

KORELASI KONDISI *BURNOUT* DENGAN RISIKO PENULARAN COVID-19 PADA TENAGA KESEHATAN DI KOTA MATARAM, NUSA TENGGARA BARAT

Metta Octora^{1*}, Rika Hastuti Setyorini¹, Eva Triani¹, Putu Suwita Sari^{1,2}

¹Divisi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Mataram

¹Divisi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Mataram

¹Divisi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Mataram

¹Divisi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Mataram

²Rumah Sakit Fakultas Kedokteran, Universitas Mataram

*Corresponding Author Email: mettaoctora@unram.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang COVID-19 merupakan pandemi yang mengancam di seluruh dunia termasuk Indonesia karena menimbulkan morbiditas maupun mortalitas yang tinggi dikalangan tenaga kesehatan sehingga menimbulkan kolapsnya sistem kesehatan nasional. Faktor risiko sangat berpotensi mempengaruhi risiko penularan COVID-19 diantaranya adalah kondisi *burnout*.

Tujuan Penelitian ini bertujuan menganalisis korelasi kondisi burnout dan risiko penularan COVID-19 pada tenaga kesehatan di beberapa RS kota Mataram, Nusa Tenggara Barat.

Metode Penelitian merupakan studi observasional analitik dengan desain survei potong lintang. Penelitian dilakukan pada 95 tenaga kesehatan secara *consecutive sampling* yang bekerja di beberapa RS kota Mataram (RSUD Propinsi NTB, RSUD Kota Mataram dan RS FK UNRAM) pada bulan April sampai Oktober 2021. Data diambil dengan menggunakan kuesioner *MBI (Maslach Burnout Inventory)* dan risiko penularan COVID-19 serta dianalisis dengan *SPSS 25 software*.

Hasil Skor MBI 95 tenaga kesehatan dari 3 rumah sakit yang diteliti diperoleh hasil mengalami skor kelelahan emosional rendah (64.2%) dan skor tinggi (20%). Dimensi depersonalisasi diperoleh skor rendah dan moderat (79%), sedangkan skor tinggi (21%). Skor kepercayaan diri rendah didominasi hasil rendah (52.6%). Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan mengenai tingkat pengetahuan tentang risiko COVID-19 antara nakes yang berusia 30 tahun keatas dibandingkan dibawah 30 tahun; antara nakes yang bekerja di RSUD Propinsi NTB, RSUD Kota Mataram dan RS Unram, serta antara nakes yang bekerja di ruang isolasi COVID-19, ICU COVID-19, IRD COVID-19 dan Ruang Non COVID-19. ($p > 0.05$). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan mengenai sikap terhadap risiko COVID-19 antara nakes kontak langsung dengan pasien COVID-19 maupun tidak dan perilaku terhadap risiko COVID-19 antara nakes yang bekerja di RSUD Propinsi NTB, RSUD Kota Mataram dan RS Unram. ($p < 0.05$). Hasil penelitian menunjukkan ada korelasi yang signifikan mengenai tingginya skor kelelahan emosional terhadap risiko penularan COVID-19; skor dimensi depersonalisasi terhadap risiko penularan COVID-19; rendahnya penghargaan diri terhadap risiko penularan COVID-19 ($p < 0.05$).

Kesimpulan Prevalensi kejadian *burnout* berdasarkan MBI di beberapa RS kota Mataram masih rendah (20%). Namun hal ini harus tetap diwaspadai mengingat pandemik COVID-19 masih terus berlangsung sepanjang tahun. Komponen skor MBI (kelelahan emosional, dimensi depersonalisasi dan rendahnya penghargaan diri) berkorelasi secara signifikan dengan risiko penularan COVID-19. Usia, tingkat pendidikan dan profesi Nakes (dokter, dokter spesialis, perawat dan bidan) secara signifikan berkorelasi dengan kejadian kelelahan emosional.

Keyword: Maslach Burnout Inventory, penularan COVID-19, tenaga Kesehatan

1. PENDAHULUAN

COVID-19 merupakan pandemi yang mengancam di seluruh dunia termasuk Indonesia serta mengakibatkan peningkatan beban sangat berat terhadap sistem pelayanan kesehatan, termasuk tenaga kesehatan. Risiko kejadian penularan COVID-19 pada tenaga kesehatan sebagai lini pertahanan terdepan, sangat tinggi, yang menimbulkan morbiditas maupun mortalitas. World Health Organization (WHO, 2021) memperkirakan 80.000-180.000 tenaga medis yang tersebar di lebih dari 119 negara meninggal ketika merawat dan menangani pasien COVID-19 dalam periode Januari 2020- Mei 2021.

