



**INSAN**

Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental

<http://e-journal.unair.ac.id/index.php/JPKM>

p-ISSN 2528-0104 | e-ISSN 2528-5181



RESEARCH ARTICLE / ARTIKEL PENELITIAN

## **Social Support as a Moderator of Death Anxiety and Depression in Covid-19 Health Workers**

Rani Attiqah Gusbet

Fakultas Psikologi, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

### **ABSTRACT**

Close contact with patients makes healthcare workers have a higher risk to infection and death. Death anxiety and depression might have an impact on the performance of healthcare workers during taking care of the patients. Regression analysis were performed to evaluate the moderating role of social support on the relationship between death anxiety and depression. The aim of this study was to analyze the role of social support as a moderator of the relationship between death anxiety and depression in healthcare workers during the Covid-19 pandemic. This study uses an online survey conducted to 192 healthcare workers in a few cities in Indonesia. This data was measured using the PHQ-9, DAS-E, and MSPSS scales. The data were analyzed by moderated regression analysis. The results of this study indicate that social support does not moderate the relationship between death anxiety and depression in healthcare workers during the Covid-19 pandemic.

**Keywords:** *covid-19, death anxiety, depression, health workers, social support*

### **ABSTRAK**

Seringnya melakukan kontak langsung dengan pasien mengakibatkan tenaga medis menjadi kelompok yang rawan untuk terinfeksi virus Covid-19 dan mengakibatkan kematian. Kecemasan terhadap kematian dan depresi bisa berdampak pada kinerja tenaga medis selama penanganan pasien. Dibutuhkan faktor protektif untuk mengatasi keadaan tenaga medis ini. Tujuan penelitian ini untuk melihat peran dukungan sosial sebagai moderator hubungan antara kecemasan terhadap kematian dan depresi pada tenaga medis selama pandemi Covid-19. Metode dalam penelitian ini menggunakan survei daring yang dilakukan kepada 192 tenaga kesehatan di beberapa kota di Indonesia. Data yang diperoleh dianalisis dengan *moderated regression analysis*. Data ini diukur dengan menggunakan skala PHQ-9, DAS-E, dan MSPSS. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan sosial tidak memoderatori hubungan antara kecemasan terhadap kematian dan depresi pada tenaga medis yang bertugas selama pandemi Covid-19.

**Kata kunci:** *covid-19, depresi, dukungan sosial, kecemasan terhadap kematian, tenaga medis*

INSAN Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental, 2023, Vol. 8(2), 195-215, doi: 10.20473/jpkm.v8i22023.195-215

Submitted: 06/08/2023 Accepted: 07/11/2023 Published: 11/12/2023

Editor: Rahkman Ardi

\*Corresponding Author's Email: raniattiqah95@gmail.com



This manuscript is under the open access policies and the Creative Common Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>); therefore, any use, distribution, and reproduction of this article, in any media, is not restricted as long as its original source is properly cited.

## INTRODUCTION

Covid-19 was a pandemic leading the World Health Organization (WHO) to declare a global health emergency on January 30, 2020 (WHO, 2020). In Indonesia, the first two cases were officially announced on March 2, 2020 (Ministry of Health of the Republic of Indonesia, 2020). A year after the first cases were announced, on March 2, 2021 active cases in Indonesia reached 1,347,026 people, 1,160,863 patients recovered, and 36,518 patients died (Budiman, 2021).

Facing this crisis situation, the role of health workers is very important in efforts to prevent the increase in the number of active Covid-19 cases by examining, treating, and curing infected patients. Health workers have to deal with direct contact with Covid-19 patients daily. Therefore, health workers are one of the most vulnerable groups due to the direct exposure to the virus (Faisal et al., 2020). This was a serious problem during the Covid-19 pandemic since health workers are the front lines working to break the Covid-19 infection chain. As of December 28, 2020, as many as 507 health workers have died due to Covid-19 (Rizal; Kompas, 2020). Based on the number of doctors, Indonesia is the second lowest in Southeast Asia, at 0.4 doctors per 1,000 population. This means that Indonesia only has 4 doctors to serve 10,000 of its population. This number is much lower than Singapore, which has 2 doctors per 1,000 population (Rasio Dokter Indonesia Terendah Kedua di Asia Tenggara Databoks, 2020).

I conducted interviews to find out the initial description of how the medical staff at M. Djamil Hospital Padang, one of the Covid-19 referral hospitals. One of the doctors explained that he was overwhelmed by the work situation during the Covid-19 pandemic. They were exhausted and lacked focus on duty. The limited quantity of workers to reduce mobility at work increased the workload of health workers at that time. Colleagues who died during the Covid-19 pandemic also made them even more anxious. This is exacerbated by the bad stigma of the community by avoiding contact with health workers because of the risk of being exposed to the virus. In addition, their limited time and opportunities caused them to lack interaction with relatives, which resulted in a lack of social support.

The Health Worker Protection Division of the Covid-19 Handling Task Force, Dr. Mariya Mubarika, stated that globally, 95% of health workers were anxious about Covid-19 exposure (Hastuti, 2020). Stress and anxiety are thought to make them exposed even faster (Hastuti, 2020). The outbreak of Covid-19 accompanied by a high mortality rate poses a threat to individual existence (Menzies & Ross G., 2020). Anxiety about Covid-19 threatening human existence is the same as death anxiety, a reaction that one experiences when facing death, chronic illness, or life-threatening illness (Sadri Damirchi et al., 2020).

Anxiety increases when one witnesses the death of others (Kübler & Ross; Handagoon & Varma, 2014). Threats such as terminal illness, the anxiety experience of one's own or others' death, will elicit individuals' adaptive and maladaptive responses such as a sense of helplessness, loss, and vulnerability (Langs, 1997). These maladaptive responses to the threat of death can activate a sense of anxiety and

fear, or even depression or depressive psychosis, panic, paranoia, and evoke other aggressive responses (Langs, 1997). Therefore, Dadfar et al. (2018) said that the profession as health workers is often associated with death, increasing their vulnerability to death anxiety.

Based on the results of research in China, it was found that the lack of personal protective equipment for health workers could increase anxiety and depression (Rodriguez et al., 2020). The depression felt by health workers during the Covid-19 pandemic is supported by the results of a survey conducted in 21 countries, that 1 in 5 health workers experienced depression (Li et al., 2021). The results of another survey related to depression conducted by the Department of Mental Nursing, Faculty of Nursing Sciences UI and the Research Division of the Indonesian Mental Health Nurses Association (IPKJI) to 2,132 nurses from all over Indonesia found that most nurses experienced anxiety and depression with various symptoms (Kompas, 2020).

During the outbreak, many stress factors were experienced by health workers. Such as available resources, uncertainty, and anxiety about the welfare of oneself or family members (Indonesian Medical Association, 2020). As with previous pandemics, research during the *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) outbreak showed that medical workers were also at a higher risk of anxiety, depression, and stress (Wu 2005; Said & El-Shafei, 2020).

According to Nevid et al. (2018), depression has several aspects, including emotional, motivational, motor, and cognitive behaviors. Depression can be caused by many factors, including sociodemographic factors (Shortt & Spence, 2006), low self-esteem (Aro, 1994), low psychological well-being (Wood & Joseph, 2010), alcohol and drug use (Cairns et al., 2014), and anxiety (Nevid et al., 2018). Protective factors are required to modify the effects of depression on individuals. Some of these protective factors include social support, physical activity, and education (Colman et al., 2014). The protective factor most often associated with reducing the risk of mental health problems, including depression, is social support (Liu et al., 2020; Ni et al., 2020; Xiao et al., 2020; Muller et al., 2020).

Social support occurs when individuals are valued, respected, cared for, and loved by others (Gurung, 2006; Kugbey, Boadi & Atefoe, 2015). When social support increases, psychological distress, such as stress and depression, will significantly decrease (Kundari et al., 2020). Lack of social support results in poor quality of life (Lewinsohn et al., 1999; Colman et al., 2007; Colman et al., 2014) and depression (Reinherz et al., 2003; Colman et al., 2014). As proven by research conducted in Australia, the lack of social support during the Covid-19 pandemic among health workers in Australia triggered depression and difficulty at work (Halcomb et al., 2020).

