

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kecemasan

2.1.1 Pengertian Kecemasan

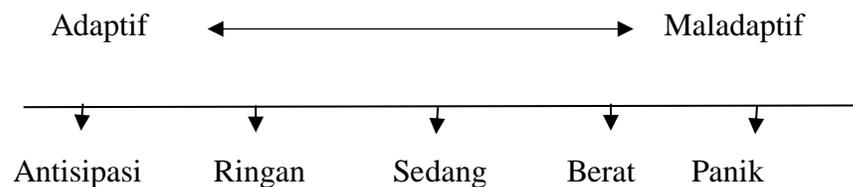
Menurut Sigmund Freud kecemasan merupakan ketegangan dalam diri sendiri tanpa objek yang jelas, objek tidak disadari dan berkaitan dengan kehilangan *self image*. Kecemasan timbul karena ancaman terhadap *self image/esteem* oleh orang yang terdekat. Pada orang dewasa oleh karena prestige dan martabat diri terhadap ancaman dari orang lain. Menurut Cook and Fontaine kecemasan adalah perasaan tidak nyaman yang terjadi sebagai respon pada takut terjadi perlukaan tubuh atas kehilangan sesuatu yang bernilai. (Azizah, Zainuri, & Akbar, 2016). Menurut (Fatmawati, 2019) Kecemasan adalah respon emosional terhadap ancaman yang tidak diketahui jenis dan sumbernya, dan biasanya berasal dari dalam diri seseorang.

Menurut (Sataloff, Johns, & Kost, n.d.) kecemasan adalah 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 oleh individu. Ansietas dapat pula diterjemahkan sebagai suatu perasaan takut akan terjadi sesuatu yang disebabkan oleh antisipasi bahaya. Ansietas merupakan sinyal yang menyadarkan/memperingatkan akan

adanya bahaya yang akan datang dan membantu individu untuk bersiap mengambil tindakan untuk menghadapi ancaman. (Sataloff et al., n.d.). Gail W. Stuart (2006: 144) menjelaskan bahwa kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya.(Annisa, 2016)

2.1.2 Rentang respon kecemasan

Rentang kecemasan berfluktuasi antara respon adaptif antisipasi dan yang maladaptif yaitu panik :



1. Antisipasi

Suatu keadaan yang digambarkan lapangan persepsi menyatu dengan lingkungan.

2. Cemas Ringan

Ketegangan ringan, penginderaan lebih tajam dan menyiapkan diri untuk bertindak.

3. Cemas Sedang

Keadaan lebih waspada dan lebih tegang, lapangan persepsi menyempit dan tidakmampu memusatkan pada factor/peristiwa yang penting baginya.

4. Cemas Berat

Lapangan persepsi sangat sempit, berpusat pada detail yang kecil, tidak memikirkan yang luas, tidak mampu membuat kaitan dan tidak mampu menyelesaikan masalah.

5. Panik

Persepsi menyimpang, sangat kacau dan tidak terkontrol, berpikir tidak teratur, perilaku tidak tepat dan agitasi/hiperaktif.

2.1.3 Gejala-Gejala Kecemasan

1. Respon Fisiologis

- a. Kardivaskuler : palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat, rasa mau pingsan, tekanan darah menurun, nadi menurun.
- b. Respirasi : nafas cepat, pernafasan dangkal, rasa tertekan pada dada dan tercekik, terengah-engah.
- c. Neuromuskuler : peningkatan reflek, peningkatan rangsangan kejut, mata berkedip-kedip, insomnia, wajah tegang, kelemahan secara umum.
- d. Gastrointestinal : kehilangan nafsu makan ,menolak makanan, rasa tidak nyaman pada abdomen, rasa tidak nyaman pada epigastrium, mual, muntah, diare.
- e. Saluran kemih : tidak dapat menahan bab dan bak, nyeri saat bak.

- f. Integumen : rasa terbakar pada wajah, berkeringat setempat (telapak tangan), gatal-gatal, perasaan panas dan dingin pada kulit, muka pucat, berkeringat seluruh tubuh.
2. Respon perilaku : gelisah, ketegangan fisik, tremor, gugup, bicara cepat, tidak ada koordinasi, kecenderungan mendapat cedera, menarik diri, menghindar, hiperventilasi, melarikan diri dari masalah
3. Respon kognitif : perhatian terganggu, konsentrasi hilang, pelupa, salah penilaian, blocking, menurunnya lahan persepsi, kreatifitas menurun, produktifitas menurun, bingung, sangat waspada, hilang objektifitas, takut kecelakaan dan mati.
4. Respon afektif : mudah terganggu, tidak sabar, tegang, takut berlebihan, teror, gugup yang luar biasa, nervous.

2.1.4 Karakteristik Tingkatan Kecemasan

Semua orang pasti mengalami kecemasan pada derajat tertentu, Peplau mengidentifikasi 4 tingkatan kecemasan yaitu :

1. Kecemasan Ringan

Kecemasan ini berhubungan dengan kehidupan sehari-hari. Kecemasan dapat memotivasi belajar menghasilkan pertumbuhan serta kreatifitas. Tanda dan gejala antara lain: persepsi dan perhatian Bina meningkat, waspada, sadar akan stimulus internal dan eksternal, mampu mengatasi masalah secara

efektif serta terjadi kemampuan belajar. Perubahan fisiologi ditandai dengan gelisah, sulit tidur, hipersensitif terhadap suara, tanda vital dan pupil normal.

2. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan seseorang memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, sehingga individu mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon fisiologi : sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, gelisah, konstipasi. Sedangkan respon kognitif yaitu lahan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiaannya.

3. Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mempengaruhi persepsi individu, individu cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berfikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Tanda dan gejala dari kecemasan berat yaitu: persepsinya sangat kurang, berfokus pada hal yang detail, rentang perhatian sangat terbatas, tidak dapat berkonsentrasi atau menyelesaikan masalah, serta tidak dapat belajar secara efektif. Pada tingkatan ini individu mengalami sakit kepala, pusing, mual, gemetar, insomnia, palpitasi, takikardi, hiperventilasi, sering buang air kecil maupun besar, dan diare. Secara emosi individu mengalami ketakutan serta seluruh perhatian terfokus pada dirinya.

4. Panik

Pada tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak dapat melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik menyebabkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, kehilangan pemikiran yang rasional. Kecemasan ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung lama dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian. Tanda dan gejala dari tingkat panik yaitu tidak dapat fokus pada suatu kejadian. (Irda Sari, 2020)

2.1.5 Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut Kaplan dan Sadock (1997), faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien antara lain :

1. Faktor-faktor intrinsik, antara lain:

a. Usia pasien

Menurut Kaplan dan Sadock (1997) gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita. Sebagian besar kecemasan terjadi pada umur 21-45 tahun.

b. Pengalaman pasien menjalani pengobatan

Kaplan dan Sadock (1997) mengatakan pengalaman awal pasien dalam pengobatan merupakan pengalaman-pengalaman yang sangat berharga yang terjadi pada pasien terutama untuk masa-masa yang akan datang. Pengalaman awal ini sebagai bagian penting dan bahkan sangat menentukan bagi kondisi mental pasien di kemudian hari.

c. Konsep diri dan peran

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu terhadap dirinya dan memengaruhi individu berhubungan dengan orang lain. Menurut Stuart & Sundeen (1991) peran adalah pola sikap perilaku dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisi di masyarakat. Banyak faktor yang mempengaruhi peran seperti kejelasan perilaku dan pengetahuan yang sesuai dengan peran, konsistensi respon orang yang berarti terhadap peran, kesesuaian dan keseimbangan antara peran yang dijalankannya. Juga keselarasan budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran. Disamping itu pemisahan situasi yang akan menciptakan ketidaksesuaian perilaku peran, jadi setiap orang disibukkan oleh beberapa peran yang berhubungan dengan posisinya pada setiap waktu. Pasien yang mempunyai peran ganda baik di dalam keluarga atau di masyarakat ada kecenderungan mengalami kecemasan yang berlebih disebabkan konsentrasi terganggu.

2. Faktor-faktor ekstrinsik, antara lain:

a. Kondisi medis (diagnosis penyakit)

Terjadinya gejala kecemasan yang berhubungan dengan kondisi medis sering ditemukan walaupun insidensi gangguan bervariasi untuk masing-masing kondisi medis, misalnya: pada pasien sesuai hasil pemeriksaan akan mendapatkan diagnosa pembedahan, hal ini akan mempengaruhi tingkat kecemasan klien. Sebaliknya pada pasien yang dengan diagnosa baik tidak terlalu mempengaruhi tingkat kecemasan.

b. Tingkat pendidikan

Pendidikan bagi setiap orang memiliki arti masing-masing. Pendidikan pada umumnya berguna dalam merubah pola pikir, pola bertingkah laku dan pola pengambilan keputusan (Noto atmodjo, 2000). Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah dalam mengidentifikasi stresor dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya. Tingkat pendidikan juga mempengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus (Jatman, 2000).

c. Akses informasi

Adalah pemberitahuan tentang sesuatu agar orang membentuk pendapatnya berdasarkan sesuatu yang diketahuinya. Informasi adalah segala penjelasan yang didapatkan pasien. (Smeltzer & Bare, 2001).

d. Proses adaptasi

Kozier and Oliveri (1991) mengatakan bahwa tingkat adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulus internal dan eksternal yang dihadapi pasien

dan membutuhkan respon perilaku yang terus menerus. Proses adaptasi sering menstimulasi individu untuk mendapatkan bantuan dari sumber-sumber di lingkungan dimana dia berada. Perawat merupakan sumber daya yang tersedia di lingkungan rumah sakit yang mempunyai pengetahuan dan ketrampilan untuk membantu pasien mengembalikan atau mencapai ke seimbangan diri dalam menghadapi lingkungan yang baru.

e. Tingkat sosial ekonomi

Status sosial ekonomi juga berkaitan dengan pola gangguan psikiatrik. Berdasarkan hasil penelitian Durham diketahui bahwa masyarakat kelas sosial ekonomi rendah prevalensi psikiatriknya lebih banyak. Jadi keadaan ekonomi yang rendah atau tidak memadai dapat mempengaruhi peningkatan ke cemas pada klien menghadapi tindakan .

f. Jenis tindakan terapi

Adalah klasifikasi suatu tindakan terapi medis yang dapat mendatangkan kecemasan karena terdapat ancaman pada integritas tubuh dan jiwa seseorang (Long, 1996).

g. Komunikasi terapeutik

Komunikasi sangat dibutuhkan baik bagi perawat maupun pasien. Terlebih bagi pasien yang akan menjalani perawatan di RS. (Lutfi & Maliya, 2018).

