
				berfokus pada kualitas hidup
Hamel Rivelino, Yanes Mulyadi (2014)	Hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme <i>koping</i> pada penderita DM Tipe 2 di Poliklinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Tobelo Kabupaten Halmahera	Penelitian ini adalah penelitian cross sectional dimana waktu pengukuran atau pengamatan data variabel independen dan dependen sekaligus pada satu saat.	Berdasarkan hasil penelitian diketahui ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan mekanisme <i>koping</i> pada penderita DM tipe 2.	<p>Persamaan :</p> <p>Kedua Variabel yang digunakan sama yaitu mekanisme <i>koping</i> individu dan tingkat kecemasan pasien yang menderita Diabetes Melitus</p> <p>Perbedaan :</p> <p>Karakteristik penyakit yang diteliti berbeda dan lokasi penelitian berbeda</p>

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Penyakit Ginjal Kronik

a. Pengertian Penyakit Ginjal Kronik

Penyakit ginjal kronik (PGK) merupakan keadaan terjadinya penurunan fungsi ginjal yang bersifat progresif dan *irreversible* sehingga

tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit. Penyakit ginjal kronik adalah penyimpangan fungsi ginjal yang tidak dapat pulih sehingga kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik, cairan dan elektrolit mengalami kegagalan yang mengakibatkan uremia. Penyakit ginjal kronik adalah destruksi struktur ginjal yang progresif dan terus menerus (Corwin EJ, 2009)

Kesimpulan dari beberapa pengertian diatas, penyakit ginjal kronik (PGK) adalah suatu gangguan pada fungsi ginjal yang bersifat terus-menerus (progresif) dan tidak dapat kembali seperti semula (*irreversible*) sehingga tubuh tidak bisa mempertahankan metabolisme, keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia.

- b. Tahap perkembangan penyakit ginjal kronik, menurut Baradero (2018) adalah sebagai berikut:

1) Stadium 1

Pada pemeriksaan darah, fungsi ginjal tampak masih baik, ginjal hanya mulai menunjukkan pembengkakan atau pembesaran ringan karena glukosa dalam peredaran darah ginjal bertambah. Stadium 1 gagal ginjal terjadi penurunan fungsi ginjal sekitar 40-75% nefron tidak berfungsi, laju filtrasi glomerulus 40-50% normal, BUN dan kreatinin serum masih normal, selain itu penderita belum menyadari bahwa dirinya menderita penyakit ginjal.

2) Stadium 2

Pada stadium 2 sudah terjadi gagal ginjal, 75-80% nefron tidak berfungsi, laju filtrasi glomerulus 20-40% normal, BUN dan kreatinin serum mulai meningkat, penderita akan mengalami anemia ringan, nokturia dan polyuria.

3) Stadium 3

Stadium 3 ini terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus 10-20%, BUN dan kreatinin serum meningkat, terjadi anemia, asidosis metabolik, peningkatan berat jenis urine, polyuria dan nokturia.

4) Stadium 4

Pada stadium 4 disebut juga ESRD (*end-stage renal disease*) ditandai dengan >85% nefron tidak berfungsi, laju filtrasi glomerulus kurang dari 10%, BUN dan kreatinin tinggi, anemia, azotemia, dan asidosis metabolik, berat jenis urine tetap 1,010, dan penderita oliguria.

c. Penyebab penyakit ginjal kronik

Penyebab utama dari penyakit ginjal kronik menurut Baradero (2008) adalah glomerulonefritis (45%), diabetes mellitus (32%) dan hipertensi (28%).

1) Glomerulonefritis

Glomerulonefritis merupakan penyebab gagal ginjal pada sepertiga pasien yang membutuhkan dialisis atau transplantasi. Pada pemeriksaan USG, pasien penyakit ginjal kronik dapat memiliki ginjal yang kecil dan menyusut, serta perubahan gambaran fibriotik kronis dengan glomerulosklerosis pada biopsi. Penyakit tersebut semakin diperkuat apabila terdapat riwayat proteinuria/hematuria sebelumnya.

2) Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus dapat menyebabkan lesi ginjal yang ditandai dengan adanya mikroalbuminuria yang kemudian berkembang menjadi sindrom nefrotik. Sehingga dapat terjadi penurunan fungsi ekskresi ginjal secara bertahap yang berakibat meningkatnya kreatinin dan ureum dalam darah.

3) Hipertensi

Hipertensi dapat menyebabkan kerusakan renovaskular atau kerusakan glomerulus. Mekanisme pengendalian tekanan darah apabila tekanan darah turun maka ginjal akan mengeluarkan zat yang menaikkan tekanan darah. Hipertensi berhubungan erat dengan fungsi ginjal. Kelainan fungsi ginjal yang dapat mengakibatkan gagal ginjal.

d. Patofisiologi

Saat ginjal mengalami penurunan fungsi sebesar 25%, belum terlihat tanda dan gejala mengalami penyakit ginjal karena sebagian nefron yang masih utuh dan berfungsi mengambil alih fungsi nefron yang telah rusak. Nefron yang masih utuh dan berfungsi akan terus meningkatkan laju filtrasi, reabsorpsi dan sekresi sehingga akan mengalami hipertrofi dan menghasilkan filtrat dalam jumlah banyak.

Reabsorpsi tubula juga meningkat walaupun laju filtrat glomerulus semakin berkurang. Kompensasi nefron yang masih utuh dapat membuat ginjal mempertahankan fungsinya sampai tiga perempat nefron yang rusak. Namun pada akhirnya nefron yang utuh dan sehat akan rusak dan tidak berfungsi lagi karena harus mengambil alih tugas nefron yang telah rusak. Akhirnya, nefron yang rusak bertambah dan terjadi oliguria akibat sisa metabolisme tidak diekskresikan (Corwin E.J, 2009).

Penurunan fungsi ginjal pada penyakit ginjal kronik mengakibatkan produk akhir metabolisme protein yang mulanya diekresikan melalui urin tertimbun didalam darah sehingga menyebabkan uremia. Uremia mempengaruhi sistem tubuh dan menyebabkan tanda gejala penyakit ginjal yang dialami semakin berat.

Ketidakeimbangan cairan dan elektrolit terjadi akibat urine tidak dapat diencerkan secara normal. Penurunan laju filtrasi glomerulus menyebabkan ginjal tidak mampu membersihkan substansi darah yang menimbulkan penurunan pembersihan kreatinin sehingga kadar kreatinin serum meningkat. Hal tersebut menyebabkan anoreksia karena adanya

gangguan metabolisme protein dalam usus sehingga timbul mual muntah yang pada akhirnya terjadi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Akibat mengeluarkan muatan asam yang berlebihan karena pengaruh fungsi ginjal, maka akan terjadi asidosis metabolik. Produksi hormon eritropin akan mengalami penurunan sehingga menimbulkan anemia dan keletihan kronis yang menyebabkan penurunan oksigenasi jaringan di seluruh tubuh. Selain itu, refleks untuk meningkatkan curah jantung akan lebih aktif guna memperbaiki oksigenasi.

Refleks tersebut meliputi aktivasi susunan saraf simpatis dan peningkatan curah jantung. Adanya perubahan-perubahan yang terjadi menyebabkan pasien penyakit ginjal kronik akan selalu disertai dengan faktor risiko yang terkait dengan penyakit jantung (Corwin EJ, 2009).

Gagal jantung kongestif akan terjadi akibat peningkatan natrium dan cairan yang tertahan dimana terjadi penumpukan cairan atau edema dan *ascites*. Sehingga pasien akan mengalami sesak nafas akibat asupan zat oksigen dengan kebutuhan tidak seimbang.

e. Manifestasi klinis penyakit ginjal kronik

Menurut Baughman DC (2010) setiap pasien yang menderita PGK akan menunjukkan beberapa tanda dan gejala yang berbeda sesuai dengan tingkat kerusakan ginjal. Tanda dan gejala penyakit ginjal kronik meliputi:

- 1) Gejala-gejala pada sistem kardiovaskular meliputi hipertensi, gagal ginjal kongestif, edema pulmonal, perikarditis.
- 2) Gejala-gejala dermatologis meliputi gatal-gatal hebat (pruritus),

serangan uremik tidak umum karena pengobatan dini dan agresif.

