

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kecemasan

1. Definisi Kecemasan

Kecemasan adalah sesuatu yang menimpa hampir setiap orang pada waktu tertentu dalam kehidupannya. Kecemasan merupakan reaksi normal terhadap situasi yang sangat menekan kehidupan seseorang. Kecemasan bisa muncul sendiri atau bergabung dengan gejala-gejala lain dari berbagai gangguan emosi (Jendra & Sugiyo, 2020).

Steven Schwartz, S (2000: 139) dalam (Annisa & Ifdil, 2016) mengemukakan kecemasan berasal dari kata Latin *anxius*, yang berarti penyempitan atau pengecilan. Kecemasan mirip dengan rasa takut tapi dengan fokus kurang spesifik, sedangkan ketakutan biasanya respon terhadap beberapa ancaman langsung, sedangkan kecemasan ditandai oleh kekhawatiran tentang bahaya tidak terduga yang terletak di masa depan. Kecemasan merupakan keadaan emosional negatif yang ditandai dengan adanya firasat dan somatik ketegangan, seperti hati berdetak kencang, berkeringat, kesulitan bernapas. Menurut Kadir (2007) dalam (Santa, 2016) kecemasan merupakan masalah kesehatan jiwa yang sering terjadi pada lansia karena menurunnya efisiensi kerja tubuh serta pengaruh dari lingkungan dari lansia tersebut.

2. Tanda dan Gejala Kecemasan

Kecemasan berasal dari perasaan tidak sadar yang berada didalam kepribadian sendiri, dan tidak berhubungan dengan objek yang nyata atau keadaan yang benar-benar ada. Kholil Lur Rochman, (2010:103) dalam (Jendra & Sugiyo, 2020) mengemukakan beberapa gejala-gejala dari kecemasan antara lain :

- a. Adanya hal-hal yang sangat mencemaskan hati, hampir setiap kejadian menimbulkan rasa takut dan cemas. Kecemasan tersebut merupakan bentuk ketidakberanian terhadap hal-hal yang tidak jelas.
- b. Adanya emosi-emosi yang kuat dan sangat tidak stabil. Suka marah dan sering dalam keadaan excited (heboh) yang memuncak, sangat irritable, akan tetapi sering juga dihinggapai depresi.
- c. Diikuti oleh bermacam-macam fantasi, delusi, ilusi, dan delusion of persecution (delusi yang dikejar-kejar).
- d. Sering merasa mual dan muntah-muntah, badan terasa sangat lelah, banyak berkeringat, gemetar, dan seringkali menderita diare.
- e. Muncul ketegangan dan ketakutan yang kronis yang menyebabkan tekanan jantung menjadi sangat cepat atau tekanan darah tinggi.

Nevid Jeffrey Spencer A, & Greene Beverly (2005:164) dalam (Annisa & Ifdil, 2016) mengklasifikasikan gejala-gejala kecemasan dalam tiga jenis gejala, diantaranya yaitu :

- a. Gejala fisik dari kecemasan yaitu : kegelisahan, anggota tubuh bergetar, banyak berkeringat, sulit bernafas, jantung berdetak kencang, merasa lemas, panas dingin, mudah marah atau tersinggung.

- b. Gejala behavioral dari kecemasan yaitu : berperilaku menghindar, terguncang, melekat dan dependen
- c. Gejala kognitif dari kecemasan yaitu : khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan terhadap sesuatu yang terjadi dimasa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang menakutkan akan segera terjadi, ketakutan akan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah, pikiran terasa bercampur aduk atau kebingungan, sulit berkonsentrasi.

3. Sumber-Sumber Kecemasan

Menurut Suryabrata, (2015) menyebutkan ada lima macam sumber kecemasan yaitu :

- a. Frustrasi (tekanan perasaan)

Frustrasi merupakan kegagalan memperoleh kepuasan, rintangan terhadap aktivitas yang diserahkan untuk mencapai tujuan tertentu, keadaan emosional yang diakibatkan oleh rasa terkekang, kecewa, dan kekalahan.

- b. Konflik

Konflik terjadi ketika terdapat dua kebutuhan atau lebih yang berlawanan dan harus dipenuhi dalam waktu yang sama. Konflik adalah ketidakpastian di dalam suatu pendapat emosi dan tindakan orang lain. Keadaan mental merupakan hasil implus-implus, hasrat-hasrat, keinginan dan sebagainya yang saling bertentangan namun bekerja pada saat yang sama.

- c. Ancaman

Ancaman merupakan peringatan yang harus diperhatikan dan diatasi agar tidak terjadi.

d. Harga diri

Harga diri bukan merupakan faktor yang dibawa sejak lahir, tetapi merupakan faktor yang dipelajari dan terbentuk berdasarkan pengalaman individu. Individu yang kurang mempunyai harga diri akan menganggap bahwa dirinya akan menghadapi lingkungan secara efektif dan akhirnya akan mengalami berbagai kegagalan.

e. Lingkungan

Faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah lingkungan di sekitar individu. Adanya dukungan dari lingkungan, mampu mengurangi kecemasan pada individu tersebut.

