

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Pada bulan Januari 2020, masyarakat dunia digemparkan oleh virus baru yang berasal dari China. Virus baru tersebut dilaporkan pertama kali dari kota Wuhan, provinsi Hubei, China. Dengan rentang waktu penyebaran yang sangat singkat virus tersebut menyebabkan wabah pneumonia di kota Wuhan di akhir Desember 2019. Komisi kesehatan China memberi keterangan bahwa wabah tersebut berkaitan atau terpajan dengan pasar seafood di Wuhan.¹

Pada tanggal 7 Januari *Chinese Center for Disease Control and Prevention* (CCDC) mengidentifikasi adanya virus jenis betacoronavirus tipe baru. Virus baru tersebut dinamakan *Severe acute respiratory syndrome coronavirus- 2* (SARS-Cov-2) dan penyakit yang ditimbulkannya *Coronavirus Disease* (COVID-19). Pada Awalnya transmisi virus ini belum dapat dipastikan. Seiring bertambahnya jumlah kasus di Wuhan, tidak hanya orang yang memiliki riwayat terpapar pasar hewan, virus tersebut menular ke 15 orang tenaga medis. Setelah dilakukan observasi terhadap jumlah kasus yang semakin meningkat dikonfirmasi bahwa virus tersebut dapat menular dari manusia ke manusia. Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO) per tanggal 20 Januari dilaporkan wabah tersebut menyebar ke 3 negara lain, yaitu Thailand, Jepang dan Republik Korea. Dua ratus delapan puluh dua kasus dikonfirmasi positif terpapar coronavirus.¹⁻³

Dilaporkan dari empat negara yaitu China (278 kasus), Thailand (2 kasus), Jepang (1 kasus), Republik Korea (1 kasus). *World Health Organization* (WHO) mendeklarasikan bahwa wabah tersebut merupakan kegawatdaruratan kesehatan Internasional di tanggal 30 Januari 2020. WHO menetapkan tingkat mortalitas kasus sementara sekitar 2 % di seluruh dunia. Kasus kematian terbanyak ditemukan pada orang tua dengan penyakit penyerta seperti diabetes,

hipertensi dan penyakit kardiovaskular. Sampai saat ini, jumlah kasus di Indonesia juga masih terus mengalami peningkatan. Kasus pertama dikonfirmasi pada tanggal 2 Maret, dua orang WNI dikonfirmasi positif SARS-Cov-2. Menurut Data dari WHO jumlah kasus positif per 26 Juni 2020 secara global mencapai 9.473.214 orang dengan jumlah kematian 484.249 orang dan jumlah kasus di Indonesia mencapai 50.187 orang dengan jumlah kematian 2.660 orang.^{1,4,5} Peningkatan jumlah kasus di Indonesia terus mengalami peningkatan, menurut data pertanggal 21 Oktober jumlah kasus di Indonesia sudah mencapai 379.109 kasus positif dengan penambahan kasus baru 4.267 kasus. Provinsi di Indonesia yang jumlah kasusnya paling banyak berdasarkan data pertanggal 21 Oktober yaitu DKI Jakarta. Provinsi Sumatera Utara berada di posisi kedelapan. Jumlah kasus di Sumatera Utara sebanyak 12.212 kasus positif dan mortalitasnya sebesar 4,2%.⁶ Berdasarkan data pada bulan Oktober, di kota Rantauprapat total jumlah kasus yang terkonfirmasi positif sebanyak 88 kasus dengan total kasus kematian sebanyak 7 kasus.⁷

Peningkatan jumlah kasus covid-19 memicu rasa takut dan cemas pada masyarakat. Peneliti sebelumnya menyatakan bahwa minimnya pengetahuan dan informasi mengenai virus ini memberi dampak terhadap psikososial masyarakat. Masyarakat mengalami rasa takut jatuh sakit atau sekarat. Penutupan sekolah dan bisnis juga menambah kecemasan masyarakat. Selain itu kelangkaan masker dan alat kesehatan lainnya seperti *hand sanitizer* juga menambah kecemasan masyarakat.^{8,9} Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada fase awal di Tiongkok, setelah 2 minggu awal kemunculan wabah covid-19 sebanyak 53,8% responden berpartisipasi dalam penelitian untuk menilai dampak psikososial. Penelitian ini dilakukan dengan 1.210 responden dan diperoleh dari 194 kota di China. Dari hasil penelitian responden yang mengalami kecemasan sedang hingga berat 28,8%. Stres sedang hingga berat 8,1% dan didapati juga sebanyak 16,5% mengalami depresi sedang hingga berat.⁸ Berdasarkan data dan fenomena tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti gambaran tingkat kecemasan jemaat gereja HKBP Padang Pasir pada masa pandemi covid-19.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran tingkat kecemasan jemaat gereja HKBP Padang Pasir pada masa pandemi COVID-19?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran tingkat kecemasan jemaat gereja pada masa pandemi COVID-19 di Gereja HKBP Padang Pasir Rantauprapat.

1.3.2 Tujuan Khusus

Mengetahui karakteristik (Umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan) masyarakat pada masa pandemi COVID-19 di Gereja HKBP Padang Pasir Rantauprapat.

1.4 Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat untuk :

1. Peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman dalam menyusun karya tulis ilmiah tentang gambaran tingkat kecemasan jemaat pada masa pandemi Covid-19 di Gereja HKBP Padang Pasir.

