

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Penelitian Terkait

No	Judul Penelitian	Desain Metodologi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Anas Tamsuri <i>et al</i> (2008) “Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada ibu saat menghadapi hospitalisasi pada anak di ruang anak RSUD Pare Kediri Tahun 2008”.	Penelitian ini menggunakan metode analytic cross sectional.	Hasil dari penelitian ini adalah pengalaman dan dukungan sosial berpengaruh terhadap kecemasan ibu sedangkan pengetahuan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kejadian kecemasan.	Persamaan penelitian ini adalah Sama-sama meneliti tentang tingkat kecemasan.	Perbedaan penelitian ini adalah lebih fokus pada faktor dukungan sosial terhadap tingkat kecemasan ibu dengan anak pneumonia sedangkan penelitian Anas Tamsuri <i>et al</i> (2008) meneliti pengalaman, dukungan sosial dan pengetahuan.
2.	Leticia Marques <i>et al</i> (2012) “Maternal Mental Health and Social Support: Effect on Childhood Atopic and Non-Atopic Asthma Symptoms”.	Penelitian ini menggunakan metode cross sectional.	Hasil dari penelitian ini adalah kesehatan mental ibu yang buruk secara positif terkait dengan mengi, terlepas dari apakah asam adalah atopik atau non-atopik, tetapi persepsi tinggi tingkat dukungan sosial muncul untuk melindungi hubungan ini hanya pada pengi bukan atopik saja.	Persamaan penelitian ini adalah sama-sama meneliti tentang dukungan sosial keluarga.	Perbedaan penelitian ini adalah meneliti tentang hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan ibu pada anak yang mengalami pneumonia sedangkan penelitian pada Leticia Marques <i>et al</i> (2012) meneliti tentang mental dan dukungan sosial ibu: efek pada gejala asma atopik dan no-atopik anak-anak.

No	Judul Penelitian	Desain Metodologi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
3.	Toshie Manabe <i>et al</i> (2015)“Risk Factors for Aspiration Pneumonia in Older Adults”.	Penelitian ini menggunakan metode penelitian observasional.	Hasil dari penelitian ini adalah faktor risiko pneumonia aspirasi yaitu pengisapan dahak, penurunan fungsi menelan, dehidrasi dan demensia.	Persamaan penelitian ini adalah sama meneliti tentang pneumonia.	Perbedaan penelitian ini adalah membahas tentang hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan ibu pada anak yang mengalami pneumonia sedangkan penelitian dari Toshie Manabe <i>et al</i> (2015) meneliti tentang faktor risiko pneumonia aspirasi.
4.	Sugihartiningsih (2016) “Gambaran Tingkat Kecemasan Orang Tua Terhadap Hospitalisasi Anak di RSUD Dr. Moewardi”.	Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dengan metode survai.	Hasil dari penelitian ini adalah tingkat kecemasan orang tua terhadap hospitalisasi anak di RSUD Dr. Moewardi adalah cemas berat sebesar 50%.	Persamaan penelitian ini adalah sama sama meneliti tingkat kecemasan.	Perbedaan penelitian ini adalah meneliti hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan ibu pada anak yang mengalami pneumonia sedangkan penelitian Sugihartiningsih meneliti gambaran tingkat kecemasan orang tua terhadap hospitalisasi anak.

No	Judul Penelitian	Desain Metodologi	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
5.	Rini Ernawati <i>et al</i> (2018), dengan judul “Hubungan Frekuensi Hospitalisasi dengan Tingkat Kecemasan Ibu yang Memiliki Anak Leukimia Di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.	Penelitian ini menggunakan metode deskriptif korelasi.	Hasil dari penelitian ini adalah ada hubungan yang signifikan antara frekuensi hospitalisasi dengan tingkat kecemasan ibu yang memiliki anak leukimia diruang melati RSUD AWS.	Persamaan penelitian ini adalah sama-sama meneliti tentang tingkat kecemasan ibu.	Perbedaan dengan penelitian ini adalah meneliti hubungan dukungan sosial dengan tingkat kecemasan ibu pada anak dengan pneumonia sedangkan penelitian Rini Ernawati <i>et al</i> (2018) meneliti hubungan frekuensi hospitalisasi dengan tingkat kecemasan ibu yang memiliki anak leukimia.

Tabel 2.1 Hasil Penelitian Terkait

B. Landasan Teori

1. Dukungan Keluarga

a. Pengertian

Keluarga merupakan dua atau lebih individu yang bergabung karena terdapat hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga, yang berinteraksi satu dengan yang lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya (Friedman, 2010). Dukungan keluarga merupakan sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Dukungan

bisa berasal dari orang lain (orang tua, anak, suami, istri, atau saudara) yang dekat dengan subjek dimana bentuk dukungan berupa informasi, tingkah laku tertentu atau materi yang dapat menjadikan individu merasa disayangi, diperhatikan dan dicintai (Ali, 2009).