4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan menurut Savitri Ramaiah (2003:11) dikutip dalam (Annisa & Ifdil, 2016) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan, diantaranya yaitu :

a. Faktor internal

1) Ancaman integritas diri

Meliputi ketidakmampuan fisiologis atau gangguan terhadap kebutuhan dasar (penyakit, trauma fisik, pembedahan yang dilakukan).

2) Ancaman sistem diri

Ancaman terhadap identitas diri, harga diri, hubungan interpersonal, kehilangan, perubahan status dan peran.

b. Faktor eksternal

1) Potensial *stresor*

Stresor psikososial merupakan keadaan yang menyebabkan perubahan dalam kehidupan sehingga individu dituntut untuk beradaptasi.

2) Maturitas

Kematangan kepribadian individu akan mempengaruhi kecemasan yang dihadapinya. Kepribadian individu yang lebih matur maka lebih sukar mengalami gangguan akibat kecemasan, karena individu mempunyai daya adaptasi yang lebih besar terhadap kecemasan.

3) Pendidikan

Tingkat pendidikan individu berpengaruh terhadap kemampuan berpikir. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka individu semakin mudah berfikir rasional dan menangkap informasi baru. Kemampuan analisi akan mempermudah individu dalam menguraikan masalah baru.

4) Respon koping

Mekanisme koping digunakan seseorang saat mengalami kecemasan. Ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif merupakan penyebab terjadinya perilaku patologis.

5) Status sosial ekonomi

Status sosial ekonomi yang rendah pada seseorang akan menyebabkan individu mudah mengalami kecemasan.

6) Keadaan fisik

Individu yang mengalami gangguan fisik akan mudah mengalami kelelahan fisik. Kelelahan fisik yang dialami akan mempermudah individu mengalami kecemasan.

7) Tipe kepribadian

Individu dengan tipe kepribadian A lebih mudah mengalami gangguan kecemasan dari pada orang dengan tipe kepribadian B. Misalnya dengan orang tipe A adalah orang yang memiliki selera humor yang tinggi, tipe ini cenderung lebih santai, tidak tegang dan tidak gampang merasa cemas bila menghadapi sesuatu, sedangkan tipe B ini orang yang mudah emosi, mudah curiga, tegang maka tipe B ini akan lebih mudah merasakan cemas.

8) Lingkungan dan situasi

Seseorang yang berada di lingkungan asing lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan di lingkungan yang sudah dikenal.

9) Dukungan sosial

Dukungan sosial dan lingkungan merupakan sumber coping individu. Dukungan sosial dari kehadiran orang lain memantau seseorang mengurangi kecemasan sedangkan lingkungan mempengaruhi area berfikir individu.

10) Usia

Usia muda lebih mudah cemas dibandingkan individu dengan usia yang lebih tua

11) Humor

Humor dapat menimbulkan reflek tertawa dan tertawa mampu mengurangi ketegangan syaraf dan mengurangi rasa cemas

12) Jenis kelamin

Gangguan kecemasan tingkat panik lebih sering dialami wanita dari pada pria. Wanita lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan dengan pria. Perbandingan kecemasan antara pria dan wanita adalah dua banding satu. Wanita akan lebih mudah cemas dikarenakan ketidakmampuannya dibandingkan dengan

laki-laki. Laki-laki lebih aktif dan eksploratif, sedangkan wanita lebih sensitif sehingga wanita lebih peka terhadap respon cemas yang terjadi.

5. Tingkat Kecemasan

Kecemasan (*Anxiety*) memiliki tingkatan Gail W. Stuart (2006: 144) dalam (Annisa & Ifdil, 2016) mengemukakan tingkat ansietas, diantaranya :

a. Kecemasan ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, ansietas ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Ansietas ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

b. Kecemasan sedang

Memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

c. Kecemasan berat

Sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

d. Tingkat panik

Berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Hal yang rinci terpecah dari proporsinya karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional.

Pengukuran kecemasan dilakukan dengan menggunakan alat ukur kecemasan yaitu *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS) dikembangkan oleh Zigmond dan Snaith (1983) yang berisi 14 pertanyaan yaitu 7 pertanyaan subskala kecemasan dan 7 subskala depresi pada anak yang mengalami hospitalisasi. Hasil pengukuran kecemasan masing-masing pernyataan dalam 4 skala nilai, dari nilai 0 (tidak sama sekali), 1 (dari waktu ke waktu, sesekali), 2 (sering sekali) sampai nilai 3 (hampir selalu). Nilai yang lebih tinggi mengindikasikan adanya permasalahan. Jawaban penderita dijumlahkan secara terpisah, yaitu penilaian untuk kecemasan dan penilaian untuk depresi, dengan jumlah minimum dan maksimum adalah 0 dan 21 untuk masing-masing skala. Titik potong yang direkomendasikan adalah :

0-7 = normal

8-10 = kasus ringan

11-15 = kasus sedang

16-21 = kasus berat

Berdasarkan hasil kuisioner akan menentukan tingkat kecemasan yang dialami oleh anak.

