



SKRIPSI

**HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PADA PASIEN STROKE DI
RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

PENELITIAN NON-EXPERIMENTAL

OLEH:

**ALCHE JANRILYANI (C.12.14201.002)
LYDIA INDRI PALUNGAN (C.12.14201.032)**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2016



**HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN TINGKAT
KECEMASAN PADA PASIEN STROKE DI
RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
Pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris
Makassar**

OLEH:

ALCHE JANRILYANI

C1214201002

LYDIA INDRI PALUNGAN

C1214201032

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
MAKASSAR**

2016

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Alche Janrilyani (C.12.14201.002)

Lydia Indri Palungan (C.12.14201.032)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiat (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, April 2016

Yang Menyatakan,

(Alche Janrilyani)
C.12.14201.002

(Lydia Indri Palungan)
C.12.14201.032

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN TINGKAT KECEMASAN
PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

Diajukan Oleh:

**ALCHE JANRILYANI (C.12.14201.002)
LYDIA INDRI PALUNGAN (C.12.14201.032)**

Disetujui Oleh:

Pembimbing



(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns., MSN)

NIDN. 0912106501

Bagian

Akademik Kemahasiswaan



(Sr. Anita Sampe, JMJ., S.Kep.,Ns., MAN)

NIDN. 0917107402

HALAMAN PENGESAHAN
SKRIPSI

**HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN TINGKAT KECEMASAN
PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:
Alche Janrilyani (C.12.14201.002)
Lydia Indri Palungan (C.12.14201.032)

Telah dibimbing dan disetujui oleh:

Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN.)
NIDN. 0912106501

Telah Diuji Dan Dipertahankan
Dihadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 01 Februari 2016
dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Susunan Dewan Penguji

Penguji I

Penguji II

(Hasrat J. Ziliwu, S.Kep.,Ns., M.Kep.) **(Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.KMB)**
NIP. 19750913 2 00604 1 007 **NIDN. 09130982201**

Penguji III

(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN.)
NIDN. 0912106501

Makassar, April 2016

Program Studi S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN.)
NIDN. 0912106501

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama /NIM : Alche Janrilyani (C.12.14201.002)

Lydia Indri Palungan (C.12.14201.032)

Judul Skripsi:

“Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Menyatakan menyetujui dan memberi kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih media/formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, April 2016

Yang menyatakan

(Alche Janrilyani)
C.12.14201.002

(Lydia Indri Palungan)
C.12.14201.032

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaanNya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR”**.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia dalam berbagai hal disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat harapkan saran dan kritik yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

Selama penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, baik moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini dengan baik. oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar dan selaku pembimbing yang telah banyak memberi masukan selama penyusunan skripsi di STIK Stella Maris Makassar.
2. Sr. Anita Sampe, JMJ, S.Kep.,Ns.,MAN selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kemahasiswaan
3. Fransiska Anita E.R.S, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar
4. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh staff pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dan fasilitas selama menempuh pendidikan.
5. Teristimewa untuk orang tua kami tercinta, kedua orang tua dari Alche Janrilyani (Bapak Melkias Buntutasik dan Ibu Selfi Buntulola) dan kedua orang tua dari Lydia Indri Palungan (Bapak Alpius Batik dan Ibu

Herlina Sumule), dan kepada sanak saudara, om dan tante dan keluarga besar Alche Janrilyani dan Lydia Indri Palungan yang telah mendampingi dan mendukung penulis baik lewat doa, perhatian, bimbingan, cinta kasih serta dukungan.

6. Kakak-kakak dan adik-adik di asrama dan sahabat-sahabat terdekat dari Alche Janrilyani dan Lydia Indri Palungan yang telah memberikan motivasi mulai dari awal hingga penyelesaian skripsi ini.
7. Seluruh teman-teman angkatan 2012 yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah banyak memberikan masukan bermakna dan dukungan baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Makassar, April 2016

Tim Penulis

ABSTRAK
HUBUNGAN MEKANISME KOPING DENGAN TINGKAT KECEMASAN
PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
(dibimbing oleh Henny Pongatung)

ALCHE JANRILYANI DAN LYDIA INDRI PALUNGAN
PROGRAM STUDI S1KEPERAWATAN & NERS STIK STELLA MARIS
(xvii+50 halaman + 7 tabel + 12 lampiran)

Pasien stroke pada umumnya akan mengalami gangguan atau cacat fisik seperti kelumpuhan, gangguan bicara, menelan maupun eliminasi. Hal ini dapat menimbulkan koping adaptif dan maladaptif yang diikuti dengan kecemasan pada pasien. Mekanisme koping sangat penting digunakan oleh individu agar terbebas dari stres dan kecemasan yang berkepanjangan. Mekanisme koping memiliki keterkaitan dengan respon individu dalam menghadapi penyakit stroke yang diderita, Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien stroke. Penelitian ini menggunakan desain *cross-section study* dan didapatkan 32 pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan karakteristik khusus yang dipilih menggunakan *consecutive sampling*. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner mekanisme koping dan tingkat kecemasan. Analisa data menggunakan uji alternatif *kolmogorov –Smirnov* menunjukkan ($p = 0.012$, dengan tingkat kemaknaan 0.05). Ini berarti nilai hitung $p < \alpha$. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan. Seseorang yang memiliki mekanisme koping adaptif akan menurunkan kecemasan sehingga pasien dapat menjalani proses penyembuhan dengan baik, namun saat seseorang berada dalam situasi yang terancam perilaku koping yang kurang baik akan memperparah kondisi pasien.

Kata Kunci : Stroke, Mekanisme koping, Tingkat kecemasan
Kepustakaan : 31 Referensi (2006-2015)

ABSTRACT

***Correlation Between Coping Mechanism With Anxiety Level Stroke Patient In Stella Maris Hospital Makassar
(Adviser: Henny Pongatung)***

**ALCHE JANRIYANI And LYDIA INDRI PALUNGAN
NURSING GRADUATED AND NURSES PROGRAM STIK STELLA MARIS
MAKASSAR**

(xvii+50 pages + 7 table + 11 appedices)

Stroke patients in general will experience interference or physical disability such as paralysis, speech disorders, swallowing or elimination. This can lead to adaptive and maladaptive coping followed with anxiety in patients. Very important coping mechanism used by the individual to be free from stress and anxiety is prolonged. Coping mechanisms have relevance to the individual response in disease suffered stroke, this study aims to determine the relationship of coping mechanisms at the level of anxiety in patients with stroke. This study uses a cross-sectional design of the study and found 32 patients with stroke at Stella Maris Hospital Makassar with special characteristics which are selected using consecutive sampling. Data collection techniques used questionnaires coping mechanisms and levels of anxiety. Analysis of data using alternative test kolmogorov -Smirnov show ($p = 0.012$, with a significance level of 0.05). This means that the calculated value of $p < \alpha$. The results showed no significant relationship between coping mechanisms at the level of anxiety. Someone who has an adaptive coping mechanism will reduce anxiety so that patients can be recuperating well, but when a person is in a situation that threatened poor coping behaviors will exacerbate the patient's condition.

Keywords : Stroke, coping mechanisms, anxiety level
Bibliography : 31 references (2006-2015)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR ISTILAH	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Khusus	4
2. Tujuan Umum	4
D. Manfaat Penelitian	4
1. Manfaat Teoritis	4

2. Manfaat Klinis	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Tinjauan Umum Tentang Mekanisme Koping	6
1. Pengertian mekanisme koping	6
2. Penggolongan mekanisme koping	6
3. Kajian koping melalui berbagai aspek	7
4. Faktor yang mempengaruhi mekanisme koping	10
5. Hasil dari koping (<i>coping outcome</i>)	10
6. Mekanisme koping terhadap kecemasan	12
B. Tinjauan Umum Tentang Kecemasan	12
1. Pengertian Kecemasan	12
2. Tingkat Kecemasan	13
3. Respon kecemasan	14
4. Jenis-jenis Kecemasan	15
5. Gejala-gejala Kecemasan	16
6. Penyebab kecemasan	17
7. Alat ukur tingkat kecemasan.....	17
C. Tinjauan Umum Tentang Stroke	18
1. Pengertian stroke	18
2. Penyebab terjadinya stroke	18
3. Jenis stroke	19
4. Faktor risiko.....	22
5. Pemeriksaan medis.....	23
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	25
A. Kerangka Konseptual	25
B. Hipotesis	26
C. Definisi Operasional	27
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	29

A.	Jenis Penelitian	29
B.	Tempat Dan Waktu Penelitian	29
C.	Populasi Dan Sampel	29
D.	Identifikasi Variabel	30
E.	Instrumen Penelitian	30
F.	Pengumpulan Data	31
G.	Pengolahan Dan Penyajian Data	32
H.	Analisa Data	33
	1. Analisa Univariat	33
	2. Analisa Bivariat	33
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		34
A.	Hasil Penelitian	34
	1. Pengantar	34
	2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	34
	3. Karakteristik Data Umum Responden	36
	4. Hasil Analisa Variabel Yang Diteliti	38
B.	Pembahasan	40
C.	Keterbatasan Peneliti	43
BAB VI PENUTUP		45
A.	Kesimpulan	45
B.	Saran	45
DAFTAR PUSTAKA		

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Defenisi Operasional	27
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	35
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur	35
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan	36
Tabel 5.4 Distribusi Responden Berdasarkan Mekanisme Koping Adaptif Dan Maladaptif	37
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan	37
Tabel 5.6 Analisis Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Kecemasan	38

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori	25
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual	27

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal rencana penelitian

Lampiran 2 : Lembar permohonan menjadi responden

Lampiran 3 : Lembar persetujuan responden

Lampiran 4 : Instrumen penelitian

Lampiran 5 : Lembar kuisisioner

Lampiran 6 : Lembar konsul proposal

DAFTAR ISTILAH

CVA	: <i>Cerebrovasculeraccident</i>
WHO	: <i>World Health Organisation</i>
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
H_0	: Hipotesis Nol
H_a	: Hipotesis Alternatif
\geq	: Lebih Besar dari sama dengan
$<$: Kurang Dari
α	: Nilai kemaknaan/ nilai signifikan
p	: Nilai kemungkinan

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Di Indonesia, diperkirakan dalam setiap tahunnya ada 500.000 penduduk yang terkena serangan stroke. Stroke merupakan sindrom klinis yang timbulnya mendadak, progresif cepat, serta berupa defisit neurologis lokal atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih. Stroke atau *cerebrovascular accident* (CVA) menyebabkan berbagai defisit neurologik, bergantung pada lokasi lesi, ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral. Gejala defisit neurologik dapat berupa kesulitan berbicara, perubahan status mental, gangguan penglihatan, sakit kepala, pusing, kesulitan berjalan, kehilangan keseimbangan dan koordinasi (Ariani, 2012)

Menurut WHO (2013) satu dari 10 kematian disebabkan oleh stroke. Stroke menyebabkan kematian paling umum ke tiga di negara-negara maju melebihi penyakit jantung koroner dan kanker. Prevalensi stroke Amerika Serikat adalah 7 juta (3,0%). Di Cina, prevalensi stroke berkisar antara 1,8% (pedesaan) dan 9,4% (perkotaan). Di seluruh dunia, Cina merupakan salah satu tingkat kematian tertinggi akibat stroke (19,9% dari semua kematian di Cina), bersamaan dengan Afrika dan bagian dari Amerika Selatan.

Hasil Riskesdas (2007) prevalensi nasional stroke adalah 0,8% (berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejala). Riskesdas (2013) menyatakan sebanyak 57,9% penyakit stroke telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan. Prevalensi stroke sama banyak pada laki-laki dan perempuan.

Menurut pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI, 2007 prevalensi stroke yang paling tinggi provinsi Aceh (16,6%), sedangkan yang terendah berada di provinsi Papua (3,8%). Sedangkan untuk tahun 2013 Sulawesi Selatan memiliki prevalensi stroke yang paling tinggi (17,9%) dan provinsi Riau merupakan yang terendah (5,2%).

Data prevalensi stroke Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tahun 2013 mencapai 314 (2,1%) dari total 16.710 pasien, pada tahun 2014

mencapai 339 (1,6%) dari 21.277 pasien sedangkan data terbaru pada tahun 2015 menunjukkan penurunan menjadi 236 (1,3%) dari 18.066 pasien (Rekam Medik Rumah Sakit Stella Maris, 2015).

Kecemasan pasien timbul dari rasa kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti, tidak berdaya, serta objek yang tidak spesifik kecemasan tersebut dimanifestasikan secara langsung melalui perubahan fisiologis seperti: gemetaran, berkeringat, detak jantung meningkat, nyeri abdomen, dan sesak nafas.

Tingkat kecemasan yang dialami pasien bervariasi dari kecemasan ringan, sedang, berat sampai dengan panik. Kecemasan yang dialami pasien mempunyai beberapa alasan diantaranya: cemas akibat sesak nafas, cemas akan kondisi penyakitnya, cemas jika penyakitnya tidak bisa sembuh, cemas dan takut akan kematian. Terkadang kecemasan dapat terlihat dalam bentuk lain, seperti sering bertanya tentang penyakitnya dan berulang meskipun pertanyaan sudah dijawab, pasien terlihat gelisah, sulit istirahat dan tidak bergairah saat makan.

