

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi

1. Definisi tidak terkontrolnya tekan darah pada hipertensi

Tekanan darah merupakan kekuatan lateral pada dinding arteri oleh darah yang didorong dengan tekanan darah dari jantung. Puncak dari tekanan maksimum saat ejeksi terjadi adalah tekanan darah sistolik dan pada saat ventrikel berelaksasi, darah yang tetap dalam arteri menimbulkan tekanan diastolik atau minimum (Potter and Perry, 2009). Rata-rata tekanan darah normal biasanya 120/80 mmHg (Brunner and Suddarth, 2013).

Menurut Mutaqin (2009) hipertensi merupakan keadaan ketika tekanan darah sistolik lebih dari 120 mmHg dan tekanan diastolik lebih dari 80 mmHg. Hipertensi sering menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang dapat mengakibatkan semakin tingginya tekanan darah akibat tekanan darah yang tidak terkontrol. Tekanan darah tidak terkontrol pada penderita hipertensi didefinisikan sebagai keadaan ukuran tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg berdasarkan rata-rata tiga kali pengukuran pada penderita hipertensi dan dengan atau tanpa pengobatan antihipertensi (Chobanian *et al.*, 2003).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa tekanan darah adalah tekanan yang dihasilkan pada saat darah di dorong ke dinding arteri ketika darah dipompa oleh jantung dengan menghasilkan tekanan sistolik dan diastolik.

Tekanan darah secara terus-menerus meningkat lebih dari satu periode baik sistolik maupun diastolik diatas nilai normal sering disebut dengan hipertensi. Tekanan darah pada pasien hipertensi mengalami peningkatan tekanan darah akibat tidak terkontrolnya tekanan darah secara terus-menerus ini dapat menyebabkan perubahan pada pembuluh darah yang mengakibatkan tekanan darah yang dimiliki individu semakin tinggi.

2. Penyebab tidak terkontrolnya tekanan darah pada hipertensi

Aspiani (2014) mengatakan penyebab hipertensi dapat diklasifikasikan menjadi beberapa bagian salah satunya yaitu hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya. Diderita oleh sekitar 95% orang, hipertensi primer diperkirakan disebabkan oleh beberapa faktor antara lain faktor keturunan bahwa seseorang akan memiliki kemungkinan lebih besar untuk mendapatkan hipertensi jika orang tuanya adalah penderita hipertensi.

Ciri perseorangan yang mempengaruhi tidak terkontrolnya tekanan darah pada hipertensi adalah umur jika umur bertambah maka tekanan darah meningkat. Jenis kelamin pria memiliki tekanan darah lebih tinggi daripada perempuan, dan ras kulit hitam lebih banyak memiliki tekanan darah tinggi daripada dari ras kulit putih (Aspiani,2014).

Kebiasaan hidup yang sering menyebabkan meningkatnya tekanan darah pada hipertensi adalah konsumsi garam yang tinggi (lebih dari 30 g), kegemukan atau makan berlebihan, stres, merokok, minum alkohol, minum obat-obatan (efedrin,prednison,efinefrin) (Aspiani,2014).

3. Faktor yang mempengaruhi tidak terkontrolnya tekanan darah pada hipertensi

Faktor yang mempengaruhi tidak terkontrolnya tekanan darah dapat dibedakan menjadi 2 yaitu faktor yang tidak dapat dikendalikan dan faktor yang dapat dikendalikan.

a. Faktor yang tidak dapat dikendalikan

1) Usia

Potter & Perry (2009) mengatakan tekanan darah dewasa cenderung meningkat seiring dengan pertambahan usia. Lansia tekanan sistoliknya meningkat sehubungan dengan penurunan elastisitas pembuluh darah .

2) Ras

Frekuensi hipertensi (tekanan darah tinggi) pada orang Afrika Amerika lebih tinggi daripada orang Eropa Amerika (Potter and Perry, 2009).

3) Jenis kelamin

Pria cenderung memiliki tekanan darah yang lebih tinggi saat pubertas, dan perempuan setelah menopause cenderung memiliki tekanan darah yang lebih tinggi daripada pria pada usia tersebut (Potter and Perry, 2009).

b. Faktor yang dapat dikendalikan

1) Stress

Ansietas, takut, nyeri, dan stres emosi mengakibatkan stimulasi simpatik yang meningkatkan frekuensi darah, curah jantung, dan tahanan vaskuler perifer. Efek stimulasi simpatik meningkatkan tekanan darah. Stress adalah segala situasi dimana tuntutan non spesifik mengharuskan setiap individu untuk berespon atau melakukan tindakan (Potter&Perry, 2009).