Sampai saat ini di Indonesia tercatat sudah lebih dari 600 tenaga medis meninggal dunia karena terinfeksi COVID-19 pada saat menjalankan tugas pelayanan kesehatan, yang meliputi dokter, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker dan tenaga laboratorium medik. Ikatan Dokter Inonesia menyatakan bahwa Indonesia saat ini menduduki peringkat pertama kematian tenaga medis di Asia dan masuk dalam tiga besar di dunia. Di Nusa Tenggara Barat didapatkan 2 dokter, 1 perawat, 1 tenaga laboratorium medik dan 1 bidan yang meninggal selama pandemik COVID-19.

Beberapa risiko sangat berpotensi mempengaruhi risiko penularan COVID-19, yaitu aspek perlindungan diri dan keselamatan serta aspek kesehatan mental berupa *burnout*, yaitu kelelahan mental akibat pandemik Covid-19 yang berkelanjutan (Sood, 2020). Definisi *burnout* yang dikemukakan oleh Freudenberger adalah: *burnout* merupakan suatu keadaan lelah atau frustrasi yang terjadi karena seseorang bekerja terlalu keras untuk komitmen penuh dengan pekerjaan. Mereka juga biasanya memiliki pandangan ideal tentang pekerjaannya, yang menimbulkan harapan-harapan yang ideal pula dan bahkan kurang realistis (Freudenberger and Richelson, 1980). *Burnout* memiliki efek negatif pada kelelahan, stress, kecemasan, depresi, gangguan mood, penyalahgunaan obat, bunuh diri, pelayanan pasien yang buruk, pensiun dini, dan berhenti kerja tanpa diduga (Shah *et al*, 2020).

Burnout ditandai oleh tiga dimensi utama yaitu kelelahan emosional, depersonalisasi atau sinisme, yaitu kehilangan rasa keterhubungan dengan pekerjaan dan orang yang dihadapi, dan menurunnya persepsi diri mengenai pencapaian pribadi dalam pekerjaan. Kelelahan emosional, yaitu mengacu pada beban kerja berlebihan secara fisik dan emosional yang dihasilkan dari interaksi dengan rekan kerja dan pengguna layanan kesehatan. Depersonalisasi adalah pengembangan tanggapan dan sikap sinis terhadap sesama pekerja dan penerima manfaat pelayanan. Pengurangan prestasi pribadi mengacu pada kecenderungan perawat untuk mengadopsi konsep diri negatif sebagai konsekuensi dari situasi tidak menguntungkan (Kim *et al*, 2018). Individu yang mengalami *burnout* biasanya memiliki gejala psikosomatik (kelemahan dan insomnia), masalah emosional (cemas dan depresi), masalah sikap (permusuhan, apatis dan tidak percaya) dan masalah perilaku (agresivitas, lekas marah dan isolasi), (Adriaenssens *et al*. 2015)

Kondisi *burnout* dapat dinilai dengan menggunakan instrumen *Maslach Burnout Inventory* (MBI), yaitu kuesioner tentang *burnout* yang paling banyak digunakan dalam penelitian-penelitian *burnout*. Alat ini diciptakan oleh Maslach dan Jackson pada tahun 1982, berdasarkan konsep bahwa *burnout*, terdiri atas 22 item yang dikelompokkan menjadi 3 subskala, yaitu dimensi kelelahan emosional, depersonalisasi dan rendahnya penghargaan diri (Maslach *et al*, 2001)

Tenaga kesehatan berpotensi terpajan dengan tingkat stres yang sangat tinggi, namun belum ada aturan atau kebijakan yang dapat melindungi mereka dari segi kesehatan mental. Penelitian yang dilakukan tim peneliti FKUI menunjukkan bahwa sebanyak 83% tenaga kesehatan di Indonesia telah mengalami burnout syndrome derajat sedang dan berat yang secara psikologis sudah berisiko mengganggu kualitas hidup dan produktivitas kerja dalam pelayanan kesehatan. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa dokter yang menangani pasien COVID-19, baik dokter umum maupun spesialis, berisiko 2 kali lebih besar mengalami keletihan emosi dan kehilangan empati dibandingkan mereka yang tidak menangani pasien COVID-19 (Anonim, 2021)

Adapun faktor risiko yang dianggap mempengaruhi kejadian burnout antara lain adalah belum tersedianya alat pelindung diri (APD) dari fasilitas kesehatannya yang mencukupi, belum tersedianya pemeriksaan swab secara rutin bahkan beberapa RS tidak melakukan pemeriksaan rapid test rutin bagi tenaga kesehatannya. Risiko penularan COVID-19 tidak terlepas dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap dan perilaku tenaga kesehatan terhadap COVID-19. Adapun pengetahuan, sikap dan perilaku para nakes terhadap risiko penularan tidak terlepas dengan kondisi psikologis dan mental selama menjalankan tugas.

