

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### 1. Konsep Dasar Penyakit Tuberkulosis Paru pada Anak

###### a. Definisi

Tuberkulosis paru merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tubrkulosis* yang merupakan bakteri tahan asam (BTA) (Kemenkes, 2014). Menurut WHO (2015) Tuberkulosis paru adalah salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri yang berbentuk batang (*Mycobacterium tubrkulosis*). Kuman ini menginfeksi organ paru-paru (TB Paru) dan dapat menginfeksi organ lain (TB ekstraparu).

Terduga tuberkulosis anak adalah anak yang mempunyai keluhan atau gejala klinis mendukung TB. Pasien TB anak terkonfirmasi bakteriologis adalah anak yang terdiagnosis dengan hasil pemeriksaan bakteriologi positif. Sedangkan, pasien TB anak terdiagnosis secara klinis adalah anak yang tidak memenuhi kriteria terdiagnosis secara bakteriologis tetapi terdiagnosis sebagai pasien TB oleh dokter, dan diputuskan untuk diberikan pengobatan TB (Kemenkes RI, 2016).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa tuberkulosis paru anak merupakan penyakit yang mempunyai keluhan atau gejala klinis tuberkulosis dan terdiagnosis secara bakteriologis maupun klinis yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tubrkulosis* yang menginfeksi organ paru-paru.

###### b. Klasifikasi

Klasifikasi tuberkulosis berdasarkan lokasi anatomi dari penyakit dibagi menjadi 2, yaitu: 1) tuberkulosis paru, adalah TB yang terjadi pada parenkim (jaringan) paru. TB milier dianggap sebagai TB paru karena adanya lesi pada jaringan paru. Pasien yang menderita TB paru dan sekaligus juga menderita TB ekstra paru, diklasifikasikan sebagai

pasien TB paru. 2) tuberkulosis ekstra paru, adalah TB yang terjadi pada organ selain paru, misalnya: pleura, kelenjar limfe, abdomen, saluran kencing, kulit, sendi, selaput otak dan tulang. Diagnosis TB ekstra paru dapat ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis (Kemenkes RI, 2016).

Klasifikasi berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya terbagi menjadi 2, yaitu: 1) pasien baru TB, adalah pasien yang belum pernah mendapatkan pengobatan TB sebelumnya atau sudah pernah menelan OAT namun kurang dari 1 bulan (< dari 28 dosis). 2) pasien yang pernah diobati TB, adalah pasien yang sebelumnya pernah menelan OAT selama 1 bulan atau lebih (> dari 28 dosis). Pasien ini selanjutnya diklasifikasikan berdasarkan hasil pengobatan terakhir, yaitu: a) pasien kambuh, adalah pasien TB yang pernah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap dan saat ini didiagnosis TB berdasarkan hasil pemeriksaan bakteriologis atau klinis (baik karena benar-benar kambuh atau karena resistensi). b) pasien yang diobati kembali setelah gagal, adalah pasien TB yang pernah diobati dan dinyatakan gagal pada pengobatan terakhir. c) pasien yang diobati kembali setelah putus berobat (*lost to follow-up*), adalah pasien yang pernah diobati dan dinyatakan *lost to follow up*. d) lain-lain, adalah pasien TB yang pernah diobati namun hasil akhir pengobatan sebelumnya tidak diketahui. 3) pasien yang riwayat pengobatan

sebelumnya tidak diketahui adalah pasien TB yang tidak masuk dalam kelompok (a) atau (b) (Kemenkes RI, 2016).

Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan uji kepekaan obat dibagi menjadi 5, diantaranya: 1) mono resistan (TB MR), resistan terhadap salah satu jenis OAT lini pertama saja; 2) Poli resistan (TB PR), resistan terhadap lebih dari satu jenis OAT lini pertama selain Isoniazid (H) dan Rimfampisin (R) secara bersamaan; 3) *Multi drug resistant* (TB MDR), resistan terhadap Isoniazid (H) dan Rimfampisin (R) secara bersamaan; 4) *extensive drug resistant* (TB XDR), TB MDR yang sekaligus juga resistan terhadap salah satu OAT golongan Flurokuinolon dan minimal salah satu dari OAT lini kedua jenis suntikan (Kanamisin, Kapreomisin, dan Amikasin); dan 5) resistan rimfampisin (TB RR), resistan terhadap rimfampisin dengan atau tanpa resistensi terhadap OAT lain yang terdeteksi menggunakan metode genotif (tes cepat) atau metode fenotif (konvensional) (Kemenkes RI, 2016).

