

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Konsep *Burnout*

a. Definisi *Burnout*

Burnout merupakan fenomena psikologis yang pertama kali diperkenalkan oleh Freudenberger pada tahun 1974, untuk mendeskripsikan kondisi kelelahan fisik dan mental yang dialami oleh pekerja sukarela di sebuah klinik kesehatan akibat paparan *stresor* pekerjaan secara terus-menerus (Freudenberger, 1974) dalam jurnal (Thun-Hohenstein et al., 2021). Meskipun konsep ini telah mengalami berbagai perkembangan sejak kemunculannya, definisi yang paling berpengaruh dan paling banyak diadopsi dalam literatur akademis hingga saat ini adalah definisi yang dikemukakan oleh Maslach dan Jackson. Dalam kerangka teori yang mereka bangun, *burnout* didefinisikan sebagai sindrom psikologis yang terdiri dari tiga dimensi utama, yakni kelelahan emosional (*emotional exhaustion*), sinisme atau depersonalisasi (*cynicism* atau *depersonalization*), dan penurunan pencapaian pribadi (*reduced personal accomplishment*) (Maslach, 2001). Kemudian, bersama Jackson, ia mengembangkan alat ukur yang dikenal sebagai *Maslach Burnout Inventory* (MBI) pada tahun 1981, yang hingga kini menjadi instrumen standar emas dalam penelitian *burnout* di seluruh dunia (Thun-Hohenstein et al., 2021).

Para ahli seperti Demerouti dan Bakker (2025) menekankan bahwa meskipun terdapat kesamaan gejala, akar permasalahan *burnout* pada dasarnya terletak pada ketidakseimbangan antara tuntutan pekerjaan dan sumber daya yang dimiliki individu, sehingga intervensi yang tepat harus berfokus pada perbaikan kondisi kerja (Demerouti & Bakker, 2025).

b. Dimensi *Burnout*

Dalam dinamika pekerjaan, *burnout* termanifestasi melalui tiga dimensi yang saling berkaitan, yang mencerminkan respons individu terhadap pekerjaan yang penuh tekanan. Dimensi-dimensi ini tidak hanya menggambarkan kelelahan secara personal, tetapi juga bagaimana individu merespons orang lain dan mengevaluasi diri mereka sendiri dalam konteks profesional.

1) *Emotional Exhaustion* (Kelelahan Emosional)

Kelelahan emosional mengacu pada perasaan terkurasnya sumber daya emosional dan psikologis seseorang akibat tuntutan pekerjaan. Individu yang mengalaminya merasa energi mereka habis, lelah secara fisik dan mental, serta tidak memiliki cukup kekuatan untuk menghadapi tuntutan pekerjaan keesokan harinya. Pada perawat, hal ini dapat termanifestasi sebagai perasaan letih yang mendalam setelah berinteraksi dengan pasien, sehingga mereka merasa tidak mampu lagi memberikan dukungan emosional yang dibutuhkan (Edú-Valsania et al., 2022)

2) *Cynicism* atau *Depersonalization* (Sinisme atau Depersonalisasi)

Dimensi ini merupakan komponen interpersonal dari *burnout*, yang ditandai dengan sikap acuh tak acuh, sinis, atau detasemen terhadap pekerjaan, rekan kerja, dan terutama terhadap penerima layanan (pasien). Individu mengembangkan respons negatif, tidak sensitif, dan berlebihan terhadap orang lain, yang berfungsi sebagai mekanisme perlindungan diri dari tuntutan pekerjaan yang menguras emosi. Pada perawat, depersonalisasi dapat terlihat dari perilaku yang impersonal, seperti menjauhkan diri secara emosional dari pasien, menggunakan label atau istilah teknis untuk menggambarkan pasien, serta kurangnya kepedulian terhadap perasaan dan penderitaan mereka (Thun-Hohenstein et al., 2021).

3) *Reduced Personal Accomplishment* (Penurunan Pencapaian Pribadi)

Dimensi ini mencerminkan penurunan perasaan kompetensi, produktivitas, dan keberhasilan dalam pekerjaan. Individu cenderung mengevaluasi diri sendiri secara negatif, merasa tidak efektif, dan merasa tidak mampu menyelesaikan tugas-tugas pekerjaan dengan baik. Pada perawat, dimensi ini dapat diwujudkan dalam perasaan tidak puas terhadap pelayanan yang diberikan, keyakinan bahwa pekerjaannya tidak berarti, dan keraguan terhadap kemampuan profesionalnya sendiri, yang pada akhirnya dapat menurunkan kualitas asuhan keperawatan (Edú-Valsania et al., 2022).

c. Faktor Penyebab *Burnout*

Terjadinya *burnout* pada individu, khususnya perawat, tidak dapat diatribusikan pada satu penyebab tunggal, melainkan merupakan hasil interaksi kompleks antara faktor eksternal yang berasal dari lingkungan pekerjaan dan faktor internal yang melekat pada diri individu. *Model Area of Worklife Scale* yang dikembangkan oleh Maslach dan Leiter (1997) serta berbagai penelitian terkini mengidentifikasi sejumlah faktor, dalam jurnal (Fadzul, 2025).

