

LAPORAN PENELITIAN DOSEN



**PENGARUH TERAPI MASASE PUNGGUNG
TERHADAP INTENSITAS NYERI *RHEUMATOID ARTHRITIS* PADA LANSIA
DI PSTW BUDHI DHARMA BEKASI 2022**

TIM PENGUSUL

Ketua

Ani Anggriani, S.,Kep.,Ners.M.Kep (NIDN: 0318126703)

Anggota

Lisna Agustina, S.Kep.,Ners.,M.Kep (NIDN: 0404088405)

Moh, Fauzan (NPM: 191560111057)

Novi Pangestuti (NPM: 191560111059)

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI
2022**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : Pengaruh Terapi Masase Punggung terhadap Intensitas Nyeri Rheumatoid Arthritis pada Lansia di Pstw Budhi Dharma Bekasi 2022

Ketua Peneliti

a. Nama Lengkap : Ani Anggriani, S.,Kep.,Ners.M.Kep
b. NIDN : 0318126703
c. Jabatan Fungsional : Asisten Akademik (AA)
d. Program Studi : Profesi Ners
e. Nomor HP : 081212225539
f. Alamat surel (e-mail) : anianggriani23@gmail.com

Anggota Peneliti (1)

a. Nama Lengkap : Lisna Agustina, S.Kep.,Ners.,M.Kep
b. NIDN : 0404088405
c. Program Studi : Keperawatan

Lama Penelitian Keseluruhan : 1 Tahun
Biaya Penelitian Diusulkan : Rp. 9.400.000,-
Jumlah Mahasiswa yang : 2 Orang
Terlibat

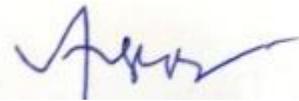
Bekasi, 30 Juli 2022

Mengetahui,
Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners



(Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep)
NIDN : 0316028302

Ketua Peneliti,



(Ani Anggriani, S.,Kep.,Ners.M.Kep)
NIDN : 0318126703

Menyetujui,
Kepala UPPM



(Rotua Suriyani S, SKM.,M.Kes)
NIDN : 0315018401

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR SKEMA	v
RINGKASAN	0
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penelitian	3
C. Luaran	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
A. Konsep Lansia.....	4
1. Pengertian Lansia	4
2. Proses Menua	4
3. Penuaan Normal	4
4. Batasan-batasan Lanjut Usia	4
5. Perubahan-perubahan Yang Terjadi Pada Lansia	5
6. Tugas Perkembangan Lansia.....	5
B. Rheumatoid Arthritis	5
1. Pengertian Rheumatoid Arthritis.....	5
2. Etiologi Rheumatoid Arthritis	6
3. Kriteria Diagnostik Rheumatoid Arthritis.....	6
4. Manifestasi Klinis Rheumatoid Arthritis	6
5. Patofisiologi Rheumatoid Arthritis	6
6. Penatalaksanaan Rheumatoid Arthritis	7
7. Pencegahan Rheumatoid Arthritis.....	7
8. Karakteristik Nyeri <i>Arthritis</i>	7
C. Konsep Nyeri	8
1. Pengertian Nyeri.....	8
2. Klasifikasi Nyeri	8
3. Mekanisme Neurofisiologik Nyeri.....	9
6. Prinsip Gerontologis Untuk Pengontrolan Nyeri	10
7. Tingkat Skala Nyeri	10
8. Penatalaksanaan Nyeri	11
D. Konsep Masase Punggung	12
1. Pengertian Masase Punggung.....	12

3. Indikasi Masase Punggung.....	14
4. Kontraindikasi Terapi Masase Punggung	14
G. Hipotesis.....	16
BAB III METODE PENELITIAN	17
A. Desain Penelitian	17
B. Tahapan Penelitian.....	18
C. Lokasi Penelitian.....	18
D. Populasi dan Sampel.....	18
E. Teknik Pengumpulan Data.....	19
F. Metode Analisis Data.....	19
BAB IV BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN	21
A. Anggaran Biaya	21
B. Jadwal Penelitian	21
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	22
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	22
B. Pelaksanaan penelitian	22
C. Hasil penelitian.....	22
1. Analisa Univariat.....	22
2. Analisa Bivariat.....	24
D. Pembahasan dan Hasil Penelitian	24
BAB VI PENUTUP	30
A. Kesimpulan.....	30
B. Saran	30
LAMPIRAN.....	34
Lampiran Surat Pernyataan Ketua Peneliti	34

DAFTAR TABEL

Tabel 5. 1 Hasil Penelitian Univariat Sebelum dilakukan Terapi.....	238
Tabel 5. 2 Hasil Penelitian Univariat Sesudah dilakukan Terapi	29
Tabel 5. 3 Hasil Penelitian Bivariat	30

DAFTAR SKEMA

Skema 2. 1 Numerical Rating Scale (NRS) atau Skala Intensitas nyeri numerik 0-10	16
Skema 2. 2 Kerangka Teori Penelitian	20
Skema 2. 3 Skema Kerangka Konsep	21

RINGKASAN

Rheumatoid arthritis merupakan penyakit inflamasi sistemik kronis yang ditandai dengan pembengkakan dan nyeri sendi. *Rheumatoid arthritis* ini dapat mengakibatkan terjadinya disabilitas berat (kecacatan berat) apabila tidak ditangani dengan baik. Penyakit *rheumatoid arthritis* ini umumnya bersifat progresif sehingga keterbatasan dan nyeri sendi yang ditimbulkan akan semakin berat bila tidak diobati, kondisi tersebut juga membuat penderitanya membatasi aktivitas fisik sehari-hari dan menjadi lebih tergantung pada bantuan orang lain, sehingga hidupnya menjadi tidak nyaman lagi bahkan sebagian besar penderitanya merasa putus asa. Perlunya diberikan terapi nonfarmakologis yang aman dan tidak menimbulkan efek samping bagi lansia seperti dengan menggunakan masase punggung yang dapat memberikan efek relaksasi sehingga mampu mengurangi persepsi nyeri yang dialami oleh lansia. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode *Quasi Eksperimental* dan dengan pendekatan *one group pretest-posttest design*. Pengambilan sampel menggunakan *sampling jenuh* sebanyak 12 responden dilakukan uji normalitas terlebih dahulu kemudian dilanjutkan ke uji statistik dengan menggunakan uji *Paired T-test*. Hasil penelitian ada perbedaan intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* pada lansia sebelum dan sesudah diberikan terapi masase punggung ($P \text{ value}=0.000$), dengan rata-rata intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sebelum diberikan terapi masase punggung ($m=4.00$) dan intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sesudah diberikan terapi masase punggung ($m=7.17$) dengan penurunan rata-rata intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sebesar 3.16.

Kata Kunci : Intensitas nyeri, terapi masase punggung, *rheumatoid arthritis*

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menua merupakan proses yang pasti akan dilalui oleh setiap manusia dan prosesnya akan berlangsung seiring bertambahnya usia seseorang. Menurut UU No. 13 tahun 1998 lansia merupakan seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Semakin lanjut usia seseorang maka ia akan mengalami beberapa perubahan, baik perubahan dalam segi fisik maupun dalam segi biologis. Perubahan yang paling terlihat adalah perubahan dari segi fisik yang ditandai dengan kulit menjadi keriput karena berkurangnya bantalan lemak, rambut memutih, pendengaran berkurang, penglihatan memburuk, gigi mulai ompong, aktivitas menjadi lambat serta persendian menjadi besar dan kaku (Padila, 2013). Dengan keadaan tersebut tampak pula pada semua sistem muskuloskeletal dan jaringan lain yang ada kaitannya dengan timbulnya beberapa golongan penyakit reumatik pada lansia yang menimbulkan gangguan muskuloskeletal terutama pada bagian sendi yaitu *rheumatoid arthritis*.

