

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA DENGAN
MEKANISME KOPING DALAM KESIAPAN MERAWAT PASIEN DI UNIT
STROKE RS. Tk.II dr. SOEPRAOEN MALANG**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan

Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan



Oleh:

Melita Puspa Nurmala

NIM: 145070201111016

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2018**

Kata Pengantar

Segala puji hanya bagi Allah SWT yang telah memberi petunjuk dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Hubungan Tingkat Kecemasan Keluarga dengan Mekanisme Koping dalam Kesiapan Merawat Pasien di Unit Stroke RS dr Soepraoen Malang”.

Ketertarikan peneliti akan topik ini didasari oleh fakta terkait banyaknya kejadian stroke di Indonesia. Penelitian ini diharapkan dapat mengetahui mekanisme koping keluarga ketika keluarga yang merawat pasien stroke merasa cemas.

Tugas Akhir ini dapat diselesaikan dengan bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak, dengan segala kerendahan hati dan rasa hormat peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan peneliti kesempatan menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
2. Dr. Ahsan S.Kp., M.Kes sebagai ketua jurusan keperawatan yang telah membimbing penulis dalam menuntut ilmu di PSIK Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
3. Ns.Setyoadi, M.Kep., Sp.Kep.Kom sebagai penguji Ujian Tugas Akhir yang telah memberikan masukan untuk menyempurnakan naskah Tugas Akhir ini.
4. Agustina Tri Endharti, S.Si, Ph.D sebagai pembimbing pertama yang telah memberikan bantuan, yang dengan sabar membimbing untuk bisa menulis dengan baik, dan senantiasa memberikan semangat, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.
5. Ns. Tina Handayani Nasution, S.Kep, M.Kep sebagai pembimbing kedua yang telah memberikan bantuan, yang dengan sabar membimbing untuk bisa menulis dengan baik, dan senantiasa memberikan semangat, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.
6. dr.Sebastian A.B sebagai kepala RS dr.Soepraoen Malang, yang telah memberikan ijin melakukan penelitian.

7. Segenap anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FKUB, yang telah membantu melancarkan urusan administrasi, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan lancar.
8. Yang tercinta kedua orang tua saya Bapak Lamuji dan Ibu Nurlaela, Adik saya Indah Fitria Sari, Kakek saya Muh Roji yang selalu memberikan semangat dan dukungan baik finansial maupun cinta kasih untuk tetap melanjutkan studi ke jenjang yang lebih tinggi. Terima kasih atas segala dukungan, kesempatan, doa, dan kepercayaan yang selalu tercurahkan.
9. Teman-teman saya di PSIK angkatan 2014 yang telah mensupport saya dan memberikan dukungannya dalam menyelesaikan penelitian ini.
10. Sahabatku dan keluargaku di Malang, Zidni, Rere, Ila, Fitri, Yunita, Arista, Anif, Nanda, Putri dan Diah. Terima kasih atas dukungan dan semangatnya, terima kasih telah menjadi penghilang rasa stres dan jenuhku.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Peneliti menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu peneliti menerima untuk segala saran dan kritik yang membangun.

Akhirnya, semoga Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi yang membutuhkan

Malang, 12 April 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Judul.....	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Kata Pengantar.....	iv
Abstrak Indonesia	vi
Abstrak Inggris.....	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Gambar	xiv
Daftar Lampiran	xv
Daftar Singkatan.....	xvii
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.3.1 Tujuan Umum	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penulisan.....	8
1.4.1 Manfaat bagi Akademik.....	8
1.4.2 Manfaat bagi Profesi Keperawatan.....	8
1.4.3 Manfaat bagi Masyarakat.....	8
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Stroke	9

2.1.1	Definisi Stroke	9
2.1.2	Klasifikasi dan Penyebab Stroke	9
2.1.3	Faktor Resiko Terjadinya Penyakit Stroke.....	11
2.1.4	Tanda dan Gejala Stroke.....	14
2.2	Keluarga	14
2.2.1	Pengertian Keluarga.....	14
2.2.2	Fungsi Keluarga	15
2.2.3	Struktur Keluarga	15
2.2.4	Tugas – Tugas Keluarga	16
2.2.5	Peran Keluarga Merawat Pasien Stroke.....	17
2.3	Kecemasan.....	18
2.3.1	Definisi Kecemasan.....	18
2.3.2	Teori Kecemasan	19
2.3.3	Faktor Kecemasan Keluarga Merawat Pasien Stroke.....	21
2.3.4	Tingkat Kecemasan.....	23
2.3.5	Gejala Kecemasan.....	25
2.3.6	Pengukuran Kecemasan Keluarga Merawat Pasien Stroke.....	26
2.3.7	Kecemasan Keluarga Merawat Pasien Stroke.....	28
2.4	Mekanisme Koping	30
2.4.1	Definisi Mekanisme Koping	30
2.4.2	Penggolongan Mekanisme Koping	31
2.4.3	Pengukuran Mekanisme Koping.....	34

BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESA PENELITIAN

3.1	Kerangka Konsep	35
3.2	Deskripsi Kerangka Konsep.....	36

3.3 Hipotesis Penelitian	37
--------------------------------	----

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian.....	38
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	38
4.2.1 Populasi Penelitian.....	38
4.2.2 Sampel Penelitian	38
4.2.3 Teknik Sampling.....	39
4.2.5 Besar Sampel.....	39
4.2.5 Kriteria Inklusi Penelitian	40
4.3 Variabel Penelitian.....	40
4.3.1 Variabel Independen	40
4.3.2 Variabel Dependen.....	40
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	40
4.4.1 Lokasi Penelitian.....	40
4.4.2 Waktu Penelitian	40
4.5 Definisi Operasional.....	41
4.6 Instrumen Penelitian	43
4.6.1 Instrumen Tingkat Kecemasan.....	43
4.6.2 Instrumen Mekanisme Koping.....	44
4.6.3 Uji Validitas	46
4.6.4 Uji Realibilitas	47
4.7 Pengumpulan dan Analisa Data.....	47
4.7.1 Teknik Pengumpulan Data	47
4.7.2 Alur penelitian	49
4.7.3 Analisa Data.....	50

4.8 Etika Penelitian.....	52
---------------------------	----

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

5.1 Data Umum	55
5.1.1 Karakteristik data responden berdasarkan usia	55
5.1.2 Karakteristik data responden berdasarkan hubungan dg pasien....	56
5.1.3 Karakteristik data responden berdasarkan pendidikan.....	56
5.1.4 Karakteristik data responden berdasarkan pekerjaan	57
5.1.5 Karakteristik data responden berdasarkan status ekonomi	57
5.2 Data Khusus	58
5.2.1 Data Univariat.....	58
5.2.1.1 Data tingkat kecemasan keluarga	58
5.2.1.2 Data mekanisme koping keluarga	61
5.2.2 Data Bivariat	64
5.2.2.1 Hubungan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien stroke	64

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Tingkat Kecemasan Keluarga dalam Kesiapan Merawat Pasien Stroke.....	66
6.2 Mekanisme Koping Keluarga dalam Kesiapan Merawat Pasien Stroke	71
6.3 Hubungan Tingkat Kecemasan Keluarga dengan Mekanisme Koping dalam Kesiapan Merawat Pasien Di Unit Stroke Rs dr.Soepraoen Malang.....	74
6.4 Implikasi Keperawatan.....	76
6.5 Keterbatasan Penelitian.....	77

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan	78
7.2 Saran	78
7.2.1 Saran bagi profesi keperawatan	78
7.2.2 Saran bagi keluarga yang merawat pasien stroke	79
7.2.3 Saran bagi peneliti selanjutnya.....	79
DAFTAR PUSTAKA.....	80-82

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Variabel, Definisi Operasional, Hasil Ukur, Skala	41
Tabel 4.2 Blue Print Skala Brief Cope	45
Tabel 4.3 Uji Reliabilitas Tingkat Kecemasan dan Mekanisme Koping	47
Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Usia Responden.....	55
Tabel 5.2 Distribusi Karakteristik Hubungan Responden dengan Pasien.....	56
Tabel 5.3 Distribusi Karakteristik Pendidikan Responden	56
Tabel 5.4 Distribusi Karakteristik Pekerjaan Responden.....	57
Tabel 5.5 Distribusi Karakteristik Status Ekonomi Responden.....	57
Tabel 5.6 Data Tingkat Kecemasan Keluarga.....	58
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Parameter Tingkat Kecemasan.....	59
Tabel 5.8 Data Mekanisme Koping Keluarga	61
Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Parameter Mekanisme Koping	62
Tabel 5.10 Tabulasi Tingkat Kecemasan Keluarga dengan Mekanisme Koping dalam Kesiapan Merawat Pasien di Unit Stroke	65

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Teori Kecemasan.....	20
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	35
Gambar 4.7.2 Alur penelitian	49

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Pernyataan Keaslian Tulisan.....	83
Lampiran 2 Penjelasan Mengikuti Penelitian.....	84
Lampiran 3 Pernyataan Persetujuan Penelitian (<i>Informed Consent</i>).....	85
Lampiran 4 Data Demografi Responden.....	86
Lampiran 5 Kuesioner Tingkat Kecemasan.....	87
Lampiran 6 Kuesioner Mekanisme Koping.....	91
Lampiran 7 Hasil validitas dan realibilitas	93-95
Lampiran 8 Hasil Rekapitulasi Data Demografi Responden.....	96
Lampiran 9 Hasil Rekapitulasi Data Tingkat Kecemasan	99
Lampiran 10 Hasil Rekapitulasi Data Mekanisme Koping	103
Lampiran 11 Hasil Distribusi Karakteristik Responden	113
Lampiran 12 Hasil Tabulasi Tingkat Kecemasan	116
Lampiran 13 Hasil Tabulasi Mekanisme Koping	117
Lampiran 14 Hasil Tabulasi Silang Tingkat Kecemasan dengan Karakteristik Responden	118
Lampiran 15 Hasil Tabulasi Silang Mekanisme Koping dengan Karakteristik Responden	122
Lampiran 16 Distribusi Frekuensi Parameter Tingkat Kecemasan	126
Lampiran 17 Distribusi Frekuensi Parameter Mekanisme Koping	133
Lampiran 18 Analisa Bivariat	139
Lampiran 19 Surat Keterangan Laik Etik.....	141
Lampiran 20 Surat Ijin Studi Pendahuluan	142
Lampiran 21 Surat Ijin Penelitian	143

Lampiran 22 Lembar Konsultasi Tugas Akhir.....	144
Lampiran 23 Surat Telah Melakukan Penelitian.....	146
Lampiran 24 Dokumentasi Penelitian.....	147
Lampiran 25 Daftar Riwayat Hidup	148

DAFTAR SINGKATAN

	Halaman
Singkatan 1 RS (Rumah Sakit)	7
Singkatan 2 dr (Dokter).....	7
Singkatan 3 HARS (<i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>).....	26
Singkatan 4 AHA (<i>American Heart Association</i>)	1
Singkatan 5 WHO (<i>World Health Organization</i>)	1
Singkatan 6 RISKESDAS (Riset Kesehatan Dasar).....	2
Singkatan 7 PSA (Pendarahan Subaraknoid)	10
Singkatan 8 PSI (Pendarahan Intraserebral).....	10
Singkatan 9 TIA (<i>Transient Ischemik Attack</i>)	11
Singakatan 10 RIND (<i>Reversible Ischemic Neurologic Deficit</i>).....	11
Singkatan 11 ADL (<i>Activity daily living</i>)	18
Singkatan 12 SD (Sekolah Dasar)	56
Singkatan 13 SMP (Sekolah Menengah Pertama)	56
Singkatan 14 SMA (Sekolah Menengah Atas)	56
Singkatan 15 D3 (Vokasi)	56
Singkatan 16 PNS (Pegawai Negeri Sipil).....	57

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA DENGAN
MEKANISME KOPING DALAM KESIAPAN MERAWAT PASIEN DI
UNIT STROKE RS dr.SOEPRAOEN MALANG**

Oleh

Melita Puspa Nurmala

NIM. 145070201111016

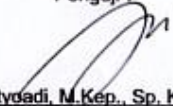
Telah diuji pada

Hari : Jumat

Tanggal : 20 April 2018

dan dinyatakan lulus oleh:

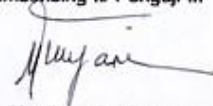
Penguji-I


Ns. Setyoadi, M.Kep., Sp. Kep.Kom
NIP. 197809122005021001

Pembimbing-I/ Penguji-II


Agustina Tri Endharti, S.Si, Ph.D
NIP. 196908191998022001

Pembimbing-II/ Penguji-III


Ns. Tina Handayani N.S.Kep.M.Kep
NIP. 198102282006042013

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan,


Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes
NIP. 196408141984011001

ABSTRAK

Nurmala, Melita Puspa. 2018. ***Hubungan Tingkat Kecemasan Keluarga Dengan Mekanisme Koping Dalam Kesiapan Merawat Pasien Di Unit Stroke RS.dr.Soepraoen Malang.*** Tugas Akhir, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1). Agustina Tri Endharti, S.Si,Ph.D (2) Ns.Tina Handayani Nasution, S,Kep,M.Kep.

Stroke merupakan gangguan neurologi secara mendadak diakibatkan oleh gumpalan sehingga mengakibatkan pembuluh darah tersumbat. Stroke menimbulkan dampak bagi pasien dan menimbulkan dampak psikologis bagi keluarga yang merawatnya yaitu kecemasan. Setiap ada suatu stressor atau kecemasan yang dialami akan muncul usaha untuk mengatasi stressor yaitu mekanisme koping. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien stroke. Penelitian ini adalah penelitian observasi analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Responden dalam penelitian ini adalah keluarga (istri,anak) yang merawat pasien di unit stroke RS. dr.Soepraoen Malang dengan jumlah 68 orang yang dilakukan dengan teknik *consecutive sampling*. Penelitian ini menggunakan kuesioner HARS untuk tingkat kecemasan dan kuesioner *Brief Cope Carver* untuk mekanisme koping. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar tingkat kecemasan yang dimiliki responden adalah cemas sedang (77,9%). Sedangkan mekanisme koping responden sebagian besar mekanisme koping adaptif (94,1%). Analisis data menggunakan uji statistik *Spearman Rank* yang didapatkan data *p value* <0,05 yaitu 0,000 dengan besar korelasi $r = -0,749$ yang artinya terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien di unit stroke RS.dr.Soepraoen Malang dan korelasi berjalan dengan arah berlawanan yang artinya semakin ringan tingkat kecemasan maka semakin adaptif mekanisme koping keluarga sehingga keluarga memiliki kesiapan dalam merawat pasien stroke. Perawat unit stroke disarankan memberikan informasi, memberikan dukungan dan motivasi kepada keluarga yang menggunakan mekanisme koping maladaptif dan belum siap merawat pasien stroke

Kata Kunci :Stroke, Tingkat Kecemasan, Mekanisme Koping

ABSTRACT

Nurmala, Melita Puspa.2018. ***Relationship of Family Anxiety Level With Coping Mechanism In Readiness Of Caring Patients In Stroke Unit RS. dr.Soepraoen Malang.*** Final Assignment, Nursing Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisors: (1). Agustina Tri Endharti, S.Si,Ph.D (2) Ns. Tina Handayani Nasution, S,Kep,M.Kep

Stroke is a sudden neurological disorder caused by dots that blocking blood vessels. Stroke not only causing an impact for patient, but also causing pshychological effect that called anxiety for family that caring the patient. Someone that have experience with stressor or anxiety will generate effort to overcome the stressor by using coping mechanism. This study aimed to determine correlation between family anxiety level with coping mechanism in caring readiness for stroke patient. This study was descriptive correlational research with cross sectional approach. Respondents of this study were 68 females of families who care for patients in stroke unit dr.Soepraoen Hospital Malang that conducted by using consecutive sampling technique. This study used HARS questionnaire for anxiety level and Brief Cope Carver questionnaire for coping mechanism. The result showed that most of anxiety level of respondents included in medium anxiety (77,9%). While the coping mechanism of respondents mostly included in adaptive coping mechanism (94,1%). Data analyzes used non parametric statistic test, Spearman Rank hypothesis test obtained p value <0,05 that was 0,000 with r correlation =-0.749 which meant there was a significant correlation between family anxiety level with coping mechanism in caring readiness of stroke patients in stroke unit dr. Soepraoen Hospital Malang, and correlation between two variables run in opposite direction which meant the lighter the anxiety level the more adaptive family coping mechanism in caring stroke patients, so that families had readiness in caring for stroke patients. If family that caring for stroke patients maladaptive coping mechanism, nurses that worked at stroke unit should provide explanation or information about stroke that suffered by patients, provide support and motivation, thus families who care for stroke patients were be able to use adaptive coping mechanism and had more readiness in caring for stroke patients.

Keyword : Stroke, Level Anxiety, Coping Mechanisms

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan suatu gangguan neurologik secara mendadak yang terjadi akibat pembuluh darah tersumbat oleh gumpalan sehingga mengakibatkan terputusnya suplai darah ke otak dan mengakibatkan suplai oksigen serta nutrisi ke jaringan otak berkurang (WHO, 2014). Menurut Junaidi (2011), stroke adalah suatu penyakit yang mengganggu fungsional otak dengan tanda dan gejala bagian otak yang terkena dapat sembuh sempurna atau sembuh dengan cacat atau mengalami kematian. Stroke disebabkan karena adanya sumbatan atau pendarahan sehingga dengan adanya hambatan tersebut mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu.