1) Faktor Internal

a) *Breakdown of Community*

Hilangnya rasa kebersamaan, dukungan, dan koneksi positif dengan orang lain di tempat kerja. Ini adalah persepsi subjektif individu terhadap kualitas hubungannya (Maslach, 2001).

b) Faktor Usia

Perawat yang lebih muda cenderung memiliki tingkat *burnout* yang lebih tinggi dibandingkan pekerja yang lebih tua, mungkin karena pengalaman dan strategi koping yang lebih matang (Maslach, C., & Leiter, 2006).

c) Jenis Kelamin

Perawat perempuan mungkin sedikit lebih rentan terhadap kelelahan emosional, meskipun temuan ini tidak selalu konsisten dan dipengaruhi oleh konteks sosial-budaya (Purvanova & Muros, 2010).

d) Status Perkawinan

Individu yang tidak memiliki pasangan atau lajang terkadang dilaporkan memiliki kerentanan lebih tinggi terhadap *burnout*, karena mungkin kurang memiliki dukungan sosial di luar pekerjaan (Maslach, 2001)

e) Rasa Memiliki Kuasa atas Suatu Pekerjaan

Kurangnya otonomi dan wewenang dalam menjalankan tugas (sejalan dengan *lack of control* pada faktor eksternal)

f) Kurang Merasa Asik (*Exciting and Fun*)

Pekerjaan yang tidak memberikan kesenangan atau kegembiraan dapat mengurangi motivasi intrinsik dan mempercepat kejenuhan (Thun-Hohenstein et al., 2021).

g) Kurang Merasa Tertantang

Ketidaksesuaian antara kemampuan individu dengan tingkat tantangan pekerjaan (terlalu mudah atau terlalu sulit) dapat menyebabkan kebosanan atau kecemasan

h) Stres Berkepanjangan

Akumulasi dari stres sehari-hari yang tidak terkelola dengan baik secara perlahan menguras sumber daya adaptif individu, yang pada akhirnya memicu *burnout* (Selye, 1950).

2) Faktor Eksternal

a) *Workload* (Beban Kerja)

Ketidaksesuaian antara tuntutan pekerjaan dengan kemampuan dan waktu yang dimiliki individu merupakan

prediktor utama kelelahan emosional. Beban kerja yang berlebihan, terutama pada perawat di ruang gawat darurat atau rawat inap dengan sistem shift, menguras energi dan menyebabkan kelelahan kronis (Fadzul, 2025).

b) *Lack of Control* (Kurangnya Kendali)

Ketidakmampuan individu untuk memengaruhi keputusan yang berkaitan dengan pekerjaannya, seperti jadwal kerja, prosedur, atau sumber daya yang dibutuhkan, dapat memicu stres. Ketidakberdayaan ini berkontribusi pada perasaan frustrasi dan ketidakefektifan (Maslach, 2001).

c) *Insufficient Reward* (Ketidakcukupan Imbalan)

Ketidakseimbangan antara usaha yang dikeluarkan dengan imbalan yang diterima, baik secara finansial (gaji, insentif) maupun non-finansial (penghargaan, pengakuan), dapat mengikis nilai dan makna pekerjaan, yang berujung pada perasaan tidak mampu (Fadzul, 2025).

d) *Absence of Fairness* (Ketidakadilan)

Persepsi tentang ketidakadilan dalam prosedur pengambilan keputusan, distribusi sumber daya, atau perlakuan di tempat kerja (misalnya, diskriminasi, favoritisme) menciptakan lingkungan kerja yang tidak sehat dan memicu sinisme (Thun-Hohenstein et al., 2021).

e) *Value Conflict* (Konflik Nilai)

Terjadinya pertentangan antara nilai-nilai pribadi individu dengan tuntutan atau nilai-nilai yang dipromosikan oleh organisasi. Seorang perawat yang sangat menghargai empati mungkin akan mengalami *burnout* jika dipaksa bekerja dalam sistem yang hanya mementingkan efisiensi dan kecepatan (Maslach, 2001).

f) Bekerja dengan Karakteristik Pekerjaan Tertentu

Pekerjaan yang monoton, kurang variasi, atau bersifat berulang dapat menyebabkan kebosanan dan kurangnya stimulasi intelektual, yang merupakan faktor risiko *burnout* (Fadzul, 2025).

g) Tidak Dapat Ilmu Baru dalam Pekerjaan

Minimnya kesempatan untuk belajar dan mengembangkan keterampilan baru membuat pekerjaan terasa statis dan tidak menantang, sehingga menurunkan motivasi intrinsik.