2) Obesitas

Obesitas adalah keadaan terjadinya penimbunan lemak berlebih didalam jaringan tubuh yang akan menyebabkan beban kerja jantung meningkat (Artiyaningrum, 2016).

3) Konsumsi garam

Pengaruh asupan garam terhadap timbulnya hipertensi terjadi melalui peningkatan volume plasma, curah jantung, dan tekanan darah (Artiyaningrum, 2016).

4) Olahraga

Olahraga yang teratur dapat menurunkan tahanan perifer yang akan menurunkan tekanan darah (Artiyaningrum, 2016).

5) Merokok

Rokok mengandung ribuan zat kimia berbahaya yang dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri (Artiyaningrum, 2016).

6) Alkohol

Orang yang gemar mengkonsumsi alkohol dengan kadar tinggi akan memiliki tekanan darah yang cepat berubah dan cenderung meningkat tinggi (Artiyaningrum, 2016).

7) Kepatuhan Pengobatan

Penderita yang memiliki tekanan darah tidak terkontrol dipengaruhi oleh ketidapatuhan pengobatan dengan obat antihipertensi yang harus dikonsumsi seumur hidup. Kepatuhan pengobatan ini dipengaruhi oleh demografi, penyakit, pengetahuan, komunikasi terapeutik, psikososial, dukungan keluarga (Artiyaningrum, 2016).

8) Pemeriksaan Rutin

Pemeriksaan yang tidak rutin yang seharusnya dilakukan minimal sebulan sekali, akan mempengaruhi ketidakkontrolan tekanan darah (Artiyaningrum, 2016).

4. Mekanisme tidak terkontrolnya tekanan darah pada hipertensi

Mekanisme yang mengontrol konstiksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di pusat vasomotor, pada medula di otak, dari pusat vasomotor ini bermula jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah ke korda spinalis dan keluar dari kolumna medula spinalis ke gangglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk impuls yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Pada titik ini, neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepinefrin mengakibatkan konstiksi pembuluh darah, berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriktor (Brunner & Suddarth, 2013).

Pada saat bersamaan dimana sistem saraf simpatis merangsang pembuluh darah sebagai respon rangsang emosi, kelenjar adrenal juga terangsang, mengakibatkan tambahan aktivitas vasokonstriksi. Medula adrenal mensekresi epinefrin, yang menyebabkan vasokonstriksi, kortek adrenal mensekresi kortisol dan steroid lainnya yang dapat memperkuat respon vasokonstriktor pembuluh darah. Semua faktor tersebut cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Brunner & Suddarth, 2013).

Mutaqin (2009) mengatakan pusat vasomotor yang mempengaruhi diameter pembuluh darah adalah kumpulan serabut saraf simpatis. Peningkatan aktivitas simpatis menyebabkan vasokonstriksi menyeluruh dan meningkatkan tekanan darah. Sebaliknya penurunan aktivitas simpatis memungkinkan relaksasi otot polos pembuluh darah dan menyebabkan penurunan tekanan darah sampai pada nilai basal.

Tidak terkontrolnya tekanan darah menyebabkan meningkatnya tekanan darah pada hipertensi yang disebabkan oleh karena stress, kondisi stres menghasilkan reaksi emosional mulai dari kegembiraan sampai emosi umum seperti kecemasan, kemarahan, kekecewaan, dan depresi (Asiyah, 2014). Ansietas, takut, nyeri, dan stres emosi mengakibatkan stimulasi simpatik yang meningkat frekuensi darah, curah jantung, dan tahanan vaskuler perifer (Potter&Perry, 2009).

Reaksi simpatik paling sering terjadi pada respons kecemasan. Reaksi ini mempersiapkan tubuh untuk menghadapi situasi darurat dengan melawan atau menghindar. Reaksi ini dapat memicu sindrom adaptasi umum ketika korteks otak merasakan ancaman, ia mengirimkan stimulus ke cabang simpatis sistem saraf otonom ke kelenjar adrenal karena pelepasan epinefrin, respirasi semakin dalam, jantung berdetak lebih cepat, dan tekanan arteri meningkat (Stuart and Sundeen, 2009).

