

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Perilaku *Caring***

##### **2.1.1 Definisi Perilaku**

Perilaku adalah hasil dari pengalaman serta interaksi yang luas. Bloom dalam Notoatmodjo (2012) menyebutkan perilaku dibedakan atas 3 aspek, yang meliputi aspek kognitif, aspek afektif, dan aspek psikomotor. Perilaku adalah bentuk reaksi psikis individu terhadap lingkungannya. Perilaku terdiri dari dua bentuk yaitu bentuk pasif dan bentuk aktif. Bentuk pasif tanpa adanya tindakan nyata sedangkan bentuk aktif dibuktikan dengan tindakan yang nyata. Perilaku dapat terlihat dari sikap maupun tindakan, namun beberapa perilaku dapat bersifat potensial, yaitu berbentuk pengetahuan, motivasi dan persepsi. Sehingga perilaku dapat diartikan sebagai semua aktivitas atau kegiatan manusia yang diamati secara langsung ataupun tidak langsung (Notoatmodjo, 2012).

##### **2.1.2 Definisi *Caring***

*Caring* merupakan perilaku memberi perhatian ataupun menghargai seseorang. Nursalam (2016) menyebutkan bahwa *caring* juga dapat didefinisikan sebagai memberi bantuan kepada seseorang atau advokasi pada individu yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya. Watson dalam Potter dan Perry (2012) menyatakan bahwa *caring* adalah inti dari keperawatan sehingga dapat menjadi pembeda antara profesi lainnya serta mendominasi serta mempersatukan tindakan-tindakan keperawatan. *Caring* merupakan aspek yang dianggap penting

oleh perawat dalam keperawatan. Leininger mengemukakan bahwa *care* adalah intisari keperawatan sehingga tidak dapat terpisahkan dalam keperawatan. Jean Watson menyebutkan *caring* sebagai pusat keperawatan. *Caring* merupakan hal yang mendasari nilai-nilai kemanusiaan yang bersifat universal seperti kebaikan, rasa peduli, rasa cinta pada diri sendiri maupun orang lain. Kegiatan *caring* dapat berupa komunikasi terapeutik, memberi respon yang baik, memberikan dorongan dan tindakan keperawatan oleh perawat (Kozier dkk., 2011).

Menurut Miller dalam Kozier dkk. (2011) *caring* adalah aktivitas yang dilakukan oleh perawat secara sadar sehingga dapat menyebabkan keamanan bagi pasien secara fisik ataupun psikologis yang dilakukan secara tulus sesuai dengan keterampilan yang dimiliki. Sedangkan menurut Gadow dan Nooding dalam Kozier dkk. (2011) menyatakan bahwa *caring* dapat berupa tindakan nyata maupun berkomunikasi secara lisan. Sebagian besar perilaku *caring* adalah non-tindakan sesuai dengan keinginan pasien seperti memberikan senyuman, bersikap ramah, atau menghargai pasien. Dapat disimpulkan bahwa *caring* merupakan pembeda profesi perawat dengan profesi lainnya yang dapat dilakukan dengan cara memberikan perhatian, penghargaan, memberikan bantuan ataupun advokasi kepada klien.

### **2.1.3 Komponen *Caring***

#### **1. Komponen *caring* Swanson**

Menurut teori Swanson terdapat 5 komponen *caring*, yaitu (Mckelvey, 2018):

a. *Maintaining Belief* (menjaga kepercayaan)

Mempertahankan kepercayaan terhadap kemampuan seseorang dalam melalui kejadian atau melalui masa transisi. Hal ini dapat dilakukan perawat dengan menunjukkan kepedulian, membantu pasien menemukan dalam permasalahan, menjaga hubungan antara perawat dan pasien dengan kepercayaan.

b. *Knowing* (pengertian)

*Knowing* yaitu berusaha untuk memahami makna suatu peristiwa di dalam kehidupan orang lain, seperti: menghindari adanya asumsi, berpusat pada orang lain, melakukan pengkajian dari semua aspek secara menyeluruh, menggali informasi secara mendalam serta melibatkan pemberi asuhan dan yang diberi asuhan.

c. *Being with* (empati)

*Caring* tidak hanya hadir melalui fisik namun juga hadir secara emosional untuk orang lain dan berusaha memahami kejadian yang bermakna dalam kehidupan seseorang, contohnya perawat bekerjasama dengan pasien tanpa memaksakan kehendak, bersedia membantu pasien, berkomitmen dengan pasien untuk meningkatkan kesehatan pasien dan berbagi pengalaman untuk meningkatkan kesehatan pasien.

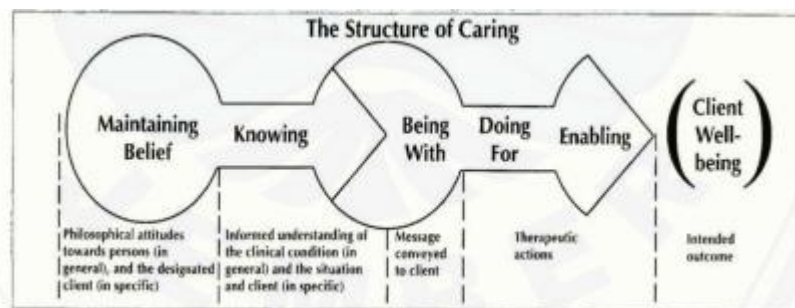
d. *Doing for* (melakukan dengan tujuan)

Perawat dan pasien bersama-sama melakukan tindakan untuk meningkatkan kesehatan pasien. Pada hal ini *caring* dapat dilakukan dengan memberikan kenyamanan dan menjaga privasi pasien, menunjukkan keterampilan dan kompetensi sebagai perawat professional, menjaga martabat pasien, selalu

melakukan tindakan dengan persetujuan pasien dan keluarga serta melindungi hak-hak pasien.

e. *Enabling* (kemungkinan)

*Enabling* maksudnya yaitu memfasilitasi pasien melewati masa transisi dan peristiwa yang belum pernah dialami, contohnya dengan memvalidasi tindakan yang dilakukan, memberikan informasi tentang peningkatan kesehatan, memberi dukungan kepada pasien, memberikan umpan balik, dan membantu pasien dalam mencari alternatif dalam memecahkan masalah.



Gambar 2.1 Struktur *Caring* Swanson (Kusnanto, 2019)

2. Komponen *caring* Watson

Komponen *caring* menurut Watson disebut faktor karatif. 10 faktor karatif yaitu (Arrohmah, 2017):

a. Membentuk sistem nilai humanistik-altruistik

Nilai humanistik altruistik terbentuk dimulai saat seseorang masih usia dini. Adanya pengalaman hidup, proses belajar dapat meningkatkan nilai humanistik dan altruistik dalam diri seseorang. Potter dan Perry (2012) menyebutkan bahwa sikap nilai humanistik-altruistik perawat dapat tercermin saat perawat melakukan tindakan keperawatan penuh dengan kasih sayang, bersikap baik dan bersikap membuka diri dengan pasien. Penerapan sistem nilai humanistik altruistik pada perawat dapat dilakukan ketika melakukan asuhan keperawatan

yang dimulai dari pengkajian hingga evaluasi. Manifestasi perilaku *caring* pada faktor ini yaitu menyebut nama pasien dengan nama yang disukai, merespon dengan baik saat dipanggil pasien, menjaga privasi, menghormati keputusan pasien serta mengakui sistem nilai pasien.

b. Menanamkan keyakinan dan harapan (*faith-hope*)

Menurut Potter dan Perry (2012) perawat dapat memberikan keyakinan atau kepercayaan dengan cara melakukan asuhan keperawatan secara holistik. Perawat dapat meningkatkan hubungan yang efektif dengan pasien melalui peningkatan rasa optimisme, harapan dan rasa percaya pasien. Kepercayaan dan pemberian motivasi sangat dibutuhkan dalam proses kreatif maupun kuratif. Menurut Alligood dan Tomey dalam Firmansyah dkk. (2019) keyakinan dan harapan menunjukkan peran perawat untuk meningkatkan hubungan yang efektif serta meningkatkan kesehatan pasien. Faktor ini adalah gabungan dari nilai humanistic altruistik untuk memberikan asuhan keperawatan secara holistik kepada pasien.

