

BAB II

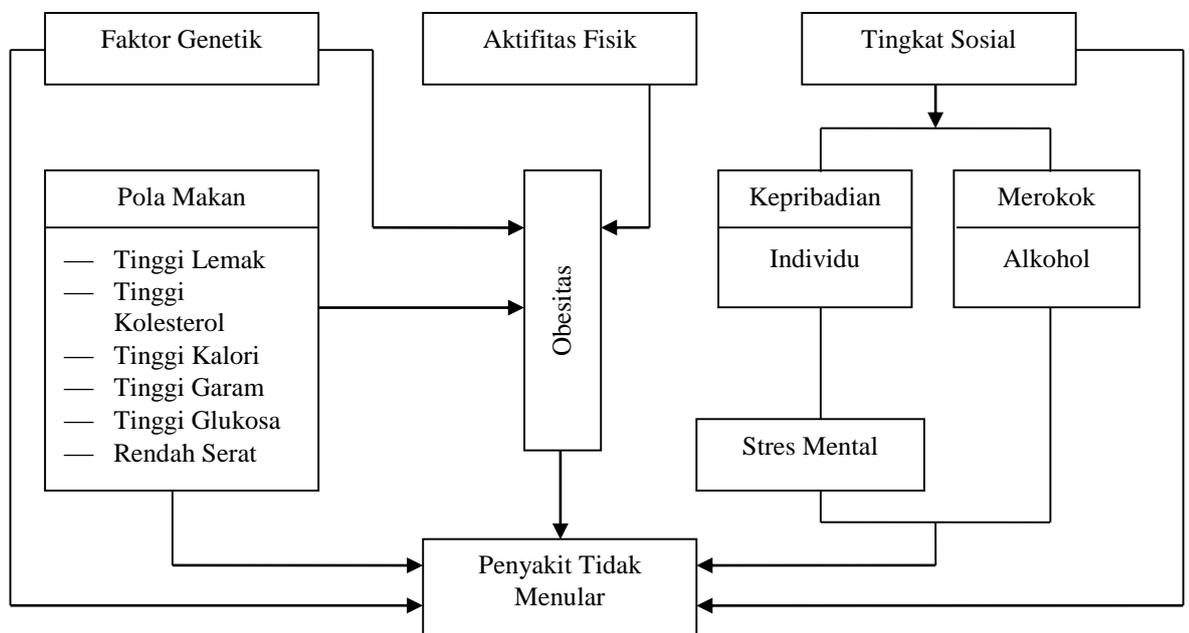
TINJAUAN PUSTAKA

A. Gambaran Umum

Penyakit Tidak Menular (PTM) secara global telah mendapat perhatian serius dengan masuknya PTM sebagai salah satu target dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs) 2030 khususnya pada Goal 3: *Ensure healthy lives and well-being*. SDGs 2030 telah disepakati secara formal oleh 193 pemimpin Negara pada UN Summit yang diselenggarakan di New York pada 25-27 September 2015. Hal ini didasari pada fakta yang terjadi di banyak negara bahwa meningkatnya usia harapan hidup dan perubahan gaya hidup juga diiringi dengan meningkatnya PTM. Penanganan PTM memerlukan waktu yang lama dan teknologi yang mahal, dengan demikian pencegahan dan penanggulangannya memerlukan biaya yang tinggi. Publikasi World Economic Forum April 2015 menunjukkan bahwa potensi kerugian akibat PTM di Indonesia pada periode 2012-2030 diprediksi mencapai US\$ 4,47 triliun atau 5,1 kali GDP 2012.³⁰

Penyakit Tidak Menular adalah sekelompok penyakit yang bersifat kronis, tidak menular, dimana diagnosis dan terapinya pada umumnya lama dan mahal. PTM sendiri dapat terkena pada semua organ, sehingga penyakitnya juga banyak sekali. Enam PTM yang menjadi penyebab kematian tertinggi di Indonesia adalah stroke, hipertensi, diabetes, tumor ganas, penyakit hati, dan penyakit jantung iskemik. Faktor risiko perilaku yang berkaitan dengan PTM di

Indonesia adalah merokok, kurang aktifitas fisik, kurang konsumsi sayur dan buah, obesitas, obesitas sentral dan konsumsi alkohol berbahaya.³⁰ PTM telah mempunyai prakondisi sejak dalam kandungan dan masa pertumbuhan (seperti BBLR, kurang gizi dan terjadinya infeksi berulang pada masa kanak-kanak) yang diperberat oleh gaya hidup yang tidak sehat. Bila digambarkan maka alur pikir faktor risiko PTM sebagai berikut:



Gambar 2.1 Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular

Sumber : Kenneth, 2015

Penyakit kardiovaskular dan penyakit lain yang erat kaitannya dengan hipertensi merupakan penyakit yang dapat dicegah apabila faktor risikonya dikendalikan, sehingga perawatan pasien ini mencerminkan kegagalan dari pengelolaan program penanggulangan penyakit tersebut, yang merupakan upaya bersama antara petugas kesehatan dan masyarakat yang bersangkutan. Tantangan yang dihadapi adalah bagaimana mengembangkan suatu sistem

pelayanan yang berbasis masyarakat, dengan mengoptimalkan peran dan fungsi seluruh sarana pelayanan kesehatan yang menghubungkan pelayanan medis dengan pendekatan promotif dan preventif.³⁰

World Health Organization telah mengusulkan agar memusatkan penanggulangan PTM melalui tiga komponen utama, yaitu surveilans PTM, promosi kesehatan dan pencegahan, serta inovasi dan reformasi manajemen pelayanan kesehatan yang diterapkan secara integratif dan komprehensif. Kegiatan penanggulangan PTM di Indonesia selama ini masih tersebar dan dilakukan secara tersendiri dan kurang terkoordinasi dengan baik. Hampir semua unsur yang terlibat dalam pengendalian PTM telah bekerja, namun belum menggunakan acuan yang sama. Selain itu, sistem pengumpulan data PTM melalui surveilans faktor risiko PTM juga belum memadai sehingga belum dapat menyediakan informasi yang dibutuhkan secara teratur untuk mendukung program pencegahan dan pengendalian PTM.

B. Hipertensi

1. Pengertian Hipertensi

Tekanan darah adalah desakan darah terhadap dinding-dinding arteri ketika darah tersebut dipompa dari jantung ke jaringan. Tekanan darah merupakan gaya yang diberikan darah pada dinding pembuluh darah. Tekanan ini bervariasi sesuai pembuluh darah terkait dan denyut jantung. Tekanan darah pada arteri besar bervariasi menurut denyutan jantung.

Tekanan ini paling tinggi ketika ventrikel berkontraksi (tekanan sistolik) dan paling rendah ketika ventrikel berelaksasi (tekanan diastolik).³¹

Ketika jantung memompa darah melewati arteri, darah menekan dinding pembuluh darah. Mereka yang menderita hipertensi mempunyai tinggi tekanan darah yang tidak normal. Penyempitan pembuluh nadi atau aterosklerosis merupakan gejala awal yang umum terjadi pada hipertensi. Tekanan darah menjadi tinggi karena arteri-arteri terhalang lempengan kolesterol dalam aterosklerosis sehingga darah memaksa melewati jalan yang sempit.³²

Tekanan darah digolongkan normal jika tekanan darah sistolik tidak melampaui 140 mmHg dan tekanan darah diastolik tidak melampaui 90 mmHg dalam keadaan istirahat; sedangkan hipertensi adalah tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal. Tekanan darah normal bervariasi sesuai usia, sehingga setiap diagnosis hipertensi harus bersifat spesifik usia. Secara umum, seseorang dianggap mengalami hipertensi apabila tekanan darahnya lebih tinggi dari 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolik (ditulis 140/90).³²

Hipertensi adalah desakan darah yang berlebih dan hampir konstan pada arteri. Hipertensi juga disebut dengan tekanan darah tinggi, dimana tekanan tersebut dihasilkan oleh kekuatan jantung ketika memompa darah sehingga hipertensi ini berkaitan dengan kenaikan tekanan sistolik dan tekanan diastolik. Standar hipertensi adalah sistolik ≥ 140 mmHg dan diastolik ≥ 90 mmHg.³³

Tekanan darah tinggi adalah tekanan darah sistolik lebih atau sama dengan 150-180 mmHg. Tekanan diastolik biasanya juga akan meningkat dan tekanan diastolik yang tinggi misalnya 90-120 mmHg atau lebih, akan berbahaya karena merupakan beban jantung.³¹

Menurut WHO, batas tekanan darah yang masih dianggap normal adalah 140/90 mmHg dan tekanan darah sama dengan atau lebih dari 160/95 mmHg dinyatakan sebagai hipertensi. Secara umum seorang dikatakan menderita hipertensi jika tekanan darah sistolik/diastolik 140 mmHg (normalnya 120/80 mmHg).³⁴

Hipertensi merupakan suatu keadaan terjadinya peningkatan tekanan darah yang memberi gejala berlanjut pada suatu target organ tubuh sehingga timbul kerusakan lebih berat seperti stroke (terjadi pada otak dan berdampak pada kematian yang tinggi), penyakit jantung koroner (terjadi pada kerusakan pembuluh darah jantung), serta penyempitan ventrikel kiri/bilik kiri (terjadi pada otot jantung). Selain penyakit tersebut dapat pula menyebabkan gejala gagal ginjal, penyakit pembuluh lain, diabetes mellitus, dan lain-lain.³⁵

Menurut Linda Brookes, *The update WHO/ISH Hypertension Guideline*, yang merupakan divisi dari *National Institute of Health* di AS secara berkala mengeluarkan laporan yang disebut *Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. Laporan terakhir diterbitkan pada bulan Mei 2003, memberikan resensi pembaharuan kepada WHO/ISH tentang kriteria hipertensi yang

dibagi dalam empat kategori, yaitu optimal, normal dan normal tinggi/prahipertensi, kemudian hipertensi derajat I, hipertensi derajat II dan hipertensi derajat III (Lihat Tabel 2.1).³⁶

Tabel 2.1` Klasifikasi Tekanan Darah Menurut WHO/ISH

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diastolik (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal tinggi / prahipertensi	130-139	85-89
Hipertensi derajat I	140-159	90-99
Hipertensi derajat II	160-179	100-109
Hipertensi derajat III	\geq 180	\geq 110

Sumber : Brookes, 2004

Prahipertensi, jika angka sistolik antara 130-139 mmHg atau angka diastolik antara 85-89 mmHg. Jika orang menderita prahipertensi maka risiko untuk terkena hipertensi lebih besar. Misalnya orang yang masuk kategori prahipertensi dengan tekanan darah 130/85 mmHg – 139/89 mmHg mempunyai kemungkinan dua kali lipat untuk mendapat hipertensi dibandingkan dengan yang mempunyai tekanan darah lebih rendah. Jika tekanan darah masuk dalam kategori prahipertensi, maka dianjurkan melakukan penyesuaian pola hidup yang dirancang untuk menurunkan tekanan darah menjadi normal.³⁶

Hipertensi derajat I. Sebagian besar penderita hipertensi termasuk dalam kelompok ini. Jika individu termasuk dalam kelompok ini maka perubahan pola hidup merupakan pilihan pertama untuk penanganannya. Selain itu juga dibutuhkan pengobatan untuk mengendalikan tekanan darah.³⁶