Secara fisiologi, situasi stres mengaktifasi hipotalamus yang selanjutnya mengendalikan dua sistem neuroendokrin, yaitu sistem simpatis dan sistem korteks adrenal. Sistem saraf simpatik berespons terhadap impuls saraf dari hipotalamus yaitu dengan mengaktifasi berbagai organ dan otot polos yang

berada di bawah pengendaliannya, sebagai contohnya, ia meningkatkan kecepatan denyut jantung dan mendilatasi pupil. Sistem saraf simpatis juga memberi sinyal ke medula adrenal untuk melepaskan epinefrin dan norepinefrin ke aliran darah. Sistem korteks adrenal diaktivasi jika hipotalamus mensekresikan CRF, suatu zat kimia yang bekerja pada kelenjar hipofisis yang terletak tepat di bawah hipotalamus (Subramaniam, 2015).

Kelenjar hipofisis selanjutnya mensekresikan hormon ACTH, yang dibawa melalui aliran darah ke korteks adrenal. Kelenjar ini juga menstimulasi pelepasan sekelompok hormon, termasuk kortisol, yang meregulasi kadar gula darah. ACTH juga memberi sinyal ke kelenjar endokrin lain untuk melepaskan sekitar 30 hormon. Efek kombinasi berbagai hormon stres yang dibawa melalui aliran darah ditambah aktivitas neural cabang simpatis dari sistem saraf otonomik berperan dalam respons *fight or flight*. Keadaan ini dapat menimbulkan gejala salah satunya respon fisiologis tubuh yaitu meningkatnya denyut jantung dan tekanan darah (Subramaniam, 2015)

5. Tanda dan gejala tidak terkontrolnya tekanan darah pada hipertensi

Menurut Aspiani (2014) pasien yang menderita hipertensi terkadang tidak menampilkan gejala hingga bertahun-tahun. Perubahan patologis pada ginjal dapat bermanifestasi sebagai nokturia dan azetoma. Pasien yang memiliki ketidakontrolan tekanan darah pada pemeriksaan fisik tidak dijumpai kelainan apapun selain tekanan darah yang tinggi, tetapi dapat pula ditemukan perubahan pada retina seperti perdarahan, eksudat, penyempitan pembuluh darah, dan pada kasus berat edema pupil (edema pada diskus optikus).

Gejala umum yang ditimbulkan akibat menderita tekanan darah yang tidak terkontrol yang menyebabkan tekanan darah menjadi tinggi tidak sama pada setiap orang adapun gejala yang dialami antara lain sakit kepala, rasa pegal dan tidak nyaman pada tengkuk, perasaan berputar seperti tujuh keliling serasa ingin jatuh, berdebar atau detak jantung terasa cepat, dan telinga berdenging (Aspiani, 2014).

6. Pengukuran tekanan darah

Tekanan darah dapat diukur baik secara langsung (secara invasif) maupun tidak langsung (secara tidak infasif). Metode langsung memerlukan insersi kateter kecil ke dalam arteri. Selang menghubungkan kateter dengan alat pemantau elektronik. Metode non-invasif yang paling umum memerlukan penggunaan *sphygmomanometer* dan stetoskop. Perawat mengukur tekanan darah secara tidak langsung dengan menggunakan auskultasi dan palpasi (Potter & Perry, 2009).

Pada umumnya *sphygmomanometer* terbagi menjadi 2 yaitu manual dan digital. Prinsip pengukuran tekanan darah menggunakan alat *sphygmomanometer* manual yaitu manset dari *sphygmomanometer* di letakan di arteri brakialis, stetoskop juga digunakan untuk mendengar denyut. Bunyi “dup” pertama (Korotkof I) yang menggambarkan tekanan sistolik, bunyi denyut terakhir menggambarkan tekanan darah diastolik (Korotkoff IV) (Ronny, Setiawan dan Fatimah, 2010).

Pengukur tekanan darah dengan tensimeter digital menggunakan tenaga baterai atau listrik sehingga hasil pengukurannya dapat langsung terlihat dalam monitor yang memunculkan angka tekanan darah sistolik dan diastolik. (Kemenkes RI, 2013) menyebutkan beberapa langkah pengukuran tekanan darah

menggunakan *sphygmomanometer* digital. Adapun langkah-langkah pengukuran tekanan darah dapat dilihat pada lampiran 6.