Oleh karena banyaknya faktor risiko yang mempengaruhi kejadian burnout yang sekaligus akan meningkatkan risiko penularan di kalangan nakes, maka peneliti tertarik untuk menganalisis korelasi insidensi burnout di kalangan nakes di rumah sakit yang berada di beberapa RS kota Mataram dan risiko penularan COVID-19 berdasarkan tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku nakes, yang sering terjadi meskipun notabene mereka telah dibekali pengetahuan mengenai *standard precaution* yang tepat.

2. METODE

Penelitian merupakan studi observasional analitik dengan desain survei potong lintang. Penelitian dilakukan pada tenaga kesehatan yang bekerja di beberapa RS kota Mataram (RSUD Propinsi NTB, RSUD Kota Mataram dan RS FK UNRAM) pada bulan April sampai Oktober 2021 dengan menggunakan kuesioner. Sampel penelitian diambil secara *consecutive sampling* pada tenaga kesehatan yang bekerja di ruang perawatan COVID-19 maupun bukan, berstatus sebagai tenaga kesehatan selama pandemik berlangsung (sejak Maret 2020) serta menandatangani *informed consent*. Pengambilan data dilakukan menggunakan Google Form. Dengan menggunakan kriteria 22 item skor MBI dan skor risiko COVID-19 dalam bentuk item pengetahuan, sikap dan perilaku. Data selanjutnya dianalisis dengan *SPSS 25 software*.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil skor MBI 95 orang tenaga kesehatan dari 3 rumah sakit yang diteliti, yaitu RSUD Propinsi NTB, RSUD Kota Mataram dan RS UNRAM diperoleh bahwa komponen kelelahan emosional didapatkan sebagian besar (64.2%) mengalami skor kelelahan emosional rendah, hanya sekitar 20% yang mempunyai skor kelelahan emosional tinggi. Dimensi depersonalisasi diperoleh skor rendah dan moderat sebesar 79%, hanya 21% saja dengan skor tinggi, sedangkan pada skor rendahnya kepercayaan diri hanya sebesar 52.6% (Tabel 1)

Tabel 1 Interpretasi Skor MBI

Interpretasi MBI	Kelelahan emosional		Depersonalisasi		Rendahnya kepercayaan diri	
N=95	frek	%frek	frek	%frek	frek	%frek
<i>Low</i>	61	64.2	36	37.9	50	52.6
<i>Moderate</i>	15	15.8	39	41.1	19	20
<i>High</i>	19	20	20	21.1	26	27.4

Hasil Tabel 2 menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan mengenai tingkat pengetahuan tentang risiko COVID-19 antara nakes yang berusia 30 tahun keatas dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang berusia dibawah 30 tahun. ($p > 0.05$). Hasil juga menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan mengenai tingkat pengetahuan tentang risiko COVID-19 antara nakes yang bekerja di RSUD Propinsi NTB, RSUD Kota Mataram dan RS Unram, serta tingkat pengetahuan tentang risiko COVID-19 antara nakes yang bekerja di ruang isolasi COVID, ICU COVID, IRD COVID dan Ruang Non COVID. ($p > 0.05$).

Hasil Tabel 3 menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan mengenai sikap terhadap risiko COVID-19 antara nakes kontak langsung dengan pasien COVID-19 maupun tidak ($p < 0.05$). Hal tersebut menunjukkan bahwa ada kontak langsung dengan pasien covid berhubungan terhadap sikap para nakes dalam kewaspadaan terhadap penyakit yang dianggap sangat infeksius tersebut.

Hasil Tabel 4 menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan mengenai perilaku terhadap risiko COVID-19 antara nakes yang bekerja di RSUD Propinsi NTB, RSUD Kota Mataram dan RS Unram. ($p < 0.05$).

Tabel 2 Korelasi karakteristik responden dengan tingkat pengetahuan mengenai COVID-19

