



**HUBUNGAN *BURNOUT SYNDROME* DENGAN DEPRESI
TENAGA KESEHATAN PASCA MASA PANDEMI
COVID-19 DI RSD DR SOEBANDI
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh:
Haniefatul Azzizah
NIM 182010101126

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2021**



**HUBUNGAN *BURNOUT SYNDROME* DENGAN DEPRESI
TENAGA KESEHATAN PASCA MASA PANDEMI
COVID-19 DI RSD DR SOEBANDI
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Oleh:
Haniefatul Azzizah
NIM 182010101126

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2021**



**HUBUNGAN *BURNOUT SYNDROME* DENGAN DEPRESI
TENAGA KESEHATAN PASCA MASA PANDEMI
COVID-19 DI RSD DR SOEBANDI
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Pendidikan Dokter (S1) dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh:

Haniefatul Azzizah
NIM 182010101126

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER

2021

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Orang tua saya, Bapak Langgeng Sutrisno dan Ibu Rini Juharyati yang selalu memberikan semangat lahir batin, kasih sayang, bimbingan, dan doa yang selalu mengalir kepada saya;
2. Kakak-kakak saya, Ilham Harlan Amarullah, Azza Hanif Harisna, dan Hanief Minatul Illahiyah yang selalu memberikan dukungan, hiburan, dan mengingatkan saya agar cepat menyelesaikan tugas ini;
3. Guru-guru saya yang telah mendidik saya sejak taman kanak-kanak hingga perguruan tinggi;
4. Almamater saya Fakultas Kedokteran Universitas Jember; serta
5. Sahabat-sahabat saya yang selalu menemani dan menjadi penyemangat selama menjalani studi di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

MOTO

“Selalu libatkan Allah SWT dalam setiap kegiatan. Minta kemudahan dalam menuntut ilmu hanya kepada Yang Maha memiliki segala ilmu, Allah SWT” – ibu saya, Rini Juharyati



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama: Haniefatul Azzizah

NIM: 182010101126

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan *Burnout Syndrome* dengan Depresi Tenaga Kesehatan Pasca Masa Pandemi COVID-19 di RSD Dr. Soebandi Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Mei 2022
Yang menyatakan

Haniefatul Azzizah
NIM 182010101126

SKRIPSI

**HUBUNGAN *BURNOUT SYNDROME* DENGAN DEPRESI
TENAGA KESEHATAN PASCA MASA PANDEMI
COVID-19 DI RSD DR. SOEBANDI
KABUPATEN JEMBER**

Oleh
Haniefatul Azzizah
NIM 182010101126

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : dr. Ancah Caesarina Novi M., Ph.D

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Inke Kusumastuti, M. Biomed., Sp. KJ

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Hubungan *Burnout Syndrome* dengan Depresi Tenaga Kesehatan Pasca Masa Pandemi COVID-19 di RSD Dr. Soebandi Kabupaten Jember” karya Haniefatul Azzizah telah diuji dan disahkan pada :

hari, tanggal : Rabu, 25 Mei 2022

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Tim Penguji:

Ketua,

Anggota I,

dr. Alif Mardijana, Sp. KJ
NIP 195811051987022001

dr. Novan Krisno Adji, Sp. BS
NIP 198511212019031005

Anggota II,

Anggota III,

dr. Ancah Caesarina Novi M., Ph.D
NIP 198203092008122002

dr. Inke Kusumastuti, M. Biomed., Sp. KJ
NIP 198604172019032008

Mengesahkan
Dekan,

dr. Supangat, M. Kes., Ph. D., Sp. BA
NIP 197304241999031002

RINGKASAN

Hubungan *Burnout Syndrome* dengan Depresi Tenaga Kesehatan Pasca Masa Pandemi COVID-19 di RSD Dr Soebandi Kabupaten Jember; Haniefatul Azzizah, 182010101126; 2021: 84 halaman; Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Pandemi COVID-19 telah mewabah Indonesia selama kurang lebih satu setengah tahun. Jawa Timur menjadi provinsi dengan penambahan pasien COVID-19 tertinggi, dan salah satu daerah yang menyumbang angka tersebut adalah Jember. Varian Delta yang masuk Indonesia pada bulan Juni lalu memiliki tingkat penyebaran yang sangat cepat dan menyebabkan rumah sakit sempat penuh dengan pasien COVID-19. Beratnya beban tenaga kesehatan sebagai garda terdepan saat pandemi COVID-19 ini merisikokan tenaga kesehatan pada masalah kesehatan mental. Mereka berisiko terkena *burnout syndrome* dan depresi selama pandemi. Tak banyak penelitian di Indonesia yang membahas keterkaitan tentang *burnout syndrome* dan depresi terutama dalam konteks pandemi COVID-19, sehingga kemungkinan *burnout syndrome* dan depresi saling bertumpang tindih belum terpecahkan. Penelitian dilakukan untuk mengetahui hubungan *burnout syndrome* dengan depresi pada tenaga kesehatan pada masa pandemi COVID-19 di RSD Dr. Soebandi Kabupaten Jember.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif observasional dengan pendekatan *cross-sectional*, yang dilakukan di Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember pada bulan Agustus - November 2021. Responden penelitian adalah dokter atau perawat yang bekerja di RSD dr. Soebandi. Data diperoleh dari hasil pengisian kuesioner *Maslach Burnout Inventory* (MBI) untuk menilai *burnout syndrome* dan *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) untuk menilai depresi. Data yang diperoleh akan diuji menggunakan uji regresi logistik biner.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa prevalensi *burnout syndrome* pada tenaga kesehatan di RSD Dr Soebandi sebesar 81,18% untuk *burnout* derajat rendah, 16,47% untuk *burnout* derajat sedang, dan 2,35% untuk *burnout* derajat cukup. Sebanyak 20% tenaga kesehatan mengalami depresi, sedangkan 80% lainnya tidak mengalami depresi. Terdapat hubungan signifikan antara *burnout syndrome* dengan kejadian depresi pada tenaga kesehatan di RSD Dr Soebandi. ($p = 0,000$). Kelelahan emosional dan depersonalisasi merupakan dimensi *burnout* yang memiliki hubungan signifikan dengan kejadian depresi ($p = 0,004$ dan $p = 0,045$), sedangkan penurunan capaian diri tidak berhubungan signifikan. Penelitian ini turut memberikan bukti bahwa *burnout syndrome* dan depresi adalah dua hal yang saling terkait namun dapat dibedakan. Dua hal tersebut dapat berkembang bersama dalam situasi stres pekerjaan dan stres psikologis yang tinggi, sehingga *screening* kesehatan mental pada tenaga kesehatan pasca pandemi perlu dilakukan beserta pemberian terapi yang sesuai agar tidak berkembang menjadi lebih berat.

PRAKATA

Segala puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi berjudul “Hubungan *Burnout Syndrome* dengan Depresi Tenaga Kesehatan Pasca Masa Pandemi COVID-19 di RSD Dr Soebandi Kabupaten Jember”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) di Fakultas Kedokteran Universitas Jember. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Ayah Langgeng Sutrisno, Ibu Rini Juharyati, dan Kakak-kakak tercinta yang telah memberikan semangat dan doa yang tak pernah terputus untuk saya;
2. dr. Supangat, M.Kes., Ph.D., Sp.BA selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
3. dr. Angga Mardro Raharjo, Sp.P selaku Ketua Kelompok Riset *Lifestyle Medicine* 2021 yang menaungi penelitian skripsi ini;
4. dr. Ancah Caesarina Novi M., Ph.D selaku Dosen Pembimbing Utama dan dr. Inke Kusumastuti, M.Biomed., Sp.KJ selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan skripsi ini;
5. dr. Alif Mardijana, Sp. KJ selaku Dosen Penguji Utama dan dr. Novan Krisno Adji, Sp.BS selaku Dosen Penguji Anggota yang telah memberikan banyak masukan sehingga penulis dapat mewujudkan skripsi yang optimal;
6. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Semoga Allah SWT selalu melimpahkan rahmat-Nya kepada semua pihak yang telah membantu pelaksanaan dan penyelesaian skripsi ini. Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis dan masyarakat.

Jember, Mei 2022

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	ii
HALAMAN JUDUL	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vii
HALAMAN PENGESAHAN	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Manfaat Teoretis.....	4
1.4.2 Manfaat Aplikatif.....	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)	5
2.1.1 Pengertian.....	5

2.1.2	Epidemiologi	5
2.1.3	Transmisi.....	6
2.1.4	Manifestasi Klinis.....	6
2.1.5	Dampak Pandemi COVID-19 Pada Kesehatan Mental	7
2.2	Depresi.....	8
2.2.1	Pengertian Depresi.....	8
2.2.2	Epidemiologi Depresi	9
2.2.3	Etiologi Depresi.....	9
2.2.4	Diagnosis Depresi.....	10
2.2.5	Pengukuran Depresi.....	11
2.2.6	Tatalaksana Depresi.....	12
2.2.7	Faktor-faktor yang mempengaruhi depresi	13
2.3	<i>Burnout Syndrome</i>	14
2.3.1	Pengertian <i>Burnout Syndrome</i>	14
2.3.2	Teori <i>Burnout Syndrome</i>	15
2.3.3	Epidemiologi <i>Burnout Syndrome</i>	16
2.3.4	Gejala <i>Burnout Syndrome</i>	16
2.3.5	Pengukuran <i>Burnout Syndrome</i>	17
2.3.6	Faktor-faktor yang mempengaruhi <i>Burnout Syndrome</i>	18
2.4	Kerangka Teori	20
2.5	Kerangka Konseptual Penelitian.....	21
2.6	Hipotesis Penelitian.....	22
BAB 3.	METODE PENELITIAN.....	23
3.1	Jenis dan Rancangan Penelitian.....	23
3.2	Waktu dan Tempat Penelitian.....	23
3.2.1	Waktu Penelitian	23
3.2.2	Tempat Penelitian	23
3.3	Populasi dan Besar Sampel Penelitian	23
3.3.1	Populasi.....	23

3.3.2	Sampel	23
3.3.3	Besar Sampel.....	24
3.3.4	Teknik Pengambilan Sampel.....	24
3.4	Jenis dan Sumber Data.....	24
3.5	Variabel Penelitian.....	25
3.5.1	Variabel bebas	25
3.5.2	Variabel terikat	25
3.6	Definisi Operasional Variabel	25
3.7	Instrumen Penelitian.....	26
3.8	Prosedur Penelitian	26
3.8.1	Etika Penelitian	26
3.8.2	Perizinan Penelitian Rumah Sakit	26
3.8.3	Pengumpulan Data	26
3.8.4	Pengolahan Data	27
3.9	Teknik Penyajian dan Analisis Data	27
3.10	Alur Penelitian	28
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	29
4.1	Hasil Penelitian	29
4.1.1	Karakteristik Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi	29
4.1.2	Karakteristik <i>Burnout Syndrome</i> di RSD Dr Soebandi	31
4.1.3	Karakteristik Dimensi <i>Burnout Syndrome</i> Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi	31
4.1.4	Karakteristik Tingkat Depresi Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi.....	32
4.1.5	Hubungan <i>Burnout Syndrome</i> dengan Depresi Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi	33
4.2	Pembahasan	36
4.2.1	Karakteristik Umum Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi ...	36

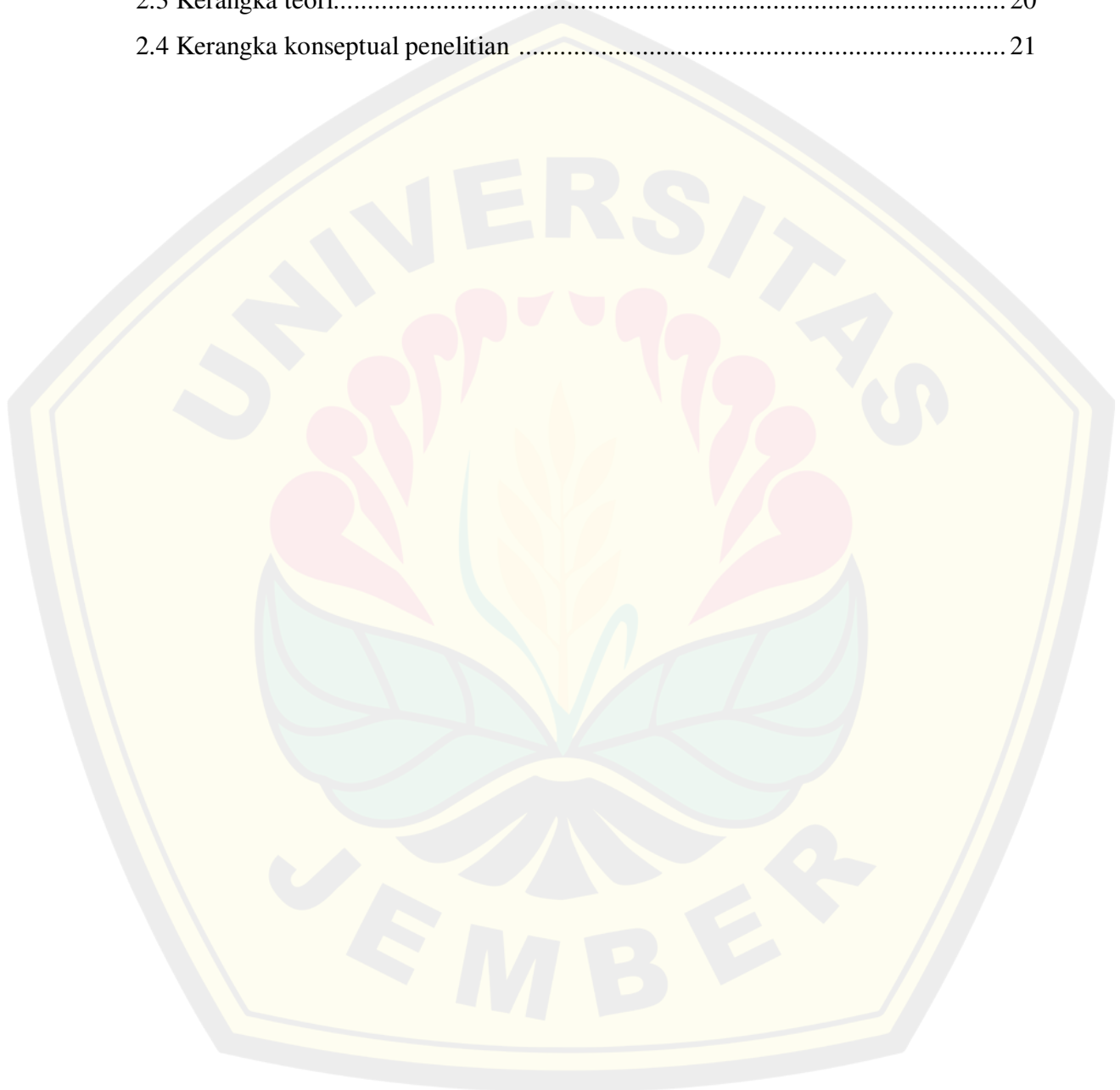
4.2.2	Hubungan <i>Burnout Syndrome</i> dengan Depresi Pada Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi	39
4.2.3	Hubungan Dimensi Kelelahan Emosional dengan Depresi Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi	41
4.2.4	Hubungan Dimensi Depersonalisasi dengan Depresi Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi	42
4.2.5	Hubungan Dimensi Penurunan Capaian Diri dengan Depresi Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi	43
4.3	Keterbatasan Penelitian.....	43
BAB 5.	KESIMPULAN DAN SARAN.....	45
5.1	Kesimpulan	45
5.2	Saran	45
DAFTAR PUSTAKA.....		47
LAMPIRAN		54

DAFTAR TABEL

	Halaman
4.1 Karakteristik tenaga kesehatan di RSD Dr Soebandi.....	30
4.2 Distribusi karakteristik <i>burnout syndrome</i> di RSD Dr Soebandi	31
4.3 Derajat <i>burnout syndrome</i> pada tiap dimensi	32
4.4 Distribusi karakteristik tingkat depresi di RSD Dr Soebandi.....	32
4.5 Tabulasi silang <i>burnout syndrome</i> dan depresi	33
4.6 Uji <i>Hosmer and Lemeshow</i>	33
4.7 <i>Iteration History</i>	34
4.8 <i>Model Summary</i>	34
4.9 Uji Hubungan <i>burnout syndrome</i> dengan depresi	35
4.10 Uji parsial pada tiap dimensi <i>burnout syndrome</i>	35
4.11 Odds Ratio Variabel Signifikan.....	36