Rosyanti and Hadi (2020) mentioned that the potential for health problems among health workers is caused by several factors, such as severe stress, depression, fatigue, anxiety, feelings of being unsupported, concerns about personal health, fear of virus exposure and transmitting it to family members or others, social stigma, excessive workload, and feelings of insecurity when providing care. Direct concern about the risk of infection and the fear of spreading the virus to their family, friends, or colleagues will lead to increased isolation measures with worse psychological outcomes and less optimal treatment of patients (Rosyanti & Hadi, 2020).

Seeing the important role of social support in death anxiety and depression among health workers during a pandemic, I am interested in conducting research to see the role of social support as a moderator of the relationship between death anxiety and depression in health workers during the Covid-19 pandemic in Indonesia. Research related to the role of social support that moderates death anxiety and depression has been conducted. Holt and Espelage (2005) conducted a study on Afro-American and Caucasian adolescents who received dating violence, showing that adolescents who

received high social support would have low anxiety and depression, compared to those with low social support.

Other research conducted by Xu and Wei (2013) investigated the role of social support as a moderator in the correlation between anxiety and depression among 2,080 survivors of the Wenchuan earthquake. The results showed that low social support will increase depressive symptoms in participants. The results of another study by Kagan (2020) showed that nurses who have perceptions of low social support, cause these nurses to have high death anxiety and affect psychological distress, namely stressors and difficult demands in everyday life.

When individuals are faced with work situations that provoke death anxiety, strain on coping resources and increase the risk of loss of meaning in life, psychological distress, and depression (Austin et al., 2017; Kagan, 2020). This social support has a role to reduce various forms of stress, improve quality of life, and improve coping mechanisms (Santoso, 2020). Therefore, the presence of high social support is predicted to moderate the relationship between death anxiety and depression in health workers.

The role of social support in influencing the magnitude of death anxiety and depression in health workers is essential because lack of attention to this issue could lead to undesirable consequences, such as job dissatisfaction, psychological distress, and lack of proper care for patients (Dadfar et al., 2018). Therefore, the purpose of this study was to determine the role of social support in moderating the relationship between death anxiety and depression in health workers during Covid-19 pandemic. The results of this study are expected to contribute to widespread information in the medical and social fields regarding the readiness of health workers in dealing with death anxiety and depression moderated by social support.

## METHOD

### *Research Design*

This research was a cross-sectional survey. I chose the cross-sectional survey method in order to find out the participants' behavior by measuring it at one time and more easily. This method was chosen to get relatively fast results related to the urgency of Covid-19 situation (at that time) compared to interviews. In addition, this method also made it easier to decide on hypotheses (Wang, 2020).

### *Participants*

Participants in this study were selected by purposive sampling in advance, which has been determined by characteristics (Sugiyono, 2013). Based on the statistical power test with a priori power analysis used the parameter test family F-test, linear multiple regression statistical test: fixed model,  $R^2$  deviation from zero, a priori power analysis, effect size  $f^2$  0.15,  $\alpha$  err prob of 0.05, power ( $1 - \beta$  err prob) of 0.80 and two predictors, the total sample in this study was 68 people who had been measured with G\*Power 3.1.9.4.

The criteria for participants were health workers who had direct contact and worked for the examination, treatment, and recovery of Covid-19 patients. This research has received research approval from the Research Ethics Commission of the Faculty of Psychology, Gadjah Mada University with number 4775/UN1/FPSi.1.3/SD/PT.01.04/2021. This research was conducted online through social media and could be accessed at any time. This method was used to avoid direct contact with participants due to the health protocols. I distributed the survey form through Instagram, Twitter, and WhatsApp. The survey had brief information of the research, such as the purpose, benefits, and

confidentiality of the data. If the participant does not meet the criteria, the survey cannot be continued. Participants who met the criteria could continue filling out the online survey.

The number of participants in this study was 192 people. There were 21 deviant data with extreme values that affected data normality and couldn't be analyzed further. The extreme value could be seen from filling in survey inconsiderately. Therefore, I removed 21 responses with extreme data, thus I analyzed 171 responses, 31% were male and 69% were female. All participants were hospital staff ranging from doctors, nurses, midwives, pharmacists, etc. The age of participants was dominated by 20 - 30 years old (84%), 13% were 31 - 40, and 3% were 41 - 50. The distribution of participants was in several provinces in Indonesia; DKI Jakarta (36%), West Sumatra (19%), West Java (6%), Central Java and DIY (9%), East Java (8%), Kalimantan (10%), Riau (8%), and other regions (4%).

### *Measurements*

The first instrument used in this study was Death Anxiety Scale-Extended (DAS-E) (Templer et al., 2006). This scale has been translated into Indonesian by Prihatiningsih (2018). This scale has met the criteria for a good measuring instrument with an Alpha reliability coefficient of 0.89 and a total item correlation ranging from 0.36 - 0.80. This means that the items on this scale have met the criteria for good items by passing the limit of the total item correlation coefficient reaching  $\geq 0.25$  (Hecht & Swineford, 1981; Azwar, 2019). This scale is compiled based on the anxiety factor towards death, namely anxiety that reminds individuals about death itself. The Death Anxiety Scale-Extended (DAS-E) scale has 19 items with a Likert Scale. This scale has a score range of 19 - 76.

The Depression Scale used in this study is Patient Health Questionnaire (PHQ)-9. The PHQ-9 scale was developed in 1999 and issued by the Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) (Hammash et al., 2013). This scale has been standardized with the Indonesian language by Kusuma (2018). This scale is a self-report questionnaire that contains criteria for depressive disorders based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV). This scale has met the criteria for a good measuring instrument with an Alpha reliability coefficient of 0.84 and a total item correlation ranging from 0.28 - 0.63. Meaning the items are good with correlation coefficient  $\geq 0.25$  (Hecht & Swineford, 1981; Azwar, 2019). The PHQ-9 scale, which consists of 9 self-report items, has a score range of 0 - 27.

The Social Support Scale in this study is Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) developed by Zimet et al. (2011). This scale has been translated into Indonesian by Winahyu (2015). This scale contained 12 items in which there are three sources of social support, namely family support, friends, and significant others (Zimet et al., 2011). This MSPSS scale meets the criteria for a reliable measuring instrument with an Alpha reliability coefficient of 0.94 and a total item correlation ranging from 0.61 - 0.80. This MSPSS scale has a score value range of 12 - 84.

### *Data Analysis*

This research used moderated regression analysis. Before hypothesis testing, several assumption tests were carried out, namely normality test, linearity test, and multicollinearity test. Data were analyzed using SPSS version 25.

## **RESULTS**

Based on the data description, it was known that the average empirical data on the variables of death anxiety and depression has a difference in value that is not far, namely 0.3 - 0.9 from the hypothetical

score. This indicated that the scores of death anxiety and depression are classified as moderate, while the average empirical score of social support is higher than the hypothetical score with a difference of 5.2. This indicated that the social support score is high.

A comparison of the means of each variable, based on gender, showed that women have higher death anxiety, depression, and social support than men. On death anxiety, men had an average of 45.056 while women had an average of 47.330. The average depression in men was at 8.811, while women were at 9.847. On social support, men averaged 45.132 and women 50.949. This shows that women have higher death anxiety, depression, and social support than men.

Table 1. Data Categorization

Variables	Kategori				
	Mean	Std	Low	Medium	High
Death anxiety	46.625	10.418	29	112	30
Depression	9.526	5.348	171	0	0
Social Support	49.146	17.253	42	64	65

Description:

- Mean = Average score
- Std = Standard deviation
- Low = Low score category
- Medium = Medium score category
- High = High score category

Table 1 showed that the majority of participants had moderate levels of death anxiety, had low levels of depression and had high levels of social support. Data categorization is in accordance with the norms established for the PHQ-9 Scale, namely 0 to 4 is classified as no depression, 5 to 10 is classified as mild depression, 10 to 14 is classified as moderate depression, 15 to 20 is moderately severe depression and >20 is classified as severe depression.

