Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Perawat Covid-19 Selama Pandemi di Indonesia

Factors Affecting the Anxiety Levels of Covid-19 Nurses During the Pandemic in Indonesia

Rudi Haryanto*, Zahrah Maulidia Septimar

Program Studi Sarjana Keperawatan, STIKes Yatsi Tangerang

*Korespondensi Penulis :

Rudi Haryanto,

Email : rudi18haryanto@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Perawat yang terlibat langsung dalam penanganan dan perawatan pasien COVID-19 beresiko mengalami gangguan psikologis. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pada perawat yang merawat pasien COVID-19 selama pandemi di Indonesia. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian *cross-sectional* pada 336 perawat yang merawat pasien COVID-19 di rumah sakit di berbagai wilayah di Indonesia. Pengambilan data penelitian ini menggunakan kuesioner *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) versi Indonesia, kuesioner data demografi dan kuesioner dukungan rumah sakit yang disebar secara daring melalui google form. **Hasil:** Hasil analisis dari 336 orang perawat COVID-19 terdapat 27% yang mengalami cemas ringan, 20,8% cemas sedang, dan 2,7% cemas berat, serta 48,8% tidak mengalami kecemasan. Tingkat depresi mempengaruhi tingkat kecemasan ($p<.000$, $r=0.451$). Dukungan rumah sakit yang baik menurunkan tingkat kecemasan ($p<.000$, $r=-0.278$). Perawat COVID-19 yang telah menikah/ berkeluarga cenderung memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang masih sendiri. **Kesimpulan:** Status pernikahan, dukungan rumah sakit dan tingkat depresi merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pada perawat COVID-19 di rumah sakit. Dukungan rumah sakit merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi tingkat kecemasan.

Kata kunci: perawat, Covid-19, tingkat kecemasan, dukungan rumah sakit.

Abstract

Background: Nurses who are directly involved in handling and treating COVID-19 patients are at risk of experiencing psychological issues. The study aims to determine the factors that affect the level of anxiety among nurses who treat COVID-19 patients during the pandemic in Indonesia. **Method:** This research is a cross-sectional research on 336 nurses who treat COVID-19 patients in hospitals in various regions in Indonesia. The research data was collected using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) questionnaire in the Indonesian language, a demographic data questionnaire and a hospital support questionnaire distributed online via Google Form. **Results:** The results of the analysis of the data collected from the 336 COVID-19 nurses revealed that 27% of the respondents experienced mild anxiety; 20.8% had moderate anxiety; 2.7% had severe anxiety; while 48.8% did not experience any anxiety. It was also found that depression levels affected anxiety levels ($p<.000$, $r=0.451$). Good hospital support decreases anxiety levels ($p<.000$, $r=-0.278$). Covid-19 nurses who are married/have a family tend to have higher levels of anxiety than those who are single. **Conclusion:** Marital status, hospital support and depression levels are the factors that affect the level of anxiety among COVID-19 nurses in hospitals. Hospital support is a significant factor affecting anxiety levels.

Keywords: nurses, Covid-19, anxiety levels, hospital support.

Pendahuluan

Sejak Desember 2019, virus corona jenis baru yang disebut novel coronavirus (2019-nCoV, atau COVID-19) telah diidentifikasi di Wuhan, China. COVID-19 kemudian berkembang pesat dan menyebar ke seluruh China dan dunia. Penyakit ini dapat menyebabkan gejala termasuk demam, kesulitan bernafas, batuk, dan lesi invasif pada kedua paru-paru.⁽¹⁾

Menghadapi situasi krisis seperti ini, perawat sebagai tenaga kesehatan garis depan yang terlibat langsung dalam penanganan dan perawatan pasien COVID-19 beresiko mengalami stress psikologis dan gangguan psikologis lainnya. Hal ini ditambah dengan beban kerja yang semakin meningkat, belum tersedianya obat yang spesifik untuk penyakit ini, semakin meningkatnya jumlah pasien, kurangnya alat pelindung diri, kurangnya dukungan dari pihak-pihak terkait, serta adanya stigma yang muncul di lingkungan tempat tinggalnya.⁽²⁾

Beberapa studi sebelumnya telah melaporkan adanya hubungan antara wabah baru di suatu wilayah dengan peningkatan masalah psikologis pada tenaga kesehatan di wilayah tersebut. Studi terkait dengan adanya stress/trauma psikologis pada para dokter dan perawat selama menangani wabah

