

Dampak Psikologis dalam Memberikan Perawatan dan Layanan Kesehatan Pasien COVID-19 pada Tenaga Profesional Kesehatan

Lilin Rosyanti^{1*}, Indriono Hadi²

¹Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Kendari, Indonesia: lilin6rosyanti@gmail.com

²Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Kendari, Indonesia

*(Korespondensi e-mail: lilin6rosyanti@gmail.com)

ABSTRAK

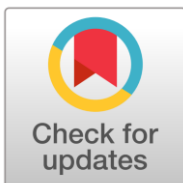
Stres dan kecemasan adalah reaksi terhadap situasi yang mengancam dan tak terduga seperti dalam wabah pandemi koronavirus. Petugas kesehatan adalah yang paling rentan terhadap hal tersebut. Reaksi terkait stres meliputi perubahan konsentrasi, lekas marah, cemas, susah tidur, berkurangnya produktivitas, dan konflik antarpribadi, dalam kasus selanjutnya, mereka akan mengalami kondisi kejiwaan yang lebih parah, pemisahan dari keluarga, situasi abnormal, peningkatan paparan, ketakutan akan penularan COVID-19, perasaan gagal dalam menangani prognosis yang buruk, fasilitas teknis yang tidak memadai, APD, alat dan peralatan, untuk membantu merawat pasien. Petugas kesehatan mengalami kesulitan mempertahankan kondisi kesehatan fisik dan mental yang berisiko mengalami gangguan psikologis seperti depresi, kecemasan, stres berat, dan kelelahan. Faktor risiko lain yang diidentifikasi adalah perasaan tidak didukung, kekhawatiran tentang kesehatan pribadi, takut membawa infeksi dan menularkannya kepada anggota keluarga atau orang lain, diisolasi, perasaan tidak pasti, stigmatisasi sosial, beban kerja yang berlebihan, dan merasa tidak aman ketika memberikan layanan perawatan dan kesehatan pada pasien COVID-19.

Kata kunci: COVID-19, Depresi, Kecemasan, Koronavirus, Stress, Tenaga kesehatan

Abstract

Stress and anxiety are reactions to threatening and unpredictable situations such as in a coronavirus pandemic outbreak. Health workers are the most vulnerable to this. Stress-related reactions include changes in concentration, irritability, anxiety, insomnia, reduced productivity, and interpersonal conflict, in subsequent cases, they will experience more severe psychiatric conditions, separation from family, abnormal situation, increased exposure, increased exposure exposure, fear of transmission of COVID-19, feeling of failure in handling a poor prognosis, inadequate technical facilities, PPE, tools and equipment, to help treat patients. Health workers have difficulty maintaining physical and mental health conditions that are at risk of experiencing psychological disorders such as depression, anxiety, severe stress, and fatigue. Other risk factors identified are feelings of being unsupported, concerns about personal health, fear of bringing infections and transmitting them to family members or others, isolated, feeling uncertain, social stigmatization, excessive workload, and feeling insecure when providing care and health in COVID -19 patients.

Keywords: Anxiety, Coronavirus, COVID-19, Depression, Health workers, Stress



PENDAHULUAN

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), penyakit yang disebabkan virus terus muncul dan menjadi masalah serius bagi kesehatan masyarakat. Dalam dua puluh tahun terakhir, epidemi virus seperti Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus (SARS-CoV) pada tahun 2002-2003, dan influenza H1N1 pada 2009. Kemudian, Middle East Respiratory Syndrome corona virus (MERS-CoV) pertama kali diidentifikasi di Arab Saudi pada tahun 2012. Terbaru adalah kasus epidemi dengan infeksi pernapasan terjadi di Wuhan, daerah metropolitan terbesar di provinsi Hubei Cina, pertama kali dilaporkan ke WHO, pada 31 Desember 2019. Karena tidak dapat mengidentifikasi agen penyebab, kasus pertama diklasifikasikan sebagai "pneumonia dengan etiologi yang tidak diketahui." Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC: Chinese Disease Control and Prevention) menyelenggarakan program investigasi wabah yang intensif. Etiologi penyakit tersebut di hubungkan dengan virus baru milik family coronavirus (CoV) (Casella, Rajnik, Cuomo, Dulebohn, & Di Napoli, 2020).

Pada 11 Februari 2020, Direktur Jenderal WHO, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, mengumumkan bahwa penyakit yang disebabkan oleh CoV baru ini adalah "COVID-19," yang merupakan singkatan dari "penyakit coronavirus 2019". Dalam dua puluh tahun terakhir, dua epidemi CoVs telah terjadi. SARS-CoV memicu epidemi skala besar dimulai di Tiongkok, melibatkan 24 negara dengan 8000 kasus dan 800 kematian, kemudian MERS-CoV yang dimulai di Arab Saudi sekitar 2.500 kasus dan 800 kematian dan masih menyebabkan kasus sporadis. COVID-19 merupakan Virus baru yang sangat menular dan telah menyebar dengan cepat secara global. Pada pertemuan tanggal 30 Januari 2020, sesuai dengan Peraturan Kesehatan Internasional (IHR; International Health Regulations 2005), wabah tersebut

dinyatakan oleh WHO sebagai kondisi darurat (PHEIC: Public Health Emergency from International Concern) karena telah menyebar ke 18 negara dengan 4 negara melaporkan transmisi ke manusia (Casella et al., 2020).

Awalnya, virus baru disebut 2019-nCoV, Selanjutnya, para ahli dari Komite Internasional Taksonomi Virus (ICTV: International Committee on Virus Taxonomy) menyebutnya virus SARS-CoV-2 karena sangat mirip dengan penyebab wabah SARS (SARS-CoVs). CoVs telah menjadi patogen utama dari wabah penyakit pernapasan. Mereka adalah family besar virus RNA untai tunggal (+ ssRNA) yang dapat diisolasi pada spesies hewan yang berbeda. virus ini dapat menyerang spesies lain dan manusia, mulai dari flu biasa hingga yang lebih parah seperti MERS dan SARS, virus yang terakhir ini kemungkinan berasal dari kelelawar dan kemudian pindah ke inang mamalia lainnya, musang untuk SARS-CoV, dan unta dromedaris untuk MERS-CoV, sebelum pindah ke manusia (Casella et al., 2020; Perlman & Netland, 2009).

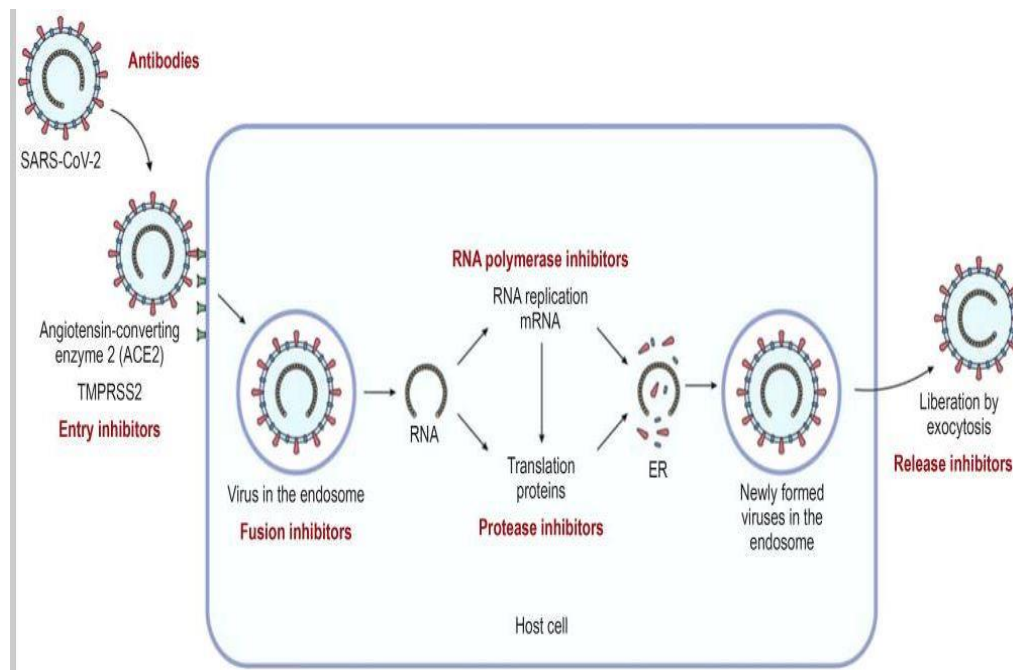
PENYEBAB

CoV adalah virus RNA positif dengan penampilan seperti mahkota. coronam adalah istilah Latin untuk kata mahkota yang terlihat pada pemeriksaan mikroskop karena adanya peningkatan glikoprotein. Subfamili Orthocorona virinae dari keluarga Coronaviridae, digolongkan menjadi empat gen CoV: Alpha coronavirus, Beta coronavirus, Delta coronavirus, dan Gamma coronavirus. Selanjutnya, genus betaCoV membelah menjadi lima sub-genera atau garis keturunan. Karakterisasi genomik menunjukkan bahwa kelelawar dan tikus adalah sumber gen alphaCoVs dan betaCoVs. Sebaliknya, spesies burung mewakili sumber gen deltaCoVs dan gammaCoVs. (Chan, To, Tse, Jin, & Yuen, 2013).

Anggota keluarga besar virus dapat menyebabkan penyakit pernapasan, enterik,

hati, dan neurologis pada berbagai spesies hewan, termasuk unta, sapi, kucing, dan kelelawar. (Chan et al., 2013; Chen, Liu, & Guo, 2020) Secara umum, menunjukkan 2%

dari populasi adalah pembawa CoV yang sehat dan virus ini bertanggung jawab atas sekitar 5%-10% infeksi pernapasan akut (Y. Chen et al., 2020).



Gambar 1. Representasi skematis dari siklus replikasi SARS-CoV-2 yang menunjukkan situs aksi terapi potensial; ER, retikulum endoplasmia (Stahlmann & Lode, 2020)

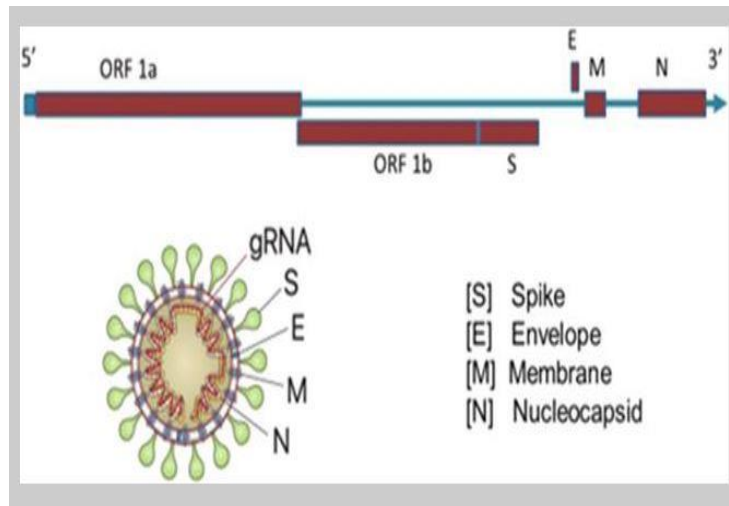
CoV pada manusia pada umumnya : HCoV-OC43, dan HCoV-HKU1 (betaCoVs dari garis keturunan A); HCoV-229E, dan HCoV-NL63 (alphaCoVs), yang dapat menyebabkan pilek dan infeksi pernafasan atas yang dapat sembuh sendiri pada individu yang imunokompeten. Pada subjek yang mengalami gangguan kekebalan dan orang tua, infeksi saluran pernapasan bagian bawah dapat terjadi. CoV manusia lainnya: SARS-CoV, SARS-CoV-2, dan MERS-CoV (betaCoVs dari garis keturunan B dan C) yang menyebabkan epidemi dengan tingkat keparahan klinis bervariasi dengan manifestasi pernapasan dan ekstrapernapasan. Mengenai SARS-CoV, MERS-CoV, angka kematian masing-masing hingga 10% dan 35%. Dengan demikian, SARS-CoV-2 termasuk dalam kategori betaCoVs yang memiliki bentuk bulat atau elips dan sering pleomorfik, dan diameter sekitar 60-140 nm. Seperti CoV lainnya, sangat sensitif terhadap sinar ultraviolet dan panas, sehingga suhu tinggi akan

mengurangi replikasi spesies virus. suhu inaktivasi SARS-CoV-2 dapat di non aktifkan pada sekitar 27°C. Sebaliknya, dapat menahan dingin bahkan di bawah 0 ° C. Virus ini dapat secara efektif di non aktifkan oleh pelarut lipid termasuk eter (75%), etanol, desinfektan yang mengandung klor, asam peroksiasetat, dan kloroform kecuali klorheksidin (Chan et al., 2020; Y. Chen et al., 2020; Li et al., 2020).

