

# Implementasi Kebijakan Tatalaksana COVID-19 dan Dampaknya terhadap Burnout Pelaksana di Tingkat Puskesmas

Tetet Kartilah  
Sofia Februanti  
Unang Arifin Hidayat

Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya  
Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya  
Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya

Tracking, tracing dan isolasi mandiri penderita covid-19 merupakan upaya tatalaksana terpilih dari seluruh negara didunia untuk pencegahan dan pemutusan rantai penularan. Implementasi kebijakan tatalaksana covid 19 di puskesmas perlu dievaluasi, untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi dan dampak kontraproduktifnya, karena kasus sejenis dapat terjadi kapan saja. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dampak implementasi kebijakan tata laksana covid-19 meliputi tracking, tracing dan isolasi terhadap burnout tenaga kesehatan sesuai dengan pengalaman pelaksana. Metoda penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Subjek penelitian terdiri dari 24 orang informan terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, tenaga surveilans dan tenaga kesehatan, masyarakat penyintas covid 19 di lima puskesmas, serta 124 tenaga kesehatan yang ditentukan secara purposive. Data dikumpulkan melalui wawancara, diskusi kelompok terarah, observasi dan studi dokumentasi. Analisa data menggunakan teknik kualitatif melalui reduksi, dan interpretasi data, validasi data dengan triangulasi terhadap sumber data dan metode, serta menyimpulkan. Hasil penelitian menunjukkan implementasi pelacakan kontak erat dan pemantauan isolasi mandiri serta vaksinasi tahun 2020 sampai Juni 2022 belum mencapai target. Pelaksana sudah memahami kebijakan sesuai fungsi pelaksana sehingga disadari sebagai tanggung jawab profesi. Kebijakan tatalaksana dikomunikasikan secara berjenjang dan bertahap sesuai kebijakan nasional yang berlaku secara struktural direktif. Koordinasi, integrasi dan sinkronisasi dilakukan secara internal dan eksternal. Terbatasnya jumlah tenaga teknis pelaksana, dan belum terintegrasinya sistem informasi menyebabkan tingkat burnout mayoritas pelaksana kategori rendah sampai sedang, artinya tenaga kesehatan merasakan adanya tuntutan tugas yang tinggi dan mengganggu pikiran, dan waktu istirahat tetapi tidak mengganggu tugas, karena tata nilai budaya saling membantu dan ikhlas berkorban sebagai bentuk ibadah menjadi motivasi kuat pelaksana tugas.

## PENDAHULUAN

Dunia dihebohkan dengan adanya salah satu wabah yang berawal dari kota Wuhan Cina (Agustino, 2020; Fatmawati & Hendrayani, 2020; January, 2020; Khachfe et al., 2020; Plastow & Haddad, 2020; Pradana et al., 2020; Putri & R, 2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) memiliki angka kematian yang lebih tinggi dari wabah penyakit akibat virus yang pernah terjadi yaitu Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS CoV-2) atau SARS dan Middle East Respiratory Syndrome (MERS). Angka kematian COVID-19 sampai 16 Oktober 2020 yaitu 1.095.097 jiwa sedangkan kematian akibat SARS yang berakhir pada tahun 2003 yaitu 774 kematian dan MERS

pada tahun 2012 dan 2019 sebanyak 858 kematian (Ghahramani et al., 2023; Pang et al., 2021; Setiawati et al., 2021). Indonesia melaporkan kasus pertama pada tanggal 2 Maret 2020, dan terus meningkat serta menyebar dengan cepat di seluruh wilayah Indonesia. Hingga Senin (21 Juni 2021), COVID-19 telah menewaskan 54.956 orang, dengan tingkat kematian (Case Fatality Rate/CFR) Indonesia mencapai 2,7%. Persentase CFR Indonesia lebih besar dari 2,2% di seluruh dunia (Merdawati et al., 2021).

Penularan terjadi dari satu individu ke individu lain melalui droplet dari penderita termasuk dari kasus asimtomatik dan presimptomatik mulai dari 2,5 hari sampai gejala (Bouchnita & Jebrane, 2020; Catching et al., 2021; Sanchez et al., 2020). Hal ini memperberat penanggulangan karena sulit untuk deteksi dini karena penderita tidak menyadari sebagai pembawa (carrier) dan luput dari sistem surveilans kesehatan masyarakat (Mas-Coma et al., 2020; Tiwari et al., 2023).