c. Mengembangkan sensitivitas untuk diri sendiri dan orang lain

Dalam mengembangkan rasa sensitivitas perawat belajar memahami perasaan pasien dengan meningkatkan kepekaan, belajar untuk ikhlas dan apa adanya. Penerapan faktor karatif ini yaitu bersikap tenang, bersikap sabar, memenuhi kebutuhan pasien, melakukan pendampingan pada pasien, serta menawarkan bantuan. Menurut Alligood dan Tomey dalam Firmansyah, dkk., (2019) dengan adanya rasa sensitivitas maka perawat harus dapat memahami tentang kebutuhan pasien baik psikologis maupun spiritual, serta mampu menunjukkan rasa peka yang lebih kepada pasien 4) Membina hubungan saling

percaya dan saling bantu (*helping-trust*). Hubungan saling percaya merupakan hubungan yang menerima perasaan positif maupun negatif antara pasien dan perawat. Manifestasi dari perilaku *caring* perawat berdasarkan hubungan saling percaya dan membantu dapat ditunjukkan dengan mengucap salam, memperkenalkan diri, menepati kontrak yang telah dibuat, berbicara dengan lembut, menatap pasien, memberi penjelasan dan informasi dengan jujur, bersikap empati, bersikap jujur, ramah serta mampu melakukan komunikasi terapeutik.

d. Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif

Dalam mengimplementasikan faktor karatif ini perawat sebelum bertemu pasien harus menyiapkan diri dalam menerima ekspresi pasien baik positif maupun negatif. Selain itu perawat juga memahami ekspresi dan member kesempatan mengekspresikan perasaan, serta menjadi pendengar aktif.

e. Menggunakan metode pemecahan masalah yang kreatif sistematis

Manifestasi dari faktor karatif pemecahan masalah secara kreatif ini pada perawat dapat ditunjukkan dengan melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi pasien, mengikutsertakan pasien maupun keluarga dalam tindakan, menggunakan teori keperawatan yang tepat sesuai dengan situasi pasien, serta mampu berpikir kritis.

f. Meningkatkan proses belajar-mengajar transpersonal

Pada faktor karatif ini menjadi pembeda antara *curing* dan *caring*. Dalam memberikan pendidikan kesehatan perawat diharapkan mampu memberikan situasi yang nyaman. Menurut Watson dalam Firmansyah (2019) perawat sebagai fasilitator dalam proses pembelajaran untuk perawat sebagai fasilitator dalam proses pembelajaran untuk peningkatan kemandirian pasien.

- g. Menyediakan lingkungan yang mendukung, melindungi, dan memperbaiki mental, sosiokultural dan spiritual

Perilaku *caring* pada faktor dapat ditunjukkan dengan menyetujui keinginan serta memfasilitasi pasien bertemu tokoh agama, mengikuti pertemuan, membantu mencari atau menghubungi keluarga pasien, menyediakan tempat tidur yang bersih dan rapi, serta menjaga ketertiban ruang perawatan.

- h. Membantu dalam pemenuhan kebutuhan dasar

Perawat membantu memenuhi kebutuhan dasar pasien meliputi kebutuhan biofisik, psikofisik, psikososial, dan kebutuhan interpersonal pasien. Perilaku *caring* perawat berdasarkan memenuhi kebutuhan dasar manusia dengan penuh penghargaan dalam rangka mempertahankan keutuhan dan martabat manusia dapat terlihat dengan perawat bersedia memenuhi kebutuhan pasien dengan tulus dan menyatakan perasaan bangga dapat menolong pasien, menghargai dan menghormati privasi pasien, menunjukkan kepada pasien bahwa pasien orang yang pantas dihormati dan dihargai.

- i. Mengembangkan faktor kekuatan eksistensial-fenomenologis dan spritual

Hegel dalam Firmansyah dkk. (2019) menyatakan bahwa fenomenologi berhubungan dengan pengetahuan yang terlihat dari kesadaran, sebuah ilmu yang menggambarkan apa yang dipikirkan, dirasa dan diketahui oleh seseorang dalam kesadaran dan pengalamannya saat itu. Perilaku yang dapat dilakukan perawat sesuai dengan mengembangkan faktor kekuatan eksistensial-fenomenologis dan spritual adalah memberi kesempatan pasien dan keluarga untuk melakukan hal-hal yang bersifat ritual, memfasilitasi pasien dan keluarga untuk melakukan terapi alternatif sesuai keinginan, memotivasi pasien dan keluarga untuk berserah diri

kepada Tuhan Yang Maha Esa, menyiapkan pasien dan keluarga saat menghadapi fase berduka.

#### **2.1.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku *Caring* Perawat**

Banyak faktor yang mempengaruhi perilaku *caring* perawat antara lain beban kerja yang tinggi, lingkungan kerja, pengetahuan dan pelatihan (Burtson dan Stihler Firmansyah (2019)).

##### **1. Beban kerja perawat**

Tingginya beban kerja yang dilakukan oleh perawat menyebabkan tingginya stress yang terjadi pada perawat sehingga menurunkan motivasi perawat untuk melakukan *caring*. Beban kerja yang tinggi menyebabkan kelelahan pada perawat sehingga dapat menurunkan motivasi perawat untuk bersikap *caring*. Tingginya beban kerja menyebabkan perawat memiliki waktu sedikit untuk memahami dan memberikan perhatian terhadap pasien secara emosional dan hanya fokus terhadap kegiatan yang bersifat rutinitas, seperti memberikan obat, melakukan pemeriksaan penunjang atau menulis catatan perkembangan pasien.

##### **2. Lingkungan kerja**

Lingkungan kerja yang nyaman akan menimbulkan kenyamanan dalam berkerja pada perawat sehingga memungkinkan perawat untuk menerapkan perilaku *caringnya*. Lingkungan kerja memiliki pengaruh yang positif terhadap perilaku *caring* perawat dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. Lingkungan kerja tidak hanya terpaku pada lingkungan fisik saja, namun lebih dari itu, iklim kerja yang kondusif, kepemimpinan yang efektif, kesempatan untuk meningkatkan jenjang karir dan pemberian upah atau penghasilan dapat



berdampak pada meningkatnya kinerja dan motivasi perawat untuk menerapkan *caring*. Supriyadi (2016) dalam penelitiannya yang bertujuan untuk melihat hubungan karakteristik pekerjaan dalam pelaksanaan perilaku *caring* oleh perawat pelaksana, mendapatkan adanya hubungan yang signifikan antara karakteristik pekerjaan dengan pelaksanaan perilaku *caring* perawat.

### 3. Pengetahuan dan pelatihan

Seperti telah disebutkan, bahwa *caring* tidak tumbuh dengan sendirinya di dalam diri seseorang tetapi timbul berdasarkan nilai-nilai, dan pengalaman menjalin hubungan dengan orang lain. Peningkatan pengetahuan dan pelatihan perilaku *caring* yang diberikan kepada perawat dapat meningkatkan kesadaran perawat untuk melakukan *caring* sesuai dengan teori yang telah dikembangkan. Sutriyanti (2019) menyebutkan bahwa ada pengaruh yang bermakna antara pelatihan pengetahuan *caring* dengan sikap *caring* perawat. Pengetahuan yang tinggi tentang *caring* menunjukkan perilaku *caring* yang lebih baik.