2. Institusi

Menambah referensi penelitian dipergustakaan dan dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk penelitian selanjutnya.

3. Masyarakat

Menambah pengetahuan tentang gambaran tingkat kecemasan pada masa pandemi Covid-19. Peneliti juga berharap melalui penelitian ini masyarakat dapat mengatasi kecemasan pada masa pandemi Covid-19.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kecemasan

2.2.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan atau yang disebut dengan ansietas adalah keadaan emosional yang tidak menyenangkan, berupa respon-respon psikofisiologis yang timbul sebagai antisipasi bahaya yang tidak nyata atau khayalan, tampaknya disebabkan oleh konflik intrapsikis yang tidak disadari secara langsung. Kecemasan juga dapat didefinisikan sebagai gangguan alam perasaan yang dihubungkan dengan suatu ancaman bahaya yang tidak diketahui asalnya oleh individu yang disertai dengan respon emosional berupa ketakutan, kegelisahan dan kekhawatiran. Sumbernya berasal dari pengaruh alam bawah sadar yang diakibatkan oleh adanya stress pencetus. Beberapa komponen yang ikut menyertai perasaan tersebut, yaitu komponen somatik, fisiologik, otonomik, biokimia, hormonal dan perilaku.^{10,11}

2.2.2 Tingkat Kecemasan

Rentang respon tingkat kecemasan terdiri dari 4 tingkat kecemasan. Tingkatan tersebut dibagi menjadi kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat, dan panik.¹⁰

1. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dan tekanan dalam kehidupan sehari-hari. Pada tingkat kecemasan ini seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Pada tingkat kecemasan ini, individu juga lebih meningkatkan penglihatan, pendengaran dan pemahaman dari yang sebelumnya. Tingkat kecemasan ini juga menumbuhkan motivasi belajar dan meningkatkan pertumbuhan dan kreativitas. Kecemasan ini normal dialami dalam kehidupan sehari-

hari. Individu yang mengalami tingkat kecemasan ringan mampu memecahkan masalah dengan efektif.

2. Kecemasan sedang

Pada tingkat kecemasan sedang fokus perhatian seseorang terpusat hanya pada hal yang lebih dekat dan mengesampingkan hal yang lain. Perhatian lebih selektif tetapi dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Lapangan persepsi menjadi sempit dan mengalami hambatan dalam memperhatikan hal-hal tertentu. Individu juga mengalami kesulitan berkonsentrasi, beradaptasi, dan menganalisis. Individu mengalami perubahan berbicara menjadi lebih cepat, nada suara menjadi lebih tinggi, serta meningkatkan ketegangan otot dan kelelahan.

3. Kecemasan berat

Kecemasan berat sangat mengurangi persepsi seseorang. Individu tidak mampu berpikir tentang hal yang lain, hanya memfokuskan pada sesuatu yang terperinci dan spesifik, tidak mampu untuk lebih memperhatikan meskipun sudah diberikan instruksi. Semua perilaku dilakukan dengan tujuan untuk mengurangi ketegangan. Lapangan persepsi individu menjadi sangat sempit. Individu memerlukan lebih banyak pengarahan untuk dapat fokus pada suatu area lain. Individu juga mengeluh pusing, sakit kepala, palpitasi, kesulitan tidur (insomnia), dan tidak mampu belajar secara efektif.

4. Panik

Tingkat panik berhubungan erat dengan terperangah, ketakutan dan teror. Individu merasa seperti diteror serta hilang kendali sehingga individu tidak mampu melakukan apapun walaupun diberikan pengarahan. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, penurunan kemampuan berinteraksi dengan orang lain, mengalami penyimpangan persepsi, tidak dapat mengintegrasikan pengalaman, tidak dapat fokus dengan hal yang terjadi pada saat ini, tidak mampu memperhatikan dan memahami situasi serta kehilangan cara dalam berpikir rasional sehingga tidak dapat menyikapinya. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika

berlangsung terus menerus dalam waktu yang lama dapat menyebabkan kelelahan dan kematian.

2.2.3 Tanda dan Gejala Kecemasan

Tanda dan Gejala Kecemasan dapat digolongkan menjadi dua bagian yaitu gangguan somatik dan psikologis. Pasien yang memiliki kecemasan mengemukakan beberapa keluhan psikologis yang menyertai kecemasan antara lain: cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung, merasa tegang, gelisah, mudah terkejut dan takut bila sendirian atau takut pada keramaian. Pasien juga mengalami gangguan tidur, mimpi yang menegangkan, gangguan konsentrasi dan menurunnya daya ingat. Gangguan somatik juga sering ditemukan saat seseorang mengalami kecemasan. Adanya keluhan somatik, misalnya seperti rasa sakit pada otot dan tulang belakang, pendengaran yang berdenging atau berdebar-debar, sesak napas, mengalami gangguan pencernaan, berkemih dan sakit kepala.¹²

2.2.4 Faktor Presipitasi Kecemasan

Faktor presipitasi merupakan suatu ketegangan yang dapat menjadi faktor pencetus terjadinya kecemasan. Faktor presipitasi dapat dibedakan menjadi dua yaitu :¹²

1. Ancaman integritas seseorang meliputi ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kapasitas untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Pada ancaman ini, stresor dapat berasal dari sumber eksternal dan internal. Sumber eksternal adalah faktor-faktor yang dapat menyebabkan gangguan fisik misalnya infeksi virus dan polusi udara. Sementara sumber internalnya adalah kegagalan sistem fisiologi tubuh, misalnya sistem kardiovaskuler, sistem imun, regulasi suhu, dan perubahan fisiologi selama masa kehamilan.
2. Ancaman terhadap sistem diri seseorang dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi seseorang.