Wabah penyakit menular akan berakhir apabila 60 % dari total penduduk dunia telah mendapatkan kekebalan atau kekebalan komunitas (Herd Immunity) yang diperoleh dari vaksinasi dan imunitas alami (Betsch et al., 2020; Randolph & Barreiro, 2020b, 2020a). Tetapi herd immunity yang terjadi secara alami tanpa vaksinasi akan memberikan dampak morbiditas dan mortalitas yang tinggi pada populasi rentan (Bhopal, 2020; Rasmussen, 2020; Sridhar & Gurdasani, 2021). Selama belum terbentuk Herd immunity selalu ada risiko outbreak selanjutnya, karena belum ada bukti klinis tentang kekebalan yang terbentuk pasca terinfeksi (Boehm et al., 2021; Conforti et al., 2020; Jones & Helmreich, 2020).

Penyebaran virus COVID-19, telah mendorong Pemerintah menerapkan berbagai kebijakan tatalaksana pencegahan dan pemutusan rantai penularan. Peraturan Pemerintah Nomor 21 tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), telah diikuti oleh berbagai kebijakan yang terkait pembatasan kegiatan masyarakat, seperti Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 3 tahun 2021 tanggal 5 Februari 2021 yang mengatur tentang pemberlakuan pembatasan kegiatan masyarakat (PPKM) berbasis mikro dan pembentukan posko penanganan COVID-19 di level desa dan kelurahan. Selanjutnya dengan lonjakan kasus yang terjadi di wilayah Jawa dan Bali, telah terbit Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 15 tahun 2021 mengatur pemberlakuan pembatasan kegiatan masyarakat (PPKM) darurat di wilayah tersebut yang secara periodik kemudian diperbaharui menyesuaikan dengan status level situasi pandemi yang terjadi.

Perubahan peraturan-peraturan tersebut telah berdampak langsung maupun tidak langsung terhadap pelayanan Puskesmas. Pemerintah sudah banyak mengeluarkan kebijakan untuk upaya penanggulangan kasus COVID19, pencegahan penyebaran dan mengurangi dampaknya di masyarakat setelah dikeluarkan Keppres Nomor 12 Tahun 2020 tentang penetapan covid-19 sebagai bencana nasional diantaranya Keputusan Menteri Kesehatan No.HK.01.07-MENKES/413/2020, tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 (edisi revisi 4) yang diubah dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07-MENKES-4641-2021 Tentang Panduan Pelaksanaan Pemeriksaan, Pelacakan, Karantina, Isolasi Dalam Pencegahan COVID-19 (edisi revisi 5), sebagai upaya pilihan setelah pemberlakuan PSBB dan PPKM yang memberikan dampak signifikan terhadap kondisi finansial dan sosial masyarakat akibat pembatasan mobilitas secara lokal dan regional sesuai angka kejadian kasus di setiap daerah.

Perubahan pedoman ini terkait dengan pelacakan kontak dan pemantauan isolasi mandiri yaitu pada perubahan pemeriksaan RT-PCR yang pada pedoman revisi 4 dilakukan pada semua kontak erat sedangkan pada revisi 5 hanya dilakukan pada kontak yang bergejala saja (suspect), kontak erat bukan hanya terbatas pada kontak kasus konfirmasi tetapi dengan kontak kasus probable baik yang masih hidup maupun yang telah meninggal, dan pernyataan bebas isolasi mandiri diberikan tanpa harus dikonfirmasi dengan pemeriksaan RT-PCR. Pedoman ini merupakan revisi ke 5 dari pedoman pertama yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI tentang Pedoman Kesiapsiagaan Menghadapi Coronavirus Disease (COVID-19). Kota Banjar, melaporkan kasus COVID-19 pertama kali pada bulan April 2020, dan kasus terus meningkat sampai dengan 10

Oktober 2020 total kasus sebanyak 3197 orang dan kematian sebanyak 192 orang (Kominfo Banjar, 2020).

Sesuai pedoman, pelacakan kontak dilakukan dengan cara manual oleh petugas surveilans Puskesmas di seluruh Indonesia. Puskesmas melakukan pelacakan kontak dan pemantauan isolasi mandiri berdasarkan prinsip pertanggungjawaban wilayah. Puskesmas akan melaksanakan pelacakan kontak dan pemantauan isolasi mandiri sesuai dengan alamat tempat tinggal kasus index. Di Kota Banjar terdapat 10 Puskesmas yang tersebar di 8 Kecamatan. Kebijakan Pelacakan kontak erat dan pemantauan isolasi mandiri harus diimplementasikan oleh para implementor sesuai tupoksinya masing-masing. Puskesmas di seluruh Indonesia berkoordinasi dengan satgas COVID-19 tingkat kecamatan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan di lapangan sedangkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab di tingkat kota sebagai supervisor dan pencapaian tujuan dari kebijakan tersebut. Menurut Edward III untuk keberhasilan dari implementasi suatu kebijakan dipengaruhi 4 faktor yaitu komunikasi, disposisi, sumber daya dan struktur birokrasi. Puskesmas harus mempunyai kemampuan untuk memastikan keterlaksanaan dari keempat faktor tersebut secara kondusif, agar tujuan dari kebijakan penanggulangan COVID-19 dengan mencegah penyebaran penyakit melalui peningkatan kecepatan pelacakan kontak erat sehingga karantina kontak/isolasi tidak tertunda, memastikan kasus tetap pada clusternya, tidak ada yang drop out pada pelaksanaan karantina/isolasi sehingga rantai penularan akan terhenti dan pandemi akan segera berakhir melalui otoritas Puskesmas.

