



Department of Digital Business

**Journal of Artificial Intelligence and Digital Business (RIGGS)**

Homepage: <https://journal.ilmudata.co.id/index.php/RIGGS>

Vol. 4 No. 4 (2026) pp: 11325-11334

P-ISSN: 2963-9298, e-ISSN: 2963-914X

---

## Emotional Labor pada Perawat Poli Kejiwaan Rawat Jalan di Rumah Sakit Islam Sunan Kudus: Sebuah Studi Kualitatif Deskriptif

Fito Uli Huda<sup>1</sup>, Tinon Citraning Harisuci<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Program Studi Psikologi, Fakultas Psikologi, Universitas Muria Kudus, Indonesia

<sup>1</sup>[202360098@std.umk.ac.id](mailto:202360098@std.umk.ac.id), <sup>2</sup> [tinon.citra@umk.ac.id](mailto:tinon.citra@umk.ac.id)

### Abstrak

*Emotional labor merupakan tuntutan kerja yang tidak terpisahkan dari profesi perawat, terutama pada setting pelayanan kesehatan jiwa rawat jalan yang menuntut pengelolaan emosi secara intens, cepat, dan berkelanjutan. Perawat poli kejiwaan rawat jalan dihadapkan pada interaksi singkat namun padat dengan pasien yang memiliki kondisi emosional tidak stabil, sehingga berpotensi meningkatkan beban kerja emosional dan risiko kelelahan psikologis. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi secara mendalam pengalaman emotional labor pada perawat Poli Kejiwaan Rawat Jalan di Rumah Sakit Islam Sunan Kudus. Penelitian menggunakan desain kualitatif deskriptif dengan partisipan tiga orang perawat yang dipilih melalui teknik purposive sampling. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur dan dianalisis menggunakan analisis tematik. Hasil penelitian mengidentifikasi empat tema utama emotional labor, yaitu frekuensi tampilan emosi, intensitas tampilan emosi, durasi tampilan emosi, dan disonansi emosional. Perawat dituntut untuk menampilkan emosi positif secara berulang hampir sepanjang shift kerja, dengan intensitas tinggi terutama saat menghadapi pasien dengan kondisi emosional tidak stabil dan keluarga yang emosional. Durasi panjang dalam mempertahankan ekspresi profesional tanpa jeda pemulihan menyebabkan kelelahan emosional yang kumulatif. Disonansi emosional menjadi dimensi paling menonjol, ditandai dengan konflik antara emosi yang dirasakan dan emosi yang harus ditampilkan, yang berdampak pada kelelahan emosional, tumpulnya empati, dan gangguan kesejahteraan psikologis. Penelitian ini menegaskan perlunya dukungan organisasi, pelatihan regulasi emosi, dan mekanisme pemulihan emosional untuk menjaga kesejahteraan perawat dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa.*

*Kata kunci: Emotional Labor, Perawat, Poli Kejiwaan Rawat Jalan, Disonansi Emosional*

### 1. Latar Belakang

Emotional labor atau kerja emosional merupakan fenomena yang krusial dalam profesi pelayanan kesehatan, di mana pekerja diharuskan mengelola emosi mereka untuk menciptakan ekspresi wajah dan bahasa tubuh yang sesuai dengan tuntutan pekerjaan (Hochschild, 1983). Dalam konteks global, emotional labor telah menjadi perhatian signifikan karena dampaknya terhadap kesehatan fisik dan mental pekerja. Penelitian menunjukkan bahwa emotional labor yang berkepanjangan dapat menyebabkan kelelahan emosional, stres kerja, burnout, hingga penurunan kualitas pelayanan [1]. World Health Organization (2024) mencatat bahwa lebih dari 3 miliar orang hidup dengan gangguan neurologis, sementara pandemi kesehatan mental yang terjadi secara global menuntut tenaga kesehatan untuk mengelola emosi mereka dengan intensitas yang semakin tinggi [2].

Perawat sebagai garda terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan menghadapi tuntutan emotional labor yang tinggi karena mereka berinteraksi langsung dan berkelanjutan dengan pasien [3]. Emotional labor pada perawat melibatkan dua komponen utama: surface acting (menampilkan emosi yang tidak benar-benar dirasakan), dan deep acting (memodifikasi perasaan internal agar selaras dengan ekspresi yang dibutuhkan), Penelitian oleh Jin et al. (2025) menemukan bahwa surface acting berhubungan positif dengan burnout ( $\beta = 0,44, p < 0,001$ ) [4]. Jumlah perawat di seluruh dunia menurut WHO ada 19,3 juta perawat, sedangkan di Indonesia terdapat 147,264. Secara nasional, rasio perawat adalah 87,65 per 100.000 penduduk, kesenjangan ini menyebabkan beban kerja perawat meningkat signifikan, yang berdampak pada intensitas emotional labor yang harus mereka kelola [5]. Beban kerja yang tinggi ini tidak hanya berdampak pada aspek fisik, tetapi juga meningkatkan stres kerja dan kelelahan emosional perawat, yang pada akhirnya mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan [6].

Perawat kesehatan jiwa atau psikiatri menghadapi tantangan emotional labor yang lebih kompleks dibandingkan dengan perawat di bidang lain. Mereka tidak hanya harus mengelola emosi mereka sendiri, tetapi

juga menavigasi keadaan emosional pasien dengan gangguan kesehatan mental, seringkali dalam lingkungan yang penuh tekanan dengan sumber daya terbatas [4]. Karakteristik unik dari pasien gangguan jiwa yang perilakunya tidak dapat diprediksi dan berisiko menuntut perawat untuk lebih waspada dan berhati-hati dalam memberikan asuhan keperawatan. Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Indonesia menunjukkan adanya hubungan signifikan antara beban kerja mental ( $p$ -value = 0,008), dukungan rekan kerja ( $p$ -value = 0,002), dan shift kerja ( $p$ -value = 0,043) dengan stres kerja perawat [7]. Kondisi ini diperparah dengan adanya stressor tambahan seperti tekanan waktu, tanggung jawab pekerjaan yang tinggi, lingkungan kerja yang tidak memadai, dan karakteristik pasien yang menuntut.