Avian Influenza tipe baru (H7N9) telah melaporkan adanya tingkat *post-traumatic stress disorder* (PTSD) yang tinggi. Faktor resiko yang diidentifikasi antara lain profesi perawat, wanita, usia 20-30 tahun, pengalaman kerja kurang dari 5 tahun, belum pernah mendapat pelatihan khusus yang terkait, serta belum memiliki pengalaman dalam merawat pasien yang sama.⁽³⁾ Studi lainnya di China membuktikan adanya peningkatan masalah kesehatan mental pada tenaga kesehatan yang bekerja langsung pada area yang terpapar wabah COVID-19 di Wuhan dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang bekerja di wilayah lainnya di luar Wuhan.⁽²⁾

Metode

Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pada perawat COVID-19 yang meliputi karakteristik, dukungan RS dan depresi. Subyek dari penelitian ini adalah perawat yang bekerja di rumah sakit yang berada di area yang telah ditetapkan menjadi wilayah tanggap darurat COVID-19 di Indonesia. Penelitian ini merupakan studi *cross-sectional*. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah teknik *nonprobability sampling* dengan metode *convenience sampling*. Kriteria

inklusi dari penelitian ini adalah bekerja di rumah sakit, berusia 18-65 tahun, dan pernah merawat pasien COVID-19, dan menyelesaikan survey yang telah diberikan. Sedangkan kriteria eksklusi dari penelitian ini adalah perawat yang belum pernah merawat pasien COVID-19.

Pengambilan data penelitian ini menggunakan kuesioner yang sudah baku yaitu *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) versi Indonesia, kuesioner data demografi dan kuesioner dukungan rumah sakit yang disebar secara daring melalui *google form*. Kuesioner HADS versi Indonesia di adaptasi dari Rudy (2015) yang telah dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas sebelumnya dengan hasil yang baik.⁽⁴⁾ Sementara kuesioner dukungan rumah sakit terdiri dari item persepsi perawat terhadap dukungan manajemen Rumah Sakit, ada/tidaknya pelatihan khusus terkait COVID-19, ketersediaan panduan/ Standar Prosedur Operasional (SPO), ketersediaan Alat pelindung Diri (APD), dan ketersediaan ruang isolasi sesuai standar.

Responden yang diperoleh selama proses penyebaran kuesioner secara daring selama batas waktu 30 hari sejak tanggal 15 Mei 2020 hingga 13 Juni 2020 adalah sebanyak 370 orang.

Namun demikian, setelah dilakukan penyesuaian dengan kriteria inklusi dan eksklusi diperoleh jumlah responden sebanyak 336 orang (34 responden dieksklusikan).

Analisa yang dilakukan adalah univariat dan bivariat. Perbandingan antara dua kelompok dilakukan menggunakan *Mann Whitney U test* dan perbandingan antara beberapa kelompok dilakukan menggunakan *Kruskal Wallis test*. Korelasi antara masing-masing variabel dengan tingkat kecemasan dilakukan menggunakan *Spearman Rho correlation*.

Hasil

Dari 336 responden mayoritas adalah wanita (71,4%), berusia 31-60 tahun (59,8%), telah menikah (70,5%), masa kerja 5-15 tahun (54,8%), telah lebih dari 10 kali kontak dengan pasien COVID-19 (62,8%), bekerja di ruang isolasi selama pandemi (27,7%), bekerja di ruang rawat biasa sebelum pandemi (35,7%), tinggal di rumah milik pribadi (46,1%), dan tinggal bersama suami/istri/anaknya 51,8%) (tabel1).

Tabel 1. Karakteristik Responden (n=336)

Variabel	n	(%)
Umur		
▪ 20-30 Tahun	135	40,2
▪ 31-60 Tahun	201	59,8
Jenis Kelamin		
▪ Laki-laki	96	28,6
▪ Perempuan	240	71,4
Status Pernikahan		
▪ Menikah	237	70,5
▪ Belum Menikah	99	29,5
Masa Kerja		
▪ < 5 Tahun	95	28,3
▪ 5-15 Tahun	184	54,8
▪ > 15 Tahun	57	17,0
Frekuensi Kontak		
▪ ≤ 1 kali	15	4,5
▪ 2-5 kali	76	22,6
▪ 6-10 kali	34	10,1
▪ > 10 kali	211	62,8
Area Kerja Selama Pandemi		
▪ Isolasi/ khusus	93	27,7
▪ ICU	84	25,0
▪ Rawat Biasa	61	18,2
▪ UGD	42	12,5
▪ HCU/ IW	23	6,8
▪ Lainnya	33	9,8
Area Kerja Sebelumnya		
▪ Isolasi/ khusus	10	3,0
▪ ICU	88	26,2
▪ Rawat Biasa	120	35,7
▪ UGD	33	9,8
▪ HCU/ IW	38	11,3
▪ Lainnya	47	14,0
Status Tempat Tinggal		
▪ Rumah Pribadi	155	46,1
▪ Kontrakan/ Kos	63	18,8
▪ Rumah Orang Tua	23	6,8
▪ Fasilitas RS/ Pemerintah	89	26,5
▪ Lainnya	6	1,8
Partner Tinggal		
▪ Sendiri	55	16,4
▪ Istri/ Suami/ Anak	174	51,8
▪ Orang Tua/ Saudara	22	6,6
▪ Teman	85	25,3

