

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hipertensi

1. Definisi

Hipertensi atau yang biasa disebut tekanan darah tinggi merupakan peningkatan tekanan darah sistolik di atas batas normal yaitu lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg (WHO, 2013; Ferri, 2017). Penyakit hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah salah satu jenis penyakit yang mematikan di dunia dan faktor risiko paling utama terjadinya hipertensi yaitu faktor usia sehingga tidak heran penyakit hipertensi sering dijumpai pada usia senja/ usia lanjut (Fauzi, 2014), sedangkan menurut Setiati (2015), hipertensi merupakan tanda klinis ketidakseimbangan hemodinamik suatu sistem kardiovaskular, di mana penyebab terjadinya disebabkan oleh beberapa faktor/ multi faktor sehingga tidak bisa terdiagnosis dengan hanya satu faktor tunggal (Setiati, 2015).

2. Klasifikasi

Klasifikasi tekanan darah menurut WHO-ISH (*World Health Organization-International Society of Hypertension*), dan ESH-ESC (*European Society of Hypertension-European Society of Cardiology*), 2014

Tabel 2.1 Klasifikasi Tekanan Darah

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistolik		Tekanan Darah Diastolik	
	WHO-ISH	ESH-ESC	WHO-ISH	ESH-ESC
Optimal	<120	<120	<80	<80
Normal	<130	120-129	<85	80-84
Tinggi-Normal	130-139	130-139	85-89	85-89
Hipertensi kelas 1 (ringan)	140-159	140-159	90-99	90-99
Cabang: perbatasan	140-149		90-94	
Hipertensi kelas 2 (sedang)	160-179	160-179	100-109	100-109
Hipertensi kelas 3 (berat)	≥180	≥180	≥110	≥110

Klasifikasi Tekanan Darah	Tekanan Darah Sistolik		Tekanan Darah Diastolik	
	WHO-ISH	ESH-ESC	WHO-ISH	ESH-ESC
Hipertensi sistolik terisolasi	≥ 140	≥ 180	< 90	< 90
Cabang: perbatasan	140-149		< 90	

(Setiati, 2015; Bope & Kellerman, 2017)

Menurut *American Heart Association*, dan *Joint National Committee VIII (AHA & JNC VIII, 2014)*, klasifikasi hipertensi yaitu :

Tabel 2.2 Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Pre hipertensi	120-139	80-89
Stage 1	140-159	90-99
Stage 2	≥ 160	≥ 100
Hipertensi Krisis	> 180	> 110

(Bope & Kellerman, 2017)

Berikut kategori tekanan darah menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016) :

Tabel 2.3 Kategori Tekanan Darah

Kategori	Tekanan Darah Sistolik (mmHg)	Tekanan Darah Diastolik (mmHg)
Normal	120-129	80-89
Normal tinggi	130-139	89
Hipertensi derajat 1	140-159	90-99
Hipertensi derajat 2	≥ 160	≥ 100
Hipertensi derajat 3	> 180	> 110

(Depkes, 2016)

Mean Arterial Pressure (MAP) adalah hasil rata-rata tekanan darah arteri yang dibutuhkan untuk sirkulasi darah sampai ke otak. Supaya pembuluh darah elastis dan tidak pecah, serta otak tidak mengalami kekurangan oksigen/ normal, MAP yang dibutuhkan yaitu 70-100 mmHg. Apabila < 70 atau > 100 maka tekanan darah rerata arteri itu harus diseimbangkan yaitu dengan meningkatkan atau menurunkan tekanan darah pasien tersebut (Wahyuningsih, 2016; Baird, 2016).

Rumus menghitung MAP :

$$\text{MAP} = \frac{\text{sistol} + 2 (\text{diastol})}{3}$$

Hipertensi juga dapat dikategorikan berdasarkan MAP (*Mean Arterial Pressure*). Rentang normal MAP adalah 70-100 mmHg (Wahyuningsih, 2016; Hamilton, 2017).

Table 2.4 Kategori Hipertensi berdasarkan MAP merujuk pada JNC VIII (2014)

Kategori	Nilai MAP (mmHg)
Normal	<93
Pre hipertensi	93-105
Hipertensi <i>stage</i> 1	106-119
Hipertensi <i>stage</i> 2	120 atau >120
Hipertensi Krisis	133 atau >133

(Wahyuningsih, 2016; Hamilton, 2017).

3. Etiologi

Menurut Smeltzer (2013), berdasarkan penyebab terjadinya, hipertensi terbagi atas dua bagian, yaitu :

a. Hipertensi Primer (Esensial)

Jenis hipertensi primer sering terjadi pada populasi dewasa antara 90% - 95%. Hipertensi primer, tidak memiliki penyebab klinis yang dapat diidentifikasi, dan juga kemungkinan kondisi ini bersifat multifaktor (Smeltzer, 2013; Lewis, Dirksen, Heitkemper, & Bucher, 2014). Hipertensi primer tidak bisa disembuhkan, akan tetapi bisa dikontrol dengan terapi yang tepat. Dalam hal ini, faktor genetik mungkin berperan penting untuk pengembangan hipertensi primer dan bentuk tekanan darah tinggi yang cenderung berkembang secara bertahap selama bertahun-tahun (Bell, Twiggs, & Olin, 2015).

b. Hipertensi Sekunder

Hipertensi sekunder memiliki ciri dengan peningkatan tekanan darah dan disertai penyebab yang spesifik, seperti penyempitan arteri renalis, kehamilan, medikasi tertentu, dan penyebab lainnya. Hipertensi sekunder juga bisa bersifat menjadi akut, yang

menandakan bahwa adanya perubahan pada curah jantung (Ignatavicius, Workman, & Rebar, 2017).

4. Faktor Risiko

Menurut Fauzi (2014), jika saat ini seseorang sedang perawatan penyakit hipertensi dan pada saat diperiksa tekanan darah seseorang tersebut dalam keadaan normal, hal itu tidak menutup kemungkinan tetap memiliki risiko besar mengalami hipertensi kembali. Lakukan terus kontrol dengan dokter dan menjaga kesehatan agar tekanan darah tetap dalam keadaan terkontrol. Hipertensi memiliki beberapa faktor risiko, diantaranya yaitu :

a. Tidak dapat diubah:

- 1) Keturunan, faktor ini tidak bisa diubah. Jika di dalam keluarga pada orangtua atau saudara memiliki tekanan darah tinggi maka dugaan hipertensi menjadi lebih besar. Statistik menunjukkan bahwa masalah tekanan darah tinggi lebih tinggi pada kembar identik dibandingkan kembar tidak identik. Selain itu pada sebuah penelitian menunjukkan bahwa ada bukti gen yang diturunkan untuk masalah tekanan darah tinggi.
- 2) Usia, faktor ini tidak bisa diubah. Semakin bertambahnya usia semakin besar pula resiko untuk menderita tekanan darah tinggi. Hal ini juga berhubungan dengan regulasi hormon yang berbeda.

b. Dapat diubah:

- 1) Konsumsi garam, terlalu banyak garam (sodium) dapat menyebabkan tubuh menahan cairan yang meningkatkan tekanan darah.
- 2) Kolesterol, Kandungan lemak yang berlebihan dalam darah menyebabkan timbunan kolesterol pada dinding pembuluh darah, sehingga pembuluh darah menyempit, pada akhirnya akan mengakibatkan tekanan darah menjadi tinggi.

- 3) Kafein, Kandungan kafein terbukti meningkatkan tekanan darah. Setiap cangkir kopi mengandung 75-200 mg kafein, yang berpotensi meningkatkan tekanan darah 5-10 mmHg.
- 4) Alkohol, alkohol dapat merusak jantung dan juga pembuluh darah. Ini akan menyebabkan tekanan darah meningkat.
- 5) Obesitas, Orang dengan berat badan diatas 30% berat badan ideal, memiliki peluang lebih besar terkena hipertensi.
- 6) Kurang olahraga, Kurang olahraga dan kurang gerak dapat menyebabkan tekanan darah meningkat. Olahraga teratur dapat menurunkan tekanan darah tinggi namun tidak dianjurkan olahraga berat.
- 7) Stress dan kondisi emosi yang tidak stabil seperti cemas, yang cenderung meningkatkan tekanan darah untuk sementara waktu. Jika stress telah berlalu maka tekanan darah akan kembali normal.
- 8) Kebiasaan merokok, Nikotin dalam rokok dapat merangsang pelepasan katekolamin, katekolamin yang meningkat dapat mengakibatkan iritabilitas miokardial, peningkatan denyut jantung, serta menyebabkan vasokonstriksi yang kemudian meningkatkan tekanan darah.
- 9) Penggunaan kontrasepsi hormonal (estrogen) melalui mekanisme *renin-aldosteron-mediate volume expansion*, Penghentian penggunaan kontrasepsi hormonal, dapat mengembalikan tekanan darah menjadi normal kembali.