Klasifikasi pasien TB berdasarkan status HIV yaitu HIV positif, HIV negatif, dan HIV tidak diketahui. Pemeriksaan HIV wajib ditawarkan pada semua pasien TB anak (Kemenkes RI, 2016).

c. Gejala Tuberkulosis pada Anak

Gejala sistemik/umum yang muncul pada anak yang menderita TB yaitu berat badan turun atau tidak naik dalam 2 bulan sebelumnya atau terjadi gagal tumbuh (*failure to thrive*) meskipun telah diberikan

upaya perbaikan gizi yang baik dalam waktu 1-2 bulan, demam lama ( $\geq 2$  minggu) dan/atau berulang tanpa sebab yang jelas (bukan demam tifoid, infeksi saluran kemih, malaria, dan lain-lain). Demam umumnya tidak tinggi. Keringat malam yang disertai gejala-gejala sistemik/umum lain. Batuk lama  $\geq 2$  minggu, batuk bersifat *non-remitting* (tidak pernah reda atau intensitas semakin lama semakin parah), tidak membaik dengan pemberian antibiotika atau obat asma (sesuai indikasi), lesu atau malaise anak kurang aktif bermain. Gejala-gejala tersebut menetap walau sudah diberikan terapi adekuat. (Kemenkes RI, 2016).

d. Pemeriksaan Untuk Diagnosis Tuberkulosis Anak

Pemeriksaan bakteriologis adalah pemeriksaan yang penting untuk menentukan diagnosis TB, baik pada anak maupun dewasa. Pemeriksaan sputum pada anak terutama dilakukan pada anak berusia lebih dari 5 tahun, HIV positif, dan gambaran kelainana paru luas. Cara mendapatkan sputum pada anak yaitu: 1) berdahak, pada anak lebih dari 5 tahun biasanya sudah dapat mengeluarkan sputum/dahak secara langsung dengan berdahak. 2) bilas lambung, dengan NGT (*nasogastric tube*) dapat dilakukan pada anak yang tidak dapat mengeluarkan dahak. Dianjurkan spesimen dikumpulkan minimal 2 hari berturut-turut pada pagi hari. 3) induksi sputum, relatif aman untuk dikerjakan pada anak semua umur, metode ini bisa dikerjakan

secara rawat jalan, tetapi perlu pelatihan dan peralatan yang memadai untuk melakukan metode ini (Kemenkes RI, 2016).

Pemeriksaan penunjang, dapat dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosis TB pada anak, yaitu dengan: 1) uji tuberkulin, untuk membantu menegakkan diagnosis TB pada anak dengan menunjukkan adanya infeksi, tetapi tidak menunjukkan ada tidaknya sakit TB. 2) foto toraks, secara umum gambaran radiologis yang menunjang TB adalah sebagai berikut: pemebesaran kelenjar hilus atau paratrakeal dengan/tanpa infiltrat (visualisasinya selain dengan foto toraks AP, harus disertai foto toraks lateral), konsolidasi segmental/lobar, efusi pleura, milier, atelektasis, kavitas, kalsifikasi dengan infiltrate, dan tuberkuloma. 3) pemeriksaan histopatologi (PA/ Patologi Anatomi), akan menunjukkan gambaran granuloma dengan nekrosis perkijuan di tengahnya dan dapat pula ditemukan gambaran sel datia langhans dan atau kuman TB (Kemenkes RI, 2016).

e. Tata Laksana Tuberkulosis Anak

Tata laksana medikamentosa TB anak terdiri atas terapi (pengobatan) yaitu diberikan pada anak yang sakit TB; dan profilaksis (pengobatan pencegahan) yaitu diberikan pada anak sehat yang berkontak dengan pasien TB (profilaksis priimer) atau anak yang terinfeksi TB tanpa sakit TB (profilaksis sekunder). Beberapa hal penting dalam tata laksana TB anak adalah obat TB diberikan dalam panduan obat, tidak boleh diberikan sebagai monoterapi, pengobatan

diberikan setiap hari, pemberian gizi yang adekuat, dan mencari penyakit penyerta (jika ada tatalaksana secara bersamaan) (Kemenkes RI, 2016).