Berdasarkan hasil penelitian, mayoritas responden merasa dukungan dari rumah sakit yang baik (52,4%),

sedangkan sisanya merasa dukungan rumah sakit yang kurang baik. Prevalensi kecemasan pada perawat COVID-19 yaitu 51,2% dengan 27,7% mengalami cemas ringan, 20,8% mengalami cemas sedang, dan 2,7 % cemas berat. Sementara itu prevalensi depresi pada perawat COVID-19 sebesar 54,8% dengan 25,3% mengalami depresi ringan, 27% mengalami depresi sedang, dan 1,5% mengalami depresi berat (tabel 2).

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Dukungan Rumah Sakit dan Skala HADS (n:336)

Variabel	n	(%)
Dukungan Rumah Sakit		
• Baik	176	52,4
• Kurang baik	160	47,6
Subskala Ansietas		
• 0-7 (tidak cemas)	164	48,8
• 8-10 (cemas ringan)	93	27,7
• 11-15(cemas sedang)	70	20,8
• 16-21 (cemas berat)	9	2,7
Subskala Depresi		
• 0-7 (tidak depresi)	152	45,2
• 8-10 (depresi ringan)	85	25,3
• 11-15(depresi sedang)	94	27,0
• 16-21 (depresi berat)	5	1,5

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa terdapat perbedaan yang signifikan berdasarkan alpha 5% pada skor HADS-A terhadap jenis kelamin ($p\text{-value} = 0,014$), status pernikahan ($p\text{-value} = 0,002$), area kerja selama pandemi ($p\text{-value} = 0,009$), dukungan rumah sakit ($p\text{-value} < 0,000$), dan HADS-D ($p\text{-value} < 0,000$) (tabel 3).

Tabel 3 Perbandingan Skor HADS-A (Kecemasan) Berdasarkan Karakteristik Responden, Dukungan Rumah Sakit, dan HADS-D (Depresi) (n=336)

Variabel		HADS-A Mean $\pm$ SD	p-value
Jenis Kelamin	Laki-Laki	6,9 $\pm$ 3,7	0,014*a
	Perempuan	8,1 $\pm$ 3,8	
Rentang Usia	20-30 Tahun	7,3 $\pm$ 3,7	0,104 a
	31-65 Tahun	8,5 $\pm$ 3,9	
Status Pernikahan	Menikah	8,2 $\pm$ 3,8	0,002*a
	Belum Menikah	6,7 $\pm$ 3,5	
Masa Kerja	< 5 Tahun	7,1 $\pm$ 3,6	0,128 b
	5-15 Tahun	8,1 $\pm$ 3,9	
	> 15 Tahun	7,5 $\pm$ 3,8	
Frekuensi Kontak	1 Kali	8,5 $\pm$ 3,6	0,119 b
	2-5 kali	8,6 $\pm$ 3,8	
	6-10 kali	7,9 $\pm$ 4,1	
	>10 kali	7,4 $\pm$ 3,8	
Area Kerja Selama Pandemi	Isolasi/ Khusus	7,2 $\pm$ 3,9	0,009*b
	ICU	8,1 $\pm$ 3,6	
	Rawat Biasa	8,5 $\pm$ 3,7	
	UGD	6,4 $\pm$ 3,6	
	HCU/IW	7,1 $\pm$ 4,2	
Area Kerja Sebelumnya	Lainnya	9,1 $\pm$ 3,7	0,148 b
	Isolasi/ Khusus	5,9 $\pm$ 2,8	
	ICU	8,1 $\pm$ 3,8	
	Rawat Biasa	8,0 $\pm$ 3,6	
	UGD	6,4 $\pm$ 4,0	
Status Tempat Tinggal	HCU/IW	7,4 $\pm$ 3,9	0,253 b
	Lainnya	8,0 $\pm$ 4,2	
	Rumah Pribadi	7,9 $\pm$ 3,9	
	Kontrakan/Kos	7,4 $\pm$ 3,3	
	Rumah Orang Tua	9,3 $\pm$ 3,8	
Partner Tinggal	Fasilitas RS/ Pemerintah	7,3 $\pm$ 4,0	0,086 b
	Lainnya	8,7 $\pm$ 3,0	
	Sendiri	6,8 $\pm$ 3,5	
	Istri/Suami/Anak	8,2 $\pm$ 3,7	
	Orang Tua/ Saudara	8,0 $\pm$ 4,2	
Dukungan RS	Teman	7,4 $\pm$ 4,0	0,000*c
HADS-D			0,000*c

