

**ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR DEMOGRAFI DENGAN KECEMASAN
DAN DEPRESI SELAMA PANDEMI COVID-19 APOTEKER DI RUMAH
SAKIT WILAYAH JAWA TENGAH**

Skripsi

untuk memenuhi sebagian persyaratan
mencapai gelar Sarjana Farmasi



Disusun Oleh :

Mukharomah Gita Wulandari

33101700035

**PROGRAM STUDI FARMASI FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2021**

SKRIPSI

**ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR DEMOGRAFI DENGAN KECEMASAN
DAN DEPRESI SELAMA PANDEMI COVID-19 APOTEKER DI RUMAH
SAKIT WILAYAH JAWA TENGAH**

Dipersiapkan dan Disusun Oleh :

Mukharomah Gita Wulandari

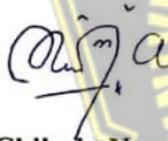
33101700035

Telah dipertahankan didepan Dewan Penguji
pada tanggal 25 Februari 2022
dan dinyatakan telah memenuhi persyaratan

Susunan Tim Penguji

Pembimbing I

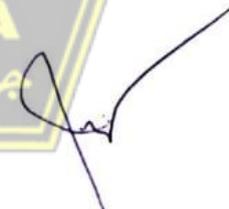
Anggota Tim Penguji



Apt. Chilmia Nurul Fatiha, M.Sc

Apt. Abdur Rosyid., M.Sc

Pembimbing II



Apt. Nisa Febrinasari, M.Sc

dr.Elly Noerhidajati, Sp.KJ.

Semarang, 25 Februari 2022
Program Studi Farmasi Fakultas Kedokteran
Universitas Islam Sultan Agung
Dekan,



Dr. dr. H. Setyo Trisnadi, S.H., Sp.KF

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Mukharomah Gita Wulandari

NIM : 33101700035

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang berjudul :

**“ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR DEMOGRAFI DENGAN
KECEMASAN DAN DEPRESI SELAMA PANDEMI COVID-19
APOTEKER DI RUMAH SAKIT WILAYAH JAWA TENGAH ”.**

Adalah benar hasil karya saya dan penuh kesadaran bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiasi atau mengambil alih seluruh atau sebagian besar karya tulis orang lain tanpa menyebutkan sumbernya. Jika saya terbukti melakukan tindakan plagiasi, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan aturan yang berlaku.

Semarang, 25 Febuari 2022

Yang menyatakan,



Mukharomah Gita Wulandari

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Mukharomah Gita Wulandari
NIM : 33101700035
Program Studi : Farmasi
Fakultas : Kedokteran
Alamat Asal : Jalan Gambas
No HP/ Email : 082217589775/ gitawulandari0430@gmail.com

Dengan ini menyerahkan karya tulis ilmiah berupa skripsi dengan judul :

**“ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR DEMOGRAFI DENGAN
KECEMASAN DAN DEPRESI SELAMA PANDEMI COVID-19
APOTEKER DI RUMAH SAKIT WILAYAH JAWA TENGAH”.**

Dan menyetujui menjadi hak milik Universitas Islam Sultan Agung serta memberikan Hak Bebas Royalti Non Eklusif untuk disimpan, dialih mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan dipublikasikan di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.

Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila di kemudian terbukti ada pelanggaran Hak Cipta Plagiarisme dalam karyatulis ini, maka segala bentuk tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Universitas Islam Sultan Agung.

Semarang, 25 Februari 2022
Yang menyatakan,



Mukharomah Gita Wulandari

PRAKATA

Assalamualaikum Wr. Wb

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR DEMOGRAFI DENGAN KECEMASAN DAN DEPRESI SELAMA PANDEMI COVID-19 APOTEKER DI RUMAH SAKIT WILAYAH JAWA TENGAH ”** untuk memenuhi syarat menempuh program Pendidikan Sarjana Farmasi di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Sholawat serta salam tetap tercurahkan kepada Nabi Besar Muhammad SAW beserta keluarga, sahabat, dan para pengikutnya.

Dengan terselesaikannya skripsi ini, terbuka kesempatan bagi penulis untuk menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada mereka yang telah membantu tersusunya skripsi ini. Ucapan terima kasih penulis haturkan kepada:

1. Bapak Dr. dr. H. Setyo Trisnadi, Sp.KF., S.H selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Ibu Apt. Rina Wijayanti, M.Sc. selaku Ketua Prodi Farmasi Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Apt. Chilmia Nurul Fatiha, M.Sc. selaku dosen pembimbing I dan Ibu Apt. Nisa Febrinasari, M.Sc selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dengan sabar dan penuh pengertian pada penulis dalam menyelesaikan penelitian skripsi ini.

4. Bapak Apt Abdur Rosyid, M.Sc. selaku penguji I, dan Ibu dr.Elly Noerhidajati, Sp.KJ. selaku penguji II yang telah memberi masukan dan saran kepada penulis untuk perbaikan skripsi ini.
5. Seluruh Dosen, staf dan karyawan Program Studi Farmasi Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) Semarang.
6. Pihak Rumah sakit Rujukan Covid-19 wilayah Jawa Tengah yang telah memberikan izin untuk Pengambilan data Apoteker yang bekerja di Instalasi Farmasi Rumah Sakit.
7. Kedua orang tua tercinta saya Bapak Kusnadi dan Ibu Fitriani, Nenek Suparti, Om Ariyadi serta adik-adik saya yang senantiasa mendo'akan, membimbing dan memberikan dukungan baik moril maupun materil dengan penuh kasih sayang kepada saya dalam menyelesaikan skripsi ini. Terimakasih untuk kesabaran keluarga saya saat menunggu saya mencapai gelar sarjana.
8. Teguh Mukti prayitno yang telah membantu saya mencari data dan senantiasa sabar menemani serta mendukung dengan penuh kasih sayang dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. Sahabat-sahabat saya Aryati Cahya Ningrum, Fatika Anindita, Rizky Zahra, Indah Puspita Sari, Miftahul Jannah, Taufik Wanuriansyah yang selalu memberikan motivasi, dan semangat selama proses pembuatan skripsi ini. Dan teman seperjuangan skripsi saya Dwi yuli dan Febi widiana

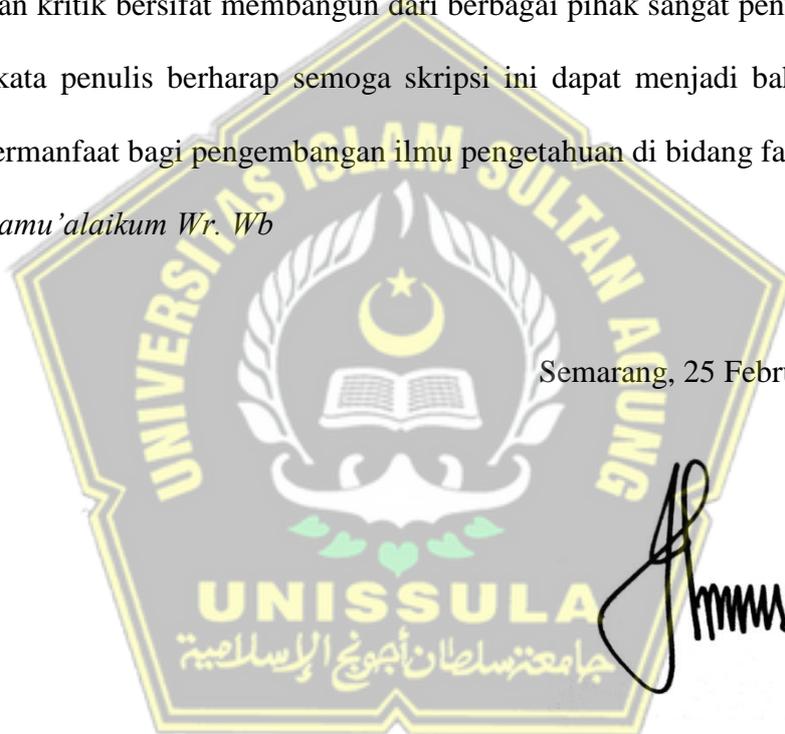
10. Teman-Teman Asisten laboratorium farmakokimia



11. Teman-teman angkatan 2017 Program Studi Farmasi Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) Semarang yang senantiasa memberikan dukungan dan arti kebersamaan selama masa perkuliahan.
12. Serta semua pihak lain yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, karena itu saran dan kritik bersifat membangun dari berbagai pihak sangat penulis harapkan. Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini dapat menjadi bahan informasi yang bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan di bidang farmasi.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb



Semarang, 25 Februari 2022

Mukharomah Gita Wulandari

DAFTAR ISI

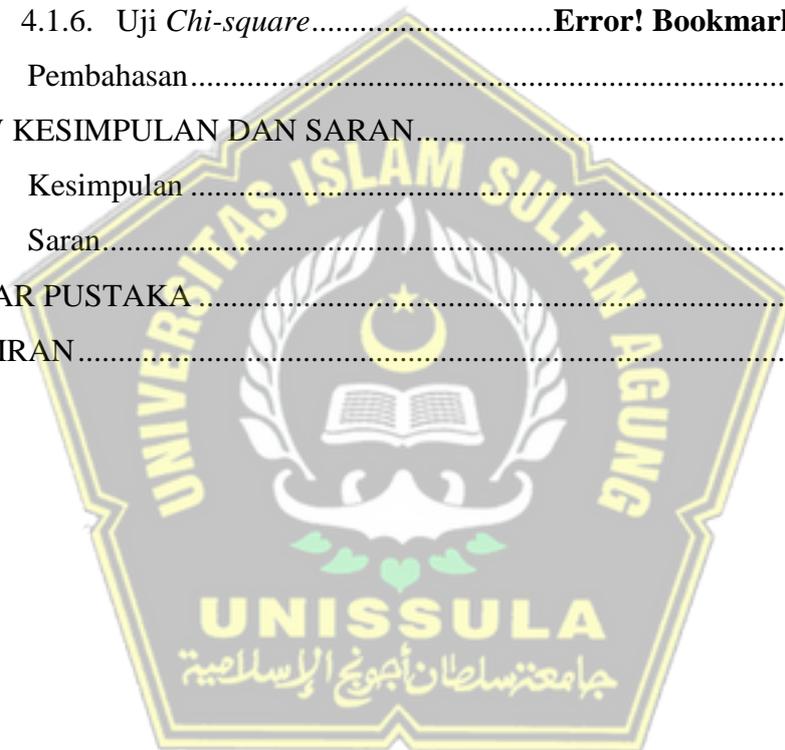
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
SURAT PERNYATAAN.....	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	Error! Bookmark not defined.
Bookmark not defined.	
PRAKATA.....	v
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR SINGKATAN	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
INTISARI.....	Error! Bookmark not defined.
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar belakang.....	1
1.2. Rumusan masalah.....	4
1.3. Tujuan penelitian.....	4
1.3.1. Tujuan umum	4
1.3.2. Tujuan khusus	4
1.4. Manfaat Penelitian	5
1.4.1. Manfaat Teoritis	5
1.4.2. Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1. Demografi	6
2.1.1. Pengertian Karakteristik Sosial Demografi.....	6
2.1.2. Jenis karakteristik demografi	6
2.2. Kesehatan mental	8
2.3. Gangguan Kesehatan Mental	9
2.4. Kecemasan (<i>Anxiety</i>).....	9
2.4.1. Pengertian Kecemasan	9

2.4.2. Gejala Kecemasan..... 10



2.4.3.	Jenis-Jenis Kecemasan (<i>Anxiety</i>)	10
2.4.4.	Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan	12
2.4.5.	Tingkat Kecemasan (<i>Anxiety</i>)	15
2.4.6.	Pengukuran Kecemasan	17
2.5.	Depresi	18
2.5.1.	Pengertian Depresi	18
2.5.2.	Tanda dan Gejala Depresi	18
2.5.3.	Aspek-Aspek Depresi.....	19
2.5.4.	Faktor-Faktor Penyebab Depresi.....	20
2.5.5.	Pengukuran Depresi	22
2.6.	Kerangka teori.....	23
2.7.	Kerangka Konsep.....	24
2.8.	Hipotesis.....	24
BAB III METODE PENELITIAN.....		25
3.1.	Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian	25
3.2.	Variable dan Definisi Operasional	25
3.2.1.	Variabel.....	25
3.2.2.	Definisi Operasional.....	25
3.3.	Populasi dan Sampel	27
3.3.1.	Populasi.....	27
3.3.2.	Sampel.....	28
3.3.3.	Besar sampel	28
3.4.	Instrumen dan bahan penelitian	30
3.4.1.	Instrumen	30
3.4.2.	Bahan.....	31
3.5.	<i>Ethical Clearance</i>	31
3.6.	Cara Penelitian	31
3.7.	Alur Penelitian	33
3.8.	Tempat dan Waktu	34
3.8.1.	Tempat.....	34
3.8.2.	Waktu	34

3.9. Analisis Hasil	34
BAB IV HASIL PENELITIAN & PEMBAHASAN	36
4.1. Hasil Penelitian	36
4.1.1. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner.....	37
4.1.2. Karakteristik Responden	40
4.1.3. Uji Normalitas	41
4.1.4. Analisis Respon Kuesioner	42
4.1.5. Analisis depresi dan kecemasan.....	44
4.1.6. Uji <i>Chi-square</i>	Error! Bookmark not defined.
4.2. Pembahasan.....	47
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	57
5.1. Kesimpulan	57
5.2. Saran.....	57
DAFTAR PUSTAKA.....	60
LAMPIRAN.....	60



DAFTAR SINGKATAN

ASI	: <i>Anxiety Status Inventory</i>
Covid-19	: <i>Coronavirus Desease 2019</i>
DSM-V	: <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V</i>
IAI	: Ikatan Apoteker Indonesia
SARS-COV-2	: <i>Severe Acute Respiratory Syndrom Coronavirus 2</i>
SAS	: <i>Zung Self- Rating Anxiety Scale</i>
SDS	: <i>Zung Self-Rating Depression Scale</i>
SIPA	: Surat Izin Praktek Apoteker
SPSS	: <i>Statistical Product and Service Solutions</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
IFRS	: Instalasi Farmasi Rumah Sakit



