

**GAMBARAN STRES PASIEN TUBERKULOSIS PARU DI KLINIK
QICA MUARA BADAQ**

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar sarjana keperawatan
Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda



Di susun Oleh :

RIZALDI

NIM: 15.0262.597.01

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS WIYATA HUSADA

SAMARINDA

2020

HALAMAN PENGESAHAN
GAMBARAN STRES PASIEN TUBERKULOSIS PARU
DI KLINIK QICA MUARA BADAQ

SKRIPSI

Disusun Oleh:

Rizaldi
15.0262.597.01

Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 08 September 2020

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Ns.Siti Kholifah, S.Kep., M.Kep
NIDN. 1106088901



2. Ns Marina Kristi Lavun Rining, S.Kep., M.Kep
NIDN. 1129059301



3. Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIDN. 1117078602



4. Ns. Abdurrahman, S.Kep., M.Kep., M.Kep
NIDN. 0815078501



Mengetahui,
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
ITKES Wiyata Husada Samarinda



Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.M.B
NIDN. 1128058801

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran ALLAH SWT yang senantiasa memberikan karunia dan bimbingan serta berkat rahmat-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan proposal penelitian dengan judul “Gambaran Stres Pasien Tuberkulosis Paru di Klinik Qica Muara Badak”.

Peneliti menyadari terwujudnya penelitian ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, izinkanlah peneliti mengucapkan rasa hormat dan terimakasih sebesar-besarnya yang tulus kepada:

1. Bapak H. Mujito Hadi, S.Pd., MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Prof. Dr. Eka Anantha Sidaharta, SE AK CA MM, CSRS, CSRA, CFrA., selaku Rektor ITKES Wiyata Husada Samarinda
3. Ibu Ns. Kiki H., S.Kep., MB selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan yang selalu mendukung dan memberi dorongan untuk menyelesaikan pendidikan hingga tahap terakhir.
4. Bapak Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing I dan pembimbing akademik yang selalu mendukung, memberi arahan dan masukan serta juga telah menyediakan waktu, pikiran dan tenaga agar tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.
5. Bapak Ns. Rohman, S.Kep., M.Kep. sebagai dosen pembimbing II yang member dukungan, arahan, masukan agar dapat menyelesaikan tugas akhir dengan baik.
6. Seluruh staf pengajar dan karyawan program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda.
7. Orang tua saya tercinta Bapak Tarima dan Ibu Rosmiati yang selalu mensupport dan mendorong saya agar semangat selama proses pengerjaan tugas akhir ini.

8. Ibu Ida Hayati S.ST., M.Kes., Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep., Ns.Hamka, M.Kep., RN., WOC(ET)N yang memberi dukungan moral agar saya dapat menjalani proses pengerjaan tugas akhir ini dengan baik
9. Pak Agus yang banyak memberi masukan dan membantu selama proses penyusunan skripsi
10. dr.Taufiqurrahman selaku pimpinan Klinik Qica Muara Badak yang telah mengizinkan peneliti melakukan penelitian
11. Teman satu angkatan (M. Yusuf, Khairul Rahman, M. Nur Hidayat, M.Rezky Hakmi, Marni, Achmad Hidayatullah, Yaumil Fitri, Evalina P.), adik tingkat (Nopita Oktavianda, Sabil, Rusmita, Idham Khalid, Ekti) serta Kak Sidiq Abdillah dan Kak Vera Wahyu Utari.

Peneliti juga mengucapkan banyak terimakasih kepada semua unsur dan pihak yang membantu dan proses penyusunan tugas akhir ini. Semoga Allah SWT memberkahi semua proses dan hasil dari tugas akhir ini serta bermanfaat dalam pelayan keperawatan dan studi keperawatan.

Samarinda, 30 September 2020

Rizaldi

NIM.15026259701

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rizaldi

NIM : 15.0262.597.01

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITKes Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Gambaran Stres Pasien Tuberkulosis Paru di Klinik Qica Muara Badak

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, ITKes Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmediakan, mngelola dalam bentuk database, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 30 September 2020

Yang menyatakan

(.....)

GAMBARAN STRES PASIEN TUBERKULOSIS PARU DI KLINIK QICA MUARA BADAQ

Rizaldi¹, Rusdi², Abdurrahman³

ABSTRAK

Latar Belakang Stres yang di alami pasien tuberkulosis paru adalah masalah psikologis yang memiliki dampak buruk terhadap psikologis maupun terhadap proses penyembuhan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran stres yang dialami pasien tuberkulosis paru di Klinik Qica Muara Badak. **Metode** yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kuantitatif deskriptif. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian *cross sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien tuberkulosis di Klinik Qica berjumlah 22 orang. Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling. Penelitian ini menggunakan instrument *Depression Anxiety and Stress Scale 42 (DASS 42)*. **Hasil** penelitian ini menunjukkan sebagian responden tidak mengalami stres sebanyak 18 orang (81,8%), stres ringan 3 orang (13,6%) dan stres sedang 1 orang (4,5%). **Kesimpulan** diharapkan Klinik Qica agar terus menggiatkan pendidikan kesehatan tentang pola koping yang dapat dilakukan oleh masyarakat, keluarga dan pasien tuberkulosis paru.

Kata Kunci: Stres, pasien tuberkulosis

¹ Mahasiswa Program Studi Keperawatan, ITKes Wiyata Husada Samarinda

² Dosen Program Studi Keperawatan, ITKes Wiyata Husada Samarinda

³ Dosen Program Studi Keperawatan, ITKes Wiyata Husada Samarinda

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR SKEMA	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	2
C. Tujuan Penelitian.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
D. Manfaat Penelitian.....	3
E. Penelitian Terkait.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Telaah Pustaka.....	7
1. Konsep Tuberkulosis.....	7
a. Definisi.....	7
b. Penyebab.....	7
c. Proses Penularan.....	8
d. Klasifikasi.....	9
e. Faktor Resiko.....	11
f. Gejala Klinis.....	12
g. Diagnosa.....	12
h. Pengobatan.....	13
i. Kondisi Psikologis Pasien Tuberkulosis.....	15
2. Konsep Stres.....	15
a. Definisi.....	15
b. Pendekatan Stres.....	16
c. Jenis Stres.....	18
d. Penyebab.....	19
e. Tahapan Stres.....	20

f. Fungsi Stres.....	22
B. Aplikasi Teori Keperawatan.....	22
C. Kerangka Teori Penelitian.....	27
BAB III METODELOGI PENELITIAN.....	28
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	28
B. Kerangka Konsep Penelitian.....	28
C. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	28
D. Populasi dan Sampel.....	29
1. Populasi.....	29
2. Sampel.....	29
3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	29
4. Teknik Sampling.....	29
E. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional.....	30
F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian.....	31
1. Sumber Data.....	31
2. Instrumen Penelitian.....	31
G. Uji Instrumen.....	32
1. Uji Validitas.....	32
2. Uji Reabilitas.....	33
H. Prosedur Pengumpulan Data.....	33
I. Pengolahan dan Analisa Data.....	34
J. Etika Penelitian.....	35
K. Alur Penelitian.....	37
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	38
A. Hasil Penelitian.....	38
1. Gambaran Tempat Penelitian.....	38
2. Analisis Univariat.....	38
B. Pembahasan.....	41
1. Karakteristik Responden.....	41
2. Stres Pasien Tuberkulosis.....	43
BAB V PENUTUP.....	47
A. Kesimpulan.....	47
B. Saran.....	47
DAFTAR PUSTAKA.....	48
Lampiran-lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	30
Tabel 3.2 Indikator Penelitian.....	31
Tabel 3.3 Kisi-kisi Kuesioner <i>Depression Anxiety And Stress Scale 42</i>	32
Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Pasien Tuberkulosis.....	38
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Usia Pada Pasien Tuberkulosis.....	39
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Pendidikan Pasien Tuberkulosis.....	39
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Depresi Pasien Tuberkulosis.....	40
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Ansietas Pasien Tuberkulosis.....	40
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Stres Pasien Tuberkulosis.....	40



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Manusia Sebagai Sistem Adaptasi.....	26
Skema 2.2 Kerangka Teori.....	27
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	28
Skema 3.2 Alur Penelitian.....	37



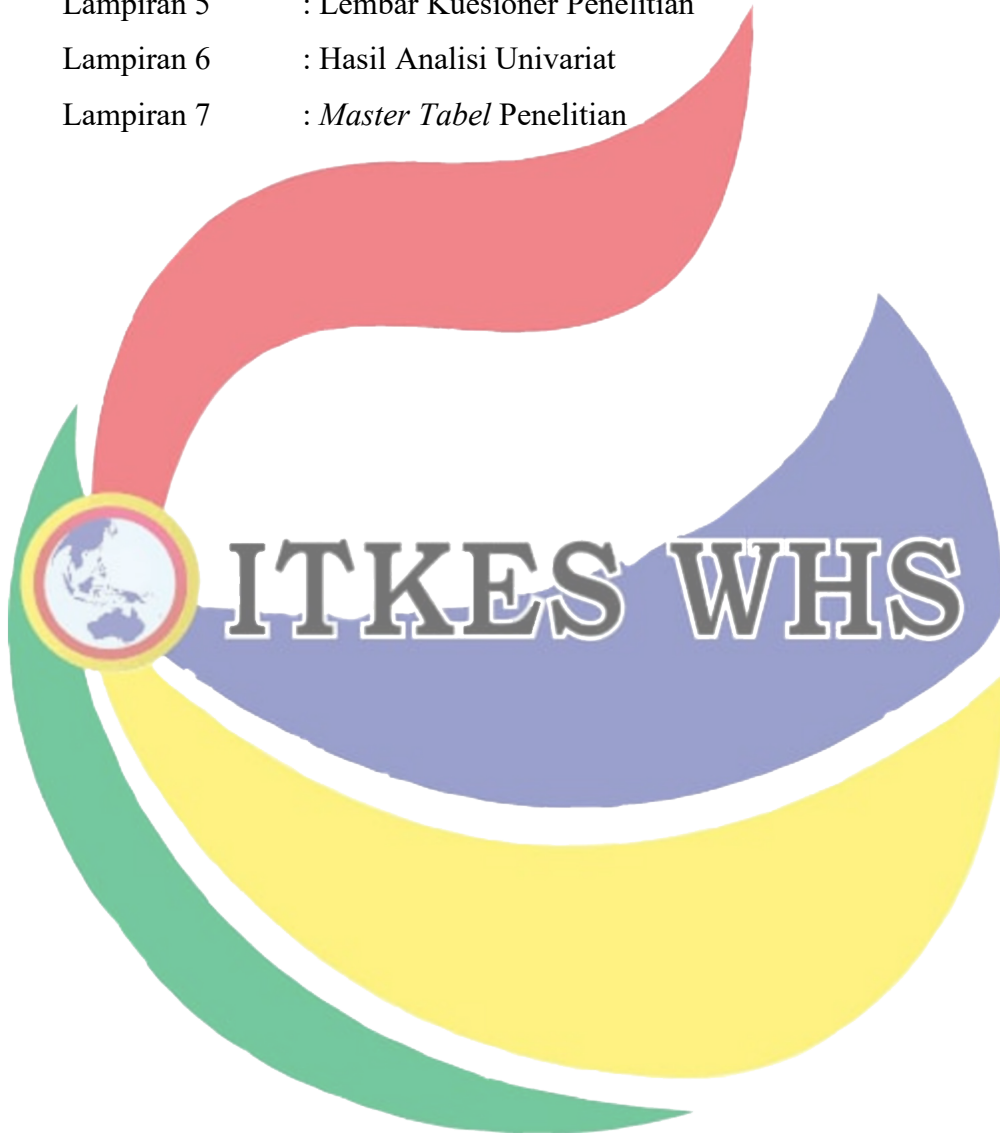
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Model *Stres General Adaptation Syndrome*..... 17



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data
Lampiran 2 : Surat Balasan Ijin Penelitian
Lampiran 3 : Lembar Penejelasan Penelitian
Lampiran 4 : Lembar *Informed Consent*
Lampiran 5 : Lembar Kuesioner Penelitian
Lampiran 6 : Hasil Analisis Univariat
Lampiran 7 : *Master Tabel* Penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Paru-paru adalah organ tubuh manusia yang sangat penting. Paru-paru terdiri dari struktur dengan peran masing-masing. Dalam paru-paru terjadi pertukaran antara darah yang kaya akan oksigen dan darah yang kaya akan karbondioksida. Oksigen akan salurkan dalam darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen diseluruh tubuh. Oksigen tersebut berfungsi untuk proses pembentukan energi yang dipergunakan untuk beraktivitas.

Pentingnya peran paru-paru harus dibersamai oleh terjaganya paru-paru dari masalah-masalah yang dapat mengganggu fungsinya. Masalah yang terjadi pada paru-paru akan sangat mengganggu rutinitas sehari-hari. Individu dengan gangguan pada paru-paru dapat mengalami perubahan peran. Individu dengan gangguan paru-paru yang parah akan membutuhkan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhan dasar. Masalah paru-paru akan membuat penderita kesulitan bernafas bahkan dapat mengakibatkan kematian jika tidak diatasi.

Paru-paru memiliki masalah yang beragam. Beberapa penyakit paru yang sering dijumpai adalah pneumonia, bronkitis, dan tuberkulosis. Tuberkolisis adalah salah satu penyakit yang memerlukan perhatian lebih. Hal tersebut di karenakan tuberkulosis paru merupakan salah satu penyakit menular dan peningkatan yang terus terjadi (Noeharsari, 2018).

Word Health Organization (WHO) menyatakan sebanyak 9 juta penduduk dunia terinfeksi bakteri tuberkulosis pada tahun 2013 lalu terjadi peningkatan kasus pada tahun 2014 sebanyak 9,6 juta penduduk dunia (Noeharsari, 2018). Sebanyak 98% kasus tuberkulosis terjadi pada negara berkembang. Kemiskinan dan jumlah penduduk yang padat menjadi

penyebab tingginya kasus tuberkulosis paru pada negara berkembang (Noerharsari, 2018).

Indonesia merupakan negara berkembang dengan angka kejadian tuberkulosis yang cukup tinggi. Sebanyak 500.000 kasus tuberkulosis baru dibersamai oleh 140.000 kematian setiap tahunnya (Noerharsari, 2018). Hal tersebut menunjukkan tuberkulosis menjadi salah satu masalah yang perlu diatasi. Penderita tuberkulosis memerlukan program khusus untuk mengatasi masalah yang kemungkinan terjadi.

Studi pendahuluan di Klinik Qica Muara Badak pada awal bulan Agustus 2020. Peneliti melakukan studi pendahuluan terhadap 6 pasien tuberkulosis. Studi pendahuluan tersebut mendapatkan data berupa 4 dari 6 pasien tuberkulosis paru merasa tidak nyaman dengan kondisi yang ia alami. Beberapa kondisi yang membuat responden tersebut tidak nyaman adalah merasa dijauhi tetangga, susah berinteraksi dan berkurangnya pemasukan.

Masalah yang harus diatasi pada penderita tuberkulosis bukan hanya masalah fisik. Masalah psikososial juga berpengaruh terhadap penyembuhan penderita tuberkulosis. Menurut Jong (2011) beberapa masalah psikososial yang dapat timbul adalah perasaan bosan hingga depresi (Suryani *et al.*, 2016). Stigma masyarakat, perasaan ragu akan sembuh, serta tidak percaya diri juga menjadi masalah psikososial yang dapat terjadi pada penderita tuberkulosis. Anjurkan mengkonsumsi obat rutin selama 6-12 bulan juga merupakan stressor bagi pasien tuberkulosis.