a. Mann-Whitney U test b. Kruskal-Wallis test c. Kendall's tau coefficient; *p<0.05

Hasil dari analisa bivariat menggunakan *Spearman Rho Correlation* menunjukkan bahwa terdapat tiga variabel yang memiliki hubungan/ pengaruh yang signifikan (*p-value* <0.05) dengan tingkat kecemasan yaitu status pernikahan (*p-value* 0.02), dukungan rumah sakit (*p-value* <0.00), dan tingkat depresi (*p-value* <0.00). Sementara itu variabel lainnya tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kecemasan (*p-value* >0.05) (tabel 4).

Tabel 4. Hubungan Karakteristik Responden, Dukungan Rumah Sakit, Dan Tingkat Depresi dengan Tingkat Kecemasan (n=336)

Variabel		Tingkat Kecemasan Berdasarkan Skor HADS-A				p-value (koefisien)
		Tidak Cemas (0-7)	Cemas Ringan (8-10)	Cemas Sedang (11-15)	Cemas Berat (15-21)	
Jenis Kelamin	Laki-Laki	55 (57,3)	22 (22,9)	18 (18,8)	1 (1,0)	0.060
	Perempuan,	109 (45,4)	71 (29,6)	52 (21,7)	8 (3,3)	(0.103)
Rentang Usia	20-30 Tahun	72 (53,3)	38 (28,1)	22 (16,3)	3 (2,2)	0.092
	30-65 Tahun	92 (45,8)	55 (27,4)	48 (23,9)	6 (3,0)	(1.000)
Status Pernikahan	Menikah	105 (44,3)	66 (27,8)	58 (24,5)	8 (3,4)	0.002*
	Belum Menikah	59 (59,6)	27 (27,3)	12 (12,1)	1 (1,0)	(0.166)
Masa Kerja	< 5 Tahun	51 (53,7)	29 (30,5)	14 (14,7)	1 (1,1)	0.450
	5-15 Tahun	81 (44,0)	52 (28,3)	45 (24,5)	6 (3,3)	(0.041)
	> 15 Tahun	32 (56,1)	12 (21,1)	11 (19,3)	2 (3,5)	
Frekuensi Kontak	1 Kali	7 (46,7)	2 (13,3)	6 (40,0)	0 (0,0)	0.055
	2-5 kali	31 (40,8)	23 (30,3)	18 (23,7)	4 (5,3)	(-0.105)
	6-10 kali	16 (47,1)	12 (35,3)	3 (8,8)	3 (8,8)	
	>10 kali	110(52,1)	56 (26,5)	43 (20,4)	2 (0,9)	
Area Kerja Selama Pandemi	Isolasi/ Khusus ICU,	53 (57,0)	21 (22,6)	16 (17,2)	3 (3,2)	0.194
	Rawat Biasa	38 (45,2)	26 (31,0)	18 (21,4)	2 (2,4)	(0.071)
	UGD	24 (39,3)	19 (31,1)	16 (26,2)	2 (3,3)	
	HCU/IW	25 (59,5)	12 (28,6)	5 (11,9)	0 (0,0)	
	Lainnya	14 (60,9)	2 (8,7)	7 (30,4)	0 (0,0)	
Area Kerja Sebelumnya	Isolasi/ Khusus ICU	10 (30,3)	13 (39,4)	8 (24,2)	2 (6,1)	0.772
	Rawat Biasa	7 (70,0)	3 (30,0)	0 (0,0)	0 (0,00)	(0.016)
	UGD	42 (47,7)	24 (27,3)	19 (21,6)	3 (3,4)	
	HCU/IW	54 (45,0)	36 (30,0)	28 (23,3)	2 (1,7)	
	Lainnya	21 (63,6)	6 (18,2)	6 (18,2)	0 (0,0)	
Status Tempat Tinggal	Rumah Pribadi	19 (50,0)	12 (25,5)	5 (13,2)	2 (5,3)	0.925
	Kontrakan/Kos	21 (44,7)	12 (25,5)	12 (25,5)	2 (4,3)	(-0.005)
	Rumah Orang Tua	76 (49,0)	41 (26,5)	33 (21,3)	5 (3,2)	
	RS	31 (49,2)	21 (33,3)	11 (17,5)	0 (0,0)	
	Lainnya	8 (34,8)	7 (30,4)	7 (30,4)	1 (4,3)	
Partner Tinggal	Sendiri	46 (51,7)	24 (27,0)	16 (18,0)	3 (3,4)	0.894
	Istri/Suami/Anak	3 (50,0)	0 (0,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	(0.007)
	Orang Tua/Saudara	30 (54,5)	17 (30,9)	8 (14,5)	0 (0,00)	
	Teman	77 (44,3)	51 (29,3)	41 (23,6)	5 (2,9)	
Dukungan RS	Kurang	12 (54,5)	5 (22,7)	4 (18,2)	1 (4,5)	0.000*
	Baik	45 (52,9)	20 (23,5)	17 (20,0)	3 (3,5)	(-0.278)
Tingkat Depresi	Tidak depresi	59 (36,9)	44 (27,5)	49 (30,6)	8 (5,0)	0.000*
	Depresi ringan	105 (59,7)	49 (27,8)	21 (11,9)	1 (0,6)	(0.451)
	Depresi Sedang	108 (71,1)	34 (22,4)	8 (5,3)	2 (1,3)	
	Depresi Berat	34 (40,0)	21 (24,7)	30 (35,3)	0 (0,0)	
		21 (22,3)	38 (40,4)	29 (30,9)	6 (6,4)	
		1 (20,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	