Burnout menurut Maslach didefinisikan sebagai tiga komponen sindrom kelelahan emosional (emotional exhaustion), depersonalisasi (depersonalization), dan rendahnya penghargaan terhadap kemampuan diri sendiri (low personal accomplishment), dan merupakan suatu respon terhadap stressor interpersonal terkait dengan pekerjaan.

1. Emotional Exhaustion, berupa kelelahan yang berkepanjangan fisik, mental, maupun emosional, tidak mampu menyelesaikan masalah, tetap merasa lelah meski sudah istirahat yang cukup, dan kurang energi dalam melakukan aktivitas (Leiter & Maslach, 1988).
2. Depersonalization, yang ditandai dengan sikap sinis, cenderung menarik diri dari lingkungan kerja. Perilaku negatif seperti ini dapat memberikan dampak yang serius pada efektifitas kerja (Leiter & Maslach, 1988).
3. Personal Accomplishment, berupa perasaan negatif, tidak senang dan kurang puas terhadap pekerjaannya, hasil evaluasi diri yang buruk, rendahnya hubungan antar personal, kehilangan semangat, penurunan produktivitas, dan kurangnya kemampuan beradaptasi (Jackson & Maslach, 1982; Xiaoming et al., 2014).

Dampak Burnout syndrome adalah perubahan kondisi psikopatologis berupa kecemasan, perilaku obsesif kompulsif, depresi, dan kecanduan yang dapat meningkatkan sitokin pro-inflamasi, aktivitas makrofag dan beberapa protein fase akut yang berkaitan dengan reaksi stres dan kecemasan, dan setiap peningkatan stress akan menurunkan sistem imun dan meningkatkan resiko tertular seseorang (García-Bueno et al., 2008; Gianola et al., 2015). Pemerintah perlu mengetahui tingkat burnout petugas untuk mendapat gambaran ketahanan tenaga kesehatan dalam menghadapi masa krisis seperti pandemic covid 19.

## **METODE**

Metode penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Unit analisis penelitian tatalaksana covid 19 ini mengikuti model Edward III dengan fokus penelitian pada 4 aspek yakni komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi serta kejadian burnout pelaksana. dalam tatalaksana covid 19 mencakup tracking, tracing, isolasi, edukasi dan vaksinasi serta kejadian burnout pelaksana selama pelaksanaan tatalaksana Covid-19.

Subjek penelitian ditentukan secara purposive pada 5 puskesmas dengan mempertimbangkan keterwakilan karakteristik puskesmas. Subjek terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan, Kepala

Puskesmas dan tenaga surveilans dan tenaga kesehatan serta masyarakat penyintas covid 19 sebanyak 24 orang, dan 124 orang tenaga kesehatan sebagai subjek identifikasi burnout yang ditentukan secara simple random sampling.

Data pelaksanaan tatalaksana covid 19 dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, diskusi kelompok terarah dan studi dokumentasi. Data burnout dikumpulkan menggunakan kuesioner Maslach Burnout Inventory (MBI) dan wawancara. Analisa data menggunakan teknik kualitatif yaitu reduksi, dan interpretasi data, validasi data dengan triangulasi terhadap sumber data dan metode, serta menyimpulkan.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Pelaksanaan Tracking, tracing dan isolasi mandiri**

Sistem tatalaksana pandemic covid19 sejak awal sampai dengan tahun 2022 sudah mengalami 5 kali perubahan kebijakan yang harus diadaptasi oleh petugas di lapangan. Perubahan kebijakan meliputi perubahan sebutan dan kriteria kasus, tatalaksana kasus di tatanan pelayanan, pengadaan sarana prasarana dan tata kelola kasus dalam wilayah. Perubahan-perubahan ini sering menjadi informasi yang tidak lengkap sampai ke masyarakat, sehingga menciptakan situasi kurang kondusif antara masyarakat dan petugas. Ditambah dengan banyaknya sumber informasi dengan tujuan yang berbeda-beda dalam berbagai media yang mudah diakses masyarakat.