- 3) Gejala-gejala gastrointestinal meliputi anoreksia, mual, muntah dan cegukan, penurunan aliran saliva, rasa haus, kehilangan kemampuan penghidu dan pengecap, dan parotitis atau stomatitis.
- 4) Perubahan neuromuskular meliputi perubahan tingkat kesadaran, mental kacau, ketidakmampuan berkonsentrasi, kedutan otot dan kejang.
- 5) Perubahan hematologis meliputi kecenderungan perdarahan.
- 6) Keletihan dan letargi, sakit kepala, kelemahan umum.
- 7) Pasien secara bertahap akan lebih mengantuk, karakter pernafasan menjadi kussmaul, dan terjadi koma, sering dengan konvulsi (kedutan mioklonik) atau kedutan otot.

f. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien penyakit ginjal kronik secara umum meliputi pencegahan dan pengobatan penyakit ginjal kronik serta komplikasinya menghambat laju penurunan fungsi ginjal secara progresif, pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit kardiovaskuler serta persiapan dan pemilihan terapi pengganti ginjal terutama jika terjadi tanda dan gejala uremia (Farid J, 2009)

Terapi farmakologis dan nonfarmakologis pada pasien penyakit ginjal harus diperhatikan. Terapi farmakologis antara lain yaitu mengontrol tekan darah, kadar kreatinin, kadar gula darah pasien diabetes mellitus dengan menghindari mengkonsumsi metformin dan obat-obatan

sulfonylurea, mengecek hemoglobin, kadar kalsium karbonat atau kalsium asetat serta terapi pengganti ginjal. Terapi nonfarmakologis meliputi pengaturan asupan diet seperti protein, kalori, lemak, karbohidrat, garam dan mineral serta cairan (Smeltzer S, Bare B, 2012).

Asupan protein pasien nondialisis 0,6-0,75 g/kgBB ideal/hari sesuai dengan toleransi pasien, sedangkan pasien hemodialisa sebanyak 1-1,2 g/kgBB ideal/hari dan pasien peritoneal dialisis 1,3 g/kgBB ideal/hari. Pengaturan asupan kalori sebesar 35 Kal/kgBB ideal/hari, asupan lemak sebanyak 30-40% dari kalori total dan mengandung jumlah yang sama antara lemak bebas jenuh maupun lemak tidak jenuh. Asupan karbohidrat sebesar 50-60% dari kalori total, pengaturan asupan garam dan mineral terdiri dari garam (NaCl) 2-3 g/hari, kalium 40-70 mEq/kgBB/hari, pasien hemodialisa 17 mg/hari, kalsium 1400-1600 mg/hari, zat besi 10-18 mg/hari, magnesium 200-300 mg/hari. Asam folat pasien hemodialisa sebanyak 5 mg serta air terhitung dari jumlah urine 24 jam + 500 ml (*insensible water loss*) (Farid J, 2009).

g. Komplikasi penyakit ginjal kronik

Penyakit ginjal kronik dapat menyebabkan beberapa komplikasi antara lain adalah:

1) Osteodistrofi ginjal

Osteodistrofi ginjal merupakan kelainan tulang yang disebabkan karena tulang kehilangan kalsium akibat gangguan metabolisme mineral. Jika kadar kalsium dan fosfat dalam darah sangat tinggi, akan terjadi pengendapan garam kalsium fosfat di berbagai jaringan lunak. Kelainan ini dapat ditandai dengan nyeri pada persendian (*arthritis*), batu ginjal (*nefrolaksonosis*), pengerasan dan penyumbatan pembuluh darah, gangguan irama jantung dan gangguan penglihatan. Terapi untuk penderita penyakit tulang yaitu dengan membatasi mengkonsumsi makanan yang mengandung fosfat atau tanpa pengikat fosfat (kalsium karbonat) (Rubenstein D, Wanney D, Brandle J, 2016)

2) Penyakit kardiovaskuler

Penyakit kardiovaskuler merupakan penyebab mortalitas tertinggi pada pasien penyakit ginjal kronik. Pada penyakit ini, jantung kehilangan kemampuan untuk memompa darah dalam jumlah yang memadai untuk dialirkan ke seluruh tubuh tetapi jantung tetap bekerja walaupun kekuatan memompa atau daya tampungnya berkurang. Gagal jantung pada penderita penyakit ginjal kronik diawali dari anemia yang mengakibatkan jantung harus bekerja lebih keras sehingga terjadi pelebaran pada ventrikel kiri. Jika terjadi pelebaran ventrikel kiri secara terus menerus akan menyebabkan otot jantung melemah dan tidak mampu lagi memompa darah sebagaimana mestinya (Alam S, Hadibroto, 2017)

3) Anemia

Anemia pada penderita penyakit ginjal terjadi karena gangguan pada produksi hormon eritropoietin yang bertugas mematangkan sel darah agar tubuh dapat menghasilkan energi yang dibutuhkan untuk mendukung kegiatan sehari-hari. Akibat gangguan tersebut, tubuh kekurangan energi karena sel darah merah yang bertugas mengangkut energi ke seluruh tubuh dan jaringan tidak mencukupi. Gejala gangguan sirkulasi darah lain yaitu kesemutan, kurang energi, cepat lelah, luka sembuh lemah lama, kehilangan rasa (baal) pada kaki dan tangan.

4) Disfungsi seksual

Penyakit ginjal kronik dapat menyebabkan disfungsi seksual seperti penurunan libido, impoten dan disfungsi ereksi. Disfungsi ereksi pada penderita penyakit ginjal kronis dapat disebabkan karena abnormalitas sistem *control neurohormonal* pada sistem hormon ereksi di *hypothalamic-pituitary-gonadal axis*, *hiperparatiroid*, gangguan pada korpora spongium penis dan terjadinya penurunan pasokan arteri atau vena pada penis.

Selain itu, disfungsi ereksi penderita dipengaruhi oleh psikologis penderita yang mengalami perubahan emosi sehingga menguras energi dan cenderung tidak ingin melakukan hubungan seksual. Disfungsi ereksi hampir diderita semua pasien penyakit ginjal kronik pada derajat terakhir (Rafiuddin, M, 2009).

2. Konsep Hemodialisa

a. Pengertian hemodialisa

Hemodialisa dapat didefinisikan sebagai suatu proses perubahan komposisi solute darah oleh larutan lain (cairan dialisat) melalui membran semi permeabel (membran dialisis). Tetapi pada prinsipnya, hemodialisa adalah suatu proses pemisahan atau penyaringan atau pembersihan darah melalui suatu membran semipermeabel yang dilakukan pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal baik akut maupun kronik (Suhardjono, 2014).

Hemodialisa adalah salah satu terapi pengganti ginjal untuk pasien penyakit ginjal kronik. Terapi ini dilakukan untuk menggantikan fungsi ginjal yang rusak (Brunner & Suddarth, 2011)

Hemodialisa adalah pengalihan darah pasien dari tubuhnya melalui dialiser yang terjadi secara difusi dan ultrafiltrasi, kemudian darah kembali lagi ke dalam tubuh pasien. Hemodialisa merupakan suatu proses yang menggunakan sistem dialisis eksternal untuk membuang cairan yang berlebihan dan toksin dari darah dan mengoreksi ketidakseimbangan elektrolit (Muttaqin A , 2011)

Jadi hemodialisa adalah proses penyaringan darah untuk membuang kelebihan cairan dan toksin dalam darah dengan tujuan untuk menyeimbangkan elektrolit yang dilakukan dengan bantuan dialiser melalui proses difusi dan ultrafiltrasi.

b. Prinsip hemodialisa

Terdapat 3 komponen utama yang terlibat dalam proses hemodialisa yaitu alat dialiser, cairan dialisat dan sistem penghantaran darah. Dialiser adalah alat dalam proses dialisis yang mampu mengalirkan darah dan dialisat dalam kompartemen-kompartemen di dalamnya, dengan dibatasi membran semi permeabel (Depner, 2015).

