

RINGKASAN EKSEKUTIF

PENILAIAN BEBAN KERJA TENAGA KESEHATAN DAN LINGKUNGAN KERJA YANG MENDUKUNG SELAMA PANDEMI COVID-19

Andreasta Meliala, Sandra Frans, Widy Hidayah, Faisal Mansur, Candra

Daftar Isi

Pengantar.....	1
Pertanyaan Studi.....	1
Lokasi Studi.....	1
Metodologi.....	1
Temuan Studi.....	2
Lingkungan Kerja yang Aman.....	2
Studi Beban Kerja Tenaga Kesehatan dengan Pendekatan WISN.....	3
Rekomendasi.....	6
Lingkungan Kerja yang Aman.....	6
Rekomendasi Penilaian beban kerja dengan pendekatan WISN.....	7
Daftar Pustaka.....	8

Penulis:

Andreasta Meliala
Sandra Frans
Widy Hidayah
Faisal Mansur
Candra

Desain dan tata letak:

Fuad W. Prabowo

Mitra:

WHO Indonesia
Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga, Kementerian Kesehatan RI

Diterbitkan oleh:

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, 2021.

Alamat:

Gedung Penelitian dan Pengembangan Lantai 1, Jl. Medika, Yogyakarta, 55281 Indonesia Telp. (0274) 549423, 549424, 549425 Faks. (0274) 549425 Website: chpm.fk.ugm.ac.id | Email: chpm@ugm.ac.id



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

Pengantar

Pandemi COVID-19 telah menjadi tantangan dan dalam banyak kasus, melebihi kapasitas rumah sakit dan unit perawatan intensif (ICU). Para profesional kesehatan berbasis rumah sakit bekerja berjam-jam dengan mengenakan alat pelindung diri (APD) yang merepotkan dan tidak nyaman. Petugas kesehatan terus memberikan perawatan untuk pasien meskipun kelelahan, risiko infeksi pribadi, ketakutan penularan ke anggota keluarga, penyakit atau kematian teman dan kolega, dan kehilangan banyak pasien. Ditambah lagi ketika gelombang pertama dan kedua pandemi COVID-19 terjadi, tenaga kesehatan berisiko cukup tinggi untuk terkena virus ini. Di Indonesia, per 22 Juli 2021, angka kematian nakes mencapai 1.464 orang dengan urutan tertinggi adalah dokter, perawat, kemudian bidan (LaporCOVID-19, 2021a). Angka kematian dokter meningkat beberapa kali lipat. Pada bulan Mei 2021, angka kematian dokter meningkat sebanyak tiga kali lipat dari bulan sebelumnya (Javier, 2021); dan pada bulan Juni 2021, angka kematian dokter meningkat tujuh kali lipat dari bulan Mei 2021 (LaporCOVID-19, 2021b).

Pusat Kebijakan dan Manajemen Kebijakan dan Manajemen (PKMK) Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK) UGM bekerja sama dengan WHO Indonesia dan Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga, Kementerian Kesehatan, Republik Indonesia melakukan kajian terhadap situasi terkait petugas kesehatan, beban kerja dan lingkungan kerjanya di rumah sakit rujukan COVID-19 yang dapat mengarah pada kesehatan: kelelahan, morbiditas, dan mortalitas pekerja. Hasil yang diharapkan dari kajian ini adalah rekomendasi kebijakan berbasis bukti terkait beban kerja yang dialami oleh tenaga Kesehatan di fasilitas Kesehatan pelayanan COVID-19 selama masa pandemi, dan juga kajian terhadap lingkungan kerja yang mendukung keselamatan pasien dan tenaga Kesehatan selama pandemi.

Pertanyaan Studi

- Apakah fasilitas menyediakan lingkungan yang aman dengan kontrol teknik dan administratif yang memadai untuk mempromosikan perawatan pasien yang aman terkait COVID-19 dan melindungi kesehatan dan kesejahteraan staf?
- Seberapa besar tekanan beban kerja pada petugas kesehatan selama masa pandemic COVID-19 dan berapa banyak petugas kesehatan yang dibutuhkan untuk mengatasi beban kerja fasilitas kesehatan tersebut?