Stroke telah menjadi masalah kesehatan pada masyarakat dan secara global tercatat sebagai penyebab kematian kedua pada tahun 2013 dengan jumlah total kematian diseluruh dunia 11,8%. Tahun 2013 prevalensi stroke diseluruh dunia mencapai 25,7 juta orang, dari 25,7 juta orang itu 10,3 juta orang mengalami stroke serangan pertama. Stroke merupakan penyebab utama kecacatan jangka panjang di Amerika Serikat. Penyakit stroke di Amerika Serikat menjadi penyebab kematian dengan urutan teratas yang mengakibatkan hampir 133.000 orang/tahun meninggal. Setiap tahun sekitar 795.000 orang mengalami stroke baru atau stroke berulang dimana sekitar 610.000 orang mengalami stroke serangan pertama dan 185.000 orang mengalami stroke dengan serangan berulang (AHA, 2017). Menurut WHO (2006), di Asia stroke menyebabkan 5,7 juta kematian dan 16 juta kejadian pada tahun 2005. Penyakit stroke di Asia

merupakan penyebab utama kematian ke dua. Prevalensi penyakit stroke di Indonesia sendiri berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 0,7% dan prevalensi stroke yang belum pernah didiagnosa oleh tenaga kesehatan tetapi pernah mengalami gejala kelumpuhan mendadak pada salah satu sisi tubuh sebesar 1,21%. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan tertinggi di Sulawesi Selatan (1,79%), diikuti Sulawesi Tengah (1,66%), Jawa Timur (1,6%), Sulawesi Utara (1,08%), Yogyakarta (1,03%), kemudian diikuti Bangka Belitung dan Jakarta masing-masing sebesar 0,97% (RISKESDAS, 2013).

Efek dari stroke tergantung pada bagian otak mana yang terluka dan seberapa parah stroke itu terjadi. Seseorang yang mengalami stroke yang parah dapat menyebabkan kematian mendadak. Selain stroke menimbulkan efek pada pasien, stroke juga bisa menimbulkan efek psikologis pada anggota keluarganya yaitu kecemasan. Anggota keluarga yang merawat pasien stroke akan mengalami kecemasan terkait dengan perkembangan klien, pengobatan, perawatan klien dan kecemasan membayangkan hal-hal yang mungkin terjadi (Nursalam, 2009).

Kecemasan merupakan sebuah keadaan emosional yang mencakup perasaan khawatir, ketegangan dan kekhawatiran yang disertai oleh dorongan fisiologis (Charles, 2010). Kecemasan juga diartikan sebagai perasaan subyektif dari ketidaknyamanan atau ketakutan yang disertai dengan serangkaian manifestasi otonom dan somatik. Gejala kecemasan yang dirasakan berkepanjangan, tidak rasional, parah, terjadi tanpa adanya rangsangan maka hal itu dinamakan gangguan kecemasan. Gangguan kecemasan merupakan gangguan mental, emosional dan gangguan perilaku (Kessler & Wang, 2008).

Kecemasan pada keluarga yang merawat pasien stroke akan meningkat jika salah satu anggota keluarganya mengalami sakit yang mengancam kehidupan (Potter, 2005). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Joko (2015) mengungkapkan bahwa perempuan lebih cemas daripada laki-laki karena laki-laki lebih banyak berinteraksi dengan lingkungan luar sehingga memiliki tingkat pengetahuan yang lebih luas, sedangkan perempuan memiliki tingkat pengetahuan yang terbatas hal ini disebabkan karena sebagian besar perempuan hanya tinggal dirumah untuk melakukan aktivitas rumah tangga dirumah.

Kecemasan yang dialami keluarga dalam merawat pasien stroke dapat diatasi menggunakan mekanisme koping. Menurut Tamher dan Noorkasiani (2009), koping merupakan cara yang dilakukan individu untuk menghadapi masalah yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologis serta cara individu untuk mengurangi stress yang dialaminya. Menurut Nasir dan Muhith (2011), mekanisme koping merupakan cara yang dilakukan individu untuk menyelesaikan masalah, cara individu untuk beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi, serta respon individu terhadap situasi yang mengancam. Mekanisme koping diperlukan oleh setiap individu untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi serta diperlukan oleh individu untuk beradaptasi terhadap perubahan-perubahan yang terjadi.

Aspek mekanisme koping ada dua yaitu mekanisme koping yang berfokus pada masalah dan mekanisme koping yang berfokus pada emosional. Mekanisme koping yang berfokus pada masalah (tugas) merupakan cara untuk menyelesaikan masalah, konflik dan cara untuk menghadapi stress secara realistis dengan melakukan tindakan konstruktif atau destruktif.

Mekanisme koping yang berfokus pada emosional atau sering disebut sebagai mekanisme pertahanan mental merupakan mekanisme individu untuk mengurangi stress atau untuk mengurangi kecemasan (Nasir dan Muhith, 2011).

Kemampuan individu untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi akan digolongkan menjadi mekanisme koping adaptif dan mekanisme koping maladaptif. Mekanisme koping adaptif merupakan cara yang digunakan individu untuk menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh tekanan secara positif dan rasional, sedangkan mekanisme koping maladaptif merupakan cara yang digunakan individu untuk menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh stressor secara negatif, dapat merugikan diri sendiri maupun orang lain serta tidak dapat menyelesaikan masalah secara tuntas (Atina, 2009). Koping yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah secara adaptif maka individu dapat beradaptasi dengan perubahan-perubahan yang individu alami, namun jika individu dalam menyelesaikan masalah menggunakan koping yang maladaptif atau menggunakan perilaku yang menyimpang dapat merugikan diri sendiri maupun merugikan orang lain (Rasmun, 2009).

Respon kecemasan keluarga dalam merawat pasien stroke itu penting karena jika respon kecemasan keluarga maladaptif akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah menjadi maladaptif. Pernyataan ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Jihan (2012), yang mengatakan bahwa salah satu faktor yang membuat mekanisme koping maladaptif adalah kecemasan.

Respon kecemasan keluarga yang maladaptif akan mempengaruhi mekanisme koping keluarga menjadi maladaptif ketika keluarga merawat pasien stroke seperti anggota keluarga menolak pasien terkena penyakit stroke karena

mereka menganggap bahwa penyakit stroke itu menjadi beban bagi keluarga, anggota keluarga tidak membantu proses penyembuhan pasien stroke seperti keluarga tidak membawa pasien ke pelayanan kesehatan untuk berobat, keluarga tidak berusaha mencari informasi terkait sakit stroke karena menganggap hal itu sia-sia dan keluarga juga tidak memberikan motivasi serta dukungan kepada pasien terhadap kondisinya karena dengan dukungan dan motivasi keluarga itu merupakan obat alami pasien untuk menumbuhkan semangat dalam diri pasien stroke, sehingga pasien dapat menikmati kehidupan selanjutnya (Dian, 2009).

Smith (2004), kecemasan dapat menimbulkan dampak bagi keluarga pasien seperti sulit tidur, keluarga tidak nafsu makan karena memikirkan salah satu anggota keluarganya yang dirawat sehingga mengakibatkan anggota keluarga yang merawat pasien stroke menjadi terganggu masalah kesehatannya. Mekanisme koping keluarga berfungsi menjadikan fungsi-fungsi keluarga menjadi nyata. Menurut Freadman (2003) menyebutkan bahwa fungsi anggota keluarga meliputi : mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga, memberikan perawatan terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat guna mendukung pencapaian optimal dalam perawatan anggota yang mengalami gangguan kesehatan. Tanpa koping yang efektif fungsi keluarga dalam merawat pasien stroke tidak dapat dicapai secara adekuat sehingga dapat mempengaruhi kondisi pasien stroke. (Wilda, 2011).

Kemampuan keluarga untuk mengatasi masalah atau mengatasi kecemasan berbeda-beda pada setiap keluarga. Kemampuan tersebut meliputi kemampuan mencari informasi dan kemampuan memilih jalan alternatif yang sesuai untuk

menyelesaikan masalah tersebut. Keluarga dalam menghadapi suatu masalah, ada yang menggunakan coping adaptif dan ada juga keluarga yang menggunakan coping maladaptif, hal ini tergantung dari faktor penyebab, tingkat kecemasan dan sumber coping keluarga (Brannon, 2007).

Keluarga yang merawat pasien stroke diperlukan pemahaman mengenai langkah-langkah yang harus dilakukan dalam menangani pasien stroke yang dihadapi anggota keluarganya dengan tujuan untuk mencegah terjadinya stroke berulang atau komplikasi yang mungkin muncul (Lumbantobing, 2003).

Penelitian tentang hubungan tingkat kecemasan pasien stroke dengan mekanisme coping di Rumah Sakit Bhayangkara Makasar oleh Sule (2014) sudah diteliti. Penelitian sebelumnya juga telah diteliti mengenai gambaran tingkat kecemasan keluarga yang merawat pasien stroke di ruang ICU Rumah Sakit Panti Waluyo Surakarta oleh Raharjo pada tahun 2015.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 21 November 2017 di unit stroke RS.dr.Soepraoen Malang terhadap 10 anggota keluarga yang merawat pasien stroke mengalami cemas ringan hingga sedang dimana keluarga mengatakan sedikit cemas, keluarga takut akan kondisi anggota keluarga yang terkena stroke, tidak dapat istirahat dengan tenang atau nyaman, gelisah dan merasa sedih. Keluarga menggunakan mekanisme coping yang adaptif seperti berusaha mencarikan pengobatan pasien, memberikan dukungan dan motivasi kepada pasien, mencoba berpikir positif dengan menganggap ini adalah ujian dari Tuhan, sabar dan ikhlas, berbagi cerita kepada teman atau kerabat, mencari informasi kepada petugas kesehatan serta tidak merasa putus asa dan pasrah terhadap ujian yang dialaminya, sehingga ini artinya keluarga memiliki kesiapan dalam merawat pasien stroke.

Berdasarkan uraian diatas, perlu diteliti Hubungan Tingkat Kecemasan Keluarga dengan Mekanisme Koping dalam Kesiapan Merawat Pasien di Unit Stroke.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien stroke yang dirawat di unit stroke?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien di Unit Stroke RS.dr.Soepraoen Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengidentifikasi tingkat kecemasan keluarga dalam kesiapan merawat pasien di Unit Stroke RS.dr.Soepraoen Malang

1.3.2.2 Mengidentifikasi mekanisme koping keluarga dalam kesiapan merawat pasien di Unit Stroke RS.dr.Soepraoen Malang

1.3.2.3 Menganalisa hubungan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien di Unit Stroke RS.dr. Soepraoen Malang

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademik

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan informasi untuk penelitian selanjutnya mengenai hubungan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien di Unit Stroke RS.dr. Soepraoen Malang

1.4.2 Manfaat bagi Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan informasi kepada perawat selain memperhatikan kondisi pasien stroke, perawat diharapkan juga memperhatikan kondisi psikologis keluarga yang merawat dan mendampingi pasien stroke selama dirawat di Unit Stroke RS.dr. Soepraoen Malang dengan cara memberikan penjelasan kepada keluarga yang mendampingi pasien terkait penyakit stroke dan memberikan motivasi serta dukungan kepada keluarga yang mendampingi dan merawat pasien stroke.

1.4.3 Manfaat Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi kepada masyarakat terkait cara mengurangi kecemasan keluarga yang merawat dan mendampingi pasien stroke selama dirawat di Unit Stroke RS.dr. Soepraoen Malang dengan menggunakan mekanisme koping.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke merupakan suatu gangguan neurologik secara mendadak yang terjadi akibat pembuluh darah tersumbat oleh gumpalan sehingga mengakibatkan terputusnya suplai darah ke otak dan mengakibatkan suplai oksigen serta nutrisi ke jaringan otak berkurang (WHO, 2014). Menurut Junaidi (2011), stroke adalah suatu penyakit yang mengganggu fungsional otak dengan tanda dan gejala bagian otak yang terkena dapat sembuh sempurna atau sembuh dengan cacat atau mengalami kematian. Penyakit stroke disebabkan karena adanya sumbatan atau pendarahan sehingga dengan adanya hambatan tersebut mengakibatkan aliran darah ke otak terganggu. Stroke juga didefinisikan sebagai sindrom klinis yang berasal dari vascular yang disebabkan karena adanya sumbatan atau pendarahan sehingga dapat menyebabkan gangguan fungsional serebral fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam (Blackwell, 2014).

2.1.2 Klasifikasi dan Penyebab Stroke

Menurut Junaidi (2011), stroke diklasifikasikan menjadi dua yaitu stroke hemoragik dan stroke iskemik.

- a. Stroke hemoragik merupakan stroke yang menyebabkan aliran darah ke otak terganggu, hal ini disebabkan karena pembuluh darah di otak pecah sehingga darah dapat keluar dari pembuluh darah dan merembes masuk

kedalam jaringan otak yang dapat menyebabkan terjadinya hematoma.

Stroke hemoragik dibagi lagi menjadi dua yaitu:

- 1) Pendarahan subaraknoid (PSA) merupakan perdarahan yang terjadi saat darah yang keluar dari pembuluh darah masuk ke selaput otak atau kedalam ruangan subaraknoid. Perdarahan subaraknoid ada 2 macam yaitu primer, pecahnya pembuluh darah yang berasal dari arteri di subaraknoid dan sekunder, pecahnya pembuluh darah yang berasal dari luar ruangan subaraknoid yang kemudian masuk ke ruangan subaraknoid.
 - 2) Pendarahan intraserebral (PSI) merupakan perdarahan yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di intraserebral sehingga darah yang keluar dari pembuluh darah masuk ke dalam struktur atau jaringan otak. Perdarahan ini banyak disebabkan oleh penyakit hipertensi.
- b. Stroke iskemik atau stroke nonperdarahan atau infark merupakan stroke yang disebabkan oleh adanya suatu hambatan berupa thrombosis atau emboli sehingga menyebabkan aliran darah ke otak terganggu dan mengakibatkan suplai oksigen serta nutrisi ke jaringan otak berkurang. Penyebab stroke iskemik selain disebabkan oleh thrombosis atau emboli juga disebabkan oleh ateroma. Ateroma terjadi di dinding pembuluh darah yang disebabkan oleh penumpukan lemak darah, kolestrol dan kalsium sehingga dengan adanya penumpukan tersebut mengakibatkan terjadinya penyumbatan di sepanjang jalur arteri menuju otak.

Berdasarkan perjalanan klinisnya stroke iskemik dibagi menjadi empat yaitu :

- 1) *Transient ischemic Attack* (TIA) merupakan gejala defisit neurologis yang berlangsung kurang dari 24 jam atau disebut sebagai serangan stroke sementara.
- 2) *Reversible Ischemic Neurologic Deficit* (RIND) merupakan gejala defisit neurologis yang berlangsung lebih dari 24 jam namun gejala tidak lebih dari 21 hari akan menghilang.
- 3) *Progressing stroke atau stroke in evolution* merupakan kelainan atau defisit neurologis dari yang ringan sampai berat dan terjadi secara bertahap.
- 4) *Completed Stroke* merupakan kelainan neurologis yang sudah tidak berkembang lagi dan sudah menetap.

2.1.3 Faktor resiko terjadinya penyakit stroke

Menurut Amelia (2017), faktor resiko terjadinya penyakit stroke dibagi menjadi dua yaitu faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi dan faktor resiko yang dapat dimodifikasi.

a. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi meliputi :

1) Usia

Kejadian stroke meningkat seiring bertambahnya usia, hal ini berkaitan dengan proses penuaan dimana pembuluh darah mulai kurang fleksibel atau lebih kaku saat lanjut usia. Stroke dapat terjadi pada semua kalangan usia namun kebanyakan kejadian stroke terjadi pada usia tua. Kejadian stroke iskemik meningkat dua kali lipat

setelah usia 55 tahun dan pada stroke hemoragik kejadiannya meningkat setelah usia 45 tahun.

2) Jenis Kelamin

Stroke banyak dijumpai pada laki-laki dibandingkan dengan wanita, hal ini mungkin berkaitan dengan gaya hidup yang kurang sehat seperti merokok yang bisa menyebabkan dinding pembuluh darah rusak dan pada laki-laki tidak memiliki hormon progesterone serta estrogen dimana hormon estrogen memiliki kemampuan memberikan proteksi pada proses arterosklerosis pada saat wanita menopause (Farida, 2009). Berdasarkan penelitian oleh Amelia (2017), menyatakan bahwa hubungan jenis kelamin dengan resiko stroke tergantung pada usia. Wanita usia muda lebih beresiko dibandingkan dengan laki-laki, hal ini berkaitan dengan kehamilan dan penggunaan kontrasepsi hormonal. Berdasarkan hasil penelitian menyatakan bahwa pada usia tua laki-laki lebih beresiko daripada wanita.

3) Ras atau Etnis

Kejadian stroke dua kali lebih beresiko pada orang kulit hitam daripada orang kulit putih hal ini berkaitan dengan kurangnya akses terhadap kesehatan.

4) Riwayat stroke dalam keluarga

Resiko kejadian stroke akan meningkat jika keluarga pasien memiliki riwayat menderita penyakit stroke.

b. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi meliputi :

1) Hipertensi

Semakin tinggi tekanan darah tinggi pada penderita hipertensi bisa memicu pembuluh darah pecah sehingga mengakibatkan terputusnya suplai darah ke otak dan mengakibatkan suplai oksigen serta nutrisi ke jaringan otak berkurang. Efek dari hipertensi ini erat kaitannya dengan stroke hemoragik.

2) Diabetes Melitus

Diabetes melitus merupakan faktor resiko yang dapat meningkatkan kejadian stroke dua kali lipat, hal ini disebabkan penyakit diabetes melitus dapat menimbulkan terjadinya plak secara cepat pada pembuluh darah. Diabetes melitus ini erat kaitannya dengan stroke iskemik.

3) Obesitas dan kurangnya aktivitas fisik

Seseorang dengan berat badan berlebih dan kurang melakukan aktivitas fisik memiliki resiko menderita penyakit stroke. Selain itu juga memiliki resiko menderita penyakit hipertensi, kolestrol dan diabetes.

4) Merokok

Merokok dapat mengakibatkan pengerasan pembuluh darah dan penimbunan plak di dinding pembuluh darah sehingga merokok dapat meningkatkan resiko stroke dua kali lipat.