Menurut WHO, 20% penduduk dunia terserang *rheumatoid arthritis* dimana prevalensi penderita *rheumatoid arthritis* didunia relatif konstan yaitu antara 0,5-1%. Penderita *rheumatoid arthritis* diseluruh dunia telah mencapai angka 355 juta dari 2.130 juta jiwa, artinya 1 dari 6 orang didunia menderita *rheumatoid arthritis* (Wiyono, 2010 dalam Sasono Mardiono, 2012). Pada tahun 2005 jumlah penderita *rheumatoid arthritis* mencapai 66 juta orang, dengan 42,7 juta orang diantaranya telah terdiagnosis *rheumatoid arthritis* sedangkan sisanya sebesar 23,2 juta orang adalah penderita dengan keluhan nyeri sendi kronis (Masriadi, 2016). Prevalensi *rheumatoid arthritis* di Indonesia kurang dari 0,4% tetapi akan terus meningkat seiring dengan bertambahnya populasi lansia di Indonesia dimana populasi lansia di Indonesia dikutip dari Badan Pusat Statistik (2014) dalam I Gusti Putri Jayanti (tt), mencapai 20,24 juta jiwa atau setara dengan 8,03% dari seluruh penduduk Indonesia. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar 2013, prevalensi penyakit sendi di Indonesia yang ditemukan berdasarkan gejala mencapai 24,7% dan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 11,9% sedangkan di provinsi Jawa Barat penyakit sendi menduduki posisi kedua tertinggi di Indonesia dengan prevalensi mencapai 32,1%. Prevalensi tertinggi didapatkan pada usia ≥ 75 tahun, lebih banyak ditemukan pada perempuan (27,5%) dibandingkan laki-laki (21,8%) (Risksedas, 2013). Dengan tingginya angka kejadian penyakit sendi pada lansia maka perlu dilakukan penanganan lebih lanjut guna mencegah timbulnya komplikasi akibat *rheumatoid arthritis*.

Rheumatoid arthritis merupakan penyakit inflamasi sistemik kronis yang ditandai dengan pembengkakan dan nyeri sendi. *Rheumatoid arthritis* ini dapat mengakibatkan terjadinya disabilitas berat (kecacatan berat) apabila tidak ditangani dengan baik (Andy Arifputera, dkk 2014). Penyakit *rheumatoid arthritis* ini umumnya bersifat progresif sehingga keterbatasan dan nyeri sendi yang ditimbulkan akan semakin berat bila tidak diobati, kondisi tersebut juga membuat penderitanya membatasi aktivitas fisik sehari-hari dan menjadi lebih tergantung pada bantuan orang lain sehingga hidupnya menjadi tidak nyaman lagi bahkan sebagian besar penderitanya merasa putus asa (Frits Gosana, 2013).

Berdasarkan dampak yang ditimbulkan apabila *rheumatoid arthritis* tidak ditangani dengan baik, maka perlu dilakukan intervensi baik intervensi farmakologis maupun intervensi nonfarmakologis. Intervensi farmakologis merupakan intervensi

yang diberikan dengan menggunakan obat-obatan sedangkan intervensi nonfarmakologis merupakan intervensi dengan menggunakan terapi modalitas dengan tujuan utamanya adalah untuk mengurangi nyeri yang ditimbulkan dari penyakit *rheumatoid arthritis* (Masriadi, 2016). Terapi modalitas yang biasa diberikan seperti senam ergonomik, senam reumatik, kompres hangat, kompres hangat jahe dan juga masase punggung.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Dessty Intan Permata Sari (2016) dalam jurnal efektivitas senam rematik dan terapi *back massage* terhadap penurunan nyeri *osteoarthritis* pada lanjut usia di Panti Werdha Dharma Bhakti Surakarta, dilihat dari uji statistik tidak ada perbedaan efektivitas antara terapi senam rematik dengan pemberian *back massage* dalam menurunkan nyeri *osteoarthritis*, tetapi secara presentasi terdapat selisih 11% *back massage* lebih berpengaruh dari pemberian senam reumatik. Berdasarkan hasil penelitian tersebut *back massage* atau masase punggung 11% lebih efektif untuk mengurangi nyeri *osteoarthritis* pada lansia. Berdasarkan hasil penelitian selanjutnya oleh Komang Ayu Henny Achjar (tt) dalam jurnal terapi musik dan masase punggung terhadap intensitas nyeri sendi lansia, Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa karakteristik responden terbanyak dengan jenis kelamin perempuan yaitu 84,4%. Dengan rerata intensitas nyeri sebelum diberikan perlakuan terapi musik adalah 1,88 sedangkan setelah diberikan terapi musik rerata intensitas nyerinya menjadi 1,56 yang berarti terapi musik efektif menurunkan nyeri sendi lansia. Sedangkan rerata intensitas nyeri pada kelompok yang diberikan masase punggung sebelum diberikan perlakuan adalah 1,88 dan sesudah diberikan perlakuan rerata intensitas nyeri menjadi 1,00 yang berarti masase punggung lebih efektif menurunkan intensitas nyeri sendi pada lansia sehingga masase punggung ini mampu diaplikasikan untuk mengurangi nyeri.

Back massage atau masase punggung merupakan stimulasi kulit yang digunakan untuk menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2006). Menurut Meek (1993) dalam Potter & Perry (2006) mengatakan bahwa sentuhan dan masase merupakan teknik yang dapat mempengaruhi aktivitas sistem saraf otonom. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, maka akan muncul respon relaksasi. Keuntungan stimulasi kutaneus dengan masase punggung ini adalah tindakan ini dapat dilakukan ditempat tinggal klien sehingga memungkinkan klien dan pendamping klien ditempat tinggalnya (di PSTW) dapat melakukan upaya tersebut sebagai penanganan saat nyeri mulai menyerang.

Berdasarkan uraian diatas dapat diambil kesimpulan bahwa lansia lebih sensitif terhadap sensasi nyeri terutama sensasi nyeri yang ditimbulkan dari gangguan muskuloskeletal seperti nyeri sendi akibat *rheumatoid arthritis*. Apabila diberikan terapi farmakologis dengan obat-obatan dikhawatirkan akan memberikan efek samping bagi lansia tetapi apabila dibiarkan dikhawatirkan nyeri tersebut akan menyebabkan kelumpuhan, kecacatan dan ketergantungan yang besar. Untuk itu perlunya diberikan terapi nonfarmakologis yang aman dan tidak menimbulkan efek samping bagi lansia seperti dengan menggunakan masase punggung yang dapat memberikan efek relaksasi sehingga mampu mengurangi persepsi nyeri yang dialami oleh lansia dengan *rheumatoid arthritis*.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan peneliti pada saat pengambilan data di PSTW Budhi Dharma Bekasi pada bulan Maret 2022 didapatkan data sebanyak 16 lansia yang mengalami nyeri sendi. Sehingga perlu dilakukan suatu intervensi nonfarmakologis untuk menurunkan tingkat nyeri reumatik yang dialami

oleh lansia. Untuk itu berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang penanganan nyeri reumatik yang dialami oleh lansia khususnya lansia dengan nyeri pada daerah ekstremitas atas dengan menggunakan terapi masase punggung. Dengan meningkatnya populasi lansia dan lansia yang menderita reumatik pun semakin banyak, maka pemberian masase punggung guna mengurangi nyeri reumatik ini perlu diteliti lebih lanjut. Oleh sebab itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Pengaruh terapi masase punggung terhadap intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* pada lansia di PSTW Budhi Dharma Bekasi 2022”

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi masase punggung terhadap intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* pada lansia di PSTW Budhi Dharma Bekasi

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi intensitas nyeri pada lansia dengan *rheumatoid arthritis* sebelum dilakukan terapi masase punggung di PSTW Budhi Dharma Bekasi 2022
- b. Mengidentifikasi intensitas nyeri pada lansia dengan *rheumatoid arthritis* setelah dilakukan terapi masase punggung di PSTW Budhi Dharma Bekasi 2022.
- c. Menganalisis perbedaan intensitas nyeri pada lansia dengan *rheumatoid arthritis* sebelum dan sesudah dilakukan intervensi masase punggung di PSTW Budhi Dharma Bekasi 2022.

C. Luaran

Luaran penelitian ini adalah publikasikan dan akan diterapkan juga melalui Pengabdian Kepada Masyarakat.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lansia

1. Pengertian Lansia

Menurut UU No. 13 tahun 1998 dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas (Padila, 2013). Menurut Setianto (2004) dalam Abdul Muhith dan Sandu Siyoto (2016) seseorang lanjut usia (lansia) apabila usianya 65 tahun ke atas.

2. Proses Menua

Menjadi tua (menua) adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup yang tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menurut WHO dan Undang-Undang No. 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada pasal 1 ayat 2 yang menyebutkan bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua. Menua bukanlah suatu penyakit, akan tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian (Padila, 2013).