Menurut Friedman (2010) Dukungan keluarga yang dapat diberikan yaitu dukungan penilaian keluarga bertindak sebagai bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, keluarga memberikan support, penghargaan, perhatian. Dukungan instrumental adalah keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit, diantaranya kesehatan penderita dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, dan kelelahan merupakan bagian integral dari keseluruhan dukungan yang berpusat pada suatu pendekatan lingkungan sosial. Dukungan informasional yaitu keluarga memberikan nasehat, saran, dukungan jasmani maupun rohani. Dukungan emosional juga diberikan keluarga meliputi dukungan yang diwujudkan dalam bentuk afeksi, adanya kepercayaan, perhatian, mendengarkan.

Terdapat 2 sumber dukungan keluarga yaitu diantaranya ada dukungan keluarga internal, seperti dukungan dari suami dan istri serta dukungan dari saudara kandung sedangkan dukungan keluarga eksternal bagi keluarga inti (dalam jaringan kerja sosial keluarga), merupakan jaringan sosial keluarga secara sederhana adalah jaringan kerja sosial keluarga itu sendiri.

b. Fungsi Keluarga

Beberapa fungsi keluarga menurut Friedman (1998) yaitu :

1) Fungsi afektif (Fungsi pemeliharaan kepribadian)

Untuk stabilitas kepribadian keluarga dalam memenuhi kebutuhan – kebutuhan anggota keluarganya termasuk dalam mendapatkan kesehatan yang layak.

2) Fungsi sosialisasi

Untuk sosialisasi primer yang bertujuan untuk membuat anggota keluarga menjadi anggota masyarakat yang produktif.

3) Fungsi reproduktif

Menjaga kelangsungan generasi dan keberlangsungan hidup anggota keluarga.

4) Fungsi ekonomi

Menyediakan sumber ekonomi yang cukup dan alokasi efektif.

5) Fungsi – fungsi keperawatan kesehatan

Untuk pengadaa, perawatan dan penyediaan kebutuhan – kebutuhan fisik hingga kebutuhan akan perawatan kesehatan untuk anggota keluarga.

c. Manfaat Dukungan Sosial Keluarga

Dukungan sosial keluarga adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat dan jenis dukungan sosial berbeda-

beda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Namun demikian, dalam semua tahap siklus kehidupan, dukungan sosial keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal. Sebagai akibatnya, hal ini meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga (Friedman, 2008).

Wills dalam Friedman (2008) menyatakan bahwa dukungan keluarga dapat menimbulkan efek penyangga, yaitu dukungan keluarga menahan efek-efek negatif dari stress terhadap kesehatan dan efek utama, yaitu dukungan keluarga yang secara langsung mempengaruhi peningkatan kesehatan. Secara lebih spesifik, keberadaan dukungan sosial keluarga yang adekuat terbukti berhubungan dengan menurunnya mortalitas, lebih mudah sembuh dari sakit.

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Sosial Keluarga

Menurut Purnawan (dalam Rahayu, 2008), pemberian dukungan oleh keluarga dipengaruhi faktor internal dan faktor eksternal yang keduanya saling berhubungan. Faktor internal berasal dari individu itu sendiri meliputi faktor tahap perkembangan yaitu pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda pada setiap rentang usia (bayi–lansia). Selanjutnya adalah faktor pendidikan atau tingkat pengetahuan. Dalam hal ini kemampuan kognitif yang membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang

berhubungan dengan penyakit dalam upaya menjaga kesehatan dirinya. Kemudian, faktor emosi yang mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakan sesuatu. Respon emosi yang baik akan memberikan antisipasi penanganan yang baik terhadap berbagai tanda sakit namun jika respon emosinya buruk kemungkinan besar akan terjadi penyangkalan terhadap gejala penyakit yang ada.

Sarafino (2008) menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi apakah seseorang akan menerima dukungan sosial atau tidak. Faktor-faktor tersebut diantaranya adalah :

1) Faktor dari penerima dukungan (recipient)

Seseorang tidak akan menerima dukungan sosial dari orang lain jika ia tidak suka bersosial, tidak suka menolong orang lain, dan tidak ingin orang lain tahu bahwa ia membutuhkan bantuan. Beberapa orang terkadang tidak cukup asertif untuk memahami bahwa ia sebenarnya membutuhkan bantuan dari orang lain, atau merasa bahwa ia seharusnya mandiri dan tidak mengganggu orang lain, atau merasa tidak nyaman saat orang lain menolongnya, atau tidak tahu kepada siapa dia harus meminta pertolongan.