B. Rumusan Masalah

Paru-paru adalah organ yang berperan penting dalam fisiologi tubuh manusia. Masalah pada paru-paru akan mengganggu rutinitas kehidupan penderitanya. Tuberkulosis adalah salah satu masalah pada paru yang disebabkan oleh mycobacterium Tuberkulosis. Tuberkulosis adalah

penyakit yang menjadi masalah dunia maupun di Indonesia karena jumlah penderita dan kematian akibat yang terus mengalami peningkatan. Masalah yang dialami pasien tuberkulosis tidak hanya tentang kondisi fisik namun juga menyangkut kondisi psikososial. Beberapa masalah psikososial yang dapat dirasakan pasien tuberkulosis adalah perasaan kurang percaya diri, tidak yakin akan sembuh hingga depresi yang merupakan gejala stres. Uraian latar belakang diatas membuat peneliti tertarik untuk mencari tahu bagaimana “Gambaran stres pasien tuberkulosis”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

- a. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan stres yang dialami pasien tuberkulosis paru di Klinik Qica Muara Badak

2. Tujuan Khusus

- a. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin dan tingkat pendidikan.
- b. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi stres pasien tuberkulosis paru.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pasien Tuberkulosis Paru

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan pasien tuberkulosis paru.

2. Bagi Klinik

Penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi dan bahan untuk tenaga kesehatan guna memberi pendidikan kesehatan untuk menurunkan tingkat stres pasien tuberkulosis.

3. Bagi Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat mendukung proses pemberian asuhan keperawatan pada pasien tuberkulosis paru untuk mengatasi stres dan meningkatkan efikasi diri.

E. Penelitian Terkait

1. Arifin (2019). Gambaran Tingkat Stres dan Kualitas Hidup Pada Pasien Multiple-Drug Resistance Tuberkulosis di Poliklinik MDR Rumah Sakit Paru Prof. Dr. Goenawan Partowidigdo Cisarua Kabupaten Bogor. Penelitian tersebut adalah penelitian deskriptif kuantitatif yang bertujuan untuk menggambarkan tingkat stress dan kualitas hidup pasien MDR. Responden dalam penelitian tersebut berjumlah 34 responden dengan hasil penelitian 27 responden (79%) tidak mengalami stres atau dalam psikologis normal di ikuti oleh 5 responden (15%) dengan stres ringan dan hanya 2 responden (6%) yang mengalami stres sedang.

Perbedaan penelitian tersebut dengan penelitian ini terletak pada variabel yang diteliti. Penelitian tersebut meneliti pola koping dan tingkat stres sedangkan penelitian ini hanya meneliti gambaran stres pada pasien tuberkulosis paru. Selain itu terdapat perbedaan lokasi, waktu penelitian dan teknik sampling yang digunakan.

2. Fuadiati, Dewi, & K. (2019). Hubungan Mekanisme Koping dengan Stres Pasien TB Paru di Rumah Sakit Paru Jember. Tujuan penelitian tersebut adalah untuk menganalisis hubungan mekanisme koping dengan stres pasien TB paru di rumah sakit Paru Jember. Desain penelitian ini

adalah korelasional analitik dengan metode cross sectional. Populasi penelitian ini 145 dan sampelnya 84 responden dengan teknik sampling *Consecutive Sampling*. Hasil analisis data menggunakan Spearman *correlation* menyatakan terdapat hubungan antara pola koping dengan tingkat stres pasien tuberkulosis

Perbedaan antara penelitian tersebut dan penelitian ini terletak pada desain penelitian dan tujuan penelitian. Penelitian tersebut bertujuan mencari tahu hubungan antara mekanisme koping dengan tingkat stres menggunakan analisis *Spearman Correlation*. Terdapat persamaan teknik sampling yaitu menggunakan teknik sampling *consecutive sampling*.

3. Suryani *et al.* (2016) Psikoedukasi Menurunkan Tingkat Depresi, Stres dan Kecemasan pada Pasien Tuberkulosis Paru. Penelitian tersebut merupakan penelitian Quasy Eksperimen yang mencoba membuktikan apakah terdapat pengaruh antara intervensi Psikoedukasi terhadap tingkat stres pasien tuberkulosis paru. Penelitian tersebut membuktikan terdapat pengaruh positif dari terapi psikoedukasi terhadap penurunan tingkat stres pada kelompok intervensi yang berjumlah 37 responden.

Perbedaan penelitian tersebut dengan penelitian ini adalah desain penelitian dan tujuan penelitian. Penelitian tersebut memberikan intervensi sedangkan penelitian ini hanya mencari tahu gambaran stres pasien tuberkulosis paru.

4. May *et all.* (2016). Hubungan Lama Pengobatan dengan Tingkat Stres pada Pasien Tuberkulosis Paru di RSUD Al – Ihsan Kabupaten Bandung Periode Maret – Mei 2016. Penelitian ini bertujuan untuk mencari tahu korelasi antara lama pengobatan dengan tingkat stres pasien tuberkulosis paru. Penelitian ini mengobservasi 130 responden dan didapatkan hasil sebagian besar responden paru mengalami tingkat stres sedang sebanyak 112 orang (86.2%) dan stres berat sebanyak 18 orang (13.85%).

Perbedaan penelitian tersebut dengan penelitian ini adalah terdapat pada tujuan penelitian dan analisis yang digunakan. Selain itu terdapat perbedaan karakteristik responden dimana penelitian tersebut berfokus lama pengobatan pasien sedangkan penelitian ini tidak memasukkan lama pengobatan ke dalam karakteristik responden penelitian.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Tuberkulosis

a. Definisi

Tuberkulosis paru merupakan peradangan parenkim paru dan juga termasuk pneumonia yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (Djojodibroto, 2009). Smeltzer (2002) menyatakan Tuberkulosis paru (TB) adalah penyakit menular yang menyerang parenkim paru dengan penyebab utama adalah *Mycobacterium tuberculosis*. TB adalah penyakit infeksi menular yang menyerang paru dan hampir seluruh organ lainnya yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (Nurarif & Kusuma, 2015).

b. Penyebab

Tuberkulosis (TB) paru disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* sebuah *basil* yang mudah dibasmi dengan pemanasan, sinar matahari dan sinar ultraviolet. *Mycobacterium tuberculosis* memiliki dua tipe yaitu tipe *Bovin* dan tipe *Human*. Tipe *bovin* adalah tipe *basil* yang berada pada susu sapi yang menderita *mastitis* sedangkan tipe *human* berada pada droplet dan udara yang berasal dari pasien tuberkulosis (Nurarif & Kusuma, 2015).

Bakteri yang masuk ke dalam paru-paru akan menyebar melalui aliran darah. Infeksi yang disebabkan bakteri ini dapat bertahan hingga bertahun-tahun. Bakteri *mycobacterium tuberculosis* masuk ke dalam paru-paru dan berkembangbiak tanpa menimbulkan respon pertahanan tubuh. Ketidakseimbangan daya tahan tubuh akan membuat bakteri ini reaktif (Nurarif & Kusuma, 2015). Sifat dari

Mycobacterium tuberculosis menurut Kemenkes RI (2014) adalah sebagai berikut:

- 1) Memiliki panjang sekitar 1-10 μm dengan lebar 0,2-0,6 μm
- 2) Dalam pemeriksaan mikroskop bakteri berbentuk batang dengan warna kemerahan
- 3) Mampu bertahan dalam suhu 4 derajat minus 70 derajat celsius dalam waktu yang lama
- 4) Peka terhadap suhu panas, sinar ultraviolet dan sinar matahari
- 5) Dapat mati dalam waktu beberapa menit jika terpapar langsung dengan sinar ultraviolet
- 6) Bersifat tidur atau *dormant*

c. Proses penularan

Penularan berasal dari penderita TBA positif juga dapat berasal dari pasien TBA negatif walaupun kemungkinannya kecil. Kuman berada dalam percikan dahak dan di udara setelah pasien bersin atau batuk. Penularan mudah terjadi jika percikan droplet berada dalam waktu yang lama dan dapat berkurang jika ventilasi ruangan baik serta kuman dapat mati jika langsung terpapar sinar matahari dan sinar ultraviolet langsung. Tingkat penularan di tentukan jumlah dan konsentrasi bakteri yang dikeluarkan penderita. Hal tersebut juga didukung seberapa lama seseorang menghirup dan terpajan dengan percikan dahak (Departemen Kesehatan RI, 2011 dalam Arganata, 2018).

d. Klasifikasi

Klasifikasi dan tipe penyakit tuberkulosis menurut Departemen Kesehatan RI (2008) meliputi lokasi organ tubuh yang sakit, bakteriologi (BTA positif atau BTA negatif), tingkat keparahan penyakit dan riwayat pengobatan.

Klasifikasi berdasarkan letak organ:

- 1) Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang bagian parenkim paru-paru tidak termasuk pleura serta kelenjar hilus.
- 2) Tuberkulosis *ekstra*-paru merupakan tuberkulosis yang juga menyerang organ selain paru seperti selaput otak, selaput jantung, kelenjar limfe, tulang, persendian, usus, ginjal, saluran perkemihan.

Klasifikasi tuberkulosis berdasarkan bakteriologi:

- 1) Tuberkulosis paru BTA positif
 - a) Minimal 2 dari 3 spesimen dahak SPS positif
 - b) Foto torak menunjukkan gambaran tuberkulosis dan 1 spesimen dahak SPS mendapatkan hasil BTA positif
 - c) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakkan kuman TB positif
 - d) 1 atau lebih spesimen dahak memiliki hasil positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya member hasil BTA negatif dan tidak ada perbaikan selama pemberian antibiotic non OAT.
- 2) Tuberkulosis paru BTA negatif
 - a) Minimal 3 spesimen dahak SPS mendapatkan hasil BTA negatif
 - b) Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis

c) Tidak ada perbaikan setelah pemberian obat antibiotik OAT

Klasifikasi tuberkulosis berdasarkan tingkat keparahan penyakit:

- 1) Tuberkulosis paru negatif foto toraks positif dibagi menjadi bentuk ringan dan beratnya. Tuberkulosis berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan kerusakan paru yang luas
- 2) TB ekstra paru dibagi berdasarkan tingkat keparahannya
 - a) TB ekstra paru ringan jika penyakit meliputi kelenjar limfe, plueritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi dan kelenjar adrenal
 - b) TB ekstra paru berat jika penyakit meliputi meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleura eksudativa bilateral, TB tulang belakang, usus, saluran kemih, dan alat kelamin

Klasifikasi tuberkulosis berdasarkan riwayat pengobatan:

- 1) Baru, pasien baru yang belum pernah mendapat pengobatan OAT atau pernah menggunakan OAT dalam kurun waktu 4 minggu
- 2) Kambuh adalah pasien tuberkulosis paru yang telah dinyatakan sembuh lalu mendapatkan diagnosis TBA positif
- 3) Pengobatan setelah putus obat adalah pasien yang telah berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif
- 4) *Failure*, pasien yang telah menjalani pengobatan bulan kelima dengan pemeriksaan dahak tetap positif atau kembali positif
- 5) Pindahan, pasien yang dipindahkan dari UPK yang terdaftar tuberkulosis lain untuk melanjutkan pengobatan
- 6) Lain-lain, semua kasus yang tidak memiliki kriteria diatas. Kasus kronik pasien dengan hasil pemeriksaan BTA positif.

e. Faktor Resiko

Suryo (2010) memaparkan beberapa faktor resiko tuberkulosis paru adalah sebagai berikut:

- 1) Jenis kelamin, laki-laki lebih beresiko menderita tuberkulosis karena kebiasaan merokok dan mengkonsumsi alkohol yang dapat menyebabkan turunnya pertahanan tubuh
- 2) Umur, 75% penderita tuberkulosis di Indonesia berada di rentang usia 15-50 tahun.
- 3) Pendidikan, pengetahuan tentang tuberkulosis berpengaruh dalam membangun rumah yang dapat mengurangi tingkat penularan tuberkulosis paru.
- 4) Pekerjaan, lingkungan pekerjaan yang berdebu memiliki resiko gangguan saluran pernafasan. Lingkungan pekerjaan yang lembab, gelap dan ventilasi yang kurang baik beresiko meningkatkan terjadinya penularan
- 5) Merokok, kebiasaan merokok dapat mempermudah terjadinya infeksi tuberkulosis paru
- 6) Pencahayaan, bakteri penyebab tuberkulosis relatif tidak tahan dengan cahaya sinar matahari.
- 7) Perilaku, perilaku terdiri dari pengetahuan, sikap dan tindakan. Kurangnya pengetahuan tentang bahaya, penularan dan pengobatan tuberkulosis dapat berpengaruh terhadap sikap dan tindakan sebagai orang sakit yang dapat menularkan penyakitnya.

f. Gejala Klinis

Djojodibroto (2009) menyatakan gejala tuberkulosis paru terdiri dari gejala umum dan gejala respiratorik.

1) Gejala umum

- a) Demam, bersifat hilang timbul yang biasa terjadi saat malam hari terkadang mencapai hingga 40 celsius.
- b) Malaise, terjadi pada jangka waktu yang panjang berupa penurunan berat badan, anoreksia, pegal.

2) Gejala respiratorik

- a) Batuk kering atau batuk produktif, sebuah indikator dan gejala yang paling sering terjadi pada penderita tuberkulosis
- b) Sesak nafas, terjadi bila radang parenkim, efusi pleura, pembesaran nodus limfa pada hilus menekan bronkus.
- c) Nyeri dada, bersifat plueritik akibat andil pleura dalam penyakit ini
- d) Batuk darah, kemungkinan terjadi dalam skala ringan maupun berat.

g. Diagnosis

Departemen Kesehatan RI (2011) dalam (Arganata, 2018) membagi cara penegakan diagnosa tuberkulosis berdasarkan tipe penyakitnya. Adapun penegakan diagnosa dilakukan sebagai berikut:

1) Diagnosa Tuberkulosis Paru

Pemeriksaan 3 spesimen pasien suspek TB dilakukan selama 2 hari sewaktu-pagi-sewaktu. Pemeriksaan mikroskopis dahak menjadi indikator penegkan diagnosis utama dan didukung pula

oleh foto toraks. Penegakan diagnosa hanya menggunakan foto toraks tidak dibenarkan.

2) Diagnosa Tuberkulosis Ekstra Paru

Penegakan diagnosa dilakukan dengan pemeriksaan bakteriologi, histopatologi dan pemeriksaan klinis. Gejala terjadi sesuai dengan organ yang sakit seperti meningitis TB yang ditandai kaku kuduk, TB pleura ditandai dengan nyeri dada, limfedinitis dengan pembesaran kelenjar limfe serta spondilitis TB ditandai dengan deformitas tulang belakang.