* $p < 0.05$ atau signifikan pada alpha 5%, Uji Spearman Rho Correlation

Pembahasan

Ansietas (kecemasan) merupakan rasa takut yang tidak jelas disertai

dengan perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi, serta ketidakamanan. Seseorang dengan

gangguan kecemasan mengalami kerusakan pada kualitas dan fungsi hidup. Namun demikian, kecemasan merupakan bagian dari kehidupan sehari-hari yang diperlukan untuk bertahan hidup. kecemasan juga dikomunikasikan secara interpersonal, artinya, memiliki sifat menular yang dapat memiliki efek positif maupun negatif dalam hubungan terapeutik.⁽⁵⁾ Kecemasan yang terjadi pada seorang perawat COVID-19 dapat menular pada teman sejawatnya sesama perawat atau bahkan lebih jauh kepada pasien. Bila respon kecemasan yang terjadi pada seorang tenaga kesehatan menjadi maladaptif dan semakin meluas, maka hal tersebut dapat mengganggu proses penanganan dan pengendalian dari pandemi COVID-19 itu sendiri.

Gangguan kecemasan cenderung lebih banyak terjadi pada wanita. Perubahan hormonal selama haid, hamil, menyusui, serta menopause dapat mempengaruhi mood serta menyebabkan depresi yang dapat meningkatkan kecemasan. Hal ini senada dengan penelitian dari Tang et al., , Özdin & Özdin, Lai et al., dan Pappa et al.⁽²⁾⁽³⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾ Dalam penelitian ini terdapat perbedaan skor HADS-A yang signifikan pada laki-laki dan perempuan, secara berurutan $6,9 \pm 3,7$

dan $8,1 \pm 3,8$ (mean $\pm$ SD) yang menunjukkan bahwa perempuan cenderung memiliki skor HADS-A (skala kecemasan) yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki; dengan p-value 0.014. Namun demikian, tidak terdapat pengaruh yang signifikan pada jenis kelamin terhadap tingkat kecemasan (p-value 0.060; $r = 0,103$). Sama halnya dengan penelitian dari Diaz dan Aziza serta Lu, Wang, Lin, dan Li yang menunjukkan tidak ada perbedaan atau pengaruh yang signifikan antara jenis kelamin dengan tingkat kecemasan.⁽⁸⁾⁽⁹⁾ Untuk itu perlu penelitian lebih lanjut menggunakan metodologi dan teknik sampling yang lebih baik untuk mengetahui hubungan antara gender/ jenis kelamin dengan tingkat kecemasan.

