

BAB 2

STUDY LITERATURE

2.1 Konsep Kanker

2.1.1 Definisi Kanker

Kanker adalah penyakit yang perkembangannya didorong oleh serangkaian perubahan genetik yang dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan. Kanker dimulai ketika sel-sel di bagian tubuh mulai tumbuh di luar kendali. Pertumbuhan sel kanker berbeda dari pertumbuhan sel normal, sel-sel kanker terus tumbuh dan membentuk sel baru yang abnormal. Sel-sel kanker juga dapat menyerang jaringan lain, sesuatu yang sel-sel normal tidak bisa lakukan. Tumbuh di luar kendali dan menyerang jaringan lain adalah yang membuat sel normal disebut sel kanker (Danaei, 2015).

Sel menjadi sel kanker karena adanya kerusakan DNA. DNA berada dalam setiap sel dan berfungsi mengarahkan semua tindakan sel. Dalam sel normal, ketika DNA mengalami kerusakan, sel normal akan melakukan perbaikan kerusakan atau sel akan mati. Dalam sel-sel kanker, DNA yang rusak tidak diperbaiki dan sel tidak mati seperti seharusnya. Sebaliknya, sel terus membuat sel-sel baru yang tubuh tidak perlukan. Sel-sel baru ini semua memiliki DNA abnormal yang sama seperti sel pertama (Danaei, 2015).

2.1.2 Pertumbuhan Sel Kanker

Pertumbuhan sel kanker tidak terkendali disebabkan kerusakan deoxyribose nucleic acid (DNA), sehingga menyebabkan mutasi gen vital yang mengontrol pembelahan sel. Beberapa mutasi dapat mengubah sel normal menjadi sel kanker. Mutasi-mutasi tersebut diakibatkan agen kimia maupun

fisik yang edisebut karsinogen. Mutasi dapat terjadi secara spontan maupun diwariskan (Sunaryati, 2011: 12). Sel-sel kanker membentuk suatu masa dari jaringan ganas yang kemudian menyusup ke jaringan di dekatnya dan menyebar ke seluruh tubuh. Sel-sel kanker sebenarnya dibentuk dari sel normal melalui proses transformasi terdiri dari dua tahap yaitu tahap inisiasi dan promosi. Tahap inisiasi, pada tahap ini perubahan bahan genetik sel yang memancing sel menjadi ganas. Perubahan sel genetik disebabkan unsur pemicu kanker yang terkandung dalam bahan kimia, virus, radiasi, atau sinar matahari (Sunaryati, 2011: 13). Pada tahap promosi, sel menjadi ganas disebabkan gabungan antara sel yang peka dengan karsinogen. Kondisi ini menyebabkan sistem kekebalan tubuh berusaha merusak sebelum sel berlipat ganda dan berkembang menjadi kanker. Sistem kekebalan tubuh yang tidak berfungsi normal menjadikan tubuh rentan terhadap kanker (Sunaryati, 2011).

2.1.3 Jenis-jenis kanker

Jenis-jenis kanker yaitu : karsinoma, limfoma, sarkoma, glioma, karsinoma in situ. Karsinoma merupakan jenis kanker berasal dari sel yang melapisi permukaan tubuh atau permukaan saluran tubuh, misalnya jaringan seperti sel kulit, testis, ovarium, kelenjar mucus, sel melanin, payudara, leher rahim, kolon, rektum, lambung, pankreas (Akmal, dkk., 2010: 188). Limfoma termasuk jenis kanker berasal dari jaringan yang membentuk darah, misalnya sumsum tulang, leukemia, limfoma merupakan jenis kanker yang tidak membentuk masa tumor, tetapi memenuhi pembuluh darah dan mengganggu fungsi sel darah normal (Akmal, dkk., 2010:80). Sarkoma adalah jenis kanker akibat kerusakan jaringan penunjang di permukaan tubuh seperti

jaringan ikat, sel-sel otot dan tulang. Glioma adalah kanker susunan saraf, misalnya sel-sel glia(jaringan panjang) di susunan saraf pusat. Karsinoma in situ adalah istilah untuk menjelaskan sel epitel abnormal yang masih terbatas di daerah tertentu sehingga dianggap lesi prainvasif (kelainan/ luka yang belum menyebar) (Akmal, dkk., 2010). Jenis kanker menurut penulis dibedakan berdasarkan sel penyebab awal dan organ yang diserang. Dengan demikian, jenis kanker dapat dibedakan menjadi karsinoma, limfoma, sarkoma, glioma, karsinoma insitu.

2.1.3 Faktor risiko kanker

Faktor risiko adalah sesuatu yang mempengaruhi individu untuk mendapatkan penyakit seperti kanker. Kanker yang berbeda memiliki faktor risiko yang berbeda. Misalnya, merokok merupakan faktor risiko untuk beberapa jenis kanker pada orang dewasa (Miller, 2014). Faktor risiko yang berkaitan terkait gaya hidup yang seperti diet, berat badan, aktivitas fisik, dan penggunaan tembakau memainkan peran utama dalam kanker dewasa. Namun faktor-faktor ini biasanya memakan waktu bertahun-tahun untuk mempengaruhi risiko kanker. Meskipun studi penelitian banyak meneliti faktor risiko pada kanker anak, penyebab potensial untuk menjadi faktor risiko untuk kanker pada anak adalah:

1. Radiasi pengion merupakan faktor risiko untuk sebagian besar jenis kanker.
2. Beberapa kondisi genetik langka dapat meningkatkan risiko kanker pada anak.

Hanya ada beberapa faktor risiko yang telah terbukti tetapi masih terhitung sangat sedikit dalam kanker anak. Paparan karsinogenik pada orang tua dapat meningkatkan resiko terjadinya kanker pada anak, meskipun tidak menunjukkan

risiko terhadap kanker pada orang tuanya. Anak-anak dari orang tua yang bekerja di industri kimia, pertanian atau pekerjaan terkait kendaraan bermotor memiliki peningkatan risiko mengembangkan tumor otak. Umur, jenis kelamin dan ras dapat menjadi faktor risiko timbulnya kanker anak tetapi etiologinya masih belum diketahui. Penyebab kanker tidak hanya terbatas pada masa kehidupan anak, sebagai contoh, beberapa kanker dapat timbul pada masa kehamilan.

2.1.4 Riwayat keluarga sebagai faktor risiko kanker

Salah satu faktor resiko terjadinya kanker adalah riwayat keluarga. Telah terbukti bahwa latar belakang keturunan dapat ditemukan untuk hampir semua kanker. Dalam 5-10% dari kanker umum, ini sifat genetik merupakan mutasi gen warisan. Risiko kanker bagi orang yang sehat dapat meningkat secara signifikan dengan adanya mutasi patogen. Selain itu, kanker turun-temurun muncul pada awal kehidupan (Ratwita *et.al*, 2006).