2) Faktor dari pemberi dukungan (providers)

Seseorang terkadang tidak memberikan dukungan sosial kepada orang lain ketika ia sendiri tidak memiliki sumber daya untuk

menolong orang lain atau tengah menghadapi stress, harus menolong dirinya sendiri, atau kurang sensitif terhadap sekitarnya sehingga tidak menyadari bahwa orang lain membutuhkan dukungan darinya.

e. Sumber-Sumber Dukungan Sosial

Dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan sosial yang di pandang oleh keluarga sebagai sesuatu yang dapat di akses atau diadakan untuk keluarga (dukungan sosial bisa atau tidak digunakan, tetapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan). Dukungan sosial keluarga dapat berupa dukungan sosial keluarga internal, seperti dukungan dari suami atau istri serta dukungan dari saudara kandung atau dukungan sosial keluarga eksternal (Friedman, 2008).

Menurut Rook dan Dooley (dalam Kuncoro, 2002) ada dua sumber dukungan keluarga yaitu sumber natural dan sumber artifisial. Dukungan keluarga yang natural diterima seseorang melalui interaksi sosial dalam kehidupannya secara spontan dengan orang-orang yang berada di sekitarnya, misalnya anggota keluarga (anak, istri, suami dan kerabat) teman dekat atau relasi. Dukungan keluarga ini bersifat non-formal. Sementara itu dukungan keluarga artifisial adalah dukungan sosial yang dirancang kedalam kebutuhan primer seseorang, misalnya dukungan keluarga akibat

bencana alam melalui berbagai sumbangan sosial. Dengan demikian, sumber dukungan keluarga natural memiliki berbagai perbedaan jika dibandingkan dengan dukungan keluarga artifisial. Perbedaan tersebut terletak pada keberadaan sumber dukungan keluarga natural bersifat apa adanya tanpa dibuat-buat sehingga lebih mudah diperoleh dan bersifat spontan. Sumber dukungan keluarga yang natural memiliki kesesuaian dengan nama berlaku tentang kapan sesuatu harus diberikan dan berakar dari hubungan yang telah berakar lama.

2. Kecemasan

a. Pengertian

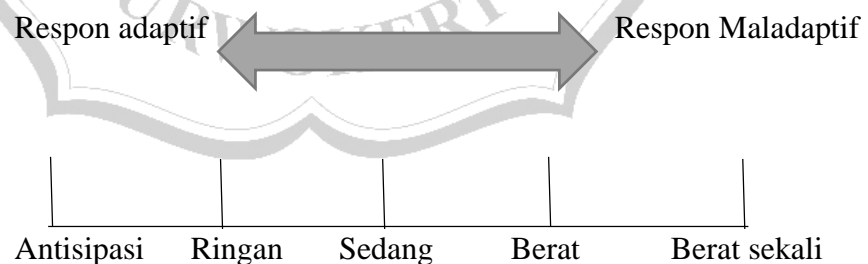
Kecemasan merupakan reaksi emosional terhadap persepsi adanya bahaya, baik nyata maupun hanya dibayangkan. Kecemasan merupakan reaksi umum terhadap penyakit karena penyakit dirasakan sebagai suatu ancaman: ancaman umum terhadap kehidupan, kesehatan dan kebutuhan tubuh: pemajaman dan rasa malu, ketidaknyamanan akibat nyeri dan kelelahan (Potter dan Perry, Smeltzer dan Bare, 2010).

Kecemasan atau dalam bahasa inggrisnya "*anxiety*" berasal dari bahasa latin yaitu "*angustus*" yang berarti kaku, dan "*ango, anci*" yang berarti mencekik (Pratiwi, 2010). Kecemasan adalah respon emosional terhadap penilaian individu yang subjektif yang mana keadaannya dipengaruhi dalam bawah sadar dan belum

diketahui pasti penyebabnya. Kecemasan, merupakan suatu kata yang dipergunakan oleh Freud untuk menggambarkan suatu efek negatif dan keterangsangan. Cemas mempunyai arti pengalaman psikis yang biasa dan wajar, yang pernah dialami setiap orang dalam rangka untuk memacu individu agar mengatasi masalah yang sedang dihadapi sebaik-baiknya (Herri, 2011).

Menurut Stuart (2013) kecemasan merupakan kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya, keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik.