Dalam istilah genetik, Chan et al. telah membuktikan bahwa genom HCoV baru, yang diisolasi dari pasien cluster dengan pneumonia atipikal setelah mengunjungi Wuhan, memiliki 89 % identitas nukleotida yang sama dengan kelelawar SARS-like-CoVZXC21 dan 82 % dengan gen manusia SARS-CoV. Sehingga dengan alasan tersebut virus baru tersebut bernama SARS-CoV-2. Genom RNA untai tunggalnya mengandung 29891 nukleotida, yang mengkode 9860 asam amino, terdapat beberapa dalam SARS-CoV-2. Meskipun

asal-usul SARS-CoV-2 tidak sepenuhnya dipahami, analisis genom menunjukkan bahwa SARS-CoV-2 berevolusi dari strain yang ditemukan pada kelelawar. Prosesnya belum diketahui dengan jelas sehingga

menjadi perantara antara kelelawar dan manusia. Karena mutasi pada strain asli bisa secara langsung memicu virulensi terhadap manusia, walaupun tanpa ada perantara (Chan et al., 2020; Y. Chen et al., 2020).



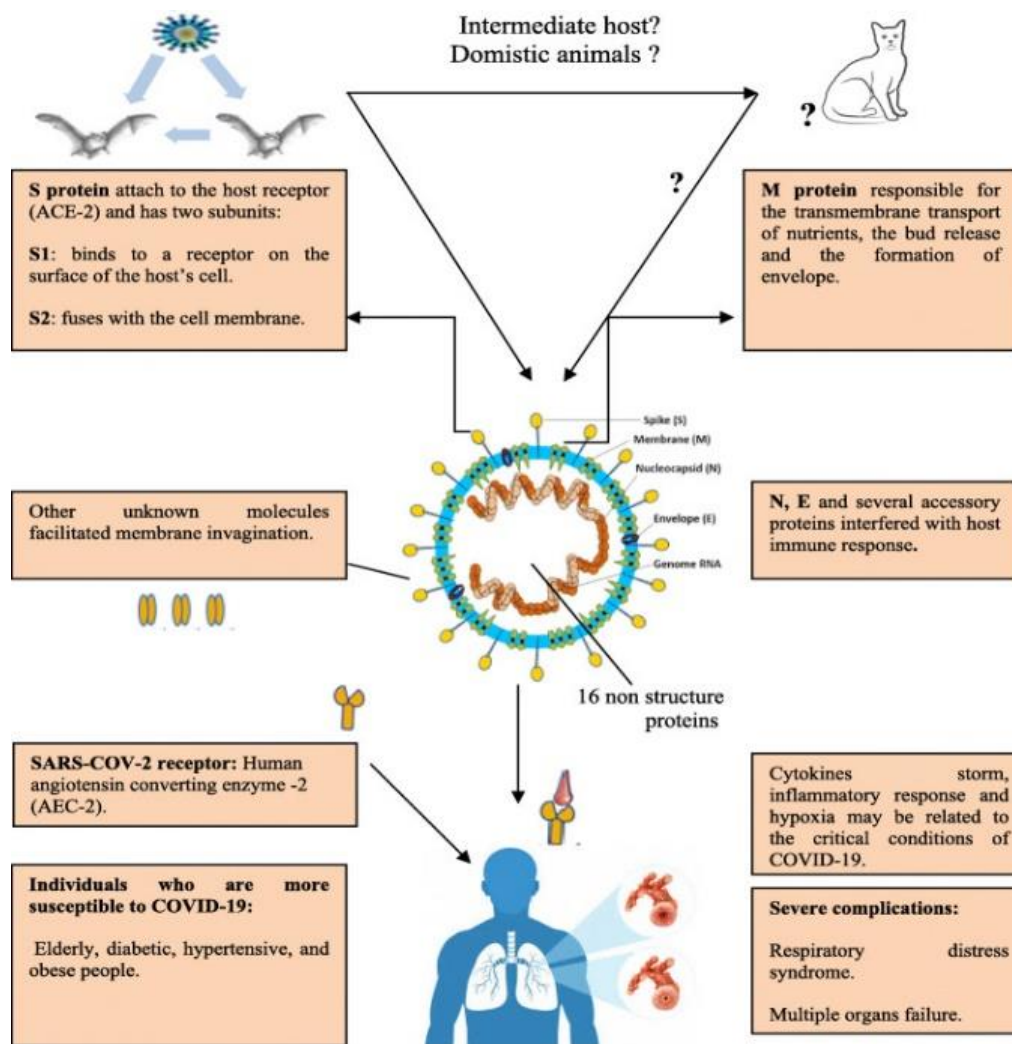
Gambar 2. Genom dan struktur SARS-CoV-2. (Touma, 2020)

PENULARAN

Kasus pertama penyakit COVID-19 terkait dengan paparan langsung yang terjadi dalam lingkungan Pasar Makanan Laut Huanan di Wuhan, penularan dari hewan ke manusia dianggap sebagai mekanisme utama. Namun kasus selanjutnya, tidak terkait dengan mekanisme paparan ini. Oleh karena itu, disimpulkan bahwa virus juga dapat ditularkan dari manusia ke manusia, dan orang yang memiliki gejala adalah sumber penyebaran COVID-19 yang paling sering. Karena kemungkinan penularan sebelum gejala terjadi, dengan demikian individu yang tetap tanpa gejala dapat menularkan virus, isolasi adalah cara terbaik untuk menahan epidemi ini (Guo et al., 2020).

Seperti halnya gangguan patogen pernapasan lainnya, termasuk flu dan rhinovirus, penularan diyakini terjadi melalui tetesan pernapasan dengan (partikel berdiameter 5-10 m) dari batuk dan bersin.

Transmisi aerosol juga dimungkinkan dalam kasus paparan yang berkepanjangan terhadap peningkatan konsentrasi aerosol di ruang tertutup. Analisis data yang terkait dengan penyebaran SARS-CoV-2 di Cina menunjukkan bahwa kontak erat antara individu diperlukan. Individu pra dan tanpa gejala dapat berkontribusi hingga 80 % dari transmisi COVID-19. Penyebarannya terbatas pada anggota keluarga, profesional kesehatan, dan kontak dekat lainnya dengan siapapun (6 kaki, 1,8 meter). Mengenai jumlah durasi kontaminasi pada benda dan permukaan, sebuah penelitian menunjukkan bahwa SARS-CoV-2 dapat ditemukan pada plastik 2-3 hari, stainless steel 2-3 hari, kardus hingga 1 hari, tembaga hingga 4 jam. Selain itu, kontaminasi lebih tinggi di unit perawatan intensif (ICU) daripada bangsal umum dan SARS-Cov-2 dapat ditemukan di lantai, mouse komputer, tong sampah, dan pegangan tangan serta di udara hingga 4 meter dari pasien (Guo et al., 2020).



Gambar 3. Asal, penularan, dan infeksi COVID-19 (Hamed, 2020)

Virus yang menyebabkan COVID-19 (SARS-COV-2) diperkirakan berasal dari kelelawar dan kemudian menyebar ke manusia melalui kontaminasi daging yang dijual di pasar daging China dengan limbah hewan liar. Sindrom coronavirus disebabkan oleh spike glikoprotein, yang terdapat pada virus yang memasuki sel inang. Spike memiliki dua subunit: satu subunit, S1, berikatan dengan reseptor pada permukaan sel inang; subunit lainnya, S2, melebur dengan membran sel. Reseptor membran sel adalah bentuk enzim pengonversi angiotensin (ACE-2). Secara singkat, subunit S1 dari spike berikatan dengan enzim ACE-2 pada permukaan membran sel, host transmembrane serine protease (TMPRSS2) mengaktifkan spike dan memotong ACE-2, dan TMPRSS2 bekerja pada subunit S2, memfasilitasi fusi dari virus

ke membran sel dan kemudian memasuki sel.

Berdasarkan data dari kasus pertama di Wuhan dan investigasi yang dilakukan oleh CDC, waktu inkubasi umumnya bisa dalam 3 - 7 hari (median 5,1 hari, mirip dengan SARS dan hingga 2 minggu sebagai waktu terlama dari infeksi hingga gejala adalah 12,5 hari (95 % CI, 9,2 hingga 18)). Data ini juga menunjukkan bahwa epidemi virus ini meningkat setiap dua lipat setiap tujuh hari, sedangkan angka reproduksi dasar ($R_0 - R$ tidak ada) adalah 2.2. Dengan kata lain, rata-rata, setiap pasien menularkan infeksi ke 2,2 orang. Estimasi R_0 dari epidemi SARS-CoV pada tahun 2002-2003 adalah sekitar 3. Harus ditekankan bahwa informasi ini adalah hasil dari laporan pertama. Studi lebih lanjut diperlukan untuk memahami mekanisme penularan, waktu

inkubasi dan perjalanan klinis, dan lamanya infektivitas (Cascella et al., 2020; Lauer et al., 2020; Li et al., 2020).

MANAJEMEN PERAWATAN

Tidak ada pengobatan antivirus khusus yang direkomendasikan untuk COVID-19, dan belum adanya vaksin. Pengobatannya simptomatik, dan terapi oksigen merupakan langkah pertama untuk mengatasi gangguan pernapasan. Non-invasif (NIV) dan ventilasi mekanik invasif (IMV) diperlukan dalam kasus kegagalan pernapasan yang refrakter terhadap terapi oksigen. Perawatan intensif diperlukan untuk menangani bentuk penyakit yang berat. Pengobatan ARDS, Gattinoni et al. menyarankan, ARDS (yang diinduksi COVID-19 memiliki ciri tersendiri). Aspek sangat penting dan mendasar yang berdampak negatif melalui pendekatan terapeutik pada tahap awal pandemi, IMV awal dipostulatkan sebagai strategi yang lebih baik untuk mengatasi pneumonia COVID-19, mekanika pernapasan ARDS dengan ciri/khas menunjukkan penurunan paru-paru (ketidak mampuan dalam meregangkan dan memperluas paru-paru) tetapi pada covid-19 kepatuhan paru yang baik dapat ditunjukkan. Sehingga NIV memiliki peran kunci dalam terapi (Gattinoni et al., 2020).