Hipertensi derajat II dan III. Individu dalam kelompok ini mempunyai risiko terbesar untuk terkena serangan jantung, stroke atau masalah lain yang berhubungan dengan hipertensi. Pengobatan untuk setiap orang dalam kelompok ini dianjurkan kombinasi dari dua jenis obat tertentu dengan perubahan pola hidup.³⁶

Sementara pada *The Joint National Commite VII (JNC VII)* mengklasifikasikan penyakit hipertensi berdasarkan derajat tekanan darah sebagai berikut:³⁶

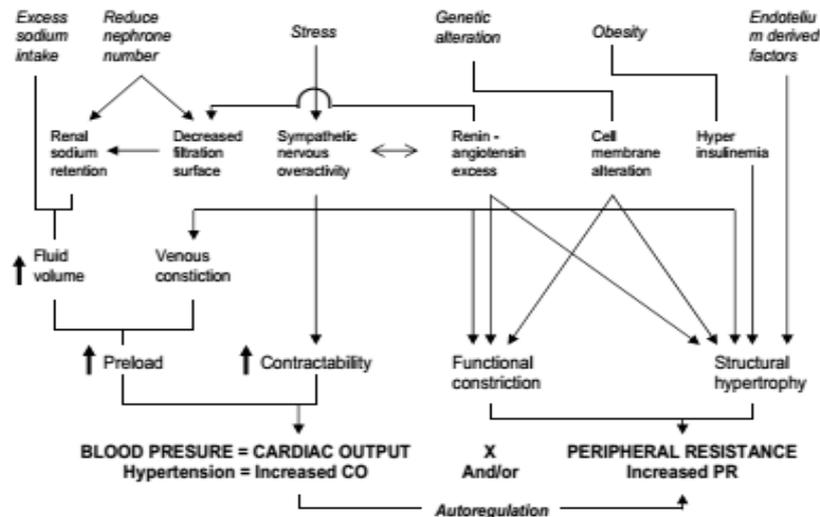
Tabel 2.2 Klasifikasi Tekanan Darah Menurut JNC VII

No.	Klasifikasi	Tekanan Darah Sistolik	Tekanan Darah Diastolik
1.	Normal	< 120 mmHg	< 80 mmHg
2.	Prehipertensi	120 - 139 mmHg	80 - 90 mmHg
3.	Hipertensi Derajat 1	140 - 159 mmHg	90 - 99 mmHg
4.	Hipertensi Derajat 2	> 160 mmHg	> 100 mmHg

Sumber : Brookes, 2004

2. Patogenesis Hipertensi

Tekanan yang dibutuhkan untuk mengalirkan darah melalui sistem sirkulasi dilakukan oleh aksi memompa dari jantung (*cardiac output/ CO*) dan dukungan dari arteri (*peripheral resistance/ PR*). Fungsi kerja masing-masing penentu tekanan darah ini dipengaruhi oleh interaksi dari berbagai faktor yang kompleks. Hipertensi sesungguhnya merupakan abnormalitas dari faktor-faktor tersebut, yang ditandai dengan peningkatan curah jantung dan/atau ketahanan perifer (Lihat Gambar 2.3).³¹



Gambar 2.2 Patogenesis Hipertensi

Sumber : Noorman, 2008

3. Gejala Klinis Hipertensi

Menurut Corwin, sebagian besar tanpa disertai gejala yang mencolok dan manifestasi klinis timbul setelah mengetahui hipertensi bertahun-tahun berupa:³²

- Nyeri kepala saat terjaga, kadang-kadang disertai mual dan muntah, akibat tekanan darah intrakranium.
- Penglihatan kabur akibat kerusakan retina karena hipertensi.
- Ayunan langkah tidak mantap karena kerusakan susunan syaraf.
- Nokturia karena peningkatan aliran darah ginjal dan filtrasi glomerulus.
- Edema dependen akibat peningkatan tekanan kapiler.

Peninggian tekanan darah kadang merupakan satu-satunya gejala, terjadi komplikasi pada ginjal, mata, otak, atau jantung. Gejala lain adalah

sakit kepala, epistaksis, marah, telinga berdengung, rasa berat ditenguk, sukar tidur, mata berkunang-kunang dan pusing.³⁷

4. Diagnosis Hipertensi

Menurut Suyono, evaluasi pasien hipertensi mempunyai tiga tujuan:³⁴

- a. Mengidentifikasi penyebab hipertensi
- b. Menilai adanya kerusakan organ target dan penyakit kardiovaskuler, beratnya penyakit, serta respon terhadap pengobatan
- c. Mengidentifikasi adanya faktor risiko kardiovaskuler yang lain atau penyakit peserta, yang ikut menentukan prognosis dan ikut menentukan panduan pengobatan.

Data yang diperlukan untuk evaluasi tersebut diperoleh dengan cara anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, dan pemeriksaan penunjang. Peninggian tekanan darah kadang sering merupakan satu-satunya tanda klinis hipertensi sehingga diperlukan pengukuran tekanan darah yang akurat. Berbagai faktor yang mempengaruhi hasil pengukuran seperti faktor pasien, faktor alat dan tempat pengukuran.³⁴

Anamnesis yang dilakukan meliputi tingkat hipertensi dan lama menderita, riwayat, dan gejala-gejala hipertensi yang berkaitan seperti penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskuler, dan lainnya. Pemeriksaan fisik dilakukan pengukuran tekanan darah dua kali atau lebih dengan jarak dua menit, kemudian diperiksa ulang dengan kontrolater.³⁷

5. Pengukuran Hipertensi

Watson menjelaskan bahwa tekanan darah diukur berdasarkan berat kolom air raksa yang harus ditanggungnya. Tingginya dinyatakan dalam milimeter. Tekanan darah arteri yang normal adalah 110-120 (sistolik) dan 65-80 mm (diastolik). Alat untuk mengukur tekanan darah disebut *spigmomanometer*.³¹

Ada beberapa spigmomanometer, tetapi yang paling umum terdiri dari sebuah manset karet yang dibalut dengan bahan yang difiksasi disekitarnya secara merata tanpa menimbulkan konstiksi. Sebuah tangan kecil dihubungkan dengan manset karet ini. Dengan alat tersebut, udara dapat dipompakan ke dalamnya, mengembangkan manset karet tersebut dan menekan akstremita dan pembuluh darah yang ada didalamnya. Bantalan ini juga dihubungkan dengan sebuah manometer yang mengandung air raksa sehingga tekanan udara didalamnya dapat dibaca sesuai skala yang ada.³¹

Untuk mengukur tekanan darah, manset karet difiksasi melingkari lengan dan denyut pada pergelangan tangan diraba dengan satu tangan, sementara tangan yang lain digunakan untuk mengembangkan manset sampai suatu tekanan, dimana denyut arteri radialis tidak lagi teraba. Sebuah stetoskop diletakkan diatas denyut arteri brakialis pada fosa kubiti dan tekanan pada manset karet diturunkan perlahan dengan melonggarkan katupnya. Ketika tekanan diturunkan, mula-mula tidak terdengar suara, namun jika mencapai tekanan darah sistolik terdengar suara ketukan (*tapping sound*) pada stetoskop (*Korotkoff fase I*). Pada saat itu tinggi air

raksa didalam namometer harus dicatat. Ketika tekanan didalam manset diturunkan, suara semakin keras sampai saat tekanandarah diastolik tercapai, karakter bunyi tersebut berubah dan meredup (*Korotkoff fase IV*). Penurunan tekanan manset lebih lanjut akan menyebabkan bunyi menghilang sama sekali (*Korotkoff fase V*). Tekanan diastolik dicatat pada saat menghilangnya karakter bunyi tersebut.³³

Menurut Gunawan, dalam pengukuran tekanan darah ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:³³

- a. Pengukuran tekanan darah boleh dilaksanakan pada posisi duduk ataupun berbaring. Namun yang penting, lengan tangan harus dapat diletakkan dengan santai.
- b. Pengukuran tekanan darah dalam posisi duduk, akan memberikan angka yang agak lebih tinggi dibandingkan dengan posisi berbaring meskipun selisihnya relatif kecil.
- c. Tekanan darah juga dipengaruhi kondisi saat pengukuran. Pada orang yang bangun tidur, akan didapatkan tekanan darah paling rendah. Tekanan darah yang diukur setelah berjalan kaki atau aktifitas fisik lain akan memberi angka yang lebih tinggi. Selain itu, juga tidak boleh merokok atau minum kopi karena kedua hal itu akan menyebabkan tekanan darah sedikit naik.
- d. Pada pemeriksaan kesehatan, sebaiknya tekanan darah diukur 2 atau 3 kali berturut-turut, dan pada detakan yang terdengar tegas pertama kali

mulai dihitung. Jika hasilnya berbeda maka nilai yang dipakai adalah nilai yang terendah.

- e. Ukuran manset harus sesuai dengan lingkaran lengan, bagian yang mengembang harus melingkari 80% lengan dan mencakup dua pertiga dari panjang lengan atas.

6. Pemeriksaan Penunjang Hipertensi

Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium rutin yang dilakukan sebelum memulai terapi dengan tujuan menentukan adanya kerusakan organ dan faktor risiko lain atau mencari penyebab hipertensi. Biasanya dilakukan pemeriksaan urinalisa, darah perifer lengkap, kimia darah (kalium, natrium, kreatin, gula darah puasa, kolesterol total, kolesterol HDL). Selain itu juga dapat dilakukan pemeriksaan lain seperti klirens kreatin, protein urin 24 jam, asam urat, kolesterol LDL, TSH dan ekokardiografi.³⁷

Pemeriksaan kadar ureum dan kreatin dalam darah dipakai untuk menilai fungsi ginjal. Kadar kreatin serum lebih berarti dibandingkan dengan ureum sebagai indikator laju glomerulus (*glomerular filtration rate*) yang menunjukkan derajat fungsi ginjal. Pemeriksaan yang lebih tepat adalah pemeriksaan klirens atau yang lebih populer disebut *creatin clearance test* (CTC). Pemeriksaan kalium dalam serum dapat membantu menyingkirkan kemungkinan aldosteronisme primer pada pasien hipertensi.³⁷ Sementara Suyono mengemukakan bahwa pemeriksaan

urinalisa diperlukan karena selain dapat membantu menegakkan diagnosis penyakit ginjal, pemeriksaan ini juga dapat membantu menegakkan diagnosis hipertensi karena proteinuria ditemukan hampir separuh pasien hipertensi. Pemeriksaan urinalisa sebaiknya dilakukan pada urin segar.³⁴

7. Jenis-jenis Hipertensi

Klasifikasi hipertensi berdasarkan penyebabnya ada dua, yaitu hipertensi esensial (hipertensi primer) dan hipertensi sekunder. Hipertensi esensial yang tidak diketahui penyebabnya dijumpai lebih kurang 90%, sementara hipertensi sekunder yang tidak diketahui penyebabnya yaitu 10% dari seluruh hipertensi.³⁴

a. Hipertensi primer

Hipertensi primer adalah hipertensi yang belum diketahui penyebabnya dengan jelas. Berbagai faktor yang diduga turut berperan sebagai penyebab hipertensi primer seperti bertambahnya umur, stres psikologis dan hereditas (keturunan). Sekitar 90% pasien hipertensi diperkirakan termasuk dalam kategori ini. Pengobatan hipertensi primer sering dilakukan adalah membatasi konsumsi kalori bagi mereka yang kegemukan, membatasi konsumsi garam, dan olahraga. Obat hipertensi mungkin pula digunakan tetapi kadang-kadang menimbulkan efek samping seperti meningkatnya kadar kolesterol, menurunnya kadar natrium (Na) dan kalium (K) didalam tubuh dan dehidrasi.