#### 1) Obat Anti Tuberkulosis (OAT)

Anak pada umumnya memiliki jumlah kuman yang lebih sedikit (pausibasiler) sehingga rekomendasi pemberian 4 macam OAT pada fase intensif hanya diberikan kepada anak dengan BTA positif, TB berat dan TB tipe dewasa. Terapi TB pada anak dengan BTA negatif menggunakan panduan INH, Rimfampisin dan Pirazinamid pada fase inisial (2 bulan pertama) diikuti Rimfampisin dan INH pada 4 bulan fase lanjutan (Kemenkes RI, 2016).

Panduan OAT juga disediakan dalam bentuk paket kombinasi dosis tetap (KDT) atau *fixed dose combination* (FDC) untuk mempermudah pemberian dan meningkatkan keteraturan minum obat. Satu paket dibuat untuk satu pasien untuk satu masa pengobatan. Paket KDT untuk anak berisi obat intensif, yaitu rimfampisin (R) 75mg, INH (H) 50mg, dan pirazinamid (Z) 150 mg, serta obat fase lanjutan, yaitu R 75mg, dan H 50mg dalam satu paket (Kemenkes RI, 2016).

#### 2) Nutrisi

Status gizi pada anak dengan TB akan mempengaruhi keberhasilan pengobatan TB. Malnutrisi berat meningkatkan

risiko kematian pada anak dengan TB. Penilaian status gizi harus dilakukan secara rutin selama anak dalam pengobatan. Penilaian dilakukan dengan mengukur berat, tinggi, lingkar lengan atas atau pengamatan gejala dan tanda malnutrisi seperti edema atau *muscle wasting*. Pemberian makanan tambahan sebaiknya diberikan selama pengobatan. Jika tidak memungkinkan dapat diberikan suplementasi nutrisi sampai anak stabil dan TB dapat diatasi. Air susu ibu tetap diberikan jika anak masih dalam masa menyusui (Kemenkes RI, 2016).

### 3) Pemantauan dan Hasil Evaluasi TB Anak

Pasien TB anak harus dipastikan minum obat setiap hari secara teratur oleh Pengawas Menelan Obat (PMO). Orang tua merupakan PMO terbaik untuk anak. Pasien TB anak sebaiknya dipantau setiap 2 minggu selama fase intensif, dan sekali sebulan pada fase lanjutan. Pada setiap kunjungan evaluasi respon pengobatan, kepatuhan, toleransi dan kemungkinan adanya efek samping obat (Kemenkes RI, 2016).

Respon pengobatan dikatakan baik apabila gejala klinis membaik (demam menghilang dan batuk berkurang), nafsu makan meningkat dan berat badan meningkat. Jika respon pengobatan tidak membaik maka pengobatan TB tetap dilanjutkan dan pasien dirujuk ke sarana yang lebih lengkap untuk menilai kemungkinan resistansi obat, komplikasi, komorbiditas,

atau adanya penyakit paru lain. Pada pasien TB anak dengan hasil BTA positif pada awal pengobatan, pemantauan pengobatan dilakukan dengan melakukan pemeriksaan dahak ulang pada akhir bulan ke-2, ke-5 dan ke-6 (Kemenkes RI, 2016).

Dosis OAT disesuaikan dengan penambahan berat badan. Pemberian OAT dihentikan setelah pengobatan lengkap, dengan melakukan evaluasi baik klinis maupun pemeriksaan penunjang lain seperti foto toraks (pada TB milier, TB dengan kavitas, efusi pleura). Meskipun gambaran radiologis tidak menunjukkan perubahan yang berarti, tetapi apabila dijumpai perbaikan klinis yang nyata, maka pengobatan dapat dihentikan dan pasien dinyatakan selesai. Kepatuhan minum obat dicatat menggunakan kartu pemantauan pengobatan (Kemenkes RI, 2016).

## 2. Konsep Dasar Orang Tua

### a. Definisi

Menurut Pratt (1977, 1982) dalam Friedman, Bowden & Jones, (2010) keluarga merupakan sistem dasar tempat perilaku kesehatan dan perawatan diatur, dilakukan, dan dijalankan. Keluarga memberi promosi kesehatan dan perawatan kesehatan preventif, serta berbagai perawatan bagi anggotanya yang sakit. Keluarga cenderung terlibat dalam pengambilan keputusan dan proses terapi pada setiap tahapan sehat dan sakit anggota keluarga (Doherty, 1992 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2010).