Langkah-langkah untuk peningkatan kesehatan telah diterapkan secara darurat oleh sebagian besar negara yang terkena dampak, membatasi kebebasan pribadi (karantina yang diberlakukan, isolasi wajib terhadap kasus-kasus yang dicurigai, didiagnosis, pelacakan kontak dan pemantauan) memaksakan restrukturisasi sistem kesehatan, termasuk relokasi yang cepat dari para profesional kesehatan memberikan bantuan perawatan ke dalam unit rumah sakit COVID-19 yang direstrukturisasi atau ke kota-kota yang berbeda (Tanne et al., 2020).

DAMPAK PSIKOLOGIS

Stress sebagai Respon terhadap Pandemi COVID-19

SARS-CoV-2 (COVID-19), sejak wabahnya di Wuhan, berdampak secara global ke seluruh dunia. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengumumkan ke-Daruratan Internasional pada 30 Januari 2020 diikuti dengan pernyataan sebagai 'pandemi' pada 11 Maret 2020. Saat ini belum ada pengobatan atau vaksin tersedia untuk COVID-19, masih dalam proses untuk pengembangan vaksin. Jumlah orang yang terinfeksi dan mereka yang meninggal meningkat dari hari ke hari (Lu, Stratton, & Tang, 2020; Sohrabi et al., 2020).

Kesusahan dan kecemasan adalah reaksi normal terhadap situasi yang mengancam dan tidak terduga seperti pandemi coronavirus. Kemungkinan reaksi yang berhubungan dengan stres sebagai respons terhadap pandemi coronavirus dapat mencakup perubahan konsentrasi, iritabilitas, kecemasan, insomnia, berkurangnya produktivitas, dan konflik antarpribadi, tetapi khususnya berlaku untuk kelompok yang langsung terkena dampak (misalnya tenaga profesional kesehatan). Selain ancaman oleh virus itu sendiri, tidak ada keraguan bahwa tindakan karantina, yang dilakukan di banyak negara, memiliki efek psikologis negatif, semakin meningkatkan gejala stres. Tingkat keparahan gejala sebagian tergantung pada durasi dan luas karantina, perasaan kesepian, ketakutan terinfeksi, informasi yang memadai, dan stigma, pada kelompok yang lebih rentan termasuk gangguan kejiwaan, petugas kesehatan, dan orang dengan status sosial ekonomi rendah (S. Brooks, Amlôt, Rubin, & Greenberg, 2020).

Ketidakpastian umum, ancaman kesehatan individu, serta tindakan karantina dapat memperburuk kondisi yang sudah ada sebelumnya seperti depresi, kecemasan, dan gangguan stres pasca-trauma. Selain itu, risiko penularan penyakit dapat meningkatkan ketakutan kontaminasi pada

pasien dengan gangguan obsesif-kompulsif dan hipokondria, atau individu dengan riwayat ide paranoid. Meskipun tindakan karantina melindungi terhadap penyebaran virus corona, mereka memerlukan isolasi dan kesepian yang menimbulkan tekanan psikososial utama dan mungkin dapat memicu atau memperburuk penyakit mental (Vahia et al., 2020).

Ketahanan Profesional Kesehatan yang Bekerja pada Masa Pandemi

Harus diakui bahwa banyak petugas kesehatan berada di garis depan wabah koronavirus. Perlu memperhatikan profesional kesehatan yang bekerja di unit gawat darurat atau perawatan intensif dengan beban kerja yang lebih berat dan lebih stres daripada biasanya karena yang dirawat adalah pasien covid-19 (Q. Chen et al., 2020; Chew et al., 2020; Li et al., 2020; Tan et al., 2020).

Tenaga profesional kesehatan akan mengalami kondisi kejiwaan yang lebih berat, terjadi pemisahan dari keluarga, situasi yang tidak biasa, peningkatan paparan terhadap virus corona, ketakutan penularan, dan perasaan gagal dalam menghadapi prognosis yang buruk dan sarana teknis yang tidak memadai untuk membantu pasien. Bagi petugas layanan kesehatan, akan sulit untuk tetap sehat secara mental dalam situasi yang berkembang pesat ini, dan mengurangi risiko depresi, kecemasan, atau kelelahan. Selain itu, mereka secara khusus menghadapi risiko yang meningkat untuk 'cedera moral' ketika berhadapan dengan tantangan etis pandemi koronavirus, seperti bekerja dalam kondisi dengan sumber daya yang tidak mencukupi/memadai, situasi triase, perawatan paliatif yang tidak memadai dan tidak mampu mendukung keluarga pasien terminal. Beberapa sumber daya tersedia untuk petugas kesehatan dan beberapa strategi yang direkomendasikan, meliputi dukungan tim, pemantauan stres, mengurus diri sendiri, beristirahat secara teratur, dan berhubungan dengan orang lain. Data dari Cina telah menunjukkan bahwa intervensi

sosial dan psikologis dapat secara signifikan meningkatkan kesejahteraan petugas kesehatan selama wabah COVID-19 (Qiongni Chen, Mining Liang, Yamin Li, Jincui Guo, Dongxue Fei, Ling Wang, Li He, Caihua Sheng, Yiwen Cai, Xiaojuan Li, et al., 2020; Greenberg, Docherty, Gnanapragasam, & Wessely, 2020; Vinkers et al., 2020).

Gangguan Psikologis Tenaga Kesehatan

COVID-19 telah menyebabkan krisis kesehatan global dengan meningkatnya jumlah orang yang terinfeksi dan meninggal setiap hari. Berbagai negara telah mencoba mengendalikan penyebarannya dengan menerapkan prinsip-prinsip dasar pengelompokan dan pengujian sosial. Profesional kesehatan telah menjadi pekerja garis depan secara global dalam menghadapi persiapan dan pengelolaan pandemi ini (El-Hage et al., 2020; Iqbal & Chaudhuri, 2020).

Krisis kesehatan berskala besar, memicu restrukturisasi dan reorganisasi pemberian layanan kesehatan untuk mendukung layanan darurat, unit perawatan intensif medis dan unit perawatan berkelanjutan. Para profesional kesehatan mengerahkan semua sumber dayanya untuk memberikan bantuan darurat dalam iklim ketidakpastian yang umum. Kekhawatiran tentang kesehatan mental, penyesuaian psikologis, dan pemulihan pekerja perawatan kesehatan yang merawat pasien dengan COVID-19 mulai muncul. Karakteristik penyakit dari pandemi COVID-19, meningkatkan suasana kewaspadaan dan ketidakpastian umum, terutama di kalangan profesional kesehatan, karena berbagai penyebab seperti penyebaran dan penularan cepat COVID-19, keparahan gejala yang ditimbulkannya dalam suatu segmen, orang yang terinfeksi, kurangnya pengetahuan tentang penyakit, dan kematian di kalangan profesional kesehatan (El-Hage et al., 2020).

Stres juga dapat disebabkan oleh faktor-faktor organisasi, seperti menipisnya peralatan perlindungan pribadi,

kekhawatiran tentang tidak mampu memberikan perawatan yang kompeten jika digunakan ke tempat baru, kekhawatiran tentang perubahan informasi yang cepat, kurangnya akses ke informasi dan komunikasi terkini, kurangnya obat-obatan tertentu, kekurangan ventilator dan tempat tidur unit perawatan intensif yang diperlukan untuk merawat lonjakan pasien yang sakit kritis, dan perubahan signifikan dalam kehidupan sosial dan keluarga mereka sehari-hari. Faktor risiko lebih lanjut telah diidentifikasi, termasuk perasaan tidak didukung secara memadai, kekhawatiran tentang kesehatan diri, takut membawa infeksi rumah ke anggota keluarga atau orang lain, dan tidak memiliki akses cepat untuk pengujian melalui kesehatan kerja jika diperlukan, diisolasi, perasaan ketidakpastian dan stigmatisasi sosial, beban kerja yang berlebihan, dan keterikatan yang tidak aman (El-Hage et al., 2020; Iqbal & Chaudhuri, 2020).

Para profesional perawatan kesehatan, terutama mereka yang berada di garis depan, berisiko lebih tinggi terinfeksi, bekerja di bawah tekanan ekstrem, terpapar stres tinggi, waktu kerja yang lama, beban kerja yang berlebihan, kadang-kadang tanpa pelatihan yang tepat dan peralatan perlindungan pribadi yang memadai, dan bahkan kemungkinan lebih didiskriminasi. Mereka juga menghadapi situasi yang belum pernah terjadi sebelumnya, seperti mengalokasikan sumber daya yang kurang untuk pasien yang sama-sama membutuhkan, menyediakan perawatan dengan sumber daya yang terbatas atau tidak memadai dan kurangnya obat-obatan tertentu, dengan ketidakseimbangan antara kebutuhan mereka sendiri dan kebutuhan pasien (Greenberg, Docherty, Gnanapragasam, & Wessely, 2020; Kang et al., 2020).

Dampak darurat kemanusiaan yang kompleks pada kesehatan mental adalah beragam, dengan potensi konsekuensi jangka panjang yang jauh melampaui resolusi aktual darurat. Para profesional

kesehatan sangat rentan mengalami kelelahan fisik, ketakutan, gangguan emosi, stigmatisasi, insomnia, depresi dan kecemasan, kesulitan, penggunaan narkoba, gejala stres pasca-trauma dan bahkan bunuh diri (Kang et al., 2020; Lai et al., 2020; Ying Liu, Gayle, Wilder-Smith, & Rocklöv, 2020; Lu et al., 2020; Pfefferbaum & North, 2020).

Petugas layanan kesehatan bersiap sedia melakukan hal sebaliknya dari program pemerintah untuk karantina mandiri. Mereka akan pergi ke klinik dan rumah sakit, menempatkan diri mereka pada risiko tinggi dari COVID-19. Data dari Komisi Kesehatan Nasional China menunjukkan lebih dari 3300 petugas kesehatan telah terinfeksi pada awal Maret dan pada akhir Februari 22 telah meninggal. Di Italia, 20% dari petugas layanan kesehatan yang terinfeksi terinfeksi, dan beberapa meninggal, di Indonesia bulan April, sekitar 44 tenaga medis yang meninggal. Laporan dari staf medis menggambarkan kelelahan fisik dan mental, perasaan tersiksa, keputusan triase yang sulit, dan adanya rasa sakit kehilangan pasien dan kolega, di samping risiko infeksi (Anmella et al., 2020; S. Brooks et al., 2020; S. K. Brooks et al., 2020)

Sumber Stress: Penggunaan APD

Seiring pandemi yang semakin cepat, akses ke alat pelindung diri (APD) untuk petugas kesehatan adalah masalah utama. Staf medis diprioritaskan di banyak negara, tetapi terjadi kekurangan APD sebagai fasilitas yang paling penting. Beberapa staf medis sedang dalam proses menunggu peralatan APD yang sesuai standar, sementara sudah ada pasien yang dirawat telah terinfeksi covid-19, dengan peralatan yang tidak memenuhi persyaratan. Bersamaan dengan kekhawatiran akan keselamatan pribadi mereka, petugas kesehatan cemas tentang menularkan infeksi kepada keluarga mereka. Petugas kesehatan yang menjalani tugasnya untuk merawat pasien dengan usia lanjut usia atau anak-anak kecil, juga mereka dipengaruhi adanya kebijakan pemerintah dengan penutupan

sekolah, kebijakan jarak sosial, dan gangguan ketersediaan makanan dan hal-hal penting lainnya. Yang paling utama sebagai sumber stress adalah semakin banyak profesional kesehatan yang terinfeksi COVID-19 (The, 2020).