Kecemasan dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat ansietas berat tidak sejalan dengan kehidupan. Dapat dilihat dalam suatu rentang:



Gambar 2.1 Rentang respon ansietas

b. Teori Kecemasan

Menurut Stuart (2006) ada beberapa teori yang menjelaskan mengenai kecemasan. Teori tersebut antara lain :

- 1) Teori psikoanalitik, kecemasan merupakan konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan norma budaya seseorang. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
- 2) Teori interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah terutama rentan mengalami kecemasan yang berat.
- 3) Teori perilaku, kecemasan adalah hasil dari frustrasi, yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli teori perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan.
- 4) Teori keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan kecemasan juga tumpang tindih antara gangguan kecemasan dan depresi.

- 5) Teori biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobitirat (GABA), yang berperan penting dalam biologi yang berhubungan dengan kecemasan.

c. Gejala-gejala Kecemasan

Menurut Stuart (2006), respon / gejala kecemasan ditandai pada empat aspek, yaitu :

- 1) Respon fisiologi terhadap kecemasan meliputi gangguan jantung berdebar, tekanan darah meninggu, rasa mau pingsan, pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun, napas cepat, napas pendek, tekanan pada dada, napas dangkal, pembengkakan pada tenggorok, sensasi tercekik, terengah-engah, reflek meningkat, reaksi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigiditas, gelisah, wajah tegang, kelemahan umum, kaki goyah, gerakan yang janggal, kehilangan nafsu makan, menolak makanan, rasa tidak nyaman pada abdomen, mual, rasa terbakar pada jantung, diare, tidak dapat menahan kecing sering berkemih, wajah kemerahan, keringat setempat, gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat, berkeringat seluruh tubuh.
- 2) Respon prilaku meliputi gelisah, ketegangan, tremor, gugup, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mendapat cedera,

menarik diri dari hubungan interpersonal, menghalangi, melarikan diri dari masalah, menghindari, hiperventilasi.

- 3) Kognitif meliputi perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, preokupasi, hambatan berfikir, bidang persepsi menurun, kreativitas menurun, produktivitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran diri meningkat, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kontrol, takut pada gambaran visual, takut cedera atau kematian.
- 4) Afektif meliputi mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, nervus, ketakutan, terror, gugup, gelisah.

d. Tingkat kecemasan

Menurut Asmadi (2008) ada empat tingkat kecemasan yang dialami individu yaitu ringan, sedang, berat, dan panik. Tiap tingkatan kecemasan mempunyai karakteristik atau manifestasi yang berbeda satu sama lain. Manifestasi kecemasan yang terjadi bergantung pada kematangan pribadi, pemahaman dalam menghadapi ketegangan, harga diri, dan mekanisme koping yang digunakannya.

- 1) Ansietas ringan, berhubungan dengan ketegangan dalam peristiwa sehari-hari. Kewaspadaan meningkat, persepsi terhadap lingkungan meningkat. Dapat menjadi motivasi positif untuk belajar dan menghasilkan kreativitas. Respon fisiologi:

sese kali napas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat sedikit, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, serta bibir bergetar. Respon kognitif : mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif, dan terangsang untuk melakukan tindakan. Respon perilaku dan emosi : tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, dan suara kadang-kadang meninggi.

2) Ansietas sedang, respon fisiolog : sering napas pendek, nadi ekstra sistol dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi, sakit kepala, sering berkemih, dan letih. Respon kognitif : memusatkan perhatiannya pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, lapang persepsi menyempit, dan rangsangan dari luar tidak mampu diterima. Respon perilaku dan emosi : gerakan tersentak-sentak, terlihat lebih tegang, bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur, dan perasaan tidak aman.

3) Ansietas berat : individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain. Respon fisiologi : napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan berkabut, serta tampak tegang. Respon kognitif : tidak mampu berfikir berat lagi dan membutuhkan banyak pengarahan/tuntunan, serta lapang persepsi menyempit.

Respon perilaku dan emosi : perasaan terancam meningkat dan komunikasi menjadi terganggu.

- 4) Panik, respon fisiologi : napas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, serta rendahnya koordinasi motorik. Respon kognitif : gangguan realitas, tidak dapat berfikir logis, persepsi terhadap lingkungan mengalami distorsi, dan ketidakmampuan memahami situasi. Respon perilaku dan emosi : agitasi, mengamuk dan marah, ketakutan, berteriak-teriak, kehilangan kendali/kontrol diri, perasaan terancam, serta dapat berbuat sesuatu yang membahayakan diri sendiri dan/atau orang lain.

e. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan

Menurut Suliswati, (2005) ada 2 faktor yang mempengaruhi kecemasan yaitu :

- 1) Faktor predisposisi yang meliputi :
 - a) Peristiwa traumatik yang dapat memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu baik krisis perkembangan atau situasional.
 - b) Konflik emosional yang dialami individu dan tidak terselesaikan dengan baik. Konflik antara id dan superego atau antara keinginan dan kenyataan dapat menimbulkan kecemasan pada individu.