6. Penatalaksanaan Kecemasan

a. Penatalaksanaan farmakologi

Pengobatan untuk anti kecemasan terutama benzodiazepine, obat ini digunakan untuk jangka pendek, dan tidak dianjurkan untuk jangka panjang karena pengobatan ini menyebabkan toleransi dan ketergantungan. Obat anti kecemasan nonbenzodiazepine, seperti buspiron dan berbagai anti depresan juga digunakan.

b. Penatalaksanaan non farmakologi

1) Relaksasi

Mengatasi kecemasan dapat dilakukan dengan menggunakan teknik relaksasi yaitu relaksasi dengan pijit/pijatan pada bagian tubuh tertentu dalam beberapa kali akan membuat perasaan lebih tenang, mendengarkan musik yang menenangkan dan menulis catatan harian. Selain itu, terapi relaksasi lain yang dilakukan dapat berupa meditasi, relaksasi imajinasi, dan visualisasi serta relaksasi progresif (Siahaan, 2015).

2) Distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan kecemasan dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap cemas yang dialami. Stimulasi sensori yang menyenangkan menyebabkan pelepasan *endorfin* yang bisa menghambat stimulus cemas mengakibatkan lebih sedikit stimulus cemas yang ditransmisikan ke otak. Salah satu distraksi yang efektif adalah dengan memberikan dukungan spiritual (membaca doa sesuai agama dan keyakinannya), sehingga dapat menurunkan hormon-hormon stressor, mengaktifkan hormon *endorfin* alami, meningkatkan perasaan rileks dan

mengalihkan rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak.

3) Humor

Kemampuan untuk menyerap hal-hal lucu dan tertawa melenyapkan stres.

4) Terapi spiritual

Aktivitas spiritual dapat juga mempunyai efek positif dalam menurunkan stres. Praktek seperti berdoa, meditasi, atau membaca bahan bacaan keagamaan dapat meningkatkan kemampuan beradaptasi terhadap gangguan stressor yang dialami.

5) Aromaterapi

Aromaterapi adalah terapi yang menggunakan minyak essensial yang dinilai dapat membantu mengurangi bahkan mengatasi gangguan psikologis dan gangguan rasa nyaman seperti cemas, depresi, nyeri (Susilarini, 2017).

7. Kecemasan Pada Anak Akibat Hospitalisasi

Derajat kecemasan yang tinggi, terjadi pada anak usia antara tiga sampai lima tahun. Dalam jumlah tertentu kecemasan adalah sesuatu yang normal. Stres utama dari masa bayi pertengahan sampai usia prasekolah adalah kecemasan akibat perpisahan (Ramdaniati, 2011). Kecemasan yang timbul pada anak tidak selalu bersifat patologi tetapi dapat juga disebabkan oleh proses perkembangan itu sendiri atau karena tingkah laku yang salah satu dari orang tua. Hospitalisasi adalah suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan anak harus tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan

sampai pemulangan kembali ke rumah (Lisdahayati, 2012). Reaksi anak terhadap hospitalisasi bersifat individual, dan sangat bergantung pada tahapan usia perkembangan anak, pengalaman sebelumnya terhadap sakit, sistem pendukung yang tersedia dan kemampuan coping yang dimilikinya.

Menurut Lisdahayati, (2012) berbagai perasaan yang muncul pada anak prasekolah yang mengalami hospitalisasi yaitu kecemasan karena perpisahan, kehilangan, perlukaan tubuh dan rasa nyeri, marah, sedih, takut serta rasa bersalah. Menurut Puspita, (2013) manifestasi cemas akibat perpisahan pada anak antara lain:

a. Fase Protes (*Phase of Protest*)

Pada fase ini anak menangis, menjerit / berteriak, mencari orang tua dengan pandangan mata, memegangi orang tua, menghindari dan menolak bertemu dengan orang yang tidak dikenal secara ferbal menyerang orang yang tidak dikenal, berusaha lari untuk mencari orang tuanya, secara fisik berusaha menahan orang tua agar tetap tinggal. Sikap protes seperti menangis mungkin akan berlanjut dan akhirnya akan berhenti karena kelelahan fisik. Pendekatan orang yang tidak dikenal akan memicu meningkatnya sikap protes.

b. Fase putus asa (*Phase of Despair*)

Perilaku yang harus diobservasi pada fase ini adalah anak tidak aktif, menarik diri dari orang lain, depresi, sedih, tidak tertarik terhadap lingkungan, tidak komunikatif, perilaku memburuk, dan menolak untuk makan, minum atau bergerak.

c. Fase menolak (*Phase of Denial*)

Pada fase ini secara samar-samar anak menerima perpisahan, tertarik pada lingkungan sekitar, mulai berinteraksi secara dangkal dengan orang yang tidak dikenal atau perawat dan terlihat gembira. Fase ini biasanya terjadi setelah berpisah dengan orang tua dalam jangka waktu yang lama.