5) Kolestrol

Kolestrol LDL yang tinggi bisa memicu terjadinya stroke karena kolestrol LDL yang tinggi dapat mengakibatkan proses atherosklerosis

atau pengerasan pada dinding pembuluh darah arteri yang bisa menyebabkan stroke.

2.1.4 Tanda dan gejala stroke

Menurut Junaidi (2011), tanda dan gejala stroke meliputi :

- a. Pada salah satu sisi tubuh mengalami kelumpuhan atau kelemahan karena defisit neurologis.
- b. Hilangnya rasa seperti baal atau mati rasa sebelah badan, terasa kesemutan, terasa seperti terbakar pada salah satu sisi tubuh.
- c. Mulut tidak simetris atau mencong.
- d. Gangguan menelan : sulit menelan, minum suka keselak.
- e. Bicara tidak jelas dan sulit berbicara.
- f. Sulit mengucapkan kata-kata yang tepat.
- g. Tidak mampu membaca dan menulis.
- h. Berjalan menjadi sulit atau sempoyongan.
- i. Menjadi lebih mudah sensitif.
- j. Kehilangan keseimbangan.
- k. Mengalami gangguan kesadaran, pingsan sampai tidak sadarkan diri (koma).

2.2 Keluarga

2.2.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah suatu ikatan persekutuan hidup atas dasar perkawinan antar orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik

anaknya sendiri atau adopsi yang tinggal dalam sebuah rumah tangga (Riadi, 2012).

2.2.2 Fungsi Keluarga

Freadman (2003) menyebutkan bahwa salah satu fungsi keluarga adalah fungsi keperawatan kesehatan, adapun lima tugas kesehatan keluarga yang merupakan upaya keluarga dalam menjalankan fungsi perawatan kesehatan meliputi :

- 1) Mengetahui gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga.
- 2) Mengambil keputusan untuk tindakan yang tepat.
- 3) Melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
- 4) Melakukan modifikasi lingkungan sehingga menjadi aman dan menunjang tercapainya lingkungan keluarga yang sehat.
- 5) Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan terdekat guna mendukung pencapaian optimal dalam perawatan anggota yang mengalami gangguan kesehatan.

2.2.3 Struktur Keluarga

Struktur keluarga dapat menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi keluarga di lingkungan masyarakat. Terdapat empat elemen struktur keluarga menurut (Freadman, 2003) :

1) Struktur peran keluarga :

Menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarganya sendiri maupun perannya dilingkungan masyarakat baik formal maupun informal.

2) Nilai dan norma keluarga :

Norma yang diyakini dan dipelajari oleh keluarga khususnya yang berhubungan dengan kesehatan.

3) Pola komunikasi keluarga :

Pola komunikasi orang tua, orang tua dengan anak, anak dengan anak dan anggota keluarga lain (pada keluarga besar) dengan keluarga inti.

4) Struktur kekuatan keluarga :

Menggambarkan kemampuan anggota keluarga yang mendukung kesehatan

2.2.4 Tugas-Tugas Keluarga

Keluarga mempunyai tugas dalam pemeliharaan kesehatan para anggotanya dan saling memelihara, (Jhonson, 2009 dalam Fredman) membagi 5 tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga, yaitu :

- a. Mengetahui gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya.
- b. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.
- c. Memberikan keperawatan untuk anggota keluarganya yang sakit, dan yang tidak mampu membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.
- d. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.

- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara anggota keluarga dan lembaga kesehatan yang menunjukkan pemanfaatan dengan baik fasilitas kesehatan yang ada.

Sedangkan menurut Mubarak (2006) pada dasarnya tugas kesehatan ada delapan tugas pokok yaitu :

- a. Pemeliharaan fisik keluarga dan para anggotanya.
- b. Pemeliharaan sumber-sumber daya yang ada dalam keluarga.
- c. Pembagian tugas masing-masing anggotanya sesuai dengan kedudukannya masing-masing.
- d. Sosialisasi antar anggota keluarga.
- e. Pengaturan jumlah keluarga.
- f. Pemeliharaan ketertiban anggota keluarga.
- g. Penempatan anggota-anggota keluarga dalam masyarakat lebih luas.
- h. Membangkitkan dorongan dan semangat para anggota keluarganya.

2.2.5 Peran Keluarga Merawat Pasien Stroke

Keluarga adalah suatu ikatan persekutuan hidup atas dasar perkawinan antar orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi yang tinggal dalam sebuah rumah tangga (Riadi, 2012). Keluarga memiliki peranan penting dalam merawat pasien stroke hal ini berkaitan dengan keluarga merupakan salah satu faktor yang membantu dalam proses penyembuhan pasien seperti membantu melakukan aktivitas pasien, mengatur makan pasien, membantu mobilisasi pasien, membantu eliminasi pasien, membantu pasien stroke terkait personal hygiene, membantu pasien untuk

memenuhi kebutuhan ADL, membawa pasien ke rumah sakit maupun ke pelayanan kesehatan terdekat serta memberikan dukungan dan motivasi pasien agar pasien dapat kembali melakukan aktivitas seperti biasanya. Adanya peran keluarga dalam merawat pasien stroke diharapkan keluarga mampu mengetahui penyakit stroke dan mengetahui upaya pencegahan terjadinya kekambuhan penyakit stroke. (Ibnu, 2016).

2.3 Kecemasan

2.3.1 Definisi Kecemasan

Kecemasan dalam bahasa Inggrisnya "*anxiety*" berasal dari bahasa Latin "*angustus*" yang berarti kaku dan "*ango,anci*" yang berarti mencekik. Kecemasan merupakan sebuah keadaan emosional yang mencakup perasaan khawatir dan ketegangan yang disertai oleh dorongan fisiologis (Charles, 2010). Kecemasan adalah suatu perasaan takut dan tidak menentu yang dijadikan sebagai alat peringatan untuk menyadarkan individu tentang bahaya akan datang atau sebagai respon terhadap situasi yang mengancam (Yusuf, 2015). Kecemasan juga diartikan sebagai perasaan subyektif dari ketidaknyamanan atau ketakutan yang disertai dengan serangkaian manifestasi otonom dan somatik. Gejala kecemasan yang dirasakan berkepanjangan, tidak rasional, parah, terjadi tanpa adanya rangsangan maka hal itu dinamakan gangguan kecemasan. Gangguan kecemasan merupakan gangguan mental, emosional dan gangguan perilaku (Kessler & Wang, 2008).

2.3.2 Teori Kecemasan

Menurut Asmadi (2008), ada beberapa teori yang mengemukakan faktor predisposisi terjadinya kecemasan. Teori-teori tersebut meliputi :

a. Teori psikoanalitik

Terjadinya kecemasan menurut teori psikoanalitik karena adanya konflik elemen emosional kepribadian. Elemen emosional kepribadian meliputi *id*, *ego* dan *super ego*. *Id* mewakili insting, *super ego* mewakili hati nurani yang dikendalikan oleh norma dan budaya sedangkan *ego* mewakili konflik yang bertentangan antara dua elemen. Timbulnya kecemasan mengingatkan *ego* jika ada bahaya.

b. Teori Interpersonal

Menurut teori interpersonal, terjadinya kecemasan terkait dengan rasa takut terhadap penolakan dan penerimaan interpersonal saat berhubungan dengan orang lain. Individu tersebut merasa takut jika keberadannya tidak diterima oleh orang lain atau masyarakat sehingga dapat menimbulkan perasaan cemas dan tidak tenang.

c. Teori Perilaku

Menurut teori perilaku, timbulnya kecemasan akibat dari ketidakmampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan sehingga mengakibatkan frustrasi dan merasa putus asa.

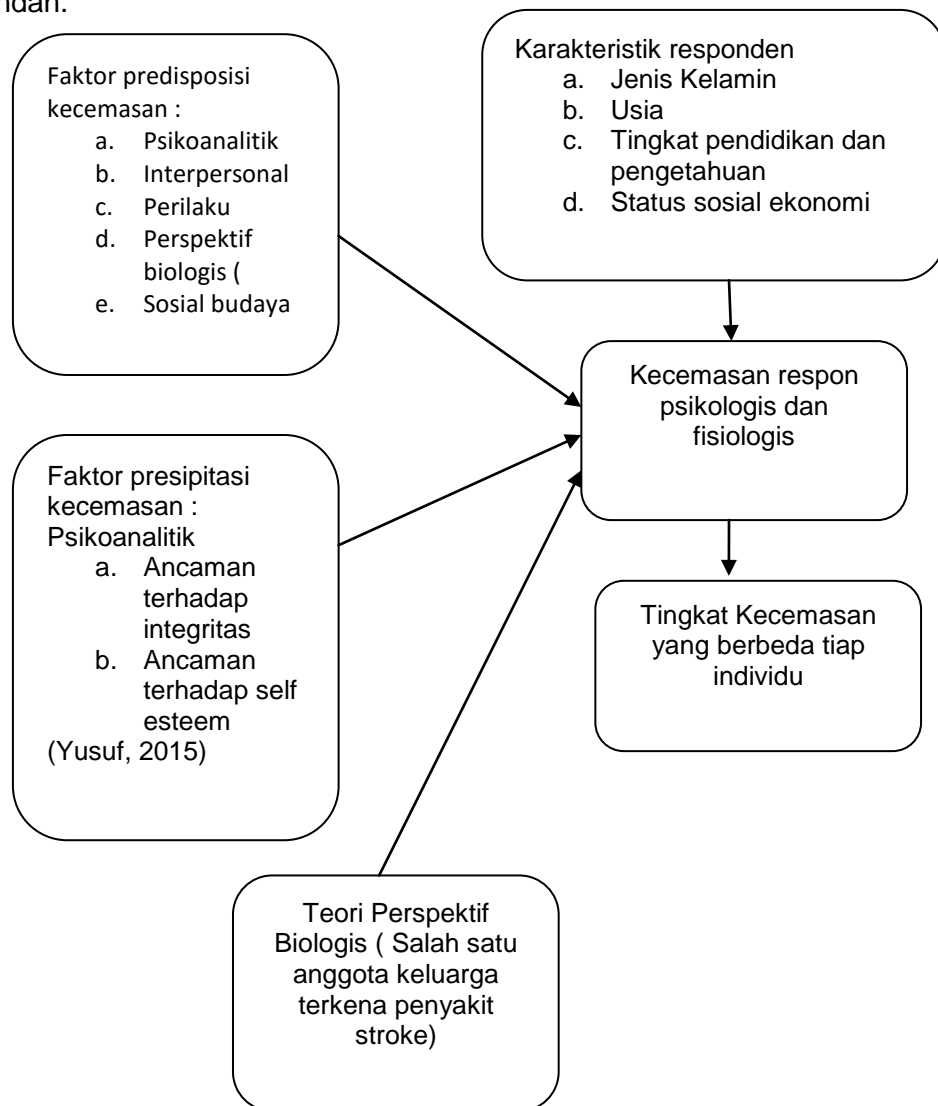
d. Teori Perspektif Biologis

Timbulnya kecemasan menurut teori perspektif biologis akibat dari adanya masalah kesehatan pada seseorang. Kondisi kesehatan fisik seseorang akan berpengaruh terhadap kecemasan seseorang. Kondisi kesehatan fisik seseorang yang semakin buruk mempengaruhi kecemasan

yang dialami seseorang akan semakin meningkat. Selain mempengaruhi kecemasan individu yang sakit, kondisi kesehatan individu yang buruk juga akan mempengaruhi kecemasan pada anggota keluarga yang merawatnya (Stuart, 2009).

e. Teori Sosial Budaya

Menurut teori sosial budaya kecemasan dapat terjadi karena dipengaruhi oleh faktor ekonomi menengah kebawah dan latar belakang pendidikan yang rendah.



Gambar 2.1 Teori Kecemasan (Asmadi, 2008)

Menurut Yusuf (2015), ada beberapa faktor presipitasi yang menyebabkan kecemasan seseorang. Faktor presipitasi tersebut meliputi :

- a. Ancaman terhadap integritas seseorang hal ini disebabkan karena menurunnya kemampuan fisiologis seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang diakibatkan oleh penyakit seperti stroke, penyakit jantung dan pembedahan.
- b. Ancaman terhadap self esteem diri seseorang meliputi sumber internal dan sumber eksternal. Sumber internal meliputi kesulitan untuk berhubungan dengan orang lain atau kesulitan untuk melakukan adaptasi terhadap peran barunya, sedangkan untuk sumber eksternal meliputi perceraian, kehilangan orang yang dicintai dan adanya perubahan dalam status pekerjaan.

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan Keluarga yang Merawat Pasien Stroke

Beberapa faktor yang mempengaruhi keluarga dalam merawat pasien stroke. Faktor tersebut meliputi :

- a. Jenis Kelamin

Kecemasan berdasarkan jenis kelamin ini berkaitan dengan kecemasan pada laki-laki dan perempuan. Penelitian yang dilakukan oleh Joko (2015) mengungkapkan bahwa perempuan lebih cemas dari pada laki-laki, hal ini disebabkan karena laki-laki lebih banyak berinteraksi dengan lingkungan luar sehingga memiliki tingkat pengetahuan yang lebih luas, sedangkan perempuan memiliki tingkat pengetahuan yang terbatas hal ini

disebabkan karena sebagian besar perempuan hanya tinggal dirumah untuk melakukan aktivitas rumah tangga dirumah.

b. Usia

Usia merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kecemasan keluarga dalam merawat pasien stroke, hal ini disebabkan karena usia merupakan dasar kematangan dan perkembangan seseorang. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Elan (2014) menyatakan bahwa usia dibawah 30 tahun atau usia muda lebih rentan mengalami kecemasan daripada usia tua, hal ini berkaitan dengan usia muda memiliki pemikiran yang belum matang dalam menghadapi suatu masalah, sedangkan usia tua dalam menghadapi masalah kecemasan lebih baik karena usia tua memiliki pengalaman yang lebih dalam dan usia tua lebih mampu menyesuaikan diri terhadap perubahan yang terjadi.

c. Tingkat pendidikan dan pengetahuan

Tingkat pendidikan dan pengetahuan yang dimiliki anggota keluarga yang merawat pasien stroke menjadi salah satu faktor yang mengakibatkan kecemasan pada keluarga, hal ini berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk mencari informasi atau menerima informasi tentang suatu penyakit, jika seseorang kurang pengetahuan atau kurang mencari informasi terkait dengan penyakit yang dialami oleh salah satu anggota keluarganya maka dapat menimbulkan kecemasan pada keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Elen (2014) menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan dan semakin luas tingkat pengetahuan keluarga terkait dengan penyakit stroke maka individu tersebut akan lebih siap menghadapi masalah sehingga dapat mengurangi kecemasan.

d. Status sosial ekonomi

Menurut Elen (2014), status sosial ekonomi merupakan salah satu faktor yang dapat menimbulkan kecemasan pada anggota keluarga yang merawat stroke, hal ini berkaitan dengan adanya pengeluaran yang tak terduga misalnya pengeluaran keuangan untuk mengobati pasien yang sakit secara tiba-tiba dengan status sosial ekonomi yang rendah sehingga dapat mempengaruhi kecemasan keluarga yang merawat pasien stroke.

e. Dukungan sosial

Menurut Wangmuba (2009), tidak adanya dukungan sosial dari teman atau keluarga dekat dapat mempengaruhi kecemasan seseorang, hal ini terjadi karena tidak ada yang membantu keluarga dan memberikan motivasi kepada keluarga yang merawat pasien stroke dalam menghadapi kenyataan.

f. Psikologis

Faktor psikologis yang bisa menyebabkan kecemasan merupakan stress, bidang psikoanalitik dan kognitif perilaku

2.3.4 Tingkat Kecemasan

Menurut Asmadi (2008), rentang respon tingkat kecemasan ada empat level meliputi kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat dan kecemasan berat sekali atau panik.

a. *Mild Anxiety* (Kecemasan ringan)

Kecemasan ringan merupakan kecemasan yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari dan dapat menumbuhkan motivasi belajar seseorang untuk berkreaitivitas karena pada level kecemasan ini individu masih hati-hati, waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Manifestasi dari level

kecemasan ini meliputi individu dapat meningkatkan lahan persepsinya dan waspada, mampu mengatasi situasi yang bermasalah, meningkatkan rasa keingintahuan individu dengan mengulang pertanyaan, kecenderungan untuk tidur dan meningkatnya motivasi individu.

b. *Moderate anxiety* (Kecemasan sedang)

Individu mengalami penyempitan lahan persepsi dan individu hanya berfokus pada sumber kecemasan yang dihadapi. Namun, individu masih dapat melakukan sesuatu yang lain dengan arahan dari orang lain. Manifestasi dari level ini meliputi sedikit lebih sulit untuk berkonsentrasi, individu gagal untuk beradaptasi terhadap masalah yang dihadapi, tremor, gemetar, denyut jantung dan frekuensi pernafasan meningkat, bicara cepat dengan nada suara yang tinggi, mudah marah, tersinggung, lupa, menangis dan tidak sabar.

c. *Severe anxiety* (Kecemasan berat)

Lahan persepsi individu pada kecemasan berat ini sangat sempit. Individu memerlukan lebih banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada area lain karena semua perilaku individu ditujukan untuk mengurangi ketegangan dan individu memusatkan perhatian pada area yang lebih spesifik serta individu tidak mampu berpikir tentang hal lain. Manifestasi dari level kecemasan ini meliputi individu tidak mampu memahami situasi saat ini, komunikasi yang dilakukan individu sulit dipahami, individu mengeluh pusing, mual, sakit kepala, sulit tidur, sering kencing, merasa tidak berdaya dan bingung.

d. Panik atau kecemasan sangat berat

Individu pada level ini tidak mampu melakukan sesuatu meskipun sudah diberikan arahan orang lain karena individu mengalami kehilangan kendali terhadap dirinya sendiri. Manifestasi dari level kecemasan ini meliputi persepsi individu menyimpang, individu terlihat pucat, pembicaraan inkoheren, tidak dapat berespon terhadap perintah sederhana, berteriak, menjerit dan individu merasa mau pingsan.