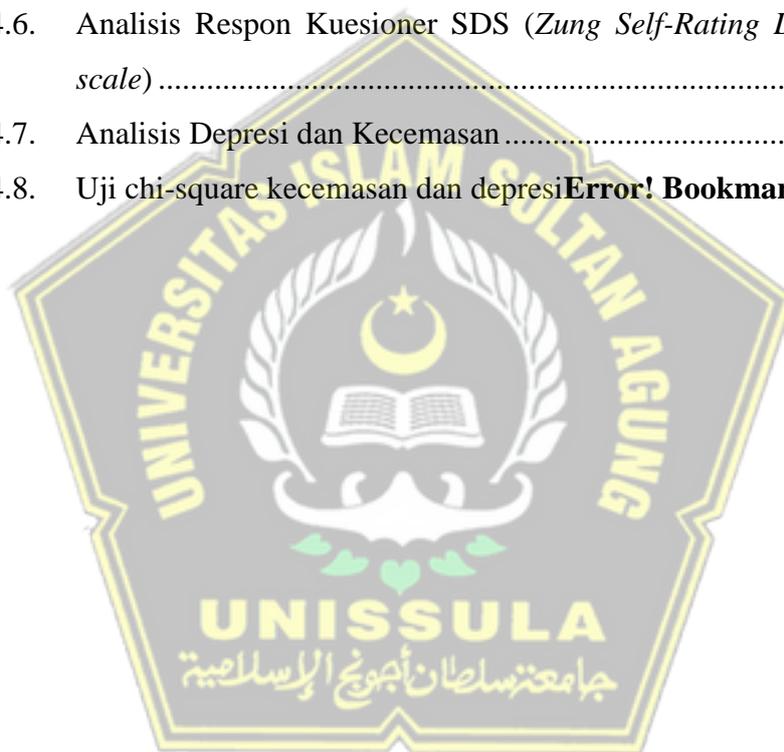
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori.....	23
Gambar 2.2. Kerangka Konsep	24
Gambar 3.1. Alur Penelitian.....	33



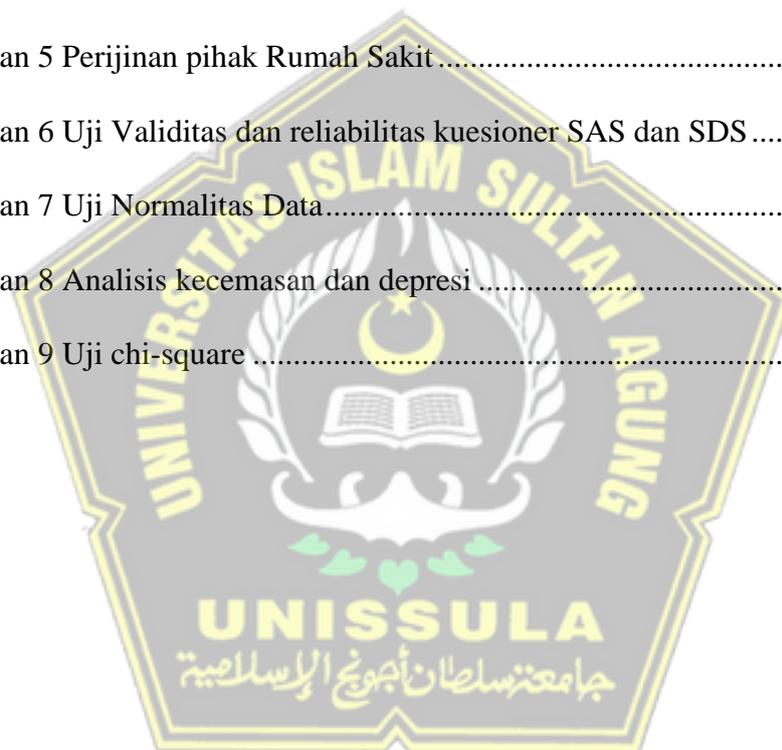
DAFTAR TABEL

Tabel 3.1.	Waktu Penelitian.....	34
Tabel 4.1.	Validitas Kuesioner SAS (<i>Zung Self-rating Anxiety Scale</i>).....	37
Tabel 4.2.	Validitas Kuesioner SDS (<i>Zung Self-rating Depression scale</i>).....	38
Tabel 4.3.	Informasi Demografi Responden	40
Tabel 4.4.	Uji Normalitas	41
Tabel 4.5.	Analisis Respon Kuesioner SAS (<i>Zung Self-Rating Anxiety scale</i>).	42
Tabel 4.6.	Analisis Respon Kuesioner SDS (<i>Zung Self-Rating Depression scale</i>)	43
Tabel 4.7.	Analisis Depresi dan Kecemasan.....	44
Tabel 4.8.	Uji chi-square kecemasan dan depresi	Error! Bookmark not defined.



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Demografi	65
Lampiran 2 Kuesioner SDS (Zung Self-Rating Depression Scale)	65
Lampiran 3 Kuesioner SAS (Zung Self-Rating Anxiety Scale)	67
Lampiran 4 Ethical clearance	69
Lampiran 5 Perijinan pihak Rumah Sakit	70
Lampiran 6 Uji Validitas dan reliabilitas kuesioner SAS dan SDS	72
Lampiran 7 Uji Normalitas Data	73
Lampiran 8 Analisis kecemasan dan depresi	74
Lampiran 9 Uji chi-square	74



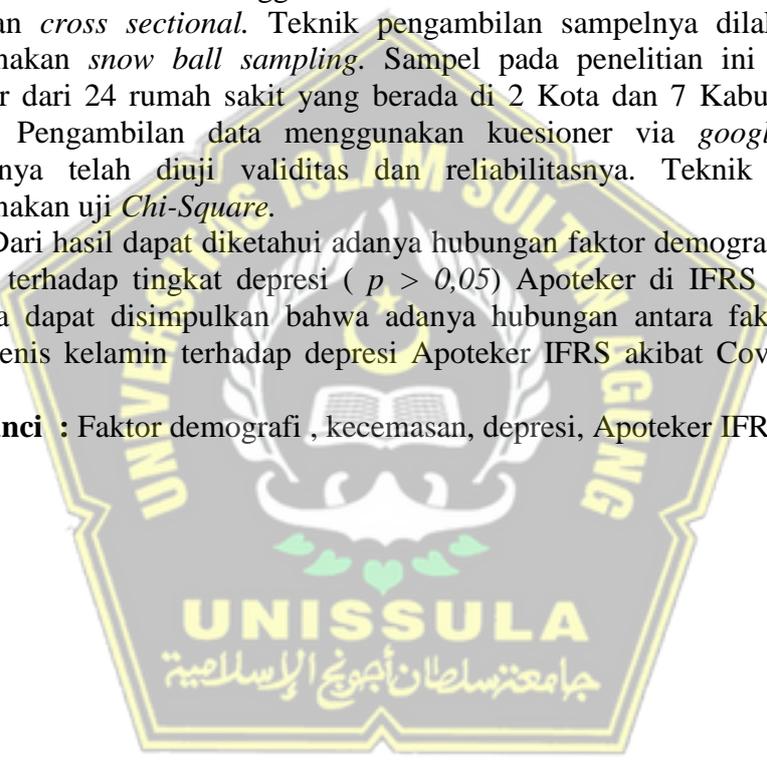
INTISARI

Pada kondisi pandemi Covid-19, Apoteker yang bekerja di rumah sakit menjadi salah satu garda terdepan yang menangani kondisi ini. Peningkatan dari jumlah kematian akibat Covid-19 maka Apoteker harus bekerja ekstra. Beban kerja tersebut dapat menimbulkan kecemasan dan depresi namun ada faktor lain seperti usia, jenis kelamin, status pernikahan dan juga wilayah yang mempengaruhi hal tersebut. Penelitian mengenai analisis dampak pandemi Covid-19 terhadap kecemasan dan depresi Apoteker di rumah sakit wilayah Jawa Tengah yang diharapkan dapat bermanfaat khususnya untuk mengetahui tingkat kecemasan dan depresi dari Apoteker di rumah sakit.

Penelitian ini menggunakan metode analitik *observasional* dengan rancangan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampelnya dilakukan dengan menggunakan *snow ball sampling*. Sampel pada penelitian ini berjumlah 99 Apoteker dari 24 rumah sakit yang berada di 2 Kota dan 7 Kabupaten di Jawa Tengah. Pengambilan data menggunakan kuesioner via *google form* yang sebelumnya telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Teknik analisis data menggunakan uji *Chi-Square*.

Dari hasil dapat diketahui adanya hubungan faktor demografi berupa jenis kelamin terhadap tingkat depresi ($p > 0,05$) Apoteker di IFRS Jawa Tengah. Sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya hubungan antara faktor demografi berupa jenis kelamin terhadap depresi Apoteker IFRS akibat Covid-19 di Jawa Tengah.

Kata kunci : Faktor demografi , kecemasan, depresi, Apoteker IFRS, Covid-19



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) merupakan suatu penyakit baru yang disebabkan oleh virus SARS-CO-V (*Severe Acute Respiratory Syndrom Coronavirus*). *Coronavirus* adalah salah satu virus yang menyerang saluran pernapasan dimana Virus ini menggunakan sel epitel dan mukosa saluran napas sebagai target awal dan menyebabkan infeksi pada saluran pernapasan atau kerusakan organ (Susilo dkk, 2020). Wabah ini pertama kali ditemukan di Kota Wuhan Provinsi Hubei China pada akhir tahun 2019, dan Penyebaran kasus pertama Covid-19 di Indonesia yaitu pada tanggal 02 Maret 2020 yang terkonfirmasi sebanyak 2 penderita yang berasal dari Jakarta. Kasus Covid-19 meningkat terutama pada wilayah Jawa Tengah dan berdasarkan data dari corona.jatengprov.go.id pada 16 Agustus 2021 terkonfirmasi 17.937 pasien yang positif yang sedang dirawat di rumah sakit dan 28.902 jiwa pasien yang meninggal dunia.

Peningkatan dari jumlah kematian akibat Covid-19 membuat tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, apoteker dan lainnya bekerja lebih ekstra terhadap pasien-pasien di rumah sakit (Hanggoro dkk, 2020). Beban kerja yang dialami tenaga kesehatan selama masa pandemi Covid-19 dapat menimbulkan suatu kecemasan. Kecemasan tersebut seperti ancaman bagi mereka dan juga membuat mereka menjadi lebih waspada. Perasaan cemas tersebut tidak hanya terhadap dirinya, melainkan juga terhadap keluarganya.

Mereka merasa sangat beresiko terpapar virus tersebut dan terdapat stigma yang ada juga meningkatkan munculnya gangguan psikologis. (Hanggoro dkk, 2020). Selain itu dengan perubahan pola kerja yang semakin sibuk, padat, serta menguras tenaga, pikiran, dan rasa khawatir karena takut terpapar virus Covid-19 dapat membuat Apoteker tersebut mengalami depresi (Rejo, dkk 2020). Sebuah penelitian yang dilakukan di Prancis menunjukkan dampak Covid-19 terhadap psikologis Apoteker yang datanya dikumpulkan melalui kuesioner yaitu sebanyak 35% Apoteker melaporkan gangguan psikologis. Dari data-data yang telah dianalisis tersebut, wanita lebih banyak mengalami kecemasan, depresi dan kelelahan dibandingkan laki-laki. Dalam penelitian yang dilakukan pada 1200 perawat dan dokter yang bekerja di China, 50% melaporkan gejala depresi, 45% kecemasan, 34% insomnia dan 71% stres. Pada anggota staf medis di China, 36% mengalami gejala insomnia selama wabah Covid-19 (Lange dkk.,2020).

Apoteker yang mengalami kecemasan dan depresi dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor demografi usia, jenis kelamin, status pernikahan, dan juga wilayah demografis. Berdasarkan sebuah penelitian, dimana ada faktor-faktor lain juga yang menimbulkan kecemasan, seperti pengetahuan yang dimiliki seseorang mengenai situasi yang sedang dirasakannya, apakah situasi tersebut mengancam atau tidak memberikan ancaman, serta adanya pengetahuan mengenai kemampuan diri untuk mengendalikan dirinya (Annisa & Ifdil, 2016). kecemasan dapat juga dipengaruhi oleh pengetahuan tiap orang, dengan adanya pengetahuan

maka muncul pula perilaku tiap orang dalam menyikapi situasi atau keadaan tertentu.

Penelitian lain oleh Fadli, dkk (2020) dimana sebagian besar petugas kesehatan yang berumur 21 sampai dengan 45 tahun mengalami gangguan kecemasan. Dalam masa pandemi Covid-19 ini, tenaga kesehatan merasa tertekan dan khawatir sehingga kecemasan meningkat dalam menjalankan tugas. Selain itu tenaga kesehatan yang memiliki keluarga dengan kecemasan cenderung memiliki pengaruh lebih besar dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang belum menikah. Para tenaga kesehatan merasa khawatir karena akan menularkan virus korona Covid-19 kepada keluarga. Mereka juga merasa terstigma karena merasakan sendiri berhubungan dengan pasien yang terinfeksi virus. Kemudian sampai pada saat ini Jawa tengah masih menjadi wilayah dengan angka kejadian Covid-19 yang tinggi, Dari 6 kota dan 29 kabupaten di Jawa tengah, saat ini terdapat 2 kota (Kota Semarang dan Kota Surakarta) serta 7 kabupaten (Demak, Sukoharjo, Kudus, Klaten, Jepara, Kendal, dan Karanganyar) menduduki daerah yang terkonfirmasi dengan angka Covid-19 tertinggi dari daerah lainnya (corona.jatengprov.go.id). Lokasi demografis tersebut mempengaruhi kinerja Apoteker yang lebih ekstra dengan pasien Covid-19 yang lebih banyak di Rumah Sakit.