Lokasi Studi

Berdasarkan desain assessment, lokasi penelitian dipilih melalui pendekatan **purposive sampling**. Mengingat penyebaran dan jumlah kasus COVID-19 di beberapa pulau di Indonesia, dipilihlah 4 provinsi yang dapat mewakili situasi Indonesia saat ini dalam menangani 19 pasien COVID-19. Assessment akan dilakukan di 4 Provinsi dengan 4 Rumah Sakit dan 2 Puskesmas di setiap provinsi sehingga total fasilitas kesehatan ada 24. Berikut rincian fasilitas kesehatan yang menjadi sampel penelitian:

1. DKI Jakarta: 2 Puskesmas, 2 RSUD Tipe C, 1 RS Tipe B, dan 1 RS Tipe A
2. Sulawesi Selatan: 2 Puskesmas, 2 RSUD Tipe C, 1 RS Tipe B, dan 1 RS Tipe A
3. Jawa Timur: 2 Puskesmas, 2 RSUD Tipe C, 1 RS Tipe B, dan 1 RS
4. Sumatera Utara: 2 Puskesmas, 3 RSUD Tipe C, 1 RS Tipe B

Data berhasil dikumpulkan di 22 faskes. Ada dua faskes yang terkendala di proses perijinan studi sehingga tidak bisa dilakukan pengumpulan data.

Metodologi

Untuk studi lingkungan kerja yang mendukung, metodologi yang digunakan adalah **mixed-method**, yaitu gabungan dari penelitian kuantitatif dan kualitatif. Mix method telah banyak digunakan dalam program evaluasi kesehatan. Ini termasuk: desain rapid assessment dan pengumpulan data kualitatif. Pengambilan data kuantitatif menggunakan deskriptif cross-sectional surveys, sedangkan metode untuk penilaian kualitatif melalui in-depth interviews.

Instrumen survei yang digunakan adalah berdasarkan instrumen WHO yaitu: **Pedoman Interim WHO tentang Memastikan Lingkungan yang Aman bagi Pasien dan Staf di Fasilitas Perawatan Kesehatan COVID-19**.

Indikator untuk mengeksplorasi penilaian ini meliputi:

- Distribusi area;
- Ketersediaan fasilitas berbanding dengan tingkat hunian yang diperkirakan;
- Clinical Pathway pasien dan staf;
- Persyaratan ventilasi per area tertentu;
- Area pengunjung dan arus pengunjung; dan
- Kapasitas lonjakan

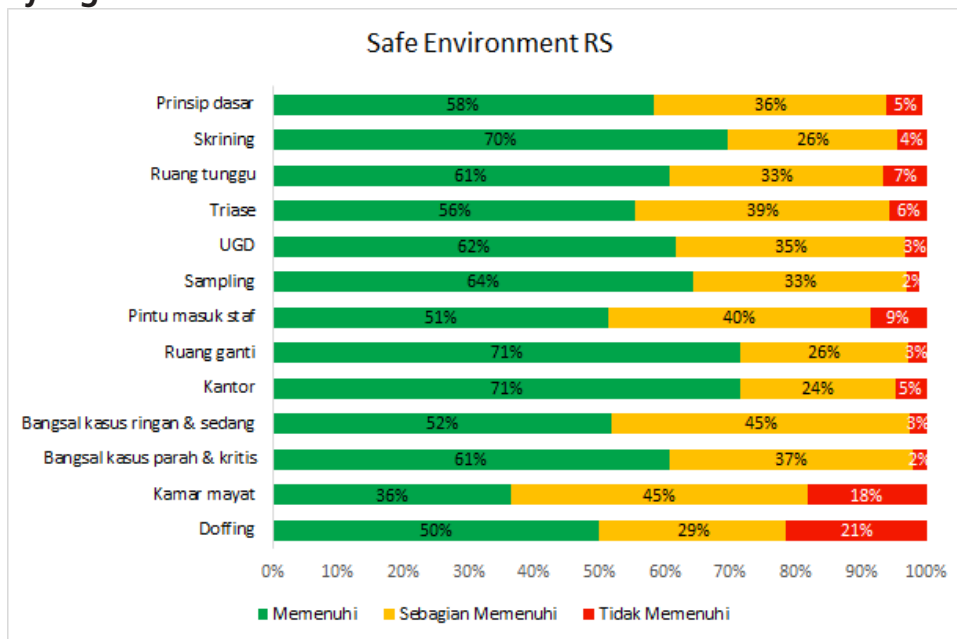
Studi beban kerja tenaga kesehatan ini menggunakan metode **Workload Indicator Staff Need** (WISN - Indikator Kebutuhan Beban Kerja Tenaga Kesehatan). Metode WISN sendiri memiliki beberapa tahap dalam pelaksanaan. Ada pembentukan tim, penyusunan list beban kerja, dan pengambilan data di lapangan. Selain itu model pengambilan informasi juga terbagi atas dua yaitu informasi yang dihimpun

melalui wawancara dan pengisian form berdasarkan beban kerja dan statistik layanan.