3) Diagnosa Tuberkulosis pada orang dengan HIV/AIDS (ODHA)

- a) TB paru BTA positif, ditegakkan dengan sedikitnya satu pemeriksaan dahak positif
- b) TB paru BTA negatif, ditegakan dengan pemeriksaan dahak negatif di dukung dengan pemeriksaan klinis dan radiologis BTA negatif dengan kultur TB positif
- c) TB ekstra paru pada ODHA ditegakan dengan pemeriksaan klinis, radiologis, histopatologi dan pengambilan kultur jaringan organ yang terkena

h. Pengobatan

Pengobatan tuberkulosis dilakukan dengan tujuan pengobatan, memutus rantai penularan, resistensi OAT, mencegah kekambuhan. Pengobatan tuberkulosis dmenggunakan prinsip multidrug regimen untuk mencegah terjadinya resistensi terhadap obat maka dipergunakan OAT. Menurut Departemen Kesehatan RI (2012), prinsip pengobatan dilakukan dengan prinsip sebagai berikut:

- 1) Penggunaan OAT dilakukan dengan kombinasi beberapa obat yang jumlah dan dosis sesuai dengan kategori pengobatan.

- 2) Petugas PMO bertugas untuk mengawasi kepatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat.
- 3) Pengobatan TB terbagi dalam 2 fase yaitu fase intensif dan fase lanjutan. Fase intensif selama 2-3 bulan dengan pengawasan ketat untuk mencegah resistensi obat karena pasien mengkonsumsi obat setiap hari. Fase lanjutan selama 4-6 bulan bertujuan untuk membunuh bakteri dan mencegah kekambuhan. Pasien mendapat obat dalam jumlah lebih sedikit dalam jangka waktu yang panjang.

Evaluasi berkelanjutan dilakukan selama pasien dalam masa pengobatan. Adapun lima hal yang dievaluasi selama masa pengobatan menurut PDPI (2006) dalam (Arganata, 2018) adalah sebagai berikut:

1) Evaluasi Klinis

Evaluasi klinik dilakukan untuk melihat respons pengobatan apakah terdapat efek samping atau komplikasi dari terapi obat yang diberikan. Pada bulan pertama pasien dievaluasi setiap 2 minggu dan dilanjutkan pada bulan berikutnya.

2) Evaluasi bakteriologi

Evaluasi ini bertujuan untuk mengecek apakah terdapat konversi dahak yang dilakukan dengan pemeriksaan sebelum pengobatan dimulai lalu dilanjutkan evaluasi pada fase intensif (bulan ke-2) dan diakhiri pada akhir masa pengobatan.

3) Evaluasi radiologis

Evaluasi ini dilakukan dengan pemeriksaan foto toraks sebelum pengobatan lalu dilanjutkan pada masa intensif (bulan ke-2) namun dapat di evaluasi pada bulan pertama jika terdapat kemungkinan keganasan dan di akhiri pada akhir pengobatan.

4) Evaluasi efek samping secara klinis

Evaluasi ini dilakukan untuk mengecek apakah kemungkinan adanya efek samping maka perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium.

5) Evaluasi keteraturan berobat

Evaluasi ini dilakukan untuk memeriksa apakah penggunaan obat sesuai dengan rencana pengobatan, apakah pasien rutin mengkonsumsi obat. Jika pasien tidak rutin mengkonsumsi obat dapat menyebabkan resistensi obat.

i. Kondisi psikologis pasien tuberkulosis

Departemen Kesehatan RI (2008) mengemukakan bahwa selain menimbulkan masalah fisik tuberkulosis juga dapat menimbulkan masalah psikososial. Pekerja yang menderita tuberkulosis akan mendapatkan batasan-batasan aktivitas yang dapat mengakibatkan mengalami penurunan penghasilan bahkan dapat kehilangan sumber penghasilan (Efendi, 2008). Amadotir (2009) menyatakan sumber ketakutan pasien tuberkulosis berasal dari lamanya pengobatan, kehilangan pekerjaan, mendapatkan penolakan atau diskriminasi masyarakat dan ketakutan dapat menularkan penyakit kepada orang lain. Mansjoer (2008) menyatakan pasien tuberkulosis dapat mengalami *distress* spiritual berupa menyalahkan Tuhan karena penyakit yang ia derita.

2. Konsep Stres

a. Definisi

Cannon (1914) menyatakan stres adalah sebuah perubahan keseimbangan fisiologis yang disebabkan oleh rangsangan terhadap fisik maupun psikologis (Barlett, 1998 dalam Gaol, 2016). Cannon

menjelaskan stres sebagai respon akibat rangsangan yang diterima oleh fisik maupun psikologis seseorang. Hinkle (1974) menjelaskan stres adalah sebuah stimulus berupa tekanan, ketegangan dan ketakutan terhadap fisik dan psikologis (Gaol, 2016). Secara umum stres adalah ketidaksesuaian antara harapan dan kenyataan secara fisik dan psikologis yang menyebabkan tekanan pada seseorang (Sukadiyanto, 2010). Stres dapat berupa stimulus yang menghasilkan efek terhadap fisik atau psikologis dapat pula menjadi respon dari rangsangan yang diterima.

b. Pendekatan Stres

1) Stres model Stimulus

Lyon (2012) menyatakan stres model stimulus menitikberatkan stres sebagai penyebab atau yang memberikan pengaruh pada manusia (Gaol, 2016). Dalam model ini, stres adalah sebuah variabel bebas yang memberikan pengaruh hingga menimbulkan respon atau reaksi. Model stres stimulus adalah sebuah *stressor* yang memberikan rangsangan hingga memicu stres pada seseorang (Bartlett, 1998 dalam Gaol, 2016).

2) Stres model Respons

Selye (1950) menyatakan stress adalah sebuah respon seseorang akibat rangsangan yang ia terima (Gaol, 2016). Selye (1950) memperkenalkan sebuah model stres *General Adaptation Syndrome* (GAS) sebuah respon yang terdiri dari *alarm* (tanda bahaya), *resistance* (perlawanan) dan *exhaustion* (kelelahan).

a) *Alarm*

Alarm adalah situasi ketidaksesuaian harapan dan kenyataan (Ursin & Erikson, 2004 dalam Gaol, 2016). Karena berpotensi mengancam keseimbangan maka tubuh mengaktifkan reaksi *flight or fight* (Lyon, 2012 dalam Gaol, 2016). Reaksi reaksi

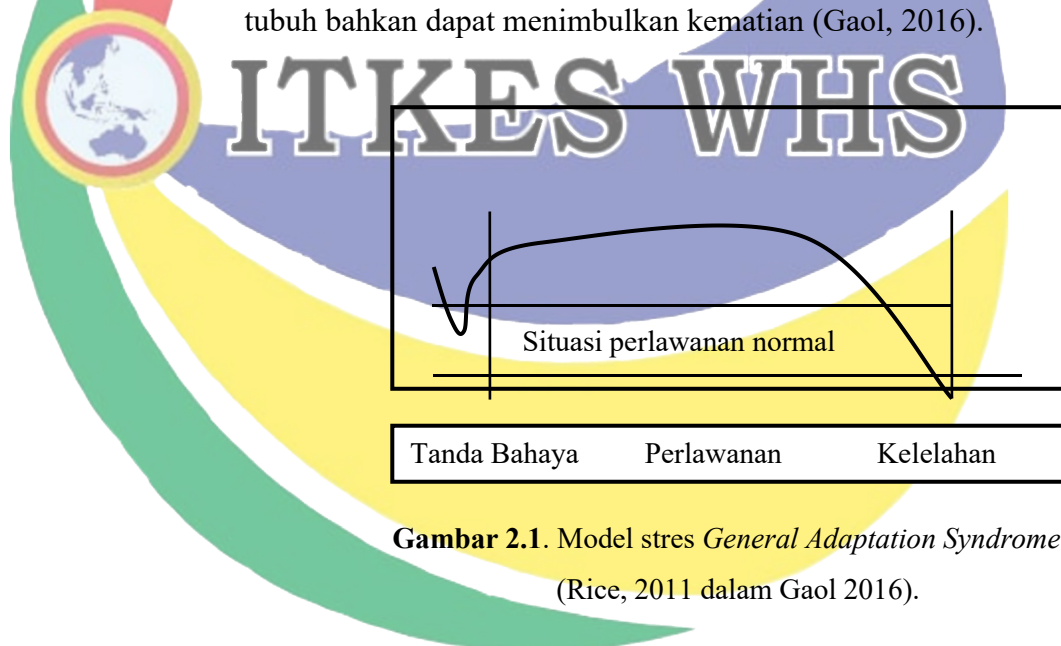
yang dapat timbul pada tahan ini dapat berupa sakit di dada, jantung berdebar-debar, sakit kepala, disfagia, kram, dan lain sebagainya (Rice, 2011 dalam Gaol, 2016).

b) *Resistance*

Resistance adalah tahap lanjutan dari *General Adaptation Syndrome* saat tubuh mengerahkan kekuatan fisik untuk melanjutkan kerusakan karena akibat rangsangan yang cenderung berbahaya (Lyon, 2012 dalam Gaol, 2016).

c) *Exhaustion*

Exhaustion adalah tahap terakhir dari *General Adaptation Syndrome*. Pada tahap ini tubuh sudah tidak mampu melawan sumber stres. Menurut Lyon (2012) dan Rice (2011) dampak terburuk pada tahap ini dapat berupa kehilangan fungsi organ tubuh bahkan dapat menimbulkan kematian (Gaol, 2016).



Gambar 2.1. Model stres *General Adaptation Syndrome* (Rice, 2011 dalam Gaol 2016).

3) Stres model Transaksional

Lazurus dan Folkman (1984) menyatakan hubungan antara individu dan lingkungannya yang dianggap sebagai tuntutan atau ketidakmampuan dalam menghadapi situasi kondisi yang mengancam atau berbahaya disebut dengan stres (Gaol, 2016).

Jumlah stres dalam model ini ditentukan oleh *appraisal* (penilaian) individu terhadap situasi yang dianggap berbahaya. *Appraisal* terdiri dari *primary appraisal* dan *secondary appraisal* (Lazarus dan Folkman, 1984 dalam Gaol, 2016). *Primary appraisal* dimulai saat individu mengalami sesuatu lalu seseorang mengevaluasi dampak yang kemungkinan terhadap sumber daya yang ada dalam kondisi kesehatan (Lyon, 2012 dalam Gaol, 2016). Setelah melewati fase *primary appraisal*, individu akan masuk ke dalam fase *secondary appraisal* yaitu fase penentuan jenis *coping* yang akan digunakan dalam menghadapi situasi yang dianggap mengancam (Lyon, 2012 dalam Gaol, 2016).

c. Jenis-jenis stres

Stres terbagi menjadi beberapa jenis yaitu stres baik dan stres buruk. Nasir dan Mutith (2011) menyatakan perasaan yang baik *anxiousness (distress)* atau *pleasure (eustres)* dapat disebabkan oleh perubahan fisiologis saat stres (Afnis, 2017). Stres baik (*eustres*) adalah stress yang memiliki dampak positif jika seseorang berusaha memenuhi atau menyelesaikan tuntutan atau pekerjaan. Mempersepsikan tuntutan sebagai pembelajaran adalah salah satu pengertian dari stres yang baik.

Stres buruk (*distress*) merupakan stres negatif yang membuat seseorang merasa terganggu dan merasa terancam. Jika dilihat dari sisi merugikan stres ini akan membuat individu dalam keadaan sulit. Beberapa dampak yang dapat muncul pada stres ini berupa menyalahkan diri sendiri, menghindari masalah bahkan menyalahkan orang lain. Jenis stres lainnya yaitu :

1) Frustrasi

Kondisi terhambatnya seseorang dalam mencapai tujuan.

2) Konflik

Keadaan dimana perilaku perlu diekspresikan dan respon saling memberatkan antara dua orang atau lebih.

3) Perubahan

Suatu keadaan yang tidak membutuhkan suatu penyesuaian.

4) Tekanan

Kondisi dimana seseorang mendapatkan tuntutan dan harapan besar.

d. Penyebab stres

Stressor adalah hal faktor yang memunculkan respon stres. Kemunculan stresor dapat dari berbagai penyebab baik berupa kondisi fisik, psikologis, rutinitas, kondisi pekerjaan, rumah, dan lingkungan lainnya (Patel, 1996 dalam Afnis, 2017). Menurut Pritoyo (2014) dalam (Afnis, 2017) stressor secara umum dibagi menjadi 3, yaitu:

1) Stressor Fisik

Stresor fisik dapat berupa suara yang bising, polusi, keracunan dan obat-obat (bahan kimiawi) serta suhu yang tidak sesuai dengan tubuh.

2) Stressor Sosial

a) Stressor yang berasal dari kondisi keuangan & pajak yang tinggi, sosial, politik, teknologi, lapangan pekerjaan dan kejahatan

b) Stres yang berasal dari keluarga, kecemburuan, iri hati, bela sungkawa, perbedaan gaya dengan pasangan ataupun keluarga

c) Karir dan jabatan berupa persaingan dengan kerabat kerja, atasan ataupun tata tertib pekerjaan

d) Adanya harapan yang tinggi, hubungan yang kurang harmonis dan pelayan yang tidak sesuai pada interpersonal dan lingkungan.

3) Stres Psikologis

a) Frustrasi

Frustrasi adalah terdapatnya hambatan yang membuat tujuan atau keinginan tidak tercapai

b) Ketidakpastian

Perasaan bingung, rasa bersalah, tertekan dan khawatir serta ragu terhadap pekerjaan atau masa depan.

e. Tahapan stres

Manifestasi stres timbul secara perlahan sehingga tidak disadari oleh seseorang. Biasanya gejala-gejala stress akan disadari di fase lanjutan dan mengganggu fungsi rutinitas (Hawari, 2016 dalam Afnis, 2017).

1) Stres Tahap I

Stres tahap I merupakan stres yang paling ringan dan biasanya disertai perasaan berupa semangat bekerja berlebihan, lebih teliti dari biasanya hingga perasaan mampu menyelesaikan pekerjaan lebih besar dan lebih rumit.

2) Stres Tahap II

Pada tahap ini perasaan semangat dan menyenangkan di tahap I mulai berkurang dan mulai terdapat keluhan karena waktu istirahat yang kurang memadai untuk memulihkan tenaga. Pemulihan tenaga dapat dilakukan dengan istirahat dan tidur. Gejala yang akan muncul pada tahap II berupa perasaan letih saat bangun tidur dipagi hari, mudah lelah setelah makan siang, perasaan tidak

nyaman pada abdomen, detakkan jantung lebih keras dari biasanya serta perasaan tegang pada tengkuk sehingga mempersulit mencapai kondisi santai.

3) Stres Tahap III

Keadaan yang membuat individu mengerjakan sesuatu tanpa menghiraukan gejala pada stress tahap II maka individu tersebut dapat merasakan gejala berupa gangguan lambung dan usus, peningkatan ketegangan otot, tidak tenang & kurang mampu mengendalikan emosi, gangguan pola tidur hingga terganggunya koordinasi dalam tubuh.

4) Stres Tahap IV

Pada tahap ini akan muncul beberapa gejala berupa perasaan aktivitas pekerjaan semakin sulit, kurang mampu merespon dengan baik, gangguan tidur, gangguan pada rutinitas, kualitas konsentrasi menurun hingga mudah merasa bingung dan panik.

5) Stres Tahap V

Bila stress berlanjut maka akan timbul gejala berupa kelelahan fisik semakin meningkat, ketidakmampuan mengerjakan pekerjaan ringan, gangguan pada sistem pencernaan semakin berat hingga rasa takut dan cemas yang meningkat.