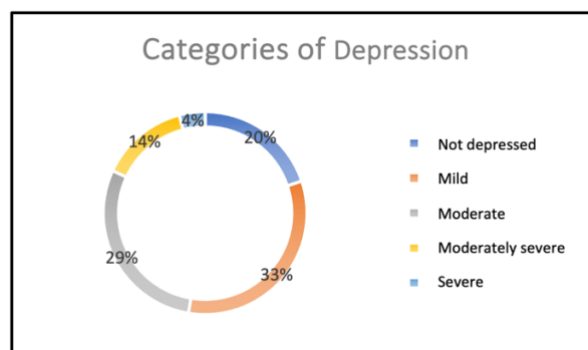


Figure 1. Depression categories

Based on figure 1, it appeared that the majority of participants in this study are classified as mild depression.

#### Assumption Test

The results of the normality assumption test with Kolmogorov-Smirnov showed that data distribution was normal  $p=0.061$  ( $>0.05$ ) for death anxiety,  $p=0.054$  ( $p>0.05$ ) for depression and  $p=0.070$  ( $>0.05$ ) for social support. Linearity test results showed that the correlation between variables in this study was linear, with  $F=10.677$  ( $p<0.01$ ) for death anxiety and depression, and  $49.221$  ( $p<0.01$ ) for depression



and social support. The multicollinearity test showed that the depression and social support variables obtained a tolerance value of 1.000 and a VIF value of 1.000, which means that there is no multicollinearity in the social support and death anxiety variables in this regression model. Based on these assumption tests, it can be concluded that this research model meets the regression test requirements.

### Correlation Test

Table 2. Correlation Test

	Death Anxiety	Social Support
Depression	0.232	-0.320

$p < 0.05$

Based on table 2, it can be seen that there is a correlation between depression and death anxiety ( $r = 0.232$ ,  $p < 0.05$ ). The higher the death anxiety, the higher the depression. In addition, there is also a correlation between depression and social support of ( $r = -0.320$ ,  $p < 0.05$ ). This means that the higher the social support, the lower the depression.

### Hypothesis Test

The results of the moderator regression test showed that social support does not moderate the correlation between death anxiety and depression. This can be seen on table 3.

Table 3. Moderator Regression Analysis

Model	Variables	R <sup>2</sup>	F	Sig
1	Death Anxiety	0.54	9.604	0.002
2	Death Anxiety and Social Support	0.154	19.802	0.000
3	Death Anxiety * Social Support	0.154	0.098	0.754

Desc:

R <sup>2</sup>	= R- square
F	= F-change
Sig	= Significance
Independent variable	= Death Anxiety
Dependent variable	= Depression
Moderator variable	= Social Support

Based on the table, it can be seen that when death anxiety affects depression, it contributes 54%, with  $F = 9.604$  ( $p = 0.002$ ). This suggested that death anxiety can significantly predict depression.

When social support interacted with death anxiety, it also had an effect, but the original effect of 54% decreased to 15.4%. Meaning social support had a significant effect on depression with  $F = 19.802$  and  $p < 0.01$  and had a percent decrease in 38.6%.

When the multiplication of social support and death anxiety was interacted with depression, the effect did not increase and remained at 15.4% with  $F = 0.098$  ( $p = 0.754$ ). This means that social support did not moderate the role of death anxiety and depression.

Then, I looked at the direct role between social support and depression. The results showed that social support has a significant role on depression. This is shown by  $F = 19.335$  ( $p < 0.01$ ). Based on the test results, I can conclude that social support can be an independent variable that influences the depression

variable in this study.

## DISCUSSION

This study aims to determine the role of social support as a moderator on death anxiety and depression. The results showed that there was no moderating role of social support on the relationship between death anxiety and depression. Therefore, the results of this study are not in line with previous research by Xu and Wei (2013), which states that social support has a moderating role on depression.

Social support did not have a moderating role, possibly due to several factors. The first is due to high social support based on the data category. This high social support came from a better and less worrisome data collection situation at the time. Precisely in late August to mid-October 2021, the status of PPKM policy (Restrictions on Community Activities) in several districts or cities changed from level 4 to a lower level, since the number Covid-19 positive cases had decreased (Putra, 2021). Meaning health workers had higher interaction with others. This is in accordance with research by Xu and Wei (2013) which states that individuals with high social support have a higher intensity of interaction with people around them. Chou and Chi (2001) stated that moderating role occurred in participants with low social support in comparison to those with high social support. The second factor is the deceptive response. Measuring individual attributes using self-report, whether it is questionnaires or inventories, is prone to deceptive responses. Individuals may deliberately inflate scores to show a positive impression of their personality profile (Nguyen & Biderman, 2005).

The low level of death anxiety and depression in health workers may also be associated to low level of PPKM status. As the number of Covid-19 patients reduced the workload of health workers, the possibility of death anxiety and depression decreased.

The results of the regression analysis between social support and depression showed a significant direct role, so it can be seen that social support can act as an independent variable that can directly affect depression. These results are in line with previous research by Gray et al. (2020), which stated that social support has a negative significant correlation with depression, anxiety, and sleep quality. This was also found in this study that indicated social support has a negative significant correlation with depression. Meaning, the higher the perceived social support, the lower the depression among the participants. This could be explained because social support itself has a role to reduce various forms of stress, improve quality of life and improve coping mechanisms (Santoso, 2020). Therefore, the presence of high social support was predicted to affect the relationship between death anxiety and depression in health workers.

The results of the analysis in this study also showed a significant correlation between anxiety about death and depression. This result is in line with the study by Xu and Wei (2013) which stated that anxiety has a direct impact on depression. This means that individuals who have anxiety are prone to depression, which was also in line with the results of this study.

## CONCLUSION

Social support does not moderate the relationship between death anxiety and depression in health workers during the Covid-19 pandemic. This means that social support does not affect the size of the role of death anxiety and depression of health workers. However, in this study, social support was directly related to medical staff depression. In other words, social support can act as an independent



variable, just as death anxiety also has a significant role in medical staff depression.

The implication of this study is for government agency related to health services to pay more attention to the state of health workers in emergency situations such as the Covid-19 pandemic. Incentives or appreciation for health workers are very valuable, but their sense of security while working is a priority so that patient care is maximized. For future researchers, it is recommended to expand the range of participants with the same age variation. Future researchers better collect the data in the exact time of the phenomenon under study. To anticipate the occurrence of deceptive responses, I realize the importance of building good rapport so that trust is established to obtain accurate data. Based on the results of this study, it is recommended to health workers to always maintain social interactions while working in any situation in order to have a positive impact on themselves and patients.

## Dukungan Sosial sebagai Moderator Kecemasan Kematian dan Depresi pada Tenaga Medis Covid-19

Covid-19 merupakan virus yang mewabah di seluruh dunia, membuat World Health Organization (WHO) mengeluarkan pernyataan status darurat kesehatan global pada tanggal 30 Januari 2020 (WHO, 2020). Di Indonesia, dua kasus pertama diumumkan resmi pada 2 Maret 2020 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Setahun setelah diumumkan kasus pertama, pada 2 Maret 2021 kasus aktif di Indonesia mencapai 1.347.026 orang, pasien sembuh 1.160.863 orang, dan pasien meninggal sebanyak 36.518 orang (Budiman, 2021).

Menghadapi situasi krisis ini, peran tenaga medis sangat penting dalam upaya pencegahan bertambahnya angka kasus aktif Covid-19, yaitu dengan memeriksa, merawat, dan menyembuhkan pasien yang terinfeksi. Selama praktik, tenaga medis berkontak langsung setiap harinya dengan pasien Covid-19. Oleh karena itu, tenaga medis merupakan salah satu kelompok yang paling rentan terpapar virus karena probabilitas kontak langsung dengan orang yang terinfeksi (Faisal dkk., 2020). Terinfeksinya tenaga medis merupakan masalah serius selama pandemi Covid-19. Hal ini karena tenaga medis merupakan salah satu lini depan dalam pemutusan rantai infeksi Covid-19 ini. Tercatat per 28 Desember 2020, sebanyak 507 tenaga medis gugur akibat Covid-19 (Rizal; Kompas, 2020). Berdasarkan jumlah dokter, Indonesia berada di urutan terendah kedua di Asia Tenggara, yaitu sebesar 0,4 dokter per 1.000 penduduk. Artinya, Indonesia hanya memiliki 4 dokter untuk melayani 10.000 penduduknya. Jumlah ini jauh lebih rendah dibandingkan dengan Singapura yang memiliki 2 dokter per 1.000 penduduknya (Rasio Dokter Indonesia Terendah Kedua di Asia Tenggara Databoks, 2020).