Jenis penelitian untuk WISN ini adalah mix method dengan mengaplikasikan jenis penelitian survey untuk pendekatan kuantitatif dalam pengisian data WISN dan wawancara mendalam untuk menggali berbagai masalah yang berkaitan dengan beban kerja tenaga kesehatan di masa pandemi.

Temuan Studi

Lingkungan Kerja yang Aman



Gambar 1. Hasil deskriptif temuan umum dari 13 kategori di Rumah Sakit

Dari 14 RS yang dilakukan penilaian menggunakan instrumen safe environment dengan 13 kategori penilaian yaitu prinsip dasar, skrining, ruang tunggu, triase, UGD, sampling, pintu masuk staf, ruang ganti, kantor, bangsal kasus ringan dan sedang, bangsal kasus parah dan kritis, kamar mayat, dan doffing. Secara umum, kategori yang paling banyak dipenuhi oleh RS adalah skrining, ruang ganti, dan kantor sedangkan yang paling sedikit dipenuhi oleh RS adalah kamar mayat dan doffing. Setiap kategori penilaian terdiri dari beberapa macam variabel. Misalnya untuk kategori skrining terdiri dari variabel lokasi, akses, jarak/pembatas, praktik PPI dan sebagainya. Puskesmas yang dilakukan penilaian menggunakan instrumen safe environment berjumlah 8 puskesmas. Dari 13 kategori penilaian, ada beberapa kategori yang tidak tersedia (not applicable) di puskesmas seperti prinsip dasar, triase, bangsal kasus ringan dan sedang, bangsal kasus parah, dan kamar mayat. Untuk kamar mayat, ada satu puskesmas yang memiliki kamar mayat, namun hanya untuk transit jenazah sehingga penilaian kamar mayat hanya difokuskan di RS. Diketahui bahwa kategori yang paling banyak dipenuhi oleh puskesmas

adalah skrining dan kantor sedangkan untuk kategori yang masih belum terpenuhi adalah sampling dan pintu masuk puskesmas. Untuk kategori ruang ganti dan doffing di beberapa puskesmas tidak tersedia.

Secara umum, beberapa variabel yang dinilai telah memiliki kesiapan dan kapasitas yang paling banyak dicapai antara lain pelaksanaan praktik PPI, penyediaan infrastruktur dan suplai PPI, serta pembersihan dan desinfeksi permukaan. Praktik PPI dalam instrumen SE dititikberatkan pada upaya memotivasi pasien untuk mempraktikkan kebersihan tangan dengan benar dan pemakaian masker bedah apabila hal tersebut dapat ditoleransi. Praktik PPI ini akan terlaksana dengan baik apabila infrastruktur dan suplai untuk PPI tersedia dengan baik, seperti tempat cuci tangan, sabun atau alcohol-based hand rub (ABHR), dispenser tisu untuk kebersihan pernapasan, dan tempat sampah dengan teknologi tanpa sentuh. Terkait dengan pembersihan dan desinfeksi permukaan, sebagian besar faskes sudah memiliki SOP untuk aktivitas ini dan SOP tersebut diimplementasikan dengan baik.

Dari penjabaran kategori/area penilaian secara keseluruhan, terdapat beberapa variabel yang masih

perlu mendapat perhatian dalam menyediakan lingkungan yang aman antara lain ventilasi, jarak/pembatas fisik, ruang untuk pergerakan, dan skrining staf di pintu masuk staf. Pada umumnya ventilasi alami faskes sudah memenuhi kriteria aliran udara yang dianjurkan dan sudah memiliki HEPA filter untuk menyaring udara kotor, namun pada sebagian besar RS belum dilakukan uji asap. Variabel jarak/pembatas digunakan untuk memastikan jarak 1 m hingga 2 m antara pasien dan staf. Selain itu, faskes sudah menyediakan pembatas fisik yang memisahkan pasien dan staf, namun sebagian faskes tidak dapat memodifikasi luas lahan sehingga dapat menyediakan jarak aman 1-2 m.