- c) Konsep diri terganggu akan menimbulkan ketidakmampuan individu berpikir secara realitas sehingga akan menimbulkan kecemasan.
 - d) Frustrasi akan menimbulkan ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan yang berdampak terhadap ego.
 - e) Gangguan fisik akan menimbulkan kecemasan karena merupakan ancaman integritas fisik yang dapat mempengaruhi konsep diri individu.
 - f) Pola mekanisme koping keluarga atau pola keluarga menangani kecemasan akan mempengaruhi individu dalam berespons terhadap konflik yang dialami karena pola mekanisme koping individu banyak dipelajari dalam keluarga.
 - g) Riwayat gangguan kecemasan dalam keluarga akan mempengaruhi respon individu dalam berespon terhadap konflik dan mengatasi kecemasannya.
 - h) Medikasi yang dapat memicu terjadinya kecemasan adalah pengobatan yang mengandung benzodiazepin, karena benzodiazepin dapat menekan neurotransmitter gamma amino butyric acid (GABA) yang mengontrol aktivitas neuron di otak yang bertanggung jawab menghasilkan kecemasan.
- 2) Faktor presipitasi yang meliputi :

a) Ancaman terhadap integritas fisik, ketegangan yang mengancam integritas fisik meliputi :

(1) Sumber internal, meliputi kegagalan mekanisme fisiologi system imun, regulasi suhu tubuh, perubahan biologis normal.

(2) Sumber eksternal, meliputi paparan terhadap infeksi virus dan bakteri, polutan lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi, tidak adekuatnya tempat tinggal.

b) Ancaman terhadap harga diri meliputi sumber internal dan eksternal.

(1) Sumber internal, meliputi kesulitan dalam berhubungan interpersonal di rumah dan di tempat kerja, penyesuaian terhadap peran baru. Berbagai ancaman terhadap integritas fisik juga dapat mengancam harga diri.

(2) Sumber eksternal, meliputi kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok, sosial budaya.

3. Pneumonia

a. Pengertian

Pneumonia merupakan infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) dan mempunyai gejala batuk, sesak nafas, ronkhi dan infiltrate pada foto rongten. Terjadinya pneumonia pada

anak sering kali bersamaan dengan terjadinya proses infeksi akut pada bronchus yang sering disebut bronchopeumonia (Direktorat Jenderal P2PL, 2011).

Pneumonia adalah infeksi atau inflamasi pada saluran bawah yang dihubungkan dengan adanya gambaran peselubangan (opacity) pada foto dada (IDAI, 2010). Pneumonia adalah penyakit batuk, pilek disertai dengan sesak nafas atau nafas cepat.

Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) yang dapat disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti virus, jamur dan bakteri. Gejala penyakit pneumonia yaitu menggigil, demam, sakit kepala, batuk, mengeluarkan dahak, dan sesak napas (Kemenkes RI, 2017).

Jadi pneumonia adalah penyakit infeksi saluran nafas bawah akut yang mengenai jaringan paru (alveoli) dan sering menyerang balita dengan gejala batuk, sesak nafas, ronkhi.

b. Etiologi

Berdasarkan studi mikrobiologik penyebab utama pneumonia anak balita adalah *streptococcus pneumoniae/pneumococcus* (35-50%) dan *hemophilus influenza type b/ Hib* (10-30%), diikuti *staphylococcus aureus* dan *klebsiela pneumoniae* pada kasus berat. Bakteri lain seperti *mycoplasma pneumoniae*, *chlamydia spp*, *pseudomonas spp*, *Escherichia coli*. Pneumonia pada neonatus banyak disebabkan bakteri gram negatif

seperti *klebsiella spp* dan bakteri gram positif seperti *S. Pneumoniae*, *S. Aureus*. Penyebab pneumonia karena virus disebabkan *respiratory syncytial virus* (RCS), diikuti virus influenza A dan B, *parainfluenza*, *human metapneumovirus* dan *adenovirus*. Pneumonia dapat juga disebabkan oleh bahan-bahan lain misal bahan kimia (aspirasi makan/susu atau keracunan hidrokarbon pada minyak tanah atau bensin) (Said, 2010).