Hasil tracking dari total penduduk Kota Banjar sebanyak 203.429 jiwa diperoleh temuan kasus yang aktif sebanyak 5241 orang, dengan jumlah sembuh 5093 orang, dan meninggal 148 orang (Wishnuwardhana et al., 2022). Capaian tracking kasus 75%, dari target 80% dengan kasus varian omicron lebih banyak. Artinya pelacakan kasus dapat dilakukan dengan teridentifikasinya varian kasus sesuai dengan varian yang berkembang. Tracking di masyarakat dan di puskesmas dilakukan oleh laboran dibantu petugas surveilan dan petugas klinik. Sementara itu jumlah tenaga laboran di setiap puskesmas rata-rata 2 orang, jumlah tenaga surveilans 2 orang, dengan pelayanan puskesmas yang tetap berjalan seperti biasa, walaupun pada masa awal pandemi jumlah kunjungan menurun, dengan prioritas pasien mengalami kegawatdaruratan, atau bukan komorbid.

Ketertelusuran kontak erat (tracing) dapat dilaksanakan dengan capaian rata-rata < 15 orang dari target lebih dari 15 kontak erat per kasus terkonfirmasi. Tracing dilakukan oleh petugas surveilan yang terdiri dari tenaga promosi kesehatan, epidemiologi, bidan, perawat, dan dokter, dibantu satgas masyarakat mulai RT/RW/Kelurahan, serta grup whatsapp. Data hasil deteksi (tracking dan tracing) dilaporkan kepada Dinkes, Satgas kota, Public Safety Centre (PSC), maupun sektor lain (dinas sosial, kepolisian, TNI) yang memerlukan, baik secara manual maupun komputer.

Sedangkan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) dilaksanakan baik secara terbuka dan langsung, atau melalui media oleh multi sektor dibawah kendali satgas dan gugus komunikasi, secara berkala atau waktu tertentu, pada sasaran umum dan khusus. Tidak ada batasan jam kerja bagi petugas puskesmas untuk memberikan informasi dan edukasi kepada masyarakat baik secara langsung maupun media komunikasi. Hal ini tergambar dengan banyaknya grup whatsapp pada handphone petugas untuk layanan komunikasi dengan pasien isolasi mandiri, RT/RW, sesama petugas puskesmas, kelompok satgas maupun dengan petugas lintas sektor lainnya untuk tujuan koordinasi memperpendek jalur pengiriman data dan informasi.

Isolasi kasus konfirmasi dilaksanakan secara mandiri (isoman) dan terpadu (isoter). Pasien dengan riwayat kontak erat, atau bergejala ringan, dilakukan isoman. tetapi tidak semua pasien isoman dapat dipantau oleh tenaga kesehatan karena keterbatasan tenaga dan waktu, sehingga didelegasikan kepada satgas RT dan RW atau melalui media komunikasi. Kendala isomer adalah penolakan karena alasan ekonomi, dan keengganan mengurangi aktifitas sampai dinyatakan negatif, minimal 14 hari. Warga sekitar dihimbau membantu pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien isoman, agar tetap di rumah. Bahkan petugas harus memberikan layanan sekaligus

sumbangan sukarela untuk mensukseskan tujuan isolasi, karena tidak semua kelurahan/desa memiliki alokasi dana sosial. Sementara bantuan sosial dari pemerintah diterima tidak sesuai waktu dibutuhkan, karena bantuan diberikan setelah proses Panjang mulai pendataan, validasi data dan persetujuan penganggaran.

Isoter dianjurkan bagi pasien terkonfirmasi dengan gejala sedang. Lokasi isoter di kota Banjar adalah RS Asih Husada Langensari. Kendalanya adalah tempat isoter tenaganya menunggu bantuan dari puskesmas dan rumah sakit, serta sarana prasarana sangat terbatas. Pasien yang terkonfirmasi gejala sedang-berat dirujuk ke RS daerah. Pada masa puncak pandemi layanan rujukan terkendala dengan terbatasnya kapasitas RS, dan sarana prasarananya yang tidak memadai, sehingga pasien perlu antri dan terpaksa di layani seadanya di ruang kosong. Hal ini menimbulkan kekecewaan pasien terhadap RS, sehingga masyarakat yang mengalami gejala seperti covid 19, menolak diperiksa karena takut dirawat.

