

BURNOUT IN ACADEMIC PHYSICIAN DURING COVID-19 PANDEMIC

Dian Puspita Sari¹, Yoga Pamungkas Susani^{1*}, Emmy Amalia¹

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Mataram, Mataram – INDONESIA

Submitted: 11 Mar 2021; Final Revision from Authors: 12 Jun 2021; Accepted: 22 Jun 2021

ABSTRACT

Background: The COVID-19 pandemic has caused tremendous and abrupt changes in all aspects of social life, including healthcare and education. It has caused stress and psychological impact on physicians and other healthcare workers globally. Exposure to chronic occupational stress can lead to burnout. The multiple responsibilities of academic physicians potentially lead to a higher risk of burnout, particularly during this pandemic. This study aimed to obtain burnout profiles in academic physicians and factors associated with burnout during the COVID-19 pandemic.

Methods: This was a cross-sectional study. The MBI-HSS was used to measure the three dimensions of burnout. Academic physicians' perception of distance learning, involvement in the clinical care of COVID-19 patients, involvement in faculty management, and healthcare facilities management were also included in the survey.

Results: Among 42 participants (response rate 56%), 45.2% provided care to COVID-19 patients, 42.9% were involved in the management of healthcare facilities, and 35.7% in faculty management. Median of Emotional Exhaustion (EE) was 12 (1-35), Depersonalization (DP) 6 (0-19) and Personal Accomplishment (PA) 32.5 (16-47). Based on Z-score for each dimension, 23.8% have high EE, 16.7% high DP, 50% low PA, and 11.9% categorized as burnout. Involvement in healthcare facilities management and providing care for COVID-19 patients were significantly associated with higher EE ($p = .030$ and $p = .029$ respectively), while the perception of the workload of distance learning associated significantly with higher EE ($p = .046$) and DP ($p = .014$).

Conclusion: Workload related to clinical work, healthcare management, and distance learning, associated with higher burnout in academic physicians during COVID-19 pandemic.

Keywords: burnout, academic physician, COVID-19 pandemic

ABSTRAK

Latar belakang: Pandemi COVID-19 telah menyebabkan perubahan mendadak dan drastis pada berbagai aspek kehidupan sosial, termasuk dalam pelayanan kesehatan dan pendidikan. Pandemi ini telah menyebabkan stres dan dampak psikologis bagi dokter dan tenaga kesehatan secara global. Paparan kronis terhadap stres dapat menyebabkan terjadinya *burnout*. Berbagai tanggung jawab dokter akademisi berpotensi meningkatkan risiko mengalami *burnout*, terutama pada masa pandemi ini. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui profil *burnout* pada dokter akademisi dan faktor-faktor yang memengaruhinya di masa pandemi COVID-19.

Metode: Studi observasional analitik dengan desain potong lintang. Instrumen *Maslach Burnout Inventory* (MBI) - HSS digunakan untuk menilai ketiga dimensi *burnout*. Kuesioner yang digunakan juga menilai persepsi

*corresponding author, contact: yoga.pamungkas.s@unram.ac.id

dosen mengenai pembelajaran jarak jauh (PJJ), keterlibatan dosen dalam pelayanan klinis, penanganan COVID-19, serta keterlibatan dosen dalam manajemen fakultas maupun fasilitas pelayanan kesehatan.

Hasil: Dari 42 partisipan (*response rate* 56%), 45,2% terlibat menangani COVID-19, 42,9% terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan, dan 35,7% dalam manajemen fakultas. Median skor *Emotional Exhaustion* (EE) 12 (1-35), *Depersonalization* (DP) 6 (0-19) dan *Personal Accomplishment* (PA) 32,5 (16-47). Berdasarkan Z-score untuk setiap dimensi, 23,8% tergolong high EE, 16,7% high DP, 50% low PA, dan 11,9% mengalami *burnout*. Keterlibatan dalam manajemen pelayanan kesehatan ($p = ,030$) dan penanganan COVID-19 ($p = ,029$) berhubungan signifikan dengan skor EE, sementara persepsi mengenai beban PJJ berhubungan signifikan dengan skor EE ($p = ,046$) dan skor DP ($p = ,014$).

Kesimpulan: Beban pelayanan kesehatan dan pembelajaran selama masa pandemi berhubungan dengan *burnout* yang lebih tinggi pada dosen pendidikan dokter selama masa pandemi COVID-19.

Kata kunci: *burnout*, dokter akademisi, pandemi COVID-19

PRACTICE POINTS

- Pandemi COVID-19 menyebabkan perubahan pada beban kerja klinis, sistem pelayanan kesehatan dan juga kegiatan pendidikan yang memengaruhi *burnout* pada dokter akademisi.
- Respon psikologis yang dialami oleh dokter dan tenaga kesehatan dalam situasi pandemi ini harus dipandang sebagai suatu hal yang normal, begitupun upaya untuk mencari pertolongan profesional ketika dibutuhkan
- Strategi mencegah dan mengatasi *burnout* memerlukan pendekatan pada level individual maupun organisasi.

PENDAHULUAN

Istilah *burnout* pertama kali digunakan oleh Freudenberg¹ untuk menggambarkan hilangnya motivasi atau dorongan yang dialami seseorang ketika kerja keras atau pengabdian terhadap suatu tujuan atau suatu hubungan tidak berhasil seperti yang diharapkan. *Burnout* memiliki tiga dimensi: kelelahan emosional (*emotional exhaustion* - EE) atau perasaan terkuras oleh tuntutan pekerjaan yang menghabiskan sumber daya fisik dan emosional seseorang; depersonalisasi (DP), yaitu hilangnya rasa keterhubungan terhadap pekerjaan yang bermanifestasi pada sikap negatif atau sinis; serta perasaan tidak efektif dalam melakukan pekerjaan, atau rendahnya persepsi mengenai pencapaian diri (*low Personal Accomplishment* - PA). Menurut *International Classification of Disease* edisi ke-11,

kondisi ini bukanlah suatu kondisi medis, melainkan fenomena yang berkaitan dengan pekerjaan seseorang.² Sindrom psikologis ini merupakan respon terhadap paparan stres yang berkepanjangan dalam pekerjaan, khususnya yang bersifat interpersonal.³

Sejak sebelum pandemi COVID-19 terjadi, *burnout* pada profesi dokter dinilai telah menjadi epidemi global.⁴ Suatu kajian sistematik menyebutkan bahwa prevalensi *burnout* pada dokter yang ditemukan dari 182 studi di 45 negara bervariasi antara 0 sampai 80,5%.⁵ Lebarnya rentang prevalensi *burnout* ini disebabkan karena variasi pada instrumen pengukuran, serta kriteria penentuan *burnout* yang digunakan. Instrumen yang paling sering digunakan adalah *Maslach Burnout Inventory Human Service Survey* (MBI-HSS).⁵

Meningkatnya perhatian terhadap *burnout* pada dokter salah satunya disebabkan karena penelitian menunjukkan prevalensinya semakin meningkat. Suatu penelitian longitudinal pada 6880 dokter dari berbagai spesialisasi di US menemukan bahwa dokter yang mengalami setidaknya satu dimensi *burnout* meningkat dari 45,5% di tahun 2011 menjadi 54,5% pada tahun 2014.⁶ Penelitian lain di US juga menunjukkan bahwa proporsi dokter yang mengalami *burnout* secara signifikan lebih tinggi dibandingkan populasi umumnya (37,9% dibandingkan 27,8%).⁷ Ketika dibandingkan dengan individu yang memiliki pendidikan profesional atau doktoral di bidang lainnya, dokter yang mengalami *burnout* juga secara signifikan lebih tinggi (39,8% dibandingkan 28,8%).⁸ Penelitian-penelitian di Eropa juga menunjukkan prevalensi *burnout* yang mengkhawatirkan. Di UK, sebuah kajian sistematis melaporkan prevalensi dokter yang mengalami kelelahan emosi berkisar antara 31% hingga 54,3%, sementara yang mengalami depersonalisasi berkisar antara 17,4% hingga 44,5%, dan terdapat 6% hingga 39,4% dokter yang memiliki persepsi pencapaian diri yang rendah.⁹ Sementara di Perancis, sebuah kajian sistematis dan meta-analisis menemukan bahwa 49% dokter di Perancis mengalami setidaknya satu dimensi *burnout*, dan 5% mengalami *burnout* pada ketiga dimensi.¹⁰ Di Asia, kajian sistematis lain terhadap penelitian mengenai *burnout* pada dokter di China oleh Lo *et al.*¹¹ menemukan bahwa 66,5 - 87,8% dokter di China mengalami *burnout*. Di Indonesia, penelitian mengenai *burnout* pada dokter masih sangat terbatas. Sutoyo, Kurniadi & Fuadi¹² pada penelitiannya terhadap 89 dokter peserta pendidikan spesialis anestesi menemukan 44% partisipan mengalami *burnout*.