Dari temuan kualitatif, didapatkan bahwa seluruh faskes mengubah tata kelola pelayanan pasien sejak dimulainya pandemi COVID-19. Perubahan ini termasuk di dalamnya adalah mengubah alur masuk pasien, dengan memperketat bagian screening pasien maupun kepada pengunjung. Di beberapa puskesmas, untuk memungkinkan ventilasi dan pertukaran udara yang baik, maka mengganti ruang pemeriksaan pasien. Jika sebelumnya, pemeriksaan pasien dilakukan di dalam gedung, maka sejak terjadi pandemi, pelayanan pasien oleh salah satu puskesmas di ubah di lorong ruangan, yang memungkinkan aliran udara dan sinar matahari masuk. Rumah sakit juga kemudian berupaya dengan memodifikasi salah satu ruangan di rumah sakit mereka untuk menjadi ruangan perawatan pasien COVID-19. Ruang tersebut didesain agar bisa memenuhi kriteria ruang perawatan infeksi. Selain itu, manajemen rumah sakit juga secara sigap melakukan perubahan kebijakan seperti membuat SK struktur tanggap COVID, kemudian membuat zonasi area lewat SK direktur, pengadaan infrastruktur PPI di setiap bagian RS, dan membuat protokol pelayanan pasien.

Tantangan yang dihadapi oleh fasilitas Kesehatan terkait menyediakan lingkungan yang aman, di awal pandemic itu bervariasi antara kepanikan dalam menghadapi pandemic, kesimpangsiuran informasi terkait COVID-19, sampai ke kekurangan APD di faskes. Selain itu, faskes juga mengeluhkan kurangnya pedoman yang bisa menjadi acuan terpercaya untuk melakukan manajemen mitigasi bencana dalam kaitannya dengan pandemic COVID-19. Ada pula puskesmas yang mengeluhkan terkait keterbatasan anggaran dalam pengadaan APD, termasuk masker medis kepada petugas Kesehatan.

Terkait resiko terkena COVID-19, diakui oleh tenaga kesehatan dan bagian manajemen terkait K3 bahwa paparan COVID-19 tidak bisa terhindarkan di fasilitas kesehatan. Paparan terhadap infeksi COVID-19 ini bisa saja bersumber dari pasien, sesama petugas, maupun dibawa dari keluarga di

rumah. Seperti yang sudah diutarakan sebelumnya di tinjauan Pustaka, bahwa risiko tenaga Kesehatan untuk tertular COVID-19 cukup tinggi. Di Inggris dan AS, risiko melaporkan tes positif COVID-19 meningkat di antara petugas kesehatan garis depan. Sistem perawatan kesehatan harus memastikan ketersediaan APD yang memadai dan mengembangkan strategi tambahan untuk melindungi petugas kesehatan dari COVID-19, terutama mereka yang berasal dari kelompok minoritas

Berdasarkan wawancara dengan beberapa rumah sakit, diketahui belum ada suatu sistem surveilans yang tepat untuk melacak sumber infeksi jika seorang nakes terinfeksi COVID-19. Hal ini bisa disebabkan karena banyaknya kasus dalam satu waktu, juga banyaknya pelayanan pasien COVID-19 di waktu tersebut. Mengenai sistem surveilans terhadap tenaga Kesehatan di rumah sakit, Sui Wan et al. (2021) mengusulkan dua jenis sistem yang bisa digunakan. Pertama, surveilans berdasarkan gejala. Kedua, penilaian berdasarkan risiko.

Studi Beban Kerja Tenaga Kesehatan dengan Pendekatan WISN

Layanan dan program Kesehatan selama masa pandemic COVID-19 berubah, terutama di puskesmas. Dalam beberapa kasus di puskesmas yang diteliti, fokus layanan dan sumber daya manusia lebih banyak dialihkan ke penanganan dan layanan terkait dengan covid 19. Hal tersebut berimbas pada program dan layanan lain yang sebelumnya umum dan juga esensial yang dilaksanakan oleh puskesmas. Kegiatan-kegiatan lapangan di puskesmas untuk layanan covid 19 termasuk pencegahan melalui vaksin, tracing, dan swab. Kegiatan ini lebih banyak diprioritaskan oleh puskesmas sehingga kegiatan layanan di dalam gedung sendiri berkurang. Akan tetapi selama pandemi, intensitas kunjungan di layanan puskesmas memang berkurang. Sehingga layanan di dalam gedung juga semakin sedikit. Namun demikian, program-program esensial puskesmas khususnya yang terkait dengan preventif di masyarakat seperti posyandu, vaksin untuk balita, monitoring, dan edukasi dengan kunjungan rumah menjadi terhambat bahkan tidak terlaksana saat gelombang COVID sedang melanda.

Situasi layanan kesehatan di rumah sakit juga berubah sejak pandemi terjadi. Lonjakan kasus menyebabkan beban kerja meningkat. Namun, karena lonjakan diakibatkan oleh penyakit yang menular dengan cepat, maka pencegahan juga menjadi perhatian baik pemerintah maupun rumah sakit sendiri. Tatalaksana proteksi menjadi kewajiban dijalankan oleh tenaga kesehatan sebelum, selama, hingga selesai memberikan layanan.