b. Hipertensi sekunder

Hipertensi sekunder adalah hipertensi yang penyebabnya boleh dikatakan telah pasti yaitu hipertensi yang diakibatkan oleh kerusakan suatu organ. Termasuk hipertensi sekunder antara lain hipertensi jantung, hipertensi penyakit ginjal, hipertensi penyakit jantung dan ginjal, hipertensi penyakit diabetes mellitus, dan hipertensi sekunder lain yang tidak spesifik.³¹

8. Faktor Risiko Hipertensi

a. Faktor yang tidak dapat diubah atau tidak dapat dikontrol³⁶

- 1) Umur. Hipertensi erat kaitannya dengan umur, semakin tua seseorang maka semakin besar risiko hipertensi. Umur lebih dari 40 tahun mempunyai risiko hipertensi. Dengan bertambahnya umur, risiko hipertensi lebih besar sehingga prevalensi hipertensi di kalangan usia lanjut cukup tinggi yaitu sekitar 40% dengan kematian 50% di atas umur 60 tahun. Hal ini disebabkan pada usia 50-60 tahun arteri kehilangan elastisitas sehingga tekanan darah bertambah seiring tuanya usia. Selain itu, risiko hipertensi meningkat seiring dengan bertambahnya usia karena adanya perubahan alami pada jantung, pembuluh darah dan hormon.
- 2) Jenis Kelamin. Perbandingan antara laki-laki dan perempuan terdapat angka yang cukup bervariasi. Laki-laki lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan perempuan dengan rasio sekitar

2,29 mmHg untuk peningkatan darah sistolik. Laki-laki dan perempuan menopause mempunyai pengaruh yang sama untuk terjadinya hipertensi. Segi lain, penelitian lain mengungkapkan wanita lebih berisiko menderita hipertensi dibandingkan laki-laki karena faktor hormone estrogen pada perempuan.

- 3) Riwayat Keluarga. Adanya anggota keluarga yang memiliki riwayat hipertensi akan meningkatkan risiko hipertensi, terutama hipertensi primer. Adanya riwayat hipertensi dan penyakit pada keluarga akan meningkatkan risiko hipertensi 2-5 kali.
 - 4) Genetik. Hipertensi lebih banyak pada kembar monozigot (satu sel telur) daripada heterozigot (berbeda sel telur). Seorang penderita yang mempunyai sifat genetik hipertensi primer (esensial) apabila dibiarkan secara alamiah tanpa intervensi terapi, bersama lingkungannya akan menyebabkan hipertensi berkembang dan dalam waktu sekitar 30-50 tahun akan timbul tanda dan gejala.
- b. Faktor yang dapat diubah atau dapat dikontrol³⁶
- 1) Kebiasaan merokok meningkatkan risiko kardiovaskular dan hipertensi. Selain itu, lamanya merokok dan jumlah rokok yang dihisap per hari juga merupakan faktor risiko hipertensi. Orang yang merokok lebih dari 1 bungkus per hari akan meningkatkan risiko hipertensi 2 kali lebih besar dibandingkan yang tidak merokok. Merokok dapat menyebabkan hipertensi karena zat-zat beracun (seperti nikotin dan karbon monoksida) yang masuk ke dalam aliran

darah dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah arteri dan mengakibatkan proses aterosklerosis yang akhirnya memicu hipertensi. Selain itu, nikotin dalam tembakau merupakan penyebab meningkatnya tekanan darah segera setelah isapan pertama. Nikotin diserap oleh pembuluh-pembuluh darah amat kecil di dalam paru-paru dan diedarkan ke aliran darah. Hanya dalam beberapa detik nikotin sudah mencapai otak. Otak bereaksi terhadap nikotin dengan memberi sinyal pada kelenjar adrenalin untuk melepaskan epinefrin. Hormon yang kuat ini akan menyempitkan pembuluh darah dan memaksa jantung untuk bekerja lebih erat karena tekanan yang lebih tinggi. Setelah merokok dua batang saja maka tekanan sistolik dan diastolik akan meningkat 10 mmHg. Tekanan darah akan tetap pada ketinggian ini sampai 30 menit setelah berhenti mengisap rokok. Sementara efek nikotin perlahan-lahan menghilang, tekanan darah juga akan menurun dengan perlahan. Namun pada perokok berat tekanan darah akan berada pada level tinggi sepanjang hari.

- 2) Konsumsi garam. Garam sangat penting pada mekanisme timbulnya hipertensi. Pengaruh asupan garam terhadap hipertensi melalui peningkatan volume plasma (cairan tubuh) dan tekanan darah. Keadaan ini akan diikuti oleh peningkatan ekskresi kelebihan garam sehingga kembali pada keadaan hemodinamik (sistem peredaran) yang normal. Pada hipertensi esensial mekanisme ini terganggu, disamping ada faktor lain yang berpengaruh. Selain itu, garam juga

merupakan faktor penting dalam pathogenesis hipertensi. Asupan garam kurang dari 3 gram tiap hari menyebabkan prevalensi hipertensi yang rendah, sedangkan jika asupan garam antara 5-15 gram per hari prevalensi hipertensi meningkat menjadi 15-20%. Pengaruh asupan garam terhadap timbulnya hipertensi karena peningkatan volume plasma, curah jantung dan tekanan darah. Oleh karena itu, asupan garam yang dianjurkan adalah 6 gram per hari setara dengan 110 mmol atau 2400 mg per hari.

- 3) Konsumsi lemak jenuh akan mendorong terjadinya peningkatan berat badan yang berisiko terjadinya hipertensi. Selain itu, konsumsi jelantah juga meningkatkan aterosklerosis yang berkaitan dengan kenaikan tekanan darah.
- 4) Penggunaan jelantah berkaitan dengan hiperkolesterolemi, aterosklerosis, penyakit jantung, hipertensi, dll. Jelantah adalah minyak goreng yang sudah lebih dari satu kali dipakai untuk menggoreng dan minyak goreng ini telah rusak.
- 5) Kebiasaan konsumsi minuman beralkohol. Peminum alkohol berat cenderung hipertensi meskipun timbulnya mekanisme hipertensi belum diketahui secara pasti. Orang-orang yang minum alkohol terlalu sering atau yang selalu minum alkohol ternyata memiliki tekanan darah yang lebih tinggi dibandingkan dengan individu yang tidak minum atau sedikit minum. Konsumsi alkohol berhubungan dengan hipertensi diduga karena terjadinya peningkatan kadar

kortisol dan peningkatan volume sel darah merah dimana kekentalan darah merah berperan dalam kenaikan tekanan darah. Selain itu, konsumsi alkohol dalam jangka panjang akan merusak jantung dan organ-organ lain.

- 6) Obesitas adalah $IMT > 25$. Obesitas berkaitan dengan hipertensi karena terjadinya peningkatan sirkulasi volume darah sehingga memberi tekanan lebih besar pada dinding arteri. Selain itu, pada orang yang menderita obesitas tahanan perifer berkurang atau normal, sedangkan aktifitas saraf simpatis meninggi dengan aktivitas renin plasma yang rendah. Obesitas juga meningkatkan frekuensi denyut jantung dan kadar insulin dalam darah, sehingga tubuh menahan natrium dan air.
- 7) Olahraga banyak dikaitkan dengan pengelolaan hipertensi karena olahraga isotonic dan teratur dapat menurunkan tahanan perifer yang akan menurunkan tekanan darah. Olahraga juga dikaitkan dengan peran obesitas pada hipertensi. Kurang olahraga akan meningkatkan timbulnya obesitas dan jika asupan garam juga bertambah akan memicu hipertensi.
- 8) Stres berhubungan dengan hipertensi karena aktifitas saraf simpatik yang dapat meningkatkan tekanan darah secara bertahap. Apabila stres kerja menjadi berkepanjangan maka tekanan darah dapat menjadi tetap tinggi.

- 9) Penggunaan estrogen berkaitan dengan hipertensi, meskipun belum ada data yang akurat mengenai hal tersebut. Lamanya pemakaian kontrasepsi estrogen (\pm 12 tahun berturut-turut) akan meningkatkan tekanan darah perempuan.

9. Penatalaksanaan Hipertensi

a. Penatalaksanaan Non Farmakologis

Pendekatan non farmakologis merupakan penanganan awal sebelum penambahan obat-obat hipertensi, disamping perlu diperhatikan oleh seorang yang sedang dalam terapi obat. Sedangkan pasien hipertensi yang terkontrol, pendekatan non farmakologis ini membantu pengurangan dosis obat pada sebagian penderita. Oleh karena itu, modifikasi gaya hidup merupakan hal yang penting diperhatikan, karena berperan dalam keberhasilan penanganan hipertensi.³⁸

Menurut beberapa ahli, pengobatan non farmakologis sama pentingnya dengan pengobatan farmakologis, terutama pada pengobatan hipertensi derajat I. Pada hipertensi derajat I, pengobatan secara non farmakologis kadang-kadang dapat mengendalikan tekanan darah sehingga pengobatan farmakologis tidak diperlukan atau pemberiannya dapat ditunda. Jika obat hipertensi diperlukan, maka pengobatan non farmakologis dapat dipakai sebagai pelengkap untuk mendapatkan hasil pengobatan yang lebih baik.³⁴

Pendekatan non farmakologis dibedakan menjadi beberapa hal, yaitu:

- 1) Menurunkan faktor risiko yang menyebabkan aterosklerosis. Menurut Corwin berhenti merokok penting untuk mengurangi efek jangka panjang hipertensi karena asap rokok diketahui menurunkan aliran darah ke berbagai organ dan dapat meningkatkan beban kerja jantung. Selain itu pengurangan makanan berlemak dapat menurunkan risiko aterosklerosis.³²

Penderita hipertensi dianjurkan untuk berhenti merokok dan mengurangi asupan alcohol. Berdasarkan hasil penelitian eksperimen, sampai pengurangan sekitar 10 kg berat badan berhubungan langsung dengan penurunan tekanan darah rata-rata 2-3 mmHg per kg berat badan.³⁸

- 2) Olahraga dan aktifitas fisik. Selain untuk menjaga berat badan normal, olahraga dan aktifitas fisik teratur bermanfaat untuk mengatur tekanan darah, dan menjaga kebugaran tubuh. Olahraga seperti jogging, berenang baik dilakukan untuk penderita hipertensi. Dianjurkan untuk olahraga teratur, minimal tiga kali seminggu, dengan demikian dapat menurunkan tekanan darah walaupun berat badan belum tentu turun.³⁸

Olahraga yang teratur dibuktikan dapat menurunkan tekanan perifer sehingga dapat menurunkan tekanan darah. Olahraga dapat menimbulkan perasaan santai dan mengurangi berat badan sehingga

dapat menurunkan tekanan darah. Yang perlu diingat adalah olahraga saja tidak dapat digunakan sebagai pengobatan hipertensi.³⁹

Menurut Kusmana, beberapa patokan yang perlu dipenuhi sebelum memutuskan berolahraga adalah:³⁹

- a) Penderita hipertensi sebaiknya dikontrol atau dikendalikan tanpa atau dengan obat terlebih dahulu tekanan darahnya, sehingga tekanan darah sistolik tidak melebihi 160 mmHg dan tekanan darah diastolik tidak melebihi 100 mmHg.
- b) Alangkah tepat jika sebelum berolahraga terlebih dahulu mendapat informasi mengenai penyebab hipertensi yang sedang diderita.
- c) Sebelum melakukan latihan sebaiknya telah dilakukan uji latih jantung dengan beban (*treadmill/ergometer*) agar dapat dinilai reaksi tekanan darah serta perubahan aktifitas listrik jantung (EKG), sekaligus menilai tingkat kapasitas fisik.
- d) Pada saat uji latih sebaiknya obat yang sedang diminum tetap diteruskan sehingga dapat diketahui efektifitas obat terhadap kenaikan beban.
- e) Latihan yang diberikan ditujukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan tidak menambah peningkatan darah.
- f) Olahraga yang bersifat kompetisi tidak diperbolehkan
- g) Olahraga peningkatan kekuatan tidak diperbolehkan.