Selain itu, untuk tujuan mencegah penularan, puskesmas dilibatkan dalam penjemputan dan penguburan pasien yang dapat terjadi kapan saja, sehingga tenaga kesehatan dituntut selalu siap siaga 24 jam setiap hari. Kegiatan pencegahan lain adalah vaksinasi dengan target 70% warga sasaran mendapat vaksinasi. Cakupan vaksinasi di kota Banjar per Agustus 2021 sebesar 40%, capaian meningkat pada Agustus 2022 vaksin dosis 1 sebesar 88.20%, vaksin dosis 2 sebesar 74% serta vaksin booster sebesar 42.13% dari kumulatif yang dilaksanakan oleh berbagai sentra vaksin. Vaksinasi dilakukan sesuai kelompok usia, di sentra vaksin dan layanan door to door. Partisipasi sasaran yang masih rendah berkaitan dengan ketidakpercayaan masyarakat terhadap vaksin baik kandungannya maupun dampaknya, akibat banyaknya informasi yang berkembang dari berbagai sumber dengan berbagai kepentingan yang membentuk persepsi masyarakat, serta kepercayaan menurun terhadap petugas karena dianggap tidak konsisten dengan aturan PPKM dan vaksinasi. Untuk meningkatkan cakupan, pelaksanaan vaksin dilakukan door to door dengan didampingi aparat keamanan atau tokoh masyarakat baik pada jam kerja maupun di luar jam kerja. Peningkatan beban kerja vaksinasi tidak diimbangi dengan insentif yang memadai.

## Tingkat Burnout petugas

	f	%
Jenis Kelamin	106	85,5
Wanita		
Laki-laki	18	14,5
Usia		
Lansia	15	12,1
Dewasa	98	79,9
Remaja	11	8,9
Lama Tugas		
1-3 bulan	6	4,8
4-6 bulan	7	5,6
7-9 bulan	3	2,4
10-12 bulan	12	9,7
>12 bulan	96	77,4
Pendidikan		
SMA/ sederajat	2	1,6
D3	72	58,1
D4/S1	48	38,7
Magister	2	1,6

**Table 1.** Distribusi Frekuensi Tenaga Kesehatan Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Pendidikan dan Lama Waktu Sebagai Petugas (n =124)

Tabel 1 menunjukkan karakteristik responden sebagian besar wanita (85,5%), dengan usia sebagian besar dewasa (79,9%), lama tugas Sebagian besar lebih dari 1 tahun (77,4%) dan hanya sebagian kecil (1,6%) tidak berpendidikan tinggi kesehatan.

Tingkat Burnout	f	%
Tinggi	1	8
Sedang	90	72,6
Rendah	33	26,6
Total	124	100

**Table 2.** *Tingkat Burnout*

Tabel 2 menunjukkan bahwa hanya sedikit (8%) petugas yang mengalami burnout tingkat tinggi, yang dirasakan sebagai dampak melaksanakan tugas selama masa pandemic, yang ditandai dengan terpaparnya kasus dan harus mendapat perawatan di RS. Petugas merasa terpanggil dan wajib memberikan bantuan kemanusiaan dan bantuan professional secara maksimal. Nilai-nilai sosial religius seperti berbuat baik, berkorban untuk menyelamatkan nyawa orang lain, ikhlas, silih asah, silih asih dan silih asuh, bahagia apabila dapat membantu meringankan beban orang lain serta ibadah menjadi tata nilai yang diyakini membangkitkan motivasi dan gairah untuk bertugas. Kondisi krisis menjadi sarana berbuat baik kepada masyarakat yang membutuhkan.

Keberhasilan tatalaksana pandemic covid19 di tingkat puskesmas kota Banjar didukung oleh kegigihan petugas, dan dukungan lintas sektor sampai ke tingkat RT. Petugas puskesmas beradaptasi dengan perubahan tatalaksana selama pandemi COVID-19 dengan melakukan beberapa upaya, antara lain beradaptasi dengan perubahan tatalaksana selama pandemi COVID-19 dengan melakukan upaya adaptasi pelayanan kesehatan, pemantauan kondisi kesehatan secara daring, pengaturan pelayanan program di Puskesmas, dan pelaksanaan protokol kesehatan yang ketat. Hal ini menunjukkan kegigihan petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang terus beradaptasi dengan situasi pandemic. Peran ketahanan (resilience) dalam profesional kesehatan, termasuk petugas kesehatan. Ketahanan yang tinggi pada petugas kesehatan dapat membantu mereka tetap gigih dan beradaptasi di tengah kondisi krisis, seperti pandemi COVID-19 (Barzilay et al., 2020; Panagioti et al., 2018). (Panagioti et al., 2018) menggarisbawahi pentingnya ketahanan sebagai faktor yang membantu petugas kesehatan menghadapi tekanan dan tantangan yang berat. Dampak psikologis pandemi COVID-19 pada petugas Kesehatan. Petugas kesehatan yang gigih dan tangguh memiliki kemampuan untuk menghadapi tekanan dan stres yang tinggi. Mereka mampu menjaga kesehatan mental dan tetap fokus dalam memberikan perawatan yang diperlukan di tengah kondisi krisis (Kisely et al., 2020; Strathearn et al., 2020).

