

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Penyakit Kronis

Penyakit kronis adalah penyebab dari kesakitan dan kematian yang membutuhkan jangka waktu lama dan respon yang kompleks, jarang sembuh total, serta berkoordinasi dengan berbagai disiplin ilmu kesehatan untuk keperluan pengobatan dan peralatan (Busse, Blumel, Krensen & Zentner, 2010). Berdasarkan hasil temuan Riskesdas pada tahun 2013, penyakit kronis merupakan sepuluh penyebab utama kematian di Indonesia (Kementrian Kesehatan RI, 2013).

a. Diabetes Melitus Tipe 2

1) Definisi

Diabetes melitus merupakan salah satu kelompok penyakit metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia karena gangguan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Keadaan hiperglikemia kronis dari diabetes berhubungan dengan kerusakan jangka panjang, gangguan fungsi dan kegagalan berbagai organ, terutama mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah (*American Disease Ascotiation, 2012*).

Gejala-gejala hiperglikemia termasuk poliuria, polidipsia, berat badan menurun, kadang-kadang dengan polifagia, dan penglihatan kabur. Gangguan pertumbuhan dan kerentanan terhadap berbagai

macam infeksi juga dapat menyertai hiperglikemia kronis. Konsekuensi akut yang mengancam jiwa dari diabetes yang tidak terkontrol adalah hiperglikemia dengan ketoasidosis atau sindrom hiperosmolar nonketosis (*American Diabetes Association, 2009*).

2) Patofisiologi

Dalam patofisiologi diabetes melitus tipe 2 terdapat beberapa keadaan yang berperan yaitu:

1. Resistensi insulin
2. Disfungsi sel B pancreas

Diabetes melitus tipe 2 bukan disebabkan oleh kurangnya sekresi insulin, namun karena sel sel sasaran insulin gagal atau tidak mampu merespon insulin secara normal. Keadaan ini lazim disebut sebagai “resistensi insulin” (Bennett P, 2008 & Teixeira L, 2011). Resistensi insulin banyak terjadi akibat dari obesitas dan kurangnya aktivitas fisik serta penuaan. Pada penderita diabetes melitus tipe 2 dapat juga terjadi produksi glukosa hepatic yang berlebihan namun tidak terjadi pengrusakan sel-sel B langerhans secara autoimun seperti diabetes melitus tipe 1. Defisiensi fungsi insulin pada penderita diabetes melitus tipe 2 hanya bersifat relatif dan tidak absolut (Harding, Anne Helen et al, 2003 & Hastuti, Rini Tri, 2008).

3) Faktor Risiko

Menurut *American Diabetes Association* (ADA) bahwa diabetes melitus berkaitan dengan faktor risiko yang tidak dapat diubah meliputi :

- Riwayat keluarga dengan DM (first degree relative)
- Umur ≥ 45 tahun,
- Etnik/Ras
- Jenis Kelamin
- Riwayat melahirkan bayi dengan berat badan lahir bayi >4000 gram atau riwayat pernah menderita DM gestasional dan riwayat lahir dengan berat badan rendah ($<2,5$ kg).^{1,9}

Faktor risiko yang dapat diubah meliputi :

- Obesitas berdasarkan IMT ≥ 25 kg/m² atau lingkar perut ≥ 80 cm pada wanita dan ≥ 90 cm pada laki-laki
- Kurangnya aktivitas fisik
- Hipertensi
- Dislipidemi
- Diet tidak sehat (Waspadji S, 2009)

4) Penegakan Diagnosis

Diagnosis diabetes melitus ditegakkan atas dasar pemeriksaan kadar glukosa darah. Pemeriksaan glukosa darah yang dianjurkan adalah pemeriksaan secara enzimatik dengan bahan plasma darah vena. Pemantauan hasil pengobatan dapat dilakukan

dengan glukometer. Diagnosis tidak dapat ditegakkan atas dasar adanya glukosuria.

Berbagai keluhan dapat ditemukan pada penyandang diabetes melitus. Kecurigaan adanya diabetes mellitus perlu dipikirkan apabila terdapat keluhan seperti :

1. Keluhan klasik : poliuria, polidipsia, polifagia, dan penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebabnya.
2. Keluhan lain : lemah badan, kesemutan, gatal, mata kabur, dan disfungsi ereksi pada pria, serta pruritus vulva pada wanita.

Pada usia 75 tahun, diperkirakan sekitar 20% lansia mengalami diabetes melitus, dan kurang lebih setengahnya tidak menyadari adanya penyakit ini. Oleh sebab itu, *American Diabetes Association* (ADA) menganjurkan penapisan (skrining) diabetes melitus sebaiknya dilakukan terhadap orang yang berusia 45 tahun ke atas dengan interval 3 tahun sekali. Interval ini dapat lebih pendek pada pasien berisiko tinggi (terutama dengan hipertensi dan dislipidemia). Berikut ini adalah kriteria diagnosis DM menurut standar pelayanan medis (*American Disease Association*, 2010).

Kriteria diagnosis diabetes mellitus menurut *American Disease Association* 2010 adalah sebagai berikut :

- a. HbA1C >6,5 % atau

- b. Kadar gula darah puasa >126 mg/dL atau
- c. Kadar gula darah 2 jam pp >200 mg/dL pada tes toleransi glukosa oral yang dilakukan dengan 75 g glukosa standar WHO.
- d. Pasien dengan gejala klasik hiperglikemia atau krisis hiperglikemia dengan kadar gula sewaktu >200 mg/dL.