Faktor-faktor yang berhubungan dengan pekerjaan dan karakteristik personal meningkatkan risiko dokter mengalami *burnout*.^{11,13} Tingginya tuntutan pekerjaan (beban kerja dan tanggung jawab), komitmen terhadap pekerjaan, kurangnya kendali terhadap pekerjaan, rendahnya penghargaan kerja, serta kurangnya kewenangan membuat keputusan dan kurangnya dukungan sosial merupakan prediktor terjadinya *burnout*.¹¹ Beban kerja dokter yang berkaitan dengan lama jam kerja, jumlah pasien

yang dilayani per hari, jenis spesialisasi dan tipe rumah sakit tempat bekerja, semuanya berhubungan dengan risiko *burnout*.¹¹ Spesialisasi kedokteran yang bekerja di garda terdepan seperti kedokteran keluarga, internis dan kedokteran emergensi memiliki risiko lebih tinggi mengalami *burnout*.⁷ Tak hanya pelayanan pasien, beban kerja dokter juga termasuk tugas-tugas administratif seperti otorisasi, rekonsiliasi medis, dokumentasi pasien, dan masih banyak lagi.¹⁴ Dari sisi faktor personal, jenis kelamin perempuan, tidak / belum berkeluarga, usia yang lebih muda, serta berada di awal karir memiliki risiko *burnout* yang lebih tinggi.^{7,11,13,15}

Tingginya *burnout* pada dokter dipandang sebagai suatu krisis karena menimbulkan konsekuensi yang luas, tidak hanya bagi dokter, tetapi juga bagi pasien dan sistem kesehatan.^{16,17} Bagi dokter, *burnout* dapat menurunkan kesehatan secara fisik dan juga mental. Dokter yang mengalami *burnout* mengeluhkan merasa lelah, tidak fokus, dan mudah gusar. Selain itu, dokter yang mengalami *burnout* berisiko mengalami gangguan mood, depresi, dan memiliki pikiran bunuh diri.¹⁷ Bagi pelayanan pasien, *burnout* berhubungan dengan meningkatnya kesalahan medis dua kali lipat, rendahnya kualitas pelayanan, serta menurunnya kepuasan pasien lebih dari dua kali lipat.¹⁸ *Burnout* dapat mengancam sistem kesehatan karena berhubungan dengan menurunnya produktivitas dokter serta meningkatnya keinginan dokter untuk keluar atau berhenti dari pekerjaannya.^{19,20}

Pengajar pada program pendidikan dokter umumnya adalah dokter sekaligus akademisi. Selanjutnya pada penelitian ini digunakan istilah dokter akademisi untuk merujuk pada dosen pengajar di Fakultas Kedokteran yang sekaligus menjadi dokter. Selain menghadapi tuntutan pekerjaan yang berkaitan dengan pelayanan pasien, dokter akademisi memiliki tanggung jawab tambahan untuk melakukan pengajaran dan penelitian.^{21,22} Di Indonesia, selain melakukan pengajaran dan penelitian, dokter yang menjadi dosen juga memiliki kewajiban melakukan pengabdian sebagai bagian dari Tri Dharma perguruan tinggi. Hal ini berpotensi menempatkan dokter akademisi dalam risiko yang semakin tinggi untuk mengalami *burnout* karena tuntutan dari berbagai peran tambahannya.

Studi mengenai *burnout* pada dokter akademisi masih terbatas dan melibatkan responden yang lebih sedikit dibandingkan penelitian *burnout* pada dokter yang lainnya. Shanafelt *et al.*,²² pada penelitian yang melibatkan 556 dokter di suatu *academic medical centre* di US mendapatkan prevalensi *burnout* sebesar 34%. *Burnout* pada dokter akademisi berhubungan dengan waktu yang dihabiskan pada aspek pekerjaan yang dinilai paling bermakna. Risiko *burnout* lebih tinggi dialami oleh dokter akademisi yang menghabiskan waktu kurang dari 20% pada aspek pekerjaan yang dianggap bermakna.²² Tanggung jawab akademisi yang lebih banyak semakin menyulitkan dokter untuk meluangkan waktu melakukan aspek pekerjaan yang dinilai bermakna secara personal. Penelitian lain oleh Glasheen *et al.*,²¹ pada 266 dokter dari 20 *academic medical centre* di US menemukan 67% merasakan level stres yang tinggi, dan 23% dokter akademisi mengalami *burnout*. Persentase *burnout* yang relatif lebih rendah pada penelitian ini sulit untuk dibandingkan dengan penelitian lain, karena menggunakan instrumen dan kriteria penilaian yang berbeda dari penelitian *burnout* pada umumnya. Penelitian lain pada dokter akademisi yang dilakukan oleh Nassar *et al.*,¹ untuk mengidentifikasi sumber interaksi yang menyebabkan *burnout* menemukan bahwa interaksi dengan tugas-tugas administratif adalah yang paling besar menyebabkan kelelahan emosi (EE) dan depersonalisasi (DP) pada dokter akademisi (EE 51,8% dan DP 44,8%) dibandingkan interaksi dengan pasien (EE 36,04% dan DP 18,34%) dan dengan mahasiswa (EE 11,7% dan DP 9,8%).

Sejak kemunculan virus Corona jenis baru (COVID-19) yang bermula di Wuhan, provinsi Hubei, China, 43 juta orang telah terinfeksi di seluruh dunia dan lebih dari 2,5 juta kematian terjadi akibat virus ini (update 1 Maret 2021).²³ Penyakit yang diumumkan oleh WHO sebagai pandemi sejak 11 Maret 2020 ini meningkatkan beban pada sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Kondisi ini juga mengubah cara berinteraksi dan sistem kerja yang berlaku di masyarakat. Pembatasan sosial, termasuk penutupan sekolah menyebabkan banyak kegiatan dilakukan dari rumah dan secara daring. Namun demikian, profesi dokter dan tenaga medis harus tetap memberikan pelayanan, termasuk penanganan COVID-19.

Keterbatasan fasilitas, peralatan medis, alat pelindung diri, serta belum tersedianya obat dan vaksin yang efektif untuk pengobatan dan pencegahan penyakit ini, menempatkan dokter dan tenaga kesehatan dalam risiko yang tinggi tertular penyakit infeksi seperti COVID-19. Dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain yang terlibat langsung dalam penanganan pasien COVID-19 mengalami ketakutan, stres, ansietas, depresi, serta *burnout*, seperti yang ditunjukkan oleh beberapa studi.²⁴ Belum diketahui bagaimana pandemi ini memengaruhi dokter akademisi, yang selain menjalankan tugas pelayanan pasien, juga harus beradaptasi dengan perubahan sistem belajar mengajar pada pendidikan kedokteran.²⁵

Penelitian ini bertujuan untuk menilai *burnout* pada dokter akademisi di Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Mataram, dan hubungannya dengan faktor pekerjaan seperti beban kerja dan persepsi mengenai pembelajaran jarak jauh di masa pandemi COVID-19. Pertanyaan penelitian yang akan dijawab dalam studi ini ada tiga yaitu: (1) Bagaimana profil *burnout* pada dokter akademisi di masa pandemi COVID-19? (2) Faktor beban kerja apakah yang berhubungan dengan *burnout* pada dokter akademisi? (3) Bagaimana hubungan antara persepsi dokter akademisi terhadap PJJ dengan *burnout*?

METODE

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Fakultas Kedokteran Universitas Mataram Nomor 64/UN 18.F7/ETIK/2020.

Desain

Penelitian ini adalah suatu studi observasional-analitik dengan desain potong lintang. Pengambilan data dilakukan pada minggu ke-4 bulan Mei 2020.