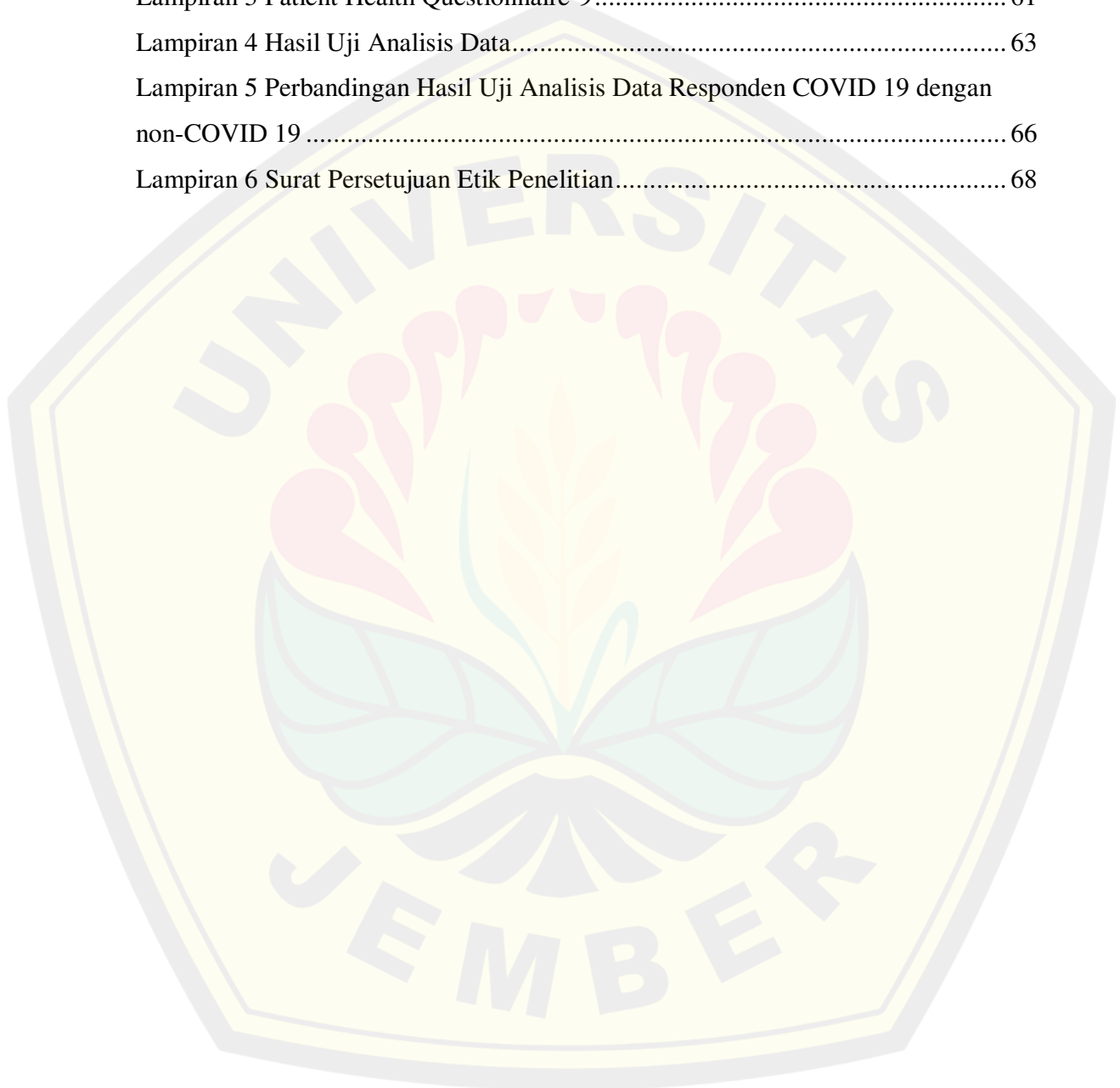
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Tatalaksana depresi	13
2.2 Ketidakseimbangan usaha dan hasil <i>burnout syndrome</i>	19
2.3 Kerangka teori.....	20
2.4 Kerangka konseptual penelitian	21



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 <i>Informed consent</i>	55
Lampiran 2 Maslach Burnout Inventory	58
Lampiran 3 Patient Health Questionnaire-9.....	61
Lampiran 4 Hasil Uji Analisis Data.....	63
Lampiran 5 Perbandingan Hasil Uji Analisis Data Responden COVID 19 dengan non-COVID 19	66
Lampiran 6 Surat Persetujuan Etik Penelitian.....	68



BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pandemi COVID-19 telah mewabah selama lebih dari satu setengah tahun. Dalam kurun waktu tersebut tenaga kesehatan bekerja lebih keras dalam merawat masyarakat yang terpapar COVID-19. Terhitung dari tanggal 30 November 2021 jumlah total kasus COVID-19 di Indonesia mencapai 4.256.409 kasus dengan kasus kematian berjumlah 143.830 kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Jawa Timur menjadi wilayah dengan peningkatan pasien COVID-19 tertinggi kedua dan menjadi provinsi urutan kedua terbanyak dalam jumlah kasus kematian akibat COVID-19 (Satgas COVID-19, 2021). Per tanggal 30 November 2021 di provinsi Jawa Timur, jumlah kasus COVID-19 adalah 399.405 kasus dengan kasus kematian sebanyak 29.701 kasus. Salah satu yang menyumbang angka tersebut adalah Kabupaten Jember. Per tanggal 30 November 2021, total kasus COVID-19 di Kabupaten Jember yaitu 16.209 kasus dengan total 1.453 kasus meninggal dunia (Satgas COVID-19, 2021).

Selain jumlah kasus yang tinggi, varian Delta yang masuk Indonesia pada bulan Juni lalu memiliki tingkat penyebaran yang sangat cepat dan menyebabkan gelombang kedua COVID-19 di Indonesia. Gejala yang ditimbulkan juga bervariasi dan tinggi risikonya mengalami gejala berat, menyebabkan rumah sakit sempat penuh dengan pasien COVID-19. Pasien harus saling menunggu bahkan berebut mendapatkan oksigen dan *bed* rumah sakit (BBC Indonesia, 2021).

Kekhawatiran tak hanya dirasakan keluarga pasien tetapi juga tenaga kesehatan. Di tengah kondisi tenaga kesehatan di mana mereka setiap hari mendengar kabar duka, mengkhawatirkan keluarga dan kerabat, rasa tidak nyaman menggunakan APD sepanjang hari, dan kelelahan fisik karena banyaknya pasien, mereka harus mampu mencapai tuntutan pelayanan kesehatan yang maksimal. Beratnya beban tenaga kesehatan untuk menjadi garda terdepan saat pandemi COVID-19 ini cukup mengguncang kesehatan mereka, baik fisik maupun mental (Lai dkk., 2020).

Peningkatan jumlah pasien positif COVID-19 yang tinggi, beban kerja yang melebihi kapasitas, alat pelindung diri yang semakin menipis, berita di media yang meluas, sulitnya mendapatkan obat-obatan tertentu, dan dukungan yang kurang memadai, dapat berkontribusi dalam beban mental tenaga kesehatan. Dokter dan perawat di rumah sakit, khususnya, selalu dihadapkan dalam situasi mencekam tetapi dituntut untuk sigap dalam mengambil keputusan. Kesehatan mental tenaga kesehatan seringkali terabaikan karena adanya anggapan bahwa sudah seharusnya tenaga kesehatan mampu bekerja di segala situasi. Banyak yang melupakan bahwa kesehatan mental yang baik adalah hak setiap manusia (Lai dkk., 2020)

Pada penelitian di China mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan mental tenaga kesehatan pada masa pandemi COVID-19, dari 1257 responden di 34 rumah sakit, sebesar 50,4% mengalami gejala depresi, 44,6% mengalami gejala kecemasan, dan 34,0% menderita insomnia (Lai dkk., 2020). Hasil tinjauan sistematis mengenai prevalensi depresi juga menunjukkan bahwa tenaga kesehatan mengalami depresi ringan sekitar 24-60% dan depresi sedang-berat 16-18% (Pappa dkk., 2020). Sebagian besar depresi tenaga kesehatan ini disebabkan karena pola kerja yang semakin sibuk dan padat, risiko tinggi yang ditanggung setiap saat, dan juga pekerjaan yang menguras tenaga serta pikiran mereka. Tenaga kesehatan juga berisiko mengalami *burnout syndrome*. Berdasarkan studi *cross-sectional* pada masa pandemi COVID-19, sebesar 53,0% tenaga kesehatan pernah mengalami *burnout syndrome* (Jalili dkk., 2021). Bekerja lebih dari 8 jam per hari selama pandemi seiring dengan banyaknya jumlah pasien berkontribusi dalam kejadian *burnout syndrome* pada tenaga kesehatan (Elghazally dkk., 2021).

Sekilas, orang yang mengalami *burnout syndrome* terlihat dan bertindak seolah-olah sedang depresi. Terlepas dari miripnya *burnout* dan depresi, *burnout syndrome* tidak dijelaskan dalam DSM-V dan masih belum disebutkan kriteria untuk mengidentifikannya. *Burnout syndrome* sering dikaitkan dengan stres akibat pekerjaan dan situasi tertentu sehingga secara khusus berkaitan dengan lingkungan

kerja seseorang, sementara depresi dapat timbul tanpa memandang keadaan lingkungan (Wurm dkk., 2016).

Tak banyak penelitian di Indonesia yang membahas keterkaitan tentang depresi dan *burnout*, sehingga kemungkinan depresi dan *burnout syndrome* saling bertumpang tindih belum terpecahkan. Tingginya angka kejadian depresi dan *burnout syndrome* pada tenaga kesehatan di masa pandemi COVID-19 belum pernah diteliti korelasinya, oleh karena itu, penelitian ini dilakukan. Penelitian ini akan dilaksanakan di Rumah Sakit Daerah Dr Soebandi sebagai salah satu rumah sakit tipe B yang menjadi 44 rumah sakit awal rujukan COVID-19 sejak awal 2020. Rumah sakit ini juga menjadi rumah sakit rujukan di wilayah Timur provinsi Jawa Timur sehingga beban kerja yang dirasakan tenaga kesehatan bisa jadi lebih besar dari rumah sakit sekitarnya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah penelitian ini yaitu apakah terdapat hubungan antara *burnout syndrome* dan depresi pada tenaga kesehatan pasca masa pandemi COVID-19 di RSD Dr. Soebandi Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan *burnout syndrome* dan depresi pada tenaga kesehatan pasca masa pandemi COVID-19 di RSD Dr. Soebandi Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tingkat keparahan depresi pada tenaga kesehatan pasca masa pandemi COVID-19 di RSD Dr. Soebandi Kabupaten Jember.
2. Mengidentifikasi prevalensi *burnout syndrome* pada tenaga kesehatan pasca masa pandemi COVID-19 di RSD Dr. Soebandi Kabupaten Jember.

3. Menganalisis karakteristik hubungan antara *burnout syndrome* dan depresi pada tenaga kesehatan pasca masa pandemi COVID-19 di RSD Dr. Soebandi Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoretis

Penelitian ini dapat memberikan data prevalensi depresi dan prevalensi *burnout syndrome* pasca masa pandemi COVID-19 di RSD Dr. Soebandi Kabupaten Jember, serta bagaimana keduanya dapat saling berhubungan.

1.4.2 Manfaat Aplikatif

Analisis hubungan antara *burnout syndrome* dan depresi pada tenaga kesehatan di masa pandemi COVID-19 ini dapat digunakan untuk membantu ketepatan diagnosis dan penanganan yang sesuai.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

2.1.1 Pengertian

Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) merupakan virus baru yang menyebabkan penyakit infeksi pernapasan menular yang dikenal sebagai Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Penyakit ini mulanya disebut sebagai 2019 novel coronavirus (2019-nCoV), hingga pada tanggal 11 Februari 2020 WHO mengganti nama baru menjadi Coronavirus Disease (COVID-19). Virus SARS-CoV-2 termasuk dalam keluarga Coronavirus yang baru teridentifikasi pada tahun 2019. Penderita COVID-19 dapat mengalami gejala berat seperti pada *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS) dan *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS), sehingga memerlukan perawatan khusus untuk dapat sembuh. Penyakit ini pada sebagian besar kasus hanya menimbulkan gejala flu seperti biasa dan dapat sembuh dengan pengobatan simptomatik (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

2.1.2 Epidemiologi

COVID-19 merupakan penyakit baru yang diawali dengan kemunculan kasus-kasus pneumonia dengan etiologi yang tidak diketahui di Wuhan, Cina pada Desember akhir tahun 2019 (Zhou dkk., 2020). Tanggal 30 Januari 2020, WHO menginformasikan sebagai Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKMMD)/ *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC). Wabah ini berlanjut hingga ke negara tetangga hingga akhirnya WHO mengumumkan wabah ini menjadi pandemi di tanggal 11 Maret 2020. Kasus pertama di Indonesia diumumkan pada tanggal 2 Maret 2020 yaitu terdapat dua kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Dilansir oleh penelitian CDC China, kasus COVID-19 lebih banyak terjadi pada pria (51,4%), dalam rentang usia 30-79 tahun dan paling sedikit kasus pada usia <10 tahun (1%). Gejala yang ditimbulkan juga beragam. Sebanyak 81% tergolong

ringan, 14% lainnya parah, dan sekitar 5% kritis (Wu dan Jennifer, 2020). Risiko untuk timbul gejala yang lebih parah meningkat pada golongan usia lanjut atau memiliki penyakit bawaan. *Case Fatality Rate* (CFR) meningkat sangat jauh pada usia >80 tahun yakni sekitar 14,8% dibanding CFR total hanya 2,3%. Penyakit bawaan yang juga mempengaruhi tingkat kematian antara lain adalah penyakit jantung dan pembuluh darah, penyakit pernapasan kronis, diabetes, hipertensi, dan kanker (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

2.1.3 Transmisi

COVID-19 dapat menular melalui droplet seseorang yang terinfeksi. Studi lain menunjukkan COVID-19 ini juga terdapat pada aerosol yang dihasilkan dari prosedur seperti penggunaan nebulizer, bronkoskopi, *suction* terbuka, intubasi endotrakeal, serta ventilasi, selama setidaknya 3 jam. Penularan *droplet* terjadi saat berada dalam jarak 1 meter dari orang yang terinfeksi COVID-19 dan lebih mudah menular ketika orang tersebut batuk atau bersin. Penularan memungkinkan terjadi pada permukaan benda yang terkontaminasi *droplet*, sehingga bila menyentuh mukosa mulut atau hidung maupun konjungtiva mata, virus dalam *droplet* akan masuk ke tubuh (Susilo dkk., 2020).

COVID-19 memiliki masa inkubasi rentang 1 hingga 14 hari, dengan rata-rata 5-6 hari. Risiko penularan tertinggi yakni berada pada fase awal infeksi penyakit disebabkan jumlah virus pada sekret yang tinggi. Seseorang yang terinfeksi COVID-19 dapat menularkan pada 48 jam awal sebelum onset gejala (presimptomatik) hingga 14 hari dari onset gejala (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Penelitian menunjukkan infeksi COVID-19 pada bayi baru lahir, namun bukti adanya penularan dari ibu hamil ke bayi belum ada. Transmisi SARS-CoV-2 masih membutuhkan penelitian lebih lanjut (Chen dkk., 2020).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Gejala yang ditimbulkan dari infeksi COVID-19 sangat beragam, mulai dari tanpa gejala (asimptomatik), gejala ringan, pneumonia, pneumonia berat, ARDS, sepsis, hingga syok sepsis. Sukmana & Yuniarti (2020) menyatakan gejala khas pada

penderita COVID-19 yang paling umum antara lain demam $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (87,9%), batuk kering (67,7%), dan kelelahan (38,1). Gejala tersebut dapat disertai gejala ringan lainnya seperti produksi dahak (33,4%), sesak napas (18,6%), sakit tenggorokan (13,9%), sakit kepala (13,6%), mialgia atau arthralgia (14,8%), menggigil (11,4%), mual dan muntah (5,0%), hidung tersumbat (4,8%), diare (3,7%), hemoptysis (0,9%), kongesti konjungtiva (0,8%), serta anosmia, ruam kulit pada jari dan kaki. Gejala berat pada infeksi COVID-19 antara lain sesak napas (18,6%), frekuensi napas lebih dari 30x per menit, hipoksemia, dan $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 50% dalam 24-48 jam (Sukmana dan Yuniarti, 2020).

2.1.5 Dampak Pandemi COVID-19 Pada Kesehatan Mental

Situasi pandemi COVID-19 telah memicu perdebatan serius tentang peningkatan layanan kesehatan mental. Berkaca pada wabah yang pernah terjadi di Singapura pada tahun 2003, pada saat itu studi menunjukkan bahwa 27% tenaga kesehatan memiliki gejala gangguan kesehatan mental (Ridlo, 2020). Gangguan stres pasca trauma terjadi setelah adanya wabah di Korea pada tahun 2015, yang dialami oleh tenaga kesehatan yang bertugas dalam penanganan wabah MERS (Kim dkk., 2019). Hal yang sama juga terjadi selama wabah Ebola di Sierra Leone pada tahun 2014 dan di Republik Demokratik Kongo pada tahun 2018, di mana terdapat laporan tingkat kecemasan yang tinggi dan dampak stigma pada petugas yang berkontak langsung dengan pasien (Cohn dan Kutalek, 2016; Park dkk., 2018).

Kebijakan kesehatan mental di Indonesia belum dapat merepresentasikan masalah kesehatan mental yang ada karena kurangnya data penunjang yang adekuat. Berdasarkan hasil survei swaperiksa daring oleh Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI), didapatkan 65% responden mengalami kecemasan dan 62% mengalami depresi akibat pandemi COVID-19. Selain itu, data menunjukkan bahwa sebesar 75% responden mengalami tanda-tanda stres pasca trauma lantaran pernah melewati atau menyaksikan peristiwa tidak menyenangkan terkait COVID-19 (Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia, 2020a). Data lain dari 4010 responden yang mengisi kuesioner swaperiksa PDSKJI

menunjukkan bahwa sekitar 1725 responden mengalami depresi (62%) dan 44% dari mereka berpikir untuk melukai diri sendiri atau merasa lebih baik mati (Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia, 2020b).

Risiko gangguan kesehatan mental lebih tinggi pada tenaga medis, yang menjadi garda depan pandemi COVID-19. Penelitian observasional *cross-sectional* di Italia pada 1.379 tenaga kesehatan menunjukkan bahwa sebanyak 49,38% mengalami gejala *Post Traumatic Stres Disorder* (PTSD), 24,73% mengalami depresi berat, 19,80% mengalami kegelisahan, 8,27% susah tidur, dan 21,90% merasakan stres yang tinggi. Sebagian besar tenaga kesehatan yang terlibat dalam pandemi COVID-19, terutama wanita muda dan tenaga kesehatan garda depan, memiliki masalah kesehatan mental (Rossi dkk., 2020). Studi di China pada 2.182 tenaga kesehatan menunjukkan prevalensi insomnia sebesar 38,4%, kecemasan 13%, depresi 12,2%, somatisasi 1,6%, dan gejala obsesif-kompulsif 5,3% (W. Cai dkk., 2020). Faktor yang mempengaruhi tenaga kesehatan mengalami tekanan psikologis adalah karena faktor pekerjaan dengan tanggung jawab tinggi dan beban yang bertambah selama pandemi COVID-19. Bekerja di ruang isolasi, kekhawatiran akan terinfeksi, kekurangan alat pelindung diri (APD), pandemi yang belum terkendali, frustrasi karena hasil yang tidak memuaskan pada pekerjaan, serta perasaan kesepian karena terisolasi berkontribusi dalam kesehatan mental tenaga kesehatan. Risiko tenaga kesehatan terinfeksi karena berkontak langsung dengan pasien positif COVID-19 dan pasien yang menyembunyikan riwayat medis. Di sisi lain, tenaga kesehatan merasa takut akan menularkan ke anggota keluarganya dan merasa tidak mampu menangani pasien yang kritis sehingga sering merasa frustrasi (Novita dan Susanto, 2020).