2.3.5 Gejala Kecemasan

Tanda dan gejala kecemasan secara umum dibagi menjadi dua meliputi gejala psikologis, dan gejala somatik menurut (Joko, 2015 dalam Hawari 2006) :

- a. Gejala psikologis meliputi individu mengatakan dirinya merasa khawatir atau memiliki firasat buruk terhadap sesuatu, individu menjadi lebih sensitif sehingga individu menjadi mudah marah, mudah tersinggung, individu merasa mudah capek, tidak tenang, gelisah, kehilangan motivasi, kehilangan kepercayaan diri, ragu untuk melakukan sesuatu dan individu sering mengalami kesulitan tidur karena mimpi buruk, insomnia.
- b. Gejala somatik meliputi individu merasakan sakit kepala, sakit pada otot dan tulang, sesak nafas, nyeri punggung, nyeri abdomen, mual, diare, konstipasi, kehilangan nafsu makan, sering buang air kecil, jantungnya berdebar-debar dan munculnya keringat yang berlebih.

2.3.6 Pengukuran Tingkat Kecemasan Keluarga yang Merawat Pasien Stroke

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) merupakan instrument yang digunakan untuk mengukur tingkat kecemasan. HARS terdiri dari 14 item kelompok gejala dimana masing-masing gejala setiap item dijelaskan tentang gejala-gejala yang lebih spesifik menurut Nursalam (2003) yang kemudian dimodifikasi oleh peneliti. Penilaian kecemasan yang terdiri dari 14 item terdiri dari :

1. Perasaan cemas : firasat buruk, takut akan pikiran sendiri dan mudah tersinggung.
2. Perasaan tegang : merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
3. Perasaan takut : takut terhadap gelap, takut terhadap orang asing, takut bila tinggal sendiri, takut pada binatang besar, takut pada keramaian dan takut pada kerumunan orang banyak.
4. Gangguan tidur : kesulitan memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas, banyak mimpi buruk, mimpi yang menakutkan dan bangun dari tidur kelihatan lesu.
5. Gangguan kecerdasan : daya ingat menurun atau memburuk, mudah lupa dan sulit untuk berkonsentrasi.
6. Perasaan depresi : hilangnya minat, sedih, saat dini hari mudah terbangun, sepanjang hari merasakan perasaan yang tidak menyenangkan, berkurangnya melakukan hobi untuk membuat individu merasa senang.

7. Gejala somatik/ fisik (otot) : nyeri pada otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
8. Gejala sensorik : telinga berasa seperti berdengung, penglihatan mata kabur, wajah merah dan pucat, perasaan seperti ditusuk-tusuk serta merasa lemah atau tidak berdaya.
9. Gejala kardiovaskular : denyut nadi cepat, merasakan jantung berdebar-debar, dada terasa nyeri, denyut nadi melemah dan merasa seperti mau pingsan
10. Gejala pernafasan : merasa dada tertekan, merasa tercekik, merasa napas pendek atau sesak nafas, sering menarik nafas panjang.
11. Gejala gastrointestinal (pencernaan): mengalami penurunan berat badan, sulit menelan, mual muntah, kesulitan buang air besar atau konstipasi, gangguan pencernaan, lambung terasa nyeri baik sesudah maupun sebelum makan, perut terasa panas dan perut terasa penuh/ kembung.
12. Gejala urogenitalia (perkemihan) : sering kencing, tidak dapat menahan kencing dan menstruasi tidak teratur
13. Gejala vegetatif/otonom: mulut kering, merasa wajah kering, mudah berkeringat, dan merasa pusing atau sakit kepala.
14. Tingkah laku/ sikap : gelisah, ketika tegang mengerutkan dahi, gelisah, jari-jari gemetar, muka tegang, napas pendek dan cepat dan wajah merah.

Setiap item pertanyaan di kuesioner HARS diberikan penilaian 0 (tidak ada gejala), 1 (1 dari gejala yang ada), 2 (separuh dari gejala yang ada), 3 (lebih dari separuh gejala yang ada) sampai 4 (semua gejala ada). Kemudian menentukan skor total dengan cara masing-masing skor dari 14 item tersebut

dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut akan diperoleh derajat kecemasan yaitu skor 0-14 kecemasan ringan, 15-28 kecemasan sedang, 29-42 kecemasan berat dan 43-56 panik.

2.3.7 Kecemasan pada keluarga yang merawat pasien stroke

Kecemasan merupakan sebuah keadaan emosional yang mencakup perasaan khawatir, ketegangan dan kekhawatiran yang disertai oleh dorongan fisiologis (Charles, 2010). Kecemasan juga diartikan sebagai perasaan subyektif dari ketidaknyamanan atau ketakutan yang disertai dengan serangkaian manifestasi otonom dan somatik. Gejala kecemasan yang dirasakan berkepanjangan, tidak rasional, parah, terjadi tanpa adanya rangsangan maka hal itu dinamakan gangguan kecemasan. Gangguan kecemasan merupakan gangguan mental, emosional dan gangguan perilaku (Kessler & Wang, 2008). Kecemasan pada keluarga yang merawat pasien stroke akan meningkat jika salah satu anggotanya mengalami sakit yang mengancam kehidupan (Potter,2005).

Kecemasan keluarga dalam kesiapan merawat pasien stroke terkait dengan perkembangan pasien, masalah ekonomi, kelumpuhan atau kelemahan yang dialami pasien stroke, membayangkan hal-hal yang mungkin akan terjadi pada pasien, pengobatan pasien, kemampuan keluarga dalam merawat pasien dan keluarga takut nantinya akan kehilangan pasien (Sari,2010 dalam Gerawm 1998). Menurut Smith (2004), kecemasan dapat menimbulkan dampak bagi keluarga pasien seperti sulit tidur, keluarga tidak nafsu makan memikirkan salah satu anggota keluarganya yang dirawat sehingga mengakibatkan anggota keluarga yang merawat pasien stroke menjadi terganggu masalah kesehatannya.

Respon kecemasan keluarga dalam merawat pasien stroke itu penting karena jika respon kecemasan keluarga yang maladaptif akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah menjadi maladaptif. Penelitian yang dilakukan oleh Jihan (2012), yang mengatakan bahwa salah satu faktor yang membuat mekanisme koping maladaptif adalah kecemasan. Respon kecemasan keluarga yang maladaptif akan mempengaruhi mekanisme koping keluarga menjadi maladaptif ketika keluarga merawat pasien stroke seperti anggota keluarga menolak pasien terkena penyakit stroke karena mereka menganggap bahwa penyakit stroke itu menjadi beban bagi keluarga, anggota keluarga tidak membantu proses penyembuhan pasien stroke seperti keluarga tidak membawa pasien ke pelayanan kesehatan untuk berobat, keluarga tidak berusaha mencari informasi terkait sakit stroke karena menganggap hal itu sia-sia dan keluarga juga tidak memberikan motivasi serta dukungan kepada pasien terhadap kondisinya karena dengan dukungan dan motivasi keluarga itu merupakan obat alami pasien untuk menumbuhkan semangat dalam diri pasien stroke, sehingga pasien dapat menikmati kehidupan selanjutnya (Dian, 2009). Mekanisme koping keluarga berfungsi menjadikan fungsi-fungsi keluarga menjadi nyata. Tanpa koping yang efektif fungsi keluarga dalam merawat pasien stroke tidak dapat dicapai secara adekuat sehingga dapat mempengaruhi kondisi pasien stroke (Wilda, 2011).

2.4 Mekanisme Koping

2.4.1 Definisi Mekanisme Koping

Menurut Tamher dan Noorkasiani (2009), koping merupakan cara yang dilakukan individu untuk menghadapi masalah yang mengancam dirinya baik fisik maupun psikologis serta digunakan untuk mengurangi stress yang dialami oleh individu.

Koping adalah cara yang dilakukan individu untuk mengatasi masalah dan cara tersebut sesuai dengan apa yang dirasakan dan dipikirkan individu serta untuk mengurangi perilaku negatif ketika individu berhadapan dengan suatu masalah (Dhodo, 2016 dalam Baron & Byne 2006)

Nasir dan Abdul Muhith (2011), menjelaskan bahwa mekanisme koping merupakan cara yang dilakukan individu untuk menyelesaikan masalah serta cara individu untuk beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi. serta respon individu terhadap situasi yang mengancam. Mekanisme koping diperlukan oleh setiap individu untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi dan dengan mekanisme koping individu dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dalam kehidupan individu.

Kemampuan individu untuk mengatasi masalah atau mengatasi kecemasan berbeda-beda pada setiap individu. Kemampuan tersebut meliputi kemampuan mencari informasi dan kemampuan memilih jalan alternative yang sesuai untuk menyelesaikan masalah tersebut. Individu ketika berhadapan dengan suatu masalah ada yang menggunakan koping adaptif dan ada juga individu yang menggunakan koping maladaptif, hal ini tergantung dari faktor penyebab, tingkat kecemasan dan sumber koping individu (Brannon, 2007).

2.4.2 Penggolongan Mekanisme Koping

Nasir dan Muhith (2011), mekanisme koping dibagi menjadi dua golongan yaitu mekanisme koping adaptif dan mekanisme koping maladaptif.

- a. Mekanisme koping adaptif merupakan cara individu untuk menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh tekanan secara positif dan rasional. Kategori dari mekanisme koping adaptif meliputi membicarakan masalah yang dihadapi individu ke orang lain untuk mendapatkan solusi dari masalah yang dihadapi, individu menyelesaikan masalah secara efektif dengan cara mencari informasi yang banyak tentang masalah yang dihadapi, melakukan teknik relaksasi untuk mengurangi ketegangan, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif.
- b. Mekanisme koping maladaptif merupakan cara yang digunakan individu untuk menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh stressor secara negatif, dapat merugikan diri sendiri maupun orang lain serta tidak dapat menyelesaikan masalah secara tuntas. Kategori dari mekanisme koping maladaptif meliputi menggunakan alkohol dan obat-obatan, merokok, dalam menghadapi masalah dibuat lelucon, melamun, putus asa atau menyerah dalam menyelesaikan masalah, tidak menerima realita dan banyak melamun.

Menurut Nasir dan Muhith (2011), mekanisme koping terdiri dari dua aspek yang meliputi :

- 1) Mekanisme koping yang berfokus pada masalah (tugas) merupakan cara menyelesaikan masalah, konflik dan memenuhi tuntutan dari stress secara realistis dengan melakukan tindakan konstruktif atau destruktif.

Menurut Carver (1989) yang dikutip dari Taylor (2009), dimensi dari mekanisme koping yang berfokus pada masalah meliputi :

- a. Koping aktif (*Active koping*) merupakan langkah-langkah yang diambil untuk menghindari stressor atau untuk memperbaiki dampaknya, yang termasuk dalam *active coping* meliputi memulai tindakan langsung dan berupaya untuk mengatasi masalah
- b. Perencanaan (*Planning*) merupakan langkah-langkah dalam menyelesaikan masalah dilakukan dengan cara berpikir untuk menghadapi stressor. *Planning* meliputi mengajukan strategi tindakan, berpikir mengenai langkah-langkah yang harus diambil, dan bagaimana memilih cara terbaik dalam mengatasi masalah
- c. Dukungan instrumental (*Seeking instrumental support*) yaitu mencari saran, bantuan dan informasi
- d. Humor (*humor*) merupakan langkah yang digunakan individu untuk menghadapi stressor dengan cara membuat lelucon terhadap stressor.
- e. Obat-obatan yang digunakan (*Substance use*) merupakan langkah yang digunakan individu untuk menghadapi stressor dengan cara menggunakan obat-obatan.

2) Mekanisme koping yang berfokus pada emosional atau sering disebut sebagai mekanisme pertahanan mental merupakan mekanisme individu untuk mengurangi stress atau untuk mengurangi kecemasan.

Menurut Carver (1989) yang dikutip dari Taylor (2009), dimensi dari mekanisme koping yang berfokus pada emosi meliputi :

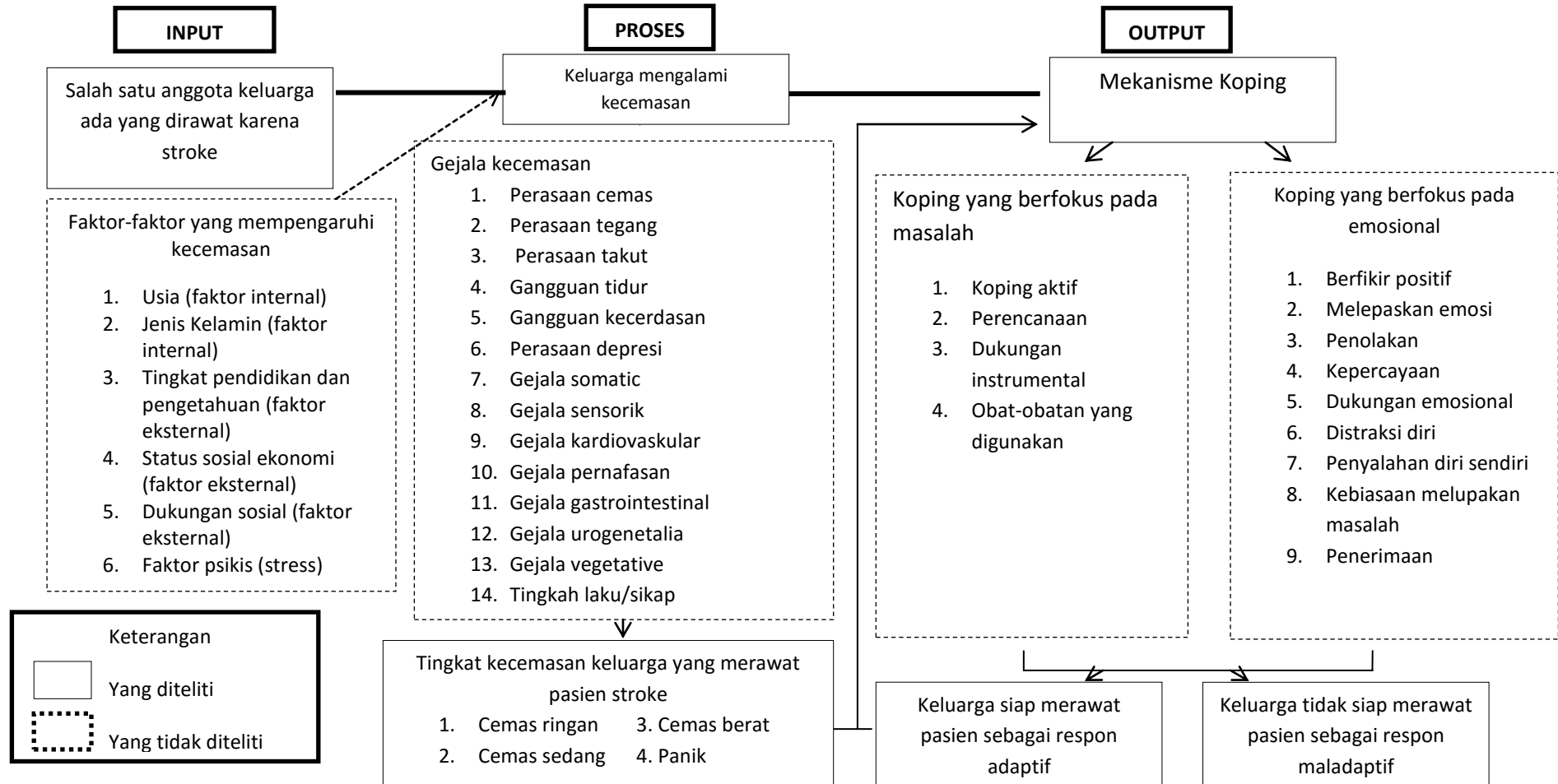
- a. Dukungan emosional (*Seeking social support for emotional reason*) merupakan langkah yang digunakan individu untuk mengatasi masalah dengan cara mencari dukungan sosial untuk mendapatkan simpati dan perhatian. Dukungan yang dicari hanya untuk menenangkan diri atau mengeluarkan perasaan saja.
- b. Berpikir positif (*Positive reframing*) merupakan langkah yang digunakan individu untuk menghadapi stressor dengan cara mengatur emosi terkait stress yang dialami dan cenderung untuk berpikir positif.
- c. Penerimaan (*Acceptance*) merupakan langkah yang digunakan individu untuk menghadapi stressor dengan cara menerima kenyataan yang terjadi.
- d. Kepercayaan (*Turning to religion*) merupakan langkah yang digunakan individu untuk menghadapi stressor dengan cara melakukan kegiatan yang berhubungan dengan agama, seperti rajin beribadah dan meminta pertolongan kepada Tuhan.
- e. Melepaskan emosi (*Venting of emotions*) merupakan langkah yang digunakan individu untuk menghadapi stressor dengan cara melepaskan emosi yang dirasakan individu.

- f. Penolakan (*Denial*) merupakan langkah yang digunakan individu untuk menghadapi stressor dengan cara menolak untuk percaya bahwa stressor itu ada.
- g. Kebiasaan melupakan masalah (*Behavioral disengagement*) merupakan langkah yang digunakan individu untuk menghadapi stressor dengan cara menyerah dalam menghadapi stressor.
- h. Distraksi diri (*Self distraction*) merupakan langkah yang digunakan individu untuk menghadapi stressor dengan cara mengalihkan dari stressor dengan kegiatan lain.
- i. *Self Blame* merupakan individu menyalahkan dirinya sendiri sehingga timbul suatu masalah.

