

KELELAHAN PADA TENAGA KESEHATAN PROFESIONAL: SUATU TINJAUAN PUSTAKA

Sidhi Laksono^{1*}

¹Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Prof Dr Hamka, Tangerang, Indonesia

*email : sidhilaksono@uhamka.ac.id

ABSTRACT

An increasing population and elderly patients will increase the demand for health services while requiring health workers. The shortage of professional health workers causes workloads and results in burnout. This burnout has an effect not only on health services but also on the lives of health professionals. Burnout can be caused by a lack of understanding among health workers themselves, officers' diversity and personal factors, and a lack of support from health organizations. Work-life balance, workload management, early education, and organizational intervention are required. This article will briefly discuss burnout in health workers. It is hoped that health workers can overcome this health problem in the future.

Keywords: *burnout, causes of burnout, burnout management*

ABSTRAK

Bertambahnya populasi dan pasien usia tua akan meningkatkan permintaan layanan kesehatan, sementara membutuhkan petugas kesehatan. Kekurangan petugas kesehatan profesional menyebabkan beban kerja dan mengakibatkan kelelahan. Kelelahan ini berefek tidak hanya terhadap layanan kesehatan tetapi juga ke kehidupan petugas kesehatan profesional. Kelelahan ini bisa diakibatkan karena kurangnya pemahaman di kalangan petugas kesehatan itu sendiri, keragaman dan faktor pribadi petugas serta tidak adanya dukungan dari organisasi kesehatan. Diperlukan keseimbangan kehidupan kerja, manajemen beban kerja, edukasi dini dan intervensi organisasi. Artikel ini akan membahas secara singkat mengenai kelelahan pada tenaga kesehatan. Diharapkan para tenaga kesehatan dapat mengatasi masalah kesehatan ini ke depannya.

Kata kunci: kelelahan, penyebab kelelahan, penanganan kelelahan

PENDAHULUAN

Karena populasi terus bertambah dan individu dengan umur panjang makin banyak, diproyeksikan bahwa permintaan layanan kesehatan akan meningkat sehingga membutuhkan lebih dari 2,3 juta petugas kesehatan. Hal ini dapat mengakibatkan kekurangan tenaga kesehatan terampil, seperti dokter, perawat, dan ahli teknologi (Reith, 2018). Kekurangan ini akan mengakibatkan bahaya pekerjaan yang dalam bahasa sehari-hari dikenal sebagai "kelelahan." Maslach mengidentifikasi definisi tiga dimensi dari kelelahan sebagai, "kelelahan luar biasa, perasaan sinis akibat dari stres pekerjaan, dan rasa tidak efektif dan kurangnya prestasi." Kelelahan mengacu pada manifestasi fisiologis seperti kehilangan energi, penipisan, dan kelelahan. Sedangkan sinisme, juga dikenal sebagai depersonalisasi dan ketidakefektifan, sebagian besar merupakan respons somatik terhadap stres kerja jangka panjang (Maslach dan Leiter, 2016).

Perawat dan Asisten Dokter (43%), residen (69%), dan mahasiswa kedokteran (44%) semuanya mengalami beberapa tingkat kelelahan (Dewa *et al.*, 2017; Reith, 2018). Namun, dokter mengalami kelelahan pada tingkat yang lebih tinggi dari 54%, secara signifikan melebihi posisi klinis lainnya (Dyrbye *et al.*, 2014). Biaya perawatan kesehatan yang disebabkan oleh kelelahan dokter diperkirakan antara \$2,6 hingga 6,3 miliar USD per tahun. Biaya tahunan untuk organisasi dari pergantian dokter dan pengurangan jam diperkirakan \$7,600 per dokter yang dipekerjakan (melalui defisit fiskal dari jam kerja yang hilang dan perawatan pasien yang rendah) (Han *et al.*, 2019). Peningkatan jam kerja, tingkat pergantian yang tinggi, dan penggantian pekerjaan sebagai pemicu biaya utama yang terkait dengan kelelahan fisik pada dokter (Dyrbye *et al.*, 2014; Han *et al.*, 2019).