2.1.6 Sumber Koping dan Mekanisme Koping

1. Dalam menghadapi kecemasan, individu akan memanfaatkan dan menggunakan berbagai sumber koping di lingkungan.
2. Pada pasien yang mengalami kecemasan sedang dan berat mekanisme koping yang digunakan terbagi atas dua jenis mekanisme koping yaitu :
 - a. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan realistik yang bertujuan untuk menurunkan situasi stres, misalnya :
 - 1) Perilaku menyerang (agresif).

Digunakan individu untuk mengatasi rintangan agar terpenuhinya kebutuhan.
 - 2) Perilaku menarik diri.

Dipergunakan untuk menghilangkan sumber ancaman baik secara fisik maupun secara psikologis.
 - 3) Perilaku kompromi.

Dipergunakan untuk mengubah tujuan-tujuan yang akan dilakukan atau mengorbankan kebutuhan personal untuk mencapai tujuan dalam hal itu. (Annisa, 2016)
 - b. Mekanisme pertahanan ego. Bertujuan untuk membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang. Mekanisme ini berlangsung secara tidak sadar, melibatkan penipuan diri, distorsi realitas dan bersifat maladaptif.

Mekanisme pertahanan Ego yang digunakan adalah :

1) Kompensasi

Adalah proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri dengan secara tegas menonjolkan keistimewaan/kelebihan yang dimilikinya.

2) Penyangkalan (Denial)

Menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Mekanisme pertahanan ini paling sederhana dan primitif.

3) Pemindahan (Displacemen)

Pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang/benda tertentu, biasanya netral/kurang mengancam terhadap dirinya.

4) Disosiasi

Pemisahan dari setiap proses mental atau perilaku dari kesadaran atau identitasnya.

5) Identifikasi (Identification)

Proses dimana seseorang mencoba menjadi orang yang ia kagumi dengan mengambil/menirukan pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut.

6) Intelektualisasi (Intelektualization).

Penggunaan logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya.

7) Introjeksi (Intrijection)

Mengikuti norma-norma dari luar sehingga ego tidak lagi terganggu oleh ancaman dari luar (pembentukan superego)

8) Fiksasi

Berhenti pada tingkat perkembangan salah satu aspek tertentu (emosi atau tingkah laku atau pikiran) sehingga perkembangan selanjutnya terhalang.

9) Proyeksi

Pengalihan buah pikiran atau impuls pada diri sendiri kepada orang lain terutama keinginan. Perasaan emosional dan motivasi tidak dapat ditoleransi.

10) Rasionalisasi

Memberi keterangan bahwa sikap/tingkah lakunya menurut alasan yang seolah-olah rasional, sehingga tidak menjatuhkan harga diri.

11) Reaksi formasi

Bertingkah laku yang berlebihan yang langsung bertentangan dengan keinginan-keinginan perasaan yang sebenarnya.

12) Regresi

Kembali ke tingkat perkembangan terdahulu (tingkah laku yang primitif), contoh; bila keinginan terhambat menjadi marah, merusak, melempar barang, meraung, dsb.

13) Represi

Secara tidak sadar mengesampingkan pikiran, impuls, atau ingatan yang menyakitkan atau bertentangan, merupakan pertahanan ego yang primer yang cenderung diperkuat oleh mekanisme ego yang lainnya.

14) Acting Out

Langsung mencetuskan perasaan bila keinginannya terhalang.

15) Sublimasi

Penerimaan suatu sasaran pengganti yang mulia artinya dimata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami halangan dalam penyalurannya secara normal.

16) Supresi

Suatu proses yang digolongkan sebagai mekanisme pertahanan tetapi sebetulnya merupakan analog represi yang disadari; pengesampingan yang disengaja tentang suatu bahan dari kesadaran seseorang; kadang-kadang dapat mengarah pada represif berikutnya.

17) Undoing

Tindakan/perilaku atau komunikasi yang menghapuskan sebagian dari tindakan/perilaku atau komunikasi sebelumnya merupakan mekanisme pertahanan primitif. (Sataloff et al., n.d.)