Konteks

Penelitian ini dilakukan di Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Mataram (PSPD FK UNRAM). PSPD FK UNRAM mendidik mahasiswa pada tahap akademik dan tahap profesi

dokter. Hampir seluruh staf pengajar adalah dokter, baik dokter spesialis maupun dokter umum yang memiliki pendidikan S2 dan atau S3 di bidang kesehatan. Berselang beberapa hari sejak WHO mengumumkan COVID-19 sebagai pandemi, pada 16 Maret 2020, seluruh proses pembelajaran tatap muka di Universitas Mataram dihentikan dan dialihkan menjadi pembelajaran jarak jauh (PJJ). Proses pendidikan tahap akademik kemudian dilaksanakan secara daring, sementara proses pendidikan tahap profesi sempat dihentikan selama empat minggu sebelum kemudian dilanjutkan secara daring pada 13 April 2020 sampai 26 Juni 2020. Sebelum pandemi COVID-19, PSPD FK UNRAM belum menerapkan *e-learning*. Pembelajaran jarak jauh yang dilaksanakan di tiga bulan pertama di awal masa pandemi belum terorganisasi secara terpusat, melainkan diorganisasi di level program studi. Program Studi Pendidikan Dokter memberikan beberapa pilihan moda pembelajaran yang dapat disesuaikan dengan kemampuan dosen dan mahasiswa, seperti melalui grup WhatsApp, *video conference* (Zoom, Google Meet, Webex, dll), ataupun *virtual learning environment* seperti Moodle, ataupun Google Classroom.

Subjek penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah dosen tetap fakultas, yaitu dokter akademisi yang berstatus aktif pada saat pengambilan data, dengan jumlah total 75 orang. Kriteria inklusi yang digunakan adalah sebagai berikut: telah menjadi dosen di PSPD FK UNRAM setidaknya selama satu tahun dan bersedia menjadi subjek penelitian. Partisipan akan dieksklusi apabila pada tahun ajar sebelumnya (Tahun ajar 2019-2020) tidak aktif mengajar karena studi atau alasan lainnya dan dosen non-dokter. Seluruh dosen yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi direkrut sebagai subjek penelitian.

Instrumen

Instrumen yang digunakan untuk mengukur *burnout* adalah *Maslach Burnout Inventory Health Service Survey* (MBI-HSS) yang merupakan standar emas dalam pengukuran *burnout*, telah teruji validitas dan reliabilitasnya dan digunakan di berbagai negara.⁵ MBI-HSS terdiri atas 22 butir pernyataan yang mengukur

tiga dimensi *burnout*: *emotional exhaustion* (EE) – 9 butir, *depersonalization* (DP) – 5 butir, dan *personal accomplishment* (PA) – 8 butir. Partisipan merespon setiap pernyataan dengan memilih satu dari tujuh poin skala penilaian yang mengindikasikan frekuensi kekerapan (0 = never, 1 = a few times a year or less, 2 = once a month or less, 3 = a few times a year, 4 = once a week, 5 = a few times a week, 6 = every day). Instrumen MBI-HSS dalam studi ini tetap menggunakan bahasa aslinya, yaitu bahasa Inggris. Skor dimensi EE berkisar antara 0 sampai 54, skor DP 0 sampai 30, dan skor PA 0 sampai 48.²⁶ Ada berbagai variasi penentuan kategori “tinggi” pada ketiga dimensi *burnout* yang digunakan di berbagai penelitian mengenai *burnout* pada dokter.⁵ Dalam studi ini, digunakan dua kriteria yang berbeda untuk menentukan responden yang mengalami high *burnout*. Kriteria pertama, sesuai dengan manual MBI tahun 2016, kategori skor “tinggi” pada masing-masing dimensi ditentukan menggunakan nilai Z standar untuk dimensi tersebut sebagai nilai *cut-off*. Perhitungan nilai Z standar untuk dimensi EE adalah $Mean + (SD*0.5)$; nilai Z untuk dimensi DP adalah $Mean + (SD*1.25)$; dan untuk dimensi PA adalah $Mean + (SD*0.10)$. Skor yang sama dengan atau lebih besar dari nilai Z dikategorikan sebagai skor tinggi. Responden dikatakan mengalami *burnout* apabila menunjukkan skor tinggi pada dimensi EE dan DP.²⁶ Kriteria kedua adalah kriteria yang sering digunakan dalam penelitian-penelitian terdahulu: high EE apabila skor $EE \geq 27$, high DP apabila skor $DP \geq 10$ dan low PA apabila skor $PA \leq 33.5$ Pada kriteria ini, individu dinyatakan mengalami *burnout* apabila menunjukkan skor tinggi pada dimensi EE dan atau DP. Alasan penggunaan dua kriteria berbeda ini adalah karena kriteria kedua lebih umum digunakan di berbagai studi dibandingkan dengan kriteria pertama, sehingga untuk membandingkan hasil studi ini dengan studi terdahulu, maka kriteria kedua masih digunakan.

Selain itu, survei yang diberikan juga mengumpulkan data-data lain, termasuk data jenis kelamin, pengalaman kerja, pendidikan terakhir, beban kerja (keaktifan sebagai klinisi, keterlibatan sebagai tim penanganan COVID-19, keterlibatan dalam manajemen fakultas dan keterlibatan dalam manajemen fasilitas pelayanan kesehatan) serta persepsi mengenai pembelajaran jarak jauh (PJJ) di

masa pandemi COVID-19 (persepsi mengenai beban kerja, waktu yang dibutuhkan dalam persiapan dan pelaksanaan, serta tantangan teknis melakukan PJJ).

Pengambilan data

Pengambilan data dilakukan melalui survei secara daring menggunakan Google Form. Tautan disebarluaskan melalui grup komunikasi dosen Fakultas Kedokteran. Partisipasi dalam studi ini adalah sukarela dan anonim, namun responden dapat memberikan alamat email mereka apabila ingin mendapatkan hasil dan interpretasi kuesioner *burnout*.

Analisis data

Analisis data statistik dilakukan menggunakan SPSS® versi 26 (IBM, IL, USA). Analisis perbedaan skor dimensi-dimensi *burnout* antar kelompok dilakukan dengan uji T tidak berpasangan atau uji Mann-Whitney (sesuai dengan pemenuhan syarat uji Parametrik).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sebanyak 50 orang dosen mengisi kuesioner, namun tiga di antaranya bukan dokter dan lima berstatus tidak aktif mengajar sehingga total 42 responden yang diikuti dalam analisis data, yang memberikan *response rate* 56%. Mayoritas partisipan adalah perempuan (64,3%) dengan median pengalaman mengajar 12 tahun, mayoritas berpendidikan spesialis I atau magister (76,2%), dan klinisi (78,6%). Informasi mengenai karakteristik demografi dan beban kerja partisipan dapat dilihat pada Tabel 1.

Kuesioner MBI-HSS yang digunakan dalam penelitian menunjukkan konsistensi internal yang baik (koefisien Cronbach Alpha = 0,773 secara keseluruhan, 0,891 untuk EE, 0,639 untuk DP dan 0,835 untuk PA). Karena data skor *burnout* untuk masing-masing dimensi tidak terdistribusi secara normal, maka data ditampilkan dalam bentuk nilai median, minimum dan maksimum (Tabel 2). Nilai Z untuk masing-masing dimensi adalah sebagai berikut: nilai Z EE 19,02, nilai Z DP 12,55, dan nilai Z PA 32,93. Profil *burnout* berdasarkan perhitungan nilai Z (kriteria 1) dan berdasarkan nilai *cut-off* tetap (kriteria 2) dapat dilihat pada Tabel 2. Proporsi responden

yang mengalami *burnout* pada studi ini adalah 11,9% (kriteria 1) dan 26,2% (kriteria 2).

Tingginya prevalensi *burnout* pada dokter sebelum pandemi COVID-19 mendorong berbagai penelitian mengenai dampak pandemi ini terhadap kesejahteraan mental dan *burnout* pada dokter.^{24,27} Berbeda dari kebanyakan studi mengenai *burnout* pada dokter sebelum pandemi yang menggunakan instrumen dan kriteria *burnout* yang sama,⁵ proporsi *burnout* yang ditemukan dalam studi ini lebih rendah, yaitu 26,2%. Penelitian-penelitian sebelumnya di US dengan instrumen dan kriteria yang sama menemukan prevalensi *burnout* berkisar antara 34% hingga 60,1%.⁵ Temuan pada studi ini sebanding dengan prevalensi *burnout* pada dokter di Denmark pre-pandemi yang ditemukan sebesar 25%.²⁸ Jika dibandingkan dengan studi-studi di masa pandemi, proporsi *burnout* pada dokter dalam penelitian ini hampir sama dengan hasil penelitian Wu *et al.*²⁹ pada tenaga medis di China di awal masa pandemi COVID-19. Studi tersebut menemukan 26% tenaga medis mengalami *burnout* serta 50% mengalami *low PA*.²⁹ Studi lain di Italia oleh Giusti *et al.* dan di Romania oleh Dimitriu *et al.* menunjukkan proporsi *burnout* yang lebih tinggi, masing-masing sebesar 76%.^{in 27}