Selanjutnya, penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar (64%), praktisi tidak mencari bantuan untuk kelelahan atau depresi karena mereka tidak percaya gejalanya cukup parah untuk memerlukan intervensi medis (West, Dyrbe, dan Shanafelt, 2018). Profesional kesehatan yang mengalami burnout tidak memiliki kesadaran yang memadai tentang sindrom mereka atau sumber daya yang tepat untuk mengatasinya. Hanya 45% organisasi layanan kesehatan yang menawarkan program di tempat kerja untuk mengurangi stres atau kelelahan. Hal ini menunjukkan bahwa sumber daya dan pendidikan yang tidak memadai dan tersedia untuk profesional medis mengenai sindrom kelelahan, dan kekurangan dalam perawatan mengakibatkan ketidakstabilan baik di bidang pribadi dan profesional (West, Dyrbe, dan Shanafelt, 2018). Sehingga artikel ini akan membahas secara singkat mengenai kelelahan pada tenaga kesehatan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kajian penelitian tinjauan pustaka untuk mengetahui penyebab dan penanganan dari kelelahan pada tenaga kesehatan profesional. Sumber data penelitian ini diperoleh melalui *Google Scholar* dengan kata kunci yang digunakan pada pencarian yaitu "*burnout*" and "*physician*" or "*healthcare*" or "*healthcare professional*". Pencarian dibatasi untuk bahasa Inggris untuk publikasi hingga Oktober 2022. Jurnal dipilih berdasarkan kriteria inklusi yaitu Bahasa Inggris, dipublikasikan hingga Oktober 2022, jurnal yang berkaitan dengan kelelahan pada tenaga kesehatan, dan jurnal yang membahas mengenai penyebab dan penanganan kelelahan pada tenaga kesehatan profesional. Semua desain penelitian meliputi *review*, publikasi original, dan laporan kasus semuanya termasuk dalam pencarian. Artikel yang

ditulis dalam bahasa selain bahasa Inggris dan artikel dengan akses terbatas merupakan kriteria eksklusi. Peneliti menggunakan perangkat lunak Mendeley untuk menyusun dan mengumpulkan artikel yang telah diperoleh. Setelah menyortir hasil pencarian berdasarkan judul dan abstrak, peneliti meninjau *full-text* dari artikel terpilih dan mengeklusi artikel yang masuk dalam kriteria eksklusi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penyebab Kelelahan di Lingkungan Kesehatan

Kurangnya Pemahaman Tentang Sindrom Kelelahan

Dokter sering mengaitkan manifestasi kelelahan dengan penyebab lain, seperti penyakit fisik atau kondisi psikosomatik. Individu dapat mengalami stres dari masalah keluarga, sosial, atau keuangan yang untuk sementara dapat mempengaruhi pekerjaan mereka. Namun, ketika dokter tidak menyadari tekanan dari ketidakseimbangan beban kerja harian mereka, mereka membanjiri kapasitas koping mereka (Tawfik *et al.*, 2018). Jika dokter tidak menyadari bahwa akar penyebab masalah mereka terkait dengan kelelahan, mereka mungkin gagal untuk mengatasi atau mencegah penurunan kinerja dokter. Kejelasan terhadap faktor-faktor yang dapat memicu sindrom kelelahan bisa berbahaya, dan hasilnya adalah stres ekstrem dan penurunan mental dalam jangka panjang. Menariknya, efek samping dari sindrom kelelahan juga meluas ke pasien: dokter yang menderita kelelahan memiliki insomnia yang berhubungan dengan stres, lekas marah, kecemasan, atau kelelahan dan tidak mungkin untuk mengumpulkan keterampilan interpersonal yang diperlukan untuk memberikan perawatan tingkat tinggi; menghasilkan lebih banyak kesalahan medis (Embriaco *et al.*, 2012; Tawfik *et al.*, 2018). Kelelahan emosional dan depersonalisasi

secara negatif mempengaruhi perawatan, merusak dinamika tim, dan menurunkan moral penyedia lain (Haas dan Mortensen, 2016; Rushton, 2016).

Keragaman dan Faktor Pribadi

Faktor pekerjaan lain yang berkontribusi terhadap kelelahan pada dokter adalah jam kerja yang panjang, risiko tuntutan malpraktik, dan tugas panggilan yang sering (West, Dyrbe, dan Shanafelt, 2018; Rushton, 2016). Selain itu, kelelahan dapat dikaitkan dengan atribut pribadi, termasuk ketidakstabilan hubungan interpersonal dan kewajiban keluarga. Oleh karena itu, para pemimpin harus mengenali perbedaan dan memahami manajemen keragaman (Gathers, 2003).