#### **2.1.5 Alat Ukur *Caring***

##### 1. *Caring Behavioral Assessment (CBA)*

Pengembangan *Caring Behavioral Assessment* didasarkan pada 10 faktor karatif Watson. CBA merupakan alat ukur yang berisi 63 pernyataan mengenai perilaku *caring* perawat yang kemudian diklasifikasikan menjadi tujuh subskala. Subsкала satu terdiri dari faktor karatif Watson nomor satu hingga tiga, selanjutnya subsкала 2 sampai 7 mewakili masing-masing dari faktor karatif. CBA merupakan pengukuran *caring* dari persepsi pasien dengan menggunakan skala Likert dengan poin tertinggi bernilai 5 (Watson dalam Ardiana, 2011). Menurut

Ardiana (2011) alat ukur CBA ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh empat orang ahli dengan nilai *Alpa Cronbach* 0,66-0,90.

## 2. *Caring Assessment Tools (CAT)*

Kuesioner CAT adalah alat ukur yang dibuat oleh Duffy yang dikembangkan sesuai dengan konsep 10 faktor karatif Watson. CAT berisi 100 butir pernyataan dengan 5 skala likert. Dalam perkembangannya tahun 2001 Duffy mendesain kembali CAT menjadi CAT-edu dengan jumlah sampel 71 mahasiswa sarjana dan magister. CAT-edu ini dapat digunakan sebagai alat ukur *caring* untuk institusi keperawatan. Jumlah pernyataan pada kuesioner CAT-edu adalah 95 butir serta menggunakan skala likert 1 hingga 5. Pada uji reliabilitas didapatkan nilai *Alpa Cronbach* 0,98 (Ardiana, 2011).

## 3. *Caring Professional Scale (CPS)*

*Caring Professional Scale (CPS)* adalah alat ukur yang dikembangkan oleh Swanson. CPS terdiri dari dua subskala yaitu *Compassionate Healer* dan *Competent Practitioner*. Kuesioner CPS dikembangkan sesuai dengan struktur *caring* menurut Swanson yaitu *maintaining belief, knowing, being with, doing for*, dan *enabling*. CPS merupakan alat ukur dengan jumlah 14 butir pernyataan dan menggunakan skala likert 1 sampai 5. Nilai estimasi *Alpa Cronbach* pada *advance practice nurse* adalah 0,74 sampai 0,96 dan pada *nurse* 0,97 (Ardiana, 2010).

## 4. *Caring Behavior Inventory (CBI)*

Alat ukur ini dikembangkan dari konsep Watson Transpersonal *Caring* pada tahun 1985. CBI memiliki nilai *alpha cronbach* 0,81-0,92 serta memiliki nilai realibilitas 0,96. Wolf memodifikasi CBI menjadi 42 item dengan skala 1

sampai 6 (Respati, 2012). Dalam perkembangannya kuesioner CBI dimodifikasi menjadi CBI-24 oleh Wu dkk. pada tahun 2006 untuk memperingkas CBI-42. Kuesioner CBI-24 digunakan untuk mengetahui perilaku *caring* perawat di ruang keperawatan medikal bedah. Alat ukur ini dinamakan CBI-24 karena berisi 24 butir pernyataan tentang perilaku *caring* perawat. CBI-24 menggunakan skala likert yang terdiri dari 6 poin (Zulkarnaen, 2017). CBI-24 memiliki empat indikator yaitu *assurance* (jaminan), *knowledge and skill* (pengetahuan dan keterampilan), *respectful* (menghormati), dan *connectedness* (keterhubungan) (Sangkala dkk., 2018).

Tabel 2.1 Empat Indikator Kuesioner CBI-24 yang Berkaitan dengan Faktor Karatif Watson

Indikator CBI-24	Faktor Karatif Watson
<i>Assurance</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membentuk system nilai humanistic-altruistik</li> <li>2. mengembangkan sensitivitas untuk diri sendiri dan orang lain</li> <li>3. Menanamkan keyakinan dan harapan</li> <li>4. Membantu dalam pemenuhan kebutuhan dasar</li> </ol>
<i>Respectful</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membina hubungan saling percaya dan saling bantu</li> <li>2. meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif</li> <li>3. mengembangkan faktor kekuatan eksistensial-fenomenologis dan spiritual</li> </ol>
<i>Connectedness</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyediakan lingkungan yang mendukung, melindungi, dan memperbaiki mental, sosiokultural dan spiritual</li> </ol>
<i>Knowledge and skill</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggunakan metode pemecahan masalah yang kreatif sistematis</li> <li>2. Meningkatkan proses belajar-mengajar transpersonal</li> </ol>

Sumber: Pamungkas (2016)

## **2.1 Konsep Kecemasan**

### **2.1.1 Definisi kecemasan**

Kecemasan merupakan perasaan tegang, gelisah, gugup, dan takut dengan intensitas yang berbeda-beda (Bedaso dan Ayalew, 2019). Menurut Stuart (2016) kecemasan dapat didefinisikan sebagai kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang dapat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya, serta tidak memiliki obyek yang spesifik. Menurut *American Pyichiatric Association* kecemasan adalah respon yang normal, emosional, masuk akal dan diharapkan terhadap suatu bahaya nyata atau potensial (Woldegerima dkk, 2018). Dari berbagai pengertian kecemasan yang dijelaskan para ahli dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah perasaan tegang, takut, tidak menyenangkan, tidak enak, khawatir dan gelisah yang merupakan respon terhadap rangsangan eksternal maupun internal.

### **2.2.2 Penyebab Kecemasan**

Penyebab kecemasan dapat dibedakan menjadi dua menurut Stuart (2016):

1. Faktor Predisposisi
  - a. Biologis

Kecemasan dapat terjadi karena terjadi perubahan pada beberapa system yang meliputi sistem GABA (*Neurotransmitter Gama-Aminobutirat Acid*). GABA berperan mengontrol aktivitas dari neuron yang akan menghasilkan kondisi ansietas.

b. Keluarga

Lingkungan tempat berinteraksi atau konflik keluarga dapat memicu terjadi kecemasan pada seseorang.

c. Psikologis

Seseorang yang mengalami kecemasan secara intens dalam fase awal hidupnya akan cenderung mengalami kecemasan di hari kemudian. Harga diri juga dapat menjadi faktor penyebab dalam kecemasan seseorang individu. Individu dengan harga diri yang rendah akan mudah mengalami kecemasan. Selain itu faktor ketahanan terhadap stress juga dapat mempengaruhi terjadinya kecemasan.

d. Perilaku

Sesuatu yang mengganggu pencapaian tujuan yang diinginkan seseorang dapat menyebabkan terjadinya kecemasan.

2. Faktor Presipitasi

a. Ancaman Integritas Fisik

Ancaman meliputi cacat fisik potensial atau penurunan aktivitas sehari-hari. Ancaman dapat berasal dari internal, contohnya sistem kekebalan tubuh, pengaturan suhu maupun eksternal seperti infeksi, cedera, dan bahaya keamanan.

b. Ancaman terhadap Sistem Diri

Ancaman sistem diri melibatkan bahaya identitas, harga diri dan fungsi sosial yang terintegrasi. Sistem diri internal seperti masalah interpersonal di rumah, sedangkan sumber eksternal contohnya kematian, relokasi atau perceraian.

### 2.2.3 Tingkat dan Jenis Kecemasan

Menurut Stuart (2016) tingkat kecemasan dibagi menjadi:

#### 1. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan terjadi ketika ketegangan dalam kehidupan sehari-hari. Dengan adanya kecemasan, seseorang akan menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsi. Kecemasan pada tingkat ringan juga dapat memotivasi belajar serta menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

#### 2. Kecemasan sedang

Pada tingkat kecemasan sedang, seseorang akan memusatkan pada hal yang nyata dan mengesampingkan yang lain. Lapang persepsi seseorang menjadi menyempit sehingga individu menjadi kurang melihat, menangkap atau mendengar. Pada tingkat ini seseorang masih mampu mengikuti perintah jika diarahkan.

#### 3. Kecemasan berat

Kecemasan berat akan sangat mengurangi lapang persepsi individu. Seseorang akan cenderung memfokuskan pada hal yang rinci dan spesifik serta tidak dapat berfikir tentang hal yang lain. Semua tindakan yang dilakukan bertujuan mengurangi ketegangan serta dibutuhkan banyak arahan agar dapat fokus pada area lain.