Penelitian mengenai dampak Covid-19 terhadap gangguan kecemasan dan depresi pada Apoteker di rumah sakit ini merupakan suatu bentuk kajian yang memberikan penilaian serta melihat hubungan faktor

demografi berupa usia, jenis kelamin, status perkawinan, lokasi demografis dan juga faktor masalah keluarga terhadap gangguan kecemasan dan depresi pada Apoteker saat pandemi Covid-19. Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti tertarik melakukan penelitian ini karena yang belum terlaksana di Indonesia, khususnya di wilayah Jawa Tengah.

1.2. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang di atas dapat disimpulkan bahwa rumusan masalah berikut :

Apakah terdapat hubungan antara faktor demografi dengan kecemasan dan depresi pada Apoteker selama pandemi Covid-19 di rumah sakit wilayah Jawa Tengah?

1.3. Tujuan penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui hubungan antara faktor demografi dengan kecemasan dan depresi pada Apoteker selama pandemi Covid-19 di rumah sakit wilayah Jawa Tengah.

1.3.2. Tujuan khusus

Untuk mendapatkan gambaran tingkat kecemasan dan depresi pada Apoteker di rumah sakit wilayah Jawa Tengah.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai hubungan antara faktor demografi dengan kecemasan dan depresi selama Covid-19 pada Apoteker yang bekerja di rumah sakit wilayah Jawa Tengah.

1.4.2. Manfaat Praktis

Penelitian ini dapat bermanfaat untuk melihat tingkat kecemasan dan depresi atau ada dan tidak adanya gangguan kecemasan dan depresi yang dialami Apoteker yang bekerja di rumah sakit wilayah Jawa Tengah.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Demografi

2.1.1. Pengertian Karakteristik Sosial Demografi

Menurut Kotler dan Armstrong (2001), ciri sosial demografi ialah salah satu karakteristik yang menggambarkan perbedaan antar masyarakat berdasarkan usia, tipe/jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, agama, suku bangsa, pemasukan, jenis keluarga, status perkawinan, posisi geografi, serta kelas sosial.

2.1.2. Jenis karakteristik demografi

a. Jenis kelamin

Menurut Huntu (2007), Jenis kelamin (sex) merupakan suatu perbandingan antara wanita dengan pria secara biologis sejak seseorang tersebut lahir. perihal ini berkaitan dengan tubuh yang dimiliki oleh wanita dan pria, dimana pria dapat memproduksi sperma sebaliknya dengan wanita yang dapat menghasilkan sel telur yang secara biologis perempuan dapat terjadi menstruasi, hamil serta pula menyusui.

b. Usia

Usia merupakan salah satu hal yang berkaitan dengan terjadinya perubahan fisik dari individu maupun psikologis (mental) seseorang. Dengan bertambahnya usia, maka individu

tersebut memiliki tingkat kematangan serta kekuatan dalam berpikir maupun bekerja yang lebih matang (Dharmawati *et al.*,2016). Seseorang dapat dikatakan produktif saat berusia (20-40 tahun) memiliki tingkat produktivitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang berusia tua (>40 tahun). Seseorang yang memiliki usia lebih tua memiliki kendala fisik menjadi lemah dan pergerakannya terbatas (Aprilyanti,S. 2017).

c. Status perkawinan

Perkawinan merupakan suatu ikatan antara seorang laki-laki dengan perempuan menjadi suami istri yang bertujuan untuk membentuk keluarga (rumah tangga) yang bahagia dan kekal. Pelaksanaan perkawinan dibutuhkan untuk mengatur suatu hubungan antara kedua belah pihak secara yuridis maupun religius sehingga hubungan atau status pernikahan tersebut menjadi sah menurut agama, hukum, dan tidak melanggar norma-norma hukum kebiasaan yang berlaku di masyarakat (Oktarina dkk, 2015).

d. Wilayah demografis

Wilayah merupakan satuan geografis yang terdapat beserta unsur yang terkait padanya. Hal tersebut mendasarkan pada batasan ruang lingkup pengamatan baik dari aspek pendekatan perencanaan ataupun batasan administrasi (Hardati. 2016). Wilayah yang diberlakukan PPKM (Pemberlakuan Pembatasan

Kegiatan Masyarakat) meliputi wilayah Jawa yang terdiri dari DKI Jakarta, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, DIY Yogyakarta, Jawa Timur dan Bali (MENDAGRI, 2021).

Wilayah Jawa Tengah termasuk wilayah dengan pemberlakuan PPKM karena angka kejadian Covid-19 di daerah tersebut semakin meningkat. Jawa Tengah terdiri dari 6 Kota dan 29 Kabupaten, terdapat beberapa wilayah yang masih meningkat yaitu Kota Semarang dan Surakarta serta 8 kabupaten yaitu Semarang, Demak, Sukoharjo, Kudus, Klaten, Jepara, Kendal, dan Karanganyar (corona.jatengprov.go.id).

2.2. Kesehatan mental

Definisi dari kesehatan mental menurut WHO (*World Health Organization*) adalah kondisi kesejahteraan (*wellbeing*) seorang individu yang menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan kehidupan yang normal, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi kepada komunitasnya.

Berdasarkan UU Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa, Kesehatan Jiwa didefinisikan sebagai suatu kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan, kemudian dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya.

2.3. Gangguan Kesehatan Mental

Gangguan kesehatan mental adalah suatu keadaan dimana individu mengalami kesusahan dalam penyesuaian diri terhadap lingkungannya. Individu yang tidak dapat menyelesaikan masalahnya dapat rentan terhadap gangguan kesehatan mental. Gangguan kesehatan mental atau psikologis yang terjadi pada tenaga kesehatan baik berupa rasa cemas, depresi maupun insomnia. Gangguan kesehatan mental ini meningkat karena munculnya perasaan cemas terhadap kesehatan pada dirinya maupun pada keluarganya. Selain itu juga para tenaga kesehatan mengkhawatirkan jika mereka terpapar covid-19 (Hanggoro dkk, 2020).

2.4. Kecemasan (*Anxiety*)

2.4.1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan (*Anxiety*) adalah suatu perasaan khawatir yang tidak jelas dimana seorang individu merasa akan terjadinya sesuatu yang diakibatkan oleh prediksi bahaya serta merupakan sinyal yang membantu individu untuk bersiap mengambil tindakan dalam menghadapi ancaman. Gangguan kecemasan yaitu suatu kondisi yang memberi gambaran penting tentang kecemasan yang berlebihan disertai respons perilaku, emosional, dan fisiologis. Individu yang mengalami gangguan kecemasan dapat memperlihatkan perilaku yang tidak biasa seperti panik tanpa alasan, serta memiliki rasa khawatir berlebihan atau bahkan yang tidak dapat dijelaskan. Sehingga kecemasan itu dapat berupa perasaan emosional dari suatu

masalah yang dihadapi dalam kehidupan sehari-hari suatu individu tersebut (Sutejo, 2018).

2.4.2. Gejala Kecemasan

Menurut Sutejo (2018), tanda dan gejala pada seseorang yang terkena ansietas atau kecemasan yaitu adanya rasa khawatir, memiliki firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri serta mudah tersinggung dengan ucapan orang lain, memiliki rasa tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah kaget. Terkadang individu tersebut memiliki rasa takut saat sendirian ataupun dalam keramaian, serta pola tidurnya tidak teratur. Depresi mempunyai gejala psikosis yaitu seperti suka berkhayal atau berhalusinasi. Gejala lain dari depresi yaitu seperti konsentrasi dan memori yang buruk, penurunan gairah seks, dan pikiran tentang kematian atau bunuh diri. Pada kasus individu yang mengalami depresi juga sering terjadi insomnia (Hadi dkk, 2017).

2.4.3. Jenis-Jenis Kecemasan (*Anxiety*)

Menurut Spilberger dalam Safaria, T. dkk (2012) Menjelaskan kecemasan terbagi dalam dua jenis, yaitu:

2.4.3.1. Trait *Anxiety*

Yaitu adanya perasaan khawatir dan terancam yang ada pada diri seseorang terhadap suatu kondisi yang sebenarnya tidak berbahaya. kecemasan yang dihadapi ini dapat dari berbagai macam situasi. Kecemasan ini di

akibatkan oleh kepribadian dari individu tersebut yang memang berpotensi cemas dibandingkan dengan individu yang lainnya.

2.4.3.2. State Anxiety

Merupakan suatu kecemasan yang dimana kondisi emosionalnya hanya sementara. Terdapat perasaan tegang dan khawatir yang dirasakan secara sadar namun kecemasan ini timbul apabila ada seseorang yang dihaapkan pada sesuatu yang mengancam dirinya, hanya saja hal ini bersifat sementara.

Sedangkan, menurut Freud dalam Feist, J. & Feist, G. (2012) kecemasan terbagi dalam tiga jenis, yaitu:

1) Kecemasan neurosis (neurotic Anxiety)

Kecemasan neurosis yaitu perasaan cemas karena adanya bahaya yang tidak diketahui. Perasaan itu berada pada ego, tetapi muncul dari dorongan

Kecemasan neurosis bukanlah ketakutan terhadap insting-insting itu sendiri, tetapi ketakutan terhadap hukuman yang mungkin terjadi jika suatu insting dipuaskan.

2) Kecemasan moral

Kecemasan moral merupakan suatu kecemasan yang berasal dari konflik anatar ego dan superego. Hal

ini terjadi karena adanya kegagalan yang bersikap konsisten dengan apa yang mereka yakini benar secara moral.

3) Kecemasan realistik

Kecemasan realistik merupakan yang tidak menyenangkan dan tidak spesifik yang mencakup kemungkinan bahaya itu sendiri. Kecemasan realistik merupakan rasa takut akan adanya bahaya-bahaya nyata yang berasal dari dunia luar.

2.4.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Menurut American Psychiatric Association (2013) faktor kecemasan terdiri dari :

1. Jenis kelamin

Berdasarkan hasil studi komunitas pada orang dewasa diungkapkan bahwa wanita memiliki tingkat kecemasan yang lebih besar dibandingkan pria dari hampir semua gangguan kecemasan. Studi remaja juga melaporkan bahwa anak perempuan lebih cenderung memiliki banyak semua tipe gangguan kecemasan. Kecemasan ini muncul sepanjang awal dan pertengahan masa dewasa.

2. Usia

Gangguan kecemasan umum terjadi pada masa kanak-kanak atau remaja. Gangguan kecemasan yang lebih awal

muncul pada usia 6 tahun dan biasanya rata-rata terjadi pada usia 12 tahun. Waktu munculnya kecemasan lebih awal daripada gangguan mood atau gangguan penggunaan zat dan sebanding dengan gangguan kontrol impuls.

Stuart G.W & Laraia M.T (dalam Vellyana et al., 2017) menyatakan bahwa maturitas individu akan mempengaruhi kemampuan coping mekanisme seseorang sehingga individu yang lebih sukar mengalami kecemasan karena individu mempunyai kemampuan adaptasi yang lebih besar terhadap kecemasan dibandingkan usia yang belum matur. Dari teori tersebut disimpulkan bahwa semakin dewasa usia seseorang maka, mekanisme adaptasi terhadap kecemasan lebih baik. Umur berkorelasi dengan pengalaman, pengalaman berkorelasi dengan pengetahuan, pemahaman dan pandangan terhadap suatu penyakit atau kejadian sehingga akan membentuk persepsi dan sikap.

3. Kelas sosial

Studi komunitas menemukan bahwa pada tingkat status sosial ekonomi dan tingkat pendidikan yang tinggi maka tingkat gangguan kecemasan lebih besar, mungkin lebih kompleks karena adanya interaksi yang signifikan antara karakteristik sosiodemografi. Misalnya gangguan

kecemasan berhubungan negatif dengan pendapatan dan tingkat pendidikan.

4. Etnis

Sementara dari beberapa studi komunitas menghasilkan bahwa tingkat gangguan kecemasan yang lebih besar, terutama gangguan fobia terjadi diantara orang Afrika-Amerika, yang lain menunjukkan sebaliknya. Pada etnis kulit hitam non-Hispanik dan Hispanik memiliki tingkat GAD dan SAD yang lebih rendah, dan etnis kulit hitam non-Hispanik memiliki tingkat gangguan panic yang lebih rendah daripada mereka yang kulit putih non-Hispanik. Perbedaan etnis dan status social belum dievaluasi secara sistematis, namun faktor metodologis maupun perbedaan paparan terhadap stressor telah dikemukakan sebagai penjelasan yang jelas.

5. Pola komorbiditas

Gangguan kecemasan dikaitkan dengan semua gangguan utama lainnya termasuk gangguan mood, perilaku mengganggu, gangguan makan, dan gangguan penggunaan zat. Sehubungan dengan komorbiditas, gangguan panic, GAD dan depresi telah terbukti memiliki genetic yang sama. Adapun studi tentang gejala kecemasan dan depresi

pada remaja dan orang dewasa dimana kecemasan dan depresi ditemukan sebagai akibat dari diathesis genetic.

6. Faktor keluarga dan genetik

Peningkatan gejala gangguan kecemasan ditemukan berasal dari keturunan orang tua dengan gangguan kecemasan yang menunjukkan bahwa mungkin ada factor kerentanan psikologis atau biologis yang bermanifestasi pada anak-anak sebelum pubertas. Anak-anak yang berisiko mengalami gangguan kecemasan sepanjang hidup ditandai dengan penghambatan perilaku, gejala somatic, ketakutan social, peningkatan reflek kaget dan sensitivitas pernapasan.