3. Penuaan Normal

Perubahan normal muskuloskeletal terkait usia pada lansia termasuk penurunan tinggi badan, redistribusi masa otot dan lemak subkutan, peningkatan porositas tulang, atrofi otot, pergerakan yang lambat, pengurangan kekuatan dan kekakuan sendi-sendi. Perubahan pada tulang, otot dan sendi mengakibatkan terjadinya perubahan penampilan, kelemahan dan lambatnya pergerakan yang menyertai penuaan. Secara umum, terdapat kemunduran kartilago disebagian besar sendi-sendi yang menahan berat, dan pembentukan tulang dipermukaan sendi. Komponen-komponen kapsul sendi pecah dan kolagen yang terdapat pada jaringan penyambung meningkat secara progresif yang jika tidak dipakai lagi mungkin menyebabkan inflamasi, nyeri, penurunan mobilitas sendi dan deformitas (Mickey Stanley & Patricia G. Bare, 2007).

4. Batasan-batasan Lanjut Usia

Menurut pendapat berbagai ahli dalam Efendi (2009) dikutip dalam buku Sunaryo, dkk (2016). Batasan-batasan umur yang mencangkup batasan umur lansia sebagai berikut:

- a. Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 dalam Bab I Pasal 1 ayat 2 yang berbunyi “Lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas”.
- b. Menurut *World Health Organization* (WHO) usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria berikut:
 - 1) Usia pertengahan (*middle age*) ialah 45-59 tahun
 - 2) Lanjut usia (*elderly*) ialah 60-74 tahun
 - 3) Lanjut usia tua (*old*) ialah 75-90 tahun

- 4) Usia sangat tua (*very old*) ialah diatas 90 tahun
- c. Menurut Bee (1996):
 - 1) Masa dewasa muda (usia 18-25 tahun)
 - 2) Masa dewasa awal (usia 25-40 tahun)
 - 3) Masa dewasa tengah (usia 40-65 tahun)
 - 4) Masa dewasa lanjut (usia 65-75 tahun)
 - 5) Masa dewasa sangat lanjut usia (usia >75 tahun)

5. Perubahan-perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Penuaan tidak terjadi secara tiba-tiba tetapi berkembang dari masa bayi, anak-anak, dewasa, dan akhirnya menjadi tua. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan dengan berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun luar tubuh. Menurut Eka A. Kiswanto (2009) dalam Abdul Muhith dan Sandu Siyoto (2016) sebagai berikut:

- a. Keinginan terhadap hubungan intim dapat dilakukan dalam bentuk sentuhan fisik dan ikatan emosional secara mendalam.
- b. Perubahan sensitivitas emosional pada lansia dapat menimbulkan perubahan perilaku.
- c. Pembatasan fisik, kemunduran fisik, dan perubahan peran sosial menimbulkan ketergantungan.
- d. Pemberian obat pada lansia bersifat *palliative care* yaitu obat yang ditujukan untuk mengurangi rasa sakit yang dirasakan lansia.
- e. Penggunaan obat harus memperhatikan efek samping.
- f. Kesehatan mental mempengaruhi integrasi dengan lingkungan.

6. Tugas Perkembangan Lansia

Kesiapan lansia untuk beradaptasi terhadap tugas perkembangan lansia dipengaruhi oleh proses tumbuh kembang pada tahap sebelumnya (Erickson). Tugas perkembangan lansia adalah sebagai berikut:

1. Mempersiapkan diri untuk kondisi yang menurun
2. Mempersiapkan diri untuk pensiun
3. Membentuk hubungan baik dengan orang seusianya
4. Mempersiapkan kehidupan baru
5. Melakukan penyesuaian terhadap sosial/masyarakat secara santai
6. Mempersiapkan diri untuk kematiannya dan kematian pasangan (Padila, 2013).

B. Rheumatoid Arthritis

1. Pengertian Rheumatoid Arthritis

Rheumatoid arthritis (RA) adalah gangguan kronis, inflamasi sistemik yang dapat mempengaruhi banyak jaringan dan organ, tetapi terutama menyerang fleksibel (*sinovial*) sendi (Masriadi, 2016).

Rheumatoid arthritis merupakan penyakit inflamasi kronis sistemik yang ditandai dengan pembengkakan sendi, serta destruksi membran sinovial persendian (Andy Arifputera, dkk 2014).

Rheumatoid arthritis merupakan penyakit autoimun yang menyebabkan terjadinya peradangan dan terutama mengenai jaringan sendi (Frits Gosana, 2013).

2. Etiologi Rheumatoid Arthritis

Rheumatoid arthritis terjadi akibat adanya predisposisi genetik, terutama HLA-DR4 dan HLA-DR1 yang menimbulkan reaksi imunologis pada membran sinovium (Andy Arifputera, dkk 2014).

3. Kriteria Diagnostik Rheumatoid Arthritis

Menurut *American Rheumatism Association (ARA, 1987)* mencakup 7 poin berikut:

- a. Kaku pada pagi hari dipersendian atau sekitarnya sekurang-kurangnya 1 jam sebelum ada perbaikan maksimal.
- b. Timbul arthritis pada 3 daerah persendian atau lebih yang timbul secara bersamaan.
- c. Terdapat arthritis minimal pada satu persendian tangan.
- d. Terdapat arthritis yang bersifat simetris.
- e. Ditemukan nodul reumatoid, yaitu berupa nodul subkutan pada penonjolan tulang atau permukaan ekstensor.
- f. Faktor reumatoid serum yang positif (Andy arifputera, 2014).

4. Manifestasi Klinis Rheumatoid Arthritis

Pada lansia *rheumatoid arthritis* dapat digolongkan ke dalam tiga kelompok:

- a. Kelompok 1 adalah *rheumatoid arthritis* klasik. Sendi-sendi kecil pada kaki dan tangan sebagian besar terlibat. Terdapat faktor *reumatoid* dan nodula-nodula *reumatoid* sering terjadi. Penyakit dalam kelompok ini dapat mendorong kearah kerusakan sendi yang progresif.
- b. Kelompok 2 termasuk klien yang memenuhi kriteria *American Rheumatologic Association* untuk *rheumatoid arthritis* karena mereka mempunyai radang *sinovitis* yang terus menerus dan simetris, sering melibatkan pergelangan tangan dan sendi-sendi jari.
- c. Kelompok 3, *sinovitis* terutama mempengaruhi bagian proksimal sendi, bahu dan panggul. Awitannya mendadak, sering ditandai dengan kekakuan pada pagi hari. Pergelangan tangan pasien sering mengalami hal ini, dengan adanya bengkak, nyeri tekan, penurunan kekuatan genggaman (Mickey Stanley & Patricia G. Bare, 2007).

5. Patofisiologi Rheumatoid Arthritis

Pada sendi sinovial yang normal kartilago/artikuler membungkus ujung tulang pada sendi dan menghasilkan permukaan yang licin untuk memudahkan terjadinya pergerakan. Membran sinovial melapisi dinding dalam kapsul fibrosa dan mensekresikan cairan ke dalam ruangan antar tulang. Cairan sinovial ini berfungsi sebagai peredam kejut dan pelumas yang memungkinkan sendi untuk bergerak secara bebas. Reaksi autoimun dalam jaringan sinovial yang melakukan proses fagositosis akan menghasilkan enzim dalam sendi untuk memecah kolagen sehingga terjadilah edema proliferasi membran

sinovial dan akhirnya membentuk pannus. Pannus tersebut akan menghancurkan kartilago dan menimbulkan erosi tulang. Kondisi tersebut mengakibatkan hilangnya permukaan sendi dan akan mengganggu gerak sendi itu sendiri (Masriadi, 2016).

6. Penatalaksanaan Rheumatoid Arthritis

Menurut Masriadi (2016) Cara penanggulangan atau pengobatan yaitu dengan terapi. Oleh karena itu ACRSRA merekomendasikan bahwa penderita dengan kecurigaan *rheumatoid arthritis* harus dirujuk dalam 3 bulan sejak timbulnya gejala untuk konfirmasi diagnosis dan inisiasi terapi DMARDs (*disease-modifying antirheumatic drugs*). Modalitas terapi *rheumatoid arthritis* meliputi terapi non farmakologis.

Tujuan terapi pada rheumatoid arthritis adalah:

- a. Mengurangi nyeri
- b. Mempertahankan fungsional
- c. Mengurangi inflamasi
- d. Mengendalikan keterlibatan sistemik
- e. Proteksi sendi dan struktur ekstra artikular
- f. Mengendalikan progresivitas penyakit
- g. Menghindari komplikasi yang berhubungan dengan terapi

7. Pencegahan Rheumatoid Arthritis

Menurut Masriadi (2016) Beberapa pencegahan yang bisa dilakukan yaitu:

- a. Istirahat yang cukup
- b. Hindari kerja berat
- c. Makan-makanan tinggi kalsium
- d. Olahraga teratur dan rajin berjemur dipagi hari
- e. Kurangi atau batasi makanan yang mengandung kadar purin tinggi yang bisa memicu terjadinya asam urat seperti jeroan dan kacang-kacangan.