Terkait beban kerja tenaga Kesehatan selama masa pandemic, adanya tenaga kesehatan yang terkontaminasi virus COVID-19 sehingga harus dilakukan karantina selama maksimal 14 hari sesuai protokol karantina. Hal ini membuat kekurangan tenaga pemberi layanan di rumah sakit. Akibatnya, tenaga kesehatan yang tersedia di bebaskan pekerjaan tambahan untuk menggantikan posisi tenaga yang terkonfirmasi covid 19. Pandemi Covid 19 telah memberikan tantangan yang signifikan pada

tenaga kesehatan. Mulai dari terinfeksi virus SARS-Cov-2 hingga mengalami kelelahan fisik maupun mental. Tenaga kesehatan dihadapkan dengan masalah mental akibat ketakutan akan penularan COVID-19 baik karena kontak dekat dengan pasien hingga tertular dari rekan mereka. Selain itu, tenaga kesehatan merasakan kekhawatiran akan menjadi pembawa virus COVID-19 bagi keluarganya. Hal ini menempatkan beban mental pada tenaga kesehatan.



Gambar 2. Rasio WISN Tenaga Perawat, Bidan, Laborat, dan Dokter Umum

Perhitungan beban kerja berdasarkan jenis tenaga Kesehatan, berdasarkan metode WISN.

1. Perawat

Perawat memainkan peran penting dalam pandemi COVID-19 yang sedang berlangsung. Sulit untuk memenangkan pertempuran melawan virus corona tanpa perawat karena mereka membantu dokter dalam perawatan pasien. Mereka juga memberikan vaksin COVID-19 kepada pasien. Dalam manajemen kasus COVID-19, perawat bertindak sebagai penghubung penting antara pasien dan tim perawatan kesehatan lainnya. Untuk itu, perlu dihitung kebutuhan tenaga perawat untuk memastikan perawatan pasien covid di fasilitas kesehatan tetap berjalan optimal. Ditemukan bahwa rasio tenaga perawat yang tersedia saat ini **sebanyak 0,84. Artinya tenaga perawat selama pandemi ini mengalami kekurangan tenaga.**

2. Bidan.

Praktik kebidanan di fasilitas kesehatan baik di rumah sakit hingga puskesmas membutuhkan tenaga yang tersedia setiap saat dan jumlah yang memadai pada saat dibutuhkan. Selama pandemi COVID-19, frekuensi kontak langsung antara bidan dan pasien telah menurun karena adanya perubahan jadwal kunjungan serta pembatasan perawatan prenatal di rumah sakit maupun puskesmas. Hal ini membuat pelayanan bidan berkurang. Ditemukan bahwa **rasio tenaga bidan yang tersedia saat ini sebanyak 1.31**. Artinya tenaga bidan selama pandemi ini **mengalami kelebihan tenaga** untuk memberikan pelayanan baik di rumah sakit hingga puskesmas.

3. Dokter Umum

Dokter umum menjadi salah satu petugas inti dalam pemberian layanan di fasilitas kesehatan. Selama pandemi, telah terjadi

peningkatan kasus covid yang membutuhkan penanganan segera dari dokter umum. Informasi kebutuhan tenaga dokter umum di fasilitas kesehatan sangat menentukan kemampuan fasilitas kesehatan menghadapi lonjakan kasus. Ditemukan bahwa **rasio tenaga dokter umum yang tersedia saat ini sebanyak 0,75. Artinya tenaga dokter umum selama pandemi ini mengalami kekurangan tenaga.**

4. Tenaga Laboratorium

Peran tenaga laboratorium pada saat wabah penyakit menular telah ditetapkan. Diagnosis COVID-19 tidak mungkin dilakukan tanpa layanan laboratorium, baik dengan mendeteksi patogen dalam sampel biologis dengan reverse transcriptase-polymerase chain reaction (RT-PCR), atau dengan mengukur respons antibodi secara imunologis. Lonjakan kasus COVID-19 membuat semakin tingginya permintaan untuk pemeriksaan Lab di fasilitas kesehatan. Untuk itu, kebutuhan tenaga laboratorium perlu dihitung untuk kecepatan dalam pemenuhan layanan pemeriksaan di laboratorium. Ditemukan bahwa **rasio tenaga Laboratorium yang tersedia saat ini sebanyak 0,91. Artinya tenaga Laboratorium selama pandemi ini mengalami kekurangan tenaga.**

5. Dokter Spesialis Paru

Ketersediaan dokter spesialis paru untuk memberikan perawatan ICU di Rumah sakit sangat penting guna mengatasi peningkatan jumlah pasien kasus COVID-19 yang membutuhkan perawatan paru. Ditemukan bahwa rasio tenaga dokter spesialis paru yang tersedia saat ini **sebanyak 0,84. Artinya tenaga dokter spesialis paru selama pandemi ini mengalami kekurangan tenaga.**

Kesimpulannya: seluruh kategori tenaga Kesehatan mengalami kekurangan di fasilitas Kesehatan penyedia layanan COVID-19.