N=95		Tingkat Pengetahuan (%)					p
		1	2	3	4	5	
Usia	18-30	2.4	14.3	35.7	35.7	11.9	0.699
	30-49	5.7	13.2	32.1	26.4	22.6	
RS	RSUD Propinsi NTB	0	7.7	38.5	33.3	20.5	0.896
	RSUD Mataram	11.4	20	45.7	14.3	8.6	
	RS UNRAM	0	14.3	4.8	52.4	28.6	
Ruang bekerja	Ruang isolasi COVID	3.4	20.7	20.7	34.5	20.7	0.502
	ICU COVID	0	7.9	47.4	31.6	13.2	
	IRD	0	0	0	33.3	66.7	
	Ruang Non COVID	12	16	32	24	16	
Pendidikan	D3	3.7	7.4	40.7	44.4	3.7	0.147
	S1	5.9	17.6	33.3	25.5	17.6	
	Sp1	0	14.3	28.6	21.4	35.7	
	S2/Sp2	0	0	0	33.3	66.7	
Profesi	Dokter umum	0	9.1	54.5	27.3	9.1	0.042
	Dokter spesialis	0	0	25	25	50	
	Perawat	3.1	16.9	32.3	32.4	15.4	
	Bidan	28.6	14.3	28.6	28.6	0	
Riwayat kontak dengan pasien COVID-19	Kontak langsung	5.3	14.7	29.3	33.3	17.3	0.992
	Tidak kontak langsung	0	10	50	20	20	
Pengalaman bekerja	< 2 tahun	0	17.4	26.1	39.1	17.4	0.808
	2-5 tahun	0	18.2	50	22.7	9.1	
	> 5 tahun	8	10	30	30	22	
Komorbidity	Tidak ada	5.2	13	39	27.3	15.6	0.096

	Hipertensi	0	0	0	66.7	33.3	
	Asma	0	14.3	28.6	28.6	26.6	
	Perokok	0	0	0	60	40	
	Other	0	66.7	0	33.3	0	
Konsultasi psikologi	Ya	7	18.6	30.2	27.9	16.3	0.227
	Tidak	1.9	9.6	36.5	32.7	19.2	

Hasil Tabel 5 menunjukkan ada korelasi yang signifikan mengenai tingginya skor kelelahan emosional terhadap risiko penularan COVID-19; tingginya skor dimensi depersonalisasi terhadap risiko penularan COVID-19 serta rendahnya penghargaan diri terhadap risiko penularan COVID-19 ($p < 0.05$). Mengingat Skor *Maslach Burnout Inventory (MBI)* terdiri atas komponen kelelahan emosional, dimensi depersonalisasi dan rendahnya penghargaan diri, maka dapat disimpulkan bahwa semua komponen dalam MBI berhubungan dengan risiko penularan COVID-19.

Tabel 3 Korelasi karakteristik responden dengan sikap terhadap COVID-19

N=95		Sikap terhadap COVID (%)						p
		0	1	2	3	4	5	
Usia	18-30	7.1	9.5	16.7	33.3	16.7	16.7	0.539
	30-49	11.3	11.3	9.4	20.8	24.5	22.6	
RS	RSUD Propinsi NTB	5.1	15.4	10.3	30.8	28.2	10.3	0.834
	RSUD Mataram	14.3	5.7	14.3	7.1	7.1	31.4	
	RS UNRAM	9.5	9.5	4.3	33.3	4.3	19	
Ruang bekerja	Ruang isolasi COVID	10.3	6.9	17.2	17.2	34.5		0.613
	ICU COVID	10.5	15.8	26.3	23.7	10.5		
	IRD	33.3	0	66.7	0	0		
Pendidikan	Ruang Non COVID	4	8	32	4	20		0.04
	D3	7.4	14.8	22.2	22.2	22.2	11.1	
	S1	13.7	9.8	9.8	23.5	21.6	21.6	
	Sp1	0	7.1	7.1	28.6	21.4	35.7	
Profesi	S2/Sp2	0	0	0	100	0	0	0.224
	Dokter umum	0	0	27.3	27.3	18.2	27.3	
	Dokter spesialis	0	8.3	0	41.7	25	25	
	Perawat	13.8	13.8	0.8	23.1	20	8.5	
Riwayat kontak dengan pasien COVID-19	Bidan	0	0	28.6	28.6	28.6	14.3	0.03
	Kontak langsung	12	13.3	12	24	21.3	17.3	
	Tidak kontak langsung	0	0	5	35	20	30	
Pengalaman bekerja	< 2 tahun	8.7	13	17.4	17.4	17.4	26.1	0.266
	2-5 tahun	13.6	13.6	9.1	45.5	13.6	4.5	
	> 5 tahun	8	8	12	22	26	24	
Komorbiditas	Tidak ada	10.4	10.4	11.7	27.3	20.8	19.5	0.799
	Hipertensi	0	0	0	100	0	0	
	Asma	0	0	4.3	4.3	57.1	14.3	
	Perokok	20	20	20	0	0	40	
	Other	0	33.3	33.3	0	0	33.3	
Konsultasi psikologi	Ya	11.6	9.3	11.6	20.9	9.3	37.2	0.003
	Tidak	7.7	11.5	13.5	30.8	30.8	5.8	

Hasil Tabel 5 menunjukkan bahwa ada korelasi yang signifikan antara usia dengan kejadian kelelahan emosional ($p < 0.05$) dengan kekuatan korelasi yang sangat besar. Namun tidak ada korelasi yang signifikan antara usia dengan dimensi depersonalisasi dan rendahnya penghargaan diri ($p > 0.05$).