8. Karakteristik Nyeri Arthritis

Penting bagi anda penderita *arthritis* untuk memahami karakteristik nyeri *arthritis* agar anda dapat melakukan manajemen nyeri secara mandiri dengan baik. Karakteristik nyeri *arthritis* sebagai berikut:

1. Nyeri pada *arthritis* timbul karena adanya proses peradangan dan kerusakan sendi. Peradangan sendi dapat menyebabkan produksi cairan yang berlebihan didalam sendi (sebagai reaksi radang) yang dapat menambah beratnya nyeri.
2. Kelelahan dan kaku otot menyebabkan nyeri. Secara alamiah tubuh akan bereaksi terhadap kerusakan sendi dengan membuat otot-otot disekitarnya menjadi tegang (kaku) sebagai usaha melindungi sendi. Sayangnya usaha ini membuat otot-otot yang kaku itu menjadi lelah. Otot yang kelelahan itu akan memproduksi asam laktat sehingga nyerinya bertambah hebat.
3. Psikologis

Nyeri dan kaku sendi menyebabkan penderita *arthritis* merasa khawatir, cemas, putus asa dan depresi. Keadaan mental seperti ini akan memperburuk nyeri yang sudah ada.

4. Nyeri *arthritis* bersifat kronis
Tidak sama halnya dengan sakit gigi yang dapat dituntaskan dalam waktu singkat, nyeri karena *arthritis* dapat hilang timbul untuk periode yang lama. Seperti telah dijelaskan sebelumnya, *arthritis* adalah penyakit yang bersifat kronik-residif artinya penyakit yang berlangsung lama dengan gejala yang dapat hilang timbul.
5. Nyeri *arthritis* adalah nyeri yang “bandel”
Kemampuan memperbaiki diri (*self repairing ability*) dari otot, tendon, ligamen dan jaringan lain disekitar sendi berkurang pada penderita *arthritis*. Akibatnya nyeri yang timbul karena kerusakan jaringan-jaringan tersebut diatas akan “bandel” dan dapat bertahan lama (Frits Gosana, 2013).

C. Konsep Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah respon subjektif terhadap stressor fisik dan psikologis. *International Association for the Study of Pain (IASP)* mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial atau dijelaskan dalam istilah seperti kerusakan (Priscilla LeMone, et.al 2016).

2. Klasifikasi Nyeri

Nyeri secara khas dijelaskan dan dikarakteristikan dalam beberapa cara, melalui durasinya (akut atau kronis).

a) Nyeri Akut

Nyeri akut memiliki awitan mendadak, biasanya membuat diri menjadi terbatas, dan terlokalisasi. Penyebab nyeri akut biasanya dapat diidentifikasi. Paling sering terjadi akibat cedera jaringan karena trauma, pembedahan atau inflamasi. Nyeri biasanya tajam dan terlokalisasi, meskipun dapat menjalar. Tiga jenis utama nyeri akut meliputi:

- 1) Nyeri somatik yang dalam dan bagian dalam kulit, yang berasal dari reseptor saraf yang berasal dari kulit (misal, laserasi), jaringan subkutan, atau struktur tubuh seperti periosteum, otot, tendon, sendi dan pembuluh darah. Nyeri somatik dapat tajam dan terlokalisasi dengan baik atau tumpul dan menjalar.
- 2) Nyeri viseral, yang berasal dari organ tubuh. Nyeri viseral bersifat tumpul dan tidak terlokalisasi dengan baik karena jumlah nosiseptor yang rendah. Nyeri viseral dapat ditunjukkan dengan kram yang mendalam, nyeri robek atau bacokan, nyeri sementara atau kolik.
- 3) Nyeri yang diungkapkan merupakan nyeri yang dirasakan di area yang jauh dari tempat stimulus. Nyeri ini biasanya berasal dari visera toraks atau abdominal.

b) Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang memanjang, atau nyeri yang menetap setelah kondisi yang menyebabkan nyeri tersebut hilang. Meskipun penyebabnya dapat diidentifikasi (arthritis, kanker, sakit kepala migraine, neuropati diabetik), nyeri kronis tidak selalu memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi. Nyeri kronis dapat dibagi menjadi tiga kategori:

- 1) Nyeri akut berulang, dicirikan dengan episode nyeri yang mudah ditemukan dan diselingi dengan episode bebas nyeri. Sakit kepala merupakan nyeri akut berulang.
- 2) Nyeri maligna kronis, disebabkan oleh berkembangnya penyakit yang mengancam jiwa atau berkaitan dengan terapi. Nyeri kanker merupakan jenis nyeri maligna kronis.
- 3) Nyeri nonmaligna kronis, nyeri yang tidak mengancam jiwa dan tidak terjadi melebihi waktu penyembuhan yang diharapkan. Nyeri punggung bawah kronis masuk dalam kategori ini (Priscilla LeMone, et.al 2016).

3. Mekanisme Neurofisiologik Nyeri

Sistem saraf perifer memiliki dua jenis neuron, yaitu neuron sensorik dan motorik. Pengalaman nyeri meliputi stimulasi sensorik dan persepsi. Stimulus nyeri dihasilkan dan dipindahkan melalui neuron sensorik, diterima didalam sistem saraf pusat, dan direspon melalui neuron motorik. Koneksi atau sinaps terjadi dalam medulla spinalis dan kembali ke dalam otak, tempat interpretasi stimulus yang menimbulkan nyeri direspon. Stimulus nyeri dapat menyebabkan respon refleks segera yang menghasilkan kesadaran akan nyeri (Priscilla LeMone, et.al 2016).

4. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Respons Nyeri

Respon terhadap stimulus nyeri bersifat unik pada individu yang mengalami stimulus. Respons yang unik terhadap nyeri tidak hanya dipengaruhi oleh respons fisiologis, tetapi juga oleh berbagai faktor dan faktor terkait termasuk usia, jenis kelamin, pengaruh sosial budaya, keadaan emosional, pengalaman nyeri masa lalu, sumber dan arti nyeri, dan dasar pengetahuan (Priscilla LeMone, et.al 2016).

5. Teori Pengontrolan Nyeri (*Gate Control*)

Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar terapi menghilangkan nyeri. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi P untuk mentransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal dan lebih cepat yang melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Diyakini mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut. Alur saraf desenden melepaskan endorfin dan dinorfin, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh (Potter & Perry, 2006).

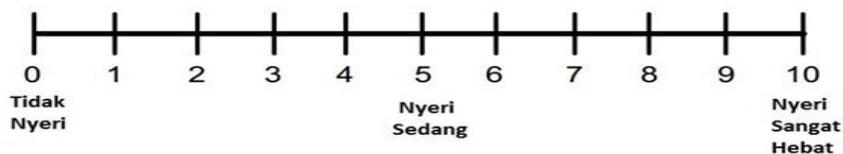
6. Prinsip Gerontologis Untuk Pengontrolan Nyeri

- a. Pada lansia terdapat kekhawatiran bahwa nyeri akan menyebabkan kelumpuhan dan ketergantungan yang besar.
- b. Lansia berisiko besar mengalami situasi yang menyebabkan nyeri.
- c. Terdapatnya potensial penurunan toleransi nyeri dengan adanya pengurangan kapasitas adaptif.
- d. Perubahan fungsi pembuluh darah perifer, kulit, dan transmisi impuls nyeri menyebabkan lansia berisiko tidak mampu merasakan nyeri (Ebersole dan Hess, 1994).
- e. Merupakan hal yang tidak umum bahwa ketajaman gejala atau tingkat keparahan nyeri lebih rendah pada individu yang lebih tua daripada yang lebih muda.
- f. Lansia lebih rentan terhadap efek samping narkotik karena terjadi perubahan dalam protein serum, fungsi hati dan ginjal, serta penurunan curah jantung.
- g. Risiko keracunan lambung dan ginjal akibat NSAID meningkat diantara lansia.
- h. Lansia lebih sensitif terhadap efek analgesik pada obat opiat karena efek puncak yang tinggi dan durasi penghilang nyeri yang lama.
- i. Nyeri merupakan hal yang tidak normal seiring dengan penuaan. Keberadaan nyeri memerlukan pengkajian dan penatalaksanaan yang agresif (Potter & Perry, 2006).