Kelelahan sebelumnya diyakini sebagai fenomena yang diperuntukkan bagi dokter dengan karir akhir. Namun, penelitian telah menunjukkan bahwa dokter muda, seperti residensi dan mahasiswa kedokteran, memiliki risiko dua kali lipat dari kelelahan pada tahap pelatihan awal dibandingkan dengan rekan yang lebih tua⁴. Ada juga perbedaan gender yang diamati pada sindrom kelelahan: sebuah studi Norwegia mengamati lebih tinggi tingkat kelelahan di antara perempuan dari konflik pekerjaan-rumah (Langballe *et al.*, 2011). Peneliti lain menyarankan bahwa memiliki anak di bawah 21 tahun atau pasangan profesional non-medis meningkatkan risiko kelelahan (Patel *et al.*, 2018).

Tidak Adanya Dukungan Organisasi

Administrator gagal menggunakan pendekatan dalam menerapkan aturan atau inisiatif baru, termasuk membangun rasa urgensi, menciptakan koalisi individu yang kuat, menciptakan dan mengomunikasikan visi pemersatu dan menerapkan perubahan untuk mendorong pertumbuhan dalam organisasi (Edwards *et al.*, 2018). Prinsip-prinsip ini merangkul nilai profesional

kesehatan dalam keberhasilan institusi sehingga meningkatkan pentingnya pencegahan dan pengobatan kelelahan. Selain itu, dokter mungkin merasa bahwa administrator tidak mencari masukan atau dukungan dari para profesional kesehatan di garis depan (Shanafelt *et al.*, 2015). Faktor organisasi seperti perilaku kepemimpinan negatif, sistem penghargaan yang tidak memadai, dan tidak adanya dukungan sosial mempengaruhi tingkat kelelahan (Patel *et al.*, 2018; Shanafelt *et al.*, 2015). Pemimpin layanan kesehatan dengan pemahaman yang baik tentang kerja tim dan "kondisi yang mendukung" dapat secara efektif mengomunikasikan arahan yang menarik, menerapkan konteks yang mendukung, dan mengembangkan pola pikir bersama dengan organisasi (Williams *et al.*, 2002). Pendekatan ini telah ditunjukkan untuk menyediakan tempat kerja yang ramah bagi dokter yang menghasilkan tingkat kepuasan profesional yang lebih tinggi dan stres yang lebih rendah (Williams *et al.*, 2002).

Penanganan Kelelahan Di Lingkungan Kesehatan

Keseimbangan Kehidupan Kerja

Ketahanan moral didefinisikan sebagai "kapasitas individu untuk mempertahankan atau memulihkan integritas mereka dalam menanggapi kompleksitas moral, kebingungan, kesusahan, atau kemunduran" (Rushton *et al.*, 2016). Membangun ketahanan melalui pelatihan ketahanan adalah metode integral yang dapat meningkatkan "keuletan emosional" selama masa stres. Sebuah studi dari Norwegia melaporkan faktor risiko kelelahan dokter berhubungan dengan tingkat kelelahan yang lebih tinggi di antara wanita dari konflik pekerjaan-rumah, sedangkan untuk pria, kelelahan sangat diprediksi oleh beban kerja (Langballe *et al.*, 2011). Organisasi diharapkan dapat menerapkan pesan kesadaran umum dan

menekankan kebutuhan mendesak untuk mengatasi kelelahan. Ini diikuti dengan memberikan pelatihan ketahanan sukarela dan kelompok pendukung kelelahan dan ketahanan moral. Menawarkan program pendidikan untuk mendukung dan menumbuhkan ketahanan moral telah disarankan sebagai langkah-langkah berharga untuk mempromosikan tekanan intra dan interdisipliner. Perilaku resiliensi yang dapat dipelajari meningkatkan keterampilan koping dokter. Ketahanan menumbuhkan komunikasi yang efektif dan mendorong kolaborasi, yang membantu mengelola kelelahan (Moss *et al.*, 2016). Masyarakat medis profesional juga harus sejajar dengan upaya dengan menyediakan program pendidikan khusus khusus.