Tabel 4 Korelasi karakteristik responden dengan perilaku terhadap COVID-19

N=95		Perilaku terhadap COVID (%)								p
		0	1	2	3	4	5	7	8	
Usia	18-30	2.4	0	0	19	14.3	64.3	0	0	1.53
	30-49	7.5	0	7.5	7.5	32.1	41.5	1.9	1.9	
RS	RSUD Propinsi NTB	2.6	0	2.6	10.3	23.1	59	2.6	0	0.04
	RSUD Mataram	8.6	0	5.7	5.7	25.7	54.1	0	2.9	
	RS UNRAM	4.8	0	4.8	28.6	23.8	38.1	0	0	
Ruang bekerja	R isolasi COVID	6.9	0	3.4	17.2	27.6	44.8	0	0	0.84
	ICU COVID	0	0	5.3	7.9	21.1	60.5	2.6	2.6	
	IRD	33.3	0	0	33.3	33.3	0	0	0	
Pendidikan	Ruang Non COVID	8	0	4	12	24	52	0	0	0.28
	D3	0	0	3.7	18.5	25.9	51.9	0	0	
	S1	7.8	0	3.9	7.8	17.6	58.8	2	2	
Profesi	Sp1	7.1	0	7.1	7.1	50	25.7	0	0	0.03
	S2/Sp2	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Dokter umum	9.1	0	9.1	27.3	27.3	27.3	0	0	
Riwayat kontak pasien COVID-19	Dokter spesialis	8.3	0	8.3	8.3	33.3	41.7	0	0	0.21
	Perawat	4.6	0	3.1	10.8	21.5	56.9	1.5	1.5	
	Bidan	0	0	0	14.3	28.6	57.1	0	0	
Pengalaman bekerja	Kontak langsung	5.3	0	2.7	13.3	21.3	54.7	1.3	1.3	0.70
	Tidak kontak langsung	5	0	10	10	35	40	0	0	
	< 2 tahun	4.3	0	0	21.7	17.4	52.2	4.3	0	
Komborbiditas	2-5 tahun	4.5	0	0	13.6	27.3	54.5	0	0	0.55
	> 5 tahun	6	0	8	8	26	50	0	2	
	Tidak ada	6.5	0	3.9	13	20.8	53.2	1.3	1.3	
Konsultasi psikologi	Hipertensi	0	0	0	0	33.3	66.7	0	0	0.51
	Asma	0	0	0	14.3	42.9	42.9	0	0	
	Perokok	0	0	20	0	40	40	0	0	
Konsultasi psikologi	Other	0	0	0	33.3	33.3	3.3	0	0	0.51
	Ya	7	0	7	11.6	23.2	48.8	0	2.3	
	Tidak	3.8	0	1.9	3.5	25	53.8	1.9	0	

Hasil Tabel 5 menunjukkan bahwa ada korelasi yang signifikan antara ruang bekerja dengan dimensi depersonalisasi dan rendahnya penghargaan diri ($p < 0.05$) dengan kekuatan korelasi yang sangat besar. Namun tidak ada korelasi yang signifikan antara ruang bekerja dengan kejadian kelelahan emosional ($p > 0.05$). Hasil penelitian

menunjukkan bahwa ada korelasi yang signifikan antara pendidikan dengan kejadian kelelahan emosional ($p < 0.05$) dengan kekuatan korelasi yang sangat besar. Namun tidak ada korelasi yang signifikan antara pendidikan dengan dimensi depersonalisasi dan rendahnya penghargaan diri ($p > 0.05$).

Tabel 5 Korelasi komponen skor MBI terhadap risiko penularan COVID-19

	Dimensi kelelahan emosional		Dimensi depersonalisasi		Rendahnya penghargaan diri	
	ρ	R	ρ	R	ρ	R
N=95						
Usia	0.000	0.917	0.47	0.424	0.574	0.47
RS	0.094	0.698	0.061	0.612	0.189	0.644
Ruang bekerja	0.099	0.761	0.002	0.718	0.000	0.795
Pendidikan	0.037	0.771	0.688	0.612	0.488	0.691
Status kepegawaian	0.689	0.645	0.98	0.459	0.483	0.615
Status pernikahan	0.377	0.540	0.298	0.449	0.25	0.512
Jumlah anak	0.741	0.369	0.629	0.618	0.601	0.683
Usia anak terkecil	0.752	0.926	0.997	0.599	0.000	0.821
Gaji	0.795	0.186	0.555	0.68	0.088	0.769
Profesi	0.05	0.768	0.896	0.585	0.052	0.732
Riwayat kontak pasien COVID-19	0.564	0.189	0.904	0.348	0.249	0.512
Pengalaman bekerja	0.671	0.355	0.67	0.532	0.404	0.622
Komorbiditas	0.835	0.002	0.02	0.736	0.581	0.736
Konsultasi psikologi	0.552	0.275	0.443	0.428	0.461	0.484
Risiko penularan COVID 19	0.015	0.000	0.001	-0.049	0.000	0.259

Hasil Tabel 5 menunjukkan bahwa ada korelasi yang signifikan antara komorbiditas dengan dimensi depersonalisasi ($p < 0.05$) dengan kekuatan korelasi yang sangat besar. Namun tidak ada korelasi yang signifikan antara komorbiditas dengan kejadian kelelahan emosional dan rendahnya penghargaan diri ($p > 0.05$).