Ketika pandemi ini meluas ke seluruh dunia, sistem perawatan kesehatan berada di bawah tekanan yang luar biasa. Untuk alasan yang sama, strategi yang diadopsi secara global adalah 'meratakan kurva' untuk menghindari beban berlebih pada sistem layanan kesehatan dan mencegah keruntuhannya yang telah dilaksanakan dalam bentuk jarak sosial dan penguncian. Dalam situasi mengerikan dan ketidakpastian, point penting adalah tidak hanya merawat yang terinfeksi tetapi juga sama pentingnya adalah memastikan profesional kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien memiliki lingkungan kerja yang aman. Perlindungan HCP sangat penting karena risiko menginfeksi anggota tim lain, pasien, dan anggota keluarga. Saat ini 5,7% dari tenaga kerja NHS dalam keadaan sakit atau sendirian dengan semakin berkurangnya tenaga kerja yang dihasilkan; yang lebih memprihatinkan adalah jumlah kematian petugas kesehatan, dengan etnisitas saat ini dipertanyakan sebagai faktor risiko. Mencegah penyebaran infeksi di antara tenaga medis dan ke pasien tergantung pada pelatihan yang tepat dan penggunaan alat pelindung diri (APD) - sungkup muka, respirator, kacamata, pelindung wajah, baju dan celemek. Karena ketidakseimbangan antara permintaan dan penawaran, kekurangan APD di negara paling maju (Wang, Zhang, & He, 2020; Wax & Christian, 2020).

WHO telah merekomendasikan bahwa petugas kesehatan harus menggunakan alat pelindung diri (APD) yang tepat, seperti masker medis, baju, sarung tangan dan pelindung mata. Dalam beberapa kasus, seperti dalam prosedur aerosol, WHO telah merekomendasikan penggunaan masker respirator FFP2. Kepatuhan yang ketat terhadap tindakan yang direkomendasikan

dan dengan prosedur praktik yang baik untuk mengelola penyakit menular dapat meminimalkan risiko penularan virus dari pasien ke petugas kesehatan. Meskipun demikian, beberapa petugas kesehatan tetap terinfeksi SARS-CoV-2, penyebab utamanya adalah kurangnya APD dan kurangnya penyediaan pelatihan untuk pencegahan dan pengendalian infeksi. Namun, dalam kasus petugas kesehatan menerapkan penggunaan APD yang tepat dan prosedur yang memadai, penting untuk mempertimbangkan situasi lain terjadinya penularan potensial, seperti kontak di antara rekan kerja dan kontak di luar rumah sakit. Risiko potensial terjadinya penularan antar petugas kesehatan ketika mereka tidak merawat pasien penting untuk diperhatikan (Belingheri, Paladino, & Riva, 2020; Greenberg et al., 2020).

Sumber Stress: Penularan COVID-19

Profesional kesehatan, terutama yang bekerja di rumah sakit yang merawat pasien COVID-19 baik yang dikonfirmasi positif atau dicurigai, rentan terhadap risiko tinggi infeksi dan masalah kesehatan mental. Mereka mungkin juga mengalami ketakutan akan penularan dan penyebaran virus ke keluarga, teman, atau kolega mereka. Petugas kesehatan di rumah sakit Beijing yang dikarantina, bekerja di klinis berisiko tinggi seperti unit SARS, atau memiliki keluarga atau teman yang terinfeksi SARS, memiliki gejala stres pasca-trauma yang jauh lebih besar daripada mereka yang tidak memiliki pengalaman ini. Profesional kesehatan yang bekerja di unit dan rumah sakit SARS selama wabah SARS juga melaporkan depresi, kecemasan, ketakutan, dan frustrasi (Wu et al., 2009; Xiang, Yang, et al., 2020).

Kegiatan tim medis seperti diskusi kasus klinis, serah terima klinis antara petugas kesehatan, dan istirahat makan siang adalah contoh situasi petugas kesehatan dapat menularkan infeksi satu sama lain. Selain itu, petugas kesehatan biasanya bekerja di ruang terbatas sehingga tidak memungkinkan untuk memastikan

pengaturan jarak sosial minimal 1 m, seperti yang direkomendasikan. Untuk alasan ini, penting untuk menjaga tindakan pencegahan yang tepat jika terjadi kontak dekat dengan rekan kerja, bahkan jika tidak ada pasien di ruangan itu. Sangat penting untuk menghindari makan bersama dan menjaga jarak sosial selama makan, serta selama pertemuan. Perlu mempertimbangkan risiko penularan di luar rumah sakit. Setelah bekerja, petugas kesehatan memiliki kontak dengan orang lain dan mereka memiliki risiko infeksi yang sama dengan populasi umum. Petugas kesehatan berpotensi terinfeksi karena pajanan mereka pada pasien COVID-19 selama shift kerja, sehingga petugas kesehatan mengalami kondisi yang rentan memicu gangguan psikologis, mereka harus menerapkan langkah-langkah pencegahan dan perlindungan yang memadai, tidak hanya dalam konteks rumah sakit tetapi juga dalam konteks lain. Dengan cara ini, mereka dapat melindungi diri mereka sendiri dan keluarga, kerabat dan teman mereka terhadap risiko tertular penyakit (Anmella et al., 2020; Belingheri et al., 2020).

Adanya kekhawatiran secara langsung terhadap risiko infeksi dan pengembangan komplikasi yang diakibatkannya, dan ketakutan tidak langsung menyebarkan virus ke keluarga mereka, teman-teman. atau kolega, akan mengarah pada peningkatan tindakan isolasi dengan hasil psikologis yang lebih buruk. Semua tekanan ini dapat berkontribusi tidak hanya mengurangi efisiensi kerja tetapi juga meningkatkan risiko kesalahan medis dan menyebabkan cedera moral dan/atau masalah kesehatan mental (Belingheri et al., 2020; Greenberg et al., 2020).

Poin utama yang perlu diperhatikan adalah bahwa 95% responden adalah mereka yang memiliki kontak langsung dengan pasien dalam kegiatan sehari-hari dan demikian juga dengan staf garis depan utama. Mereka adalah orang-orang yang berada pada risiko konstan. Sangat penting bahwa tim medis profesional didukung dan

dilindungi di tempat kerja mereka dalam krisis ini dan mereka memiliki lingkungan kerja yang aman. Sejumlah tenaga medis telah kehilangan nyawa/kematian mereka dalam krisis COVID-19, yang mempengaruhi kesehatan mental dan moral para tenaga medis (Greenberg et al., 2020).

Kasus Gangguan Psikologis

Sebuah Kasus “ seorang dokter umum, tanpa riwayat somatik atau psikiatrik mengalami "psikosis reaktif " dalam keadaan stres akibat COVID-19. Selalu berbicara tentang ide-ide khayalan bencana mengenai situasi pandemi saat ini, terjadi delusi diri, pengawasan dan penganiayaan, dengan adanya sikap afektif dan perilaku yang beresiko. Pemeriksaan fisik dan semua penyelidikan tambahan lebih lanjut tidak menemukan penyebab lain. Kemudian diberikan pengobatan olanzapine 10 mg untuk perbaikan psikopatologis yang signifikan kemudian dikeluarkan dengan indikasi mempertahankan pengobatan, merupakan kasus penyakit mental berat yang dilaporkan pertama kali pada seorang profesional perawatan kesehatan tanpa riwayat psikiatrik sebelumnya karena wabah COVID-19 (Anmella et al., 2020). Sekitar 85% dari pasien yang mengalami gangguan psikotik akan mengembangkan penyakit psikotik serius berat dalam jangka panjang. Kasus ini mewakili adanya potensi konsekuensi kesehatan mental yang serius pada profesional kesehatan selama krisis COVID-19 dan menekankan perlunya menerapkan langkah-langkah mendesak untuk menjaga kesehatan mental staf selama pandemi (Anmella et al., 2020).

STRATEGI PENANGANAN GANGGUAN PSIKOLOGIS

Peningkatan Risiko Cedera Moral

Hal penting yang harus menjadi perhatian; tenaga kesehatan menghadapi peningkatan risiko cedera moral dan masalah kesehatan mental saat menghadapi tantangan pandemi covid-19; Manajer layanan kesehatan perlu secara proaktif mengambil langkah-langkah untuk

melindungi kesejahteraan mental staf tenaga kesehatan; Manajer harus jujur tentang situasi yang akan dihadapi staf; Staf dapat didukung dengan memperkuat tim dan memberikan kontak rutin untuk membahas keputusan dan memantau kesejahteraan secara berkala; Setelah krisis mulai surut, staf secara aktif dipantau, didukung, dan, jika perlu, diberikan perawatan berbasis evidence base (Billings et al., 2020; DePierro, Lowe, & Katz, 2020; McKinley et al., 2020; Sweeney & Taggart, 2018).

Tenaga kesehatan ada dua populasi rentan yang harus diperhatikan. Pertama, tingginya tingkat gangguan stres pasca-trauma; post-traumatic stress disorder (PTSD), depresi klinis, dan penggunaan alkohol berulang di antara petugas kesehatan, yang berada di garis depan dalam merawat pasien pandemi COVID-19. Kekhawatiran muncul seputar cedera moral di kalangan petugas kesehatan untuk mereka mengambil keputusan dalam menentukan pilihan untuk proses perawatan, termasuk penggunaan ventilator. Cedera moral telah dikaitkan dengan peningkatan risiko gangguan kejiwaan dan ide bunuh diri. Dalam sebuah survei, terjadi konflik identitas yang dihadapi oleh responden: ketika mereka dilatih untuk melayani dan melindungi orang lain, banyak yang merasa bahwa mereka gagal dalam misi ini karena begitu banyak orang terbunuh dan sangat sedikit yang diselamatkan masih di tahap di Ground Zero (Bryan, Bryan, Roberge, Leifker, & Rozek, 2018; Victoria Williamson, Murphy, & Greenberg, 2020).

Cedera moral yang dialami menyebabkan staf tenaga kesehatan pada garis depan cenderung mengembangkan pikiran negatif, mengenai diri mereka sendiri atau orang lain, disertai dengan emosi negatif yang kuat (misalnya rasa bersalah), yang dari waktu ke waktu dapat mengakibatkan kesulitan kesehatan mental termasuk gangguan PTSD. Munculnya kesulitan seperti itu akan dipengaruhi apakah 'mereka tenaga kesehatan didukung, sebelum, selama, dan setelah insiden wabah

COVID-9. Perlunya sebuah pendekatan yang bertahap. Selanjutnya karena kesulitan-kesulitan ini berasal dari pengalaman yang dialami tenaga kesehatan di garis dapan, akan berpotensi traumatis, maka perlu pemberian intervensi yang menggemakan prinsip-prinsip utama perawatan trauma (Billings et al., 2020; Greenberg et al., 2020; McKinley et al., 2020; Organization, 2020; Sweeney & Taggart, 2018).

Kedua, perhatian khusus harus diberikan pada kesehatan mental "personel esensial" non-medis, termasuk pegawai pemerintah, administrator layanan kesehatan dan staf pendukung, dan pekerja pengiriman makanan. Kekhawatiran ini muncul dari pengalaman. Responden non-tradisional (mis. Konstruksi, pembersihan, pekerja ; pegawai kota; dan sukarelawan) secara konsisten memiliki tingkat PTSD kronis yang lebih tinggi daripada responden lain (misalnya polisi). Stresor, tingkat yang lebih tinggi dari diagnosis psikiatrik dan dukungan sosial yang lebih rendah. Kelompok ini sebagian besar tidak memiliki pengalaman tanggap bencana dan mereka tetap melakukan tugas pekerjaan mereka dengan baik, seringkali bukan karena pilihan tetapi karena kebutuhan ekonomi (DePierro et al., 2020; Pietrzak et al., 2014; Xiang, Zhao, et al., 2020).