Usia responden dari penelitian ini ada pada rentang usia 22 - 56 tahun, dengan usia responden terbanyak pada rentang 31 – 65 tahun (59,8%). Hasil dari penelitian menemukan bahwa usia tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kecemasan (p-value 0.092; $r = 1.000$). Hal ini senada dengan penelitian dari Diaz dan Aziza (2018) yang juga menemukan bahwa usia tidak mempengaruhi tingkat kecemasan.⁽⁸⁾ Hal ini berbeda dengan studi yang menyebutkan bahwa usia adalah prediktor signifikan pada

kecemasan dimana seiring bertambahnya usia, kecemasan cenderung berkurang.⁽¹⁰⁾ Usia juga diketahui merupakan prediktor terjadinya Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) pada pekerja medis selama wabah avian influenza.⁽³⁾ Perbedaan ini dimungkinkan karena adanya perbedaan dari metodologi, karakteristik responden, rentang usia, dan atau cut off usia dari masing-masing penelitian.

Status pernikahan/ keluarga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kecemasan perawat COVID-19 (p-value 0.002; $r = 0.166$). Perawat yang telah menikah/ berkeluarga cenderung memiliki angka kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan perawat yang belum menikah. Hal ini didukung oleh penelitian dari Ta, Gesselman, Perry, Fisher, & Garcia yang menemukan bahwa status perkawinan dapat memiliki implikasi penting bagi perilaku sosial, kesehatan, dan kesejahteraan, dan efeknya pada stress.⁽¹¹⁾ Berbeda halnya dengan penelitian dari Nieder & Kämpe (2018) serta Diaz & Aziza yang menemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara status pernikahan dengan tingkat kecemasan.⁽⁸⁾⁽¹²⁾ Hal ini didukung juga oleh studi Özdin & Özdin pada populasi masyarakat umum di

Turki yang menemukan tidak adanya perbedaan tingkat kecemasan yang signifikan pada individu yang belum menikah dengan yang telah menikah selama pandemi COVID-19.⁽⁷⁾

Tidak ada pengaruh yang signifikan antara frekuensi kontak dengan tingkat kecemasan. Berdasarkan data penelitian, prevalensi kecemasan cenderung meningkat pada kontak pertama kali hingga kontak ke lima dengan pasien COVID-19, kemudian terus menurun setelah kontak ke 6 dan semakin rendah setelah kontak lebih dari 10 kali. Namun demikian, hal ini tidak terlalu bermakna (p-value 0.055; $r = -0.105$). Hal ini bertolak belakang dengan hipotesis peneliti dan berdasarkan penelitian sebelumnya dari Tang et al. bahwa frekuensi kontak yang tinggi dengan pasien COVID-19 akan meningkatkan stress dan pada akhirnya akan meningkatkan kecemasan pada perawat.⁽³⁾ Untuk itu perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk mengetahui hal tersebut.

Mayoritas responden pada penelitian ini selama pandemi atau saat ini bekerja di ruang isolasi/khusus perawatan COVID-19 (27,7%). Sedangkan sebelum pandemi, mayoritas responden bekerja di ruang perawatan biasa (35,7%). Dari data penelitian juga diperoleh mobilisasi

perawat dari ruangan-ruangan lainnya sebagai tambahan tenaga perawat di ruang Isolasi/ khusus COVID-19 selama pandemi. Berdasarkan hasil penelitian, area kerja selama pandemi tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kecemasan pada perawat COVID-19 (p-value 0.194; $r = 0.071$). Begitu juga area kerja sebelum pandemi tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kecemasan pada perawat COVID-19 (p-value 0.772; $r = 0.016$). Hal ini senada dengan studi dari Tang et al. yang juga menemukan bahwa area kerja tidak signifikan mempengaruhi tingkat *post traumatic distress syndrome* (PTSD) pada perawat selama pandemi.⁽³⁾ Hal ini berbeda dengan studi dari Li et al. yang menunjukkan bahwa perawat non-garis depan lebih cenderung menderita masalah psikologis dibandingkan perawat garis depan, dikarenakan daya tahan psikologis perawat garis depan yang cenderung lebih kuat.⁽²⁾

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa status tempat tinggal dan partner tinggal tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kecemasan. Namun demikian berdasarkan data penelitian, skor HADS-A pada perawat yang tinggal sendiri ($6,8 \pm 3,5$) atau bersama teman