7. Klasifikasi tekanan darah pada pasien hipertensi

Tabel 1
Klasifikasi Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi

Klasifikasi	Tekanan Darah	
	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertensi	120-139	80-89
Hipertensi stadium 1	140-159	90-99
Hipertensi stadium 2	≥160	≥100

(National High Blood Pressure Education Program, 2003)

8. Penatalaksanaan tidak terkontrolnya tekanan darah

Penatalaksanaan untuk mengontrol tekanan darah pada hipertensi dapat dibagi menjadi dua yaitu dengan terapi farmakologis dan terapi non farmakologis. Terapi farmakologis di antaranya obat-obatan diuretik, ACE inhibitor, *blocker calcium antagonis*, simpatolitik, vasodilator arteriol yang bekerja langsung. Terapi non farmakologis diantaranya makan gizi seimbang, mengurangi berat badan, olahraga yang teratur, mengurangi konsumsi alkohol, mengurangi stres, dan berhenti merokok (Mutaqin,2009).

B. Mekanisme Koping

1. Definisi mekanisme koping

Lazarus & Folkman (1984) mengemukakan koping atau mekanisme koping merupakan strategi yang merupakan usaha untuk mengatasi distress atau mencari solusi dalam penyelesaian masalah. Mekanisme koping terdapat dua fokus yaitu

fokus pada masalah yang dihadapi dan melakukan regulasi emosi dalam berespon/beradaptasi terhadap stress

Koping atau mekanisme koping merupakan perilaku adaptasi psikologis yang membantu kemampuan seseorang untuk menghadapi stressor (Candra, 2015). Mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi, dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku (Nasir & Muhit, 2011).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa mekanisme koping merupakan adaptasi tubuh manusia dari aspek psikologis yang berfungsi untuk menyelesaikan masalah akibat tekanan dari luar ataupun dalam .

2. Jenis mekanisme koping

Mekanisme koping berdasarkan penggolongannya menurut Stuart & Sundeen (2009) dibedakan menjadi dua yaitu :

a. Mekanisme koping adaptif

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

b. Mekanisme koping maladaptif

Merupakan mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi, dan cenderung menguasai lingkungan.

Menurut teori Lazarus & Folkman (1984) strategi koping dapat dibedakan menjadi dua yaitu:

a. Koping yang terpusat pada masalah (*Problem-Focused Coping*)

Sikap atau perilaku yang bertujuan untuk memecahkan masalah, atau melakukan sesuatu untuk merubah stres. *Problem focused coping* ini sendiri merupakan suatu upaya untuk mengurangi stresor dengan mempelajari upaya yang baru.

b. Koping yang terpusat pada emosi (*Emotion-Focused Coping*)

Perilaku yang bertujuan untuk menangani distress emosional yang berhubungan dengan situasi yang menekan.

Carver & Scheier (1989) mengatakan *problem focused coping* melibatkan beberapa dimensi yang digunakan untuk mengatasi stresor antara lain :

a. *Active Coping*

Active coping adalah mengambil langkah-langkah aktif yang digunakan untuk mencoba mengurangi atau menghilangkan stresor atau untuk memperbaiki efeknya.

b. *Planing*

Planing merupakan pemikiran yang digunakan individu untuk menghadapi masalah akibat stressor yang dimiliki. Individu akan membuat strategi yang meliputi tindakan yang akan digunakan untuk memikirkan tentang langkah yang harus dilewati dan bagaimana cara yang terbaik untuk menghadapi masalah.

c. *Self distraction*

Self distraction merupakan pengurangan aktivitas lain agar dapat terpusat dalam menghadapi masalah atau tantangan yang dihadapi.

d. *Using instrumental support*

Using instrument support adalah tindakan mencari dukungan sosial, saran, dan bantuan atau informasi yang dapat membantu mengatasi masalahnya.

e. *Behavioral disengagement*

Behavioral disengagement merupakan perilaku pemisahan diri menghadapi stressor, dalam hal ini diartikan dengan usaha menyerah untuk mencapai tujuan dari stressor yang mengganggu.