Kualitas pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit tidak hanya dipengaruhi oleh faktor mutu tenaga, namun juga sangat dipengaruhi oleh beban kerja yang berakibat para nakes mengalami *burnout*. Hal ini bisa tampak bila terjadi kenaikan jumlah kunjungan pasien dan meningkatnya *Bed Occupancy Rate* (BOR), sedangkan jumlah tenaga kesehatan tetap dalam periode waktu yang lama (Ilyas, 2012).

Para nakes yang mengalami *burnout* dan mempunyai lingkungan bekerja yang kurang nyaman dapat mengakibatkan perawatan pasien menjadi kurang efektif dan efisien sehingga merugikan bagi pasien maupun pelayanan kesehatan itu sendiri. *Burnout* harus cepat dikenali gejalanya dan segera diatasi agar tidak menimbulkan dampak yang merugikan. Situasi yang menuntut keterlibatan emosional secara terus menerus seperti ini dapat mengakibatkan munculnya kelelahan emosional, yang merupakan inti dari sindrom *burnout*. Kelelahan emosional ditandai dengan perasaan terkurasnya energi yang dimiliki, berkurangnya sumber-sumber emosional didalam diri seperti rasa kasih, empati dan juga perhatian yang pada akhirnya memunculkan perasaan tidak mampu lagi memberikan pelayanan pada orang lain. Cara yang biasanya dilakukan untuk mengatasi kelelahan emosional adalah mengurangi keterlibatan secara emosional dengan hal-hal yang dihadapi penerima pelayanan, yang berakibat pada kelelahan emosional tersebut. Oleh karena itulah, pemberian

layanan akan mengurangi keterlibatannya sampai batas-batas yang diwajibkan saja (Maslach and Jackson, 1996).

Apabila tahap kelelahan emosional tidak berhasil diatasi maka selanjutnya akan meningkat ke tahap yang lebih berat, yaitu depersonalisasi. Depersonalisasi adalah sikap, perasaan maupun pandangan negatif terhadap penerima pelayanan (Maslach and Jackson, 1996). Reaksi negatif ini muncul dalam tingkah laku seperti halnya memandang rendah dan meremehkan pasien, bersikap sinis terhadap pasien, kasar dan tidak manusiawi dalam berhubungan dengan pasien, serta mengabaikan kebutuhan dan tuntutan pasien. akibat lebih lanjut dari adanya upaya penarikan diri dari keterlibatan secara emosional dengan orang lain. Penarikan diri di satu sisi dirasakan dapat lebih mengurangi ketegangan emosional yang muncul karena keterlibatan yang terlalu mendalam dengan penerima pelayanan. Namun efek selanjutnya adalah hilangnya perasaan sensitif terhadap orang lain sehingga dapat memunculkan reaksi-reaksi negatif seperti diatas. (Maslach, 1993 dalam Hazell, 2010).

Tahap berikutnya yang lebih berat adalah dimensi rendahnya penghargaan diri. Dimensi ini pun ditandai dengan kecenderungan memberi evaluasi negatif terhadap diri sendiri, terutama berkaitan dengan pekerjaan. Pekerja merasa dirinya tidak kompeten, tidak efektif dan tidak adekuat, kurang puas dengan apa yang telah dicapai dalam pekerjaan, bahkan perasaan kegagalan dalam bekerja (Maslach dalam Umar, 2013). Evaluasi negatif terhadap pencapaian kerja ini berkembang dari munculnya tindakan depersonalisasi terhadap penerima pelayanan. Pandangan maupun sikap negatif terhadap klien lama-kelamaan akan menimbulkan perasaan bersalah pada diri pemberi pelayanan. Mereka merasa menjadi orang yang “dingin” dan tidak berperasaan, yang sebenarnya juga sama sekali tidak mereka inginkan. Perasaan-perasaan ini akan berkembang menjadi suatu penilaian terhadap diri sendiri, yaitu bahwa dirinya tidak adekuat dalam berhubungan dengan klien. Seiring dengan itu muncul pula perasaan gagal dalam pekerjaan (Maslach, 1993 dalam Hazell, 2010).