Walaupun hipertensi umum terjadi pada orang dewasa, tapi anak-anak juga berisiko terjadinya hipertensi. Untuk beberapa anak, hipertensi disebabkan oleh masalah pada jantung dan hati. Namun, bagi sebagian anak-anak bahwa kebiasaan gaya hidup yang buruk, seperti diet yang tidak sehat dan kurangnya olahraga, berkontribusi pada terjadinya hipertensi (Fauzi, 2014).

5. Patofisiologi

Tekanan darah arteri sistemik merupakan hasil perkalian total resistensi/ tahanan perifer dengan curah jantung (*cardiac output*). Hasil *Cardiac Output* didapatkan melalui perkalian antara *stroke volume* (volume darah yang dipompa dari ventrikel jantung) dengan *heart rate* (denyut jantung). Sistem otonom dan sirkulasi hormonal berfungsi untuk mempertahankan pengaturan tahanan perifer. Hipertensi merupakan suatu abnormalitas dari kedua faktor tersebut yang ditandai dengan adanya peningkatan curah jantung dan resistensi perifer yang juga meningkat (Kowalak, 2011; Ardiansyah, 2012).

Berbagai teori yang menjelaskan tentang terjadinya hipertensi, teori-teori tersebut antara lain (Kowalak, 2011):

- a. Perubahan yang terjadi pada bantalan dinding pembuluh darah arteri yang mengakibatkan retensi perifer meningkat.
- b. Terjadi peningkatan tonus pada sistem saraf simpatik yang abnormal dan berasal dalam pusat vasomotor, dapat mengakibatkan peningkatan retensi perifer.
- c. Bertambahnya volume darah yang disebabkan oleh disfungsi renal atau hormonal.
- d. Peningkatan penebalan dinding arteriol akibat faktor genetik yang disebabkan oleh retensi vaskuler perifer.
- e. Pelepasan renin yang abnormal sehingga membentuk angiotensin II yang menimbulkan konstriksi arteriol dan meningkatkan volume darah.

Tekanan darah yang meningkat secara terus-menerus pada pasien hipertensi dapat menyebabkan beban kerja jantung akan meningkat. Hal ini terjadi karena peningkatan resistensi terhadap ejeksi ventrikel kiri. Agar kekuatan kontraksi jantung meningkat, ventrikel kiri mengalami hipertrofi sehingga kebutuhan oksigen dan beban kerja jantung juga meningkat. Dilatasi dan kegagalan jantung bisa terjadi, jika hipertrofi tidak dapat mempertahankan curah jantung yang memadai. Karena

hipertensi memicu aterosklerosis arteri koronaria, maka jantung bisa mengalami gangguan lebih lanjut akibat aliran darah yang menurun menuju ke miokardium, sehingga timbul angina pektoris atau infark miokard. Hipertensi juga mengakibatkan kerusakan pada pembuluh darah yang semakin mempercepat proses aterosklerosis dan kerusakan organ-organ vital seperti stroke, gagal ginjal, aneurisme dan cedera retina (Kowalak, 2011).

Kerja jantung terutama ditentukan besarnya curah jantung dan tahanan perifer. Umumnya curah jantung pada penderita hipertensi adalah normal. Adanya kelainan terutama pada peninggian tahanan perifer. Peningkatan tahanan perifer disebabkan karena vasokonstriksi arteriol akibat naiknya tonus otot polos pada pembuluh darah tersebut. Jika hipertensi sudah dialami cukup lama, maka yang akan sering dijumpai yaitu adanya perubahan-perubahan struktural pada pembuluh darah arteriol seperti penebalan pada tunika interna dan terjadi hipertrofi pada tunika media. Dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia, maka sirkulasi darah dalam otot jantung tidak mencukupi lagi sehingga terjadi anoksia relatif. Hal ini dapat diperjelas dengan adanya sklerosis koroner (Riyadi, 2011).

6. Manifestasi Klinis

Hipertensi sulit dideteksi oleh seseorang sebab hipertensi tidak memiliki tanda/ gejala khusus. Gejala-gejala yang mudah untuk diamati seperti terjadi pada gejala ringan yaitu pusing atau sakit kepala, cemas, wajah tampak kemerahan, tengkuk terasa pegal, cepat marah, telinga berdengung, sulit tidur, sesak napas, rasa berat di tengkuk, mudah lelah, mata berkunang-kunang, mimisan (keluar darah di hidung) (Fauzi, 2014; Ignatavicius, Workman, & Rebar, 2017).

Selain itu, hipertensi memiliki tanda klinis yang dapat terjadi, diantaranya adalah (Smeltzer, 2013):

- a. Pemeriksaan fisik dapat mendeteksi bahwa tidak ada abnormalitas lain selain tekanan darah tinggi.
- b. Perubahan yang terjadi pada retina disertai hemoragi, eksudat, penyempitan arteriol, dan bintik katun-wol (*cotton-wool spots*) (infarksisio kecil), dan papiledema bisa terlihat pada penderita hipertensi berat.
- c. Gejala biasanya mengindikasikan kerusakan vaskular yang saling berhubungan dengan sistem organ yang dialiri pembuluh darah yang terganggu.
- d. Dampak yang sering terjadi yaitu penyakit arteri koroner dengan angina atau infark miokardium.
- e. Terjadi Hipertrofi ventrikel kiri dan selanjutnya akan terjadi gagal jantung.
- f. Perubahan patologis bisa terjadi di ginjal (nokturia, peningkatan BUN, serta kadar kreatinin).
- g. Terjadi gangguan serebrovaskular (stroke atau serangan iskemik transien [TIA] [yaitu perubahan yang terjadi pada penglihatan atau kemampuan bicara, pening, kelemahan, jatuh mendadak atau hemiplegia transien atau permanen]).

7. Penatalaksanaan

Setiap program terapi memiliki suatu tujuan yaitu untuk mencegah kematian dan komplikasi, dengan mencapai dan mempertahankan tekanan darah arteri pada atau kurang dari 140/90 mmHg (130/80 mmHg untuk penderita diabetes melitus atau penderita penyakit ginjal kronis) kapan pun jika memungkinkan (Smeltzer, 2013).

- a. Pendekatan nonfarmakologis mencakup penurunan berat badan; pembatasan alkohol dan natrium; olahraga teratur dan relaksasi. Diet DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) tinggi buah, sayuran, dan produk susu rendah lemak telah terbukti menurunkan tekanan darah tinggi (Smeltzer, 2013).

- b. Pilih kelas obat yang memiliki efektivitas terbesar, efek samping terkecil, dan peluang terbesar untuk diterima pasien. Dua kelas obat tersedia sebagai terapi lini pertama : diuretik dan penyekat beta (Smeltzer, 2013).
- c. Tingkatkan kepatuhan dengan menghindari jadwal obat yang kompleks (Smeltzer, 2013).

Menurut Irwan (2016), tujuan pengobatan hipertensi adalah mengendalikan tekanan darah untuk mencegah terjadinya komplikasi, adapun penatalaksanaannya sebagai berikut :

a. Non Medikamentosa

Pengendalian faktor risiko. Promosi kesehatan dalam rangka pengendalian faktor risiko, yaitu :

- 1) Turunkan berat badan pada obesitas.
- 2) Pembatasan konsumsi garam dapur (kecuali mendapat HCT).
- 3) Hentikan konsumsi alkohol.
- 4) Hentikan merokok dan olahraga teratur.
- 5) Pola makan yang sehat.
- 6) Istirahat cukup dan hindari stress.
- 7) Pemberian kalium dalam bentuk makanan (sayur dan buah) diet hipertensi.