2.1.5 Penatalaksanaan kanker

Penatalaksanaan kanker yang pertama kali dilakukan adalah penemuan kasus, dapat berupa skrining, diagnosa awal, serta edukasi kasus kanker pada anak. Obat-obat untuk terapi kanker terdiri dari beberapa kelas obat, yaitu golongan antibiotika, hormon, antimetabolit, alkaloid nabati/alkaloid vinka dan agen alkilasi (Ratwita *et.al*, 2006). Mekanisme kerja masing-masing golongan adalah sebagai berikut :

1. Antibiotika

Golongan obat ini bekerja menurut beberapa cara. Yang termasuk dalam golongan antibiotik ini antara lain:

- (1) Doxorubicin, obat ini bekerja dengan menghambat replikasi DNA, transkripsi RNA dan menyebabkan gangguan replikasi DNA. Golongan ini bekerja pada semua siklus sel, terutama pada S dan G2.
- (2) Actinomycin D, obat ini bekerja dengan menghambat sintesis DNA dan RNA, bekerja terutama pada fase G1 dan S.
- (3) Vinca alkaloid, obat ini bekerja dengan mengikat tubulin sehingga mencegah terjadinya polimerasi membentuk mikrotubulin. Golongan ini terutama bekerja pada fase G2 dan M. Golongan ini bersifat neurotoksik, yang bermanifestasi berupa penurunan reflex tendon, parestesia, kelemahan motoric, gangguan fungsi saraf kranial, dan pada keadaan berat dapat terjadi ileus paralitik. Yang termasuk golongan ini antara lain vincristine, vinblastine, dan vinorelbine.
- (4) Golongan podophillotoksin. Golongan ini bekerja merusak rantai DNA melalui interaksi dengan topoisomerase II. Efek samping berupa hipotensi dapat terjadi bila diberikan secara intravena cepat. Yang termasuk golongan ini adalah Etoposide (VP-16).
- (5) Mitomycin C. Bekerja terutama pada fase G1 dan S. Efek samping yang terutama adalah mielosupresi.

2. Alkilator (Agen Alkilasi)

Cara kerja : melalui pembentukan ion karbonium yang sangat reaktif terhadap alkilasi DNA. Yang termasuk golongan alkilator adalah Mekloretoamin, Siklofosamid, Klorambusil, Busulfan

3. Antimetabolit

Cara kerja : menggantikan purin/pirimidin dalam pembentukan nukleosida menghambat sintesis DNA. Termasuk golongan antimetabolit adalah Sitarabin, Metotreksat (MTX), Merkaptopurin

4. Alkaloid Nabati (Alkaloid Vinka)

Cara kerja : berikatan dengan tubulin (komponen protein mikrotubulus), yang merupakan bagian penting dari *mitotic spindle* sehingga mitosis terhenti dalam metafase. Yang termasuk golongan alkaloid nabati adalah Vinkristin, Vinblastin

5. Hormon

Cara kerja : hormon berikatan dengan reseptor protein pada sel kanker. Kanker yang sensitif terhadap hormon tertentu mempunyai reseptor spesifik untuk hormon tersebut, misalnya reseptor estrogen, progesteron dan kortikosteroid. Keberhasilan terapi dengan hormon tertentu ditentukan oleh banyaknya reseptor hormon tersebut pada sel kanker itu. Yang termasuk golongan hormon dan yang banyak digunakan pada kasus tumor pada anak adalah kortikosteroid.

2.2 Konsep Limfoma Non Hodgkin

2.2.1 Definisi Limfoma Non Hodgkin

Berdasar American Cancer Society (2013) NHL merupakan kanker yang prosesnya dimulai pada sel yang disebut limfosit, yang merupakan bagian dari imun sistem. Limfosit terletak di limfa nodul dan limfoid tissue lainnya seperti limfa ataupun sumsum tulang. Tetapi beberapa tipe kanker seperti kanker paru ataupun kanker kolon yang dapat menyebar ke jaringan limfa nodul, bukanlah merupakan Non Hodgkin limfoma tetapi hanya

merupakan metastase. Non hodgkin limfoma merupakan suatu keganasan yang dimulai ketika limfosit berdiferensiasi menjadi sel yang abnormal. Sel yang abnormal akan terus bereplikasi menggandakan dirinya terus menerus dan bertambah banyak. Abnormal sel tidak dapat melakukan apoptosis. Mereka juga tidak bisa memproteksi tubuh dari infeksi dan penyakit imun lainnya. Sel yang abnormal akan membentuk ekstra sel yang akan menjadi suatu massa di jaringan yang disebut tumor (U.S. Department of Health and Human Service , 2007) Menurut Reksodiputro (2008) NHL adalah kelompok keganasan primer limfosit yang dapat bersal dari limfosit B, limfosit T dan kadang (amat jarang) berasal dari sel NK (natural killer) yang berada dalam sistem limfe. Keganasan ini bersifat sangat heterogen, baik tipe histologis, gejala, perjalanan klinis, respon terhadap pengobatan, maupun prognosis. Sel limfosit akan berproliferasi secara tak terkendali yang mengakibatkan terbentuknya tumor. Seluruh sel NHL berasal dari satusel limfosit, sehingga semua sel dalam tumor pasien NHL sel B memiliki imunoglobulin yang sama pada permukaan selnya.

2.2.2 Etiologi Limfoma Non Hodgkin

Infeksi virus merupakan salah satu yang dicurigai menjadi etiologi NHL contohnya ialah infeksi virus Epstein Barr dan HTLV (Human T Lymphoytopic Virus type 1) yang berhubungan dengan limfoma Burkitt , yang merupakan limfoma sel B. Selain itu abnormalitas sitogenik seperti translokasi kromosom juga ikut berperan menyebabkan proliferasi dari limfosit. Pada limfoma sel B ditemukan abnormalitas kromosom, yaitu translokasi lengan panjang kromosom nomor 8 (8q) ke lengan panjang

kromosom nomor 14 (14q). (Krisifu, et al., 2004). Faktor resiko berhubungan juga dengan paparan lingkungan, pekerjaan, diet, dan paparan lainnya. Beberapa pekerjaan yang sering dihubungkan dengan resiko tinggi adalah peternak serta pekerja hutan dan pertanian. Hal ini disebabkan karena adanya paparan herbisida dan pelarut organik. Resiko NHL juga meningkat pada orang yang mengkonsumsi makanan tinggi lemak hewani, merokok, dan terkena paparan ultraviolet berlebihan. (Reksodiputro,2009).

2.2.3 Klasifikasi Limfoma Non Hodgkin

Klasifikasi histopatologik merupakan topik yang paling membingungkan dalam studi limfoma maligna karena perkembangan klasifikasi ini demikian cepat dan dijumpai berbagai jenis klasifikasi dan antara klasifikasi satu sama lain tidak kompatibel. Klasifikasi histopatologik harus disesuaikan dengan kemampuan patologis serta fasilitas yang tersedia. (Bakta,2012).

Tabel 2.1 Klasifikasi Penyakit Limfoma Non Hodgkin

| Revised European American (REAL) and WHO Consensus Classification | | |
|--|--|--|
| <i>Working Formulation</i> | <i>B-Cell Neoplasms</i> | <i>T-Cell Neoplasms</i> |
| LowGrade Small lymphocytic | B-cell CLL/ SLL Marginal zone, mucosa associated (MALT) | T- cell CLL/ SLL Large granular lymphocytic |
| Plasmacytoid | Lymphoplasmacytic Marginal zone (MALT) | Adult T-cell lymphoma/ leukemia |
| Follicular, small-cell, and mixed-cell | Follicular, grades I and II Mantle cell Marginal zone (MALT) | |
| Intermediate Grade | | |
| Follicular, large-cell | Follicular, grade III | |
| Diffuse, small cell | Mantle cell Follicular center, diffuse small-cell | T- cell CLL Large granular lymphocytic |

| | | |
|---|---|--|
| Diffuse, mixed-cell | Marginal zone (MALT) Large B-cell lymphoma Follicular center, diffuse small-cell Lymphoplasmacytoid Marginal zone (MALT) Mantle cell | Adult T-cell lymphoma/leukemia Angioimmunoblastic Angiocentric Peripheral T-cell lymphoma Adult T-cell lymphoma/leukemia Angioimmunoblastic Angiocentric Intestinal T-cell lymphoma |
| Diffuse, large-cell | Diffuse large B-cell Lymphoma | Peripheral T-cell lymphoma Adult T-cell lymphoma/leukemia Angioimmunoblastic Angiocentric Intestinal T-cell lymphoma |
| High Grade Large-cell Immunoblastic Lymphoblastic | Diffuse large B-cell lymphoma Precursor B-cell lymphoblastic | Peripheral T-cell lymphoma Adult T-cell lymphoma/leukemia Angioimmunoblastic Angiocentric Intestinal T-cell lymphoma |
| Burkitt Lymphoma | Burkitt Lymphoma | Anaplastic large cell Precursor T-cell Lymphoblastic Peripheral T-cell lymphoma |

Sumber : World Health Organization (WHO), 2010

2.2.4 Stadium Limfoma Non Hodgkin

Penetapan stadium penyakit harus selalu dilakukan sebelum pengobatan dan setiap lokasi jangkitan harus di data dengan cermat. Strategi Terapi non hodgkin limfoma akan berbeda pada setiap stadium penyakit tergantung penyebaran dari tumor. Stadium yang sering di aplikasikan ialah kesepakatan Ann Arbor.