- h) Secara teratur memeriksakan tekanan darah sebelum dan sesudah latihan
 - i) Salah satu dari olahraga hipertensi adalah timbulnya penurunan tekanan darah sehingga olahraga dapat menjadi salah satu obat hipertensi.
 - j) Umumnya penderita hipertensi mempunyai kecenderungan ada kaitannya dengan beban emosi (stress). Oleh karena itu disamping olahraga yang bersifat fisik dilakukan pula olahraga pengendalian emosi, artinya berusaha mengatasi ketegangan emosional yang ada.
 - k) Jika hasil latihan menunjukkan penurunan tekanan darah, maka dosis/atakanan obat yang sedang digunakan sebaiknya dilakukan penyesuaian (pengurangan).
- 3) Perubahan pola makan
- a) Mengurangi asupan garam. Pada hipertensi derajat I, pengurangan asupan garam dan upaya penurunan berat badan dapat digunakan sebagai langkah awal pengobatan hipertensi. Nasihat pengurangan asupan garam harus memperhatikan kebiasaan makan pasien, dengan memperhitungkan jenis makanan tertentu yang banyak mengandung garam. Pembatasan asupan garam sampai 60 mmol per hari, berarti tidak menambahkan garam pada waktu makan, memasak tanpa

garam, menghindari makanan yang sudah diasinkan, dan menggunakan mentega yang bebas garam. Cara tersebut di atas akan sulit dilaksanakan karena akan mengurangi asupan garam secara ketat dan akan mengurangi kebiasaan makan pasien secara drastis.⁴⁰

Menurut Shpes, jika dokter atau ahli gizi menyarankan agar seseorang mengurangi natrium demi menurunkan tekanan darah, maka ikutilah saran itu, bahkan sebelum disarankan pun sebaiknya mengurangi jumlah natrium setiap harinya dengan beberapa cara sebagai berikut:⁴¹

- (1) Perbanyak makanan segar, kurangi makan yang diproses
 - (2) Pilihlah produk dengan natrium rendah
 - (3) Jangan menambah garam pada makanan saat memasak
 - (4) Jangan menambah garam saat di meja makan
 - (5) Batasi penggunaan saus-sausan
 - (6) Bilaslah makanan dalam kaleng
- b) Diet rendah lemak jenuh. Lemak dalam diet meningkatkan risiko terjadinya aterosklerosis yang berkaitan dengan kenaikan tekanan darah. Penurunan konsumsi lemak jenuh, terutama lemak dalam makanan yang bersumber dari hewan dan peningkatan konsumsi lemak tidak jenuh secukupnya yang berasal dari minyak sayuran, biji-bijian dan makanan lain yang bersumber dari tanaman dapat menurunkan tekanan darah.⁴²

- c) Memperbanyak konsumsi sayur, buah-buahan dan susu rendah lemak. Beberapa peneliti menunjukkan bahwa beberapa mineral bermanfaat mengatasi hipertensi. Kalium dibuktikan erat kaitannya dengan penurunan tekanan darah arteri dan mengurangi risiko terjadinya stroke. Selain itu, mengkonsumsi kalsium dan magnesium bermanfaat dalam penurunan tekanan darah. Banyak konsumsi sayur-sayuran dan buah-buahan mengandung banyak mineral, seperti seledri, kol, jamur (banyak mengandung kalium), kacang-kacangan (banyak mengandung magnesium); sedangkan susu dan produk susu banyak mengandung kalsium.^{38,40}
- 4) Menghilangkan stress. Stres menjadi masalah bila tuntutan dari lingkungan hampir atau bahkan sudah melebihi kemampuan individu untuk mengatasinya. Cara untuk menghilangkan stress yaitu perubahan pola hidup dengan membuat perubahan dalam kehidupan rutin sehari-hari dapat meringankan beban stress. Perubahan-perubahan itu antara lain:⁴¹
- (1) Rencanakan semua dengan baik. Buatlah jadwal tertulis untuk kegiatan setiap hari sehingga tidak akan terjadi bentrokan acara atau individu terpaksa harus terburu-buru untuk tepat waktu memenuhi suatu janji atau aktifitas.
 - (2) Sederhanakan jadwal. Cobalah bekerja dengan lebih santai.
 - (3) Bebaskan diri dari stress yang berhubungan dengan pekerjaan.

- (4) Siapkan cadangan untuk keuangan.
- (5) Berolahraga
- (6) Makanlah yang benar
- (7) Tidur yang cukup
- (8) Ubahlah gaya. Amati sikap tubuh dan perilaku saat sedang dilanda stress
- (9) Sediakan waktu untuk keluar dari kegiatan rutin
- (10) Binalah hubungan social yang baik
- (11) Ubahah pola pikir. Perhatikan pola pikir agar dapat menekan perasaan kritis atau negatif terhadap diri sendiri.
- (12) Sediakan waktu untuk hal-hal yang memerlukan perhatian khusus.
- (13) Carilah humor
- (14) Berserah diri kepada Tuhan Yang Maha Esa.

b. Penatalaksanaan Farmakologis

Selain cara pengobatan non farmakologis, penatalaksanaan utama hipertensi primer adalah dengan obat. Keputusan untuk mulai memberikan obat hipertensi berdasarkan beberapa faktor seperti derajat peninggian tekanan darah, terdapatnya kerusakan organ target, dan terdapatnya manifestasi klinis penyakit kardiovaskuler atau faktor risiko lain.³⁴

Mansjoer menjelaskan bahwa penatalaksanaan dengan obat hipertensi bagi sebagian besar pasien dimulai dengan dosis rendah

kemudian ditingkatkan secara titrasi sesuai umur dan kebutuhan. Terapi yang optimal harus efektif selama 24 jam dan lebih disukai dalam dosis tunggal karena kepatuhan lebih baik, lebih murah dan dapat mengontrol hipertensi terus menerus dan lancar, dan melindungi pasien terhadap risiko dari kematian mendadak, serangan jantung, atau stroke akibat peningkatan tekanan darah mendadak saat bangun tidur. Sekarang terdapat pula obat yang berisi kombinasi dosis rendah 2 obat dari golongan yang berbeda. Kombinasi ini terbukti memberikan efektifitas tambahan dan mengurangi efek samping. Setelah diputuskan untuk memakai obat antihipertensi dan bila tidak terdapat indikasi untuk memilih golongan obat tertentu, diberikan diuretic atau beta bloker. Jika respon tidak baik dengan dosis penuh, dilanjutkan sesuai dengan algoritma. Diuretic biasanya menjadi tambahan karena dapat meningkatkan efek obat yang lain. Jika tambahan obat yang kedua dapat mengontrol tekanan darah dengan baik minimal setelah 1 tahun, dapat dicoba menghentikan obat pertama melalui penurunan dosis secara perlahan dan progresif.³⁷

C. Faktor Stres Kerja

1. Pengertian Stres Kerja

Stres merupakan saat atau kondisi yang melibatkan emosional dan ketidakseimbangan psikis sehingga mengakibatkan reaksi yang tidak

mengenakkan. Dalam pengertian ini stres menunjuk pada ketidakseimbangan dalam diri individu.⁴³

Sarafino mendefinisikan stres sebagai kondisi yang disebabkan oleh transaksi antara individu dengan lingkungan yang menimbulkan persepsi jarak antara tuntutan-tuntutan yang berasal dari situasi dengan sumber-sumber daya sistem biologis, psikologis, dan sosial dari seseorang. Sarafino juga mendefinisikan stres sebagai suatu proses yang meliputi stresor dan strain, serta interaksi antara individu dengan lingkungan. Stres tidak hanya stimulus atau respon, tetapi lebih dari suatu proses dimana individu berperan sebagai agen aktif yang bisa mempengaruhi dampak stresor melalui strategi behavioral, kognitif dan emosional.⁴⁴

Lebih lanjut, Selye menyatakan bahwa stres terdiri dari empat jenis yaitu *overstress*, *understress*, *badstress* dan *goodstress*. *Overstress* merupakan stres yang terjadi ketika stres yang dihadapi individu melebihi ambang batas ketahanan individu terhadap stres. *Understress* merupakan stres yang terjadi ketika individu merasakan bahwa sesuatu yang dilakukan kurang mewujudkan siapa dirinya dan menimbulkan kebosanan. *Badstress* merupakan stres yang diakibatkan oleh peristiwa-peristiwa yang tidak menyenangkan. *Goodstress* merupakan stres yang diakibatkan oleh pengalaman-pengalaman positif. Misalnya individu stres yang ditunjukkan oleh rasa cemas dan sakit perut karena keesokan hari akan memperoleh penghargaan dari perusahaan saat acara HUT Perusahaan.⁴³

Jika Selye membuat empat klasifikasi stres berdasarkan sebab dan dampaknya, maka Sarafino hanya membuat dua klasifikasi berdasarkan dampaknya. Menurut Sarafino klasifikasi dari stres adalah distres dan eustres. Distres adalah jenis stres yang berbahaya dan merusak atau berdampak negatif. Sedangkan, jenis stres yang menguntungkan dan konstruktif adalah eustres.⁴⁴

Berdasarkan penjabaran di atas, maka stress kerja adalah peristiwa menekan yang membuat individu tidak berdaya dan menimbulkan dampak negatif (distres), dimana sumber tekanan tersebut berkaitan dengan pekerjaan individu.

2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Stres Kerja

Faktor-faktor yang mempengaruhi stres kerja adalah:⁴⁵

- a. Pekerjaan isi, meliputi pekerjaan yang monoton, kurang merangsang, dan tidak memiliki arti.
- b. Beban kerja dan kecepatan kerja, meliputi beban kerja terlalu banyak atau terlalu sedikit, dan bekerja di bawah tekanan.
- c. Jam kerja, meliputi jam kerja ketat dan kaku, jam kerja panjang dan tidak bisa bersosialisasi, jam kerja tidak dapat diduga, dan sistem sifit buruk.
- d. Partisipasi dan kontrol, meliputi kurangnya keterlibatan dalam membuat keputusan dan kurangnya pengawasan.