($7,4 \pm 4,0$) relatif lebih rendah dibandingkan skor HADS-A pada perawat yang tinggal bersama orangtua/ saudaranya ($8,0 \pm 4,2$) serta bila dibandingkan dengan perawat yang tinggal bersama istri/suami/anaknya ($8,2 \pm 3,7$) dengan p-value 0.086 (tidak signifikan) (tabel 3). Hal ini dapat terjadi karena kekhawatiran untuk menularkan penyakit COVID-19 lebih tinggi bila tinggal bersama keluarganya dibandingkan bila tinggal sendiri atau dengan teman sejawatnya. Namun, butuh penelitian lebih lanjut untuk menganalisa hal tersebut. Untuk saat ini belum diperoleh data studi yang relevan/ terkait dari pengaruh tempat tinggal dan partner tinggal terhadap tingkat kecemasan pada perawat.

Penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan dari rumah sakit berpengaruh signifikan terhadap tingkat kecemasan perawat COVID-19 selama pandemi ($r = -0,278$). Artinya bahwa semakin baik dukungan rumah sakit maka tingkat kecemasan pada perawat akan berkurang. Hal tersebut diatas sejalan dengan studi literatur yang menemukan bukti bahwa pelatihan kognitif-perilaku dapat mengurangi stres sampai dengan 13% pada petugas kesehatan bila dibandingkan dengan tidak adanya pelatihan. Selain itu, terdapat juga bukti yang

menunjukkan bahwa relaksasi mental dan fisik dapat mengurangi stres pada petugas Kesehatan hingga 23%. Lebih lanjut, terdapat bukti yang menunjukkan bahwa intervensi dari organisasi/institusi dengan mengurangi jam kerja atau menambah jeda waktu libur dapat menurunkan tingkat stres pada petugas kesehatan.⁽¹³⁾

Sejumlah penelitian lainnya juga menunjukkan dukungan sosial sangat penting untuk menjaga kesehatan fisik dan psikologis. Konsekuensi yang berbahaya dari dukungan sosial yang buruk dan efek perlindungan dari dukungan sosial yang baik terhadap penyakit mental telah didokumentasikan dengan baik. Dukungan sosial dapat memoderasi kerentanan genetik dan lingkungan dan memberikan ketahanan terhadap stres, yang dapat terjadi melalui pengaruhnya terhadap sistem *hipotalamus-pituitari-adrenokortikal* (HPA), sistem *noradrenergik*, dan jalur oksitosin sentral.⁽¹⁴⁾

Pada penelitian ini, tingkat depresi memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tingkat kecemasan ($r = 0,451$). Hal ini sejalan dengan studi literatur dari 9 penelitian sebelumnya oleh Stavrakaki & Vargo yang menunjukkan bahwa depresi berkorelasi dengan kecemasan.⁽¹⁵⁾ Hal ini juga didukung oleh penelitian terbaru dari Diaz &

Aziza serta Kalin yang juga menunjukkan bahwa depresi berkorelasi dengan kecemasan.⁽⁸⁾⁽¹⁶⁾

Hubungan antara depresi dan kecemasan dapat dijelaskan dengan *Tripartite model of anxiety and depression* oleh Clark and Watson dalam Diaz & Aziza melalui penjabaran dari munculnya tiga gejala utama yaitu afek negatif, afek positif, dan kondisi psikologis *hiperarousal*. Rendahnya afek positif merupakan faktor kemunculan depresi. Sementara itu, kondisi psikologis *hiperarousal* berhubungan erat dengan gejala ansietas. Pada akhirnya, afek negatif yang didominasi kondisi perasaan yang buruk seperti mudah lelah, merasa tertekan, insomnia, merasa sendiri merupakan faktor untuk ansietas dan depresi.⁽⁸⁾ Sementara itu, Kalin melaporkan bahwa 45,7% orang dengan gangguan depresi berat seumur hidup memiliki riwayat satu atau lebih gangguan kecemasan. Selain itu 41,6% orang dengan depresi berat dalam 12 bulan terakhir juga memiliki satu atau lebih gangguan kecemasan selama periode yang sama. Selain itu ditemukan bahwa gangguan kecemasan umumnya mendahului presentasi gangguan depresi mayor.⁽¹⁶⁾