Peneliti melakukan wawancara untuk mengetahui gambaran awal bagaimana keadaan tenaga medis di RS M. Djamil Padang yang menjadi salah satu rumah sakit rujukan Covid-19. Salah satu dokter menyatakan sangat kewalahan dengan situasi kerja saat pandemi Covid-19. Mereka sangat kelelahan dan tidak fokus dalam bertugas. Kuantitas pekerja yang dibatasi untuk mengurangi mobilitas dalam bekerja menambah beban kerja tenaga medis saat itu. Rekan kerja yang gugur saat pandemi Covid-19 ini juga membuat para dokter semakin cemas. Hal ini diperburuk oleh stigma buruk masyarakat dengan menolak berdekatan dengan tenaga medis karena dianggap menularkan virus. Selain itu, keterbatasan waktu dan kesempatan menyebabkan rendahnya intensitas interaksi dengan kerabat yang berimbas pada kurangnya dukungan sosial yang dirasakan.

Bidang Perlindungan Tenaga Kesehatan Satgas Penanganan Covid-19, dr. Mariya Mubarika, mengatakan bahwa secara global 95% tenaga kesehatan mengalami kecemasan tertular Covid-19 (Hastuti, 2020). Stres dan cemas yang timbul ini diduga membuat tenaga medis akan lebih cepat terpapar virus (Hastuti, 2020). Munculnya wabah Covid-19 disertai angka kematian yang tinggi mengancam eksistensi individu (Menzies & Ross G., 2020). Kecemasan terhadap Covid-19 yang mengancam eksistensi ini sama dengan kecemasan terhadap kematian yang merupakan reaksi seseorang ketika menghadapi kematian, penyakit kronis, atau penyakit yang mengancam jiwa (Sadri Damirchi dkk., 2020).

Kecemasan akan meningkat saat manusia menyaksikan kematian makhluk hidup lainnya (Kübler & Ross; Handagoon & Varma, 2014). Ancaman seperti penyakit yang mematikan dan pengalaman kecemasan akan kematian diri sendiri maupun orang lain dapat menimbulkan tanggapan adaptif dan maladaptif pada individu seperti rasa tidak berdaya, rasa kehilangan, dan kerentanan (Langs, 1997). Tanggapan yang maladaptif dari individu terhadap ancaman kematian ini dapat mengaktifkan kesadaran akan kecemasan dan ketakutan, atau lebih ekstremnya mengakibatkan depresi atau psikosis depresif, panik, paranoid, dan membangkitkan respons agresif lainnya (Langs, 1997). Oleh karena itu, Dadfar dkk. (2018) menyatakan bahwa profesi sebagai tenaga medis yang selalu bersangkutan dengan kematian membuat mereka rentan terhadap kecemasan kematian.

Berdasarkan hasil penelitian di Cina, kekurangan alat pelindung diri pada tenaga medis dapat meningkatkan kecemasan dan depresi (Rodriguez dkk., 2020). Depresi yang dirasakan tenaga medis selama pandemi Covid-19 ini didukung dengan hasil survei yang dilakukan di 21 negara, bahwa 1 dari 5 tenaga medis mengalami depresi (Li dkk., 2021). Hasil survei lain terkait depresi dilakukan oleh Departemen Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan UI dan Divisi Penelitian Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) terhadap 2.132 perawat dari seluruh Indonesia, menunjukkan bahwa sebagian besar perawat mengalami kecemasan dan depresi dengan berbagai gejala (Kompas, 2020).

Selama penyebaran wabah, terdapat banyak sumber tekanan yang dirasakan tenaga medis. Seperti sumber daya yang tersedia, ketidakpastian, dan salah satunya merupakan kecemasan akan kesejahteraan diri sendiri atau anggota keluarga (Ikatan Dokter Indonesia, 2020). Penelitian pada konteks pandemi yang pernah terjadi sebelumnya, *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS), hasil menunjukkan bahwa para tenaga medis juga berisiko lebih tinggi mengalami kecemasan, depresi, dan stres (Wu 2005; Said & El-Shafei, 2020).

Menurut Nevid dkk. (2018), depresi memiliki beberapa aspek, yakni emosional, motivasi, perilaku motorik dan kognitif. Depresi dapat disebabkan oleh banyak faktor, yaitu faktor sosiodemografi (Shortt & Spence, 2006), rendahnya harga diri (Aro, 1994), buruknya kesejahteraan psikologis (Wood & Joseph, 2010), penggunaan alkohol dan obat terlarang (Cairns dkk., 2014), serta kecemasan (Nevid dkk., 2018). Dibutuhkan faktor protektif yang berperan untuk memodifikasi efek depresi pada individu. Beberapa faktor protektif tersebut yaitu dukungan sosial, aktivitas fisik, serta pendidikan (Colman dkk., 2014). Faktor protektif yang paling sering dikaitkan untuk mengurangi risiko masalah kesehatan mental termasuk depresi ialah dukungan sosial (Liu dkk., 2020; Ni dkk., 2020; Xiao dkk., 2020; Muller dkk., 2020).

Dukungan sosial merupakan suatu pengalaman ketika individu dihargai, dihormati, diperhatikan dan dicintai oleh individu lain (Gurung, 2006; Kugbey, Boadi & Atefoe, 2015). Ketika dukungan sosial meningkat, tekanan psikologis seperti stres dan depresi secara signifikan akan menurun (Kundari dkk., 2020). Individu yang merasakan kurangnya dukungan sosial akan memiliki kualitas hidup yang buruk (Lewinsohn dkk., 1999; Colman dkk., 2007; Colman dkk., 2014) serta depresi (Reinherz dkk., 2003; Colman dkk., 2014). Hal ini dibuktikan dengan penelitian di Australia yang menyebutkan bahwa kurangnya dukungan sosial selama pandemi Covid-19 pada tenaga medis menjadi pemicu depresi dan kesulitan dalam bekerja (Halcomb dkk., 2020).

Rosyanti dan Hadi (2020) menyatakan potensi munculnya gangguan kesehatan pada tenaga medis disebabkan oleh beberapa hal, seperti stres berat, depresi, kelelahan, kecemasan, munculnya perasaan tidak didukung, kekhawatiran tentang kesehatan pribadi, takut terpapar virus dan menularkannya kepada anggota keluarga atau orang lain, stigma sosial, beban kerja berlebih, dan perasaan tidak aman saat memberikan perawatan. Adanya kekhawatiran secara langsung terhadap risiko infeksi dan ketakutan menyebarkan virus ke keluarga, teman-teman atau kolega mereka, akan mengarah pada peningkatan tindakan isolasi dengan konsekuensi psikologis yang lebih buruk dan penanganan tidak maksimal terhadap pasien (Rosyanti & Hadi, 2020).

Melihat pentingnya peran dukungan sosial dalam kecemasan terhadap kematian dan depresi pada tenaga medis saat pandemi, peneliti tertarik untuk melihat peran dukungan sosial sebagai moderator hubungan antara kecemasan terhadap kematian dan depresi pada tenaga medis selama pandemi Covid-19 di Indonesia. Penelitian terkait peran dukungan sosial yang memoderasi kecemasan terhadap kematian dan depresi telah dilakukan oleh para peneliti sebelumnya. Penelitian Holt dan Espelage (2005) pada remaja Afro-Amerika dan Kaukasia yang mengalami kekerasan dalam berpacaran, menunjukkan bahwa remaja Afro-Amerika dan Kaukasia yang mendapat dukungan sosial yang tinggi

akan merasakan kecemasan dan depresi yang rendah dibandingkan remaja dengan dukungan sosial rendah.