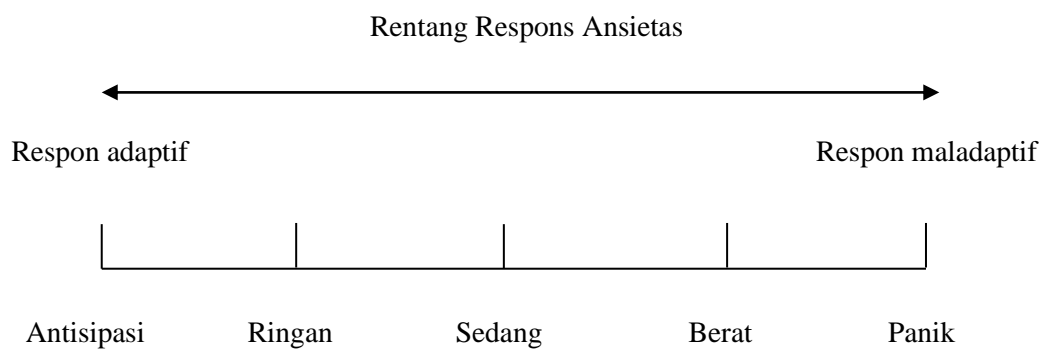
#### 4. Tingkat panik

Berhubungan dengan ketakutan dan teror. Seseorang akan kehilangan kendali diri, serta tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik ini dapat menyebabkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan

hilangnya pemikiran yang rasional. Respon individu terhadap kecemasan beragam mulai dari kecemasan ringan hingga panik.

#### 2.2.4 Rentang Kecemasan

Rentang respon kecemasan menurut model adaptasi stress Stuart (2016) dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.2 Rentang Respon Kecemasan Model Adaptasi Stres Stuart (Stuart, 2016)

##### 1. Respon Adaptif

Hasil yang positif akan didapatkan jika individu dapat menerima dan mengatur kecemasan. Kecemasan dapat menjadi suatu tantangan, motivasi yang kuat untuk menyelesaikan masalah dan merupakan sarana untuk mendapatkan penghargaan yang tinggi. Strategi adaptif biasanya digunakan seseorang untuk mengatur kecemasan antara lain dengan berbicara kepada orang lain, menangis, tidur, latihan, dan menggunakan teknik relaksasi.

##### 2. Respon Maladaptif

Ketika kecemasan tidak dapat diatur, individu menggunakan mekanisme koping yang disfungsi dan tidak berkesinambungan dengan yang lainnya. Koping

maladaptive mempunyai banyak jenis termasuk perilaku agresif, bicara tidak jelas, isolasi diri, banyak makan, konsumsi alkohol, berjudi, dan penyalahgunaan obat terlarang.

### **2.2.5 Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan**

#### **1. Usia**

Hasil penelitian yang dilakukan Woldegerima dkk. (2018) menyebutkan bahwa perbedaan usia dapat dijadikan sebagai faktor yang menyertai individu mengalami kecemasan akibat stresor dan proses kematangan usia. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa semakin bertambah usia maka tingkat kecemasan pasien akan menurun.

#### **2. Jenis kelamin**

Kecemasan cenderung lebih tinggi pada perempuan karena banyaknya stresor dan sensitivitas emosional. Adanya fluktuasi hormon estrogen dan progesteron pada wanita juga dapat menyebabkan perubahan *mood* dan kecemasan (Woldegerima dkk., 2018).

#### **3. Tingkat Pendidikan**

Tingkat pendidikan adalah faktor yang secara umum disebut mempengaruhi kecemasan. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa jika status pendidikan seseorang tinggi maka akan terjadi peningkatan tingkat kecemasan seseorang. Hal ini dikarenakan orang yang berpendidikan tinggi cenderung mengungkapkan apa yang dirasakan, mencari sumber informasi dan sadar akan adanya komplikasi. Namun penelitian Woldegerima (2018) mendapatkan hasil



orang yang berpendidikan kurang akan lebih mengalami kecemasan daripada orang yang berpendidikan tinggi.

#### 4. Tahap Perkembangan

Setiap tahap dalam usia perkembangan sangat berpengaruh pada perkembangan jiwa termasuk didalamnya konsep diri yang akan mempengaruhi ide, pikiran, kepercayaan dan pandangan individu tentang dirinya dan dapat mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain. Individu dengan konsep diri yang negatif lebih rentan terhadap kecemasan.

#### 5. Tipe kepribadian

Orang yang berkepribadian A lebih mudah mengalami gangguan stress dari pada yang memiliki kepribadian B. Orang-orang pada tipe A dianggap lebih memiliki kecenderungan untuk mengalami tingkat stress yang lebih tinggi, sebab mereka menempatkan diri mereka sendiri pada suatu tekanan waktu dengan menciptakan suatu batas waktu tertentu untuk kehidupan mereka.

#### 6. Status kesehatan

Seseorang yang sedang sakit dapat menurunkan kapasitas seseorang dalam menghadapi stress.

#### 7. Makna yang dirasakan

Jika stresor dipersepsikan akan berakibat baik maka tingkat kecemasan yang akan dirasakan akan berat. Sebaliknya jika stressor dipersepsikan tidak mengancam dan individu mampu mengatasinya maka tingkat kecemasannya yang dirasakannya akan lebih ringan.

#### 8. Nilai-nilai budaya dan spritual

Nilai-nilai budaya dan spritual dapat mempengaruhi cara berfikir dan tngkah laku seseorang.

#### 9. Dukungan sosial dan lingkungan

Dukungan sosial dan lingkungan sekitar dapat mempengaruhi cara berfikir seseorang tentang diri sendiri dan orang lain. Hal ini disebabkan oleh pengalaman seseorang dengan keluarga, sahabat rekan kerja dan lain-lain. Kecemasan akan timbul jika seseorang merasa tidak aman terhadap lingkungan.

#### 10. Mekanisme koping

Ketika mengalami kecemasan, individu akan menggunakan mekanisme koping untuk mengatasinya dan ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif menyebabkan terjadinya perilaku patologis.

#### 11. Status ekonomi

Seseorang dengan penghasilan yang rendah cenderung akan memiliki kecemasan yang tinggi dibandingkan dengan orang yang berpenghasilan tinggi. Kecemasan dapat dihubungkan dengan adanya ketakutan kehilangan sumber penghasilan (Woldegerima dkk, 2018).

### **2.2.6 Alat Ukur Kecemasan**

#### 1. *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI)

Kuesioner STAI diciptakan oleh Spielberger pada tahun 1983 dengan metode evaluasi diri (*self report*) yang telah digunakan pada lebih dari 3000 penelitian mengenai kecemasan (Tulloch dan Rubin, 2018). STAI saat ini telah menjadi *gold standard* dalam mengukur kecemasan pasien dikarenakan hasil

pengukuran menunjukkan hasil yang konsisten pada populasi berbeda dan berbagai bahasa (Nigussie dkk., 2014). STAI terdiri dari dua kategori yaitu *State Anxiety* dan *Trait Anxiety*. STAI terdiri dari 40 pernyataan dengan empat pilihan jawaban. *State Anxiety Scale* terdiri dari 20 pernyataan yang digunakan untuk mengevaluasi perasaan cemas yang dirasakan responden saat ini yang muncul pada suatu waktu tertentu.

Sedangkan *Trait Anxiety* juga terdiri atas 20 item pernyataan untuk mengevaluasi kecemasan secara umum. *State Trait Anxiety Inventory* menggunakan skala likert dengan empat pilihan jawaban yang dapat dipilih responden sesuai dengan apa yang dirasakan yaitu skor 4 untuk pilihan sangat merasakan, skor 3 untuk jawaban cukup merasakan, skor 2 untuk sedikit merasakan, dan skor 1 untuk jawaban tidak merasakan. Skor ini digunakan untuk item yang mengindikasikan kecemasan. Untuk item ketiadaan kecemasan penilaian dilakukan secara kebalikannya. Nilai skor STAI berskisar antara 20 hingga 80 (Bedaso dan Ayalew, 2019). Uji validitas dan reliabilitas pada kuesioner STAI telah dilakukan di berbagai negara, seperti di Iran dengan nilai *alpha cronbach* sebesar 0,94 (Khalili dkk., 2020).