Manajemen Beban Kerja

Rata-rata dokter bekerja lebih dari 30% per minggu daripada tenaga kerja umum (Shanafelt *et al.*, 2019). Namun, tidak ada ukuran pasti beban kerja dalam kedokteran klinis. Lili dkk. menyarankan menetapkan ukuran beban kerja yang objektif, menggabungkan waktu untuk menyelesaikan suatu tujuan, dan frekuensi tugas sebagai alat penting untuk pencegahan kelelahan. Lebih lanjut, Lilly dkk. mengusulkan ukuran industri standar yang disebut efektivitas peralatan keseluruhan untuk menentukan fraksi waktu yang tersedia dalam melakukan tugas-tugas yang diperlukan seorang intensivist. Ketika tugas dikodifikasi, dokter akan dapat mengelola beban kerja mereka dan mengukur keberlanjutan jangka panjang dari upaya sehari-hari mereka (Lilly *et al.*, 2019). Dokter dan organisasi akan dapat merancang pekerjaan yang berpusat pada karyawan dan menerapkan sistem penghargaan untuk mengelola dan memotivasi tim mereka menggunakan ukuran objektif (Drummond, 2015).

Edukasi Dini Mengenai Kelelahan

Mendorong jaringan dukungan sebaya yang lebih besar adalah alat lain yang tak ternilai dalam memerangi kelelahan. Misalnya, Mayo Clinic menunjukkan bahwa solidaritas dokter dengan pertemuan mingguan menurunkan kelelahan mental dan perasaan depersonalisasi, bersama dengan program untuk meningkatkan interaksi rekan kerja di luar. Selanjutnya, meningkatkan sumber daya kesehatan mental dan perawatan diri untuk dokter (karena stigma dapat muncul dari mencari kesehatan mental oleh dokter—melalui pengucilan sosial), dengan menjaga jam kerja, pilihan perawatan rahasia, meditasi, olahraga, keanggotaan gym (Drummond, 2015).

Intervensi Organisasi Kesehatan

Beban kerja yang meningkat, dipasangkan dengan persepsi sistem penghargaan yang tidak adil, telah membuat dokter semakin curiga terhadap manajemen. Dengan demikian, dokter mempertanyakan motif manajer dan eksekutif dan niat inisiatif perbaikan. Asimetri atribusi motif ini membatasi kepercayaan dan kolaborasi dalam suatu organisasi. Budaya “kita dan mereka” yang dihasilkan membatasi efisiensi dan meningkatkan stres dokter yang mengakibatkan kelelahan. Organisasi kesehatan besar harus mendorong dokter untuk memimpin restrukturisasi dan reformasi dalam lingkungan mereka. Dokter menanggapi secara positif inisiatif di mana mereka merasa memegang kendali dan sangat terlibat (Burns, Bradley, dan Weiner, 2019). Umpan balik harus tanpa penilaian yang memicu stres dan harus dapat digunakan. Dokter sulit untuk dimotivasi; namun, para pemimpin harus memahami pentingnya penggerak fundamental (memperoleh, mengikat, memahami, dan mempertahankannya) dan menerapkannya dalam motivasi tim (Drummond, 2015).

Program keuangan harus lebih transparan dan dengan tujuan spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan terikat waktu. Sistem penghargaan dirancang untuk netral anggaran. Penting juga untuk mempertimbangkan respons oleh organisasi kesehatan setelah kelelahan terjadi. Jelas bahwa pertumbuhan paska-trauma dapat dikembangkan dan menawarkan kesempatan untuk menciptakan petugas kesehatan yang lebih tangguh tetapi sistem bimbingan dan dukungan psikososial yang tepat perlu ada agar hal ini terjadi (Tedeschi dan Calhoun, 2004).