Setting pelayanan kesehatan jiwa rawat jalan memiliki dinamika tersendiri yang membedakannya dari setting rawat inap. Perawat di poli kejiwaan rawat jalan menghadapi tantangan unik berupa volume pasien yang tinggi, waktu interaksi yang terbatas dengan setiap pasien, manajemen waktu tunggu yang ketat, serta ekspektasi kepuasan pasien yang terus meningkat. Penelitian oleh Ma & Han (2020) menunjukkan bahwa perawat rawat jalan harus melakukan perawatan sambil menekan emosi mereka secara bersamaan, yang meningkatkan intensitas pekerjaan [8]. Manajemen waktu tunggu juga berkontribusi pada peningkatan emotional labor perawat rawat jalan. Berbeda dengan perawat rawat inap yang memiliki waktu lebih panjang untuk membangun hubungan terapeutik, perawat rawat jalan harus segera membangun rapport dan memberikan intervensi dalam waktu singkat, sambil tetap menampilkan sikap ramah dan profesional sesuai dengan standar kepuasan pelanggan.

Meskipun fenomena emotional labor pada perawat kesehatan jiwa telah banyak diteliti di berbagai negara, kajian spesifik mengenai emotional labor pada perawat di setting poli kejiwaan rawat jalan di Indonesia masih sangat terbatas. Penelitian-penelitian sebelumnya lebih banyak berfokus pada perawat rawat inap atau mengkaji hubungan emotional labor dengan beberapa variabel secara parsial. Padahal, pemahaman mendalam tentang pengalaman emotional labor perawat poli kejiwaan rawat jalan sangat penting untuk mengembangkan strategi intervensi yang tepat guna meningkatkan kesejahteraan perawat dan kualitas pelayanan kesehatan jiwa. Rumah Sakit Islam Sunan Kudus sebagai salah satu rumah sakit yang menyediakan layanan kesehatan jiwa di wilayah Kudus, Jawa Tengah, memiliki poli kejiwaan rawat jalan yang melayani berbagai pasien dengan gangguan kesehatan mental. Namun, belum ada penelitian yang secara spesifik mengeksplorasi pengalaman emotional labor yang dialami oleh perawat di setting ini.

Berdasarkan fenomena dan kesenjangan penelitian yang telah diuraikan, penelitian kualitatif deskriptif ini bertujuan untuk mengeksplorasi secara mendalam fenomena emotional labor yang dialami oleh perawat poli kejiwaan rawat jalan di Rumah Sakit Islam Sunan Kudus. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran komprehensif tentang bagaimana perawat mengelola emosi mereka dalam konteks pelayanan kesehatan jiwa rawat jalan, faktor-faktor yang mempengaruhi emotional labor mereka, serta dampaknya terhadap kesejahteraan perawat dan kualitas pelayanan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar untuk pengembangan program dukungan dan intervensi yang tepat bagi perawat kesehatan jiwa di Indonesia.

## 2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif deskriptif (qualitative descriptive design). Desain kualitatif deskriptif dipilih karena pendekatan ini memungkinkan peneliti untuk tetap dekat dengan data (data-near) dan memperoleh pemahaman komprehensif tentang fenomena tanpa harus berfokus pada studi pengalaman hidup atau budaya, atau mengembangkan teori. Penelitian dilaksanakan di Poliklinik Rumah Sakit Islam Sunan Kudus, Kabupaten Kudus, Jawa Tengah pada tanggal 1 November hingga 10 November 2025. Partisipan penelitian adalah tiga perawat yang bertugas di poli kejiwaan rawat jalan dengan pengalaman kerja minimal 1 tahun, berstatus pegawai tetap atau kontrak, dan bersedia berpartisipasi secara sukarela. Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling dengan jumlah partisipan ditentukan berdasarkan prinsip saturasi data, yaitu ketika tidak ada informasi baru yang muncul dari wawancara.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur (in-depth semi-structured interview) dengan menggunakan panduan wawancara yang telah dikembangkan berdasarkan konsep emotional labor dan disesuaikan dengan konteks keperawatan psikiatri. Setiap wawancara direkam menggunakan audio recorder dengan persetujuan partisipan, dan dilakukan di ruangan privat untuk menjaga kerahasiaan. Data hasil wawancara ditranskrip verbatim dan dianalisis menggunakan analisis tematik (thematic analysis) mengikuti tahapan Braun dan Clarke yang meliputi familiarisasi data, pemberian kode awal, pencarian tema, peninjauan tema, pendefinisian tema, dan penulisan laporan. Keabsahan data (trustworthiness) dijaga melalui kredibilitas dengan member checking, transferabilitas dengan deskripsi konteks yang detail, dependabilitas melalui audit trail, dan konfirmabilitas dengan reflektivitas peneliti.

### 3. Hasil dan Diskusi

Penelitian ini mengeksplorasi pengalaman *emotional labor* pada tiga orang perawat yang bekerja di Poli Kejiwaan Rawat Jalan Rumah Sakit Islam Sunan Kudus. Analisis data menghasilkan empat tema utama yang merepresentasikan aspek *emotional labor* berdasarkan dimensi frekuensi, intensitas, durasi, dan disonansi emosional yang dialami oleh partisipan.