Penderita atau mempunyai riwayat keluarga dengan hipertensi diharapkan lebih hati-hati terhadap makanan yang dapat memicu timbulnya hipertensi, antara lain :

- 1) Semua makanan termasuk buah dan sayur yang diolah dengan menggunakan garam dapur/ soda, biskuit, daging asap, ham, bacon, dendeng, abon, ikan asin, telur pindang, sawi asin, asinan, acar, dan lainnya.
- 2) Otak, ginjal, lidah, keju, margarin, mentega biasa, dan lainnya.
- 3) Bumbu-bumbu; garam dapur, *baking powder*, soda kue, vetsin, kecap, terasi, magi, tomat kecap, petis, taoco, dan lain-lain.

b. Medikamentosa meliputi :

Hipertensi ringan sampai sedang, dicoba dulu diatasi dengan pengobatan non medikamentosa selama 2-4 minggu. Medikamentosa hipertensi *stage 1* mulai salah satu obat berikut :

- 1) Hidroklorotiazid (HCT) 12,5-25 mg/hari dosis tunggal pagi hari
- 2) Propanolol 2 x 20-40 mg sehari.
- 3) Methyldopa
- 4) MgSO₄
- 5) Kaptopril 2-3 x 12,5 mg sehari
- 6) Nifedipin *long acting* (*short acting* tidak dianjurkan) 1 x 20-60 mg
- 7) Tensigard 3 x 1 tablet
- 8) Amlodipine 1 x 5-10 mg
- 9) Diltiazem (3 x 30-60 mg sehari) kerja panjang 90 mg sehari.

Sebaiknya dosis dimulai dengan yang terendah, dengan evaluasi berkala dinaikkan sampai tercapai respons yang diinginkan. Lebih tua usia penderita, penggunaan obat harus lebih hati-hati. Hipertensi sedang sampai berat dapat diobati dengan kombinasi HCT + propanolol, atau HCT + kaptopril, bila obat tunggal tidak efektif. Pada hipertensi berat yang tidak sembuh dengan kombinasi di atas, ditambahkan metildopa 2 x 125-250 mg. Penderita hipertensi dengan asma bronchial jangan beri beta blocker. Bila ada penyulit/ hipertensi emergensi segera rujuk ke rumah sakit.

8. Komplikasi

Komplikasi hipertensi berdasarkan target organ, antara lain sebagai berikut (Irwan, 2016):

- a. Serebrovaskuler: stroke, *transient ischemic attacks*, demensia vaskuler, ensefalopati.
- b. Mata : retinopati hipertensif.

- c. Kardiovaskuler : penyakit jantung hipertensif, disfungsi atau hipertrofi ventrikel kiri, penyakit jantung koroner, disfungsi baik sistolik maupun diastolik dan berakhir pada gagal jantung (*heart failure*).
- d. Ginjal : nefropati hipertensif, albuminuria, penyakit ginjal kronis.
- e. Arteri perifer : klaudikasio intermiten.

9. Pencegahan

Sebagaimana diketahui pre hipertensi bukanlah suatu penyakit, juga bukan sakit hipertensi, tidak diindikasikan untuk diobati dengan obat farmasi, bukan target pengobatan hipertensi, tetapi populasi pre hipertensi adalah kelompok yang berisiko tinggi untuk menuju kejadian penyakit kardiovaskular. Di populasi USA, menurut NHANES 1999-2000, insiden pre hipertensi sekitar 30 %. Populasi pre hipertensi ini diprediksi pada akhirnya akan menjadi hipertensi permanen sehingga pada populasi ini harus segera dianjurkan untuk merubah gaya hidup (*lifestyle modification*) agar tidak menjadi progresi ke TOD (Setiati, 2015).

Rekomendasi gaya hidup yang harus ditaati menurut CHEP 2011 untuk mencegah risiko menjadi hipertensi, dianjurkan untuk menurunkan asupan garam sampai di bawah 1500 mg/hari. Diet yang sehat ialah bilamana dalam makanan sehari-hari kaya dengan buah-buahan segar, sayuran, rendah lemak, makanan yang kaya serat (*soluble fibre*), protein yang berasal dari tanaman, juga harus tidak lupa olahraga yang teratur, tidak mengonsumsi alkohol, mempertahankan berat badan pada kisaran 18,5 – 24,9 kg/m² (Setiati, 2015).

Menurut Riyadi (2011), pencegahan hipertensi terbagi atas dua bagian, yaitu :

a. Pencegahan primer

Faktor risiko hipertensi antara lain: tekanan darah di atas rata-rata, adanya riwayat hipertensi pada anamnesis keluarga, ras (negro), takikardia, obesitas, dan konsumsi garam yang berlebihan dianjurkan untuk :

- 1) Mengatur diet agar berat badan tetap idel juga untuk menjaga agar tidak terjadi hiperkolesterolemia, diabetes mellitus, dan sebagainya.
- 2) Dilarang merokok atau menghentikan merokok.
- 3) Merubah kebiasaan makan sehari-hari dengan konsumsi rendah garam.
- 4) Melakukan *exercise* untuk mengendalikan berat badan.

b. Pencegahan sekunder.

Pencegahan sekunder dikerjakan bila penderita telah diketahui menderita hipertensi karena faktor tertentu, tindakan yang bisa dilakukan berupa :

- 1) Pengelolaan secara menyeluruh bagi penderita baik dengan obat maupun tindakan-tindakan seperti pencegahan primer.
- 2) Harus dijaga supaya tekanan darahnya tetap dapat terkontrol secara normal atau stabil mungkin.
- 3) Faktor-faktor risiko penyakit jantung iskemik yang lain harus dikontrol.
- 4) Batasi aktivitas.

B. Kecemasan

1. Definisi Cemas

Kecemasan (*anxiety*) adalah bagian dari kehidupan sehari-hari yang didasari dengan rasa takut yang tidak jelas disertai dengan perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan, isolasi, dan ketidakamanan. Seseorang merasa dirinya sedang terancam. Pengalaman kecemasan dimulai pada masa bayi dan berlanjut sepanjang hidup. Pengalaman seseorang diketahui berakhir dengan rasa takut terbesar pada kematian (Stuart, 2013).

Kecemasan merupakan respon normal terhadap situasi yang tidak nyaman, tidak pasti, serta mengancam, dan setiap orang sesekali mengalami tekanan seperti hal tersebut. Kecemasan akan menjadi masalah ketika mengganggu perilaku adaptif yang menyebabkan gejala

fisik, atau melebihi tingkat yang dapat ditoleransi. Pada individu dengan gangguan kecemasan, pengalaman seringkali merupakan salah satu pemicu gangguan fungsional dan *distress* (Videbeck, 2014; Varcarolis, 2017; Morrison-Valfre, 2017).

2. Tingkatan Kecemasan

Stuart (2013), mengategorikan kecemasan menjadi 4 tingkatan dengan penjelasan sebagai berikut:

a. Kecemasan ringan

Kecemasan ringan terjadi saat ketegangan hidup sehari-hari, dan selama tahap ini lapang persepsi melebar dan orang akan bersikap hati-hati dan waspada. Respon fisiologis yang dialami seperti tekanan darah batas normal atau sedikit meningkat, kurang nyaman atau sedikit gelisah, iritabilitas atau ketidaksabaran, ketegangan ringan; mengetuk jari, mengigit bibir, dan gemetar. Respon kognitif orang yang mengalami kecemasan ringan adalah lapang persepsi meluas, dan dapat menerima rangsang yang kompleks, pikiran mungkin acak, tetapi dapat terkontrol. Respon perilaku dan emosi yang dialami kecemasan ringan adalah perasaan nyaman dan aman, santai, penampilan tenang, kemampuan seseorang melihat, mendengar, dan menangkap lebih dari sebelumnya. Jenis kecemasan ringan dapat memotivasi dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas (Morrison-Valfre, 2017; Varcarolis, 2017).

b. Kecemasan sedang

Kecemasan sedang, di mana seseorang hanya berfokus pada hal-hal yang penting saja dan lapang persepsi menyempit sehingga kurang melihat, mendengar, dan menangkap. Seseorang memblokir area tertentu tetapi masih mampu mengikuti perintah jika diarahkan untuk melakukannya. Respon fisiologis yang dialami yaitu tekanan darah naik, perubahan dalam nada suara, suara tremor, kesulitan berkonsentrasi, tingkat pernapasan dan nadi meningkat, dan tekanan

otot meningkat. Respon kognitif dengan kecemasan sedang adalah lapang persepsi menyempit, rangsang luar sulit diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatian. Respon perilaku dan emosi yang dialami kecemasan sedang adalah tidak mampu secara optimal dalam memecahkan masalah, perlu arahan/ bimbingan dari orang lain (Morrison-Valfre, 2017; Varcarolis, 2017).