Hemodialisa merupakan gabungan dari proses difusi dan ultrafiltrasi. Difusi adalah perpindahan zat terlarut melalui membran semipermeabel. Laju difusi terbesar terjadi pada perbedaan konsentrasi molekul terbesar. Ini adalah mekanisme utama untuk mengeluarkan molekul kecil seperti urea, kreatinin, elektrolit, dan untuk menambahkan serum bikarbonat. Zat terlarut yang terikat dengan protein tidak dapat dibuang melalui difusi karena protein yang terikat tidak dapat menembus membran (Suhardjono, 2014). Sedangkan ultrafiltrasi adalah aliran konveksi (air dan zat terlarut) yang terjadi karena adanya perbedaan tekanan hidrostatis maupun tekanan osmotik.

Ultrafiltrasi terjadi karena perbedaan positif pada kompartemen darah dengan tekanan negatif yang terbentuk pada kompartemen dialisat yang dihasilkan oleh pompa dialisat. (*Transmembran Pressure*). Pada proses hemodialisa, proses difusi dan filtrasi berjalan secara bersamaan serta dapat diprogram sesuai dengan keadaan klinis pasien. Dalam proses hemodialisa, cairan dialisat mengalir berlawanan arah dengan darah, sehingga tetap mempertahankan kecepatan difusi yang optimal (Suhardjono, 2014).

Hemofiltrasi serupa dengan filtrasi glomerulus. Jika darah dipompa pada tekanan hidrostatik yang lebih tinggi daripada cairan disisi lain membran, maka air dalam darah akan dipaksa bergerak melewati membran dengan cara ultrafiltrasi, dengan membawa serta elektrolit dan zat terlarut lainnya (O'Callaghan, 2009).

Berbeda dengan HD, Hemofiltrasi (HF) memakai prinsip konveksi dengan tekanan hidrostatik dan membran high flux, sehingga ultrafiltrat yang berupa larutan (air dan zat terlarut) dapat banyak keluar melalui membran dialiser. Plasma ultrafiltrat digantikan dengan elektrolit atau cairan yang diproduksi oleh mesin dialisis sendiri secara *online*. Hemodiafiltrasi (HDF) menggabungkan manfaat dari hemodialisa dan hemofiltrasi.

Pada pasien Penyakit Ginjal Kronik tahap akhir, hemodiafiltrasi digunakan sebagai terapi pengganti intermiten untuk keadaan-keadaan khusus. HDF memberikan beberapa manfaat dalam optimalisasi koreksi anemia, mengurangi atau mengatasi inflamasi, stress oksidatif, profil lipid, dan produk kalsium-fosfat pasien penyakit ginjal kronik tahap akhir. Tetapi saat ini terapi HDF ini masih mahal, sehingga masih terbatas digunakan (Suhardjono, 2014).

Hemodialisa memerlukan akses ke sirkulasi darah pasien, suatu mekanisme untuk membawa darah pasien ke dan dari *dializen* (tempat terjadi pertukaran cairan, elektrolit dan zat sisa tubuh) serta dialiser. Ada lima cara memperoleh akses ke sirkulasi darah pasien yaitu *fistula*

arteriovena, graft arteriovena, shunt (pirai) arteriovena eksternal, kateterisasi vena femoralis, kateterisasi vena subklavikula. Secara garis besar, hemodialisa terjadi dalam 3 proses utama yaitu:

- 1) Proses difusi adalah perpindahan bahan terlarut karena perubahan kadar dalam di dalam darah dan di dalam dialisat. Semakin tinggi perbedaan kadar dalam darah maka semakin banyak bahan yang dipindahkan ke dalam dialisat.
- 2) Proses ultrafiltrasi adalah proses perpindahan air dan bahan terlarut karena perbedaan tekanan hidrostatik dalam darah dan dialisat.
- 3) Proses osmosis adalah proses berpindahnya air karena tekanan kimia yaitu perbedaan osmolaritas darah dan dialisat (Baradero, 2018)

Proses hemodialisa yaitu darah ditarik dari dalam tubuh dan dipompa melalui suatu ginjal buatan atau alat dialisis dan kemudian dikembalikan ke dalam tubuh. Darah mengalir ke salah satu sisi membran semipermeabel dan fluida khusus yang disebut dialisat yang mengalir pada sisi yang lain. Dialisat sebagian besar terdiri dari air tetapi dapat juga mengandung substansi lain seperti glukosa dan bikarbonat.

Molekul-molekul besar seperti sel darah merah dan protein tidak dapat melewati membran alat dialisis. Namun demikian, membran ini dapat dilewati molekul kecil, seperti ion kalium, kreatinin dan urea dengan cara difusi menuruni gradient konsentrasinya. Molekul-molekul kecil dapat berdifusi dari darah ke dialisat (urea, kalium, dan kreatinin) atau dari dialisat ke darah (glukosa dan bikarbonat) yang dipengaruhi oleh konsentrasinya.

Dialisis dipompa secara terus menerus dan alirannya berlawanan dengan aliran darah untuk mempertahankan gradient konsentrasi (James, Joynes., Colin Baker HS, 2016).

Gradien tekanan terdapat pada setiap sisi membrane dialisis dan dideskripsikan sebagai tekanan transmembran. Hal ini memungkinkan terjadinya filtrasi air dan zat terlarut lainnya dari darah. Perubahan gradien tekanan memungkinkan pengaturan air yang dikeluarkan dari darah saat bergerak melalui alat dialisis. Dialisis merupakan terapi yang terus dilakukan dan rata-rata dilakukan tiga kali seminggu, setiap sesi berlangsung 3-5 jam tergantung pada pasien. Segera setelah proses dialisis selesai kemudian dilakukan penimbangan berat badan pasien, pengukuran tanda-tanda vital diperiksa, pengambilan spesimen darah untuk mengetahui kadar elektrolit serum dan zat sisa tubuh (James, Joynes., Colin Baker HS, 2016).

c. Lama Terapi Hemodialisa

KDOQI merekomendasikan bahwa pasien dengan *residual kidney function* rendah (kurang dari 2 ml/menit) menjalani hemodialisa tiga kali seminggu dengan durasi 3 jam setiap kali hemodialisa (Rocco et al., 2015). Pranoto (2010) membagi lama terapi hemodialisis menjadi 3 yaitu, kurang dari 12 bulan, 12-24 bulan, dan lebih dari 24 bulan (Pranoto, 2010).

Pasien yang menjalani hemodialisa selama lebih dari 10 tahun kemudian melakukan transplantasi ginjal memiliki outcome yang lebih buruk dibandingkan dengan pasien yang melakukan transplantasi ginjal

yang sebelumnya melakukan terapi hemodialisa dalam waktu yang lebih singkat (Campbell Walsh, 2012).

Proses hemodialisa dapat menyebabkan beberapa komplikasi diantaranya adalah hipotensi yang dapat terjadi selama terapi hemodialisa ketika cairan dikeluarkan, emboli udara terjadi ketika udara memasuki sistem vaskuler, nyeri dada terjadi ketika PCO₂ menurun bersama dengan terjadinya sirkulasi darah diluar tubuh, pruritus terjadi selama terapi hemodialisa, gangguan keseimbangan dialisis terjadi ketika perpindahan cairan serebral dan muncul sebagai serangan kejang, kram otot, dan mual muntah.

d. Dampak psikologis dari hemodialisa

Dampak hemodialisa antara adalah menimbulkan ketidaknyamanan, menurunnya kualitas hidup meliputi kesehatan fisik, psikologis, spiritual, status sosial ekonomi dan dinamika keluarga. Dampak psikologis dari hemodialisa sangat kompleks dan akan mempengaruhi kesehatan fisik, sosial maupun spiritual. Dampak psikologis ditandai dengan rasa putus asa, malu, merasa bersalah, cemas, stres, dan depresi. Farida menyatakan bahwa semakin tinggi kejadian cemas dan depresi maka kualitas hidup hidup semakin rendah (Farida A, 2010).