- e. Pengembangan karir, status, dan upah, meliputi job insecurity, masa depan karier tidak ada, promosi terlalu sedikit / terlalu banyak, pekerjaan secara sosial dinilai rendah, upah kurang memuaskan, evaluasi sistem kinerja tidak jelas / tidak adil, serta pekerjaan kurang meningkatkan ketrampilan individu.
- f. Peran dalam organisasi, meliputi peran tidak jelas, pekerjaan memiliki peran yang bertentangan, tanggung jawab terhadap orang lain, terus-menerus dengan berhubungan dengan orang lain dan permasalahannya.
- g. Hubungan interpersonal, meliputi pengawasan yang tidak memadai, hubungan rekan kerja yang buruk, kekerasan dan pelecehan, terisolasi, dan tidak setuju prosedur untuk menangani masalah
- h. Budaya organisasi, meliputi komunikasi buruk, kepemimpinan buruk, serta kurangnya kejelasan tujuan dan struktur organisasi.
- i. Kaitan antara rumah-pekerjaan, meliputi konflik tuntutan rumah dan pekerjaan, kurangnya dukungan keluarga untuk mengatasi masalah kerja, dan kurangnya dukungan kantor untuk mengatasi masalah rumah.

Robbin menyatakan bahwa timbul-tidaknyanya stres pada seseorang yang diakibatkan oleh adanya stressors ditentukan oleh persepsi seseorang terhadap suatu keadaan atau peristiwa yang sedang terjadi, pengalaman seseorang, dukungan sosial, locus of control, jenis kepribadian. Berkaitan dengan dukungan sosial, Robbin mengungkapkan bahwa dukungan sosial, baik yang bersumber dari keluarga, atasan, maupun rekan kerja, dapat menyangga dampak stress. Logika yang mendasari pendapat ini adalah

bahwa dukungan sosial bertindak sebagai suatu pereda, yang mengurangi efek negatif bahkan untuk pekerjaan-pekerjaan yang bertegangan tinggi bagi pekerja yang memiliki hubungan yang kurang baik atau bahkan tidak baik sama sekali dengan rekan kerja dan atasan, keterlibatan dengan keluarga teman, dan komunitas di luar lingkungan kerja dapat memberikan dukungan –khususnya bagi mereka yang memiliki kebutuhan sosial yang tinggi– yang tidak mereka peroleh di tempat kerja, dan ini membuat penyebab stress pekerjaan lebih dapat ditolerir.⁴⁶

Luthans menjelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi stres kerja (stressor) dikelompokkan menjadi empat, yaitu:²⁰

a. Stressor ekstraorganisasi

- 1) Perubahan sosial/teknologi/globalisasi.
- 2) Keluarga.
- 3) Pindah tempat (relokasi) sekeluarga karena transfer atau promosi jabatan dapat menyebabkan stres.
- 4) Perubahan hidup mungkin terjadi secara lambat (menjadi lebih tua) atau mendadak (kematian pasangan).
- 5) Faktor sosiologis seperti ras, jenis kelamin, dan kelas juga dapat menjadi stressor.
- 6) Kondisi tempat tinggal atau masyarakat

b. Stressor organisasi

- 1) Kebijakan dan strategi administratif
 - a) Penyusutan karyawan

- b) Tekanan kompetitif
 - c) Perencanaan gaji jasa
 - d) Rotasi shift kerja
 - e) Aturan birokrasi
 - f) Teknologi canggih
- 2) Struktur dan desain organisasi
- a) Sentralisasi dan formalisasi
 - b) Konflik lini-staf
 - c) Spesialisasi
 - d) Ambiguitas peranan dan konflik peranan
 - e) Tidak ada kesempatan untuk maju
 - f) Budaya melarang dan tidak percaya
- 3) Proses organisasi
- a) Kontrol kuat
 - b) Hanya komunikasi ke bawah
 - c) Sedikit umpan balik kinerja
 - d) Pengambilan keputusan tersentralisasi
 - e) Kurang partisipasi dalam keputusan
 - f) Sistem penilaian bersifat hukuman
- 4) Kondisi kerja
- a) Area kerja ramai
 - b) Bising, panas atau dingin
 - c) Polusi udara

- d) Bau yang kuat
 - e) Kondisi tidak aman, berbahaya
 - f) Penerangan kurang
 - g) Tekanan fisik atau mental
 - h) Bahan kimia beracun atau radiasi
- c. Stressor kelompok
- 1) Kurangnya kohesivitas (kebersamaan) kelompok
 - 2) Kurangnya dukungan sosial
- d. Stressor individual
- 1) Kepribadian tipe A
 - 2) Kontrol personal
 - 3) Ketidakberdayaan yang dipelajari
 - 4) Daya tahan psikologis

Demand-Control Model (DCM) menjelaskan bahwa tuntutan pekerjaan (*job demands*) dan kontrol pekerjaan (*job control*) merupakan faktor utama yang mempengaruhi stres kerja. Empat dimensi yang menjadi penentu kuat atau lemahnya *job demands*, yaitu:⁴⁷

- 1) *Qualitative demands*, yaitu sebuah tuntutan dari perusahaan terhadap kualitas pekerjaan yang dihasilkan oleh pegawai.
- 2) *Employee demands*, yaitu tuntutan dari perusahaan terhadap kinerja pegawai dalam suatu perusahaan.
- 3) *Workload demands*, yaitu tuntutan dari perusahaan terhadap beban kerja pegawai yang ditingkatkan sehingga akan membutuhkan

kemampuan atau ketrampilan yang cukup agar dapat menyelesaikan tuntutan tersebut.

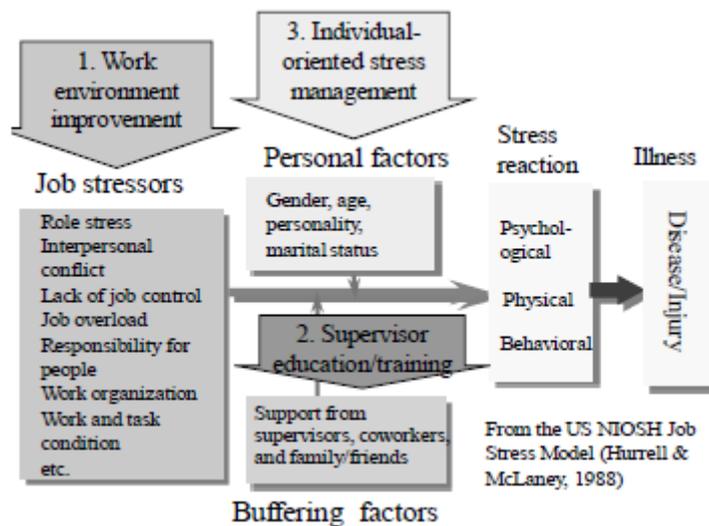
- 4) *Conflict demands*, yaitu tuntutan dari perusahaan terhadap pegawai terutama mengenai permasalahan internal yang dihadapi pegawai terhadap perusahaan. Pegawai dituntut tidak membawa atau mencampur permasalahan pribadi ke dalam perusahaan.

Sementara, empat dimensi yang menjadi penentu kuat atau lemahnya *job control* adalah: ⁴⁷

- 1) *Qualitative control*, yaitu wewenang pegawai dalam mencapai kualitas kerja yang menjadi fokus utama perusahaan.
- 2) *Employee control*, yaitu wewenang pegawai dalam menetapkan keinginan mereka untuk mengatur kuantitas waktu dalam bekerja.
- 3) *Workload control*, yaitu wewenang pegawai untuk mengatur beban kerja yang diberikan oleh perusahaan.
- 4) *Conflict control*, yaitu wewenang pegawai untuk dapat mengatur bagaimana mereka menjaga permasalahan internal mereka yang harus dihadapi baik di dalam maupun di luar perusahaan.

National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) melihat bahwa *working conditions* mempunyai peranan utama dalam menimbulkan stres kerja. Meski demikian, peranan dari faktor individu tidak dapat diabaikan. Menurut NIOSH, pemaparan dengan *working conditions* (disebut juga *job stressor*) dapat mempengaruhi keselamatan dan kesehatan pekerja secara langsung. Akan tetapi seperti terlihat pada Gambar

2.4, faktor individu dan situasi lainnya dapat memperkuat atau memperlambat pengaruh ini. Contoh dari faktor individu dan situasi yang dapat mengurangi efek stres dari *working condition* adalah keseimbangan kehidupan pribadi, pekerjaan, keluarga, dukungan rekan kerja dan teman.⁴⁸



Gambar 2.3 Stres Kerja Menurut NIOSH Model

Gambar 2.4 menjelaskan bahwa stressor yang dihubungkan dengan pekerjaan adalah kondisi-kondisi kerja yang memicu reaksi-reaksi akut, atau strain-strain pada pekerja. Reaksi-reaksi tersebut menggambarkan dominan atau tidaknya respon-respon fisiologis maupun perilaku. Berbagai jenis stressor kerja dapat diubah oleh faktor individu dan adanya dukungan baik dari supervisor, teman sekerja dan keluarga (yang berperan sebagai *buffering factors*) kemudian akan mempengaruhi reaksi-reaksi stres yang

timbul. Reaksi-reaksi tersebut dapat berupa reaksi psikologis, fisik maupun perilaku yang berperan dalam tendensi timbulnya penyakit ataupun cedera.⁴⁸

3. Dampak Stres Kerja

Luthans mengungkapkan bahwa dampak stress kerja mencakup fisik, psikologis dan perilaku. Penjelasan dari ketiga hal tersebut adalah:²⁰

a. Fisik

Masalah kesehatan yang berhubungan dengan stress adalah (1) masalah sistem kekebalan tubuh, dimana terdapat pengurangan kemampuan untuk melawan sakit dan infeksi; (2) masalah sistem kardiovaskular, seperti tekanan darah tinggi dan penyakit jantung; (3) masalah sistem musculoskeletal (otot dan rangka), seperti sakit kepala dan sakit punggung; dan (4) masalah sistem gastrointestinal (perut), seperti diare dan sembelit. Sementara Koh dan Takahashi mengelompokkan penyakit yang dikaitkan dengan faktor stress kerja sebagai berikut:⁴⁹

Tabel 2.3 Penyakit yang dikaitkan dengan Faktor Stres Kerja

Penyakit	Faktor Terkait Stres Kerja	Faktor Risiko dan Kontrol
Perilaku dan Penyakit Psikosomatis	Stres yang disebabkan: 1. Beban kerja berlebihan 2. Beban kerja sangat rendah 3. Shift kerja 4. Perkembangan karir 5. Migrasi/ perjalanan 6. Konflik peran 7. Ketidakjelasan peran	Perilaku tipe A; mengurangi stres organisasi
Hipertensi	Stres	Stress relief, skrining, diet dan kontrol berat badan
Penyakit Jantung Iskemik	1. Stres 2. Paparan di tempat kerja, misal CS2 dan CO	Stress relief, skrining faktor risiko dan intervensi

Penyakit Pernafrasan Kronis Non-Spesifik	3. Kurangnya kegiatan fisik Debu dan penyebab iritasi	Merokok, kontrol terhadap debu dan penyebab iritasi
Gangguan Muskuloskeletal	Faktor ergonomi: sandaran, trauma, getaran, posisi kerja yang buruk	Desain ergonomis, program punggung sehat

- b. Psikologis. Tingkat stress tinggi seringkali disertai dengan kemarahan, kecemasan, depresi, gelisah, cepat marah, tegang, dan bosan. Hasil studi mengungkapkan bahwa dampak stress yang paling kuat adalah tindakan agresif, seperti sabotase, agresif antarpribadi, permusuhan dan keluhan. Jenis masalah psikologis yang akibat stress tersebut relevan dengan kinerja yang buruk, penghargaan yang diri yang rendah, benci pada pengawasan, ketidakmampuan untuk berkonsentrasi dan membuat keputusan, dan ketidakpuasan kerja. Dampak stress ini akan menyebabkan kerugian langsung pada organisasi.
- c. Perilaku langsung yang menyertai tingkat stress yang tinggi mencakup makan sedikit atau makan berlebihan, tidak dapat tidur, merokok dan minum, dan penyalahgunaan obat-obatan.