2.2 Depresi

2.2.1 Pengertian Depresi

Depresi adalah salah satu gangguan psikiatri yang termasuk dalam kategori gangguan afek atau *mood*. Depresi ditunjukkan dengan hilangnya minat dan kegembiraan (anhedonia), serta mudah lelah dan penurunan aktivitas yang nyata,

yang bukan sekadar perasaan murung atau sedih selama beberapa hari, namun yang terjadi selama sekurang-kurangnya dua minggu. Gangguan ini mempengaruhi cara berpikir, cara merasakan, dan juga berpengaruh pada aktivitas sehari-hari seperti pola tidur, pola makan, dan pekerjaan, bahkan dalam kondisi yang berat depresi dapat menyebabkan seseorang ingin mengakhiri hidupnya (National Institute of Mental Health, 2018). Gejala depresi ini bila berlangsung dalam waktu yang lama, maka orang tersebut terkesan sebagai orang yang pemalas, murung, dan anti sosial karena menarik diri dari lingkungan dan kehilangan minat di aspek kehidupan (Sulistiyorini dan Sabarisman, 2017).

2.2.2 Epidemiologi Depresi

Depresi merupakan salah satu gangguan mental yang banyak terjadi di berbagai penjuru dunia. Persentase depresi pada populasi global di tahun 2015 adalah sekitar 4.4% dan pada tahun 2021 diperkirakan sekitar 3.8%, di mana sekitar 5.0% pada kelompok dewasa dan 5.7% pada kelompok dewasa tua (WHO, 2017). Depresi umumnya lebih banyak terjadi pada perempuan (5.1%) daripada laki-laki (3.6%) (WHO, 2021). Prevalensi depresi tertinggi pada usia dewasa tua yaitu lebih dari 7.5% untuk perempuan usia 55-74 tahun dan di atas 5.5% untuk laki-laki (WHO, 2017).

Penelitian mengenai depresi pada tenaga kesehatan mulai banyak dilakukan setelah pandemi COVID-19 melanda seluruh dunia. Sebuah tinjauan sistematis prevalensi depresi tenaga kesehatan pada masa pandemi COVID-19 menunjukkan bahwa estimasi depresi sedang yang terjadi pada tenaga kesehatan adalah 21,7% dari tinjauan 55 studi (Li dkk., 2021). Studi *cross-sectional* pada masa pandemi COVID-19 di India menunjukkan hasil serupa di mana pada 350 responden tenaga kesehatan, sebanyak 11,4% dari mereka mengalami depresi yang membutuhkan penanganan. Prevalensi stres, depresi dan kecemasan sebanding dengan hasil studi di setiap negara (Wilson dkk., 2020).

2.2.3 Etiologi Depresi

Depresi merupakan gangguan yang multifaktorial, dengan beragam faktor risiko yang saling berinteraksi, meliputi aspek bawaan pasien, genetik, pengasuhan

pada masa awal kehidupan, dan kepribadian. Studi menunjukkan bahwa anak kembar dapat mewariskan depresi sebesar 40-50%. Meskipun begitu, pengaruh genetik ini kadang kala hanya dapat bermanifestasi pada suatu kondisi tertentu, yaitu ketika terdapat interaksi antara gen dengan lingkungan (Marwick dan Birrell, 2013). Selain itu, riwayat depresi pada keluarga berasosiasi dengan episode depresi yang lebih lama, tingginya risiko kejadian berulang, dan adanya pikiran untuk mengakhiri hidup (McCarron dkk., 2009).

Peristiwa atau pengalaman buruk pada masa kecil seperti kekerasan fisik pada anak, perceraian, penelantaran, dan kekerasan seksual juga berkontribusi dalam kerentanan mengalami depresi. Seseorang yang memiliki ciri kepribadian neurotisisme (cemas, moody, pemalu, mudah stres), maka sangat memungkinkan dalam proses kehidupannya mengalami peristiwa hidup yang merugikan. Kondisi demikian telah ditemukan secara konsisten dapat meningkatkan risiko depresi unipolar (Marwick dan Birrell, 2013).

Pengalaman hidup yang merugikan atau menyedihkan adalah hal yang sering terjadi di sekitar permulaan episode depresi, terutama kejadian seperti kehilangan, rusaknya hubungan, atau sudah tidak berguna lagi seperti semula. Stres kronik atau stres yang berkepanjangan baik dari lingkungan keluarga maupun lingkungan pekerjaan, dapat menimbulkan efek psikologis dan fisiologis yang dapat membuat seseorang rentan terhadap depresi, serta mengurangi kemampuan mengatasi masalah kehidupannya (Marwick dan Birrell, 2013).

2.2.4 Diagnosis Depresi

Diagnosis dan penanganan yang lebih awal pada kasus depresi dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang dan mengoptimalkan pengobatan. Dalam penegakan diagnosis depresi, penggolongannya dilihat dari gejala klinis yang muncul (Maslim, 2013). Gejala klinis depresi dapat dikategorikan menjadi gejala utama, gejala lain, dan gejala somatik. Di bawah ini adalah penggolongan diagnosis depresi berdasarkan Panduan Penggolongan serta Diagnosis Gangguan Jiwa III.

- a. Gejala utama
 - Afek depresif
 - Hilangnya minat serta kegembiraan
 - Kekurangan energi dan merasa mudah lelah sehingga aktivitas menurun
- b. Gejala lainnya
 - Berkurangnya konsentrasi serta perhatian
 - Berkurangnya harga diri dan agama
 - Merasa bersalah dan tidak berguna
 - Merasa masa depan suram dan pesimistis
 - Ide melukai diri dan bunuh diri
 - Gangguan tidur
 - Gangguan nafsu makan
- c. Gejala somatik
 - Kehilangan kesenangan dan minat dalam suatu kegiatan yang biasa dinikmati
 - Tidak bereaksi dalam lingkungan atau suatu hal yang terjadi
 - Bangun 2 jam lebih awal dari biasanya
 - Gejala lebih parah pada pagi hari
 - Penurunan berat badan
 - Kehilangan libido

Gejala tersebut digunakan untuk menegakkan diagnosis depresi, baik depresi ringan, sedang, maupun berat.

2.2.5 Pengukuran Depresi

Terdapat beberapa instrumen penunjang yang dapat digunakan untuk mengukur depresi, di antaranya adalah sebagai berikut:

a. *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9)

PHQ-9 adalah alat ukur untuk skrining depresi yang didasarkan langsung pada kriteria diagnostik gangguan depresi dalam *Diagnostic and Statistic Manual Fourth Edition* (DSM-IV). PHQ-9 memiliki 9 pertanyaan sehingga dapat dikerjakan dalam

waktu yang singkat (Kusuma dkk., 2018). Interpretasi dari kuesioner ini adalah skor 1-4 termasuk depresi minimal, 5-9 termasuk depresi ringan, 10-14 termasuk depresi sedang, 15-19 termasuk depresi sedang-berat, dan 20-27 termasuk depresi berat (APA, 2005).

b. *Beck Depression Inventory–II* (BDI – II)

BDI-II merupakan revisi dari alat ukur depresi *Beck Depression Inventory* (BDI) sebelumnya (Basundhary dan Priyatama, 2016). Alat ukur ini dikembangkan oleh Beck pada tahun 1996 dan memiliki 21 pernyataan untuk menilai tingkat keparahan, tanda-tanda, dan gejala depresi. Pernyataan dalam BDI-II menggambarkan gejala psikologis, penyesalan, pesimisme, serta suasana hati, serta juga menilai gejala fisik, gangguan makan, dan gangguan tidur. Setiap pernyataan memiliki skor 0-3 yang menunjukkan intensitas gejala (Pristinella dan Vienlentina, 2018). Semakin tinggi skor maka semakin tinggi pula depresi pada individu tersebut dan begitu pula sebaliknya (Basundhary dan Priyatama, 2016).

c. *Self Reporting Questionnaire* (SRQ)

SRQ merupakan kuesioner yang dikembangkan WHO untuk skrining gangguan psikiatri dan kebutuhan instrumen penelitian. SRQ telah banyak digunakan di berbagai negara berkembang. Kuesioner ini juga cocok digunakan di negara padat penduduk dengan beragam tingkat sosial ekonomi. SRQ memiliki 20 butir pertanyaan dengan setiap pertanyaan dijawab dengan jawaban “ya” atau “tidak”, sehingga kuesioner ini merupakan salah satu kuesioner yang mudah. Individu yang menjawab “ya” mendapat skor 1 dan yang “tidak” mendapat skor 0, apabila skor ≥ 6 maka dapat diindikasikan sebagai gangguan psikologis (Triwahyuni dan Prasetyo, 2021).

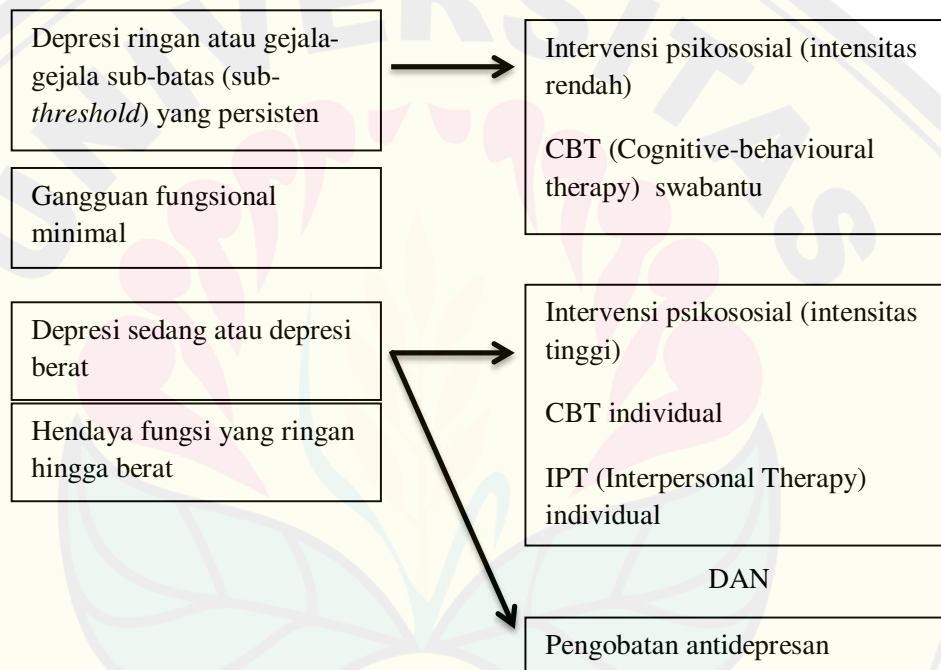
2.2.6 Tatalaksana Depresi

Prinsip umum penanganan depresi adalah mengurangi gejala depresi, meningkatkan kemampuan menjalankan aktivitas sehari-hari dan kualitas hidup, menghilangkan pemikiran ingin mengakhiri hidup, meminimalisir efek samping pengobatan, dan mencegah episode depresi berulang. Medikasi dan terapi psikologis merupakan penanganan yang paling sering diberikan dan mampu memberikan hasil

yang optimal (McCarron dkk., 2009). Sebagian besar pasien dengan depresi mendapatkan pengobatan rawat jalan. Kunjungan rawat jalan dapat membantu bagi pasien-pasien dengan gangguan kronis, terutama apabila pasien kekurangan motivasi atau dukungan orang sekitar. Admisi rawat inap disarankan saat pasien mengalami gejala sebagai berikut (Marwick dan Birrell, 2013):

- a. Halusinasi, waham dan gejala psikotik lainnya yang membahayakan.
- b. Keinginan untuk bunuh diri yang nyata, terutama bila telah mencoba untuk mengakhiri hidup atau potensi tinggi untuk mengakhiri hidup.
- c. Kurangnya motivasi yang mengakibatkan pengabaian diri yang ekstrim.

Skema tatalaksana depresi (Marwick dan Birrell, 2013):



Gambar 2.1 (Marwick dan Birrell, 2013)

2.2.7 Faktor-faktor yang mempengaruhi Depresi

a. Usia

Onset gejala pada gangguan depresi berat rata-rata muncul pada usia 40 tahun. Sebagian besar (50%) pasien depresi mulai menampakkan gejala depresi antara usia 20-50 tahun (Marsasina, 2016).

b. Jenis kelamin

Kejadian depresi lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan dengan laki-laki, terlepas dari negara atau kultur yang dimiliki. Prevalensi gangguan depresi berat pada wanita dua kali lebih besar daripada laki-laki. Penyebab yang memungkinkan adalah karena rendahnya kesehatan maternal. Selain itu laki-laki lebih mampu untuk menerima stresor yang didapat dari lingkungan keluarga maupun pekerjaan (Marsasina, 2016). Penelitian menunjukkan hasil yang sama yaitu perawat wanita memiliki gejala depresi lebih berat dengan gejala paling banyak ditemukan adalah insomnia, serta sekitar 70% dari mereka mengalami tekanan psikologis (Rejo dkk., 2020).

c. Pendidikan

Hubungan yang signifikan ditemukan antara tingkat pendidikan dan depresi pada usia dewasa-muda, di mana tingkat pendidikan ini ada kaitannya dengan kesehatan fisik yang baik (Marsasina, 2016).

d. Status pernikahan

Hubungan interpersonal yang erat atau perceraian membawa faktor risiko pada kejadian depresi. Pada sebagian besar kasus, depresi berat terjadi pada orang yang tidak memiliki hubungan interpersonal atau telah berpisah dengan pasangannya (Marsasina, 2016). Penelitian menunjukkan bahwa menikah dan memiliki anak berkaitan dengan skor depresi yang lebih rendah (Rejo dkk., 2020).

2.3 *Burnout Syndrome*

2.3.1 Pengertian *Burnout Syndrome*

Burnout syndrome merupakan suatu sindrom kelelahan yang berhubungan dengan stres pekerjaan (Hazarika dkk., 2020). Pertama kali dijelaskan pada tahun 1970, *burnout syndrome* (BOS) adalah kumpulan gejala yang berhubungan dengan pekerjaan yang biasanya terjadi pada individu tanpa riwayat gangguan psikologis atau psikiatrik sebelumnya. BOS dipicu oleh ketidaksesuaian antara harapan dan cita-cita pekerja dengan persyaratan aktual dari posisi mereka (American Thoracic Society, 2016). Maslach dkk. Pada tahun 1981 menyebutkan konseptualisasi BOS sebagai penyakit multidimensional yang meliputi kelelahan emosional, depersonalisasi, dan penurunan capaian diri yang berhubungan dengan pekerjaan. BOS terjadi pada kondisi seseorang yang tidak dapat secara adekuat menangani kondisi stres terkait pekerjaan, dan kurangnya strategi koping pada kondisi tersebut (Alvares dkk., 2020).

2.3.2 Teori *Burnout Syndrome*

a. Freudenberger (1974)

Freudenberger menyatakan bahwa *burnout* adalah kondisi timbulnya perasaan gagal dan lelah akibat tuntutan yang berlebihan atas energi, sumber daya pribadi, atau kekuatan spiritual pekerja (Ayala-calvo, 2013). *Burnout* ditandai dengan gejala fisik seperti kelelahan, lemah, sering merasakan sakit kepala dan gangguan pencernaan, susah tidur, dan nafas terasa pendek. Tanda perilaku BOS termasuk frustrasi, mudah marah, rasa tidak percaya diri atau percaya diri berlebihan, dan tanda-tanda depresi. Freudenberger juga menyatakan bahwa orang-orang yang berisiko *burnout* adalah mereka yang berdedikasi dan berkomitmen (Heinemann dan Heinemann, 2017).

b. Edelwich and Brodsky (1980)

Edelwich dan Brodsky pada tahun 1980 menyatakan *burnout* merupakan kondisi kehilangan pengalaman idealisme, energi, dan tujuan secara progresif dalam profesi pemberi bantuan akibat kondisi pekerjaan yang dijalani (Ayala-calvo, 2013).

c. Maslach and Jackson (1981)

Maslach dan Jackson pada tahun 1981 menjelaskan tiga dimensi *burnout syndrome*, diantaranya kelelahan emosional, depersonalisasi, dan penurunan capaian diri (Ayala-calvo, 2013). Maslach membuat alat pengukuran *burnout syndrome* berupa kuesioner yang berbasis tiga perspektif dimensi tersebut. Kuesioner yang dikembangkan yaitu *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Kuesioner ini sering digunakan di berbagai negara untuk mengukur *burnout* hingga saat ini (Heinemann dan Heinemann, 2017).

2.3.3 Epidemiologi *Burnout Syndrome*

Beberapa studi epidemiologi mengungkapkan bahwa angka prevalensi *burnout* tinggi pada wilayah Barat dan negara berkembang. *Burnout syndrome* banyak terjadi di lingkup pekerjaan yang memenuhi kebutuhan masyarakat secara konstan dan berinteraksi secara intens dengan orang lain, misalnya tenaga kesehatan, perawat, pekerja sosial, konselor dan guru (Hazarika dkk., 2020).

Penelitian menunjukkan prevalensi BOS pada tenaga kesehatan sekitar 25% (Hazarika dkk., 2020). Studi *cross-sectional* mengenai *burnout* di masa pandemi COVID-19 menemukan bahwa dari 615 tenaga kesehatan yang merawat pasien COVID-19, sebanyak 326 orang (53,0%) mengalami *burnout* derajat berat. Tingginya prevalensi *burnout* pada masa pandemi ini juga dipengaruhi oleh faktor individu dan lingkungan pekerjaan seperti usia yang lebih muda, jenis kelamin perempuan, bekerja sebagai residen dan perawat, serta fasilitas rumah sakit yang tidak memadai untuk penanganan COVID-19 (Jalili dkk., 2021).