2.1.7 Alat Ukur Tingkat Kecemasan.

Cara mengukur tingkat kecemasan, diantaranya adalah :

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Menurut (Saputro & Fazris, 2017) “Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), pertama kali dikembangkan oleh Max Hamilton pada tahun 1956 .Tingkat kecemasan dapat diukur dengan pengukuran skor kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya gejala pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 gejala yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (not present) sampai dengan 4 (severe). Menurut (Kautsar, Gustopo, & Achmadi, 2015) telah menyimpulkan “Pengujian validitas dan reliabilitas yang dilakukan pada instrumen HARS menunjukkan bahwa instrumen tersebut mampu mengungkap tingkat kecemasan, untuk melakukan pengukuran kecemasan yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang *valid* dan *reliable*.”

Skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) dalam penilaian kecemasan terdiri dan 14 item, meliputi:

1. Perasaan ansietas : cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.

2. Ketegangan : merasa tegang, lesu, tak bisa istirahat tenang, mudah terkejut, mudah menangis, gemetar, gelisah.
3. Ketakutan : pada gelap, pada orang asing, ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas, pada kerumunan orang banyak.
4. Gangguan tidur : sukar masuk tidur, terbangun malam hari, tidak nyenyak, bangun dengan lesu, banyak mimpi-mimpi, mimpi buruk.
5. Gangguan kecerdasan : sukar konsentrasi, daya ingat buruk.
6. Perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari, perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
7. Gejala somatik : sakit dan nyeri di otot-otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil.
8. Gejala sensorik : penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemah, perasaan ditusuk-tusuk.
9. Gejala kardiovaskuler : takikardi, berdebar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, perasaan lesu/lemas seperti mau pingsan, detak jantung menghilang (berhenti).
10. Gejala respiratori : rasa tertekan atau sempit di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas, napas pendek/sesak.
11. Gejala gastrointestinal : sulit menelan, perut melilit, nyeri sebelum dan sesudah makan, perasaan terbakar di perut, rasa penuh/kembung, mual, muntah, BAB lembek, kehilangan berat badan konstipasi.

12. Gejala urogenital : sering buang air kecil, tidak dapat menahan air seni, amenorrhea, menorrhagia.
13. Gejala otonom : mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, pusing atau sakit kepala, bulu-bulu berdiri.
14. Tingkah laku pada wawancara : gelisah, tidak tenang, jari gemetar, kerut kening, muka tegang, tonus otot meningkat, napas pendek dan cepat.

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

- 0= jika tidak ditemukan gejala atau keluhan
- 1= Gejala ringan (jika ditemukan minimal 1 dari gejala/keluhan yang ada).
- 2= Gejala sedang (jika ditemukan 50% dari gejala/keluhan yang ada sesuai dengan indikator).
- 3= Gejala berat (jika ditemukan lebih dari 50% dari keseluruhan gejala/keluhan yang ada).
- 4= Gejala sangat berat (jika ditemukan seluruh/semua gejala yang ada)

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-14 dengan hasil:

- a) Skor kurang dari 14 = tidak ada kecemasan.
- b) Skor 14 – 20 = kecemasan ringan.
- c) Skor 21 – 27 = kecemasan sedang.
- d) Skor 28-41 = kecemasan berat.
- e) Skor 42-56 = kecemasan sangat berat

2.2 Konsep Usia

2.2.1 Pengertian usia

Usia adalah waktu yang terlewati sejak dilahirkan.

Klasifikasi usia menurut WHO, 2020:

1. Usia 18-30 tahun dinamakan remaja, dimana menurut piaget secara psikologi, masa remaja adalah usia dimana individu berinteraksi dengan masyarakat dewasa dan termasuk juga perubahan intekektual yang mencolok. Pada masa remaja terjadi perubahan sikap dan prilaku, sebagian besar remaja bersikap ambivalen terhadap setiap perubahan.
2. Usia 31-45 tahun dinamakan dewasa dini dimana kemampuan mental mencapai puncaknya untuk mempelajari dan menyesuaikan diri pada situasi-situasi baru seperti pada misalnya mengingat hal-hal yang pernah dipelajari, penalaran analogis dan berfikir kreatif. Pada masa dewasa ini sering mencapai puncak prestasi.
3. Usia 46-59 tahun dinamakan usia pra lansia dimana pada masa tersebut pada akhirnya ditandai perubahan-perubahan jasmani dan mental pada masa ini seseorang tinggal mempertahankan prestasi yang telah dicapainya pada usia lansia
4. Usia 60 tahun keatas disebut lansia
Masalah kesehatan yang terjadi diusia tua adalah berkurangnya pendengaran,masalah mata seperti katarak,ostearthritis,diabetes,dan

demensia, Saat lanjut usia dapat merasakan berbagai penyakit dalam waktu bersamaan. (WHO, 2020)

2.2.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perkembangan usia,

Elizabeth B. Hurlock membagi masa dewasa menjadi tiga bagian :

1. Masa Dewasa Awal (Masa Dewasa Dini/Young Adult)

Masa dewasa awal ialah masa pencarian kemandirian dan masa reproduktif yaitu suatu masa yang penuh dengan masalah dan ketegangan emosional, periode isolasi sosial, periode komitmen dan masa ketergantungan, perubahan nilai-nilai, kreativitas dan penyesuaian diri pada suatu hidup yang baru. Berkisar antara umur 21 sampai 40 tahun.