Ancaman yang berasal dari eksternal yaitu kehilangan orang yang berarti seperti ditinggalkan oleh karena kematian, perceraian maupun pindah kerja atau lingkungan. Ancaman dari sumber internal berupa gangguan hubungan interpersonal di rumah, tempat kerja, atau menerima peran baru.

2.2.5 Faktor Predisposisi Kecemasan

Terdapat beberapa teori yang dapat menjelaskan tentang faktor-faktor yang dapat mempengaruhi ansietas, diantaranya sebagai berikut.¹⁰

1. Faktor biologis

Faktor biologis menjelaskan tentang suatu reseptor khusus untuk benzodiazepine yang terdapat pada otak manusia. Reseptor ini membantu mengatur kecemasan. Penghambat GABA juga berperan utama dalam mekanisme biologi yang berhubungan dengan kecemasan sebagaimana halnya dengan endorfin. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kapasitas seseorang mengatasi stresor.

2. Faktor psikologis

a. Pandangan psikoanalitik.

Ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian id dan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa sedang dalam bahaya.

b. Pandangan interpersonal

Ansietas timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Ansietas berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan spesifik. Orang yang mengalami harga diri rendah terutama mudah mengalami

perkembangan ansietas yang berat.

c. Pandangan perilaku

Ansietas merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap sebagai dorongan belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan. Individu yang terbiasa dengan kehidupan dini dihadapkan pada ketakutan berlebihan lebih sering menunjukkan ansietas dalam kehidupan selanjutnya.

2.2.6 Pengukuran Tingkat Kecemasan

Skala pengukuran kecemasan HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) telah digunakan secara luas dalam berbagai penelitian tentang kecemasan. Skala pengukuran kecemasan ini pertama kali dikenalkan oleh Max Hamilton. HARS terdiri dari masing-masing kelompok gejala diberikan nilai 0-4 dengan penilaian sebagai berikut:¹³

- a. Nilai 0 : tidak ada (tidak ada gejala sama sekali)
- b. Nilai 1 : ringan (satu atau kurang separuh dari gejala yang ada)
- c. Nilai 2 : sedang (separuh dari gejala yang ada)
- d. Nilai 3 : berat (lebih dari separuh dari gejala yang ada)
- e. Nilai 4 : berat sekali (semua gejala ada)

Penilaian dari tiap tingkatan nilai dari masing-masing kecemasan tersebut kemudian dijumlahkan sehingga dapat diketahui derajat kecemasannya. Hasil penelitian total skor dikelompokkan menjadi lima bagian yaitu sebagai berikut :

- a. Tidak ada kecemasan jika skor <14
- b. Kecemasan ringan jika skor 14-20
- c. Kecemasan sedang jika skor 21-27
- d. Kecemasan berat jika skor 28-41

e. Kecemasan berat sekali/panik jika skor 42-56

HARS terdiri dari 14 kelompok gejala dan masing-masing kelompok diantaranya :

1. Perasaan cemas : merasa khawatir, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, lekas marah atau mudah tersinggung.
2. Ketegangan : merasa tegang, merasa lelah, respon yang mengejutkan, mudah meneteskan air mata, merasa gemetar, merasa gelisah, tidak mampu untuk bersantai.
3. Ketakutan : Takut terhadap gelap, takut terhadap orang asing, takut ditinggalkan sendirian, takut pada hewan, takut pada keramaian lalu lintas, takut pada kerumunan orang banyak.
4. Insomnia : Kesulitan tidur, tidur tidak memuaskan, merasa lelah saat bangun, mimpi buruk, terbangun tengah malam.
5. Intelektual : Sulit berkonsentrasi, daya ingat menurun, daya ingat memburuk.
6. Perasaan depresi : Kehilangan minat, kurangnya kesenangan dalam hobi, perasaan bersedih, sering terbangun dini hari saat tidur malam.
7. Gejala somatik : Nyeri atau sakit otot, kedutan, otot terasa kaku, gigi gemertak, suara tidak stabil, tonus otot meningkat.
8. Gejala sensorik : Telinga terasa berdenging, penglihatan kabur, muka memerah, perasaan lemah, sensasi ditusuk-tusuk.
9. Gejala kardiovaskuler : Takikardi, palpitasi, nyeri dada, denyut nadi meningkat, perasaan lemah, sensasi ditusuk-tusuk.
10. Gejala pernapasan : Nafas terasa sesak/ dada terasa ditekan, perasaan tercekik, sering menarik nafas dalam, nafas pendek/ tersengal-sengal.
11. Gejala gastrointestinal : Kesulitan menelan, nyeri perut, perut terasa kembung, sensasi terbakar, perut terasa penuh, merasa mual, muntah, sukar buang air besar/ BAB, kehilangan berat badan, konstipasi.