2.3.4 Gejala *Burnout Syndrome*

Burnout syndrome adalah kumpulan gejala kelelahan, sehingga gejala *burnout syndrome* sangat beragam. Stres kronis yang menjadi penyebab *burnout* mengakibatkan kelelahan emosional dan fisik, sinisme dan acuh tak acuh, dan perasaan tidak percaya diri dan penurunan capaian (Hazarika dkk., 2020). Tiga dimensi utama *burnout* adalah kelelahan emosional dan fisik, depersonalisasi, dan penurunan capaian diri.

a. Kelelahan emosional dan fisik

Kelelahan kronis merupakan dimensi pertama pada *burnout syndrome*. Pada gejala ini seseorang menjadi mudah lupa, sulit untuk berkonsentrasi dan memusatkan perhatian. Ketika merasakan kelelahan emosional, rasa lelah yang ada tidak hilang walaupun telah beristirahat cukup dan ada rasa kurang bersemangat menjalankan aktivitas. Gejala fisik yang dirasakan dapat berupa nyeri dada, detak jantung cepat, gangguan pencernaan, dan nyeri kepala. Seseorang dengan kelelahan emosional dan fisik ini dapat mengalami insomnia, cemas, kehilangan nafsu makan, serta mudah marah. Mereka kurang mampu untuk menyelesaikan masalah dan cenderung berperilaku *overextended* atau mengulur pekerjaan (Andarini, 2018).

b. Depersonalisasi

Depersonalisasi ditunjukkan dengan adanya sikap sinis terhadap orang lain dan cenderung untuk menarik diri dari lingkungan (Hazarika dkk., 2020). Depersonalisasi artinya adalah memisahkan diri dari lingkungan sekitar dengan menunjukkan sikap dingin dan respons negatif terhadap sesuatu sehingga orang dengan depersonalisasi akan tampak tidak ramah dan tidak ingin bersosialisasi. Perilaku ini memberikan efek negatif pada performa kerja yang membutuhkan kerja sama (Andarini, 2018).

c. Penurunan capaian diri

Penurunan capaian diri ditunjukkan dengan adanya perasaan negatif dan tidak puas dengan pekerjaan yang dilakukan sehingga hasil kerja yang ditunjukkan tidak maksimal. Capaian diri yang turun juga ditandai dengan hasil evaluasi yang buruk, renggangnya hubungan interpersonal, kehilangan minat dan produktivitas, serta merasa setiap tugas yang diberikan adalah tugas yang berat. Seseorang menjadi apatis, tidak memiliki harapan, dan tidak percaya diri sehingga merasa apa yang dilakukan akan sia-sia. Pekerja akan menjadi tidak percaya pada rekan kerjanya, begitu pula sebaliknya (Andarini, 2018).

2.3.5 Pengukuran *Burnout Syndrome*

Terdapat beberapa jenis alat ukur. Alat ukur berupa kuesioner tersebut mewakili gejala-gejala dalam dimensi *burnout syndrome*.

a. *The Maslach Burnout Inventory* (MBI)

MBI merupakan salah satu kuesioner untuk menilai *burnout syndrome* yang paling sering digunakan dan telah diterjemahkan ke berbagai macam bahasa. Alat ukur ini memiliki beberapa macam yang dapat disesuaikan dengan pekerjaan responden. Terdapat tiga jenis, yang pertama *Maslach Burnout Inventory Educator Survey* (MBI-ES). Dalam kuesioner ini ada tiga dimensi yang dapat dinilai yaitu kelelahan emosional, depersonalisasi, dan rasa penurunan percaya diri. Hanya saja, kuesioner jenis ini hanya digunakan untuk guru atau pekerjaan dalam lingkup pendidikan. Kedua, *Maslach Burnout Inventory General Survey* (MBI-GS). Kuesioner ini memiliki dimensi gejala yang lebih umum dan digunakan untuk pekerjaan yang bersifat umum dan tidak bisa digunakan untuk pekerjaan yang bersifat melayani individu. Ketiga, *Maslach Burnout Inventory Human Service Survey* (MBI-HSS). Dimensi gejala pada kuesioner ini sama dengan MBI-ES, tetapi kuesioner ini hanya dapat digunakan untuk pekerjaan yang melakukan pelayanan terhadap individu, contohnya seperti dokter dan perawat (Maslach dan Leiter, 2016).

b. *Shirom-Melamed Burnout Measure* (SMBM)

SMBM dibuat sebagai alat ukur *burnout syndrome* alternatif untuk menilai kelelahan atau berkurangnya energi. SMBM mencakup tiga subskala antara lain kelelahan emosional, kelelahan fisik, dan kelelahan kognitif. SMBM mencakup 14 item yang mencakup subskala tersebut. Berbeda dengan *Burnout Measures* (BM), SMBM didasarkan pada gagasan teoretis tentang sifat dan perkembangan *burnout*. SMBM ditemukan sangat berkorelasi dengan skala kelelahan emosional pada MBI dan BM (Qiao dan Schaufeli, 2011).

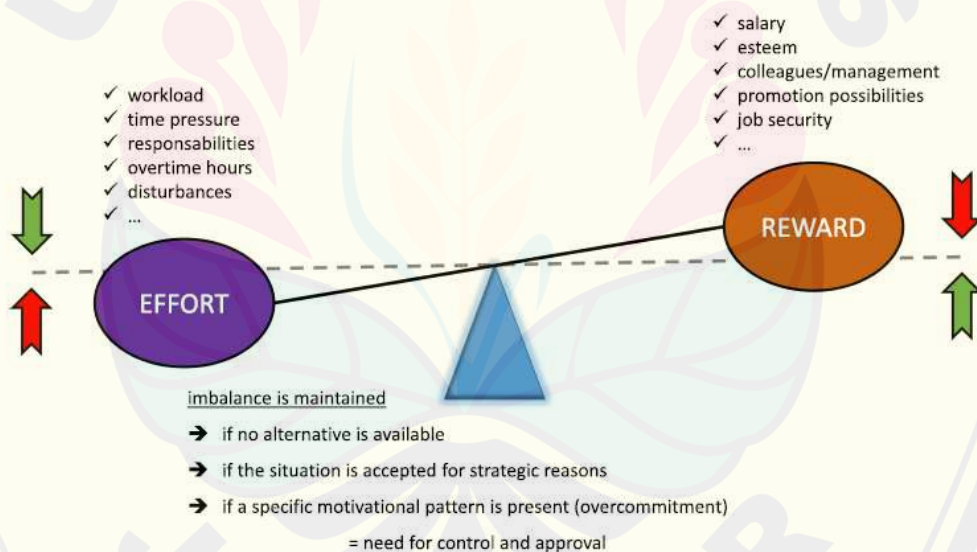
c. *The Burnout Measure* (BM)

BM merupakan alat ukur kedua yang paling sering digunakan untuk mengukur *burnout*. Kuesioner ini dikembangkan untuk digunakan pada semua

pekerjaan serta kelompok non pekerjaan. Instrumen ini mencakup 21 item yang dinilai pada skala frekuensi tujuh poin dan menilai tingkat kelelahan fisik, emosional, dan mental. BM merupakan kuesioner yang valid dan dapat diandalkan karena menunjukkan tingkat stabilitas yang tinggi (Qiao dan Schaufeli, 2011).

2.3.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi *Burnout Syndrome*

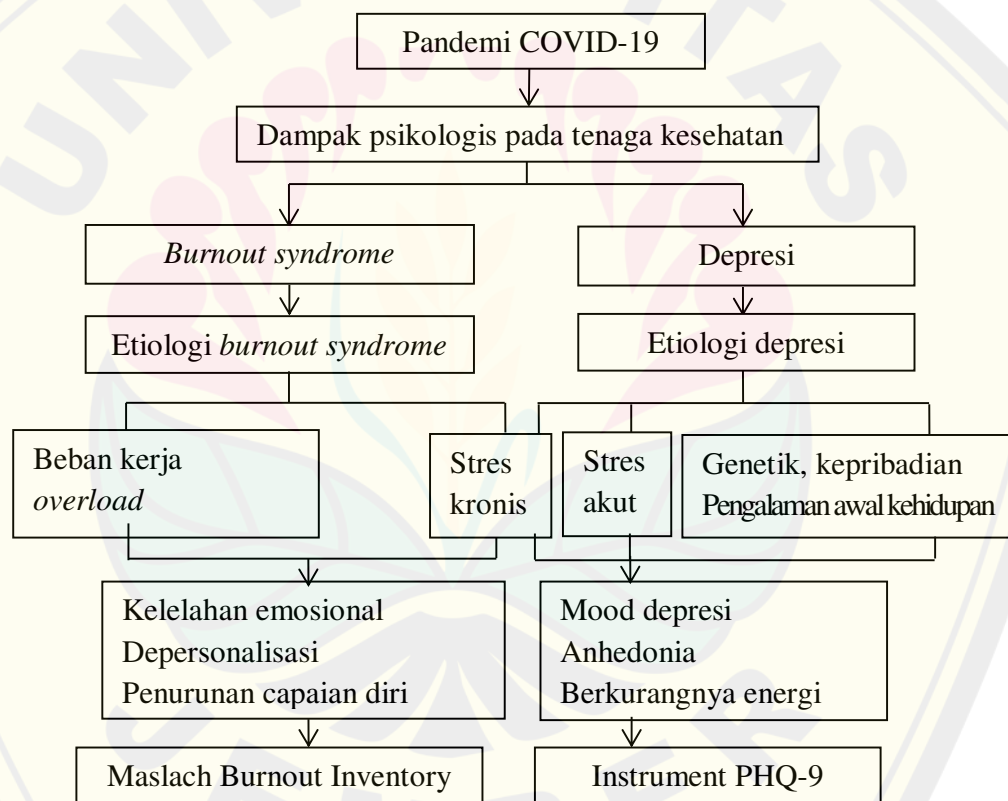
Burnout syndrome dapat terjadi pada semua jenis pekerjaan, namun insidensi *burnout* tampak lebih tinggi pada tenaga kesehatan. Studi yang membandingkan insidensi *burnout* antara tenaga kesehatan dan populasi kontrol menunjukkan gejala *burnout* pada dokter sebesar 37,9% sedangkan populasi kontrol 27,8% (Hert, 2020). Faktor yang mempengaruhi *burnout syndrome* adalah karakteristik pekerjaan, seperti beban pekerjaan yang berlebihan, konflik dalam pekerjaan, kurang masukan atau *feedback*, ketidaknyamanan kerja, serta sumber daya yang kurang. Faktor-faktor ini dapat menyebabkan ketidakseimbangan antara usaha yang dikeluarkan dan hasil yang didapatkan (Hazarika dkk., 2020).



Gambar 2.2 Ketidakseimbangan usaha dan hasil *burnout syndrome* (Hert, 2020)

Faktor demografi yang berpengaruh terhadap *burnout syndrome* antara lain jenis kelamin, usia yang lebih muda, serta belum menikah atau wanita yang sedang merawat anak. Studi oleh *Medscape National Physician Report* pada tahun 2020 menunjukkan dokter wanita memiliki gejala *burnout* lebih tinggi daripada dokter pria dengan persentase 51%. Ekspektasi dengan hasil pekerjaan yang juga dilakukan dapat mempengaruhi seseorang untuk memiliki gejala *burnout syndrome*. Masalah finansial seperti gaji yang diperoleh juga dapat berpengaruh. Jika seseorang telah melakukan pekerjaan dengan beban kerja yang berat namun imbalan yang didapatkan tidak sesuai harapan, BOS dapat terjadi (Hazarika dkk., 2020).

2.4 Kerangka Teori

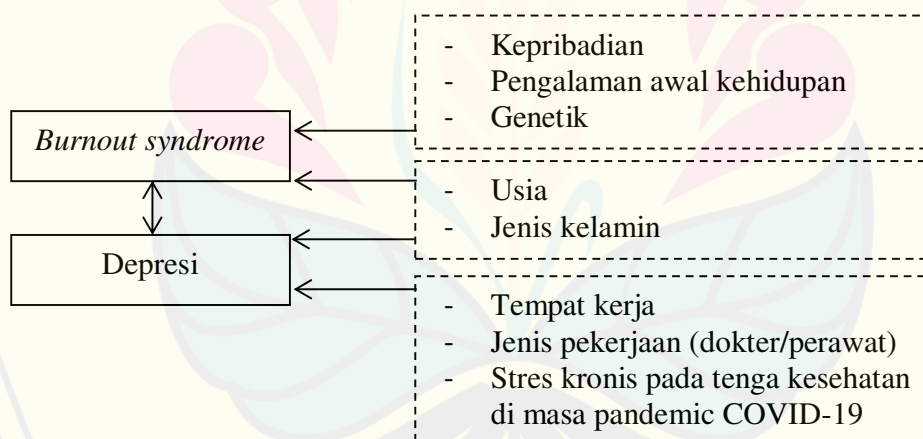


Gambar 2.3 Kerangka Teori

(Sumber : Marwick dan Birrell, 2013; Maslim, 2013; Andarini, 2018; National Institute of Mental Health, 2018; Hazarika dkk., 2020; Cai dkk., 2020; Rossi dkk., 2020)

Pandemi COVID-19 telah mendunia selama hampir dua tahun dan memberikan dampak psikologis bagi tenaga kesehatan (W. Cai dkk., 2020; Rossi dkk., 2020). Depresi merupakan salah satu dampak yang dikategorikan dalam gangguan afek atau mood (National Institute of Mental Health, 2018). Etiologi dari gangguan mood ini dapat berasal dari genetik dan tipe kepribadian, pengalaman awal kehidupan, stres akut, serta stres kronis (Marwick dan Birrell, 2013). Di sisi lain, stres kronik selama pandemi dan beban kerja berlebih dapat menyebabkan *burnout syndrome* ditandai dengan kelelahan emosional, depersonalisasi, dan penurunan capaian diri (Hazarika dkk., 2020). Untuk menentukan depresi, pengukuran dapat dilakukan antara lain dengan *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (Andarini, 2018). Kuesioner tersebut dapat menentukan individu dalam depresi minimal, ringan, sedang, ataupun berat. Untuk menilai *burnout syndrome*, menggunakan kuesioner *Maslach Burnout Inventory* (MBI) untuk menentukan derajat *burnout syndrome*.

2.5 Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 2.4 Kerangka konseptual penelitian

Keterangan :

- : diteliti
- : tidak diteliti
- : berhubungan
- : berpengaruh

2.6 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan uraian yang dijelaskan di atas maka hipotesis pada penelitian ini adalah terdapat hubungan antara *burnout syndrome* dan depresi tenaga kesehatan pada masa pandemi COVID-19 di RSD Dr Soebandi Kabupaten Jember.



BAB III. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif observasional yang menggunakan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian observasional ialah penelitian yang mengumpulkan data tanpa perlakuan atau intervensi tertentu pada sampel. Jenis penelitian berdasarkan jenis data dan metode adalah penelitian kuantitatif bersifat korelasional yang bertujuan untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antar variabel melalui uji statistik.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

3.2.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai pada bulan Agustus 2021 hingga selesai.

3.2.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Daerah Dr. Soebandi Jember, Provinsi Jawa Timur

3.3 Populasi dan Besar Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi

Populasi penelitian ini adalah seluruh dokter dan perawat yang bekerja di RSD Dr. Soebandi Jember.

3.3.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini merupakan dokter dan perawat yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi antara lain tenaga kesehatan yaitu dokter dan perawat yang bekerja di RSD Dr. Soebandi Jember, bersedia mengikuti penelitian dibuktikan dengan lembar *informed consent*, dan tidak sedang menjalani masa pendidikan, sakit yang membutuhkan perawatan di rumah sakit, atau cuti. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini ialah responden yang tidak mengisi kuesioner dengan lengkap.

3.3.3 Besar Sampel

Besar sampel pada penelitian ini dihitung menggunakan rumus dari Slovin, sebagai berikut

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan:

N = jumlah rata-rata dokter dan perawat per bulan selama tahun 2021

n = besar sampel minimal

e = *error tolerance* (0,1)

Total populasi perawat dan dokter di RSD Dr soebandi adalah 517 orang sehingga besar sampel minimal menurut rumus Slovin adalah 84 perawat dan dokter.

3.3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *proportional random sampling*. Dalam *random sampling*, setiap kelompok dalam suatu populasi mempunyai kesempatan untuk menjadi sampel, sedangkan proporsional menunjukkan jumlah sampel pada tiap-tiap kelompok populasi.

3.4 Jenis dan Sumber Data

Husein Umar (2013) menyebutkan data sekunder adalah data primer yang sudah diolah dan disajikan, misalnya dalam bentuk tabel atau diagram oleh pengumpul data primer atau pihak ketiga. Pada penelitian ini data yang digunakan adalah data sekunder dari data Kelompok Riset Laboratorium Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) Fakultas Kedokteran Universitas Jember. Data penelitian ini berupa derajat depresi dan *burnout* tenaga kesehatan yang didapatkan dari hasil survei kuesioner.

3.5 Variabel Penelitian

Penelitian ini memiliki dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat

3.5.1 Variabel bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah kejadian *burnout syndrome* pada tenaga kesehatan dengan indikator kelelahan emosi, depersonalisasi, dan penurunan capaian diri.