Cherniss mengatakan bahwa faktor penyebab terjadinya stress kerja adalah orientasi yang kurang (*poor orientation*), beban kerja tinggi (*high workload*), rutinitas (*routine*), kontak terhadap klien yang sempit (*narrow scope of client contact*), kurangnya otonomi (*lack of autonomy*), tujuan institusi yang tidak sejalan (*incongruent institutional goals*), kurangnya kepemimpinan dan supervisi (*poor leadership and supervision practices*) dan isolasi sosial (*social isolation*) (Burke & Greenglass, 1995)

Beban kerja menurut Munandar (2008) dibagi menjadi dua yaitu beban kerja kuantitas dan beban kerja kualitas. Beban kerja kuantitas adalah suatu keadaan dimana terlalu banyak pekerjaan yang harus dilakukan dibanding dengan waktu yang tersedia. Sedangkan beban kerja kualitatif adalah suatu keadaan dimana pekerjaan yang harus dilakukan terasa sulit untuk dikerjakan. Beban kerja yang terlalu ringan (*work underload*) juga dapat menimbulkan stres apabila tuntutan pekerjaan dibawah kemampuan dan keterampilan yang dimiliki pekerja.

Hal ini terjadi pada para nakes di era pandemik COVID-19 dimana pasien jumlahnya meningkat secara signifikan dalam periode waktu tertentu sedangkan disisi lainnya para nakes dituntut untuk menghadapi penyakit sangat menular yang membutuhkan pencegahan dan perlindungan diri yang diluar kebiasaan pula, seperti

memakai hazmat dan masker N95 selama berjam-jam yang secara signifikan menurunkan konsumsi oksigen dan meningkatkan karbondioksida dalam tubuh para nakes yang berakibat lebih cepat merasa lelah. Selain itu kekuatiran akan penularan virus yang dapat berdampak penyakit serius sampai kematian serta menuliri anggota keluarga di rumah terutama lansia dan penderita komorbiditas menjadi tambahan beban psikis yang turut menambah stresor bagi para nakes.

Stres ringan yang berkepanjangan ini pun dapat menjadi faktor yang mengakibatkan *burnout*, antara lain pekerjaan yang bersifat rutinitas dan monoton, dan jumlah pasien yang tidak sesuai dengan jumlah perawat, oleh karena itu dukungan sosial sangatlah dibutuhkan. Hal ini sejalan dengan penelitian Labiib (2013) yang menyatakan bahwa dukungan sosial dari rekan kerja dan atasan adalah sangat penting perannya dalam mencegah kejadian *burnout*. Individu yang memiliki persepsi adanya dukungan sosial akan merasa nyaman, diperhatikan, dihargai atau terbantu oleh orang lain disekitarnya. Individu yang mendapat dukungan sosial yang baik akan mempunyai rasa memiliki (*belonginess*) dan harga diri (*selfesteem*) yang lebih besar daripada individu dengan dukungan sosial yang kurang baik. Oleh karena itu penting sekali makna psikologi maupun psikiatri sosial dalam menaanggunani burnout di era pandemik COVID-19 ini.

Dukungan sosial yang baik juga akan menyebabkan individu semakin mengembangkan gaya hidup yang baik dan sehat. Menurut Sarafino dalam Labiib (2013) menyatakan bahwa dukungan sosial adalah dorongan yang dirasakan, penghargaan dan kepedulian yang diberikan oleh orang-orang yang berada disekeliling individu sehingga dukungan yang dirasakan akan sangat penting.

Penelitian Purba *et al* (2007) menunjukkan dukungan sosial berpengaruh negatif terhadap *burnout* artinya semakin besar dukungan sosial yang diperoleh akan mengurangi level *burnout* yang dialami individu. Dukungan sosial dari berbagai sumber membuat individu merasa yakin bahwa dirinya dicintai dan disayangi, dihargai bernilai dan menjadi bagian dari jaringan sosial.

Selain itu penghargaan dalam bentuk insentif bagi para nakes sangat besar perannya dalam mengatasi burnout, karena ini juga merupakan suatu dukungan material yang dapat memperbaiki kesejahteraan para nakes sehingga otomatis akan mempengaruhi ketahanan kerja dan semangat para nakes.

4. KESIMPULAN

Kesimpulan penelitian ini adalah angka kejadian burnout di rumah sakit di kota Mataram berdasarkan MBI (*Maslach Burnout Inventory*) masih rendah prevalensinya, yaitu kategori rendah sebesar 64.2% dan kategori sedang sebesar 15,8%, sedangkan pada kategori tinggi sebesar 20%. Namun hal ini harus tetap diwaspadai mengingat pandemik COVID-19 masih terus berlangsung dan pasang surut sepanjang tahun. Komponen skor MBI yang meliputi: kelelahan emosional, dimensi depersonalisasi dan rendahnya penghargaan diri, berkorelasi secara signifikan dengan risiko penularan COVID-19. Variabel usia, tingkat pendidikan dan profesi Nakes (dokter, dokter spesialis, perawat dan bidan) secara signifikan berkorelasi dengan kejadian kelelahan emosional.