Penelitian lain tentang dukungan sosial sebagai moderator, yaitu penelitian Xu dan Wei (2013) yang melihat dukungan sosial sebagai moderator dalam hubungan kecemasan dan depresi pada 2.080 orang yang selamat dari gempa Wenchuan. Hasil penelitian ini adalah, dukungan sosial yang rendah akan meningkatkan simtom depresi pada partisipan. Hasil penelitian lainnya oleh Kagan (2020) menunjukkan bahwa perawat yang memiliki persepsi terhadap dukungan sosial yang rendah, menyebabkan perawat tersebut memiliki kecemasan kematian yang tinggi serta memengaruhi *psychological distress* yaitu stresor dan tuntutan sulit dalam kehidupan sehari-hari.

Saat individu dihadapkan dengan situasi pekerjaan yang memprovokasi kecemasan terhadap kematiannya, terjadi ketegangan pada sumber daya koping dan meningkatkan risiko kehilangan makna hidup, tekanan psikologis, dan depresi (Austin dkk., 2017; Kagan, 2020). Dukungan sosial ini memiliki peran untuk menurunkan berbagai bentuk stres, meningkatkan kualitas hidup, dan meningkatkan mekanisme koping (Santoso, 2020). Oleh karena itu, adanya dukungan sosial yang tinggi diprediksi dapat memoderasi hubungan kecemasan terhadap kematian dan depresi pada tenaga medis.

Dukungan sosial yang memengaruhi besar kecilnya peranan kecemasan akan kematian dan depresi tenaga medis menjadi hal yang sangat penting, karena kurangnya perhatian terhadap hal ini dapat menyebabkan konsekuensi yang tidak diinginkan, seperti ketidakpuasan dalam pekerjaan, tekanan psikologis, dan kurangnya perawatan yang tepat untuk pasien (Dadfar dkk., 2018). Maka dari itu, tujuan penelitian ini ialah untuk melihat peran dukungan sosial memoderatori hubungan antara kecemasan terhadap kematian dan depresi pada tenaga medis selama pandemi Covid-19. Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi berupa informasi secara meluas di bidang medis maupun sosial mengenai kesiapan tenaga medis dalam menghadapi kecemasan terhadap kematian dan depresi yang dimoderasi dukungan sosial.

## METODE

### *Desain Penelitian*

Penelitian ini merupakan penelitian survei *cross sectional*. Peneliti memilih metode survei *cross sectional* karena peneliti bermaksud untuk mengetahui perilaku partisipan dengan mengukurnya pada satu waktu sehingga lebih memudahkan peneliti dalam melakukan penelitian. Metode survei *cross sectional* dipilih untuk mendapatkan hasil yang relatif cepat terkait urgensi situasi Covid-19 saat itu dibandingkan menggunakan interview yang membutuhkan banyak waktu. Selain itu metode survei *cross sectional* ini juga memudahkan untuk memutuskan hipotesis (Wang, 2020)

### *Partisipan*

Partisipan penelitian ini diambil dengan *purposive sampling* berdasarkan kualifikasi yang telah ditentukan oleh peneliti (Sugiyono, 2013). Berdasarkan uji *statistical power* dengan *a priori power analysis* menggunakan parameter *test family* F-test, tes statistik *linear multiple regression: fixed model*, *R<sup>2</sup> deviation from zero*, *priori power analysis*, *effect size*  $f^2$  0,15, *α err prob* sebesar 0,05, *power* ( $1 - \beta$  *err prob*) sebesar 0,80 dan 2 prediktor, sehingga total sampel pada penelitian ini sebanyak 68 orang yang sudah diukur dengan G\*Power 3.1.9.4.

Kriteria partisipan penelitian ini yaitu tenaga medis yang melakukan kontak langsung dan bekerja untuk pemeriksaan, perawatan, dan penyembuhan pasien Covid-19. Penelitian ini telah mendapat persetujuan penelitian dari Komisi Etika Penelitian Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada dengan nomor

4775/UN1/FPSi.1.3/SD/PT.01.04/2021. Penelitian ini dilakukan secara daring dengan menyebarkan skala penelitian melalui media sosial yang dapat diakses kapan saja. Metode ini dilakukan oleh peneliti guna mengurangi kontak langsung dengan partisipan sesuai protokol kesehatan. Peneliti menggunakan media sosial Instagram, Twitter, dan WhatsApp sebagai media penyebaran tautan *form* pengambilan data. Pada tautan survei daring terdapat informasi singkat terkait penelitian, seperti tujuan, manfaat, dan kerahasiaan data. Apabila partisipan tidak memenuhi kriteria, maka tautan survei tidak bisa dilanjutkan. Bagi partisipan yang memenuhi kriteria dapat melanjutkan pengisian survei daring.

Jumlah partisipan pada penelitian ini sebanyak 192 orang. Terdapat 21 data yang menyimpang dengan nilai ekstrem yang memengaruhi normalitas data dan tidak dapat dianalisis lebih lanjut. Nilai ekstrem dari 21 partisipan ini terlihat dari pengisian survei secara sembarangan seperti, mencentang 1 pilihan jawaban untuk semua alat ukur. Maka dari itu peneliti menghapus 21 respons dengan data ekstrem, sehingga respons yang akan dianalisis sebanyak 171 dengan rincian 31% berjenis kelamin laki-laki dan 69% perempuan. Semua partisipan merupakan petugas rumah sakit mulai dari dokter, perawat, bidan, apoteker, dll. Usia partisipan didominasi oleh usia 20 – 30 tahun (84%), sebesar 13% berusia 31 – 40, dan 3% berusia 41 – 50. Sebaran asal partisipan pada penelitian ini berada di beberapa provinsi di Indonesia; DKI Jakarta (36%), Sumatera Barat (19%), Jawa Barat (6%), Jawa Tengah dan DIY (9%), Jawa Timur (8%), Kalimantan (10%), Riau (8%) dan daerah lainnya (4%).

### Pengukuran

Skala kecemasan terhadap kematian pada penelitian ini yaitu *Death Anxiety Scale-Extended* (DAS-E) (Templer dkk., 2006). Skala ini telah diterjemahkan ke Bahasa Indonesia oleh Prihatiningsih (2018). Skala ini telah memenuhi kriteria alat ukur yang baik dengan koefisien reliabilitas Alpha sebesar 0,89 dan korelasi butir total berkisar 0,36 – 0,80. Artinya, butir pada skala ini sudah memenuhi kriteria butir yang baik dengan melewati batasan koefisien korelasi butir total mencapai  $\geq 0,25$  (Hecht & Swineford, 1981; Azwar, 2019). Skala ini disusun berdasarkan faktor kecemasan terhadap kematian yaitu kecemasan yang mengingatkan individu tentang kematian itu sendiri. Skala *Death Anxiety Scale-Extended* (DAS-E) memiliki 19 butir dengan format Skala Likert. Skala ini memiliki kisaran nilai skor 19 – 76.

Skala Depresi dalam penelitian ini adalah *Patient Health Questionnaire* (PHQ)-9. Skala PHQ-9 dikembangkan pada tahun 1999 dan dikeluarkan oleh *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) (Hammash dkk., 2013). Skala ini telah diadaptasi ke Bahasa Indonesia dari Kusuma (2018). Skala ini berbentuk *self-report questionnaire* yang berisikan kriteria untuk gangguan depresi berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* (DSM-IV). Skala ini sudah memenuhi kriteria alat ukur yang baik dengan koefisien reliabilitas Alpha sebesar 0,84 dan korelasi butir total berkisar 0,28 – 0,63. Skala PHQ-9 yang terdiri dari 9 butir laporan diri ini, memiliki kisaran nilai 0 – 27.

Skala Dukungan Sosial dalam penelitian ini yaitu *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS) yang dikembangkan oleh Zimet dkk. (2011). Skala ini telah diterjemahkan ke bahasa Indonesia oleh Winahyu (2015). Skala ini berisi 12 butir yang didalamnya terdapat tiga sumber dukungan sosial, yaitu dukungan keluarga, teman, dan orang istimewa (Zimet dkk., 2011). Skala MSPSS ini memenuhi kriteria alat ukur yang reliabel dengan koefisien reliabilitas Alpha sebesar 0,94 dan korelasi butir total berkisar 0,61 – 0,80. Skala MSPSS ini memiliki kisaran nilai skor 12 – 84.

### Analisis Data

Teknik analisis data penelitian ini menggunakan *moderated regression analysis*. Sebelum dilakukan uji hipotesis, dilakukan beberapa uji asumsi yaitu uji normalitas, uji linearitas, dan uji multikolinearitas sebagai syarat untuk analisis regresi. Data dianalisis menggunakan SPSS versi 25.