Menurut Widianingsih dalam Oktaviani, dkk. (2017) menyatakan bahwa orang tua merupakan seorang atau dua orang ayah-ibu yang bertanggung jawab pada keturunannya semenjak terbentuknya hasil pembuahan atau zigot baik berupa tubuh maupun sifat-sifat moral dan spiritual. Pada penderita TB anak yang menjalani pengobatan, orang tua dapat diartikan sebagai pengawas minum obat (PMO) bagi putra-putrinya. Keberadaan orang tua sebagai PMO dengan tugasnya begitu



penting bagi keberlangsungan pengobatan TB anak (Nabilah, dkk., 2016). Menurut Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI) (2007), PMO adalah orang yang mengawasi secara langsung terhadap penderita tuberkulosis paru pada saat minum obat setiap harinya dengan menggunakan panduan obat jangka pendek.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa orang tua merupakan seorang atau dua orang (ayah-ibu) yang bertanggung jawab pada keturunannya baik dari fisik, moral, dan spiritual, baik sehat maupun sakit.

b. Fungsi Pokok Orang Tua

- 1) Asih, adalah memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarga sehingga memungkinkan mereka bertumbuh dan berkembang sesuai kebutuhannya (Effendy, 2008).
- 2) Asuh, adalah menuju kebutuhan pemeliharaan dan perawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadikan mereka anak-anak yang sehat baik fisik, mental, sosial, dan spiritual (Effendy, 2008).
- 3) Asah, adalah memenuhi kebutuhan pendidikan anak, sehingga siap menjadi manusia dewasa yang mandiri dalam mempersiapkan masa depannya (Effendy, 2008).

c. Peran Orang Tua Dalam Merawat Anak TB Paru

Peran adalah kumpulan dan bentuk dari perilaku yang relatif homogen dibatasi secara normatif dan diharapkan dari seseorang pada situasi sosial tertentu. Peran dipengaruhi oleh keadaan sosial baik dari

dalam maupun dari luar dan bersifat stabil (Friedman, Bowden, & Jones 2003; Mubarak, Chayatin & Santoso, 2006).

Orang tua terdiri dari ayah dan ibu yang masing-masing mempunyai peran dan fungsi. Ibu adalah seorang wanita yang di sebagian besar keluarga mempunyai peran sebagai pemimpin kesehatan dan pemberian asuhan. Ibu bertindak sebagai sumber utama dalam memberikan kenyamanan dan bantuan selama sakit (Friedman, Bowden, & Jones 2003). Peran orang tua menurut Mubarak, Chayatin dan Santoso (2009) adalah: 1) pengasuh; 2) pendidik; 3) pendorong; 4) pengawas; dan 5) konselor.

Peran orang tua tersebut dapat membantu kebutuhan anak terutama selama sakit di rumah. Peran orang tua sebagai pemberi perawatan pada anaknya sangat dibutuhkan oleh anak. Tujuan perawatan yang diberikan orang tua di rumah dalam upaya pencapaian normalisasi anak adalah: 1) menormalkan kehidupan anak dengan penyakit kronis, termasuk anak dengan perawatan kompleks yang memerlukan teknologi; 2) Meminimalkan dampak kondisi anak yang dapat mempengaruhi peran dan fungsi keluarga; dan 3) Membantu pertumbuhan dan perkembangan maksimum anak (Wong, 2008).

Peran orang tua yang memiliki anak sakit tuberkulosis yaitu orang tua harus mengetahui tentang proses penyakit, pengobatan, efek samping yang mungkin timbul, dan pentingnya terapi jangka panjang (misalnya, terapi obat dapat berlangsung selama 6 sampai 12 bulan).

Orang tua juga harus memperhatikan pentingnya pemberian obat OAT pada anak sebelum makan atau pada waktu perut kosong, dan memastikan pemberian nutrisi yang tepat dan untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan normal (Ball & Bindler, 2003).

Orang tua memiliki tujuan dasar meningkatkan daya tahan fisik dan kesehatan anak, mengembangkan keterampilan dan kemampuan yang penting agar dapat menjadi orang dewasa yang mandiri, dan membantu mengembangkan kemampuan perilaku untuk memaksimalkan nilai-nilai budaya dan kepercayaan (Wong, 2008). Berdasarkan tujuan dasar menjadi orang tua, maka demi meningkatkan daya tahan fisik dan kesehatan anak dengan tuberkulosis orang tua harus diberikan konseling tentang TB dan pentingnya kepatuhan terhadap pengobatan TB (Hospice Palliative Care Association, 2011).