h) Tidak Ada Kesempatan untuk Berkarir

Jelasnya jalur karier yang tersumbat atau tidak ada sama sekali dapat menimbulkan perasaan stagnan dan tidak berharga, yang berkontribusi pada penurunan pencapaian pribadi.

i) Adanya Konflik Peran dan Ambiguitas Peran

Ketidakjelasan tugas, wewenang, dan tanggung jawab, atau menerima tuntutan yang saling bertentangan dari atasan

yang berbeda, menciptakan kebingungan dan kecemasan (Afota et al., 2026).

j) Kurangnya Stimulasi dalam Pekerjaan

Pekerjaan yang tidak memberikan tantangan intelektual atau kreatif dapat menyebabkan kebosanan dan perasaan tidak termotivasi

k) Kurangnya Dukungan Sosial

Tidak adanya dukungan emosional, informasional, atau instrumental dari atasan dan rekan kerja membuat individu merasa terisolasi dalam menghadapi tekanan pekerjaan (Maslach, 2001).

d. Indikator *Burnout*

Burnout sebagai suatu sindrom psikologis memiliki tiga dimensi utama yang masing-masing dijabarkan melalui indikator-indikator spesifik. Indikator-indikator ini berfungsi sebagai penanda klinis maupun operasional dalam mengidentifikasi keberadaan dan tingkat keparahan *burnout* pada individu, terutama pada profesi pelayanan kesehatan seperti perawat (Maslach, 2001).

1) Dimensi Kelelahan Emosional (*Emotional Exhaustion*)

Kelelahan emosional merupakan dimensi yang paling sering diasosiasikan dengan *burnout*. Dimensi ini mencerminkan habisnya sumber daya emosional seseorang akibat tuntutan pekerjaan yang berlebihan. Indikator-indikatornya meliputi:

- a) Perasaan Terkuras Secara Emosional (*Feeling emotionally drained*)

Individu merasa cadangan emosionalnya benar-benar habis karena interaksi yang intens dengan pasien, keluarga, maupun rekan kerja. Pada perawat, indikator ini muncul sebagai perasaan letih yang mendalam setelah satu shift kerja, seolah-olah tidak memiliki lagi energi untuk memberikan empati atau perhatian (Maslach, 2001).

- b) Perasaan Terbebani Secara Psikologis (*Feeling used up*)

Individu merasa seluruh energi psikologisnya telah terkuras oleh tuntutan pekerjaan. Mereka sering melaporkan bahwa setiap hari kerja terasa sangat melelahkan hingga tidak menyisakan tenaga untuk aktivitas di luar pekerjaan (Schaufeli, W. B., & Salanova, 2007)

- c) Perasaan Mudah Lelah Saat Bangun Pagi (*Feeling tired when waking up*)

Meskipun telah beristirahat, individu tetap merasakan kelelahan yang tidak kunjung pulih saat akan memulai pekerjaan. Hal ini mengindikasikan bahwa proses pemulihan (*recovery*) tidak berlangsung optimal, yang merupakan ciri khas kelelahan kronis (Schaufeli, W. B., & Salanova, 2007)

- d) Kelelahan Fisik dan Mental yang Berkepanjangan (*Prolonged physical and mental fatigue*)

Individu tidak hanya lelah secara mental tetapi juga secara fisik. Gejala ini sering disertai dengan keluhan somatik seperti sakit kepala, gangguan pencernaan, atau ketegangan otot yang persisten

- e) Perasaan Tertekan Akibat Interaksi dengan Orang Lain (*Feeling stressed by interacting with people*)

Individu yang mengalami kelelahan emosional justru merasa tertekan setiap kali harus berhadapan dengan pasien, keluarga, atau rekan kerja. Interaksi yang seharusnya menjadi inti profesi berubah menjadi sumber stres utama (Leiter & Maslach, 1999)

2) Dimensi Depersonalisasi (*Depersonalization*) / Sinisme (*Cynicism*)

Dimensi ini menggambarkan respons interpersonal yang negatif, sinis, dan terpisah secara emosional dari penerima layanan. Indikator-indikatornya meliputi:

- a) Sikap Tidak Peka dan Dingin (*Callous or impersonal attitude*)

Individu mengembangkan sikap dingin dan tidak peka terhadap perasaan, kebutuhan, atau penderitaan pasien. Dalam praktik keperawatan, hal ini dapat terlihat dari komunikasi yang singkat, tanpa ekspresi empati, serta menghindari kontak mata atau pembicaraan yang bersifat personal (Leiter & Maslach, 1999).

- b) Perlakuan Terhadap Pasien sebagai Objek (*Treating patients as objects*)

Individu mulai memandang pasien bukan sebagai manusia dengan pengalaman personal, melainkan sebagai "kasus", "nomor tempat tidur", atau "diagnosis" semata. Mekanisme ini merupakan bentuk pembelaan diri dari beban emosional yang berlebihan (Maslach, 2001).

