumber daya organisasi.

DAFTAR REFERENSI

- Alshammari, B., Alsaleh, G. S., Alrasheeday, A., Baghdadi, N., Almalki, N., Alshammari, F., Assyry, A., & Almalki, M. (2025). Association between missed nursing care and nurse fatigue: A cross-sectional correlational study. *Nursing Reports*, 15(8), Article 298. <https://doi.org/10.3390/nursrep15080298>
- Asgari, E., Kaur, J., Nuredini, G., Balloch, J., Taylor, A. M., Sebire, N., Robinson, R., Peters, C., Sridharan, S., & Pimenta, D. (2024). Impact of electronic health record use on cognitive load and burnout among clinicians: Narrative review. *JMIR Medical Informatics*, 12, Article e55499. <https://doi.org/10.2196/55499>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. (2023). Job demands-resources theory: Ten years later. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 10, 25–53. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-053933>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Gillies, D. A. (1994). *Nursing management: A systems approach* (3rd ed.). Saunders.

- Gou, J., Zhang, X., He, Y., He, K., & Xu, J. (2024). Effects of job demands, job resources, personal resources on night-shift alertness of ICU shift nurses: A cross-sectional survey study based on the Job Demands-Resources model. *BMC Nursing*, 23, Article 648. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02313-0>
- Guest, G., Namey, E., & Chen, M. (2020). A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PLOS ONE*, 15(5), Article e0232076. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232076>
- Hiestand, S., Waage, S., Forthun, I., Pallesen, S., & Bjorvatn, B. (2024). Factors leading to excessive fatigue in nurses: A three-year follow-up study. *BMC Nursing*, 23, Article 446. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02066-w>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). SAGE Publications.
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- O'Connor, T., Gibson, J., Lewis, J., Strickland, K., & Paterson, C. (2023). Decision-making in nursing research and practice-Application of the Cognitive Continuum Theory: A meta-aggregative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 32(23–24), 7979–7995. <https://doi.org/10.1111/jocn.16893>
- Pi, R., Liu, Y., Yan, R., De, Z., Wan, Y., Chen, Y., He, Z., Liu, F., Wang, Y., & Li, S. (2025). Nurses' occupational fatigue level and risk factors: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 20(7), Article e0326519. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0326519>
- Riedl, E. M., Perzl, J., Wimmer, K., Surzykiewicz, J., & Thomas, J. (2024). Short mindfulness meditations during breaks and after work in everyday nursing care: A simple strategy for promoting daily recovery, mood, and attention. *Workplace Health & Safety*, 72(11), 491–502. <https://doi.org/10.1177/21650799241262814>
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Pearson Education.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- Surendran, A., Beccaria, L., Rees, S., & McIlveen, P. (2024). Cognitive mental workload of emergency nursing: A scoping review. *Nursing Open*, 11(2), Article e2111. <https://doi.org/10.1002/nop2.2111>
- Tarwaka, Bakri, S. M., & Sudiajeng, L. (2004). *Ergonomi untuk keselamatan, kesehatan kerja dan produktivitas*. UNIBA Press.

- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Vreugdenhil, J., Somra, S., Ket, H., Custers, E. J. F. M., Reinders, M. E., Dobber, J., & Kusurkar, R. A. (2023). Reasoning like a doctor or like a nurse? A systematic integrative review. *Frontiers in Medicine*, 10, Article 1017783. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1017783>