Tabel 2.2 Stadium Penyakit Non Hodgkin Limfoma

| Stadium | Keterangan |
|---------|---|
| I | Pembesaran kelenjar getah bening (KGB) hanya 1 regio. I E : jika hanya terkena 1 organ ekstra limfatik tidak difus/batas tegas |
| II | Pembesaran dua regio KGB atau lebih, tetapi masih satu sisi diafragma. II 2 : pembesaran 2 regio KGB dalam satu sisi diafragma II 3 : pembesaran 3 regio KGB dalam 1 sisi diafragma II E : pembesaran 1 regio atau lebih KGB dalam 1 sisi diafragma dan 1 organ ekstra limfatik tidak difus/batas tegas. |
| III | Pembesaran KGB di 2 sisi diafragma |
| IV | Jika mengenai 1 organ ekstra limfatik atau lebih tetapi secara difus. |

Sumber : American Cancer society, 2013

2.2.5 Pendekatan Diagnostic

Pendekatan diagnostik untuk menegakkan NHL ialah dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pada anamnesis dapat diketahui gejala sistemik umum berupa berat badan menurun 10 % dalam waktu 6 bulan, demam tinggi 38o C 1 minggu tanpa sebab , keringat malam, keluhan anemia, kelainan darah, malaise, dan keluhan organ (misalnya lambung, nasofaring). Pada pemeriksaan fisik akan didapati pembesaran kelenjar getah bening dan kelainan atau pembesaran organ.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan ialah pemeriksaan laboratorium, biopsi, aspirasi sumsum tulang, dan radiologi. Pemeriksaan laboratorium ialah memeriksa status hematologi berupa darah perifer lengkap dan gambaran darah tepi. Dilakukan juga pemeriksaan urinalisis dan kilmia klinik seperti SGOT, SGPT, LDH, protein total, albumin, asam urat, elektrolit (Na,K,Cl,Ca,P), dan gula darah puasa. Biopsi kelenjar getah bening

hanya dilakukan pada satu kelenjar yang paling representatif, superfisial, dan perifer. Jika terdapat kelenjar perifer atau superfisial yang representatif, maka tidak perlu dilakukan biopsi intra abdominal atau intratorakal. Aspirasi sumsum tulang dan biopsi sumsum tulang dari dua sisi spina iliaca dengan hasil spesimen sepanjang 2 cm. Pada pemeriksaan radiologi rutin dapat dilihat dari foto toraks PA dan lateral dan CT scan seluruh abdomen (atas dan bawah). Pada pemeriksaan radiologi khusus dapat diperiksa CT scan toraks, USG abdomen, dan limfografi. Diagnosis ditegakkan berdasarkan histopatologi dan sitologi. (Reksodiputro,2009)

2.2.6 Patogenesis

Sel limfosit dari kelenjar limfe berasal dari sel sel induk multipotensial di dalam sumsum tulang. Sel induk akan bertransformasi menjadi sel progenitor limfosit yang kemudian akan berdiferensiasi melalui dua jalur. Sebagian akan mengalami pematangan di dalam kelenjar timus menjadi limfosit T. Sebagian lagi akan menuju kelenjar limfe ataupun tetap berada di sumsum tulang dan berdiferensiasi menjadi limfosit B. Apabila ada rangsangan antigen yang sesuai maka limfosit T akan aktif berpoliferasi sebagai respon sistem imun seluler. Sedangkan limfosit B akan aktif menjadi imunoblas yang kemudian menjadi sel plasma dan akan membentuk imunoglobulin. Terjadi perubahan pada sitoplasma sel plasma menjadi lebih banyak dari pada sitoplasma sel B. Sedangkan limfosit T yang aktif akan berukuran lebih besar dari pada sel T yang belum aktif. Perubahan sel limfosit normal menjadi sel limfoma (abnormal) merupakan akibat terjadinya mutasi gen pada salah satu sel dari kelompok sel limfosit yang belum aktif yang

tengah berada dalam proses transformasi menjadi imunoblas akibat respon dari adanya antigen. Beberapa perubahan pada sel limfosit inaktif ialah ukurannya semakin lebih besar, kromatin inti menjadi lebih halus, nukleolinya terlihat dan protein permukaan sel mengalami perubahan. (Reksodiputro,2009).

2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada non hodgkin dilakukan sesuai dengan klasifikasi dan stadiumnya. Untuk NHL indolen stadium I dan stadium II standar pilihan terapinya ialah iradiasi, kemoterapi dengan terapi radiasi, kemoterapi saja, dan sub total atau total iridasi limfoid (jarang). Radioterapi luas tidak meningkatkan angka kesembuhan dan dapat menurunkan toleransi terhadap kemoterapi lanjutan nantinya. (Bakta,2012). Untuk Indolen stadium II/III/IV standar pilihan terapinya ialah: tanpa terapi, pasien pada stadim lanjut dapat diobservasi dan dilaporkan tidak mempengaruhi harapan hidup dan remisi sontan tidak terjadi. Terapi hanya diberikan bila ada gejala sistemik. Dapat juga diberikan rituximab (anti CD 20 monoclonal antibodi. Obat ini bekerja dengan cara aktivasi komplemen dan memperantarai sinyal intraseluler. Pilihan terapi berikutnya ialah pemberian analog purin nukleosida (fludarabin atau 2 klorodoksaadenosin kladribin) dan juga pemberian alkylating agent oral (dengan atau tanpa steroid) yaitu siklofosamid dan klorambusil. (Krisifu, et al, 2004) Terapi pilihan yang banyak di pakai ialah terapi kombinasi. Terutama untuk memberikan hasil yang cepat biasanya digunakan kombinasi klorambusil atau siklofosamid plus kortikosteroid, dan fludarabilplus mitoksantron. Kemoterapi tunggal atau

kombinasi menghasilkan respon yang cukup baik(60-80%). Terapi diteruskan sampai hasil maksimum. Terapi maintenance tidak dapat meningkatkan harapan hidup. Beberapa protokol kombinasi antara lain : 1) CVP yaitu siklofosamid , vinkristin dan prednison. 2) C(M)OPP yaitu siklofosamid, vinkristin, prokarbazin, dan prednison. 3) CHOP yaitu siklofosamid, doksorubisin, vinsikrin dan prednison. 4) FND yaitu fludarabin, mitoksantron, dan dengan atau tidak deksametason. (Reksodiputro,2009).NHL agresif merupakan NHL indolen yang bertransformasi menjadi lebih ganas akan memiliki prognosis yang jelek dan dapat melibatkan sistem saraf pusat. Biasanya memberikan respon terapi yang baik dengan protokol pengobatan NHL keganasan derajat menengah atau tinggi yaitu dengan terapi radiasi paliatif, kemoterapi, rituximab, dan transplantasi sumsum tulang. Kemoterapi dosis tinggi dan transplantasi sel induk untuk kasus ini harus dipertimbangkan. (Schrijvers, 2011).