### 3. Konsep Dasar Kecemasan

#### a. Definisi

Kecemasan didefinisikan sebagai suatu perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respons. Seringkali sumber perasaan tidak santai tersebut tidak spesifik atau tidak diketahui (Nurhalimah, 2018).

Menurut Stuart dan Laraia (2005) mengatakan bahwa kecemasan memiliki nilai yang positif, karena dengan kecemasan (ansietas) maka aspek positif individu berkembang karena adanya sikap konfrontasi (pertentangan), antisipasi yang tinggi, penggunaan pengetahuan serta sikap terhadap pengalaman untuk dapat mengatasi kecemasan. Tetapi apabila kondisi kecemasan tidak ditangani dengan

segera, maka akan dapat mengganggu kehidupan seseorang (Nurhalimah, 2018).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah suatu perasaan tidak tenang, tidak nyaman, atau rasa takut karena sesuatu yang tidak diketahui penyebabnya dengan disertai suatu respon tertentu, dan memiliki aspek positif jika masih dalam rentang adaptif.

b. Tanda dan Gejala Kecemasan

Tanda dan gejala kecemasan diantaranya: cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri dan mudah tersinggung; pasien merasa tegang, tidak tenang, gelisah dan mudah terkejut; pasien mengatakan takut bila sendiri atau di keramaian dan banyak orang; mengalami gangguan konsentrasi dan daya ingat, adanya keluhan somatik, misalnya rasa sakit otot dan tulang belakang, pendengaran berdengung atau jantung berdebar-debar, sesak napas, gangguan pencernaan seperti diare, mual dan nafsu makan, sering berkemih atau sakit kepala (Nurhalimah, 2018).

c. Tingkat Kecemasan

1) Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan sering kali berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Kecemasan tingkat ini harus selalu dibuat karena akan menjadi waspada sehingga memperluas pandangan persepsi terhadap suatu masalah karena individu akan mengantisipasi kemungkinan dampak dari kecemasan yang dialami. Kecemasan ringan memiliki aspek positif, yaitu memotivasi individu untuk belajar menghasilkan

serta meningkatkan pertumbuhan dan kreativitas (Stuart dan Laria, 2005 dalam Nurhalimah, 2018).

Respon yang muncul pada kecemasan ringan diantaranya, respon fisiologi: individu sering kali merasakan nafasnya pendek, mampu menerima rangsang yang pendek, muka berkerut dan bibir bergetar, serta pasien mengalami ketegangan otot ringan; respon kognitif: individu mengatakan kemampuan menyelesaikan dan memandang masalah sangat baik, karena individu berada dalam persepsi luas, mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, dan mampu menyelesaikan masalah; dan respon perilaku dan emosi: ketidakmampuan individu untuk bersikap tenang, tidak dapat duduk tenang, mengalami tremor halus pada lengan, dan suara kadang meninggi (Stuart dan Laria, 2005 dalam Nurhalimah, 2018).

## 2) Kecemasan Sedang

Memungkinkan individu untuk memusatkan pada hal penting dan mengesampingkan yang lain, individu mengalami perhatian yang selektif, sehingga individu mampu dan dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah (Stuart dan Laria, 2005 dalam Nurhalimah, 2018).

Respon yang muncul pada kecemasan sedang diantaranya, respon fisiologis: sering napas pendek, nadi dan tekanan darah

naik, diare atau konstipasi, tidak nafsu makan, mual, dan berkeringat setempat; respon kognitif: respon pandang menyempit, rangsangan luas mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatian dan bingung; respon perilaku dan emosi: bicara banyak, lebih cepat, susah tidur dan tidak aman (Stuart dan Laria, 2005 dalam Nurhalimah, 2018).