Dukungan

Potensi konsekuensi kesehatan mental yang serius pada profesional perawatan kesehatan selama krisis COVID-19, dapat menghadirkan risiko yang meningkat untuk konsekuensi kesehatan mental dibandingkan dengan populasi umum, dan menekankan perlunya menerapkan langkah-langkah penting untuk menjaga kesehatan mental tenaga medis selama pandemi. Namun, strategi dukungan yang berpusat pada kesehatan mental sering diabaikan dan tidak terkoordinasi dengan baik, terdapat kontroversi untuk mencari pendekatan yang paling efektif. Memprioritas kesehatan mental pada profesional perawatan kesehatan sangat penting selain perawatan medis karena infeksi covid-19. Staf yang

terlatih harus mengidentifikasi profesional kesehatan yang berisiko untuk mengembangkan simptomatologi gangguan psikologis, kejiwaan dan merujuk mereka secara tepat ke spesialis untuk diagnosis dan intervensi. Tim kerja Healthcare harus didukung penuh untuk memberikan kontak rutin membahas keputusan, begitu krisis mulai menurun, perlu pemantauan aktif, dukungan, dan tersedianya perawatan berbasis evidence base (Qiongni Chen, Mining Liang, Yamin Li, Jincai Guo, Dongxue Fei, Ling Wang, Li He, Caihua Sheng, Yiwen Cai, Xiaojuan Li, et al., 2020; Greenberg et al., 2020; Pfefferbaum & North, 2020).

Penyebab kegelisahan dari tenaga kesehatan, diketahui secara universal, COVID-19 sangat menular dan menyebar dengan cepat, petugas kesehatan garis depan menanggung beban kerja yang meningkat secara signifikan. Kontak langsung dengan pasien yang dikonfirmasi positif, kekurangan peralatan pelindung, pasien yang diduga menyembunyikan riwayat medis, semua ini dapat meningkatkan risiko terinfeksi untuk mereka. Selain itu, mereka takut membawa virus ke keluarga dan ketidakmampuan ketika berhadapan dengan pasien kritis. Semakin banyak rintangan yang mereka alami, Ketegangan yang ada, pada gilirannya, dapat menciptakan kecemasan dan depresi, wabah COVID-19 di Wuhan, tenaga profesional kesehatan berjuang melawan penyakit di garis depan, merawat, mengobati dan melindungi kesehatan masyarakat. Situasi spesifik ini menimbulkan tekanan besar pada mereka, yang menyebabkan tingkat tekanan psikologis yang tinggi (Y. Liu, Zhang, Hennessy, Zhao, & Ji, 2019; Tempest, Carter, Beck, & Rubin, 2017; C. Wang et al., 2020).

Salah satu strategi adalah menekankan pentingnya kontrol penularan, dan mengeluarkan sejumlah dokumen yang menyerukan perhatian pada kesehatan mental dan fisik staf tenaga kesehatan, perlunya serangkaian dukungan dan

dorongan, seperti menyediakan tempat untuk beristirahat dengan makanan dan persediaan, mengisi kembali peralatan pelindung, bala bantuan tim medis, dan memperkuat pasukan keamanan untuk mempertahankan tatanan perawatan medis. Kemudian, untuk setiap rumah sakit, penting untuk membantu mengatasi ketegangan dan mengurangi risiko menderita kecemasan dan depresi staf medis. Oleh karena itu, budaya yang berorientasi pada peduli kemanusiaan lebih memperhatikan kesehatan mental tenaga kesehatan dipromosikan untuk kemajuan rumah sakit di masa depan. Untuk masalah psikologis, organisasi konsultasi psikologis yang komprehensif telah terbentuk yang secara teratur melakukan manajemen kesehatan mental untuk tenaga kesehatan untuk waktu yang lama. Bagi mereka yang menderita gangguan stres pasca-trauma (PTSD) disediakan perawatan tindak lanjut yang tepat (Friedman, Gelaye, Sanchez, & Williams, 2020; Jiang et al., 2020; Kickbusch & Leung, 2020; Tang, Liu, Fang, Xiang, & Min, 2019).

Semua petugas layanan kesehatan harus siap menghadapi dilema moral yang akan mereka hadapi selama pandemi covid-19, perlunya mempersiapkan staf dengan baik untuk pekerjaan dan tantangan untuk mengurangi risiko masalah kesehatan mental. Petugas layanan kesehatan sebaiknya diberikan jaminan dan penilaian secara jujur tentang apa yang akan mereka hadapi. Ketika situasi wabah COVID-19 makin berkembang, para pemimpin tim harus membantu staf memahami keputusan secara moral yang dibuat, yang dicapai dengan menggunakan diskusi berdasarkan forum staf layanan kesehatan dari semua latar belakang untuk membahas tantangan emosional dan sosial dalam merawat pasien (S. K. Brooks, Dunn, Amlôt, Rubin, & Greenberg, 2018; Qiongni Chen, Mining Liang, Yamin Li, Jincai Guo, Dongxue Fei, Ling Wang, Li He, Caihua Sheng, Yiwen Cai, & Xiaojuan Li, 2020; Huang, Yang, & Pescosolido, 2019).

Pada umumnya dukungan dari sesama teman kolega dan manajer akan melindungi kesehatan mental para tenaga kesehatan. Anggota staf yang terus-menerus menghindari pertemuan atau sangat tertekan memerlukan diskusi dan dukungan dari orang yang berpengalaman seperti pemimpin tim mereka, teman sebaya yang terlatih, atau dukungan spritual. Adanya dukungan rutin (seperti program dukungan) yang tersedia untuk staf layanan kesehatan mencakup pengarahannya tentang moral, kesadaran tentang penyebab penyakit mental dan apa yang harus diwaspadai (Billings et al., 2020; DePierro et al., 2020; McKinley et al., 2020; Sweeney & Taggart, 2018).

Pandemi Covid-19 memberi tekanan, pada ketentuan Kesehatan dan Perawatan Sosial, dengan staf garis depan rumah sakit dari berbagai peran dan tim menghadapi tantangan praktis dan emosional yang luas. Para akademisi dan profesional kesehatan memberikan dukungan psikologis untuk staf garis depan, untuk mengatasi kesulitan selama fase awal wabah tetapi juga selama berbulan-bulan, sampai bertahun-tahun, kedepannya. Layanan kesehatan mental dan badan profesional psikologi di Inggris telah mengeluarkan panduan untuk memenuhi kebutuhan ini. Suatu upaya telah dilakukan untuk menerjemahkan serangkaian panduan ini ke dalam ketentuan klinis melalui jalur Homerton Covid Psychological Support (HCPS) yang baru saja didirikan yang disampaikan oleh Talk Changes (Hackney & City IAPT) (C. L. Cole et al., 2020; Sull, Harland, & Moore, 2015). Selama 'periode peningkatan stres dan ketidakpastian wabah Covid-19, lebih penting bagi staf tenaga kesehatan untuk menjaga diri mereka sendiri', kesulitan yang dihadapi oleh staf garis depan dianggap sebagai reaksi emosional sementara dan normal terhadap keadaan yang sangat sulit, yang cenderung mereda seiring waktu dengan akan terjadi proses adaptasi dengan berbagai faktor ketahanan. Meskipun akan menjadi masalah bagi sebagian tenaga kesehatan, Karena sangat beresiko terhadap kesejahteraan mental staf, yang akan terus dialami

kedepannya melampaui puncak awal kasus Covid-19, sehingga diperlukan dukungan psikologis untuk staf tenaga medis (S. Brooks et al., 2020; Chioloro, 2020).

Selain itu, staf tenaga medis yang berada di garis depan dapat mencari dukungan dari sumber non-formal yang berada dalam sistem mereka yang lebih luas; misalnya, selama epidemi Ebola 2014, staf tenaga medis melaporkan agama, moral, dukungan komunitas, keluarga sebagai faktor pelindung (Flanagan, Chadwick, Goodrich, Ford, & Wickens, 2020; Flowers et al., 2018; Raven, Wurie, & Witter, 2018).

Menjamin Kelengkapan APD

Menjaga dan memenuhi kelengkapan APD tim perawatan covid-19, adalah salah satu cara menurunkan gangguan psikologis yang mereka alami. Pedoman UK PPE yang diterbitkan 02 April merekomendasikan penggunaan baju bukan celemek, pelindung mata wajib dan panduan tentang penggunaan masker FFP3 dengan pembaruan pada 09 April 2020. Pengarahan media setiap hari menekankan bahwa jutaan APD disediakan untuk petugas kesehatan. Adanya penekanan pada risiko kontaminasi dari patogen yang terbawa udara. Perlunya pedoman yang bertahap sesuai dengan tingkat paparan dengan tingkat perlindungan maksimal yang terdiri dari perlindungan seluruh tubuh dan pemakaian topeng respirator N95, (mis. FFP3) (England, 2020; Holland, Zaloga, & Friderici, 2020; Iqbal & Chaudhuri, 2020).

Peraturan utama (Perlengkapan Pelindung Diri di Tempat Kerja, Peraturan 1992) seputar penggunaan APD dalam krisis ini tergantung pada (i) penilaian yang tepat untuk menilai kesesuaian dan tujuan (ii) penyediaan instruksi tentang penggunaan yang aman (iii) memastikan cara penggunaan yang benar oleh tim profesional kesehatan. Ada banyak kekhawatiran mengenai ketersediaan APD yang kurang memadai untuk staf garis depan. Pedoman penggunaan APD tersebut dianggap tidak memberikan perlindungan, ketersediaan sumber daya untuk pedoman implementasi

dan pelatihan yang diberikan. Dalam sebuah survei, 2/3 dari responden menyatakan kelengkapan APD yang belum memadai dan sekitar 50% tidak menerima pelatihan. Sebuah survei (snapshot lebih dari 24 jam) yang dilakukan oleh Royal College of Physicians pada minggu pertama bulan April mengungkapkan 78 % responden dapat mengakses APD. Sebuah survei serupa oleh Royal College of Surgeons pada minggu kedua April menunjukkan bahwa 1/3 ahli bedah dan peserta pelatihan mereka menyatakan tidak memiliki pasokan APD yang memadai dan sekitar 57 % menyatakan bahwa ada kekurangan APD di 30 hari terakhir sebelum survei (England, 2020; Holland et al., 2020; Horton, 2020; Iqbal & Chaudhuri, 2020; Sayburn, 2020).

Adanya Panduan General Medical Council (GMC) tentang pedoman keselamatan pasien. Pelatihan diadakan untuk penggunaan APD, yang berkaitan dengan kesejahteraan/perlindungan tim profesional kesehatan, perlindungan pasien rawat inap, pengaturan rawat jalan, dan mempertahankan standar praktik selama pandemi (Adams & Walls, 2020; Iqbal & Chaudhuri, 2020). Dewan Medis Keperawatan; Medical Nursing Council (NMC) dengan jelas mengungkapkan keprihatinan tentang kurangnya ketersediaan dan penggunaan APD dan menjabarkan prinsip-prinsip utama dalam pernyataan Kode dan Standar, Royal College of Nursing juga mengungkapkan kekhawatiran yang sedang berlangsung tentang kekurangan APD (Iqbal & Chaudhuri, 2020; Livingston, Desai, & Berkwits, 2020).