- c) Sikap Sinis dan Menyalahkan (*Cynical and blaming attitude*)

Individu mengembangkan pandangan negatif terhadap pasien, sering menyalahkan mereka atas kondisi atau kesulitan yang dialami. Sikap ini juga dapat meluas kepada rekan kerja, atasan, atau institusi, yang dinilai tidak kompeten atau tidak peduli

- d) Menjauhkan Diri Secara Emosional (*Emotional distancing*)

Individu secara sadar maupun tidak sadar menciptakan jarak emosional dari lingkungan pekerjaan. Mereka menghindari keterlibatan personal, tidak lagi terlibat dalam percakapan di luar urusan teknis, dan membatasi interaksi seminimal mungkin

- e) Hilangnya Kepedulian (*Loss of idealism*)

Individu yang sebelumnya memiliki idealisme tinggi terhadap profesinya mulai kehilangan makna dan tujuan dalam bekerja. Mereka merasa bahwa upaya yang dilakukan tidak berarti dan tidak akan mengubah apa pun, sehingga timbul perasaan apatis (Pines & Aronson, 1988).

3) Dimensi Penurunan Pencapaian Pribadi (*Reduced Personal Accomplishment*)

Dimensi ini berkaitan dengan evaluasi diri negatif mengenai kompetensi, produktivitas, dan keberhasilan dalam pekerjaan (Maslach, 2001)

a) Perasaan Tidak Kompeten (*Feeling incompetent*)

Individu meragukan kemampuan dirinya dalam menjalankan tugas profesional. Meskipun secara objektif mungkin memiliki kualifikasi yang memadai, mereka merasa tidak mampu memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas atau tidak lagi yakin dengan keterampilan yang dimiliki (Pines & Aronson, 1988).

b) Perasaan Tidak Produktif (*Feeling unproductive*)

Individu merasa bahwa pekerjaan yang dilakukan tidak menghasilkan sesuatu yang berarti. Mereka sering merasa bahwa meskipun sudah bekerja keras, tidak ada pencapaian nyata yang dapat dibanggakan, sehingga produktivitas kerja menurun drastis (Schaufeli, W. B., 2009)

c) Perasaan Tidak Berhasil (*Feeling unsuccessful*)

Individu mengevaluasi dirinya sebagai orang yang gagal dalam pekerjaan. Perasaan ini muncul karena adanya kesenjangan antara harapan pribadi atau standar profesi dengan kenyataan yang dialami di tempat kerja (Maslach, 2001).

d) Kesulitan Menyelesaikan Tugas (*Difficulty accomplishing tasks*)

Individu merasa bahwa tugas-tugas yang sebenarnya mampu ia selesaikan menjadi terasa sangat berat dan sulit. Mereka sering menunda pekerjaan, merasa kewalahan dengan tugas sederhana, dan kehilangan efisiensi dalam bekerja (Demerouti & Bakker, 2025).

e) Hilangnya Perasaan Bermakna (*Loss of sense of meaning*)

Individu kehilangan keyakinan bahwa pekerjaannya memberikan kontribusi positif bagi orang lain. Padahal, bagi profesi perawat, rasa bermakna ini merupakan sumber motivasi intrinsik utama. Ketika makna tersebut pudar, yang tersisa hanyalah rutinitas tanpa arti (Maslach, 2001).

e. Proses Terjadinya *Burnout*

Burnout tidak terjadi secara tiba-tiba, melainkan melalui proses bertahap sebagai akibat dari ketidakseimbangan yang berkepanjangan. Model General Adaptation Syndrome, yang sering diadaptasi untuk menjelaskan stres kerja, menggambarkan respons tubuh terhadap stres dalam tiga tahap (Selye, 1950).

1) Reaksi Alarm (*Alarm Reaction*)

Tahap awal ketika individu menghadapi stresor. Tubuh bereaksi dengan respons "lawan atau lari", melepaskan hormon stres seperti adrenalin dan kortisol. Pada tahap ini, energi dan kewaspadaan meningkat

2) Resistensi (*Resistance*)

Jika stresor berlanjut, tubuh berusaha beradaptasi dan melawan stresor tersebut. Individu tampak mampu mengatasi tuntutan pekerjaan, tetapi sumber daya fisiologis dan psikologisnya terkuras secara perlahan.

3) Kelelahan (*Exhaustion*)

Ketika upaya resistensi berlangsung terlalu lama dan sumber daya habis, tubuh memasuki tahap kelelahan. Pada titik inilah gejala-gejala burnout seperti kelelahan ekstrem, sinisme, dan perasaan tidak efektif muncul, dan individu menjadi rentan terhadap penyakit fisik dan mental.

2. Konsep *Work Engagement*

a. Definisi *Work Engagement*

Work engagement digambarkan sebagai kondisi "*A positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigor, dedication, and absorption.*" (Schaufeli et al., 2002) dalam jurnal (Vargas-Benítez et al., 2023).