Absennya data *burnout* pre-pandemi pada populasi studi ini membatasi pengambilan kesimpulan mengenai efek pandemi terhadap *burnout* pada dokter akademisi. Proporsi *burnout* yang relatif lebih rendah pada studi ini bisa jadi menggambarkan resiliensi populasi studi yang lebih baik, atau, terjadi penurunan *burnout* selama pandemi. Resiliensi adalah kemampuan beradaptasi dan bertahan dalam kesulitan dan tekanan. Resiliensi yang lebih tinggi melindungi dokter dari *burnout*.³⁰ Namun demikian, penelitian yang dilaksanakan di US ini juga menunjukkan bahwa tingginya prevalensi *burnout* pada dokter bukan karena dokter memiliki resiliensi lebih rendah. Dibandingkan dengan populasi pekerja umum lainnya, dokter justru memiliki resiliensi lebih tinggi. Faktor lingkungan kerja dan faktor eksternal lainnya berpengaruh meningkatkan risiko *burnout* pada dokter.³⁰

Meskipun tidak diduga, penurunan *burnout* pada dokter selama masa pandemi ditemukan dalam literatur. Tidak semua dokter terlibat secara intensif dalam penanganan COVID-19 selama masa pandemi ini. Penelitian pada dokter bedah saraf di US menunjukkan bahwa sejak pandemi, lama jam praktik menurun

dan 71% dokter menjadi lebih banyak menghabiskan waktu bersama keluarga dibandingkan sebelumnya. Studi tersebut menemukan bahwa proporsi dokter bedah saraf yang mengalami *burnout* justru lebih sedikit dibandingkan dengan data pre-pandemi (20,4% pada saat pandemi dibandingkan 16 - 57% sebelum pandemi). Kesempatan untuk menghabiskan waktu lebih banyak dengan keluarga diduga sebagai faktor protektif terhadap *burnout*.³¹ Studi lain pada akademisi dan profesi kesehatan di Pakistan juga menemukan bahwa bagi sebagian, pandemi ini memberikan lebih banyak waktu luang dan kesempatan bersama keluarga dibandingkan sebelumnya.³²

Hubungan *burnout* dengan berbagai variabel beban kerja dan persepsi mengenai PJJ dapat dilihat pada Tabel 1 dan Tabel 3. Skor *burnout* pada dimensi *Emotional Exhaustion* (EE) ditemukan lebih tinggi pada kelompok responden perempuan, klinisi, responden yang terlibat dalam manajemen fasilitas pelayanan kesehatan (*fasyankes*), yang terlibat dalam manajemen fakultas, serta tim penanganan COVID-19. Namun demikian, hanya responden yang terlibat dalam manajemen *fasyankes* (*median* 15 vs 9,5; $p = 0,030$) dan yang terlibat dalam penanganan COVID-19 (*median* 15 vs 9; $p = 0,029$) yang secara signifikan menunjukkan skor EE lebih tinggi. Pada dimensi *Depersonalization* (DP), responden berjenis kelamin perempuan, non-klinisi, tidak terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan, tidak terlibat dalam manajemen fakultas dan tidak terlibat dalam penanganan COVID-19 menunjukkan skor lebih tinggi, namun tidak ada yang signifikan secara statistik ($p < 0,05$). Sementara pada dimensi *Personal Accomplishment* (PA), responden laki-laki, klinisi, yang tidak terlibat dalam manajemen *yankes*, terlibat dalam manajemen fakultas, dan terlibat dalam penanganan COVID-19 menunjukkan skor PA lebih tinggi meskipun tidak signifikan secara statistik. Skor ketiga dimensi *burnout* tidak menunjukkan korelasi signifikan dengan lama pengalaman sebagai dosen.

Ketakutan akan tertular COVID-19 di tempat kerja dan menulari keluarga di rumah, keterbatasan sumber daya yang tersedia seperti alat pelindung diri dan sumber daya manusia merupakan faktor yang meningkatkan stres pada tenaga medis dan berkontribusi terhadap *burnout* pada penelitian-penelitian lain.^{33,34} Beban kerja dan waktu kontak yang lebih lama dengan pasien

COVID-19 diduga menjelaskan perbedaan tingkat *burnout* pada tenaga medis yang bertugas di masa pandemi.³⁴ Ini diperkuat dengan hasil penelitian pada tenaga kesehatan di Italia menemukan bahwa jam kerja, ketakutan akan infeksi, komorbiditas psikologis, dan persepsi dukungan sosial merupakan prediktor dari ketiga dimensi *burnout* pada studi dampak psikologis COVID-19 pada tenaga kesehatan di Italia. Prediktor spesifik untuk kelelahan emosi dan depersonalisasi di antaranya adalah bekerja di RS dan berkontak dengan pasien COVID-19.³⁵ Selain hal-hal yang telah disebutkan di atas, sumber kekhawatiran lain yang dilaporkan oleh tenaga kesehatan di US di awal masa pandemi ini adalah keterbatasan akses pemeriksaan cepat jika mengalami gejala COVID-19, ketidakpastian dukungan dari institusi jika tenaga kesehatan tertular, kemampuan untuk memberikan pelayanan yang kompeten jika ditempatkan di area baru/berbeda dari sebelumnya dan keterbatasan akses komunikasi dan akses terhadap informasi terkini. Hal-hal tersebut masih ditambah lagi dengan kekhawatiran akan pengasuhan anak selama penutupan sekolah, serta pemenuhan kebutuhan personal dan keluarga selama masa pandemi ini.³⁶ Hal ini menunjukkan bahwa selain kekhawatiran dan sumber stres yang berhubungan dengan peran profesi kesehatan di masa pandemi, dokter dan tenaga kesehatan juga menghadapi kekhawatiran akan hal-hal yang sama dengan masyarakat pada umumnya. Hal ini menimbulkan konflik antara tanggung jawab profesional dan pribadi.

Temuan pada studi ini berbeda dari studi lain pada dokter di China oleh Wu *et al.*²⁹ dan pada residen di Romania oleh Dimitriu *et al.*³⁷ yang menunjukkan bahwa dokter dan tenaga kesehatan yang bekerja di garis depan menangani kasus COVID-19 justru lebih sedikit yang mengalami *burnout* dibandingkan dengan yang bekerja di pelayanan reguler. Studi di Jerman juga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan signifikan kelelahan emosi, depersonalisasi dan pencapaian personal pada dokter yang bekerja di bangsal COVID-19 dengan yang bekerja di bangsal reguler.³⁴ Penjelasan yang diajukan untuk temuan tersebut adalah bahwa mereka yang bekerja di garis depan memiliki persepsi kontrol yang lebih besar terhadap situasi karena lebih cepat mendapatkan informasi mengenai kebijakan dan prosedur pencegahan penyakit ini dibandingkan

individu yang bekerja di bangsal biasa. Kemampuan mengendalikan situasi merupakan salah satu faktor yang mendorong keterlibatan dengan pekerjaan dan mencegah *burnout*.²⁹ Perbedaan hasil studi Wu *et al.* dan Dimitriu *et al.* dengan penelitian ini kemungkinan terjadi karena berkurangnya jam praktik atau penurunan volume pasien dari responden yang tidak terlibat langsung dalam penanganan COVID-19, seperti yang ditemukan dalam studi Khallafallah *et al.*³¹ pada populasi dokter bedah saraf di US. Alternatif penjelasan lainnya adalah karena kelompok yang tidak menangani kasus COVID-19 secara langsung mungkin melaksanakan konsultasi dilaksanakan secara *online*, sehingga menurunkan kontak langsung dengan pasien.²⁷

Studi ini menemukan bahwa tidak hanya keterlibatan menangani kasus COVID-19 yang berhubungan dengan *burnout* pada dokter akademisi, tetapi juga

keterlibatan dalam manajemen pelayanan kesehatan serta persepsi mengenai pembelajaran jarak jauh. Hal ini diduga terjadi karena situasi pandemi ini memaksa Rumah Sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya untuk mereorganisasi sistem pelayanan dan menyusun respon emergensi untuk menghadapi kasus COVID-19. Modifikasi infrastruktur RS untuk memisahkan penanganan kasus COVID-19, kasus suspek dengan kasus reguler, pengembangan dan penerapan protokol khusus untuk kasus COVID-19, pengadaan alat pelindung diri yang meningkat kebutuhannya, alokasi dan realokasi sumber daya, serta peningkatan kapasitas staf untuk menghadapi kasus COVID-19 menuntut pengambilan keputusan dan kerja cepat dari pihak manajemen.^{38,39} Hal ini berkontribusi terhadap peningkatan beban kerja pengelola fasilitas pelayanan kesehatan.