2.3 Konsep Stres

2.3.1 Definisi Stres

Ada beberapa istilah psikologis populer yang sering dikaburkan sebagai “stres”. Pada hakikatnya, tentunya kata ini merujuk pada sebuah kondisi seseorang yang mengalami tuntutan emosi berlebihan dan atau waktu yang membuatnya sulit memfungsikan secara efektif semua wilayah kehidupan. Keadaan ini dapat mengakibatkan munculnya cukup banyak gejala, seperti depresi, kelelahan kronis, mudah marah, gelisah, impotensi, dan kualitas kerja yang rendah (Richards, 2010).

Hawari (dalam Yusuf, 2004) berpendapat bahwa istilah stres tidak dapat dipisahkan dari distress dan depresi, karena satu sama lainnya saling terkait. Stres merupakan reaksi fisik terhadap permasalahan kehidupan yang dialaminya dan apabila fungsi organ tubuh sampai terganggu dinamakan distress. Sedangkan depresi merupakan reaksi kejiwaan terhadap stressor yang dialaminya. Dalam banyak hal manusia akan cukup cepat untuk pulih kembali dari pengaruh- pengaruh pengalaman stres. Manusia mempunyai suplai yang baik dan energi penyesuaian diri untuk dipakai dan diisi kembali bilamana perlu.

Sarafino (1994) mendefinisikan stres adalah kondisi yang disebabkan oleh interaksi antara individu dengan lingkungan, menimbulkan persepsi jarak antara tuntutan-tuntutan yang berasal dari situasi yang bersumber pada sistem biologis, psikologis dan sosial dari seseorang. Stres adalah tekanan internal maupun eksternal serta kondisi bermasalah lainnya dalam kehidupan (an internal and eksternal pressure and other troublesome condition in life). Ardani (2007) mendefinisikan stress merupakan suatu keadaan tertekan baik itu secara fisik maupun psikologis.

Menurut Richard (2010) stres adalah suatu proses yang menilai suatu peristiwa sebagai sesuatu yang mengancam, ataupun membahayakan dan individu merespon peristiwa itu pada level fisiologis, emosional, kognitif dan perilaku. Peristiwa yang memunculkan stres dapat saja positif (misalnya merencanakan perkawinan) atau negatif (contoh : kematian keluarga). Sesuatu didefinisikan sebagai peristiwa yang menekan (stressful event) atau tidak, bergantung pada respon yang diberikan oleh individu terhadapnya. Compas (dalam Preece, 2011) berpendapat bahwa stres adalah suatu konsep yang mengancam dan konsep

tersebut terbentuk dari perspektif lingkungan dan pendekatan yang ditransaksikan. Baum (dalam Yusuf, 2004) mendefinisikan stres sebagai pengalaman emosional yang negatif yang disertai dengan perubahan-perubahan biokimia, fisik, kognitif, dan tingkah laku yang diarahkan untuk mengubah peristiwa stres tersebut atau mengkomodasikan dampak-dampaknya.

Menurut Dilawati (dalam Syahabuddin, 2010) stres adalah suatu perasaan yang dialami apabila seseorang menerima tekanan. Tekanan atau tuntutan yang diterima mungkin datang dalam bentuk mengekalkan jalinan perhubungan, memenuhi harapan keluarga dan untuk pencapaian akademik. Lazarus dan Folkman (dalam Evanjeli, 2012) yang menjelaskan stres sebagai kondisi individu yang dipengaruhi oleh lingkungan.

Kondisi stres terjadi karena ketidakseimbangan antara tekanan yang dihadapi individu dan kemampuan untuk menghadapi tekanan tersebut. Individu membutuhkan energi yang cukup untuk menghadapi situasi stres agar tidak mengganggu kesejahteraan mereka. Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa stres adalah suatu peristiwa atau pengalaman yang negatif sebagai sesuatu yang mengancam, ataupun membahayakan dan individu yang berasal dari situasi yang bersumber pada sistem biologis, psikologis dan sosial dari seseorang.

2.3.2 Aspek-Aspek Stres

Pada saat seseorang mengalami stres ada dua aspek utama dari dampak yang ditimbulkan akibat stres yang terjadi, yaitu aspek fisik dan aspek psikologis (Sarafino, 1998) yaitu :

1. Aspek fisik

Berdampak pada menurunnya kondisi seseorang pada saat stres sehingga orang tersebut mengalami sakit pada organ tubuhnya, seperti sakit kepala, gangguan pencernaan.

2. Aspek psikologis

Terdiri dari gejala kognisi, gejala emosi, dan gejala tingkah laku. Masing-masing gejala tersebut mempengaruhi kondisi psikologis seseorang dan membuat kondisi psikologisnya menjadi negatif, seperti menurunnya daya ingat, merasa sedih dan menunda pekerjaan. Hal ini dipengaruhi oleh berat atau ringannya stres.

Berdasarkan teori yang diuraikan diatas maka dapat didimpulkan aspek-aspek stres terdiri dari aspek fisik dan aspek psikologis.

2.3.3 Faktor-Faktor Stres

Setiap teori yang berbeda memiliki konsepsi atau sudut pandang yang berbeda dalam melihat penyebab dari berbagai gangguan fisik yang berkaitan dengan stres. Di bawah ini akan dijelaskan beberapa sudut pandang tersebut.

1. Faktor Psikodinamik

Sudut pandang psikodinamik mendasarkan diri mereka pada asumsi bahwa gangguan tersebut muncul sebagai akibat dari emosi yang direpres. Hal-hal yang direpres akan menentukan organ tubuh mana yang terkena penyakit. Sebagai contoh, apabila seseorang merepres kemarahan, maka berdasarkan pandangan ini kondisi tersebut dapat memunculkan *essensial hypertension*.

2. Faktor biologis

Salah satu sudut pandang biologis adalah *somatic weakness model*. Model ini memiliki asumsi bahwa hubungan antara stres dan gangguan psikofisiologis terkait dengan lemahnya organ tubuh individu. Faktor biologis seperti misalnya genetik ataupun penyakit yang sebelumnya pernah diderita membuat suatu organ tertentu menjadi lebih lemah daripada organ lainnya, hingga akhirnya rentan dan mudah mengalami kerusakan ketika individu tersebut dalam kondisi tertekan dan tidak fit.

3. Faktor kognitif dan perilaku

Sudut pandang kognitif menekankan pada bagaimana individu mempersepsi dan bereaksi terhadap ancaman dari luar. Seluruh persepsi individu dapat menstimulasi aktivitas sistem simpatetik dan pengeluaran hormon stres. Munculnya emosi yang negatif seperti perasaan cemas, kecewa dan sebagainya dapat membuat sistem ini tidak berjalan dengan berjalan lancar dan pada suatu titik tertentu akhirnya memunculkan penyakit. Berdasarkan penelitian diketahui bahwa bagaimana seseorang mengatasi kemarahannya ternyata berhubungan dengan penyakit tekanan darah tinggi (Fausiah dan Widury, 2005).