6) Stres Tahap VI

Tahap ini merupakan tahapan tertinggi dari stress dimana seseorang mengalami panik dan perasaan takut mati, dengan gejala berupa detak jantung yang semakin keras dari sebelumnya, kesulitan bernafas, gemetar, keringat dingin, malaise hingga pingsan.

f. Fungsi stres

Donsu (2017) dalam (Afnis, 2017) menyatakan stres memiliki fungsi bagi individu, sebagai berikut :

- 1) Dalam hal spiritual stres dapat menjadi pembelajaran dan pemacu individu menjadi lebih baik dimasa mendatang. Jika stres dapat diatasi maka stres yang berupa kesusahan atau hal yang menyedihkan lainnya dapat menjadi hal positif serta pengalaman yang berharga.
- 2) Bagi kejiwaan, stres dapat berfungsi sebagai proses penguatan jiwa individu. Dengan adanya stres individu dapat menempatkan emosinya di tempat yang seharusnya.
- 3) Bagi tubuh stres berfungsi sebagai pencegahan dan pertahanan tubuh terhadap sesuatu yang dianggap berbahaya. Stres dapat dipergunakan sebagai *alarm* atau pengingat saat tubuh dalam kondisi berbahaya.

B. Aplikasi Teori Keperawatan

1. Aplikasi teori keperawatan yang berhubungan dengan stres pasien tuberkulosis

Sister Calista Roy merupakan anggota susteran Saint Joseph, Carondelet yang lahir pada tanggal 14 Oktober 1939 di Los Angeles, California. Pada tahun 1963, Roy mendapatkan gelar sarjana keperawatan dari Mount Saint Mary's College, Los Angeles dan gelar magister pada tahun 1996 di *University of California*. Setelah itu, Roy juga mendapatkan gelar sarjana sosiologi tahun 1973 dan magister sosiologi pada tahun 1977 di *University of California* (Alligood, 2014). Roy dikenal dengan konsep adaptasi untuk dijadikan kerangka konseptual untuk yang sesuai bidang keperawatan. Konsep dasar

adaptasi ia kembangkan saat pascasarjana pada tahun 1964 hingga 1966 di University of California, Los Angeles. Pada tahun 1968, Mount Saint Mary's College mengadopsi kerangka kerja adaptasi dalam kurikulum keperawatan saat itu pula Roy mulai mengoperasionalkan kerangka tersebut (Alligood, 2014).

Roy mendiskusikan tentang diri dan identitas kelompok pada buku Alligood (2014) "*Introduction to Nursing : An Adaptation Model*". Pada tahun 1984, Roy dan kolaboratornya mengutip karya Coombs dan Spygg tentang konsistensi diri dan faktor utama yang memengaruhi konsep diri. Selain itu, ia juga mengambil teori interaksi sosial sebagai landasan teoritis seperti persepsi diri dipengaruhi oleh persepsi terhadap respons orang lain yang di istilahkan sebagai melihat kaca diri yang merupakan teori dari Cooley (1902) (Alligood, 2014).

Konsep model adaptasi Roy pada skema 2.1 meintikberatkan konsep adaptasi manusia. Hal yang dimaksud adalah manusia (individu yang mendapat asuhan keperawatan), keperawatan, konsep sehat-sakit, konsep lingkungan dan aplikasi tindakan keperawatan yang merupakan 5 objek utama dalam teori adaptasi (Nursalam, 2017).

a. Manusia

Roy berpendapat beberapa kelompok yang dapat menerima asuhan keperawatan terdiri dari individu, kelompok, komunitas atau sosial. Sistem yang digunakan dalam asuhan keperawatan terhadap kelompok masyarakat tersebut berupa keterbukaan dan menyeluruh agar dapat terjadi koordinasi informasi yang baik antara sistem dan lingkungan.

1) Input

Internal seseorang merupakan input dari sistem adaptasi. Menurut Roy stimulus berupa energi, informasi dan peristiwa juga

merupakan input. Peristiwa-peristiwa yang pernah dialami berpengaruh terhadap tingkat respons adaptasi seseorang.

2) Proses

Roy menyatakan sistem adaptasi dapat dijelaskan menggunakan mekanisme koping dalam proses individu. Mekanisme koping adalah bagian dari keperawatan yang didalamnya terdapat *regulator* dan *kognator*. Sistem regulator diperantarai oleh senyawa kimiawi, saraf dan endokrin yang berasal dari batang otak dan korda spinalis. Proses *output* regulator terjadi dibawah kontrol endokrin yang menyebabkan pengaktifan *Adreno Corticallyroid Hormon* (ACTH). Dalam proses *output* terdapat umpan balik antara subsistem regulator dan subsistem kognator. Kontrol kognator berpengaruh terhadap pandangan, informasi, emosi dan pengambilan keputusan yang terjadi di otak.

3) Efektor

Menurut Roy, efektor adalah proses adaptasi pada diri seseorang yang meliputi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan ketergantungan. Korelasi perilaku dengan adaptasi berupa gejala tingkat adaptasi seseorang dan proses penggunaan mekanisme koping.

4) Output

Metode adaptasi berhubungan dengan perilaku individu. Manajemen koping yang tidak optimal dapat mengakibatkan respons sakit (*maladaptif*). Jika hal tersebut terjadi maka individu tersebut memiliki masalah keperawatan adaptasi.

b. Keperawatan

Keperawatan adalah proses pemberian asuhan untuk membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan secara profesional hingga mencapai derajat kesehatan optimal. Menurut Roy keperawatan memiliki tujuan

ialah peningkatan adaptasi individu dalam empat model respon adaptasi. Masing-masing individu mempengaruhi perubahan internal, eksternal dan stimulus input. Stimulus fokal, kontekstual dan residual menjadi penentu tingkat adaptasi. Stimulus fokal diberikan secara langsung terhadap input yang masuk. Stimulus kontekstual adalah stimulus yang merangsang internal maupun eksternal yang dapat mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan disampaikan oleh individu. Stimulus residual karakteristik seseorang dan timbul sesuai dengan kondisi yang tidak mampu diukur secara objektif.

c. Konsep sehat-sakit

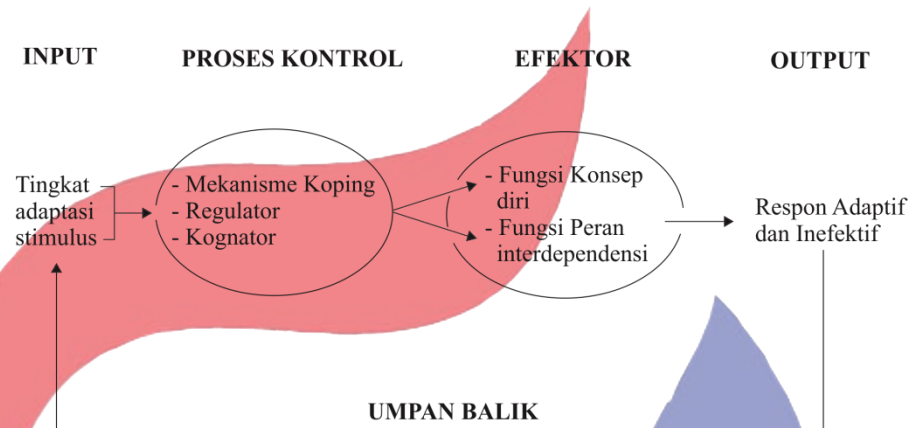
Menurut Roy sehat adalah suatu proses utuh dari meningo hingga tingkatan tertinggi yaitu sehat. Roy menyatakan kembali sehat adalah proses upaya menjadikan individu terintegrasi secara holistik baik berupa fisik, psikis dan sosial. Tujuan dari integritas adaptasi seseorang adalah untuk mempertahankan pertumbuhan dan reproduksi. Sakit adalah kondisi dimana individu tidak mampu beradaptasi secara efektif terhadap rangsangan dari dalam maupun luar tubuh. Latar belakang individu dalam mempersepsikan sehat sakit berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam beradaptasi.

d. Konsep lingkungan

Roy mengartikan lingkungan sebagai internal dan eksternal yang menjadi sebuah stimulus yang berpengaruh terhadap perkembangan individu maupun kelompok. Fisik, kimiawi dan psikologis adalah bentuk lingkungan eksternal yang dapat membuat individu merasa terancam. Dalam lingkungan internal beberapa hal yang dapat menimbulkan perasaan terancam adalah pengalaman, kepribadian dan emosional serta biologis.

e. Aplikasi pada asuhan keperawatan

Model keperawatan adaptasi Roy adalah pemberian standar pengembangan asuhan keperawatan yang dilakukan perawat melalui proses keperawatan. Proses keperawatan terdiri dari pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, intervensi dan evaluasi.

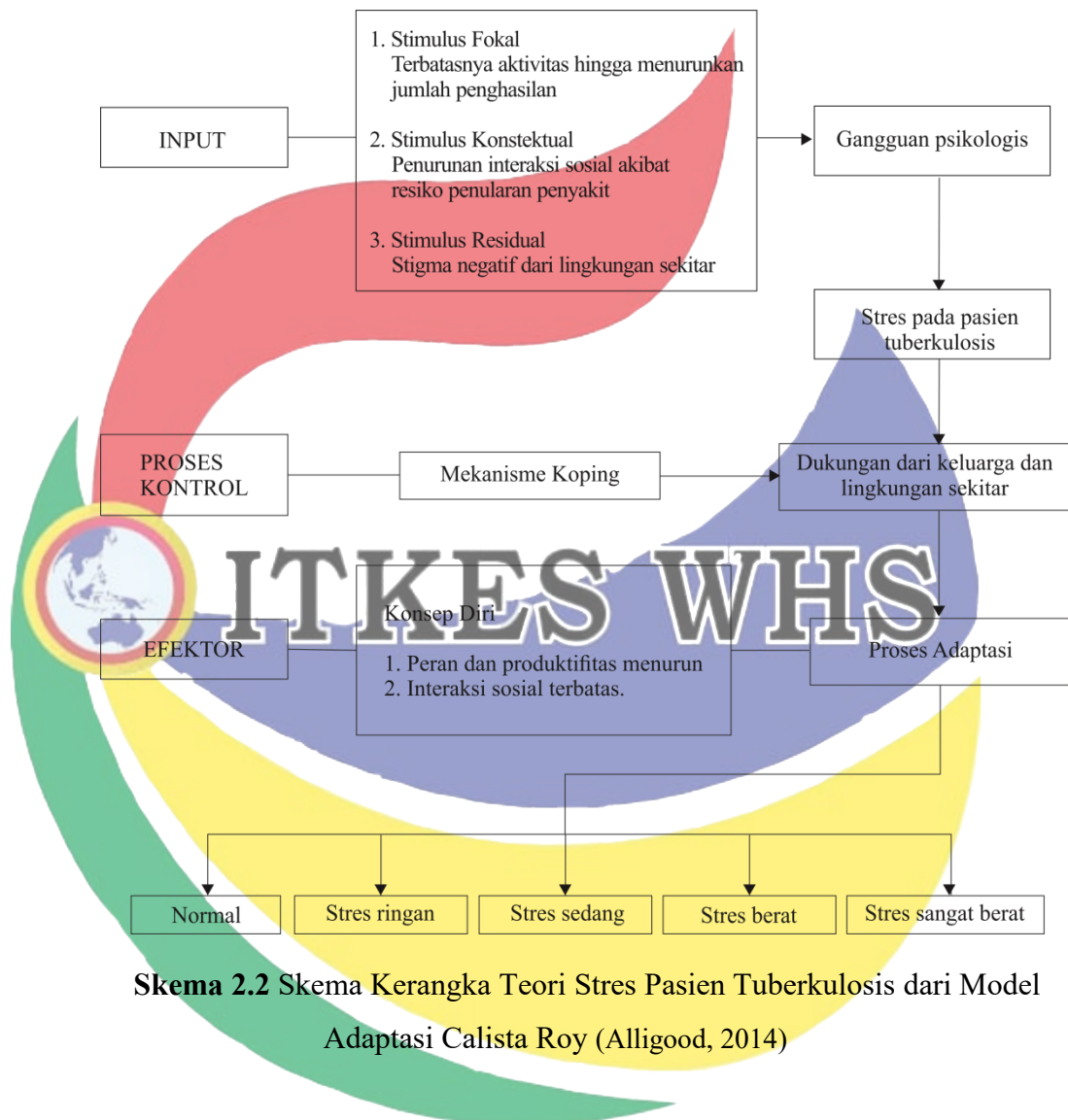


Skema 2.1 Skema Teori Roy : Manusia sebagai Sistem Adaptasi

(Alligood, 2014)

ITKES WHS

C. Kerangka Teori



Skema 2.2 Skema Kerangka Teori Stres Pasien Tuberkulosis dari Model Adaptasi Calista Roy (Alligood, 2014)

BAB III

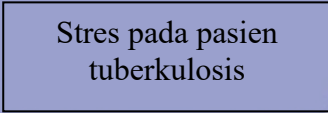
METODELOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif deskriptif untuk memaparkan fenomena yang terjadi saat ini. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*, sebuah pendekatan yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel dependen dan independen dalam satu waktu (Nursalam, 2017).

B. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antarvariabel (Nursalam, 2017)



Stres pada pasien
tuberkulosis

Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian

Keterangan:

: Variabel yang diteliti

C. Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus 2020 di Klinik Qica Muara Badak.

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Dalam penelitian populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2017). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien tuberkulosis di Klinik Qica Muara Badak yang berjumlah 22 orang.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dapat menjadi subjek penelitian melalui sampling. Dua syarat yang harus dipenuhi saat menetapkan sampel adalah representatif (mewakili) dan sampel cukup banyak (Nursalam, 2017). Sampel dalam penelitian ini berjumlah 22 responden ditentukan dengan teknik *total sampling*.

3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria sampel sangat membantu peneliti untuk mengurangi bias penelitian. Kriteria sampel terbagi menjadi dua yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi (Nursalam, 2017). Penelitian ini menggunakan teknik *total sampling* jadi tidak diperlukan kriteria inklusi dan eksklusi.

4. Teknik Sampling

Teknik sampling adalah cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2017). Penelitian ini melakukan sampling *Nonprobability sampling* dengan teknik *Total sampling* sebuah teknik pemilihan sampel dengan jumlah populasi dan sampel yang sama (Sugiyono, 2010). Jumlah populasi pasien tuberkulosis di Klinik Qica sebanyak 22 orang. Karena menggunakan teknik *total sampling* maka jumlah sampel yang diteliti berjumlah 22 responden.

E. Variabel dan Definisi Operasional

Variabel adalah konsep dari berbagai level abstrak yang di definisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran dan atau manipulasi suatu penelitian. Variabel terbagi menjadi 6 yaitu variabel independen (tidak terikat), variabel dependen (terikat), variabel moderator, variabel perancu, variabel control dan variabel random (Nursalam, 2017). Penelitian ini menggunakan satu variabel (univariat).

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nurslaam, 2017). Penjelasan penelitian ini terdapat pada tabel 3.1.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Stres pasien tuberkulosis paru	Stres pasien tuberkulosis adalah reaksi tubuh pasien tuberkusolis dalam menghadapi kondisi terancam dan harapan yang tidak realistis dari lingkungannya	Penelitian ini menggunakan kuesioner <i>Depression Anxiety and Stress Scale</i> 42 (DASS-42) Indikator: 0= Tidak pernah kadang kadang 2= Sering 3= Hampir setiap saat.	Normal : 0 – 14, Ringan : 15- 18, Sedang : 19-25, Berat : 26-33, Sangat berat : >34	Ordinal

F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian

1. Sumber Data

Data yang dikumpulkan pada penelitian ini bersumber dari data primer dan data skunder.

a. Data Primer

Data primer pada penelitian ini adalah data yang diperoleh langsung dari sumber data dengan mengisi kuesioner oleh responden yang dilakukan langsung oleh peneliti.

b. Data Sekunder

Data sekunder pada penelitian ini adalah data yang di dapatkan peneliti dari pihak Klinik Qica Muara Badak.

2. Intrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah perangkat yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana validitas dan reabilitas instrument telah diuji agar sesuai dengan ketepatan cara mengumpulkan data. Penelitian ini menggunakan instrumen penelitian dalam bentuk kuisisioner *Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS-42)* sebuah instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur kondisi emosional negatif. Kuisisioner ini terdiri dari 14 pertanyaan di masing-masing kondisi emosinya.

Tabel 3.2 Indikator Penilaian

Tingkat	Cemas	Depresi	Stres
Normal	0-9	0-7	0-14
Ringan	10-13	8-9	15-18
Sedang	14-20	10-14	19-25
Berat	21-27	15-19	26-33
Sangat Berat	>28	>20	>34

Tabel 3.3 Kisi-kisi kuesioner *Depression Anxiety and Stress Scale 42*

Dimensi	Indikator	Nomor Soal
Cemas	Tidak ada perasaan positif	3
	Tidak dapat berkembang	5
	Tidak ada harapan	10, 37
	Sedih, murung, tertekan	13 26
	Tidak ada minat	16
	Tidak berharga	17
	Hidup tidak berguna dan berarti	21, 34, 38
	Tidak menadapat kesenangan	24
	Tidak antisuas	31
	Sulit berinisiatif	42
	Depresi	Mulut kering
Sesak nafas		4
Sering gemetar		7, 41
Berada di situasi cemas		9
Pusing		15
Berkeringat tanpa sebab		19
Ketakutan		20, 36
Sulit menelan		23
Sadar akan aksi gerak jantung		25
Dekat dengan kepanikan		28, 40
Tidak berdaya		30
Stres	Jengkel pada hal kecil	1,11,18
	Bereaksi berlebihan	6
	Sulit rileks	8, 22, 29
	Energi yang terbuang percuma	12
	Tidak sabaran	14
	Menjengkelkan bagi orang lain	27
	Sulit mentolerir gangguan	32, 35
	Tegang	33
	Gelisah	39

G. Uji Instrumen

1. Uji Validitas

Uji validitas adalah pengukuran yang harus relevan dengan tujuan penelitian dan harus dapat memberikan gambaran terhadap subjek penelitian (Nursalam, 2017). Crawford dan Henry (2003) menyatakan instrumen *Depression Anxiety and Stress Scale 42* (DASS-

42) telah dilakukan uji validitas dengan nilai koefisien alfa depresi 0,947, ansietas 0,897 dan stres 0,933 (Rizkiani & Widyastuti, 2012)

2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah cara pengukuran untuk melihat reabilitas dengan menggunakan tiga prinsip yaitu kesamaan walaupun di ukur dalam waktu yang berbeda, pengukuran memberikan hasil yang sama pada kejadian yang sama, instrumen yang dipergunakan mempunyai isi yang sama (Nursalam, 2017). Lovibond (1995) yang dikutip oleh Crawford & Henry (2003) dalam penelitian dalam jurnal berjudul “*DASS: Normative data & latent structure in large non-clinician sample*” mempunyai nilai realibilitas sebesar 0,91 yang diolah berdasarkan penilaian Cronbach’s Alpha (Rachmadani, 2015)

H. Prosedur Pengumpulan Data

1. Membuat surat ijin studi pendahuluan di bagian administrasi ITKes Wiyata Husada Samarinda.
2. Peneliti mengajukan surat permohonan ijin studi pendahuluan dan pengambilan data di Klinik Qica Muara Badak.
3. Setelah mendapatkan surat balasan dari Klinik Qica, peneliti melakukan studi pendahuluan.
4. Hasil studi pendahuluan dituangkan dalam bentuk naskah dalam proposal penelitian.
5. Peneliti melakukan bimbingan dan ujian proposal
6. Peneliti berkoordinasi dengan pegawai Klinik Qica untuk menjelaskan tujuan, manfaat penelitian dan meminta kesediaan calon responden untuk menjadi responden.

7. Peneliti membagikan kuesioner ke responden untuk diisi dengan bantuan pegawai Klinik Qica.
8. Kuesioner dikembalikan kepada peneliti setelah selesai diisi.
9. Peneliti mengecek kembali kelengkapan dari pengisian butir-butir soal.

I. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

a) *Editing*

Kegiatan *editing* atau penyuntingan data dilakukan setelah tahapan pengumpulan data untuk memeriksa kelengkapan kuesioner.

b) *Coding*

Koding merupakan kegiatan merubah data dalam bentuk huruf menjadi data angka atau bilangan untuk mempermudah proses pemasukan data ke komputer dan analisis data

c) *Entry*

Pemasukan data setelah kuesioner telah di cek ulang dan diberi kode. Pada tahap ini dilakukan memasukkan data ke dalam *software* komputer untuk dianalisis

d) *Cleaning*

Kegiatan pembersihan atau pengecekan kembali data yang telah dianalisis melalui *software* computer untuk mengetahui ada atau tidaknya kesalahan saat memasukkan data.

J. Etika Penelitian

Prinsip dalam etika penelitian dibedakan menjadi 3 bagian. Menurut Nursalam (2008), ketiga prinsip tersebut berupa prinsip manfaat, prinsip menghargai hak-hak subjek dan prinsip keadilan.

1. Prinsip Manfaat

a) Bebas dari Penderitaan

Penelitian dilakukan dengan prinsip tidak akan memberikan penderitaan kepada subjek jika dilakukan tindakan khusus.

b) Bebas dari Eksploitasi

Partisipasi dari subjek penelitian harus terhindar dari tindakan yang dapat merugikan. Subjek harus yakin bahwa informasi yang ia berikan akan digunakan sebagaimana mestinya dan tidak merugikan.

c) Resiko

Peneliti harus bijak dan memperhatikan resiko serta keuntungan yang dapat dirasakan subjek

2. Prinsip Menghargai Hak Asasi Manusia

a) Hak untuk ikut/tidak menjadi responden

Subjek harus diperlakukan secara manusiawi. Subjek mempunyai hak memutuskan apakah mereka bersedia menjadi/tidak, tanpa akan mendapatkan sanksi apapun atau akan berakibat terhadap keseimbangannya, jika mereka seorang pasien.

b) Hak untuk mendapatkan jaminan dari tindakan yang diberikan

Seorang peneliti harus memastikan subjek memahami secara detail serta bertanggung jawab jika ada sesuatu kepada subjek.

c) *Informed Consent*

Peneliti diwajibkan membuat subjek paham terkait tujuan penelitian yang dilaksanakan dan juga mengetahui bahwa subjek memiliki hak untuk berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Data yang

diperoleh hanya akan digunakan untuk pengembangan ilmu juga harus dicantumkan dalam *informed consent*.

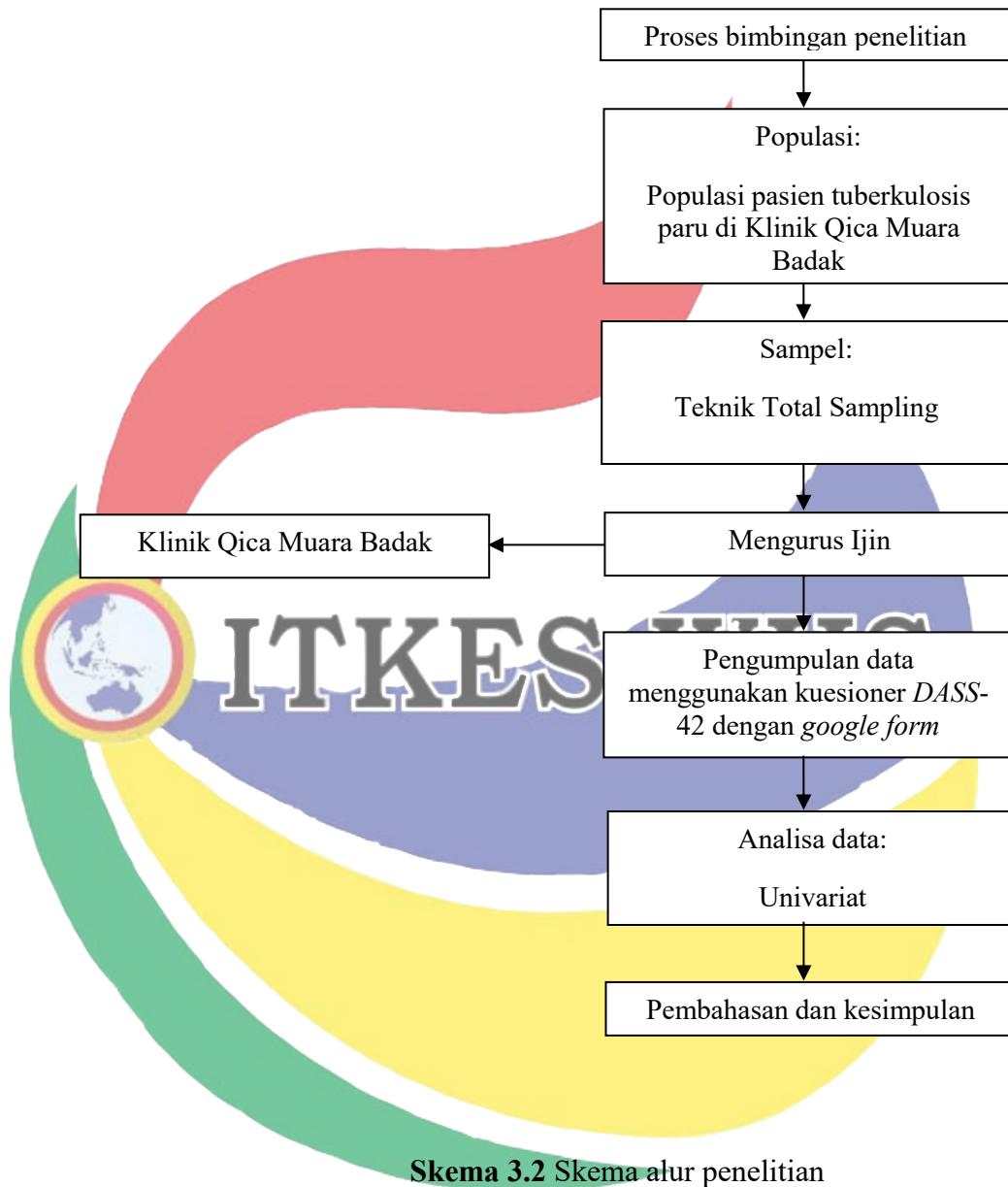
3. Prinsip Keadilan

a) Hak untuk dijaga kerahasiaannya

Peneliti menjamin bahwa data yang diberikan oleh pasien pre operasi katarak tidak akan diakses oleh pihak lain selain yang terlibat dalam penelitian. Peneliti memberitahukan bahwa identitas responden tidak akan dicantumkan serta data yang akan dikumpulkan akan dibuat dalam bentuk kode yang hanya diketahui oleh peneliti.



K. Alur Penelitian



Skema 3.2 Skema alur penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Bab ini menyajikan hasil pengumpulan data yang telah dilaksanakan pada bulan Agustus di Klinik Qica Muara Badak. Sebanyak 22 kuesioner dibagikan kepada responden dalam hal ini pasien tuberkulosis paru yang sesuai dengan kriteria inklusi. Responden mengisi kuesioner yang terdiri dari 42 pertanyaan. Seluruh data yang dikumpulkan telah memenuhi syarat untuk dianalisis. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan tekstual dengan berdasar pada analisis univariat.

1. Gambaran tempat penelitian

Klinik Qica berada di Kecamatan Muara Badak Kabupaten Kutai Kartanegara Jl. R.A. Kartini Badak 8 No.17. Pegawai di Klinik Qica terdiri dari dokter, perawat, analis kesehatan, pegawai administrasi dan tenaga pendukung lainnya. Klinik Qica melayani konsultasi, pelayanan kesehatan gigi, pemeriksaan lab, pemeriksaan EKG, rawat jalan dan rawat inap serta beberapa pelayanan lainnya. Tersedia mobil *ambulance* yang dapat digunakan untuk mobilisasi pasien ataupun untuk kegiatan lain. Selama wabah covid-19, Klinik Qica menjalankan protokol kesehatan dengan mewajibkan pasien menggunakan masker, pasien anak hanya boleh ditemani satu pendamping, anjuran menjaga jarak, dan wajib mencuci tangan sebelum masuk ke area klinik.

2. Analisa Univariat

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi jenis kelamin pada pasien tuberkulosis paru di Klinik Qica Muara Badak tahun 2020

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase
Laki-laki	12	54,5%
Perempuan	10	45,5%
Total	22	100%

Sumber: Data Primer (2020)

Berdasarkan tabel 4.1 diatas dapat dilihat bahwa jenis kelamin sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah laki-laki yaitu sebesar 54.5%.

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi usia pada pasien tuberkulosis paru di Klinik Qica Muara Badak

Kelompok Usia	Frekuensi	Presentase
Remaja Awal	1	4,5%
Remaja Akhir	3	13,6%
Dewasa Awal	6	27,3%
Dewasa Akhir	6	27,3%
Lansia Awal	6	27,3%
Total	22	100%

Sumber: Data Primer (2020)

Berdasarkan tabel 4.2 diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar kelompok usia responden dalam penelitian ini adalah dewasa awal, dewasa akhir dan lansia awal dengan presentase masing-masing sebanyak 27.3%.

Tabel 4.3 Distribusi frekuensi tingkat pendidikan pasien tuberkulosis paru di Klinik Qica Muara Badak

Pendidikan	Frekuensi	Presentase
SD	1	4,5%
SMP	1	4,5%
SMA	14	63,6%
Perguruan Tinggi	6	27,3%
Total	22	100%

Sumber: Data Primer (2020)

Berdasarkan tabel 4.3 diatas dapat dilihat bahwa tingkat pendidikan sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah SMA yaitu sebesar 63.6% .

Tabel 4.4 Distribusi frekuensi depresi pasien tuberkulosis paru di Klinik Qica Muara Badak

Depresi	Frekuensi	Presentase
Normal	9	40,9%
Ringan	3	13,6%
Sedang	5	22,7%
Berat	5	22,7%
Total	22	100%

Sumber: Data Primer (2020)

Berdasarkan tabel 4.4 diatas dapat dilihat bahwa depresi sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah normal yaitu sebesar 40.9%.

Tabel 4.5 Distribusi frekuensi ansietas pasien tuberkulosis paru di Klinik Qica Muara Badak

Ansietas	Frekuensi	Presentase
Normal	16	72,2%
Ringan	1	4,5%
Sedang	4	18,2%
Berat	1	4,5%
Total	22	100%

Sumber: Data Primer (2020)

Berdasarkan tabel 4.5 diatas dapat dilihat bahwa ansietas sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah normal yaitu sebesar 72.7%.