Saat seseorang berada dalam situasi yang terancam, maka respon koping perlu segera dibentuk. Mekanisme koping yang dapat diterapkan oleh individu yaitu mekanisme koping adaptif dan mekanisme koping maladaptif. Koping adaptif bertujuan membuat perubahan langsung dalam lingkungan sehingga situasi dapat diterima dengan lebih efektif. Sedangkan koping maladaptif dilakukan untuk membuat perasaan lebih nyaman dengan memperkecil gangguan emosi pada gangguan stres.

Jika individu mempunyai koping yang efektif maka kecemasan akan diturunkan dan energi digunakan langsung untuk istirahat dan penyembuhan. Jika koping tidak efektif atau gagal maka keadaan tegang akan meningkat, terjadi peningkatan kebutuhan energi dan respon pikiran serta tubuh akan meningkat dan memperparah/memperberat kondisi individu.

Pada pasien stroke, perilaku koping yang kurang baik akan dapat memperparah kondisi pasien seperti gelisah yang berlebihan, sesak nafas, tekanan darah meningkat, denyut nadi cepat dan tidak patuh dalam pengobatan sehingga penyakitnya tidak kunjung sembuh. Selain itu pasien mengalami gangguan dalam istirahat, terkadang terjadi halusinasi.

Dari hasil pengamatan peneliti di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada bulan Oktober 2015 diruang St. Bernadeth dari 5 pasien stroke yang diwawancarai singkat, 4 diantaranya mengatakan cemas terhadap penyakitnya. Dan dari hasil observasi 3 diantaranya mengalami peningkatan denyut nadi, tekanan darah meningkat dan sesak nafas. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan masalah yang telah diuraikan dalam latar belakang di atas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah adakah hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien stroke?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi mekanisme koping pada pasien stroke
- b. Mengidentifikasi tingkat kecemasan pada pasien stroke
- c. Menganalisa hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien stroke.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat berguna untuk menambah ilmu pengetahuan atau teori keperawatan tentang hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pasien stroke, serta dapat dimanfaatkan sebagai bahan kajian penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Klinis

a. Bagi instansi Rumah sakit

Menjadi bahan informasi bagi rumah sakit tentang bagaimana hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien stroke.

b. Bagi tenaga keperawatan

Meningkatkan pengetahuan perawat hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien stroke.

c. Bagi keluarga

Membantu pasien mempertahankan mekanisme koping adaptif dan diharapkan kecemasan yang dirasakan pasien berkurang.

d. Bagi para pembaca

Bagi para pembaca maupun mahasiswa, hasil penelitian ini sebagai pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Umum Tentang Mekanisme Koping

1. Pengertian Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah strategi atau perilaku mental yang disadari yang dilakukan individu untuk mengurangi kecemasan (O'Brien, 2008).

Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan untuk beradaptasi terhadap stress (Saam, 2013).

Mekanisme koping lebih mengarah pada yang orang lakukan untuk mengatasi tuntutan-tuntutan yang penuh tekanan atau yang membangkitkan emosi. Penyesuaian diri dalam menghadapi stress, dalam konsep kesehatan mental dikenal dengan istilah koping (Lubis, 2006).

2. Pengolongan Mekanisme Koping

Mekanisme koping berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2 (Stuart dan Sundeen, 1995 dalam Nasir, 2010) yaitu:

a. Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping adaptif adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi dan tetap melakukan aktivitas sehari-hari.

b. Mekanisme koping maladaptif

Mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan atau tidak makan, menghabiskan waktu untuk tidur, menghindar atau menarik diri, dan tidak mau menceritakan masalah pada orang lain.

Mekanisme koping juga dibedakan menjadi 2 tipe menurut (Kozier, 2014) yaitu:

- a. Mekanisme koping berfokus pada masalah (*problem focused coping*), meliputi usaha untuk memperbaiki suatu situasi dengan membuat perubahan atau mengambil beberapa tindakan dan usaha segera untuk mengatasi ancaman pada dirinya. Contohnya adalah negosiasi, konfrontasi dan meminta nasehat.
- b. Mekanisme koping berfokus pada emosi (*emotional focused coping*), meliputi usaha-usaha dan gagasan yang mengurangi distress emosional. Mekanisme koping berfokus pada emosi tidak memperbaiki situasi tetapi seseorang sering merasa lebih baik.

3. Kajian Koping Melalui Berbagai Aspek

Koping dapat dikaji melalui beberapa aspek (Lazarus dan Folkman, 1985; Stuart dan Sundeen, 1995; Townsend, 1996; Herawati, 1999) yaitu:

a. Reaksi orientasi tugas

Berorientasi terhadap tindakan untuk memenuhi tuntutan dari situasi stress secara realistis, dapat berupa konstruktif atau destruktif, misalnya:

- 1) *Agresif* (perilaku menyerang) biasanya untuk menghilangkan atau mengatasi rintangan untuk memuaskan kebutuhan. Pendekatan dalam menolong orang yang bersikap agresif sebagai berikut:
 - a) Beri kesempatan pada orang tersebut untuk mengekspresikan perasaannya dan sebab-sebabnya.
 - b) Terima rasa bermusuhan yang diekspresikannya tanpa menghukum atau menyebabkan orang itu merasa bersalah.
 - c) Tentukan batasan dan kemudian antisipasi permintaan pasien.
- 2) Perilaku menarik diri digunakan untuk menghilangkan sumber-sumber ancaman baik secara fisik atau psikologis. Pendekatan dalam menolong orang dengan perilaku menarik diri adalah sebagai berikut:

- a) Menyediakan waktu bersama dengan pasien, sekalipun keduanya bersama diam hal ini dapat meningkatkan harga diri pasien.
 - b) Memberi dorongan agar pasien mau berbicara, mengungkapkan perasaan dan hubungannya dengan orang lain.
- 3) Perilaku kompromi digunakan untuk merubah cara melakukan, merubah tujuan atau memuaskan aspek kebutuhan pribadi seseorang.
- b. Mekanisme pertahanan ego
- Mekanisme pertahanan ego sering disebut sebagai mekanisme pertahanan mental atau mekanisme pertahanan diri yang merupakan pereda stress internal walaupun tidak selalu merupakan jalan yang efektif dan benar untuk beradaptasi dengan situasi penuh tekanan. Adapun mekanisme pertahanan ego adalah sebagai berikut:
- 1) Kompensasi
Proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra dirinya ialah dengan secara tegas menonjolkan keistimewaan/kelebihan yang ia miliki.
 - 2) Penyangkalan (*denial*)
Menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut. Mekanisme pertahanan ini adalah paling sederhana dan primitif.
 - 3) Pemindahan (*displacement*)
Pengalihan emosi yang semula ditujukan pada seseorang/benda lain yang biasanya netral atau lebih sedikit mengancam dirinya.
 - 4) Identifikasi (*identification*)
Proses dimana seseorang untuk menjadi seseorang yang ia kagumi berupaya dengan mengambil/menirukan pikiran-pikiran, perilaku dan selera orang tersebut.

- 5) Intelektualisasi (*intellectualization*)
Pengguna logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya.
- 6) Introjeksi (*introjektion*)
Suatu jenis identifikasi yang kuat dimana seseorang mengambil dan melebur nilai-nilai dan kualitas seseorang atau suatu kelompok ke dalam struktur egonya sendiri, merupakan hati nurani.
- 7) Isolasi
Pemisahan unsur emosional dari suatu pikiran yang mengganggu dapat bersifat sementara atau berjangka lama.
- 8) Reaksi formasi
Pengembangan sikap dan pola perilaku yang ia sadari, yang bertentangan dengan apa yang sebenarnya ia rasakan atau ingin lakukan.
- 9) Regresi
Kemunduran akibat stress terhadap perilaku dan merupakan ciri khas dari suatu taraf perkembangan yang lebih dini.
- 10) Represi
Pengesampingan secara tidak sadar tentang pikiran, impuls atau ingatan yang menyakitkan atau bertentangan dari kesadaran seseorang, merupakan pertahanan ego yang primer yang cenderung diperkuat oleh mekanisme lain.
- 11) Supresi
Suatu proses yang digolongkan sebagai mekanisme pertahanan tetapi sebetulnya merupakan analog represi yang disadari, pengesampingan yang disengaja tentang suatu bahan dari kesadaran seseorang, kadang-kadang dapat mengarah pada represi yang berikutnya.
- 12) Proyeksi
Suatu tindakan yang menyalahkan orang lain.

4. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi mekanisme Koping

a. Kesehatan fisik

Kesehatan merupakan hal yang penting, karena selama dalam usaha mengatasi stress individu dituntut untuk mengerahkan tenaga yang cukup besar.

b. Keyakinan atau pandangan positif

Keyakinan menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan akan nasib (*external locus of control*) yang mengarahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan (*helplessness*) yang akan menurunkan kemampuan strategi koping tipe: *problem-solving focused coping*.

c. Keterampilan memecahkan masalah

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan untuk menghasilkan alternatif tindakan, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai, dan pada akhirnya melaksanakan rencana dengan melakukan suatu tindakan yang tepat.

d. Keterampilan sosial

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk berkomunikasi dan bertindak laku dengan cara-cara yang sesuai dengan nilai-nilai sosial yang berlaku di masyarakat.

e. Dukungan sosial

Dukungan ini meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada diri individu yang diberikan oleh orang tua, anggota keluarga, saudara, teman, dan lingkungan masyarakat sekitarnya.

5. Hasil dari koping (*coping outcome*)

Koping yang efektif adalah koping yang membantu seseorang untuk mentoleransi dan menerima situasi yang menekan, serta merisaukan tekanan yang dapat dikuasainya. Sesuai dengan pernyataan tersebut,

Cohen dan Lazarus, dalam Taylor, mengemukakan agar coping dilakukan secara efektif, maka strategi coping perlu mengacu pada lima fungsi tugas coping yang terkenal dengan istilah *coping task* (Lazarus dan Folkman 1984 dalam Nasir, 2011), yaitu:

- a. Mengurangi kondisi lingkungan yang berbahaya dan meningkatkan prospek untuk memperbaikinya.
- b. Menoleransi atau menyesuaikan diri dengan kenyataan yang negatif.
- c. Mempertahankan gambaran diri yang positif.
- d. Mempertahankan keseimbangan emosional.
- e. Melanjutkan kepuasan terhadap hubungannya dengan orang lain.

Efektivitas coping bergantung pada keberhasilan pemenuhan *coping task*. Individu tidak harus memenuhi semua coping task untuk dikatakan berhasil melakukan coping dengan baik. Setelah coping dapat memenuhi sebagian atas semua fungsi tugas tersebut, maka dapat terlihat bagaimana *coping outcome* yang dialami tiap individu. *Coping outcome* adalah kriteria hasil coping untuk menentukan keberhasilan coping.

Beberapa kriteria *coping outcome* menurut (Taylor 1991 dalam Nasir, 2011), sebagai berikut:

- a. Ukuran fungsi fisiologis, yaitu coping dinyatakan berhasil bila coping yang dilakukan dapat mengurangi indikator dan membangkitkan (*arousal*) stress seperti menurunnya tekanan darah, detak jantung, detak nadi, dan sistem pernapasan.
- b. Apakah individu dapat kembali pada keadaan seperti sebelum ia mengalami stress dan seberapa cepat ia kembali. Coping dinyatakan berhasil bila coping yang dilakukan dapat membawa individu kembali pada keadaan seperti sebelum mengalami stress.
- c. Efektivitas dalam mengurangi *psychological distress*. Coping dinyatakan berhasil jika coping tersebut dapat mengurangi rasa cemas dan depresi pada individu.

6. Mekanisme koping terhadap kecemasan

Individu dapat mengatasi stress dan kecemasan dengan menggerakkan sumber koping di lingkungan. Sumber koping tersebut yang berupa modal ekonomi, kemampuan penyelesaian masalah, dukungan sosial, dan keyakinan budaya dapat membentuk individu mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan kecemasan dan mengadopsi strategi koping yang berhasil.

Ketika seorang individu mengalami kecemasan, individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya, ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Pola yang biasa digunakan individu untuk mengatasi kecemasan ringan cenderung tetap dominan ketika kecemasan menjadi lebih intens. Kecemasan ringan sering ditanggulangi tanpa pemikiran yang sadar. Kecemasan sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping, seperti yang telah dijelaskan pada kajian koping melalui beberapa aspek yaitu:

a. Reaksi yang berorientasi pada tugas

Upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi tuntutan situasi stress secara realistis.

b. Mekanisme pertahanan ego

Membantu mengatasi kecemasan ringan dan sedang. Tapi karena mekanisme tersebut berlangsung secara relatif pada tingkat tidak sadar dan mencakup penipuan diri dan distorsi realitas, mekanisme ini dapat menjadi respons maladaptif terhadap stress.