12. Gejala genitourinari : Frekuensi berkemih meningkat, tidak dapat menahan air seni, menstruasi tidak teratur, friginitas menjadi dingin (gairah seksual menurun)
13. Gejala otonom : Mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, kepala terasa berat, kepala pusing, bulu-bulu berdiri.
14. Tingkah laku : Gelisah, tidak senang/sering mondar-mandir, kerut kening, wajah tegang, wajah pucat, nafas pendek dan cepat.

2.2 Corona Virus Disease 2019

2.2.1 Definisi

Corona berasal dari bahasa latin yang berarti mahkota. Hal itu dikarenakan gambaran permukaan partikel dari virus corona berbentuk seperti mahkota jika dilihat dari mikroskop. Partikel virus ini berukuran 120-160 nm. Virus corona diklasifikasikan sebagai anggota ordo Nidovirales. Virus corona termasuk virus RNA untai tunggal dan merupakan genus yang paling besar dikarenakan dapat menginfeksi hewan dan manusia. Virus ini dibagi menjadi alfa, beta, gamma, dan delta corona virus. Ada 6 jenis corona virus yang dapat menginfeksi manusia, yaitu *alphacoronavirus 229E*, *alphacoronavirus NL63*, *betacoronavirus OC43*, *betacoronavirus HKU1*, *Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV)* dan *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS CoV)*.^{14,15}

Terdapat dua jenis virus corona yang menimbulkan gejala berat yaitu Middle East Respiratory Syndrome (MERS CoV) dan Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV). Pada Januari 2020 telah diidentifikasi betacoronavirus tipe baru.¹⁴ Hasil dari analisis filogenetik menunjukkan kemiripan antara virus ini dengan virus yang menyebabkan wabah SARS pada 2002-2004 silam. Kedua virus ini masuk ke dalam golongan subgenus *Sarbecovirus*. Kemiripan struktur genom dan subgenus kedua virus ini mendasari *International Commite on Toxonomy of Viruses*

memutuskan SARS CoV-2 menjadi nama virus baru tersebut.^{9,15}

2.2.2 Epidemiologi

Awal merebaknya kasus COVID-19 di kota Wuhan semakin hari semakin mengalami peningkatan. Kasus yang ditimbulkan oleh virus COVID-19 terus memuncak. Menurut data dari *World Health Organization* (WHO) pertanggal 30 Januari 2020 virus ini telah dilaporkan dari tiga negara, yaitu Finlandia, India, dan Filipina. Diinformasikan bahwa orang yang tertular memiliki riwayat perjalanan dari kota Wuhan. Laporan kasus yang paling banyak datang dari kota Hubei kemudian dengan cepat merebak ke seluruh provinsi di China. Kasus COVID 19 yang dikonfirmasi pada tanggal 30 Januari di China sebanyak 7.736 kasus.^{5,16}

Tidak hanya di China, delapan puluh enam kasus COVID 19 sudah dilaporkan dari beberapa negara, seperti Taiwan, Thailand, Vietnam, Malaysia, Nepal, Sri Lanka, Kamboja, Jepang, Singapura, Arab Saudi, Korea Selatan, Filipina, India, Australia, Kanada, Finlandia, Prancis dan Jerman. Kasus ini pertama kali dilaporkan di Indonesia pada tanggal 2 Maret 2020. Kasus ini diduga tertular dari orang asing yang datang ke Indonesia, dikarenakan kedua orang yang dikonfirmasi virus COVID 19 mempunyai riwayat kontak dengan orang asing tersebut.⁵

Menurut data dari WHO pertanggal 14 Maret 2020, jumlah peningkatan kasus COVID-19 secara global sebanyak 142.534. Di Indonesia jumlahnya sebanyak 69 kasus positif. Pada tanggal 30 Maret jumlah kasus COVID-19 di Eropa dan Amerika Utara mengalami peningkatan yang pesat dan jumlahnya melampaui China, dimana China adalah negara awal yang melaporkan adanya virus ini. Jumlah kasus yang dilaporkan dari Amerika Serikat sebanyak 19.332 kasus dan disusul oleh Spanyol yang penambahan kasus barunya sebanyak 6.549 kasus baru. Tingkat mortalitas tertinggi di dunia juga dilaporkan dari Italia, yaitu

11,3%.^{15,17}

Sementara di Indonesia penambahan kasus juga semakin meningkat. Saat ini, pemerintah melaporkan total kasus yang terjadi di Indonesia hingga 21 Oktober 2020 sebanyak 379.109 kasus, dengan penambahan kasus baru 4.267 kasus. Jumlah kematian sudah mencapai 12.857. Jumlah total kasus yang sembuh sebanyak 297.509 kasus. provinsi di Indonesia yang jumlah kasusnya paling banyak yaitu DKI Jakarta, disusul oleh Jawa Timur, Jawa Barat, Jawa Tengah, Sulawesi Selatan, Riau, Kalimantan Timur, dan Sumatera Utara berada di posisi ke delapan. Jumlah kasus di Sumatera Utara sebanyak 12.212 kasus Positif dan jumlah kasus yang sembuh 9.849 kasus dengan tingkat mortalitasnya sebesar 4,2%.⁶