Dalam konteks keperawatan, *work engagement* bukan hanya tentang "senang bekerja di rumah sakit", tetapi tentang pengalaman psikologis perawat ketika berinteraksi dengan pasien, keluarga, dan tim medis. Perawat yang *engaged* merasakan bahwa pekerjaannya bermakna (*meaningfulness*), merasa aman secara psikologis (*safety*), dan memiliki kapasitas sumber daya yang cukup (*availability*) untuk

memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas (Muthmainnah et al., 2023).

b. Faktor Pembantuk *Work Engagement*

Pembentukan *work engagement* pada perawat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling berinteraksi. Berdasarkan *model Job Demands-Resources* (JD-R) yang dikembangkan oleh Bakker dan Demerouti, keseimbangan antara tuntutan pekerjaan dan sumber daya yang tersedia menjadi penentu utama tingkat keterlibatan kerja seorang perawat (Muthmainnah et al., 2023).

Sumber daya pekerjaan berperan sebagai faktor motivasional yang mendorong tumbuhnya *work engagement*, sementara tuntutan pekerjaan yang berlebihan tanpa diimbangi sumber daya yang memadai justru mengarah pada *burnout* (Vargas-Benítez et al., 2023).

1) Pengembangan Karir (*Career Development*)

Pengembangan karir merupakan salah satu sumber daya pekerjaan yang signifikan dalam membentuk *work engagement* perawat. Penelitian yang dilakukan di rumah sakit swasta Cilacap menunjukkan bahwa pengembangan karir memiliki pengaruh signifikan terhadap kepuasan kerja dan pada akhirnya menurunkan intensi *turnover* perawat (Oktavia & Yohana Cahaya F. Palupi Meilani, 2023).

Perawat yang memiliki akses terhadap peluang pengembangan kompetensi klinis, jalur karir yang jelas, serta kesempatan mengikuti pendidikan berkelanjutan cenderung

menunjukkan tingkat *work engagement* yang lebih tinggi. Hal ini sejalan dengan temuan bahwa pengembangan karir memenuhi kebutuhan dasar perawat akan kompetensi dan otonomi dalam menjalankan peran profesionalnya (Aungsuroch, 2022).

2) Identifikasi dengan Organisasi (*Identification with Organization*)

Identifikasi dengan organisasi mencerminkan sejauh mana seorang perawat merasa dirinya merupakan bagian yang tak terpisahkan dari rumah sakit tempatnya bekerja. Ketika perawat memiliki ikatan psikologis yang kuat dengan institusi tempatnya bekerja, mereka cenderung lebih termotivasi untuk memberikan kontribusi terbaik dan merasa bangga menjadi bagian dari tim (Muthmainnah et al., 2023).

Identifikasi organisasi yang kuat juga berperan sebagai mekanisme koping ketika perawat menghadapi situasi kerja yang menantang. Perawat yang mengidentifikasi dirinya dengan nilai-nilai dan tujuan organisasi lebih mampu mengatasi tuntutan pekerjaan dan tetap terlibat secara aktif dalam tugas-tugasnya (Sutarno et al., 2022).

3) Lingkungan Kerja yang Memberi Penghargaan (*Rewarding Work Environment*)

Lingkungan kerja yang memberikan penghargaan, baik dalam bentuk finansial maupun non-finansial, merupakan faktor krusial dalam membangun *work engagement*. Penghargaan tidak hanya terbatas pada kompensasi finansial, tetapi juga mencakup

umpan balik positif, pengakuan atas kinerja, serta dukungan sosial dari rekan sejawat dan pimpinan (Lee & Chu, 2025).

c. Karakteristik *Work Engagement*

Merujuk pada definisi Schaufeli et al. (2002), *work engagement* memiliki tiga dimensi karakteristik yang saling terkait. Dalam konteks perawat, karakteristik ini tampak dalam perilaku klinis sehari-hari (Vargas-Benítez et al., 2023).

1) Semangat (*Vigor*)

Vigor ditandai dengan tingkat energi mental yang tinggi dan ketahanan dalam menghadapi kesulitan pekerjaan. Pada perawat, karakteristik ini tampak dari kesediaan mereka untuk mengerahkan upaya ekstra dalam pekerjaan, serta persistensi dalam menghadapi tantangan klinis yang kompleks. *Vigor* juga tercermin dari kemampuan perawat mempertahankan fokus di bawah tekanan kerja dan tetap bersemangat meskipun harus menjalani shift yang panjang (Husain et al., 2023).

2) Dedikasi (*Dedication*)

Dedikasi merupakan karakteristik yang melibatkan keterlibatan mendalam, rasa bangga, dan antusiasme terhadap pekerjaan. Perawat dengan dedikasi tinggi memandang profesinya sebagai sesuatu yang bermakna dan menantang. Dalam praktik klinis, dedikasi perawat terlihat dari komitmen mereka terhadap keselamatan pasien dan kesediaan untuk terus meningkatkan kompetensi profesional (Vargas-Benítez et al., 2023).