Kriteria Diagnosis

Tabel 2.1 Kriteria Diagnosis Diabetes Melitus

		Bukan DM	Belum pasti DM	DM
Kadar Gula Darah Sewaktu (mg/dl)	Vena	<100	100-199	>200
	Kapiler	<90	90-199	>200
Kadar Gula Darah Puasa (mg/dl)	Vena	<100	100-125	>126
	Kapiler	<90	90-99	>100

5) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diabetes melitus didasarkan pada rencana diet, latihan fisik dan pengaturan aktivitas fisik, agen-agen hipoglikemik oral, terapi insulin, pengawasan glukosa di rumah, dan pengetahuan tentang diabetes dan perawatan diri. Diabetes melitus adalah penyakit kronis, dan pasien perlu menguasai pengobatan dan belajar bagaimana menyesuaikan agar tercapai kontrol metabolik yang optimal. Pasien diabetes melitus tipe 1 dalam terapinya selalu membutuhkan insulin. Pada pasien diabetes

melitus tipe 2 terdapat resistensi insulin dan defisiensi insulin relatif sehingga dapat ditangani tanpa insulin. Rencana diet pada pasien dimaksud untuk mengatur jumlah kalori dan karbohidrat yang dikonsumsi setiap hari. Latihan fisik mempermudah transpor glukosa ke dalam sel-sel dan meningkatkan kepekaan terhadap insulin (Price & Wilson, 2014).

American Association of Diabetes Educators (AADE) telah mendefinisikan *AADE 7 Self Care Behaviors* sebagai kerangka kerja untuk pendidikan dan pelatihan manajemen diri diabetes berpusat pada pasien (DSME / T) dan perawatan. Tujuh perilaku perawatan diri yang penting untuk manajemen diri diabetes yang berhasil dan efektif adalah makan sehat, aktif, memantau, minum obat, memecahkan masalah, mengatasi masalah kesehatan, dan mengurangi risiko. *AADE 7 Self Care Behaviors* menyediakan kerangka kerja berbasis bukti untuk penilaian, intervensi dan hasil (evaluasi) pengukuran pasien diabetes, program, dan populasi. Selain itu, intervensi pendidik diabetes dapat diatur sesuai dengan kerangka kerja. Pernyataan posisi ini menjelaskan penerapan kerangka kerja *AADE 7 Self Care Behaviors* dalam pendidikan dan perawatan diabetes itu juga mengeksplorasi perluasan luas ke penyakit kronis lainnya dan kesehatan (*American Association of Diabetes Educators*, 2011).

6) Komplikasi

Komplikasi pada diabetes melitus oleh PERKENI dibagi menjadi 2, yaitu :

1) Komplikasi akut

- a) Koma hipoglikemi
- b) Ketoasidosis
- c) Koma hiperosmolar nonketotik

2) Komplikasi kronik

- a) Makroangiopati, mengenai pembuluhdarah besar, pembuluh darah jantung, pembuluh darah tepi, dan pembuluh darah otak
- b) Mikroangiopati, mengenai pembuluh darah kecil, retinopati diabetika, nefropati diabetika
- c) Neuropati diabetika
- d) Rentan infeksi, seperti tuberculosis paru, gingivitis dan infeksi saluran kemih
- e) Kaki diabetika (PERKENI, 2015)

b. Hipertensi

1) Definisi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah suatu peningkatan abnormal tekanan darah dalam pembuluh darah arteri yang mengangkut darah dari jantung dan memompa keseluruhan

jaringan dan organ–organ tubuh secara terus–menerus lebih dari suatu periode (Irianto, 2014).

2) Etiologi

Penyebab hipertensi dibagi menjadi dua golongan yaitu hipertensi essensial (primer) merupakan hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya dan ada kemungkinan karena faktor keturunan atau genetik (90%). Hipertensi sekunder yaitu hipertensi yang merupakan akibat dari adanya penyakit lain. Faktor ini juga erat hubungannya dengan gaya hidup dan pola makan yang kurang baik. Faktor makanan yang sangat berpengaruh adalah kelebihan lemak (obesitas), konsumsi garam dapur yang tinggi, merokok dan minum alkohol. Apabila riwayat hipertensi didapatkan pada kedua orang tua, maka kemungkinan menderita hipertensi menjadi lebih besar. Faktor-faktor lain yang mendorong terjadinya hipertensi antara lain stress, kegemukan (obesitas), pola makan, merokok (M.Adib,2009)

3) Patofisiologi Hipertensi

Tekanan arteri sistemik adalah hasil dari perkalian *cardiac output* (curah jantung) dengan total tahanan prifer. *Cardiac output* (curah jantung) diperoleh dari perkalian antara stroke volume dengan heart rate (denyut jantung). Pengaturan tahanan perifer dipertahankan oleh sistem saraf otonom dan sirkulasi hormon. Empat sistem kontrol yang berperan dalam mempertahankan

tekanan darah antara lain sistem baroreseptor arteri, pengaturan volume cairan tubuh, sistem renin angiotensin dan autoregulasi vaskular (Udjianti, 2010).