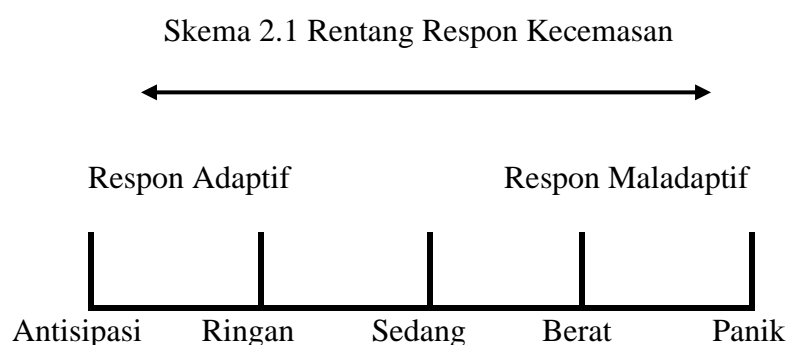
### 3) Kecemasan Berat

Lapang persepsi individu menyempit dan cenderung hanya mampu memusatkan pada sesuatu yang terinci, spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain. semua perilaku yang ditunjukkan individu bertujuan untuk mengurangi ketegangan. Individu memerlukan banyak pengarahannya untuk dapat memusatkan pada suatu area lain (Stuart dan Laria, 2005 dalam Nurhalimah, 2018).

Respon yang muncul pada kecemasan berat diantaranya, respon fisiologis: napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur dan ketegangan; respon kognitif: lapang persepsi sangat sempit, dan tidak mampu menyelesaikan masalah; dan respon perilaku dan emosi: perasaan terancam meningkat, verbalisasi cepat, dan menarik diri dari hubungan interpersonal (Stuart dan Laria, 2005 dalam Nurhalimah, 2018).

#### 4) Panik

Individu tampak ketakutan dan mengatakan mengalami teror, tidak mampu melakukan sesuatu, walaupun dengan pengarahannya serta mengalami gangguan kepribadian. Respon yang muncul pada saat panik diantaranya, respon fisiologis: nafas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, koordinasi motorik rendah; respon kognitif: lapang persepsi sangat sempit, dan tidak dapat berpikir logis; respon perilaku dan emosi: mengamuk dan marah-marah, ketakutan, teriak-teriak, menarik diri dari hubungan interpersonal, kehilangan kendali atau kontrol diri dan persepsi kacau (Stuart dan Laria, 2005 dalam Nurhalimah, 2018).



#### d. Faktor Predisposisi

##### 1) Faktor Biologis

Otak mengandung reseptor khusus, yaitu benzodiazepine, yang bertugas dalam mengelola dan mengatur kecemasan. Selain itu, ada pula penghambat GABA dan juga endorfin yang berperan

dalam mengelola kecemasan. Kadang kecemasan menimbulkan berbagai perubahan dan gangguan fisik. Bila kecemasan tidak ditangani dengan baik, dapat menurunkan kapasitas seseorang untuk menangani stressor (Stuart dan Laria, 2005 dalam Nurhalimah 2018).

## 2) Faktor Psikologis

Pandangan psikoanalitik, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara 2 elemen kepribadian, yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan instring dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang yang dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan. Fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa akan bahaya (Stuart dan Laria, 2005 dalam Nurhalimah 2018).

Pandangan interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap penerimaan dan penolakan interpersonal. Kecemasan berhubungan dengan kejadian trauma, seperti perpisahan dan kehilangan dari lingkungan maupun orang yang berarti. Individu dengan harga diri rendah sangat mudah mengalami kecemasan yang berat (Stuart dan Laria, 2005 dalam Nurhalimah 2018).

Pandangan perilaku, kecemasan merupakan produk frustrasi, yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang



untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku menganggap kecemasan sebagai dorongan belajar dari dalam diri untuk menghindari kepedihan. Individu yang sejak kecil terbiasa menghadapi ketakutan yang berlebihan, lebih sering menunjukkan kecemasan dalam kehidupan selanjutnya dibandingkan dengan individu yang jarang menghadapi ketakutan dalam kehidupannya (Stuart dan Laria 2005 dalam Nurhalimah 2018).

### 3) Faktor Sosial Budaya

Kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam keluarga. Faktor ekonomi, latar belakang pendidikan berpengaruh terhadap terjadinya kecemasan (Stuart dan Laria, 2005 dalam Nurhalimah 2018).

#### e. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi kecemasan dibedakan menjadi dua, yaitu: 1) ancaman terhadap integritas seseorang, seperti ketidakmampuan atau penurunan fungsi fisiologis akibat sakit; dan 2) ancaman terhadap sistem diri seseorang, yaitu gangguan terhadap identitas diri, harga diri, dan fungsi sosial individu (Nurhalimah, 2018).