Stres bersumber dari frustrasi dan konflik yang dialami individu dapat berasal dari berbagai bidang kehidupan manusia. Dalam hal hambatan, ada beberapa macam hambatan yang biasanya dihadapi oleh individu seperti :

1. Hambatan fisik : kemiskinan, kekurangan gizi, bencana alam dan sebagainya.

2. Hambatan sosial : kondisi perekonomian yang tidak bagus, persaingan hidup yang keras, perubahan tidak pasti dalam berbagai aspek kehidupan. Hal-hal tersebut mempersempit kesempatan individu untuk meraih kehidupan yang layak sehingga menyebabkan timbulnya frustrasi pada diri seseorang.
3. Hambatan pribadi : keterbatasan-keterbatasan pribadi individu dalam bentuk cacat fisik atau penampilan fisik yang kurang menarik bisa menjadi pemicu frustrasi dan stres pada individu.

Konflik antara dua atau lebih kebutuhan atau keinginan yang ingin dicapai, yang ingin dicapai, yang terjadi secara berbenturan juga bisa menjadi penyebab timbulnya stres. Seringkali individu mengalami dilema saat diharuskan memilih diantara alternatif yang ada apalagi bila hal tersebut menyangkut kehidupan di masa depan. Konflik bisa menjadi pemicu timbulnya stress atau setidaknya membuat individu mengalami ketegangan yang berkepanjangan yang akan mengalami kesulitan untuk mengatasinya.

Yusuf (2004) faktor pemicu stres itu dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa kelompok berikut :

1. Stressor fisik-biologik, seperti : penyakit yang sulit disembuhkan, cacat fisik atau kurang berfungsinya salah satu anggota tubuh, wajah yang tidak cantik atau ganteng, dan postur tubuh yang dipersepsi tidak ideal (seperti : terlalu kecil, kurus, pendek, atau gemuk).
2. Stressor psikologik, seperti : negative thinking atau berburuk sangka, frustrasi (kekecewaan karena gagal memperoleh sesuatu yang diinginkan), hasud (iri

hati atau dendam), sikap permusuhan, perasaan cemburu, konflik pribadi, dan keinginan yang di luar kemampuan.

3. Stressor Sosial, seperti iklim kehidupan keluarga : hubungan antar anggota keluarga yang tidak harmonis (broken home), perceraian, suami atau istri selingkuh, suami atau istri meninggal, anak yang nakal (suka melawan kepada orang tua, sering membolos dari sekolah, mengkonsumsi minuman keras, dan menyalahgunakan obat-obatan terlarang) sikap dan perlakuan orang tua yang keras, salah seorang anggota mengidap gangguan jiwa dan tingkat ekonomi keluarga yang rendah, lalu ada faktor pekerjaan : kesulitan mencari pekerjaan, pengangguran, kena PHK (Pemutusan Hubungan Kerja), perselisihan dengan atasan, jenis pekerjaan yang tidak sesuai dengan minat dan kemampuan dan penghasilan tidak sesuai dengan tuntutan kebutuhan sehari-hari, kemudian yang terakhir ada iklim lingkungan : maraknya kriminalitas (pencurian, perampokan dan pembunuhan), tawuran antar kelompok (pelajar, mahasiswa, atau warga masyarakat), harga kebutuhan pokok yang mahal, kurang tersedia fasilitas air bersih yang memadai, kemarau panjang, udara yang sangat panas atau dingin, suara bising, polusi udara, lingkungan yang kotor (bau sampah dimana-mana), atau kondisi perumahan yang buruk, kemacetan lalu lintas bertempat tinggal di daerah banjir atau rentan longsor, dan kehidupan politik dan ekonomi yang tidak stabil.

Kemampuan individu dalam bertahan terhadap stres sehingga tidak membuat kepribadiannya “berantakan” disebut dengan tingkat toleransi terhadap stres. Setiap individu memiliki tingkat toleransi yang berbeda antara satu individu

dengan individu lainnya. Individu dengan kepribadian yang lemah bila dihadapkan pada stres yang kecil-kecil sekalipun akan menimbulkan perilaku abnormal. Berbeda dengan individu yang berkepribadian kuat, meskipun dihadapkan pada stres yang *ego envolved* kemungkinan besar akan mampu mengatasi kondisinya (Ardani, 2013).

Menurut Greenwood III dan Greenwood Jr (dalam Yusuf, 2004) faktor-faktor yang mengganggu kestabilan (stres) organisme berasal dari dalam maupun luar. Faktor yang berasal dari dalam diri organisme adalah :

1. Faktor Biologis, stressor biologis meliputi faktor-faktor genetik, pengalaman hidup, ritme biologis, tidur, makanan, postur tubuh, kelelahan, penyakit.
2. Faktor Psikologis, stressor psikologis meliputi faktor persepsi, perasaan dan emosi, situasi, pengalaman hidup, keputusan hidup, perilaku dan melarikan diri.
3. Faktor Lingkungan (luar individu), stressor lingkungan ini meliputi lingkungan fisik, biotik dan sosial.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi stres seseorang dilihat dari tiga sudut pandang yaitu sudut pandang psikodinamik, sudut pandang biologis dan sudut pandang kognitif dan perilaku, kemudian ada faktor tambahan berupa hambatan-hambatan yang dialami individu seperti hambatan fisik, sosial dan pribadi.

Menurut Lumongga (dalam Sukoco, 2014) jenis stres tersebut dapat dibagi menjadi dua macam, yaitu : distress dan eustress. Distress merupakan jenis stres negatif yang sifatnya mengganggu individu yang mengalaminya, sedangkan eustress adalah jenis stres yang sifatnya positif atau membangun. Individu yang

mengalami stres memiliki beberapa gejala atau gambaran yang dapat diamati secara subjektif maupun objektif. Hardjana (dalam Sukoco, 2014) menjelaskan bahwa individu yang mengalami stres memiliki gejala sebagai berikut :

1. Gejala Fisikal, gejala stres yang berkaitan dengan kondisi dan fungsi fisik atau tubuh dari seseorang.
2. Gejala Emosional, gejala stres yang berkaitan dengan keadaan psikis dan mental seseorang.
3. Gejala Intelektual, gejala stres yang berkaitan dengan pola pikir seseorang.
4. Gejala Interpersonal, gejala stres yang mempengaruhi hubungan dengan orang lain, baik di dalam maupun di luar rumah.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan gejala-gejala individu yang mengalami stres memiliki gejala fisikal, gejala emosional, gejala intelektual dan gejala interpersonal yang dapat mempengaruhi seseorang. Stres tersebut bisa di lihat dari dua sudut, yang pertama dari sudut biologis berupa gejala fisik yang menyangkut organ tubuh manusia dengan proses stres itu sendiri. Stres yang terjadi dipengaruhi oleh stressor kemudian di terima oleh reseptor yang mengirim pesan ke otak. Stressor tersebut kemudian di terima oleh otak khususnya otak bagian depan yang mengakibatkan bekerjanya kelenjar di dalam organ tubuh dan otak. Organ tubuh dan otak saling bekerja sama untuk menerjemahkan proses stres yang pada akhirnya akan mempengaruhi sistem fungsi kerja tubuh bisa berupa sakit kepala, tidur tidak teratur, nafsu makan menurun, mudah lelah atau kehilangan daya energi, otot dan urat tegang pada leher dan bahu, sakit perut, telapak tangan berkeringat dan jantung berdebar. Kemudian sudut yang kedua berupa gejala psikis yang menyangkut keadaan mental, emosi dan pola pikir

seseorang yang ditunjukkan dengan susah berkonsentrasi, daya ingat menurun atau mudah lupa, produktivitas atau prestasi kerja menurun, sering merasa jenuh, gelisah, cemas, frustrasi, mudah marah dan mudah tersinggung. Jika kedua sudut tersebut digabungkan maka akan membentuk suatu keterkaitan bahwa baik fisik maupun psikis saling mempengaruhi satu sama lain saat proses stres terjadi. Keterkaitan stres yang dialami mahasiswa terkait dengan akademiknya yaitu karena adanya tuntutan- tuntutan yang harus dipenuhi oleh mahasiswa tersebut. Tuntutan itu bisa berupa tugas yang harus dikerjakan dan dikumpulkan secara bersamaan, praktikum, pencarian referensi, kuliah tambahan, pembuatan laporan yang sudah terjadwal atau deadline. Tuntutan tersebutlah yang menciptakan sebuah stressor bagi mahasiswa dalam kegiatan akademiknya.