c. Kecemasan berat

kecemasan berat ditandai dengan penurunan yang signifikan di lapang persepsi. Seseorang dengan kecemasan berat mungkin berfokus pada satu detail tertentu atau banyak rincian yang tersebar sehingga orang tersebut akan mengalami kesulitan untuk melihat kejadian yang terjadi di lingkungan, dan bahkan dengan bimbingan oleh orang lain sekalipun. Respon fisiologis yang dialami yaitu perasaan takut, tanda-tanda vital meningkat, mulut kering, diare, nafsu makan menurun, pupil yang melebar, otot kaku, tegang, panca indera terpengaruh; pendengaran menurun, dan sensasi rasa sakit menurun. Respon kognitif dengan kecemasan berat adalah lapang persepsi sangat sempit, pemecahan masalah sulit, perhatian selektif (fokus pada satu bagian), kurang perhatian (menghalangi rangsangan yang mengancam), distorsi waktu (hal-hal yang tampak lebih cepat atau lebih lambat dari yang sebenarnya), sedangkan respon perilaku dan emosinya terlihat seperti merasa terancam, aktivitas dapat meningkat atau menurun (mungkin kecepatan, lari, meremas tangan, mengerang, menjadi sangat tidak terorganisir, membeku pada posisi/ tidak dapat bergerak), mungkin tampak dan merasa tertekan, menunjukkan penyangkalan; bisa mengeluh sakit atau nyeri, gelisah, atau mudah tersinggung (Morrison-Valfre, 2017; Varcarolis, 2017).

d. Panik

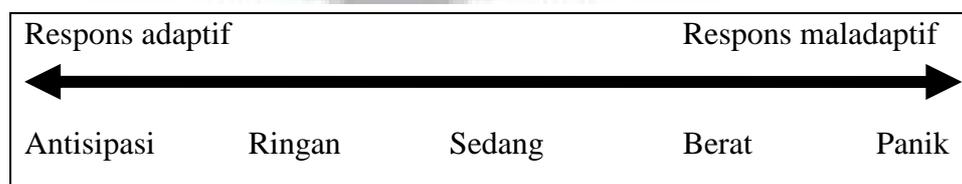
Panik ditandai dengan rasa takut dan teror, sebagian orang yang mengalami kepanikan tidak dapat melakukan hal-hal/ tindakan bahkan dengan arahan orang lain. Respon fisiologis yang dialami adalah

gejala sebelumnya meningkat sampai terjadi pelepasan saraf simpatik, pucat, tekanan darah menurun/ hipotensi, koordinasi otot buruk, rasa sakit, sensasi mendengar minimal. Respon kognitif pada tingkatan panik adalah lapangan persepsi kacau atau tertutup, tidak dapat menerima rangsangan, pemecahan masalah dan pemikiran logis sangat tidak mungkin, persepsi ketidaknyamanan tentang diri, lingkungan, atau kejadian disosiasi mungkin terjadi. Respon perilaku dan emosi yang dialami pada tingkatan panik yaitu merasa tidak berdaya dengan kehilangan kendali total, marah, ngeri; menjadi agresif atau benar-benar menarik diri, menangis, lari, tidak terorganisir, dan perilaku biasanya sangat aktif atau tidak aktif. Tingkat kecemasan ini tidak dapat bertahan tanpa batas waktu, karena tidak kompatibel dengan kehidupan, dan kondisi panik yang berkepanjangan akan menghasilkan kelelahan dan kematian (Morrison-Valfre, 2017; Varcarolis, 2017).

3. Rentang Respons

Rentang respons kecemasan dari respons paling adaptif yaitu antisipasi sampai ke respons yang paling maladaptif yaitu panik, seperti berikut (Stuart, 2013; Morrison-Valfre, 2017) :

Gambar 2.1 Rentang respons ansietas



4. Jenis-jenis Kecemasan

Menurut Freud, jenis-jenis dari kecemasan dibagi menjadi 3 jenis, yaitu sebagai berikut (Hergenhahn & Henley, 2013):

- a. Kecemasan nyata atau kecemasan objektif merupakan ketakutan terhadap bahaya yang terlihat dan ada dalam dunia nyata. Misalnya

takut dengan ular, harimau, ataupun bencana alam. Kecemasan realistis akan menuntun perilaku untuk menghindari atau melindungi diri dari bahaya yang ada. Kecemasan akan reda apabila objek yang mengakibatkan kecemasan sudah tidak ada.

- b. Kecemasan neurotik merupakan jenis kecemasan yang mengganggu kesehatan mental. Kecemasan neurotik berbasis pada masa anak-anak. Dalam suatu konflik antara penundaan insting dan realitas, anak sering dihukum atas ekspresi seksual yang terbuka dan dorongan agresif atau keinginan untuk menunda impuls id yang akan menimbulkan kecemasan. Kecemasan neurotik adalah ketakutan yang tidak didasari atas hukuman terhadap impulsifitas dari perilaku yang didominasi id. Ketakutan bukan merupakan insting melainkan hasil dari penundaan insting. Konflik terjadi antara id, ego, dan dari sumber asalnya yang memiliki basis realitas.
- c. Kecemasan moral, merupakan hasil dari konflik antara id dan super ego. Dimana muncul saat seseorang akan melanggar nilai sehingga merasa malu dan bersalah karena ada kode moral. Adanya kecemasan moral menandakan bahwa superego berfungsi dengan baik.

5. Faktor Predisposisi

Berbagai teori yang dikembangkan untuk menjelaskan faktor predisposisi dari kecemasan adalah, sebagai berikut (Stuart, 2013; Varcarolis, 2017) :

- a. Biologis, sebagian besar studi menunjukkan disfungsi beberapa sistem dan bukan hanya perubahan satu neurotransmitter tertentu saja dalam pengembangan gangguan kecemasan. Sistem tersebut, meliputi :
 - 1) Sistem GABA merupakan pengaturan kecemasan yang berhubungan dengan aktivitas *neurotransmitter gamma-aminobutyric acid* (GABA), yang mengontrol aktivitas, atau tingkat pembakaran, dari neuron di bagian otak yang bertanggung

jawab untuk menghasilkan kondisi kecemasan. GABA yaitu neurotransmitter penghambat paling umum di otak.

- 2) Sistem norepinefrin (NE) dianggap menengahi respons *fight-of-flight*. Bagian dari otak yang memproduksi NE adalah lokus seruleus. Hal ini dihubungkan dengan jalur neurotransmitter ke struktur lain dari otak yang berhubungan dengan kecemasan, seperti amigdala, hipokampus, dan korteks serebral (bagian pemikiran, penafsiran, dan perencanaan dari otak).
- 3) Sistem serotonin, gangguan regulasi neurotransmisi serotonin (5-HT) juga mempunyai peran sebagai faktor penyebab kecemasan, karena klien yang mengalami gangguan ini mungkin memiliki hipersensitif reseptor (5-HT).

Beberapa ahli telah melakukan penelitian tentang teori ini. Menurut mereka, seseorang akan merasa cemas karena ada penyakit fisik atau keabnormalan pada tubuh, bukan karena suatu konflik emosi. Para ahli berpendapat bahwa otak terdiri dari reseptor benzodiazepines dan reseptor-reseptor itulah yang akan mengatur kecemasan. Selain itu, ada juga GABA yang meningkat akibat kerja benzodiazepines sehingga apabila GABA meningkat, maka seseorang akan merasa cemas.

- b. Psikologis, teori belajar mempercayai bahwa seseorang yang telah terpapar kekhawatiran yang intens dalam kehidupan awal lebih cenderung mengalami kecemasan di kemudian hari sehingga peran pengaruh orang tua sangat penting. Seseorang yang mudah merasa terancam atau memiliki tingkat harga diri yang rendah akan lebih rentan terhadap kecemasan. Hal ini disebabkan karena tingkat harga diri seseorang merupakan faktor penting yang berhubungan dengan kecemasan. kecemasan yaitu suatu konflik antara elemen kepribadian yaitu id, ego, dan superego. Di mana id menggambarkan dorongan instingnitif dan impuls-impuls primitif, ego adalah mediator antara id dan superego, dan superego adalah hati nurani seseorang yang

terkendalikan oleh adanya norma, agama dan budaya. Kaitan semua hal tersebut pada kecemasan adalah peringatan pada pertahanan ego.