3. Konsep Kecemasan

a) Pengertian Kecemasan

Pada dasarnya, kecemasan merupakan hal wajar yang pernah dialami oleh setiap manusia. Kecemasan sudah dianggap sebagai bagian dari

kehidupan sehari-hari. Kecemasan adalah suatu perasaan yang sifatnya umum, dimana seseorang merasa ketakutan atau kehilangan kepercayaan diri yang tidak jelas asal maupun wujudnya (Sutardjo Wiramihardja, 2015).

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 bias muncul sendiri atau bergabung dengan gejala-gejala lain dari berbagai gangguan emosi (Savitri Ramaiah, 2013).

Menurut Kaplan, Sadock, dan Grebb (Fitri Fauziah & Julianti Widuri, 2017) kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Kecemasan adalah reaksi yang dapat dialami siapapun. Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya.

Kecemasan merupakan suatu perasaan subjektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai reaksi umum dari ketidakmampuan mengatasi suatu masalah atau tidak adanya rasa aman. Perasaan yang tidak menentu tersebut pada umumnya tidak menyenangkan yang nantinya akan menimbulkan atau disertai perubahan fisiologis dan psikologis (Kholil Lur Rochman, 2010).

Namora Lumongga Lubis (2009) menjelaskan bahwa kecemasan adalah tanggapan dari sebuah ancaman nyata ataupun khayal. Individu mengalami kecemasan karena adanya ketidakpastian dimasa mendatang. Kecemasan dialami ketika berfikir tentang sesuatu tidak menyenangkan yang akan terjadi. Sedangkan Siti Sundari (2014) memahami kecemasan sebagai suatu keadaan yang menggoncangkan karena adanya ancaman terhadap kesehatan.

Nevid Jeffrey S, Rathus Spencer A, & Greene Beverly (2015) memberikan pengertian tentang kecemasan sebagai suatu keadaan emosional yang mempunyai ciri keterangsangan fisiologis, perasaan tegang yang tidak menyenangkan, dan kekhawatiran bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi. Kecemasan adalah rasa khawatir , takut yang tidak jelas sebabnya. Kecemasan juga merupakan kekuatan yang besar dalam menggerakkan tingkah laku, baik tingkah laku yang menyimpang ataupun yang terganggu. Keduanya merupakan pernyataan, penampilan, penjelmaan dari pertahanan terhadap kecemasan tersebut (Singgih D. Gunarsa, 2018).

Kesimpulan yang dapat diambil dari beberapa pendapat diatas bahwa kecemasan adalah rasa takut atau khawatir pada situasi tertentu yang sangat mengancam yang dapat menyebabkan kegelisahan karena adanya ketidakpastian dimasa mendatang serta ketakutan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi.

b) Gejala-gejala Kecemasan

Kecemasan adalah suatu keadaan yang menggoncangkan karena adanya ancaman terhadap kesehatan. Individu-individu yang tergolong normal kadang kala mengalami kecemasan yang menampak, sehingga dapat disaksikan pada penampilan yang berupa gejala-gejala fisik maupun mental. Gejala tersebut lebih jelas pada individu yang mengalami gangguan mental. Lebih jelas lagi bagi individu yang mengidap penyakit mental yang parah. Gejala-gejala yang bersifat fisik diantaranya adalah : jari tangan dingin, detak jantung makin cepat, berkeringat dingin, kepala pusing, nafsu makan berkurang, tidur tidak nyenyak, dada sesak. Gejala yang bersifat mental adalah : ketakutan merasa akan ditimpa bahaya, tidak dapat memusatkan perhatian, tidak tenteram, ingin lari dari kenyataan (Siti Sundari, 2014).

Kecemasan juga memiliki karakteristik berupa munculnya perasaan takut dan kehati-hatian atau kewaspadaan yang tidak jelas dan tidak menyenangkan. Gejala-gejala kecemasan yang muncul dapat berbeda pada masing-masing orang. Kaplan, Sadock, & Grebb (Fitri Fauziah & Julianti Widury, 2017) menyebutkan bahwa takut dan cemas merupakan dua emosi yang berfungsi sebagai tanda akan adanya suatu bahaya. Rasa takut muncul jika terdapat ancaman yang jelas atau nyata, berasal dari lingkungan, dan tidak menimbulkan konflik bagi individu. Sedangkan kecemasan muncul jika bahaya berasal dari dalam diri, tidak jelas, atau menyebabkan konflik bagi individu.

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) mengemukakan beberapa gejala-gejala dari kecemasan antara lain :

- 1) Ada saja 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.
- 2) Adanya emosi-emosi yang kuat dan sangat tidak stabil. Suka marah dan sering dalam keadaan *exited* (heboh) yang memuncak, sangat irritable, akan tetapi sering juga dihindangi depresi.
- 3) Diikuti oleh bermacam-macam fantasi, delusi, ilusi, dan delusion of persecution (delusi yang dikejar-kejar).
- 4) Sering merasa mual dan muntah-muntah, badan terasa sangat lelah, banyak berkeringat, gemetar, dan seringkali menderita diare.
- 5) Muncul ketegangan dan ketakutan yang kronis yang menyebabkan tekanan jantung menjadi sangat cepat atau tekanan darah tinggi.

Nevid Jeffrey S, Spencer A, & Greene Beverly (2015) mengklasifikasikan gejala-gejala kecemasan dalam tiga jenis gejala, diantaranya yaitu :

- 1) Gejala fisik dari kecemasan yaitu : kegelisahan, anggota tubuh bergetar, banyak berkeringat, sulit bernafas, jantung berdetak kencang, merasa lemas, panas dingin, mudah marah atau tersinggung.
- 2) Gejala behavioral dari kecemasan yaitu : berperilaku menghindar, terguncang, melekat dan dependen.

3) 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.

c) Faktor-Faktor Penyebab Kecemasan

Kecemasan sering kali berkembang selama jangka waktu dan sebagian besar tergantung pada seluruh pengalaman hidup seseorang. Peristiwa peristiwa atau situasi khusus dapat mempercepat munculnya serangan kecemasan. Menurut Savitri Ramaiah (2013) ada beberapa faktor yang menunjukkan reaksi kecemasan, diantaranya yaitu :

1) Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berfikir individu tentang diri sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya pengalaman yang tidak menyenangkan pada individu dengan keluarga, sahabat, ataupun dengan rekan kerja. Sehingga individu tersebut merasa tidak aman terhadap lingkungannya.

2) Emosi Yang Ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika individu tidak mampu menemukan jalan keluar untuk perasaannya sendiri dalam hubungan personal ini, terutama jika dirinya menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang sangat lama.

3) Sebab-Sebab Fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. Hal ini terlihat dalam kondisi seperti misalnya kehamilan, semasa remaja dan sewaktu pulih dari suatu penyakit. Selama ditimpa kondisi-kondisi ini, perubahan-perubahan perasaan lazim muncul, dan ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan.

Zakiah Daradjat (Kholil Lur Rochman, 2010) mengemukakan beberapa penyebab dari kecemasan yaitu :

- 1) Rasa cemas yang timbul akibat melihat adanya bahaya yang mengancam dirinya. Kecemasan ini lebih dekat dengan rasa takut, karena sumbernya terlihat jelas didalam pikiran
- 2) Cemas karena merasa berdosa atau bersalah, karena melakukan hal-hal yang berlawanan dengan keyakinan atau hati nurani. Kecemasan ini sering pula menyertai gejala-gejala gangguan mental, yang kadang-kadang terlihat dalam bentuk yang umum.
- 3) Kecemasan yang berupa penyakit dan terlihat dalam beberapa bentuk. Kecemasan ini disebabkan oleh hal yang tidak jelas dan tidak berhubungan dengan apapun yang terkadang disertai dengan perasaan takut yang mempengaruhi keseluruhan kepribadian penderitanya.