## 2. *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

Skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Masing-masing gejala dikelompokkan dengan memberi penilaian 0-4 dengan kategori:

0 = Tidak pernah ada gejala atau keluhan

1 = Jarang (ringan)

2 = Kadang-kadang (sedang)

3 = Lumayan sering (berat)

4 = Selalu (berat sekali)

Kemudian hasil dicocokkan dengan skala HARS dengan cara menjumlahkan nilai skor dan item 1-14 dengan hasil:

- a. Skor < 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 berat sekali/panik

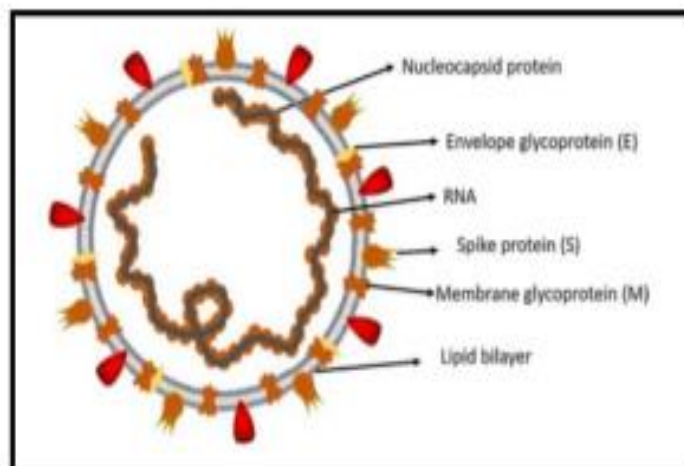
## **2.3 Konsep Covid-19**

### **2.3.1 Definisi**

*Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)* adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)*. SARS-CoV-2 merupakan coronavirus jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya pada manusia. Ada setidaknya dua jenis *coronavirus* yang diketahui menyebabkan penyakit yang dapat menimbulkan gejala berat seperti *Middle East Respiratory Syndrome (MERS)* dan *Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)*. Tanda dan gejala umum infeksi COVID-19 antara lain gejala gangguan pernapasan akut seperti demam, batuk dan sesak napas. Masa inkubasi rata-rata 5-6 hari dengan masa inkubasi terpanjang 14 hari. Pada kasus COVID-19 yang berat dapat menyebabkan pneumonia, sindrom pernapasan akut, gagal ginjal, dan bahkan kematian (Kemenkes RI, 2020).

### 2.3.2 Etiologi

Penyebab COVID-19 adalah virus yang tergolong dalam *family coronavirus*. Coronavirus merupakan virus RNA *strain* tunggal positif, berkapsul dan tidak bersegmen. Terdapat 4 struktur protein utama pada *Coronavirus* yaitu: protein N (nukleokapsid), glikoprotein M (membran), glikoprotein spike S (spike), protein E (selubung). *Coronavirus* tergolong ordo Nidovirales, keluarga Coronaviridae. *Coronavirus* ini dapat menyebabkan penyakit pada hewan atau manusia. Terdapat 4 genus yaitu *alphacoronavirus*, *betacoronavirus*, *gammacoronavirus*, dan *deltacoronavirus*. Sebelum adanya COVID-19, ada 6 jenis *coronavirus* yang dapat menginfeksi manusia, yaitu HCoV-229E (*alphacoronavirus*), HCoV-OC43 (*betacoronavirus*), HCoV-NL63 (*alphacoronavirus*), HCoV-HKU1 (*betacoronavirus*), SARS-CoV (*betacoronavirus*), dan MERS-CoV (*betacoronavirus*) (Kemenkes RI, 2020).



Sumber: Shereen, et al. (2020) *Journal of Advanced Research*

Gambar 2.3 Struktur Coronavirus

*Coronavirus* yang menjadi etiologi COVID-19 termasuk dalam genus *betacoronavirus*, umumnya berbentuk bundar dengan beberapa pleomorfik, dan

berdiameter 60-140 nm. Hasil analisis filogenetik menunjukkan bahwa virus ini masuk dalam subgenus yang sama dengan *coronavirus* yang menyebabkan wabah SARS pada 2002-2004 silam, yaitu Sarbecovirus. Atas dasar ini, *International Committee on Taxonomy of Viruses* (ICTV) memberikan nama penyebab COVID-19 sebagai SARS-CoV-2 (Kemenkes RI, 2020).

Belum dipastikan berapa lama virus penyebab COVID-19 bertahan di atas permukaan, tetapi perilaku virus ini menyerupai jenis-jenis *coronavirus* lainnya. Lamanya *coronavirus* bertahan mungkin dipengaruhi kondisi-kondisi yang berbeda (seperti jenis permukaan, suhu atau kelembapan lingkungan). Penelitian (Doremalen et al, 2020) menunjukkan bahwa SARS-CoV-2 dapat bertahan selama 72 jam pada permukaan plastik dan *stainless steel*, kurang dari 4 jam pada tembaga dan kurang dari 24 jam pada kardus. Seperti virus corona lain, SARS-COV-2 sensitif terhadap sinar ultraviolet dan panas. Efektif dapat dinonaktifkan dengan pelarut lemak (*lipid solvents*) seperti eter, etanol 75%, ethanol, disinfektan yang mengandung klorin, asam peroksiasetat, dan khloroform (kecuali khlorheksidin) (Kemenkes RI, 2020).

### **2.3.3 Penularan**

*Coronavirus* merupakan zoonosis (ditularkan antara hewan dan manusia). Penelitian menyebutkan bahwa SARS ditransmisikan dari kucing luwak (*civet cats*) ke manusia dan MERS dari unta ke manusia. Adapun, hewan yang menjadi sumber penularan COVID-19 ini masih belum diketahui. Masa inkubasi COVID-19 rata-rata 5-6 hari, dengan *range* antara 1 dan 14 hari namun dapat mencapai 14 hari. Risiko penularan tertinggi diperoleh di hari-hari pertama penyakit disebabkan oleh konsentrasi virus pada sekret yang tinggi. Orang yang terinfeksi

dapat langsung dapat menularkan sampai dengan 48 jam sebelum onset gejala (presimptomatik) dan sampai dengan 14 hari setelah onset gejala. Sebuah studi Duz et. al, (2020) melaporkan bahwa 12,6% menunjukkan penularan presimptomatik. Penting untuk mengetahui periode presimptomatik karena memungkinkan virus menyebar melalui droplet atau kontak dengan benda yang terkontaminasi. Sebagai tambahan, bahwa terdapat kasus konfirmasi yang tidak bergejala (asimptomatik), meskipun risiko penularan sangat rendah akan tetapi masih ada kemungkinan kecil untuk terjadi penularan (Kemenkes RI, 2020).

Berdasarkan studi epidemiologi dan virologi saat ini membuktikan bahwa COVID-19 utamanya ditularkan dari orang yang bergejala (simptomatik) ke orang lain yang berada jarak dekat melalui droplet. Droplet merupakan partikel berisi air dengan diameter  $>5-10 \mu\text{m}$ . Penularan droplet terjadi ketika seseorang berada pada jarak dekat (dalam 1 meter) dengan seseorang yang memiliki gejala pernapasan (misalnya, batuk atau bersin) sehingga droplet berisiko mengenai mukosa (mulut dan hidung) atau konjungtiva (mata). Penularan juga dapat terjadi melalui benda dan permukaan yang terkontaminasi droplet di sekitar orang yang terinfeksi. Oleh karena itu, penularan virus COVID-19 dapat terjadi melalui kontak langsung dengan orang yang terinfeksi dan kontak tidak langsung dengan permukaan atau benda yang digunakan pada orang yang terinfeksi (misalnya, stetoskop atau termometer). Dalam konteks COVID-19, transmisi melalui udara dapat dimungkinkan dalam keadaan khusus dimana prosedur atau perawatan suportif yang menghasilkan aerosol seperti intubasi endotrakeal, bronkoskopi, suction terbuka, pemberian pengobatan nebulisasi, ventilasi manual sebelum intubasi, mengubah pasien ke posisi tengkurap, memutus koneksi ventilator,

ventilasi tekanan positif noninvasif, trakeostomi, dan resusitasi kardiopulmoner. Masih diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai transmisi melalui udara (Kemenkes RI, 2020).