2.4.3 Pengukuran Mekanisme Koping

Pengukuran mekanisme koping menggunakan kuesioner *Brief Cope* yang terdiri dari 14 item dan telah dimodifikasi serta diterjemahkan oleh peneliti menjadi 13 item yang terdiri dari 24 pernyataan. Kuesioner *Brief Cope* terdiri dari dua aspek yaitu *problem focused coping* dan *emotional focused coping*. Pada aspek *problem focused coping* terdiri dari sub aspek koping aktif, perencanaan, dukungan instrumental, humor dan obat-obatan yang digunakan. Untuk *emotional focused coping* terdiri dari sub aspek berpikir positif, melepaskan emosi, penerimaan, penolakan, kepercayaan, dukungan emosional, penyalahan diri sendiri, kebiasaan melupakan masalah dan distraksi diri. Kuesioner *Brief Cope* menggolongkan mekanisme koping menjadi mekanisme koping adaptif dan mekanisme koping maladaptif.

BAB III
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Hubungan Tingkat Kecemasan Keluarga dengan Mekanisme Koping dalam Kesiapan Merawat Pasien di Unit Stroke RS. dr. Soepraoen Malang

Stroke merupakan suatu gangguan neurologik secara mendadak yang terjadi akibat pembuluh darah tersumbat oleh gumpalan sehingga mengakibatkan terputusnya suplai darah ke otak dan mengakibatkan suplai oksigen serta nutrisi ke jaringan otak berkurang (WHO, 2014). Dampak dari stroke bisa menyebabkan terjadinya kelumpuhan pada pasien sehingga pasien memerlukan bantuan keluarga dan perawat untuk melakukan aktivitasnya sehari-hari (Elisabeth, 2013).

Stroke dapat menimbulkan dampak pada pasien, selain itu stroke juga bisa menimbulkan efek psikologis pada anggota keluarganya yaitu kecemasan. Anggota keluarga yang merawat pasien stroke akan mengalami kecemasan terkait dengan perkembangan pasien, masalah ekonomi, kelumpuhan atau kelemahan yang dialami pasien stroke, membayangkan hal-hal yang mungkin akan terjadi pada pasien, pengobatan pasien, kemampuan keluarga dalam merawat pasien dan keluarga takut nantinya akan kehilangan pasien (Kumala sari, 2010). Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan meliputi usia, jenis kelamin, faktor psikologis, dukungan sosial, tingkat pendidikan dan pengetahuan serta status sosial ekonomi.

Respon kecemasan keluarga dalam merawat pasien stroke itu penting karena jika respon kecemasan keluarga yang maladaptif akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah menjadi maladaptif sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Jihan (2012). Menurut Asmadi (2008), respon tingkat kecemasan pada keluarga yang merawat pasien stroke ada empat level yaitu ada yang cemas ringan, cemas sedang, cemas berat dan panik.

Kecemasan yang dialami keluarga dalam merawat pasien stroke dapat diatasi menggunakan mekanisme koping. Menurut Nasir dan Muhith (2011), mekanisme koping merupakan cara yang dilakukan individu untuk menyelesaikan masalah, cara individu untuk beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi. serta respon individu terhadap situasi yang mengancam.

Aspek mekanisme koping ada dua yaitu mekanisme koping yang berfokus pada masalah dan mekanisme koping yang berfokus pada emosional. Aspek mekanisme koping

yang digunakan oleh keluarga yang merawat dan mendampingi pasien stroke selama dirawat di unit stroke akan digolongkan menjadi mekanisme koping adaptif dan mekanisme koping maladaptif.

Mekanisme koping adaptif merupakan cara yang digunakan individu untuk menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh tekanan secara positif dan rasional, sedangkan mekanisme koping maladaptif merupakan cara yang digunakan individu untuk menyelesaikan masalah yang diakibatkan oleh stressor secara negatif, dapat merugikan diri sendiri maupun orang lain serta tidak dapat menyelesaikan masalah secara tuntas (Atina, 2009).

3.2 Hipotesa Penelitian

H₀ : Tidak ada hubungan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien di Unit Stroke RS.dr.Soeparaoen Malang.

H_a : Ada hubungan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien di Unit Stroke RS.dr.Soeparaoen Malang.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian observasi analitik korelasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu berusaha mengetahui adanya hubungan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien di Unit Stroke Rs.dr.Soepraoen Malang yang dilakukan sekali waktu.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah semua keluarga (suami, istri, anak, ibu, ayah) yang mendampingi pasien dan menunggu pasien dirawat di Unit Stroke RS.dr Soepraoen Malang pada bulan Oktober 2017 yang berjumlah 82 orang yang diperoleh berdasarkan dari hasil studi pendahuluan di rekam medis yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 20 November 2017.

4.2.2 Sampel

Sampel dari penelitian ini adalah diambil dari sebagian anggota keluarga (istri dan anak) yang mendampingi dan menunggu pasien stroke serangan pertama selama dirawat di Unit Stroke RS.dr Soepraoen Malang yang memenuhi kriteria inklusi.

4.2.3 Teknik Sampling

Penelitian ini termasuk *non probability sampling* dengan teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *consecutive sampling*. *Consecutive sampling* yang dilakukan dengan cara memilih sampel dengan menentukan subjek penelitian sesuai dengan kriteria inklusi penelitian yang dimasukkan dalam penelitian sampai jumlah subjek yang diperlukan terpenuhi.

4.2.4 Besar Sampel

Pengambilan besar sampel dalam penelitian ini yaitu berdasarkan rumus Slovin (Putra *et al.*, 2013).

Rumus Slovin:

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

$$n = \frac{82}{1 + 82(0,05)^2}$$

$$n = \frac{82}{1 + 82(0,0025)}$$

$$n = \frac{82}{1 + 0,205}$$

$$n = \frac{82}{1,205}$$

$$n = 68,049793 = 68 \text{ orang}$$

Keterangan:

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

e = batas toleransi kesalahan (0,05)

4.2.5 Kriteria Inklusi

1. Anggota keluarga (istri, anak) yang merawat dan mendampingi pasien stroke bersedia menjadi responden penelitian
2. Usia anggota keluarga (istri, anak) yang mendampingi dan merawat pasien stroke yaitu 20 sampai dengan 50 tahun
3. Responden yang merawat dan mendampingi pasien stroke yang dirawat di unit stroke selama 1 sampai dengan 7 hari dan satu rumah dengan pasien atau merawat pasien setiap hari selama di rumah.
4. Responden berjenis kelamin perempuan (istri atau anak)
5. Responden bisa mendengar atau tidak mengalami gangguan pendengaran

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan keluarga dalam kesiapan merawat pasien di unit stroke

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah mekanisme coping keluarga dalam kesiapan merawat pasien di unit stroke

4.4 Lokasi dan waktu penelitian

4.4.1 Lokasi penelitian

Lokasi penelitian adalah Unit Stroke RS.Tk.II dr. Soepraoen Malang .

4.4.2 Waktu penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada bulan 1 Februari 2018 – 28 Februari 2018

4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Mekanisme Koping

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Variabel independen: Tingkat Kecemasan	Adalah perasaan khawatir, respon fisik dan psikologis yang dirasakan oleh anggota keluarga (istri, anak) yang salah satu anggota keluarganya terkena penyakit stroke	Gejala-gejala cemas dapat ditunjukkan dengan 14 item dibawah ini : 1. Perasaan cemas 2. Perasaan tegang 3. Perasaan takut 4. Gangguan tidur 5. Gangguan kecerdasan 6. Perasaan depresi 7. Gejala somatic (otot-otot) 8. Gejala sensorik 9. Gejala kardiovaskular 10. Gejala pernafasan 11. Gejala gastrointestinal (pencernaan) 12. Gejala urogenetalia (perkemihan) 13. Gejala vegetative 14. Tingkah laku/sikap	Kuesioner skala HARS (<i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>) yang terdiri dari 14 item yang diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia oleh Nursalam, 2003 yang kemudian dimodifikasi oleh peneliti	Ordinal Skor : 0 = tidak ada gejala 1 = 1 dari gejala yang ada 2= separuh gejala yang ada 3 = lebih dari separuh gejala yang ada 4= semua gejala ada	Cemas Ringan= 0-14 Cemas Sedang= 15-28 Cemas Berat= 29-42 Panik= 43- 56

Variabel dependen: Mekanisme Koping	Cara yang dilakukan seseorang untuk mengatasi masalah kecemasan yang dirasakan oleh anggota keluarga yang salah satu anggota keluarganya terkena stroke	Kuesioner <i>Brief Cope Carver</i> (1997) yang terdiri dari 13 item yang dibagi menjadi : 1. Mekanisme koping berorientasi pada masalah a. koping aktif b. perencanaan c. dukungan instrumental d. obat-obatan yang digunakan 2. Mekanisme koping yang berorientasi pada emosional a. berpikir positif b. penerimaan c. penolakan d. kepercayaan e. dukungan emosional f. distraksi diri g. melepaskan emosi h. kebiasaan melupakan masalah i. penyalahan diri sendiri	Kuesioner <i>Brief Cope Carver</i> (1997) yang diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia dan dimodifikasi oleh peneliti	Nominal Positif 0 = Tidak pernah 1= Kadang-kadang 2= Sering 3= Selalu Negatif 3 = Tidak pernah 2= Kadang-kadang 1= Sering 0= Selalu	Adaptif : 37 – 72 Maladaptif : 0 - 36
Keluarga inti yang berjenis kelamin perempuan 1. Istri 2. Anak perempuan	Suatu ikatan yang dimiliki seseorang atas dasar perkawinan atau memiliki hubungan darah dengan orang lain.	-	-	-	-

4.6 Instrumen Penelitian

4.6.1 Instrumen Tingkat Kecemasan

Dalam penelitian ini peneliti mengukur tingkat kecemasan dengan menggunakan kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* terdiri dari 14 item kelompok gejala dimana masing-masing gejala setiap item dijelaskan tentang gejala-gejala yang lebih spesifik menurut Nursalam (2003) yang kemudian dimodifikasi oleh peneliti. Penilaian kecemasan yang terdiri dari 14 item terdiri dari :

1. Perasaan cemas
2. Perasaan tegang
3. Perasaan takut
4. Gangguan tidur
5. Gangguan kecerdasan
6. Perasaan depresi
7. Gejala somatik / fisik (otot)
8. Gejala sensorik
9. Gejala kardiovaskular
10. Gejala pernafasan
11. Gejala gastrointestinal (pencernaan)
12. Gejala urogenitalia (perkemihan)
13. Gejala vegetatif/otonom
14. Tingkah laku/sikap

Setiap item pertanyaan di kuesioner HARS diberikan penilaian 0 (tidak ada gejala), 1 (1 dari gejala yang ada), 2 (separuh dari gejala yang ada), 3 (lebih dari

separuh gejala yang ada) sampai 4 (semua gejala ada). Kemudian menentukan skor total dengan cara masing-masing skor dari 14 item tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut akan diperoleh derajat kecemasan yaitu skor 0-14 kecemasan ringan, 15-28 kecemasan sedang, 29-42 kecemasan berat dan 43-56 panik.

4.6.2 Instrumen Mekanisme Koping

Dalam penelitian ini, peneliti mengukur mekanisme koping menggunakan kuesioner *Brief Cope Carver* (1997) yang diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia dan dimodifikasi oleh peneliti.

Penyusunan skala ini dengan didahului menggunakan skala blue print yang berdasarkan pada indikator-indikator variabel yaitu strategi koping. Pernyataan kualitas strategi koping dibedakan menjadi 2 yaitu *favourable* dan *unfavourable*.

Sistem penilaian adalah sebagai berikut :

Tabel 4.2 Blue Print Skala Brief Cope

No	Indikator	Nomor kuesioner	Keterangan	Jumlah
1.	Mekanisme koping berorientasi pada masalah <ul style="list-style-type: none"> a. Koping aktif b. Perencanaan c. Dukungan instrumental d. obat-obatan yang digunakan 	1, 2 3, 4 13, 14 21	<i>Favourable:</i> 1, 2, 3,4,13,14 <i>Unfavourable:</i> 21	7
2.	Mekanisme koping yang berorientasi pada emosional <ul style="list-style-type: none"> a. Berpikir positif b. Penerimaan c. Penolakan d. Kepercayaan e. Dukungan emosi f. Distraksi diri g. Melepaskan emosi h. Kebiasaan melupakan masalah i. Penyalahan diri sendiri 	5, 6 7,8 17, 18 9, 10 11, 12 15, 16 19, 20 22, 23 24	<i>Favourable:</i> 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 <i>Unfavourable:</i> 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22,23, 24	17
Jumlah				24

Lembar kuesioner ini untuk mengetahui mekanisme koping yang terdiri dari 24 pernyataan yang dibedakan pernyataan *favourable* dan pernyataan *unfavourable*. Peneliti menggunakan skala likert untuk pernyataan *favourable* dengan nilai scoring yaitu “Tidak pernah = 0”, “Kadang-kadang = 1”, “Sering = 2” dan “Selalu = 3”. Untuk pernyataan *unfavourable* dengan nilai scoring jika jawaban “Tidak pernah= 3”, “Kadang-kadang = 2”, “Sering = 1” dan “Selalu = 0”. Skor terendah apabila responden mendapat nilai 0 dan skor tertinggi apabila

responden mendapat nilai 72 dengan skor tersebut akan digolongkan menjadi mekanisme adaptif dan mekanisme maladaptif. Mekanisme adaptif bila 37-72 dan mekanisme maladaptif 0-36.

4.6.3 Uji Validitas

Kuesioner tingkat kecemasan dan kuesioner mekanisme koping yang dimodifikasi oleh peneliti dilakukan uji validitas pada 10 anggota keluarga yang merawat dan mendampingi pasien di Unit Stroke RS. dr. Soepraoen Malang yang dilakukan pada tanggal 3 Januari 2018 sampai dengan 5 Januari 2018 dimana responden yang telah mengikuti uji validitas hanya dimasukkan ke dalam data uji validitas dan tidak bisa dimasukkan ke dalam data penelitian. Untuk melihat hasil valid atau tidaknya instrument dengan membandingkan nilai r hitung dengan r tabel dimana taraf signifikan yang digunakan adalah $5\% = 0,05$ ($\alpha=0,05$). Instrumen valid jika r hitung $>$ r tabel. Hasil uji validitas instrumen pada butir pernyataan tingkat kecemasan keluarga yang terdiri dari 14 item pernyataan didapatkan nilai koefisien Korelasi Product Moment (r hitung) antara 0,633 hingga 0,949 dengan menggunakan ketentuan koefisien korelasi (r -tabel) adalah 0,632 dan nilai signifikansinya lebih kecil dari alpha 5% (0,05). Karena nilai r hitung $>$ r tabel maka instrument tingkat kecemasan keluarga adalah valid. Sedangkan untuk hasil uji validitas instrumen pada butir pernyataan mekanisme koping yang terdiri dari 24 pernyataan didapatkan nilai koefisien Korelasi Product Moment (r hitung) antara 0,673 hingga 0,943 dengan menggunakan ketentuan koefisien korelasi (r -tabel) adalah 0,632 dan nilai signifikansinya lebih kecil dari alpha 5% (0,05). Karena nilai r hitung $>$ r tabel maka instrument mekanisme koping keluarga adalah valid.

4.6.4 Uji Realibilitas

Kuesioner tingkat kecemasan dan kuesioner mekanisme koping yang dimodifikasi oleh peneliti dilakukan uji realibilitas pada 10 responden yang dilakukan pada tanggal 3 januari 2018 sampai dengan 5 januari 2018 dengan nilai signifikansi 5% yang diperoleh dari r tabel adalah 0,632. Maka dikatakan instrumen tersebut reliable jika nilai *Cronbach Alpha* > 0,632. Hasil pengujian reliabilitas yang dilakukan pada keluarga yang merawat dan mendampingi pasien stroke diperoleh hasil reliabilitas yang disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4.3 Uji Realibilitas Kuesioner Tingkat Kecemasan Keluarga dalam Kesiapan Merawat Pasien Stroke dan Mekanisme Koping Keluarga Dalam Kesiapan Merawat Pasien Stroke

Variabel	<i>Cronbach Alpha</i>	r tabel	Reliabilitas
Tingkat Kecemasan	0.9515	0,632	Reliabel
Mekanisme Koping	0,9707	0,632	Reliabel

4.7 Pengumpulan dan Analisa Data

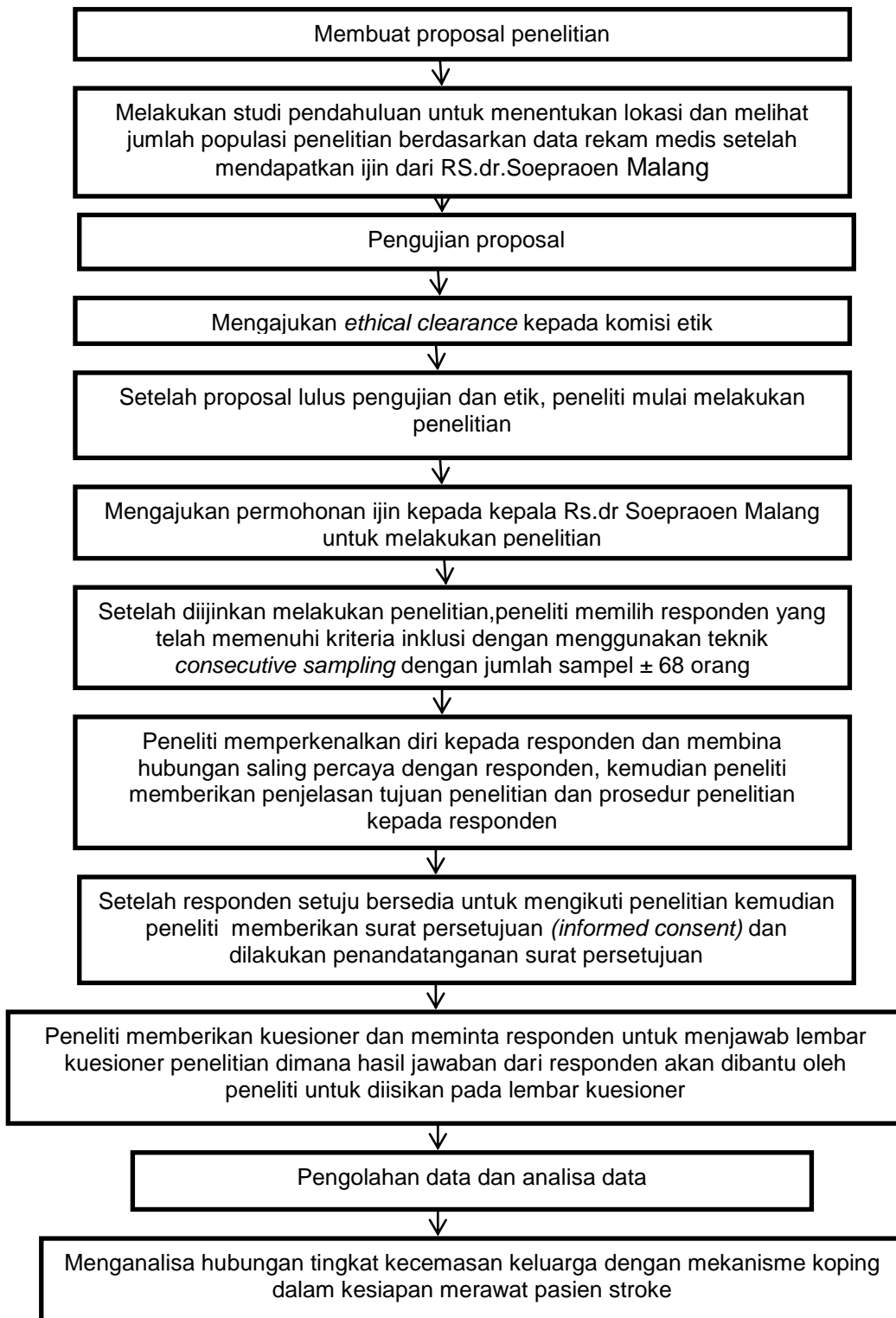
4.7.1 Teknik pengumpulan data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer diambil secara langsung melalui sumber yaitu keluarga pasien stroke sedangkan data sekunder dari rekam medis pasien stroke di RS.dr.Soepraoen Malang. Peneliti mengajukan permohonan ijin kepada kepala RS.dr.Soepraoen Malang untuk melakukan studi pendahuluan, setelah mendapatkan ijin dari rumah sakit kemudian peneliti melakukan studi

pendahuluan untuk menentukan lokasi dan melihat jumlah populasi berdasarkan data dari rekam medis.