Kecemasan hadir karena adanya suatu emosi yang berlebihan. Selain itu, keduanya mampu hadir karena lingkungan yang menyertainya, baik lingkungan keluarga, sekolah, maupun penyebabnya. Musfir Az-Zahrani

(2015) menyebutkan faktor yang mempengaruhi adanya kecemasan yaitu:

1) Lingkungan keluarga

Keadaan rumah dengan kondisi yang penuh dengan pertengkaran atau penuh dengan kesalahpahaman serta adanya ketidakpedulian orangtua terhadap anak-anaknya, dapat menyebabkan ketidaknyamanan serta kecemasan pada anak saat berada didalam rumah

2) Lingkungan Sosial

Lingkungan sosial adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan individu. Jika individu tersebut berada pada lingkungan yang tidak baik, dan individu tersebut menimbulkan suatu perilaku yang buruk, maka akan menimbulkan adanya berbagai penilaian buruk dimasyarakat. Sehingga dapat menyebabkan munculnya kecemasan.

Kecemasan timbul karena adanya ancaman atau bahaya yang tidak nyata dan sewaktu-waktu terjadi pada diri individu serta adanya penolakan dari masyarakat menyebabkan kecemasan berada di lingkungan yang baru dihadapi (Patotisuro Lumban Gaol, 2014). Sedangkan Page (Elina Raharisti Rufaidah, 2009) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah :

1) Faktor fisik

Kelemahan fisik dapat melemahkan kondisi mental individu

sehingga memudahkan timbulnya kecemasan.

2) Trauma atau konflik

Munculnya gejala kecemasan sangat bergantung pada kondisi individu, dalam arti bahwa pengalaman-pengalaman emosional atau konflik mental yang terjadi pada individu akan memudahkan timbulnya gejala-gejala kecemasan.

3) Lingkungan awal yang tidak baik.

Lingkungan adalah faktor-faktor utama yang dapat mempengaruhi kecemasan individu, jika faktor tersebut kurang baik maka akan menghalangi pembentukan kepribadian sehingga muncul gejala-gejala kecemasan.

d) Jenis-jenis Kecemasan

Kecemasan merupakan suatu perubahan suasana hati, perubahan didalam dirinya sendiri yang timbul dari dalam tanpa adanya rangsangan dari luar. Mustamir Pedak (2009) membagi kecemasan menjadi tiga jenis kecemasan yaitu :

1) Kecemasan Rasional

Merupakan suatu ketakutan akibat adanya objek yang memang bermacam, misalnya ketika menunggu hasil ujian. Ketakutan ini dianggap sebagai suatu unsur pokok normal dari mekanisme pertahanan dasarnya kita.

2) Kecemasan Irrasional

Yang berarti bahwa mereka mengalami emosi ini dibawah

keadaan-keadaan spesifik yang biasanya tidak dipandang mengancam.

3) Kecemasan Fundamental

Kecemasan fundamental merupakan suatu pertanyaan tentang siapa dirinya, untuk apa hidupnya, dan akan kemanakah kelak hidupnya berlanjut. Kecemasan ini disebut sebagai kecemasan eksistensial yang mempunyai peran fundamental bagi kehidupan manusia.

Sedangkan Kartono Kartini (2016) membagi kecemasan menjadi dua jenis kecemasan, yaitu :

1) Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan dibagi menjadi dua kategori yaitu ringan sebentar dan ringan lama. Kecemasan ini sangat bermanfaat bagi perkembangan kepribadian seseorang, karena kecemasan ini dapat menjadi suatu tantangan bagi seorang individu untuk mengatasinya. Kecemasan ringan yang muncul sebentar adalah suatu kecemasan yang wajar terjadi pada individu akibat situasi-situasi yang mengancam dan individu tersebut tidak dapat mengatasinya, sehingga timbul kecemasan. Kecemasan ini akan bermanfaat bagi individu untuk lebih berhati-hati dalam menghadapi situasi-situasi yang sama di kemudian hari. Kecemasan ringan yang lama adalah kecemasan yang dapat diatasi tetapi karena individu tersebut tidak segera mengatasi penyebab munculnya kecemasan, maka kecemasan

tersebutakan mengendap lama dalam diri individu.

2) Kecemasan Berat

Kecemasan berat adalah kecemasan yang terlalu berat dan berakar secara mendalam dalam diri seseorang. Apabila seseorang mengalami kecemasan semacam ini maka biasanya ia tidak dapat mengatasinya. Kecemasan ini mempunyai akibat menghambat atau merugikan perkembangan kepribadian seseorang. Kecemasan ini dibagi menjadi dua yaitu kecemasan berat yang sebentar dan lama.

Kecemasan yang berat tetapi munculnya sebentar dapat menimbulkan traumatis pada individu jika menghadapi situasi yang sama dengan situasi penyebab munculnya kecemasan. Sedangkan kecemasan yang berat tetapi munculnya lama akan merusak kepribadian individu. Hal ini akan berlangsung terus menerus bertahun-tahun dan dapat merusak proses kognisi individu. Kecemasan yang berat dan lama akan menimbulkan berbagai macam penyakit seperti darah tinggi, *tachycardia* (percepatan darah), *excited* (heboh, gempar).

e) Gangguan Kecemasan

Gangguan kecemasan merupakan suatu gangguan yang memiliki ciri kecemasan atau ketakutan yang tidak realistis, juga irrasional, dan tidak dapat secara intensif ditampilkan dalam cara-cara yang jelas. Fitri Fauziah & Julianty Widuri (2017) membagi gangguan kecemasan dalam beberapa jenis, yaitu :

1) Fobia Spesifik

Yaitu suatu ketakutan yang tidak diinginkan karena kehadiran atauantisipasi terhadap obyek atau situasi yang spesifik.

2) Fobia Sosial

Merupakan suatu ketakutan yang tidak rasional dan menetap, biasanya berhubungan dengan kehadiran orang lain. Individu menghindari situasi dimana dirinya dievaluasi atau dikritik, yang membuatnya merasa terhina atau dipermalukan, dan menunjukkan tanda-tanda kecemasan atau menampilkan perilaku lain yang memalukan.

3) Gangguan Panik

Gangguan panik memiliki karakteristik terjadinya serangan panik yang spontan dan tidak terduga. Beberapa simtom yang dapat muncul pada gangguan panik antara lain ; sulit bernafas, jantung berdetak kencang, mual, rasa sakit didada, berkeringat dingin, dan gemetar. Hal lain yang penting dalam diagnosa gangguan panik adalah bahwa individu merasa setiap serangan panik merupakan pertanda datangnya kematian atau kecacatan.

4) Gangguan Cemas Menyeluruh (Generalized Anxiety Disorder)

Generalized Anxiety Disorder (GAD) adalah kekhawatiran yang berlebihan dan bersifat pervasif, disertai dengan berbagai simtom somatik, yang menyebabkan gangguan signifikan dalam kehidupan sosial atau pekerjaan pada penderita, atau menimbulkan stres yang

nyata.

Sedangkan Sutardjo Wiramihardja (2015) membagi gangguan kecemasan yang terdiri dari :

1) *Panic Disorder*

Panic Disorder ditandai dengan munculnya satu atau dua serangan panik yang tidak diharapkan, yang tidak dipicu oleh hal-hal yang bagi orang lain bukan merupakan masalah luar biasa. Ada beberapa simtom yang menandakan kondisi panik tersebut, yaitu nafas yang pendek, palpilasi (mulut yang kering) atau justru kerongkongan tidak bisa menelan, ketakutan akan mati, atau bahkan takut gila.