7. Tingkat Skala Nyeri

Karakteristik paling subjektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien seringkali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai ringan, sedang atau parah. Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scales*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (AHCPR, 1992).

Skema 2. 1 Numerical Rating Scale (NRS) atau Skala Intensitas nyeri numerik 0-10



Sumber: Priscilla LeMone, et.al (2016)

Dengan Klasifikasi nyeri:

0	: Tidak nyeri	7-9	: Nyeri berat
1-3	: Nyeri ringan	10	: Nyeri sangat hebat
4-6	: Nyeri sedang		

8. Penatalaksanaan Nyeri

a. Medikasi

Medikasi merupakan pendekatan yang paling umum untuk penatalaksanaan nyeri. Penatalaksanaan nyeri akut sering mudah dilakukan, bergantung pada obat analgesik (peredam nyeri), seperti asetaminofen, obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS), dan analgesik opioid. Nyeri kronis memberikan tantangan tambahan; serangkaian kelas obat yang lebih luas dapat digunakan, termasuk obat antidepresi, antikonvulsan, dan penggunaan obat opioid kronis.

b. Terapi Komplementer

Manfaat terapi komplementer dan terapi penunjang (*complementary and alternative medicine*, CAM) sebagai bagian dari strategi penatalaksanaan nyeri yang komprehensif semakin meningkat. Menurut laporan yang dipublikasikan pada Desember 2008 oleh *National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)* dan *National Center for Health Statistic (bagian dari Centers for Disease Control and Prevention)*, sekitar 38% orang dewasa di Amerika Serikat menggunakan beberapa CAM. Fokus keberagaman budaya setelah bagian ini terkait prevalensi penggunaan CAM diantara individu yang memiliki beragama budaya. Nyeri punggung, leher, atau nyeri sendi dan arthritis merupakan kondisi yang paling umum terjadi yang memotivasi individu dewasa untuk menggunakan CAM. Sejumlah terapi CAM digunakan untuk menangani nyeri, termasuk akupunktur, kiropraktik dan obat osteopati, masase, serta relaksasi. Salah satu yang digunakan adalah berikut ini.

1) Masase

Terapi masase sering kali dilakukan sebagai terapi CAM untuk meredakan nyeri dan mendukung relaksasi. Pada terapi masase, otot dan jaringan lunak tubuh dimanipulasi dengan tujuan merelaksasi jaringan lunak; meningkatkan kehangatan, aliran darah, dan penghantaran oksigen ke area; serta mengurangi nyeri. Terapi menimbulkan risiko yang sangat sedikit (Priscilla LeMone, et.al 2016).

D. Konsep Masase Punggung

1. Pengertian Masase Punggung

Masase punggung merupakan tindakan stimulasi kulit dan jaringan dibawahnya dengan variasi tekanan tangan untuk mengurangi nyeri, memberikan relaksasi dan meningkatkan sirkulasi (Bulechek & Dochterman, 2006).

2. Cara Kerja Masase Punggung

Menurut Potter & Perry (2006) gosokan punggung atau masase punggung biasanya diikuti dengan mandi klien. Hal ini meningkatkan relaksasi, mengendurkan tensi otot, dan mestimulasi sirkulasi kulit. Selama gosokan punggung, perawat dapat mengkaji kondisi kulit klien. Gosokkan punggung yang efektif memerlukan waktu 3 sampai 5 menit selama 7 hari (Mok & Woo (2014) dalam Tri Ayu Diah Andjani, 2016). Perawat harus bertanya pertama kali apakah klien menyukai gosokkan punggung karena beberapa klien tidak menyukai kontak secara fisik.

Pelaksanaan masase punggung dimulai dengan melakukan beberapa persiapan. Persiapan-persiapan yang perlu diperhatikan antara lain persiapan alat, persiapan lingkungan, persiapan perawat serta persiapan klien (Potter & Perry, 2006).

a. Persiapan alat

Persiapan peralatan dan bahan yang diperlukan adalah selimut mandi, handuk mandi, aplikasi kulit (lotion, alkohol, bedak) (Potter & Perry, 2006).

b. Persiapan lingkungan

Persiapan yang dilakukan adalah mengatur tempat tidur pada posisi tinggi yang nyaman (Rasional: memastikan mekanika tubuh yang sesuai dan mencegah ketegangan pada otot punggung). Selain itu, mengatur cahaya, suhu dan suara didalam ruangan (Rasional: Distraksi lingkungan mencegah klien dari relaksasi) (Potter & Perry, 2006).

c. Persiapan perawat

Perawat perlu menjelaskan tujuan terapi kepada klien dan sebelum melakukan masase punggung perawat perlu mengidentifikasi terkait kondisi klien (Potter & Perry, 2006).

- 1) Mengidentifikasi faktor-faktor atau kondisi seperti fraktur tulang rusuk atau vertebra, luka bakar, daerah kemerahan pada kulit, atau luka terbuka yang menjadi kontraindikasi untuk gosokkan punggung (Rasional: memijat jaringan yang sensitif dapat menyebabkan cedera jaringan yang lebih lanjut. Masase daerah kulit yang kemerahan meningkatkan kerusakan kapiler pada jaringan dibawahnya (AHCPR, 1992).

- 2) Pada klien yang mempunyai riwayat hipertensi atau disritmia kaji denyut nadi dan tekanan darah (Rasional: masase dapat menyebabkan stimulus sistem saraf otonom yang menyebabkan perubahan denyut nadi dan tekanan darah. Penelitian tidak menunjukkan hubungan yang konsisten antara sentuhan manusia dan respons jantung dari bagian yang disentuh (Weiss, 1986).
 - 3) Jelaskan prosedur dan posisi yang diinginkan klien (Rasional: membantu meningkatkan relaksasi).
 - 4) Cuci tangan anda dalam air hangat. Hangatkan lotion ditelapak tangan atau tempatkan botol lotion ke dalam air hangat. Tuangkan sedikit lotion ditangan (Rasional: dingin menyebabkan tensi otot).
- d. Persiapan klien
- Turunkan penghalang samping tempat tidur dan bantu klien memperoleh posisi telungkup atau miring (sims) dengan punggung kearah anda (Rasional: posisi lebih memudahkan aplikasi tekanan yang diperlukan untuk otot punggung), tutup tirai sekitar tempat tidur (Rasional: privasi meningkatkan relaksasi) (Potter & Perry, 2006).
- e. Langkah-langkah pelaksanaan masase punggung
- 1) Buka punggung klien, bahu, lengan atas dan bokong. Tutup sisanya dengan selimut mandi. Letakkan handuk memanjang sepanjang punggung klien (Rasional: mencegah pemaparan bagian tubuh yang tidak perlu dan mencegah kelebihan lotion yang mengenai linen).
 - 2) Jelaskan pada klien bahwa lotion akan terasa dingin dan basah (Rasional: pemberitahuan klien mengurangi respons terkejut).
 - 3) Letakkan tangan pertama-tama pada bokong, masase dalam gerakan melingkar. Usapkan ke atas dari bokong ke bahu. Masase diatas skapula dengan gerakan lembut dan tegas. Lanjutkan dalam satu usapan lembut ke lengan atas dan secara lateral sepanjang sisi punggung dan kembali ke bawah puncak iliaka. Jangan biarkan tangan anda terangkat dari kulit klien. Lanjutkan pola masase selama 3 menit (Rasional: Tekanan lembut, tegas dikarenakan pada semua kelompok otot meningkatkan relaksasi. Kontak yang terus-menerus dengan permukaan kulit akan menyejukkan dan menstimulasi sirkulasi ke jaringan).
 - 4) Remas kulit dengan mengambil jaringan diantara ibu jari dan jari tangan anda. Remas ke atas sepanjang satu sisi spina dari bokong ke bahu dan sekitar bawah leher. Remas atau usap kebawah kearah sakrum. Ulangi sepanjang sisi punggung yang lain (Rasional: peremasan meningkatkan sirkulasi. Gerakan adalah menyejukkan dan meringankan).