B. Tinjauan Umum Tentang Tingkat Kecemasan

1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan ialah suatu keadaan atau kondisi emosi yang tidak menyenangkan dan merupakan pengalaman yang samar-samar dialami dengan perasaan yang tidak berdaya dan tidak menentu. Pada dasarnya kecemasan bersifat subjektif, yang ditandai dengan adanya perasaan tegang, khawatir, takut, dan disertai adanya perubahan tanda-tanda vital

seperti peningkatan denyut nadi, perubahan pernapasan dan tekanan darah (Lazarus, 1978 yang dikutip dalam Psikologi Konseling, 2012).

Kecemasan merupakan kekuatan yang besar untuk menggerakkan tingkah laku baik tingkah laku normal maupun tingkah laku yang menyimpang, yang terganggu dan keduanya merupakan pernyataan, penampilan, penjelmaan, dari pertahanan terhadap kecemasan (Gunarso, 2013).

Kecemasan adalah perasaan yang samar dan meluas terkait dengan firasat akan terjadinya hal yang buruk, dan selalu dirasakan sebagai emosi negatif (O'Brien, 2008).

Ansietas menurut (Stuart, 1995 yang dikutip dalam Riyadi & Purwanto, 2013) adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya.

2. Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan (ansietas) merupakan masing-masing tahap, individu memperlihatkan perubahan perilaku, kemampuan kognitif, dan respons emosional ketika berupaya menghadapi ansietas (Videbeck, 2008).

Tingkat kecemasan (ansietas) menurut Stuart, 2006 yang dikutip dalam Riyadi & Purwanto, 2013 :

a. Ansietas ringan

Berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, ansietas pada tingkat ini menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.

b. Ansietas sedang

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Sehingga seseorang mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih banyak jika diberi arahan.

c. Ansietas berat

Sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Individu cenderung untuk berfokus pada sesuatu yang terinci dan spesifik serta tidak dapat berpikir tentang yang lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat berfokus pada suatu area lain.

d. **Tingkat Panik**

Tingkat panik dari ansietas berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian dan terjadi peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama dapat terjadi kelelahan bahkan kematian.

3. Respon kecemasan

Menurut Stuart dan Laraia (2005) yang dikutip dalam Syarifah, 2013, ada 2 macam respon yang dialami seseorang ketika mengalami kecemasan:

a. **Respon fisiologis terhadap kecemasan**

1) **Kardiovaskuler** : peningkatan tekanan darah, palpitasi, jantung berdebar, denyut nadi meningkat, tekanan darah menurun, syock dan lain-lain.

Respirasi : napas cepat dan dangkal, rasa tertekan pada dada, rasa tercekik

2) **Kulit** : perasaan panas atau dingin pada kulit, muka pucat, berkeringat seluruh tubuh, rasa terbakar pada muka, telapak tangan berkeringat, gatal;-gatal.

3) **Gastrointestinal** : anoreksia, rasa tidak nyaman pada perut, rasa terbakar di epigastrium, mual, diare.

- 4) Neuromuskular : reflek meningkat, reaksi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, kejang, wajah tegang, gerakan lambat.
- b. Respon psikologis terhadap kecemasan
- 1) Perilaku : gelisah, tremor, gugup, bicara cepat dan tidak ada koordinasi, menarik diri, menghindar.
 - 2) Kognitif : gangguan perhatian, konsentrasi hilang, mudah lupa, salah tafsir, bloking, bingung, lapangan persepsi menurun, kesadaran diri yang berlebihan, khawatir yang berlebihan, obyektifitas menurun, takut kecelakaan, takut mati dan lain-lain.
 - 3) Afektif : tidak sabar, tegang, neurosis, tremor, gugup yang luar biasa, sangat gelisah, dan lain-lain.

4. Jenis-jenis Kecemasan

Kecemasan dapat dibedakan menjadi 4 jenis sebagai berikut:

a. Kecemasan Normal

Kecemasan normal adalah suatu kecemasan yang derajatnya masih ringan, dan merupakan suatu reaksi yang dapat mendorong konseli untuk bertindak, seperti: menunjukkan kurang percaya diri, dan juga dapat melakukan mekanisme pertahanan ego, contoh: memberikan suatu alasan yang rasional atas kegagalan yang dialaminya.

b. Kecemasan Abnormal

Kecemasan abnormal adalah suatu kecemasan yang sudah kronis, adanya kecemasan tersebut dapat menimbulkan perasaan dan tingkah laku yang tidak efisien, misalnya mahasiswa harus mengulang ujian, karena ujian pertama belum lulus.

c. Kecemasan *State Anxiety*

Suatu kecemasan disebut *state anxiety* bila gejala kecemasan yang timbul dianggap suatu situasi yang mengancam individu. Misalnya, konseli merasa terancam atas kemungkinan kegagalan yang pernah dialaminya pada tahun yang lalu.

d. *Trait Anxiety*

Trait anxiety merupakan kecemasan sebagai keadaan yang menetap pada individu. Kecemasan ini berhubungan dengan kepribadian individu yang mengalaminya. Konseli yang mempunyai trait anxiety tinggi cenderung untuk menerima situasi sebagai bahaya atau ancaman, dibandingkan konseli yang menderita trait anxiety rendah, sehingga mereka akan merespon situasi yang mengancam dengan kecemasan yang lebih besar intensitasnya.

5. Gejala kecemasan

Keluhan dan gejala umum yang berkaitan dengan kecemasan dapat dibagi menjadi gejala somatik dan psikologis (Conley, 2006 yang dikutip dalam Syarifah, 2013).

a. Gejala somatik

- 1) Keringat berlebihan
- 2) Ketegangan pada otot skelet : sakit kepala, kontraksi pada bagian belakang leher atau dada, suara bergetar, nyeri punggung.
- 3) Sindrom hiperventilasi : sesak nafas, pusing, parestesi.
- 4) Gangguan fungsi gastrointestinal : nyeri abdomen, tidak nafsu makan, mual, diare, konstipasi.
- 5) Iritabilitas kardiovaskuler : hipertensi, takikardi.
- 6) Disfungsi genitourinaria : sering buang air kecil, sakit saat berkemih, impoten, sakit pelvis pada wanita, kehilangan nafsu seksual.

b. Gejala psikologis

- 1) Gangguan mood : sensitif sekali, cepat marah, mudah sedih.
- 2) Kesulitan tidur : insomnia, mimpi buruk, mimpi yang berulang-ulang.
- 3) Kelelahan, mudah capek.
- 4) Kehilangan motivasi dan minat.
- 5) Perasaan-perasaan yang tidak nyata.
- 6) Sangat sensitif terhadap suara: merasa tak tahan terhadap suara-suara yang sebelumnya biasa saja.
- 7) Berpikir kosong, tidak mampu berkonsentrasi, mudah lupa.

- 8) Kikuk, canggung, koordinasi buruk. Tidak bisa membuat keputusan : tidak bisa menentukan pilihan bahkan untuk hal-hal kecil.
- 9) Gelisah, resah, tidak bisa diam
- 10) Kehilangan kepercayaan diri.
- 11) Kecenderungan untuk melakukan segala sesuatu berulang-ulang.
- 12) Keraguan dan ketakutan yang mengganggu.
- 13) Terus menerus memeriksa segala sesuatu yang telah dilakukan.

6. Penyebab Kecemasan

Ada 3 faktor utama yang mempengaruhi perkembangan pola dasar yang menunjukkan reaksi rasa cemas:

a. Lingkungan

Lingkungan atau sekitar tempat tinggal mempengaruhi cara berpikir baik diri sendiri maupun orang lain. Hal ini bisa saja disebabkan pengalaman dengan keluarga, sahabat, rekan kerja dan lain-lain.

b. Emosi yang ditekan

Kecemasan bisa terjadi jika seseorang tidak mampu menemukan jalan keluar dalam hubungan personal. Ini benar terutama jika seseorang menekan rasa marah atau frustrasi dalam jangka waktu yang lama.

c. Sebab-sebab fisik

Pikiran dan tubuh senantiasa saling berinteraksi dan dapat menyebabkan timbulnya kecemasan. 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.

7. Alat Ukur tingkat Kecemasan

Kecemasan seseorang dapat diukur dengan menggunakan instrumen Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Analog Anxiety Scale, Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZSAS), dan Trait Anxiety Inventory Form Z-I (STAI Form Z-I)(Kaplan & Saddock, 1998 dikutip dalam Syarifah, 2013). Rentang penilaian 20-80, dengan pengelompokan antara lain:

Skor 20-44 : normal/ tidak cemas

Skor 45-59 : kecemasan ringan

Skor 60-74 : kecemasan sedang

Skor 75-80 : kecemasan berat.

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan instrumen *Zung Self-Rating Anxiety Scale* (ZSAS), yang merupakan instrumen yang dirancang untuk meneliti tingkat kecemasan secara kuantitatif, kemudian dilakukan modifikasi sesuai dengan kebutuhan peneliti misalnya, dengan memasukkan judul, data demografi maupun conditioning.

C. Tinjauan Umum Tentang Stroke

1. Pengertian stroke

Stroke adalah salah satu sindrom neurologi yang dapat menimbulkan kecacatan dalam kehidupan manusia (Jusuf Misbach, 2011 dalam Arum, 2015).

Stroke adalah keadaan yang terjadi saat otak rusak akibat aliran darah terganggu. Hal ini terjadi karena penyumbatan arteri oleh gumpalan darah karena adanya gumpalan kolesterol dan hemoragi atau pendarahan didalam otak serta permukaan otak (Arum, 2015).

Stroke adalah gangguan saraf permanen akibat terganggunya peredaran darah ke otak, yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih. Sindrom klinis ini terjadi secara mendadak serta bersifat progresif sehingga menimbulkan kerusakan otak secara akut dengan tanda klinis yang terjadi secara vokal dan atau global (Lingga, 2013).

2. Penyebab terjadinya stroke

Penyebab terjadinya stroke yaitu :

a. Pecahnya pembuluh darah

Akibat pecahnya pembuluh darah, maka darah akan keluar mengisi ruang tengkorak kepala. Tulang tengkorak merupakan suatu rongga yang memiliki dinding yang kuat dan volume yang tetap. Karena itu, jika darah keluar, maka terjadi peningkatan tekanan di dalam otak. Efek ini

akan menekan fungsi otak yang terkena sehingga pada akhirnya terjadi penurunan kesadaran secara tiba-tiba. Apabila darah dapat dievakuasi dengan segera maka, tekanan di dalam rongga kepala akan kembali normal dan diharapkan kesadaran dapat segera pulih. Keadaan seperti ini disebabkan karena tekanan darah yang mengalami peningkatan cukup tinggi.

b. Penyumbatan pembuluh darah pada otak

Penyumbatan pembuluh darah pada otak mengakibatkan darah yang membawa nutrisi tidak dapat sampai ke jaringan otak yang membutuhkan sehingga terjadi penurunan kesadaran. Pada keadaan ini penurunan kesadaran akan terjadi sedikit demi sedikit, tidak seperti pada gangguan yang pertama, yaitu pecahnya pembuluh darah di otak.

c. Anomali pembuluh darah

Ketidaknormalan pembuluh darah yang menyuplai otak seperti *aneurisma* (pelebaran dinding pembuluh darah) dan malformasi *arteriovenosa* (kelainan pembentukan pembuluh darah arteri dan vena) adalah suatu keadaan yang sudah dimiliki seorang anak sejak lahir. Seseorang yang memiliki ketidaknormalan pada pembuluh darah seperti ini dapat bertahan hidup tanpa mengalami permasalahan apapun. Namun, pada suatu waktu pembuluh darah tersebut pecah dan menumpahkan isinya (darah) ke jaringan otak dan mengakibatkan stroke.

3. Jenis stroke

Berdasarkan penyebabnya, stroke dibagi menjadi dua, yaitu :

a. Stroke iskemik

Sekitar 82% stroke merupakan stroke iskemik. Penggumpalan darah yang bersirkulasi melalui pembuluh darah arteri merupakan penyebab utama stroke iskemik. Kondisi yang terjadi mirip dengan gangguan arteri (*aterosklerosis*) pada arteri jantung. Ketika lemak terutama kolesterol, sel-sel arteri yang rusak, kalsium serta materi lain bersatu dan membentuk plak, maka plak tersebut akan menempel di bagian

dalam dinding arteri terutama di bagian percabangan arteri. Pada saat yang bersamaan, sel-sel yang menyusun arteri memproduksi zat kimia tertentu yang menyebabkan plak tersebut menebal dan akhirnya liang arteri menyempit. Penyempitan liang arteri menyebabkan aliran darah yang akan melalui liang tersebut terhambat. Lokasi penyumbatan tersebut dapat terjadi pada pembuluh darah besar (*arteri karotis*), pembuluh darah sedang (*arteri selebris*) atau pembuluh darah kecil. Jika penyumbatan terjadi pada pembuluh darah kecil, maka dampak yang ditimbulkan tidak parah. Dalam istilah medis disebut *infraction lacunar*.