2. Masa Dewasa Madya (Middle Adulthood)

Masa dewasa madya ini berlangsung dari umur 40 sampai 60 tahun. Ciri-ciri yang menyangkut pribadi dan sosialnya antara lain; masa dewasa madya ialah masa transisi, di mana pria dan wanita meninggalkan ciri-ciri jasmani dan perilaku masa dewasanya dan memasuki suatu periode dalam kehidupan dengan ciri-ciri jasmani dan perilaku yang baru. Perhatiannya kepada agama lebih besar dibandingkan dengan masa sebelumnya, dan terkadang minat dan perhatiannya kepada agama ini dilandasi kebutuhan pribadi dan sosial.

3. Masa Dewasa Lanjut (Masa Tua/Older Adult)

Usia lanjut ialah periode penutup dalam rentang hidup seseorang. Masa ini dimulai dari umur 60 tahun sampai akhir hayat, yang ditandai oleh adanya perubahan yang bersifat fisik dan psikologis yang semakin menurun. Adapun ciri-ciri yang berkaitan dengan penyesuaian pribadi dan sosialnya sebagai berikut :perubahan yang menyangkut kemampuan motorik, kekuatan fisik, perubahan dalam fungsi psikologis, perubahan dalam sistem saraf, dan penampilan. (Maulidya, Adelina, & Alif Hidayat, 2018)

2.3 Konsep Covid 19

2.3.1 Pengertian Covid 19

Covid 19 adalah virus RNA dengan ukuran partikel 120-160 nm. Virus ini utamanya menginfeksi hewan, termasuk di antaranya adalah kelelawar dan unta. Sebelum terjadinya wabah Covid 19, ada 6 jenis coronavirus yang dapat menginfeksi manusia, yaitu *alphacoronavirus 229E*, *alphacoronavirus NL63*, *betacoronavirus OC43*, *betacoronavirus HKU1*, *Severe Acute Respiratory Illness Coronavirus (SARS-CoV)*, dan *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV)*.(Susilo, Rumende, Pitoyo, Santoso, Yulianti, Sinto, et al., 2020).

2.3.2 Transmisi Covid 19

Pada tahap awal epidemi, periode inkubasi rata-rata adalah 5,2 hari; waktu penggandaan epidemi adalah 7,4 hari, yaitu, jumlah orang yang terinfeksi berlipat

ganda setiap 7,4 hari; interval kontinu rata-rata (waktu interval rata-rata penularan dari satu orang ke orang lain) adalah 7,5 hari; indeks regenerasi dasar (R_0) diperkirakan 2,2-3,8, yang berarti bahwa setiap pasien menginfeksi rata-rata 2,2-3,8 orang. Interval rata-rata utama: untuk kasus ringan, interval rata-rata dari onset ke kunjungan rumah sakit awal adalah 5,8 hari, dan dari onset ke rawat inap 12,5 hari; untuk kasus yang parah, interval rata-rata dari onset ke rawat inap adalah 7 hari dan dari onset hingga diagnosis 8 hari; untuk kasus kematian, interval rata-rata dari onset ke diagnosis secara signifikan lebih lama (9 hari), dan dari onset hingga kematian adalah 9,5 hari. (Tim Kerja Kementerian Dalam Negeri, 2013).

2.3.3 Penyebab Covid 19

Covid 19 disebabkan h virus yang memiliki RNA untai tunggal dengan diameter 80–120 nm. Coronavirus mengenali reseptor yang sesuai pada sel target melalui protein S pada permukaannya; lalu masuk ke sel dan menyebabkan infeksi. Analisis model struktur menunjukkan bahwa SARS-CoV-2 berikatan dengan reseptor ACE2 dengan daya ikat lebih dari 10 kali lipat daripada SARS-CoV, pada tingkat di atas ambang batas 7 yang diperlukan untuk infeksi virus. (Sigit Prakoeswa, 2020)

2.3.4 Faktor Resiko Covid 19

Faktor resiko yang sering terkena Covid 19 adalah penyakit komorbid hipertensi dan diabetes melitus, jenis kelamin laki-laki, dan perokok aktif merupakan faktor risiko dari infeksi SARS-CoV-2. Distribusi jenis kelamin yang lebih banyak

pada laki-laki diduga terkait dengan *prevalensi* perokok aktif yang lebih tinggi. Pada perokok, hipertensi, dan diabetes melitus, diduga ada peningkatan ekspresi reseptor ACE2.^{41, 42} Diaz JH⁴³ menduga pengguna penghambat ACE (ACE-I) atau *angiotensin receptor blocker* (ARB) berisiko mengalami Covid 19 yang lebih berat. Terkait dugaan ini, European Society of Cardiology (ESC) menegaskan bahwa belum ada bukti meyakinkan untuk menyimpulkan manfaat positif atau negatif obat golongan ACE-i atau ARB, sehingga pengguna kedua jenis obat ini sebaiknya tetap melanjutkan pengobatannya.⁴⁴ Pasien kanker dan penyakit hati kronik lebih rentan terhadap infeksi SARS-CoV-2.^{45, 46} Kanker diasosiasikan dengan reaksi immunosupresif, sitokin yang berlebihan, supresi induksi agen proinflamasi, dan gangguan maturasi sel dendritik. Pasien dengan sirosis atau penyakit hati kronik juga mengalami penurunan respons imun, sehingga lebih mudah terjangkit Covid 19, dan dapat mengalami luaran yang lebih buruk. Studi Guan, dkk.⁴⁹ menemukan bahwa dari 261 pasien Covid 19 yang memiliki komorbid, 10 pasien di antaranya adalah dengan kanker dan 23 pasien dengan hepatitis B. Infeksi saluran napas akut yang menyerang pasien HIV umumnya memiliki risiko mortalitas yang lebih besar dibanding pasien yang tidak HIV. Namun, hingga saat ini belum ada studi yang mengaitkan HIV dengan infeksi SARS-CoV-2.⁵⁰ Hubungan infeksi SARS-CoV-2 dengan hipersensitivitas dan penyakit autoimun juga belum. (Sigit Prakoeswa, 2020)