## HASIL PENELITIAN

Berdasarkan deskripsi data, diketahui bahwa rata-rata data empirik pada variabel kecemasan terhadap kematian dan depresi memiliki selisih nilai yang tidak jauh, yaitu 0,3 – 0,9 dari skor hipotetik. Hal ini menunjukkan bahwa skor kecemasan terhadap kematian dan depresi tergolong sedang, sedangkan rata-rata skor empirik dukungan sosial lebih tinggi dari skor hipotetik dengan selisih nilai 5,2. Hal ini menunjukkan bahwa skor dukungan sosial tergolong tinggi.

Perbandingan rata-rata dari masing-masing variabel berdasarkan jenis kelamin menunjukkan perempuan memiliki kecemasan terhadap kematian, depresi dan dukungan sosial lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Pada kecemasan terhadap kematian, laki-laki memiliki rata-rata 45,056 sedangkan perempuan memiliki rata-rata 47,330. Rata-rata depresi pada laki-laki berada pada angka 8,811, sementara perempuan 9,847. Pada dukungan sosial, rata-rata laki-laki berada pada angka 45,132 dan perempuan 50,949. Hal ini menunjukkan perempuan memiliki kecemasan terhadap kematian, depresi dan dukungan sosial lebih tinggi dibanding laki-laki.

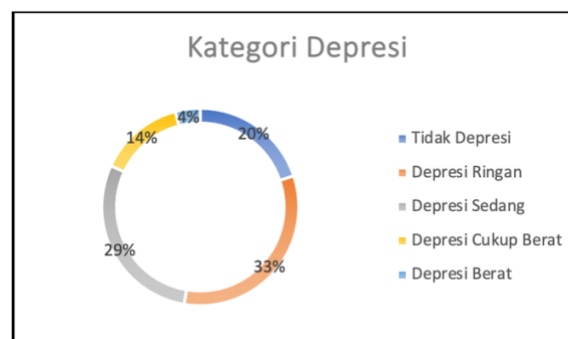
Tabel 1. Kategorisasi Data

Variabel	Kategori				
	Mean	Std	Rendah	Sedang	Tinggi
Kecemasan Kematian	46,625	10,418	29	112	30
Depresi	9,526	5,348	171	0	0
Dukungan Sosial	49,146	17,253	42	64	65

Keterangan:

- Mean = Rata-rata nilai
- Std = Standar deviasi
- Rendah = Kategori nilai rendah
- Sedang = Kategori nilai sedang
- Tinggi = Kategori nilai tinggi

Tabel 1 menunjukkan mayoritas partisipan memiliki tingkat kecemasan kematian yang sedang, memiliki tingkat depresi yang rendah dan memiliki tingkat dukungan sosial yang tinggi. Kategorisasi data sesuai dengan norma yang telah ditetapkan untuk Skala PHQ-9, yaitu 0 sampai dengan 4 tergolong tidak depresi, 5 sampai dengan 10 tergolong depresi ringan, 10 sampai dengan 14 tergolong depresi sedang, 15 sampai dengan 20 depresi cukup berat dan >20 tergolong depresi berat.



Gambar 1. Kategori Depresi



Berdasarkan gambar 1, tampak bahwa mayoritas partisipan pada penelitian ini tergolong pada depresi ringan.

#### Uji Asumsi

Hasil uji asumsi normalitas dengan Kolmogorov-Smirnov menunjukkan bahwa distribusi data dalam penelitian ini bersifat normal  $p=0,061$  ( $>0,05$ ) untuk kecemasan terhadap kematian, nilai  $p = 0,054$  ( $p>0,05$ ) untuk depresi dan  $p=0,070$  ( $>0,05$ ) untuk dukungan sosial. Hasil uji linearitas menunjukkan bahwa hubungan antar variabel dalam penelitian ini bersifat linear, dengan  $F=10,677$  ( $p<0,01$ ) untuk kecemasan terhadap kematian dan depresi, dan  $49,221$  ( $p<0,01$ ) untuk depresi dan dukungan sosial. Uji multikolinearitas menunjukkan bahwa variabel depresi dan dukungan sosial memperoleh nilai *tolerance* sebesar 1,000 dan nilai VIF sebesar 1,000 yang berarti tidak terjadi multikolinearitas pada variabel dukungan sosial dan kecemasan terhadap kematian pada model regresi ini. Berdasarkan uji asumsi tersebut, dapat disimpulkan bahwa model penelitian ini dinyatakan memenuhi syarat uji regresi.

#### Uji Korelasi

Tabel 2. Uji Korelasi

	Kecemasan terhadap Kematian	Dukungan Sosial
Depresi	0,232	-0,320

$p<0,05$

Berdasarkan Tabel 2, dapat dilihat bahwa terdapat hubungan antara depresi dengan kecemasan terhadap kematian sebesar ( $r=0,232$ ,  $p<0,05$ ). Semakin tinggi kecemasan terhadap kematian, maka semakin tinggi pula depresinya. Selain itu, terdapat pula hubungan antara depresi dengan dukungan sosial sebesar ( $r=-0,320$ ,  $p<0,05$ ). Hal ini berarti semakin tinggi dukungan sosial, maka semakin rendah depresinya.

#### Uji Hipotesis

Hasil uji regresi moderator menunjukkan bahwa dukungan sosial tidak memoderasi hubungan antara kecemasan terhadap kematian dan depresi. Hal ini dapat dilihat pada Tabel 3.

Tabel 3. Hasil analisis regresi moderator

Model	Variabel	R <sup>2</sup>	F	Sig
1	Kecemasan terhadap kematian	0,54	9,604	0,002
2	Kecemasan terhadap kematian dan dukungan sosial	0,154	19,802	0,000
3	Kecemasan kematian*dukungan sosial	0,154	0,098	0,754

Keterangan:

R <sup>2</sup>	= R- square
F	= F-change
Sig	= Signifikansi
Variabel bebas	= Kecemasan terhadap kematian
Variabel terikat	= Depresi
Variabel moderator	= Dukungan sosial

Berdasarkan tabel tersebut, dapat dilihat ketika kecemasan terhadap kematian memengaruhi depresi, ia memberikan sumbangan sebesar 54%, dengan  $F=9,604$  ( $p=0,002$ ). Ini menunjukkan kecemasan terhadap kematian dapat memprediksi depresi secara signifikan.

Ketika dukungan sosial berinteraksi dengan kecemasan terhadap kematian, dukungan sosial tersebut juga memberikan pengaruh, namun pengaruh semula yang diberikan sebesar 54%, turun menjadi 15,4%. Artinya, dukungan sosial berpengaruh secara signifikan terhadap depresi dengan  $F=19,802$  dan  $p<0,01$  dan memiliki penurunan persen sebesar 38,6%.

Ketika perkalian antara dukungan sosial dan kecemasan terhadap kematian berinteraksi dengan depresi, pengaruh yang diberikan tidak bertambah, dan tetap 15,4% dengan  $F=0,098$  ( $p=0,754$ ). Artinya, dukungan sosial tidak dapat memoderasi peran kecemasan terhadap kematian dan depresi.

Kemudian, peneliti melihat peranan langsung antara dukungan sosial dengan depresi. Hasilnya menunjukkan bahwa dukungan sosial memiliki peran yang signifikan terhadap depresi. Hal ini ditunjukkan dengan  $F=19,335$  ( $p<0,01$ ). Berdasarkan hasil uji tersebut, peneliti dapat menyimpulkan bahwa dukungan sosial dapat menjadi variabel independen yang memberikan pengaruh pada variabel depresi pada penelitian ini.

## DISKUSI

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran dukungan sosial sebagai moderator pada kecemasan terhadap kematian dan depresi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada peran moderasi dukungan sosial terhadap hubungan kecemasan kematian dan depresi. Maka dari itu, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Xu dan Wei (2013) yang menyatakan bahwa dukungan sosial memiliki peran moderasi terhadap depresi.