Pengumpulan data dilakukan di RS.dr. Soepraoen Malang setelah peneliti mendapat ijin dari rumah sakit untuk melakukan pengambilan data dan setelah peneliti lolos pengujian proposal dan sudah mendapatkan ijin dari etik penelitian. Pengambilan data responden dipilih sesuai kriteria inklusi penelitian dengan menggunakan teknik *consecutive sampling* dengan jumlah responden penelitian 68 orang. Setelah mendapatkan responden sesuai dengan kriteria inklusi, selanjutnya peneliti memperkenalkan diri dan membina hubungan saling percaya dengan responden dan peneliti memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian dan prosedur penelitian yang akan dilakukan. Kemudian peneliti memberikan *informed consent* dan mengajukan persetujuan dari responden untuk berpartisipasi dalam penelitian. Setelah mendapat persetujuan dari responden selanjutnya responden diminta untuk menjawab kuesioner hubungan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien stroke dimana hasil jawaban dari responden akan dibantu oleh peneliti untuk diisikan pada lembar kuesioner. Setelah selesai pengisian kuisisioner, peneliti mengumpulkan kuisisioner dan mengakhiri pengumpulan data dengan mengucapkan terima kasih dan salam kepada responden, setelah semua data dari responden terkumpul kemudian peneliti melakukan pengolahan data, analisa data dan penyajian data.

4.7.2 Alur penelitian



Gambar 4.7.2 Alur Penelitian

4.7.3 Analisa data

1. Pre Analisa

a. *Editing*

Setelah peneliti membagikan kuesioner kepada responden kemudian peneliti meminta responden untuk menjawab lembar kuesioner dimana hasil jawaban dari responden dibantu oleh peneliti untuk diisikan pada lembar kuesioner setelah itu peneliti melakukan pemeriksaan kembali meliputi kelengkapan pengisian kuesioner dan melihat apakah hasil pengisian pada lembar kuesioner jelas dan bisa dipahami.

b. *Coding*

Memberikan tanda atau kode pada jawaban berupa angka untuk mempermudah peneliti membuat tabulating dan analisa data.

c. *Scoring*

a). Tingkat Kecemasan

Untuk mengukur tingkat kecemasan dengan menggunakan kuesioner *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)* terdiri dari 14 item kelompok gejala dimana masing-masing gejala setiap item dijelaskan tentang gejala-gejala yang lebih spesifik menurut Nursalam (2003) yang kemudian dimodifikasi oleh peneliti. Setiap item pertanyaan di kuesioner HARS diberikan penilaian 0 (tidak ada gejala), 1 (1 dari gejala yang ada), 2 (separuh dari gejala yang ada), 3 (lebih dari separuh gejala yang ada) sampai 4 (semua gejala ada). Kemudian menentukan skor total dengan cara masing-masing skor dari 14 item tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut akan diperoleh derajat kecemasan yaitu

0-14 : kecemasan ringan

15-28 :kecemasan sedang

29-42 :kecemasan berat

43-56 : panik

b). Mekanisme Koping

Lembar kuesioner ini untuk mengetahui mekanisme koping yang terdiri dari 24 pernyataan yang dibedakan pernyataan *favourable* dan pernyataan *unfavourable*. Peneliti menggunakan skala likert untuk pernyataan *favourable* dengan nilai scoring yaitu “Tidak pernah = 0”, “Kadang-kadang = 1”, “Sering = 2” dan “Selalu = 3”. Untuk pernyataan *unfavourable* dengan nilai scoring jika jawaban “Tidak pernah= 3”, “Kadang-kadang = 2”, “Sering = 1” dan “Selalu = 0”. Skor terendah apabila responden mendapat nilai 0 dan skor tertinggi apabila responden mendapat nilai 72 dengan skor tersebut akan digolongkan menjadi mekanisme adaptif dan mekanisme maladaptif. Mekanisme adaptif bila 37-72 dan mekanisme maladaptive 0-36.

d. *Tabulating*

Mentabulasi hasil data yang diperoleh sesuai dengan item pertanyaan penelitian. Data umum dan data dilakukan tabulasi utuk mengetahui jumlah responden berdasarkan karakteristiknya.

2. Analisa Data

a. Analisa Univariat

a) Analisa tingkat kecemasan keluarga dalam kesiapan merawat pasien di Unit Stroke RS.dr. Soepraoen Malang

b) Analisa mekanisme coping keluarga dalam kesiapan merawat pasien di Unit Stroke RS.dr. Soepraoen Malang.

b. Analisa bivariat

Analisa hubungan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme coping dalam kesiapan merawat pasien di unit stroke RS dr. Soepraoen Malang menggunakan pengujian statistik korelasi *rank spearman* dengan bantuan program *SPSS* versi 16,00. Apabila $\alpha < 0,05$ artinya H_0 ditolak yang artinya ada hubungan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme coping dalam kesiapan merawat pasien di Unit Stroke RS. dr. Soepraoen Malang. Sedangkan kekuatan korelasi (r) diinterpretasikan sebagai berikut (Syarifudin, 2010):

- | | |
|----------------------------------|----------------|
| a. Kekuatan korelasi 0,00- 0,199 | : sangat lemah |
| b. Kekuatan korelasi 0,20- 0,399 | : lemah |
| c. Kekuatan korelasi 0,40- 0,599 | : sedang |
| d. Kekuatan korelasi 0,60- 0,799 | : kuat |
| e. Kekuatan korelasi 0,80- 1,00 | : sangat kuat |

4.8 Etika Penelitian

Etika penelitian dalam melakukan penelitian dan prosedur penelitian meliputi :

a. *Respect for person* (menghormati manusia)

Prinsip *respect for person* terdiri dari dua hal yaitu otonom dan melindungi hak individu mampu mengambil keputusan untuk dirinya sendiri secara otonom. Berdasarkan prinsip tersebut, sebelum melakukan pengambilan data peneliti menjelaskan kepada responden maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang mungkin terjadi sebelum dan sesudah

penelitian. Responden yang bersedia menjadi subyek penelitian maka responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*), sedangkan apabila responden menolak untuk menjadi subjek penelitian maka peneliti tidak memaksa dan menghormati keputusan responden. Kerahasiaan identitas responden pada penelitian ini terjaga dengan cara penulis tidak mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner tetapi diganti dengan penggunaan inisial.

b. *Beneficence* (manfaat)

Peneliti menjelaskan pada responden mengenai manfaat yang didapat responden dengan mengikuti penelitian ini. Manfaat yang didapat responden yaitu responden diharapkan bisa mengetahui kecemasan dan mampu melakukan mekanisme koping yang adaptif pada saat menghadapi kecemasan dalam merawat dan mendampingi pasien stroke selama dirawat di Unit Stroke RS.dr. Soepraoen Malang.

c. *Nonmaleficence* (Prinsip tidak merugikan)

Peneliti tidak memberikan perlakuan yang akan merugikan jiwa maupun kesehatan dan kesejahteraan responden

Untuk mencegah kerugian yang terjadi pada responden:

- a. Peneliti memberikan kontrak waktu terlebih dahulu sesuai dengan persetujuan dari responden dan peneliti menjelaskan tujuan serta prosedur penelitian sebelum peneliti melakukan pengambilan data.
- b. Pengisian kuisisioner dibantu oleh peneliti. Peneliti juga memberikan barang tidak habis pakai berupa souvenir kepada responden sebagai tanda terimakasih peneliti kepada responden.

d. *Justice* (keadilan)

Peneliti memberikan perlakuan yaitu penjelasan sebelum penelitian, *informed consent*, kontrak waktu dan perlakuan lain yang sama antara satu responden dengan responden yang lain. Responden diberikan kuesioner yang sama dan perlakuan yang sama selama pengambilan data.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISA DATA

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian tentang hubungan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme coping dalam kesiapan merawat pasien di Unit Stroke RS. dr. Soepraoen Malang. Pengambilan data penelitian ini dilakukan pada tanggal 1 Februari 2018 sampai dengan tanggal 28 Februari 2018 dengan mengambil sampel sebanyak 68 responden di Unit Stroke RS. dr. Soepraoen Malang dan menggunakan metode *crosssectional* atau data diambil pada satu kali waktu. Data yang dibahas meliputi data umum responden yang meliputi usia, hubungan dengan pasien, status pendidikan, pekerjaan dan status ekonomi atau penghasilan perbulan. Bab ini juga membahas gambaran tingkat kecemasan keluarga dan mekanisme coping keluarga dalam kesiapan merawat pasien stroke di Unit Stroke RS. dr. Soepraoen Malang. Data ini diperoleh dari jawaban responden menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpul data.

5.1 Data Umum

5.1.1. Karakteristik Data Responden Berdasarkan Usia

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Usia Responden

Usia	Jumlah(f)	Persentase(%)
20-30 tahun	11	16,2%
31-40 tahun	30	44,1%
41-50 tahun	27	39,7%
Total	68	100%

Berdasarkan data pada tabel 5.1 di atas, hasil penelitian tentang karakteristik usia responden menunjukkan frekuensi responden berdasarkan usia dari total 68 responden paling banyak berusia 31- 40 tahun dengan jumlah 30 orang atau 44,1%.

5.1.2 Karakteristik Data Responden Berdasarkan Hubungan dengan Pasien

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Hubungan dengan Pasien

Hubungan dengan pasien	Jumlah (f)	Persentase(%)
Istri	25	36,8%
Anak	43	63,2%
Total	68	100%

Berdasarkan data pada tabel 5.2 di atas, hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan responden dengan pasien dari total 68 orang sebagian besar memiliki hubungan sebagai anak dengan jumlah 43 orang atau 63,2%

5.1.3 Karakteristik Data Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Pendidikan Responden

Pendidikan	Jumlah (f)	Persentase(%)
Tidak Sekolah	1	1,5%
SD	4	5,9%
SMP	30	44,1%
SMA	22	32,4%
D3	2	2,9%
Perguruan Tinggi	9	13,2%
TOTAL	68	100%

Berdasarkan data pada tabel 5.3 di atas menunjukkan bahwa paling banyak responden berpendidikan SMP yaitu sebanyak 30 orang atau 44,1% dari total responden sebanyak 68 orang.

5.1.4 Karakteristik Data Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Pekerjaan Responden

Pekerjaan	Jumlah (f)	Persentase(%)
Ibu Rumah Tangga	41	60,3%
PNS	4	5,9%
Pensiunan	2	2,9%
Wiraswasta	7	10,3%
Lain-lain	14	20,6%
Total	68	100%

Berdasarkan data pada tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden sebagai Ibu rumah tangga yaitu sebanyak 41 orang atau 60,3% dari total responden sebanyak 68 orang.

5.1.5 Karakteristik Data Responden Berdasarkan Status Ekonomi (Penghasilan perbulan)

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Karakteristik Status Ekonomi Responden

Status ekonomi/penghasilan perbulan (juta)	Jumlah (f)	Persentase(%)
Rendah (< Rp 1.500.000,00)	45	66,2%
Sedang (Rp 1.500.000,00- Rp 2.500.000,00)	19	27,9%
Tinggi (Rp 2.600.000,00 – Rp 3.500.000,00)	3	4,4%
Sangat Tinggi (>Rp 3.500.000,00)	1	1,5%
Total	68	100%

Berdasarkan data pada tabel 5.5 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar status ekonomi/ penghasilan perbulan responden rendah (<Rp 1.500.000,00) yaitu sebanyak 45 orang atau 66,2% dari total responden sebanyak 68 orang.

5.2 Data Khusus

5.2.1 Data Univariat

5.2.1.1 Data Tingkat Kecemasan Keluarga dalam Kesiapan Merawat Pasien Stroke

Tabel 5.6 Data Tingkat Kecemasan Keluarga dalam Kesiapan Merawat Pasien Stroke

Kategori	Tingkat Kecemasan Keluarga dalam Kesiapan Merawat Pasien Stroke	
	Jumlah (f)	Persentase (%)
Cemas Ringan	11	16,2%
Cemas Sedang	53	77,9%
Cemas Berat	4	5,9%
Total	68	100%

Data pada tabel 5.6 di atas menunjukkan tingkat kecemasan keluarga dalam kesiapan merawat pasien stroke. Berdasarkan jumlah responden sebanyak 68 orang diperoleh hasil bahwa sebagian besar keluarga yang merawat dan mendampingi pasien stroke memiliki tingkat kecemasan sedang yaitu sebanyak 53 orang atau 77,9%

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Parameter Tingkat Kecemasan

Indikator	Kategori	Tingkat Kecemasan	
		Jumlah (f)	Persentase (%)
Perasaan Cemas	Rendah	62	91,2%
	Tinggi	6	8,8%
Total		68	100%
Perasaan Tegang	Rendah	32	47,1%
	Tinggi	36	52,9%
Total		68	100%
Perasaan Takut	Rendah	10	14,7%
	Tinggi	58	85,3%
Total		68	100%
Gangguan Tidur	Rendah	40	58,8%
	Tinggi	28	41,2%
Total		68	100%
Gangguan Kecerdasan	Rendah	57	83,8%
	Tinggi	11	16,2%
Total		68	100%
Perasaan Depresi	Rendah	61	89,7%
	Tinggi	7	10,3%
Total		68	100%
Gejala Somatic	Rendah	43	63,2%
	Tinggi	25	36,8%
Total		68	100%
Gejala sensorik	Rendah	62	91,2%
	Tinggi	6	8,8%
Total		68	100%
Gejala kardiovaskular	Rendah	62	91,2%

	Tinggi	6	8,8%
Total		68	100%
Gejala pernafasan	Rendah	68	100%
Total		68	100%
Gejala gastrointestinal	Rendah	68	100%
Total		68	100%
Gejala Urogenetalia	Rendah	64	94,1%
	Tinggi	4	5,9%
Total		68	100%
Gejala vegetatif	Rendah	59	86,8%
	Tinggi	9	13,2%
Total		68	100%
Tingkah laku	Rendah	64	94,1%
	Tinggi	4	5,9%
Total		68	100%

Berdasarkan tabel distribusi data tingkat kecemasan diketahui bahwa pada indikator perasaan cemas, responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 62 orang (91,2%). Indikator perasaan tegang, responden paling banyak masuk dalam kategori tinggi dengan jumlah 36 orang (52,9%). Indikator perasaan takut, responden paling banyak masuk dalam kategori tinggi dengan jumlah 58 orang (85,3%). Indikator gangguan tidur, responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 40 orang (58,8%). Indikator gangguan kecerdasan, responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 57 orang (83,8%). Indikator perasaan depresi, responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 61 orang (89,7%). Indikator gejala somatik, responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 43 orang (63,2%). Indikator gejala sensorik, responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 62 orang (91,2%). Indikator gejala kardiovaskular, responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 62 orang (91,2%). Indikator gejala pernafasan,

responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 68 orang (100%). Indikator gejala gastrointestinal, responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 68 orang (100%). Indikator gejala urogenetalia, responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 64 orang (94,1%). Indikator gejala vegetatif, responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 59 orang (86,8%). Indikator tingkah laku, responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 64 orang (94,1%).