Mekanisme yang mengontrol konstriksi dan relaksasi pembuluh darah terletak di vasomotor, pada medulla di otak. Pusat vasomotor ini bermula dari jaras saraf simpatis, yang berlanjut ke bawah korda spinalis dan keluar dari kolumna medulla spinalis ganglia simpatis di toraks dan abdomen. Rangsangan pusat vasomotor dihantarkan dalam bentuk implus yang bergerak ke bawah melalui sistem saraf simpatis ke ganglia simpatis. Titik neuron preganglion melepaskan asetilkolin, yang akan merangsang serabut saraf pasca ganglion ke pembuluh darah, dimana dengan dilepaskannya norepineprin mengakibatkan konstriksi pembuluh darah (Padila, 2013).

Vasokonstriksi yang mengakibatkan penurunan aliran ke ginjal, menyebabkan pelepasan rennin. Rennin merangsang pembentukan angiotensin I yang kemudian diubah menjadi angiotensin II, suatu vasokonstriktor kuat, yang pada gilirannya merangsang sekresi aldosteron oleh korteks adrenal. Hormon ini menyebabkan retensi natrium dan air oleh tubulus ginjal, menyebabkan peningkatan volume intra vaskuler. Semua faktor ini cenderung mencetuskan keadaan hipertensi (Padila, 2013).

4) Faktor Risiko

Pada umumnya hipertensi tidak mempunyai penyebab yang spesifik. Hipertensi terjadi sebagai respon peningkatan *cardiac output* atau peningkatan tekanan perifer. Namun ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi antara lain :

Faktor yang tidak dapat dimodifikasi :

- a. Genetik : adanya faktor genetik pada keluarga tertentu akan menyebabkan keluarga itu mempunyai risiko menderita hipertensi. Hal ini berhubungan dengan peningkatan kadar sodium intraseluler dan rendahnya rasio antara potasium terhadap sodium Individu dengan orang tua dengan hipertensi mempunyai risiko dua kali lebih besar untuk menderita hipertensi dari pada orang yang tidak mempunyai keluarga dengan riwayat hipertensi (Wade, 2003).
- b. Jenis kelamin : prevalensi terjadinya hipertensi pada pria sama dengan wanita. Namun wanita terlindung dari penyakit kardiovaskuler sebelum menopause salah satunya adalah penyakit jantung koroner (Cortas K, 2008). Wanita yang belum mengalami menopause dilindungi oleh hormon estrogen yang berperan dalam meningkatkan kadar *High Density Lipoprotein (HDL)* (Kumar V, 2005).
- c. Usia
- d. Ras

Faktor yang dapat dimodifikasi :

- a. Obesitas : berat badan merupakan faktor determinan pada tekanan darah pada kebanyakan kelompok etnik di semua umur. Menurut *National Institutes for Health USA (NIH, 1998)*, prevalensi tekanan darah tinggi pada orang dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) >30 (obesitas) adalah 38% untuk pria dan 32% untuk wanita, dibandingkan dengan prevalensi 18% untuk pria dan 17% untuk wanita bagi yang memiliki IMT <25 (status gizi normal menurut standar internasional) (Cortas K, 2008).
- b. Stres : stres dapat meningkatkan tekanan darah sewaktu. Hormon adrenalin akan meningkat sewaktu kita stres, dan itu bisa mengakibatkan jantung memompa darah lebih cepat sehingga tekanan darah pun meningkat (Dinas Kesehatan Kampar, 2006).
- c. Kurang olahraga : olahraga banyak dihubungkan dengan pengelolaan penyakit tidak menular, karena olahraga isotonik dan teratur dapat.

5) Gejala Hipertensi

Hipertensi sulit disadari oleh seseorang karena hipertensi tidak memiliki gejala khusus. Menurut Sutanto (2009), gejala-gejala yang mudah diamati antara lain yaitu : gejala ringan seperti, pusing atau sakit kepala, sering gelisah, wajah merah, tengkuk terasa pegal, mudah marah, telinga berdengung, sukar tidur, sesak napas,

rasa berat ditengkuk, mudah lelah, mata berkunang-kunang, mimisan (keluar darah dari hidung).

6) Klasifikasi

American Heart Association (AHA) dan *American College of Cardiology (ACC)* mengeluarkan pedoman hipertensi terbaru.

Table 2.2 Klasifikasi Hipertensi Dewasa

Kategori	Sistolik		Diastolik
Normal	< 120 mmHg	Dan	<80 mmHg
Meningkat	120-129 mmHg	Dan	<80 mmHg
Hipertensi			
Stage 1	130-139 mmHg	Atau	80-89 mmHg
Stage 2	≥140 mmHg	Atau	≥90 mmHg

Individu dengan SBP dan DBP dalam 2 kategori harus ditunjuk untuk kategori BP yang lebih tinggi. BP menunjukkan tekanan darah (berdasarkan rata-rata ≥ 2 pembacaan hati-hati yang diperoleh pada ≥ 2 kali, seperti yang dijelaskan di Bagian 4); DBP, tekanan darah diastolik; dan tekanan darah sistolik SBP (Whelton PK, et al. 2017 High Blood Pressure Clinical Practice Guideline).