#### Frekuensi Tampilan Emosi (*Frequency of Emotional Display*)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketiga partisipan mengalami tuntutan yang sangat tinggi untuk menampilkan emosi positif secara berulang sepanjang shift kerja mereka. Partisipan 1 menyebutkan:

*"Kalau di poli kejiwaan itu hampir tiap ketemu pasien saya harus begitu, Mas. Karena pasien kadang sensitif, jadi dari awal buka pintu sampai pasien keluar, saya harus terus ramah. Bisa dibilang dalam 1 jam itu bisa lebih dari 10 kali saya harus jaga ekspresi."*

Partisipan 2 menggambarkan pengalaman serupa dengan menekankan intensitas yang berkelanjutan:

*"Kalau dihitung-hitung ya... sering sekali, Mas. Hampir tiap ada pasien masuk, saya harus langsung ubah ekspresi. Kadang tuh saya lagi capek atau lagi mikir sesuatu, tapi begitu mereka datang saya harus pasang wajah yang enak dilihat. Ya begitulah, hampir sepanjang waktu."*

Partisipan 3 menekankan bahwa frekuensi tuntutan emosional tidak hanya bergantung pada jumlah pasien, tetapi juga pada karakteristik spesifik pasien:

*"Sering banget, Mas, itu sudah pasti. Tapi yang bikin capek itu kalau pasien yang sama datang berulang kali dalam satu bulan. Misalnya ada pasien yang memang selalu cemas berlebihan. Kalau dia datang, saya tahu harus ekstra senyum dan bicara sangat sabar dari awal sampai akhir."*

Temuan ini sejalan dengan penelitian Feng et al. (2024) yang mengidentifikasi frekuensi *emotional labor* sebagai salah satu dimensi kunci dalam pengukuran kerja emosional perawat [9]. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa frekuensi tinggi dalam menampilkan emosi tertentu berkontribusi signifikan terhadap beban emosional keseluruhan perawat.

Situasi yang paling rutin menuntut tampilan emosi positif adalah saat *triage* awal, edukasi obat, dan pengelolaan keluhan administratif. Partisipan 3 menjelaskan secara detail:

*"Paling rutin itu di dua momen, Mas. Yang pertama, saat triage awal sebelum pasien ketemu dokter. Itu kan momen pertama kali kami kontak mata dan tanya keluhan. Pasien pasti tegang, bingung, atau takut. Jadi, wajah kami wajib tersenyum duluan dan bicara lembut biar mereka merasa aman untuk cerita."*

Hal ini menunjukkan bahwa *emotional labor* terjadi di berbagai titik interaksi dalam alur pelayanan, bukan hanya pada momen klinis tertentu. Zhou et al. (2025) dalam penelitiannya tentang analisis profil laten *emotional labor* menemukan bahwa perawat dengan intensitas kerja tinggi cenderung lebih sering melakukan *surface acting* [10].

Faktor lingkungan dan tekanan waktu juga mempengaruhi frekuensi tampilan emosi. Partisipan 1 melaporkan:

*"Wah, iya. Kalau antreannya panjang, saya harus terus ngomong lembut supaya pasien nggak tegang. Apalagi kalau banyak pasien baru. Saya harus lebih sering menyapa."*

Partisipan 3 secara khusus menyebut bahwa waktu menjelang akhir shift merupakan periode paling berat:

*"Kalau saya pribadi, waktu menjelang akhir shift atau sore itu yang paling berat. Kenapa? Karena badan sudah lemas, pikiran sudah mau istirahat, tapi masih ada beberapa pasien yang tersisa. Justru di waktu ini saya harus paling keras 'memaksa' ekspresi positif."*

Temuan ini didukung oleh penelitian Li et al. (2025) yang menemukan bahwa durasi jam kerja yang panjang berhubungan negatif dengan kualitas kehidupan kerja perawat, yang salah satunya disebabkan oleh intensitas *emotional labor* yang berkelanjutan [11].

Menariknya, ketiga partisipan mengembangkan strategi transisi emosi yang berbeda saat berpindah dari satu pasien ke pasien berikutnya. Partisipan 1 melaporkan:

*"Hampir nggak ada jeda. Jadi habis menenangkan pasien yang emosional, saya langsung harus menyesuaikan ke pasien berikutnya."*

Partisipan 2 menggunakan jeda singkat dengan teknik yang lebih terstruktur:

*"Sebenarnya nggak ada waktu khusus buat 'ganti muka'. Ya saya tinggal tarik napas sedikit, terus yaudah mulai lagi. Kadang kepala masih penuh dari pasien sebelumnya, tapi nggak ada pilihan."*

Partisipan 3 memanfaatkan ritual sederhana sebagai mekanisme *resetting* emosional:

*"Begini ya, mas. Kalau kita sudah lama di sini, itu jadi kebiasaan otomatis. Misalnya, pasien yang baru keluar itu menangis histeris. Kita pasti ikut capek, ya kan? Nah, begitu dia keluar, saya biasanya tarik napas sebentar sambil mengucapkan istighfar dalam hati. Itu sudah otomatis."*

Strategi-strategi ini menunjukkan upaya aktif perawat dalam mengelola frekuensi tinggi tampilan emosi, meskipun waktu yang tersedia sangat terbatas.

Penelitian ini menemukan bahwa perawat poli kejiwaan rawat jalan mengalami tuntutan frekuensi tampilan emosi yang sangat tinggi (lebih dari 10 kali penyesuaian ekspresi per jam) yang berlangsung hampir tanpa jeda sepanjang shift kerja. Frekuensi ini tidak hanya ditentukan oleh jumlah pasien, tetapi lebih dipengaruhi oleh karakteristik spesifik pasien (tingkat kecemasan, stabilitas emosi) dan faktor kontekstual (waktu shift, panjang antrean, tekanan administratif). Perawat mengembangkan berbagai strategi transisi emosi dari yang minimal (tanpa jeda) hingga ritual singkat (pernapasan, istighfar) untuk mengelola pergantian cepat antar pasien. Temuan ini mengkonfirmasi bahwa frekuensi tinggi *emotional labor* dalam setting rawat jalan berbeda secara kualitatif dari rawat inap, karena intensitas interaksi yang padat namun singkat menuntut kemampuan *switching* emosional yang cepat dan berulang, yang pada akhirnya berkontribusi signifikan terhadap *emotional depletion* perawat.

### **Intensitas Tampilan Emosi (*Intensity of Emotional Display*)**

Intensitas tampilan emosi yang harus ditunjukkan oleh partisipan sangat bervariasi tergantung kondisi emosional pasien dan keluarga. Ketiga partisipan melaporkan pengalaman di mana mereka harus menampilkan kesabaran, kelembutan, dan ketenangan yang jauh melampaui batas normal mereka.