#### f. Mekanisme Koping

Pada individu yang mengalami kecemasan sedang dan berat, mekanisme koping yang digunakan terbagi atas 2 jenis, yaitu: reaksi yang berorientasi pada tugas, yaitu upaya yang disadari dan

berorientasi pada tindakan realistik yang bertujuan untuk menurunkan situasi stres, misalnya perilaku menyerang (agresif), perilaku menarik diri, dan perilaku kompromi; dan mekanisme pertahanan ego, bertujuan untuk membantu mengatasi kecemasan ringan dan sedang, berlangsung secara tidak sadar, melibatkan penipuan diri, distorsi realita dan bersifat maladaptif. Mekanisme pertahanan ego yang digunakan adalah kompensasi, penyangkalan (denial), pemindahan (*displacement*), disosiasi, indentifikasi (*identification*), intelektualisasi (*intellectualization*), introjeksi (*introjection*), fiksasi, proyeksi, rasionalisasi, reaksi formasi, regresi, represi, *actingout*, sublimasi, supresi, dan undoing (Nurhalimah, 2018).

g. Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Orang Tua

Terdapat dua faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan orang tua. Faktor internal dan faktor eksternal yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan orang tua. Faktor internal yang mempengaruhi diantaranya (Stuart, 2009):

1) Jenis Kelamin Orang Tua

Wanita lebih sering mengalami kecemasan dari pada pria. Wanita mempunyai tingkat kecemasan lebih tinggi dari pria, dikarenakan bahwa wanita lebih peka terhadap emosinya yang diakhirnya mempengaruhi perasaan cemas (Kaplan & Saddock, 2010).

## 2) Usia

Usia merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap timbulnya kecemasan, dimana usia muda lebih mudah mengalami kecemasan dibanding yang tua, namun dapat pula sebaliknya (Kaplan & Saddock, 2010). Usia yang semakin tua maka seseorang semakin banyak pengalamannya sehingga pengetahuannya semakin bertambah (Notoatmodjo, 2010).

## 3) Pekerjaan

Orang tua yang mempunyai peran ganda sebagai orang tua dari bayi lain, pencari nafkah dan harus merawat anak saat sakit ada kecenderungan mengalami kecemasan (Stuart, 2009).

## 4) Tingkat Pendidikan

Pendidikan yang rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan dibandingkan mereka yang mempunyai status pendidikan tinggi (Mariyam, 2008). Orang tua tidak memiliki pengetahuan yang sesuai dengan TB memiliki tekanan psikologis yang tinggi (pengobatan penyakit, pendidikan anak, prognosis dan emosi yang negatif) (Zhang, dkk., 2014).

## 5) Lama Pengobatan

Orang tua dengan anak yang melakukan pengobatan dengan durasi perawatan yang lama akan meningkatkan kecemasan orang tua (Mariyam, 2008). Hal ini juga berkaitan dengan faktor

ekonomi yang dimana durasi perawatan yang lama akan memakan biaya yang besar untuk perawatan dan pengobatan (Hatfield, 2008).

Adapun faktor eksternal yang mempengaruhi tingkat kecemasan orang tua diantaranya (Stuart, 2009):

#### 1) Diagnosi Penyakit Anak

Penyakit pada anak dapat dibedakan menjadi dua yakni penyakit akut dan penyakit kronik. Jenis penyakit yang diderita anak akan menunjukkan tingkat kecemasan orang tua yang berbeda (Sophia, S. C. Chan, dkk., 2007). Penyakit akut adalah penyakit yang tiba-tiba, dalam waktu yang singkat, dan terkadang akan menunjukkan bahwa terdapat gangguan yang serius. Keadaan tersebut akan membuat orang tua lebih cemas (Behrman, dkk., 2000).

Pada anak dengan penyakit TB paru atau yang mengalami penyakit kronis umumnya mendapatkan pengobatan rutin dalam jangka waktu yang lama, hal ini akan mempengaruhi kondisi fisik, psikologis dan kognitif anak sehingga menyebabkan keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Hockenberry & Wilson, 2009). Penyakit kronis adalah penyakit yang terjadi dalam periode lama, berulang, terjadi perlahan-lahan dan makin serius. Selama proses tersebut orang tua dan anak akan mengalami beberapa kejadian yang dapat menjadikan traumatik

dan penuh tekanan (Yupi, 2004). Tingkat kecemasan orang tua dengan anak penyakit kronik menunjukkan kecemasan yang sedang. Pada saat anak sudah mengalami pengobatan, orang tua akan lebih memperhatikan perawatan anaknya (Behrman, dkk., 2000).