7) Penatalaksanaan Hipertensi

Penanganan hipertensi menurut JNC VII bertujuan untuk mengurangi angka morbiditas dan mortalitas penyakit kardiovaskuler dan ginjal. Fokus utama dalam penatalaksanaan hipertensi adalah pencapaian tekanan sistolik target <140/90 mmHg. Pada pasien dengan hipertensi dan diabetes atau penyakit

ginjal, target tekanan darahnya adalah <130/80 mmHg. Pencapaian tekanan darah target secara umum dapat dilakukan dengan dua cara sebagai berikut:

a. Non Farmakologis

Terapi non farmakologis terdiri dari menghentikan kebiasaan merokok, menurunkan berat badan berlebih, konsumsi alkohol berlebih, asupan garam dan asupan lemak, latihan fisik serta meningkatkan konsumsi buah dan sayur (Cortas K, 2008).

b. Terapi Farmakologi

Terapi farmakologis yaitu obat antihipertensi yang dianjurkan oleh JNC VII yaitu diuretika, terutama jenis thiazide (Thiaz) atau aldosteron antagonis, beta blocker, calcium channel blocker atau calcium antagonist, Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACEI), Angiotensin II Receptor Blocker atau AT1 receptor antagonist/ blocker (ARB) diuretik tiazid (misalnya bendroflumetiazid) (Yugiantoro M, 2006).

8) **Komplikasi**

Hipertensi merupakan faktor resiko utama untuk terjadinya penyakit jantung, gagal jantung kongesif, stroke, gangguan penglihatan dan penyakit ginjal. Tekanan darah yang tinggi umumnya meningkatkan resiko terjadinya komplikasi tersebut. Hipertensi yang tidak diobati akan mempengaruhi semua sistem organ dan akhirnya memperpendek harapan hidup sebesar 10-20

tahun (Cardiology Channel, 2014). Komplikasi yang terjadi pada hipertensi ringan dan sedang mengenai mata, ginjal, jantung dan otak. Pada mata berupa perdarahan retina, gangguan penglihatan sampai dengan kebutaan. Gagal jantung merupakan kelainan yang sering ditemukan pada hipertensi berat selain kelainan koroner dan miokard. Pada otak sering terjadi stroke dimana terjadi perdarahan yang disebabkan oleh pecahnya mikroaneurisma yang dapat mengakibatkan kematian. Kelainan lain yang dapat terjadi adalah proses tromboemboli dan serangan iskemia otak sementara (Transient Ischemic Attack/TIA). Gagal ginjal sering dijumpai sebagai komplikasi hipertensi yang lama dan pada proses akut seperti pada hipertensi maligna (Susalit E, Jilid III).

2. Kecemasan

a. Definisi Kecemasan

Cemas merupakan suatu sikap alamiah yang dialami oleh setiap manusia sebagai bentuk respon dalam menghadapi ancaman. Namun ketika perasaan cemas itu menjadi berkepanjangan (maladaptif), maka perasaan itu berubah menjadi gangguan cemas atau *anxiety disorders*. Beberapa hasil penelitian bahkan menengarai bahwa gangguan cemas juga merupakan komorbiditas.

Kecemasan (ansietas/*anxiety*) adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran

yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA*, masih baik), kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/*splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal (Hawari, 2013).

b. Faktor Penyebab

Menurut Untari & Rohmawati (2014), faktor yang mempengaruhi kecemasan sebagai berikut :

a. Faktor internal :

1) Usia

Bertambahnya usia seseorang maka bertambah pula tingkat kematangannya walaupun sebenarnya tidak mutlak.

2) Jenis kelamin

Lebih banyak dialami oleh perempuan dibandingkan laki-laki karena perempuan lebih peka terhadap emosinya sehingga peka juga terhadap rasa cemas yang dialami. Perempuan mengamati peristiwa yang dialaminya secara menyeluruh sedangkan laki-laki tidak menyeluruh.

3) Pendidikan

Pendidikan yang rendah rentan mengalami kecemasan, karena semakin tinggi tingkat pendidikan dapat berpengaruh terhadap proses berfikir seseorang.

4) Status kesehatan

Seseorang yang terdiagnosa suatu penyakit akan mudah mengalami kecemasan karena pengobatan yang harus dijalannya.

5) Status sosial ekonomi

Kondisi ekonomi yang baik dapat memenuhi fasilitas yang dibutuhkan sedangkan kondisi ekonomi yang buruk tidak mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari.

b. Faktor eksternal :

1) Dukungan keluarga

Merupakan komponen terpenting untuk memberikan dukungan terhadap anggota keluarga dalam menyelesaikan masalah sehingga dapat meningkatkan rasa percaya diri.

2) Dukungan sosial

Dukungan sosial yang kuat sangat dibutuhkan individu untuk mencegah timbulnya kecemasan.

c. Mekanisme Cemas

Stress fisik atau emosional mengaktivasi amygdala yang merupakan bagian dari sistem limbik yang berhubungan dengan komponen emosional dari otak. Respon emosional yang timbul ditahan oleh input dari pusat yang lebih tinggi di forebrain. Respon neurologis dari amygdala ditransmisikan dan menstimulasi respon hormonal dari hipotalamus. Hipotalamus akan melepaskan hormon CRF (*corticotropin- releasing factor*) yang menstimulasi hipofisis untuk melepaskan hormon lain yaitu ACTH (*adrenocorticotropic*

hormone) ke dalam darah. ACTH sebagai gantinya menstimulasi kelenjar adrenal untuk menghasilkan kortisol, suatu kelenjar kecil yang berada di atas ginjal. Semakin berat stress, kelenjar adrenal akan menghasilkan kortisol semakin banyak dan menekan sistem imun.