2.3.5 Tanda dan Gejala Covid 19

1. Penyakit Sederhana (ringan)

Pasien-pasien ini biasanya hadir dengan gejala infeksi virus saluran pernapasan bagian atas, termasuk demam ringan, batuk (kering), sakit tenggorokan, hidung tersumbat, malaise, sakit kepala, nyeri otot, atau malaise. Tanda dan gejala penyakit yang lebih serius, seperti dispnea, tidak ada. Dibandingkan dengan infeksi HCoV sebelumnya, gejala non-pernapasan seperti diare sulit ditemukan.

2. Pneumonia Sedang

Gejala pernapasan seperti batuk dan sesak napas (atau takipnea pada anak-anak) hadir tanpa tanda-tanda pneumonia berat.

3. Pneumonia Parah

Demam berhubungan dengan dispnea berat, gangguan pernapasan, takipnea (>30 napas / menit), dan hipoksia (Tim Kerja Kementerian Dalam Negeri, 2013)

2.3.6 Penyebab pasien Covid 19 mengalami kecemasan

Penyebab umum pada pasien rawat inap memiliki tingkat kecemasan dan gejala somatisasi yang lebih tinggi. Menunjukkan bahwa pasien tidak hanya menanggung rasa sakit fisik, namun juga gangguan mental seperti kecemasan.

Beberapa aspek yang mempengaruhi kondisi mental pasien Covid 19 bisa diuraikan menjadi empat kasus, antara lain :

1. Penularan dan transmisi penyebaran yang mengharuskan pasien berada pada posisi diskontak dengan lingkungan bahkan tenaga medis,
2. Covid 19 tergolong virus baru, disatu sisi membuat masyarakat kurang pengetahuan tentang karakteristik dan tatacara penularannya, disisi yang lain, antivirus juga belum ditemukan.
3. Jumlah pasien Covid 19 dan kematian yang semakin hari semakin meningkat dalam waktu yang singkat
4. Informasi media sosial yang memberitakan isu persebaran Covid 19 menjadikan tingkat trauma pasien meningkat. (Jannah et al., 2020).

2.3.7 Penatalaksan Covid 19 di Fasilitas Kesehatan

Saat ini belum tersedia rekomendasi tata laksana khusus pasien Covid 19, termasuk antivirus atau vaksin. Tata laksana yang dapat dilakukan adalah terapi simptomatik dan oksigen. Pada pasien gagal napas dapat dilakukan ventilasi mekanik.⁸⁸ National Health Commission (NHC) China telah meneliti beberapa obat yang berpotensi mengatasi infeksi SARS-CoV-2, antara lain interferon alfa (IFN- α), lopinavir/ritonavir (LPV/r), ribavirin (RBV), klorokuin fosfat (CLQ/CQ), remdesvir dan umifenovir (arbidol).⁸⁸ Selain itu, juga terdapat beberapa obat antivirus lainnya yang sedang dalam uji coba di tempat lain.

Selain China, Italia juga sudah membuat pedoman penanganan Covid 19 berdasarkan derajat keparahan penyakit:

1. Asintomatis, gejala ringan, berusia < 70 tahun tanpa faktor resiko: observasi klinis dan terapi suportif.
2. Gejala ringan, berusia >70 tahun dengan faktor risiko dan bergejala demam, batuk, sesak napas, serta rontgen menunjukkan pneumonia: LPV/r 200 mg/50 mg, 2 x 2 tablet per hari; atau Darunavir/ritonavir (DRV/r) 800 mg/100 mg, 1 x 1 tablet per hari; atau Darunavir/cobicistat 800 mg/150 mg, 1 x 1 tablet per hari; DAN klorokuin fosfat 2 x 500 mg/hari atau hidroksiklorokuin (HCQ) 2 x 200 mg/hari. Terapi diberikan selama 5-20 hari berdasarkan perubahan klinis.
3. Pada kasus membutuhkan terapi oksigen atau perburuk secara cepat, terapi poin 2 dihentikan dan diganti remdesivir (RDV) 200 mg (hari 1) dilanjutkan 100 mg (hari 2-10) dan klorokuin 2 x 500 mg/hari atau HCQ 200 mg, 2 kali perhari. Obat selama 5-20 hari, berdasarkan perubahan klinis. Jika nilai *Brescia Covid 19 respiratory severity scale (BCRSS) ≥2*, berikan deksametason 20 mg/hari selama 5 hari dilanjutkan 10 mg/hari selama 5 hari dan/atau tocilizumab.
4. Pneumonia berat, ARDS/gagal napas, gagal hemodinamik, atau membutuhkan ventilasi mekanik: RDV 200 mg (hari 1), 100 mg (hari 2-10); DAN klorokuin fosfat 2 x 500 mg/hari atau HCQ 2 x 200 mg/ hari. Kombinasi diberikan selama 5-20 hari. Jika RDV tidak tersedia, berikan suspensi LPV/r 5 mL, 2 kali per hari atau suspensi DRV/r; DAN HCQ 2 x 200 mg/hari.
5. Terapi ARDS: deksametason 20 mg/hari selama 5 hari dilanjutkan 10 mg/hari selama 5 hari atau tocilizumab. Rekomendasi dosis tocilizumab adalah 8