8. Pengukuran Kecemasan Pada Anak

Pengukuran kecemasan dapat menggunakan suatu alat ukur kecemasan yaitu *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS) dikembangkan oleh Zigmond dan Snaith (1983) yang berisi 14 pertanyaan yaitu 7 pertanyaan subskala kecemasan dan 7 subskala depresi pada anak yang mengalami hospitalisasi. HADS adalah skala yang digunakan untuk menilai kecemasan dan depresi pada anak dengan skala data ordinal/interval. Lima item pernyataan berhubungan dengan kecemasan dan lima item yang lain berhubungan dengan depresi. Zigmond dan Snaith menciptakan ukuran hasil khusus untuk menghindari ketergantungan pada aspek kondisi gejala somatik, maupun gejala penyakit, misalnya untuk kelelahan dan insomnia atau hipersomnia. Hal ini, diharapkan akan menciptakan alat untuk mendeteksi kecemasan dan depresi pada anak terhadap hospitalisasi. Hasil pengukuran kecemasan masing-masing pernyataan dalam 4 skala nilai, dari nilai 0 (tidak sama sekali), 1 (dari waktu ke waktu, sesekali), 2 (sering sekali) sampai nilai 3 (hampir selalu). Nilai yang lebih tinggi mengindikasikan adanya permasalahan. Jawaban penderita dijumlahkan secara terpisah, yaitu penilaian untuk kecemasan dan penilaian untuk depresi, dengan jumlah minimum dan maksimum adalah 0 dan 21 untuk masing-masing skala sehingga dari

penjumlahan tersebut dapat diketahui bentuk kecemasan seseorang, titik potong yang direkomendasikan adalah :

0-7 = normal

8-10 = kecemasan ringan

11-15 = kecemasan sedang

16-21 = kecemasan berat

Kuesioner ini telah diuji kembali validitas reliabilitasnya sebagai alat ukur kecemasan dan depresi oleh Kurniawan, (2017) dengan hasil HADS valid dengan koefisien α cronbach 0,884 (0,829 untuk cemas dan 0,840 untuk depresi) serta stabil dengan *test-retest intraclass correlation coefficient* 0,944).

B. Konsep Dasar Diare

1. Definisi Diare

Diare adalah pengeluaran feses yang tidak normal dan cair atau buang air besar yang tidak normal dan berbentuk cair dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya, diare merupakan keadaan buang air besar dengan banyak cairan dan merupakan gejala dari penyakit-penyakit tertentu atau gangguan lain (Latief, 2014). Diare akut adalah buang air besar lembek/cair konsistennya encer, lebih sering dari biasanya disertai lendir, bau amis, berbusa bahkan dapat berupa air saja yang frekuensinya lebih sering dari biasanya (Hidayat, 2012).

Diare merupakan suatu keadaan pengeluaran tinja yang tidak normal atau tidak seperti biasanya, ditandai dengan peningkatan volume, keenceran, serta frekuensi lebih dari 3 kali sehari biasanya (Hidayat, 2012). Dengan demikian

diare adalah buang air besar yang tidak normal berbentuk cair dengan frekuensi lebih dari 3 kali sehari.

2. Etiologi

Menurut Latief, (2014), etiologi atau penyebab diare dapat dikelompokkan menjadi sebagai berikut:

a. Enteral

- 1) Bakteri : shigela sp, E.coli pathogen, Salmonella sp, Vibrio cholera, Yersinia enterocolytica, campylobacter jejuni, V.parahaemolyticus, V.NAG.,staphylococcus aureus, Streptococcus, Klebsiella, Pseudomonas, aeromonas, Preteus dll.
- 2) Virus : Rotavirus, Adenovirus, Norwalk virus, Norwalk like virus, cytomegalovirus (CMV), echovirus, virus HIV.
- 3) Parasit : - Protozoa: Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Cryptosporidium parvum, Balantidium coli.
- 4) Worm: A. lumbricoides, Cacing tambang, Trichuris trichiura, S. stercoralis, cestodiasis dll.
- 5) Fungus: Kandida/ moniliasis.

b. Parenteral

- 1) Intoksikasi makanan: makanan beracun atau mengandung logam berat, amakanan yang mengandung bakteri/toksin :clostridium perfringens, B. cereus, S. aureus, Streptococcus anhaemolyticus dll.

- 2) Alergi: susu sapi, makanan tertentu. Penggunaan obat dan makanan seperti obat pencahar, antibiotik dan atau mengkonsumsi makanan yang mengandung sorbitol dan fruktosa
- 3) Malabsorpsi/maldigensi: karbohidrat: monosakarida (Glukosa, laktosa, galaktosa), disakarida (sakarosa, laktosa), lemak: rantai panjang trigliserida protein: asam amino tertentu, celiacspure gluten malabsorption, protein intolerance,cows milk, vitamin dan mineral.