Rekomendasi WHO "menggunakan setiap APD, alat/bahan, yang dapat menekan penularan virus" yang berarti mengisolasi kasus, melacak kontak dan evaluasi. Masalah lain adalah test kemampuan, stamina tenaga profesional yang berada di garis depan pada perawatan untuk COVID-19. Sangat penting dari sudut pandang kesehatan, keselamatan dan dari sudut pandang tenaga kesehatan karena

yang utama dibutuhkan dalam situasi wabah covid-19, adalah para tenaga kesehatan profesional tidak sakit. Sebuah survei oleh Royal College of Physicians melaporkan sekitar 18 % responden tidak bekerja baik karena sakit atau terisolasi. Angka menunjukkan 5,7 % dokter di rumah sakit sakit, absen karena Covid-19 (S. Brooks et al., 2020; Ferguson et al., 2020; Greenberg et al., 2020).

Intervensi Psikologis

Sebuah intervensi psikologis dikembangkan, terdiri dari tiga bidang yaitu: pertama, membentuk tim medis psikologis, yang menyediakan kursus online untuk memandu tenaga profesional kesehatan dalam menangani masalah psikologis yang umum dialami; kedua, adanya tim hotline bantuan psikologis, yang memberikan bimbingan dan pengawasan untuk menyelesaikan masalah psikologis; dan yang ketiga, tim intervensi psikologis, yang menyediakan berbagai kegiatan kelompok untuk melepaskan stres, kecemasan dan depresi. Adanya Beberapa hambatan dalam pelaksanaan layanan intervensi psikologis, karena tenaga profesional kesehatan enggan untuk berpartisipasi dalam intervensi psikologi kelompok atau individu yang diberikan kepada mereka. Selain itu, tenaga profesional kesehatan secara individu menunjukkan rangsangan, lekas marah/emosi, keengganan untuk beristirahat, dan timbulnya gejala dan tanda adanya tekanan psikologis, walaupun mengalami gangguan psikologis, tetapi mereka menolak bantuan psikologis dan menyatakan bahwa mereka tidak memiliki masalah (Qiongni Chen, Mining Liang, Yamin Li, Jincai Guo, Dongxue Fei, Ling Wang, Li He, Caihua Sheng, Yiwen Cai, & Xiaojuan Li, 2020).

Dalam sebuah survei, wawancara selama 30 menit dengan 13 tenaga kesehatan profesional di Rumah Sakit Xiangya, beberapa alasan adanya penolakan bantuan psikologis; Pertama, terinfeksi bukanlah kekhawatiran langsung bagi tenaga

kesehatan, mereka tidak terlalu khawatir ketika mereka mulai bekerja. Kedua, mereka tidak ingin keluarga mereka khawatir tentang mereka dan takut membawa virus ke rumah mereka. Ketiga, tenaga kesehatan tidak tahu bagaimana menangani pasien ketika pasien tidak mau dikarantina di rumah sakit atau tidak mau bekerja sama dengan tindakan medis karena panik atau kurangnya pengetahuan pasien. Keempat; tenaga kesehatan khawatir tentang kekurangan peralatan pelindung APD dan perasaan tidak mampu ketika dihadapkan dengan pasien yang sakit kritis. Banyak tenaga kesehatan mengatakan bahwa mereka tidak memerlukan seorang psikolog, tetapi membutuhkan lebih banyak istirahat tanpa gangguan dan persediaan APD yang cukup (Qiongni Chen, Mining Liang, Yamin Li, Jincui Guo, Dongxue Fei, Ling Wang, Li He, Caihua Sheng, Yiwen Cai, & Xiaojuan Li, 2020; Li et al., 2020).

Langkah-langkah intervensi psikologis disesuaikan dengan kebutuhan tenaga profesional kesehatan; Pertama, rumah sakit menyediakan tempat istirahat khusus tenaga kesehatan untuk sementara waktu mereka dapat mengisolasi diri dari keluarga mencegah penularan. Rumah sakit menjamin makanan dan persediaan sehari-hari, dan membantu tenaga kesehatan merekam video rutinitas mereka di rumah sakit untuk dibagikan kepada keluarga mereka dan meringankan kekhawatiran anggota keluarga. Kedua, di adakan pelatihan untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit dan langkah-langkah perlindungan, pelatihan pra-kerja diatur untuk mengatasi identifikasi dan respons terhadap masalah psikologis pada pasien dengan COVID-19, selain itu disediakan staf keamanan rumah sakit yang akan membantu menangani pasien yang tidak kooperatif. Ketiga, rumah sakit mengembangkan aturan tentang penggunaan dan pengelolaan peralatan pelindung APD, untuk mengurangi kekhawatiran. Keempat, adanya kegiatan pelatihan bagaimana tenaga kesehatan mengisi waktu luang dan cara bersantai pada saat penggunaan APD, untuk

membantu tenaga kesehatan mengurangi stres. Terakhir, konselor psikologis secara teratur mengunjungi tempat istirahat untuk mendengarkan kesulitan atau cerita yang ditemui oleh tenaga kesehatan di tempat kerja, dan memberikan dukungan yang sesuai. Akhirnya Lebih dari 100 tenaga kesehatan garis depan dapat beristirahat di tempat istirahat yang disediakan, dan sebagian besar dari mereka melaporkan merasa senang dan betah dengan intervensi ini (Qiongni Chen, Mining Liang, Yamin Li, Jincui Guo, Dongxue Fei, Ling Wang, Li He, Caihua Sheng, Yiwen Cai, & Xiaojuan Li, 2020; Li et al., 2020; V. Williamson, Stevelink, & Greenberg, 2018).

Intervensi Psikologis berdasarkan Kasus SARS Sebelumnya

Beberapa metode yang digunakan dalam wabah SARS dapat membantu untuk respons psikologis dalam menghadapi wabah covid-19; Pertama, membentuk tim kesehatan mental dari multidisiplin di tingkat regional dan nasional (psikiater, perawat psikiatris, psikolog klinis, dan pekerja kesehatan mental lainnya) yang akan memberikan dukungan kesehatan mental kepada pasien dan petugas kesehatan. Disediakan perawatan psikiatris khusus, layanan dan fasilitas kesehatan mental untuk pasien dengan gangguan mental komorbiditas. Kedua, adanya komunikasi yang jelas tentang informasi yang terbaru/terupdate yang teratur dan akurat tentang wabah covid-19, yang harus diberikan kepada petugas kesehatan dan pasien untuk mengatasi perasaan ketidakpastian dan ketakutan mereka. Informasi tentang rencana perawatan, laporan perkembangan, dan pembaruan status kesehatan harus diberikan kepada pasien dan keluarga mereka (Maunder et al., 2003; Xiang, Yang, et al., 2020; Xiang, Zhao, et al., 2020).

Ketiga, layanan yang aman harus dibentuk untuk memberikan konseling psikologis menggunakan perangkat dan aplikasi elektronik (seperti smartphone dan WeChat) untuk pasien dan tenaga kesehatan

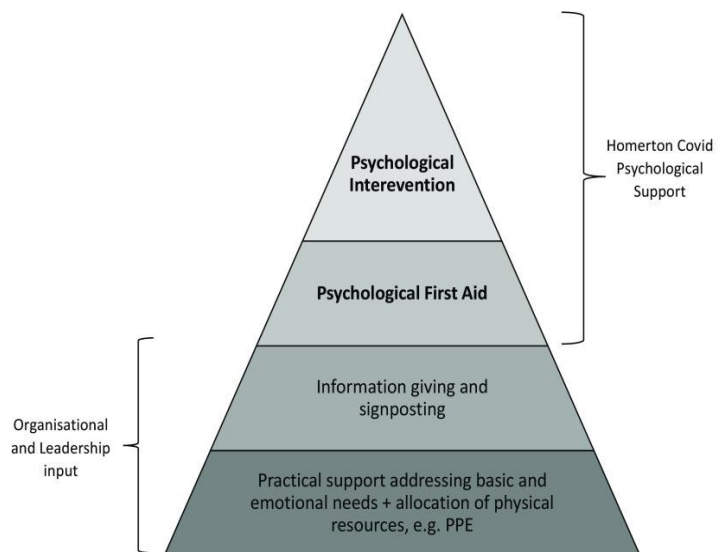
yang terkena dampak, serta keluarga mereka dan anggota masyarakat. Keempat, pasien yang diduga yang didiagnosis dengan pneumonia covid-19, dan profesional kesehatan yang bekerja di rumah sakit yang merawat pasien yang terinfeksi harus menerima skrining klinis reguler untuk depresi, kecemasan, dan bunuh diri dari tim petugas kesehatan mental. Perlunya perawatan kejiwaan yang tepat waktu harus disediakan bagi mereka yang mengalami masalah kesehatan mental berat. Sebagian besar pasien dan petugas kesehatan, akan menunjukkan respons emosional dan perilaku yang merupakan bagian dari respons adaptif terhadap stres yang luar biasa. Perlunya teknik psikoterapi seperti yang didasarkan pada model adaptasi stres. Jika diperlukan penggunaan obat-obatan psikotropika, untuk komorbiditas kejiwaan yang parah, perlu memperhatikan prinsip pengobatan farmakologis dasar untuk mencegah dan mengurangi efek berbahaya dari interaksi dengan wabah covid-19 dan perawatannya (Maunder et al., 2003; Xiang, Yang, et al., 2020; Xiang, Zhao, et al., 2020).

Intervensi Psikologis *Homerton Covid Psychological Support* (HCPS)

Tenaga kesehatan profesional, yang bekerja di garis depan cenderung menunjukkan ketahanan dan menggunakan strategi koping mereka sendiri. Tetapi strategi koping tidak banyak membantu dan dapat menimbulkan risiko munculnya kesulitan kesehatan mental atau memperburuk kondisi mental yang sudah ada. Oleh karena itu, intervensi psikologis harus bertujuan untuk mengatasi kesulitan kesehatan mental yang muncul karena trauma atau pengalaman menyedihkan, sebagai 'tekanan psikologis terbentuk dari tindakan, atau kurangnya tindakan, yang melanggar kode moral atau etika seseorang', Untuk petugas kesehatan, termasuk tidak dapat memberikan perawatan yang dapat menyelamatkan jiwa, seperti ventilasi, karena kurangnya sumber daya yang tersedia, menjadi prioritas oleh para ahli. Sebuah penelitian menunjukkan

bahwa tenaga kesehatan klinis menunjukkan ketahanan psikologis yang lebih rendah, terutama jika waktu merawat pasien lebih lama, disebabkan adanya kecenderungan ragu dalam dukungan sosial, sehingga sangat penting bagi pemimpin tenaga kesehatan di garis depan mempromosikan penyerapan dan upaya organisasi untuk meningkatkan keberadaan layanan psikologis (S. Brooks, Amlôt, Rubin, & Greenberg, 2020; Sull, Harland, & Moore, 2015).

Perlunya dukungan psikologis, seperti model (HCPS), penting memperhatikan ketentuan psikologis dalam kerangka dukungan yang lebih luas dan mengikuti program tersebut untuk mengatasi masalah praktis melalui upaya organisasi dan kepemimpinan yang efektif (S. K. Brooks, Dunn, Amlôt, Rubin, & Greenberg, 2018; Chen et al., 2020; Huang, Yang, & Pescosolido, 2019).