7. Kepribadian

Ciri-ciri kepribadian neurotisme dan afektivitas negatif dikaitkan dengan gangguan kecemasan pada orang dewasa. Namun sifat ini tergantung dengan gangguan mood sehingga ada kekhususan hubungan dengan gangguan kecemasan. Salah satu awal kerentanan terhadap gangguan kecemasan adalah penghambatan perilaku, yang ditandai dengan peningkatan reaktivitas fisiologis dan penarikan perilaku dalam menghadapi rangsangan baru atau situasi yang menantang.

2.4.5. Tingkat Kecemasan (*Anxiety*)

Kecemasan (*Anxiety*) memiliki tingkatan, berdasarkan penelitian Gail W. Stuart (2012) mengemukakan beberapa tingkat penelitian, yaitu:

2.4.5.1. Ansietas ringan

Merupakan suatu rasa cemas yang ringan berupa perasaan tegang dalam kehidupannya sehari hari. Seseorang yang terkena ansietas ringan akan menjadi lebih waspada dan menjaga perasaanya.

2.4.5.2. Ansietas sedang

Jika seseorang terkena ansietas sedang maka individu tersebut memiliki fokus ke hal-hal yang lebih penting dengan mengesampingkan hal-hal yang dirasa kurang penting baginya. Ansietas sedang ini mempersempit persepsi individu tersebut. Oleh sebab itu individu tersebut tidak mempunyai perhatian yang selektif sehingga individu tersebut dapat fokus ke area yang lebih meluas.

2.4.5.3. Ansietas berat

Merupakan suatu kecemasan yang individunya lebih fokus ke hal yang lebih spesifik serta rinci. Seseorang yang terkena ansietas berat ini dapat mengurangi lapang persepsinya dan memerlukan banyak arahan agarawasannya lebih luas.

2.4.5.4. Tingkat panik

Individu yang memiliki rasa panik ini berhubungan dengan rasa ketakutan dan merasa diteror. Hal ini dapat membuat individu tersebut merasa kehilangan kendalinya. Ketika individu tersebut mengalami panik, ia tidak dapat melakukan sesuatu walaupun sudah diarahkan.

2.4.6. Pengukuran Kecemasan

Untuk pengukuran kecemasan dapat menggunakan SAS (*Zung Self-rating Anxiety Scale*) yang berupa *self report* pasien yang digunakan untuk menilai kecemasan seorang individu. Alat ukur kecemasan berupa SAS ini terdiri dari 20 item penilaian pribadi yang berdasarkan skoring pada empat manifestasi yaitu gejala kognitif, motorik, otonom, dan juga sistem saraf pusat. SAS menunjukkan level kecemasan selama satu sampai dengan dua minggu. Total skor dari SAS adalah 20 sampai 80, dengan interpretasi apabila total skornya lebih dari 36, maka diperlukan untuk pemeriksaan klinis lebih lanjut untuk melihat keparahan dari gangguan kecemasan yang dialami individu tersebut. SAS dapat menilai kecemasan yang terdiri dari 5 item gejala afektif dan 15 item gejala somatis. Kuisisioner tersebut berisi gejala-gejala seperti cemas, takut tanpa alasan, mudah tersinggung, panik, depresi, perasaan enak badan, lengan dan kaki gemetar, sakit kepala, leher, punggung, lemah dan lelah, ketenangan, jantung, pusing, pingsan, mudah bernafas, mati rasa, kesemutan, Gangguan pencernaan dan penyakit fisik yaitu sering kencing,

tangan kering dan hangat, kemerahan dan kemerahan pada wajah, mudah tertidur, mimpi buruk (Zung, 1971). SAS untuk versi Indonesia dalam penelitian digunakan kepada 1000 responden remaja di Indonesia. SAS-Indonesia memiliki reliabilitas yang cukup baik ditunjukkan dengan nilai Cronbach alpha 0.658 dan juga nilai validitas ditunjukkan dengan rentang nilai $r = 0.043- 0.530$, $p < 0.05$ (Setyowati et al., 2019).

2.5. Depresi

2.5.1. Pengertian Depresi

Menurut Sadock (2015) Menyatakan Depresi merupakan suatu keadaan emosional yang disertai dengan perasaan sedih atau sering disebut juga seperti gangguan *mood*. Berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (2013), Depresi dapat didefinisikan sebagai suatu gangguan psikologis yang ditandai dengan munculnya rasa sedih, memiliki perasaan yang hampa, sensitif, serta memiliki gejala somatis dan kognitif. Gejala-gejala tersebut dapat mempengaruhi individu dalam beraktivitas sehari-hari.

2.5.2. Tanda dan Gejala Depresi

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition* (DSM-V), seseorang dapat dikatakan

depresi saat setidaknya mengalami minimal lima kriteria dibawah selama dua minggu, seperti :

- a. Mempunyai perasaan sedih yang hampir muncul setiap hari.
- b. Memiliki rasa penurunan terhadap minat dan bakatnya.
- c. Terdapat perubahan yang signifikan seperti berat badan karena tidak adanya nafsu makan.
- d. Terdapat perubahan pola tidur: menjadi insomnia atau hipersomnia
- e. Merasa mudah lelah dan mudah kehilangan energi
- f. Munculnya perasaan bersalah atau merasa dirinya tidak berharga
- g. Mengalami penurunan konsentrasi.
- h. Memiliki rasa ingin bunuh diri hingga adanya tindakan usaha bunuh diri.

2.5.3. Aspek-Aspek Depresi

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition (DSM-V)*, depresi terbagi dalam tiga aspek yaitu :

2.5.3.1. Afektif

Adanya perasaan emosi yang dialami seseorang saat depresi. Seseorang yang mengalami depresi akan merasakan kesedihan, perasaan hampa ataupun kosong serta lebih sensitif perasaannya.

2.5.3.2. Somatik

Aspek tersebut menunjukkan adanya suatu perubahan fisik seseorang saat mengalami depresi. Perubahan tersebut seperti mudah lelah, mengalami penurunan berat badan, hingga pola tidur yang berantakan.

2.5.3.3. Aspek kognitif

hal ini menunjukkan adanya perubahan cara pandang individu tersebut dalam menilai sesuatu hal. Jika seseorang sedang mengalami depresi, maka dia merasa bahwa dirinya tidak berguna untuk dirinya sendiri ataupun orang lain, serta mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi dan terdapat pikiran untuk bunuh diri.

2.5.4. Faktor-Faktor Penyebab Depresi

Menurut Kaplan & sadock (2010), banyak faktor yang dapat menyebabkan seseorang menjadi stress yaitu:

2.5.4.1. Faktor Genetik

Depresi dapat di sebabkn oleh faktor genetik atau keturunan. Apabila individu tersebut adalah kembar yang identik dan mengalami gangguan mental depresi,maka

peluangnya yaitu 70% mengidap penyakit serupa terjadi pada salah satu kembarannya. (American Psychiatric Association, 2013). Menurut Kaplan dkk, (2010) Jika salah satu orang tua individu tersebut mengalami depresi, maka kemungkinan anaknya juga akan mengalami depresi. Dan resiko untuk mengalami depresi dua kali lebih besar daripada individu yang orang tuanya tidak terdapat riwayat depresi.

2.5.4.2. Faktor kepribadian

Seseorang yang mudah mengalami stress terkadang memiliki kepercayaan diri yang rendah. Selain itu, individu yang memiliki gangguan kepribadian tertentu (Objektif kompulsif, histrionik, dan borderline) memiliki resiko yang lebih besar untuk mengalami depresi dibandingkan dengan individu lainnya. (Kaplan dkk, 2010)

2.5.4.3. Faktor sosial

Dimana stresor psikososial ini menjadi salah saatau pemicu terjadinya depresi. Contohnya yaitu mengalami rasa kehilangan, seperti kehilangan orang terdekat ataupun orang tua menjadi salah satu penyebab seorang individu menjadi depresi. (Kaplan dkk, 2010).

Selain faktor penyebab depresi diatas, Menurut DSM V (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorder Fifth Edition) faktor resiko penyebab depresi yaitu :

a. Faktor Emosional

Keadaan emosional yang berdampak negatif (neurotisme) merupakan faktor risiko muncul pada gangguan depresi, pada tingkat tinggi dapat membuat seseorang merasa penuh tekanan dalam kehidupan

b. Genetik

Depresi dapat diturunkan ke keluarga kelas satu dengan risiko 2-4 kali lipat lebih besar dari masyarakat umum. Risiko relatif lebih besar untuk kejadian pertama dan berulang. Pewarisan sifat neurologis sekitar 40% merupakan sebagian besar dari genetik ini.

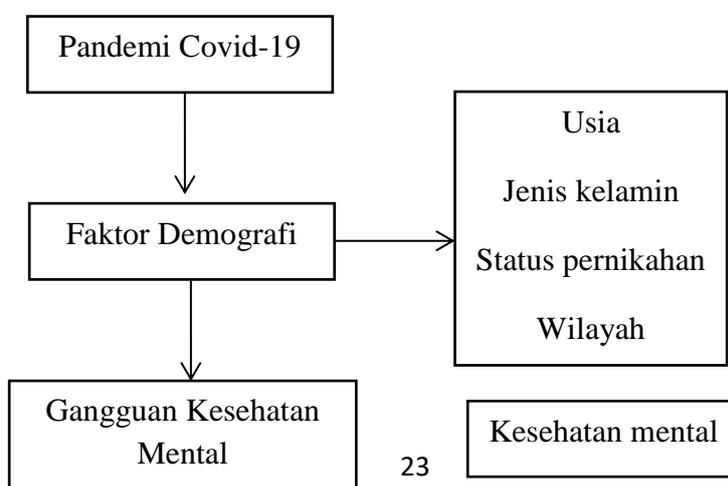
c. Lingkungan

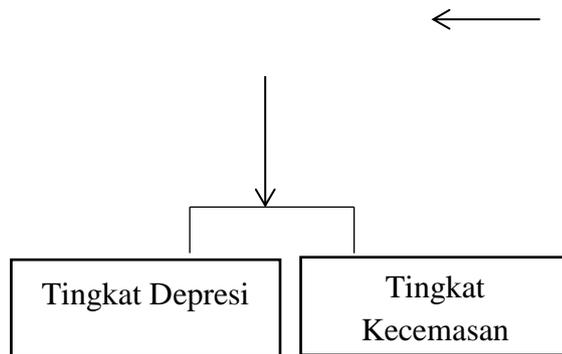
Pengalaman masa kecil yang tidak diinginkan adalah salah satu penyebab kuat di balik gangguan depresi. Meskipun peristiwa stres diketahui menyebabkan episode depresi, namun ada atau tidak adanya pengalaman buruk sesaat sebelum timbulnya episode tampaknya tidak menjadi panduan yang berguna dalam pemilihan pengobatan.

2.5.5. Pengukuran Depresi

Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) adalah kuesioner penilaian pribadi terdiri 20-item yang banyak digunakan sebagai alat skrining, yang mencakup gejala afektif, psikologis dan somatik yang terkait dengan depresi. Kuesioner ini membutuhkan waktu sekitar 10 menit untuk diselesaikan, dan item dibingkai dalam 10 pernyataan positif dan 10 pernyataan negatif. Skala menunjukkan kekuatan (intensitas) gejala depresif pasien secara global meliputi ekspresi afektif dari depresi. SDS Indonesia digunakan untuk mengukur tingkat depresi kepada pasien dewasa TBC Pulmonar. Pengukuran SDS Indonesia memiliki validitas yang baik yaitu nilai $r = 0,463-0,745$ serta reliabilitas yang baik dengan nilai Cronbach alpha = $0,887 > r \text{ tabel} = 0,195$ (Susanto et al., 2019)

2.6. Kerangka teori





Gambar 2.1. Kerangka Teori

2.7. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep

2.8. Hipotesis

Terdapat hubungan antara faktor demografi dengan kecemasan dan depresi selama pandemi Covid-19 pada Apoteker dirumah sakit wilayah Jawa Tengah.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam penelitian *analitik observasional*, dengan rancangan *cross sectional*.

3.2. Variabel dan Definisi Operasional

3.2.1. Variabel

3.2.1.1. Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor sosial demografi

3.2.1.2. Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah Kecemasan dan Depresi

3.2.2. Definisi Operasional

3.2.2.1. Usia

Usia atau umur adalah waktu yang terlewat sejak lahir. Alat ukur yang digunakan berupa kuesioner dalam bentuk *google form*.

Skala : Ordinal

3.2.2.2. Jenis kelamin

Tenaga kefarmasian akan diminta menuliskan jenis kelamin, apakah laki-laki atau perempuan.

Skala: Nominal

3.2.2.3. Lokasi Demografis

Lokasi yang dituliskan oleh Apoteker yaitu lokasi tempat ia bekerja di Rumah Sakit wilayah tersebut.

Skala : Nominal

3.2.2.4. Status Pernikahan

Status pernikahan adalah status sosial secara legitimasi agar mempunyai kehidupan berumah tangga.

Skala : Nominal

3.2.2.5. Kecemasan

Kecemasan diukur menggunakan metode SAS (Zung Self Rating Anxiety Scale) yang disusun oleh Zung pada tahun 1971 dan diterjemahkan dan menjadi versi Bahasa Indonesia oleh (Setyowati et al., 2019). SAS terdiri dari 20 item dan terdapat 15 pertanyaan merujuk pada gejala somatis dan 5 pertanyaan lainnya merujuk pada gejala afektif. Setiap pertanyaan terdiri dari 4 pilihan jawaban dengan nilai skor dari 20 sampai dengan 80. Pilihan jawaban seperti skala Likert yaitu 1 “tidak pernah”. 2 “kadang-kadang”, 3 “sebagian waktu”, 4 “hampir setiap waktu”. Kemudian total skor dapat dikategorikan menjadi : normal jika nilainya yaitu 20-44, kecemasan ringan ke moderat yaitu 45-59, kecemasan parah dengan skor 60-74,

dan kecemasan ekstrim apabila skor lebih dari 75 (Setyowati et al., 2019).