Carver & Scheier (1989) mengatakan emotion focused coping melibatkan beberapa dimensi yang digunakan untuk mengatasi stresor antara lain

a. *Using of emotional support*

Pencarian dukungan sosial yang digunakan untuk mengatasi masalah alasan emosional seperti dukungan moral, simpati dan pengertian.

b. *Positive reframing*

Mekanisme yang digunakan ini yaitu dengan meyakinkan diri dengan kata-kata yang positive. Aktivitas yang ditunjukkan untuk melepas emosi yang dirasakan, mengatur emosi yang berkaitan dengan stress yang dialami.

c. *Self blame*

Self blame merupakan tindakan menyalahkan diri sendiri atas masalah yang dialami.

d. *Denial*

Denial yaitu menolak untuk percaya bahwa suatu stressor itu ada, atau mencoba bertindak seolah-olah stressor tersebut tidak nyata.

e. *Acceptance*

Acceptance merupakan penerimaan individu terhadap kenyataan akan situasi yang penuh stress, menerima bahwa kenyataan tersebut pasti terjadi.

f. *Religion*

Individu mencoba mengembalikan permasalahan yang dihadapi pada agama, rajin beribadah dan memohon pertolongan Tuhan.

g. *Venting*

Venting merupakan suatu kecenderungan melepaskan emosi yang dirasakan biasanya dengan mengekspresikan perasaan negatif.

h. Humor

Humor digunakan oleh individu untuk membangkitkan emosi positif dengan membuat lelucon mengenai masalah yang dialami.

i. *Substance use*

Substance use yaitu menggunakan barang yang mengandung zat berbahaya bagi tubuh, seperti minuman yang mengandung alkohol dan obat-obatan untuk melupakan masalahnya.

3. Fungsi mekanisme koping

Menurut Lazarus & Folkman (1984) strategi koping yang berpusat pada emosi berfungsi untuk meregulasi respon emosional terhadap masalah. Strategi ini sebagian besar terdiri dari proses-proses kognitif yang ditunjukkan pada pengukuran tekanan emosional dan strategi yang termasuk di dalamnya adalah

- a. Penghindaran, peminiman atau pembuatan jarak
- b. Perhatian yang selektif
- c. Memberikan penilaian yang positif pada saat kejadian yang negatif

Strategi koping yang berpusat pada masalah (problem focused coping) berfungsi mengatur dan merubah masalah penyebab stres yang termasuk di dalamnya

- a. Mengidentifikasi masalah
- b. Mengumpulkan alternatif pemecahan masalah
- c. Mempertimbangkan nilai dan keuntungan alternatif tersebut
- d. Memilih alternatif terbaik
- e. Mengambil tindakan

Mekanisme Koping merupakan suatu mekanisme yang digunakan individu untuk menghadapi perubahan yang diterima. Apabila mekanisme koping berhasil, maka orang tersebut akan dapat beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi. Koping yang efektif menempati tempat yang central terhadap ketahanan tubuh dan daya penolakan tubuh terhadap gangguan maupun serangan suatu penyakit baik bersifat fisik maupun psikis, sosial, dan spritual (Kurniawati&Nursalam, 2009).

Perilaku untuk mempertahankan diri ini diatur oleh sistem limbik yang berfungsi erat hubungannya dengan *hypothalamus* (Candra, 2015). Pengaturan tingkah laku emosional dan motivasional diatur oleh sistem limbik. Bagian utama system limbik adalah *hypothalamus*, bagian lainnya yaitu hipokampus perangsangan pada bagian ini dapat menyebabkan salah satu dari berbagai pola perilaku seperti rasa marah, dan ketidakpedulian. Bagian lainnya yaitu amigdala adapun efek perangsangan pada umumnya memiliki efek yang serupa akibat perangsangan langsung dari hipotalamus (Guyton and Hall, 2014).

Efek yang diawali dari amigdala kemudian dikirim melalui hipotalamus meliputi, peningkatan atau penurunan tekanan arteri, meningkatkan atau menurunkan frekuensi jantung. Pada umumnya perangsangan *hypothalamus* bagian posterior dan lateral meningkatkan tekanan arteri dan frekuensi denyut jantung, sedangkan perangsangan pada area preoptik menyebabkan penurunan frekuensi denyut jantung dan tekanan arteri. Perangsangan pada nuclei amigdala tertentu dapat menyebabkan pola marah, rasa terhukum, nyeri yang sangat, dan rasa takut seperti pola rasa marah yang dicetuskan oleh hypothalamus (Guyton and Hall, 2014).