2.3.4 Tahapan Stres

Martaniah dkk, 1991(dalam Rumiani, 2006) menyebutkan bahwa stres terjadi melalui tahapan :

1. Tahap pertama : stres pada tahap ini justru dapat membuat seseorang lebih bersemangat, penglihatan lebih tajam, peningkatan energi, rasa puas dan senang, muncul rasa gugup tapi mudah diatasi.
2. Tahap kedua : menunjukkan kelelahan, otot tegang, gangguan pencernaan.
3. Tahap ketiga : menunjukkan gejala seperti tegang, sulit tidur, badan terasa lesu dan lemas.
4. Tahap keempat dan kelima : pada tahap ini seseorang akan tidak mampu menanggapi situasi dan konsentrasi menurun dan mengalami insomnia.

5. Tahap keenam : gejala yang muncul detak jantung meningkat, gemetar sehingga dapat pula mengakibatkan pingsan. Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan tahapan stres terbagi menjadi 6 tahapan yang tingkatan gejalanya berbeda-beda di setiap tahapan.

2.3.5 Pengukuran Tingkat Stress

Depression Anxiety Stress Scale (DASS), yang dikembangkan oleh Lovibond dan Lovibond pada tahun 1995. Tes DASS ini terdiri dari 42 item yang mengukur *general psychological distress* seperti depresi, kecemasan dan stress. Tes ini terdiri dari tiga skala yang masing-masing terdiri dari 14 item, yang selanjutnya terbagi menjadi beberapa sub-skala yang terdiri dari 2 sampai 5 item yang diperkirakan mengukur hal yang sama. Jawaban tes DASS ini terdiri dari 4 pilihan yang disusun dalam bentuk skala Likert dan subyek diminta untuk menilai pada tingkat manakah mereka mengalami setiap kondisi yang disebutkan tersebut dalam satu minggu terakhir. Selanjutnya, skor dari setiap sub-skala tersebut dijumlahkan dan dibandingkan dengan kriteria pedoman skoring yang ada untuk mengetahui gambaran mengenai tingkat depresi, kecemasan dan stress individu tersebut. Sejauh ini, di Australia dan United Kingdom telah dilakukan beberapa penelitian untuk melakukan pengujian validitas dan reliabilitas tes ini. Karena validitas dan reliabilitasnya yang tinggi, baik pada sampel nonklinis maupun sampel klinis, maka saat ini tes DASS sering digunakan baik dalam setting klinis maupun non-klinis dan diadministrasikan baik secara individual maupun kelompok. Selain itu, juga telah disusun norma tes ini berdasarkan penelitian pada 1771 orang dewasa di Australia.

Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42) adalah seperangkat skala subyektif yang dibentuk untuk mengukur status emosional negatif dari depresi, kecemasan dan stress. Tingkatan stress pada instrumen ini berupa normal, rendah, sedang, berat, dan sangat berat. Jumlah skor dari pernyataan item tersebut, memiliki makna 0-14 (normal), 15-18 (ringan), 19-25 (sedang), 26-33 (berat), >34 (sangat berat). Uji validitas dan reliabilitas terhadap kuisioner DASS 42 menghasilkan nilai $\alpha = 0,9483$. Hal ini berarti bahwa validitas skala *Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS 42)* dan reliabilitas dari ketiga skala yang ada di dalamnya adalah baik dan konsisten (Nova & Ispriyanti, 2012).

2.4 Konsep Mekanisme Koping

2.4.1 Pengertian Koping

Menurut kamus psikologi koping adalah (tingkah laku atau tindakan penanggulangan). Sembarang perbuatan, dalam mana individu melakukan interaksi dengan lingkungan sekitarnya. Dengan tujuan menyelesaikan sesuatu (Chaplin, 2009). Strategi coping juga diartikan sebagai upaya baik mental maupun perilaku, untuk menguasai, mentoleransi, mengurangi, atau meminimalisasikan suatu situasi atau kejadian yang penuh tekanan. Atau juga bisa dikatakan sebagai perilaku mengatasi masalah, adalah kecenderungan perilaku yang digunakan individu dalam menghadapi dan memanage suatu masalah yang menimbulkan stress dalam menghindari, menjauhi, dan mengurangi stress atau dengan menyelesaikan dan mencari dukungan sosial (Rumiani, 2006).

2.4.2 Jenis-jenis *coping* berdasarkan fungsinya

Teori mengenai strategi *coping* secara lebih komprehensif dijelaskan oleh Lazarus dan Folkman (1984) yang secara umum mengemukakan bahwa strategi

coping terdiri dari usaha yang bersifat kognitif dan behavioral. Ada beberapa cara untuk mengkategorikan strategi *coping* yang digunakan individu ketika menghadapi stres. Salah satu kategorisasi yang paling umum adalah mengklasifikasikan strategi *coping* sebagai fokus masalah atau *coping* sebagai fokus emosional. Strategi *coping* berfokus masalah bertujuan untuk mengubah atau menghilangkan sumber stres, sedangkan strategi *coping* berfokus emosi memfokuskan pada penyesuaian respon emosional yang ditimbulkan oleh situasi stres (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, dalam Muhonen & Torkelson, 2011).

Menurut Lazarus dan Folkman (dalam Bowman dan Stern, 1995), secara umum strategi *coping* dibagi ke dalam dua kategori utama yaitu:

1. *Problem Focused Coping*

Problem Focused Coping merupakan salah satu bentuk *coping* yang lebih berorientasi pada pemecahan masalah (*problem solving*), meliputi usaha-usaha untuk mengatur atau merubah kondisi objektif yang merupakan sumber kecemasan atau melakukan sesuatu untuk merubah sumber kecemasan tersebut. *Problem-focused coping* merupakan strategi yang bersifat eksternal. Orientasi utama *problem-focused coping* adalah mencari dan menghadapi pokok permasalahan dengan cara mempelajari strategi atau keterampilan-keterampilan baru dalam rangka mengurangi stresor yang dihadapi atau dirasakan. Pendapat senada mengenai *problem-focused coping* dikemukakan oleh Taylor (2009) yang menyatakan *problem-focused coping* sebagai usaha untuk melakukan sesuatu yang bersifat konstruktif mengenai kondisi stres yang dianggap membahayakan, menekan atau menantang individu. Lazarus dan Folkma

(1984) menambahkan bahwa *problem-focused coping* dapat diarahkan baik pada lingkungan maupun pada diri individu sendiri, yang mencakup penyusunan rencana tindakan, pelaksanaan, dan cara mempertahankan untuk mendapatkan hasil seperti yang diinginkan.

2. *Emotion Focused Coping*

Emotion Focused Coping merupakan usaha-usaha untuk mengurangi atau mengatur emosi dengan cara menghindari berhadapan langsung dengan stresor. *Emotional focused coping* merupakan strategi yang bersifat internal. Dalam *emotional focused coping* terdapat kecenderungan untuk lebih memfokuskan diri dan melepaskan emosi yang berfokus pada kekecewaan ataupun distress yang dialami dalam rangka melepaskan emosi atau perasaan tersebut (*focusing on and venting of emotion*). Taylor (2006) mengatakan bahwa strategi ini menyertakan usaha untuk meregulasi pengalaman emosional akibat situasi stres tersebut.