Skala : Rasio

3.2.2.6. Depresi

Depresi diukur menggunakan SDS (*Zung Self-Rating Depression Scale*) yang pada tahun 1977 kemudian diterjemahkan dalam versi Bahasa Indonesia oleh (Susanto et al., 2019). SDS terdiri dari 20 item pertanyaan. Setiap pertanyaan memiliki nilai 1 “jarang sekali /tidak pernah” , 2 “jarang” , 3 “hampir selalu” , 4 “selalu”. Penilaian total skor untuk depresi yaitu paling rendah 20 dan tertinggi 80. Hasil skor yang tinggi menunjukkan tingkat keparahan depresi pada minggu sebelumnya termasuk hari ini. Skor depresi berdasarkan manual SDS dikategorikan menjadi empat, yaitu normal dengan skor 20-49, depresi ringan dengan skor 50-59 , depresi sedang dengan skor 60-69 dan skor > 70 termasuk depresi berat.

Skala : Rasio

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Seluruh Apoteker yang bekerja di instalasi farmasi Rumah sakit rujukan Covid-19 wilayah Jawa Tengah.

3.3.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah Apoteker yang bekerja di Rumah sakit wilayah Jawa Tengah selama pandemi Covid-19 . Untuk pengambilan sampel yang dilakukan pada penelitian ini yaitu dengan menggunakan *simple random sampling*

Untuk reponden yang masuk kedalam kategori inklusi yaitu :

- a) Apoteker yang berstatus pegawai tetap di Rumah Sakit.
- b) Apoteker yang bekerja di Rumah Sakit rujukan Covid-19 di Wilayah Jawa Tengah.
- c) Apoteker yang bertugas di Instalasi Farmasi Rumah Sakit.

Kriteria responden yang masuk dalam kategori eksklusi yaitu :

- a) Apoteker yang memiliki riwayat kecemasan sebelum pandemi.
- b) Apoteker yang memiliki riwayat depresi sebelum pandemi.
- c) Apoteker yang tidak mengisi kuesioner dengan lengkap

3.3.3. Besar sampel

Populasi apoteker sebagai tenaga kefarmasian yang bekerja di wilayah Kabupaten/Kota di Jawa Tengah sebesar 2.947 Apoteker yang-terdiri dari 29 Kabupaten dan 6 Kota (badan PPSDM,2021).

Untuk menentukan besarnya sampel yang diambil dari populasi peneliti menggunakan rumus *Lemeshow*, yaitu:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot 1 - \frac{q}{2} \cdot p \cdot q}{d^2(N - 1) + Z^2 \cdot 1 - \frac{q}{2} \cdot p \cdot q}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel

N = Besar populasi

p = Perkiraan proporsi (0,5)

q = 1- p

d = Presisi absolut (10%)

$Z^{2}1 - \frac{\alpha}{2}$ = Derajat kemaknaan 95% ($\alpha = 0,05$) sehingga diperoleh nilai $Z = 1,96$

Berdasarkan menggunakan rumus diatas, kemudian dihitung jumlah sampel yang digunakan dengan menggunakan jumlah populasi 2.947 orang, yaitu :

$$n = \frac{N \cdot Z^{2}1 - \frac{\alpha}{2} \cdot p \cdot q}{d^{2}(N - 1) + Z^{2}1 - \frac{\alpha}{2} \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{2.947 \cdot 1,96^{2} \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,1^{2}(2.947 - 1) + 1,96^{2} \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = 93,001 \rightarrow 94$$

$$n = 94 + 10\% = 104$$

Berdasarkan hasil perhitungan sampel melalui rumus *Lemeshow*, besar sampel yang digunakan sebanyak 104 responden. Kemudian 30 responden untuk pengujian validitas dan reliabilitas.

3.4. Instrumen dan bahan penelitian

3.4.1. Instrumen

3.4.1.1. Kuesioner demografi

Pada kuesioner demografi ini berisi data-data pribadi atau identitas responden seperti Usia, jenis kelamin, dan (masa kerja) lama berkerja di Rumah sakit.

3.4.1.2. Kuesioner SDS (*Zung Self-Rating Depression Scale*)

Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) yaitu penilaian depresi yang dinilai sendiri oleh pasien (self-rating). SDS disusun oleh William K. Zung pada tahun 1965 berdasar kriteria dalam DSM IV. SDS berisi 20 item pernyataan tersusun dari gejala somatik, afektif, dan psikologis (Zung & Durham, 1965).

3.4.1.3. Kuesioner SAS (*Zung Self-Rate Anxiety Scale*)

Zung Self-Rate Anxiety Scale (SDA) merupakan salah satu alat ukur kecemasan yang disusun oleh William W. K. Zung pada tahun 1971. Pada kuesioner ini berisi 20 item yang diobservasi yaitu terdiri dari empat kelompok gejala manifestasi kognitif, otonom, motorik, dan sistem saraf pusat (Setyowati et al., 2019).

3.4.2. Bahan

Bahan penelitian yang digunakan adalah jawaban responden terhadap kuesioner yang telah diberikan.

3.5. *Ethical Clearance*

Penelitian ini telah disetujui oleh Komisi Bioetik Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung. *Ethical clearance* di *review* oleh Komisi Bioetika Penelitian Kedokteran/ Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang dengan No. No. 345/X/2021/Komisi Bioetik *Informed consent* dikomunikasikan secara jelas kepada responden dengan tujuan memberikan perlindungan terhadap data privasi responden. Beberapa hal seperti tujuan dan isi dari penelitian telah dijelaskan kepada responden dalam *google form*

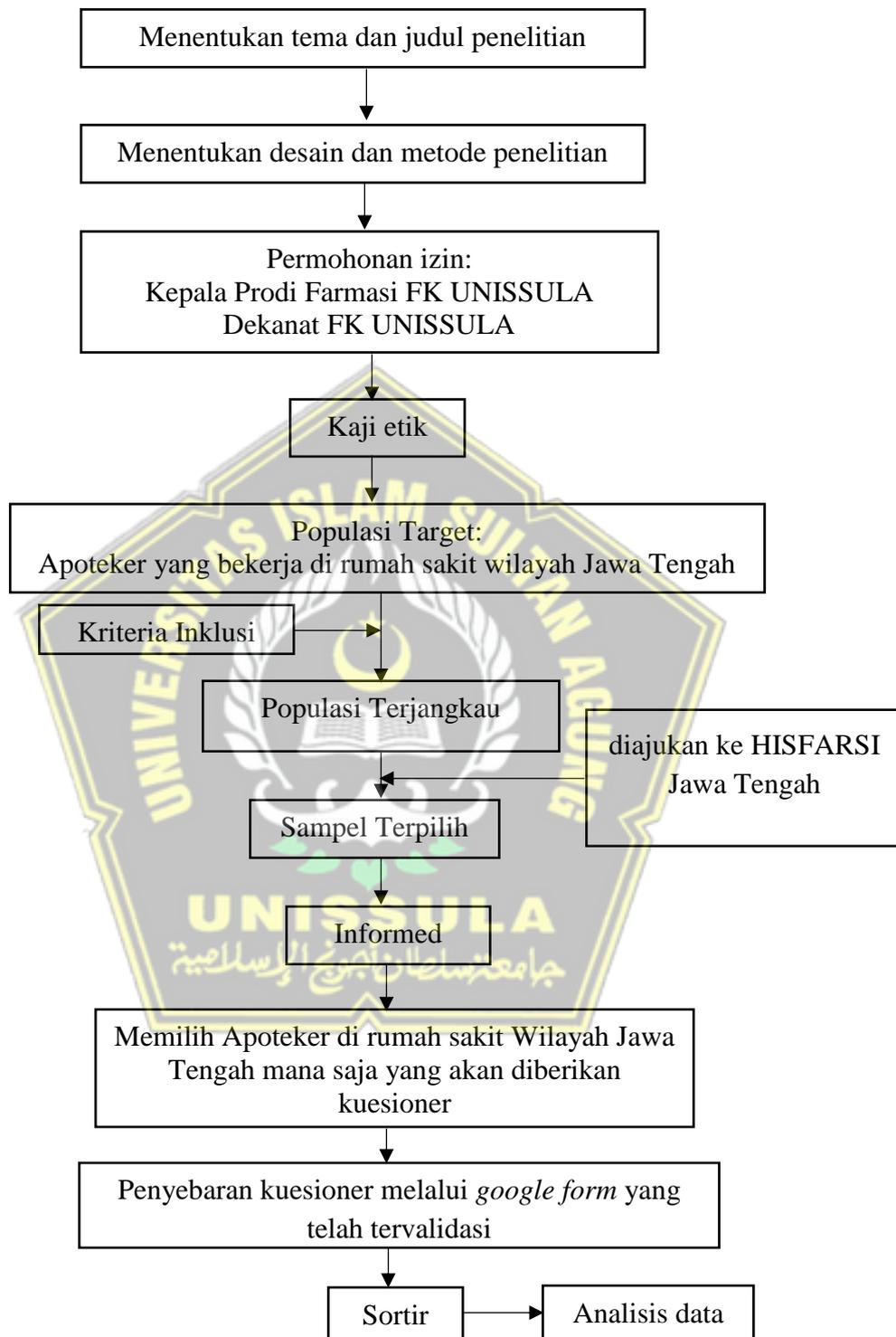
3.6. Cara Penelitian

1. Mengajukan surat izin kepada bagian administrasi Prodi Farmasi FK UNISSULA.
2. Menyiapkan kuesioner demografi, SAS, dan SDS.
3. Mengajukan *ethical clearance* (persetujuan etik) pada Komite Etik FK UNISSULA yang telah disetujui oleh Kepala Prodi Farmasi dan Dekanat FK UNISSULA.
4. Menentukan sampel dengan metode non random sampling berdasarkan lokasi demografis yang dipilih di wilayah Jawa Tengah.
5. Mengurus perizinan kepada IAI Jawa Tengah dan HISFARSI di daerah tersebut.

6. Memberikan informed consent sebelum responden mengisi kuesioner.
7. Melakukan pengambilan data dengan kuesioner yang diakses melalui *googleform* sekaligus melakukan uji validitas dan reliabilitas kepada responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi
8. Cara penyebaran dilakukan dengan membagikan link *google form* kepada perwakilan Apoteker yang bekerja di Rumah sakit wilayah Jawa Tengah
9. Kemudian melakukan pengumpulan data.
10. Pengolah dan analisis data dengan uji statistik
11. Pembagian hasil dan penarikan kesimpulan.



3.7. Alur Penelitian



Gambar 3.1. Alur Penelitian

3.8. Tempat dan Waktu

3.8.1. Tempat

Rumah sakit di wilayah Jawa Tengah.

3.8.2. Waktu

Waktu penelitian dalam pengambilan data dilakukan mulai dari bulan September 2021 sampai bulan Desember 2021.

Tabel 3.1. Waktu Penelitian

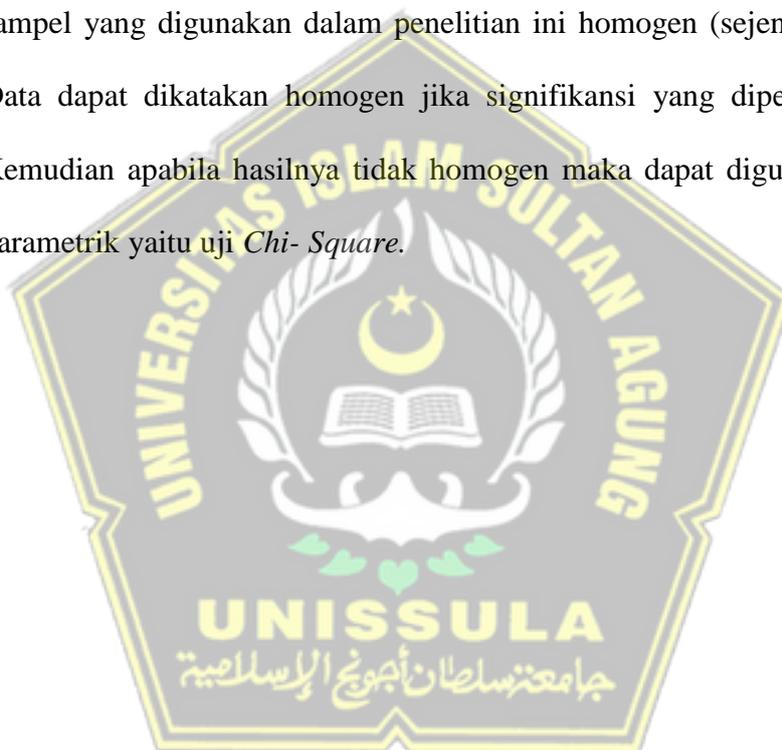
Jenis Kegiatan	Bulan							
	Mei 2021	Juni 2021	Juli 2021	Agustus 2021	September 2021	Oktober 2021	November 2021	Desember 2021
Studi Pustaka								
Pembuatan Proposal								
Penyiapan Kuesioner								
Pengambilan Data								
Pengolahan data dan Analisis Hasil								
Pembuatan Laporan								

3.9. Analisis Hasil

Analisis validitas yang digunakan yaitu teknik korelasi product moment. Lalu terdapat uji korelasi bivariat, Uji Validitas dilakukan untuk melihat alat ukur yang digunakan tersebut valid atau tidak valid. Alat ukur yang dimaksud yaitu kuesioner SAS dan SDS. Kemudian Uji reliabilitas yang digunakan adalah dengan metode *cronbach's alpha*. Kuesioner dapat dikatakan reliabel jika nilai dari *cronbach alpha* lebih besar dari nilai r tabel. kuesioner yang digunakan yaitu SDS (*Zung Self-Rating Depression*

Scale) dan SAS (*Zung Self Rating Anxiety Scale*) dimana uji validitas dan reliabilitas ditujukan untuk memastikan kuesioner yang dijadikan alat ukur tersebut konsisten dan dapat digunakan berulang kali.