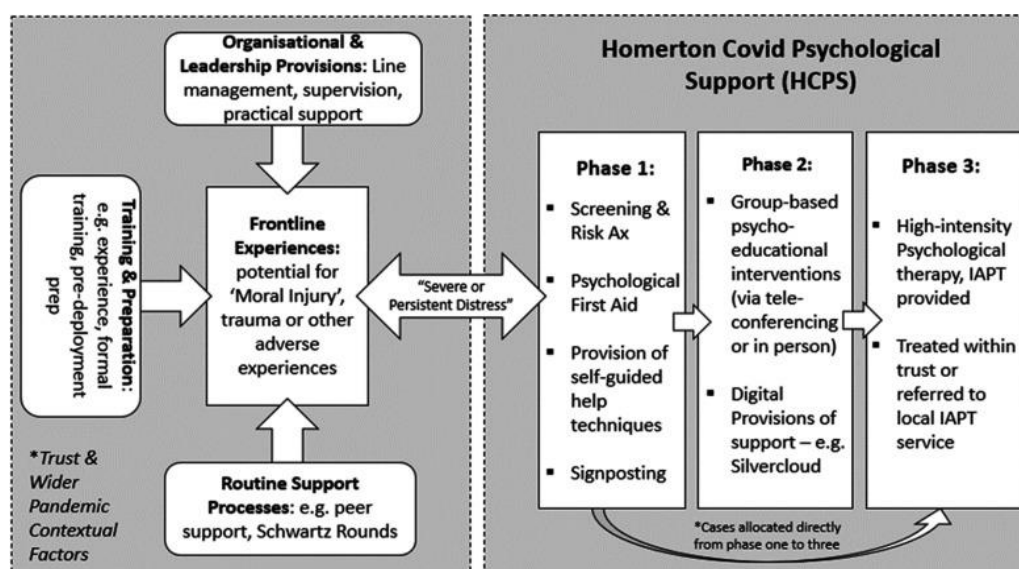
Gambar 4. Peran Dukungan Psikologis Homerton Covid (Psikologis Homerton Covid Psychological Support ; HCPS), sebagai bagian dari terapi psikologis.

Tenaga kesehatan dapat memperoleh dukungan psikologis dari sesama anggota tim di garda depan, serta sumber lain dari sistem mereka. Banyak rumah sakit saat ini memiliki struktur pendukung untuk tenaga kesehatan yang terkena dampak gangguan emosional yang berhubungan dengan peran

mereka. Kelompok pendukung teman sebaya juga bermanfaat bagi kesejahteraan psikologis dan emosional perawat dan dokter. Dukungan kasih sayang di antara tenaga kesehatan, menjadi target intervensi terbukti efektif meningkatkan kesejahteraan emosional dan psikologis staf. Perlunya pengawasan dan kepemimpinan yang efektif untuk mendukung kesejahteraan staf (Flanagan, Chadwick, Goodrich, Ford, & Wickens, 2020; Flowers et al., 2018; Raven, Wurie, & Witter, 2018).

Homerton Covid Psychological Support, pedoman tersebut telah dirancang

sebagai jalur perawatan baru untuk tenaga pelayanan kesehatan di garda depan pelayanan wabah covid-19 yang memenuhi syarat disebut sebagai 'pekerja garis depan' termasuk, dokter, perawat, bidan, paramedis, pekerja sosial, pekerja perawatan dan sukarelawan, petugas kebersihan, administrator, dan personel keamanan. Adanya rujukan mandiri, setelah rujukan, tindakan standar IAPT (MDS) untuk mengukur tingkat kesusahan yang terkait dengan gejala kesehatan mental, serta gangguan fungsi (C. L. Cole et al., 2020; Greenberg, Docherty, Gnanapragasam, & Wessely, 2020).



Gambar 5. Jalur HCPS untuk tenaga kesehatan yang berada di garis depan yang mengalami kesulitan, atau gangguan kesehatan mental. Beberapa kasus langsung dari fase 1 ke 3 karena memiliki masalah kesehatan mental yang sudah ada atau gejala yang parah

HCPS dirancang berdasarkan Ebola Psychological Support Service (EPSS) yang ditemukan sebelumnya, yang dirancang dan disampaikan oleh South London and Maudsley (SLAM) (C. Cole et al., 2020; Waterman, Cole, Greenberg, Rubin, & Beck, 2019).

Fase 1

Adanya ketentuan 'penyaringan dan pertolongan pertama psikologis' yang diberikan selama fase akut atau 'aktif' wabah. Informasi diterima melalui portal online. Selama sesi yang dilakukan jarak jauh, praktisi akan menyaring gejala

kesehatan mental dan melakukan penilaian risiko. Kemudian akan mengkaji dan memfasilitasi bagaimana responden menerapkan strategi yang dimilikinya dan faktor ketahanan, kemudian memberikan saran tambahan untuk mengatasi masalah yang sedang dihadapi, disebut 'rencana kesejahteraan psikologis', yang dapat dilakukan tenaga kesehatan secara mandiri, kemudian akan ditinjau oleh praktisi (S. K. Brooks et al., 2020; C. Cole et al., 2020).

Fase 2

Fase 2 terdiri dari intervensi berbasis CBT, difasilitasi dalam bentuk format

kelompok oleh seorang praktisi melalui teknologi konferensi video atau di Rumah Sakit dengan mengikuti aturan untuk menjaga jarak. Sesi ini membahas topik yang sama dengan EPSS: 'strategi koping sederhana berdasarkan pendekatan perilaku, kognitif yang dapat digunakan tenaga kesehatan sebagai swadaya' sehingga semua kesulitan yang dialami dapat diatasi; termasuk stres, kecemasan, koping yang tidak membantu, berkabung dan kesedihan, suasana hati yang buruk dan masalah tidur. Penting perlunya dukungan teman sebaya dengan intervensi EPSS, memperkuat intervensi kelompok. Selain intervensi berorientasi CBT, HCPS juga memberikan intervensi didasarkan pada 'welas asih' memiliki tujuan untuk perawatan diri dan welas asih di antara tenaga kesehatan sebagai penyangga jika mengalami kesulitan kesehatan mental, yang difasilitasi dua praktisi psikologis dari tim HCPS (C. Cole et al., 2020; Waterman et al., 2019).

Fase 3

Dalam Fase 3, melakukan pendekatan 'penyaringan dan perawatan' tenaga kesehatan yang telah melalui fase 1 dan 2 namun masih memiliki kesulitan, akan dinilai dan diberikan intervensi yang direkomendasikan oleh NICE untuk kesulitan kesehatan mental lanjut seperti PTSD. Beberapa orang yang diskriminasi selama fase 1 dan memiliki kesulitan kesehatan mental yang sudah ada atau sedang mengalami gejala yang parah, berdasarkan hasil wawancara akan langsung masuk ke fase 3. Sangat penting karena beberapa responden terkena dampak krisis, harus segera diberikan intervensi psikologis. Intervensi fase 3 ini akan diberikan oleh praktisi spesialis IAPT. Intervensi dapat diberikan oleh Talk Changes (City & Hackney IAPT) atau oleh layanan lokal yang terkait dengan tempat tinggal tenaga kesehatan. Terapi ini dapat terus diberikan dari jarak jauh (melalui telepon atau online), meskipun sebaiknya fase selanjutnya

diperlukan pertemuan secara langsung (Brewin et al., 2010; C. L. Cole et al., 2020).

KESIMPULAN DAN SARAN

Petugas kesehatan adalah yang paling rentan terhadap hal tersebut. Reaksi terkait stres meliputi perubahan konsentrasi, lekas marah, cemas, susah tidur, berkurangnya produktivitas, dan konflik antarpribadi.

Petugas kesehatan akan mengalami kondisi kejiwaan yang lebih parah, pemisahan dari keluarga, situasi abnormal, peningkatan paparan, ketakutan akan penularan COVID-19, perasaan gagal dalam menangani prognosis yang buruk, fasilitas teknis yang tidak memadai, APD, alat dan peralatan, untuk membantu merawat pasien. Petugas kesehatan mengalami kesulitan mempertahankan kondisi kesehatan fisik dan mental yang berisiko mengalami gangguan psikologis seperti depresi, kecemasan, stres berat, dan kelelahan.

Perlunya intervensi dan pendekatan yang akan mendukung perasaan, kekhawatiran tentang kesehatan pribadi, ketakutan membawa infeksi dan menularkannya kepada anggota keluarga atau orang lain, diisolasi, perasaan tidak pasti, stigmatisasi sosial, beban kerja yang berlebihan, dan merasa tidak aman ketika memberikan layanan perawatan dan kesehatan pada pasien COVID-19, sebagai dukungan pada mereka yang berada di garda depan dalam merawat dan mengobati pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Adams, J. G., & Walls, R. M. (2020). Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *Jama*, 323(15), 1439-1440. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>
- Anmella, G., Fico, G., Roca, A., Gómez, M., Vázquez, M., Murru, A., . . . Vieta, E. (2020). Unravelling potential severe psychiatric repercussions on healthcare professionals during the COVID-19 crisis. *Journal of affective disorders*, 273, 422-424.

- <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.061>
- Belingheri, M., Paladino, M. E., & Riva, M. A. (2020). Beyond the assistance: additional exposure situations to COVID-19 for healthcare workers. *The Journal of hospital infection*, S0195-6701(0120)30132-30138. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.03.033>
- Billings, J., Kember, T., Greene, T., Grey, N., El-Leithy, S., Lee, D., . . . Brewin, C. (2020). Guidance for planners of the psychological response to stress experienced by hospital staff associated with COVID: early interventions. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa098>
- Brewin, C. R., Fuchkan, N., Huntley, Z., Robertson, M., Thompson, M., Scragg, P., . . . Ehlers, A. (2010). Outreach and screening following the 2005 London bombings: usage and outcomes. *Psychological Medicine*, 40(12), 2049-2057. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000206>
- Brooks, S., Amlôt, R., Rubin, G. J., & Greenberg, N. (2020). Psychological resilience and post-traumatic growth in disaster-exposed organisations: overview of the literature. *BMJ Mil Health*, 166(1), 52-56. <https://doi.org/10.1136/jramc-2017-000876>
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Rubin, G. J., & Greenberg, N. (2018). A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak. *Journal of occupational and environmental medicine*, 60(3), 248-257. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001235>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Bryan, C. J., Bryan, A. O., Roberge, E., Leifker, F. R., & Rozek, D. C. (2018). Moral injury, posttraumatic stress disorder, and suicidal behavior among National Guard personnel. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 10(1), 36. <https://doi.org/10.1037/tra0000290>
- Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S. C., & Di Napoli, R. (2020). Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19) StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, Copyright © 2020, StatPearls Publishing LLC. [Google Scholar](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.061)
- Chan, J. F.-W., Kok, K.-H., Zhu, Z., Chu, H., To, K. K.-W., Yuan, S., & Yuen, K.-Y. (2020). Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan. *Emerging microbes & infections*, 9(1), 221-236. <https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1719902>
- Chan, J. F.-W., To, K. K.-W., Tse, H., Jin, D.-Y., & Yuen, K.-Y. (2013). Interspecies transmission and emergence of novel viruses: lessons from bats and birds. *Trends in microbiology*, 21(10), 544-555. <https://doi.org/10.1016/j.tim.2013.05.005>
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., . . . Li, X. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)