Kesimpulan dari pemaparan di atas adalah untuk melakukan *coping* bagi individu dalam menghadapi stres dapat dilakukan dengan dua cara yaitu, pertama dengan usaha individu untuk mengurangi, mengubah dan menghilangkan sumber-sumber stres dengan merencanakan tindakan, melaksanakan, dan mempertahankan untuk mendapatkan hasil yang diinginkan yang dikenal dengan strategi *coping* berfokus masalah. Kedua dengan usaha individu untuk mengontrol emosi terhadap tekanan serta penyesuaian respon emosi yang di berikan terhadap stres yang merupakan strategi *coping* berfokus pada emosi.

2.4.3 Aspek coping

Terdapat beberapa aspek menurut jenis coping dari Lazarus dan Folkman (1984) diantaranya yaitu, aspek dari problem-focused coping terbagi atas:

1. *Confrontative* (Konfrontasi)

Individu menggunakan usaha agresif untuk mengubah keadaan yang menekan, dengan tingkat kemarahan yang cukup tinggi, dan pengambilan risiko.

2. *Seeking Social Support* (Pencarian Dukungan Sosial)

Usaha individu untuk memperoleh dukungan dari orang lain berupa nasehat, informasi, dan bantuan yang diharapkan membantu memecahkan masalahnya.

3. *Planful Problem Solving* (Perencanaan Penyelesaian Masalah)

Individu berusaha menganalisa situasi untuk memperoleh solusi, kemudian mengambil tindakan langsung untuk menyelesaikan masalah.

Selain itu menurut Aldwin dan Revenson (dalam Indirawati, 2006) membagi *problem-focused coping* menjadi tiga bagian, yaitu:

1. *Cautiousness* (Kehati-Hatian)

Individu berpikir dan mempertimbangkan beberapa alternatif pemecahan masalah yang tersedia, meminta pendapat orang lain, berhati-hati dalam memutuskan masalah serta mengevaluasi strategi yang pernah dilakukan sebelumnya.

2. *Instrumental Action* (Tindakan Instrumental)

Tindakan individu yang diarahkan pada penyelesaian masalah secara langsung, serta menyusun langkah yang akan dilakukannya.

3. *Negotiation* (Negosiasi)

Beberapa usaha oleh seseorang yang ditujukan kepada orang lain yang terlibat atau menjadi penyebab masalahnya.

Aspek dari *emotion focused coping* menurut Lazarus dan Folkman (1984)

yaitu:

1. *Self Control* (Kontrol Diri)

Usaha individu untuk menyesuaikan diri dengan perasaan ataupun tindakan terkait masalah.

2. *Distancing* (Menjauh)

Usaha untuk tidak terlibat dalam permasalahan, seakan tidak terjadi apa-apa, atau menciptakan pandangan positif seperti menganggap masalah sebagai lelucon.

3. *Positive Reappraisal* (Penilaian Kembali Secara Positif)

Usaha individu untuk menciptakan arti positif dari situasi yang dihadapi dengan fokus pada pengembangan diri, biasanya juga melibatkan hal-hal bersifat religius.

4. *Accepting Responsibility* (Penerimaan Tanggung Jawab)

Usaha untuk menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapi dan mencoba menerima agar semua menjadi lebih baik.

5. *Escape* atau *Avoidance* (Melarikan Diri atau Menghindar)

Usaha untuk mengatasi situasi menekan dengan lari dari situasi tersebut atau menghindarinya dengan beralih pada hal lain seperti makan, minum, merokok, atau menggunakan obat-obatan.

Sedangkan menurut Aldwin dan Revenson (dalam Indirawati, 2006)

Emotion Focused Coping terbagi menjadi:

1. *Escapism* (Melarikan Diri Dari Masalah).

Perilaku menghindari masalah dengan cara membayangkan seandainya berada dalam suatu situasi lain yang lebih menyenangkan; menghindari masalah dengan makan ataupun tidur; bisa juga dengan merokok ataupun meneguk minuman keras.

2. *Minimization* (Menganggap Masalah Seringan Mungkin).

Tindakan menghindari masalah dengan menganggap seakan-akan masalah yang tengah dihadapi itu jauh lebih ringan daripada yang sebenarnya.

3. *Self Blame* (Menyalahkan Diri Sendiri)

Cara seseorang saat menghadapi masalah dengan menyalahkan serta menghukum diri secara berlebihan sambil menyesali tentang apa yang telah terjadi.

4. *Seeking Meaning* (Mencari Hikmah Yang Tersirat)

Proses individu mencari arti kegagalan yang dialami bagi dirinya sendiri dan mencoba mencari segi-segi yang menurutnya penting dalam hidupnya.

Individu mencoba mencari hikmah atau pelajaran yang dapat dipetik dari masalah yang telah dan sedang dihadapinya. Kesimpulan dari penjelasan di

atas yaitu, *coping* memiliki beberapa aspek diantara *confrontative*, *seeking social support*, *planful problem solving*, *self control*, *distancing*, *positive reappraisal*, *accepting responsibility* dan, *escape* atau *avoidance*.

2.4.4 Jenis Strategi Koping

Para ahli menggolongkan dua strategi koping, yaitu :

1. *Problem Solving Focused Coping*

Adalah merupakan mekanisme seseorang individu yang secara aktif mencari penyelesaian dari masalah untuk menghilangkan kondisi atau situasi yang menimbulkan stres.

2. *Emotion Focused Coping*

Yaitu individu melibatkan usaha-usaha untuk mengatur emosinya dalam rangka menyesuaikan diri dengan dampak yang akan ditimbulkan. Hasil penelitian membuktikan bahwa individu menggunakan kedua cara tersebut untuk mengatasi berbagai masalah yang menekan dalam berbagai ruang lingkup kehidupan sehari-hari (Zainun, 2003).

Faktor yang menentukan strategi mana yang paling banyak atau sering digunakan sangat tergantung pada kepribadian seseorang, dan sejauh mana tingkat stres dari suatu kondisi atau masalah yang dialaminya. Contoh seseorang cenderung menggunakan *problem-solving focused coping* dalam menghadapi masalah-masalah yang menurutnya bisa dikontrol. Seperti, masalah-masalah yang berhubungan dengan sekolah atau pekerjaan. Sebaliknya ia akan cenderung menggunakan strategi *emotion focused coping* ketika dihadapkan pada masalah yang menurutnya sulit dikontrol. Perilaku koping yang berfokus pada persoalan berfungsi mengubah relasi antara individu dan lingkungan yang bermasalah dengan melakukan tindakan langsung pada lingkungan atau individu yang bersangkutan.

Hampir senada dengan penggolongan jenis coping seperti dikemukakan diatas, dalam literatur tentang coping juga dikenal dua strategi, yaitu:

1. *Active Coping Strategy*, yaitu:

Strategi yang dirancang untuk mengubah cara pandang individu terhadap sumber stres. Diantaranya yaitu:

- (1) Lebih berorientasi pada penyelesaian masalah
- (2) Meminta dukungan pada individu lain
- (3) Melihat sesuatu dari segi positifnya
- (4) Menyusun rencana yang akan dilakukan untuk menyelesaikan masalah
- (5) Cenderung realistic

2. *Avoidant Coping Strategy*, yaitu:

Merupakan strategi yang dilakukan individu untuk menjauhkan diri dari sumber stres dengan cara melakukan suatu aktivitas atau menarik diri dari suatu kegiatan atau situasi yang berpotensi menimbulkan stres. Biasanya ditandai dengan:

- (1) Menjauhi permasalahan dengan cara menyibukkan diri pada aktivitas lain
- (2) Menarik diri (*whitdrawl*)
- (3) Cenderung bersifat emosional
- (4) Suka berkhayal dan berangan-angan
- (5) Makan berlebihan
- (6) Menggunakan obat penenang

Individu dalam avoidant coping strategi sebenarnya merupakan suatu bentuk mekanisme pertahanan diri, yang sebenarnya dapat menimbulkan dampak

negative pada individu karena cepat atau lambat permasalahan yang ada haruslah diselesaikan oleh yang bersangkutan (Candra, 2004).