KESIMPULAN

Kelelahan dihasilkan dari stres kerja yang menumpuk dari waktu ke waktu dan mengakibatkan kelelahan, sinisme, dan hilangnya rasa kontrol, berkontribusi pada perilaku mengganggu, kehilangan hari kerja, dan akhirnya pengunduran diri atau pensiun dini. Penyebab kelelahan dalam profesi kesehatan sangat banyak, dan dampaknya bergema negatif di seluruh rumah sakit dan untuk pasien mereka. Strategi untuk mengurangi kelelahan telah diteliti dan dipelajari di seluruh akademisi dan profesi medis. Meskipun banyak solusi telah diidentifikasi, tidak ada solusi tunggal yang berfungsi sebagai obat *de facto* untuk prevalensi kelelahan di kalangan profesional kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Burns, L., Bradley, E. and Weiner, B., 2011. *Shortell and Kaluzny's healthcare management: Organization design and behavior*. Cengage Learning.
- Dewa, C. S. *et al.* (2017) ‘The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review’, *BMJ Open*,

- 7(6), p. e015141. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015141.
- Drummond, D. (2015) 'Physician Burnout: Its Origin, Symptoms, and Five Main Causes.', *Family practice management*. United States, 22(5), pp. 42–47.
- Dyrbye, L. N. *et al.* (2014) 'Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population.', *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. United States, 89(3), pp. 443–451. doi: 10.1097/ACM.000000000000134.
- Edwards, S. T. *et al.* (2018) 'Burnout Among Physicians, Advanced Practice Clinicians and Staff in Smaller Primary Care Practices.', *Journal of general internal medicine*, 33(12), pp. 2138–2146. doi: 10.1007/s11606-018-4679-0.
- Embriaco, N. *et al.* (2012) 'Symptoms of depression in ICU physicians', *Annals of Intensive Care*, 2(1), p. 34. doi: 10.1186/2110-5820-2-34.
- Gathers, D. (2003) 'Diversity management: an imperative for healthcare organizations.', *Hospital topics*. United States, 81(3), pp. 14–20. doi: 10.1080/00185860309598023.
- Haas, M & Mortensen, M 2016. The Secrets of Great Teamwork. *Harv Bus Rev*;94:70-6, 117.
- Han, S. *et al.* (2019) 'Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States.', *Annals of internal medicine*. United States, 170(11), pp. 784–790. doi: 10.7326/M18-1422.
- Langballe, E. M. *et al.* (2011) 'The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: a longitudinal study', *Stress and Health*, 27(1), pp. 73–87. doi: <https://doi.org/10.1002/smi.1321>.
- Lilly, C. M. *et al.* (2019) 'Battling Intensivist Burnout: A Role for Workload Management.', *Chest*. United States, 156(5), pp. 1001–1007. doi: 10.1016/j.chest.2019.04.103.
- Maslach, C. and Leiter, M. P. (2016) 'Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry.', *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(2), pp. 103–111. doi: 10.1002/wps.20311.
- Moss, M. *et al.* (2016) 'An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A Call for Action.', *Critical care medicine*. United States, 44(7), pp. 1414–1421. doi: 10.1097/CCM.0000000000001885.
- Patel, R. S. *et al.* (2018) 'Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review.', *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 8(11). doi: 10.3390/bs8110098.
- Reith, T. P. (2018) 'Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review.', *Cureus*, 10(12), p. e3681. doi: 10.7759/cureus.3681.
- Rushton, C. H. (2016) 'Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care.', *AACN advanced critical care*. United States, 27(1), pp. 111–119. doi: 10.4037/aacnacc2016275.
- Shanafelt, T. D. *et al.* (2015) 'Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction.', *Mayo Clinic proceedings*. England,

- 90(4), pp. 432–440. doi:
10.1016/j.mayocp.2015.01.012.
- Shanafelt, T. D. *et al.* (2019) ‘Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017.’, *Mayo Clinic proceedings*. England, 94(9), pp. 1681–1694. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.10.023.
- Tawfik, D. S. *et al.* (2018) ‘Physician Burnout, Well-being, and Work Unit Safety Grades in Relationship to Reported Medical Errors.’, *Mayo Clinic proceedings*, 93(11), pp. 1571–1580. doi: 10.1016/j.mayocp.2018.05.014.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. <http://www.jstor.org/stable/20447194>
- West, C. P., Dyrbye, L. N. and Shanafelt, T. D. (2018) ‘Physician burnout: contributors, consequences and solutions.’, *Journal of internal medicine*. England, 283(6), pp. 516–529. doi: 10.1111/joim.12752.
- Williams, E. S. *et al.* (2002) ‘Physician, Practice, and Patient Characteristics Related to Primary Care Physician Physical and Mental Health: Results from the Physician Worklife Study.’, *Health Services Research*, pp. 119–141. doi: 10.1111/1475-6773.00007.