2) *Agrophobia*

Yaitu suatu ketakutan berada dalam suatu tempat atau situasi dimana ia merasa bahwa ia tidak dapat atau sukar menjadi baik secara fisik maupun psikologis untuk melepaskan diri. Orang-orang yang memiliki agrophobia takut pada kerumunan dan tempat-tempat ramai.

f) Dampak Kecemasan

Rasa takut dan cemas dapat menetap bahkan meningkat meskipun situasi yang betul-betul mengancam tidak ada, dan ketika emosi-emosi ini tumbuh berlebihan dibandingkan dengan bahaya yang sesungguhnya, emosi ini menjadi tidak adaptif. Kecemasan yang berlebihan dapat mempunyai dampak yang merugikan pada pikiran serta tubuh bahkan dapat menimbulkan penyakitpenyakit fisik (Cutler, 2014).

Yustinus Semiun (2016) membagi beberapa dampak dari kecemasan kedalam beberapa simtom, antara lain :

1) Simtom suasana hati

Individu yang mengalami kecemasan memiliki perasaan akan adanya hukuman dan bencana yang mengancam dari suatu sumber tertentu yang tidak diketahui. Orang yang mengalami kecemasan tidak bisa tidur, dan dengan demikian dapat menyebabkan sifat mudah marah.

2) Simtom kognitif

Kecemasan dapat menyebabkan kekhawatiran dan keprihatinan pada individu mengenai hal-hal yang tidak menyenangkan yang mungkin terjadi. Individu tersebut tidak memperhatikan masalah-masalah real yang ada, sehingga individu sering tidak bekerja atau belajar secara efektif, dan akhirnya dia akan menjadi lebih merasa cemas.

3) Simtom motor

Orang-orang yang mengalami kecemasan sering merasa tidak tenang, gugup, kegiatan motor menjadi tanpa arti dan tujuan, misalnya jari-jari kaki mengetuk-ngetuk, dan sangat kaget terhadap suara yang terjadi secara tiba-tiba. Simtom motor merupakan gambaran rangsangan kognitif yang tinggi pada individu dan merupakan usaha untuk melindungi dirinya dari apa saja yang dirasanya mengancam. Kecemasan akan dirasakan oleh semua orang, terutama jika ada

tekanan perasaan ataupun tekanan jiwa.

Menurut Savitri Ramaiah (2015) kecemasan biasanya dapat menyebabkan dua akibat, yaitu :

- 1) Kepanikan yang amat sangat dan karena itu gagal berfungsi secara normal atau menyesuaikan diri pada situasi.
- 2) Gagal mengetahui terlebih dahulu bahayanya dan mengambil tindakan pencegahan yang mencukupi.

Dari beberapa pendapat diatas, dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah rasa takut atau khawatir pada situasi yang sangat mengancam karena adanya ketidakpastian dimasa mendatang serta ketakutan bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi. Kecemasan tersebut ditandai dengan adanya beberapa gejala yang muncul seperti kegelisahan, ketakutan terhadap sesuatu yang terjadi dimasa depan, merasa tidak tenteram, sulit untuk berkonsentrasi, dan merasa tidak mampu untuk mengatasi masalah.

Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah, kecemasan timbul karena individu melihat adanya bahaya yang mengancam dirinya, kecemasan juga terjadi karena individu merasa berdosa atau bersalah karena melakukan hal-hal yang berlawanan dengan keyakinan atau hati nurani.

Dari beberapa gejala, faktor, dan definisi diatas, kecemasan ini termasuk dalam jenis kecemasan rasional, karena kecemasan rasional merupakan suatu ketakutan akibat adanya objek yang memang mengancam. Adanya berbagai macam kecemasan yang dialami individu

dapat menyebabkan adanya gangguan-gangguan kecemasan seperti gangguan kecemasan spesifik yaitu suatu ketakutan yang tidak diinginkan karena kehadiran atau antisipasi terhadap objek atau situasi yang spesifik.

Sehingga dapat menyebabkan adanya dampak dari kecemasan yang berupa simtom kognitif, yaitu kecemasan dapat menyebabkan kekhawatiran dan keprihatinan pada individu mengenai hal-hal yang tidak menyenangkan yang mungkin terjadi. Individu tersebut tidak memperhatikan masalah-masalah real yang ada, sehingga individu sering tidak bekerja atau belajar secara efektif, dan akhirnya dia akan menjadi lebih merasa cemas.

g) Pengukuran kecemasan

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Hamilton Anxiety Range of Scale (HARS)*, merupakan alat ukur manajemen perilaku kecemasan yang di adaptasi dari barat, dan telah banyak dipakai di Indonesia, berisi 39 pertanyaan, dengan alternatif jawaban panik (skor 4), berat (skor 3), sedang (skor 2), ringan (skor 1) dan tidak ada (skor 0). Untuk skoring kecemasan dinyatakan dengan :

- 1) Tidak Cemas < 39
- 2) Cemas Ringan 40 – 58
- 3) Cemas Sedang 59 – 77
- 4) Cemas Berat 78 – 95
- 5) Panik 96 – 117

Instrumen *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) terlampir.

4. Kemampuan Mekanisme *Koping*

a. Pengertian *Koping*

Koping merupakan suatu tindakan mengubah kognitif secara konstan dan usaha tingkah laku untuk mengatasi tuntutan eksternal atau internal yang dinilai membebani atau melebihi sumber daya yang dimiliki individu. *Koping* merupakan suatu usaha untuk menguasai situasi tertekan tanpa memperhatikan akibat dari tekanan tersebut. *Koping* adalah cara yang digunakan individu untuk menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi, dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku (Yosep, 2009).

Siswanto (2017) *Koping* dimaknai sebagai apa yang dilakukan oleh individu untuk menguasai situasi yang dinilai sebagai suatu tantangan, luka, kehilangan, atau ancaman. Jadi *koping* lebih mengarah pada yang orang lakukan untuk mengatasi tuntutan-tuntutan yang penuh tekanan atau yang membangkitkan emosi.

b. Kemampuan *Koping*

Kemampuan *koping* dipengaruhi beberapa faktor yaitu faktor internal

meliputi umur, kepribadian, intelegasi, pendidikan, nilai, kepercayaan, budaya, emosi dan kognitif sedangkan faktor eksternal meliputi support sistem, lingkungan, keadaan finansial penyakit (Struart dan Sundeen, 2009).

Kemampuan *koping* diperlukan manusia untuk mampu bertahan hidup di lingkungannya yang selalu berubah dengan cepat. *Koping* merupakan pemecahan masalah dimana seseorang menggunakannya untuk mengelola kondisi stres. Dengan adanya penyebab stres atau stressor maka orang akan sadar dan tidak sadar untuk bereaksi mengatasi masalah tersebut. Dalam keperawatan konsep *koping* sangat perlu karena semua pasien mengalami stres, sehingga sangat perlu kemampuan untuk mengatasinya dan kemampuan *koping* untuk adaptasi terhadap stres yang merupakan faktor penentu yang terpenting dalam kesejahteraan manusia (Keliat, 2017).

Koping terhadap stres adalah usaha yang digunakan untuk mengatasi stres. Sarafino (2014) menyatakan bahwa kemampuan *koping* terhadap stres adalah kemampuan individu untuk mengatur ketidaksesuaian yang dirasakan antara tuntutan-tuntutan dan sumber-sumber, yang dinilai pada situasi yang menekan. Sedangkan Lazarus dan Folkman (dalam Smet, 2014) menyebutkan bahwa kemampuan *koping* terhadap stres merupakan kemampuan individu untuk mengelola jarak yang ada antara tuntutan-tuntutan (baik itu tuntutan yang berasal dari individu maupun tuntutan yang berasal dari lingkungan) dengan sumber-sumber daya yang

mereka gunakan dalam menghadapi situasi yang menekan. Lazarus dan Folkman (Sarafino, 2014).