D. Model Stres Kerja

1. *Biological/Medical Stress Model*

a. *Selye's General Theory of Stress*

Selye memperluas penyelidikan yang dilakukan oleh Cannon mengenai aktifitas susunan saraf simpatik hipotalamus dan jalur hipotalamus-medula adrelan menyebabkan dihasilkannya katekolamin pada fase awal ketika seseorang menghadapi situasi yang menimbulkan

stres (*fight or flight response or alarm reaction*). Selye mencatat bahwa aktifitas dari jalur pituitary-korteks adrenal menyebabkan dihasilkannya hormon glukokortikoid (misal: kortisol) yang membuat tubuh mampu melakukan adaptasi terhadap stressor untuk waktu yang lama (fase resistensi). Jika stressor tersebut terus menetap dan bahkan intensitasnya meningkat maka kemampuan tubuh untuk melakukan adaptasi akan menurun seiring berjalannya waktu. Dampaknya adalah tubuh akan menderita penyakit karena adaptasi (*diseases of adaptation*), seperti penyakit kardiovaskular, hipertensi, dan kelainan gastrointestinal. Setelah semua kemampuan adaptasi habis dalam fase resistensi maka akan muncul aktifitas biokimia dan fisiologik yang menyerupai reaksi alarm alami tubuh, yang jika diabaikan maka situasi tersebut dapat menyebabkan kematian organisme (*fase exhaustion*).⁵⁰

Selye menyatakan bahwa stressor adalah unsur lingkungan, sedangkan stres merupakan reaksi organisme terhadap situasi yang mengancam dirinya. Dengan demikian, stres adalah respon internal seseorang ketika menghadapi stres atau disebut juga dengan *general adaptation syndrome*. Oleh karena itu, apapun jenis stressor (baik yang berasal dari dalam maupun luar individu) pada prinsipnya individu akan memberikan reaksi dengan pola yang sama, yaitu adanya reaksi peringatan (*alarm reaction*), tahap perlawanan (*stage of resistance*), dan tahap kelelahan (*stage of exhaustion*).⁵⁰

- 1) Reaksi peringatan (*alarm reaction*), yaitu seluruh sistem tubuh menjadi siaga, kulit tubuh menjadi pucat, berkeringat dingin, jantung berdebar, bersiap untuk lari atau menghadapi ancaman yang ada.
- 2) Tahap perlawanan (*stage of resistance*), yaitu tubuh akan mengerahkan seluruh sumber daya yang dimilikinya untuk mengadakan perlawanan terhadap faktor yang menyebabkan stres, akan tetapi daya tahan tubuh terbatas dalam fase ini. Bila stres terjadi terus-menerus atau bahkan intensitasnya terus meningkat maka akan berlanjut ke tahap kelelahan.
- 3) Tahap kelelahan (*stage of exhaustion*), yaitu tubuh terjadi kelelahan sehingga tidak mampu melakukan adaptasi lagi, daya tahan tubuh melemah, dan energy untuk melakukan adaptasi telah habis. Tahap ini berkaitan dengan gangguan kesehatan individu.

Selye menemukan bahwa trias (*alarm reaction, stage of resistance, dan stage of exhaustion*) secara konsisten timbul di dalam tubuh (hewan ataupun manusia) setelah terpapar dengan berbagai macam agen toksin (contoh: ekstrak hormon, zat kimia yang bersifat iritan, dan panas). Aspek yang paling signifikan dari trias tersebut menurut Selye adalah trias yang bersifat non spesifik total, yaitu semua stimulus yang berpotensi menimbulkan stres, apapun jenisnya maupun darimana pula asalnya akan menimbulkan respon yang sama.

Secara khusus, efek dari stres bersifat kumulatif seiring dengan berjalannya waktu dan berkaitan dengan timbulnya angka kesakitan bila tidak ditangani dengan baik. Dengan kata lain, dampak yang dapat ditimbulkan oleh stres dipengaruhi perjalanan waktu, serta jumlah dan tingkat keparahan dari stressor yang diterima, dimana dampak yang sering dijumpai bisa berupa penyakit serius dan atau kematian dari individu.

Sementara itu, sifat non spesifik dari respon stres merupakan efek dari stres yang bersifat poten. Oleh karena itu, apapun stressor yang dihadapi organisme akan memberikan dampak fisiologik yang sama.

b. *Contemporary Biological Model*

Selama 25 tahun terakhir, sebagian besar penelitian Selye & Cannon berupa untuk menghubungkan antara pengalaman stres dengan ekskresi katekolamin ataupun kortisol. Ketika stres, medulla kelenjar adrenal menghasilkan katekolamin dalam jumlah yang berlebihan, lalu diekskresi melalui urine. Kadar katekolamin ini dapat diukur jumlahnya secara kuantitatif melalui pemeriksaan laboratorium. Jumlah katekolamin ini digunakan sebagai indeks dari respon terhadap stres. Peningkatan kadar katekolamin pada manusia pernah diamati dalam kehidupan sehari-hari misalnya penerbangan ke luar angkasa, pada saat ujian, perawatan gigi, pekerjaan industry yang rutin, berbicara dimuka umum, dan pertempuran.

Penelitian ekskresi katekolamin yang paling banyak diketahui adalah penelitian di Universitas Stockholm oleh Marianne Frankenhaeuser dan koleganya. Studi mereka menunjukkan bahwa stressor psikososial seperti situasional control, over- and understimulation dan anticipation/uncertainty dapat menyebabkan peningkatan kadar katekolamin dalam tubuh. Berdasarkan hasil penelitian ini dan penelitian sejenisnya, para peneliti percaya bahwa terdapat variasi stimulus psikososial yang besar dan dapat mencentuskan terjadinya alarm reaction yang dapat dinilai dari peningkatan kadar katekolamin dan stage resistance yang dapat dinilai dari peningkatan kadar kortisol di dalam darah.

2. Behavioral Science Stress Model

a. Cognitive-Transactional/Phenomenological Model

Cognitive-Transactional atau seringkali disebut *Phenomenological Model of Stress* menjelaskan bahwa stressor tidak dapat dianggap sebagai stressor sampai dengan stressor tersebut dapat dipersepsikan sebagai stressor. Persepsi setiap orang mengenai stressor berbeda-beda. Perubahan faktor psikologis dan situasi dapat mengarahkan seseorang dalam menilai sesuatu yang berpotensi menjadi stressor. Contoh: bila seseorang dalam keadaan cemas atau berada di lingkungan yang asing bagi dirinya, ia mungkin menginterpretasikan situasi seperti bertemu dengan orang baru sebagai hal yang dapat

menimbulkan stres. Akan tetapi jika ia dalam keadaan relaks dan berada di lingkungan yang dikenalnya, maka ia akan menginterpretasikan situasi bertemu dengan orang yang tersebut dengan berbeda (tidak menimbulkan stres).

Dalam model ini, *cognitive appraisal* memiliki peran penting dimana oleh Lazarus ada tiga tipe *cognitive appraisal* dengan peranan yang berbeda, yaitu:

1) *Primary appraisal*, mengacu pada evaluasi awal dan dapat dikelompokkan menjadi irrelevant, benign positive dan stressfull. Jika seseorang melihat suatu situasi sebagai irrelevant atau benign positive maka tidak akan timbul stress appraisal. Lain halnya jika suatu situasi diterima oleh seseorang sebagai stressfull maka primary appraisal dapat timbul.

Menurut Lazarus, baik faktor individu maupun lingkungan dapat mempengaruhi proses initial appraisal. Yang termasuk faktor individu adalah komitmen dan keyakinan individu. Jika seseorang melakukan suatu tindakan karena dampak atau hasil dari tindakannya itu penting bagi dirinya, dan ia juga mempunyai keyakinan yang kuat bahwa ia mempunyai kemampuan mengendalikan keadaan, maka ia akan menganggap stressor sebagai tantangan dan bukan ancaman. Beberapa faktor situasi yang dihipotesiskan berpengaruh terhadap appraisal antara lain sumber daya yang ada, *ambiguity of harm*, dan *imminence of harm*.

- 2) *Secondary appraisal* dapat disebut juga proses memutuskan bagaimana menghadapi *stressor*. *Secondary appraisal* merupakan proses evaluative kompleks yang menilai pilihan koping apa yang tersedia.
- 3) *Reappraisal*, mengacu pada evaluasi ulang setelah timbulnya *primary appraisal* dan *secondary appraisal*. *Reappraisal* adalah perubahan appraisal sebagai akibat dari informasi baru yang diterima dari lingkungan dan/atau reaksi orang itu sendiri.

Baik variabel individu maupun lingkungan dihipotesiskan dapat mempengaruhi proses appraisal yang menimbulkan efek segera maupun jangka panjang. Menurut model Lazarus, orang yang mempunyai kontrol yang kecil terhadap lingkungannya dan mendapatkan dukungan sosial yang kecil mungkin akan menilai tuntutan pekerjaan sebagai hal yang menimbulkan stres sehingga konsekuensinya ia akan merasa yakin bahwa dirinya tidak akan mampu mengatasinya.

b. *Conflict Theory Model*

Tulisan Irving Janis mengenai *Psychological Stress* mempengaruhi arah riset mengenai stres. Janis memulai risetnya selama perang dunia kedua, dimana ia mempelajari reaksi rasa takut para tentara dalam pertempuran dan rasa takut warga sipil ketika terjadi serangan dari udara. Janis juga melanjutkan riset dengan mempelajari reaksi stres pasien bedah di rumah sakit. Selanjutnya, Janis menggeneralisasi risetnya yang terdahulu mengenai traumatic life event untuk

memasukkan berbagai macam situasi hidup dimana seseorang mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan penting (contoh: perceraian, bencana alam dan karir). Salah satu kesimpulan penting dari riset yang dilakukan oleh Janis adalah seseorang dapat menolerir stres dengan lebih baik jika ia telah mendapatkan peringatan sebelumnya dan telah mempunyai persiapan terhadap dampak yang ditimbulkan dari stressor. Janis lalu meresmikan hasil risetnya dalam *Conflict Theory Model of Stress*.