2.2.3 Transmisi

Sumber awal virus SARS CoV-2 diduga berasal dari pasar *seafood* di kota Wuhan provinsi Hubei, China. Transmisi awal virus ini diduga melalui manusia ke manusia dengan cara penularan melalui nasokomial. Awal dilaporkannya virus ini dari seorang pria 56 tahun yang tidak memiliki riwayat perjalanan ke daerah wabah atau orang yang bergejala. Pria ini merupakan pasien pertama yang dikonfirmasi SARS CoV-2 pada tanggal 4 Februari 2020. Menurut pengamatan dari video yang diambil oleh Dinas Keamanan Umum pada pagi hari tanggal 23 Januari pasien ini berkumpul selama 15 detik dengan pasien lainnya disebuah warung yang sama. Pasien kedua dan ketiga yang merupakan pasangan suami istri juga tidak memiliki riwayat perjalanan ke daerah wabah. Setelah dilakukan penelusuran melalui video, mereka bersama selama 50 detik di sebuah klinik pada tanggal 22 Januari dimana keduanya tidak memakai masker dan dinyatakan positif terkena SARS CoV-2 pada tanggal 25 dan 27 Januari. Hasil pengamatan dari kasus tersebut peneliti menduga bahwa tingkat penularan dari virus SARS-CoV 2 lebih tinggi daripada SARS CoV dan MERS CoV.¹⁸

Berdasarkan penelitian terbaru yang dilakukan oleh Zou, dkk infektifitas kuat SARS CoV berikatan dengan reseptor angiotensin-converting enzyme 2 (ACE-2) dengan afinitas yang lebih tinggi dari SARS CoV. Alasan lain yang mendasari yang dilaporkan oleh peneliti berhubungan dengan pola pelepasan asam nukleat virus pada pasien yang terinfeksi SARS CoV-2 serupa dengan pada pasien yang terinfeksi influenza. Maka dari itu SARS CoV sering kali menyebabkan penularan cluster, terutama menyebabkan cluster dalam keluarga. Peneliti menegaskan transmisi SARS CoV-2 terutama terjadi melalui droplet yang keluar saat batuk atau bersin. Peneliti juga menduga bahwa ada kemungkinan penularan terjadi melalui permukaan okular yang berasal dari tetesan atau cairan tubuh yang terinfeksi SARS CoV-2. Selain itu penularan virus ini juga didukung dengan ruangan yang sirkulasi udaranya tidak baik.^{18,19}

Beberapa penelitian melaporkan kasus positif pada neonatus, tetapi penularan vertikal dari ibu kepada janin belum pasti dapat terjadi. Apabila kemungkinan penularan vertikal terjadi, diduga peluang transmisinya sangat kecil. Pada ibu yang terinfeksi SARS CoV-2, hasil pemeriksaan virologi dari cairan amnion, darah tali pusat dan air susu ibu didapatkan negatif.²⁰

Hasil penelitian berdasarkan penelitian yang dilakukan pada sistem saluran pencernaan menunjukkan hasil yang positif. Virus SARS CoV-2 terbukti dapat menginfeksi saluran pencernaan. Pertanyaan ini disimpulkan berdasarkan hasil biopsi pada sel epitel gaster, duodenum dan rektum. Bahkan virus ini dapat dideteksi pada feses, hal ini juga yang menguatkan dugaan penularan virus melalui fekal-oral.²¹

Tingkat stabilitas SARS CoV-2 pada benda mati hampir serupa dengan SARS CoV. Berdasarkan eksperimen yang dilakukan oleh Van Doremalen dkk, SARS CoV-2 dapat bertahan dengan stabil selama >72 jam pada plastik dan *stainless steel* sementara pada tembaga 4 jam dan

kardus 24 jam. Hasil penelitian yang dilakukan di Singapura menunjukkan persistensi virus ini juga dapat terdeteksi pada gagang pintu,udukan toilet, tombol lampu, jendela, lemari, hingga kipas ventilasi, namun tidak terdapat pada sampel udara.^{9,22}

2.2.4 Faktor Resiko

Menurut data dari penelitian yang telah dilakukan, hipertensi dan diabetes melitus termasuk ke penyakit komorbid sedangkan jenis kelamin laki-laki dan perokok aktif merupakan faktor resiko penularan infeksi dari SARS CoV- 2. Distribusi jenis kelamin yang lebih banyak pada laki-laki karena prevalensi perokok aktif lebih tinggi pada laki-laki. Peneliti menduga terjadinya peningkatan ekspresi reseptor ACE (*Angiotensin Converting Enzyme*) pada pasien yang perokok dan yang memiliki penyakit komorbid hipertensi dan diabetes melitus.²³

Pasien yang menderita kanker dan penyakit kronik lebih rentan terinfeksi virus SARS CoV-2 dikarenakan terjadi reaksi immunosupresif, sitokin yang berlebihan, supresi induksi agen proinflamasi, dan gangguan maturasi sel dendritik. Pasien yang memiliki riwayat gangguan pernafasan seperti asma belum ada studi yang menghubungkannya, tetapi berdasarkan studi meta-analisis yang dilakukan Yang, dkk manifestasi klinis yang ditimbulkan lebih parah.^{9,23}

Beberapa faktor resiko lain yang ditetapkan oleh *Centers for Disease Control and Prevention*) CDC dibagi menjadi resiko rendah dan tinggi. Yang termasuk resiko tinggi adalah tenaga medis, orang yang kontak erat atau orang yang tinggal dalam satu rumah dengan pasien COVID-19 dan yang memiliki riwayat perjalanan ke daerah wabah. Sementara pasien yang beresiko rendah jika berada di satu lingkungan yang sama tetapi tidak kontak erat (dalam radius 2 meter).^{9,24}