Partisipan 1 mendeskripsikan pengalamannya:

*"Iya, sering. Apalagi kalau pasien datang dalam kondisi gelisah atau marah. Saya harus tampil jauh lebih sabar dari biasanya, bahkan intonasi suara saya harus benar-benar pelan. Kalau saya ikut tegang, pasien bisa makin tidak stabil, jadi saya harus menurunkan energi saya supaya situasinya lebih tenang."*

Partisipan 2 menceritakan pengalaman yang lebih ekstrem dengan keluarga pasien:

*"Saya pernah menghadapi keluarga pasien yang kaya drama; mereka menangis histeris, menyalahkan rumah sakit, dan meminta hal yang mustahil. Dalam hati saya capek dan ingin segera menyudahi, karena saya tahu itu hanya manipulasi emosional. Tapi secara profesional, saya harus menampilkan simpati yang mendalam, seolah-olah saya ikut merasakan penderitaan mereka."*

Partisipan 3 menggambarkan pengalaman paling ekstrem:

*"Saya masih ingat Mas, waktu saya masih baru-baru di poli ini. Ada pasien yang tiba-tiba mengamuk dan melempar barang. Jujur, saya takut sekali dan reflek ingin lari. Tapi kan enggak boleh. Saya harus tetap di situ. Jadi, saya memaksa semua otot wajah dan tubuh saya untuk diam dan tenang."*

Penelitian Shaiqi (2025) mengkonfirmasi bahwa intensitas *emotional labor* sangat dipengaruhi oleh karakteristik penerima layanan [12]. Dalam konteks keperawatan psikiatri, kondisi klinis pasien menjadi anteseden utama yang memaksa perawat meningkatkan intensitas tampilan emosi mereka.

Ketiga partisipan mengidentifikasi kondisi klinis pasien sebagai pemicu utama peningkatan intensitas emosional. Partisipan 3 secara eksplisit menyatakan:

*"Bagi saya, yang paling sering menuntut intensitas emosi tinggi itu justru kondisi klinis pasiennya sendiri, Mas. Terutama kalau pasien datang dengan kondisi cemas berlebihan atau panik serangan (panic attack). Kalau ada pasien bipolar yang sedang dalam fase manik dan bicaranya cepat sekali, saya harus memaksa suara saya untuk lebih rendah, lebih lambat, dan lebih tegas dari biasanya. Saya harus menaikkan ketenangan di wajah saya hingga maksimal agar pasien bisa menangkap sinyal bahwa 'semuanya aman'."*

Hal ini berbeda dengan temuan Zhou et al. (2025) yang menemukan bahwa intensitas kerja tinggi cenderung tidak menguntungkan bagi *deep acting*, menunjukkan bahwa dalam konteks keperawatan psikiatri, tuntutan dari kondisi pasien memiliki pengaruh yang lebih dominan daripada faktor organisasional [9].

Strategi yang digunakan partisipan untuk mengelola intensitas emosi dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu *deep acting* dan *surface acting*. Partisipan 1 menggunakan strategi kognitif:

"Dalam diri saya sebenarnya kadang muncul rasa takut atau khawatir, tapi saya diam sebentar untuk mengatur napas dan menenangkan diri supaya respon saya tetap terkontrol. Saya bilang ke diri sendiri, 'pelan-pelan, jangan terpancing.' Biasanya saya fokus pada cara bicara dan gerakan tangan supaya lebih terarah."

Partisipan 2 menggunakan teknik memposisikan diri sebagai "mesin":

"Kalau saya lebih simpel, Mas. Begitu sadar hati saya mau panik atau kesal, saya langsung memposisikan diri saya sebagai 'mesin' atau 'robot'. Saya berpikir, 'Oke, ini jam kerja, saya harus melakukan tugas saya.' Saya hilangkan dulu perasaan saya sendiri."

Partisipan 3 menggunakan teknik *cognitive reframing*:

"Langkah pertama di kepala saya itu, Mas, adalah mengingatkan diri saya sendiri. Saya langsung bilang dalam hati: 'Ini bukan tentang saya, ini tentang penyakitnya.' Jadi, kalau pasien atau keluarga itu marah-marah, saya langsung ubah pikiran saya bahwa bukan saya yang dimarahi, tapi penyakitnya yang sedang berbicara atau frustrasi keluarga yang muncul."

Strategi *surface acting* juga terlihat jelas pada ketiga partisipan melalui pengaturan elemen non-verbal. Partisipan 1 menjelaskan:

"Saya otomatis menurunkan nada suara, bicara lebih pelan, dan memperlambat tempo. Kontak mata juga saya buat lebih lembut. Gerakan tubuh pun saya pelankan supaya pasien tidak merasa terancam."

Partisipan 3 sangat detail menjelaskan:

"Kunci utamanya itu di mata dan di gerakan, Mas. Pasien psikiatri itu jeli sekali. Kalau kita cuma senyum di bibir, mereka tahu itu palsu. Jadi, saya memastikan mata saya harus ikut tenang, tidak boleh cepat berkedip atau melihat ke mana-mana. Saya jaga kontak mata dengan intensitas yang pas."

Temuan ini konsisten dengan penelitian Zhou et al. (2025) yang menemukan bahwa perawat menggunakan kombinasi *surface acting* dan *deep acting* dalam mengelola tuntutan emosional [9].

Dampak dari intensitas tampilan emosi yang tinggi dilaporkan oleh ketiga partisipan sebagai kelelahan emosional yang sangat mendalam. Partisipan 1 menggambarkan:

"Iya, sangat melelahkan. Rasanya seperti energi terkuras, karena saya harus menahan banyak respons spontan. Habis berinteraksi dengan pasien yang emosinya tinggi, tubuh saya rasanya berat."

Partisipan 2 melaporkan dampak yang lebih ekstrem:

"Lelah yang muncul itu terasa campur aduk, Mas. Lelah fisik itu biasanya cuma sakit kepala dan tegang di bahu. Tapi lelah emosionalnya itu yang parah. Rasanya pikiran jadi tumpul, susah fokus, dan yang paling terasa: saya jadi lebih cepat marah sama hal-hal kecil di rumah."