Stroke iskemik umumnya menyerang pada pagi hingga siang hari (pukul 6.00-12.00) di mana tekanan darah secara alami mengalami peningkatan dari pagi hingga siang hari sehingga menyebabkan peningkatan perdarahan pada plak pembuluh dara (*infraplak hemoragik*). Kondisi seperti ini menyebabkan penyempitan (*stenosis*) pembuluh darah yang mengalami aterosklerosis, peningkatan kekentalan (*viskositas*) darah, peningkatan agregrasi platelet, dan penurunan aktivitas Tpa (*endogen tissue plasminogen activator*).

Berdasarkan lokasi penggumpalan darah, stroke iskemik dibagi menjadi dua yaitu:

1) *Stroke iskemik trombolitik*

Jenis stroke ini ditandai dengan penggumpalan darah pada pembuluh darah yang mengarah menuju ke otak. Biasa pula disebut *selebral trmbosis*. Proses trombosis dapat terjadi di dua lokasi yang berbeda, yaitu pembuluh darah besar dan pembuluh darah kecil. Stroke iskemik trombolitik terjadi hampir 70% dari seluruh insiden stroke.

2) *Stroke iskemik embolitik*

Merupakan jenis stroke iskemik dimana penggumpalan darah bukan terjadi pada pembuluh darah otak melainkan pada pembuluh darah yang lain. Kebanyakan insiden terjadi karena trombosis pada pembuluh darah jantung. Menurunnya pasokan

darah dari jantung yang kaya oksigen dan nutrisi ke otak adalah faktor utama yang menjadi penyebabnya. Stroke iskemik embolitik sering dipicu oleh penurunan tekanan darah yang berlangsung secara drastis, misalnya ketika seseorang melakukan fisik bertahap sehingga mengalami kelelahan fisik yang luar biasa.

b. Stroke hemoragik

Stroke hemoragik terjadi akibat pembuluh darah yang menuju ke otak mengalami kebocoran (perdarahan). Kebocoran tersebut diawali karena adanya tekanan yang tiba-tiba meningkat ke otak sehingga pembuluh darah yang tersumbat tersebut tidak dapat lagi menahan tekanan, akhirnya pecah dan menyebabkan perdarahan. Perdarahan umumnya terjadi pada batang otak (*brain stem*), selaput otak (korteks), dan serebelum. Kebocoran tersebut menyebabkan darah tidak dapat mencapai sarannya, yaitu sel otak yang membutuhkan suplai darah. Jika suplai darah berhenti, dapat dipastikan suplai oksigen dan nutrisi yang diperlukan otak akan berhenti pula dan akhirnya sel otak mengalami kematian.

Berdasarkan lokasi perdarahan, stroke hemoragik dibedakan menjadi dua, yaitu ;

1) *Stroke hemoragik intraselebral*

Perdarahan terjadi di dalam otak, biasanya pada ganglia, batang otak, otak kecil, dan otak besar. Inilah stroke yang menimbulkan dampak paling fatal, sebagian besar pasien yang mendapat serangan stroke jenis ini tidak dapat tertolong jiwanya karena untuk mengatasinya memerlukan tindakan operasi yang harus dilakukan sesegera mungkin. Operasi adalah tindakan penyelamatan yang paling memungkinkan untuk segera menghentikan perdarahan.

2) *Stroke hemoragik subaraknoid*

Stroke hemoragik subaraknoid ditandai dengan perdarahan yang terjadi diluar otak, yaitu di pembuluh darah yang berada di bawah otak atau di selaput otak. Perdarahan tersebut menekan otak

sehingga suplai darah ke otak terhenti. Ketika darah yang berasal dari pembuluh darah yang bocor bercampur dengan cairan yang ada di batang dan selaput otak, maka darah tersebut akan menghalangi aliran cairan otak sehingga menimbulkan tekanan.

4. Faktor risiko

a. Faktor risiko medis

- 1) Arteriosklerosis atau pengerasan pembuluh darah
- 2) Adanya riwayat stroke dalam keluarga (faktor keturunan)
- 3) Migrain atau sakit kepala sebelah

b. Faktor risiko perilaku

- 1) Kebiasaan merokok
- 2) Mengonsumsi minuman bersoda dan beralkohol
- 3) Suka menyantap makanan cepat saji (*fast food* dan *junk food*)
- 4) Kurangnya aktivitas gerak atau olahraga
- 5) Suasana hati yang tidak nyaman, seperti sering marah tanpa alasan yang jelas.

c. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

- 1) Hipertensi (tekanan darah tinggi)
- 2) Penyakit jantung
- 3) Diabetes mellitus
- 4) Hiperkolesterolemia
- 5) Obesitas
- 6) Merokok

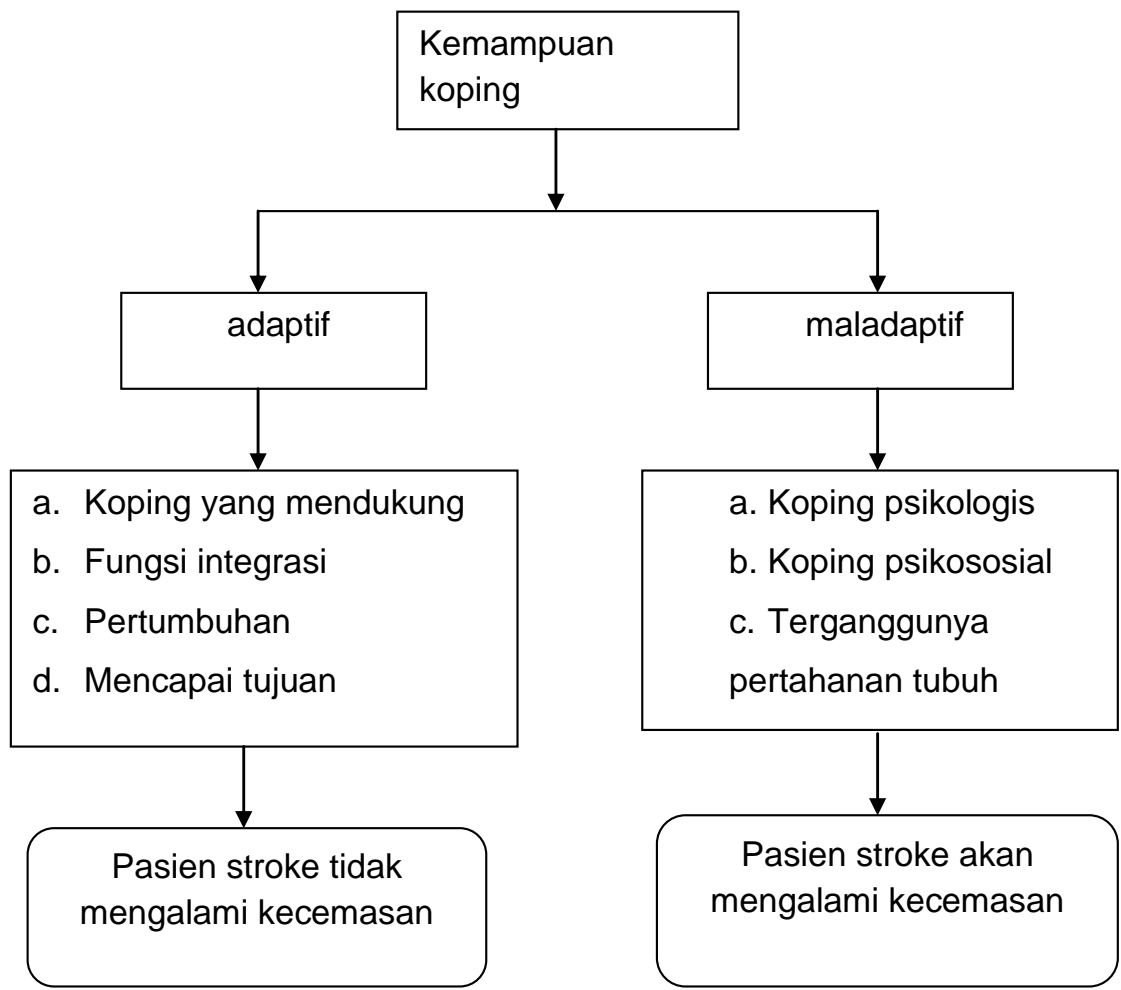
d. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

- 1) Usia
- 2) Jenis kelamin
- 3) Riwayat keluarga
- 4) Perbedaan ras

5. Pemeriksaan medis

- a. Pemeriksaan laboratorium
- b. *Scanning*
- c. CT-SCAN (*Computerized Tomography Scanning*)
- d. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)
- e. *Cerebral angiography*
- f. *Carotid ultrasound*
- g. SPECT (*Singel Photon Emission*)

Kerangka Teori



Gambar 2.1

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual

Ketika seorang individu mengalami kecemasan, individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya, ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Pola yang biasa digunakan individu untuk mengatasi kecemasan ringan cenderung tetap dominan ketika kecemasan menjadi lebih intens. Kecemasan ringan sering ditanggulangi tanpa pemikiran yang sadar.

Mekanisme koping berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2 yaitu:

a. Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping adaptif adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif.

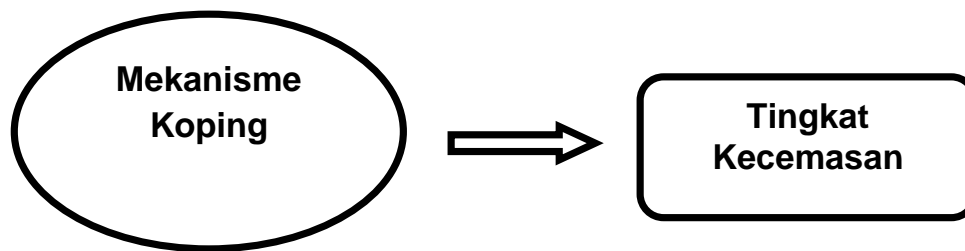
b. Mekanisme koping maladaptif

Mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, menghambat pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan atau tidak makan, menghindar.

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi mekanisme koping, yaitu: Kesehatan fisik, keyakinan atau pandangan positif, keterampilan memecahkan masalah, keterampilan sosial, dukungan sosial. Sedangkan pada kecemasan ada 4 faktor utama yang mempengaruhi perkembangan pola dasar yang menunjukkan reaksi rasa cemas, yaitu: Lingkungan, emosi yang ditekan, sebab-sebab fisik.

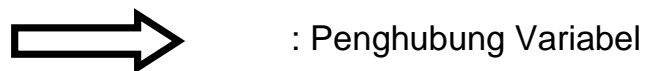
Dalam penelitian ini penulis menyajikan kerangka konsep untuk mempermudah memahami permasalahan yang sedang diteliti. Kerangka

konsep ini disajikan dalam bentuk skema atau gambaran yang menunjukkan hubungan masing-masing variabel yaitu sebagai berikut:



Gambar 3.1

Keterangan :



B. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konseptual diatas, maka hipotesis dari penelitian adalah “mekanisme koping yang adaptif dapat menurunkan kecemasan pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

C. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Parameter	Cara ukur	Skala ukur	Skor
1.	Independen: Mekanisme koping	cara yang dilakukan seseorang untuk mengatasi atau menghadapi situasi yang dialami	<p>1. Mekanisme koping adaptif:</p> <p>a. Berbicara dengan orang lain</p> <p>b. Memecahkan masalah secara efektif</p> <p>c. Teknik relaksasi</p> <p>2. Mekanisme koping maladaptif:</p> <p>a. Makan berlebihan atau tidak makan</p> <p>b. Menghindar</p>	Kuesioner	Ordinal	<p>Adaptif: jika total skor jawaban responden 38-60</p> <p>Maladaptif: jika total skor jawaban responden 15-37</p>
2.	Dependen: tingkat kecemasan	Tahapan dalam kecemasan yang dialami	Respon fisiologi dan Psikologis	Kuesioner <i>Zung Self Anxiety Scale</i>	Ordinal	Tidak Cemas : Jika total skor jawaban responden

				(ZSAS)		20-44 Cemas Ringan : Jika total skor jawaban responden 45-59 Cemas Sdang : Jika total skor jawaban responden 60-74 Cemas Berat : jika total skor jawaban responden 75-80
--	--	--	--	--------	--	--

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan jenis penelitian *non-eksperimen* yaitu observasional analitik dengan pendekatan *Cross-Sectional Study*, yang bertujuan untuk menggambarkan hubungan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan, dimana peneliti mengukur hubungan antara variabel independen dan dependen secara bersamaan atau pada waktu yang bersamaan.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, yang dilaksanakan pada tanggal 29 Februari–16 Maret 2016 selama 17 hari. Tempat ini dipilih karena jumlah responden yang cukup banyak untuk mengumpulkan data, jaraknya yang dekat, rumah sakit Stella Maris sudah pernah menjadi tempat praktek kami sehingga memudahkan untuk melakukan penelitian, dan belum pernah diadakan penelitian sebelumnya di rumah sakit tersebut sehingga dapat memungkinkan peneliti untuk memperoleh data yang valid.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah populasi target (sasaran) yaitu 236 orang pasien stroke baik laki-laki maupun perempuan yang berada di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tahun 2016.