Hal tersebut sangat relevan dengan data tingkat burnout petugas yang berada dalam kategori sedang dan rendah dengan gambaran tuntutan pekerjaan yang tinggi dirasakan petugas disertai adanya sakit kepala, pegal di punggung dan di bagian tubuh yang lain dan seolah olah tidak hilang meski sudah beristirahat sampai dengan merasa sulit tidur, tidak fokus dalam bekerja, serta sulit berkonsentrasi. Tetapi semua itu tidak menjadi hambatan bekerja, karena adanya faktor sosial spiritual yang tinggi dari tata nilai budaya Sunda dan religius yang lebih kuat seperti keinginan rasa kemanusiaan dan keinginan mengabdikan sebagai sarana ibadah.

(Morgantini et al., 2020) menjelaskan tentang stres kerja, kelelahan emosional (burnout), dan ketahanan pada petugas kesehatan selama pandemi COVID-19, bahwa kegigihan dan ketahanan petugas kesehatan merupakan faktor penting dalam menghadapi tekanan dan beban kerja yang tinggi (Soares et al, 2022). Dalam kondisi krisis seperti pandemi, petugas kesehatan yang gigih memiliki kemampuan untuk tetap melanjutkan tugas dan memberikan perawatan berkualitas kepada pasien. Beberapa penelitian menunjukkan hubungan yang bermakna antara kematangan emosi dan kejadian kelelahan mental, antara kesejahteraan psikologis dan kejadian kelelahan mental, serta antara penyesuaian diri dan kejadian kelelahan mental dan faktor yang paling berhubungan dengan kelelahan mental adalah kesejahteraan psikologis (Ibrahim et al., 2023).

Temuan-temuan di atas memberikan pemahaman mendalam tentang peran pentingnya perhatian pada kesejahteraan psikologis yang mendukung kegigihan petugas kesehatan dalam menghadapi kondisi krisis, disamping penguasaan kompetensi, pemenuhan sarana prasarana dan disiplin melaksanakan standar.

## **KESIMPULAN**

Implementasi kebijakan tatalaksana covid 19 tingkat puskesmas di Banjar yang meliputi tracing, tracking, isolasi, edukasi, dan vaksinasi belum seluruhnya mencapai target nasional, terutama untuk tracing, pemantauan isolasi mandiri dan vaksinasi. Pelaksanaan kebijakan tatalaksana covid 19 di kota Banjar dipengaruhi oleh 4 faktor yaitu komunikasi, sumberdaya, disposisi dan struktur birokrasi yang saling berhubungan. Pelaksana sudah memahami kebijakan sesuai fungsi pelaksana sehingga menjadi tugas melekat, kebijakan tentang tatalaksana dikomunikasikan secara berjenjang dan bertahap sesuai kebijakan nasional yang berlaku secara struktural direktif. Koordinasi, integrasi dan sinkronisasi dilakukan secara internal dalam bentuk layanan rujukan, konsultasi dan kolaborasi pelayanan, pelaporan dan pembinaan tenaga, serta dengan pihak eksternal secara lintas sektor, ormas, kelompok masyarakat dalam bantuan pelacakan kasus, pengawasan isolasi mandiri, edukasi dan penegakkan disiplin protokol kesehatan, pelaporan kasus. Faktor pendukung pelaksanaan tatalaksana covid 19 yaitu tingginya motivasi pelaksana dan dukungan pihak eksternal. Faktor penghambatnya adalah keterbatasan SDM pelaksana di luar gedung dan sistem pelaporan belum terintegrasi dan tersinkronisasi. Kurangnya jumlah tenaga pelaksana, sistem koordinasi terintegrasi dan tersinkronisasi nya data dan pelaporan yang terkoreksi oleh kegigihan pelaksana yang tinggi, sehingga mayoritas tenaga kesehatan memiliki tingkat burnout sedang-rendah.

Mengingat potensi pandemi yang masih ada, diharapkan kebijakan tatalaksana covid 19 selain bersifat reaktif juga antisipatif dan komprehensif. Sehingga menjadi pedoman yang berkelanjutan dan terarah dalam struktur tanggung jawab pihak-pihak yang terlibat, terutama dalam menetapkan peran fungsi sektor-sektor pendukung dalam setiap kegiatan, mengingat tatalaksana kasus seperti covid 19 ini memerlukan kesamaan persepsi. Selain itu karena sektor kesehatan termasuk dalam otonomi daerah, maka pemerintah daerah perlu mengimplementasikan kebijakan pusat dalam peraturan daerah berupa petunjuk teknis tatalaksana sesuai kondisi dan potensi daerah, seperti pengalokasian dana yang siap pakai, penyediaan tenaga kesehatan cadangan melalui rekrutmen relawan potensial melalui peningkatan jejaring dengan lembaga pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan di daerah yang sudah memiliki kompetensi tertentu, serta optimalisasi sistem informasi terintegrasi berbasis komputer yang dapat dimanfaatkan oleh semua pihak berkepentingan.