- c. Keluarga, gangguan kecemasan berlangsung pada keluarga. Gangguan panik diperkirakan sekitar 40 %. Seseorang yang memiliki riwayat keluarga dengan gangguan jiwa, tiga kali lebih mungkin untuk mengalami *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) setelah peristiwa traumatik. Meskipun bukti kuat dari kerentanan genetik, tetapi tidak ada gen tunggal atau spesifik yang secara jelas diidentifikasi terkait gangguan kecemasan. Hal ini diakibatkan karena sebagian peran penting bahwa lingkungan bermain dalam interaksi dengan kerentanan genetik pada gangguan jiwa.
- d. Interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut dari adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Hal ini juga berhubungan dengan trauma perkembangan seperti perpisahan, maupun kehilangan. Seseorang dengan harga diri rendah biasanya sangat mudah mengalami perkembangan kecemasan berat.
- e. Perilaku, kecemasan merupakan hasil frustrasi dari semua yang mengganggu seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Para ahli beranggapan bahwa perilaku kecemasan sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan untuk menghindari rasa sakit. Kecemasan juga mungkin timbul melalui konflik yang terjadi ketika seseorang mengalami dorongan persaingan dan harus memilih diantara mereka. Dalam hal ini konflik adalah hasil dari dua keinginan yaitu pendekatan dan penghindaran. Pendekatan adalah keinginan untuk melakukan sesuatu atau bergerak menuju sesuatu, sedangkan penghindaran merupakan keinginan yang berlawanan; tidak melakukan sesuatu atau tidak bergerak menuju ke sesuatu.

6. Faktor Presipitasi Kecemasan

Stressor presipitasi merupakan semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya kecemasan. Stressor presipitasi kecemasan dikelompokkan menjadi dua kategori (Stuart, 2013) :

- a. Ancaman terhadap integritas fisik melibatkan potensial cacat fisik atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Ancaman ini bisa berasal dari sumber internal maupun sumber eksternal.
 - 1) Sumber internal, meliputi kegagalan sistem tubuh seperti jantung, sistem kekebalan tubuh, atau pengaturan suhu. Perubahan biologis normal yang dapat terjadi pada kehamilan dan kegagalan untuk berpartisipasi dalam praktik kesehatan preventif merupakan sumber internal lainnya.
 - 2) Sumber eksternal, berupa paparan terhadap infeksi virus dan bakteri, polutan lingkungan, bahaya keamanan; minimnya perumahan yang layak, makanan, atau pakaian, serta cedera traumatik.
- b. Ancaman terhadap sistem diri, melibatkan bahaya identitas seseorang, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi. Kedua sumber internal dan eksternal dapat mengancam harga diri, yaitu :
 - 1) Sumber internal, meliputi kesulitan dalam hubungan interpersonal di rumah maupun tempat kerja, penyesuaian terhadap peran baru seperti menjadi orang tua, mahasiswa atau karyawan. Berbagai ancaman terhadap integritas fisik juga dapat mengancam harga diri, karena hubungan pikiran dan tubuh merupakan hubungan tumpang tindih.
 - 2) Sumber eksternal, meliputi kehilangan seseorang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok, sosial budaya, stres kerja, dan dilema etika.

7. Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Menurut Stuart & Laraia (2005), faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah sebagai berikut (Eka, 2012; Asih, 2017) :

a. Usia dan tingkat perkembangan

Semakin tua usia seseorang atau semakin tinggi tingkat perkembangan seseorang, maka semakin banyak pengalaman hidup yang dimilikinya. Hal ini dapat berpengaruh terhadap kecemasan.

b. Jenis kelamin

Kecemasan dapat dipengaruhi oleh asam lemak bebas dalam tubuh. Perempuan memiliki produksi asam lemak bebas lebih banyak daripada laki-laki, sehingga perempuan berisiko mengalami kecemasan yang lebih tinggi daripada laki-laki

c. Pendidikan

Seseorang yang berpendidikan tinggi akan lebih mudah dalam memanfaatkan coping sehingga memiliki tingkat kecemasan yang rendah dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah.

d. Keadaan fisik

Penyakit adalah salah satu faktor yang menyebabkan kecemasan. Seseorang yang sedang menderita penyakit lebih berisiko mengalami kecemasan daripada orang yang tidak menderita penyakit.

e. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan seseorang yang rendah lebih mudah mengalami kecemasan. Ketidaktahuan seseorang terhadap sesuatu dianggap sebagai tekanan yang dapat menyebabkan krisis dan dapat memicu terjadinya kecemasan. Hal ini disebabkan karena kurangnya informasi yang didapatkannya.

8. Manifestasi Klinis Kecemasan

Seseorang yang mengalami kecemasan akan mempengaruhi perubahan dalam fungsi organ tubuh. Perubahan berupa respons fisiologi

pada sistem tubuh, perilaku, kognitif, dan afektif terhadap kecemasan menurut (Stuart, 2013) adalah sebagai berikut :

a. Fisiologi

- 1) Kardiovaskuler : Palpitasi, jantung berdebar-debar, peningkatan tekanan darah, pingsan, aktual pingsan, penurunan tekanan darah, penurunan denyut nadi.
- 2) Respirasi : Napas cepat, sesak napas, tekanan pada dada, pernapasan dangkal, tenggorokan tersumbat, sensasi tersedak, terengah-engah.
- 3) Gastrointestinal : Nafsu makan menurun, jijik terhadap makanan, perut tidak nyaman, nyeri perut, mual, rasa panas seperti terbakar, diare.
- 4) Neuromuskuler : Peningkatan refleks, reaksi kejut, kelopak mata berkedut, insomnia, tremor, kekakuan, gelisah, mondar-mandir, wajah tegang, kelemahan umum, kaki goyah, gerakan kaku.
- 5) Saluran kemih : Keinginan untuk buang air kecil, sering buang air kecil.
- 6) Kulit : Wajah memerah, berkeringat, gatal, panas dan dingin, wajah pucat.

b. Perilaku

Respon perilaku yang terjadi, meliputi : kegelisahan, ketegangan fisik, tremor, reaksi kejut, bicara cepat, kurangnya koordinasi, rawan kecelakaan, penghindaran.

c. Kognitif

Respon kognitif yang bisa terjadi, yaitu : gangguan perhatian, konsentrasi yang buruk, lupa, malu, mimpi buruk, takut cedera atau kematian, kebingungan.

d. Afektif

Kegelisahan, ketidaksabaran, gugup, frustrasi, mati rasa, takut, teror, ketidakberdayaan.

9. Sumber Koping

Seseorang bisa mengatasi/ menyelesaikan stres dan kecemasan dengan memobilisasi sumber koping yang dimiliki secara internal dan eksternal di lingkungan. Sumber daya seperti aset keuangan, kemampuan memecahkan masalah, dukungan sosial, dan keyakinan budaya dapat membantu seseorang untuk mengintegrasikan pengalaman stres dalam hidupnya dan belajar untuk mengadopsi strategi koping yang efektif. Semua hal tersebut bisa membantu seseorang untuk menemukan makna dari pengalaman stres dan mempertimbangkan strategi alternatif untuk mengatasi peristiwa yang penuh dengan stres (Stuart, 2013).

10. Mekanisme Koping

Ketika mengalami kecemasan, seseorang akan menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba menghilangkan kecemasan. Ketidakmampuan untuk mengatasi kecemasan secara konstruktif merupakan penyebab paling utama dari masalah psikologis. Mekanisme koping dikategorikan menjadi 2, yaitu (Stuart, 2013):

- a. Koping berfokus pada masalah atau tugas adalah upaya yang disengaja untuk mengatasi masalah, konflik, dan memuaskan kebutuhan, seperti; serangan, penarikan, dan kompromi.
- b. Koping berfokus pada emosi atau ego yaitu dikenal sebagai mekanisme pertahanan, melindungi orang dari perasaan tidak mampu dan tidak berharga, serta mencegah kesadaran kecemasan.