2. Sampel

Pada penelitian ini, sampel diambil dari semua populasi pasien stroke baik laki-laki maupun perempuan yang berada di Rumah Sakit Stella Maris Makassar pada tahun 2016. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Non-Probability Sampling* dengan pendekatan *Consecutive Sampling* yaitu pemilihan sampel yang dilakukan dengan

memilih semua individu yang ditemui dalam populasi dan memenuhi kriteria pemilihan dalam kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi. Jumlah sampel yang diperlukan pada penelitian ini adalah semua pasien stroke yang sesuai dengan kriteria peneliti.

Penelitian ini menggunakan sampel dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi :

- 1) Pasien stroke yang composmentis
- 2) Pasien rawat inap dan rawat jalan

b. Kriteria eksklusi :

- 1) Pasien stroke yang tidak bersedia untuk menjadi responden
- 2) Pasien stroke yang mengalami gangguan komunikasi
- 3) Pasien stroke yang tidak bisa membaca

D. Identifikasi Variabel

1. Variabel independen (bebas) dalam penelitian ini adalah mekanisme koping terdiri dari :
 - a. Mekanisme koping adaptif
 - b. Mekanisme koping maladaptif
2. Variabel dependen (terikat) dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan.

E. Instrumen Penelitian

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner dimana untuk variabel mekanisme koping dan tingkat kecemasan menggunakan kuesioner yang diberikan kepada pasien stroke sebagai responden dengan beberapa pertanyaan untuk mengidentifikasi:

1. Mekanisme koping, dimana kuesioner untuk mekanisme koping menggunakan checklist : Selalu (SL), sering (SR), kadang-kadang (KK), atau tidak pernah (TP), skala ordinal dengan nilai SL = 4, SR = 3, KK = 2, dan TP = 1 dengan jumlah 15 pernyataan. Skor 38-60 adaptif dan skor 15-37 maladaptif.

2. Tingkat kecemasan juga menggunakan kuesioner, alat ukur tingkat kecemasan menggunakan *Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZSAS)* dimana kuesioner tingkat kecemasan menggunakan angka: 1 = tidak pernah, 2 = Jarang, 3 = kadang-kadang, 4 = Sering, yang terdiri dari 20 pernyataan terdapat 15 pernyataan ke arah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan ke arah penurunan keceasan, dengan rentang penilaian 20-80.

Skor 20-44 : normal/ tidak cemas

Skor 45-59 : kecemasan ringan

Skor 60-74 : kecemasan sedang

Skor 75-80 : kecemasan berat

F. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, dipandang perlu adanya rekomendasi dari institusi kampus STIK STELLA MARIS MAKASSAR dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian yakni RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR. Setelah mendapatkan persetujuan dari pihak Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penelitian akan dimulai dengan melakukan berbagai prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi :

1. Lembar persetujuan menjadi responden (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada responden/subyek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan bagi responden yang memenuhi kriteria inklusi. Jika calon responden bersedia untuk diteliti, maka mereka akan menandatangani lembar persetujuan tersebut. Bila calon responden menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data tetapi lembaran tersebut cukup diberi inisial atau nomor kode pada masing-masing lembar kuesioner yang diisi sendiri oleh responden tersebut.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan dalam disk dan hanya diakses oleh peneliti dan pembimbing.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan 2 (dua) cara, yaitu:

1. Data primer diperoleh secara langsung dari responden melalui penyebaran kuesioner kepada para pasien stroke yang menjadi sampel penelitian dan bersedia untuk diteliti.
2. Data sekunder diperoleh dari data yang diberikan oleh pihak rumah sakit dan instansi rumah sakit yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

G. Pengolahan dan Penyajian Data

Proses pengolahan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah:

1. *Editing*

Editing adalah upaya untuk melihat/memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau data terkumpul dengan memeriksa kelengkapan data, kesinambungan data dan memeriksa keseragaman data. Peneliti meneliti kembali kelengkapan jawaban pada kuesioner saat responden mengembalikan kuesioner tersebut untuk mengetahui kekurangan atau kesalahan sehingga dapat segera diperbaiki. Kemudian data dikumpulkan dan dilakukan pengecekan apakah kuesioner sudah lengkap dan jelas.

2. *Coding*

Coding adalah memberikan kode atau simbol dan setiap jawaban yang diberikan oleh responden sesuai dari setiap jawaban yang diberikan oleh responden sesuai pernyataan kuesioner, dilakukan untuk memudahkan pengolahan data. Bisa juga diartikan memberikan kode pada setiap kuesioner dan mengubah data ke bentuk yang lebih ringkas dengan menggunakan kode-kode pemeriksaan.

3. Tabulasi

Setelah data dikumpulkan dan diolah dalam bentuk tabel yaitu distribusi hubungan antara variabel mekanisme koping (independen) dan variabel tingkat kecemasan (dependen). Penyajian data yang digunakan adalah dalam bentuk tabel.

H. Analisis Data

Setelah proses pengolahan data, maka langkah selanjutnya adalah dilakukan analisis data, dengan cara:

1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel mekanisme koping (independen) dan terhadap variabel tingkat kecemasan (dependen) dengan menggunakan distribusi dan presentase untuk tiap variabel.

2. Analisis Bivariat

Analisis ini digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen (mekanisme koping) dan variabel dependen (tingkat kecemasan) dengan teknik analisis menggunakan uji statistik *non-parametrik* yaitu uji *chi-square* dengan uji alternatif *Kolmogorov-Smirnov Z*. Dengan interpretasi :

- a. Bila nilai $p < \alpha$, H_a diterima H_0 ditolak, artinya ada hubungan yang bermakna (signifikan) antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien stroke.
- b. Bila nilai $p \geq \alpha$, H_a ditolak dan H_0 diterima, artinya tidak ada hubungan yang bermakna (signifikan) antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien stroke.

Penentuan nilai α (alpha) tergantung dari tujuan dan kondisi penelitian dimana nilai α (alpha) sebesar 5%. Oleh karena itu, dalam penelitian ini peneliti menggunakan *level of significance* ($\alpha = \text{alpha}$) sebesar 0,05 (5%).

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar sejak tanggal 29 Februari-16 Maret 2016. Teknik pengambilan sampel menggunakan tehnik *Non-Probability Sampling* dengan pendekatan *Consecutive Sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 32 responden. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner mekanisme koping sebanyak 15 pertanyaan dan tingkat kecemasan 20 pertanyaan.

Dalam penelitian ini, pengolahan data dilakukan dengan menggunakan SPSS (*Statistical Package For Social Science*) versi 21.00 Kemudian dianalisis dengan menggunakan uji statistik yaitu *uji Chi-Square*.

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Stella Maris Makassar merupakan salah satu rumah sakit swasta katolik di Kota Makassar. Rumah Sakit ini didirikan pada tanggal 8 desember 1939, diresmikan pada tanggal 22 september 1939 dan kegiatan dimulai pada tanggal 7 Januari 1940 berdasarkan surat izin oleh menteri kesehatan (Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan R.I). Rumah Sakit ini berada di Jl. Somba Opu No. 273, Kelurahan Losari, Kecamatan Ujung Pandang, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan.

Terbentuknya Rumah Sakit Stella Maris bermula dari nilai kasih yang tulus dan membuahkan cita-cita luhur yang membuat keprihatinan dan kepedulian akan penderitaan orang-orang kecil yang kurang mampu. Oleh karena itu, sekelompok, suster-suster JMJ Komunitas Rajawali mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut kedalam suatu rencana untuk membangun sebuah Rumah Sakit Katolik yang berpedoman pada nilai-nilai injil.

Rumah Sakit Stella Maris memiliki visi dan misi tersendiri. Dalam penyusunan visi dan misi, pihak Rumah Sakit Stella Maris mengacu pada misi tarekat dan Yayasan Ratna Miriam sebagai pemilik Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Adapun visi dan misi Rumah Sakit Stella Maris adalah sebagai berikut:

a. Visi

Menjadi Rumah Sakit terbaik di Sulawesi Selatan, khususnya di bidang keperawatan dengan semangat cinta kasih Kristus kepada sesama

b. Misi

Senantiasa siap sedia memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat, termasuk bagi mereka yang berkekurangan, dan dilandasi dengan semangat Cinta Kasih Kristus kepada sesama.

Visi dan misi ini selanjutnya diuraikan untuk menentukan arah strategi Rumah Sakit Stella Maris sebagai dasar penyusunan programnya. Berikut ini adalah uraian visi dan misi dari Rumah Sakit Stella Maris:

1) Uraian Visi

- a) Menjadi Rumah Sakit dengan keperawatan terbaik di Sulawesi Selatan
- b) Mengutamakan Cinta Kasih Kristus dalam pelayanan kepada sesama

2) Uraian Misi

- a) Tetap memperhatikan golongan masyarakat lemah (*option for the poor*)
- b) Pelayanan dengan mutu keperawatan prima
- c) Pelayanan yang adil dan merata
- d) Pelayan kesehatan dengan standar peralatan kedokteran yang mutakhir dan komprehensif
- e) Peningkatan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya

3. Karakteristik Data Umum Responden

Data yang menyangkut karakteristik responden akan diuraikan sebagai berikut:

a. Distribusi Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel.5.1

Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar 2016

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase%
Perempuan	19	59
Laki-Laki	13	41
Total	32	100

Sumber : Data Primer, 2016.

Dari penelitian yang telah dilakukan pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar diperoleh data dari 32 responden, berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah perempuan yakni 19 (59%) responden dan sebagian berjenis kelamin laki-laki 13 (41%) responden.

b. Distribusi Berdasarkan Kelompok Umur

Tabel.5.2

Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar 2016

Umur	Frekuensi	Presentase%
42-48	5	16
49-55	8	25
56-62	5	16
63-69	9	28
70-76	1	3
77-83	2	6
84-90	2	6
Total	32	100

Sumber : Data Primer, 2016.

Dari penelitian yang telah dilaksanakan pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar untuk distribusi umur jumlah responden terbanyak pada kelompok umur 63-69 tahun yaitu 9 (28%) responden dan jumlah responden terkecil berada pada kelompok umur 70-76 tahun dengan jumlah 1 (3%) responden.

c. Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Tabel.5.3

Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar 2016

Pekerjaan	Frekuensi	Presentase%
Pensiunan	4	13
IRT	14	44
Buruh	3	9
Wiraswasta	5	16
Guru	3	9
Perawat	1	3
Dokter	2	6
Total	32	100

Sumber : Data Primer, 2016.

Berdasarkan jenis pekerjaan responden dari penelitian yang telah dilakukan pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dapat dilihat tabel 5.3 menunjukkan jumlah responden terbanyak bekerja sebagai ibu rumah tangga yakni 14 (44%) orang dan jumlah responden terkecil yang bekerja sebagai perawat 1 (3%) orang.

4. Hasil Analisa Variabel Yang Diteliti

a. Analisis Univariat

1) Mekanisme Koping

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Responden Mekanisme Koping Adaptif Dan Maladaptive Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Februari-Maret 2016

Mekanisme Koping	Frekuensi	Presentase %
Adaptif	9	28%
Maladaptif	23	72%
Total	32	100

Sumber Data Primer, 2016

Dari hasil penelitian pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar diketahui bahwa untuk mekanisme koping maladaptif sebanyak 23 (72%) orang dan mekanisme koping adaptif 9 (28%) orang.

2) Tingkat Kecemasan

Tabel 5.5

Distribusi Frekuensi Tingkat Kecemasan Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar Februari-Maret 2016

Tingkat Kecemasan	Frekuensi	Presentase %
Tidak Cemas	1	3%
Cemas Ringan	14	44%
Cemas Sedang	15	47%
Cemas Berat	2	6%
Total	32	100

Sumber : Data Primer, 2016.

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar diperoleh distribusi tingkat kecemasan untuk kategori cemas sedang yaitu 15 (47%) orang,

kategori cemas ringan 14 (44%) orang dan 2 (6%) orang pada kategori cemas berat, sementara pada kategori tidak cemas 1 (3%) orang.

b. Analisis Bivariat

Tabel 5.6

Analisis Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar 29 Februari- 16 Maret 2016

Mekansime	Tingkat Kecemasan								Total	
	Tidak Cemas		Cemas Ringan		Cemas Sedang		Cemas Berat		n	%
Koping	f	%	F	%	f	%	f	%		
Adaptif	1	3,1%	7	21,9%	1	3,1%	0	0%	9	28,1%
Maladaptif	0	0%	7	21,9%	14	43,8%	2	6,3%	23	71,9%
Total	1	11%	14	43,8%	15	46,9	2	6,3%	32	100
p	0,012									

Sumber : Data Primer, 2016.