Tabel 1. Hubungan Dimensi Burnout, Karakteristik Demografis, dan Beban Kerja Dosen

N total = 42		EE		DP		PA	
		Mean±SD	Median (Min-Maks)	Mean±SD	Median (Min-Maks)	Mean±SD	Median (Min-Maks)
Jenis kelamin	Laki-laki (N=15)	13,6 ± 6,67	12 (6 - 29)	5,8 ± 3,59	5 (1 - 13)	34,07 ± 8,89	35 (18 - 47)
	perempuan (N=27)	15,14 ± 9,93	12 (1 - 35)	7,37 ± 5,03	6 (0 - 19)	30,89 ± 9,17	32 (16 - 45)
		p = ,823 ^a		p = ,370 ^a		p = ,281 ^a	
Lama mengajar	Median 12 tahun (1-19)	p = ,830 ^d		p = ,465 ^d		p = ,527 ^d	
Klinisi	Klinisi (N=33)	15,06 ± 8,55	13 (2 - 35)	6,39 ± 4,38	6 (0 - 19)	33,45 ± 8,67	34 (16 - 47)
	Non-klinisi (N=9)	12,89 ± 10,23	9 (1 - 34)	8,33 ± 5,27	9 (1 - 17)	26,78 ± 9,16	26 (17 - 45)
		p = ,348 ^a		p = ,303 ^a		p = ,056 ^a	
Jumlah tempat praktek	0 (N=9)	12,89±10,23	9 (1 - 34)	8,33±5,27	9 (1 - 17)	26,78±9,16	26 (17 - 45)
	1 (N=6)	16,17±12,48	13 (2 - 32)	6±4	5,5 (1 - 13)	30,83±11,01	33,5 (16 - 43)
	2 (N=7)	16,00±9,43	14 (7 - 35)	7,71±6,32	6 (1 - 19)	33,57±9,43	33 (21 - 44)
	3 (N=20)	14,40±7,27	12,5 (6 - 32)	6,05±3,83	5,5 (0 - 14)	34,2±7,99	34,5 (18 - 47)
		p = ,790 ^b		p = ,588 ^c		p = ,220 ^c	
Manajemen fakultas	Ya (N=15)	15,93 ± 8,89	14 (6 - 32)	6,47 ± 4,50	6 (0 - 14)	34,6 ± 10,5	38 (16 - 47)
	Tidak (N=27)	13,85 ± 8,9	11 (1 - 35)	7 ± 4,71	6 (1 - 19)	30,59 ± 8,07	28 (18 - 44)
		p = ,478 ^a		p = ,854 ^a		p = ,148 ^a	
Manajemen yankes	Ya (N=18)	17,78 ± 8,87	15 (6 - 34)	6,17 ± 4,85	5 (0 - 17)	30,55 ± 9,44	30 (16 - 45)
	Tidak (N=24)	12,21 ± 8,22	9,5 (1 - 35)	7,29 ± 4,42	6,5 (1 - 19)	33,13 ± 8,87	32,5 (17 - 47)
		p = ,030 ^{*a}		p = ,313 ^a		p = ,339 ^a	
Tim penanganan Covid-19	Ya (N=19)	17,84 ± 9,35	15 (6 - 35)	6,68 ± 5,06	6 (0 - 19)	32,84 ± 9,91	34 (16 - 47)
	Tidak (N=23)	11,91 ± 7,60	9 (1 - 34)	6,91 ± 4,27	7 (1 - 17)	31,35 ± 8,53	32 (17 - 45)
		p = ,029 ^{*a}		p = ,675 ^a		p = ,486 ^a	

Keterangan: a. Mann-Whitney, b.Kruskall-Wallis, c. One-way ANOVA, d.Spearman's rho

Tabel 2. Skor dan Profil Burnout

Dimensi burnout	Median (Min-Maks)	High Burnout	
		Kriteria 1 N (%)	Kriteria 2 N(%)
Emotional Exhaustion (EE)	12 (1 - 35)	10 (23,8)	6 (14,3)
Depersonalization (DP)	6 (0 - 19)	7 (16,7)	10 (23,8)
Personal Accomplishment (PA)	32,5 (16 - 47)	21 (50)	23 (54,8)
Total High Burnout		5 (11,9)	11 (26,2)

Kriteria 1: kategori burnout tinggi jika skor $\geq Z$ standar pertama, dengan nilai Z standar untuk dimensi EE adalah $Mean + (SD \times 0,5)$; nilai Z untuk dimensi DP adalah $Mean + (SD \times 1,25)$; dan untuk dimensi PA adalah $Mean + (SD \times 0,10)$. Responden dikatakan mengalami burnout apabila menunjukkan skor tinggi pada dimensi EE dan DP.²⁶ **Kriteria 2:** high EE apabila skor EE ≥ 27 , high DP apabila skor DP ≥ 10 dan low PA apabila skor PA ≤ 33 .⁵ Responden dinyatakan mengalami burnout apabila menunjukkan skor tinggi pada dimensi EE dan atau DP.

Persepsi dosen mengenai PJJ dan hubungannya dengan burnout

Persepsi dosen mengenai pembelajaran jarak jauh (PJJ) yang dinilai dalam studi ini meliputi persepsi mengenai beban PJJ, waktu yang dibutuhkan untuk persiapan dan pelaksanaan PJJ, serta persepsi mengenai tantangan dalam teknis pelaksanaan PJJ. Sebanyak 38,1% responden menilai PJJ yang

dilaksanakan selama pandemi dinilai lebih berat, 38,1% menilai PJJ membutuhkan waktu persiapan lebih lama, dan 52,4% responden menyatakan tantangan teknis pelaksanaan lebih berat. Persepsi responden mengenai beban pembelajaran jarak jauh ini berhubungan signifikan dengan rerata skor Emotional Exhaustion dan Depersonalisasi.

Tabel 3. Persepsi Dosen Mengenai PJJ dan Hubungannya dengan Ketiga Dimensi Burnout

	N (%)	EE	DP	PA
Beban PJJ				
Sama atau lebih ringan dari sebelumnya	26 (61,9)	12,12 ($\pm 5,88$)	5,27 ($\pm 3,07$)	32,80 ($\pm 8,28$)
Lebih berat dari sebelumnya	16 (38,1)	18,62 ($\pm 11,33$)	9,31 ($\pm 5,56$)	30,75 ($\pm 10,45$)
		p = 0,046^a	p = 0,014^a	p = 0,483 ^a
Waktu persiapan dan pelaksanaan PJJ				
Sama atau lebih singkat dari sebelumnya	26 (61,9)	Median 11,5 (1-32)	6,19 ($\pm 3,66$)	Median 30 (16-47)
Lebih lama dari sebelumnya	16 (38,1)	Median 14 (2-35)	7,81 ($\pm 5,79$)	Median 40 (17-45)
		p = ,568 ^b	p = ,326 ^a	p = ,165 ^b
Tantangan teknis dalam melaksanakan PJJ				
Sama atau lebih ringan dari sebelumnya	20 (47,6)	Median 12 (6-32)	6,15 ($\pm 3,18$)	30,15 ($\pm 9,44$)
Lebih berat dari sebelumnya	22 (52,4)	Median 12 (1-35)	7,41 ($\pm 5,58$)	33,73 ($\pm 8,64$)
		p = ,668 ^b	p = ,370 ^a	p = ,207 ^a

Keterangan: a. Uji T tidak berpasangan, b. Uji Mann-Whitney

PJJ diketahui memiliki keunggulan,^{40,41} antara lain memberikan fleksibilitas dan otonomi kepada mahasiswa dalam belajar bagi mahasiswa. Bagi dosen, pembelajaran jarak jauh juga dapat memberikan fleksibilitas jadwal terutama jika dosen menyiapkan pembelajaran yang bersifat asinkron. Meskipun beberapa kegunaan dapat diidentifikasi dari PJJ, PJJ juga memiliki kekurangan, yaitu adalah kurangnya kontak langsung. Untuk mendukung efektivitas pembelajaran, PJJ memerlukan variasi prosedur atau teknik pembelajaran. Selain itu dalam PJJ komunikasi yang digunakan tidak sama dengan komunikasi ketika kontak langsung. Komunikasi mungkin lebih banyak dilakukan secara tertulis. Dalam PJJ juga didapati kesulitan untuk mengontrol kecurangan dalam ujian ataupun kurangnya perhatian mahasiswa terhadap perkuliahan.