Tabel 4.6 Distribusi frekuensi stres pasien tuberkulosis paru di Klinik Qica Muara Badak

Stres	Frekuensi	Presentase
Normal	18	81,8%
Ringan	3	13,6%
Sedang	1	4,5%
Total	22	100%

Sumber: Data : Primer (2020)

Berdasarkan tabel 4.6 diatas dapat dilihat bahwa stres sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah normal yaitu sebesar 81.8%.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Sebagian besar responden dalam penelitian ini berjenis kelamin laki-laki. Dari 22 total responden 12 atau sekitar 54,5% diantaranya berjenis kelamin laki-laki dan sisanya berjenis kelamin perempuan sebanyak 10 atau sekitar 45,5% dari total responden. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Agustina & Wahjuni, 2017) menunjukkan bahwa laki-laki lebih berpeluang menderita tuberkulosis dibandingkan dengan perempuan berkaitan dengan pekerjaan dan kebiasaan merokok dan mengkonsumsi alkohol yang dapat menurunkan sistem kekebalan tubuh.

Peneliti berpendapat jenis kelamin laki-laki lebih beresiko menderita tuberkulosis paru karena pekerjaan, lingkungan dan pola hidup kurang baik. Mayoritas laki-laki bekerja di lingkungan yang berdebu dan kotor. Selain itu laki-laki juga dekat dengan rokok. Jika ia tidak merokok tapi hidup di lingkungan perokok maka termasuk ke dalam perokok pasif. Litbangkes menyatakan perokok yang masih aktif maupun sudah berhenti beresiko 3 kali lipat menderita tuberkulosis (Ernawati *et al.*, 2017).

Penelitian yang dilakukan terhadap 22 responden menunjukkan bahwa penyakit tuberkulosis paru dapat diderita oleh setiap lapisan usia. Walaupun sebagian besar responden dalam kelompok usia dewasa muda hingga dewasa akhir, namun juga terdapat responden yang berada dalam kelompok usia remaja. Hal tersebut sejalan dengan pernyataan Mangunegoro (1990), Rasjid Rasmin (1985) dan Budi Utomo (1998) yang menyatakan penyakit tropis merupakan penyakit yang dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas serta kerugian ekonomi yang dapat menyerang semua lapisan usia (Usada, 1999).

Asumsi dari peneliti usia responden di dominasi oleh kelompok usia dewasa awal, dewasa akhir dan lansia awal karena kegiatan yang

dilakukan oleh responden tersebut seperti tempat kerja dan aktivitas yang dilakukan dapat menjadi tempat penularan tuberkulosis secara tidak sadar. Hal ini sesuai dengan pendapat Novita & Ismah (2017) yang menyatakan bahwa responden dalam kelompok usia tersebut kemungkinan terinfeksi tuberkulosis saat usia dini namun tindakan preventif yang tidak optimal dan aktivitas serta interaksi di lingkungan kerja yang menjadi sarana penularan tuberkulosis.

Peneliti berpendapat setiap lapisan usia dapat menderita tuberkulosis paru karena masih banyak masyarakat yang kurang peduli dengan penularan penyakit tuberkulosis. Masyarakat umum juga belum mengetahui dampak yang ditimbulkan tuberkulosis. Hal ini sependapat dengan pernyataan *World Health Association* (2006) yang menyatakan kurangnya kesadaran dan kepedulian masyarakat menjadi tantangan dalam mengontrol penularan tuberkulosis (Sulistiyono *et al.*, 2013).

Mayoritas tingkat pendidikan responden adalah SMA yaitu sebanyak 14 atau 63,6% dari total responden. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Novita & Ismah (2017) yang memaparkan sebagian besar responden dengan pendidikan SD sebanyak 50% dari jumlah keseluruhan responden. Dalam penelitian tersebut dikatakan tingkat pendidikan mempengaruhi jenis pekerjaan. Adapun mayoritas responden dalam penelitian tersebut bekerja sebagai buruh. Hal tersebut di dukung oleh pernyataan Sajith (2015) yang menyatakan pasien tuberkulosis di dominasi oleh pekerja kasar (Novita & Ismah, 2015).

Penelitian ini juga berbeda dengan hasil penelitian dari Sulistiyono *et al.* (2013). Dalam penelitian tersebut sebagian besar pendidikan responden adalah SMP sebesar 32% dan di susul responden dengan tingkat pendidikan SD sebesar 30%. Terdapat pula responden yang tidak mengenyam pendidikan sebesar 4% dari total jumlah responden sebanyak 50 orang. Peneliti tersebut menyatakan bahwa

pendidikan mempunyai peran dalam meningkatkan pengetahuan terkait penyakit tuberkulosis paru.

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Klinik Qica dan penelitian-penelitian terkait lainnya terdapat variasi tingkat pendidikan. Secara garis besar tuberkulosis dapat di derita oleh semua tingkat pendidikan. Peneliti berasumsi tingkat pendidikan seseorang dapat menggambarkan perilaku kesehatan seseorang. Girsang & Tobing (2010) menyatakan tingkat pendidikan berpengaruh terhadap perkembangan pola pikir dan kesadaran terkait kesehatan. Namun, manusia adalah makhluk unik dan juga tidak semua individu memiliki pola pikir yang terbuka mengenai kesehatan. Individu dengan tingkat pendidikan rendah maupun tinggi sama-sama dapat menerima informasi dengan sangat mudah dengan kemajuan teknologi saat ini.

2. Stres Pasien Tuberkulosis

Hasil analisis yang dilakukan menunjukkan bahwa kondisi depresi, ansietas dan stres sebagian responden dalam keadaan normal. Dari 22 total jumlah responden sebanyak 9 responden atau 40.9% dari total jumlah responden dalam kategori depresi normal. Walaupun depresi sebagian responden dalam keadaan normal namun juga didapatkan responden mengalami depresi sedang sebanyak 5 responden (22.7%) dan depresi berat sebanyak 5 responden (22.7%). Tingkatan depresi terdiri dari normal, ringan, sedang, berat dan sangat berat. Tabel 4.4 menunjukkan bahwa tidak ada responden yang dalam kondisi depresi berat. Menurut *World Health Organization* (2012) depresi sendiri adalah sebuah gangguan psikologis berupa gangguan *mood*, kehilangan minat dan kesenangan, harga diri rendah, susah tidur, penurunan nafsu makan hingga konsentrasi yang tidak baik (Chou *et al.*, 2017).

Tabel 4.5 menunjukkan kondisi ansietas sebagian besar responden dalam keadaan normal. Sebanyak 16 atau sekitar 72.2% dari total jumlah responden mengalami ansietas dalam rentan normal dan

disusul dengan ansietas sedang dialami sebanyak 4 responden (18,2%). Tidak jauh berbeda dengan kondisi depresi 22 responden, tidak ada responden yang mengalami ansietas sangat berat. Beberapa tanda yang biasa muncul saat individu menderita ansietas adalah berupa rasa takut beserta tanda somatik sistem saraf otonom berlebih seperti sakit kepala, keringat, jantung berdebar dan sesak (Chou *et al.*, 2017).

Berdasarkan hasil analisis didapatkan bahwa stres sebagian besar responden dalam kondisi normal yaitu sebesar 81.8%. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Arifin (2019) yang menyatakan sebagian besar pasien tuberkulosis paru tidak mengalami stres. Nasir dan Muhith (2011) menjelaskan beberapa hal yang dapat menjadi stressor yaitu faktor psikologis, faktor lingkungan, faktor fisik dan biologis (Arifin, 2019). Beberapa hal yang terdapat dalam faktor biologis yaitu penyakit kronis yang penyembuhannya memerlukan waktu yang lama seperti Tuberkulosis, kanker, diabetes mellitus serta penyakit lainnya.

Faktor lingkungan yang dapat menjadi stressor berupa lingkungan biotik berupa makhluk mikroskopis virus, bakteri, parasit dan lingkungan sosial berupa hubungan intrapersonal ataupun interpersonal. Faktor lain yang dapat menjadi stressor yaitu faktor psikologis yang terdiri dari emosi dan persepsi. Emosi dan stres saling berhubungan yang saling mempengaruhi yang dapat berupa cemas, rasa bersalah, marah.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Fuadiati, Dewi, & K. (2019) yang menyatakan sebagian besar responden mengalami stres ringan yaitu sebesar 52,4 %. Hasil penelitian ini juga berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Suryani *et al.*, (2016) yang mendapatkan hasil sebagian besar responden mengalami stres ringan sebanyak 64,9%. Penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan May *et al.* (2016) yang menyatakan

hampir seluruh responden mengalami stres sedang yaitu sebanyak 86,15% dan sisanya sebanyak 13,85% mengalami stres berat.

Peneliti berpendapat tingkat stres pasien tuberkulosis dalam penelitian ini dipengaruhi oleh mekanisme coping bagaimana pasien tuberkulosis merespons kondisi yang ia alami. Mekanisme coping sendiri ialah bentuk adaptasi terhadap perubahan kondisi yang dianggap berbahaya atau mengancam. Penelitian yang dilakukan oleh Fuadiati *et al.* (2019) menyatakan terdapat hubungan antara mekanisme coping dan tingkat stres pasien tuberkulosis. Dalam penelitian tersebut dinyatakan semakin tinggi tingkat adaptif maka semakin rendah stres yang dialami. Banyak hal yang mempengaruhi mekanisme coping seseorang seperti tingkat pendidikan, usia.

Tingkat pendidikan berpengaruh dalam pola pikir bagaimana pengambilan keputusan seseorang. Proses pendidikan dan pengalaman akan membuat individu memiliki cara pandang atau analisa terhadap informasi dan kejadian secara objektif. Tingkat pendidikan mendukung tingkat pengetahuan terkait penyakit. Pengetahuan mengenai penyakit yang diderita mempengaruhi cara seseorang merespon kondisi yang dianggap mengancam atau berbahaya. Dengan mengetahui konsep penyakit seperti penyebab, masalah yang dapat timbul, penanganan dan pencegahan terhadap kondisi yang lebih serius dapat membantu pasien dan keluarga dalam menentukan pilihan yang baik.

Sebagian besar tingkat pendidikan responden dalam penelitian ini berada dalam tingkat SMA sebesar 63,6% dan disusul tingkat Perguruan Tinggi sebesar 27,3%. Menurut Stuart dan Laraia (2005), tingkat pendidikan berbanding lurus dengan pengetahuan yang membuat individu dapat menganalisa dan mengambil keputusan yang tepat dalam menghadapi masalah (Primarta *et al.*, 2014). Peneliti melihat ada kaitan antar karakteristik pendidikan 22 responden dan hasil analisa tingkat stres yang didominasi dengan kondisi psikologis responden yang tidak mengalami stres.

Kondisi psikologis mayoritas responden dalam keadaan normal atau tidak mengalami stres dapat dipengaruhi oleh usia responden. Mayoritas usia responden berada pada kelompok usia dewasa awal hingga lansia awal. Kelompok usia tersebut dianggap sudah memiliki kematangan dan banyak pengalaman untuk merespon suatu kondisi. Individu dengan usia tersebut telah banyak melalui proses kehidupan yang dianggap hal baik maupun hal buruk. Suparyanto (2013) mengatakan umur mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir sehingga semakin bertambah usia individu maka berkembang pula pola pikirnya (Arifin, 2019)



BAB V

PENUTUP

Bab ini akan menyajikan kesimpulan dan saran dari penelitian tentang stres pada pasien tuberkulosis paru di Klinik Qica Muara Badak.

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kondisi psikologis mayoritas responden dalam keadaan normal sebesar 81,8%. Terdapat pasien yang mengalami stress normal sebanyak 13,6%. Kondisi psikologis yang paling sedikit adalah stres sedang sebesar 4,5%.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian ini maka peneliti merumuskan saran sebagai berikut:

1. Bagi Klinik Qica Muara Badak agar terus menggiatkan pendidikan kesehatan terhadap masyarakat umum, pasien dan keluarga tuberkulosis paru tentang konsep penyakit dan bagaimana pola coping yang efektif.
2. Bagi pasien tuberkulosis paru agar berkonsultasi jika mengalami masalah fisik maupun psikologis.
3. Bagi peneliti selanjutnya agar dapat melakukan penelitian terkait stres pada pasien tuberkulosis paru lebih dalam

DAFTAR PUSTAKA

- Afnis, T. (2017). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Masyarakat Dengan Perilaku Masyarakat Dalam Manajemen Stres di Dukuh Tengah Desa Nambangrejo Kecamatan Sukorejo Kabupaten Ponorogo.*
- Agustina, S., & Wahjuni, C. U. (2017). *Pengetahuan dan Tindakan Pencegahan Penularan Penyakit Tuberkulosa Paru pada Keluarga Kontak Serumah*, (April 2016), 85–94. <https://doi.org/10.20473/jbe.v5i1>.
- Alligood, M. R. (2014). *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. In 2.
- Arganata, H. (2018). *Pengaruh Dzikir Nafas Terhadap Tingkat Stres Pada Pasien Tuberkulosis Paru di Puskesmas Tanah Kelikedinding Surabaya.*
- Arifin, R. H. (2019). *Gambaran Tingkat Stres dan Kualitas Hidup Pada Pasien Multiple-Drug Resistance Tuberkulosis di Poliklinik MDR Rumah Sakit Paru Prof. Dr. Goenawan Partowidigdo Cisarua Kabupaten Bogor.*
- Chou, Y., Agus, D., & Juliawati, D. J. (2017). *PERBEDAAN PROPORSI GANGGUAN DEPRESI DAN GANGGUAN*, 6(3), 146–152
- Depkes RI (2008) *Pedoman Nasional Penanggulangan TBC, Edisi 2. Jakarta: Bakti Husada.*
- Depkes RI (2012) *Program Penanggulangan Penyakit Menular di Jawa Timur. Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2012.*
- Djojodibroto, D. (2009). *Respirologi (respiratory medicine)*. Jakarta: EGC.
- Ernawati, K., Duarsa, A. S. B., Wulansari, R., & Zamzami, L. (2017). *Hubungan Merokok Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Provinsi Sulawesi Utara Berdasarkan Data Riskesdas Tahun 2010. Jurnal Kedokteran Yarsi*, 25(1), 33–40.
- Fuadiati, L. L., Dewi, E. I., & K., E. H. (2019). *Hubungan Mekanisme Koping dengan Stres Pasien TB Paru di Rumah Sakit Paru Jember. Pustaka Kesehatan*, 7(2), 71–79.

- Gaol, N. T. L. (2016). Teori Stres : *Stimulus , Respons , dan Transaksional*, 24(1), 1–11. <https://doi.org/10.22146/bpsi.11224>
- Girsang, M., & Tobing, K. (2010). *Karakteristik demografis dan hubungannya dengan penyakit tuberkulosis dipropinsi jawa tengah (analisis lanjut riskesdas 2007)*, XX, 40–45.
- Kemenkes RI (2014). *Buku Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Available at: http://www.tbindonesia.or.id/opendir/Buku/bpn_ptb_2014.pdf
- May, M., Aliflamra, I., Wati, Y. R., & Rahimah, S. B. (2016). *Hubungan Lama Pengobatan dengan Tingkat Stres pada Pasien Tuberkulosis Paru di RSUD Al – Ihsan Kabupaten Bandung Periode Maret – Mei 2016*. 746–751.
- Noeharsari, F. (2018). *Asuhan Keperawatan Klien Tuberkulosis Paru Dengan Masalah Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi Di Ruang Seruni RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda*.
- Novita, E., & Ismah, Z. (2017). *Studi Karakteristik Pasien Tuberkulosis Di Puskesmas Seberang Ulu 1 Palembang*. *Unnes Journal of Public Health*, 6(4).
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA (North American Nursing Diagnosis Association NIC-NOC (Jilid 3)*. Yogyakarta: MediAction.
- Nursalam (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam (2017). *Metodelogi Penelitian Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika
- Primarta, R., Huriani, E., & Sumarsih, G. (2014). *Hubungan Mekanisme Koping dengan Tingkat Stres Pada Pasien Fraktur*. *NERS JURNAL KEPERAWATAN*, 10(1), 66–74.
- Rachmadani, M.,R. (2015) *Hubungan Strategi Koping: Dengan Tingkat Stres Keluarga Di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada*

Mahakam Provinsi Kaltim.