3) Penghayatan (*Absorption*)

Absorption menggambarkan kondisi di mana seorang perawat secara utuh sepenuhnya dalam pekerjaannya dan mengalami kesulitan untuk melepaskan diri dari tugas yang sedang dijalankan. Karakteristik ini sering dikaitkan dengan pengalaman *flow* di mana waktu terasa berlalu dengan cepat saat bekerja. Namun demikian, perlu diperhatikan bahwa *absorption* yang berlebihan tanpa manajemen beban kerja yang memadai dapat menjadi faktor risiko menuju kelelahan kerja jika tidak diimbangi dengan sumber daya yang cukup (Husain et al., 2023).

d. Konsekuensi *Work Engagement*

Tingkat *work engagement* pada perawat membawa konsekuensi yang berbeda terhadap individu, pasien, dan organisasi pelayanan kesehatan. Perbedaan ini secara tegas membedakan antara perawat yang terlibat (*engaged*) dengan perawat yang tidak terlibat (*disengaged*)

1) Perawat yang Terlibat (*Engaged Employee*)

Perawat dengan *work engagement* tinggi menunjukkan berbagai konsekuensi positif. Pada tingkat individu, mereka memiliki risiko *burnout* yang lebih rendah, karena sumber daya pekerjaan yang memadai mampu menyeimbangi tuntutan pekerjaan yang tinggi (Vargas-Benítez et al., 2023).

Pada tingkat organisasi, perawat yang *engaged* berkontribusi terhadap komitmen organisasional yang lebih kuat. Perawat yang terlibat secara aktif juga menunjukkan kinerja yang lebih baik dan

memberikan dampak positif terhadap kualitas asuhan keperawatan (Muthmainnah et al., 2023).

2) Perawat yang Tidak Terlibat (*Disengaged Employee*)

Perawat yang tidak terlibat (*disengaged*) cenderung menunjukkan konsekuensi negatif yang merugikan. Mereka memiliki risiko lebih tinggi mengalami *burnout*, terutama pada dimensi kelelahan emosional dan depersonalisasi. Kondisi ini tidak hanya berdampak pada kesejahteraan individu perawat, tetapi juga mempengaruhi kualitas asuhan yang diberikan kepada pasien (Vargas-Benítez et al., 2023).

Pada tingkat organisasi, *disengagement* berkontribusi terhadap tingginya intensi *turnover* perawat. Tingkat *turnover* yang tinggi pada gilirannya menimbulkan beban biaya rekrutmen dan pelatihan yang signifikan bagi rumah sakit, serta berpotensi mengganggu kontinuitas asuhan keperawatan (Oktavia & Yohana Cahaya F. Palupi Meilani, 2023).

3. Teori Keperawatan yang Relevan dengan *Burnout* dan *Work Engagement*

Pemahaman fenomena *burnout* dan *work engagement* pada perawat tidak cukup hanya berlandaskan pada teori psikologi organisasi. Profesi keperawatan memiliki karakteristik unik yang memerlukan landasan teori keperawatan tersendiri. Dua teori keperawatan yang relevan dan saling melengkapi dalam menjelaskan dinamika *burnout* dan *work engagement*

perawat adalah *Theory of Human Caring* Jean Watson dan *Novice to Expert Theory* Patricia Benner.

a. *Theory of Human Caring* (Jean Watson, 1979)

Theory of Human Caring yang dikembangkan oleh Jean Watson (1979) menempatkan *caring* sebagai inti dari praktik keperawatan profesional. Dalam teori ini, Watson mengidentifikasi sepuluh faktor karatif (*caritive factors*) yang mencerminkan esensi hubungan terapeutik perawat-pasien, yaitu: (1) pembentukan sistem nilai humanistik-altruistik, (2) pengembangan kepercayaan dan harapan, (3) kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain, (4) pengembangan hubungan *caring* yang saling membantu dan saling percaya, (5) ekspresi perasaan positif dan negatif, (6) penggunaan metode pemecahan masalah yang kreatif, (7) promosi pembelajaran transpersonal, (8) penyediaan lingkungan yang mendukung, (9) pemenuhan kebutuhan manusia, dan (10) pertimbangan kekuatan eksistensial-fenomenologis (Watson, 2008) dalam (Pajnkihar et al., 2017).