Uji normalitas pada penelitian ini menggunakan *Kolmogorov-Smirnov*. Kemudian untuk uji homogenitas yang digunakan yaitu metode *Levene's Test*. Hal ini diperlukan untuk mengetahui apakah populasi dan sampel yang digunakan dalam penelitian ini homogen (sejenis) atau tidak. Data dapat dikatakan homogen jika signifikansi yang diperoleh $> 0,05$. Kemudian apabila hasilnya tidak homogen maka dapat digunakan uji non parametrik yaitu uji *Chi-Square*.



BAB IV

HASIL PENELITIAN & PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Penelitian dilangsungkan bulan Oktober sampai dengan Desember 2021 secara online melalui kuesioner *googleform* kepada Apoteker yang bekerja di Instalasi Farmasi Rumah Sakit rujukan Covid-19 wilayah Jawa Tengah. Terdapat 9 Wilayah yang dipilih yaitu Kota Semarang, Kota Surakarta, Kabupaten Demak, Kabupaten Kudus, Kabupaten Klaten, Kabupaten Kendal, Kabupaten Jepara, Kabupaten Sukoharjo, dan Kabupaten Karanganyar.

Agar dapat memenuhi minimum sampel yang diperlukan yaitu 94 responden, peneliti melakukan pendekatan sampel dengan cara *snowball sampling*. Sebelumnya dilakukan perizinan ke pihak rumah sakit terkait dengan melengkapi persyaratan penelitian yang diajukan ke pihak pusdiklat atau pengembangan dan penelitian ke rumah sakit. Setelah itu, peneliti berkoordinasi kembali dengan pihak kepala instalasi farmasi rumah sakit (IFRS). Selain melalui pihak rumah sakit, kuesioner juga disebar via alumni prodi farmasi UNISSULA. Dari persebaran kuesioner tersebut diperoleh sebanyak 104 responden namun terdapat 5 sampel yang tidak memenuhi syarat. Sehingga jumlah responden yang dianalisis datanya sebanyak 99.

4.1.1. Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

Tabel 4.1. Validitas Kuesioner SAS (*Zung Self-rating Anxiety Scale*)

No.	Pertanyaan	r hitung	r tabel	Ket.
1.	Saya merasa lebih gugup dan cemas dari biasanya	0.621	0.361	VALID
2.	Saya merasa takut tanpa alasan sama sekali	0.689		VALID
3.	Saya mudah marah dan merasa panik	0.660		VALID
4.	Saya merasa seperti sendiri dan hancur	0.611		VALID
5.	Saya merasa bahwa semuanya baik-baik saja dan tidak ada hal buruk akan terjadi	0.388		VALID
6.	Lengan dan kaki saya gemetar	0.674		VALID
7.	Saya terganggu oleh nyeri kepala, leher, dan punggung	0.547		VALID
8.	Saya merasa lemah dan mudah Lelah	0.682		VALID
9.	Saya merasa tenang dan dapat duduk dengan tenang	0.559		VALID
10.	Saya merasakan jantung berdebar-debar	0.760		VALID
11.	Saya merasa pusing sekali	0.698		VALID
12.	Saya tiba-tiba ingin pingsan	0.411		VALID
13.	Saya dapat bernapas dengan mudah	0.447		VALID
14.	Saya merasa jari-jari tangan dan kaki mati rasa dan kesemutan	0.682		VALID
15.	Saya terganggu oleh nyeri lambung atau gangguan pencernaan	0.624		VALID
16.	Saya sering buang air kecil	0.682		VALID
17.	Tangan saya kering dan hangat	0.377		VALID
18.	Wajah saya terasa panas dan mudah memerah	0.797		VALID
19.	Saya mudah tidur dan dapat istirahat malam dengan baik	0.574		VALID
20.	Saya mimpi buruk	0.728		VALID

Tabel 4.2. Validitas Kuesioner SDS (*Zung Self-rating Depression Index*)

No.	Pertanyaan	r hitung	r tabel	Ket.
1.	Saya merasa sedih dan berduka	0,600		VALID
2.	Saya merasa lebih segar di pagi hari	0,430		VALID
3.	Saya sering meratapi (menangisi, menyesali) diri	0,518		VALID
4.	Saya mengalami kesulitan tidur pada malam hari	0,427		VALID
5.	Napsu makan saya baik seperti biasanya	0,488		VALID
6.	Saya ada ketertarikan terhadap lawan jenis	0,510		VALID
7.	Saya menjadi kurus	0,451		VALID
8.	Saya susah buang air besar	0,435		VALID
9.	Denyut jantung saya berdetak lebih cepat	0,725		VALID
10.	Saya merasa lelah tanpa sebab	0,485		VALID
11.	Pikiran saya sejernih (jelas) seperti biasanya	0,444	0,361	VALID
12.	Saya dapat mengerjakan hal-hal yang biasa saya lakukan dengan baik	0,568		VALID
13.	Saya gelisah dan tidak tenang	0,483		VALID
14.	Saya penuh harapan (optimis) akan masa depan saya	0,583		VALID
15.	Saya cepat tersinggung	0,461		VALID
16.	Saya tidak mau berpikir lama lama	0,450		VALID
17.	Saya merasa berguna dan dibutuhkan	0,594		VALID
18.	Hidup saya penuh kecukupan	0,433		VALID
19.	Saya merasa semuanya menjadi lebih baik jika saya mati	0,606		VALID
20.	Saya masih dapat menikmati hal-hal yang biasa saya lakukan	0,494		VALID

Tabel 4.1 dan 4.2 metode yang digunakan yaitu *Pearson Product Moment*. Hasil korelasi *Pearson* menunjukkan bahwa semua item pertanyaan pada kuesioner tersebut **valid** dimana nilai koefisien korelasi (*r*) hitung lebih besar dari nilai *r* tabel dengan nilai *Sig.* < 0.05.

Tabel 4.3 Tabel Reliabilitas Kuesioner

Reliabilitas (<i>Cronbach's Alpha</i>)		
	Cronbach's Alpha	Keterangan
Kecemasan	0.894	RELIABEL
Depresi	0.845	RELIABEL

Tabel 4.3 Menunjukkan Uji reliabilitas dari kuesioner SAS dan SDS Pada Apoteker IFRS saat pandemi Covid-19. Pengujian reliabilitas dilakukan dengan melihat nilai Cronbach's alpha. Dari hasil pengujian menunjukkan kuesioner memiliki internal consistency yang tinggi sehingga reliabel untuk digunakan pada penelitian (Santoso et al., 2017).



4.1.2. Karakteristik Responden

Tabel 4.4 Informasi Demografi Responden

Faktor demografi	N	%
Usia		
17-25	2	2,0
26-35	68	68,7
36-45	21	21,2
46-55	5	5,1
Lebih dari 55	3	3,0
Jenis kelamin		
Laki-laki	28	28,3
Perempuan	71	71,7
Status Pernikahan		
Belum Menikah	25	25,3
Sudah Menikah	74	74,7
Wilayah Rumah Sakit		
Kota Semarang	36	36,0
Kota Surakarta	14	14,0
Kabupaten Demak	5	5,0
Kabupaten Kudus	5	5,0
Kabupaten Klaten	11	11,0
Kabupaten Kendal	8	8,0
Kabupaten Jepara	7	7,0
Kabupaten sukoharjo	6	6,0
Kabupaten Karanganyar	7	7,0
Total	99	100

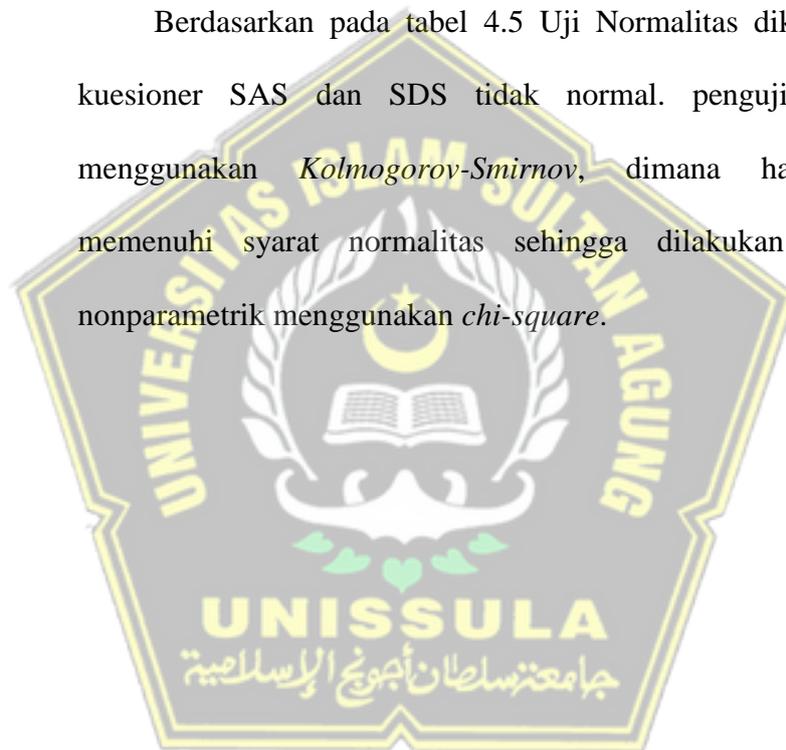
Berdasarkan Tabel 4.3 Mengenai informasi responden diketahui bahwa responden didominasi oleh kelompok usia 26-35 tahun, berjenis kelamin perempuan, dengan status sudah menikah dan untuk wilayahnya didominasi wilayah Kota Semarang.

4.1.3. Uji Normalitas

Tabel 4.5 Uji Normalitas

<i>Kolmogorov-Smirnov</i>			
	Statistik	Sig.	Keterangan
Kecemasan	0,113	0,004	Tidak Normal
Depresi	0,089	0,052	Tidak Normal

Berdasarkan pada tabel 4.5 Uji Normalitas diketahui bahwa kuesioner SAS dan SDS tidak normal. pengujian dilakukan menggunakan *Kolmogorov-Smirnov*, dimana hasilnya tidak memenuhi syarat normalitas sehingga dilakukan uji analisis nonparametrik menggunakan *chi-square*.



4.1.4. Analisis Respon Kuesioner

Tabel 4.6 Analisis Respon Kuesioner SAS (*Zung Self-Rating Anxiety scale*)

No.	Pertanyaan	Mean (SD)
1	Saya merasa lebih gugup dan cemas dari biasanya	1,71 (0,756)
2	Saya tidak punya alasan untuk takut	1,39 (0,651)
3	Saya temperamental dan mudah panik	1,68 (0,679)
4	Saya merasa kesepian dan tertekan	1,38 (0,601)
5	Saya pikir semuanya baik-baik saja, tidak ada hal buruk yang akan terjadi	2,53 (1,154)
6	Lengan dan kaki gemeter	1,62 (0,763)
7	Saya terganggu oleh sakit, leher, dan punggung	2,14 (0,769)
8	Saya merasa lemah dan lelah	1,96 (0,775)
9	Saya merasa tenang dan bisa duduk diam	2,37 (1,225)
10	Saya merasakan jantung saya berdebar kencang	1,53 (0,674)
11	Saya merasa pusing	1,69 (0,720)
12	Saya tiba-tiba ingin pingsan	1,35 (0,674)
13	Saya bisa bernapas lega	2,73 (1,389)
14	Saya merasakan mati rasa dan kesemutan di jari tangan dan kaki saya	1,93 (0,866)
15	Saya terganggu oleh sakit perut atau gangguan pencernaan	1,84 (0,760)
16	Saya sering buang air kecil	2,12 (0,883)
17	Tanganku kering dan hangat	2,57 (1,246)
18	Wajahku mudah panas	1,49 (0,760)
19	Saya mudah tertidur dan tidur nyenyak	2,21 (0,971)
20	Saya mengalami mimpi buruk	1,68 (0,616)
Total		38,03 (6,334)

Keterangan :

1 = Tidak pernah

2 = Kadang- kadang

3 = Sebagian waktu

4 = Hampir setiap waktu

Tabel 4.3. Analisis Respon Kuesioner SDS (Zung Self-Rating Depression scale)

No.	Pertanyaan	M (SD)
1	Saya merasa sedih dan berduka	1,72 (0,511)
2	Saya merasa lebih segar di pagi hari	1,79 (0,820)
3	Saya sering meratapi (menangisi,menyesali) diri	1,59 (0,698)
4	Saya mengalami kesulitan tidur pada malam hari	1,97 (0,936)
5	Napsu makan saya baik seperti biasanya	2,24 (1,050)
6	Saya ada ketertarikan terhadap lawan jenis	1,93 (1,028)
7	Saya menjadi kurus	1,77 (0,995)
8	Saya susah buang air besar	1,64 (0,659)
9	Denyut jantung saya berdetak lebuah cepat	1,68 (0,679)
10	Saya merasa lelah tanpa sebab	1,71 (0,782)
11	Pikiran saya sejernih jelas) seperti biasanya	2,03 (0,897)
12	Saya dapat mengerjakan hal-hal yang biasa saya lakukan dengan baik	2,10 (0,931)
13	Saya gelisah dan tidak tenang	1,61 (0,680)
14	Saya penuh harapan (optimis) akan masa depan saya	2,71 (1,116)
15	Saya cepat tersinggung	1,83 (0,724)
16	Saya tidak mau berpikir lama lama	2,67 (0,998)
17	Saya merasa berguna dan dibutuhkan	2,83 (0,986)
18	Hidup saya penuh kecukupan	2,81 (0,983)
19	Saya merasa semuanya menjadi lebih baik	1,26 (0,615)
20	Saya masih dapat menikmati hal-hal yang biasa saya lakukan	1,89 (0,886)
Total		39,90 (7,341)

Keterangan :

1 = Jarang sekali atau hampir tidak pernah

3 = Jarang

3 = Hampir selalu

4 = Selalu

4.1.5. Analisis depresi dan kecemasan

Tabel 4.4 Analisis Depresi dan Kecemasan

Karakteristik	N	%
Kecemasan		
Normal	76	76
Ringan-Moderat	23	24
Parah	0	0
Ekstrim	0	0
Depresi		
Normal	82	83
Ringan	17	17
Sedang	0	0
Berat	0	0
Total	99	100

Berdasarkan tabel 4.7 menghasilkan angka prevalensi Apoteker yang mengalami Kecemasan sebesar 24% dan Depresi sebesar 17% dari 99 responden .