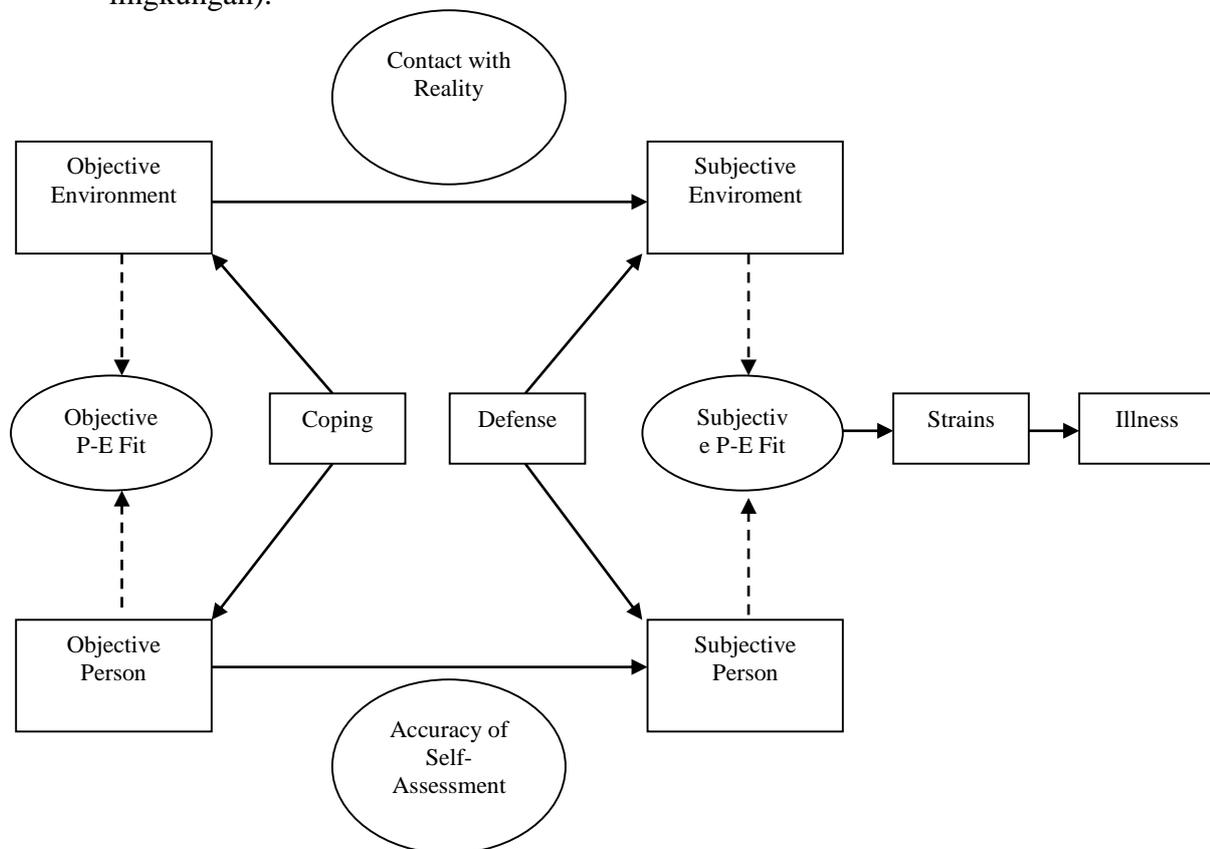
Conflict Theory Model of Stress mengasumsikan bahwa stres itu sendiri yang menyebabkan seseorang membuat keputusan yang salah dalam hidupnya karena orang tersebut mengambil keputusan tanpa melakukan pertimbangan dengan hati-hati. Fakta ini khususnya terjadi jika tingkat stres yang dihadapinya sangat tinggi. Komponen utama dari model ini adalah:

- 1) *The antecedent conditions*, disini termasuk bahaya yang dihadapi (*stressor*) dari lingkungan dan berbagai faktor lain yang berkaitan dengan *stressor*.
- 2) *The mediating processes*, adalah keadaan psikologis yang dialami seseorang ketika mengantisipasi dan mengatasi stressor.
- 3) *The consequences*, mengacu kepada hasil/dampak dari antisipasi dan interaksi orang tersebut dengan stressor.

3. Job Related Model

a. Person-Environmental Fit Model (P-E Fit)

Secara umum P-E fit menganggap stres sebagai buruknya kesesuaian atau buruknya hubungan antara katakteristik individu (kebutuhan dan kemampuan individu) dengan karakteristik lingkungannya (tuntutan lingkungan).



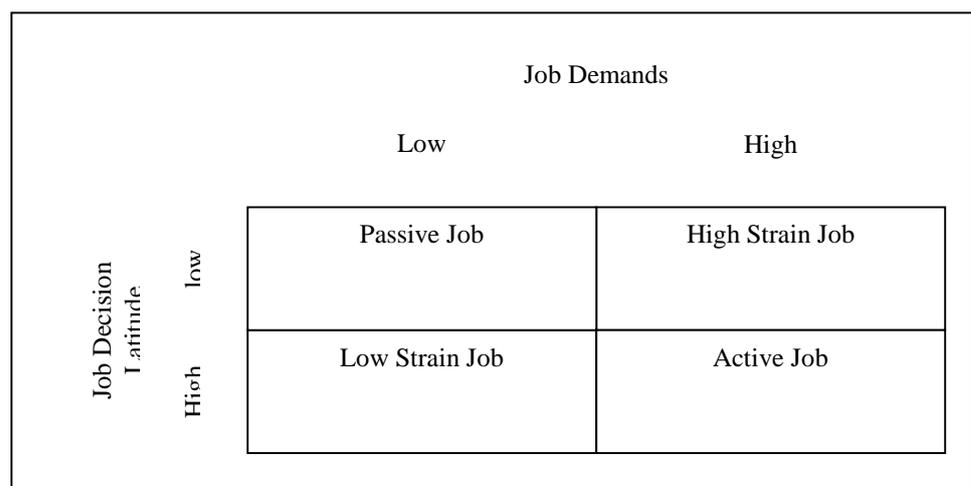
Gambar 2.4 P-E Fit Model

b. Job Demands-Job Decision Latitude Model

Model ini dikembangkan oleh Joseph Karasek dan merupakan model stres organisasional yang berpengaruh. Model ini menghipotesiskan bahwa psychological strain berasal dari efek

gabungan antara tuntutan pekerjaan dan tersedianya kebebasan pekerja dalam mengambil keputusan. Tuntutan pekerjaan diartikan sebagai stressor psikologis (bukan fisik) yang ada di lingkungan kerja, khususnya beban kerja yang sangat berat (*overload*). Kebebasan pekerja dalam mengambil keputusan diartikan sebagai keleluasaan dalam mengambil keputusan atau kontrol pekerjaan.

Menurut *demand-control model*, *job strain* (khususnya kelelahan dan ketidakpuasan) muncul ketika tuntutan pekerjaan tinggi, sedangkan kebebasan mengambil keputusan (kontrol) rendah; sebaliknya pertumbuhan dan perkembangan terjadi ketika tuntutan pekerjaan tinggi dan kebebasan mengambil keputusan tinggi. Karasek juga meneliti lebih lanjut, bahwa jika kebebasan mengambil keputusan, sedangkan tuntutan pekerjaan rendah maka dapat menyebabkan *low strain job*.



Gambar 2.5 *Demands-Control Model*

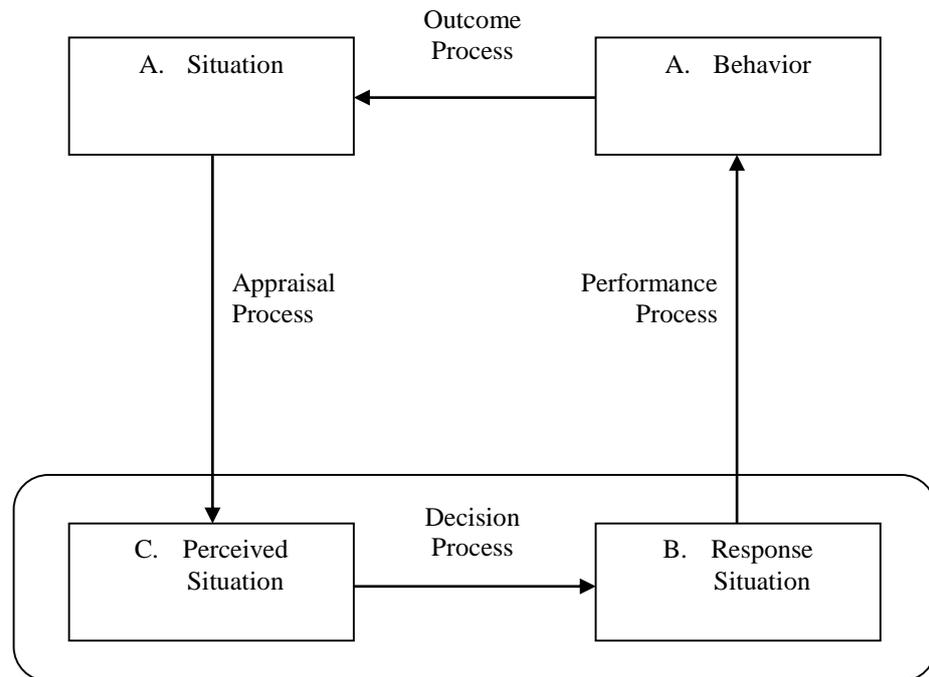
c. *Process Model of Task Performance*

Process Model of Task Performance secara substansi berbeda dengan model-model stres yang telah dibahas sebelumnya, dimana model ini hanya berfokus pada stres terkait *task performance*. Model ini dikembangkan oleh McGrath yang menjelaskan bahwa stres berkaitan dengan *task performance*, khususnya *work related task performance*. Dasar pemikiran dari model ini adalah *task performance* merupakan fungsi dari *perceived stress* dengan *actual task ability and difficulty*.

Perceived stress tergantung pada persepsi seseorang mengenai konsekuensi dari *task performance* dan ketidakpastian untuk mampu melaksanakan *task performance*. *Actual task difficulty* tergantung pada *objective* atau situasi nyata (*stressor*), yang mana hal ini mempengaruhi persepsi mengenai *task difficulty* (situasi yang dihadapi atau *stressor*). Selanjutnya proses *appraisal* ini memberikan persepsi apakah *task* tersebut menimbulkan stress. Individu tersebut lalu mengambil keputusan, menentukan respon koping yang diperlukan untuk menghadapi *task stressor*. Hal ini mempengaruhi proses *performance* dimana perilaku yang telah ditentukannya dievaluasi kembali kualitas, kuantitas dan kecepatannya. Hubungan yang terakhir yaitu proses *outcome*, dimana proses ini mengindikasikan apakah perilaku yang telah ditentukannya telah menghasilkan *outcome* yang diinginkan. Proses *outcome* ini memberikan umpan balik kepada situasi awal (*task stressor*) dan siklus ini akan berulang kembali. Contoh: Seorang pekerja diminta

oleh supervisornya untuk menangani proyek bagi klien penting (*the situation*). Pekerja tersebut melihat bahwa untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut dengan waktu yang ada sangat sulit, walaupun masih mungkin untuk dilakukan; dia juga mengetahui bahwa jika ia gagal maka dapat memberikan dampak bagi masa depannya di organisasi (*perceived situation*). Pekerja tersebut lalu memutuskan untuk melakukan tindakan yang tepat dan diperlukan untuk menyelesaikan proyek tersebut (*response selection*), seperti merekrut rekan kerja, kerja lembur. Aktifitas yang dilakukannya (*behavior*) tersebut akhirnya membawa keberhasilan menyelesaikan proyek tersebut dalam tenggat waktu yang diberikan, yang mana hal ini akan mempengaruhi peran pekerja tersebut dalam proyek-proyek di masa mendatang.

Process model ini membedakan antara *performance* dengan *outcome*. Kadangkala *performance* tidak sesuai dengan *outcome*, dan *outcome* mempengaruhi situasi di masa mendatang. Misalnya pada contoh di atas, jika pekerja tersebut berhasil menyelesaikan proyeknya namun jabatannya di organisasi justru diturunkan atau bahkan diberhentikan dari pekerjaannya, maka *performance* dirinya tidak sesuai dengan *outcome*-nya.