3.5.2 Variabel terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kejadian depresi tenaga kesehatan.

3.6 Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Kriteria Hasil Ukur	Alat Ukur	Skala Data
1.	<i>Burnout Syndrome</i>	Suatu proses di mana terjadi suatu perubahan perilaku negatif sebagai respons terhadap tekanan dan stres pekerjaan dalam waktu yang berkepanjangan	Interval mean item : Rendah ($1,00 \leq a \leq 1,75$) Sedang ($1,76 \leq a \leq 2,50$) Cukup ($2,51 \leq a \leq 3,25$) Tinggi ($3,26 \leq a \leq 4,00$)	Kuesioner MBI	Ordinal
	a. Kelelahan emosional	Persepsi tentang perasaan lelah meski telah beristirahat dan kekurangan energi dalam melakukan aktivitas	Interval mean item : Rendah ($1,00 \leq a \leq 1,75$) Sedang ($1,76 \leq a \leq 2,50$) Cukup ($2,51 \leq a \leq 3,25$) Tinggi ($3,26 \leq a \leq 4,00$)	Kuesioner MBI	Ordinal
	b. Depersonalisasi	Persepsi terhadap kecenderungan menarik diri dalam lingkungan kerja	Interval mean item : Rendah ($1,00 \leq a \leq 1,75$) Sedang ($1,76 \leq a \leq 2,50$) Cukup ($2,51 \leq a \leq 3,25$) Tinggi ($3,26 \leq a \leq 4,00$)	Kuesioner MBI	Ordinal
	c. Penurunan capaian diri	Persepsi terhadap kecenderungan mengembangkan rasa tidak mampu dan perasaan tidak berdaya	Interval mean item : Rendah ($1,00 \leq a \leq 1,75$) Sedang ($1,76 \leq a \leq 2,50$) Cukup ($2,51 \leq a \leq 3,25$) Tinggi ($3,26 \leq a \leq 4,00$)	Kuesioner MBI	Ordinal
2.	Depresi	Kondisi hilangnya minat dan kegembiraan (anhedonia), serta mudah lelah dan penurunan aktivitas yang nyata yang ditentukan berdasarkan PHQ-9	< 5 = tidak depresi ≥ 5 = depresi	Kuesioner PHQ-9	Nominal

3.7 Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang didapatkan dari survei kuesioner kepada dokter dan perawat di rumah sakit. Kuesioner yang digunakan untuk mengukur variabel depresi adalah kuesioner *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) versi bahasa Indonesia yang telah tervalidasi (Dian, 2020). Kuesioner ini dipilih karena telah digunakan di berbagai negara. Kuesioner ini dapat digunakan pada usia 18-66 tahun dan memiliki 9 pernyataan singkat. Untuk mengukur derajat *burnout syndrome*, digunakan kuesioner *Maslach Burnout Inventory* (MBI) versi bahasa Indonesia yang telah tervalidasi (Andarini, 2018). Kuesioner ini memiliki 21 pertanyaan yang dapat menjelaskan risiko *burnout*, yaitu dengan menilai kelelahan, depersonalisasi, dan pencapaian diri.

3.8 Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dapat dijabarkan dalam langkah-langkah sebagai berikut:

3.8.1 Etika Penelitian

Ethical clearance atau kelaikan etik adalah pernyataan tertulis dari komisi etik penelitian untuk penelitian yang melibatkan makhluk hidup (manusia, hewan, tumbuhan), yang menunjukkan bahwa suatu proposal penelitian laik dilakukan dalam kondisi tertentu. Uji kelaikan etik penelitian ini akan dilakukan di Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

3.8.2 Perizinan Penelitian Rumah Sakit

Perizinan penelitian dilakukan di RSD dr. Soebandi Jember sebagai lokasi penelitian, dengan menyertakan surat keterangan laik etik dan dokumen lain yang diperlukan. Setelah surat izin penelitian diturunkan, dilakukan observasi populasi untuk menghitung sampel penelitian.

3.8.3 Pengumpulan Data

Langkah-langkah dalam pengambilan data adalah sebagai berikut

1. Peneliti melakukan sosialisasi rencana penelitian kepada kepala bidang pelayanan medik.

2. Peneliti memberikan penjelasan mengenai tata cara prosedur penelitian kepada pelayanan medik untuk menyamakan persepsi.
3. Peneliti memastikan instrumen penelitian berupa kuesioner *google form* telah siap digunakan.
4. Peneliti meminta persetujuan responden yang bersedia menjadi untuk menandatangani *informed consent* penelitian.
5. Peneliti mengumpulkan data responden berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi.
6. Mengecek data yang telah diisi oleh responden.

3.8.4 Pengolahan Data

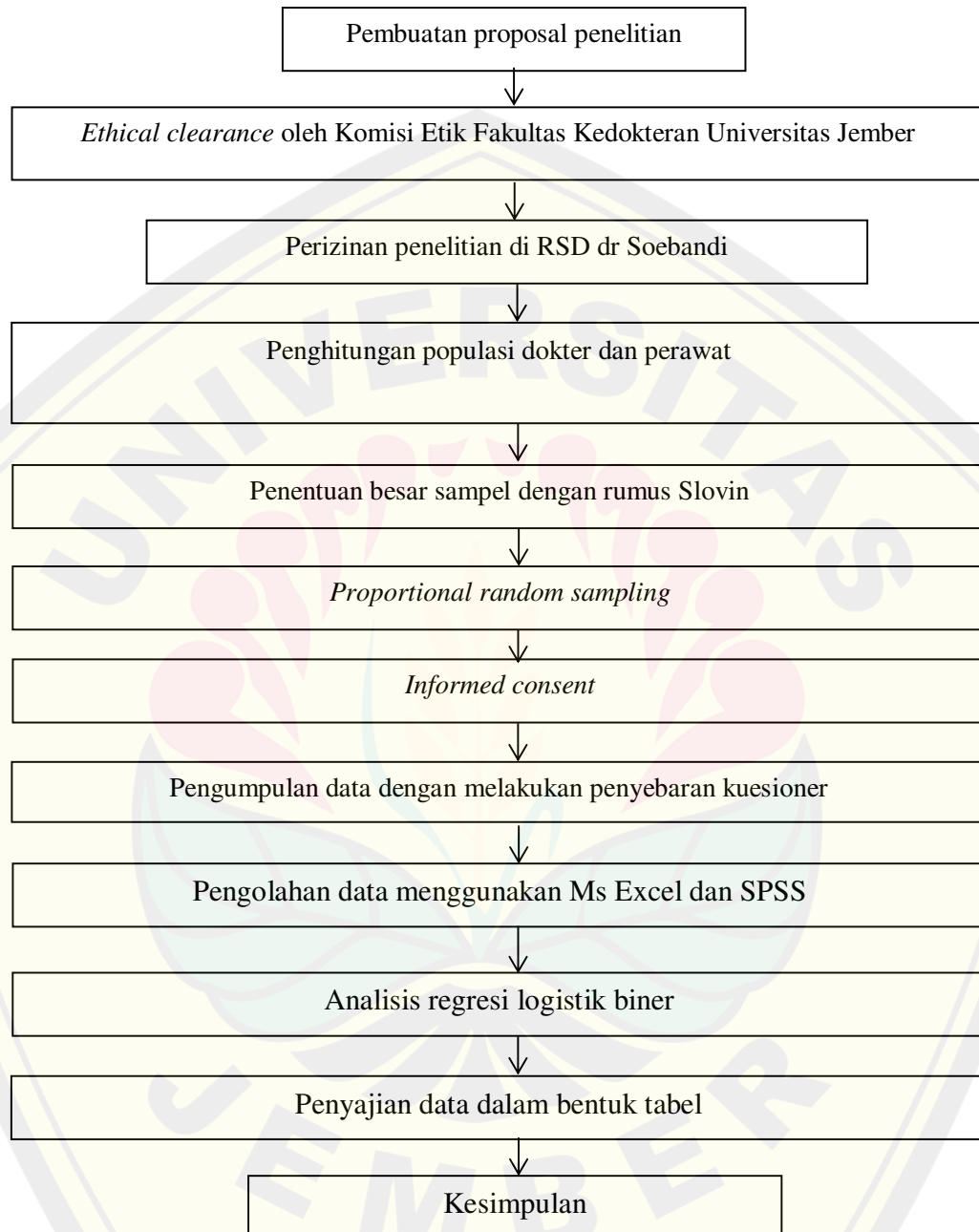
Data dari kuesioner disatukan dan dikelompokkan berdasarkan variabel, kemudian olah data dan analisis menggunakan aplikasi *Microsoft Excel* 2010 dan *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versi 24.

3.9 Teknik Penyajian dan Analisis Data

Teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah statistik deskriptif. Statistik deskriptif meliputi pengumpulan data, menyusun atau mengukur data, mengolah data, dan menyajikan data kuantitatif dalam bentuk tabel atau grafik yang bertujuan untuk memberikan gambaran suatu keadaan atau peristiwa. Analisis deskriptif ini bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik responden, kejadian depresi dan *burnout syndrome* tenaga kesehatan. Skala data variabel terikat yang diperoleh dari interpretasi kuesioner digolongkan menjadi dua kategori yaitu “depresi” dan “tidak depresi” sehingga uji statistik yang peneliti gunakan adalah uji korelasi regresi logistik biner (Samuel dkk., 2014). Data hasil uji statistik disajikan dalam bentuk tabel.

3.10 Alur Penelitian

Alur penelitian merupakan langkah-langkah yang akan dilaksanakan dalam penelitian yang dibuat dalam bentuk skema alur sebagai berikut



BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan November 2021 hingga Januari 2022 di RSD Dr. Soebandi Kabupaten Jember. Berdasarkan hasil *proportionated random sampling* didapatkan 88 responden, dari jumlah tersebut sebanyak 85 responden telah mengisi kuesioner dengan lengkap. Data kemudian dianalisis secara deskriptif dan dilakukan uji statistik untuk mengetahui hubungan antara *burnout syndrome* dengan depresi pada tenaga kesehatan di RSD Dr Soebandi khususnya pada masa pandemi COVID-19.

4.1.1 Karakteristik Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi

Karakteristik tenaga kesehatan sebagai responden penelitian berdasarkan usia, jenis kelamin, status pernikahan, profesi, pendidikan, durasi kerja, lama kerja dan ruangan tempat bekerja disajikan pada tabel 4.1. Sebagian besar responden memiliki usia dalam rentang 30-40 tahun (n=48; 56,47%). Perbandingan jenis kelamin tenaga kesehatan dalam penelitian ini nyaris sama yaitu untuk laki-laki berjumlah 43 orang (50,59%) dan perempuan 42 orang (49,41%). Sebagian besar dari responden telah menikah (n=82; 96,47%). Tenaga kesehatan perawat di penelitian ini lebih banyak (n=67; 78,82%) dibandingkan dengan dokter (n=18; 21,18%), dan mayoritas telah bekerja lebih dari 10 tahun (n=52; 61,18%). Sebanyak 65 tenaga kesehatan memiliki durasi kerja harian kurang dari atau sama dengan 8 jam (76,47%) sedangkan 20 orang lainnya memiliki durasi kerja harian di atas 8 jam (23,53%). Tenaga kesehatan yang telah mengisi kuesioner berasal dari ruang rawat inap isolasi COVID-19 (n=14; 16,47%), ruang rawat inap non COVID-19 (n=18; 21,18%), ruang rawat jalan (n=18; 21,18%), Instalasi Gawat Darurat (IGD) (n=9; 10,59%), Instalasi Bedah Sentral (IBS) (n=14, 16,47%), ruang hemodialisis (n=3; 3,52%), dan ruang intensif (n=9; 10,59%).

Tabel 4.1 Karakteristik tenaga kesehatan di RSD Dr Soebandi

Karakteristik responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Usia		
21–30 tahun	6	7,06
31–40 tahun	48	56,47
41–50 tahun	21	24,71
>50 tahun	10	11,77
Jenis kelamin		
Laki-laki	43	50,59
Perempuan	42	49,41
Status perkawinan		
Menikah	82	96,47
Belum menikah	3	3,53
Profesi		
Dokter	18	21,18
Perawat	67	78,82
Pendidikan terakhir		
D3 Keperawatan	32	37,65
S1 Keperawatan	35	41,18
Dokter Umum	5	5,88
Dokter Spesialis	12	14,12
Dokter Subspesialis	1	1,18
Lama Kerja		
< 1 tahun	0	0
1-2 tahun	5	5,88
3-4 tahun	7	8,24
5-10 tahun	21	24,70
>10 tahun	52	61,18
Ruangan tempat bekerja		
Rawat inap isolasi COVID	14	16,47
Rawat inap non COVID	18	21,18
Rawat Jalan	18	21,18
IGD	9	10,59
IBS	14	16,47
Hemodialisa	3	3,53
Intensif	9	10,59
Durasi kerja harian		
≤8 jam	65	76,47
>8 jam	20	23,53

4.1.2 Karakteristik *Burnout Syndrome* di RSD Dr Soebandi

Karakteristik *burnout syndrome* tenaga kesehatan di RSD Dr Soebandi didapatkan dari hasil pengisian kuesioner *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Data disajikan pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Karakteristik *burnout syndrome* tenaga kesehatan di RSD Dr Soebandi

Derajat <i>burnout syndrome</i>	Frekuensi	Persentase (%)
Rendah	69	81,18
Sedang	14	16,47
Cukup	2	2,35
Tinggi	0	0,00

Sebagian besar responden mengalami *burnout syndrome* derajat rendah (n=69; 81,18%). Sejumlah 14 responden mengalami *burnout syndrome* derajat sedang (16,47%) dan 2 responden mengalami *burnout syndrome* derajat cukup (2,35%). Tidak ditemukan responden dengan *burnout syndrome* derajat tinggi.

4.1.3 Karakteristik Dimensi *Burnout Syndrome* Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi

Burnout syndrome memiliki tiga dimensi antara lain kelelahan emosional, depersonalisasi, dan penurunan capaian diri. Karakteristik derajat dimensi *burnout syndrome* ini disajikan pada tabel 4.3. Sebagian besar responden mengalami derajat rendah di setiap dimensi *burnout syndrome*. Pada dimensi kelelahan emosional didapatkan derajat terbanyak adalah derajat rendah (n=51; 60%), diikuti derajat sedang (n=28; 32,94%), dan derajat cukup (n=6; 7,06%). Tidak ada responden dengan *burnout syndrome* derajat tinggi. Derajat depersonalisasi terbanyak adalah derajat rendah (n=71; 83,53%), kemudian derajat sedang (n=13; 15,29%), dan derajat cukup (n=1; 1,18%). Tidak ditemukan responden dengan *burnout syndrome* derajat tinggi. Pada dimensi penurunan capaian diri didapatkan derajat terbanyak adalah derajat rendah (n=74; 87,06%), kemudian derajat sedang (n=8; 9,41%), dan derajat cukup (n=3; 3,53%). Tidak ditemukan responden dengan derajat penurunan capaian diri tinggi.

Tabel 4.3 Derajat *burnout syndrome* pada tiap dimensi

Kelelahan emosional	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Rendah	51	60,00
Sedang	28	32,94
Cukup	6	7,06
Tinggi	0	0,00
Depersonalisasi		
Rendah	71	83,53
Sedang	13	15,29
Cukup	1	1,18
Tinggi	0	0,00
Penurunan capaian diri		
Rendah	74	87,06
Sedang	8	9,41
Cukup	3	3,53
Tinggi	0	0,00

4.1.4 Karakteristik Tingkat Depresi Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi

Tingkat depresi pada penelitian ini diukur dengan *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Rincian dari tingkat depresi tenaga kesehatan di RSD Dr Soebandi disajikan pada tabel 4.4.

Tabel 4.4 Distribusi karakteristik depresi

Keterangan depresi	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak depresi	17	20
Depresi	68	80

Dari 85 tenaga kesehatan, sebanyak 17 orang (20%) mengalami depresi dengan mendapatkan skor PHQ-9 sejumlah 5 atau lebih sedangkan 68 orang (80%) lainnya memiliki skor di bawah dari ketentuan tingkat depresi berdasarkan PHQ-9, yaitu skor 1-4 yang tergolong tidak depresi.

Tabel 4.5 Tabulasi silang *burnout syndrome* dan depresi

		Burnout Syndrome			Total
		Rendah	Sedang	Cukup	
Depresi	Tidak depresi	62	6	0	68
	Depresi	7	8	2	17
Total		69	14	2	85

4.1.5 Hubungan *Burnout Syndrome* dengan Depresi Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi

Analisis regresi logistik biner dilakukan untuk mengetahui hubungan *burnout syndrome* dengan depresi. Uji Hosmer dan Lemeshow dilakukan untuk mengetahui apakah model regresi sesuai dengan data dan layak digunakan dengan harapan hasil $p\text{ value} > \alpha$ ($\alpha=0,05$). Hasil uji mendapatkan nilai signifikansi 0,389 (lebih besar dari α), sehingga dapat dikatakan model yang terbentuk cocok dengan data penelitian. Hasil uji ini disajikan pada tabel 4.6.

Tabel 4.6 Uji Hosmer dan Lemeshow

Step	Chi-square	df	Sig.
1	3,016	3	0,389

Penghitungan nilai -2 Log Likelihood dilakukan guna menilai model dapat dikatakan *fit* dengan data penelitian atau tidak. Model dikatakan *fit* apabila terjadi penurunan nilai -2 Log Likelihood pada tabel *Iteration History* dan *Model Summary*. Hasil uji ini menunjukkan nilai -2 Log Likelihood pada *Iteration History* lebih besar daripada nilai -2 Log Likelihood pada *Model Summary* sehingga terjadi penurunan, maka dapat dikatakan model *fit* dan model yang terbentuk baik. Hasil uji ini dapat dilihat pada tabel 4.8.

Tabel 4.7 *Iteration History*

		-2 Log Likelihood
Step 0	<i>Iteration History</i>	85,068
Step 1	<i>Model Summary</i>	64,650

Pseudo R-Square digunakan untuk mengetahui besarnya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. Hasil penghitungan koefisien *Pseudo R-Square* pada tabel 4.9 *Model Summary* menunjukkan nilai *R-Square* dalam dua model. Model Nagelkerke menunjukkan nilai paling besar yaitu 0,338. Nilai 0,338 tersebut menunjukkan *burnout syndrome* mempengaruhi depresi sebesar 33,8%. Sedangkan 66,2% merupakan gambaran pengaruh faktor lain yang tidak termasuk dalam pengujian model.

Tabel 4.8 *Model Summary*

Step	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	0,214	0,338

Setelah diketahui bahwa uji model *fit* maka dapat dilakukan analisis regresi logistik biner. Hasil uji parsial *burnout syndrome* dapat dilihat pada tabel 4.10. Uji parsial pada variabel bebas menunjukkan bahwa *burnout syndrome* memiliki nilai signifikansi 0,000 ($p \text{ value} < \alpha$) sehingga *burnout syndrome* menunjukkan perbedaan yang signifikan terhadap depresi. Kesimpulan dari hasil tersebut adalah *burnout syndrome* berhubungan secara signifikan terhadap depresi.