Relevansi teori Watson terhadap fenomena *burnout* sangat signifikan. Ketika tuntutan pekerjaan melampaui kapasitas perawat untuk memberikan *caring* yang autentik, terjadi apa yang Watson sebut sebagai krisis *caring*, yaitu ketidakmampuan perawat untuk mempertahankan hubungan transpersonal dengan pasien. Kelelahan emosional (*emotional exhaustion*) dalam *burnout* secara langsung mengikis sumber daya *caring* perawat, sehingga mereka tidak lagi mampu menjalankan faktor karatif secara optimal. Depersonalisasi yang

merupakan dimensi kedua *burnout*, bertentangan langsung dengan prinsip dasar humanisme Watson yang menekankan penghargaan terhadap martabat manusia (Wulandari et al., 2025).

Di sisi lain, *work engagement* pada perawat dapat dipahami sebagai manifestasi dari caring yang berkembang dengan baik. Perawat yang memiliki *vigor*, *dedication*, dan *absorption* dalam pekerjaan pada dasarnya sedang menghayati dan mengaktualisasikan nilai-nilai caring Watson secara penuh. *Dedication* dalam *work engagement* selaras dengan nilai humanistik-altruistik Watson, sedangkan *absorption* mencerminkan penghayatan mendalam dalam hubungan transpersonal perawat-pasien. Dengan demikian, teori Watson memberikan kerangka normatif tentang bagaimana seharusnya perawat berfungsi secara psikologis dan profesional, serta menjelaskan mengapa *burnout* secara fundamental bertentangan dengan esensi profesi keperawatan (Yanti et al., 2024)

b. *Novice to Expert Theory* (Patricia Benner, 1984)

Patricia Benner (1984) mengembangkan *Novice to Expert Theory* berdasarkan model Dreyfus yang mengidentifikasi lima tahap perkembangan kompetensi klinis perawat: (1) *Novice* (pemula), yang bekerja berdasarkan aturan kaku tanpa pengalaman kontekstual, (2) *Advanced Beginner* (pemula lanjut), yang mulai mengenali pola situasional berulang, (3) *Competent* (kompeten), yang mampu merencanakan dan memprioritaskan tindakan, (4) *Proficient* (mahir), yang memandang situasi secara holistik dan mengantisipasi kebutuhan,

dan (5) *Expert* (ahli), yang bertindak secara intuitif berdasarkan pemahaman mendalam tanpa perlu analisis berlebihan (Benner, 1984) dalam (Saputri & Nursanti, 2024).

Teori Benner memberikan perspektif perkembangan yang penting dalam memahami kerentanan *burnout* dan *work engagement* pada berbagai tahap karier perawat. Perawat pada tahap *novice* dan *advanced beginner* memiliki kerentanan *burnout* tertinggi karena mereka harus mengalokasikan sumber daya kognitif yang besar untuk mengikuti aturan dan prosedur, sementara belum memiliki otonomi klinis yang memadai. Hal ini konsisten dengan temuan dalam literatur bahwa perawat baru menunjukkan korelasi *burnout-work engagement* yang lebih tinggi (Adriaenssens et al., 2015; de Wijn et al., 2022).

Sebaliknya, perawat pada tahap *expert* memiliki sumber daya kognitif yang lebih efisien karena keahlian intuitif mereka membutuhkan lebih sedikit energi mental. Pengalaman yang mendalam juga memperkuat rasa *self-efficacy* dan *personal accomplishment*, yaitu dimensi yang berlawanan dengan *reduced personal accomplishment* dalam *burnout*. *Work engagement* yang tinggi pada perawat berpengalaman dapat dipahami sebagai hasil dari akumulasi kompetensi klinis yang memberikan makna mendalam dalam pekerjaan. Dimensi *dedication* dalam *work engagement* sangat berkaitan dengan rasa *proficiency* dan *expertise* yang membuat pekerjaan terasa bermakna dan menantang, bukan sekadar beban rutin. Teori Benner juga menjelaskan

mengapa program mentoring dan dukungan pengembangan kompetensi merupakan strategi kunci dalam mencegah *burnout* pada perawat baru.

4. *Job Demands-Resources (JD-R) Theory*

Job Demands-Resources (JD-R), Theory pertama kali dikembangkan oleh Demerouti, Bakker, Nachreiner, dan Schaufeli pada tahun 2001, kemudian disempurnakan oleh Bakker dan Demerouti pada tahun 2007 dan 2017. Teori ini merupakan kerangka kerja yang komprehensif untuk memahami kesejahteraan kerja, *burnout*, dan *work engagement* dalam berbagai jenis pekerjaan dan organisasi (Bakker & Demerouti, 2017).