4.1.6 Uji chi-square

Tabel 4.8 Hubungan faktor demografi terhadap tingkat kecemasan Apoteker IFRS Jawa Tengah

Karakteristik	Tingkat kecemasan								Total	Asymp.Sig. (2-sided)		
	Normal		Ringan- Sedang		Parah		Ektrim					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N		%	
Usia	17-25	2	2	1	1	0	0	0	0	3	3	0,726
	25-35	54	55	15	15	0	0	0	0	69	70	
	36-45	14	14	5	5	0	0	0	0	19	19	
	46-55	3	3	2	2	0	0	0	0	5	5	
	lebih dari 55	3	3	0	0	0	0	0	0	3	3	
	Total	76	77	23	23	0	0	0	0	99	100	
Jenis kelamin	Laki-laki	24	25	4	4	0	0	0	0	28	29	0,186
	Perempuan	52	52	19	19	0	0	0	0	71	71	
	Total	76	77	23	23	0	0	0	0	99	100	
Status pernikahan	Belum menikah	17	17	8	8	0	0	0	0	25	25	0,230
	Sudah menikah	59	60	15	15	0	0	0	0	74	75	
	Total	76	77	23	23	0	0	0	0	99	100	
	Semarang	29	30	6	6	0	0	0	0	35	36	
	Surakarta	10	10	3	3	0	0	0	0	13	13	
	Demak	2	2	3	3	0	0	0	0	5	5	
	Kudus	4	4	1	1	0	0	0	0	5	5	

Wilayah	Klaten	12	12	1	1	0	0	0	0	13	13	0,312
	Kendal	7	7	2	2	0	0	0	0	9	9	
	Jepara	4	4	3	3	0	0	0	0	7	7	
	Sukoharjo	4	4	1	1	0	0	0	0	5	5	
	Karanganyar	4	4	3	3	0	0	0	0	7	7	
	Total	76	77	23	23	0	0	0	0	99	100	

Tabel 4.8 Menunjukkan hasil uji *chi-square* hubungan faktor demografi terhadap tingkat kecemasan Apoteker IFRS Jawa Tengah yang hasilnya yaitu nilai dari Asymp Sig.(2-sided) > 0,05 sehingga tidak ada hubungan antara faktor demografi berupa usia, jenis kelamin, status pernikahan dan wilayah terhadap tingkat kecemasan apoteker di IFRS Jawa Tengah.

Tabel 4.9 Hubungan faktor demografi terhadap tingkat Depresi Apoteker IFRS Jawa Tengah

Karakteristik	Tingkat Depresi								Total		Asymp. Sig. (2-sided)	
	Normal		Ringan		Sedang		Berat		N	%		
	N	%	N	%	0	0	0	0				
17-25	2	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0,557	
25-35	56	56	12	12	0	0	0	0	68	68		
36-45	18	18	3	4	0	0	0	0	21	21		
46-55	3	3	2	2	0	0	0	0	5	5		
lebih dari 55	3	3	0	0	0	0	0	0	3	3		
Total	82	82	17	18	0	0	0	0	99	100		
Jenis	Laki-laki	28	28	1	1	0	0	0	0	29	29	

kelamin	Perempuan	54	55	16	16	0	0	0	0	70	71	0,020
	Total	82	83	17	17	0	0	0	0	99	100	
Status pernikahan	Belum menikah	22	22	3	3	0	0	0	0	25	25	0,428
	Sudah menikah	60	60	14	15	0	0	0	0	74	75	
	Total	82	82	17	18	0	0	0	0	99	100	
Wilayah	Semarang	31	31	4	4	0	0	0	0	35	35	0,068
	Surakarta	10	10	3	3	0	0	0	0	13	13	
	Demak	2	2	3	3	0	0	0	0	5	5	
	Kudus	5	5	0	0	0	0	0	0	5	5	
	Klaten	12	12	1	1	0	0	0	0	13	13	
	Kendal	8	8	1	1	0	0	0	0	9	9	
	Jepara	4	5	3	3	0	0	0	0	7	8	
	Sukoharjo	5	5	0	0	0	0	0	0	5	5	
	Karanganyar	5	5	2	2	0	0	0	0	7	7	
	Total	82	83	17	17	0	0	0	0	99	100	

Tabel 4.9 Menunjukkan hasil uji *chi-square* hubungan faktor demografi terhadap tingkat depresi Apoteker IFRS Jawa Tengah yang hasilnya yaitu nilai dari Asymp Sig.(2-sided) dari karakteristik jenis kelamin $0,02 < 0,05$ sehingga ada hubungan antara faktor demografi jenis kelamin terhadap tingkat depresi apoteker di IFRS Jawa Tengah.

4.2. Pembahasan

Keadaan kesehatan dikala masa pandemi Covid-19 menimbulkan beberapa perubahan psikologis terjadi seperti ketakutan, kecemasan, depresi, atau merasa tekanan mental. Kondisi tersebut tidak hanya dialami oleh masyarakat namun dialami pula oleh para tenaga kesehatan yang saat ini berada di garda terdepan melawan pandemi tersebut (Zhang, Y. 2020). Pada riset sebelumnya yang dilakukan oleh Luo et al. (2020) melaporkan akibat adanya wabah menular seperti sindrom pernafasan akut (SARS) yang mirip dengan wabah pandemi Covid-19, dimana ditemui adanya beban psikologis yang dirasakan oleh petugas kesehatan dan juga masyarakat umum seperti gangguan kecemasan, depresi, serta serangan panik.

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui prevalensi gejala kecemasan dan depresi pada Apoteker serta agar mengenali apakah terdapat faktor demografi yang mempengaruhi Kecemasan dan Depresi. Responden yang mengisi kuesioner ialah Apoteker yang bekerja di Instalasi Farmasi Rumah Sakit dari beberapa wilayah yang terdapat di Jawa Tengah dimana yang mewakili yaitu 2 Kota dan 7 Kabupaten. Responden diminta untuk mengisi kuesioner, dimana terdapat 2 jenis kuesioner yaitu SDS untuk mengukur derajat depresi, dan kuesioner SAS untuk mengukur derajat kecemasan. Sebelum dilakukan pengisian kuesioner oleh Apoteker, penelitian ini telah disetujui oleh pihak terkait. Pengambilan sampel dilakukan sejak bulan Oktober sampai dengan bulan Desember setelah jumlah sampel memenuhi syarat dari wilayah-wilayah tersebut. Kuesioner

didistribusikan melalui sosial media perwakilan dari beberapa Apoteker, bagian kepala instalasi farmasi Apoteker rumah sakit maupun staf penelitian dan perkembangan di rumah sakit.

Analisis demografi dilakukan kepada 99 Apoteker dengan karakteristik responden sebagian besar merupakan perempuan, berumur 26-35 tahun, dengan status pernikahan 74 Apoteker telah menikah, serta didominasi dari wilayah Kota Semarang. Berikutnya dilakukan analisis karakteristik responden terhadap peristiwa kecemasan dan depresi untuk mengetahui distirbusi dari Apoteker yang mengalami kecemasan dan juga depresi. Berdasarkan hasil yang telah di analisis menunjukkan kecemasan dan depresi sebagian besar terjadi pada usia 26-35 tahun. dimana hal tersebut tidak jauh berbeda dengan kejadian depresi yang di alami oleh tenaga kesehatan di Nepal, terdapat 92,7% (165 responden) yang berusia 20-40 tahun mengalami depresi (Khanal,P. et al, 2020). Riset yang pernah dilakukan menunjukkan bahwa depresi dan kecemasan meningkat seiring dengan bertambahnya usia individu tersebut, oleh sebab itu Apoteker merasa lebih menyadari tanggung jawab dan tantangan saat usianya semakin tua. Ketika perasaan tinggi cemas semakin tinggi, bisa berdampak ke kondisi fisik juga yang kurang baik dikala usia tua (Dalky & Gharaibeh, 2018).

Berdasarkan hasil analisis karakteristik menunjukkan kecemasan dan depresi ini di dominasi dengan Apoteker yang berjenis kelamin perempuan, terdapat 19 responden wanita dengan kondisi kecemasan dan 16 responden

wanita mengalami depresi. Penelitian lain juga melaporkan bahwa sebanyak 59.1% (78 responden) Apoteker perempuan mengalami kecemasan dan depresi akibat pandemi Covid-19 (Lange et al, 2020). Berdasarkan penelitian lainnya menunjukkan jika perempuan lebih rentan mengalami gangguan kecemasan dan depresi dikarenakan dirinya yang mengalami kesulitan untuk fokus pada saat bekerja, dan perempuan juga sulit mengontrol emosinya serta perempuan lebih sensitif atau perasa terhadap lingkungan sekitarnya dibandingkan laki-laki yang lebih asertif terhadap lingkungannya (Sisi et al, 2020).

Analisis karakteristik responden menunjukkan kecemasan dan depresi juga terjadi kepada seluruh responden yang sudah menikah. sebanyak 74 responden sudah menikah dengan kondisi 15 responden mengalami kecemasan dan 14 responden mengalami depresi. Seperti halnya dengan penelitian kepada petugas kesehatan di Yordania menunjukkan bahwa 57.5% (210 responden) yang sudah mengalami kecemasan, depresi, stres dan ketakutan selama pandemi Covid-19 (Alnazly et al., 2021). Bukti menunjukkan bahwasannya tenaga kesehatan yang sudah menikah banyak mengalami kecemasan dan depresi dibandingkan yang belum menikah. Hal ini dikarenakan pernikahan menghasilkan suatu keluarga yang tinggal berkelompok dalam satu rumah, secara otomatis mereka saling kontak satu sama lain. Dimana Apoteker akan kontak dengan pasien-pasien saat visit bangsal maupun saat penerimaan obat di Instalasi farmasi rumah sakit sehingga memiliki peluang yang cukup besar untuk terpapar Covid-19.

Perasaan khawatir dan cemas tentu mereka alami saat nantinya kontak dengan keluarga mereka baik suami, istri, anak, ataupun orang tua di rumah, selain itu permasalahan dalam rumah tangga dapat mempengaruhi kinerja Apoteker saat di rumah sakit (Astin et al, 2021).

Analisis karakteristik responden menunjukkan kecemasan dan depresi mayoritas terjadi kota Semarang yang memiliki angka kejadian Covid-19 tertinggi di wilayah Jawa Tengah. Sebanyak 6 responden mengalami kecemasan ringan- moderet dan 4 responden mengalami depresi ringan. Sampai dengan akhir Desember 2021 kota Semarang masih menjadi wilayah dengan kasus Covid-19 tertinggi yaitu sebanyak 30.355 Jiwa Positif (siagacorona.semarangkota.go.id). Riset lain menyatakan kesehatan mental individu yang terganggu dialami oleh individu yang berada di wilayah dengan angka kasus Covid-19 tertinggi sehingga dilakukan jarak sosial berskala besar (PSBB) dan kegiatan individu mulai dibatasi untuk menghindari melonjaknya angka kejadian Covid-19 serta naiknya tingkat kecemasan dan depresi (Nasrullah et al., 2021).

Kemudian dilakukan analisis respon kuesioner SAS (Zung Self-Rating Anxiety scale) menghasilkan nilai mean sebesar 38,03 (SD = 6,334) sehingga menunjukkan bahwa Apoteker yang bekerja di IFRS wilayah Jawa Tengah mengalami kecemasan yang cukup rendah. Dan Kemudian untuk analisis respon kuesioner SDS menghasilkan nilai mean sebesar 39,909 (SD = 7,341) sehingga menunjukkan bahwa Apoteker yang bekerja di IFRS wilayah Jawa Tengah mengalami depresi yang cukup rendah juga. Riset

yang dilakukan oleh Xing et al. (2020) menyatakan bahwa tenaga kesehatan di China menunjukkan 28,5% (88 responden) mengalami kecemasan dari total responden 309, terdapat 62 responden (20,1%) mengalami kecemasan ringan, 19 responden (6,1%) dengan kondisi kecemasan sedang dan 7 responden (2,3%) dengan kecemasan berat. Nilai mean SAS adalah $44,5 \pm 10,8$. Kemudian untuk tenaga kesehatan yang mengalami depresi cukup tinggi, Di antara 309 responden, ada 172 responden (56,0%) mengalami depresi, dengan spesifikasi 137 responden (44,3%) depresi ringan, 34 responden (11,0%) dengan kondisi depresi sedang dan 2 responden (0,6%) mengalami depresi berat. Nilai mean dari SDS yaitu $53,1 \pm 10,1$. Selain data diatas terdapat riset lain yang dilakukan di daerah China barat daya pada saat pandemi Covid-19, dimana memperoleh nilai mean \pm SD SAS yaitu $36,47 \pm 9,15$ dan mean \pm SD SDS $37,14 \pm 11,37$ dengan total jumlah responden 1593 (Lei,L et al.,2020).