Dukungan sosial tidak memiliki peran moderasi kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor. Pertama, karena dukungan sosial yang tinggi berdasarkan kategori data. Dukungan sosial yang tinggi ini didapat dari situasi pengambilan data yang sudah lebih baik dan tidak mengkhawatirkan saat itu. Tepatnya pada akhir Agustus sampai pertengahan Oktober 2021, status PPKM di beberapa kabupaten atau kota berubah dari level 4 ke level yang tidak mengkhawatirkan (Putra, 2021). Artinya, petugas kesehatan memiliki interaksi yang lebih tinggi dengan orang lain. Hal ini sesuai dengan penelitian Xu dan Wei (2013) yang menyatakan bahwa individu dengan dukungan sosial yang tinggi memiliki intensitas interaksi yang lebih tinggi dengan orang-orang di sekitarnya. Penelitian Chou dan Chi (2001) juga menunjukkan partisipan dengan dukungan sosial yang rendah akan lebih menunjukkan peran moderasinya dibandingkan dengan mereka yang memiliki dukungan sosial tinggi. Faktor kedua ialah adanya respons tipuan. Pengukuran atribut individu menggunakan skala dengan format pelaporan diri, baik berbentuk kuesioner atau inventori, rentan terhadap respons tipuan. Individu dapat dengan sengaja meningkatkan skor untuk menunjukkan kesan positif mengenai profil kepribadian mereka (Nguyen & Biderman, 2005).

Rendahnya kecemasan terhadap kematian dan depresi pada tenaga kesehatan juga kemungkinan disebabkan oleh pengambilan data saat Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) mengalami penurunan level. Penurunan level PPKM di beberapa kota di Indonesia ini dikarenakan penurunan angka kasus terinfeksi Covid-19. Karena angka pasien terinfeksi Covid-19 menurun, maka beban kerja tenaga medis berkurang dan kemungkinan terjadinya kecemasan terhadap kematian dan depresi juga menurun.

Hasil analisis regresi antara dukungan sosial dengan depresi menunjukkan adanya peranan langsung yang signifikan sehingga dapat diketahui bahwa ternyata dukungan sosial dapat berperan sebagai variabel independen yang dapat memengaruhi depresi secara langsung. Hasil ini searah dengan penelitian sebelumnya oleh Grey dkk. (2020), yang menyatakan bahwa dukungan sosial memiliki hubungan signifikan negatif dengan depresi, kecemasan, dan kualitas tidur. Hal serupa juga ditemukan

pada penelitian ini, yaitu dukungan sosial memiliki hubungan signifikan negatif terhadap depresi. Hal ini bisa dijelaskan karena dukungan sosial sendiri memiliki peran untuk menurunkan berbagai bentuk stres, meningkatkan kualitas hidup dan meningkatkan mekanisme koping (Santoso, 2020). Oleh karena itu, adanya dukungan sosial yang tinggi diprediksi dapat memengaruhi hubungan kecemasan terhadap kematian dan depresi pada tenaga medis.

Hasil analisis pada penelitian ini juga menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kecemasan terhadap kematian dan depresi, searah dengan penelitian Xu dan Wei (2013) yang menyatakan bahwa kecemasan memiliki dampak langsung pada depresi. Artinya, individu yang memiliki kecemasan akan lebih mudah untuk mengalami depresi. Hasil penelitian ini juga menemukan bahwa kecemasan kematian yang tinggi akan berdampak pada depresi yang tinggi.

### SIMPULAN

Dukungan sosial tidak berperan sebagai moderator pada hubungan kecemasan terhadap kematian dan depresi pada tenaga medis yang bertugas selama pandemi Covid-19. Hal ini berarti dukungan sosial tidak memengaruhi besar kecilnya peranan kecemasan terhadap kematian dan depresi tenaga medis. Namun demikian, pada penelitian ini dukungan sosial berhubungan secara langsung dengan depresi tenaga medis. Dengan kata lain dukungan sosial dapat berperan sebagai variabel independen, sebagaimana kecemasan terhadap kematian juga memiliki peran signifikan terhadap depresi tenaga medis.

Implikasi penelitian ini untuk organisasi pemerintah terkait pelayanan kesehatan untuk lebih memperhatikan keadaan tenaga medis pada situasi kedaruratan seperti pandemi Covid-19. Insentif ataupun apresiasi tenaga medis sangat berharga untuk diberikan, namun rasa aman mereka saat bekerja merupakan prioritas agar perawatan pasien lebih maksimal. Bagi peneliti selanjutnya, disarankan untuk memperluas jangkauan partisipan dengan variasi usia yang sama, baik partisipan berusia muda maupun tua. Kedepannya, peneliti bisa mendapatkan waktu yang tepat untuk pengumpulan data yang sesuai dengan fenomena yang diteliti sehingga sesuai dengan fenomena yang diteliti. Untuk mengantisipasi terjadinya respon tipuan, peneliti sadar pentingnya membangun rapport yang baik agar terjalin rasa percaya untuk mendapatkan data akurat. Berdasarkan hasil penelitian ini direkomendasikan kepada para tenaga medis untuk selalu menjaga interaksi sosial selama bekerja di situasi apapun agar berdampak positif untuk diri sendiri maupun pasien.

### ACKNOWLEDGEMENTS / UCAPAN TERIMA KASIH

I would like to thank my family, friends, partner, and other parties who have supported me on every step of my life. / *Terima kasih untuk keluarga, sahabat, kekasih, dan orang tua penulis di surga yang sudah memberikan kehidupan layak kepada penulis sehingga semua proses selama menjalani hidup, penulis tidak merasa kurang sama sekali.*

### DECLARATION OF POTENTIAL CONFLICTS OF INTEREST / DEKLARASI POTENSI TERJADINYA KONFLIK KEPENTINGAN

Rani Attiqah Gusbet does not work for, consult, own shares in, or receive funding from any company or organization that might profit from the publication of this manuscript. / *Rani Attiqah Gusbet tidak bekerja, menjadi konsultan, memiliki saham, atau menerima dana dari perusahaan atau organisasi manapun yang mungkin akan mengambil untung dari diterbitkannya naskah ini.*

## REFERENCES / PUSTAKA ACUAN

- Aro, H. (1994). Risk and protective factors in depression: A developmental perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(s377), 59–64. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05804.x>
- Azwar, S. (2019). *Reliabilitas dan Validitas* (4th ed.). Pustaka Pelajar.
- Budiman, A. (2021, March 2). *Kasus Positif Covid-19 Per 2 Maret 2021 Bertambah 5.712*. Tempo. <https://nasional.tempo.co/read/1438059/kasus-positif-Covid-19-per-2-maret-2021-bertambah-5-712>
- Cairns, K. E., Yap, M. B. H., Pilkington, P. D., & Jorm, A. F. (2014). Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 169, 61–75. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.006>
- Chou, K.-L., & Chi, I. (2001). Stressful life events and depressive symptoms: Social support and sense of control as mediators or moderators? *The International Journal of Aging and Human Development*, 52(2), 155–171. <https://doi.org/10.2190/9C97-LCA5-EWB7-XK2W>
- Colman, I., Zeng, Y., McMartin, S. E., Naicker, K., Atallahjan, A., Weeks, M., Senthilselvan, A., & Galambos, N. L. (2014). Protective factors against depression during the transition from adolescence to adulthood: Findings from a national Canadian cohort. *Preventive Medicine*, 65, 28–32. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.04.008>
- Dadfar, M., Lester, D., & Abdel-Khalek, A. M. (2018). Validity and reliability of the farsi version of the death anxiety scale with nurses. *Illness, Crisis & Loss*, 0(0), 1-14, 105413731881023. <https://doi.org/10.1177/1054137318810232>
- Faisal, H. K. P., Khairan, P., Rahmawati, F. N., Marwadhani, S. S., Adinda, G. N., Sari, U. N., & Prawirohardjo, P. (2020). *Kasus Covid-19 ringan pada tenaga medis: Evaluasi temuan klinis dan risiko transmisi*. 9. <https://doi.org/org/10.47830/jinma-vol.70.4-2020-223>
- Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P., & Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the Covid-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293, 113452. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113452>
- Halcomb, E., Williams, A., Ashley, C., McInnes, S., Stephen, C., Calma, K., & James, S. (2020). The support needs of Australian primary health care nurses during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1553–1560. <https://doi.org/10.1111/jonm.13108>
- Hammash, M. H., Hall, L. A., Lennie, T. A., Heo, S., Chung, M. L., Lee, K. S., & Moser, D. K. (2013). Psychometrics of the PHQ-9 as a measure of depressive symptoms in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(5), 446–453. <https://doi.org/10.1177/1474515112468068>
- Handagoon, S. A., & Varma, P. (2015). *Death anxiety, coping strategies, and empathy among thai physicians in chiang mai*. 2(4), 346-365
- Hastuti, R. K. (2020). *Satgas: Tenaga Medis Makin Alami Kelelahan & Stress*. News. <https://www.cnbcindonesia.com/news/20210202173555-4-220549/satgas-tenaga-medis-makin-alami-kelelahan-stress>
- Holt, M. K., & Espelage, D. L. (2005). Social support as a moderator between dating violence victimization and depression/anxiety among african american and caucasian adolescents. *School Psychology Review*, 34(3), 309–328. <https://doi.org/10.1080/02796015.2005.12086289>