Partisipan 3 mendeskripsikan kondisi yang lebih serius:

"Yang paling kentara itu lelah emosional, Mas. Rasanya hati itu hampa, kayak energi simpati saya habis. Kita kan seharian pura-pura peduli dan tenang, jadi begitu pulang, rasanya enggak sanggup lagi peduli sama siapapun."

Penelitian mengungkapkan bahwa intensitas tampilan emosi yang dituntut dari perawat poli kejiwaan rawat jalan seringkali melampaui batas kemampuan emosional normal mereka, terutama saat menghadapi pasien dalam kondisi tidak stabil (panik, manik, agresif) atau keluarga yang sangat emosional. Kondisi klinis pasien menjadi anteseden dominan yang memaksa perawat "menaikkan" intensitas ketenangan, kesabaran, dan kelembutan mereka hingga tingkat maksimal, bahkan harus melawan naluri dasar seperti keinginan untuk lari saat menghadapi ancaman. Perawat menggunakan kombinasi kompleks dari *deep acting* (*cognitive reframing*, empati deliberatif) dan *surface acting* (kontrol non-verbal ketat pada nada suara, kontak mata, kecepatan gerakan) untuk menciptakan tampilan ketenangan yang autentik dan meyakinkan. Dampak dari intensitas tinggi ini bersifat multidimensional: kelelahan emosional mendalam, penurunan kemampuan fokus, tumpulnya empati (*compassion fatigue*), dan spillover negatif ke kehidupan personal (mudah marah, isolasi sosial). Temuan ini menegaskan bahwa intensitas *emotional labor* dalam keperawatan psikiatri rawat jalan bukan sekadar tuntutan profesional biasa,

melainkan bentuk kerja emosional ekstrem yang memerlukan intervensi sistematis untuk mencegah burnout dan menjaga kualitas pelayanan.

### **Durasi Tampilan Emosi (*Duration of Emotional Display*)**

Ketiga partisipan melaporkan bahwa mereka harus mempertahankan ekspresi emosional positif hampir sepanjang shift kerja mereka, dengan kesempatan relaksasi yang sangat minimal. Partisipan 1, 2, dan 3 secara konsisten menyebutkan:

*"Kalau di poli kejiwaan itu hampir dari awal sampai akhir shift saya harus menjaga ekspresi, Mas. Dari jam 4 sampai jam 9 itu saya hampir nggak bisa lepas dari senyum atau nada lembut. Jadi hampir sepanjang shift saya harus mempertahankan ekspresi yang stabil."* (Partisipan 1, 2, dan 3)

Interaksi terlama yang dilaporkan partisipan berkisar antara 30 hingga 50 menit. Partisipan 3 melaporkan pengalaman paling ekstrem:

*"Waktu interaksi terlama yang menuntut kontrol ketat itu biasanya terjadi saat edukasi dan konseling di luar jadwal dokter, Mas. Sekitar 40 sampai 50 menit penuh. Ini terjadi saat pasien dan keluarga baru menerima diagnosis berat, misalnya. Dari menit pertama sampai mereka benar-benar keluar ruangan, saya harus mempertahankan intonasi suara yang datar, lembut, dan stabil. Rasanya kayak sedang menahan napas panjang; lega sekali setelah interaksi itu selesai."*

Yang menarik adalah bahwa ketiga partisipan melaporkan fenomena penurunan kualitas emosional seiring dengan bertambahnya durasi. Mereka menyadari bahwa ekspresi tetap dijaga, namun ada penurunan energi. Partisipan 1, 2, dan 3 menyatakan:

*"Kalau durasinya lama, biasanya saya jadi sedikit berkurang energinya untuk pasien selanjutnya. Ekspresi tetap saya jaga, tapi rasanya tidak se-fresh di awal shift. Jadi kadang saya merasa kurang maksimal meskipun tetap berusaha profesional."*

Partisipan 1, 2, dan 3 juga melaporkan kesulitan dalam mempertahankan tampilan emosi:

*"Dalam pikiran saya biasanya muncul perasaan lelah, tapi saya tetap bilang ke diri sendiri supaya tetap tenang. Kadang saya juga merasa jenuh, karena harus terus menahan ekspresi tanpa bisa benar-benar istirahat emosional."*

Temuan ini sejalan dengan konsep *emotional depletion* yang dijelaskan oleh Zhou et al. (2025), di mana paparan berkelanjutan terhadap tuntutan emosional tanpa periode pemulihan menyebabkan habisnya sumber daya emosional perawat [9].

Strategi yang digunakan untuk mengatasi durasi panjang ini terbatas. Partisipan 1, 2, dan 3 menyatakan:

*"Saya biasanya tarik napas panjang, atur pola bicara, dan mencoba fokus pada kebutuhan pasien. Kalau sempat, saya minum sebentar untuk menurunkan ketegangan. Tapi kebanyakan saya harus langsung menyesuaikan tanpa jeda."*

Dampak durasi panjang tampilan emosi sangat terasa setelah shift berakhir. Partisipan 1, 2, dan 3 melaporkan:

*"Kesempatan itu jarang ada, Mas. Kadang hanya sebentar sekali saat pasien belum masuk atau ketika saya ke belakang untuk minum. Kalau nggak sempat relaks, biasanya setelah selesai shift badan saya terasa sangat capek, seperti habis menahan sesuatu dari dalam."*

Temuan ini mendukung penelitian Johannessen et al. (2025) yang menemukan bahwa durasi paparan terhadap *emotional dissonance* yang panjang meningkatkan risiko *mental distress* di kalangan pekerja Kesehatan [13].