Setelah mengetahui hubungan *burnout syndrome* terhadap depresi, maka persamaan regresi logistik biner dapat ditentukan. Model persamaan yang terbentuk adalah sebagai berikut.

$$\text{Depresi}(Y) = -4,745 + 2,547\text{BOS}$$

Tabel 4.9 Uji Variabel *Burnout Syndrome* dengan Depresi

	B	S.E.	Wald	df	Sign.	Exp(B)
<i>Burnout Syndrome</i>	2,547	0,637	15,965	1	0,000*	12,769
<i>Constant</i>	-4,745	0,931	25,990	1	0,000	0,009

*= signifikan

Uji parsial pada setiap dimensi *burnout syndrome* dilakukan untuk mengetahui hubungan dimensi kelelahan emosional, dimensi depersonalisasi, dan dimensi penurunan capaian diri terhadap depresi. Hasil uji parsial tersebut

menunjukkan bahwa nilai signifikansi dimensi kelelahan emosional dan depersonalisasi secara berturut-turut adalah 0,004 dan 0,045. Hasil yang diperoleh lebih kecil dari α , sehingga pada dimensi kelelahan emosional dan depersonalisasi berhubungan signifikan dengan depresi. Dimensi penurunan capaian diri tidak menunjukkan hasil yang signifikan, maka pada dimensi tersebut tidak didapatkan hubungan signifikan dengan depresi. Uji parsial pada setiap dimensi *burnout syndrome* disajikan pada tabel 4.11.

Tabel 4.10 Uji parsial pada tiap dimensi *burnout syndrome*

	B	S.E.	Wald	df	Sign.	Exp(B)
Kelelahan emosional	1,659	0,581	8,151	1	0,004*	5,252
Depersonalisasi	1,660	0,829	4,005	1	0,045*	5,259
Penurunan capaian diri	-0,773	0,837	0,853	1	0,356	0,462
Constant	-5,283	1,152	21,021	1	0,000	0,005

*= signifikan

Hasil uji parsial menunjukkan bahwa *burnout syndrome* (BOS) berhubungan signifikan terhadap depresi. Nilai koefisien variabel BOS derajat rendah sebesar 1,659 dengan nilai odds ratio (ExpB) sebesar 12,77. Hal ini berarti tenaga kesehatan dengan *burnout syndrome* memiliki kecenderungan 12,77 kali berisiko mengalami depresi dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang tidak memiliki *burnout syndrome*. Pada dimensi *burnout syndrome*, kelelahan emosional dan depersonalisasi berhubungan signifikan terhadap depresi. Nilai koefisien estimasi pada kelelahan emosional dan depersonalisasi secara berturut-turut adalah 1,659 dan 1,660 dengan odds ratio masing-masing adalah 5,25 dan 5,26. Nilai odds ratio tersebut menunjukkan bahwa terdapat peningkatan kecenderungan sebesar 5,25 kali untuk mengalami kejadian depresi pada tenaga kesehatan yang mengalami kelelahan emosional dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang tidak mengalami kelelahan emosional. Sama halnya dengan depersonalisasi, terjadi peningkatan kecenderungan sebesar 5,26 kali untuk mengalami depresi jika dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang tidak mengalami depersonalisasi. Nilai odds ratio dapat dilihat pada tabel 4.12

Tabel 4.11 Odds Ratio variabel bebas yang signifikan

Variabel	Odds Ratio
<i>Burnout syndrome</i>	12,77
Kelelahan emosional	5,25
Depersonalisasi	5,26

4.2 Pembahasan

4.2.1 Karakteristik Umum Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi

Sebanyak 85 tenaga kesehatan menjadi responden pada penelitian ini yang terdiri atas dokter dan perawat. Responden perawat dalam penelitian ini memiliki jumlah lebih banyak dibandingkan dengan responden dokter. Hasil ini sama dengan penelitian oleh Jalili dkk (2021) yang mendapati responden penelitiannya sebagian besar adalah perawat (Jalili dkk., 2021). Berbeda dengan penelitian dari Akova (2021) yang mendapati responden tenaga kesehatan dalam penelitiannya sebagian besar adalah dokter (Akova dkk., 2021).

Sebagian besar dari responden tenaga kesehatan berusia 31-40 tahun. Jalili dkk (2021) dalam penelitiannya memiliki responden di usia rata-rata 34 tahun. Menurut Jalili dkk (2021) *burnout syndrome* lebih banyak terjadi pada usia muda di mana kategori usia muda pada penelitiannya yaitu kurang dari 36 tahun (Jalili dkk., 2021). Penelitian Akova dkk (2021) mendapati respondennya mayoritas berusia di bawah 40 tahun (Akova dkk., 2021). Berbeda dengan penelitian dari Huri dkk (2016) yang memiliki responden dengan mayoritas rentang usia yang lebih muda yaitu 26-35 tahun (Huri dkk., 2016).

Pada hasil penelitian ini jumlah tenaga kesehatan laki-laki dan perempuan nyaris sama. Penelitian Lai dkk (2020) dalam penelitiannya memiliki responden laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan. Hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh jumlah responden dalam penelitian tersebut yang jauh lebih tinggi dari penelitian ini (Lai dkk., 2020). Berbeda dari penelitian Zhu dkk (2020) yang mendapati responden penelitiannya lebih banyak perempuan (82,4%) dibandingkan laki-laki (71,8%). Ia

juga menemukan bahwa perempuan menunjukkan dampak psikologis yang lebih berat dibandingkan dengan laki-laki (Zhu dkk., 2020b).

Hampir seluruh tenaga kesehatan dalam penelitian ini telah berkeluarga, hanya sebagian kecil yang belum menikah. Sama dengan penelitian Qu dan Wang (2015) memiliki mayoritas responden yang telah menikah. Huri dkk (2016) dalam penelitiannya menunjukkan hasil yang sama di mana 267 dari 337 responden telah menikah (Huri dkk., 2016). Hal ini dapat berpengaruh pada derajat *burnout syndrome*, di mana penelitian tersebut menemukan bahwa status pernikahan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap depersonalisasi dan penurunan capaian diri (Qu dan Wang, 2015).

Bekerja selama lebih dari 10 tahun dengan sebagian besar memiliki durasi kerja 8 jam atau dibawahnya dapat menjadi alasan tenaga kesehatan dalam penelitian ini cenderung rendah untuk mengalami *burnout syndrome*. Penelitian dari Alvares (2020) pada tenaga kesehatan di ICU memiliki rata-rata pengalaman kerja yang lebih rendah yaitu 8,2 tahun untuk perawat dan 8,3 tahun untuk dokter. Mereka menemukan bahwa tenaga kesehatan yang memiliki pengalaman kerja lebih lama dikatakan lebih *mature* dan lebih siap dalam menghadapi kondisi yang mencekam sehingga dapat mencegah timbulnya sikap negatif (Alvares dkk., 2020). Dalam hal tersebut, tenaga kesehatan telah beradaptasi dengan baik di lingkungan tempat kerja dalam kurun waktu yang lama sehingga tenaga kesehatan dirasa telah mampu untuk menangani stres kerja yang dilalui selama bertahun-tahun. Penelitian Zhu dkk (2020) menunjukkan mayoritas responden dalam penelitiannya memiliki pengalaman bekerja lebih dari 10 tahun. Mereka menyebutkan risiko kecemasan, depresi, dan stres akut cenderung meningkat dengan bertambahnya tahun kerja, hal ini juga berhubungan dengan tenaga kesehatan yang memiliki masa kerja lebih pendek berstatus belum menikah dan sedikit tanggung jawab keluarga (Zhu dkk., 2020a).

Mayoritas tenaga kesehatan di penelitian ini mengalami *burnout syndrome* derajat rendah (81,18%). Hasil derajat *burnout syndrome* yang didapatkan dari penelitian ini cenderung rendah apabila dibandingkan dengan penelitian dari Jalili

dkk (2021) yang menemukan 53% dari responden tenaga kesehatan pada penelitian tersebut mengalami *burnout syndrome* derajat tinggi (Jalili dkk., 2021). Faktor yang dapat menyebabkan perbedaan hasil ini karena waktu berjalannya penelitian ini dilakukan tidak tepat saat kasus COVID-19 sedang di puncak gelombang dua sehingga memungkinkan stres kerja dan stres psikologis yang diterima tenaga kesehatan telah berkurang. Meskipun terdapat sedikit keterlambatan waktu, hasil yang didapatkan tetap menunjukkan bahwa *burnout syndrome* telah dialami oleh mayoritas tenaga kesehatan akibat dari pandemi. Faktor lain yang dapat terkait dengan *burnout* derajat rendah adalah pada penelitian ini tidak semua tenaga kesehatan selalu berkontak dengan pasien COVID-19. Studi *cross-sectional* oleh Nishimura dkk (2021) menunjukkan bahwa tenaga kesehatan yang berkontak erat dengan pasien COVID-19 mengalami *burnout* lebih berat dibandingkan dengan yang tidak berkontak (Nishimura dkk., 2021). Irene dkk (2021) dalam penelitiannya juga menyebutkan bahwa semakin tinggi frekuensi tenaga kesehatan berkontak erat dengan pasien COVID-19 maka akan semakin tinggi risiko mengalami *burnout* yang lebih berat (Irene dkk., 2021).

Tenaga kesehatan yang mengalami depresi sebesar 20%. Temuan ini lebih tinggi dari hasil penelitian *national cross-sectional survey* selama pandemi COVID-19 di China oleh Guo dkk (2020) yang menemukan 13,47% responden mengalami depresi, namun pada penelitian Guo dkk jumlah responden jauh lebih banyak dibandingkan penelitian ini yaitu sebanyak 11,118 (Guo dan Liao, 2020). Hasil penelitian ini lebih rendah apabila dibandingkan dengan penelitian Lai dkk (2020) yang menemukan bahwa 50,4% respondennya memiliki gejala depresi (Lai dkk., 2020). Studi tinjauan sistematis yang dilakukan oleh Pappa dkk (2020) menyebutkan bahwa prevalensi depresi selama pandemi COVID-19 adalah 22,8% (Pappa dkk., 2020). Akova dkk (2021) dalam penelitiannya menemukan tingkat depresi pada tenaga kesehatan adalah 10,9%, hasil ini cenderung lebih rendah apabila dibandingkan dengan hasil penelitian ini (Akova dkk., 2021). Perbedaan hasil ini, selain karena waktu pengambilan data yang berbeda, juga dapat disebabkan adanya

perbedaan kondisi rumah sakit selama pandemi COVID-19. Perbedaan tersebut dapat berupa jumlah pasien positif per hari, jumlah pasien yang membutuhkan perawatan intensif, jumlah pasien yang meninggal, dan juga fasilitas rumah sakit yang dibutuhkan saat itu. Pada penelitian ini sebagian besar responden adalah perawat, menurut penelitian Akova dkk (2021) tingkat depresi cenderung lebih tinggi pada dokter dibandingkan perawat mungkin disebabkan oleh tanggung jawab utama dokter dalam memberikan perawatan kesehatan dan ada beban berat yang disebabkan olehnya. Wilson dkk (2020) dalam penelitiannya menemukan tingkat depresi tenaga kesehatan yang membutuhkan penanganan selama pandemi sekitar 11,4. Ia menyebutkan bahwa angka tersebut lebih rendah dibandingkan penelitian sebelumnya dikarenakan kondisi rumah sakit yang telah sering menghadapi kasus dalam jumlah besar dengan staf dan infrastruktur yang terbatas. Cai dkk (2020) dalam penelitiannya juga menyebutkan bahwa kurangnya dukungan fasilitas dan alat pelindung diri masih menjadi kekhawatiran tenaga kesehatan di seluruh dunia selama pandemi (H. Cai dkk., 2020).

4.2.2 Hubungan *Burnout Syndrome* dengan Depresi pada Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan signifikan antara *burnout syndrome* dan kejadian depresi. Tenaga kesehatan dengan *burnout syndrome* memiliki kecenderungan 12,77 kali untuk mengalami depresi dibandingkan dengan yang tidak *burnout syndrome*. Hasil ini sejalan dengan penelitian dari Alkhamees dkk (2021) yang menemukan adanya hubungan antara *burnout* dengan depresi, di mana responden yang mengalami *burnout syndrome* 8,88 kali berisiko untuk memiliki gejala depresi dibandingkan dengan responden yang tidak mengalami *burnout syndrome*. Penelitian Akova (2021) juga menunjukkan adanya korelasi positif antara *burnout syndrome* dengan depresi (Akova dkk., 2021). Studi potong lintang oleh Yoruk dan Gueler (2020) menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara depresi dengan setiap dimensi *burnout syndrome* (Yoruk dan Gueler, 2020). Penelitian oleh Ahola dkk (2014), melalui *person-centred approach* mengenai

hubungan *burnout* dengan depresi, menyebutkan bahwa hasil menggunakan metode yang berpusat pada variabel menunjukkan bahwa *burnout syndrome* paling menonjol mengarah ke depresi (Ahola dkk., 2014). Pada metode *variable-centred* ini, pendekatan fokus pada analisis hubungan antar variabel (Bamaca-Colbert dan Gayles, 2013). Namun, hasil metode *person-centred approach*, *burnout syndrome* dan gejala depresi tampaknya berkembang bersama (Ahola dkk., 2014). Metode *person-centred* ini pendekatan berpusat pada orang dengan mengidentifikasi sub kelompok berdasarkan kesamaan mereka dalam satu variabel (Bamaca-Colbert dan Gayles, 2013). Korelasi *burnout syndrome* dengan depresi juga telah dilaporkan dalam penelitian lain, termasuk penelitian yang serupa dengan penelitian ini (Ahola dkk., 2014; Huri dkk., 2016; Fitzpatrick dkk., 2019; Akova dkk., 2021). Meskipun begitu, temuan penelitian ini berbeda dengan penelitian oleh Toker dan Biron (2012) yang menemukan bahwa *burnout syndrome* dan depresi tidak saling tumpang tindih (Toker dan Biron, 2012). Ahola dan Hakanen (2007) juga menunjukkan bahwa *burnout syndrome* dan depresi adalah dua kondisi yang terpisah (Ahola dan Hakanen, 2007). Dari temuan ini dan literatur saat ini, jelas bahwa keduanya adalah entitas yang saling terkait namun dapat dibedakan, tetapi sifat dan arah hubungan sebab akibat masih belum jelas dan memerlukan penelitian lebih lanjut untuk memperjelasnya.

Terlepas dari apakah *burnout syndrome* dapat memicu gejala depresi atau sebaliknya, *burnout syndrome* dan depresi memiliki hubungan yang signifikan yang dibuktikan pada hasil penelitian ini sehingga pencegahan sangat dibutuhkan agar gejala tidak menjadi semakin berat. Strategi pencegahan yang dapat dilakukan yaitu memahami pentingnya memiliki *quality time* bersama keluarga, teman, dan orang-orang terdekat. Hert (2020) menjelaskan cara mengatasi *burnout* meliputi mengembangkan hubungan dengan rekan kerja seperti saling berbagi dalam aspek emosional dan eksistensial menjadi seorang dokter dengan rekan kerja (Hert, 2020). Penelitian Takada dkk (2022) menemukan bahwa tenaga kesehatan yang selalu berkomunikasi dan mendapat dukungan dari rekan terdekat memiliki tingkat depresi lebih kecil dibandingkan dengan mereka yang melakukan konseling kesehatan mental

(Takada dkk., 2022). Alnazly dkk (2021) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa tenaga kesehatan yang mengambil hari libur memiliki tingkat depresi lebih rendah dibandingkan dengan yang tidak berlibur (Alnazly dkk., 2021). Maka dari itu, dalam mengatasi dampak psikologis dari pandemi, tenaga kesehatan sangat dianjurkan untuk memiliki hari libur dari pekerjaan dan melakukan kegiatan seperti rekreasi, menjalankan hobi, berolahraga, melakukan perawatan diri, dan menghabiskan waktu bersama keluarga.

4.2.3 Hubungan Dimensi Kelelahan Emosional dengan Depresi Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi

Penelitian ini menunjukkan hubungan signifikan antara dimensi kelelahan emosional dengan kejadian depresi. Kelelahan emosional memiliki *p value* 0,004. Hasil ini sejalan dengan Huri dkk (2016) yang menemukan bahwa kelelahan emosional berkorelasi paling tinggi dengan gejala depresi dibandingkan dengan dimensi lain (Huri dkk., 2016). Penelitian lain yang juga sejalan yaitu dari Akova dkk (2021) yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara kelelahan emosional dengan depresi (*p value* 0.001) (Akova dkk., 2021). Selama pandemi COVID-19, tenaga kesehatan menghadapi situasi beban kerja dan stres psikologis yang tinggi yang memicu proses terjadinya rasa lelah yang berkepanjangan. Penambahan pasien yang meningkat setiap hari juga mengakibatkan kelelahan emosional yang tinggi. Huri dkk (2016) menyebutkan bahwa ada hubungan signifikan antara jumlah pasien yang ditangani per hari dengan peningkatan derajat kelelahan emosional (Huri dkk., 2016). Pernyataan-pernyataan tersebut berbeda dengan penelitian dari Fischer dkk (2020) yang menyebutkan bahwa *burnout* dan depresi suatu kondisi yang berbeda dan kelelahan emosional dan depersonalisasi merupakan inti dari *burnout syndrome*. Fischer dkk juga menyebutkan bahwa *burnout syndrome* lebih mengarah pada stres yang berhubungan dengan pekerjaan namun depresi mengarah pada sindrom klinis (Fischer dkk., 2020).

Berbagai strategi pencegahan dapat dilakukan untuk mengatasi kelelahan emosional yang semakin tinggi pada masa pandemi ini. Salah satu hal yang mungkin

telah dilakukan setiap saat yaitu menjalankan ibadah sesuai keyakinan. Hert (2020) menyebutkan bahwa aspek agama tampaknya meningkatkan kesejahteraan individu. Selanjutnya yaitu secara aktif menumbuhkan minat pribadi dan kesadaran diri seperti mencari bantuan professional dalam mengatasi masalah fisik dan psikologis, selain itu juga melakukan aktivitas yang mengekspresikan diri, memenuhi nutrisi dan tidur yang cukup, serta perawatan medis secara teratur (Hert, 2020).