Hipotalamus bekerja secara langsung pada sistem otonom untuk merangsang respon yang segera terhadap stres. Sistem otonom sendiri diperlukan dalam menjaga keseimbangan tubuh. Sistem otonom terbagi dua yaitu sistem simpatis dan parasimpatis. Sistem simpatis bertanggungjawab terhadap adanya stimulasi atau stres. Reaksi yang timbul berupa peningkatan denyut jantung, nafas cepat dan penurunan aktivitas gastrointestinal. Sistem parasimpatis membuat tubuh kembali ke keadaan istirahat melalui penurunan denyut jantung, perlambatan pernafasan, meningkatkan aktivitas gastrointestinal. Stimulasi yang berkelanjutan terhadap sistem saraf simpatis menimbulkan respon stres yang berulang-ulang dan menempatkan sistem saraf otonom pada. Keseimbangan antara kedua sistem ini sangat penting bagi kesehatan tubuh. Tubuh di persiapkan untuk melawan atau reaksi menghindari melalui satu mekanisme rangkap: satu respon saraf, jangka pendek, dan satu respon hormonal yang bersifat lebih lama (Guyton, 2010).

d. Gejala Cemas

Menurut Badrya (2014) gejala klinis kecemasan pada umumnya dibedakan menjadi 2, yaitu:

1) Gejala – Gejala Psikologik

- a. Khawatir akan terjadi sesuatu yang tidak menyenangkan
- b. Khawatir dengan pemikiran orang mengenai dirinya
- c. Penderita tegang terus menerus dan tak mampu berlaku santai.
- d. Pemikirannya penuh dengan kekhawatiran
- e. Bicaranya cepat dan terputus-putus.

2) Gejala – Gejala Fisiologis (Somatik)

- a. Sesak Napas,
- b. Dada tertekan,
- c. Nyeri epigastrium
- d. Cepat lelah
- e. Palpitasi
- f. Keringat dingin
- g. Gejala lainnya yang mungkin mengenai motorik, pencernaan, pernapasan, system kardiovaskuler, genitourinaria, atau susunan syaraf pusat.

e. **Tingkat Kecemasan**

Ada 4 tingkat kecemasan, antara lain kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat, dan panik (Stuart, 2009):

1. Kecemasan ringan (*Mild anxiety*)

Kecemasan ringan terjadi karena tekanan yang ada pada kehidupan sehari-hari. Pada tahap ini seorang individu akan memiliki tingkat kewaspadaan yang meningkat dan lebih peka

dalam melihat, mendengar, dan merasakan. Pada tahap ini individu dapat termotivasi dalam belajar dan menghasilkan kreativitas dan pertumbuhan meningkat.

2. Kecemasan sedang (*Moderate anxiety*)

Pada tahap ini, individu yang mengalami kecemasan akan fokus pada satu urusan yang akan dilakukan dengan segera, namun bisa saja individu tersebut memberi perhatian lebih pada suatu hal yang lain bila memang diinginkan oleh individu tersebut.

3. Kecemasan berat (*Severe anxiety*)

Seseorang dengan kecemasan berat akan fokus hanya pada sumber dari kecemasan yang dia rasakan. Semua tindakan pada tahap ini bertujuan untuk mengurangi ansietas.

4. Panik Panik merupakan keadaan yang menakutkan dan membuat seseorang menjadi tidak berdaya. Panik melibatkan adanya disorganisasi pada kepribadian dan dapat mengancam nyawa jika terjadi dalam waktu yang lama. Tanda dan gejala yang terjadi adalah peningkatan aktivitas motorik, menarik diri, gagal dalam mempersepsikan sesuatu, dan kehilangan akal.

f. Pengukuran Tingkat Kecemasan

Skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*) pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan telah menjadi standar dalam pengukuran

kecemasan baik di klinik atau untuk tujuan penelitian. Skala HARS

terdiri dari 14 item yaitu :

1. Perasaan cemas
2. Ketegangan
3. Ketakutan
4. Gangguan tidur
5. Gangguan kecerdasan
6. Perasaan depresi
7. Gejala somatik
8. Gejala sensorik
9. Gejala sistem kardiovaskuler
10. Gejala sistem pernapasan
11. Gejala sistem gastrointestinal
12. Gejala sistem urogenital
13. Gejala vegetatif
14. Perilaku sewaktu wawancara

Empat belas item tersebut memiliki beberapa sub item / beberapa gejala yang bisa timbul terkait item tertentu dan diberi penilaian yang terbagi atas beberapa skor yaitu :

0 = tidak ada gejala yang timbul

1 = terdapat 1 gejala yang timbul

2 = terdapat setengah dari total gejala yang timbul

3 = terdapat lebih dari setengah dari total gejala yang timbul

4 = terdapat semua dari total gejala yang timbul

Masing masing skor dari tiap item akan ditotal dan dikategorikan sebagai berikut :