Penelitian ini menemukan bahwa perawat poli kejiwaan rawat jalan harus mempertahankan tampilan emosi positif hampir sepanjang shift kerja (5 jam atau lebih) dengan kesempatan relaksasi yang sangat minimal atau bahkan tidak ada sama sekali. Durasi kumulatif ini menciptakan beban kognitif dan emosional yang progresif, di mana kualitas tampilan emosi mengalami penurunan seiring berjalannya waktu ekspresi tetap dijaga secara eksternal namun "kesegaran" dan keaslian emosional internal semakin berkurang menjelang akhir shift. Interaksi individual terpanjang (40-50 menit) terutama terjadi saat edukasi diagnosis berat, yang digambarkan perawat seperti "menahan napas panjang" karena harus mempertahankan kontrol emosional konstan tanpa jeda. Fenomena *emotional depletion* menjadi sangat nyata: energi emosional terkuras secara kumulatif, kemampuan untuk memberikan perhatian tulus menurun, dan perawat mengalami kelelahan fisik-emosional mendalam yang

digambarkan sebagai "seperti habis menahan sesuatu dari dalam." Ketiadaan kesempatan pemulihan selama shift dan terbatasnya waktu transisi antar pasien (hanya 5-10 detik) memperburuk dampak durasi panjang ini. Temuan ini menggarisbawahi perlunya desain ulang sistem kerja yang mengintegrasikan periode pemulihan emosional (*recovery breaks*) dan rotasi tugas untuk mencegah *emotional exhaustion* kronis pada perawat kesehatan jiwa rawat jalan.

### **Disonansi Emosional (*Emotional Dissonance*)**

Disonansi emosional merupakan tema yang paling menonjol dan paling berdampak negatif dari seluruh aspek *emotional labor* yang dialami partisipan. Ketiga partisipan melaporkan pengalaman yang sangat sering mengalami konflik internal antara perasaan asli mereka dengan tampilan emosi yang dituntut oleh peran profesional.

Partisipan 1 menceritakan:

*"Pernah, dan itu cukup sering terjadi. Misalnya ketika saya sedang sangat lelah atau sedang banyak pikiran, tapi saat pasien masuk saya tetap harus terlihat tenang dan ramah. Pernah juga ada pasien yang bicara kasar, padahal dalam hati saya kaget dan agak tersinggung, tapi wajah saya tetap harus datar dan lembut."*

Partisipan 2 melaporkan pengalaman serupa dengan dampak yang lebih mendalam:

*"Emosinya campur-campur, Mas. Ada rasa capek, kadang kesal, kadang tidak nyaman juga. Kalau pasien marah atau curiga, saya sebenarnya ikut tegang dan takut salah bicara."*

Partisipan 3 mendeskripsikan pengalaman paling ekstrem:

*"Yang paling lama dan berat itu sekitar satu jam lebih sedikit, Mas. Pasien ini punya masalah kecemasan kronis dan datang tanpa ditemani keluarga, dan dia terus-menerus menceritakan ketakutan dan keluhannya tanpa henti. Saya harus mempertahankan ekspresi mendengarkan yang penuh perhatian dan sabar selama waktu itu. Rasanya di tengah-tengah sesi, rasa bosan dan lelah mulai menyerang, tapi saya harus memaksakan pandangan mata saya tetap fokus dan mengangguk-angguk dengan lembut."*

Penelitian Pace et al. (2023) menjelaskan bahwa *emotional dissonance* terjadi ketika terdapat diskrepansi antara emosi yang dirasakan dan emosi yang ditampilkan, dan fenomena ini berdampak signifikan terhadap kesejahteraan psikologis dan kesehatan mental perawat [14].

Penyebab utama disonansi emosional yang dilaporkan partisipan adalah tuntutan profesionalisme dalam konteks pelayanan kejiwaan. Partisipan 1 menyatakan:

*"Yang utama karena tuntutan profesional, terutama di poli kejiwaan. Pasien sangat sensitif terhadap ekspresi petugas. Kalau saya menunjukkan emosi asli, bisa-bisa pasien makin cemas atau tersinggung. Jadi saya harus sadar bahwa menjaga ekspresi itu bagian dari tugas."*

Strategi mengatasi disonansi emosional yang digunakan partisipan mencakup teknik kognitif dan fisik. Partisipan 1, 2, dan 3 menggunakan teknik pernapasan dan dialog internal:

*"Sebelum bicara, biasanya saya tarik napas dalam dulu dan mencoba mengosongkan pikiran. Saya turunkan nada suara, lalu fokus pada sikap tubuh supaya terlihat lebih lembut. Dalam hati saya sering ngomong ke diri sendiri supaya tetap tenang dan tidak terpancing."*

Partisipan 2 menggunakan strategi "ganti peran":

*"Di kepala saya, Mas, yang pertama saya lakukan itu langsung ganti fokus. Saya tahu saya kesal, tapi saya langsung bilang, 'Lupakan emosi pribadi, sekarang fokus pada protokol.' Jadi, saya enggak berusaha meyakinkan diri kalau saya benar-benar bahagia, itu terlalu susah. Saya lebih memilih memikirkan langkah kerja berikutnya."*

Partisipan 3 menggunakan teknik *cognitive reappraisal* yang lebih mendalam:

*"Kalau saya justru berusaha keras meyakinkan diri, Mas. Misalnya, saat hati saya kesal karena keluarga pasien menuntut, saya langsung berpikir, 'Mereka begini karena mereka sakit, bukan karena mereka jahat.' Saya mencoba mencari alasan di balik tingkah laku mereka. Saya yakinkan diri saya bahwa kemarahan mereka adalah bagian dari penderitaan mereka."*

Secara fisik, ketiga partisipan menggunakan teknik yang terstruktur. Partisipan 3 menjelaskan proses yang sangat cepat:

*"Prosesnya harus sangat cepat, Mas, biasanya hanya butuh beberapa detik saat saya mau memanggil pasien. Yang pertama, saya lakukan 'penekanan': saya akui dulu, 'Oke, saya lagi kesal/panik.' Lalu saya 'ubah' itu dengan mengingatkan tujuan saya. Saya pikirkan, 'Pasien ini butuh stabilitas, bukan emosi saya.' Setelah itu, baru saya mengatur ekspresi wajah saya di balik meja saya tarik sudut bibir sedikit dan menstabilkan napas. Jadi, prosesnya: Akui → Ubah Pikiran → Stabilkan Fisik, sebelum saya benar-benar kontak mata dengan pasien."*

Temuan ini sejalan dengan teori *emotional labor* dari Hochschild yang membedakan *surface acting* dan *deep acting*. Ketiga partisipan menggunakan kombinasi keduanya, dengan kecenderungan lebih kuat pada *deep acting* melalui *cognitive reappraisal*.