c. Tanda gejala

Gejala dari pneumonia yang biasa ditemukan pada balita dengan pneumonia antara lain : demam, batuk dengan nafas cepat, crackles (ronkhi pada auskultasi), kepala terangguk-angguk, pernapasan cuping hidung, tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam, merintih, sianosis. Dalam program penanggulangan penyakit ISPA atau pneumonia diklasifikasikan sebagai pneumonia sangat berat, pneumonia berat, pneumonia dan bukan pneumonia, berdasarkan ada atau tidaknya tanda bahaya, tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam dan frekwensi nafas dan dengan pengobatan yang spesifik untuk masing-masing derajat penyakit (WHO Indonesia, 2010).

d. Klasifikasi Pneumonia (Depkes RI, 2010)

Klasifikasi berdasarkan kelompok umur :

- 1) Anak umur < 2 bulan

a) Batuk bukan pneumonia

Seorang bayi berumur < 2 bulan diklasifikasikan menderita batuk bukan pneumonia apabila dari pemeriksaan : tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah kedalam yang kuat dan tidak ada nafas cepat, frekuensi nafas kurang dari 60x/menit (Depkes RI, 2010).

b) Pneumonia Berat

Seorang bayi berumur < 2 bulan diklasifikasikan menderita penyakit sangat berat apabila dari pemeriksaan ditemukan salah satu tanda bahaya yaitu kurang minum, kejang, kesadaran menurun atau sukar di bangunkan, stidor pada waktu anak tenang, wheezing, demam atau terlalu dingin. Di tandai dengan tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam yang kuat dan adanya napas cepat 60x/menit atau lebih. Semua pneumonia pada bayi berumur kurang dari 2 bulan di klasifikasikan sebagai pneumonia berat, tidak boleh diobati di rumah harus di rujuk ke rumah sakit (Depkes RI, 2010).

2) Anak umur 2 bulan sampai < 5 tahun

a) Batuk bukan pneumonia

Seorang anak berumur 2 bulan sampai < 5 tahun di klasifikasikan menderita batuk bukan pneumonia apabila dari pemeriksaan :

- (1) Tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam.
- (2) Tidak ada nafas cepat, frekuensi nafas kurang dari 50 x/menit untuk anak umur 2 bulan sampai < 12 bulan dan kurang dari 40 x/menit pada umur 12 bulan sampai < 5 tahun. Sebagian besar penderita batuk pilek tidak disertai tanda-tanda pneumonia (tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam dan nafas cepat). Hal ini berarti anak hanya menderita batuk-pilek dan di klasifikasikan sebagai batuk bukan pneumonia (Depkes RI, 2010).

b) Batuk dengan pneumonia

Seorang anak berumur < 2 bulan - < 5 tahun di klasifikasikan menderita batuk dengan pneumonia apabila :

- (1) Tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam.
- (2) Adanya nafas cepat, dengan frekuensi nafas 60x/menit pada bayi berumur < 2 bulan, 50 x/menit atau lebih pada anak umur 2 sampai 12 bulan dan 40 x/menit atau lebih pada umur 12 bulan sampai < 5 tahun (Depkes RI, 2010).

c) Batuk dengan pneumonia berat

Seorang anak berumur 2 bulan sampai < 5 tahun di klasifikasikan menderita batuk dengan pneumonia berat apabila terdapat tarikan dinding dada bagian bawah kedalam. Jika anak di klasifikasikan menderita pneumonia berat harus di rujuk segera ke rumah sakit (Depkes RI, 2010).

e. Pencegahan

Mencegah pneumonia adalah penyakit beresiko tinggi yang tanda awalnya mirip dengan flu, alangkah baiknya para orang tua tetap waspada dengan memperhatikan cara berikut ini (Misnadiarly, 2008) :

- 1) Menghindarkan bayi atau anak dari paparan asap rokok, polusi udara, dan tempat keramaian yang berpotensi penularan.
- 2) Menghindarkan bayi atau anak dari kontak dengan penderita ISPA.
- 3) Membiasakan memberikan ASI.
- 4) Segera berobat jika mendapati anak mengalami panas, batuk, pilek. Terlebih jika disertai suara serak, sesak nafas, dan adanya tarikan pada otot diantara rusuk (retraksi).
- 5) Periksa kembali jika dalam dua hari belum menampakkan perbaikan, dan segera ke rumah sakit jika kondisi anak memburuk.

- 6) Imunisasi, untuk meningkatkan kekebalan tubuh terhadap penyakit infeksi seperti imunisasi DPT.

f. Faktor risiko

Hasil penelitian dari berbagai negara termasuk Indonesia dan berbagai publikasi ilmiah dilaporkan faktor risiko baik yang meningkatkan insiden (morbiditas) maupun kematian (mortalitas) akibat pneumonia (Direktorat jenderal P2PL, 2011), adalah sebagai berikut :

- 1) Faktor risiko yang meningkatkan insiden pneumonia meliputi :
 - a) Faktor risiko pasti (definite) : malnutrisi, BBLR, tidak ASI eksklusif, tidak dapat imunisasi campak, polusi udara dalam rumah dan kepadatan penduduk, faktor risiko hampir pasti (likely) : asap rokok, defisiensi zine, kemampuan ibu merawat, penyakit penyerta (diare dan asma).
 - b) Faktor risiko (possible) : pendidikan ibu, udara dingin, defisiensi vitamin A, polusi udara luar, urutan kelahiran dalam keluarga, kemiskinan.