- Chen, Y., Liu, Q., & Guo, D. (2020). Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. *Journal of Medical Virology*, 92(4), 418-423. <https://doi.org/10.1002/jmv.25681>
- Chew, N. W. S., Lee, G. K. H., Tan, B. Y. Q., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J. H., . . . Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, behavior, and immunity*, S0889-1591(0820)30523-30527. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>
- Chiolero, A. (2020). Covid-19: a digital epidemic. *BMJ*, 368, m764. <https://doi.org/10.1136/bmj.m764>
- Cole, C., Waterman, S., Stott, J., Saunders, R., Buckman, J., Pilling, S., & Wheatley, J. (2020). Adapting IAPT services to support frontline NHS staff during the Covid-19 pandemic: the Homerton Covid Psychological Support (HCPS) pathway. *the Cognitive Behaviour Therapist*, 1-25. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000148>
- DePierro, J., Lowe, S., & Katz, C. (2020). Lessons learned from 9/11: Mental health perspectives on the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 288, 113024-113024. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113024>
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yrondi, A., Brunault, P., Bienvenu, T., . . . Aouizerate, B. (2020). Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? [Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ?]. *L'Encephale*, S0013-7006(0020)30076-30072. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
- England, P. H. (2020). Recommended PPE for healthcare workers by secondary care inpatient clinical setting, NHS and independent sector: PHE London. [Google Scholar](https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008)
- Ferguson, N., Laydon, D., Nedjati Gilani, G., Imai, N., Ainslie, K., Baguelin, M., . . . Cuomo-Dannenburg, G. (2020). Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand. [Google Scholar](https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008)
- Flanagan, E., Chadwick, R., Goodrich, J., Ford, C., & Wickens, R. (2020). Reflection for all healthcare staff: a national evaluation of Schwartz rounds. *Journal of Interprofessional Care*, 34(1), 140-142. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636008>
- Flowers, S., Bradfield, C., Potter, R., Waites, B., Neal, A., Simmons, J., & Stott, N. (2018). 'Taking care, giving care' rounds: An intervention to support compassionate care amongst healthcare staff. *Clinical Psychology Forum*, 23-30. [Google Scholar](https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636008)
- Friedman, L. E., Gelaye, B., Sanchez, S. E., & Williams, M. A. (2020). Association of social support and antepartum depression among pregnant women. *Journal of affective disorders*, 264, 201-205. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.017>
- Gattinoni, L., Coppola, S., Cressoni, M., Busana, M., Rossi, S., & Chiumello, D. (2020). COVID-19 Does Not Lead to a "Typical" Acute Respiratory Distress Syndrome. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 201(10), 1299-1300. <https://doi.org/10.1164/rccm.202003-0817LE>
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health

- challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, 368, m1211.
<https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>
- Guo, Z. D., Wang, Z. Y., Zhang, S. F., Li, X., Li, L., Li, C., . . . Chen, W. (2020). Aerosol and Surface Distribution of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Hospital Wards, Wuhan, China, 2020. *Emerging infectious diseases*, 26(7).
<https://doi.org/10.3201/eid2607.200885>
- Holland, M., Zaloga, D. J., & Friderici, C. S. (2020). COVID-19 Personal Protective Equipment (PPE) for the emergency physician. *Visual journal of emergency medicine*, 19, 100740.
<https://doi.org/10.1016/j.visj.2020.100740>
- Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 and the NHS-"a national scandal". *Lancet* (London, England), 395(10229), 1022.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30727-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30727-3)
- Huang, D., Yang, L. H., & Pescosolido, B. A. (2019). Understanding the public's profile of mental health literacy in China: a nationwide study. *BMC psychiatry*, 19(1), 20-20.
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1980-8>
- Iqbal, M. R., & Chaudhuri, A. (2020). COVID-19: Results of a national survey of United Kingdom healthcare professionals' perceptions of current management strategy - A cross-sectional questionnaire study. *International journal of surgery* (London, England), 79, 156-161.
<https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.05.042>
- Jiang, X., Deng, L., Zhu, Y., Ji, H., Tao, L., Liu, L., . . . Ji, W. (2020). Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatry research*, 286, 112903-112903.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112903>
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., . . . Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The lancet. Psychiatry*, 7(3), e14-e14.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Kickbusch, I., & Leung, G. (2020). Response to the emerging novel coronavirus outbreak. *BMJ*, 368, m406.
<https://doi.org/10.1136/bmj.m406>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., . . . Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lauer, S. A., Grantz, K. H., Bi, Q., Jones, F. K., Zheng, Q., Meredith, H. R., . . . Lessler, J. (2020). The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med*, 172(9), 577-582.
<https://doi.org/10.7326/M20-0504>
- Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., . . . Cowling, B. J. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. 382(13), 1199-1207.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>
- Liu, Y., Gayle, A. A., Wilder-Smith, A., & Rocklöv, J. (2020). The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *Journal of travel medicine*, 27(2), taaa021.
<https://doi.org/10.1093/jtm/taaa021>
- Liu, Y., Zhang, J., Hennessy, D. A., Zhao, S., & Ji, H. (2019). Psychological strains,

- depressive symptoms, and suicidal ideation among medical and non-medical staff in urban china. *Journal of affective disorders*, 245, 22-27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.111>
- Livingston, E., Desai, A., & Berkwits, M. (2020). Sourcing personal protective equipment during the COVID-19 pandemic. *Jama*, 323(19), 1912-1914. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5317>
- Lu, H., Stratton, C. W., & Tang, Y.-W. (2020). Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *Journal of Medical Virology*, 92(4), 401-402. <https://doi.org/10.1002/jmv.25678>
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., . . . Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 168(10), 1245-1251. [Google Scholar](#)
- McKinley, N., McCain, R. S., Convie, L., Clarke, M., Dempster, M., Campbell, W. J., & Kirk, S. J. (2020). Resilience, burnout and coping mechanisms in UK doctors: a cross-sectional study. *BMJ open*, 10(1), e031765-e031765. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031765>
- Organization, W. H. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020: World Health Organization. [Google Scholar](#)
- Perlman, S., & Netland, J. (2009). Coronaviruses post-SARS: update on replication and pathogenesis. *Nature reviews. Microbiology*, 7(6), 439-450. <https://doi.org/10.1038/nrmicro2147>
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *The New England journal of medicine*. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Pietrzak, R. H., Feder, A., Singh, R., Schechter, C. B., Bromet, E. J., Katz, C., . . . Crane, M. (2014). Trajectories of PTSD risk and resilience in World Trade Center responders: an 8-year prospective cohort study. *Psychological Medicine*, 44(1), 205-219. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000597>
- Raven, J., Wurie, H., & Witter, S. (2018). Health workers' experiences of coping with the Ebola epidemic in Sierra Leone's health system: a qualitative study. *BMC health services research*, 18(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3072-3>
- Sayburn, A. (2020). Covid-19: PHE upgrades PPE advice for all patient contacts with risk of infection: British Medical Journal Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1391>
- Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., . . . Agha, R. (2020). World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International journal of surgery (London, England)*, 76, 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.02.034>
- Stahlmann, R., & Lode, H. (2020). Medication for COVID-19-an Overview of Approaches Currently Under Study. *Deutsches Arzteblatt international*, 117(13), 213-219. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0213>
- Sull, A., Harland, N., & Moore, A. (2015). Resilience of health-care workers in the UK; a cross-sectional survey. *Journal of occupational medicine and toxicology (London, England)*, 10, 20-20. <https://doi.org/10.1186/s12995-015-0061-x>

- Sweeney, A., & Taggart, D. (2018). (Mis) understanding trauma-informed approaches in mental health: Taylor & Francis.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1520973>
- Tan, B. Y. Q., Chew, N. W. S., Lee, G. K. H., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L. L. L., . . . Sharma, V. K. (2020). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Annals of internal medicine*, M20-1083.
<https://doi.org/10.7326/M20-1083>
- Tang, C., Liu, C., Fang, P., Xiang, Y., & Min, R. (2019). Work-Related Accumulated Fatigue among Doctors in Tertiary Hospitals: A Cross-Sectional Survey in Six Provinces of China. *International journal of environmental research and public health*, 16(17), 3049.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16173049>
- Tanne, J. H., Hayasaki, E., Zastrow, M., Pulla, P., Smith, P., & Rada, A. G. (2020). Covid-19: how doctors and healthcare systems are tackling coronavirus worldwide. *BMJ*, 368, m1090.
<https://doi.org/10.1136/bmj.m1090>
- Tempest, E. L., Carter, B., Beck, C. R., & Rubin, G. J. (2017). Secondary stressors are associated with probable psychological morbidity after flooding: a cross-sectional analysis. *Eur J Public Health*, 27(6), 1042-1047.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx182>
- The, L. (2020). COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet (London, England)*, 395(10228), 922.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9)
- Touma, M. (2020). COVID-19: molecular diagnostics overview. *Journal of molecular medicine (Berlin, Germany)*, 1-8.
<https://doi.org/10.1007/s00109-020-01931-w>
- Vahia, I. V., Blazer, D. G., Smith, G. S., Karp, J. F., Steffens, D. C., Forester, B. P., . . . Reynolds, C. F. (2020). COVID-19, mental health and aging: A need for new knowledge to bridge science and service. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.03.007>
- Vinkers, C. H., van Amelsvoort, T., Bisson, J. I., Branchi, I., Cryan, J. F., Domschke, K., . . . van der Wee, N. J. A. (2020). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 35, 12-16.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.003>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., & Ho, C. S. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. 17(5).
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, X., Zhang, X., & He, J. (2020). Challenges to the system of reserve medical supplies for public health emergencies: reflections on the outbreak of the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) epidemic in China. *Biosci Trends*, 14(1), 3-8.
<https://doi.org/10.5582/bst.2020.01043>
- Waterman, S., Cole, C. L., Greenberg, N., Rubin, G. J., & Beck, A. (2019). A qualitative study assessing the feasibility of implementing a group cognitive-behavioural therapy-based intervention in Sierra Leone. *BJPsych international*, 16(2), 31-34.
<https://doi.org/10.1192/bji.2018.7>
- Wax, R. S., & Christian, M. D. (2020). Practical recommendations for critical

- care and anesthesiology teams caring for novel coronavirus (2019-nCoV) patients. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01591-x>
- Williamson, V., Murphy, D., & Greenberg, N. (2020). COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occupational medicine (Oxford, England)*, kqaa052. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa052>
- Williamson, V., Stevelink, S. A. M., & Greenberg, N. (2018). Occupational moral injury and mental health: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 212(6), 339-346. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.55>
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., . . . Hoven, C. W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*, 54(5), 302-311. <https://doi.org/10.1177/070674370905400504>
- Xiang, Y.-T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet. Psychiatry*, 7(3), 228-229. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Xiang, Y.-T., Zhao, Y.-J., Liu, Z.-H., Li, X.-H., Zhao, N., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1741-1744. <https://doi.org/10.7150/ijbs.45072>

UCAPAN TERIMAKASIH

Terima kasih kepada ibu Direktur dan Seluruh Civitas Akademika Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari, atas dukungan dan suport dalam menyusun literatur review ini.

INFORMASI TAMBAHAN

Lisensi

Hakcipta © Rosyanti, Lilin & Hadi, Indriono. Artikel akses terbuka ini dapat disebarluaskan seluas-luasnya sesuai aturan [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) dengan catatan tetap menyebutkan penulis dan penerbit sebagaimana mestinya.

Catatan Penerbit

Poltekkes Kemenkes Kendari menyatakan tetap netral sehubungan dengan klaim dari perspektif atau buah pikiran yang diterbitkan dan dari afiliasi institusional manapun.

Pendanaan

Penulis tidak menerima pendanaan yang sifatnya spesifik untuk kajian ini.

Artikel DOI

<https://doi.org/10.36990/hijp.vi.191>