Hypothalamus sebagai pusat integrasi tertinggi dari susunan saraf otonom yang mengatur denyut jantung, pencernaan, pernafasan, dan berbagai kelenjar lainnya. Sistem saraf simpatis merangsang aktivasi organ viseral dalam situasi emosional sedangkan saraf parasimpatis mengatur kerja normal organ dalam keadaan santai (Candra, 2015).

Mekanisme koping adaptif terbentuk saat tubuh mengalami ketenangan yaitu dengan mampu mengontrol emosi pada dirinya, memiliki kewaspadaan yang tinggi lebih perhatian kepada masalah, memiliki persepsi yang luas, dan dapat menerima dukungan dari orang lain. Pada saat tubuh mengalami relaksasi, tubuh manusia akan merangsang saraf parasimpatis sehingga terjadi vasodilatasi sistemik, penurunan denyut dan kontraksi jantung. Perangsangan saraf parasimpatis ke bagian – bagian miokardium lainnya mengakibatkan penurunan kontraktilitas, volume sekuncup menghasilkan suatu efek inotropik negatif. Keadaan tersebut mengakibatkan penurunan volume sekuncup dan curah jantung.

Pada otot rangka beberapa serabut vasomotor mengeluarkan asetilkolin yang menyebabkan dilatasi pembuluh darah (Mutaqin, 2009).

4. Sumber mekanisme koping

Individu dapat mengatasi stress dan ansietas dengan menggerakkan sumber koping di lingkungan. Sumber koping tersebut yang berupa modal ekonomi, kemampuan penyelesaian masalah, dukungan social, dan keyakinan budaya dapat membantu individu mengintegrasikan pengalaman yang menimbulkan stress dan mengadopsi strategi koping yang berhasil (Stuart, 2007)

5. Faktor yang mempengaruhi mekanisme koping

Ada berbagai hal yang dapat mempengaruhi koping individu, baik yang datangnya dari individu sendiri maupun yang berasal dari luar individu atau yang berasal dari lingkungannya. Nasir & Muhit (2011) mengatakan bahwa mekanisme koping yang dipengaruhi oleh :

a. Faktor internal

Faktor internal adalah factor yang berasal dari dalam diri individu itu sendiri meliputi umur, jenis kelamin, kepribadian, pendidikan, agama, budaya emosi dan kognitif.

b. Faktor eksternal

Faktor eksternal adalah factor yang berasal dari luar diri individu meliputi dukungan social, lingkungan, keuangan dan penyakit.

6. Hasil dari Koping

Koping yang efektif adalah koping yang membantu seseorang untuk menoleransi dan menerima situasi menekan, serta tidak merisaukan tekanan yang dapat dikuasainya (Nasir and Muhit, 2011). Strategi koping perlu mengacu pada

lima fungsi tugas koping yang terkenal dengan istilah *coping task* (Lazarus and Folkman, 1984) yaitu sebagai berikut :

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

Menurut Stuart & Sundeen (2009) mengatakan seseorang yang memiliki mekanisme koping adaptif apabila memenuhi kriteria yaitu masih mampu mengontrol emosi pada dirinya, memiliki kewaspadaan yang tinggi lebih perhatian kepada masalah, memiliki persepsi yang luas, dan dapat menerima dukungan dari orang lain, sedangkan mekanisme koping maladaptif kriterianya antara lain tidak mampu berpikir apa-apa, tidak mampu menyelesaikan masalah, dan perilaku yang cenderung merusak.

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

- a. Ukuran fungsi fisiologis yaitu koping dinyatakan berhasil bila koping yang dilakukan dapat mengurangi indikator dan membangkitkan (arousal) stress

seperti menurunnya tekanan darah, detak jantung, detak nadi, dan system pernapasan.

- b. Apakah individu dapat kembali pada keadaan seperti sebelum ia mengalami stress dan beberapa cepat ia dapat kembali. Koping dinyatakan berhasil bila koping yang dilakukan dapat membawa individu kembali pada keadaan seperti sebelum mengalami stress.
- c. Efektivitas dalam mengurangi *psychological distress*. Koping dinyatakan berhasil jika koping tersebut dapat mengurangi rasa cemas dan depresi pada individu (Nasir and Muhit, 2011).