#### **2.3.4 Manifestasi Klinis**

Gejala-gejala yang dialami biasanya bersifat ringan dan muncul secara bertahap. Beberapa orang yang terinfeksi tidak menunjukkan gejala apapun dan tetap merasa sehat. Gejala COVID-19 yang paling umum adalah demam, rasa lelah, dan batuk kering. Beberapa pasien mungkin mengalami rasa nyeri dan sakit, hidung tersumbat, pilek, nyeri kepala, konjungtivitis, sakit tenggorokan, diare, hilang penciuman dan pembauan atau ruam kulit. Menurut data dari negara-negara yang terkena dampak awal pandemi, 40% kasus akan mengalami penyakit ringan, 40% akan mengalami penyakit sedang termasuk pneumonia, 15% kasus akan mengalami penyakit parah, dan 5% kasus akan mengalami kondisi kritis. Pasien dengan gejala ringan dilaporkan sembuh setelah 1 minggu. Pada kasus berat akan mengalami *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS), sepsis dan syok septik, gagal multiorgan, termasuk gagal ginjal atau gagal jantung akut hingga berakibat kematian. Orang lanjut usia (lansia) dan orang dengan kondisi medis yang sudah ada sebelumnya seperti tekanan darah tinggi, gangguan jantung dan paru, diabetes dan kanker berisiko lebih besar mengalami keparahan (Kemenkes RI, 2020).

#### **2.3.5 Diagnosis**

WHO merekomendasikan pemeriksaan molekuler untuk seluruh pasien yang terduga terinfeksi COVID-19. Metode yang dianjurkan adalah metode deteksi molekuler/NAAT (*Nucleic Acid Amplification Test*) seperti pemeriksaan RTPCR (Kemenkes RI, 2020).



### 2.3.6 Tata Laksana

Beberapa jenis vaksin telah dikembangkan untuk mencegah COVID-19. Pengobatan ditujukan sebagai terapi simptomatis dan suportif.

### 2.3.7 Definisi Kasus dan Derajat Penyakit Covid-19

Definisi operasional pada bagian ini, dijelaskan definisi operasional kasus COVID-19 yaitu kasus suspek, kasus *probable*, kasus konfirmasi, kontak erat (PDPI dkk, 2020). Seseorang yang memiliki salah satu dari kriteria berikut:

#### 1. Kasus Suspek

- a. Seseorang yang memenuhi salah satu kriteria klinis **DAN** salah satu kriteria epidemiologis:

Kriteria Klinis:

- 1) Demam akut ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )/riwayat demam\* dan batuk;

**ATAU**

- 2) Terdapat 3 atau lebih gejala/tanda akut berikut: demam/riwayat demam\*, batuk, kelelahan (fatigue), sakit kepala, myalgia, nyeri tenggorokan, coryza/ pilek/hidung tersumbat\*, sesak nafas, anoreksia/mual/muntah\*, diare, penurunan kesadaran

**DAN**

Kriteria Epidemiologis:

- 1) Pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat tinggal atau bekerja di tempat berisiko tinggi penularan\*\*;**ATAU**
- 2) Pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat tinggal atau bepergian di negara/wilayah Indonesia yang melaporkan transmisi lokal\*\*\*;**ATAU**

3) Pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan, baik melakukan pelayanan medis, dan non-medis, serta petugas yang melaksanakan kegiatan investigasi, pemantauan kasus dan kontak; **ATAU**

- b. Seseorang dengan ISPA Berat\*\*\*\*\*,
- c. Seseorang tanpa gejala (asimtomatik) yang tidak memenuhi kriteria epidemiologis dengan hasil rapid antigen SARSCoV-2 positif\*\*\*\*\*

## 2. **Kasus Probable**

Seseorang yang memiliki salah satu dari kriteria berikut:

- a. Seseorang yang memenuhi kriteria klinis

**DAN**

memiliki riwayat kontak erat dengan kasus probable; **ATAU** terkonfirmasi; **ATAU** berkaitan dengan *cluster* COVID19\*\*\*\*\*

- b. Kasus suspek dengan gambaran radiologis sugestif ke arah COVID-19\*\*\*\*\*
- c. Seseorang dengan gejala akut anosmia (hilangnya kemampuan indra penciuman) atau ageusia (hilangnya kemampuan indra perasa) dengan tidak ada penyebab lain yang dapat diidentifikasi
- d. Orang dewasa yang meninggal dengan distres pernapasan

**DAN**

memiliki riwayat kontak erat dengan kasus *probable* atau terkonfirmasi, atau berkaitan dengan *cluster* COVID-19\*\*\*\*\*

### 3. Kasus Konfirmasi

Seseorang yang dinyatakan positif terinfeksi virus COVID-19 dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Seseorang dengan hasil RT-PCR positif
- b. Seseorang dengan hasil rapid antigen SARS-CoV-2 positif

**DAN**

memenuhi kriteria definisi kasus *probable* **ATAU** kasus suspek (kriteria A atau B)

- c. Seseorang tanpa gejala (asimtomatik) dengan hasil rapid antigen SARS-CoV-2 positif

**DAN**

Memiliki riwayat kontak erat dengan kasus *probable* **ATAU** terkonfirmasi.

Kasus konfirmasi dibagi menjadi 2:

- a. Kasus konfirmasi dengan gejala (simtomatik)
- b. Kasus konfirmasi tanpa gejala (asimtomatik)

### 4. Kontak Erat

Orang yang memiliki riwayat kontak dengan kasus *probable* atau konfirmasi COVID-19. Riwayat kontak yang dimaksud antara lain:

- 1) Kontak tatap muka/berdekatan dengan kasus *probable* atau kasus konfirmasi dalam radius 1 meter dan dalam jangka waktu 15 menit atau lebih.
- 2) Sentuhan fisik langsung dengan kasus *probable* atau konfirmasi (seperti bersalaman, berpegangan tangan, dan lain-lain).

- 3) Orang yang memberikan perawatan langsung terhadap kasus *probable* atau konfirmasi tanpa menggunakan APD yang sesuai standar.
- 4) Situasi lainnya yang mengindikasikan adanya kontak berdasarkan penilaian risiko lokal yang ditetapkan oleh tim penyelidikan epidemiologi setempat

**Catatan:**

\* Gejala/tanda yang dipisahkan dengan garis miring (/) dihitung sebagai satu gejala/tanda

\*\* Risiko tinggi penularan:

Kriteria yang dapat dipertimbangkan:

- a. Ada indikasi penularan/tidak jelas ada atau tidaknya penularan pada tempat tersebut.
- b. berada dalam suatu tempat pada waktu tertentu dalam kondisi berdekatan secara jarak (contohnya lapas, rutan, tempat pengungsian, dan lain-lain).

Pertimbangan ini dilakukan berdasarkan penilaian risiko lokal oleh dinas kesehatan setempat.

\*\*\*Negara/wilayah transmisi lokal adalah negara/wilayah yang melaporkan adanya kasus konfirmasi yang sumber penularannya berasal dari wilayah yang melaporkan kasus tersebut. Negara transmisi lokal merupakan negara yang termasuk dalam klasifikasi kasus kluster dan transmisi komunitas, dapat dilihat melalui situs <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports> Wilayah transmisi lokal di Indonesia dapat dilihat melalui situs <https://infeksiemerging.kemkes.go.id>.