- 5) Akhiri masase dengan gerakan memanjang dan beritahu klien bahwa perawat mengakhiri masase (Rasional: gerakan panjang adalah paling menyejukkan).
- 6) Jika berbaring miring, minta klien untuk berputar ke sisi lain, dan masase bagian yang lain.
- 7) Bersihkan kelebihan dari lubrikan dari bokong klien dengan handuk mandi. Ikat kembali gaun atau bantu memakai piyama. Bantu klien ke posisi yang nyaman. Naikkan penghalang samping tempat tidur jika diperlukan dan buka tirai. Turunkan tempat tidur (Rasional: kelebihan lotion dapat menjadi iritan. Posisi yang nyaman menambah efek gosokkan punggung).
- 8) Buang handuk yang kotor dan cuci tangan (Rasional: meningkatkan kontrol infeksi).
- 9) Tanya klien tentang kenyamanan. Catat setiap daerah atau otot yang nyeri atau tegang (Rasional: peningkatan tingkat kesembuhan tergantung pada lamanya masase, kemampuan klien rileks dan tingkat ketidaknyamanan sebelum masase).
- 10) Kaji kembali denyut nadi dan tekanan darah (Rasional: masase punggung yang lembut dapat meningkatkan denyut nadi dan tekanan darah sistolik).
- 11) Catat respons terhadap masase dan kondisi kulit (Rasional: uraikan respons terhadap terapi).

3. Indikasi Masase Punggung

Menurut Lynn (2011) dalam Tri Ayu Diah (2016) masase punggung dapat diberikan pada klien yang mengalami gangguan tidur (insomnia), klien yang mengalami ansietas, klien yang mengalami gejala distress, dan klien yang mengalami nyeri. Masase punggung dapat dilakukan kapan saja misalnya sebelum tidur atau sebelum mandi untuk meningkatkan rasa nyaman pada pasien.

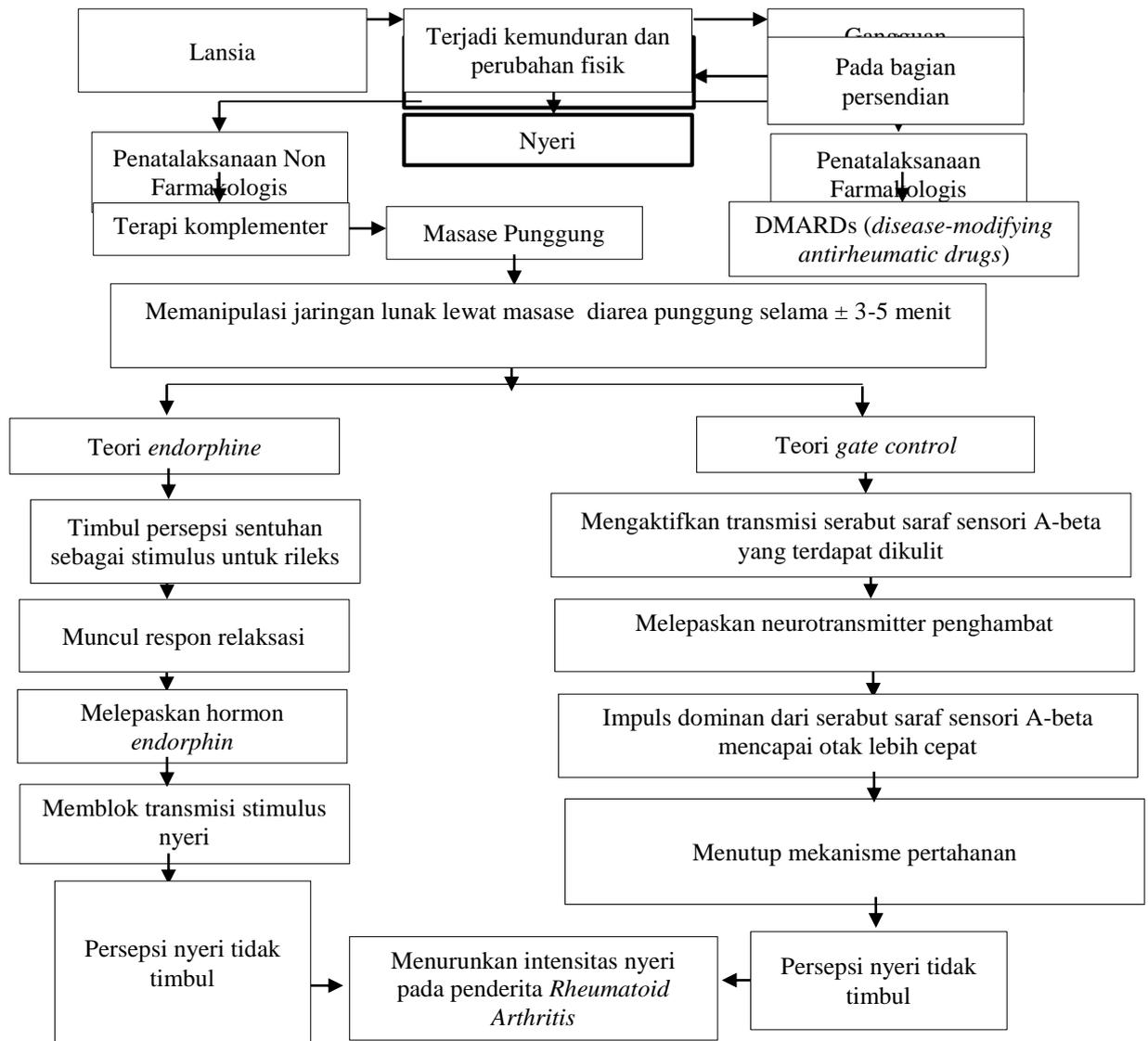
4. Kontraindikasi Terapi Masase Punggung

Menurut Potter & Perry (2006) kontraindikasi dilakukannya masase punggung yaitu kondisi seperti fraktur tulang rusuk atau vertebra, luka bakar, daerah kemerahan pada kulit, atau luka terbuka.

E. Kerangka Teori

Berdasarkan uraian dalam tinjauan pustaka maka dapat disusun sebuah kerangka teori. Kerangka teori dalam penelitian ini terdapat dalam skema berikut:

Skema 2. 2 Kerangka Teori Penelitian



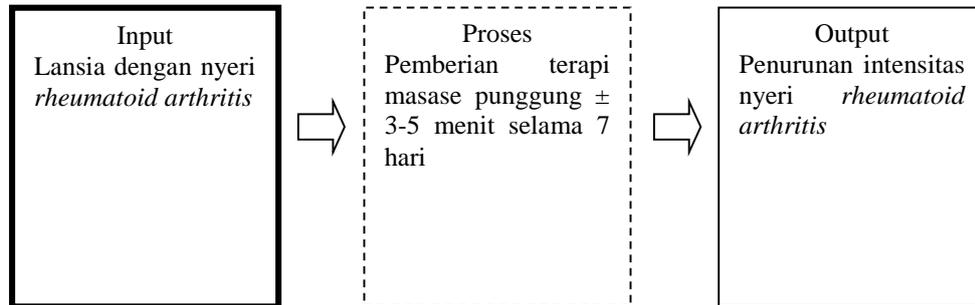
Sumber: Abdul Muhith dan Sandu Siyoto (2016), Masriadi (2016), Potter & Perry (2006), Meek (1993) dalam Potter & Perry (2006) dan Priscilla LeMone, et.al (2016)

F. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka yang terdapat pada bab dua maka dikembangkan suatu kerangka konsep penelitian. Menurut Notoatmodjo (2012) kerangka konsep penelitian adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan. Dalam kerangka konsep penelitian ini yang menjadi variabel dependen atau variabel terikat adalah

intensitas nyeri *rheumatoid arthritis*. Sedangkan variabel independen atau variabel bebasnya adalah terapi masase punggung.

Skema 2. 3 Skema Kerangka Konsep



Keterangan :



: Subjek penelitian



: Variabel independen (Variabel bebas)



: Variabel dependen (Variabel terikat)

G. Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan awal peneliti mengenai hubungan antar variabel yang merupakan jawaban peneliti tentang kemungkinan hasil penelitian (Kelana Kusuma Dharma, 2015). Hipotesis dalam penelitian ini terdiri dari hipotesis null dan hipotesis alternatif. Hipotesis null dirumuskan untuk menyatakan kesamaan, tidak adanya perbedaan atau tidak adanya hubungan antar variabel. Sedangkan hipotesis alternatif adalah pernyataan tentang prediksi hasil penelitian berupa hubungan antar variabel yang diteliti (Kelana Kusuma Dharma, 2015). Hipotesis null dan hipotesis alternatif akan diuraikan sebagai berikut:

Hipotesis Penelitian (H_0) : Ada perbedaan rata-rata intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sebelum dan sesudah diberikan terapi masase punggung pada lansia

Hipotesis Penelitian (H_a) : Tidak ada perbedaan rata-rata intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sebelum dan sesudah diberikan terapi masase punggung pada lansia

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain Penelitian adalah model atau metode yang digunakan peneliti untuk melakukan suatu penelitian yang memberikan arah terhadap jalannya penelitian (Kelana Kusuma Dharma, 2015). Desain yang digunakan dalam rancangan penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan metode *Quasi Eksperimental* dan dengan pendekatan *one group pretest-posttest design* (Adik Wibowo, 2014).