Tidak semua dosen merespon positif penggunaan *e-learning*. Pada sebuah studi, meskipun sebagian besar merasakan kemudahan menggunakan *e-learning*, namun ada 9 % yang masih merasa tidak mudah menggunakan *e-learning*.⁴¹ Suatu kajian literatur mengenai efikasi diri guru terkait pembelajaran daring menunjukkan bahwa efikasi diri merupakan prediktor penggunaan metode pembelajaran ini. Guru yang berpengalaman menggunakan web memiliki efikasi diri yang lebih baik, sebaliknya usia yang lebih tua berhubungan dengan efikasi diri yang lebih rendah.⁴²

Pembelajaran daring yang dilaksanakan di awal pandemi ini berbeda dari rancangan pembelajaran daring pada umumnya. Hodges *et al.*⁴³ menyebut pembelajaran daring selama pandemi sebagai pembelajaran jarak jauh darurat (*emergency remote teaching*). Tujuan PJJ darurat adalah untuk memastikan akses terhadap instruksi pembelajaran dapat dengan cepat disiapkan dan dapat diandalkan ketersediaannya, sehingga persiapan yang dilakukan disesuaikan dengan sumber daya dan waktu yang tersedia.⁴³ Transisi pembelajaran daring di masa krisis berlangsung cepat dan tanpa persiapan. Terlebih, transisi ini dijalankan di masa traumatis seperti pandemi dan tidak ada kepastian hingga kapan pembelajaran daring ini akan dilaksanakan.⁴⁴ Suatu kajian literatur menemukan bahwa tantangan dalam pelaksanaan pembelajaran daring selama pandemi berkaitan dengan aspek teknologi (koneksi internet, perangkat komputer

dengan spesifikasi yang sesuai), sosio-ekonomi (kemampuan finansial untuk mengakses internet dan perangkat teknologi), gangguan di lingkungan sekitar (orang-orang atau hewan peliharaan), kompetensi digital, pengawasan terhadap ujian, serta kesesuaian antara metode pembelajaran dengan kompetensi yang ingin dicapai.⁴⁵ Persepsi mengenai beban PJJ yang lebih tinggi dimungkinkan karena kekhawatiran dosen terhadap tidak tercapainya kompetensi atau tujuan pembelajaran yang diinginkan. Sebuah penelitian menemukan bahwa pembelajaran daring berhubungan signifikan dengan nilai yang lebih rendah, dan persistensi mahasiswa mengikuti mata kuliah hingga selesai lebih rendah dibandingkan dengan pembelajaran luring.⁴⁶ Meskipun demikian, beberapa studi menyebutkan bahwa efektivitas pembelajaran di kedua jenis pengajaran sama.^{47,48}

Rancangan PJJ yang baik dan berkualitas turut memengaruhi pelaksanaan pendidikan supaya dapat mendukung pencapaian kompetensi. Perancangan yang baik biasanya didukung oleh adanya kerja sama tim dalam mengembangkan kurikulum, bukan perseorangan. Dukungan lain yang dibutuhkan adalah peningkatan kemampuan pengembangan melalui kursus maupun dukungan fasilitas. Beban yang terasa berat dapat dirasakan jika dosen dibiarkan merancang kursus daring sendiri tanpa pelatihan pengembangan kursus daring yang memadai dan kurangnya dukungan berkelanjutan dari institusi.⁴⁶ Penelitian mengenai *burnout* pada dosen di Rusia yang mengajar secara daring selama pandemi COVID-19 menemukan bahwa *burnout* berhubungan signifikan dengan persepsi kesulitan yang dialami dalam mengajar daring. Dosen yang mengalami *burnout* tingkat sedang menilai kesulitan melakukan pembelajaran daring paling tinggi. Diduga bahwa kelompok ini terlibat dalam pembelajaran daring tanpa pelatihan sebelumnya.⁴⁹

Faktor lain yang dapat meningkatkan beban PJJ adalah kelelahan dan gejala fisik akibat penggunaan komputer dalam waktu lama. Shlenskaya *et al.*⁴⁹ menemukan bahwa dosen yang melaksanakan pembelajaran daring selama pandemi COVID-19 menilai waktu kerja di depan komputer semakin meningkat dan tidak ada batas yang jelas antara waktu kerja dan waktu pribadi. Kedua hal ini juga dapat

meningkatkan beban pelaksanaan PJJ. Selama masa pandemi ini, penggunaan *video conferencing* dalam pendidikan kedokteran juga semakin meningkat.⁵⁰ Peningkatan ini dapat menyebabkan “*zoom fatigue*” atau *computer-mediated communication (CMC) exhaustion*. Kelelahan ini kemungkinan diakibatkan karena perbedaan visuo-spasial yang diterima ketika berinteraksi melalui *video conferencing* dibandingkan dengan tatap muka.⁵¹ Pada CMC, pengajar juga tidak bisa sepenuhnya memantau pemahaman dan perhatian audiens serta tidak sepenuhnya dapat melihat dan menggunakan artefak yang digunakan selama pertemuan daring (misalnya dokumen, buku atau sumber belajar yang dibawa mahasiswa), padahal kedua hal tadi termasuk prinsip dasar yang harus dipenuhi untuk mencapai komunikasi yang efektif.⁵² Gangguan yang diakibatkan oleh kurang kuatnya sinyal internet dapat memperberat kelelahan. Pada sebuah studi, disebutkan bahwa pengguna yang mendengarkan audio yang terdegradasi mengalami peningkatan kelelahan yang dinilai dari data elektroensefalogram. Hal ini dapat berpengaruh jangka panjang pada proses fisiologis.⁵³ Penggunaan komputer dalam jangka panjang juga dapat mengakibatkan *computer vision syndrome* yang merupakan munculnya gejala-gejala berupa mata tegang, mata lelah, lambatnya kemampuan memfokuskan mata, mata kering dan iritasi serta timbulnya sakit kepala.⁵⁴

Beragam strategi digunakan dalam mitigasi dampak psikologis COVID-19 terhadap tenaga kesehatan di berbagai negara, mulai dari menyediakan informasi cara menjaga kesehatan mental,^{55,56} menyediakan akses konsultasi psikologis dengan profesional,^{55,57} ataupun memfasilitasi pembentukan sistem dukungan sejawat (*battle-buddy*)⁵⁷ serta kegiatan kelompok untuk melepas stres maupun meningkatkan resiliensi terhadap stres.^{55,57} Namun demikian, tidak semua tenaga kesehatan mau berpartisipasi dalam intervensi yang dilakukan atau mencari dukungan psikologis. Di China, Chen⁵⁵ melaporkan bahwa tenaga kesehatan menolak bantuan psikologis yang ditawarkan dan menyangkal adanya masalah meski menunjukkan gejala distress. Bagi mereka, bantuan nyata berupa penyediaan alat pelindung diri (APD) yang cukup, kesempatan mendapat istirahat yang cukup dan peningkatan kapasitas dalam melaksanakan tugas

pekerjaan mereka lebih penting dibandingkan dukungan psikologis. Meski demikian, tenaga kesehatan ternyata mau mengakses dukungan konselor yang secara rutin melakukan kunjungan ke rumah sakit untuk mendengarkan cerita mereka. Dua hal yang penting disoroti dalam strategi-strategi yang dikembangkan ini adalah: diperlukan upaya pada level organisasi untuk memperbaiki sistem dan lingkungan kerja, serta pentingnya menormalisasi respon psikologis yang dialami dalam masa krisis dan mendorong perilaku mencari pertolongan. Hal ini sejalan dengan apa yang direfleksikan Card⁵⁸ mengenai strategi mengatasi *burnout* pada dokter sebelum pandemi. Upaya mengembangkan resiliensi, dukungan sejawat, dan dukungan psikologis saja tidak memadai jika tidak dibarengi dengan upaya untuk memperbaiki sistem kerja di level organisasi untuk meminimalkan stres yang dialami.⁵⁸