3. Manifestasi Klinis

Menurut Hidayat, (2012) manifestasi klinis atau gejala klinis pasien dengan diare yaitu sebagai berikut:

- a. Sering buang air besar dengan konsistensi tinja cair atau encer
- b. Kram perut
- c. Demam
- d. Mual, muntah
- e. Kembung
- f. Anoreksia
- g. Lemah, pucat
- h. Urin output menurun (oliguria, anuria)
- i. Turgor kulit menurun
- j. Ubun-ubun / fontanela cekung
- k. Kelopak mata cekung
- l. Membran mukosa kering

4. Patofisiologi

Menurut Asria, (2020) diare dapat disebabkan oleh satu atau lebih patofisiologi/ patomekanisme di bawah ini, yaitu :

a. Diare sekretorik

Diare tipe ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi air dan elektrolit dari usus, menurunnya fungsi absorpsi dari usus. Bakteri dalam usus akan mengeluarkan toksin yang mana toksin tersebut akan menstimulasi c-AMP dan c-GMP yang mengakibatkan peningkatan sekresi cairan dan elektrolit sehingga terjadi diare. Yang khas pada diare ini yaitu secara klinis ditemukan diare dengan volume tinja yang banyak sekali.

b. Diare osmotik

Diare tipe ini disebabkan meningkatnya tekanan osmotik intralumen dari usus halus yang disebabkan oleh obat-obat/ zat kimia yang hiperosmotik (antara lain $MgSO_4$, $Mg(OH)_2$, malabsorpsi umum dan efek dalam absorpsi mukosa usus misalnya pada defisiensi disakarida, malabsorpsi, glukosa/galaktosa. Diare osmotik ditegakkan bila osmotik gap feses > 125 mosmol/kg (normal < 50 mosmol/kg). Osmotik gap dihitung dengan cara : osmolaritas serum (290 mosmol/kg) - $[2x(\text{konsentrasi natrium} + \text{kaliun feses})]$.

c. Motilitas dan waktu transit usus yang abnormal

Diare tipe ini disebabkan hipermotilitas dan iregularitas motilitas usus sehingga menyebabkan absorpsi yang abnormal di usus halus. Penyebabnya antara lain : pasca vagotomi, dan hipertiroid.

d. Diare infeksi

Jenis diare yang paling sering terjadi adalah diare karena infeksi, seperti infeksi rotavirus, protozoa dan fungi. Dilihat dari sudut kelainan usus yang terjadi pada diare oleh bakteri dibagi atas non invasif (tidak merusak mukosa) dan invasif (merusak mukosa usus). Bakteri non invasif dapat menyebabkan diare karena toksin yang disekresi oleh bakteri tersebut yang disebut diare toksigenik. Contoh diare toksigenik adalah diare yang disebabkan oleh bakteri *Vibrio cholera*. Enterotoksin yang dihasilkan oleh bakteri ini menempel pada permukaan epitel usus, kemudian akan membentuk adenosine monofosfat siklik (AMP siklik) di dinding usus dan menyebabkan sekresi aktif dari anion klorida yang diikuti oleh air, ion bikarbonat dan kation natrium serta kalium. Diare karena bakteri yang invasif biasanya merusak dinding usus, kerusakan brush border disertai ulseratif dan nekrosis. Karakteristik berupa feses dengan lendir dan darah dan dalam pemeriksaan feses menunjukkan leukosit positif.

5. Klasifikasi

Menurut Smeltzer et al., (2013) diare dapat diklasifikasikan berdasarkan:

a. Lama waktu diare

1) Akut

Diare akut yaitu diare yang berlangsung kurang dari 15 hari. Sedangkan menurut *World Gastroenterology Organisation global guidelines 2005*, diare akut didefinisikan sebagai pasase tinja yang cair/ lemak dengan lebih banyak dari normal, berlangsung kurang dari 15 hari.

2) Kronik

Diare kronik adalah diare yang berlangsung lebih dari 15 hari. Sebenarnya para pakar di dunia telah mengajukan beberapa kriteria mengenai batasan kronik pada khusus diare tersebut, ada yang 15 hari, 3 minggu 1 bulan dan 3 bulan, tetapi di Indonesia dipilih waktu lebih 15 hari agar dokter tidak lengah, dapat lebih cepat menginvestigasi penyebab diare dengan lebih tepat.

b. Mekanisme patofisiologi

1) Osmotik

Diindikasikan dengan adanya faktor malabsorpsi akibat adanya gangguan absorpsi karbohidrat, lemak, atau protein, dan tersering adalah malabsorpsi lemak.

2) Sekretorik

Terdapat gangguan transport akibat adanya perbedaan osmotik intralumen dengan mukosa yang besar sehingga terjadi penarikan cairan dan elektrolit ke dalam lumen usus dalam jumlah besar.

c. Berat ringan diare: kecil atau besar

d. Penyebab infeksi atau tidak

Infektif dan non Infektif: Diare infektif adalah bila penyebabnya infeksi. Sedangkan diare non infektif bila tidak ditemukan infeksi sebagai penyebab pada khusus tersebut.

e. Penyebab organik atau fungsional

Diare organik adalah bila di temukan penyebab anatomic, bakteriologi, hormonal atau toksikologi. Diare fungsional bila tidak dapat di temukan penyebab organik.