Carver (2011) menyatakan aspek-aspek kemampuan *koping* terhadap stres yang diambil dari dua bagian *koping* tersebut, yaitu *koping* yang berfokus masalah terdiri dari *koping* aktif, perencanaan, pembatasan aktivitas, *koping* penundaan, dan pencarian dukungan sosial untuk mendapatkan bantuan, sedangkan *koping* berfokus emosi terdiri dari pencarian dukungan sosial untuk alasan-alasan yang emosional, penginterpretasian kembali secara positif, penerimaan, pengingkaran, dan pengalihan ke agama.

c. Faktor - Faktor yang Mempengaruhi *Koping*

1) Harapan mengenai *self-efficacy*

Self efficacy adalah kemampuan diri berdasarkan penilaian seseorang dalam melakukan sesuatu. Faktor-faktor yang mempengaruhi *self efficacy* antara lain:

a) Pencapaian kerja (*performance attainment*)

Pencapaian kerja merupakan sumber utama pengharapan yang didasarkan pada pengalaman seseorang saat berhasil melakukan sesuatu dengan baik. Tingkat *self efficacy* akan lebih tinggi ketika seseorang mencapai keberhasilan dan apabila seseorang mengalami kegagalan maka tingkat *self efficacy* akan lebih rendah. Pengalaman sukses seseorang dapat meningkatkan *self efficacy* yang ditunjukkan pada minat mengerjakan sesuatu

lebih baik sedangkan pengalaman seseorang dalam kegagalan menyebabkan *self efficacy* menurun terutama pada minat dalam mengerjakan sesuatu.

b) Pengalaman orang lain (*vicarious experience*)

Pengalaman orang lain merupakan pengalaman seseorang melihat keberhasilan orang lain dalam mengerjakan sesuatu dengan baik. Seseorang yang mengamati keberhasilan orang lain sangat berpengaruh pada *self efficacy*-nya karena akan merasa yakin pada kemampuan dirinya bahwa ia juga mencapai hal yang sama dengan orang lain yang telah diamati.

Seseorang juga akan lebih meyakinkan dirinya bahwa ketika orang lain dapat melakukan sesuatu dengan baik, ia pun harus bisa untuk melakukannya. *Self efficacy* juga akan menurun yang ditujukan pada berkurangnya minat dalam mengerjakan sesuatu karena telah melihat orang lain gagal dalam melakukan hal yang sama sebelumnya meskipun orang lain sudah melakukannya dengan maksimal.

c) Persuasi verbal (*verbal persuasion*)

Persuasi verbal adalah keyakinan seseorang bahwa ia mempunyai kemampuan yang memadai guna meraih apa yang diharapkan. Kapasitas akan kemampuan yang dimiliki seseorang akan meningkat dalam mencapai tujuan yang diinginkan jika seseorang tersebut telah diarahkan atau diyakinkan secara verbal

melalui saran, nasihat dan bimbingan. Seseorang akan lebih mudah untuk berusaha lebih keras lagi setelah berhasil diberi arahan atau keyakinan diri secara verbal daripada seseorang yang hanya memikirkan kekurangan dirinya sendiri saat merasakan kesulitan atau kesusahan dan ragu akan kemampuan yang dimiliki.

d) Dorongan emosional (*emotional arousal*)

Dorongan emosional adalah saat seseorang berada pada posisi tertekan maka emosi seseorang tersebut akan muncul dan dapat mempengaruhi penghargaan seseorang. Rasa takut, cemas, khawatir akan kegagalan menyebabkan hilangnya keyakinan seseorang dalam menghadapi atau menjalani tugas berikutnya.

e) Keadaan dan reaksi fisiologis (*physical or affective status*)

Keadaan dan reaksi fisiologi seseorang digunakan sebagai sumber informasi untuk memberikan sumber penilaian pada kemampuan dirinya yang bertujuan untuk melihat tercapainya tujuan tersebut dengan mudah, sedang atau sulit. Seseorang yang merasa tertekan akan mengalami gejala *simatic* atau ketegangan yang menunjukkan bahwa seseorang tersebut tidak dapat menguasai keadaan.

Teori menyatakan bahwa masalah fisik dapat menyebabkan masalah psikososial pada seseorang. Perubahan struktur, bentuk, dan fungsi tubuh dapat menimbulkan penolakan dalam diri seseorang dan jika tidak segera diatasi maka akan menyebabkan

masalah psikososial yang lebih berat. Seseorang akan mampu berfikir lebih tenang, jernih dan terarah ketika ia sedang tidak mengalami perasaan gejolak sehingga dapat menguasai keadaan dengan baik (Wahyu R, 2017).

2) Dukungan sosial

Dukungan sosial didefinisikan sebagai suatu bentuk bantuan yang diberikan oleh orang lain kepada seseorang yang sedang memerlukan kebutuhan dasar sosialnya baik secara *instrumental* maupun sosioemosional. Seseorang yang sedang mengalami suatu permasalahan terutama masalah kesehatan maka sangat membutuhkan dukungan sosialnya baik dari teman, anggota keluarga maupun pemberi pelayanan kesehatan (Sheila L V, 2018).

3) Optimisme

Sikap optimis adalah cara seseorang dalam mengarahkan pikirannya ke arah yang positif sehingga dapat mendorong semangat untuk meraih apa yang diharapkan. Seseorang dengan sikap optimis akan menjadi pribadi yang dinamis dan selalu berusaha dalam perubahan yang positif berdasarkan analisis rasional. Sikap optimis juga membantu mengurangi stres ketika seseorang mengalami kesulitan karena sikap optimis seseorang akan selalu melihat sisi-sisi positif dalam keadaan apapun. Yakin bahwa setiap masalah pasti ada jalan keluarnya merupakan salah satu sifat seseorang yang memiliki sikap optimis (Surbakti EB, 2010)

4) Pendidikan

Tingkat pendidikan merupakan salah satu hal terpenting pada seseorang dalam menghadapi suatu masalah. Seseorang akan lebih siap menghadapi masalah seiring tingkat pendidikannya yang semakin tinggi maka semakin banyak pula pengalaman hidup yang dimilikinya.

5) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan salah satu hal yang sangat penting guna membentuk perilaku terbuka seseorang meliputi rasa ingin tahu, memahami dan menerapkan sesuatu.

6) Jenis kelamin

Kemampuan *koping* dipengaruhi juga oleh perbedaan jenis kelamin. Kaum pria cenderung lebih emosional daripada kaum wanita sehingga wanita lebih mampu dalam menghadapi suatu masalah (Tamher S, Noorkasiani, 2009).

Hasil penelitian Tamher (2009) menunjukkan bahwa ada perbedaan kemampuan *koping* pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa antara pria dan wanita. Pria cenderung menggunakan kemampuan *koping* maladaptif seperti menarik diri, menyerah (marah), pesimis, banyak tidur dan mengingkari.

Kemampuan *koping* adaptif lebih diutamakan oleh wanita yang meliputi *sharing* dengan orang lain dan berusaha untuk selalu mencari solusi. Hasil penelitian tersebut telah dibuktikan bahwa kemampuan

koping maladaptif pada laki-laki sejumlah 14 orang (82,4%) dan yang melakukan mekanisme *koping* adaptif hanya 3 orang (17,6%). Responden perempuan yang melakukan kemampuan *koping* adaptif terdapat 11 orang (64,7%) sedangkan 6 orang (35,3%) kemampuan *koping* yang digunakan adalah maladaptif.

d. Strategi *Koping*

Menurut Lazarus dan Folkman dalam (Nasir, Abdul., Abdul Muhith, 2011), ada dua strategi yang dapat dilakukan dalam melakukan *koping*.