2.2.5 Patogenesis

Patogenesis SARS CoV-2 masih belum banyak diketahui, tetapi peneliti menduga tidak jauh berbeda dengan SARS CoV. Virus SARS CoV-2 terutama menginfeksi sel-sel pada saluran napas manusia yang melapisi alveoli.²⁵

Awal masuknya SARS CoV-2 ke dalam sel diidentifikasi melalui fusi antara membran virus dan plasma membran sel. Setelah virus memasuki sel, genom RNA virus dilepaskan ke dalam sitoplasma dan diterjemahkan menjadi dua poliprotein dan protein struktural, setelah itu genom virus mulai bereplikasi. Glikoprotein pada selubung virus yang baru terbentuk masuk ke dalam membran retikulum endoplasma atau golgi. Setelah itu terjadi pembentukan nukleokapsid yang tersusun dari genom RNA dan protein nukleokapsid. Partikel virus akan tumbuh ke dalam retikulum endoplasma dan golgi sel. Pada tahap akhir, vesikel yang mengandung partikel virus akan bergabung dengan membran plasma untuk melepaskan komponen virus yang baru.^{9,25}

Pada SARS CoV-2 protein S2' berperan penting dalam proses pembelahan proteolitik yang memediasi terjadinya proses fusi membran. Selain itu terdapat juga *clathrin-dependent* dan *clathrin-independent endocytosis* yang ikut berperan memediasi masuknya SARS CoV ke dalam pejamu.²⁶ Infeksi SARS-CoV dipengaruhi oleh faktor dari virus dan pejamu. Regulasi dari sistem imun pejamu berperan penting dalam kerusakan jaringan pada infeksi SARS CoV-2. Respon imun yang tidak adekuat akan menyebabkan replikasi virus meningkat sehingga efek sitopatik virus yang turut meningkat mempengaruhi keparahan infeksi.²⁷ Respon imun yang berlebihan juga dapat menimbulkan kerusakan jaringan. Respon imun yang disebabkan oleh SARS CoV-2 belum dapat dipahami sepenuhnya. Mekanisme respon imun SARS CoV-2 dapat dipelajari dari mekanisme yang terjadi pada SARS-CoV dan MERS- CoV. Antigen virus yang masuk ke dalam sel akan dipresentasikan ke *Antigen Presentation Cell* (APC). Presentasi virus tersebut bergantung pada

molekul *Major Histocompatibility Complex* (MHC) kelas I dan MHC kelas II juga turut berkontribusi. Selanjutnya presentasi antigen menstimulasi respon imunitas dan selular tubuh yang dimediasi oleh sel T dan produksi vesikel membran ganda yang tidak memiliki *Pattern Recognition Receptors* (PRRs) dan bereplikasi dalam vesikel tersebut sehingga tidak dapat dikenali oleh pejamu.⁹

SARS-CoV dan Mers-CoV juga menghambat jalur IFN-1. Diketahui MERS-CoV juga menghambat presentasi antigen. Pada infeksi SARS-CoV terdapat respon inflamasi yang tidak terkontrol yang disebut badai sitokin. Badai sitokin menyebabkan terjadinya *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS) yang merupakan penyebab utama kematian dari pasien COVID-19. Badai sitokin disebabkan oleh karena pelepasan sitokin proinflamasi dalam jumlah besar (IFN- α , IFN- γ , IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-7, IL-10, IL-12, IL-18, IL-33, TNF α , TGF β) serta kemokin dalam jumlah besar (CCL-2, CCL-3, CCL-5, CXCL-8, CXCL-9, CXCL-10).²⁵ *Granulocyte-colony stimulating factor, interferon- γ -inducible protein 10, monocyte chemoattractant protein 1, dan macrophage inflammatory protein 1 alpha* juga mengalami peningkatan.²⁵ Oleh karena peningkatan respon imun yang berlebihan menyebabkan kerusakan organ paru dan fibrosis. Sehingga hal ini dapat menyebabkan gangguan fungsional dan kematian.⁹

2.2.6 Manifestasi Klinis

Pasien COVID-19 memiliki manifestasi klinis yang berspektrum luas. Beberapa manifestasi klinis yang ditemukan mulai dari tanpa gejala (asimtomatik), gejala ringan, pneumonia, pneumonia berat, ARDS (*Acute Respiratory Distress Syndrome*). Gejala ringan didefinisikan jika pasien mengalami infeksi akut saluran pernapasan namun tanpa terjadi komplikasi. Keadaan ini terjadi disertai dengan demam, *fatigue*, batuk (dengan atau tanpa sputum), anoreksia, malaise, nyeri tenggorokan, kongesti nasal atau sakit kepala. Pasien tidak memerlukan perawatan dengan menggunakan

oksigen. Pada beberapa kasus didapatkan mual dan muntah pada pasien.²⁸

Pasien COVID-19 dengan pneumonia yang berat ditandai dengan demam, ditambah salah satu dari gejala yaitu, frekuensi pernapasan > 30x/menit, distres pernapasan berat, atau saturasi oksigen 93% tanpa bantuan oksigen. Gejala yang paling sering ditimbulkan ialah demam, batuk kering, dan fatigue. Lebih dari 40% demam pada pasien COVID-19 mencapai puncak antara 38,1-39° C sementara 345 lainnya mengalami demam diatas 39°C.²⁸