4.2.4 Hubungan Dimensi Depersonalisasi dengan Depresi Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi

Pada penelitian ini, hubungan dimensi depersonalisasi dengan kejadian depresi menunjukkan hasil yang signifikan dengan p value 0,045. Hasil dari penelitian ini sejalan dengan hasil dari penelitian Huri dkk (2016) menemukan adanya korelasi kuat antara gejala depresi dengan tiap dimensi *burnout syndrome*, termasuk depersonalisasi. Yoruk dan Gueler (2020) menemukan hubungan yang lemah antara depersonalisasi dengan depresi pada masa pandemi pada perawat dan bidan. Alkhamees dkk (2021) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara setiap dimensi burnout termasuk depersonalisasi derajat tinggi dengan gejala depresi. Sebaliknya, Akova dkk (2021) menunjukkan tidak adanya korelasi antara subskala depersonalisasi dengan depresi ($p=0,542$). Penelitian tersebut menggunakan kuesioner yang berbeda yaitu DASS-21 dengan responden sebagian besar dokter dan bidan (Akova dkk., 2021). Perbedaan ini dapat terjadi karena kondisi tempat penelitian dan karakteristik responden yang berbeda. Huri dkk dalam penelitiannya menyebutkan dokter gigi yang bekerja di sektor publik berisiko lebih tinggi mengalami depersonalisasi yang lebih berat (Huri dkk., 2016). Sedangkan pada penelitian Akova dkk yang menjadi responden adalah tenaga kesehatan secara umum di layanan kesehatan primer. Perbedaan hasil juga dapat disebabkan karena pada penelitian ini sebagian besar tenaga kesehatan berposisi sebagai perawat. Nazik dkk (2018) menyebutkan bahwa perawat memiliki banyak risiko untuk mengalami kelelahan emosional dan depersonalisasi lebih tinggi seperti jam kerja yang intens

dan panjang serta memberikan layanan dan merawat pasien yang memiliki penyakit kronis (Nazik dkk., 2018).

4.2.5 Hubungan Dimensi Penurunan Capaian Diri dengan Depresi Tenaga Kesehatan di RSD Dr Soebandi

Pada penelitian ini, hubungan dimensi penurunan capaian diri dengan kejadian depresi menunjukkan hasil yang tidak signifikan dengan *p value* 0,356. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Akova (2021) yang menunjukkan hasil signifikan antara penurunan capaian diri dengan depresi (Akova dkk., 2021). Hasil ini juga tidak sejalan dengan hasil penelitian Huri dkk (2016) yang mendapatkan hubungan signifikan antara gejala depresi dengan dimensi penurunan capaian diri (Huri dkk., 2016). Alasan perbedaan penelitian ini mungkin karena fakta bahwa penelitian tersebut dilakukan di negara dengan kondisi kesehatan yang berbeda dan dengan posisi tenaga kesehatan yang berbeda. Penelitian ini dilakukan dalam konteks pandemi COVID-19 sedangkan pada penelitian Akova dkk dan Huri dkk tidak dalam konteks pandemi. Penelitian *cross-sectional* masa pandemi COVID-19 oleh Yoruk dan Gueler (2020) menunjukkan bahwa setiap subdimensi *burnout syndrome* berhubungan dengan depresi namun pada dimensi penurunan capaian diri hubungan yang didapatkan lemah dan negatif, hanya dimensi kelelahan emosional yang menunjukkan hasil hubungan kuat (Yoruk dan Gueler, 2020). Hal ini menunjukkan bahwa pada masa pandemi COVID-19, dampak *burnout* yang ditimbulkan lebih mengarah pada kelelahan emosional.

4.3 Keterbatasan Penelitian

1. Penelitian ini belum dapat menghubungkan faktor-faktor lain yang berpengaruh dalam proses terjadinya depresi pada tenaga kesehatan, seperti riwayat kesehatan mental sebelumnya, sifat kepribadian, dan ada tidaknya masalah personal yang dapat menjadi penyebab depresi.

2. Penelitian ini tidak memiliki data *burnout syndrome* dan depresi sebelum adanya pandemi COVID-19 sehingga peneliti tidak dapat membandingkan derajat *burnout syndrome* dan depresi sebelum dan selama pandemi COVID-19.
3. Pengambilan data tidak dilakukan di waktu yang berpotensi menimbulkan derajat *burnout syndrome* dan depresi lebih tinggi yaitu selama meningkatnya kasus COVID-19 gelombang dua pada bulan Juli dan Agustus 2021.



BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka kesimpulan yang dapat diambil adalah sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan signifikan ($p=0,000$) antara *burnout syndrome* dengan kejadian depresi pada tenaga kesehatan pasca masa pandemi COVID-19 di RSD Dr Soebandi.
2. Tingkat depresi tenaga kesehatan di RSD Dr Soebandi selama pandemi adalah sebesar 20%.
3. Prevalensi *burnout syndrome* tenaga kesehatan di RSD Dr Soebandi yaitu 81,18% mengalami *burnout syndrome* derajat ringan.
4. Tenaga kesehatan dengan *burnout syndrome* memiliki kecenderungan 12,77 kali berisiko mengalami depresi dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang tidak memiliki *burnout syndrome*.
5. Dari tiga dimensi *burnout syndrome*, dimensi kelelahan emosional dan depersonalisasi menunjukkan hubungan yang signifikan ($p=0,004$ untuk kelelahan emosional dan $p=0,045$ untuk depersonalisasi) terhadap kejadian depresi pada tenaga kesehatan di RSD Dr Soebandi.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian, terdapat beberapa saran yang dapat diberikan yaitu sebagai berikut:

1. Hubungan antara *burnout syndrome* dengan depresi masih perlu diteliti kembali, dan disarankan untuk menghubungkan faktor-faktor lain yang mempengaruhi proses terjadinya depresi dan *burnout syndrome* tenaga kesehatan, seperti riwayat kesehatan mental sebelumnya, sifat kepribadian, dan ada tidaknya masalah personal yang dapat menjadi penyebab depresi.

2. Penelitian selanjutnya apabila dalam konteks pandemi, disarankan untuk memiliki data *burnout syndrome* dan depresi sebelum terjadi pandemi agar dapat mengetahui peningkatan derajat *burnout syndrome* dan depresi disebabkan oleh pandemi atau tidak.
3. Bagi peneliti selanjutnya, disarankan untuk melakukan pengambilan data di waktu yang lebih tepat dan memperluas populasi penelitian sehingga dapat lebih merepresentasikan derajat *burnout* dan depresi tenaga kesehatan yang terjadi selama pandemi COVID-19.
4. Terdapat tenaga kesehatan yang mengalami *burnout syndrome* derajat sedang dan cukup serta depresi sedang, maka hasil ini dapat menjadi saran bagi pihak rumah sakit untuk melakukan *screening* kesehatan mental pasca pandemi dan memberikan terapi yang sesuai bagi yang membutuhkan agar tidak berkembang menjadi lebih berat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahola, K. dan J. Hakanen. 2007. Job strain , burnout , and depressive symptoms : a prospective study among dentists. *Journal of Affective Disorders*. 104:103–110.
- Ahola, K., J. Hakanen, R. Perhoniemi, dan P. Mutanen. 2014. Relationship between burnout and depressive symptoms : a study using the person-centred approach. *Burnout Research*. 1(1):29–37.
- Akova, İ., Ö. Hasdemir, dan E. Kiliç. 2021. Evaluation of the relationship between burnout , depression , anxiety , and stress levels of primary health-care workers (center anatolia). *Alexandria Journal of Medicine*. 57(1):52–60.
- Alnazly, E., O. M. Khraisat, A. M. Al-bashaireh, dan C. L. Bryant. 2021. Anxiety, depression, stress, fear and social support during covid-19 pandemic among jordanian healthcare workers. 16(3)
- Alvares, M. E., E. B. Thomaz, Z. C. Lamy, R. V. Nina, M. U. Pereira, dan J. B. Garcia. 2020. Burnout syndrome among healthcare professionals in intensive care units : a cross-sectional population- based study. 32(1):251–260.
- American Thoracic Society. 2016. What is burnout syndrome (bos)? *American Journal of Respiratory Critical Care*. 194
- Andarini, E. 2018. ANALISIS FAKTOR PENYEBAB BURNOUT SYNDROME DAN JOB SATISFACTION PERAWAT DI RUMAH SAKIT PETROKIMIA GRESIK. Universitas Airlangga.
- APA. 2005. *PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)*
- Ayala-calvo, G. M. J. 2013. New perspectives : towards an integration of the concept " burnout " and its explanatory models. *Anales de Psicologia*. 29:800–809.
- Bamaca-Colbert, M. Y. dan J. G. Gayles. 2013. Variable-centered and person-centered approaches to studying mexican-origin mother-daughter cultural orientation dissonance. *Journal Youth Adolescence*. 39(11):1274–1292.
- Basundhary, P. dan A. N. Priyatama. 2016. Hubungan antara dukungan keluarga dengan depresi pada orang tua dari anak yang memiliki penyakit kanker di rumah sakit umum daerah dr. moewardi. *Jurnal Psikohumanika*. 8(1):46–62.
- BBC Indonesia. 2021. Covid Di Indonesia_ IGD Dan ICU Sejumlah Rumah Sakit

Penuh, Pasien Dirawat Di Tenda. 2021.

Cai, H., B. Tu, J. Ma, L. Chen, L. Fu, Y. Jiang, dan Q. Zhuang. 2020. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in hunan between january and march 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (covid - 19) in hubei , china. 26:1–16.

Cai, W., B. Lian, X. Song, T. Hou, G. Deng, dan H. Li. 2020. A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of corona virus disease 2019. *Asian Journal of Psychiatry*. 51(April):102111.

Chen, H., J. Guo, C. Wang, F. Luo, X. Yu, W. Zhang, J. Li, D. Zhao, D. Xu, Q. Gong, J. Liao, dan H. Yang. 2020. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of covid-19 infection in nine pregnant women : a retrospective review of medical records. *Journal of Dairy Science*. 6736(20):1–7.

Cohn, S. dan R. Kutalek. 2016. Historical Parallels, Ebola Virus Disease and Cholera_ Understanding Community Distrust and Social Violence with Epidemics. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4739438/>

Dian, C. N. 2020. Validitas Dan Reliabilitas the Patient Health Questionnaire (Phq-9) Versi Bahasa Indonesia Tesis. Universitas Sumatera Utara.

Elghazally, S. A., A. F. Alkarn, H. Elkhayat, A. K. Ibrahim, dan M. R. Elkhayat. 2021. Burnout impact of covid-19 pandemic on health-care professionals at assiut university hospitals , 2020. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*

Fischer, R., P. Mattos, C. Teixeira, D. S. Ganzerla, R. G. Rosa, dan F. A. Bozza. 2020. Association of burnout with depression and anxiety in critical care clinicians in brazil. 3(12):1–12.

Fitzpatrick, O., R. Biesma, R. M. Conroy, dan A. Mcgarvey. 2019. Prevalence and relationship between burnout and depression in our future doctors : a cross-sectional study in a cohort of preclinical and clinical medical students in ireland. 9

Guo, J. dan L. Liao. 2020. Psychological effects of covid-19 on hospital staff: a national cross-sectional survey of china mainland. *The Lancet Psychiatry*

Hazarika, P. C., S. Choudhury, dan A. K. Gupta. 2020. Burnout syndrome : a disease of modern era. *Indian Journal of Clinical Practice*. 31(4):312–317.

- Heinemann, L. V dan T. Heinemann. 2017. Burnout research: emergence and scientific investigation of a contested diagnosis
- Hert, S. De. 2020. Burnout in healthcare workers: prevalence , impact and preventative strategies. *Local and Regional Anesthesia*. 13:171–183.
- Huri, M., N. Bagis, H. Eren, M. Umara, dan K. Orhan. 2016. Association between burnout and depressive symptoms among turkish dentists. *Journal of Dental Science*. 11:353–359.
- Irene, T., J. Chay, Y. B. Cheung, S. C. Sung, G. Tewani, L. F. Yeo, G. M. Yang, F. T. Pan, J. Y. Ng, F. Abu, B. Aloweni, H. G. Ang, T. C. Ayre, C. Chai-lim, C. Chen, A. L. Heng, G. D. Nadarajan, M. Eng, H. Ong, B. See, C. R. Soh, B. Kiat, K. Tan, B. S. Tan, dan K. Xian. 2021. Healthcare worker stress , anxiety and burnout during the covid-19 pandemic in singapore : a 6-month multi-centre prospective study. 1–14.
- Jalili, M., M. Niroomand, F. Hadavand, K. Zeinali, dan A. Fotouhi. 2021. Burnout among healthcare professionals during covid-19 pandemic : a cross-sectional study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*
- Kementerian Kesehatan RI. 2020. *Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19)*. Edisi Revisi ke-.
- Kementerian Kesehatan RI. 2021. Situasi Terkini Perkembangan Coronavirus Disease (COVID-19). <https://covid19.kemkes.go.id/situasi-infeksi-emerging/situasi-terkini-perkembangan-coronavirus-disease-covid-19-25-agustus-2021>
- Kim, Y. G., H. Moon, S. Kim, Yu-ho Lee, D. Jeong, K. Kim, J. Y. Moon, Young-ki Lee, A. Cho, H. Lee, H. C. Park, dan S. Lee. 2019. Inevitable isolation and the change of stress markers in hemodialysis patients during the 2015 mers- cov outbreak in korea. *Scientific Reports*. 9:1–10.
- Kusuma, P. D., C. R. Marchira, dan S. Prawitasari. 2018. PATIENT health questionnaire-9 (phq-9) efektif untuk mendeteksi risiko depresi postpartum. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*. 5(September):428–433.
- Lai, J., S. Ma, Y. Wang, Z. Cai, J. Hu, N. Wei, J. Wu, H. Du, T. Chen, dan R. Li. 2020. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *The Journal of the American Medical Association*. 3(3):1–12.

- Li, Y., N. S. Id, L. F. Id, dan H. Kuper. 2021. Prevalence of depression , anxiety and post- traumatic stress disorder in health care workers during the covid-19 pandemic : a systematic review and meta-analysis. 16(3):1–19.
- Marsasina, A. 2016. *Gambaran Dan Hubungan Tingkat Depresi Dengan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pada Pasien Rawat Jalan Puskesmas*
- Marwick dan Birrell. 2013. *Crash Course Psychiatry*. Edisi 4. Elsevier Ltd.
- Maslach, C. dan M. P. Leiter. 2016. Understanding the burnout experience : recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 15(2):103–111.
- Maslim, R. 2013. *Diagnosis Gangguan Jiwa PPDGJ III*. Edisi 2.
- McCarron, R. M., G. L. Xiong, dan J. A. Bourgeois. 2009. *Lippincott's Primary Care Psychiatry*
- National Institute of Mental Health. 2018. Depression. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>
- Nazik, F., E. Yilmaz, dan H. Tatli. 2018. Burnout in health sector : sample of public hospital burnout in health sector : sample of public hospital. *Medicine Science International Medical Journal*. 7(4):821–825.
- Nishimura, Y., T. Miyoshi, H. Hagiya, Y. Kosaki, dan F. Otsuka. 2021. Burnout of healthcare workers amid the covid-19 pandemic : a japanese cross-sectional survey. *International Journal of Enviromental Research and Public Health*. 18(2434):1–8.
- Novita, B. dan A. Susanto. 2020. Literatur review : dampak gangguan kesehatan mental pada petugas kesehatan selama pandemi coronavirus disease 2019. *Journal of Clinical Medicine*. 7(1A):261–270.
- Pappa, S., V. Ntella, T. Giannakas, dan V. G. Giannakoulis. 2020. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the covid-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*. 88:901–907.
- Park, J., E. Lee, N. Park, dan Y. H. Choi. 2018. Mental health of nurses working at a government-designated hospital during a mers-cov outbreak: a cross-sectional study ji-seon. *Archives of Psychiatric Nursing*. 32(1):2–6.