mg/kgBB pada ≥ 30 kg dan 12 mg/kgBB pada < 30 kg. Dapat diberikan sebanyak 3 kali dengan jarak 8 jam bila dengan satu dosis dianggap tidak ada perbaikan.(Susilo, Rumende, Pitoyo, Santoso, Yulianti, Herikurniawan, et al., 2020).

2.3.8 Analisis Jurnal

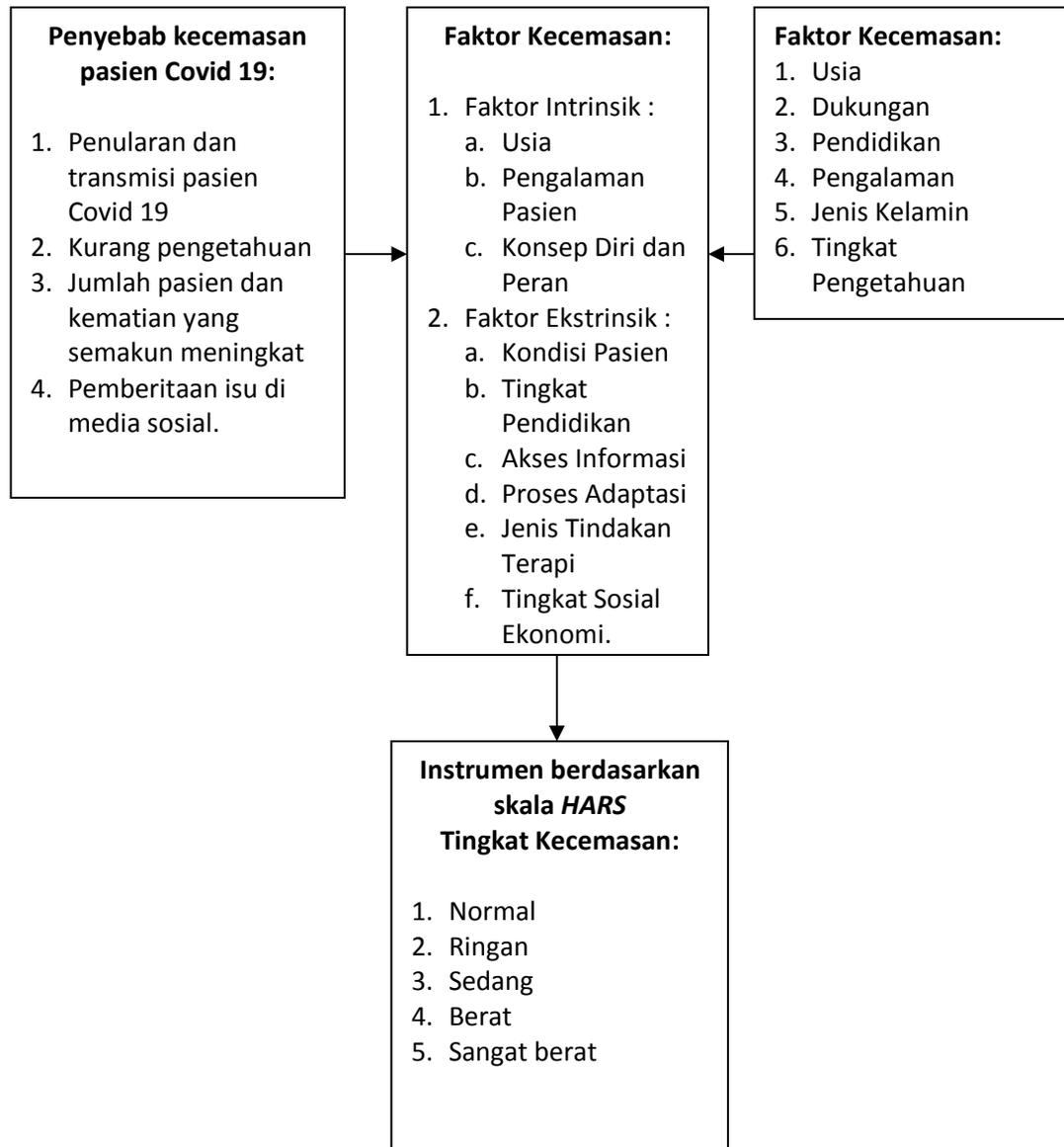
Tabel 2.1 Analisis Jurnal Gangguan Kecemasan Pada Pasien Covid 19