6. Gejala Klinis

Menurut Hidayat, (2012) gejala klinis diare adalah bayi dan anak menjadi gelisah dan cengeng, suhu tubuh biasanya meningkat, nafsu makan berkurang atau tidak ada, kemudian timbul diare. Tinja akan menjadi cair dan mungkin disertai dengan lendir ataupun darah. Warna tinja bisa lama-kelamaan berubah menjadi kehijau-hijauan karena tercampur dengan empedu. Anus dan daerah sekitarnya lecet karena seringnya defekasi dan tinja makin lama makin asam sebagai akibat banyaknya asam laktat yang berasal dari laktosa yang tidak dapat diabsorpsi oleh usus selama diare. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare dan dapat disebabkan oleh lambung yang turut meradang atau akibat gangguan keseimbangan asam-basa dan elektrolit. Berdasarkan banyaknya kehilangan cairan dan elektrolit dari tubuh, diare dapat dibagi menjadi:

a. Diare tanpa dehidrasi

Pada tingkat diare ini penderita tidak mengalami dehidrasi karena frekuensi diare masih dalam batas toleransi dan belum ada tanda-tanda dehidrasi.

b. Diare dengan dehidrasi ringan (3%-5%)

Pada tingkat diare ini penderita mengalami diare 3 kali atau lebih, kadang-kadang muntah, terasa haus, kencing sudah mulai berkurang, nafsu makan menurun, aktifitas sudah mulai menurun, tekanan nadi masih normal atau takikardia yang minimum dan pemeriksaan fisik dalam batas normal.

c. Diare dengan dehidrasi sedang (5%-10%)

Pada keadaan ini, penderita akan mengalami takikardi, kencing yang kurang atau langsung tidak ada, iritabilitas atau lesu, mata dan ubun-ubun besar menjadi cekung, turgor kulit berkurang, selaput lendir bibir dan mulut serta kulit tampak

kering, air mata berkurang dan masa pengisian kapiler memanjang (≥ 2 detik) dengan kulit yang dingin yang dingin dan pucat.

d. Diare dengan dehidrasi berat (10%-15%)

Pada keadaan ini, penderita sudah banyak kehilangan cairan dari tubuh dan biasanya pada keadaan ini penderita mengalami takikardi dengan pulsasi yang melemah, hipotensi dan tekanan nadi yang menyebar, tidak ada penghasilan urin, mata dan ubun-ubun besar menjadi sangat cekung, tidak ada produksi air mata, tidak mampu minum dan keadaannya mulai apatis, kesadarannya menurun dan juga masa pengisian kapiler sangat memanjang (≥ 3 detik) dengan kulit yang dingin dan pucat.

7. Komplikasi

Menurut Hidayat, (2012) sebagai akibat kehilangan cairan dan elektrolit secara mendadak, dapat terjadi berbagai macam komplikasi menurut, seperti:

- a. Dehidrasi (ringan, sedang, berat, hipotonik, *isotonic* atau hipertonik).
- b. Renjatan hipovolemik
- c. Hypokalemia (dengan gejala meteorismus, hipotoni otot, lemah, bradikardia, perubahan pada elektrokardiogram).
- d. Hipoglikemia.
- e. Intoleransi laktosa sekunder, sebagai akibat defisiensi enzim lactase karena kerusakan vili mukosa usus halus.
- f. Kejang, terutama pada dehidrasi hipertonik.
- g. Malnutrisi energy protein, karena selain diare dan muntah penderita juga mengalami kelaparan.

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Smeltzer et al., (2013) pemeriksaan penunjang yang diperlukan adalah:

- a. Pemeriksaan tinja
 - 1) Makroskopis dan mikroskopis.
 - 2) pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet clinitest, bila diduga terdapat intoleransi gula.
 - 3) Bila perlu dilakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi.
- b. Pemeriksaan gangguan keseimbangan asma-basa dalam darah, dengan menentukan pH dan cadangan alkali atau lebih cepat lagi dengan pemeriksaan analisa gas darah.
- c. Pemeriksaan kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.
- d. Pemeriksaan elektrolit terutama kadar natrium, kalium, kalsium dan fosfor dalam serum (terutama pada penderita diare yang disertai kejang).
- e. Pemeriksaan intubasi duodenum untuk mengetahui jenis jasad renik atau parasit secara kualitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

9. Penatalaksanaan

Menurut Smeltzer et al., (2013) penatalaksanaan diare yaitu:

- a. Pemberian cairan:

Pada klien dengan dehidrasi ringan dan sedang diberikan per oral berupa cairan yang bersifat NaCl dan NaHCO₃ dan glukosa.