Dampak dari disonansi emosional yang dialami partisipan sangat signifikan terhadap kondisi psikologis mereka. Partisipan 1 melaporkan:

*"Biasanya terasa sangat melelahkan. Ada rasa nggak enak di dada, seperti menahan emosi terlalu lama. Kadang setelah pasien keluar saya butuh waktu sebentar untuk menenangkan diri, karena ketegangan itu tetap tertinggal."*

Partisipan 2 menggambarkan dampak yang lebih mendalam:

*"Setelah interaksi yang memaksa saya senyum padahal hati kesal, yang muncul itu adalah rasa hampa dan tidak nyaman di dada, Mas. Rasanya kayak kita baru saja berbohong besar. Ini bukan lelah fisik, tapi lelah karena integritas diri terasa terganggu. Dampaknya, saya jadi sering mempertanyakan diri sendiri: 'Apakah saya tadi sudah tulus? Kenapa saya harus akting seperti itu?'"*

Partisipan 3 mendeskripsikan kondisi yang lebih serius:

*"Yang paling parah itu pasti kelelahan emosional Mas, atau istilahnya 'kering' hati. Karena energi untuk menahan emosi asli itu dipakai terus-terusan, setelah interaksi selesai, saya jadi agak mati rasa. Saya jadi sulit merasakan empati untuk pasien berikutnya, atau bahkan untuk rekan kerja. Ada rasa 'cuek' yang muncul sebentar, seolah-olah saya ingin menarik diri dari semua orang. Ini adalah cara psikologis saya untuk beristirahat."*

Penelitian Johannessen et al. (2025) mengkonfirmasi bahwa *emotional dissonance* meningkatkan risiko *mental distress* secara prospektif, dan dampak ini dapat dimoderasi oleh kualitas kepemimpinan [13].

Ketiga partisipan melaporkan bahwa kelelahan emosional akibat disonansi tidak bisa dipulihkan selama shift kerja berlangsung. Mereka memerlukan waktu pemulihan setelah shift berakhir, dengan strategi yang bervariasi. Partisipan 1 menggunakan strategi pasif:

*"Nah, untuk pemulihan, saya biasanya pilih cara pasif. Begitu sampai rumah, saya langsung tidur cepat atau menonton televisi tanpa berpikir. Intinya adalah mengistirahatkan otak dari semua tuntutan untuk bersikap ramah atau tenang. Saya butuh waktu off total dari emosi."*

Partisipan 2 menggunakan strategi aktif:

*"Cara saya memulihkan diri itu aktif. Saya pasti curhat panjang lebar ke suami atau teman dekat, menceritakan semua drama yang terjadi hari itu. Setelah itu, saya suka melakukan hobi saya, seperti berkebun atau masak. Melakukan sesuatu yang nyata dan menghasilkan itu membantu saya mengisi ulang energi emosi saya yang terkuras."*

Partisipan 3 juga menggunakan strategi aktif:

*"Rasanya hati itu berat, Mas. Kayak ada beban yang numpuk. Kita harus pura-pura kuat dan ramah terus-terusan, itu bikin emosi pribadi kita jadi ikutan tumpul. Saya jadi cepat banget merasa bad mood dan ingin buru-buru sendiri. Nah, kalau sudah merasa begitu, cara saya menghadapinya itu ngobrol sebentar sama rekan kerja. Misalnya bilang, 'Aduh, pasien yang ini tadi berat banget, aku capek.' Curhat singkat itu penting, untuk membuang beban. Selain itu, saya selalu mengingat lagi niat awal saya jadi perawat di sini. Saya yakinkan diri: ini sudah risiko kerja."*

Penelitian ini mengidentifikasi disonansi emosional sebagai dimensi paling menonjol dan paling berdampak destruktif dalam *emotional labor* perawat poli kejiwaan rawat jalan. Ketidaksiharian antara emosi yang dirasakan (lelah, kesal, takut, tersinggung) dan emosi yang harus ditampilkan (tenang, ramah, sabar, peduli) terjadi dengan frekuensi sangat tinggi dan menciptakan konflik internal yang mendalam. Tuntutan profesionalisme dalam konteks pelayanan kejiwaan, di mana pasien sangat sensitif terhadap ekspresi petugas menjadi pemicu utama yang memaksa perawat menyembunyikan emosi autentik mereka. Perawat menggunakan strategi kognitif kompleks untuk mengelola disonansi: *cognitive reframing* ("ini tentang penyakitnya, bukan tentang saya"), depersonalisasi ("menjadi mesin/robot"), dan proses tiga tahap (Akui → Ubah Pikiran → Stabilkan Fisik) yang harus dilakukan dalam hitungan detik.

Dampak psikologis disonansi sangat serius dan multifaset: (1) kelelahan emosional ekstrem yang digambarkan sebagai "rasa hampa di dada" atau "kering hati", (2) krisis integritas diri ("merasa berbohong besar"), (3) tumpulnya kemampuan empati hingga kondisi "mati rasa", (4) refleksi diri negatif dan pertanyaan eksistensial tentang keaslian profesional, dan (5) kebutuhan untuk "menarik diri dari semua orang" sebagai mekanisme proteksi psikologis. Strategi pemulihan yang digunakan perawat bervariasi dari pasif (tidur, menonton TV) hingga aktif (curhat intensif, hobi produktif, pengingat niat spiritual), namun pemulihan ini hanya dapat dilakukan setelah shift berakhir menunjukkan ketiadaan mekanisme pemulihan real-time di tempat kerja. Temuan ini menegaskan bahwa disonansi emosional dalam keperawatan psikiatri rawat jalan bukan sekadar ketidaknyamanan profesional, melainkan risiko kesehatan mental serius yang memerlukan intervensi komprehensif berupa pelatihan regulasi emosi, supervisi klinis terstruktur, dukungan peer support, dan kebijakan organisasi yang mengakui dan mengelola beban emosional ini sebagai komponen integral dari keselamatan dan kesehatan kerja perawat.