Adapun keterbatasan dalam studi WISN yang saat ini dilaksanakan adalah sebagai berikut;

1. Waktu pelaksanaan studi di empat provinsi terbatas, apalagi dengan adanya gelombang covid di bulan Juli tahun 2021 menyebabkan berbagai penundaan kegiatan utamanya kegiatan penyusunan daftar beban kerja untuk tiap jenis tenaga kesehatan.
2. Studi yang masih terbatas di Indonesia menyebabkan studi ini masih tergolong sebagai studi awal dan ditingkatkan seiring dengan praktik di lapangan.
3. Statistik layanan menjadi tantangan dalam fase pengambilan data, sebab dari beberapa fasilitas kesehatan yang diteliti, hanya sebagian kecil saja yang memiliki data layanan per tahun lengkap. Data kebanyakan tersebar di beberapa unit/departemen. Sehingga para petugas pengambil data perlu mencocokkan dan mencatat, serta mengagregasi data yang ditemukan di unit masing-masing. Beberapa fasilitas juga sama sekali tidak memiliki atau mencatat informasi layanan tersebut. Alternatif lain yang bisa diambil adalah mencatat dari rekam medis pasien, namun hal tersebut tidak dilakukan karena membutuhkan waktu yang lebih panjang dibandingkan waktu penelitian yang direncanakan.
4. Tahapan studi membutuhkan pertemuan lanjutan untuk mengkonfirmasi temuan dan rekomendasi yang diberikan. Namun, karena keterbatasan waktu studi, pertemuan tidak dapat dilakukan. Sehingga hasil studi ini lebih dominan pada sudut pandang peneliti. Kami mengantisipasi dengan melakukan pertemuan diseminasi hasil studi yang dilakukan pada November 2021.



Rekomendasi

Lingkungan Kerja yang Aman

Berikut adalah rekomendasi berdasarkan hasil analisa data dan juga wawancara dengan responden penelitian Safe Environment:

- **Perlu dilakukan perbaikan infrastruktur rumah sakit untuk mendukung menciptakan lingkungan kerja yang aman.** Dari hasil penelitian, ada bagian pelayanan pasien COVID-19 yang masih sebagian memenuhi seperti di variabel ventilasi, pencahayaan alami, jarak/pembatas, maupun **finishing** furniture yang bisa ditemui di kategori-kategori penting yang menjadi penilai. Sedangkan, aspek tersebut juga mempengaruhi terhadap pencegahan dan penularan penyakit infeksi.
- **Dibutuhkan pedoman dan regulasi terkait Kesehatan dan Keselamatan Kerja, serta fasilitas yang mendukung**
 - a. Masih minimnya panduan untuk pedoman pelaksanaan K3 di Rumah Sakit yang mencakup juga penanganan pandemic menjadi salah satu kendala yang membuat beberapa rumah sakit merasa terkendala dalam menyiapkan tata Kelola pelayanan rumah sakit yang sesuai dengan standard. Karena selama ini rumah sakit harus secara mandiri mengkompilasi informasi terkait dengan membuat tata Kelola dan manajemen risiko pelayanan di masa pandemic dari berbagai sumber. Pada Petunjuk teknis Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 revisi 5, memang telah menyediakan panduan untuk strategi penanggulangan transmisi baik itu di tingkat nasional maupun transmisi. Pada bagian pencegahan dan pengendalian penularan infeksi di Fasyankes, yang lebih banyak ditekankan adalah mengenai praktik PPI. Namun tentang bagaimana prinsip perawatan pasien untuk saluran napas berat sebagaimana yang ada di instrument WHO, belum secara detil dijabarkan.
 - b. Selain pedoman, dari bagian K3 rumah sakit juga mengingatkan perlu dibuat regulasi terkait penatalaksanaan K3 di rumah sakit, untuk meminimalisir penularan infeksi di tempat kerja. Hal ini penting sekali, agar ketika unit K3 membuat program terkait dengan lingkungan kerja yang aman, maka meresa dapat menggunakan regulasi tersebut sebagai dasar yang bisa diajukan ke manajemen.
- **Perlunya kolaborasi yang terstruktur dan terencana untuk pencegahan dan pengendalian penularan infeksi di fasyankes.** Kolaborasi ini perlu melibatkan unit K3, PPI dan Kesehatan Lingkungan. Hal ini termasuk di dalamnya adalah pemetaan dan pengamatan risiko pekerjaan tenaga Kesehatan, penilaian risiko lingkungan kerja dan pengendalian teknis, serta komunikasi risiko.
- Untuk Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, Pemerintah Daerah, dan Manajemen Faskes: **Perlu adanya perencanaan anggaran untuk penyediaan APD**, antara lain dengan penganggaran melalui dana DAK ataupun BOK (untuk Puskesmas), re-alokasi dana APBD, kerjasama dengan perusahaan-perusahaan untuk membantu meningkatkan persediaan APD melalui program CSR, dan kerjasama dengan NGO baik nasional maupun internasional. Berdasarkan temuan studi, pembiayaan untuk APD (berupa masker N95 dan masker medis) masih menjadi kendala di beberapa puskesmas, karena keterbatasan dalam pemanfaatan dana BOK. Umumnya puskesmas juga menyediakan masker bagi pengunjung yang tidak memakai masker, sehingga kebutuhan masker menjadi banyak., Perencanaan anggaran ini memerlukan kerjasama lintas sektor dengan membuat keputusan bersama untuk menjamin keberlanjutan pembiayaan dan perencanaan pembiayaan untuk kejadian serupa di masa mendatang
- **Untuk Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan: Perlu adanya pengawasan dari penegak hukum atau regulator terkait pelaksanaan protokol safe environment di rumah sakit maupun puskesmas** sehingga penerapan di lapangan sesuai dengan panduan terstandar. Selain itu, pengawasan ini juga berfungsi sebagai kontrol terhadap implementasi pencegahan dan pengendalian infeksi di faskes. Hasil dari pengawasan ini dapat dijadikan sebagai bahan review dan **update** panduan yang sudah ada untuk memastikan bahwa kesenjangan yang terjadi di lapangan, **best practices**, dan sumber daya yang tersedia tercermin di dalam panduan tersebut.
- **Untuk manajemen faskes: perlunya mengintegrasikan Instrumen Ensuring a safe environment for patients and staff in COVID-19 health-care facilities (instrument SE)** ke dalam sistem pelaporan rutin faskes sebagai bahan monitoring, evaluasi, dan pertimbangan untuk melakukan perencanaan dan pengambilan keputusan terkait penyediaan lingkungan yang aman untuk staf dan pasien. Selain itu, instrumen SE juga dapat digunakan sebagai panduan bagi faskes dalam menyediakan dan menyiapkan lingkungan faskes yang aman untuk merespon kejadian massal yang sejenis di kemudian hari.

- **Untuk Pemerintah Pusat: Perlu disusun sebuah kebijakan terkait strategi respon terhadap wabah besar atau pandemi yang cepat, tepat, terstruktur, dan applicable;** yang mengatur dan menetapkan titik komando operasional untuk komunikasi langsung antara otoritas pusat, regional, dan lokal. Rantai komando yang tepat menentukan ketepatan respon. Respon yang tepat dari pemerintah menentukan infrastruktur (termasuk penyediaan lingkungan yang aman), peraturan dan pedoman perawatan kesehatan, akses ke pengobatan dan perawatan, penyediaan cakupan kesehatan, serta pembiayaannya.