Pre test-post test design adalah penelitian yang dilakukan dengan cara memberikan *pre test* (pengamatan awal) terlebih dahulu sebelum diberikan intervensi, setelah itu diberikan intervensi, kemudian dilakukan *post test* (pengamatan akhir). Bentuk dari rancangan ini adalah sebagai berikut:

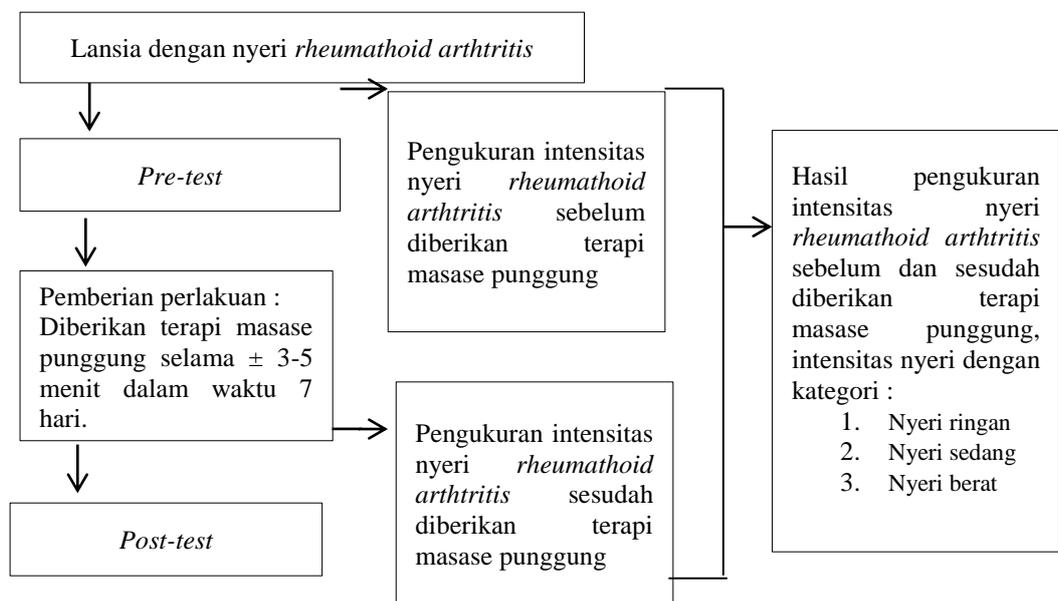
Pre test	Perlakuan	Post test
O1	X	O2

Keterangan :

- O1 : Kondisi awal sebelum diberikan perlakuan
- X : Perlakuan pemberian terapi masase punggung
- O2 : Kondisi setelah diberikan perlakuan

Adapun skema desain penelitian ini akan digambarkan seperti ini :

Skema 3. 1 Desain Penelitian



B. Tahapan Penelitian

Definisi operasional adalah penjelasan tentang hal-hal apa saja yang dijadikan indikator untuk mengukur variabel, bagaimana mengukurnya, alat ukur yang digunakan, skala pengukuran dan data hasil pengukuran. Definisi operasional variabel menjelaskan tentang pengertian variabel secara lebih operasional sebagai bentuk kongkrit dari suatu konsep (Kelana Kusuma Dharma, 2015).

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Masase Punggung	Suatu intervensi nonfarmakologis berupa tindakan gosokkan punggung dengan usapan secara perlahan yang dapat memberikan sensasi hangat	Prosedur terapi masase punggung (SOP) <i>Potter & Perry (2006)</i>	1. Sebelum dilakukan intervensi 2. Setelah dilakukan intervensi	Nominal
2.	<i>Rheumatoid Arthritis</i>	Suatu keadaan yang menimbulkan sensasi tidak menyenangkan berupa nyeri didaerah persendian	Skala intensitas nyeri numerik (NRS) dan lembar observasi	1. Nyeri ringan (skala 1-3) 2. Nyeri sedang (skala 4-6) 3. Nyeri berat (skala 7-9)	Interval

C. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di PSTW Budhi Dharma Bekasi 2022

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah unit dimana suatu hasil penelitian akan diterapkan (digeneralisir). Idealnya penelitian dilakukan pada populasi karena dapat melihat gambaran seluruh populasi sebagai unit dimana hasil penelitian akan diterapkan (Kelana Kusuma Dharma, 2015).

Populasi target dalam penelitian ini adalah pasien lansia yang mengalami nyeri sendi dengan jumlah lansia sebanyak 16 responden di PSTW Budhi Dharma Bekasi 2022.

2. Sampel

Sampel sebagai unit yang lebih kecil lagi adalah sekelompok individu yang merupakan bagian dari populasi terjangkau dimana peneliti langsung mengumpulkan data atau melakukan pengamatan/pengukuran pada unit ini. Pada dasarnya penelitian dilakukan pada sampel yang terpilih dari populasi terjangkau (Kelana Kusuma Dharma, 2015).

Sampel dalam penelitian ini adalah kelompok usia lanjut atau lansia di PSTW Budhi Dharma 2022 sebanyak 16 responden yang sesuai dengan kriteria inklusi. Tetapi saat dilakukan pengambilan sampel, jumlah sampel

yang didapatkan sebanyak 12 responden karena dari pihak PSTW yang menetapkan dengan alasan terkait etika penelitian maka peneliti hanya diberikan responden dengan jenis kelamin perempuan yang berjumlah 12 responden.

E. Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Setelah data terkumpul, maka dilakukan pengolahan data melalui empat langkah yaitu *editing*, *coding*, *entry* data dan *cleaning*.

a. *Editing*

Hasil wawancara, angket, atau pengamatan dari lapangan harus dilakukan penyuntingan (*editing*) terlebih dahulu. Secara umum *editing* adalah kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner.

b. *Coding*

Setelah semua kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean atau "*coding*" yakni mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. Peneliti melakukan pengkodean untuk uji *Paired Samples T-Test* dengan menggunakan "*coding*" COD_Sebelum dan COD_Sesudah, selanjutnya angka 1 dengan *range* (1-3) sebagai kode nyeri kategori "ringan", angka 2 dengan *range* (4-6) sebagai kode nyeri kategori "sedang" dan angka 3 dengan *range* (7-9) sebagai kode nyeri kategori "berat".

c. *Entry data*

Jawaban dari masing-masing responden yang berbentuk "kode" (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam program atau "*software*" komputer. Salah satu program yang paling sering digunakan untuk "entri data" penelitian adalah program *SPSS for Window*.

d. *Cleaning*

Setelah semua sumber data dimasukkan perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi (Notoatmodjo, 2012).

F. Metode Analisis Data

Data yang sudah diolah kemudian selanjutnya dianalisa dengan bantuan perangkat lunak *software* statistik yang meliputi:

a. Analisa Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2012). Dalam penelitian ini analisa univariat dikategorikan menjadi intensitas nyeri "ringan" (1-3), intensitas nyeri "sedang" (4-6) dan intensitas nyeri "berat" (7-9). Melalui gambaran rata-rata intensitas nyeri pada responden sehingga dapat diperoleh gambaran distribusi frekuensi dan populasi dari intensitas nyeri responden.

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012). Analisa bivariat

dalam penelitian ini adalah untuk menganalisa pengaruh terapi masase punggung terhadap intensitas nyeri lansia dengan *rheumatoid arthritis* di PSTW Budhi Dharma Bekasi. Uji statistik yang dilakukan adalah uji *paired-samples T-Test* yang diolah dengan *Statistical Product and Service Solution* (SPSS) 19. Semua data akan dianalisis pada tingkat kemaknaan (*confidence interval*) 95% atau dengan nilai $\alpha = 0,05$.

Hasil uji normalitas data dengan menggunakan *Kolmogorov-smirnov test* dengan jumlah sampel sebanyak 12 responden ($n=12$) pada tingkat kemaknaan 95%. Intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sebelum diberikan terapi masase punggung didapatkan nilai *P value* > nilai *alpha* yang berarti data terdistribusi normal, sedangkan tingkat penurunan intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* didapatkan nilai *P value* > nilai *alpha* yang berarti data terdistribusi normal. Berdasarkan hasil analisa tersebut, pada tingkat kemaknaan 95% dinyatakan bahwa sebelum dan setelah diberikan terapi masase punggung, data intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* pada lansia di PSTW Budhi Dharma Bekasi terdistribusi normal.