## **Ucapan Terima Kasih**

Ucapan terima kasih disampaikan kepada dr. H. Andi Bastian, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Banjar beserta jajaran yang sudah memfasilitasi terlaksananya penelitian ini.

## **DAFTAR PUSTAKA**

Agustino, L. (2020). Analisis Kebijakan Penanganan Wabah Covid-19 : Pengalaman Indonesia Analysis Of Covid-19 Outbreak Handling Policy : The Experience Of Indonesia. *Jurnal Borneo Administrator*, 16(2), 253-270.

Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D. M., DiDomenico, G. E., Brown, L. A., White, L. K., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2020). Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry*, 10(1), 291. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00982-4>

Betsch, C., Wieler, L., Bosnjak, M., Ramharter, M., Stollorz, V., Omer, S., Korn, L., Sprengholz, P.,



- Felgendreff, L., Eitze, S., & Schmid, P. (2020). COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO): Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours, and public trust in the current coronavirus outbreak. *PsychArchives*, 1-6.
- Boehm, E., Kronig, I., Neher, R. A., Eckerle, I., Vetter, P., & Kaiser, L. (2021). Novel SARS-CoV-2 variants: the pandemics within the pandemic. *Clinical Microbiology and Infection*, 27(8), 1109-1117. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.05.022>
- Bouchnita, A., & Jebrane, A. (2020). A hybrid multi-scale model of COVID-19 transmission dynamics to assess the potential of non-pharmaceutical interventions. *Chaos, Solitons and Fractals*, 138, 109941. <https://doi.org/10.1016/j.chaos.2020.109941>
- Catching, A., Capponi, S., Yeh, M. Te, Bianco, S., & Andino, R. (2021). Examining the interplay between face mask usage, asymptomatic transmission, and social distancing on the spread of COVID-19. *Scientific Reports*, 11(1), 15998. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-94960-5>
- Conforti, C., Dianzani, C., Agozzino, M., Giuffrida, R., Marangi, G. F., Di Meo, N., Morariu, S. H., Persichetti, P., Segreto, F., Zalaudek, I., & Neagu, N. (2020). Cutaneous manifestations in confirmed covid-19 patients: A systematic review. *Biology*, 9(12), 1-28. <https://doi.org/10.3390/biology9120449>
- Fatmawati, A., & Hendrayani, S. Y. (2020). the Risk Perception of Covid-19 in Indonesia. *Jurnal Vokasi Keperawatan (JVK)*, 3(2), 103-108. <https://doi.org/10.33369/jvk.v3i2.11271>
- García-Bueno, B., Caso, J. R., & Leza, J. C. (2008). Stress as a neuroinflammatory condition in brain: Damaging and protective mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32(6), 1136-1151. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.04.001>
- Ghahramani, S., Kasraei, H., Hayati, R., Tabrizi, R., & Marzaleh, M. A. (2023). Health care workers' mental health in the face of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 27(2), 208-217. <https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2101927>
- Gianola, D., de los Campos, G., Toro, M. A., Naya, H., Schön, C. C., & Sorensen, D. (2015). Do molecular markers inform about pleiotropy? *Genetics*, 201(1), 23-29. <https://doi.org/10.1534/genetics.115.179978>
- Ibrahim, M., Tiete, J., Noël, J., Pipo, C., Dethare, E., Van Hove, O., & Foucart, J. (2023). Mental health outcomes in physiotherapists in COVID-19 and non-covid-19 care units: a cross-sectional survey in Belgium. *European Journal of Physiotherapy*, 11, 612241. <https://doi.org/10.1080/21679169.2023.2213255>
- Jackson, S. E., & Maslach, C. (1982). After-effects of job-related stress: Families as victims. *Journal of Organizational Behavior*, 3(1), 63-77. <https://doi.org/10.1002/job.4030030106>
- January, S. (2020). Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 Resource Centre Is Hosted on Elsevier Connect, the Company's Public News and Information.
- Jones, D., & Helmreich, S. (2020). A history of herd immunity. *The Lancet*, 396(10254), 810-811. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31924-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31924-3)
- Khachfe, H. H., Chahrour, M., Sammouri, J., Salhab, H., Makki, B. E., & Fares, M. (2020). An epidemiological study on COVID-19: a rapidly spreading disease. *Cureus*, 12(3).
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence,

prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *The BMJ*, 369. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>

Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297-308. <https://doi.org/10.1002/job.4030090402>

Mas-Coma, S., Jones, M. K., & Marty, A. M. (2020). COVID-19 and globalization. *One Health*, 9(April). <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2020.100132>