1) *Koping* yang berfokus pada masalah (*problem focused coping*)

Problem focused coping merupakan usaha mengatasi stres dengan cara mengatur atau mengubah masalah yang dihadapi dan lingkungan sekitarnya yang menyebabkan seseorang menjadi tertekan. Strategi yang dipakai dalam *problem focused coping* antara lain:

a) *Confrontative coping*

Confrontative coping merupakan usaha untuk mengubah keadaan-keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang agresif, tingkat kemarahan yang cukup tinggi, dan pengambilan resiko.

b) *Seeking social support*

Seeking social support merupakan usaha untuk mendapatkan kenyamanan emosional dan bantuan informasi dari orang lain.

c) *Planful problem solving*

Planful problem solving merupakan usaha mengubah

keadaan yang dianggap menekan dengan cara yang hati-hati, bertahap dan analitis (Nasir, Abdul., Abdul Muhith, 2011)

2) *Emotion Focused Coping*

Emotion focused coping merupakan usaha mengatasi stres dengan cara mengatur respons emosional dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan oleh suatu kondisi atau situasi yang dianggap penuh tekanan. *Emotion focused coping* untuk mengatur respons emosionalnya melalui pendekatan perilaku dan kognitif. Strategi yang digunakan dalam *Emotion focused coping* adalah:

a) *Self-control*

Self-control adalah usaha untuk mengatur perasaan ketika menghadapi situasi yang menekan.

b) *Distancing*

Distancing adalah usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan seperti menghindari permasalahan seakan tidak terjadi apa-apa atau menciptakan pandangan-pandangan yang positif.

c) *Positive reappraisal*

Positive reappraisal adalah usaha mencari makna positif dari permasalahan dengan berfokus pada pengembangan diri, biasanya juga melibatkan hal-hal yang bersifat religius. yang dihadapinya dan mencoba menerimanya untuk membuat semuanya menjadi

lebih baik.

d) *Accepting responsibility*

Accepting responsibility adalah usaha menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapinya dan mencoba menerimanya untuk membuat semuanya menjadi lebih baik.

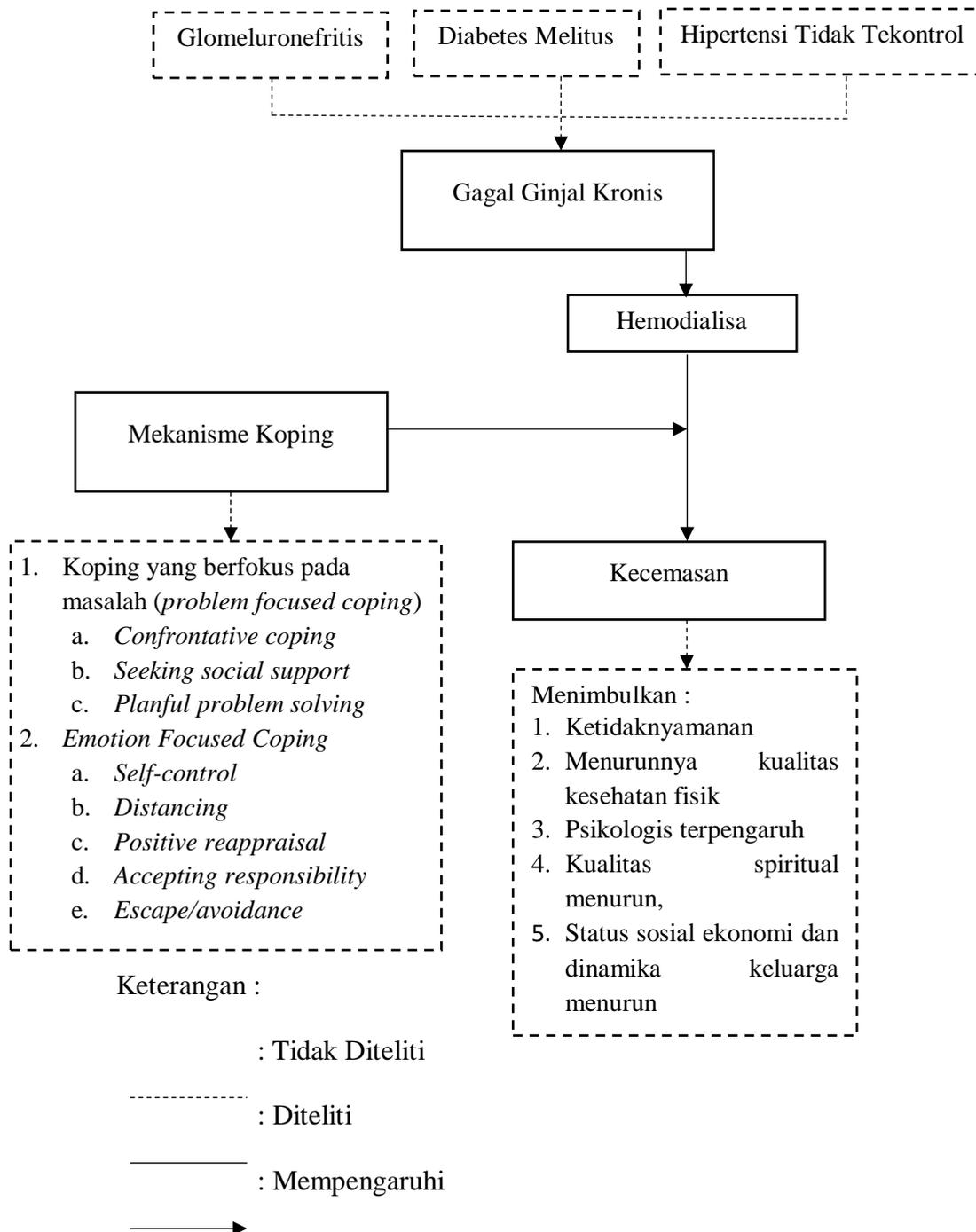
e) *Escape/avoidance*

Escape/avoidance adalah usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut atau menghindarinya dengan beralih pada hal lain seperti makan, minum, atau menggunakan obat-obatan.

e. Pengukuran Kemampuan *koping*

Kemampuan *koping* dapat diukur menggunakan sebuah kuesioner atau butir-butir pertanyaan yang berisi tentang mekanisme seseorang dalam menghadapi sebuah masalah atau kecemasan yang dialami dalam rentang melebihi 40% dari skor penilaian (Asmadi, 2018). Penilaian kemampuan *koping* dapat dibedakan menjadi Nilai *koping* $\geq 40\%$ maka kemampuan *koping* yang digunakan adalah *koping* adaptif, jika nilai *koping* \leq dari 40% maka kemampuan *koping* yang digunakan adalah *koping* malaptif.

B. Kerangka Teori

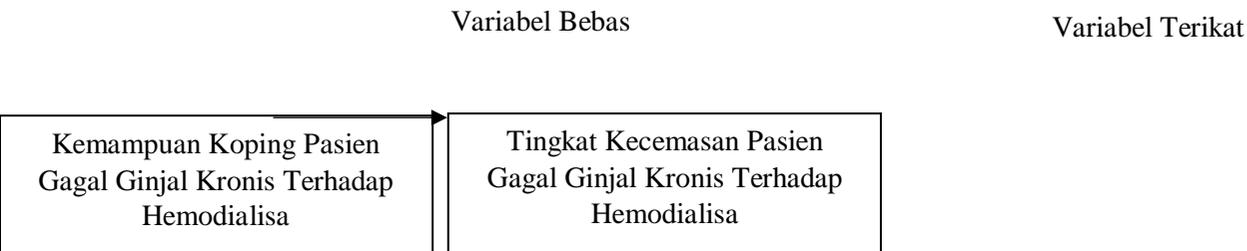


Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Baradero (2008), Suhardjono (2014), Kholil Lur Rochman (2010) Nasir, Abdul., Abdul Muhith (2011)

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Penelitian

D. Hipotesis

Hipotesis adalah suatu pertanyaan yang masih lemah dan membutuhkan pembuktian untuk menegaskan apakah hipotesis tersebut dapat diterima atau harus ditolak (Hidayat, 2014). Hipotesis dalam penelitian ini yaitu :

Ho : “Tidak Terdapat Hubungan Kemampuan *Koping* Dengan Tingkat Kecemasan Klien Gagal Ginjal Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Moewardi Surakarta”

Ha : “Terdapat Hubungan Kemampuan *Koping* Dengan Tingkat Kecemasan Klien Gagal Ginjal Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Moewardi Surakarta”