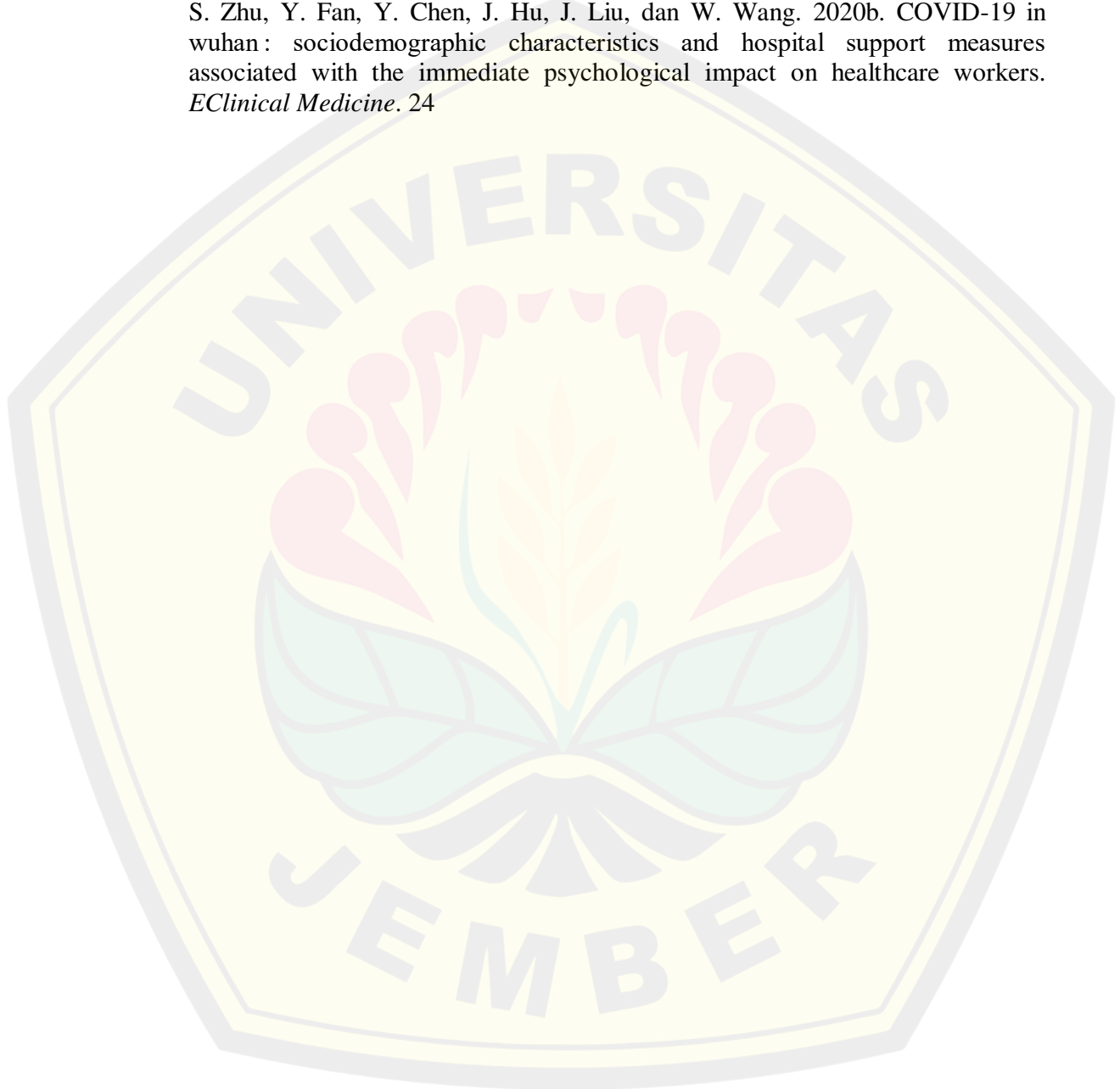
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia. 2020a. 5 Bulan Pandemi Covid-19 Di Indonesia. 2020.
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia. 2020b. Depresi, Bunuh Diri, Dan Pandemi Covid-19. 2020.
- Pristinella, D. dan R. Vienlentina. 2018. Hubungan antara self-esteem dengan tingkat depresi pada ibu yang memiliki anak down syndrome. *Jurnal Ilmiah Psikologi MANASA*. 7(1):16–25.
- Qiao, H. dan W. B. Schaufeli. 2011. The convergent validity of four burnout measures in a chinese sample : a confirmatory factor-analytic approach. *Applied Psychology: An International Review*. 60(1):87–111.
- Qu, H. dan C. Wang. 2015. Study on the relationships between nurses ' job burnout and subjective. *Chinese Nursing Research*. 2(2–3):61–66.
- Rejo, D. Arradini, A. T. Darmayanti, A. Widiyanto, dan J. T. Atmojo. 2020. Faktor-faktor yang berhubungan dengan depresi pada tenaga kesehatan saat pandemi covid-19. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*. 3(4):495–502.
- Ridlo, I. A. 2020. Pandemi covid-19 dan tantangan kebijakan kesehatan mental di indonesia. *INSAN Jurnal Psikologi Dan Kesehatan Mental*. (November)
- Rossi, R., V. Succi, F. Pacitti, G. Di Lorenzo, A. Di Marco, A. Siracusano, dan A. Rossi. 2020. Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (covid-19) pandemic in italy. *The Journal of the American Medical Association*. 2019(5):3–6.
- Samuel, H., A. Gultom, P. Studi, T. Sipil, F. Teknik, U. K. Parahyangan, T. B. Joewono, P. Studi, T. Sipil, F. Teknik, dan U. K. Parahyangan. 2014. Faktor pengaruh pemilihan jarak akses dari tempat tinggal menuju tempat pemberhentian bus. (August):22–24.
- Satgas COVID-19. 2021. Peta Sebaran COVID-19. <https://covid19.go.id/peta-sebaran>
- Sukmana, M. dan F. A. Yuniarti. 2020. The pathogenesis characteristics and symptom of covid-19 in the context of establishing a nursing diagnosis. *Jurnal Kesehatan Pasak Bumi Kalimantan*. 3(1):21–28.
- Sulistiyorini, W. dan M. Sabarisman. 2017. DEPRESI : suatu tinjauan psikologis. *Kesejahteraan Sosial*. 3(02):153–164.

- Susilo, A., C. M. Rumende, C. W. Pitoyo, W. D. Santoso, M. Yulianti, R. Sinto, G. Singh, L. Nainggolan, E. J. Nelwan, L. Khie, A. Widhani, E. Wijaya, B. Wicaksana, M. Maksum, F. Annisa, O. M. Jasirwan, E. Yunihastuti, T. Penanganan, I. New, R. D. Pinere, dan R. Cipto. 2020. Coronavirus disease 2019 : tinjauan literatur terkini. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*. 7(1):45–67.
- Takada, H., R. Ae, M. Ogawa, dan T. Kagomoto. 2022. Depression prevention in healthcare workers during the covid-19 pandemic. *Occupational Medicine*. 72:207–214.
- Toker, S. dan M. Biron. 2012. Job burnout and depression : unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *Journal of Applied Psychology*. 97(3):699–710.
- Triwahyuni, A. dan C. E. Prasetyo. 2021. Gangguan psikologis dan kesejahteraan psikologis pada mahasiswa baru. 26:35–56.
- WHO. 2017. *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*
- WHO. 2021. Depression. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Wilson, W., J. P. Raj, S. Rao, M. Ghiya, N. M. Nedungalaparambil, H. Mundra, dan R. Mathew. 2020. Prevalence and predictors of stress, anxiety, and depression among healthcare workers managing covid-19 pandemic in india : a nationwide observational study. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 42(4):353–358.
- Wu, Z. dan M. Jennifer. 2020. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (covid-19) outbreak in china summary of a report of 72 314 cases from the chinese center for disease control and prevention
- Wurm, W., K. Vogel, A. Holl, C. Ebner, dan D. Bayer. 2016. Depression-burnout overlap in physicians. 1–15.
- Yoruk, S. dan D. Gueler. 2020. The relationship between psychological resilience , burnout , stress , and sociodemographic factors with depression in nurses and midwives during the covid - 19 pandemic : a cross - sectional study in turkey. *Perspective Psychiatry Care*. 57(September):390–398.
- Zhou, L., M. Med, Y. Tong, D. Ph, R. Ren, M. Med, Q. Chen, M. Sc, D. Li, T. Liu, B. Med, J. Zhao, M. Sc, M. Li, M. Sc, W. Tu, M. Med, C. Chen, M. Sc, L. Jin, M. Med, R. Yang, M. Med, Q. Wang, S. Zhou, M. Med, R. Wang, Z. Deng, M.

Med, B. Liu, Z. Ma, M. Med, B. Yang, M. Sc, G. M. Leung, Z. Feng, dan M. Med. 2020. Early transmission dynamics in wuhan, china, of novel coronavirus–infected pneumonia. *The New England Journal of Medicine*. 1–9.

Zhu, Z., D. Ph, S. Xu, D. Ph, H. Wang, M. Med, Z. Liu, dan D. Ph. 2020a. COVID-19 in wuhan : immediate psychological impact on 5062 health workers. (1095)

Zhu, Z., S. Xu, H. Wang, Z. Liu, J. Wu, G. Li, J. Miao, C. Zhang, Y. Yang, W. Sun, S. Zhu, Y. Fan, Y. Chen, J. Hu, J. Liu, dan W. Wang. 2020b. COVID-19 in wuhan: sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *Eclinical Medicine*. 24



LAMPIRAN**Lampiran 1 *Informed Consent*****LEMBAR PENJELASAN INFORMED CONSENT RESPONDEN**

Nama Ketua Peneliti : dr. Angga Mardro Raharjo, Sp.P

Judul Penelitian:

Terapi *Lifestyle Burnout Syndrome* Masa Pandemi COVID-19 pada Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Rujukan COVID-19 Kabupaten Jember

Tujuan Penelitian:

Menganalisis faktor yang berhubungan dengan *Burnout* di Rumah Sakit Jember

Manfaat Penelitian:

Sebagai upadaya pengembangan keilmuan kesehatan kerja dalam materi *Burnout Syndrome*

Manfaat bagi subjek:

Penelitian ini akan menghasilkan buku teks PDT dan rekomendasi untuk Rumah Sakit khususnya dokter dan perawat sebagai upaya untuk menurunkan *burnout syndrome* melalui analisa efektivitas faktor individu dan organisasi. Harapan peneliti, modul dan rekomendasi yang dihasilkan mampu menjadi panduan yang dapat diterapkan di rumah sakit terkhusus ruangan yang dipakai.

Dalam penelitian ini, peneliti akan memberikan lembar kuesioner *Maslach Burnout Inventory* (MBI) untuk diisi secara *online* dipandu melalui zoom.

Dalam penelitian ini tidak ada resiko yang mempengaruhi secara fisik. Jika saudara ingin berkomunikasi dengan peneliti, saudara bisa menghubungi:

Nama : dr. Angga Mardro Raharjo, Sp. P

Alamat : Jl. Kalimantan No.37 Jember

No. Telepon : 081330640240

Partisipasi ini sepenuhnya bersifat sukarela, tidak ada pengaruh terhadap apapun. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Anda dapat memutuskan untuk berpartisipasi atau tidak atas penelitian ini kapanpun, tanpa ada konsekuensi dan sanksi apapun.

Keterangan:

- 1) Definisi *burnout syndrome*: suatu proses di mana terjadi suatu perubahan perilaku negatif sebagai respon terhadap tekanan dan stres pekerjaan dalam waktu yang berkepanjangan.
- 2) PDT (Pedoman Diagnosis dan Terapi).
- 3) MBI (*Maslach Burnout Inventory*) merupakan instrument penilaian psikologis yang terdiri dari 21 item gejala yang berkaitan dengan kelelahan kerja khususnya *burnout syndrome*. Jenis MBI yang digunakan adalah HSS (*Human Services Survey*) untuk survey layanan kemanusiaan.
- 4) COVID-19 (Coronavirus Disease 2019).

Jember,.....2021

Yang memberi penjelasan

(.....)

INFORMED CONSENT (PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN)

Saya yang bertandatangan di bawah ini, menyatakan kesediaan untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilaksanakan oleh Kelompok Riset Lifestyle Medicine, Fakultas Kedokteran, Universitas Jember dengan judul Terapi Lifestyle Burnout Syndrome Masa Pandemi COVID-19 pada Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit Rujukan COVID-19 Kabupaten Jember.

Data yang telah saya isi dalam kuesioner ini benar-benar telah sesuai dengan apa yang saya alami, saya rasakan dan saya lakukan selama bekerja disini. Tanda tangan saya di bawah ini menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi yang sejelas-jelasnya dan saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jember, 2021

Responden

Yang memberi penjelasan

(.....)

(.....)

Lampiran 2 Maslach Burnout Inventory

Burnout Self-Test Maslach Burnout Inventory

Maslach Burnout Inventory (MBI) adalah alat ukur yang umumnya digunakan untuk menilai apakah Anda mengalami resiko burnout. Untuk menjelaskan resiko burnout, MBI menilai tiga komponen yaitu kelelahan, depersonalisasi dan pencapaian prestasi diri. Masing-masing pernyataan, menunjukkan skor yang menerangkan respon Anda. Berikan tanda pada masing-masing angka yang Anda anggap mewakili pendapat Anda tentang pernyataan yang tertera dalam kolom dibawah ini.

1 : tidak pernah
2 : jarang
3 : sering
4 : selalu

Kelelahan Emosional *

	1	2	3	4
Saya merasa pekerjaan ini menguras emosi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekerja dengan orang lain sepanjang hari membutuhkan usaha yang besar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya merasa pekerjaan ini membuat lelah secara fisik dan emosional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya merasa frustrasi dengan pekerjaan ini	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Saya merasa terlalu keras dalam bekerja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terlalu banyak bekerja dengan orang secara langsung membuat saya tertekan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya merasa putus asa dengan pekerjaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Depersonalisasi *

	1	2	3	4
Saya merasa menyelesaikan pekerjaan dengan semena-mena, seolah mereka adalah obyek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya merasa setiap pagi lelah karena harus menghadapi hari untuk bekerja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya mempunyai kesan bahwa beberapa rekan kerja membuat saya merasa bertanggung jawab terhadap masalah yang terjadi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya sungguh tidak peduli dengan apa yang terjadi dengan rekan kerja saya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya menjadi tidak sensitif kepada orang lain ketika saya bekerja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya takut pekerjaan ini membuat saya menjadi tidak peduli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Penurunan Prestasi Diri *

	1	2	3	4
Saya tidak mampu menyelesaikan banyak hal penting dalam pekerjaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya merasa tidak bersemangat dalam melakukan pekerjaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya tidak mudah dapat memahami perasaan rekan kerja saya	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya tidak mampu mengurus masalah rekan kerja saya dengan efektif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dalam bekerja saya tidak mampu mengendalikan emosi dengan tenang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Melalui pekerjaan, saya merasa tidak dapat memberikan pengaruh positif kepada orang lain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya tidak mampu menciptakan suasana yang santai dengan rekan kerja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saya kurang bersemangat kembali meskipun saat saya dekat dengan rekan kerja dalam bekerja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lampiran 3 Patient Health Questionnaire-9 versi Bahasa Indonesia

Patient Health Questionnaire-9

The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) adalah alat ukur yang umumnya digunakan untuk menilai tingkat keparahan depresi seseorang secara keseluruhan.

Masing-masing pernyataan, menunjukkan skor yang menerangkan respon Anda. Berikan tanda pada masing-masing angka yang Anda anggap mewakili pendapat Anda tentang pernyataan yang tertera dalam kolom dibawah ini.

1 : tidak pernah
2 : beberapa hari
3 : lebih dari separuh waktu yang dimaksud
4 : hampir setiap hari

Selama 14 hari terakhir, seberapa sering Anda terganggu oleh masalah-masalah berikut? *

	1	2	3	4
Kurang tertarik atau kurang suka dalam melakukan apapun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Merasa murung, pilu, atau putus asa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sulit untuk tidur atau bertahan tidur, atau terlalu banyak tidur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Merasa lelah atau kurang bertenaga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurang nafsu makan atau makan terlalu banyak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Merasa buruk akan diri Anda sendiri - atau merasa bahwa Anda adalah orang yang gagal atau telah mengecewakan diri sendiri atau keluarga Anda

Sulit berkonsentrasi pada sesuatu, misalnya membaca koran atau menonton televisi

Bergerak atau berbicara sangat lambat sehingga orang lain memperhatikan. atau sebaliknya sedemikian resah dan gelisah sehingga Anda bergerak jauh lebih banyak dari biasanya

Memikirkan bahwa Anda lebih baik mati atau melukai diri Anda sendiri dengan sesuatu cara

Jika anda menconteng salah satu masalah, seberapa besar kesulitan yang ditimbulkan masalah-masalah tersebut terhadap Anda dalam melakukan pekerjaan Anda, mengurus pekerjaan rumah tangga, atau bergaul dengan orang lain? *

- Tidak menyulitkan sama sekali
- Sedikit menyulitkan
- Sangat menyulitkan
- Luar biasa menyulitkan

Lampiran 4 Hasil Uji Analisis Data**Case Processing Summary**

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	85	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	85	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		85	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	3.016	3	.389

Iteration History^{a,b,c}

Iteration		-2 Log likelihood	Coefficients
			Constant
Step 0	1	85.558	-1.200
	2	85.070	-1.377
	3	85.068	-1.386
	4	85.068	-1.386

- a. Constant is included in the model.
 b. Initial -2 Log Likelihood: 85.068
 c. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	64.650 ^a	.214	.338

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a Burnout_syndrome	2.547	.637	15.965	1	.000	12.769
Constant	-4.745	.931	25.990	1	.000	.009

a. Variable(s) entered on step 1: Burnout_syndrome.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a Kelelahan_emosional	1.659	.581	8.151	1	.004	5.252
Depersonalisasi	1.660	.829	4.005	1	.045	5.259
Penurunan_capaian_diri	-.773	.837	.853	1	.356	.462
Constant	-5.283	1.152	21.021	1	.000	.005

a. Variable(s) entered on step 1: Kelelahan_emosional, Depersonalisasi, Penurunan_capaian_diri.

Lampiran 5 Perbandingan Hasil Uji Analisis responden yang merawat pasien COVID-19 dengan non-COVID-19

1. Hasil uji analisis responden yang tidak merawat pasien COVID-19

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	19.959			
Final	10.632	9.327	2	.009

Link function: Logit.

Pseudo R-Square

Cox and Snell	.240
Nagelkerke	.334
McFadden	.217

Link function: Logit.

Parameter Estimates

		Estimate	Std. Error	Wald	df	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Thresh old	[Depresi_noncovid = 0]	-.966	1.903	.258	1	.612	-4.697	2.765
	[Depresi_noncovid = 1]	.966	1.903	.258	1	.612	-2.765	4.697
Location	[Burnout_syndrome_noncovid=1]	-3.105	1.997	2.417	1	.120	-7.020	.810
	[Burnout_syndrome_noncovid=2]	2.689E-7	2.037	.000	1	1.000	-3.992	3.992
	[Burnout_syndrome_noncovid=3]	0 ^a	.	.	0	.	.	.

Link function: Logit.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

2. Hasil uji analisis responden yang merawat pasien COVID-19

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	24.547			
Final	8.381	16.167	2	.000

Link function: Logit.

Pseudo R-Square

Cox and Snell	.272
Nagelkerke	.391
McFadden	.267

Link function: Logit.

Parameter Estimates

		Estimate	Std. Error	Wald	df	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Thresh old	[Depresi_covid = 0]	-20.654	.665	965.093	1	.000	-21.957	-19.351
	[Depresi_covid = 1]	17.934	1.070	280.833	1	.000	-20.031	-15.836
Locatio n	[Burnout_syndrom e_covid=1]	22.886	.847	729.415	1	.000	-24.547	-21.225
	[Burnout_syndrom e_covid=2]	20.355	.000	.	1	.	-20.355	-20.355
	[Burnout_syndrom e_covid=3]	0 ^a	.	.	0	.	.	.

Link function: Logit.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

Lampiran 6 Keterangan Persetujuan Etik Penelitian

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN

UNIVERSITAS JEMBER

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Telp/Fax (0331) 337877 Jember
68121 – Email : fk_unej@telkom.net**KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK***ETHICAL APPROVAL*

Nomor : 197/H25.1.11/KE/2022

Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Jember University, With regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :

HUBUNGAN *Bornout Syndrome* DENGAN DEPRESI TENAGA KESEHATAN PADA MASA PANDEMI COVID-19 DI RSD Dr. SOEBANDI KABUPATEN JEMBER

Peneliti Utama : Haniefatul Azzizah
Name of the principal investigator

NIM : 182010101126

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
Name of institution

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.
And approved the above mentioned proposal.

Jember, 19 April 2022

Ketua Komisi Etik Penelitian

Dr. dr. Rini Riyanti, Sp.PK