\*\*\*\* ISPA Berat yaitu Demam akut ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )/riwayat demam, dan batuk, dan tidak lebih dari 10 hari sejak onset, dan membutuhkan perawatan rumah sakit.

\*\*\*\* Perlu dikonfirmasi dengan pemeriksaan RT-PCR. Rekomendasi WHO terkait pemeriksaan rapid antigen SARS-CoV-2: (1) Memiliki sensitivitas > 80% dan spesifisitas > 97% jika dibandingkan dengan RT-PCR; (2) Hanya digunakan dalam kondisi RT-PCR tidak tersedia atau membutuhkan hasil diagnosis yang cepat berdasarkan pertimbangan klinis; dan (3) hanya dilakukan oleh petugas terlatih dalam 5-7 hari pertama onset gejala.

\*\*\*\*\* *Cluster* COVID-19 didefinisikan sebagai sekumpulan individu bergejala (memenuhi kriteria klinis A & B kasus suspek) dilihat dari aspek waktu, tempat, dan paparan yang sama.

- Paparan terhadap minimal 1 orang yang terkonfirmasi positif dengan RT-PCR
- Paparan terhadap minimal 2 orang bergejala dengan hasil rapid antigen SARS-CoV2 positif

\*\*\*\*\*Gambaran radiologis yang sugestif ke arah COVID-19:

- X-Ray toraks: *hazy opacities* yang terdistribusi di bagian basal dan perifer paru
- CT Scan toraks: opasitas *ground glass* multipel bilateral yang terdistribusi di bagian basal dan perifer paru
- USG paru: penebalan *pleural lines*, *B lines* (multifocal, diskret, atau konfluens), pola konsolidasi dengan atau tanpa *air bronchograms*

Berdasarkan beratnya kasus, COVID-19 dibedakan menjadi tanpa gejala, ringan, sedang, berat dan kritis (PDPI dkk, 2020).

### **1. Tanpa gejala**

Kondisi ini merupakan kondisi paling ringan. Pasien tidak ditemukan gejala.

### **2. Ringan**

Pasien dengan gejala tanpa ada bukti pneumonia virus atau tanpa hipoksia. Gejala yang muncul seperti demam, batuk, *fatigue*, anoreksia, napas pendek, mialgia. Gejala tidak spesifik lainnya seperti sakit tenggorokan, kongesti hidung, sakit kepala, diare, mual dan muntah, penghidu (anosmia) atau hilang pengecapan (ageusia) yang muncul sebelum onset gejala pernapasan juga sering dilaporkan. Pasien usia tua dan *immunocompromised* gejala atipikal seperti *fatigue*, penurunan kesadaran, mobilitas menurun, diare, hilang nafsu makan, delirium, dan tidak ada demam.

### **3. Sedang**

Pada pasien remaja atau dewasa: pasien dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, sesak, napas cepat) tetapi tidak ada tanda pneumonia berat termasuk  $SpO_2 \geq 93\%$  dengan udara ruangan **ATAU** Anak-anak: pasien dengan tanda klinis pneumonia tidak berat (batuk atau sulit bernapas + napas cepat dan/atau tarikan dinding dada) dan tidak ada tanda pneumonia berat).

Kriteria napas cepat : usia <2 bulan, =60x/menit; usia 2–11 bulan, =50x/menit ; usia 1–5 tahun, =40x/menit ; usia >5 tahun, =30x/menit.

#### 4. Berat /Pneumonia Berat

Pada pasien remaja atau dewasa: pasien dengan tanda klinis pneumonia (demam, batuk, sesak, napas cepat) **ditambah satu dari:** frekuensi napas > 30 x/menit, distres pernapasan berat, atau SpO<sub>2</sub> < 93% pada udara ruangan.

#### ATAU

Pada pasien anak: pasien dengan tanda klinis pneumonia (batuk atau kesulitan bernapas), ditambah setidaknya satu dari berikut ini:

- 1) sianosis sentral atau SpO<sub>2</sub><93% ;
- 2) distres pernapasan berat (seperti napas cepat, *grunting*, tarikan dinding dada yang sangat berat);
- 3) tanda bahaya umum : ketidakmampuan menyusu atau minum, letargi atau penurunan kesadaran, atau kejang.
- 4) Napas cepat/tarikan dinding dada/takipnea : usia <2 bulan  $\geq$  60x/menit; usia 2–11 bulan,  $\geq$  50x/menit; usia 1–5 tahun,  $\geq$  40x/menit; usia >5 tahun  $\geq$  30x/menit.

#### 5. Kritis

Pasien dengan *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS), sepsis dan syok sepsis.

### 2.4 Hubungan antara Perilaku *Caring* Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien Covid-19

Pasien rawat inap termasuk pasien covid-19 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, *pertama* rute transmisi persebaran yang mengharuskan pasien berada pada posisi diskontak dengan lingkungan bahkan tenaga medis. *Kedua* covid-19 tergolong virus baru, disatu sisi membuat masyarakat kurang pengetahuan tentang karakteristik dan tata cara penularannya. *Ketiga* dalam waktu yang singkat pasien covid-19 meningkat dalam waktu yang singkat, ditambah lagi sumbangsih media sosial yang memberitakan isu persebaran covid-19 menjadikan tingkat trauma pasien meningkat.

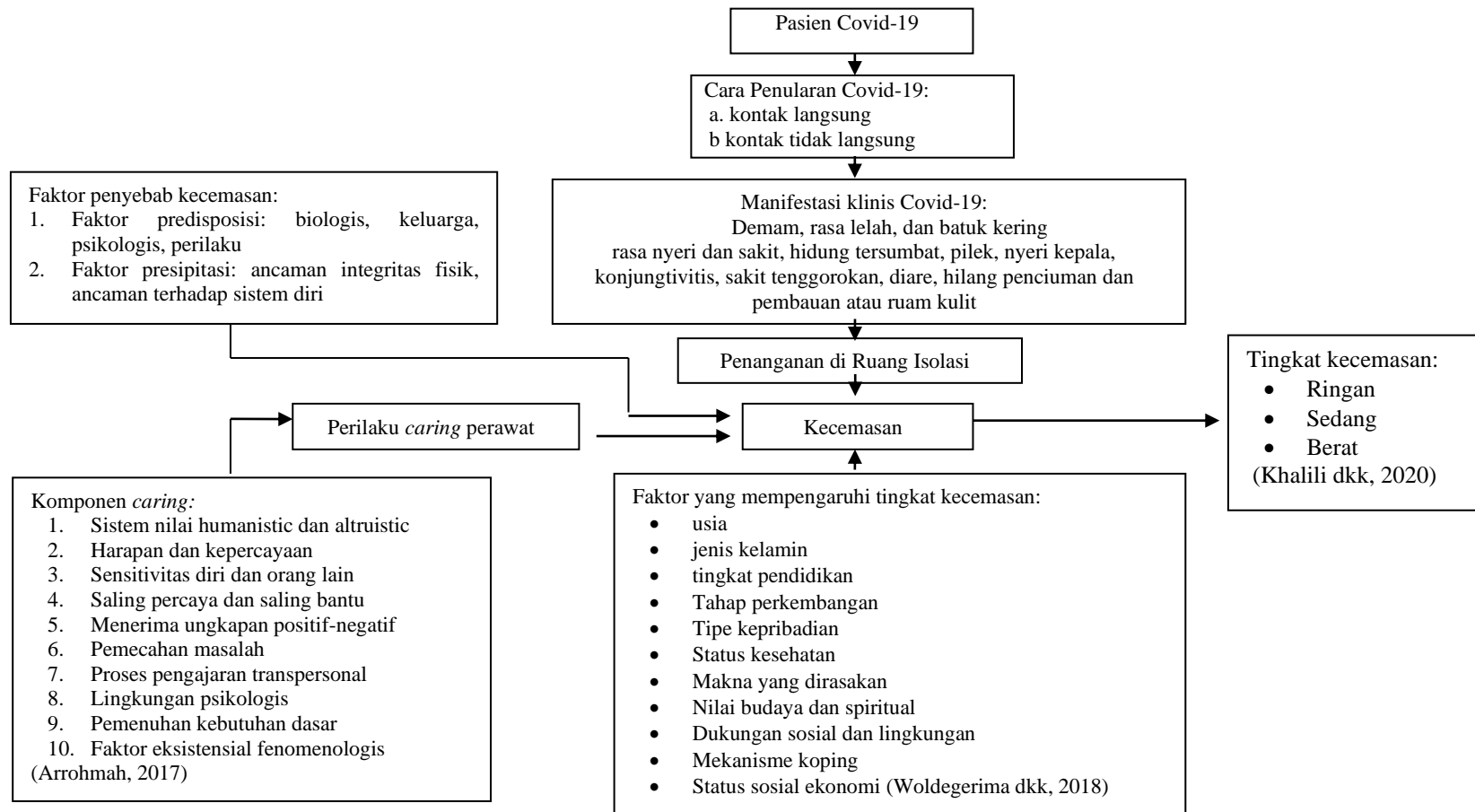
Terdapat dua faktor yang smempengaruhi tingkat kecemasan pasien covid-19. Pertama, faktor internal. Faktor internal sangat dipengaruhi oleh kondisi biologis pasien, seperti batuk, hypertermi, sesak nafas dan ketidak nyamanan fisik yang lain. Kedua, faktor eksternal. Pada faktor kedua ini biasanya ditimbulkan oleh perubahan lingkungan dan perubahan sosial yang ditangkap oleh pasien covid-19, terutama globalisasi covid-19 yang disertai dengan konsekwensinya. Persebaran beberapa kabar tentang jumlah korban dan kematian banyak pasien positif covid-19 masuk membayangi alam pikiran pasien, hingga depresi berat tak bisa terelakkan menimpa kebanyakan pasien covid-19. Selama periode ini, dimana mereka mengalami penurunan kontak dan komunikasi sosial adalah masa paling berat yang mereka hadapi. Hal ini memicu serangkaian peristiwa fisiologis yang menyebabkan turunnya tingkat kekebalan. Penting diperhatikan, pasien tidak hanya membutuhkan perawatan medis tetapi juga perlu dukungan psikologis. Dukungan psikologis bisa diterapkan salah satunya dengan menggunakan bahasa tubuh yang tepat selama masa perawatan pasien covid-19. Karena gerakan dan bahasa tubuh tenaga medis juga memiliki efek terhadap pasien yang sedang