- b. Pengobatan dietetik

Untuk anak dibawah 1 tahun dan anak diatas 1 tahun dengan berat badan kurang dari 7 kg, jenis makanan:

- 1) Susu (ASI, susu formula yang mengandung laktosa rendah dan lemak tak jenuh).
- 2) Makanan setengah padat (bubur atau nasi tim)

C. Anak Usia Sekolah

1. Definisi

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), definisi anak sekolah dasar adalah orang atau anak yang sedang berguru, belajar atau bersekolah usia 6-12 tahun. Menurut WHO (*World Health Organization*), anak sekolah adalah golongan anak yang berusia antara 7-15 tahun, sedangkan di Indonesia anak sekolah di tingkat dasar adalah anak yang berusia 6-12 tahun dengan karakteristik masa pertumbuhan yang relatif tetap dan dengan sedikit masalah pemberian makan. Pada masa sekolah dasar ini dibagi menjadi 2 fase yaitu :

- a. Masa kelas-kelas rendah sekolah dasar (kelas 1,2,3) kira-kira umur 6 atau 7 tahun sampai umur 9 atau 10 tahun.
- b. Masa kelas-kelas tinggi sekolah dasar (kelas 4,5,6) kira-kira umur 9 tahun 10 tahun sampai kira-kira umur 12 atau 13 tahun.

Karakteristik anak pada masa kelas-kelas rendah sekolah dasar :

- a. Adanya korelasi positif yang tinggi antara keadaan jasmani dengan prestasi sekolah.
- b. Sikap yang lebih tunduk kepada peraturan-peraturan permainan yang tradisional.

- c. Ada sifat kecenderungan untuk menuju diri sendiri.
- d. Suka membanding-bandingkan dirinya dengan anak lain bahkan ada kecenderungan meremehkan anak lain.
- e. Kalau tidak dapat menyelesaikan suatu hal tertentu, maka soal itu dianggap tidak penting.
- f. Pada masa ini anak menghendaki nilai raport yang baik, tanpa mengingat apakah prestasinya memang pantas diberi nilai atau tidak.

Karakteristik anak pada masa kelas-kelas tinggi sekolah dasar:

- a. Lebih bersikap banyak bertanya dan rasa keinginan tahuan sangat kritis dan realistis.
- b. Mulai ingin memiliki ketertarikan pada suatu hal tertentu dan mata pelajaran tertentu disekolahnya.
- c. Saat anak umur 11 tahun dia membutuhkan bantuan orang-orang disekitarnya untuk membantu dia menyelesaikan tugas-tugasnya di sekolah, baru setelah usia diatas 11 tahun dia mampu menyelesaikan tugasnya sendiri tanpa bantuan dari orang lain.
- d. Anak mulai mempunyai teman sebaya untuk bersosialisasi dan bermain bersama dengan teman-temannya.

2. Perkembangan Anak Sekolah Dasar

Perkembangan dan pertumbuhan salah satu hal yang saling berkaitan dan melalui proses yang bertahap. Perkembangan adalah proses atau tahapan pertumbuhan ke arah yang lebih maju. Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan tubuh yang berarti bertambahnya ukuran

fisik dan struktur tubuh. Perkembangan anak sekolah disebut juga perkembangan masa pertengahan dan akhir anak yang merupakan kelanjutan dari masa awal anak. Permulaan masa pertengahan dan akhir ini ditandai dengan terjadinya perkembangan fisik, motorik, kognitif, dan psikososial anak.

a. Perkembangan fisik

Perkembangan fisik adalah terjadinya perubahan-perubahan pada tubuh seseorang, kapasitas sensoris dan keterampilan motoric. Perubahan yang terjadi pada tubuh ditandai dengan struktur fisik atau tubuh yang meliputi tinggi, berat, proporsi dan bentuk badan. Perkembangan fisik atau pertumbuhan biologi merupakan aspek yang sangat penting bagi perkembangan individu terutama bagi anak sekolah dasar. Perkembangan fisik pada anak sekolah dasar lebih lambat dan relatif seragam sampai mulai terjadi perubahan-perubahan pubertas. Peningkatan berat badan anak lebih banyak daripada panjang badannya. Peningkatan berat badan anak selama masa ini terjadi terutama karena bertambahnya ukuran sistem rangka dan otot, serta ukuran beberapa organ tubuh

b. Perkembangan motoric

Perkembangan motorik adalah perubahan kemampuan dasar biologis atau mekanika yang menyebabkan terjadinya suatu gerakan- gerakan tubuh. Pada masa anak sekolah menjadi lebih halus dan lebih terkoordinasi dibandingkan dengan awal masa anak-anak. Anak-anak terlihat lebih cepat dalam berlari dan makin pandai meloncat. Anak juga mampu menjaga keseimbangan badannya. Untuk memperhalus keterampilan-keterampilan motorik, anak-anak terus melakukan berbagai aktifitas fisik yang terkadang bersifat informal dalam bentuk permainan. Di samping itu, anak-anak juga melibatkan diri dalam aktifitas

permainan olahraga yang bersifat formal seperti senam, berenang dan lain-lain.