- Ikatan Dokter Indonesia. (2020). *Pedoman Standar Perlindungan Dokter Era Covid-19* (p. 100). PB IDI.
- Kagan, M. (2020). Social support moderates the relationship between death anxiety and psychological distress among israeli nurses. *Psychological Reports*, 0(0), 1-13, 003329412094559. <https://doi.org/10.1177/0033294120945593>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Retrieved January 8, 2021, from <https://www.kemkes.go.id/article/view/20030200009/dua-pasien-positif-Covid-19-dirawat-di-rspi-sulianti-saroso.html>
- Kugbey, N., Osei-Boadi, S., & Atefoe, E. A. (2015). The influence of social support on the levels of depression, anxiety and stress among students in ghana. *Journal of Education and Practice*, 6(25), 135-402, ISSN 2222-1735
- Kundari, N. F., Hanifah, W., Azzahra, G. A., Islam, N. R. Q., & Nisa, H. (2020). Hubungan dukungan sosial dan keterpaparan media sosial terhadap perilaku pencegahan Covid-19 pada komunitas wilayah jabodetabek tahun 2020. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 30(4). <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i4.3463>
- Kusuma, P. D., Marchira, C. R., & Prawitasari, S. (2018). *Patient health questionnaire-9 (phq-9) efektif untuk mendeteksi risiko depresi postpartum*. 5(3), 428-433, e-ISSN: 2541-2728
- Langs, R. (1997). *Death anxiety and clinical practice*. Karnac Books
- Li, Y., Scherer, N., Felix, L., & Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(3), e0246454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>
- Media, K. C. (2020). *Sudah 507 Nakes Meninggal karena Covid-19, Terbanyak di Bulan Desember Halaman all*. KOMPAS.com. Retrieved January 9, 2021, from <https://www.kompas.com/tren/read/2020/12/29/130000965/sudah-507-nakes-meninggal-karena-Covid-19-terbanyak-di-bulan-desember>
- Media, K. C. (2020). *WHO Umumkan Wabah Virus Corona Berstatus Darurat Global, Apa Artinya? Halaman all*. KOMPAS.com. Retrieved January 8, 2021, from <https://sains.kompas.com/read/2020/01/31/113000623/who-umumkan-wabah-virus-corona-berstatus-darurat-global-apa-artinya>
- Menzies, R. E., & Ross G. (2020). Death anxiety in the time of Covid-19: Theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13, e19. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000215>
- Muller, A. E., Hafstad, E. V., Himmels, J. P. W., Smedslund, G., Flottorp, S., Stensland, S. Ø., Stroobants, S., Van de Velde, S., & Vist, G. E. (2020). The mental health impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*, 293, 113441. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>
- Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2018). *Abnormal psychology in a changing world* (Tenth edition). Pearson Higher Education.
- Nguyen, N. T., & Biderman, M. D. (2005). Effects of response instructions on faking a situational judgment test. *International Journal of Selection and Assessment*, 13(4), 250–260.



- Perawat Indonesia Alami Stigmatisasi dan Depresi.* (2020, August 4). Kompas.Id. <https://www.kompas.id/baca/ilmu-pengetahuan-teknologi/2020/08/04/perawat-indonesia-alami-stigmatisasi-dan-depresi/>
- Prihatiningsih, Y. (2018). *Faktor-faktor death anxiety pada lansia* [2]. Fakultas Psikologi. Uin Syarif Hidayatullah.
- Putra, A. P. (2021, September 14). *Inilah wilayah ppkm level 4, 3, dan 2 di jawa-bali periode 14-20 september 2021.* kementerian pendayagunaan aparatur negara dan reformasi birokrasi. <https://www.menpan.go.id/site/berita-terkini/inilah-wilayah-ppkm-level-4-3-dan-2-di-jawa-bali-periode-14-20-september-2021>
- Rasio Dokter Indonesia Terendah Kedua di Asia Tenggara | Databoks.* (2021). Retrieved January 9, 2021, from <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2020/04/02/rasio-dokter-indonesia-terendah-kedua-di-asia-tenggara>
- Rodriguez-Morales, A. J., Cardona-Ospina, J. A., Gutiérrez-Ocampo, E., Villamizar-Peña, R., Holguin-Rivera, Y., Escalera-Antezana, J. P., Alvarado-Arnez, L. E., Bonilla-Aldana, D. K., Franco-Paredes, C., Henao-Martinez, A. F., Paniz-Mondolfi, A., Lagos-Grisales, G. J., Ramírez-Vallejo, E., Suárez, J. A., Zambrano, L. I., Villamil-Gómez, W. E., Balbin-Ramon, G. J., Rabaan, A. A., Harapan, H., ... Sah, R. (2020). Clinical, laboratory and imaging features of Covid-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 34, 101623. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101623>
- Rosyanti, L., & Hadi, I. (2020). Dampak psikologis dalam memberikan perawatan dan layanan kesehatan pasien Covid-19 pada tenaga profesional kesehatan. *Health Information : Jurnal Penelitian*, 12(1), 107–130. <https://doi.org/10.36990/hijp.vi.191>
- Russell, D. W., & Cutrona, C. E. (1991). *Social Support, Stress, and Depressive Symptoms Among the Elderly: Test of a Process Model*. 12.
- Sadri Damirchi, E., Mojarrad, A., Pireinaladin, S., & M Grjibovski, A. M. (2020). The role of self-talk in predicting death anxiety, obsessive-compulsive disorder, and coping strategies in the face of coronavirus disease (Covid-19). *Iranian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.18502/ijps.v15i3.3810>
- Said, R. M., & El-Shafei, D. A. (2020). Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: Nurses working on front lines during Covid-19 pandemic in Zagazig City, Egypt. *Environmental Science and Pollution Research*. <https://doi.org/10.1007/s11356-020-11235-8>
- Santoso, M. D. Y. (2020). Review article: Dukungan sosial dalam situasi pandemi covid 19. *jurnal litbang sukowati : media Penelitian dan Pengembangan*, 5(1), 11–26. <https://doi.org/10.32630/sukowati.v5i1.184>
- Shortt, A. L., & Spence, S. H. (2006). Risk and protective factors for depression in youth. *Behaviour Change*, 23(1), 1–30. <https://doi.org/10.1375/bech.23.1.1>
- Skala Multidimensional Dukungan Sosial Persepsi* (K. M. Winahyu, Trans.). (2015). Sworn Translation Jakarta.
- Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Templer, D. I., Awadalla, A., Al-Fayez, G., Frazee, J., Bassman, L., Connelly, H. J., Arikawa, H., & Abdel-Khalek, A. M. (2006). Construction of a death anxiety scale–extended. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 53(3), 209–226. <https://doi.org/10.2190/BQFP-9ULN-NULY-4JDR>



- Wang, X. (2020). Cross-Sectional Studies. *American College of Chest Physicians, Elsevier*, S65–S71. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, *122*(3), 213–217. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.032>
- Xu, J., & Wei, Y. (2013). Social support as a moderator of the relationship between anxiety and depression: an empirical study with adult survivors of wenchuan earthquake. *PLoS ONE*, *8*(10), e79045. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079045>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (2011). *Multidimensional scale of perceived social support*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/t02380-000>