#### 4. Kesimpulan

Penelitian ini mengungkap bahwa *emotional labor* merupakan bagian yang melekat dan sangat intens dalam pekerjaan perawat Poli Kejiwaan Rawat Jalan RS Islam Sunan Kudus. Melalui wawancara mendalam dengan tiga partisipan, ditemukan empat dimensi utama *emotional labor*: frekuensi, intensitas, durasi, dan disonansi emosional. Perawat harus menampilkan emosi positif secara berulang dengan intensitas tinggi, mempertahankannya hampir sepanjang shift, serta sering mengalami konflik antara perasaan asli dan tuntutan profesional. Kondisi ini menimbulkan kelelahan emosional, penurunan empati, hingga rasa kehilangan integritas diri. Faktor lingkungan dan kondisi klinis pasien semakin memperberat beban emosional tersebut. Nilai-nilai spiritual di lingkungan rumah sakit Islam turut menjadi sumber coping bagi perawat. Penelitian ini merekomendasikan perlunya mekanisme pemulihan emosional di tempat kerja, pelatihan regulasi emosi khusus keperawatan psikiatri, supervisi klinis yang terstruktur, serta kepemimpinan suportif berbasis nilai guna meningkatkan kesejahteraan perawat.

#### Referensi

1. Saeed, J., Khawaja, S. M., Naz, Q., & Zahid, Q. V. (2025). Emotional Labor And Compassion Fatigue: A Correlational Analysis On Mental Health Practitioners. *Academic Journal of Psychology and Counseling*, 6(1), 89-114. <https://doi.org/10.22515/ajpc.v6i1.9656>
2. World Health Organization. (2024, March 14). Over 1 in 3 people affected by neurological conditions, the leading cause of illness and disability worldwide. WHO.
3. Rachmaditya Susanti, J. E. N. N. I. F. E. R. (2024). Hubungan Antara Emotional Labor Dengan Psychological Well-Being Pada Perawat Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit TK. II DR. AK. Gani Palembang (Doctoral dissertation, Universitas Bina Darma).
4. Jin, T., Hong, S., Liu, J., Wang, X., & Xu, Y. (2025). Emotion regulation strategy moderates the impact of emotional labor on burnout in psychiatric nurses: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 24, 687. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03487-x>
5. Rizky, W., Darmaningtyas, N., & Yulitasari, B. I. (2018). Hubungan jumlah tenaga perawat dengan beban kerja perawat pelaksana di ruang rawat inap kelas III RSUD Wates. *Indonesian Journal of Hospital Administration*, 1(1), 38-42.
6. Sugiharto, D., & Handayani, N. (2024). Kontribusi Beban Kerja, Stres Kerja dan Iklim Kerja terhadap Kinerja Perawat di RS Bhakti Asih Brebes. *EKOMA: Jurnal Ekonomi, Manajemen, Akuntansi*, 4(1), 2723-2738.
7. Winerti, Hanisha (2025) Hubungan Beban Kerja Mental, Dukungan Rekan Kerja, Dan Shift Kerja Terhadap Stres Kerja Pada Perawat Wanita Di Rumah Sakit Jiwa X. Undergraduate thesis, Universitas Diponegoro. <https://eprints2.undip.ac.id/id/eprint/29395>
8. Ma, E. J., & Han, K. S. (2020). Emotional labor and its related factors in nurses in the outpatient department. *Stress*, 28(3), 160-166. <https://doi.org/10.17547/kjsr.2020.28.3.160>
9. Zhou, L., Xiong, W., Hu, M., & Chang, H. (2025). Emotional labor and its influencing factors of clinical nurses: A cross-sectional study based on latent profile analysis. *Frontiers in Public Health*, 13, 1496648. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1496648>
10. Feng, H., Wu, Y., Chen, J., Zhang, X., & Liu, Y. (2024). The level and outcomes of emotional labor in nurses: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 2024, 5317359. <https://doi.org/10.1155/2024/5317359>
11. Li, S., Cao, L., Sun, Q., Li, Y., Zhai, Y., & Yan, H. (2025). Relationship between emotional labor strategies and the quality of work life of operating room nurses. *Frontiers in Public Health*, 12, 1503605. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1503605>
12. Shaiqi, W. (2025). Job Satisfaction as a Predictor of Emotional Labor Among Nurses: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Management*, 2025(1), 8062261. <https://doi.org/10.1155/jonm/8062261>
13. Johannessen, H. A., Nielsen, M. B., Knutsen, R. H., Skare, Ø., & Christensen, J. O. (2024). Emotional dissonance and mental health among home-care workers: A nationwide prospective study of the moderating role of leadership behaviors. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 51(1), 15. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4197>

14. Pace, F., Sciotto, G., Randazzo, N. A., & Russo, L. (2023). The moderating role of age and seniority on nurses' emotional dissonance and perceived health. *Nursing & Health Sciences*, 25(4), 619-627. <https://doi.org/10.1111/nhs.13053>
15. Chambers, M., Kantaris, X., Guise, V., & Välimäki, M. (2015). Managing and caring for distressed and disturbed service users: The thoughts and feelings experienced by a sample of English mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(5), 289-297. <https://doi.org/10.1111/jpm.12199>
16. Morris, J. A., & Feldman, D. C. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of management review*, 21(4), 986-1010. <https://doi.org/10.5465/amr.1996.9704071861>
17. Nursalam, Kurnia, I. D., Aridamayanti, B. G., Efendi, F., & Bakar, A. (2024). The development of an Islamic nursing care model to improve patient satisfaction. *Jurnal Ners*, 19(1), 45-54. <https://doi.org/10.20473/jn.v19i1.50026>
18. Ramadhan, A. F. (2016). *Emotional Labour Dan Burnout Pada Perawat Di Rsud Dr. H. Slamet Martodirdjo* (Doctoral dissertation, Universitas Airlangga).

---