Dalam penelitian ini analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Dari 32 responden menunjukkan pasien dengan mekanisme koping adaptif yang tidak mengalami kecemasan 1 (3,1%) responden, cemas ringan 7 (21,9%) responden, cemas sedang 1 (3,1%) responden, berat 0 (0%) responden dan pada pasien dengan mekanisme koping maladaptif yang tidak mengalami kecemasan 0 (0%), cemas ringan 7 (21,9%), cemas sedang 14 (43,8%) responden, dan cemas berat terdapat 2 (6,3%) responden.

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square* tabel 2 x 4 yang dibaca pada pearson *Chi-Square* karena nilai *expected count* <5 dan >20%, sehingga langkah selanjutnya dilakukan uji alternative *Kolmogorov-Smirnov Z* dan diperoleh nilai $p =$

0,012 dimana nilai $\alpha = 0,05$. Hal ini menunjukkan bahwa $p < \alpha$, maka hipotesis nol (H_0) ditolak dan hipotesis alternatif (H_a) diterima, artinya ada hubungan yang bermakna (signifikan) antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris.

B. PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar didapatkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi-Square* dengan uji alternative *Kolmogorov-Smirnov Z* diperoleh nilai $p = 0,012$ dan nilai $\alpha = 0,05$. Untuk menguji signifikansi korelasi menggunakan rumus z sebesar 1,597 sedangkan nilai z tabel pada $N = 32$ adalah 0,24, berarti ($z_{\text{hitung}} > z_{\text{tabel}}$) maka hipotesis alternatif (H_a) diterima dan Hipotesis nol (H_0) ditolak, artinya ada hubungan yang bermakna antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ihdaniyati dan Arifah Tahun 2009 dengan judul Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mekanisme Koping Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif, dari penelitian yang dilakukan didapatkan data bahwa ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan mekanisme koping pada pasien gagal jantung di RSUD Pandan Arang Boyolali yang ditunjukkan dengan koefisien korelasi sebesar -0,745 dengan $p=0,000$ ($p < 0.05$) yang mana dalam hasil penelitiannya didapatkan 5 responden mengalami kecemasan ringan, 20 responden mengalami kecemasan sedang dan 5 responden mengalami kecemasan berat. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Atina dan Siti menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat kecemasan pasien maka akan semakin rendah atau semakin buruk mekanisme koping yang dilakukan.

Dari hasil pengisian kuesioner yang dilakukan oleh 32 responden di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, sebagian besar pasien memiliki mekanisme koping maladaptif dengan tingkat kecemasan sedang, hal ini dikarenakan pasien sering merasa gelisah, pasien juga mudah marah dan

pasien cenderung memiliki sikap tertutup, jarang menceritakan masalah yang dihadapi pada keluarga, pasien sering merasa tertekan dengan penyakitnya, dan pasien terkadang merasa tidak semangat ketika teringat akan penyakitnya saat ini. Pada pasien dengan mekanisme koping adaptif kebanyakan mengalami tingkat kecemasan ringan, berdasarkan data yang diperoleh melalui kuesioner pasien dengan mekanisme koping adaptif sering mendiskusikan masalah yang dialami kepada keluarga maupun orang terdekatnya, mendapatkan dukungan sosial dari keluarga dan orang-orang disekitarnya, mendengarkan nasehat dari orang terdekatnya dan memunculkan pikiran positif bahwa penyakit yang diderita akan segera sembuh sehingga pasien berusaha sekuat tenaga agar tetap semangat dalam menjalani pengobatan. Oleh karena itu, tingkat kecemasan yang dialami pasien tergolong cemas ringan karena pasien mampu menekan stres sehingga pasien tidak mudah marah, tidak merasa gelisah dan dapat beristirahat dengan mudah serta mendapatkan istirahat malam yang baik. Dari penelitian yang dilakukan ada juga beberapa pasien stroke dengan mekanisme koping maladaptif yang mengalami kecemasan ringan, hal ini karena pasien mampu mengontrol setiap emosi yang dirasakan dengan cara tidur, beberapa pasien yang mekanisme kopingnya maladaptif dengan tingkat kecemasan ringan lebih memilih menghabiskan waktu untuk tidur dan tidak mau menceritakan masalah pada orang lain untuk mengalihkan kegelisahan yang dialami pasien sehingga responden merasa lebih baik.

Mekanisme koping adalah strategi atau perilaku mental yang disadari dan dilakukan individu untuk mengurangi kecemasan (O'Brien, 2008).

Mardiana Dian, dkk (2013) dalam penelitiannya yang berjudul Mekanisme Koping Dengan Kualitas Hidup Penderita Stroke di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto tahun 2013 menyatakan koping yang positif, menunjukkan pasien telah mampu memecahkan masalah dan dapat menekan atau mengurangi rasa frustrasi atau tekanan psikologis atau kondisi yang dihadapi karena penyakit yang dideritanya.

Gonollen dan Bloney (2009) dalam penelitian yang dilakukan oleh Masyithah Dewi (2012) mengungkapkan dukungan sosial adalah derajat dukungan yang diberikan pada individu khususnya sewaktu dibutuhkan oleh orang-orang yang memiliki hubungan emosional yang dekat dengan orang tersebut. Pernyataan tersebut

didukung oleh pernyataan Peplau dan Sears (2012) dalam penelitian yang dilakukan Faradhiga (2015) yang mendeskripsikan dukungan sosial diyakini bisa menguatkan orang dalam menghadapi efek stres dan mungkin pula meningkatkan kesehatan fisik.

Menurut Niven (2002) dalam penelitian yang dilakukan Ihdaniyati dan Arifah (2009) bahwa keluarga dapat membantu meningkatkan mekanisme koping individu dengan memberikan dukungan emosi dan saran-saran mengenai strategi alternatif yang didasarkan pada pengalaman sebelumnya dan mengajak orang lain berfokus pada aspek-aspek yang lebih positif.

Pasien dengan mekanisme koping adaptif pada umumnya sudah mengalami stroke lama sehingga menjadi pola dalam kehidupannya. Hal ini sesuai dengan Mok dan Tam (2001) dalam penelitian yang dilakukan oleh Ihdaniyati dan Arifah (2009) menyatakan bahwa salah satu penggunaan mekanisme koping tergantung dari pengalaman masa lalu yang pernah dialami pasien.

Pada pasien yang mekanisme kopingnya maladaptif dengan tingkat kecemasan sedang atau berat mengalami permasalahan bersifat fisik, psikologis dan sosial. Friedman dan Miriam (2006) dalam penelitian yang dilakukan oleh Prasetyaningrum dkk (2012) mengemukakan bahwa penyakit stroke dapat mempengaruhi psikologis penderita stroke termasuk emosional, perilaku dan kognitif pada pasien. Pasien stroke dengan mekanisme koping maladaptif bisa disebabkan oleh ketakutan berlebihan akan apa yang mungkin terjadi pada dirinya, diketahui bahwa stroke merupakan penyakit yang perawatannya membutuhkan waktu lama serta biaya yang tidak sedikit dan apabila seseorang yang mengalami penyakit stroke ini sembuh, kemungkinan besar akan mengalami gangguan atau cacat fisik seperti kelumpuhan, gangguan menelan, gangguan bicara serta gangguan eliminasi.

Kecemasan ialah suatu keadaan atau kondisi emosi yang tidak menyenangkan dan merupakan pengalaman yang samar-samar dialami dengan perasaan yang tidak berdaya dan tidak menentu. Pada dasarnya kecemasan bersifat subjektif, yang ditandai dengan adanya perasaan tegang, khawatir, takut, dan disertai adanya perubahan tanda-tanda vital seperti peningkatan denyut nadi, perubahan pernapasan dan tekanan darah (Lazarus, 1978 yang dikutip dalam Psikologi Konseling, 2012).

Dalam penelitian Ihdaniyati dan Arifah (2009) mengungkapkan responden yang mengalami kecemasan berat, semuanya melakukan mekanisme koping maladaptif. Hal ini disebabkan oleh karena responden tidak mampu mengendalikan kecemasannya dan takut akan kematian yang sewaktu-waktu dapat mengancam

jiwanya sehingga pada saat mereka jenuh dengan keadaannya, mereka cenderung pasrah pada keadaan dan melakukan koping yang destruktif dan merugikan.

Menurut (Stuart dan Sundeen, 1995 dalam Nasir, 2010) Mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan.

Seperti yang telah dikemukakan oleh Koizer (2014) bahwa mekanisme pertahanan ego sering disebut sebagai mekanisme pertahanan diri yang membantu mengatasi kecemasan ringan atau sedang, walaupun tidak selalu merupakan jalan yang efektif dan benar untuk beradaptasi dengan situasi penuh tekanan, mekanisme ini dapat menjadi respon maladaptif terhadap stres.

Hal ini didukung dengan pernyataan Dian Mardiana (2013) yang mengemukakan jika individu berada pada posisi stres manusia akan menggunakan berbagai cara untuk mengatasinya, individu dapat menggunakan satu atau lebih sumber koping yang tersedia.

Dalam hal ini peneliti berasumsi bahwa pasien dengan mekanisme koping adaptif tidak mengalami kecemasan atau cemas ringan karena pasien menerima kondisi yang dialami dengan baik, mampu menekan stress dengan melakukan teknik relaksasi, menceritakan masalah yang dialaminya kepada orang terdekatnya, senantiasa berdoa, tetap melakukan aktivitas sehari-hari, serta rutin melakukan latihan-latihan seperti gerakan ROM baik pasif maupun aktif. Pasien dengan mekanisme koping maladaptif yang mengalami tingkat kecemasan sedang atau berat cenderung memiliki sikap tertutup terhadap keluarga, jarang menceritakan masalah yang dihadapinya, sering merasa gelisah, takut, mudah marah, dan sulit tertidur. Seseorang yang memiliki mekanisme koping adaptif akan menurunkan kecemasan sehingga pasien dapat menjalani proses penyembuhan dengan baik, namun saat seseorang berada dalam situasi yang terancam perilaku koping yang kurang baik akan memperparah kondisi pasien.

C. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa terdapat keterbatasan-keterbatasan yang dialami pada waktu penelitian yaitu :

1. Menolak mengisi kuesioner

Sebagian calon responden/keluarga pasien yang kami jumpai menolak untuk mengisi lembar kuesioner dengan alasan sudah banyak kuesioner lain yang mereka isi dan juga pasien butuh banyak istirahat.

2. Pengalaman pribadi

Kurang mampu melakukan pendekatan pada responden karena kurangnya pengalaman yang dimiliki oleh peneliti dan juga kebanyakan responden bingung dengan pengambilan data karena faktor usia sehingga pengambilan data dari keluarga dekat responden.

3. Pemanfaatan waktu

Keterbatasan peneliti untuk kontrak waktu dengan responden yang ada difisioterapi karena waktu yang sangat sedikit sementara pada saat melakukan aktivitas ROM responden tidak dapat diwawancarai dengan alasan tidak dapat konsentrasi dengan latihan yang dilakukan.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengumpulan data dan pengolahan data penelitian yang dilakukan terhadap 32 responden pada tanggal 29 Februari-16 Maret 2016, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Pasien stroke di RS Stella Maris Makassar sebagian besar mempunyai mekanisme koping maladaptif.
2. Pasien stroke di RS Stella Maris Makassar sebagian besar mengalami tingkat kecemasan sedang.
3. Ada hubungan yang signifikan antara mekanisme koping dengan tingkat kecemasan pada pasien stroke di RS Stella Maris Makassar

B. Saran

1. Bagi Instansi Rumah sakit
Diharapkan untuk menjadikan penelitian ini sebagai masukan yang berharga dan dapat diaplikasikan dalam meningkatkan pelayanan terutama dalam kemampuan mekanisme koping adaptif terutama pada pasien stroke.
2. Bagi tenaga keperawatan
Memberikan bantuan terhadap pasien untuk mengenal dan mengatasi stres psikologis dengan memberikan dukungan secara moril melalui komunikasi terapeutik seperti berbicara, mendengarkan, sentuhan dan teknik lainnya. Perawat juga diharapkan bisa mengenali gejala kecemasan dan mengarahkan pasien pada mekanisme koping yang adaptif seperti berbicara dengan orang lain, melakukan teknik relaksasi, dan melakukan kegiatan konstruktif sehingga membantu pasien mengatasi kecemasannya.

3. Bagi keluarga

Diharapkan keluarga dapat memberikan perhatian yang khusus bagi pasien misalnya menemani ketika pasien sendiri, mengajak pasien bercerita, memberikan semangat bagi pasien agar merasa dirinya masih berguna bagi orang lain.

4. Bagi para pembaca

Diharapkan agar para pembaca maupun mahasiswa, dengan adanya hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan agar kedepannya dapat dilakukan dengan populasi/sampel yang lebih besar selain itu dapat dilakukan pada variabel yang belum diteliti dan diduga berhubungan dengan stroke, yaitu Dukungan keluarga dan tingkat kecemasan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

Abdilla N. L., Siwi S. M., Dewi A. K., (2015). *Indonesian Nursing Student Journal*. <http://www.bimkes.org>, diakses pada tanggal 7 Desember 2015.