Untuk mengatasi kondisi burnout yang selanjutnya berisiko meningkatkan morbiditas dan mortalitas akibat penularan COVID-19 maka perlu diperhatikan kondisi psikis para Nakes yang sedang bertugas, khususnya di era pandemik COVID-

19 agar dapat menurunkan kelelahan emosional yang dialami dengan memberikan pelayanan konsultasi psikologi dan psikiatri sosial secara berkala dan bersifat wajib. Hal lainnya dengan memperhatikan jumlah jam kerja para Nakes per minggu agar dapat mengoptimalkan sumber daya manusia di RS serta mengadakan pelatihan reguler terkait kompetensi dan perlindungan diri terhadap risiko penularan COVID-19 dan manajemen bencana terhadap peningkatan jumlah pasien secara drastis.

5. UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Kemenristekdikti atas dana yang diberikan melalui penelitian skim Penelitian Dosen pemula Universitas Mataram tahun 2021 dengan nomor kontrak 2777/UN18.1.1/PP/2021

6. DAFTAR REFERENSI

1. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. 2015. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud.* 52(2):649-61. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004. Epub 2014 Nov 11. PMID: 25468279.
2. Anonim, 2021. Info sehat FKUI untuk anda. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. <https://fk.ui.ac.id/infosehat/banyak-tenaga-kesehatan-alami-burnout-selama-pandemi-kualitas-layanan-bisa-terdampak/>
3. Burke RJ, Greenglass ER. 1995. A longitudinal examination of the Cherniss model of psychological burnout. *Soc Sci Med.* 40(10):1357-63. doi: 10.1016/0277-9536(94)00267-w. PMID: 7638644.
4. Freudenberger, H. J., & Richelson, G. 1980. *Burn-out: the high cost of high achievement.* Massachusetts: Anchor Press.
5. Hazell, Kenneth. W. 2010. *Job Stress, Burnout, Job Satisfaction, and Intention to Leave Among Registered Nurses Employed in Hospital Settings in the State of Florida.* Disertasi. Lynn University
6. Ilyas, Y. 2012. *Kinerja, teori, penilaian dan penelitian.* Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM Universitas Indonesia
7. Kim B, Jee S, Lee J, An S, Lee SM. 2018. Relationships between social support and student burnout: A meta-analytic approach. *Stress Health.* 34(1):127-134. doi: 10.1002/smi.2771. Epub 2017 Jun 22. PMID: 28639354.
8. Labiib, A. 2013. *Analisis hubungan dukungan sosial dari rekan kerja dan atasan dengan tingkat burnout pada perawat rumah sakit jiwa.* Undergraduate thesis, Faculty of Public Health, University of Diponegoro
9. Maslach, C. and Jackson, E. 1986. *The Maslach Burnout Inventory Manual.* 2nd edn, The Maslach Burnout Inventory Manual. 2nd edn. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
10. Maslach, C., Schaufeli, W. B. and Leiter, M. P. 2001. 'Job Burnout', *Annual Review in Psychology*, 52, pp. 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
11. Munandar, A. S. 2008. *Psikologi Industri Dan Organisasi.* Jakarta: Universitas Indonesia.
12. Purba, J., Yulianto, A., Widyanti, E. 2007. Pengaruh Dukungan Sosial Terhadap Burnout Pada Guru [Effect of social support on school teachers' burnout]. *Jurnal Psikologi, Universitas Indonesia Esa Unggul.* 5. 77-88.
13. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. 2020. How Essential Is to Focus on Physician's Health and Burnout in Coronavirus (COVID-19) Pandemic? *Cureus.* 4;12(4):e7538. doi: 10.7759/cureus.7538. PMID: 32377486; PMCID: PMC7198080.
14. Sood S. 2020. Perspective Psychological effects of the Coronavirus. *RHiME.* 7:23-6. Available from: <https://www.rhime.in/ojs/index.php/rhime/article/download/264/2>
15. Umar. Bie Novirenallia. 2013. *Analisis Kejadian Burnout Syndrome pada Perawat di Unit Rawat Inap dan Unit Rawat Jalan Rumah Sakit "X" Bandar Lampung Tahun 2013.* Tesis. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
16. WHO2021. *Health and Care Worker Deaths during COVID-19 in WHO Document October 2021.* <https://www.who.int/news/item/20-10-2021-health-and-care-worker-deaths-during-covid-19>