Total skor < 14= Tidak ada kecemasan

Total skor 14-20= Kecemasan ringan

Total skor 21-27 = Kecemasan sedang

Total skor 28-41= Kecemasan berat

Total skor > 41= Kecemasan sangat berat

(Maier, 1988 ; Hawari, 2011)

g. Penatalaksanaan Kecemasan

Menurut Hawari (2008) penatalaksanaan cemas pada tahap pencegahan dan terapi memerlukan suatu metode pendekatan yang bersifat holistik, yaitu upaya meningkatkan kekebalan terhadap stres, mencangkup obat, dan psikoterapi. Selengkapanya seperti pada uraian berikut:

a. Upaya meningkatkan kekebalan terhadap stress, dengan cara :

- 1) Makan makan yang bergizi dan seimbang.
- 2) Tidur yang cukup.
- 3) Cukup olahraga.
- 4) Tidak merokok
- 5) Tidak meminum minuman keras

b. Terapi obat (fisik)

Terapi somatik merupakan pengobatan untuk cemas dengan memakai obat-obatan yang berkhasiat memulihkan fungsi gangguan neuro transmitter di susunan saraf pusat otak (*limbic system*). Terapi psikofarmaka yang sering dipakai adalah obat anti cemas, yaitu seperti diazepam, clobazam, bromazepam, lorazepam, buspirone HCl, meprobamate dan alprazolam.

d. Psikoterapi

Psikoterapi diberikan tergantung dari kebutuhan individu, antara lain :

- 1) Psikoterapi suportif, untuk memberikan motivasi, semangat dan dorongan agar pasien yang bersangkutan tidak merasa putus asa dan diberi keyakinan serta percaya diri.
- 2) Psikoterapi re-edukatif, memberikan pendidikan ulang dan koreksi bila dinilai bahwa ketidakmampuan mengatasi kecemasan.
- 3) Psikoterapi re-konstruktif, untuk dimaksudkan memperbaiki kembali (re-konstruksi) kepribadian yang telah mengalami guncangan akibat stressor.
- 4) Psikoterapi kognitif, untuk memulihkan fungsi kognitif pasien, yaitu kemampuan untuk berpikir secara rasional, konsentrasi dan daya ingat.

5) Psikoterapi psiko-dinamik, untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan yang dapat menjelaskan mengapa seseorang tidak mampu menghadapi stressor psikososial sehingga mengalami kecemasan.

6) Psikoterapi keluarga, untuk memperbaiki hubungan kekeluargaan, agar faktor keluarga tidak lagi menjadi faktor penyebab dan faktor keluarga dapat dijadikan sebagai faktor pendukung.

Konseling berpusat pada klien sebagai intervensi yang diberikan pada penelitian ini termasuk dalam penatalaksanaan kecemasan psikoterapi suportif, re-edukatif dan rekonstruktif.

3. Hubungan Kecemasan dengan Penyakit Kronis Lansia

Penyakit kronis dapat menimbulkan dampak bagi kesehatan lansia, dalam hal ini kesehatan jiwa yaitu kecemasan. Kecemasan merupakan suatu perasaan dimana seseorang merasa tidak aman dan terancam atas suatu hal atau keadaan (Stuart, 2013). Adanya perubahan pada lansia baik secara fisik dan psikososial dapat memicu terjadinya kecemasan. Kondisi tersebut sebetulnya adalah konsekuensi karena adanya proses penuaan, namun sebetulnya yang mendasari terjadinya kecemasan adalah persepsi individu sendiri dalam menghadapi masalah yang sedang terjadi.

Berbagai faktor seperti kecemasan dan ketakutan dapat mempengaruhi respon pembuluh darah terhadap rangsangan vasokonstriksi. Individu dengan hipertensi sangat sensitif terhadap norepinefrin, meskipun tidak diketahui dengan jelas mengapa hal tersebut bisa terjadi (Padila, 2013). Meski etiologi hipertensi masih belum jelas, banyak faktor diduga memegang peranan dalam genesis hipertensi seperti yang sudah dijelaskan dan faktor psikis, sistem saraf, ginjal, jantung pembuluh darah, kortikosteroid, katekolamin, angiotensin, sodium, dan air (Syamsudin, 2011).

4. Konseling Berpusat pada Klien

a. Definisi Konseling Berpusat pada Klien

Carl R. Rogers mengembangkan terapi yang berpusat pada klien (*client centered*) sebagai reaksi terhadap apa yang disebutnya keterbatasan-keterbatasan mendasar dari psikoanalisis. Pendekatan *client centered* ini menaruh kepercayaan yang besar pada kesanggupan klien untuk mengikuti jalan terapi dan menemukan arahnya sendiri. Menurut Carl R. Rogers (dalam Lubis, 2011:155) pendekatan *client-centered* memandang kepribadian manusia secara positif. Rogers bahkan menekankan bahwa setiap individu memiliki kemampuan menuju keadaan psikologis yang sehat secara sadar dan terarah dari dalam dirinya

b. Tujuan Konseling Berpusat pada Klien

1. Menciptakan suasana yang kondusif bagi klien untuk mengeksplorasi diri sehingga dapat mengenal hambatan pertumbuhannya .
2. Membantu klien agar dapat bergerak ke arah keterbukaan, kepercayaan yang lebih besar kepada dirinya, keinginan untuk menjadi pribadi yang mandiri dan meningkatkan spontanitas hidupnya.
3. Menyediakan iklim yang aman dan percaya dalam pengaturan konseling sedemikian sehingga konseli, dengan menggunakan hubungan konseling untuk *self-exploration*, menjadi sadar akan blok/hambatan ke pertumbuhan.
4. Konseling cenderung untuk bergerak ke arah lebih terbuka, kepercayaan diri lebih besar, lebih sedia untuk meningkatkan diri sebagai lawan menjadi mandeg, dan lebih hidup dari standard internal sebagai lawan mengambil ukuran eksternal untuk apa ia perlu menjadi (Rogers dalam Corey 2006).