Kedua mekanisme tersebut bisa bersifat konstruktif atau destruktif. Di mana mekanisme koping yang konstruktif merupakan respon protektif yang secara sadar menghadapi ancaman tersebut, sedangkan mekanisme koping destruktif melibatkan represi ke alam bawah sadar. Mekanisme koping destruktif cenderung tidak efektif, tidak memadai, tidak terorganisir, tidak pantas, dan berlebihan. Mekanisme koping destruktif mungkin terlihat pada perilaku aneh atau timbulnya gejala (Stuart, 2013)

11. Alat Ukur Kecemasan

a. *Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42)*

DASS merupakan kuesioner yang dirancang untuk mengukur keadaan emosional negatif yang terdiri dari depresi, kecemasan dan stres. Kuesioner DASS telah baku dan tidak perlu di uji validitasnya lagi, konsistensi internal *alpha cronbach* 0,94 untuk depresi, 0,88 untuk kecemasan dan 0,93 untuk stres (Nursalam, 2016).

DASS terdiri dari 42 item pertanyaan yang menggambarkan tingkat depresi, stres dan kecemasan. Skala untuk depresi dinilai dari nomor 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21, 24, 26, 31, 34, 37, 38, 42. Skala untuk kecemasan dinilai dari nomor 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, 23, 25, 28, 30, 36, 40, 41, sedangkan skala untuk mengukur stres dinilai dari nomor 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, 22, 27, 29, 32, 33, 35, 39, dari angka-angka tersebut akan menunjukkan tingkat stres seseorang. Subjek menjawab setiap pertanyaan yang ada. Setiap pertanyaan dinilai dengan skor antara 0-3. Setelah menjawab seluruh pertanyaan, skor dari setiap skala dipisahkan satu sama lain kemudian diakumulasikan sehingga mendapat total skor untuk tiga skala, yaitu depresi, kecemasan, dan stres (Nursalam, 2016).

Interpretasi skor DASS adalah sebagai berikut (Nursalam, 2016):

Tabel 2.5 Interpretasi Skor DASS

	Depresi	Kecemasan	Stres
Normal	0-9	0-7	0-14
Ringan	10-13	8-9	15-18
Sedang	14-20	10-14	19-25
Parah	21-27	15-19	26-33
Sangat Parah	28+	20+	34+

(Nursalam, 2016)

b. *Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZSAS)*

Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZSAS) adalah metode pengukuran tingkat kecemasan pada pasien yang memiliki gejala yang berhubungan dengan kecemasan. ZSAS memiliki konsistensi internal

alpha cronbach 0,85 dan koefisien reliabilitas total 0,79 (Zung, 1971; Mustafa, Melonashi, Shkemi, Besimi, & Fanaj, 2015).

Penilaian *Zung Self- Rating Anxiety Scale* (ZSAS) dinilai berdasarkan frekuensi dan durasi gejala yang timbul berdasarkan skala Likert dari 1-4. Kuesioner terdiri dari 20 pernyataan, yang terdiri dari 5 gejala untuk sikap dan 15 pernyataan untuk gejala somatis. Pernyataan negatif/ *unfavourable* terdapat pada nomor: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, dan 20, sedangkan pernyataan positif/ *favourable* terdiri dari nomor: 5, 9, 13, 17, dan 19. Skor untuk pernyataan negatif/ *unfavourable* skor 1 = sangat jarang, 2 = kadang-kadang, 3 = sering, 4 = selalu, sedangkan skor untuk pernyataan positif/ *favourable* dibalik menjadi skor 1 = selalu, 2 = sering, 3 = kadang-kadang, dan 4 = sangat jarang. Rentang penilaian 20-80, dengan pengelompokan antara lain (Mustafa dkk, 2015):

Skor 20-44 : kecemasan ringan

Skor 45-59 : kecemasan sedang

Skor 60-74 : kecemasan berat

Skor 75-80 : kecemasan panik

c. *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A)

Untuk mengetahui sejauh mana derajat kecemasan seseorang apakah ringan, sedang, maupun berat menggunakan alat ukur (instrumen) yang dikenal dengan *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A). Koefisien reliabilitas *alpha* dari uji coba skala kecemasan sebesar 0,743 ini menunjukkan bahwa skala kecemasan HRS-A telah memenuhi persyaratan keandalan alat ukur (Ilham, 2016). Alat ukur HRS-A terdiri atas 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok akan dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (*score*) antara 0-3, yang artinya adalah (Bech, 2011) :

Nilai 0 = tidak ada gejala

1 = gejala ringan

2 = gejala sedang

3 = gejala berat sekali

Total nilai (*score*):

<14 = tidak ada kecemasan

14 – 20 = kecemasan ringan

21 – 27 = kecemasan sedang

28 – 41 = kecemasan berat

42 – 56 = kecemasan berat sekali

Skala menurut *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) terdiri dari 14 item, meliputi (Bech, 2011)

- 1) Perasaan cemas: firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- 2) Ketegangan: merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
- 3) Ketakutan: takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar dll.
- 4) Gangguan tidur: sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
- 5) Gangguan kecerdasan: penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
- 6) Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
- 7) Gejala somatik: nyeri pada otot-otot dan kaku, geretakan gigi, suara tidak stabil, dan kedutan otot.
- 8) Gejala sensori: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
- 9) Gejala kardiovaskuler : takikardi, nyeri dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.
- 10) Gejala pernapasan : rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek.

- 11) Gejala gastrointestinal: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
- 12) Gejala urogenital : sering kencing, tidak dapat menahan kencing, amenorea, ereksi lemah atau impotensi.
- 13) Gejala vegetatif: mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
- 14) Perilaku sewaktu wawancara: gelisah jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang.

C. Dukungan Sosial

1. Definisi

Hampir setiap orang tidak mampu menyelesaikan/ mengatasi masalah sendiri, tetapi mereka membutuhkan bantuan orang lain. Dukungan sosial merupakan mediator yang sangat penting dalam menyelesaikan masalah setiap orang. Hal ini karena individu adalah bagian dari keluarga, teman sekolah atau kerja, kegiatan agama maupun bagian dari kelompok lainnya (Nursalam & Kurniawati, 2007). Menurut Taylor (2009), Dukungan sosial adalah informasi dari orang lain bahwa ia dicintai dan diperhatikan, dihargai, serta merupakan bagian dari jaringan komunikasi (Lange, Kruglanski, & Higgins, 2012).

Dukungan sosial merupakan dukungan dari orang lain yang dapat memberikan kenyamanan fisik maupun psikis sehingga secara tidak langsung dapat mengurangi atau menurunkan kecemasan. Oleh karena itu, dukungan sosial secara langsung menurunkan stres dan secara tidak langsung meningkatkan serta memperbaiki kesehatan (Suparni & Astutik, 2016).

2. Bentuk-Bentuk Dukungan Sosial

Dukungan sosial merujuk kepada tindakan yang dilakukan orang lain ketika memberikan bantuan. Dukungan tersebut terbagi atas 3 bagian, yaitu dukungan emosional, dukungan informasional, dukungan konkret

(Hwang, Kirst, Chiu, Tolomiczenko, Kiss, Cowan, & Levinson, 2009; Pathia, 2015) :

- a. Dukungan emosional, meliputi; mendengarkan keluhan, menyenangkan hati saat dikeluhi suatu masalah, dan memberi dorongan/ motivasi.
- b. Dukungan informasional, yaitu mengajarkan sesuatu, memberikan informasi, memberi nasihat, dan membuat keputusan utama.
- c. Dukungan konkret, berupa bantuan dalam bentuk pekerjaan, suatu hal yang kasat mata dapat berbentuk suatu benda, dan yang lainnya.

Dukungan sosial dibedakan menjadi 4 jenis/ dimensi yang lebih kompleks, sebagai berikut (Suparni & Astutik, 2016) :

- a. Dukungan emosional, meliputi; ungkapan rasa empati, kepedulian, dan perhatian terhadap seseorang yang bersangkutan. Dukungan ini biasanya diperoleh dari pasangan atau keluarga, dan dengan adanya dukungan emosional dapat memberikan rasa nyaman, kepastian, perasaan memiliki dan dicintai kepada individu.
- b. Dukungan penghargaan, bisa terjadi lewat ungkapan rasa hormat/ penghargaan positif untuk orang lain, suatu dorongan untuk maju/ persetujuan dengan gagasan/ perasaan individu, dan perbandingan positif orang itu dengan orang lain. Biasanya dukungan penghargaan diberikan oleh teman atau orang lain sehingga dukungan ini dapat membangun perasaan berharga, termotivasi, dan bernilai.
- c. Dukungan instrumental, berupa; bantuan secara langsung sesuai dengan yang dibutuhkan oleh seseorang, seperti memberikan pinjaman uang atau membantu suatu hal yang dibutuhkan individu. Dukungan instrumental, biasanya lebih sering diberikan oleh teman atau orang lain sehingga dengan adanya dukungan ini bisa menggambarkan tersedianya barang-barang (materi) atau adanya pelayanan dari orang lain yang dapat membantu individu dalam menyelesaikan masalah, dan selanjutnya hal tersebut dapat memudahkan individu untuk dapat memenuhi tanggung jawab dalam menjalankan perannya sehari-hari.