Rizkiani, M., & Widyastuti, R. H. (2012). *Hubungan Antara Stres Dengan Perilaku Merokok Pada Pegawai Negeri Sipil Laki-Laki. Jurnal Nursing Studies, 1*, 132–139.

Smeltzer, Suzanna C. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Brunner & Suddart edisi 8, Vol.1,2,3. EGC, Jakarta*

Sugiyono (2010) *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabet.*

Sukadiyanto. (2010). *Stres dan Cara Mengurangnya. Cakrawala Pendidikan.*


Sulistyono, R. E., Sukartini, T., Makhfudli, & Nursalam. (2013). *Peningkatan Efikasi Diri Masyarakat Dalam Pencegahan Tuberkulosis Berbasis Budaya.*

Suryani, E. W., Hernawati, T., & Sriati, A. (2016). *Psikoedukasi Menurunkan Tingkat Depresi, Stres dan Kecemasan pada Pasien Tuberkulosis Paru. Jurnal Ners, 11(1)*, 128–133.

Suryo, J. (2010). *Herbal Penyembuhan Gangguan Sistem Pernafsan. Yogyakarta. B.Firs.*

Usada, I. B. (1999). *Karakteristik Gambaran Status Nutrisi Pada Penderita Tuberkulosis Paru.*

Lampiran 1. Surat Ijin Permohonan Studi Pendahuluan Dan Pengambilan Data

 **INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**
Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/I/2019

📍 itkeswhs
📧 itkeswhs
🌐 www.itkeswhs.ac.id
✉ info@itkeswhs.ac.id

II Kadrie Oening No. 77 Samarinda - Kalimantan Timur, Telp/Fax (0541) 7272431

Nomor : 1240 /ITKES-WHS/LT/2020
Lampiran : -
Hal : Permohonan Studi Pendahuluan dan Pengambilan data 03 Agustus 2020

Kepada Yth.
Pimpinan Klinik QICA Muara Badak
di -
Tempat


Dengan hormat,
Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah- Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan studi pendahuluan dan pengambilan data di tempat yang Bapak/ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Na ma : Rizaldi
NIM : 15.0262.597.01
Semester : VIII
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : **Gambaran Stres Pada Pasien Tuberkulosis**

Kami tidak akan menginformasikan/menyebarkan data yang kami peroleh tanpa seijin pihak rumah sakit/Puskesmas/Instansi bapak/ibu.
Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kesediannya kami mengucapkan terima kasih.

 wakti, **Doktor I,**
Chandra Sulistyorini, S.ST., M.Keb
NIK. 114104.87.13.075

"Hold The Future Now"

Lampiran 2. Surat Balasan Ijin Penelitian



KLINIK QICA

JURA Kartini Badak 8, Rt.21, No.17, Kecamatan Muara Badak,
Kabupaten Kutai Kartanegara, Provinsi Kalimantan Timur, Indonesia
Telp. Pokok: 0822 27 27 6 911 - UGD 0811 503 118

Nomor : B-SK/272/06/2020
Lampiran : -
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan dan Pengambilan Data

Kepada Yth,
Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda
di
Tempat

Sesuai dengan surat permohonan yang kami terima dengan nomor: 1240/STIKES-WHS/LT/2020, perihal ijin studi pendahuluan dan pengambilan data tanggal 03 Agustus 2020 mahasiswa Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda atas nama :

Nama : Rizaldi
NIM : 15.0262.597.01
Semester : X
Program studi : Ilmu Keperawatan
Judul penelitian : Gambaran Stres Pada Pasien Tuberkulosis

Pada dasarnya kami dari pihak Klinik QICA tidak merasa keberatan dan memberi ijin kepada mahasiswa bersangkutan untuk melakukan penelitian.

Demikian surat ini kami sampaikan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Muara Badak, 18 September 2020
Pimpinan Klinik QICA


dr. Andi Mustika M. Haras, M.Biomed (AAM)

Lampiran 3. Lembar Penjelasan Penelitian

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.

Responden

Di –

Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Rizaldi

NIM : 15.0262.597.01

No.Hp : 088258505695

Judul Penelitian : Gambaran Stres Pasien Tuberkulosis Paru di Klinik Qica
Muara Badak

Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui gambaran stres pada pasien tuberkulosis paru.

Berikut ini peneliti akan menjelaskan jalannya proses penelitian, jika saudara/i bersedia ikut serta dalam penelitian ini. Pertama-tama peneliti akan mulai dengan kontak awal dilakukan penelitian dengan mengunjungi partisipan untuk membangun bina hubungan saling percaya. Peneliti menjelaskan tentang tujuan dan menanyakan kesediaan partisipan untuk mengikuti penelitian ini, kontrak waktu serta menyiapkan *informed consent*. Kemudian peneliti akan memberikan lembar kuesioner mengenai tingkat stres yang telah disediakan oleh peneliti dan waktu yang diperlukan untuk mengisi kuesioner.

Peneliti ini tidak menimbulkan resiko apapun dan peneliti berjanji menjunjung tinggi hak saudara/i dengan cara menjaga kerahasiaan identitas selama pengumpulan data, pengolahan data dan penyajian laporan penelitian.

Demikian surat penejelasan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 19 April 2020

Peneliti

Rizaldi

NIM.15.0262.597.01



Lampiran 4. Lembar *Informed Consent*

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, maka saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Bersedia untuk ikut serta sebagai responden dalam penelitian “Gambaran Stres Pasien Tuberkulosis Paru di Klinik Qica Muara Badak”

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif dan membahayakan bagi saya dan keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat bermanfaat bagi saya.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini, maka saya menyatakan bahwa saya akan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Samarinda, _____ 2020

Mengetahui

Peneliti

Responden

Rizaldi

(.....)

Lampiran 5. Kuesioner

KUESIONER
Gambaran Stres Pasien Tuberkulosis Paru

A. Data Responden

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin :

Pendidikan Terakhir :

B. Petunjuk Pengisian

Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut dengan memilih jawaban yang paling mewakili/menggambarkan diri Anda. Silahkan beri tanda (√) pada kolom tidak pernah, kadang-kadang, sering, selalu.

Keterangan :

0 : Tidak ada atau tidak pernah

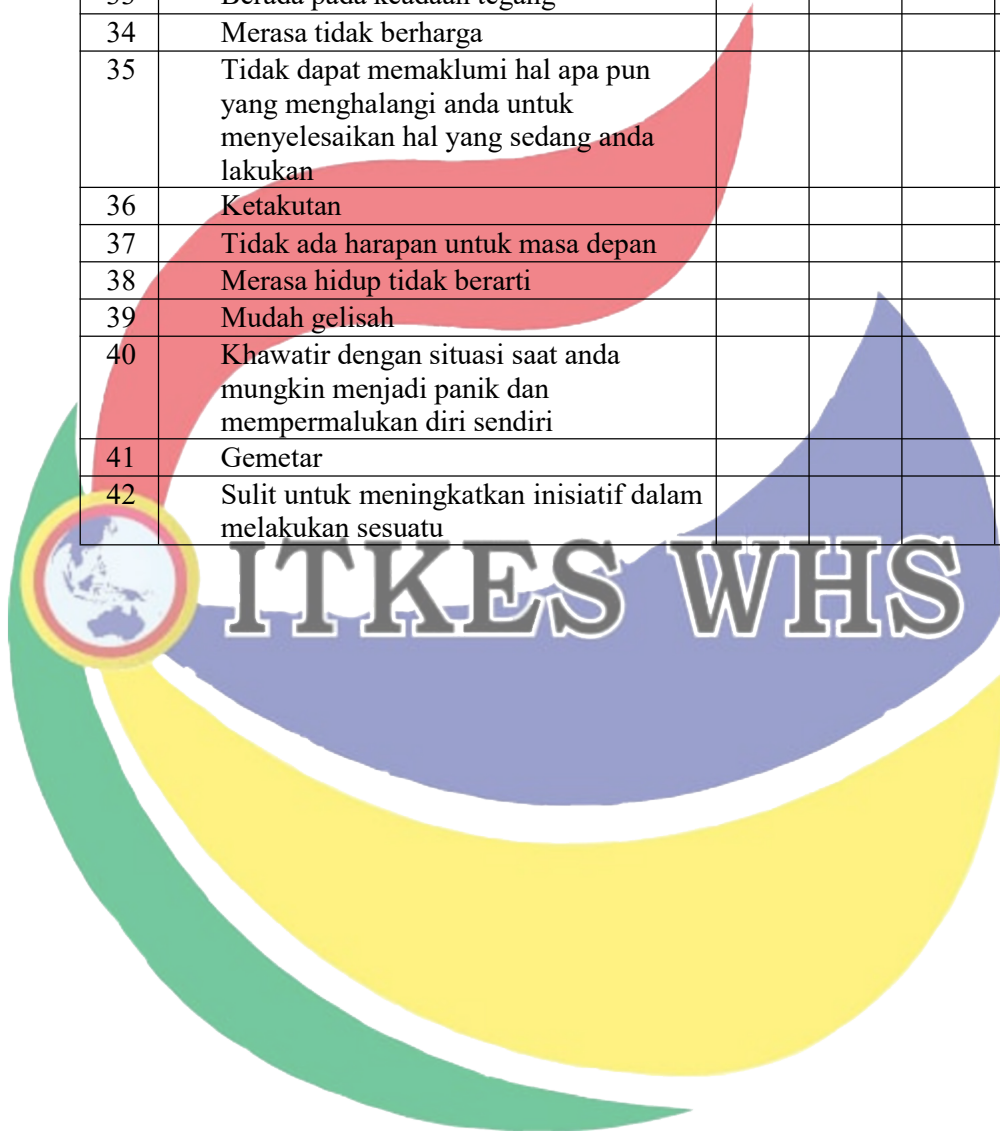
1 : Kadang-kadang

2 : Sering

3 : Hampir setiap saat

No	Aspek Penilaian	0	1	2	3
1	Menjadi marah Karen hal-hal kecil/sepele				
2	Mulut terasa kering				
3	Tidak dapat melihat hal yang positif dari suatu kejadian				
4	Merasakan gangguan dalam bernafas (nafas cepat,sulit bernafas)				
5	Merasa sepertinya tidak kuat lagi untuk melakukan suatu kegiatan				
6	Cenderung bereaksi berlebihan pada situasi				
7	Kelemahan pada anggota tubuh				
8	Kesulitan untuk relaksasi/bersantai				
9	Cemas yang berlebihan dalam suatu situasi namun bisa lega jika hal/situasi itu berakhir				
10	Pesimis				
11	Mudah merasa kesal				
12	Merasa banyak menghabiskan energy karena cemas				
13	Merasa sedih dan depresi				
14	Tidak sabaran				
15	Kelelahan				
16	Kehilangan minat pada banyak hal (missal: makan, ambulasi, sosialisasi)				
17	Merasa diri tidak layak				
18	Mudah tersinggung				
19	Berkeringat (misal: tangan berkeringat) tanpa stimulasi oleh cuaca ataupun latihan fisik				
20	Ketakutan tanpa alasan yang jelas				
21	Merasa hidup tidak berharga				
22	Sulit untuk beristirahat				
23	Kesulitan untuk menelan				
24	Tidak dapat menikmati hal-hal yang saya lakukan				
25	Perubahan kegiatan jantung dan denyut nadi tanpa stimulasi oleh latihan fisik				
26	Merasa hilang harapan dan putus asa				

27	Mudah marah				
28	Mudah panik				
29	Kesulitan untuk tenang setelah sesuatu yang mengganggu				
30	Takut diri terhambat oleh tugas-tugas yang tidak bisa dilakukan				
31	Sulit untuk antusias pada banyak hal				
32	Sulit mentoleransi gangguan-gangguan terhadap hal yang sedang dilakukan				
33	Berada pada keadaan tegang				
34	Merasa tidak berharga				
35	Tidak dapat memaklumi hal apa pun yang menghalangi anda untuk menyelesaikan hal yang sedang anda lakukan				
36	Ketakutan				
37	Tidak ada harapan untuk masa depan				
38	Merasa hidup tidak berarti				
39	Mudah gelisah				
40	Khawatir dengan situasi saat anda mungkin menjadi panik dan mempermalukan diri sendiri				
41	Gemetar				
42	Sulit untuk meningkatkan inisiatif dalam melakukan sesuatu				



Lampiran 6. Hasil Analisis Univariat

Statistics

Jenis_kelamin

N	Valid	22
	Missing	0

Jenis_kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	12	54.5	54.5	54.5
	Perempuan	10	45.5	45.5	100.0
Total		22	100.0	100.0	

Statistics

Usia

N	Valid	22
	Missing	0

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Remaja awal	1	4.5	4.5	4.5
	Remaja akhir	3	13.6	13.6	18.2
	Dewasa awal	6	27.3	27.3	45.5
	Dewasa akhir	6	27.3	27.3	72.7
	Lansia awal	6	27.3	27.3	100.0
Total		22	100.0	100.0	

Statistics

Pendidikan_terakhir

N	Valid	22
	Missing	0

Pendidikan_terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	1	4.5	4.5	4.5
	SMP	1	4.5	4.5	9.1
	SMA	14	63.6	63.6	72.7
	PT	6	27.3	27.3	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

Statistics

		Depresi_cat	Ansietas_cat	Stres_cat
N	Valid	22	22	22
	Missing	0	0	0
Mean		2.27	1.55	1.23
Median		2.00	1.00	1.00
Std. Deviation		1.241	.963	.528
Minimum		1	1	1
Maximum		4	4	3

Depresi_cat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Normal	9	40.9	40.9	40.9
	Ringan	3	13.6	13.6	54.5
	Sedang	5	22.7	22.7	77.3
	Berat	5	22.7	22.7	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

Ansietas_cat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Normal	16	72.7	72.7	72.7
	Ringan	1	4.5	4.5	77.3
	Sedang	4	18.2	18.2	95.5
	Berat	1	4.5	4.5	100.0