Shanafelt *et al.*³⁶ menjelaskan lima hal yang diharapkan tenaga kesehatan dari pemimpin dan organisasi mereka: kebutuhan untuk didengarkan, dilindungi, dipersiapkan, didukung, dan dipedulikan, sementara West dan Coia⁵⁹ menekankan tiga kebutuhan dasar dokter yang perlu dipenuhi organisasi untuk memastikan kesejahteraan dokter dan keselamatan pasien (*ABC of doctors' core needs*): *Autonomy / Control, Belonging, dan Competence*. Dalam praktiknya, ada beberapa hal yang dapat dilakukan pada level organisasi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan tersebut, antara lain memastikan komunikasi yang konsisten, terbuka dan jujur, serta penyampaian informasi yang akurat kepada seluruh anggota tim. Misalnya, dengan mengembangkan wadah untuk bertanya, menyampaikan kekhawatiran atau keluhan, dan mendapatkan umpan balik, serta merencanakan sistem komunikasi dengan anggota tim lainnya selama masa isolasi. Hal-hal tersebut dapat menjawab kebutuhan dokter untuk didengarkan, dan juga memfasilitasi dokter untuk ikut berkontribusi dalam pengambilan keputusan yang akan meningkatkan otonominya. Kedua, organisasi perlu memastikan ketersediaan sumber daya dan kapasitas untuk melaksanakan pekerjaan dengan kompeten dan aman. Misalnya, menyediakan APD atau memberikan kesempatan mengikuti pelatihan, termasuk pelatihan di bidang pendidikan seperti pengembangan

e-learning. Hal-hal ini menjawab kebutuhan untuk dilindungi dan dipersiapkan, serta kebutuhan terkait kompetensi dalam melakukan tugas. Ketiga, menyediakan dukungan fisik seperti kebutuhan dasar (makanan, minuman, tempat istirahat) saat bekerja, dan dukungan emosional seperti akses terhadap informasi mengenai strategi menjaga kesehatan mental,⁵⁶ memfasilitasi terbentuknya sistem dukungan sejawat (*peer-support*), serta mendorong akses konsultasi psikologis dengan profesional apabila dibutuhkan.^{56,57}

Penelitian ini dilakukan pada dua bulan pertama pandemi COVID-19, saat sistem pelayanan kesehatan dan pendidikan kita masih beradaptasi terhadap perubahan besar yang terjadi. Akan menarik untuk meninjau kembali bagaimana penyesuaian yang telah dilakukan dalam masa satu tahun setelah pandemi berdampak pada *burnout* yang dirasakan oleh dokter akademisi.

Keterbatasan penelitian

Keterbatasan penelitian ini adalah *response rate* yang rendah (56%) dan hanya dilakukan di satu institusi saja. Beban tanggung jawab lain seperti keterlibatan dalam kegiatan organisasi profesi, kepengurusan kegiatan-kegiatan ilmiah, serta bidang spesialisasi responden yang tidak diteliti dalam studi ini, mungkin menjadi faktor lain yang dapat memengaruhi hasil studi. Selain itu dengan desain *cross-sectional*, penelitian ini tidak dapat mengetahui apakah kondisi pandemi memengaruhi proporsi dosen yang mengalami *burnout*. Meski demikian, penelitian ini memberikan gambaran mengenai kondisi *burnout* pada dosen pendidikan dokter yang menjalankan peran ganda di awal masa pandemi COVID-19

KESIMPULAN

Situasi pandemi COVID-19 tidak hanya meningkatkan beban pelayanan kesehatan, tetapi juga menimbulkan perubahan drastis pada cara berinteraksi dan sistem kerja yang berlaku di masyarakat. Dosen pendidikan dokter memiliki ragam peran yang berbeda, sebagai klinisi, akademisi dan juga pengelola fasilitas pelayanan kesehatan, namun sama-sama terdampak oleh pandemi ini.

Penelitian ini menemukan bahwa beban yang dihadapi dokter sebagai klinisi yang terlibat dalam penanganan COVID-19 dan pengelola pelayanan kesehatan, serta beban dalam melaksanakan pembelajaran jarak jauh selama masa pandemi COVID-19 berhubungan dengan risiko *burnout* yang lebih tinggi pada dosen pendidikan dokter.

SARAN

Strategi mencegah dan mengatasi *burnout* serta dampak psikologis pandemi COVID-19 pada dokter akademisi perlu dilakukan pada level individu maupun organisasi. Pada level individu, strategi dapat difokuskan pada edukasi cara memelihara kesejahteraan mental, pengembangan resiliensi, normalisasi respon psikologis terhadap stres dan menekankan pentingnya mencari pertolongan profesional untuk masalah psikologis yang dihadapi. Pada level organisasi, strategi perlu difokuskan pada upaya menciptakan lingkungan kerja yang aman dan suportif, terutama pada masa pandemi ini, antara lain melalui strategi komunikasi, pemenuhan sumber daya dan kompetensi dalam bekerja, serta dukungan fisik dan emosional.

Penelitian berikutnya dapat menilai adaptasi pelayanan kesehatan dan pembelajaran yang terjadi setelah lebih dari satu tahun pandemi COVID-19 berlangsung dan pengaruhnya terhadap *burnout* pada dokter akademisi. Pengambilan sampel yang lebih luas akan dapat menggambarkan kondisi *burnout* pada dokter akademisi di masa pandemi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami mengucapkan terima kasih kepada dosen Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Mataram atas partisipasinya dalam penelitian ini.

DEKLARASI KEPENTINGAN

Penelitian ini didanai dari dana penelitian PNBPU Universitas Mataram tahun 2020. Para penulis mendeklarasikan bahwa tidak terdapat konflik kepentingan apapun terkait studi pada naskah ini.

KONTRIBUSI PENULIS

Dian Puspita Sari – menetapkan desain studi, menganalisis data, menulis draf artikel, melakukan review dan penyuntingan terhadap artikel.

Yoga Pamungkas Susani – menetapkan desain studi, menganalisis data, menulis draf artikel, melakukan review dan penyuntingan terhadap artikel.

Emmy Amalia – melakukan pengambilan data dan menganalisis data.

DAFTAR PUSTAKA

- Nassar AK, Reid S, Kahnamoui K, Tuma F, Waheed A, McConnell M. Burnout among Academic Clinicians as It Correlates with Workload and Demographic Variables. *Behav Sci (Basel)* [Internet]. 2020 May 27; 10(6): 94. Available from: <https://www.mdpi.com/2076-328X/10/6/94>
- The Lancet. Icd-11. *Lancet*. 2019; 393(10188): 2275.
- Maslach C, Leiter MP. New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Med Teach* [Internet]. 2017; 39(2): 160-3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/0142159X.2016.1248918>
- The Lancet. Physician burnout: a global crisis. *Lancet* [Internet]. 2019; 394(10193): 93. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31573-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31573-9)
- Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2018; 320(11): 1131-50.
- Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015; 90(12): 1600-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>
- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* [Internet]. 2012 Oct 8; 172(18): 1377-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Shanafelt TD, Sinsky C, Dyrbye LN, Trockel M, West CP. Burnout Among Physicians Compared With Individuals With a Professional or Doctoral Degree in a Field Outside of Medicine. *Mayo Clin Proc*. 2019; 94(3): 549-51.
- Imo UO. Burnout and psychiatric morbidity among doctors in the UK: A systematic literature review of prevalence and associated factors. *BJPsych Bull*. 2017; 41(4): 197-204.
- Ziad K, Laurent B, Marianne H, Virginie V, Christophe L, Guillaume F. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019; 246: 132-47.
- Lo D, Wu F, Chan M, Chu R, Li D. A systematic review of burnout among doctors in China: A cultural perspective. *Asia Pac Fam Med* [Internet]. 2018; 17(1): 1-13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12930-018-0040-3>
- Sutoyo D, Kurniadi R, Fuadi I, Timur NT. Sindrom burnout pada peserta program pendidikan dokter spesialis anesthesiologi dan terapi intensif Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran. *J Anestesi Perioper*. 2018; 6(3): 153-61.
- Amofo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occup Med (Lond)*. 2015; 65(2): 117-21.
- Rao SK, Kimball AB, Lehrhoff SR, Hidrue MK, Colton DG, Ferris TG, et al. The impact of administrative burden on academic physicians: Results of a hospital-wide physician survey. *Acad Med*. 2017; 92(2): 237-43.
- Carmen MG, Herman J, Rao S, Hidrue MK, Ting D, Lehrhoff SR, et al. Trends and Factors Associated With Physician Burnout at a Multispecialty Academic Faculty Practice Organization. 2019; 2(3): 1-10.
- West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors , consequences and solutions. 2018.