c. Teknik Konseling Berpusat pada Klien

Client centered sebagai teknik, ia merupakan suatu cara yang penekanan masalah ini adalah dalam hal filosofis dan sikap konselor, dan mengutamakan hubungan konseling ketimbang perkataan dan perbuatan konselor. Implementasi teknik konseling didasari oleh paham filsafat dan sikap konselor tersebut. Karena itu teknik

konseling Rogers berkisar antara lain pada cara-cara penerimaan pernyataan dan komunikasi, menghargai orang lain dan memahaminya (klien). Karena itu dalam teknik dapat digunakan sifat-sifat konselor berikut:

a. *Acceptance* artinya konselor menerima klien sebagaimana adanya dengan segala masalahnya. Jadi sikap konselor adalah menerima secara netral.

b. *Congruence* artinya karakteristik konselor adalah terpadu, sesuai kata dengan perbuatan dan konsisten.

c. *Understanding* artinya konselor harus dapat secara akurat dan memahami secara empati dunia klien sebagaimana dilihat dari dalam diri klien itu.

d. *Non-judgemental* artinya tidak memberi penilaian terhadap klien, akan tetapi konselor selalu objektif.

(Rogers dalam Corey 2006).

d. Proses Konseling Berpusat pada Klien

Winkel dan Hastuti (2006) menambahkan terdapat lima fase proses konseling dalam kelompok yang meliputi:

1. Pembukaan, dimana diletakkan dasar bagi pengembangan hubungan antarpribadi (*working relationship*) yang baik, yang memungkinkan pembicaraan terbuka dan terarah pada penyelesaian masalah.

2. Penjelasan masalah, dimana masing-masing konseli mengutarakan masalah yang dihadapi berkaitan dengan masalah diskusi, sambil mengungkapkan pikiran dan perasaannya secara bebas.
3. Penggalan latar belakang masalah, dimana karena para konseli pada fase dua biasanya belum menyajikan gambaran lengkap mengenai kedudukan masalah dalam keseluruhan situasi hidup masing-masing, diperlukan penjelasan lebih mendetail dan mendalam.
4. Penyelesaian masalah, dilakukan berdasarkan apa yang telah digali dalam fase analisis kasus, konselor dan para konseli membahas bagaimana persoalan dapat diatasi.
5. Penutup, bilamana kelompok sudah siap untuk melaksanakan apa yang telah diputuskan bersama. Proses konseling dapat diakhiri dan kelompok dapat dibubarkan pada pertemuan terakhir.

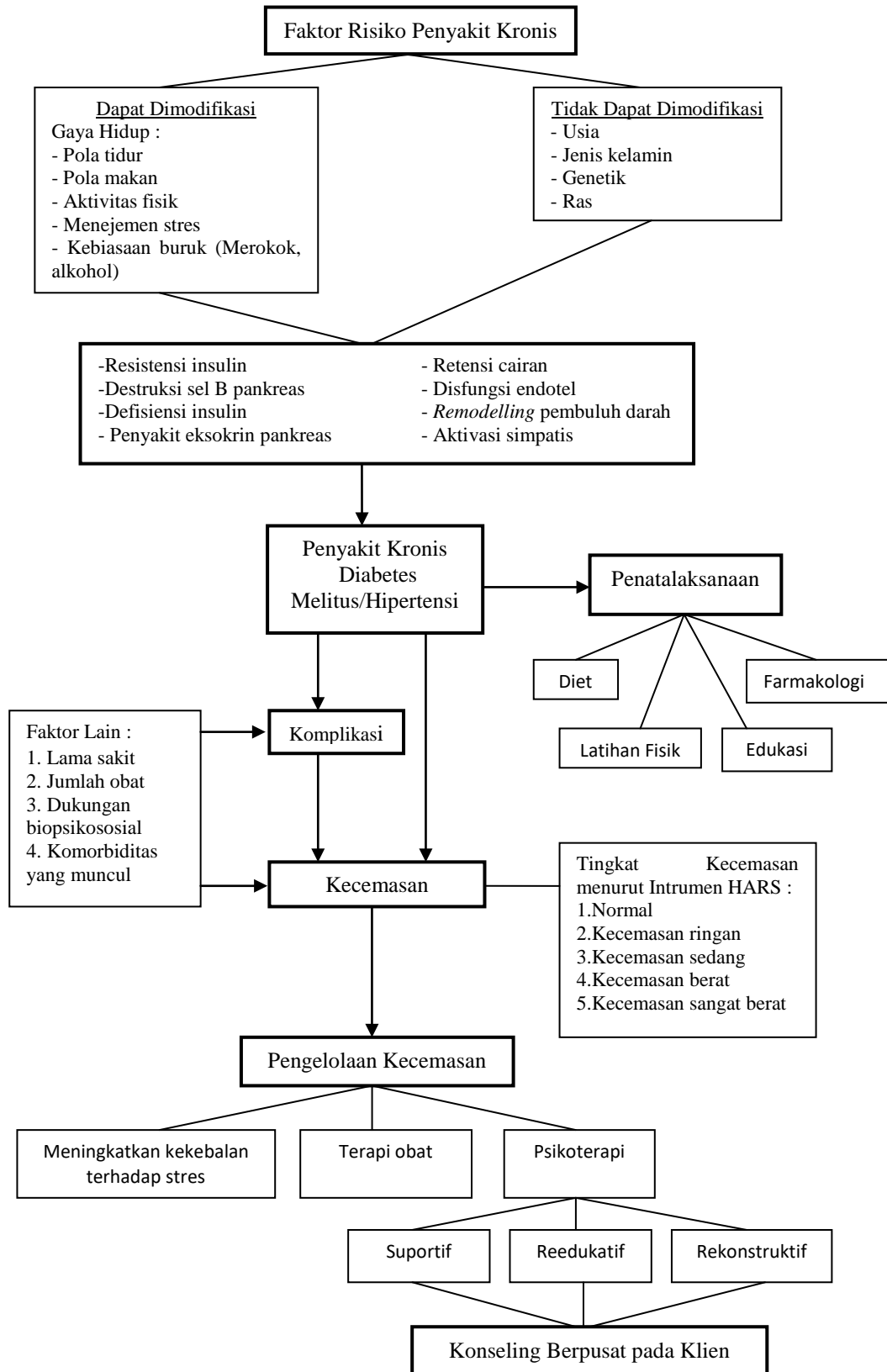
5. Hubungan Konseling Berpusat pada Klien terhadap Perbaikan Tingkat Kecemasan