- d. Dukungan informasi, meliputi; pemberian nasihat, saran, pengetahuan, informasi, dan petunjuk. Dukungan informasi diperoleh dari sahabat, rekan kerja, atasan atau seorang profesional sehingga dukungan tersebut akan membantu individu memahami situasi dan mencari alternatif pemecahan masalah atau tindakan yang akan diambil.

3. Sumber Dukungan Sosial

Individu yang termasuk dalam memberikan dukungan sosial yaitu pasangan suami istri, orang tua, anak, sanak keluarga, teman, tim medis, atasan, dan konselor. Dukungan sosial terutama dalam kontak hubungan yang akrab/ kualitas hubungan perkawinan dan keluarga merupakan sumber dukungan sosial yang sangat penting (Suparni & Astutik, 2016).

Sumber-sumber dukungan sosial adalah keluarga, teman, dan *significant other*, adapun penjelasan dari sumber-sumber tersebut, yaitu (Nugraha, 2012) :

- a. Keluarga adalah orang-orang yang berada di sekitar dan paling dekat dengan diri individu yang sangat besar kemungkinannya untuk saling memberikan dukungan, baik berupa dukungan emosional, instrumental, penghargaan, maupun informatif.
- b. Teman merupakan anggota yang juga penting setelah anggota keluarga. Namun, hal ini tidak berarti bahwa dukungan sosial dari teman kurang bermanfaat. Suatu studi yang dilakukan Argyle dan Furnham menemukan 3 proses utama di mana teman berperan dalam memberikan dukungan sosial. Ketiga proses tersebut yaitu membantu material atau instrumental, dukungan emosional, dan proses yang terakhir adalah integrasi sosial.
- c. *Significant other* yaitu anggota selain keluarga maupun teman, contohnya kelompok sosial, perawat, dokter, dan orang dewasa selain keluarga teman yang mampu memberikan dukungan sosial.

4. Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Sosial

Menurut Reis, ada tiga faktor yang mempengaruhi penerimaan dukungan sosial pada individu, yaitu sebagai berikut (Suparni & Astutik, 2016) :

a. Keintiman

Dukungan sosial lebih banyak diperoleh dari keintiman daripada aspek lainnya dalam interaksi sosial sehingga semakin intim seseorang maka dukungan yang diterima akan semakin besar.

d. Harga diri

Individu dengan harga diri tinggi, akan memandang bantuan dari orang lain merupakan suatu bentuk penurunan harga diri. Hal ini disebabkan karena dengan menerima bantuan orang lain diartikan bahwa individu yang bersangkutan tidak mampu lagi dalam berusaha.

e. Keterampilan sosial

Seseorang dengan pergaulan yang bebas akan memiliki keterampilan sosial yang lebih tinggi sehingga akan memiliki jaringan sosial yang luas juga. Namun, individu dengan jaringan sosial yang kurang luas, maka memiliki keterampilan sosial yang rendah.

5. Mekanisme Dukungan Sosial

Mekanisme bagaimana dukungan sosial berpengaruh terhadap kesehatan, dikenal atas 3 mekanisme yang secara langsung atau tidak berpengaruh terhadap kesehatan seseorang, sebagai berikut (Nursalam & Kurniawati, 2007) :

a. Mediator perilaku

Mengajak individu untuk mengubah perilaku yang jelek dan meniru perilaku yang baik, seperti berhenti untuk merokok.

b. Psikologis

Meningkatkan harga diri dan menjembatani suatu interaksi yang bermakna bagi diri sendiri dan orang lain.

c. Fisiologi

Membantu melakukan relaksasi terhadap sesuatu yang dapat mengancam dalam upaya meningkatkan sistem imun individu.

6. Hubungan Dukungan Sosial Terhadap Kecemasan

Dukungan sosial akan berpengaruh terhadap individu tergantung ada atau tidaknya tekanan dalam kehidupan individu tersebut. Tekanan tersebut bisa berasal dari individu itu sendiri atau dari luar dirinya dan untuk menghindari gangguan baik secara fisik dan psikologis. Individu membutuhkan orang lain di sekitarnya untuk memberi dukungan agar memperoleh kenyamanan. Efek dari dukungan sosial terbagi atas dua, yaitu (Suparni & Astutik, 2016) :

a. Efek positif

Dukungan sosial dapat memberikan kenyamanan secara fisik dan psikologis kepada individu, hal ini dapat terlihat dari bagaimana dukungan sosial mempengaruhi kejadian dan efek dari stres atau kecemasan. Secara teoritis dukungan sosial dapat menurunkan kecenderungan munculnya kejadian yang memicu terjadinya stres atau kecemasan. Apabila kejadian itu muncul, interaksi dengan orang lain dapat memodifikasi atau mengubah persepsi seseorang terhadap kejadian tersebut sehingga dapat mengurangi potensi munculnya stres atau kecemasan.

b. Efek negatif

dukungan sosial tidak selamanya hanya memberikan efek positif dalam mempengaruhi kejadian dan efek stres, tetapi ada beberapa efek negatif yang timbul dari dukungan sosial, antara lain :

- 1) Dukungan yang tersedia tidak dianggap sebagai suatu yang sangat membantu individu. Hal ini terjadi karena dukungan yang diberikan mungkin tidak cukup, dan individu merasa tidak perlu dibantu atau terlalu khawatir secara emosional sehingga tidak memperhatikan dukungan yang telah diberikan.

- 2) Dukungan yang diberikan tidak sesuai dengan apa yang diharapkan/dibutuhkan seseorang. Sumber dukungan memberikan contoh buruk kepada individu, misalnya melakukan atau memberi saran untuk berperilaku tidak sehat. Terlalu menjaga atau mendukung individu dalam melakukan sesuatu yang diinginkannya. Keadaan ini bisa saja mengganggu program rehabilitas yang seharusnya dilakukan oleh individu dan menyebabkan individu menjadi tergantung terus pada orang lain.

7. Hubungan Dukungan Sosial pada Pasien Hipertensi yang Mengalami Kecemasan

Dukungan sosial adalah cara efektif untuk mengurangi kecemasan yang dirasakan seseorang. Menurut Stuart (2013), dukungan sosial berfungsi untuk pertalian sosial yang menggambarkan kualitas dari hubungan interpersonal yang melindungi individu dari terjadinya stres/kecemasan. Dukungan sosial sangat berperan untuk meningkatkan kesehatan, kesejahteraan, peningkatan produktivitas dan pengaruh positif lainnya. Selain itu, dukungan sosial diberikan oleh keluarga, teman, ataupun *significant other* baik dalam bentuk dukungan emosional, penghargaan, instrumental, dan informasi, yang memberikan rasa aman, tenang dan meningkatkan harga diri seseorang (Amylia & Surjaningrum, 2014). Jika pasien hipertensi mengalami kecemasan, interaksi dengan keluarga, teman, bahkan orang lain dapat memberikan rasa nyaman, merasa terbantu dan memodifikasi atau mengubah persepsi pasien hipertensi pada suatu hal yang menyebabkan kecemasan, sehingga akan mengurangi potensi terjadinya kecemasan pada pasien hipertensi. Maka dukungan sosial dapat menurunkan munculnya kejadian yang bisa menyebabkan kecemasan.