mengalami kecemasan. Peran perawat sebagai *care giver* sangat penting dalam mengurangi perasaan cemas dan dampak yang ditimbulkan dengan memberikan layanan keperawatan secara farmakologis maupun non farmakologis (Asmaningrum dkk., 2012). Layanan yang dilakukan oleh perawat dapat tercermin dalam perilaku *caring*.

*Caring* yang dilakukan oleh perawat akan mewakili semua faktor yang digunakan perawat dalam memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien. *Caring* yang dilakukan oleh perawat dapat meningkatkan aktualisasi diri, menjaga harkat dan martabat manusia, membantu penyembuhan dan mengurangi kecemasan (Kozier dkk., 2011). Sikap *caring* perawat pada pasien Covid-19 ditunjukkan dengan adanya rasa peduli dalam memberikan asuhan keperawatan. Rasa peduli, empati, rasa kasih sayang dan komunikasi yang baik akan membentuk hubungan yang terapeutik antara pasien dan perawat. Dengan demikian pasien akan merasa aman, nyaman serta rasa stress yang dialami akan berkurang (Budiannur, 2014).

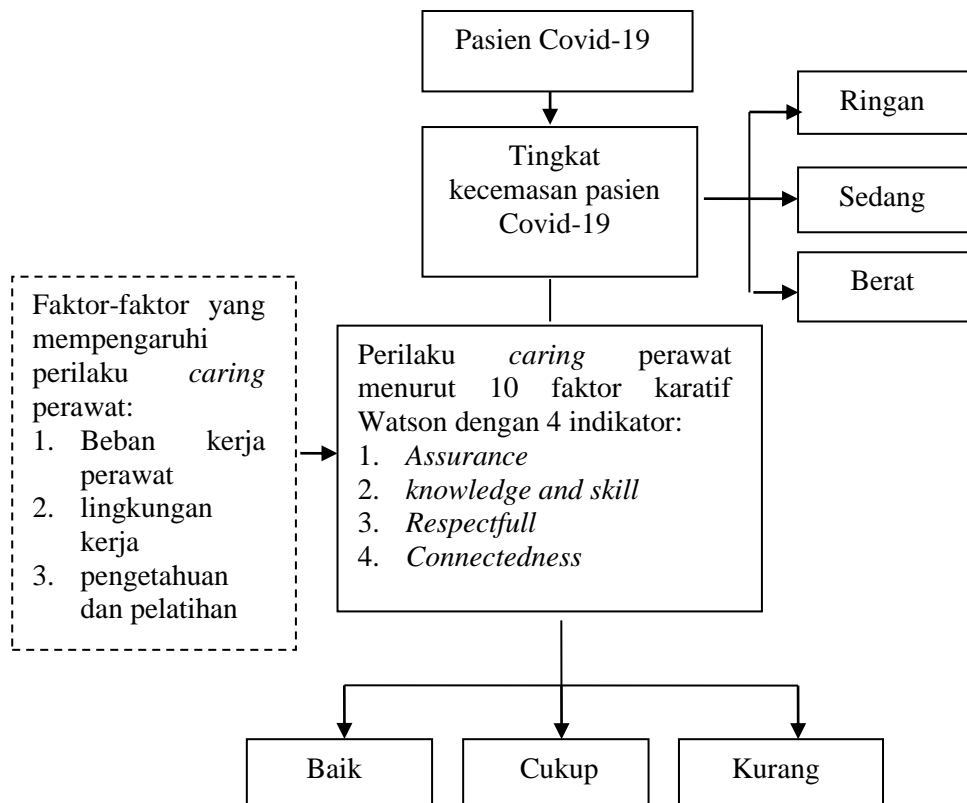


## 2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.4 Kerangka Teori Hubungan Antara Perilaku *Caring* Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien Covid di Ruang Isolasi

## 2.6 Kerangka Konseptual



Keterangan:

- : Diteliti
- : Tidak diteliti
- : Berpengaruh
- : Hubungan

Gambar 2.5 Kerangka Konsep Hubungan antara Perilaku *Caring* Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien Covid di Ruang Isolasi

Dari gambar 2.4 dapat dijelaskan bahwa pada penelitian ini, penulis ingin melihat hubungan perilaku *Caring* Perawat dengan Tingkat Kecemasan Pasien Covid di Ruang Isolasi. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku *caring* perawat antara lain adalah beban kerja perawat, lingkungan kerja dan pengetahuan

dan pelatihan. Perilaku *caring* perawat menurut 10 faktor karatif Watson memiliki 4 indikator antara lain *assurance*, *knowledge and skill*, *respectfull* dan *connectedness*. Pasien Covid-19 yang dirawat di Ruang Isolasi mengalami kecemasan karena penyakit yang diderita serta pembatasan sosial yang harus dijalani. Perilaku *caring* perawat diharapkan mampu menurunkan tingkat kecemasan yang dirasakan oleh pasien Covid-19 di Ruang Isolasi.

## **2.7 Hipotesis Penelitian**

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara dari pertanyaan penelitian yang harus dibuktikan melalui sebuah penelitian (Sugiyono, 2015). Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan perilaku *caring* perawat dengan tingkat kecemasan pasien Covid-19 di Ruang Isolasi RSUD Bangil.  $H_0$  diterima apabila hasil  $p$  value  $\leq \alpha$   $H_0$  ditolak apabila hasil yang diperoleh  $p$  value  $> \alpha$ . Pada penelitian ini nilai  $\alpha$  yang digunakan adalah 0,05.