Masa inkubasi virus ini adalah 3-14 hari. Pada fase awal limfosit dan leukosit masih normal atau sedikit menurun dan pasien belum memunculkan gejala. Pada fase berikutnya, virus menyebar melalui aliran darah, terutama jaringan yang mengekspresi ACE-2 seperti di paru-paru, saluran cerna, dan jantung. Pada fase ini pasien mulai menimbulkan gejala awal yang umumnya ringan. Pada hari keempat atau hari ketujuh pasien mulai menimbulkan gejala demam, sesak, lesi paru memburuk, limfosit menurun. Jika fase ini tidak teratasi maka akan menyebabkan badai sitokin, dikarenakan inflamasi yang semakin tidak terkontrol. Hal ini yang menyebabkan terjadinya ARDS dan sepsis.^{9,28,29}

2.2.7 Pencegahan

Penyakit COVID-19 merupakan penyakit baru, pengetahuan tentang penyakit ini masih minim dan belum dapat dipastikan. Maka dari itu, pencegahan adalah langkah utama yang harus dilakukan.

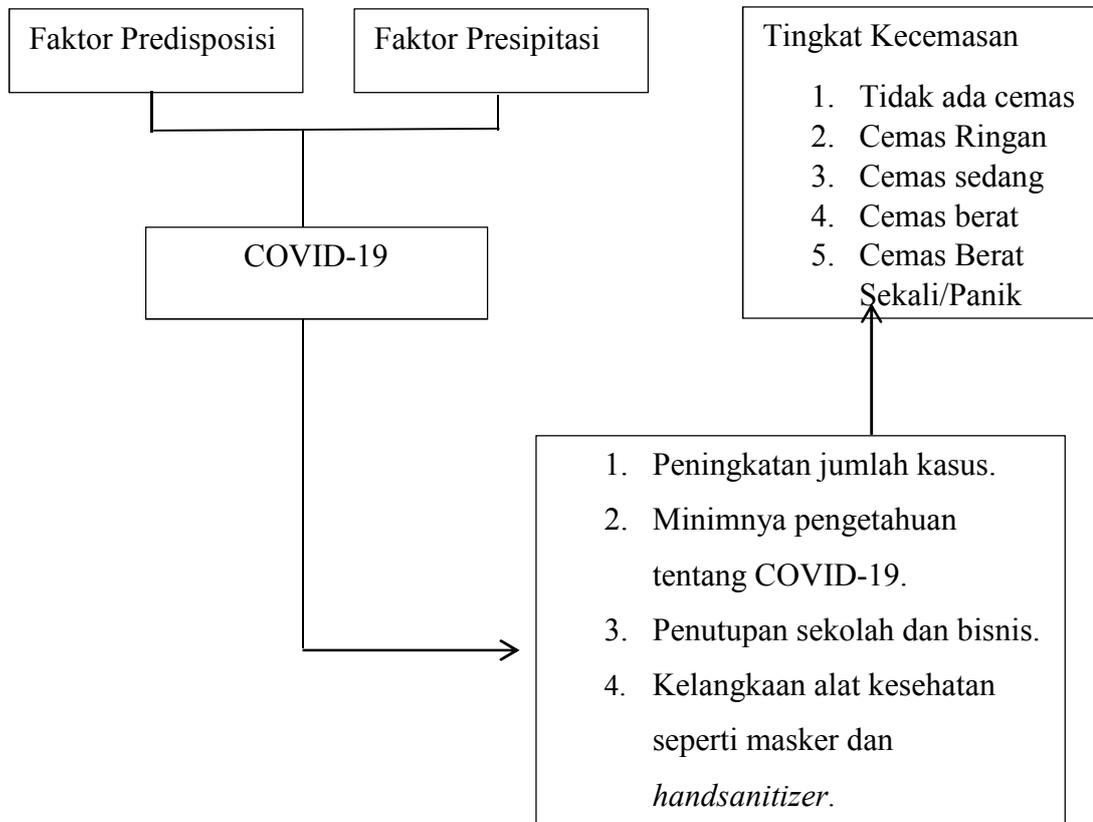
World health organization (WHO) mengatakan bahwa kunci dari pencegahan penyakit ini adalah pemutusan rantai penularan dengan melakukan isolasi, deteksi dini, dan melakukan proteksi dasar.

Mengingat bahwa penularan utama dari SARS CoV-2 adalah droplet maka pemakaian APD (alat pelindung diri) akan menjadi metode yang efektif untuk mencegah tertularnya virus SARS CoV-2. Alat pelindung diri ini termasuk masker wajah, kacamata, pelindung wajah atau *face shield*, dan gaun nonsteril lengan panjang. Penggunaan APD sangat disarankan untuk

petugas medis.^{9,30}

WHO juga merekomendasikan agar masyarakat meningkatkan proteksi dasar, seperti mencuci tangan dengan sabun atau alkohol secara rutin, menjaga jarak dengan seseorang yang memiliki batuk atau bersin, melakukan etika batuk yang benar, dan segera berobat jika meliki keluhan yang sesuai kategori suspek. Pencegahan dini seperti isolasi diri selama 14 hari juga sangat disarankan jika seseorang baru saja pulang dari daerah yang terpapar wabah atau bertemu dengan pasien yang ternyata positif COVID-19.⁹ Selain itu, mempersiapkan daya tahan tubuh juga penting untuk menghadapi masa pandemi COVID-19. Beberapa cara yang dapat dilakukan untuk meningkatkan imunitas tubuh yaitu, berhenti merokok dan konsumsi alkohol, memperbaiki kualitas tidur serta rutin mengkonsumsi suplemen. Vitamin D dapat secara aman memproteksi terhadap infeksi saluran napas akut.^{31,32}