Rekomendasi Penilaian beban kerja dengan pendekatan WISN

1. **Perlunya penambahan tenaga dokter umum, perawat, tenaga laboratorium, dan dokter spesialis paru di fasilitas Kesehatan yang menjadi rujukan COVID-19** untuk merespon kebutuhan pandemi. Berdasarkan hasil perhitungan studi, jumlah tenaga Kesehatan dari 4 profesi tersebut masih kurang dan perlu ditingkatkan.
2. **Mekanisme pengalihan petugas dari unit lain dan rekrutmen tenaga kerja sementara dapat digunakan** untuk menambah jumlah tenaga Kesehatan yang dibutuhkan dalam situasi pandemi.
3. **Konsep WISN memiliki peluang untuk mendukung pendekatan perhitungan Renbut SDM** yang telah diaplikasikan oleh Kementerian Kesehatan di puskesmas dan rumah sakit pemerintah saat ini. karena : (1) melalui WISN, pengguna Mendapatkan kegiatan faktual dari tenaga kesehatan melalui EWG; (2) Menghitung seluruh tenaga kesehatan yang tersedia, bukan hanya mereka yang terdaftar sebagai pegawai negeri.; (3) Mampu menyesuaikan waktu kebutuhan kegiatan berdasarkan kondisi wilayah; (4) Jenis beban kerja terbagi menjadi kegiatan utama, penunjang, dan tambahan.
4. Perlu ada penyamaan form dan pencatatan kebutuhan tenaga Kesehatan di semua fasilitas kesehatan. Dukungan data layanan sangat krusial untuk mengevaluasi kebutuhan tenaga kesehatan tahun sebelumnya. Berdasarkan hasil studi, ditemukan adanya perbedaan form dan kelengkapan data layanan di setiap fasilitas kesehatan. Seharusnya data layanan dapat dikumpulkan ke dalam laporan fasilitas kesehatan per tahunnya agar memudahkan para manajer SDM untuk menghitung beban kerja serta menyusun rencana perekrutan tenaga jika diperlukan.
5. WISN adalah formula penghitungan kebutuhan SDM yang dinamis, namun tidak spesifik untuk pekerjaan tertentu. Sedangkan di rumah sakit khususnya banyak sekali pekerjaan yang spesifik, sehingga jika dihitung dengan WISN diperlukan standar yang jelas untuk setiap pekerjaan yang spesifik tersebut. Peran EWG sangat penting untuk memastikan standar ini dapat disepakati oleh unit SDM di rumah sakit. Dalam kegiatan ini, keterlibatan EWG belum sepenuhnya bisa membuat standar dengan cara yang sistematis (oleh karena keterbatasan waktu dan keterbatasan komposisi peserta dari berbagai unit/ruangan). Oleh sebab itu, EWG perlu diformalkan dan diprogramkan untuk membuat standar sesuai dengan perkembangan beban kerja di lapangan.

Daftar Pustaka

- Annur, Cindy Mutia. 2021. "Total 2.032 Tenaga Kesehatan Meninggal Akibat COVID-19 Hingga Oktober 2021." Databoks. November 1, 2021. <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2021/11/01/total-2032-tenaga-kesehatan-meninggal-akibat-covid-19-hingga-oktober-2021>.
- Burger, Ronelle, Candy Day, Nicola Deghaye, Lungiswa Nkonki, Russell Rensburg, Anja Smith, and Cari van Schalkwyk. 2020. "Examining the Unintended Consequences of the COVID-19 Pandemic on Public Sector Health Facility Visits: The First 150 Days." *Wave*.
- Ekawati, Alon. 2018. "The Analysis of Workload and Need of Nurse with Wisn Method in Inpatient Room in Hospital X in Yogyakarta." *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit* 7 (1). <https://doi.org/10.18196/jmmr.7158>.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Pedoman pencegahan dan pengendalian coronavirus disease (COVID-19) revisi ke-5. https://covid19.go.id/storage/app/media/Protokol/2020/Juli/REV-05_Pedoman_P2_COVID-19_13_Juli_2020.pdf
- Mahendradhata, Yodi, Ni Luh Putu Eka Andayani, Eva Tirtabayu Hasri, Mohammad Dzulfikar Arifi, Renova Glorya Montesori Siahaan, Dewi Amila Solikha, and Pungkas Bahjuri Ali. 2021. "The Capacity of the Indonesian Healthcare System to Respond to COVID-19." *Frontiers in Public Health* 9 (July): 649819.
- Nguyen, L. H., Drew, D. A., Graham, M. S., Joshi, A. D., Guo, C. G., Ma, W., ... & Zhang, F. (2020). Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(9), e475-e483.
- Windarwati, Heni Dwi, Niken Asih Laras Ati, Mareta Deka Paraswati, Shofi Khaqul Ilmy, Ahmad Afif Supianto, Alfunnafi' Fahrul Rizzal, Ari Dwi Sulaksono, Retno Lestari, and Lilik Supriati. 2021. "Stressor, Coping Mechanism, and Motivation among Health Care Workers in Dealing with Stress due to the COVID-19 Pandemic in Indonesia." *Asian Journal of Psychiatry* 56 (February): 102470.
- World Health Organization. 2010. "Applying the WISN Method in Practice: Case Studies from Indonesia, Mozambique and Uganda." https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44415/9789241500203_eng.pdf.
- World Health Organization, (2020). Ensuring a safe environment for patients and staff in COVID-19 health-care facilities: a module from the suite of health service capacity assessments in the context of the COVID-19 pandemic https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCF_assessment-Safe_environment-2020.1
- World Health Organization, (2020). Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19 <https://www.who.int/publications/i/item/10665-336265>
- World Health Organization, (2020). Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance, 3 December 2020 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337333>