- 2) Faktor risiko yang meningkatkan angka kematian pneumonia

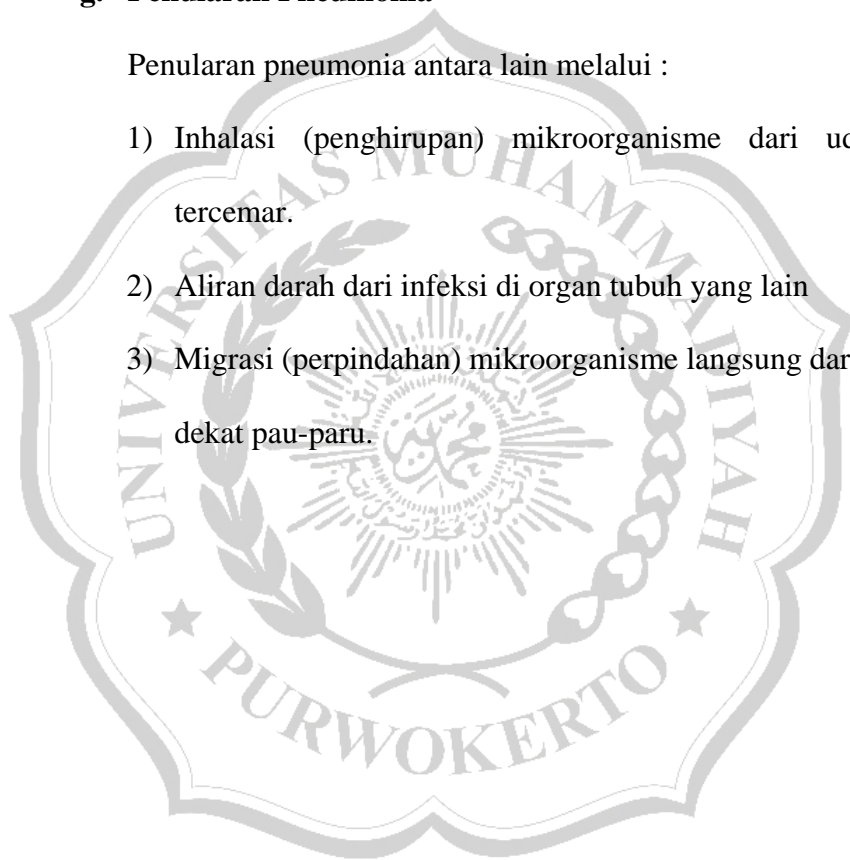
Faktor risiko yang meningkatkan angka kematian pneumonia ini perlu mendapatkan perhatian kita semua agar upaya penurunan kematian karena pneumonia dapat dicapai. Faktor risiko ini merupakan gabungan faktor risiko insidens seperti diatas ditambah dengan faktor tata laksana pelayanan kesehatan

terlatih yang memadai, kepatuhan tenaga keehatan terhadap pedoman, ketersediaan fasilitas yang diperlukan untuk tata laksana pneumonia (obat, oksigen, perawatan intensif), prasarana dan sistem rujukan.