Salah satu mengatasi kecemasan adalah dengan melakukan konseling. Konseling merupakan sebuah proses pemberian informasi melalui komunikasi interpersonal yang dilakukan secara sistematis (Tuncay T, 2008). Konseling ini memiliki beberapa tujuan, antara lain meredakan kecemasan, menyembuhkan gangguan emosional, untuk mencapai kebahagiaan dan kepuasan, aktualisasi diri, dan menghapus

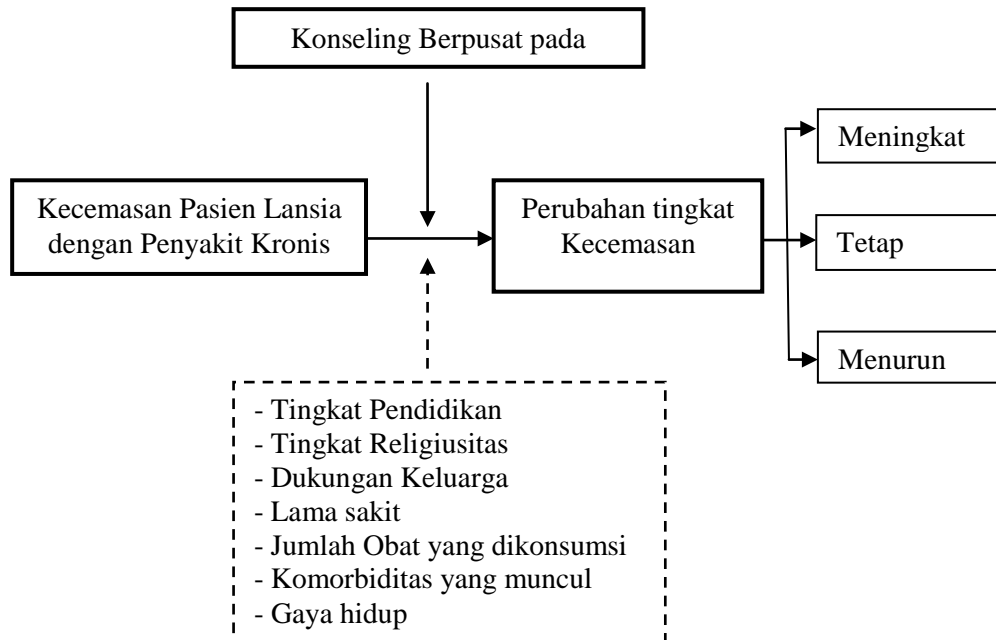
dan mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif (Hawari D, 2002).

Beberapa penelitian terkait terapi atau konseling yang dilakukan dapat mengatasi masalah-masalah psikologis dan memberikan dampak yang positif. Konseling suportif yang dilakukan pada penderita gangguan jiwa skizofrenia dapat meningkatkan pemahaman diri, kemampuan bersosialisasi, meningkatkan motivasi, sehingga penderita tidak merasa putus asa dan tetap memiliki semangat untuk hidup (Pilpala TKS, 2013). Penderita penyakit diabetes mellitus yang mendapatkan konseling ternyata memiliki kecemasan yang lebih rendah dibandingkan dengan penderita yang tidak mendapatkan konseling (Rahmat WP, 2010).

B. Kerangka Teori



C. Kerangka Konsep



Keterangan :

□ : variabel diteliti

--- : tidak diteliti

D. Hipotesis

H0 : Tidak ada pengaruh konseling berpusat pada klien terhadap tingkat kecemasan pasien lansia dengan penyakit kronis.

H1 : Ada pengaruh konseling berpusat pada klien terhadap tingkat kecemasan pasien lansia dengan penyakit kronis.