17. Patel RS, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors related to physician burnout and its consequences: A review. *Behav Sci (Basel)*. 2018; 8(11).
18. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2018; 178(10): 1317–30.
19. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14(1).
20. Willard-Grace R, Knox M, Huang B, Hammer H, Kivlahan C, Grumbach K. Burnout and health care workforce turnover. *Ann Fam Med*. 2019; 17(1): 36–41.
21. Glasheen JJ, Misky G., Reid MB, Harrison RA, Sharpe B, Auerbach A. Career Satisfaction and Burnout in Academic Hospital Medicine. *Arch Intern Med* [Internet]. 2011 Apr 25;171(8):782. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2011.153>.
22. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, Novotny PJ, Poland GA, Menaker R, et al. Career Fit and Burnout Among Academic Faculty. *Arch Intern Med* [Internet]. 2009 May 25;169(10):990. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archinternmed.2009.70>.
23. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2021 [cited 2020 Oct 27]. p. 1–6. Available from: <https://covid19.who.int/>
24. Shreffler J, Petrey J, Huecker M. The Impact of COVID-19 on Healthcare Worker Wellness : A Scoping Review. *West J Emerg Med*. 2020; 21(5): 1059–66.
25. Piryani RM, Piryani S, Shakya DR. Impact of COVID-19 Pandemic on Medical Education : Challenges and Opportunities for Medical educators in South Asia Impact of COVID-19 Pandemic on Medical Education : Challenges and Opportunities for Medical educators in South Asia. *J BP Koirala Inst Heal Sci*. 2020; (July).
26. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual [Internet]. 4th ed. Mind Garden; 2016. 52 p. Available from: <https://libris.kb.se/bib/8230616>
27. Amanullah S, Ramesh Shankar R. The Impact of COVID-19 on Physician Burnout Globally: A Review. *Healthc (Basel, Switzerland)* [Internet]. 2020; 8(4): 1–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33105757>
28. Pedersen AF, Ingeman ML, Vedsted P. Empathy, burn-out and the use of gut feeling: A cross-sectional survey of Danish general practitioners. *BMJ Open*. 2018; 8(2): 1–8.
29. Wu Y, Wang J, Luo C, Hu S, Lin X, Anderson AE, et al. A Comparison of Burnout Frequency Among Oncology Physicians and Nurses Working on the Frontline and Usual Wards During the COVID-19 Epidemic in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020 Jul; 60(1): e60–5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392420302050>
30. West CP, Dyrbye LN, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Nedelec L. Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(7): 1–11.
31. Khalafallah AM, Lam S, Gami A, Dornbos DL, Sivakumar W, Johnson JN, et al. Burnout and career satisfaction among attending neurosurgeons during the COVID-19 pandemic. *Clin Neurol Neurosurg* [Internet]. 2020 Nov; 198(January): 106193. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0303846720305369>
32. Sethi BA, Sethi A, Ali S, Aamir HS. Impact of Coronavirus disease (COVID-19) pandemic on health professionals. *Pakistan J Med Sci* [Internet]. 2020 May 6; 36 (COVID19-S4). Available from: <https://www.pjms.org.pk/index.php/pjms/article/view/2779>

33. Algunmeeyn A, El-dahiyat F, Altakhineh MM, Azab M. Understanding the factors influencing healthcare providers' burnout during the outbreak of COVID-19 in Jordanian hospitals. *J Pharm Policy Pract.* 2020; 13(53): 1-8.

34. Zerbini G, Ebigbo A, Reicherts P, Kunz M, Messman H. Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 - a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *GMS Ger Med Sci [Internet].* 2020; 18: 1-9. Available from: <https://www.egms.de/en/journals/gms/2020-18/000281.shtml>

35. Giusti EM, Pedroli E, Aniello GED, Badiale CS, Pietrabissa G, Manna C, et al. The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals : A Cross-Sectional Study. 2020; 11(July): 1-9.

36. Shanafelt T, Ripp J, Sinai M, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. 2020; 2019: 2019-20.

37. Dimitriu MCT, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD, et al. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses [Internet].* 2020; 144(June): 109972. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>

38. Shen Y, Cui Y, Li N, Tian C, Chen M. Emergency Responses to Covid-19 Outbreak : Experiences and Lessons from a General Hospital in Nanjing , China. *Cardiovasc Intervent Radiol [Internet].* 2020; 43(6): 810-9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00270-020-02474-w>

39. Grassi A, Pizza N, Tedesco D, Zaffagnini S. The COVID-19 outbreak in Italy : perspectives from an orthopaedic hospital. 2020.

40. Arkorful V, Abaidoo N. The role of e-learning, advantages and disadvantages of its adoption in higher education. *Int J Instr Technol Distance Learn.* 2015; 12(1): 29-42.

41. Alsulimani T, Kaabi H. The Effect of E-Learning on Teachers' Motivation: A Case Study in Jeddah University. *Int J Manag Inf Technol.* 2018; 14: 3316-27.

42. Corry M, Stella J. Teacher self-efficacy in online education: A review of the literature. *Res Learn Technol.* 2018; 26(1063519): 1-12.

43. Hodges C, Moore S, Lockee B, Trust T, Bond A. The Difference Between Emergency Remote Teaching and Online Learning [Internet]. *Educause Review.* 2020. Available from: <https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning>

44. Cutri RM, Mena J, Whiting EF. Faculty readiness for online crisis teaching: transitioning to online teaching during the COVID-19 pandemic. *Eur J Teach Educ [Internet].* 2020; 43(4): 523-41. Available from: <https://doi.org/10.1080/02619768.2020.1815702>

45. Adedoyin OB, Soykan E. Covid-19 pandemic and online learning: the challenges and opportunities. *Interact Learn Environ [Internet].* 2020; 0(0): 1-13. Available from: <https://doi.org/10.1080/10494820.2020.1813180>

46. Xu D, Jaggars SS. The impact of online learning on students' course outcomes: Evidence from a large community and technical college system. *Econ Educ Rev.* 2013; 37: 46-57.

47. Hadadnia S, Hadadnia N, Shahidi N. Effects of Teaching through Online Teacher versus Real Teacher on Student Learning in the Classroom. *Contemp Educ Technol.* 2020; 3(1): 50-9.

48. Nguyen T. The Effectiveness of Online Learning: Beyond No Significant Difference and Future Horizons. *MERLOT J Online Learn Teach.* 2015; 11(2): 309-19.

49. Shlenskaya N, Karnaukhova A, Son L, Lapteva E. Teachers' burnout in online university courses in the time of pandemic. *ACM Int Conf Proceeding Ser.* 2020; 7(916): 95-9.

50. Dedeilia A, Sotiropoulos MG, Hanrahan JG, Janga D, Dedeilias P, Sideris M. Medical and surgical education challenges and innovations in the COVID-19 era: A systematic review. *In Vivo (Brooklyn).* 2020; 34: 1603-11.

51. Nadler R. Understanding “Zoom fatigue”: Theorizing spatial dynamics as third skins in computer-mediated communication. *Comput Compos* [Internet]. 2020; 58: 102613. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.compcom.2020.102613>
52. Slovak P. Effect of Videoconferencing Environments on Perception of Communication. *J Psychosoc Res Cybersp*. 2007; 1(1): 8.
53. Antons JN, Schleicher R, Arndt S, Moller S, Curio G. Too tired for calling? A physiological measure of fatigue caused by bandwidth limitations. *2012 4th Int Work Qual Multimed Exp QoMEX 2012*. 2012; (July): 63-7.
54. Sari FTA, Himayani R, Kedokteran F, Lampung U, Kedokteran MF, Lampung U. Faktor Risiko Terjadinya Computer Vision Syndrome Risk Factors Occurrence of Computer Vision Syndrome. *Majority* [Internet]. 2018; Vol.7 No.2(Maret): 278-82. Available from: <https://bapin-ismki.e-journal.id/jimki/article/view/50>
55. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet*. 2020; 7(April): 19-21.
56. Blake H, Bermingham F, Johnson G, Tabner A. Mitigating the psychological impact of covid-19 on healthcare workers: A digital learning package. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(9).
57. Albott CS, Wozniak JR, McGlinch BP, Wall MH, Gold BS, Vinogradov S. Battle Buddies: Rapid Deployment of a Psychological Resilience Intervention for Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic. *Anesth Analg*. 2020; XXX(Xxx): 43-54.
58. Card AJ. Physician burnout: Resilience training is only part of the solution. *Ann Fam Med*. 2018; 16(3): 267-70.
59. West M, Coia D. Caring for doctors. Caring for patients [Internet]. General Medical Council. General Medical Council; 2019. Available from: https://www.gmc-uk.org/about/how-we-work/corporate-strategy-plans-and-impact/supporting-a-profession-under-pressure/uk-wide-review-of-doctors-and-medical-students-wellbeing%0Ahttps://www.gmc-uk.org/-/media/documents/caring-for-doctors-caring-for-patients_