5.2.1.2 Data Mekanisme Koping Keluarga dalam Kesiapan Merawat pasien Stroke

Tabel 5.8 Data Mekanisme Koping Keluarga dalam Kesiapan Merawat Pasien Stroke

Kategori	Mekanisme Koping Keluarga dalam Kesiapan Merawat Pasien Stroke	
	Jumlah (f)	Persentase (%)
Adaptif	64	94,1%
Maladaptif	4	5,9%
Total	68	100%

Data pada tabel 5.8 di atas menunjukkan mekanisme koping keluarga dalam kesiapan merawat pasien stroke. Berdasarkan jumlah responden sebanyak 68 orang diperoleh hasil bahwa sebagian besar keluarga yang merawat dan mendampingi pasien stroke memiliki mekanisme koping adaptif yaitu sebanyak 64 orang atau 94,1%. Sehingga keluarga yang menggunakan mekanisme koping adaptif memiliki kesiapan dalam merawat pasien stroke.

Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Parameter Mekanisme Koping

Indikator	Kategori	Mekanisme Koping	
		Jumlah (f)	Persentase (%)
Koping aktif	Rendah	5	7,4%
	Tinggi	63	92,6%
Total		68	100%
Perencanaan	Rendah	22	32,4%
	Tinggi	46	67,6%
Total		68	100%
Berpikir positif	Rendah	27	39,7%
	Tinggi	41	60,3%
Total		68	100%
Penerimaan	Rendah	24	35,3%
	Tinggi	44	64,7%
Total		68	100%
Kepercayaan	Tinggi	68	100%
Total		68	100%
Dukungan emosional	Rendah	14	20,6%
	Tinggi	54	79,4%
Total		68	100%
Dukungan Instrumental	Rendah	30	44,1%
	Tinggi	38	55,9%
Total		68	100%
Distraksi diri	Rendah	68	100%
Total		68	100%
Penolakan	Rendah	64	94,1%
	Tinggi	4	5,9%
Total		68	100%
Melepaskan emosi	Rendah	24	35,3%
	Tinggi	44	64,7%

Total			68	100%
Obat-obatan yang digunakan	Rendah		68	100%
Total			68	100%
Kebiasaan melupakan masalah (putus asa)	Rendah		64	94,1%
	Tinggi		4	5,9%
Total			68	100%
Kebiasaan melupakan masalah (pasrah)	Rendah		27	39,7%
	Tinggi		41	60,3%
Total			68	100%
Penyalahan Diri sendiri	Rendah		61	89,7%
	Tinggi		7	10,3%
Total			68	100%

Berdasarkan tabel distribusi data mekanisme koping diketahui bahwa pada indikator koping aktif, responden paling banyak masuk dalam kategori tinggi dengan jumlah 63 orang (92,6%). Indikator perencanaan, responden paling banyak masuk dalam kategori tinggi dengan jumlah 46 orang (67,6%). Indikator berpikir positif, responden paling banyak masuk dalam kategori tinggi dengan jumlah 41 orang (60,3%). Indikator penerimaan, responden paling banyak masuk dalam kategori tinggi dengan jumlah 44 orang (64,7%). Indikator kepercayaan, responden paling banyak masuk dalam kategori tinggi dengan jumlah 68 orang (100%). Indikator dukungan emosional, responden paling banyak masuk dalam kategori tinggi dengan jumlah 54 orang (79,4%). Indikator dukungan instrumental, responden paling banyak masuk dalam kategori tinggi dengan jumlah 38 orang (55,9%). Indikator distraksi diri, responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 68 orang (100%). Indikator penolakan, responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 64 orang (94,1%). Indikator melepaskan emosi, responden paling banyak masuk dalam kategori tinggi dengan jumlah 44 orang (64,7%). Indikator obat-

obatan yang digunakan, responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 68 orang (100%). Indikator kebiasaan melupakan masalah (putus asa), responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 64 orang (94,1%). Indikator kebiasaan melupakan masalah (pasrah), responden paling banyak masuk dalam kategori tinggi dengan jumlah 41 orang (60,3%). Indikator penyalahan diri sendiri, responden paling banyak masuk dalam kategori rendah dengan jumlah 61 orang (89,7%).

5.2.2 Data Bivariat

5.2.2.1 Hubungan Tingkat Kecemasan Keluarga dengan Mekanisme Koping dalam Kesiapan Merawat Pasien Stroke di Rumah Sakit Tk.II dr.Soepraoen Malang

Hasil penyajian tabel distribusi frekuensi tingkat kecemasan keluarga dan mekanisme koping keluarga dalam kesiapan merawat pasien stroke kemudian dibuat tabulasi dan dilakukan uji statistik untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien stroke. Pengujian statistik untuk mengetahui hubungan ini menggunakan uji *Spearman rho* dengan menggunakan program SPSS 16,0 for Windows

Tabel 5.10 Tabulasi Hasil Tingkat Kecemasan Keluarga dengan Mekanisme Koping dalam Kesiapan Merawat Pasien Stroke di Rumah Sakit Tk. II dr. Soepraoen Malang

Tingkat Kecemasan	Mekanisme Koping				Total		Koefisien Korelasi rank spearman	Sig
	Maladaptif		Adaptif					
	N	%	N	%	N	%		
Berat	4	5,9	0	0	4	5,9	-0,749	0,000
Sedang	0	0	53	77,9	53	77,9		
Ringan	0	0	11	16,2	11	16,2		
Total	4	5,9	64	94,1	68	100		

Berdasarkan tabel 5.10 di atas dapat diketahui bahwa responden yang diteliti sebagian besar memiliki tingkat kecemasan sedang dengan mekanisme koping adaptif sebanyak 53 orang (77,9%). Tabel di atas diperoleh juga probabilitas korelasi (Sig)=0,000 dan nilai probabilitas <0,05 maka diputuskan Ho ditolak. Pengujian ini memiliki arti bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien di unit stroke. Hasil pengolahan yang dilakukan dengan hasil uji korelasi rank spearman yang menunjukkan besar korelasi (r) adalah -0,749 dan memiliki hubungan yang negatif atau berlawanan, dalam kriteria kekuatan koefisien korelasi kuat, nilai negatif menunjukkan korelasi antara dua variabel yang berjalan dengan arah berlawanan, bertentangan atau sebaliknya. Korelasi negatif terjadi jika variabel X mengalami kenaikan maka variabel Y mengalami penurunan atau sebaliknya. Maka dapat disimpulkan bahwa semakin ringan tingkat kecemasan maka mekanisme koping keluarga dalam kesiapan merawat pasien stroke semakin adaptif dan keluarga sudah memiliki kesiapan untuk merawat pasien stroke dan sebaliknya semakin berat tingkat kecemasan maka mekanisme koping keluarga dalam kesiapan merawat pasien stroke semakin maladaptif, sehingga menyebabkan keluarga merasa belum siap dalam merawat pasien stroke.

BAB VI

PEMBAHASAN

Berikut ini dibahas secara lebih lengkap hasil penelitian mengenai hubungan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien stroke di Unit Stroke RS.dr.Soepraoen Malang. Secara rinci akan dibahas tingkat kecemasan keluarga dalam kesiapan merawat pasien stroke dan mekanisme koping keluarga dalam kesiapan merawat pasien stroke, serta hubungan antara tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien stroke, kemudian dilakukan pembahasan lebih lanjut dengan menginterpretasikan data hasil penelitian yang ada.

6.1 Tingkat Kecemasan Keluarga dalam kesiapan merawat pasien stroke

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data tingkat kecemasan yang paling dominan yaitu cemas sedang dengan jumlah responden sebanyak 53 orang (77,9%), cemas ringan sebanyak 11 orang (16,2%) dan kecemasan yang menempati proporsi terkecil yaitu cemas berat dengan jumlah responden sebanyak 4 orang (5,9%). Didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Maria (2010) mengenai gambaran tingkat kecemasan keluarga pasien stroke di Ruang Neuro RSUD Prof Dr Hi Aloji Saboi Kota Gorontalo yang didapatkan hasil bahwa kecemasan keluarga perempuan pasien stroke paling banyak yaitu cemas sedang dengan jumlah responden sebanyak 11 orang (36,6%), kemudian untuk cemas ringan sebanyak 8 orang (26,6%), untuk yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 5 responden (16,6%), yang mengalami kecemasan berat sebanyak 4 responden (13,3%) dan yang menempati proporsi terkecil yaitu panik dengan jumlah responden 2 orang (6,6%).

Hasil distribusi jawaban responden pada lembar kuesioner menunjukkan keluarga yang mengalami cemas ringan dengan jumlah responden 11 orang (16,2%) paling banyak indikator yang digunakan masuk dalam kategori rendah seperti perasaan cemas, perasaan tegang, perasaan depresi tidak mengalami gangguan kecerdasan, tidak mengalami gejala sensorik, gejala kardiovaskular, gejala pernafasan, gejala gastrointestinal, gejala vegetatif, tingkah laku dan tidak mengalami gangguan tidur, tidak mengalami gangguan somatik serta tidak mengalami gangguan perkemihan.

Didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Yuanita et al (2017) yang menunjukkan sebagian besar hasil rekapitulasi data kuesioner tingkat kecemasan responden yang merawat pasien stroke, mendapatkan skor terendah pada cemas ringan seperti responden tidak mengalami gangguan tidur misalnya sukar memulai tidur, terbangun saat malam hari, mimpi buruk dan tidur tidak pulas, selain itu responden yang mengalami cemas ringan tidak mengalami gangguan somatik misalnya badan terasa kaku, nyeri otot, pinggang terasa sakit dan juga tidak mengalami gangguan perkemihan misalnya sering kencing, tidak dapat menahan kencing maupun menstruasi tidak teratur. Responden mengalami cemas ringan karena responden merawat anggota keluarganya yang terkena stroke tidak parah seperti bibirnya mencong namun masih bisa berbicara dan masih bisa bergerak atau anggota keluarga yang dirawat karena stroke mengalami kelumpuhan satu sisi seperti tangan yang sebelah kanan tidak bisa digerakkan. Penelitian ini sesuai teori Pinzon (2009) yang menyatakan bahwa semakin parah kecacatan yang diderita pasien stroke, maka kecemasan keluarga akan semakin meningkat.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data tingkat kecemasan yang paling dominan yaitu cemas sedang dengan jumlah responden sebanyak 53 orang (77,9%).

Penyebab cemas sedang karena responden yang merawat pasien stroke merasa gelisah, tidak dapat istirahat dengan tenang, gemetar. Didukung oleh penelitian Agung (2008), apabila ada anggota keluarga yang salah satu anggota keluarga terkena stroke akan mengalami kecemasan seperti merasa sedih dan gelisah

Cemas sedang juga disebabkan karena responden merasa takut akan kondisi keluarga yang terkena stroke, takut akan perubahan kondisi keluarga yang terkena stroke serta takut memikirkan hal-hal yang mungkin akan terjadi pada pasien, takut jika pasien mengalami kelumpuhan karena kaki dan tangannya tidak dapat digerakkan, takut jika pasien tidak mampu bekerja untuk kedepannya. Penelitian ini sesuai dengan teori Nursalam (2009), anggota keluarga yang merawat dan mendampingi pasien stroke akan mengalami kecemasan terkait dengan perkembangan klien, pengobatan, perawatan klien dan kecemasan membayangkan hal-hal yang mungkin akan terjadi dan takut jika kondisi pasien mempengaruhi ekonomi dan pekerjaan pasien. Didukung oleh teori kumala sari (2010), kecemasan keluarga dalam merawat pasien stroke terkait dengan perkembangan pasien, masalah ekonomi, kelumpuhan atau kelemahan yang dialami pasien, kemampuan keluarga dalam merawat pasien dan keluarga yang takut akan kehilangan pasien. Didukung oleh penelitian Agung (2008), apabila ada anggota keluarga yang salah satu anggota keluarga terkena stroke akan mengalami kecemasan takut akan kondisi anggota keluarganya yang terkena stroke.

Hasil distribusi jawaban responden pada lembar kuesioner menunjukkan keluarga yang mengalami cemas berat (4 orang atau 5,9%) paling banyak indikator yang digunakan masuk dalam kategori tinggi seperti merasa cemas tentang kondisi pasien yang mengalami stroke parah atau pasien tidak sadar selama beberapa hari, tidak nyaman, merasa cemas ketika akan diberikan penjelasan oleh dokter dan akan merasa takut akan kondisi pasien. Didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Maria

(2010), keluarga akan mengalami kecemasan karena memikirkan pasien yang dirawat dalam waktu yang lama karena penyakit yang dialaminya parah dan juga takut jika pasien akan mengalami kecatatan, kelumpuhan atau kematian.

Responden yang mengalami cemas berat berdasarkan hasil penelitian mengalami gangguan tidur karena keluarga merasa takut jika terjadi hal buruk pada pasien pada saat ditinggal tidur serta memonitor kondisi pasien karena ada beberapa pasien yang merasa kesakitan saat dipasang NGT dan infus dan secara tidak sengaja mau mencopotnya sehingga keluarga dalam merawat pasien hanya tidur sebentar selain itu keluarga juga merasa tegang, gelisah, sedih dan perasaannya berubah-ubah, hal ini didukung oleh penelitian Joko (2015), keluarga yang merawat dan mendampingi pasien stroke yang mengalami cemas berat mengalami gangguan tidur seperti sukar tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak nyenyak, mimpi buruk, merasa tegang, gelisah dan perasaan depresi seperti sedih dan perasaan berubah-ubah. Selain itu berdasarkan hasil penelitian responden yang mengalami cemas berat memiliki indikator yang tinggi pada gangguan kecerdasan, gejala sensorik dan gejala kardiovaskular. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Agung (2008) yang menyatakan jika anggota keluarga mengalami tingkat kecemasan berat akan ditandai dengan bingung, sulit konsentrasi, gelisah dan hal ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Maria (2010) yaitu responden yang mengalami cemas berat sering merasa lemas, penglihatan mata kabur sehingga seperti mau pingsan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang menunggu dan merawat pasien stroke lebih dari 3 hari menunjukkan kecemasannya berkurang yang disebabkan oleh keluarga sudah mendapatkan informasi dari petugas medis sehubungan dengan penyakit stroke dan pasien sudah mendapatkan penanganan, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuanita et al (2017) yang menyatakan

bahwa kecemasan yang dialami keluarga yang mendampingi pasien penderita stroke yang dirawat selama 7 hari sudah berkurang karena keluarga telah mendapatkan informasi dari petugas medis tentang penyakit stroke serta pasien juga sudah mendapatkan penanganan medis.

Hasil penelitian paling banyak keluarga yang merawat dan mendampingi pasien stroke usia 31-40 tahun (44,1%). Penelitian ini sesuai dengan penelitian Elan (2014), usia lebih muda lebih rentan mengalami kecemasan daripada usia tua. Hal ini berkaitan dengan usia muda memiliki pemikiran yang belum matang dalam menghadapi suatu masalah, sedangkan usia tua dalam menghadapi masalah kecemasan lebih baik karena usia tua memiliki pengalaman yang lebih dalam dan usia lebih tua mampu menyesuaikan diri terhadap perubahan yang terjadi.

Dari hasil penelitian menunjukkan paling banyak pendidikan terakhir responden yang merawat dan mendampingi pasien stroke adalah SMP dengan jumlah 30 orang (44,1%). Hal ini sesuai dengan penelitian Elan (2014), semakin tinggi tingkat pendidikan dan semakin luas pengetahuan keluarga terkait penyakit stroke maka individu tersebut akan lebih siap menghadapi masalah sehingga dapat mengurangi kecemasan.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan status ekonomi responden mayoritas rendah dengan jumlah responden 45 orang (66,2%) .Hal ini sesuai dengan penelitian Elan (2014), status sosial ekonomi merupakan faktor yang dapat menimbulkan kecemasan keluarga yang merawat stroke karena hal ini berkaitan dengan adanya pengeluaran yang tak terduga misalnya pengeluaran keuangan untuk mengobati pasien yang sakit secara tiba-tiba dengan status social ekonomi rendah sehingga dapat mempengaruhi kecemasan keluarga yang merawat pasien stroke

6.2 Mekanisme Koping Keluarga dalam kesiapan merawat pasien stroke

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data mayoritas responden memiliki mekanisme koping yang adaptif dengan jumlah 64 orang (94,1%) dan untuk responden yang mengalami mekanisme koping maladaptif berjumlah 4 orang (5,9%), hal ini sesuai dengan penelitian Wilda (2011) yang menyatakan bahwa mekanisme koping keluarga perempuan sebagian besar mekanisme koping adaptif dalam merawat pasien.

Hasil distribusi jawaban dari responden sebagian memiliki mekanisme koping adaptif yaitu responden berusaha mencari jalan keluar ketika menghadapi suatu masalah dengan cara mencarikan pengobatan untuk anggota keluarga yang terkena stroke, memberikan motivasi kepada anggota keluarga yang terkena stroke agar pasien memiliki semangat untuk sembuh, selalu menemani pasien selama dirawat di rumah sakit, responden memiliki langkah-langkah untuk mengurangi kecemasan yang dialaminya dengan cara seperti berfikir positif dengan menganggap masalah yang dihadapi merupakan ujian dari Tuhan yang harus dilalui, menerima masalah yang dihadapi dengan sabar, selalu berdoa kepada Tuhan agar supaya merasa lebih baik dan bisa mengurangi kesedihan atau kecemasan yang dialaminya, berusaha mendapatkan dukungan dari keluarga dengan cara berbagi cerita terhadap masalah yang dialaminya kepada teman atau kerabat atau keluarganya, berusaha mencari informasi kepada petugas kesehatan terkait pengobatan dan perawatan pasien stroke, menerima dengan ikhlas atau pasrah ketika menghadapi suatu masalah.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Yuanita et al (2017), mekanisme koping keluarga yang merawat pasien stroke memiliki mekanisme koping yang baik seperti responden berusaha membawa ke pelayanan kesehatan untuk mencarikan pengobatan pasien, responden berusaha tegar dan tidak putus asa, berdoa dan lebih

mendekatkan diri kepada Tuhan, berusaha berbagi cerita dengan teman atau kerabat yang lain, tidak menghindar dari masalah dan menganggap masalah harus diselesaikan dan tidak menghabiskan waktu untuk tidur tetapi selalu menemani pasien. Penelitian ini didukung oleh penelitian Dian (2009), keluarga yang menggunakan mekanisme koping adaptif, keluarga berusaha mencari pengobatan agar pasien sembuh, menerima keadaan pasien dengan ikhlas, mengajak klien berbicara untuk mengungkapkan perasaannya dan selalu menemani klien, berusaha mencari informasi baik melalui buku, tv maupun dari orang lain.