Judul, Penulis, Tahun	Hasil
<i>Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with COVID-19</i>	Pasien yang dirawat di rumah sakit dengan Covid 19 menunjukkan gejala kecemasan dan depresi. Perhatian mental dan intervensi yang tepat adalah bagian penting dari perawatan klinis bagi mereka yang berada dirisiko
<i>Anxiety and Suicidality in a Hospitalized Patient with COVID-19 Infection</i>	Hasil peneitian ini, pasien covid 19 Selama dirawat di ruang isolasi, ia tidak mengalami gangguan pernapasan atau demam tetapi mengalami gejala yang konsisten dengan kecemasan dan insomnia Berdasarkan pengalaman malang kami, kami mendorong dokter untuk memberikan perhatian khusus pada aspek kesehatan mental dari pandemi Covid 19.
<i>Depression, anxiety and socio-demographic factors among hospitalized patients in Gjakova region, Kosovo</i>	Penelitian kami menunjukkan tingkat depresi dan kecemasan yang relatif tinggi di antara pasien dewasa yang dirawat di rumah sakit di wilayah utama Kosovo transisi, terutama di antara individu yang berkaitan dengan kelompok sosial ekonomi rendah.

2.3.9 Analisis usia pada pasien Covid 19

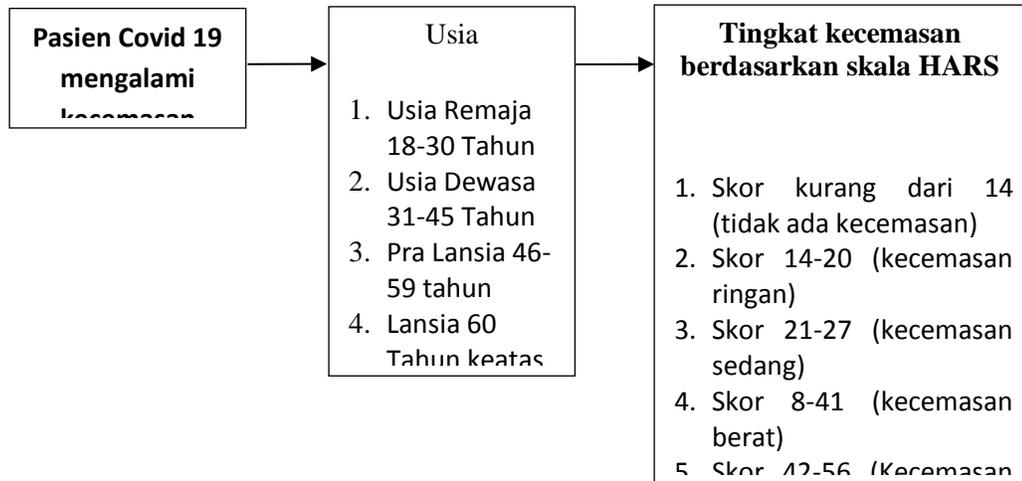
Berdasarkan kelompok usia. Perlu kehati-hatian dalam menginterpretasikan distribusi pasien berdasarkan kelompok usia ini. Pertama, karena kami tidak memiliki informasi penderita COVID-19 yang meninggal di luar rumah sakit atau mereka yang meninggal sebelum dites COVID-19. Bisa jadi proporsi penderita dari kelompok usia yang relatif tua sangat under-represented. Dalam kasus di Italia, proporsi penderita dari kelompok usia di atas 65 tahun mencapai lebih dari separuh kasus COVID-19, atau sekitar 55 persen dari total kasus. Kedua, distribusi usia ini juga mungkin mengindikasikan perbedaan akses informasi terhadap gejala COVID-19 dan mobilitas. Kelompok yang relatif muda mendapatkan informasi lebih banyak mengenai gejala Covid 19 yang memungkinkan mereka mengidentifikasi gejala Covid 19 dan mengkonfirmasi kasus ke rumah sakit. (Ipaj & Nurwati, 2020).

2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Kecemasan Pada Pasien Covid 19: (Jannah,et al,2020), (Kaplan dan Sadock, 1997), (WHO, 2020).

2.5 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka Konsep “Faktor Usia yang Berhubungan dengan Tingkat Kecemasan Pasien Covid 19”

2.6 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka teori dan kerangka konsep penelitian diatas maka ditentukan hipotesis atau jawaban sementara terkait dengan penelitian yang dilakukan, yaitu :

1. H_a (Hipotesis alternatif)

Hipotesis yang menyatakan ada hubungan antara faktor usia dengan dengan tingkat kecemasan pasien post Covid 19 .

2. H_o (Hipotesis Nol)

Hipotesis yang menyatakan tidak ada hubungan antara variabel yang satu dengan yang lain.