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, kuesioner dikirimkan secara non-acak melalui

whatsapp dan atau facebook messenger, sehingga dapat membuat bias selektif dalam penelitian kami. Penelitian menggunakan kuesioner juga memiliki kelemahan dimana peneliti tidak dapat melihat reaksi responden ketika memberikan informasi melalui isian kuesioner. Terdapat pula resiko jawaban yang diberikan responden tidak sesuai dengan kondisi sebenarnya/ asal-asalan. Kedua, sebagian besar responden berasal dari rumah sakit di DKI Jakarta (47,3%) yang berarti bahwa penelitian ini tidak menggambarkan sepenuhnya seluruh perawat yang ada di Indonesia. Hal tersebut juga terkait dengan sulitnya memperoleh responden dari luar DKI Jakarta karena keterbatasan waktu dan hambatan-hambatan dalam pengurusan perizinan/ rekomendasi penelitian selama pandemi COVID-19. Ketiga, pengumpulan data tidak dilakukan selama tahap awal pandemi, dimana tingkat skor kecemasan bisa saja berbeda. Sebuah studi sebelumnya melaporkan bahwa prevalensi gangguan psikologis disajikan secara berbeda dari awal hingga akhir wabah. Keempat, penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional* yang tidak dapat

menentukan kausalitas untuk faktor dan hasil.

Kesimpulan

Status pernikahan, dukungan rumah sakit dan tingkat depresi merupakan faktor-faktor yang berkaitan dengan tingkat kecemasan pada perawat COVID-19 di rumah sakit.

Saran

Strategi dukungan psikososial untuk mengurangi tingkat kecemasan pada perawat melalui pelatihan kognitif-perilaku dan relaksasi, selain itu perlunya dukungan rumah sakit yang baik, dalam hal ini berupa penyediaan APD yang memadai, tersedianya standar prosedur operasional (SPO) yang jelas, dilakukannya pelatihan – pelatihan yang terkait dengan COVID-19.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan terimakasih para perawat pejuang COVID-19 dan kepada semua pihak yang berkontribusi dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Zhu H, Wei L, Niu P. The novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. Glob Heal Res policy [Internet]. 2020 Mar 2;5:6.

- Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32226823>
2. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw open* [Internet]. 2020 Mar 2;3(3):e203976–e203976. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32202646>
 3. Tang L, Pan L, Yuan L, Zha L, Zhu H, Wei L, et al. Prevalence and related factors of post-traumatic stress disorder among medical staff members exposed to H7N9 patients. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2017 Dec 11;4(1):6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32226823>
 4. Rudy M, Widyadharma E, Adnyana O. Reliability Indonesian Version Of The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS) Of Stroke Patients In Sanglah General Hospital Denpasar. 2015.
 5. Stuart GW. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 10th ed. Vol. 81, The American Journal of Nursing. Missouri: Mosby, Inc; 2013. 2226 p.
 6. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020;(May):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
 7. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;
 8. Diaz Y, Aziza A. SURVEI TINGKAT ANSIETAS ORANG TUA YANG MERAWAT ANAK PENGIDAP KANKER DI INDONESIA [Internet]. Vol. 18, Indonesian Journal of Nursing Sciences and Practice. 2018 [cited 2020 Jun 25]. Available from: <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/ijnsp/article/view/2698>
 9. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2020/04/04. 2020 Jun;288:112936. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32276196>
 10. Weiss Wiesel TR, Nelson CJ, Tew WP, Hardt M, Mohile SG, Owusu C, et al. The relationship between

- age, anxiety, and depression in older adults with cancer. *Psychooncology* [Internet]. 2014/08/06. 2015 Jun;24(6):712–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25099337>
11. Ta VP, Gesselman AN, Perry BL, Fisher HE, Garcia JR. Stress of Singlehood: Marital Status, Domain-Specific Stress, and Anxiety in a National U.S. Sample. *J Soc Clin Psychol* [Internet]. 2017 Jun 1;36(6):461–85. Available from: <https://doi.org/10.1521/jscp.2017.36.6.461>
 12. Nieder C, Kämpe TA. Does Marital Status Influence Levels of Anxiety and Depression Before Palliative Radiotherapy? *In Vivo* [Internet]. 2018;32(2):327–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475916>
 13. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2015 Apr 7;2015(4):CD002892–CD002892. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25847433>
 14. Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, Morgan CA, Charney D, Southwick S. Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)* [Internet]. 2007 May;4(5):35–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20806028>
 15. Stavrakaki C, Vargo B. The Relationship of Anxiety and Depression: A Review of the Literature. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2018/01/29. 1986;149(1):7–16. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/relationship-of-anxiety-and-depression-a-review-of-the-literature/129CD24B29008EF2A511C3372BA364E0>
 16. Kalin NH. The Critical Relationship Between Anxiety and Depression. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2020 May 1;177(5):365–7. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030305>.