Merdawati, L., Krisdianto, B. F., Roberto, M., Mailani, F., Lenggogeni, D. P., & Mutia, R. (2021). The Development of Blended Learning Method in the Medical Surgical Nursing Courses IV in Pandemic Covid -19 at Faculty of Nursing Universitas Andalas. *Proceedings of the 3rd International Conference on Educational Development and Quality Assurance (ICED-QA 2020)*, 506, 615-617. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210202.106>

Morgantini, L. A., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J. M., Crivellaro, S., Moreira, D., Abern, M., Eklund, M., Vigneswaran, H. T., & Weine, S. M. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS ONE*, 15(9 September), e0238217. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>

Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Peters, D., Hodkinson, A., Riley, R., & Esmail, A. (2018). Association between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 178(10), 1317-1330. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>

Pang, N. T. P., Imon, G. N., Johoniki, E., Mohd Kassim, M. A., Omar, A., Rahim, S. S. S. A., Hayati, F., Jeffree, M. S., & Ng, J. R. (2021). Fear of COVID-19 and COVID-19 stress and association with sociodemographic and psychological process factors in cases under surveillance in a frontline worker population in borneo. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7210. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137210>

Plastow, R., & Haddad, F. S. (2020). Impact of COVID-19 on research. 531-533. <https://doi.org/10.1302/2046-3758.98.BJR-of>

Pradana, M., Syahputra, S., Wardhana, A., Kartawinata, B. R., & Wijayangka, C. (2020). The Effects of Incriminating COVID-19 News on the Returning Indonesians' Anxiety. *Journal of Loss and Trauma*, 0(0), 1-6. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1771825>

Putri, R. ., & R, O. (2020). Evaluation the Efectiveness Online Class on Fudamental Biophysics Class During COVID 19 Quarantine. *Semesta*, 3(1), 65-70.

Randolph, H. E., & Barreiro, L. B. (2020a). Herd immunity: understanding COVID-19. *Immunity*, 52(5), 737-741.

Randolph, H. E., & Barreiro, L. B. (2020b). Herd Immunity: Understanding COVID-19. *Immunity*, 52(5), 737-741. <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2020.04.012>

Sanchez, G. V., Biedron, C., Fink, L. R., Hatfield, K. M., Polistico, J. M. F., Meyer, M. P., Noe, R. S., Copen, C. E., Lyons, A. K., Gonzalez, G., Kiama, K., Lebednick, M., Czander, B. K., Agbonze, A., Surma, A. R., Sandhu, A., Mika, V. H., Prentiss, T., Zervos, J., ... Rehman, N. K. (2020). Initial and Repeated Point Prevalence Surveys to Inform SARS-CoV-2 Infection Prevention in 26 Skilled Nursing Facilities — Detroit, Michigan, March–May 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly*



Report, 69(27), 882–886. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6927e1>

Setiawati, R., Widyoningroem, A., Handarini, T., Hayati, F., Basja, A. T., Surya, A. R. D., Putri, Jaya, M. G., Andriani, J., Tanadi, M. R., & Kamal, I. H. (2021). Modified chest X-ray scoring system in evaluating severity of COVID-19 patient in dr. Soetomo general hospital Surabaya, Indonesia. *International Journal of General Medicine*, 14, 2407–2412. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S310577>

Soares et al. (2022). Single-Dose Psilocybin for a Treatment-Resistant Episode of Major Depression. *The New England Journal of Medicine*, 387(18), 1637–1648.

Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., & Abajobir, A. (2020). Long-term Cognitive, Psychological, and Health Outcomes Associated With Child Abuse and Neglect. *Pediatrics*, 146(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0438>

Tiwari, A., Adhikari, S., Kaya, D., Islam, M. A., Malla, B., Sherchan, S. P., Al-Mustapha, A. I., Kumar, M., Aggarwal, S., Bhattacharya, P., Bibby, K., Halden, R. U., Bivins, A., Haramoto, E., Oikarinen, S., Heikinheimo, A., & Pitkänen, T. (2023). Monkeypox outbreak: Wastewater and environmental surveillance perspective. *Science of the Total Environment*, 856, 159166. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2022.159166>

Wishnuwardhana, M., Nindya, M., Fernandez, G., & Jovito, A. (2022). Comorbidities and COVID-19 severity in pediatric patients: systematic review and meta-analysis. *Paediatrica Indonesiana(Paediatrica Indonesiana)*, 62(1), 51–60. <https://doi.org/10.14238/pi62.1.2022.51-60>

Xiaoming, Y., Ma, B. J., Chang, C. L., & Shieh, C. J. (2014). Effects of workload on burnout and turnover intention of medical staff: A study. *Studies on Ethno-Medicine*, 8(3), 229–237. <https://doi.org/10.31901/24566772.2014/08.03.04>