2.4.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Strategi Koping

Cara individu menangani situasi yang mengandung tekanan ditentukan oleh sumberdaya individu yang meliputi kesehatan fisik atau energi, ketrampilan mengatasi masalah, ketrampilan sosial dan dukungan sosial serta materi.

1. Faktor Kesehatan fisik & Energi

Kesehatan merupakan hal yang penting dalam usaha mengatasi stress, individu dituntut untuk mengerahkan kesehatan fisiknya sebagai modal untuk bergerak dan menyelesaikan sumber masalah. Adanya kondisi fisik yang sehat serta ketersediaan energi yang memadai akan mendukung strategi koping yang adaptif.

2. Faktor keterampilan mengatasi masalah

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

3. Faktor keterampilan sosial

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk membentuk interaksi dengan lingkungan sosialnya. Kemampuan berkomunikasi untuk menyampaikan masalah, menyusun komunikasi yang berorientasi pada penyelesaian masalah

(*problem solving discussion*) serta keterampilan untuk mengakomodir dan melobi berbagai individu sosial yang kompeten.

4. Faktor dukungan sosial & materi

Dukungan sosial dapat bersumber dari keluarga sebagai sistem terdekat individu, dukungan dari sahabat atau teman akrab, dukungan dari masyarakat, serta dukungan dari tenaga profesional. Dukungan materi berorientasi pada kemampuan materiil berupa finansial, sarana prasarana dan berbagai dukungan non-sosial yang membentuk kekuatan individu untuk mengatasi masalah.

Mekanisme coping berdasarkan pengolongannya dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Mekanisme coping Adaptif

Adalah mekanisme yang mendukung fungsi integrasi pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah: berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan keseimbangan dan aktifitas konstruktif.

2. Mekanisme coping Maladaptif

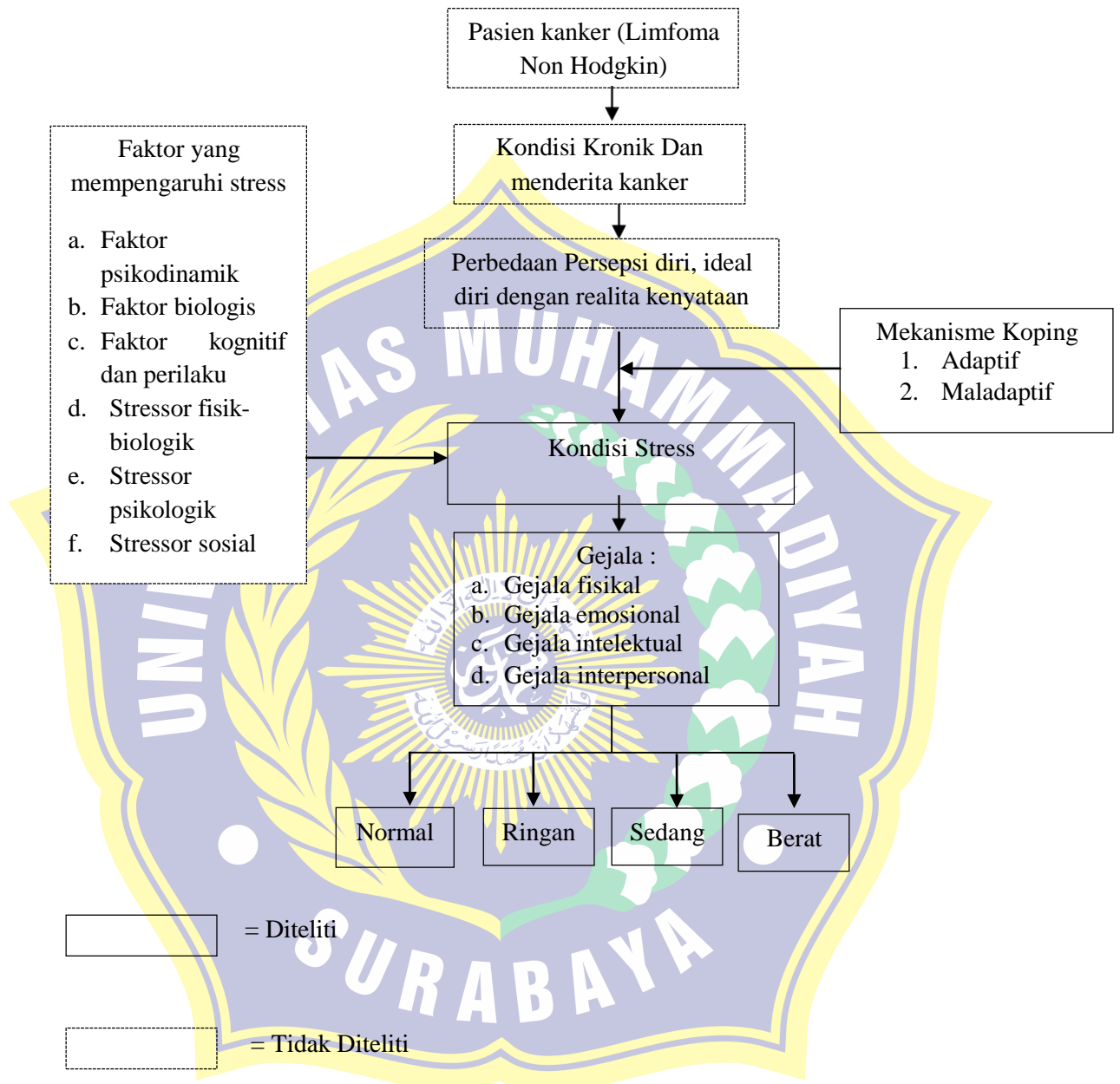
Adalah mekanisme coping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah: makan berlebihan atau bekerja berlebihan serta menghindar.

2.4.6 Pengukuran Mekanisme Koping

Mekanisme koping diukur menggunakan *Jalowiec Coping Scale* (JCS) yang dibuat oleh Jalowice dan kawan-kawan pada tahun 1979. JCS terdiri dari 15 item strategi pengendalian berorientasi masalah (*problem oriented* = P) dan 25 item pengendalian berorientasi sikap (*affective oriented* = A). Responden diminta untuk menlai tiap-tiap item dengan skala 5 poin (1 = tidak pernah, 2 =kadang- kadang, 3 = hampir sering, 4 = sering, dan 5 = hampir selalu). Dari 25 item *affective oriented* terdapat 15 pertanyaan negative, yaitu pada nomor 1, 2, 5, 7, 8, 9, 12, 22, 23, 24, 27, 28, 29, dan 34. Untuk pertanyaan negative ini skornya dibalik secara berurutan, yaitu nilai atau skor 1, 2, 3, 4, 5 diskor dengan 5, 4, 3, 2, 1. Nilai *coping* total memiliki kisaran antara 40-200, dimana skor 40-120 = *coping maladaptive*, dan skor 121-200 = *coping adaptif*.



2.5 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Pelaksanaan Mekanisme Koping dan Gambaran Stress pada Pasien Limfoma Non Hodgkin Yang menjalani Kemoterapi di Ruang Kemuning RSUD Dr. Soetomo Surabaya.