Total	22	100.0	100.0
-------	----	-------	-------



Stres_cat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Normal	18	81.8	81.8	81.8
	Ringan	3	13.6	13.6	95.5
	Sedang	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	3	13.6	13.6	13.6
	Kadang-kadang	18	81.8	81.8	95.5
	Sering	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	7	31.8	31.8	31.8
	Kadang-kadang	8	36.4	36.4	68.2
	Sering	7	31.8	31.8	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	12	54.5	54.5	54.5
	Kadang-kadang	9	40.9	40.9	95.5
	Sering	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	10	45.5	45.5	45.5
	Kadang-kadang	7	31.8	31.8	77.3
	Sering	4	18.2	18.2	95.5
	Hampir setiap saat	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	10	45.5	45.5	45.5
	Kadang-kadang	6	27.3	27.3	72.7
	Sering	4	18.2	18.2	90.9
	Hampir setiap saat	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	12	54.5	54.5	54.5
	Kadang-kadang	9	40.9	40.9	95.5
	Sering	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	8	36.4	36.4	36.4
	Kadang-kadang	10	45.5	45.5	81.8
	Sering	4	18.2	18.2	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	11	50.0	50.0	50.0
	Kadang-kadang	8	36.4	36.4	86.4
	Sering	3	13.6	13.6	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	5	22.7	22.7	22.7
	Kadang-kadang	13	59.1	59.1	81.8
	Sering	3	13.6	13.6	95.5
	Hampir setiap saat	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	14	63.6	63.6	63.6
	Kadang-kadang	4	18.2	18.2	81.8
	Sering	4	18.2	18.2	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	3	13.6	13.6	13.6
	Kadang-kadang	16	72.7	72.7	86.4
	Sering	3	13.6	13.6	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	8	36.4	36.4	36.4
	Kadang-kadang	11	50.0	50.0	86.4
	Sering	3	13.6	13.6	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	11	50.0	50.0	50.0
	Kadang-kadang	9	40.9	40.9	90.9
	Sering	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	7	31.8	31.8	31.8
	Kadang-kadang	13	59.1	59.1	90.9
	Sering	1	4.5	4.5	95.5
	Hampir setiap saat	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	2	9.1	9.1	9.1
	Kadang-kadang	11	50.0	50.0	59.1
	Sering	7	31.8	31.8	90.9
	Hampir setiap saat	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	10	45.5	45.5	45.5
	Kadang-kadang	9	40.9	40.9	86.4
	Sering	2	9.1	9.1	95.5
	Hampir setiap saat	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	15	68.2	68.2	68.2
	Kadang-kadang	5	22.7	22.7	90.9
	Sering	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	10	45.5	45.5	45.5
	Kadang-kadang	11	50.0	50.0	95.5
	Sering	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	12	54.5	54.5	54.5
	Kadang-kadang	7	31.8	31.8	86.4
	Sering	3	13.6	13.6	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	16	72.7	72.7	72.7
	Kadang-kadang	4	18.2	18.2	90.9
	Sering	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	16	72.7	72.7	72.7
	Kadang-kadang	5	22.7	22.7	95.5
	Sering	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p22

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	11	50.0	50.0	50.0
	Kadang-kadang	8	36.4	36.4	86.4
	Sering	3	13.6	13.6	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p23

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	15	68.2	68.2	68.2
	Kadang-kadang	7	31.8	31.8	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p24

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	15	68.2	68.2	68.2
	Kadang-kadang	5	22.7	22.7	90.9
	Sering	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p25

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	13	59.1	59.1	59.1
	Kadang-kadang	7	31.8	31.8	90.9
	Sering	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p26

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	15	68.2	68.2	68.2
	Kadang-kadang	6	27.3	27.3	95.5
	Hampir setiap saat	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p27

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	2	9.1	9.1	9.1
	Kadang-kadang	19	86.4	86.4	95.5
	Sering	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p28

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	11	50.0	50.0	50.0
	Kadang-kadang	9	40.9	40.9	90.9
	Sering	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p29

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	12	54.5	54.5	54.5
	Kadang-kadang	9	40.9	40.9	95.5
	Sering	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p30

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	8	36.4	36.4	36.4
	Kadang-kadang	11	50.0	50.0	86.4
	Sering	3	13.6	13.6	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p31

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	13	59.1	59.1	59.1
	Kadang-kadang	6	27.3	27.3	86.4
	Sering	3	13.6	13.6	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p32

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	12	54.5	54.5	54.5
	Kadang-kadang	8	36.4	36.4	90.9
	Sering	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p33

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	14	63.6	63.6	63.6
	Kadang-kadang	7	31.8	31.8	95.5
	Sering	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p34

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	17	77.3	77.3	77.3
	Kadang-kadang	4	18.2	18.2	95.5
	Sering	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p35

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	14	63.6	63.6	63.6
	Kadang-kadang	8	36.4	36.4	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p36

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	15	68.2	68.2	68.2
	Kadang-kadang	5	22.7	22.7	90.9
	Sering	1	4.5	4.5	95.5
	Hampir setiap saat	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p37

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	14	63.6	63.6	63.6
	Kadang-kadang	6	27.3	27.3	90.9
	Sering	1	4.5	4.5	95.5
	Hampir setiap saat	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p38

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	18	81.8	81.8	81.8
	Kadang-kadang	3	13.6	13.6	95.5
	Hampir setiap saat	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p39

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	9	40.9	40.9	40.9
	Kadang-kadang	11	50.0	50.0	90.9
	Sering	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p40

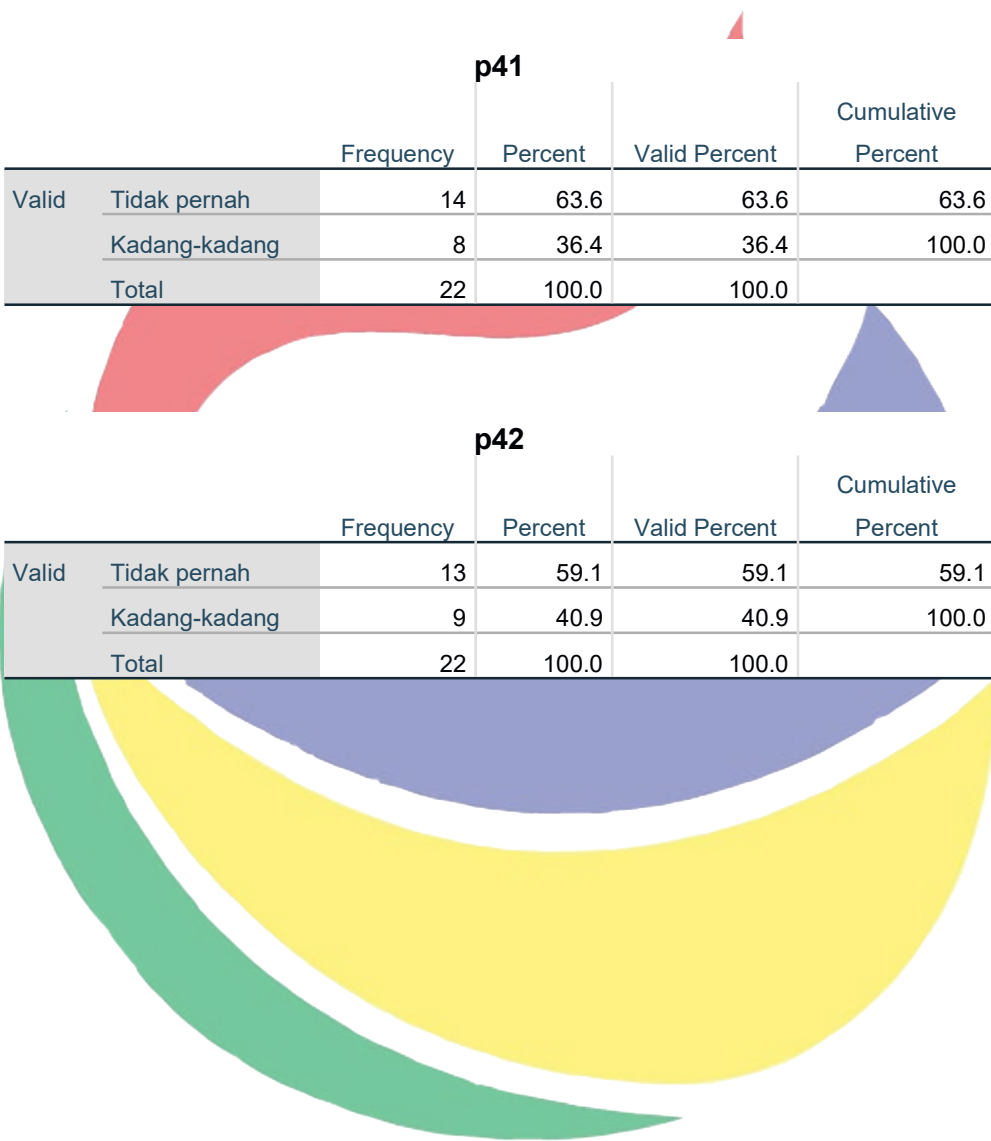
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	15	68.2	68.2	68.2
	Kadang-kadang	7	31.8	31.8	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	14	63.6	63.6	63.6
	Kadang-kadang	8	36.4	36.4	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

p42

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak pernah	13	59.1	59.1	59.1
	Kadang-kadang	9	40.9	40.9	100.0
	Total	22	100.0	100.0	



Lampiran 7. Master Tabel Penelitian

NO	NAMA	JENIS KELAMIN	USIA	TINGKAT PENDIDIKAN	JAWABAN KUESIONER STRES													SKOR	TINGKAT STRES		
					P1	P6	P8	P11	P12	P14	P18	20	P27	P29	P32	P33	P35			P39	
1	PR	Perempuan	36	Perguruan Tinggi	2	0	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Normal
2	DY	Laki-laki	19	SMA	1	2	2	2	0	1	1	0	1	1	2	1	1	1	1	16	Ringan
3	SR	Perempuan	51	SD	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	18	Ringan
4	WYD	Laki-laki	26	SMA	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	Normal
5	SBR	Perempuan	29	Perguruan Tinggi	0	0	0	1	1	3	1	0	1	0	0	0	0	0	1	8	Normal
6	SP	Laki-laki	39	SMA	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	Normal
7	EY	Perempuan	33	Perguruan Tinggi	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	8	Normal
8	MR	Laki-laki	47	SMA	1	1	1	2	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	12	Normal
9	ML	Perempuan	27	Perguruan Tinggi	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	17	Ringan
10	NF	Laki-laki	33	Perguruan Tinggi	1	1	1	1	2	1	0	0	1	2	1	1	0	1	1	13	Normal
11	NMR	Laki-laki	24	Perguruan Tinggi	1	0	0	0	1	0	0	1	1	2	1	2	1	2	1	12	Normal
12	IBR	Laki-laki	47	SMA	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	Normal
13	ANT	Perempuan	32	SMP	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	8	Normal
14	MS	Laki-laki	50	SMA	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	8	Normal
15	IS	Laki-laki	43	SMA	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6	Normal
16	IWY	Laki-laki	38	SMA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	Normal
17	WND	Laki-laki	38	SMA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Normal
18	AM	Perempuan	17	SMA	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	11	Normal
19	MRG	Perempuan	16	SMA	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Normal
20	MLY	Perempuan	54	SMA	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	6	Normal
21	TNH	Perempuan	39	SMA	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	19	Sedang
22	MSW	Laki-laki	50	SMA	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	8	Normal

NO	NAMA	JENIS KELAMIN	USIA	TINGKAT PENDIDIKAN	JAWABAN KUESIONER STRES														SKOR	TINGKAT ANSIETAS
					P3	P5	P10	P13	P16	P17	P21	P24	P26	P31	P34	P37	P38	P42		
1	PR	Perempuan	36	Perguruan Tinggi	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	Normal
2	DY	Laki-laki	19	SMA	1	2	2	1	0	1	1	2	1	2	1	1	0	1	16	Sedang
3	SR	Perempuan	51	SD	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	15	Sedang
4	WYD	Laki-laki	26	SMA	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	Normal
5	SBR	Perempuan	29	Perguruan Tinggi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal
6	SP	Laki-laki	39	SMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal
7	EY	Perempuan	33	Perguruan Tinggi	0	1	1	1	1	2	1	0	1	0	0	1	0	0	9	Normal
8	MR	Laki-laki	47	SMA	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	Normal
9	ML	Perempuan	27	Perguruan Tinggi	1	2	2	2	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	20	Sedang
10	NF	Laki-laki	33	Perguruan Tinggi	0	3	1	1	1	0	0	1	0	2	0	0	0	1	10	Ringan
11	NMR	Laki-laki	24	Perguruan Tinggi	0	2	2	2	0	2	2	0	3	2	2	3	3	1	24	Berat
12	IBR	Laki-laki	47	SMA	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Normal
13	ANT	Perempuan	32	SMP	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Normal
14	MS	Laki-laki	50	SMA	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	6	Normal
15	IS	Laki-laki	43	SMA	1	2	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7	Normal
16	IWY	Laki-laki	38	SMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal
17	WND	Laki-laki	38	SMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal
18	AM	Perempuan	17	SMA	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4	Normal
19	MRG	Perempuan	16	SMA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Normal
20	MLY	Perempuan	54	SMA	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4	Normal
21	TNH	Perempuan	39	SMA	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	16	Sedang
22	MSW	Laki-laki	50	SMA	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4	Normal

NO	NAMA	JENIS KELAMIN	USIA	TINGKAT PENDIDIKAN	JAWABAN KUESIONER STRES														SKOR	TINGKAT DEPRESI
					P2	P4	P7	P9	P15	P19	P20	P23	P25	P28	P30	P36	P40	P41		
1	PR	Perempuan	36	Perguruan Tinggi	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	9	Ringan
2	DY	Laki-laki	19	SMA	0	1	1	2	2	2	0	1	1	0	2	0	0	1	13	Sedang
3	SR	Perempuan	51	SD	2	3	2	1	2	2	2	1	0	1	1	0	0	0	17	Berat
4	WYD	Laki-laki	26	SMA	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	5	Normal
5	SBR	Perempuan	29	Perguruan Tinggi	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4	Normal
6	SP	Laki-laki	39	SMA	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Normal
7	EY	Perempuan	33	Perguruan Tinggi	1	0	1	1	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	12	Sedang
8	MR	Laki-laki	47	SMA	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	7	Normal
9	ML	Perempuan	27	Perguruan Tinggi	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	19	Berat
10	NF	Laki-laki	33	Perguruan Tinggi	2	2	1	3	3	0	0	0	1	1	1	0	0	1	15	Berat
11	NMR	Laki-laki	24	Perguruan Tinggi	0	2	2	2	3	0	1	1	0	2	2	3	1	0	19	Berat
12	IBR	Laki-laki	47	SMA	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	Normal
13	ANT	Perempuan	32	SMP	0	2	0	1	2	1	0	0	2	0	0	0	0	0	8	Ringan
14	MS	Laki-laki	50	SMA	2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	11	Sedang
15	IS	Laki-laki	43	SMA	2	2	2	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	11	Sedang
16	IWY	Laki-laki	38	SMA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Normal
17	WND	Laki-laki	38	SMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal
18	AM	Perempuan	17	SMA	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	8	Ringan
19	MRG	Perempuan	16	SMA	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	7	Normal
20	MLY	Perempuan	54	SMA	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	6	Normal
21	TNH	Perempuan	39	SMA	2	1	0	1	2	1	2	1	0	2	2	2	1	1	18	Berat
22	MSW	Laki-laki	50	SMA	2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	10	Sedang

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Rizaldi

NIM : 15.0262.597.01

Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 16 Juni 1996

Agama : Islam

Jenis Kelamin : Laki-laki

Alamat Email : Rizald61@gmail.com

Riwayat Pendidikan : Sekolah Dasar Negeri 029 Samarinda Seberang
(2003-2009)

Sekolah Menengah Pertama Negeri 15 Samarinda
(2009-2012)

Sekolah Menengah Atas Negeri 7 Samarinda
(2012-2015)