Aden P., (2013). *Lembar Pertanyaan Kuesioner Mekanisme Koping*. <http://id.scribd.com>, diakses pada tanggal 19 Desember 2015.

Ariani A. T., (2012). *Sistem Neurobehaviour*, Jakarta: Salemba Medika

Artikel Ilmu Kedokteran. (2014). *Konsep Dasar Mekanisme Koping*. <http://karyatulisilmiah.com>, diakses pada tanggal 2 Desember 2015.

Artikel Referensi Kesehatan. (2008). *Kecemasan*. <https://creasoft.wordpress.com>, diakses pada tanggal 3 Desember 2015.

Arum S. P., (2015). *Stroke : kenali, cegah dan obati*. Yogyakarta: notebook

Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. <http://www.depkes.go.id>, diakses pada tanggal 12 November 2015.

Basri M., Yusdar. (2014). *Hubungan Golongan Darah Dengan Prevalensi Stroke Di Rumah Sakit Khusus Daerah Provinsi Sulawesi Selatan*. <http://library.stikesnh.ac.id>, diakses pada tanggal 12 November 2015.

Brunner & suddarth. (2011). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*, Jakarta: EGC

Dharma K. K., (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan (Panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian)*. Jakarta. Trans Info Media

Dinas kesehatan provinsi Kalimantan Selatan. (2012). *Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan* <http://www.depkes.go.id>, diakses pada tanggal 12 November 2015 pukul 07.03.

Faradhiga Y. A. (2015). *Pengaruh Dukungan Sosial, Loneliness Dan Trait Kepribadian Terhadap Gejala Depresi Narapidana Di Lembaga Permasyarakatan*. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. <http://uinjkt.ac.id>, diakses pada tanggal 17 April 2016.

Ihdanyati A. I., Arifah S. (2009). *Hubunan Tingkat Kecemasan Dengan Mekanime Koping Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Di RSUD Pandan Arang Boyolali*. <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/> , diakses pada tanggal 08 April 2016.

Jannah M. Z., (2013). *Hubungan dukungan keluarga dengan kecemasan pasien stroke Di Ruang Ashter RSUD Dr.Hardjono Ponorogo*. <http://digilib.umpo.ac.id>, diakses pada tanggal 29 November 2015.

Lingga L. (2013). *All About Stroke : Hidup Sebelum Dan Pasca Stroke*. Jakarta: Kompas Gramedia

Machfoedz I. (2012). *Bio Statistika*. Yogyakarta: Fitramaya

Mardiana D., Ma'rifah A. R., Rahmawati A. N. (2013). *Hubungan Mekanisme Koping Dengan Kualitas Hidup Penderita Stroke Di RSUD Prof.dr. Margono Soekarjo Purwokerto*. <https://jurnal.unimus.ac.id>, diakses pada tanggal 8 April 2016.

Masyithah D. (2012). *Hubungan Dukungan Sosial Dan Penerimaan Diri Pada Penderita Pasca Stroke*. <http://digilib.uinsby.ac.id>, diakses pada tanggal 8 April 2016.

Mutahoroh, I. (2010). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Mekanisme Koping Klien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Rumah Sakit Umum Pusat Fahmawati Tahun 2009*. Skripsi Program Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kedokteran Unuversitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Jakarta

Negi R. (2014). *Defense Mechanism In Individuals With Brain Injury Department Of psycology, University of Delhi*. <http://medind.nic.in>, diakses pada tanggal 01 Desember 2015.

O'Brien P. G., Kennedy W. Z., Ballard K. A., (2008). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Psikiatrik*, Jakarta: EGC

Prasetyaningrum S., Fasikhah S. S., Karmiyati D. (2012). *Terapi Kognitif Perilaku Mereduksi Tingkat Kecemasan Pada Pasien Pasca Stroke*. Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Malang. <http://jurnal.uui.ac.id>, diakses pada tanggal 18 April 2016.

Riyadi S., Purwanto T., (2013). *Asuhan Keperawatan Jiwa*, Yogyakarta: Graha Ilmu

Rosdhal C., B. Kowalski M. T. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Dasar Volume 1 Edisi 10*, Jakarta: EGC

Saam Z., Wahyuni S., (2013). *Psikologi Keperawatan*, Jakarta: Rajawali Pers

Semiun OFM, Yustinus., (2006). *Teori Kepribadian & Terapi Psikoanalitik Freud*, Yogyakarta: Kanisius

_____.(2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing 9 The dition*. Canada: Mosby Elsevie.

Suyanto. (2011). *Metodologi dan Aplikasi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Syarif N. S. (2013). *Gambaran Tingkat Kecemasan Mahasiswa Keperawatan Saat Menghadapi Ujian Skill Lab Di Unuversitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah*. Skripsi Program Study Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Jakarta

Taluta Y. P., Mulyadi., Hamel R. S. (2014). *hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme koping pada penderita diabetes melitus tipe ii di poliklinik penyakit dalam rumah sakit umum daerah Tobelo Kabupaten Halmahera Utara*. <http://ejournal.unsrat.ac.id>, diakses pada tanggal 28 November 2015.

World Health Organisation. (2013). *Epidemiology Of Stroke*. www.strokeforum.com, diakses pada tanggal 11 November 2015.

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth
Bpk./Ibu/Sdra/i Calon Responden
Di_
Tempat.

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :
Nama : Alche Janrilyani
Lydia Indri Palungan
Alamat : Jl. Datumuseng No. 22
Jl. Maipa No. 19

Adalah mahasiswa program study S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang akan mengadakan penelitian tentang “Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Kami sangat mengharapkan partisipasi saudara/saudari dalam penelitian ini demi kelancaran pelaksanaan penelitian.

Kami menjamin kerahasiaan dan segala bentuk informasi yang saudara/saudari berikan dan apabila ada hal-hal yang masih ingin ditanyakan, kami memberikan kesempatan yang sebesar-besarnya untuk meminta penjelasan dari peneliti.

Demikian penyampaian dari kami, atas perhatian dan kerja sama kami mengucapkan terima kasih.

Peneliti

Alche Janrilyani

Lydia Indri Palungan

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama/Inisial :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat persetujuan dari peneliti tentang tujuan peneliti, bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul “**Hubungan Mekanisme Koping Dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar**” yang akan dilaksanakan oleh Alche Janrilyani dan Lydia Indri Palungan, dengan mengisi lembar kuesioner yang diberikan.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa saya, dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahasiaannya serta berguna untuk pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, 2016

Tanda tangan responden

INSTRUMEN PENELITIAN

A. Kuesioner Data Demografi

Petunjuk

I. Pengisian dilakukan oleh peneliti dengan lembar tanda *checklist* (✓) pada kolom yang tersedia.

II. Karakteristik Responden

Nama /Initial :

Umur : tahun

Jenis kelamin : Perempuan Laki-laki

Pendidikan : Tidak sekolah

SD

SMP

SMA/SMK

PT

Pekerjaan : Tidak kerja

Petani

Pedagang

Buruh

Pegawai Swasta

Pegawai Negeri Sipil

Lain-lain

Lama terserang penyakit : < 1 tahun > 1 tahun

KUISIONER MEKANISME KOPING

Identitas Responden :

Nama (inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan :

Petunjuk :

1. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan di bawah ini
2. Berilah tanda cek (\surd) pada kolom yang tersedia sesuai jawaban saudara pada kuisisioner
3. Tanyakan langsung pada peneliti jika ada kesulitan menjawab pertanyaan
4. Keterangan :
SL : Selalu
SR : Sering
KK : Kadang-kadang
TP : Tidak pernah

No	Pernyataan	SL	SR	KK	TP
1.	Saya berdiskusi dengan keluarga terdekat untuk menyelesaikan masalah yang sedang saya alami saat ini.				
2.	Keluarga saya tidak tahu tentang penyakit yang sedang saya derita saat ini.				
3.	Saya berkeyakinan bahwa penyakit yang saya alami akan segera pulih.				
4.	Saya menerima kenyataan bahwa				

Lampiran 5

	penyakit yang sedang saya alami telah terjadi dan itu nyata				
5.	Ketika menghadapi masalah, saya bercerita dengan keluarga terdekat				
6.	Saya tidak merasa tertekan dengan penyakit yang sedang saya alami				
7.	Saya berdoa kepada Tuhan dan saya yakin bahwa Tuhan akan menolong saya				
8.	Saya merasa “mengapa hal ini terjadi pada saya?”				
9.	Saya berusaha sekuat tenaga agar penyakit yang saya alami cepat pulih				
10.	Saya merasa tidak semangat ketika teringat penyakit yang saya alami				
11.	Saya membuat lelucon tentang penyakit yang saya alami saat ini				
12.	saya berusaha menghibur diri sendiri ketika teringat menyakit yang saya alami				
13.	Saya meminta nasehat dari istri/suami saya				
14.	Saya melakukan teknik relaksasi (tarik nafas dalam-dalam) untuk menenangkan pikiran				
15.	Saya berusaha mencari dukungan sosial dari keluarga				

Lampiran 6

Kuesioner Zung Self Anxiety Self-Rating Scale

Nama (inisial) :

Umur :

Jenis kelamin :

Pekerjaan :

Petunjuk :

1. Bacalah pernyataan yang diberikan dengan baik sehingga dimengerti
2. Setiap pernyataan hanya berlaku untuk satu jawaban
3. Pada kuesioner, berilah satu tanda check list (√)
4. Jika ingin mengganti jawaban cukup dengan mencoret jawaban pertama dengan tanda (=), kemudian beri tanda (√) pada jawaban terakhir
5. Bila mengalami kesulitan dalam menjawab dapat menanyakan langsung pada peneliti.
6. Keterangan :
SR : Sering
KK : Kadang-kadang
JR : Jarang
TP : Tidak pernah

No.	Pernyataan	SR	KK	JR	TP
1.	Saya lebih sering merasa gelisah atau gugup dan cemas dari biasanya				
2.	Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas				
3.	Saya merasa badan hancur berkeping-keping				
4.	Saya merasa mudah marah/				

Lampiran 6

	tersinggung, atau panik				
5.	Saya merasa semua baik-baik saja dan tidak ada hal buruk yang akan terjadi				
6.	Kedua tangan dan kaki saya merasa gemetar				
7.	Saya merasa terganggu dengan sakit kepala/ nyeri leher, atau nyeri otot				
8.	Badan saya terasa lemah dan cepat lelah				
9.	Saya merasa tenang dan dapat duduk diam dengan mudah				
10.	Saya merasa jantung saya berdebar sangat cepat				
11.	Saya merasa terganggu oleh rasa pusing/ sakit kepala				
12.	Saya merasakan pingsan atau perasaan seperti itu				
13.	Saya dapat menarik dan mengeluarkan napas dengan mudah				
14.	Saya merasa mati rasa dan kesemutan pada jari-jari tangan dan kaki				
15.	Saya terganggu oleh sakit perut atau gangguan pencernaan				
16.	Saya buang air kecil lebih dari biasanya				
17.	Tangan saya selalu kering dan hangat				

Lampiran 6

18.	Wajah saya menjadi panas dan memerah				
19.	Saya tertidur dengan mudah dan mendapatkan istirahat malam yang baik				
20.	Saya mendapatkan mimpi buruk				