Berdasarkan hasil penelitian terdapat 4 responden (5,9%) menggunakan mekanisme koping yang maladaptif disebabkan karena keluarga belum siap untuk merawat pasien stroke karena penyakit yang dideritanya semakin parah bahkan ada yang tidak sadarkan diri lebih dari 5 hari sehingga responden menggunakan perawat pengasuh karena takut terjadi apa-apa jika dirawat sendiri serta responden tidak menemani pasien selama dirawat dirumah sakit tetapi hanya menjenguk pasien sehingga keluarga jarang memberikan motivasi kepada pasien, menghindar dari masalah yang dialaminya, selain itu anggota keluarga yang memiliki mekanisme koping maladaptif menganggap penyakit stroke yang dialami oleh keluarganya ini beban bagi mereka dan membawa mencari pengobatan disaat kondisi pasien sakitnya sudah serius, anggota keluarga berusaha membantu untuk penyembuhan pasien seperti memberi pengobatan, makanan namun keluarga juga sering tidak menemani pasien hanya menyapa pasien disaat waktunya jam jenguk dengan bertanya keadaannya bagaimana sekarang, tidak mengajak pasien untuk bercerita untuk mengungkapkan perasaannya, kurang mencari informasi terkait penyakit yang dialami pasien karena menganggap hal itu akan dilakukan oleh perawat yang mengasuhnya,

tidak berbagi cerita kepada anggota keluarga, teman atau kerabatnya merasa putus asa dan tidak bisa menerima masalah yang dialaminya.

Didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Dian (2009), keluarga yang memiliki mekanisme koping maladaptif, keluarga menolak klien sakit stroke karena mereka menganggapnya beban, keluarga membantu proses penyembuhan namun dilakukan secara terpaksa, keluarga tidak menemani pasien dan tidak mengajak pasien untuk berbicara untuk mengungkapkan perasaannya, tidak memberikan motivasi kepada pasien dan tidak berusaha mencari informasi terkait penyakit yang dialami pasien. Keluarga yang menggunakan mekanisme koping yang maladaptif maka keluarga belum memiliki kesiapan merawat pasien stroke.

Berdasarkan hasil penelitian paling banyak usia pasien adalah 31- 40 tahun dengan jumlah 30 orang (44,1%). Penelitian ini sesuai dengan penelitian Siswanto (2007), Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi mekanisme koping dimana usia tua lebih mampu mengontrol stressor atau kecemasan dibanding dengan usia muda dan usia tua memiliki kesiapan dalam menghadapi suatu masalah dan perubahan-perubahan yang terjadi.

Berdasarkan hasil penelitian mayoritas tingkat pendidikan responden SMP dengan jumlah 30 orang (44,1%). Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Siswanto (2007), tingkat pendidikan mempengaruhi koping seseorang dimana semakin tinggi tingkat pendidikan maka makin mudah menerima informasi sehingga makin banyak pengetahuan yang dimiliki dan memiliki koping yang adaptif.

6.3 Hubungan Tingkat Kecemasan Keluarga dengan Mekanisme Koping dalam Kesiapan merawat pasien stroke

Hasil penelitian menunjukkan responden mengalami cemas sedang (77,9%) dengan mekanisme koping adaptif (94,1%), hal ini sesuai dengan penelitian Wilda (2011) yang menyatakan bahwa keluarga perempuan yang merawat pasien stroke mayoritas memiliki cemas sedang dengan mekanisme koping yang adaptif.

Berdasarkan hasil analisa statistik menggunakan uji korelasi *Spearman* terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien di unit stroke dengan nilai $p < 0,05$. Didukung oleh koefisien korelasi *Spearman* yaitu $-0,749$. Koefisien bernilai negatif artinya variabel dalam penelitian berlawanan yang menunjukkan semakin rendah tingkat kecemasan pada keluarga yang merawat pasien stroke maka mekanisme kopingnya semakin adaptif. Sehingga jika keluarga memiliki mekanisme koping yang adaptif mengartikan bahwa keluarga memiliki kesiapan untuk merawat pasien stroke.

Penelitian ini sesuai dengan teori Azizah (2011), mekanisme koping merupakan bentuk antisipasi normal setiap manusia untuk mengantisipasi masalah bersifat psikis terutama kecemasan maka semakin adaptif mekanisme koping yang digunakan seseorang maka semakin kecil kemungkinan kecemasan yang terjadi, hal ini didukung oleh penelitian Yuanita et al (2017), semakin kurang mekanisme koping keluarga pasien stroke maka semakin berat tingkat kecemasan pasien stroke dan didukung oleh penelitian Agung (2008), semakin ringan tingkat kecemasan keluarga pasien stroke maka semakin adaptif mekanisme koping keluarga dalam menghadapi suatu stressor sehingga keluarga pasien stroke mampu beradaptasi dengan masalah yang dialami keluarga.

Berdasarkan hasil penelitian responden yang memiliki tingkat kecemasan ringan akan memiliki mekanisme koping yang adaptif, hal ini didukung oleh Brannon, (2007), kemampuan keluarga dalam mengatasi kecemasan berbeda-beda pada setiap keluarga. Kemampuan tersebut meliputi kemampuan untuk mencari informasi dan kemampuan memilih jalan alternatif yang sesuai untuk menyelesaikan masalah tersebut hal ini tergantung dari faktor penyebab, tingkat kecemasan dan sumber koping yang ada.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Agung (2008) bahwa apabila ada anggota keluarga yang salah satu anggota keluarga terkena stroke akan mengalami kecemasan seperti merasa sedih, berdebar-debar, sulit tidur jika seseorang mengalami tingkat kecemasan sedang tapi ada juga anggota keluarga yang mengalami tingkat kecemasan berat yang ditandai dengan bingung, gelisah, sulit konsentrasi, takut kehilangan anggota keluarga, hal ini didukung oleh penelitian Joko (2015), gejala kecemasan keluarga yang merawat pasien stroke yaitu sukar tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak nyenyak, mimpi buruk, sedih, perasaan berubah-ubah dan merasa tegang. Didukung oleh teori Kumala Sari (2010), kecemasan keluarga dalam merawat pasien stroke terkait dengan perkembangan pasien, masalah ekonomi, kelumpuhan atau kelemahan yang dialami pasien, kemampuan keluarga dalam merawat pasien dan keluarga yang takut akan kehilangan pasien. Teori yang dikemukakan oleh Verard dan Collins menjelaskan bahwa manusia membutuhkan perasaan nyaman di lingkungan mereka. Oleh karena itu, manusia akan berusaha untuk melakukan adaptasi di lingkungannya dengan menggunakan mekanisme koping yang baik.

Menurut Hidayat (2006) menyatakan bahwa tingkat kecemasan yang timbul tergantung dari seberapa jauh seseorang mampu beradaptasi dengan perubahan yang

terjadi dan mekanisme koping yang digunakan akan semakin adaptif. Hal ini sesuai dengan teori Asmadi (2008), setiap ada stressor yang membuat individu mengalami kecemasan maka secara otomatis akan muncul upaya untuk mengatasinya dengan menggunakan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping menjadi efektif apabila didukung oleh keyakinan yang dimiliki seseorang yang bersangkutan bahwa mekanisme koping yang digunakan dapat mengatasi kecemasan yang dialaminya.

Hubungan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping keluarga dalam kesiapan merawat pasien stroke yaitu semakin ringan tingkat kecemasan maka mekanisme koping semakin adaptif, sehingga apabila keluarga memiliki mekanisme koping yang adaptif maka keluarga memiliki kesiapan dalam merawat pasien stroke.

6.4 Implikasi Keperawatan

- a) Perawat diharapkan untuk memberikan informasi terkait penyakit stroke, memotivasi dan memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang mendampingi dan merawat pasien stroke yang mengalami cemas berat dan menggunakan mekanisme koping maladaptif supaya keluarga yang merawat pasien stroke menggunakan mekanisme koping yang adaptif dan memiliki kesiapan dalam merawat pasien stroke.
- b) Hasil penelitian ini dapat dijadikan data untuk penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien stroke dengan mengkarakteristikan hubungan dengan pasien, dan tingkat kecemasan yang dialami karena memikirkan anggota keluarga yang terkena stroke dan tidak terdapat masalah lain selain itu.

6.5 Keterbatasan penelitian

- a. Pada distribusi karakteristik responden dalam kuesioner peneliti tidak mencantumkan apakah kecemasan yang dialami keluarga karena ada salah satu anggota keluarga terkena stroke atau ada faktor lain yang mempengaruhi kecemasan keluarga.
- b. Penelitian ini dilakukan pada responden yang menunggu atau mendampingi dan merawat pasien stroke selama 1 sampai dengan 7 hari di Unit Stroke sehingga memungkinkan kecemasan yang dialami responden sudah berkurang.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan bisa diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Tingkat kecemasan pada keluarga dalam kesiapan merawat pasien di unit stroke sebagian besar memiliki tingkat kecemasan sedang yaitu sebanyak 53 orang (77,9%).
2. Mekanisme koping yang digunakan keluarga dalam kesiapan merawat pasien di unit stroke ada yang menggunakan mekanisme koping yang maladaptif yaitu sebanyak 4 orang (5,9%). Hal ini menunjukkan jika keluarga yang menggunakan mekanisme koping maladaptif belum memiliki kesiapan dalam merawat pasien stroke ke depannya.
3. Terdapat hubungan antara tingkat kecemasan keluarga dengan mekanisme koping dalam kesiapan merawat pasien di Unit Stroke RS.dr.Soepraoen Malang dengan arah yang negative dengan nilai signifikasi sebesar 0,000 ($p < 0,05$) dan r hitung sebesar (-0,749).

7.2 Saran

7.2.1 Saran bagi Profesi Keperawatan

1. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan disarankan perawat Unit Stroke RS.dr.Soepraoen Malang selain memperhatikan kondisi pasien diharapkan juga

memperhatikan kondisi psikologis keluarga yang merawat dan mendampingi pasien stroke yang menggunakan mekanisme koping maladaptif.

7.2.2 Saran bagi Keluarga yang merawat dan mendampingi pasien stroke

1. Berdasarkan hasil penelitian disarankan keluarga yang merawat pasien stroke disarankan untuk berbagi cerita kepada anggota keluarga yang lain atau mencari informasi terkait penyakit stroke yang dialami pasien sehingga dengan begitu keluarga mampu mengontrol kecemasan yang dialaminya.

7.2.3 Saran bagi peneliti selanjutnya

1. Berdasarkan hasil penelitian selanjutnya disarankan untuk mengkhususkan pada keluarga yang merawat dan mendampingi pasien yang menderita stroke pendarahan (hemoragik) di unit stroke atau membedakan kecemasan yang dialami oleh keluarga yang merawat pasien stroke iskemik dengan keluarga yang merawat pasien stroke hemoragik
2. Untuk peneliti selanjutnya disarankan untuk memilih responden yang merupakan pasangan hidup pasien dengan menyamakan faktor-faktor yang menyebabkan kecemasan mungkin akan memberikan hasil penelitian yang berbeda
3. Untuk peneliti selanjutnya disarankan untuk memilih responden yang baru satu hari dirawat di unit stroke sehingga waktu kecemasan antara responden satu dengan responden lainnya sama.

DAFTAR PUSTAKA

- Agung.2010.Gambaran Psikologi Pasangan Penderita Stroke Post 6 Bulan Pertama Di Wilayah Kerja Puskesmas Pandak 1 Bantul Yogyakarta.*Penelitian;Program Studi Ilmu Keperawatan*
- Amalia,K. (2017). Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke di Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 1(1).
- American Heart Association. AHA Guideline for the evaluation and Management of Patient With Syncope : A Report of the American College of Cardiology. Available at: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2017/03/09/CIR.0000000000000499> 2017 (Acessed 7 Oktober 2017)
- Asmadi.2008.*Teknik Prosedural Keperawatan:Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*.Jakarta:Salemba Medika
- Atina Inayah (2009). Hubungan tingkat kecemasan dengan mekanisme koping pada pasien gagal jantung kongestif di RSUD Pandan Arang Boyolali.
- Aziza,N;Melandy,R.2006.*Analysis of Coping Strategies and their relationship with efficient Emotional Inteligence Application during migraine headache*. Australian journal of basic and applied science, 5(12) : 890-893
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI. RISKESDAS 2013. Available at <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf> 2013 (Acessed 7 Oktober 2017)
- Brannon. 2007. *Social psychology: understanding human interaction*, 6th: USA Stuart.2006.*Principles and Practice of Psychiatric of Nursing*.St Louis : Mosby Year Book
- Charles,S. D. (2010). *State-Trait anxiety inventory*. John Wiley & Sons, Inc..
- Dian, W. (2009). Mekanisme Koping, Pasien Stroke Hemoragik (laki-laki dan perempuan) Pada Usia Produktif di Palembang. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*, (3).
- Dhodo.2016. Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Koping Keluarga Pada Pasien Cedera Kepala di Ruang ICU RSI Surakarta, *Penelitian Keperawatan*
- Elen.2014. Gambaran Tingkat Kecemasan di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul. *Penelitian,Ilmu Keperawatan*
- Elisabeth.2013.Buku Ajar Keperawatan Komunitas. Teori dan Praktik.Jakarta:EGC

- Farida,K.2009.*Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.Jakarta:Salemba Medika
- Friedman.2003.*Keperawatan Keluarga*. Jakarta:EGC
- Friedman and Johnson.2009.*Buku Ajar Keperawatan Keluarga:Riset,Teori dan Praktik*. Jakarta:EGC
- Hidayat, Azis Alimul. (2006). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*.Edisi. 2. Salemba Medika : Jakarta.
- Ibnu.2016. Pengalaman caregiver dalam merawat pasien stroke pada puskesmas benda baru kota Tangerang Selatan,*Penelitian Keperawatan*
- Jihan.M. S. R., Staten, R. T., Hall, L. A., & Lennie, T. A. (2012). The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles. *Issues in mental health nursing*, 33(3), 149-156.
- Junaidi, Iskandar.2011.*Stroke: Waspadai Ancamannya*, Ed.1.Jakarta: CV.Andi Offset
- Joko.2015. Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Stroke Yang Di Rawat Di Ruang Icu Rs. Panti Waluyo Surakarta. *Penelitian,Ilmu Keperawatan*
- Kesleer and Wong. (2008). *Buku ajar keperawatan pediatrik*. Volume 2. Jakarta: EGC
- Kumala,S.2010. *Faktor – faktor kecemasan*. Jakarta:Salemba Medika
- Lumantobing SM. *Stroke:Bencana peredaran darah diotak*. Jakarta:Balai Penerbit FKUI.2003.h1-8
- Mubarok,W.H.2006.*Pengantar Keperawatan Komunitas 2*:Jakarta:Sugeng Seto
- Nasir, Abdul.,Muhith, Abdul. 2011. *Dasar-dasar keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam. 2009. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam.2003.Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Pinzon R dan Asanti. 2009. *Awas Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan dan Pencegahan*. Yogyakarta :Andi Offset.
- Potter, Patricia A. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktek*. Jakarta : EGC
- Rasmun.2009. Hubungan Kecerdasan Emosional Dengan Mekanisme Koping Pada Mahasiswa Tingkat 1 S1 Keperawatan. ejurnal.ac.id/pdf/download. Diakses tgl 9 Oktober 2017

- Riadi,M.2012. *Definisi, fungsi dan bentuk keluarga*. Available at:<http://www.kajianpustaka.com/2012/11/definisi-fungsi-dan-bentuk-keluarga.html>(9 Oktober 2017)
- Tamher, Noorkasiani. 2009. *Kesehatan Lanjut Usia dengan Pendekatan Asuhan Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Siswanto. (2007). *Kesehatan Mental; Konsep Cakupan dan Perkembangannya*.Yogyakarta: penerbit C.V ANDI OFFSET
- Smith.2004.*Manajemen Stress,Cemas dan Depresi*.Jakarta:FKUI
- Stuart.2009.*Buku Saku Keperawatan Jiwa (Edisi 5)*.Jakarta:Kedokteran EGC
- Taylor.2009.Psikologi Social.Edisi 12.Jakarta:Kencana Prenada Media Grup
- Wangmuba.2009.*Pengertian Kecemasan*.(Online).Diakses tanggal 09 Oktober 2017 dari <http://wangmuba.com/2009/02/13/pengertian-kecemasan.html>
- WILDA, Y. (2011). Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Mekanisme Koping Keluarga Pada Keluarga Yang Anggota Keluarga Dirawat Dengan Penyakit Jantung Koroner Di Cvcu Rsup Dr. M. Djamil Padang. *Penelitian, Fakultas Keperawatan*.
- Willey Black Well.2014. Family Care giver stroke. *Journal Health,Illness,behavior and Society*.
- World Health Organization, Stroke Cerebrovascular accident. Available at: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/ 2014 (Acessed 6 Oktober 2017)
- World Health Organization. World Health Statistic. Available at : http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/ 2006 (Acessed 5 Oktober 2017)
- Yuanita,Sutriningsih,Adi.2017.Hubungan mekanisme koping dengan tingkat kecemasan keluarga pasien di ruang rawat inap dewasa Rumah Sakit Panti Waluyo Sawahan Malang.*Penelitian,Program studi ilmu keperawatan*.
- Yusuf.2015.*Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.Jakarta Selatan:Salemba Medika