c. Perkembangan kognitif

Perkembangan kognitif adalah perubahan kemampuan mental seperti belajar, berfikir, menalar dan bahasa. Pada masa ini antara usia 5 dan 7 tahun, proses pemikiran anak-anak mengalami perubahan penting. Pada masa kognitif ini ada 4 pola perkembangan anak yang dibagi menjadi 4 tahapan yaitu tahap sensorimotorik (umur 0-2 tahun), tahap pra operasional kongret (umur 2-7 tahun), tahap operasional kongret (umur 7-11 tahun), dan tahap operasional formal (umur 11 tahun keatas). Perkembangan kognitif pada anak berada pada fase ketiga yaitu operasional kongret. Pada tahapan ini pemikiran logis menggantikan intuitif. Pada tahap operasional konkret ini anak-anak bisa menggunakan berbagai operasi mental seperti penalaran, memecahkan masalah-masalah yang nyata. Pada usia ini anak-anak bisa berfikir secara logis karena mereka tidak terlalu egosentris dari sebelumnya dan dapat mempertimbangkan banyak aspek dari situasi dan kondisi.

d. Perkembangan psikososial

Pada masa perkembangan psikososial ini yaitu meliputi tahun-tahun pertama sekolah. Melalui interaksi sosial dengan orang lain, anak-anak mulai mengembangkan rasa bangga, senang dengan prestasi yang diraihny dan akan kemampuannya bersaing dengan teman yang lain. Anak-anak yang sering dipuji dan didukung oleh keluarga atau guru akan memiliki perasaan senang, kompetensi yang kuat dan kepercayaan diri yang tinggi. Sedangkan bagi anak-anak yang kurang mendapatkan dukungan dan penghargaan akan lebih mudah merasa rendah diri.

D. Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Anak Usia 6-12 Tahun Dengan Diare

Hospitalisasi merupakan suatu proses karena alasan yang berencana atau darurat mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali ke rumah. Adapun hal-hal yang muncul saat anak mengalami hospitalisasi yaitu salah satunya kecemasan. Respon kecemasan yang muncul pada anak beragam seperti anak yang cemas akan mengalami kelelahan karena menangis terus, tidak mau berinteraksi dengan perawat, rewel, merengek minta pulang terus, menolak makan sehingga memperlambat proses penyembuhan, menurunnya semangat untuk sembuh, dan tidak kooperatif terhadap perawatan (Sari & Batubara, 2017)

Penelitian yang dilakukan oleh Sari & Batubara, (2017) dengan judul kecemasan anak saat hospitalisasi memiliki tujuan penelitian adalah untuk mengidentifikasi tingkat kecemasan anak usia 3 sampai 6 tahun yang mengalami hospitalisasi di ruang Angrek RSUD Ambarawa. Penelitian ini menggunakan 60 sampel anak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sejumlah 41 anak (68,3%) mengalami kecemasan tingkat ringan dan sejumlah 19 anak (31,7%) mengalami kecemasan tingkat sedang. Kecemasan tingkat sedang paling banyak terjadi pada anak usia 3 tahun dengan jenis kelamin perempuan dan lama hari rawatnya 2 hari. Sehingga perawat perlu memberikan asuhan keperawatan holistik dengan melakukan manajemen kecemasan pada

anak sehingga proses hospitalisasi lebih efektif dan tercapai peningkatan kualitas kesehatan anak.

Penelitian yang dilakukan oleh Novayelinda et al., (2017) mengangkat judul perbandingan respon kecemasan antara anak usia *toddler* dengan anak usia sekolah saat hospitalisasi. Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan respon anak usia *toddler* dengan usia sekolah saat hospitalisasi. Penelitian ini dilakukan di ruang rawat anak RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. Sampel penelitian ini adalah anak usia 18 bulan sampai dengan 6 tahun yang berjumlah 40 orang (20 orang *toddler* dan 20 orang pra sekolah). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna antara respon kecemasan pada kelompok anak *toddler* dengan pra sekolah pada semua aspek perilaku.

Penelitian yang dilakukan Kiriwenno et al., (2020) tentang gambaran pengetahuan ibu tentang tindakan pra hospitalisasi pada balita dengan diare di ruangan anak RSUD Dr. M. Haulussy Ambon Tahun 2019. Sampel penelitian ditentukan dengan menggunakan metode total sampling yang berjumlah 20 orang. Hasil Penelitian ini terlihat angka probabilitas hubungan antar variabel pengetahuan dan variabel pra hospitalisasi adalah sebesar 0,25. Angka probabilitas $0,25 < 0,5$ maka hubungan kedua variabel tersebut positif dan tidak signifikan.

Berdasarkan hasil uraian diatas respon kecemasan pada anak yang mengalami diare dapat dilihat dari bagaimana tingkah laku anak tersebut saat diberikan tindakan atau dalam proses hospitalisasi seperti tidak kooperatif saat diberikan tindakan oleh tenaga kesehatan, menangis saat berada di rumah sakit, dan enggan

berinteraksi dengan lingkungan sekitar. Perlunya menelaah lebih dalam terkait gambaran tingkat kecemasan pada anak usia 6-12 tahun khususnya dengan masalah diare.