Prevalensi Apoteker yang bekerja di IFRS Jawa Tengah mengalami kecemasan sebanyak 24% dan terdapat 17% dengan kondisi depresi ringan (n = 99). Sama halnya dengan Apoteker di Istanbul , hasil Interpretasi dari Beck Anxiety Inventory (BAI) melaporkan Apoteker dengan kondisi kecemasan ringan sebanyak 25,1 % dengan total reponden (n = 239). Sehingga sebagian besar Apoteker tidak menunjukkan gejala kecemasan selama pandemi Covid-19 (Kucukali et al,2021). Kemudian sebagian negara lain seperti di Mesir para tenaga kesehatan (Dokter gigi, Apoteker, dan fisioterapis) menggunakan PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) untuk

mengukur depresi. Hasilnya yaitu terdapat 18,5% mengalami depresi. Selanjutnya menggunakan GAD-7 (Generally Anxiety Disorders) untuk mengukur tingkat kecemasan. Hasilnya yaitu 40% responden mengalami kecemasan sedang dan sekitar 32% dengan kondisi kecemasan berat. Total responden pada penelitian ini yaitu sebanyak 316 responden (Aly et al.,2021).

Walaupun angka dari kecemasan dan depresi yang dialami tidak tinggi, banyak hal yang mempengaruhi hal tersebut, dimana sebagian dari Apoteker sudah terbiasa menangani pandemi ini karena sudah berjalan 1 tahun. Selain itu tingkat kecemasan yang di rasakan akan berbeda, selama individu tersebut dapat mengendalikan rasa cemas dan berpikiran positif terhadap situasi pandemi maka kecemasan tersebut dapat diatasi dengan baik (Pinggian et al.,2021). Riset lain menyatakan sumber tenaga kesehatan saat mengalami kecemasan dan depresi dapat diubah dengan pola hidup yang lebih sehat lagi dan tetap menggunakan APD (alat pelindung diri) untuk mengantisipasi adanya penularan dikala kontak dengan penderita di rumah sakit (Alnazly,E et al.,2021).

Suatu penelitian yang dilakukan oleh Nasus et al (2021), yakni pada penelitiannya kecemasan lebih banyak terjadi pada usia dewasa awal yang sebagian besar mengalami kecemasan berat. Hal ini disebabkan karena responden belum banyak memiliki pengalaman menghadapi stress sehingga mekanisme koping mereka masih perlu dibentuk dengan baik. Stressor yang dimaksud adalah pandemi COVID-

19. Menurut penelitian Sajid & Kazmi (2020), usia dewasa awal banyak yang mengalami kecemasan dikarenakan tuntutan karir, beban pekerjaan, dan kehidupan profesionalitas yang dipertaruhkan pada masa pandemi COVID-19 (Rahayu & Wiryosutomo, 2020)

Pada analisis data untuk memeriksa normalitas dengan Uji *Kolmogorov-Smirnov*, hasil dari uji tersebut diperoleh data yang tidak normal. Oleh sebab itu, data yang tidak memenuhinya syarat normalitas selanjutnya dilakukan analisis selanjutnya dengan uji *chi-square* yang dilakukan pada variabel depresi serta kecemasan terhadap faktor demografi. Berdasarkan hasil uji *chi-square*, nilai *Asymp.Sig* untuk variabel kecemasan dengan karakteristik usia, jenis kelamin dan status pernikahan dan wilayah > 0,05 sehingga dapat disimpulkan karakteristik tersebut tidak mempengaruhi kecemasan. Kemudian untuk variabel depresi dengan karakteristik jenis kelamin dengan nilai *Asymp.Sig* $0,02 < 0,05$ yang mana hasilnya ada hubungan antara jenis kelamin terhadap tingkat depresi apoteker IFRS di Jawa Tengah.

Berdasarkan penelitian terdahulu tingkat kecemasan dan depresi dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin, yang mana pada proses biologis, sosial, dan kognitif mendasari perbedaan gender yang rentan terhadap gangguan psikologis. Dimana wanita lebih emosional karena fluktuasi kadar hormon wanita bertanggung jawab atas perubahan sensitivitas (al dhaheri et al.,2021)

Hormon yang berperan pada perubahan sensitivitas wanita yaitu hormon estrogen, dimana hormon tersebut memiliki peran penting dalam memodulasi opioid endogen neurotransmisi dan respons psikofisik terkait dengan stresor nyeri pada manusia. Selain itu, hormon estrogen berperan dalam menginduksi hiperalgesia dan nyeri (Smith et al., 2006). Suatu penelitian di Jerman oleh Schubert (2020) mengatakan bahwa wanita dua sampai dengan tiga kali lebih mungkin menderita depresi dibandingkan laki-laki, hal ini karena terdapat perubahan gangguan suasana hati yang dipicu oleh hormon steroid reproduksi selama transisi yang termasuk ke dalam fase perimenarche.

Selain itu dampak dari Covid-19 lebih mempengaruhi kecemasan dan depresi pada populasi umum dimana ketika kondisi lockdown masyarakat umum merasa takut karena terkait penularan virus tersebut, kecemasan yang meluas, frustrasi akibat kehilangan pekerjaan, bosan serta kesepian (Torales et al., 2020).

Keterbatasan dari penelitian ini yaitu penilaian kecemasan dan depresi hanya dilakukan mandiri dengan kuesioner SAS dan SDS dimana sebaiknya penilaian ini dilakukan secara klinis oleh dokter ahli kejiwaan sehingga hasil yang didapatkan lebih akurat, sehingga kemungkinan tingkat kecemasan dan depresi yang dilaporkan peneliti sesuai dengan yang sedang dirasakan responden tersebut. Studi ini juga tidak menilai faktor risiko yang mempengaruhi status kesehatan mental responden. Keterbatasan lainnya dari penelitian ini adalah rendahnya respon rate (3,35% dari 2.947

responden) yang mengakibatkan sampel tersebut menjadi bias, sehingga membuat efek yang tidak akurat, walaupun peneliti telah berusaha dengan optimal dalam pendistribusian kuesioner agar mencapai target responden dan meminimalisir tingginya non response.

Rendahnya response rate dipengaruhi oleh kesibukan Apoteker di Instalasi farmasi rumah sakit serta repon dari rumah sakit yang cukup lama. Terdapat beberapa rumah sakit yang tidak memberikan kesempatan guna pengambilan data dikarenakan diak adanya MOU atau kerja sama antar rumah sakit dan UNISSULA serta proses EC (ethical clearance) yang memakan waktu cukup panjang. Dalam penelitian ini tipe-tipe rumah sakit tiap wilayah berbeda sehingga jumlah responden tiap rumah sakit juga berbeda. Kendala lain yang dihadapi peneliti yaitu jumlah sampel yang tidak merata di setiap kabupaten/kota sehingga data yang diperoleh tidak dapat digeneralisasi ke Apoteker seluruh Jawa Tengah. Kekurangan dalam penelitian ini yaitu tidak dapat dipastikan bahwa responden jujur dalam mengisi kuesioner, ataupun jawaban yang diberikan responden tidak representasi dari keadaan dan situasi yang dialami responden.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

5.1.1. Prevalensi kecemasan dan depresi yang dialami Apoteker Instalasi farmasi rumah sakit rujukan covid-19 di Jawa Tengah sebesar kecemasan ringan-sedang sebesar 24% dan depresi sedang sebesar 17%.

5.1.2. Terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan tingkat depresi sedang pada Apoteker.

5.2. Saran

5.2.1. Saran Bagi Peneliti Selanjutnya

1. Disarankan untuk melakukan penelitian yang serupa di daerah lain dengan angka kejadian Covid-19 yang tinggi dan dengan menghubungkan faktor lain yang dapat mempengaruhi kecemasan dan depresi selama pandemi COVID-19 dikalangan Apoteker IFRS
2. Kemudian disarankan juga untuk sampel diperbanyak agar meningkatkan distribusi di rumah sakit wilayah Jawa Tengah secara merata sehingga memperkuat interpretasi dari penelitian.
3. Untuk penelitian selanjutnya dapat menggunakan metode sampling lainnya serta memperluas sampel dengan strategi khusus.

5.2.2. Saran Untuk Institusi Terkait

Disarankan juga untuk memberikan dukungan, bantuan dan perhatian untuk memberikan dampak positif terhadap kesehatan mental berupa kecemasan dan depresi kepada Apoteker IFRS terkait pandemi Covid-19.





DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed, H., Allaf, M., & Elghazaly, H. (2020). COVID-19 and medical education. *The Lancet Infectious Diseases*. 1.
- Almetwazi, M., Alzoman, N., Al-Massarani, S., & Alshamsan, A. (2020). COVID-19 impact on pharmacy education in Saudi Arabia: Challenges and opportunities. *Saudi Pharmaceutical Journal* 28, 1431–1434.
- Alnazly, E. K.-B. (2021). Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *Department of Primary Care Nursing, Faculty of Nursing, Al-Ahliyya Amman University, Amman, Jordan*.
- Aprilyanti, S. (2017). Pengaruh Usia dan Masa Kerja Terhadap Produktivitas Kerja. *Jurnal Sistem dan Manajemen Industri Vol 1 No 2*, 68-72.
- Association, A. P. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder fifth edition dsm 5. Washington, DC, London, England: *American Psychiatri Association*.
- Data covid Kota Semarang. (2022, Januari). Diambil kembali dari <http://siagacorona.semarangkota.go.id>.
- Dalky, H. Et al (2018). Depression, Anxiety, and Stress Among College students. *Nursing Forum, Wiley Periodicals, Inc*.
- Dharmawati, A. (2016). Hubungan tingkat pendidikan, umur, masa kerja,dengan tingkat pengetahuan kesehatan gigi dan mulut pada guru penjaskes di kecamatan tampak siring gianyar. *jurnal kesehatan gigi*, 1-2.
- DinKes. (2021). Tanggap Covid-19 Provinsi Jawa Tengah. Dipetik Agustus 16, 2021, dari <https://corona.jatengprov.go.id/>

- Fadli,S. (2020). Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Tenaga Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan Covid-19. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*.
- Feist, J. (2012). Teori Kepribadian: Theories Of Personality. Terjemahan oleh Handrianto. Jakarta: *Salemba Humanika*.
- Ghufron, M. R. (2014). Teori-Teori Psikolog. Yogyakarta: *Ar Ruzz Media*.
- Gibson , P., Baker, E., & Milner , A. (2016). The Role of Sex, Gender, and Education On Depressive Symptoms Among Young Adults In The United States. *Journal of Affective Disorders*.
- Kaplan, H. S. (2010). Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Prilaku Psikiatri Klinis. Tangerang: *Bina putra aksara*.
- Kemkes. (2014). Undang Undang No 18 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Jiwa. Diambil kembali dari <http://binfar.kemkes.go.id/?wpdact=process&did=MjAxlmhvdGxpbms>
- Kemkes, RI. (2021, 8 April). Diambil kembali dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: <https://kemkes.go.id/>
- Khanal, P. D. (2020). Mental health impacts among health workers during covid-19 in a low resource setting: A cross-sectional survey from. *Globalization and Health*, 16, 1-12.
- Kustriyani, M. R. (2017). Hubungan Mutu Pelayanan Keperawatan dengan Kepuasan Pasien di Rumah Sakit Ruang Inap Kelas III. 210-215.
- Lange, M. B. (2020). Impact on mental health of the COVID-19 outbreak among community pharmacists during the sanitary lockdown period. *Annales Pharmaceutiques Francaises*, 459-463.
- Lei, L. H. (2020). Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by

Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Clinical research.*

Liang, Z., Kang, D., Zhang, M., Xia, Y., & Zeng, Q. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Chinese Postgraduate Students' Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 11542.

Mendagri. (2021). Instruksi Menteri Dalam Negeri Nomor 24 Tahun 2021 tentang Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat Level 4 dan Level 3 Corona Virus Disease 2019 di Wilayah Jawa dan Bali.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *KAPLAN & SADOCKS Comprehensive Textbook of Psychiatry Tenth Edition Volume One*. New York: Wolters Kluwer.

Sadock, B. S. (2010). *Ilmu Pengetahuan Prilaku Psikiatri Klinis*. Jakarta: Bina Putra Aksara.

Santoso, B. M. (2017). Development and Validity and Reliability Tests of Professionalism Assessment Instrument in Psychiatry Residents. *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia: The Indonesian Journal of Medical Education*, 6 (1).

Setyowati, A. C.-H. (2019). Development of self-report assessment tool for anxiety among adolescents: Indonesian version of the Zung self-rating anxiety scale. *Journal of Public Health in Africa*, 15-18.

Stuart, G. W. (2012). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5*. Jakarta: EGC.

Sugiyono. (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Susanto, T. T., Sutrisna, B., Adisasmita, A. C., Vinsensa, A., & Anggraini, S. M. (2020). Validity and Reliability of Indonesian Languages Version of Zung

- Self-Rating Depression Scale Questionnaire for Pulmonary Tuberculosis Patients. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, Vol.10 Issue 12,2023-202.
- Susilo A, C. M. (2020). Coronavirus Disease 2019: Tinjauan literatur terkini. *Jurnal penyakit dalam Indonesia*, 46.
- Sutejo. (2018). Keperawatan Jiwa, Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial. Yogyakarta: pustaka baru press.
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 66(4) 317–320.
- Wang, N. L. (2020). Psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers in China Xi'an central hospital. *Department of Infectious Diseases, Xi'an Central Hospital, Xi'an, Shaanxi, China*, 2-8.
- Wang, Y., Yu, D., Ye, J., & Wei, W. (2020). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China . *Psychology, Health & Medicine*, ISSN: 1354-8506.
- Xing, L. X. (2020). Anxiety and depression in frontline health care workers during the outbreak of Covid-19. *International Journal of social Psychiatry*, 1-6.
- Xu, X., Chen, P., Wang, J., Zhou, H., Li, X., Zhong, W., et al. (2020). Evolution of the novel coronavirus from the ongoing Wuhan outbreak and modeling of its spike protein for risk of human transmission. *Science China Science Life*.
- Zhang, Y. a. (2020). Impact of the Covid-19 Pandemic on mental health and quality of life among local residents in liaoning province, China: A cross-

Sectional study. *international journal of environmental research and public health*, 9-11.

Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics Official Journal of The Academy of Psychosomtic Medicin*, 36.



LAMPIRAN