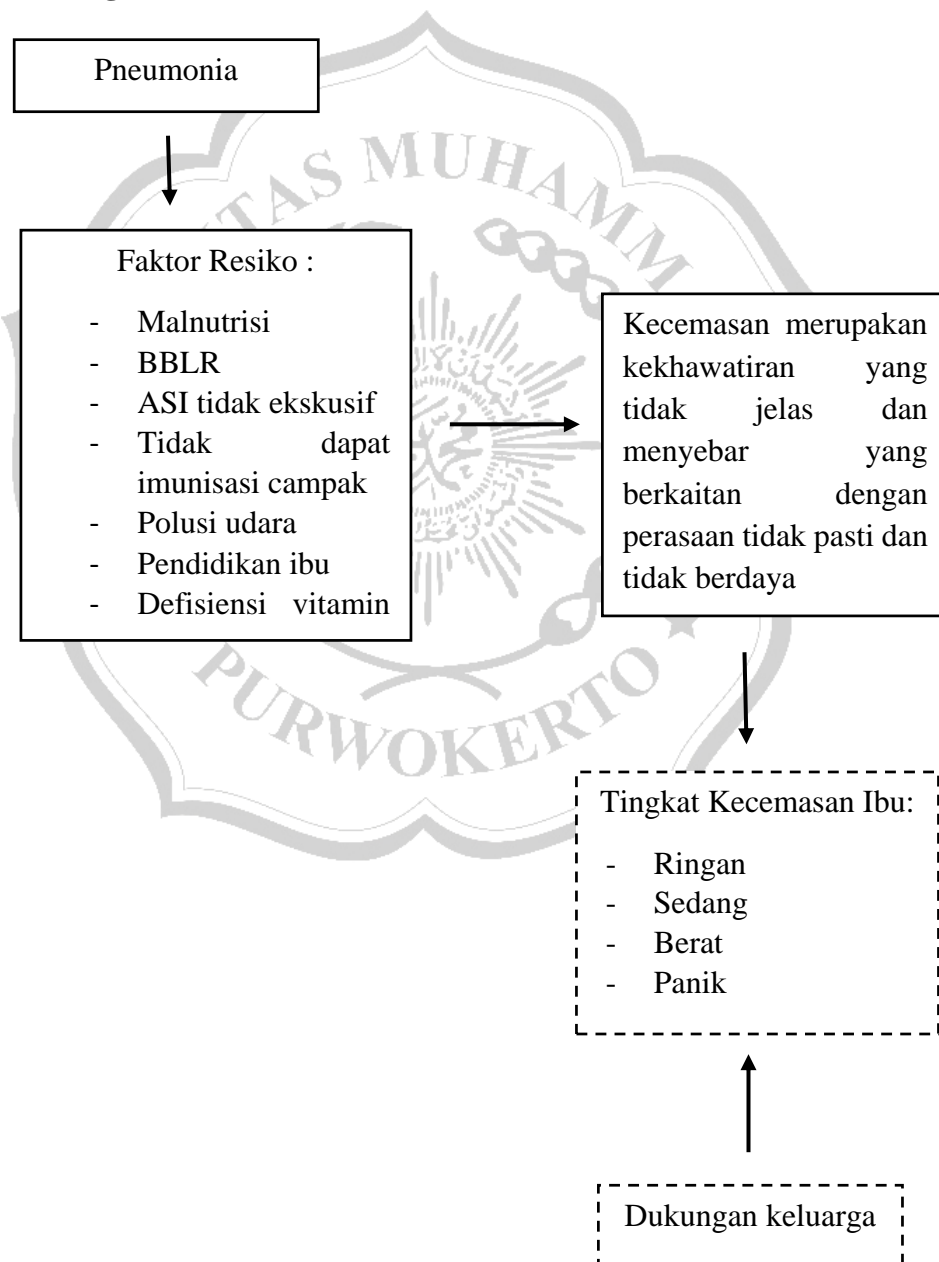
g. Penularan Pneumonia

Penularan pneumonia antara lain melalui :

- 1) Inhalasi (penghirupan) mikroorganisme dari udara yang tercemar.
- 2) Aliran darah dari infeksi di organ tubuh yang lain
- 3) Migrasi (perpindahan) mikroorganisme langsung dari infeksi di dekat pau-paru.



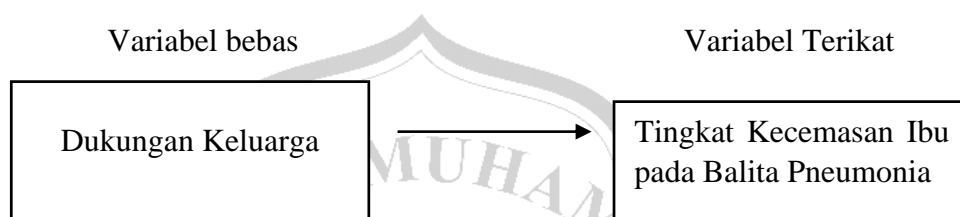
C. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber : Direktorat Jenderal P2PL (2011), Stuart (2006), Stuart (2013), Friedman (2010).

D. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari masalah penelitian (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan landasan teori dan kerangka konsep penelitian, maka rumusan masalah hipotesis dalam penelitian adalah :

- 1) Ha (Hipotesis Alternatif) merupakan hipotesis yang menyatakan terdapat hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat.

Ha : Terdapat hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan ibu pada balita yang mengalami pneumonia.

- 2) Ho (Hipotesis Nol) merupakan hipotesis yang menyatakan tidak adanya hubungan antar variabel.

Ho : Tidak terdapat hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan ibu pada balita yang mengalami pneumonia.