Ariasti & Pawitri (2016) dengan judul “Hubungan antara Mekanisme Koping terhadap Stres dengan Kejadian Hipertensi pada Warga di Desa Ngelom Sroyo Jaten Karangayar” jumlah responden 40 orang didapatkan hasil dengan α 5% dan nilai p sebesar 0,004 sehingga $p < 0,005$. Hasil dari penelitian yang diperoleh yaitu terdapat Hubungan antara Mekanisme Koping terhadap Stres dengan kejadian Hipertensi. Orang yang mempunyai penyakit hipertensi bisa disebabkan oleh mekanisme koping atau respon yang dilakukan untuk menanggulangi stres tidak efektif, ini menyebabkan stres yang dialami seseorang akan meningkat dan memperburuk kondisi hipertensi.

Penelitian Lee *et al.*, (2009) mengatakan bahwa pendidikan kesehatan dan strategi koping adaptif pada pasien Hwa-Byung berhubungan dengan penurunan risiko *atherosclerosis*. Penelitian yang dilakukan Ariasti and Pawitri (2016) dengan jumlah responden 40 orang didapatkan hasil dengan α 5% dan nilai p sebesar 0,004 sehingga $p < 0,005$ dengan hasil penelitian yang diperoleh yaitu

terdapat hubungan antara mekanisme coping terhadap stres dengan kejadian hipertensi.

Ariff & Suthahar (2011) mengatakan orang yang mengadopsi coping berorientasi tugas mampu beradaptasi dengan baik dan secara efektif mengurangi tingkat stres atau kecemasan mereka, yang secara tidak langsung dapat menurunkan tekanan darah. Penggabungan keterampilan coping berorientasi tugas mungkin bisa membantu untuk melakukan pencegahan hipertensi. Hasil penelitiannya sebanyak 264 (52,6 persen) peserta adalah hipertensi, sementara 238 (47,4 persen) tidak hipertensi. Peserta dengan skor berorientasi tugas tinggi menunjukkan risiko hipertensi yang jauh lebih rendah dibandingkan dengan skor rendah OR 0,546. Mereka yang memiliki skor coping yang berorientasi emosi tinggi dikaitkan dengan peningkatan risiko hipertensi OR 1,691.

7. Pengukuran Mekanisme coping

Pengukuran mekanisme coping yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan kuisisioner *Brief Cope* yang diadaptasi dari *Cope* yang dibuat oleh Carver (1997) berdasarkan teori dari Lazarus & Folkman. Alat ukur ini digunakan untuk melihat bagaimana individu mengatasi masalah yang dihadapi, menilai respons coping yang penting dan potensial dengan cepat. *Brief Cope* terdiri dari 28 item (dengan jawaban “belum pernah” sampai “sangat sering), yang mengukur 14 konsep reaksi coping yang berbeda. Adapun kisi-kisi alat ukur mekanisme coping yaitu (Carver & Scheier, 1989).

Tabel 2
Kisi-Kisi Alat Ukur *Brief Cope*

No	Jenis koping	Aspek	Nomor item		Jumlah item
			<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
1	2	3	4	5	6
1	<i>Problem Focused Coping</i>	<i>Active coping</i> (melakukan langkah-langkah aktif)	2 dan 7		2
		<i>Planing</i> (membuat perencanaan)	14 dan 25		2
		<i>Using intrumental support</i> (mencari dukungan intrumental)	10 dan 23		2
		<i>Self distraction</i> (pengalihan diri)	1 dan 19		2
		<i>Behavioral diseengament</i> (menyerah)	6 dan 16		2
2	<i>Emotion Focused Coping</i>	<i>Religion</i> (keagamaan)	22 dan 17		2
		<i>Positive reframing</i> (meyakinkan diri dengan kata-kata positif)	12 dan 27		2
		<i>Acceptance</i> (menerima kenyataan)	20 dan 24		2
		<i>Humor</i> (lelucon)	18 dan 28		2
		<i>Using emotional support</i> (menggunakan dukungan emosional)	5 dan 15		2
		<i>Denial</i> (menolak percaya)	3 dan 8		2
		<i>Venting</i> (melepaskan emosi)	9 dan 21		2
		<i>Substance use (Alcohol/ Drug use)</i> (menggunakan alkohol atau obat-obatan)	4 dan 11		2
		<i>Self blame</i> (menyalahkan diri-sendiri)	13 dan 26		2
		Total jumlah item			

Sumber (Carver, 1997)