8. Alat Ukur Dukungan Sosial

MSPSS merupakan salah satu form yang digunakan untuk mengukur *perceived social support* yang diambil dari teori Zimet, Dahlem, Zimet, dan Farley (1988) yang kemudian telah diadaptasi kembali oleh Chen dan Chang (2004), yang memiliki tiga sumber dukungan sosial yaitu keluarga (*family*), teman (*friends*), dan orang selain keluarga dan teman (*significant other*) terdapat 12 item pernyataan yang perlu dijawab oleh responden, terdiri atas 4 pernyataan tentang dukungan dari keluarga, 4 pernyataan dukungan dari teman, dan 4 pernyataan dukungan dari *significant other* (Nugraha, 2012; Wu *et al.*, 2010). Sebaran butir pernyataan pada MSPSS dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 2.6 Sebaran Butir MSPSS

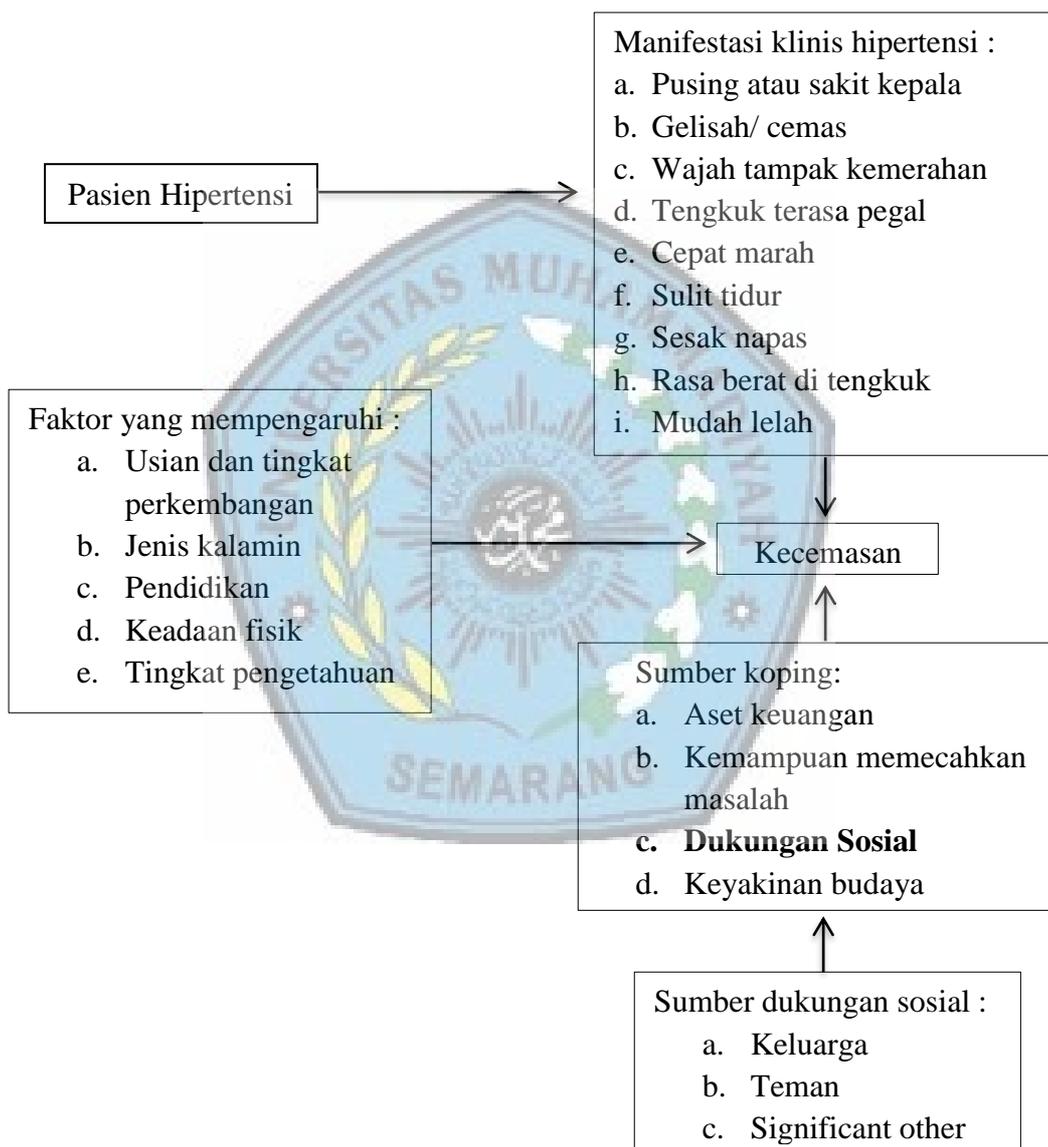
Skala ukur	Sebaran butir	Jumlah soal
<i>Family</i> (FA)	3,4,8,11	4
<i>Friends</i> (FR)	6,7,9,12	4
<i>Significant Other</i> (SO)	1,2,5,10	4

(Zimet, Dahlem, & Zimet, 1988; Wu *et al.*, 2010)

Tiap-tiap item diberi skor mulai dari 1 untuk sangat sangat tidak setuju, 2 untuk sangat tidak setuju, 3 untuk tidak setuju, dan 4 untuk Netral, 5 untuk setuju, 6 untuk sangat setuju, 7 untuk sangat sangat setuju (Nugraha, 2012; Wu *et al.*, 2010).

D. Kerangka Teori

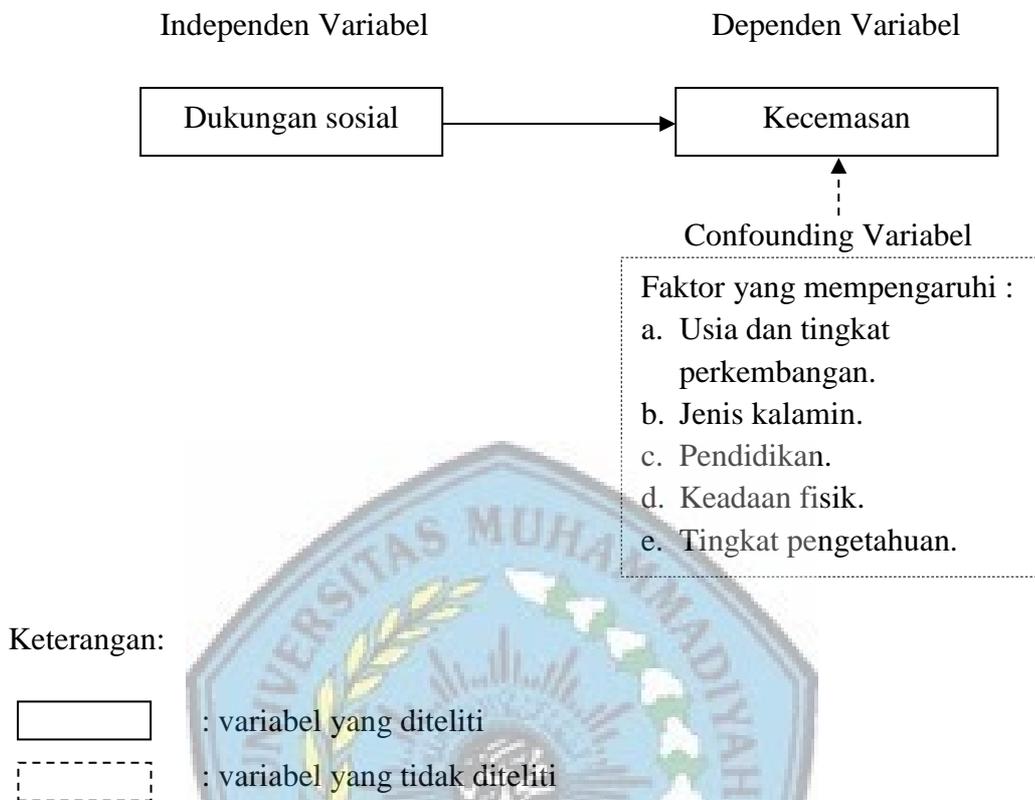
Penelitian ini menggambarkan antara dua variabel yang berbeda yaitu variabel dukungan sosial dan variabel kecemasan pada penderita hipertensi. Untuk memudahkan pemahaman mengenai keseluruhan rangkaian penelitian ini, maka disusunlah kerangka teori penelitian sebagai berikut:



Sumber: Fauzi, 2014; Ignatavicius, Workman, & Rebar, 2017; Stuart, 2013; Varcarolis, 2017; Suparni & Astutik, 2016

Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian

E. Kerangka Konsep



Skema 2.3 Kerangka Konsep

F. Variabel Penelitian

Variabel independent atau bebas dalam penelitian ini adalah dukungan sosial, sedangkan variabel dependent atau terikat dalam penelitian ini adalah kecemasan pada pasien hipertensi.

G. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini merupakan dugaan yang menjadi jawaban sementara terhadap masalah penelitian yang perlu diuji kebenarannya dengan menggunakan hipotesis, $H_a =$ Ada hubungan antara dukungan sosial dengan tingkat kecemasan pada pasien hipertensi.