Gambar 2.6 *Process Model of Task Performance*

d. *Integrative Transactional Process Model*

Model ini menggabungkan stressor lingkungan, persepsi, respon stres dan dampak stres (*stress outcome*) ditambah berbagai variabel moderator. Model ini dikembangkan oleh Beehr & Schuler (1982) yang selaras dengan konseptualisasi stres menurut Lazarus, diimana model tersebut memfokuskan pada peranan *cognitive appraisal*. Waktu (durasi dari stres) termasuk di dalam pemisahan antara persepsi yang timbul segera mengenai stres dan respon berjangka atau *outcome*, ditambah teori GAS menurut Selye pada respon dalam model ini.

Model ini mempunyai kontribusi terhadap teori mengenai *organizational stress* karena model ini mengakui bahwa perbedaan individu dan kontekstual seperti perubahan-perubahan organisasional,

kualitas pekerjaan, pengalaman pribadi, nilai dan kebutuhan individu mempunyai peran utama dalam model ini. Sementara model lain, seperti *demand control* dan *process model* tidak mengakui perbedaan individu atau konstestual di dalam proses stres.

e. *Conservation of Resources Theory*

Pada tahun 1988, Hobfoll menyusun teori stres yang baru, yaitu *The Conservation of Resources (COR) theory*. Menurut Hobfoll jika seseorang terancam oleh kemungkinan kehilangan sumber dayanya (*loss in resources*), gagal memperoleh sumber daya yang diharapkannya (*fails to obtain expected resources*), atau benar-benar mengalami loss in resources, ia akan mengalami stres. Teori COR, sumber daya terdiri dari:

- 1) *Objects*, yaitu benda-benda yang bisa dimiliki. Contoh: rumah, makanan, dan pakaian.
- 2) *Personal characteristics*, yaitu menjelaskan manusia tersebut. Contoh: sifat bawaan seperti rasa percaya diri, sikap dan orientasi karir.
- 3) *Conditions*, yaitu keadaan dimana seseorang merasa dirinya diinginkan atau dibutuhkan.
- 4) *Energies*, yaitu cara bagaimana sumber daya diperoleh.

f. *Cybernetic Theory of Stress*

Pada tahun 1992, Edwards menyusun suatu model stres organisasional yang lain, yaitu *cybernetic theory of stress, coping, and well-being in organizations*. Pendekatan yang menarik ini tersusun dalam *cybernetic* atau teori kontrol, yaitu teori yang menekankan pada *self regulating system*. Inti dari model ini adalah alur umpan balik negatif, yang berupaya meminimalisasi perbedaan-perbedaan antara karakteristik lingkungan dengan kriteria acuan. Meskipun teori kontrol tergabung dalam teori mengenai kesehatan fisik dan mental, dan perilaku organisasi, Edwards menjaga agar pengaruhnya hanya berlaku pada teori stres organisasional (*organizational stress theory*). Edwards menjelaskan stres sebagai adanya diskrepansi antara keadaan yang dirasakan dengan keadaan yang diinginkan.

g. *Stressor and Response-Specific Model*

Banyak variasi model stres di tempat kerja yang telah disusun secara spesifik berfokus pada stressor tertentu, kelompok stressor, atau memilih respon. Contohnya Colquhoun & Rutenfranz pada tahun 1980 mengembangkan suatu model yang melihat efek shift kerja dengan berbagai macam strains. Leana & Feldman (1988) memperlihatkan bahwa jika dihadapkan pada keadaan diberhentikan sementara dan berpeluang akan kehilangan pekerjaan, seseorang akan berupaya mencari penyebab mengapa ia diberhentikan sementara, dan melakukan pertimbangan mengenai tingkat keparahan dampaknya dan

kemungkinan dirinya diterima kembali. Jika ia diberhentikan sementara namun ia tidak menyukai pekerjaannya, maka ia akan menganggap rendah tingkat keparahan dampaknya.

Akhirnya beberapa model telah dikembangkan, dan model tersebut meninjau respon atau konsekuensi khusus dari stres. Contohnya model yang disusun oleh Murphy, *et al* (1986). Fokus utama dari model ini adalah *unsafe act and accidents*. Model mereka ini berupaya menelusuri proses bagaimana stressor pekerjaan dan stressor selain pekerjaan dapat berpotensi menyebabkan accidents. Murphy, *et al* juga mencatat bahwa model mereka ini tidak komplis, dimana model mereka ini tidak melihat adanya faktor-faktor lain yang mungkin berperan dalam menyebabkan *job-related accidents*, termasuk pencahayaan yang buruk, pelatihan yang tidak adekuat, pemilihan pekerjaan yang tidak mempunyai ketrampilan yang cukup untuk melakukan pekerjaan dengan banar dan aman.

E. Job Demand

Karasek & Theorell (1990) menjelaskan bahwa *job demand* atau *psychological demand* merupakan gambaran dari seberapa keras seseorang bekerja (*how hard you work*).⁴⁹ *Job demand* adalah tuntutan pekerjaan yang harus diselesaikan dengan waktu yang tersedia untuk menyelesaikan sejumlah pekerjaan tersebut, dimana di dalamnya terdapat aspek waktu kerja dan kecepatan kerja yang dibutuhkan dalam menyelesaikan suatu pekerjaan.⁵¹

Job demand merupakan *unidimensional construct*, yang artinya hanya memiliki satu dimensi yaitu *job demand* itu sendiri. Dimensi ini berkaitan dengan persepsi seseorang mengenai seberapa keras dirinya bekerja. Subdimensinya adalah beban kerja (*workload*), tekanan dalam waktu, dan *personal conflict*.⁴⁷

Kristesnan (2001) mengembangkan *job demand* menjadi berbagai bentuk yaitu *quantitative demands*, *cognitive demands*, *emotional demand*, *demands for hiding emotions*, dan *sensory demands*.⁴⁹ Sementara Hattori & Munakata (2015) menjelaskan mengenai indikator-indikator dari *job demand*, yaitu:⁵²

1. Melakukan banyak pekerjaan
2. Tidak dapat menyelesaikan pekerjaan dalam waktu yang tertentu
3. Bekerja sangat keras
4. Pekerjaan membutuhkan konsentrasi tinggi
5. Pekerjaan melibatkan pengetahuan dan ketrampilan tingkat tinggi
6. Selalu memikirkan tugas-tugas dalam bekerja
7. Pekerjaan membutuhkan tenaga fisik yang besar
8. Banyaknya tugas-tugas dalam pekerjaan yang saling bertentangan

F. *Job Control*

Job control juga bisa disebut dengan *decision latitude*, *Job control* adalah ketrampilan tinggi berupa ketrampilan khusus untuk menyelesaikan tugas-tugas/pekerjaan yang memberikan kontrol bagi individu.⁴⁷ *Job control*

juga mengacu pada kemampuan individu untuk mengontrol tugas-tugas/pekerjaan dan bagaimana melakukan tugas-tugas/ pekerjaan tersebut.⁴⁷

Job control memiliki dua subdimensi yaitu *skill discretion* dan *decision authority*. *Skill discretion* menggambarkan bagaimana berbagai macam ketrampilan dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan, berkaitan dengan mempelajari ketrampilan baru, mengembangkan kompetensi dan menggunakan kreatifitas dalam menyelesaikan pekerjaan. Sementara *Decision authority* adalah sejauhmana individu memiliki wewenang dalam mengambil keputusan yang berhubungan dengan pekerjaannya, dan kendali individu terhadap pekerjaannya.⁴⁷

Dari dua dimensi di atas, Hattori & Munakata (2015) menjabarkannya ke dalam empat indikator dari *job control* yaitu:⁵²

1. Mampu bekerja sesuai cara individu
2. Mampu memutuskan cara bekerja individu
3. Mampu membuat perencanaan kerja
4. Menyelesaikan masalah pekerjaan tanpa melibatkan pihak lain

G. Dukungan Sosial

Dalam kehidupan sehari-hari manusia membutuhkan orang lain untuk dapat memenuhi kebutuhannya, dan salah satunya melalui dukungan sosial. Menurut Gotlieb, dukungan sosial diartikan sebagai informasi atau nasehat verbal dan non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh jaringan sosial yang dimiliki oleh individu dan hal ini mempunyai efek emosional atau

perilaku bagi si penerima.⁵⁵ Ritter mengatakan dukungan sosial mengacu pada bantuan emosional, instrumental dan finansial yang diperoleh dari jaringan sosial individu.⁵³

Sumber dukungan sosial dapat berasal dari lingkungan sekitar, seperti orangtua, keluarga, rekan kerja, atasan, saudara dan lain sebagainya.⁵³ Adanya dukungan sosial yang tinggi dari lingkungan sekitarnya membuat individu merasa aman dan dimengerti oleh orang lain, sehingga mampu memberikan motivasi bagi individu untuk bangkit kembali dari keadaannya yang buruk.

House mengemukakan bahwa ada empat bentuk dukungan sosial, yaitu dukungan emosional, dukungan penghargaan, dukungan instrumental, dan dukungan informatif. Dukungan emosional, mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan serta memberikan rasa aman, rasa saling memiliki dan rasa dicintai. Dukungan penghargaan, meliputi ungkapan hormat atau penghargaan positif untuk orang tersebut, dorongan untuk maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, dan perbandingan positif dengan orang lain. Dukungan instrumental, meliputi bantuan langsung sesuai dengan yang dibutuhkan oleh seseorang, misalnya memberikan uang pada orang-orang yang benar-benar membutuhkan uang tersebut. Dukungan informatif, meliputi pemberian nasehat, saran-saran, petunjuk, dan umpan balik.⁵³

1. Dukungan Supervisor

Dukungan supervisor adalah dukungan sosial yang bersumber dari atasan. Dukungan supervisor adalah bantuan atau tindakan nyata dari supervisor yang dirasakan pekerja, yang memberikan efek fisik, emosional dan perilaku individu. Menurut Yang, *et al* (2016) dan de Aguiar, *et al* (2010) indikator dukungan supervisor adalah:^{54,55}

- a. Supervisor membantu menyelesaikan pekerjaan bawahan
- b. Supervisor meluangkan waktu untuk membantu kinerja bawahan
- c. Supervisor bangga dengan prestasi kerja bawahan
- d. Supervisor mencoba membuat pekerjaan bawahan semenarik mungkin
- e. Supervisor memberikan umpan balik hasil pekerjaan individu
- f. Memiliki hubungan yang baik dengan supervisor

2. Dukungan Rekan Kerja

Dukungan rekan kerja adalah dukungan sosial yang bersumber dari rekan kerja. Dukungan rekan kerja adalah bantuan atau tindakan nyata dari rekan kerja yang dirasakan pekerja, yang memberikan efek fisik, emosional dan perilaku individu. Menurut Yang, *et al* (2016) dan de Aguiar, *et al* (2010) indikator dukungan rekan kerja adalah:^{54,55}

- a. Rekan kerja bersedia mendengarkan ketika individu perlu berbicara mengenai masalah pekerjaan
- b. Rekan kerja membantu individu ketika mengalami kesulitan dalam bekerja

- c. Rekan kerja membantu individu ketika berada dalam situasi krisis di tempat kerja
- d. Merasa senang bekerja dengan rekan kerja
- e. Memiliki hubungan yang baik dengan rekan kerja
- f. Dapat mengandalkan rekan kerja
- g. Rekan kerja mau memahami sikap dan perilaku individu ketika mengalami hari yang “buruk”
- h. Rekan kerja kompeten