2.3 Kerangka Teori



2.4 Kerangka Konsep

Sesuai dengan landasan teori dalam penelitian ini, maka dapat disusun kerangka konsep penelitian sebagai berikut :

Variabel Bebas (Independent)

Variabel Terikat (Dependent)



BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan desain *cross sectional* (studi potong lintang). Artinya, Peneliti melakukan pengambilan data dalam satu kali pengamatan.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di gereja HKBP Padang Pasir Rantauprapat dan penelitian ini mulai dilaksanakan pada bulan Desember 2020 sampai Februari 2021.

3.3 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh jemaat yang terdaftar di Gereja HKBP Padang Pasir.

3.4 Sampel Penelitian dan Cara Pemilihan Sampel

3.4.1 Sampel Penelitian

Sampel merupakan sebagian dari anggota populasi. Sampel dalam penelitian ini adalah jemaat yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

3.4.2 Cara Pemilihan Sampel

Cara pemilihan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. Peneliti menentukan sampel yang akan diambil berdasarkan karakteristik usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan.

3.4.3 Perhitungan Besar Sampel

Cara perhitungan jumlah sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan rumus Slovin. Cara pemilihan sampel yang diteliti diharapkan dapat mewakili seluruh populasi sebanyak 506 responden, yaitu sebagai berikut :

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

Keterangan :

n = Ukuran sampel/jumlah responden

N = Ukuran populasi

e = Presentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sampel yang masih bisa ditolerir, e = 0,5

Jumlah populasi dalam penelitian ini adalah sebanyak 506 responden. Maka untuk mengetahui sampel penelitian, dengan perhitungan sebagai berikut :

$$n = \frac{506}{1 + 506(0,5)^2}$$

$$n = \frac{506}{2,256}$$

$$n = 224,2$$

$$n = 224 \text{ responden}$$

3.5 Kriteria Inklusi dan Ekslusi

3.5.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah masyarakat yang berusia 12-65 tahun yang terdaftar di gereja HKBP Padang Pasir pada tahun 2020. Serta masyarakat yang bersedia ikut serta dalam penelitian dan menandatangani *informed consent*.

3.5.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini yaitu tidak bisa membaca dan atau menulis.

3.6 Prosedur Kerja

1. Peneliti meminta izin permohonan pelaksanaan penelitian dari Fakultas Kedokteran Universitas HKBP Nommensen.
2. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang manfaat serta tujuan penelitian.
3. Setelah memberikan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan, responden yang bersedia dipersilahkan menandatangani *informed consent*.
4. Responden yang telah menandatangani *informed consent* dipersilahkan untuk mengisi kuesioner Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) dan
5. Peneliti mengumpulkan dan menganalisa data untuk memperoleh hasil penelitian.

3.7 Definisi Operasional

Tabel 3.1

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Tingkat kecemasan	Respon emosional yang dialami individu yang dikelompokkan menjadi ringan, sedang, berat, dan berat sekali.	Kuesioner: <i>Hamilton anxiety rating scale</i> (HARS)	Mengisi lembar kuesioner HARS	a. <14 = tidak ada kecemasan b. 14-20 = kecemasan ringan c. 21-27 = kecemasan sedang d. 28-41 = kecemasan berat e. 42-56 = kecemasan berat sekali	Ordinal
2	Usia	Waktu yang mengukur keberadaan seseorang.	-	-	1. 12-16 tahun (masa remaja awal) 2. 17-25 tahun (masa remaja akhir) 3. 26-35 tahun	Ordinal

					(masa dewasa awal)	
					4. 36-45 tahun (masa dewasa akhir)	
					5. 46-55 tahun (masa lansia awal)	
					6. 56-65 tahun (masa lansia akhir)	
3	Jenis kelamin	Sifat rohani dan jasmani yang membedakan dua makhluk.	-	-	1. laki-laki 2. perempuan	Nominal
4	Tingkat pendidikan	Tahapan pendidikan yang diterapkan berdasarkan perkembangan peserta didik.	-	-	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. S1	Ordinal
5	Pekerjaan	Kegiatan yang harus dilakukan untuk	-	-	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Ordinal

memenuhi
kebutuhan
hidup.

6	Status Perkawinan	Tahapan status individu berdasarkan status perkawinan	-	-	1. Belum kawin 2. Kawin 3. Cerai hidup 4. Cerai mati	Nominal
---	-------------------	---	---	---	---	---------

3.8 Analisis Data

Analisis univariat analisa yang dilakukan untuk menganalisa tiap variabel dari penelitian. Analisa univariat dilakukan deskriptif karakteristik variabel yang diteliti dengan tujuan untuk melihat gambaran tingkat kecemasan pada masa pandemi COVID-19.