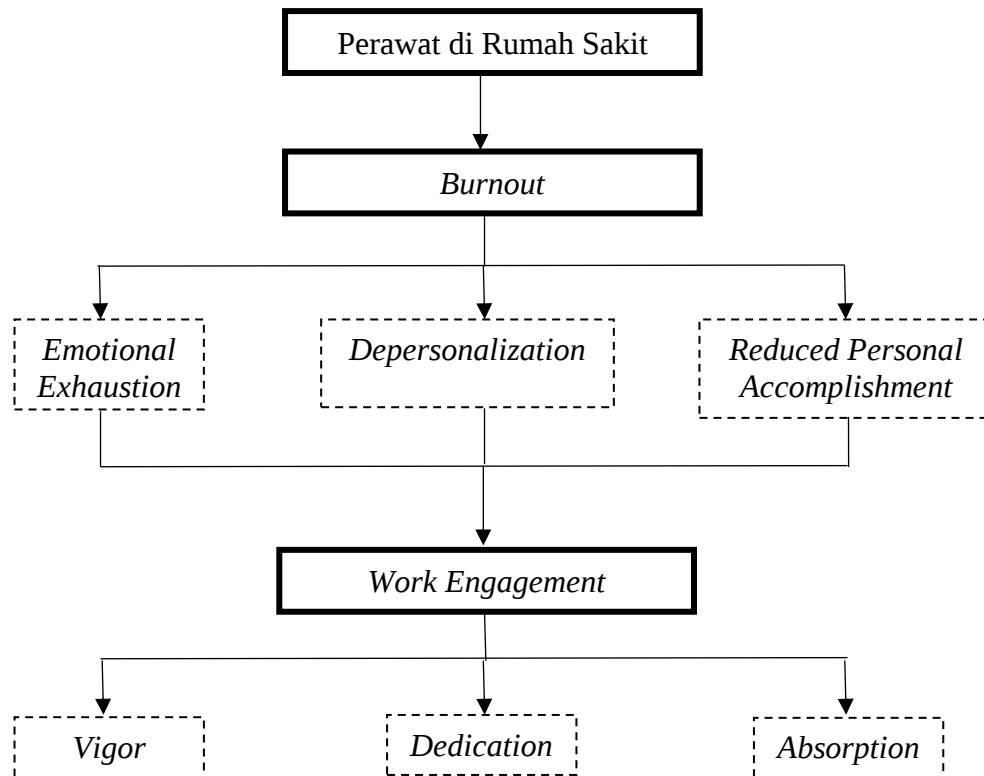
JD-R Theory berpandangan bahwa setiap pekerjaan memiliki dua kategori kondisi yang fundamental: (1) *Job Demands* (tuntutan kerja), yaitu aspek fisik, sosial, atau organisasional pekerjaan yang memerlukan upaya fisik dan/atau psikologis yang berkelanjutan dan dikaitkan dengan biaya fisiologis dan/atau psikologis tertentu; dan (2) *Job Resources* (sumber daya pekerjaan), yaitu aspek fisik, sosial, atau organisasional pekerjaan yang fungsional dalam mencapai tujuan pekerjaan, mengurangi tuntutan kerja dan biaya fisiologis/psikologis yang terkait, dan menstimulasi pertumbuhan, pembelajaran, dan pengembangan personal (Bakker & Demerouti, 2017).

Inti dari *JD-R Theory* adalah dua proses psikologis yang berlawanan. Pertama, proses penurunan kesehatan (*health impairment process*): tuntutan kerja yang berlebihan dan kronis menguras sumber daya energi individu, yang pada akhirnya menyebabkan *burnout*. Beban kerja

yang tinggi, tuntutan emosional, konflik peran, dan ambiguitas peran adalah contoh. Kedua, proses motivasional (*motivational process*): sumber daya pekerjaan yang memadai memenuhi kebutuhan dasar psikologis individu (otonomi, kompetensi, keterhubungan), memotivasi individu untuk mencapai tujuan, dan membangun work engagement (Bakker & Demerouti, 2017). Kedua proses ini tidak berjalan secara terpisah, melainkan saling berinteraksi. *Burnout* yang dihasilkan dari proses pertama secara aktif menghambat terjadinya proses motivasional, sehingga menghasilkan korelasi negatif antara *burnout* dan *work engagement*.

Perkembangan terkini JD-R Theory (Demerouti & Bakker, 2023, 2025) memperkenalkan konsep *personal resources* sebagai sumber daya internal individu seperti *self-efficacy*, optimisme, dan resiliensi yang berinteraksi dengan *job resources* dalam memengaruhi *burnout* dan *work engagement*. Selain itu, teori ini kini mengakui adanya efek resiprokal (*crossover effects*), di mana *burnout* dan *work engagement* saling memengaruhi dari waktu ke waktu, dan adanya pengaruh konteks pandemi dan perubahan cara kerja (*hybrid working*) terhadap dinamika JD-R. Dalam konteks keperawatan, *job demands* yang paling relevan meliputi beban kerja berlebih, tuntutan emosional tinggi, dan konflik peran; sedangkan *job resources* yang paling protektif meliputi dukungan supervisor, otonomi klinis, umpan balik, dan kesempatan pengembangan profesional.

B. Kerangka Teori



Bagan 2. 1 Kerangka Teori

Sumber: (Maslach, 2001) dan (Schaufeli et al., 2002)

Keterangan:

: diteliti

: tidak diteliti