LAMPIRAN 7

Master Tabel Tingkat Kecemasan

NO	INISIAL	UMUR	KODE	J.K	KODE	PEKERJAAN	KODE	TINGKAT KECEMASAN																				TOTAL	KETERANGAN	KODE	
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				
1	NY. L	85	7	P	2	IRT	1	4	1	1	1	2	4	4	4	4	4	2	4	3	4	1	4	1	4	1	2	3	54	Cemas Ringan	2
2	NY. A	64	4	P	2	GURU	2	4	3	1	2	4	3	4	4	3	1	4	1	4	3	1	1	4	1	4	1	53	Cemas Ringan	2	
3	NY. M	57	3	P	2	PENSIUNAN GURU	3	4	4	4	4	1	3	3	4	4	1	3	4	4	3	3	3	4	1	3	2	62	Cemas Sedang	3	
4	NY. E	44	1	P	2	IRT	1	4	4	1	4	3	3	4	3	3	2	4	3	4	3	2	3	3	3	3	2	61	Cemas Sedang	3	
5	NY. S	46	1	P	2	IRT	1	4	3	2	4	3	3	4	4	3	1	3	4	4	3	3	4	4	1	3	3	63	Cemas Sedang	3	
6	NY. M	69	4	P	2	IRT	1	3	1	1	3	4	3	3	1	4	1	3	1	4	2	1	1	3	1	4	1	45	Cemas Ringan	2	
7	NY. S	50	2	P	2	IRT	1	4	3	2	4	3	3	4	4	3	1	4	4	4	4	2	2	3	1	3	2	60	Cemas Sedang	3	
8	NY. H	60	3	P	2	PENSIUNAN GURU	3	4	1	1	2	4	3	4	4	4	1	3	1	4	3	1	1	4	1	4	1	51	Cemas Ringan	2	
9	NY. K	54	2	P	2	IRT	1	3	1	1	3	4	4	4	3	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	2	3	53	Cemas Ringan	2	
10	TN. M	64	4	L	1	BURUH	4	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	3	2	2	3	3	2	2	55	Cemas Ringan	2	
11	TN. O	68	4	L	1	BURUH	4	1	1	1	1	2	4	4	4	4	2	4	3	4	1	4	1	4	1	4	3	53	Cemas Ringan	2	
12	NY. O	66	4	P	2	IRT	1	3	1	1	1	4	1	1	1	4	1	1	1	4	1	1	1	4	1	4	1	37	Tidak Cemas	1	
13	TN. P	78	6	L	1	DOKTER	7	2	2	2	1	2	4	4	4	4	4	4	3	4	1	2	2	4	1	4	1	55	Cemas Ringan	2	
14	TN. W	52	2	L	1	WIRASWASTA	5	4	3	2	4	3	3	4	3	3	1	4	4	4	3	3	4	3	1	3	2	61	Cemas Sedang	3	
15	NY. M	65	4	P	2	IRT	1	4	3	2	4	3	3	4	4	3	1	4	4	4	3	3	4	4	1	4	1	63	Cemas Sedang	3	
16	TN. Z	43	1	L	1	WIRASWASTA	5	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4	4	4	3	3	4	4	1	4	3	66	Cemas Sedang	3	
17	TN. E	68	4	L	1	BURUH	4	3	3	2	3	4	3	3	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	2	3	2	64	Cemas Sedang	3	
18	TN. J	42	1	L	1	GURU	2	3	1	1	3	4	3	4	4	3	1	3	4	4	3	1	1	4	1	4	1	53	Cemas Ringan	2	
19	TN. J	54	2	L	1	WIRASWASTA	5	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	75	Cemas Berat	4	
20	NY. Y	54	2	P	2	IRT	1	4	3	2	4	3	3	4	3	3	1	4	4	4	3	3	4	3	1	3	1	60	Cemas Sedang	3	
21	NY. M	49	2	P	2	PERAWAT	6	4	3	2	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	3	1	3	1	63	Cemas Sedang	3	
22	TN. K	70	5	L	1	PENSIUNAN GURU	3	3	1	1	3	4	3	4	4	3	1	3	4	4	3	1	1	4	1	4	1	53	Cemas Ringan	2	
23	TN. R	48	1	L	1	GURU	2	3	4	1	2	4	3	2	1	4	1	2	4	4	1	1	4	4	1	4	1	51	Cemas Ringan	2	
24	TN. A	77	6	L	1	PENSIUNAN GURU	3	4	3	2	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	2	3	2	66	Cemas Sedang	3	

LAMPIRAN 7

25	NY. N	58	3	P	2	IRT	1	4	3	2	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	3	1	3	1	64	Cemas Sedang	3	
26	NY. H	65	4	P	2	IRT	1	3	2	1	3	3	3	2	1	3	2	4	3	4	1	4	1	4	1	4	1	50	Cemas Ringan	2	
27	TN. M	84	7	L	1	DOKTER	7	3	2	1	3	4	3	3	1	4	2	4	3	4	1	4	1	4	1	3	2	53	Cemas Ringan	2	
28	NY. H	67	4	P	2	WIRASWASTA	5	4	3	2	4	3	3	4	4	4	1	3	4	4	4	3	3	4	1	3	1	62	Cemas Sedang	3	
29	NY. S	55	2	P	2	IRT	1	4	4	4	4	1	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	1	3	2	64	Cemas Sedang	3	
30	NY. M	59	3	P	2	IRT	1	4	3	4	4	3	3	3	1	4	3	3	4	4	3	4	3	4	2	3	1	63	Cemas Sedang	3	
31	TN. J	53	2	L	1	WIRASWASTA	5	4	4	1	4	3	3	4	3	3	1	3	4	4	3	3	3	4	1	3	2	60	Cemas Sedang	3	
32	NY. K	56	3	P	2	IRT	1	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	76	Cemas Berat	4

LAMPIRAN 7

Master Tabel Mekanisme Koping

NO	INISIAL	UMUR	KODE	J.K	KODE	PEKERJAAN	KODE	Mekanisme Koping															TOTAL	KETERANGAN	KODE
								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
1	NY. L	85	7	P	2	IRT	1	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	1	4	4	3	4	53	ADAPTIF	1
2	NY. A	64	4	P	2	GURU	2	2	2	4	3	2	1	4	2	4	2	1	1	2	2	3	35	MALADAPTIF	2
3	NY. M	57	3	P	2	PENSIUNAN GURU	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	1	3	4	3	3	52	ADAPTIF	1
4	NY. E	44	1	P	2	IRT	1	3	4	2	3	3	2	4	2	3	2	1	2	1	2	2	36	MALADAPTIF	2
5	NY. S	46	1	P	2	IRT	1	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	1	2	2	2	3	36	MALADAPTIF	2
6	NY. M	69	4	P	2	IRT	1	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	1	2	2	2	2	35	MALADAPTIF	2
7	NY. S	50	2	P	2	IRT	1	3	3	2	3	2	2	4	3	3	2	1	2	1	3	2	36	MALADAPTIF	2
8	NY. H	60	3	P	2	PENSIUNAN GURU	3	2	3	3	3	2	1	2	2	3	2	1	2	2	3	3	34	MALADAPTIF	2
9	NY. K	54	2	P	2	IRT	1	4	4	4	4	4	1	4	3	4	4	1	4	4	4	4	53	ADAPTIF	1
10	TN. M	64	4	L	1	BURUH	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	1	3	4	3	3	50	ADAPTIF	1
11	TN. O	68	4	L	1	BURUH	4	2	2	2	3	4	1	3	2	4	3	1	2	2	3	2	36	MALADAPTIF	2
12	NY. O	66	4	P	2	IRT	1	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	4	56	ADAPTIF	1
13	TN. P	78	6	L	1	DOKTER	7	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	1	2	4	4	4	53	ADAPTIF	1
14	TN. W	52	2	L	1	WIRASWASTA	5	3	4	2	3	3	2	4	2	3	2	1	2	1	2	2	36	MALADAPTIF	2
15	NY. M	65	4	P	2	IRT	1	4	3	2	3	3	2	4	2	3	2	1	2	1	2	2	36	MALADAPTIF	2
16	TN. Z	43	1	L	1	WIRASWASTA	5	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	1	2	2	2	2	34	MALADAPTIF	2
17	TN. E	68	4	L	1	BURUH	4	3	4	3	2	2	2	4	2	3	2	1	2	2	2	2	36	MALADAPTIF	2
18	TN. J	42	1	L	1	GURU	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2	2	3	35	MALADAPTIF	2
19	TN. J	54	2	L	1	WIRASWASTA	5	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	1	2	1	2	2	33	MALADAPTIF	2
20	NY. Y	54	2	P	2	IRT	1	3	4	3	2	2	2	3	2	3	2	1	2	2	2	2	35	MALADAPTIF	2
21	NY. M	49	2	P	2	PERAWAT	6	3	3	3	2	2	2	4	2	3	2	1	2	1	2	3	35	MALADAPTIF	2

LAMPIRAN 7

22	TN. K	70	5	L	1	PENSIUNAN GURU	3	3	4	3	2	2	2	4	2	3	2	1	2	2	2	2	36	MALADAPTIF	2
23	TN. R	48	1	L	1	GURU	2	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	1	3	4	4	4	52	ADAPTIF	1
24	TN. A	77	6	L	1	PENSIUNAN GURU	3	2	3	3	3	3	2	4	2	3	2	1	2	2	2	2	36	MALADAPTIF	2
25	NY. N	58	3	P	2	IRT	1	3	3	3	2	2	2	4	2	3	2	1	2	2	2	3	36	MALADAPTIF	2
26	NY. H	65	4	P	2	IRT	1	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	1	3	4	4	4	54	ADAPTIF	1
27	TN. M	84	7	L	1	DOKTER	7	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	1	3	4	3	4	50	ADAPTIF	1
28	NY. H	67	4	P	2	WIRASWASTA	5	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	1	3	2	3	2	36	MALADAPTIF	2
29	NY. S	55	2	P	2	IRT	1	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	1	2	1	2	2	32	MALADAPTIF	2
30	NY. M	59	3	P	2	IRT	1	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	1	2	2	2	2	35	MALADAPTIF	2
31	TN. J	53	2	L	1	WIRASWASTA	5	3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	1	3	2	3	2	35	MALADAPTIF	2
32	NY. K	56	3	P	2	IRT	1	2	2	3	4	2	1	4	1	3	1	1	2	2	3	2	33	MALADAPTIF	2

Lampiran 8

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
MekanismeKoping * TingkatKecemasan	32	100.0%	0	0.0%	32	100.0%

MekanismeKoping * TingkatKecemasan Crosstabulation

		TingkatKecemasan				Total
		Tidak Cemas	Cemas Ringan	Cemas Sedang	Cemas Berat	
MekanismeKoping	Count	1	7	1	0	100
	% within MekanismeKoping	11.1%	77.8%	11.1%	0.0%	100
	% within TingkatKecemasan	100.0%	50.0%	6.7%	0.0%	28
	% of Total	3.1%	21.9%	3.1%	0.0%	28
	Count	0	7	14	2	100
	% within MekanismeKoping	0.0%	30.4%	60.9%	8.7%	100
	% within TingkatKecemasan	0.0%	50.0%	93.3%	100.0%	71
	% of Total	0.0%	21.9%	43.8%	6.3%	71
Total	Count	1	14	15	2	100
	% within MekanismeKoping	3.1%	43.8%	46.9%	6.3%	100
	% within TingkatKecemasan	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100
	% of Total	3.1%	43.8%	46.9%	6.3%	100

Lampiran 8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.069 ^a	3	.018
Likelihood Ratio	11.268	3	.010
Linear-by-Linear Association	8.852	1	.003
N of Valid Cases	32		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,28.

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	MekanismeKoping	N
TingkatKecemasan	Adaptif	9
	Maladaptif	23
	Total	32

		TingkatKecemas san
Most Extreme Differences	Absolute	,628
	Positive	,000
	Negative	-,628
Kolmogorov-Smirnov Z		1,597
Asymp. Sig. (2-tailed)		,012

a. Grouping Variable: MekanismeKoping



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

STELLA MARIS

TERAKREDITASI BAN-PT

PROGRAM D-III, S-1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) – 854808 Fax (0411) – 870642 MAKASSAR

Website : www.stikstellamaris.ac.id Email : stiksm_mks@yahoo.co.id

Nomor : 075/STIK-SM/S-142/II/2016.

Perihal : Izin Penelitian.

Kepada Yth.
Direktur RS Stella Maris

Di –
Makassar

Dengan hormat,

Dalam rangka Tugas Akhir Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan dan Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2015 / 2016, maka dengan ini kami mohon bantuannya kiranya berkenan memberi izin melaksanakan **Penelitian di RS Stella Maris**

Kepada mahasiswa yang tersebut dibawah ini:

- | | |
|---------|------------------------|
| 1. Nama | : Alche Janriyani |
| NIM | : C1214201002 |
| 2. Nama | : Lydia Indri Palungan |
| NIM | : C1214201032 |

Judul Penelitian : **“Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Stroke RS Stella Maris Makassar”**

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.

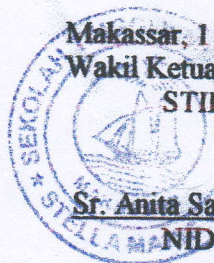
Makassar, 11 Februari 2016

Wakil Ketua I Bidang Akademik

STIK Stella Maris,


Sr. Anita Sampe, JMJ, SKep.Ns, MAN

NIDN: 0917107402





RS. Stella Maris

Jl. Somba Opu No. 273
Makassar 90111 - Indonesia

Tel +62 411 854341
+62 411 871391
+62 411 873346

Fax +62 411 859545

SURAT KETERANGAN

Nomor : 645A.DIR.SM.DIKL.KET.EX.III.2016

Yang bertanda tangan dibawah menerangkan bahwa :

- a. N a m a : Alche Janrilyani
Tempat / Tanggal Lahir : Ta'ba', 26 Januari 1994
N I M : C. 12 14201 002
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar
- b. N a m a : Lydia Indri Palungan
Tempat / Tanggal Lahir : Dugan, 14 April 1994
N I M : C. 12 14201 032
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar

Telah melaksanakan penelitian di ruang perawatan Sta. Bernadeth I, Sta. Bernadeth II, Sta. Bernadeth IIIA, Sta. Bernadeth IIIB dan Unit Fisioterapi RS. Stella Maris dalam rangka penyusunan Skripsi yang dimulai tanggal 1 Maret 2016 sampai dengan 16 Maret 2016 dengan judul :

“Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Stroke Rumah Sakit Stella Maris Makassar ”

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 17 Maret 2016

Hormat kami,
Direktur,



RS. Stella Maris

dr. Thomas Sohartha, M. Kes

cc. Arsip