## 2) Kondisi Lingkungan

Kondisi lingkungan sekitar orang tua dapat menyebabkan orang tua menjadi lebih kuat dalam menghadapi permasalahan (Hockenberry & Wilson, 2009). Lingkungan rumah yang tidak memberikan cerita yang negatif akan memberikan dukungan pada orang tua (Stuart, 2009).

Tuberkulosis merupakan penyakit menular kronis. Kondisi kesehatan kronis seperti tuberkulosis berkaitan dengan stigma yang merupakan fenomena global. Penyebab paling umum dari stigma TB adalah risiko penularan dari individu yang terinfeksi TB kepada masyarakat yang rentan (McKenzie, dkk., 2007). Sebagian anak-anak yang terinfeksi menunjukkan sering berkembang menjadi penyakit miliary atau meningitis TB tanpa gejala yang signifikan sebelumnya. Pada masa remaja setelah usia 10 tahun yang terinfeksi primer sering menunjukkan berkembang menjadi penyakit tipe dewasa. Hal tersebut dapat menimbulkan stigma yang memiliki dampak pada penderita dan keluarganya, serta pada efektivitas program kesehatan. Stigma pada penyakit

tuberkulosis dapat menyebabkan keterlambatan pengobatan dan terputusnya pengobatan pada pasien tuberkulosis yang bisa menyebabkan tidak tuntasnya pengobatan (Courtwright & Turner, 2010).

#### h. Alat Ukur Kecemasan

Kecemasan dapat diukur dengan skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) yaitu pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptom* pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 *symptom* yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian *trial clinic*. Skala HARS akan diperoleh hasil yang *valid* dan *reliable* (Hidayat, 2014).

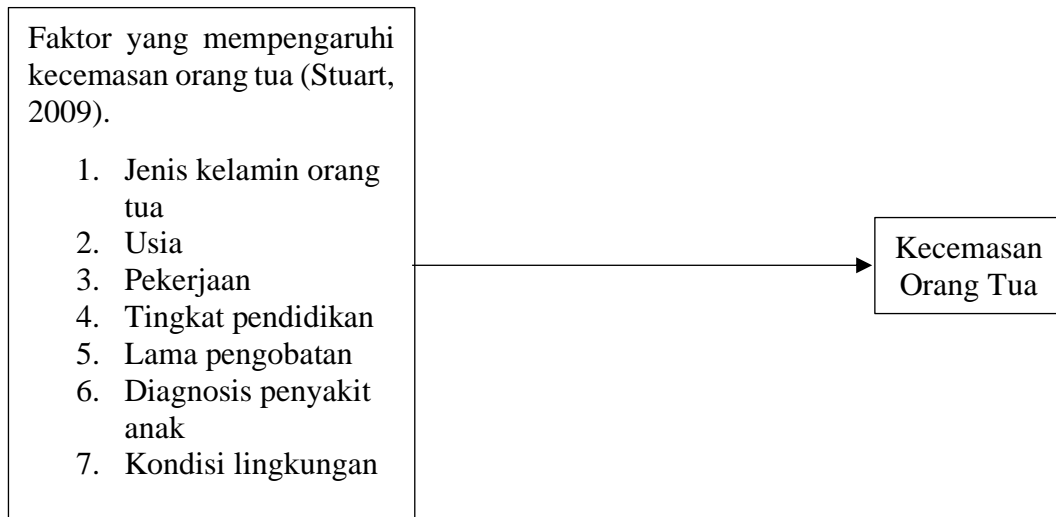
Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan skala (angka) 0 sampai 4 dengan kriteria: 0 = tidak ada gejala sama sekali, 1 = ringan atau satu dari gejala yang ada, 2 = sedang atau separuh dari gejala yang ada, 3 = berat atau lebih dari setengah gejala yang ada, dan 4 = sangat berat, semua gejala ada (Hidayat, 2007).

Cara menentukan derajat kecemasan yaitu dengan cara menjumlah nilai skor item 1-14 dengan hasil: kurang dari 14 yang berarti tidak ada kecemasan, 14 – 20 yang berarti kecemasan ringan, 21 – 27 yang berarti kecemasan sedang, 28 – 41 yang berarti

kecemasan berat, dan 42 – 56 yang berarti kecemasan berat sekali/panik (Hidayat, 2007).

## B. Kerangka Teori

Skema 2.2 Kerangka Teori



Sumber: Stuart (2009)