Hasil uji normalitas data dengan menggunakan *Kolmogorov-smirnov test* dengan jumlah sampel sebanyak 12 responden ($n=12$) pada tingkat kemaknaan 95%. Intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sebelum diberikan terapi masase punggung didapatkan nilai *P value* (0.399) > nilai *alpha* (0.05), sedangkan tingkat penurunan Intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sebelum diberikan terapi masase punggung didapatkan nilai *P value* (0.441) > nilai *alpha* (0.05) yang berarti data terdistribusi normal.

**BAB IV
BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN**

A. Anggaran Biaya

Justifikasi anggaran biaya ditulis dengan terperinci dan jelas dan disusun sesuai dengan format Tabel 4.1 dengan komponen sebagai berikut.

Tabel 4. 1 Anggaran Biaya Penelitian yang Diajukan

No	Jenis Pengeluaran	Biaya yang Diusulkan
1	Biaya untuk pelaksana, petugas laboratorium, pengumpul data, pengolah data, penganalisis data.	Rp3.000.000,-
2	Pembelian bahan habis pakai untuk ATK, fotocopy, surat menyurat, penyusunan laporan, cetak, penjilidan laporan, publikasi, pulsa, internet, bahan laboratorium.	Rp1.900.000,-
3	Perjalanan untuk biaya survei/sampling data, seminar, biaya akomodasi-konsumsi, transport	Rp2.500.000,-
4	Sewa untuk peralatan /ruang laboratorium, kendaraan, kebun percobaan, peralatan penunjang penelitian lainnya	Rp2.000.000,-
Jumlah		Rp9.400.000,-

B. Jadwal Penelitian

Jadwal pelaksanaan penelitian dibuat dengan tahapan yang jelas untuk 1 tahun dalam bentuk diagram batang (bar chart) seperti dalam tabel 4.2.

Tabel 4. 2 Jadwal Kegiatan

No	Jenis Kegiatan	Bulan					
		1	2	3	4	5	6
1	Koordinasi Tim						
2	Identifikasi Permasalahan						
3	Studi Literatur						
4	Pengumpulan Data						
5	Evaluasi dan Analisa						
6	Penyusunan Laporan						

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Berdasarkan Surat Menteri Sosial RI No. HUK. 3-2-4/115/1971 dan sesuai Surat Direktur Jenderal Kesejahteraan Anak, Keluarga, dan Masyarakat pada tanggal 22 Mei 1971 No. 236/KKM/S.U/71 tentang Pendirian Panti Werdha di Jl. Fatmawati Cilandak DKI Jakarta PSTW Budhi Dharma memberi pelayanan kesejahteraan pada lanjut usia dengan daya tampung 40 orang. Untuk meningkatkan pelayanan, maka pada tanggal 2 November 1992 PSTW “Budhi Dharma” dipindahkan ke Jl. H.M Joyomartono No. 19 Bekasi Timur dengan daya tampung 111 orang. Panti ini mulanya diperuntukkan bagi tempat tinggal pelayanan/perawatan para lanjut usia yang berumur 55 tahun ke atas, terutama bagi perintis gerakan kebangsaan/kemerdekaan tetapi saat ini terbuka juga untuk umum dikarenakan model-model pelayanan semakin berkembang dan saat ini PSTW “Budhi Dharma” mampu menampung 130 orang.

Rumah Sakit (RS) Cibitung Medika terletak Jl. Raya H. Bosih No. 117 Cibitung, Kabupaten Bekasi Telp. 021-88323444. RS Cibitung Medika Bekasi adalah unit pelayanan kesehatan yang memiliki kepedulian sosial terhadap semua lapisan masyarakat dengan tujuan memberikan pelayanan kesehatan melalui SDM berkualitas disertai prasarana dan sarana yang memadai dengan berbasis empati untuk kepentingan masyarakat secara umum dengan tingkat akreditasi “C”.

B. Pelaksanaan penelitian

Penelitian dilaksanakan di PSTW Budhi Dharma Bekasi pada Januari s/d Juli 2022. Subjek penelitian adalah lansia yang masih produktif yang tinggal dipanti Werdha Budhi Dharma Bekasi yang telah memenuhi kriteria inklusi. Responden yang didapatkan sebanyak 12 orang dengan jenis kelamin perempuan. Responden diberi terapi masase punggung selama 7 hari dengan frekuensi teratur setiap hari. Sebelum dan sesudah diberikan terapi masase punggung terlebih dahulu di observasi intensitas nyeri menggunakan skala numerik, kemudian setelah itu dilakukan pemberian terapi masase punggung yang diberikan oleh peneliti dan dibantu oleh 2 orang asisten peneliti sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP) selama \pm 3-5 menit.

C. Hasil penelitian

1. Analisa Univariat

Berikut akan dijelaskan tentang gambaran intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sebelum dan sesudah diberikan terapi masase punggung pada lansia di PSTW Budhi Dharma Bekasi.

- a. Gambaran Rata-rata intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* pada lansia sebelum diberikan terapi masase punggung di PSTW Budhi Dharma Bekasi 2022

Tabel 5. 1

Gambaran rata-rata intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* pada lansia sebelum diberikan terapi masase punggung di PSTW Budhi Dharma Bekasi Tahun 2022 (n=12)

Intensitas Nyeri	Mean	%	Std. Deviation	P Value (CI=95%)
Nyeri Ringan (Skala 1-3)	7.17	0	0.577	0.000
Nyeri Sedang (Skala 4-6)		16.7		
Nyeri Berat (Skala 7-9)		83.3		
Total		100		

(Sumber: Hasil Olah Data, 2022)

Tabel 4.1 menunjukkan sebelum diberikan terapi masase punggung dari 12 responden telah teridentifikasi sebanyak 2 responden (16.7%) mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “sedang” dan sebanyak 10 responden (83.3%) mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “berat”. Rata-rata intensitas nyeri responden berada pada rentang nyeri dengan intensitas nyeri kategori “berat” dengan *mean (m)* 7.17.

- b. Gambaran rata-rata intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* pada lansia sesudah diberikan terapi masase punggung di PSTW Budhi Dharma Bekasi 2022

Tabel 5. 2

Gambaran rata-rata intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* pada lansia sesudah diberikan terapi masase punggung di PSTW Budhi Dharma Bekasi Tahun 2020 (n=12)

Intensitas Nyeri	Mean	%	Std. Deviation	P Value (CI=95%)
Nyeri Ringan (Skala 1-3)	4.00	25.0	0.577	0.000
Nyeri Sedang (Skala 4-6)		75.0		
Nyeri Berat (Skala 7-9)		0		
Total		100		

(Sumber: Hasil Olah Data, 2022)

Tabel 4.2 menunjukkan setelah diberikan terapi masase punggung selama 7 hari dengan waktu 3 sampai 5 menit, dari 12 responden telah teridentifikasi sebanyak 3 responden (25.0%) mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “ringan” dan 9 responden (75.0%) mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “sedang”. Rata-rata intensitas nyeri responden berada pada rentang nyeri dengan intensitas nyeri kategori “sedang” dengan *mean (m)* 4.00.

2. Analisa Bivariat

Berikut akan dijelaskan analisa pengaruh terapi masase punggung terhadap intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* di PSTW Budhi Dharma Bekasi dengan menggunakan analisis komparasi *paired T-test*. Sebelum dilakukan analisis komparasi, data-data akan dilakukan uji normalitas data dengan analisis *kolmogorov-Smirnov*. Uji normalitas data dilakukan sebagai prasyarat dilakukannya analisis komparasi *paired T-test*, dimana syarat tersebut adalah data harus terdistribusi normal.

- a. Perbedaan intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sebelum dan sesudah diberikan terapi masase punggung pada lansia di PSTW Budhi Dharma Bekasi 2017

Tabel 5.3
Perbedaan intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sebelum dan sesudah diberikan terapi masase punggung pada lansia di PSTW Budhi Dharma Bekasi 2022 (n=12)

Perlakuan	Beda Mean	P Value (CI=95%)
Sebelum	3.167	0.000
Sesudah		

(Sumber: Hasil Olah Data, 2022)

Berdasarkan hasil analisa bivariat dengan uji komparasi *paired t test* mengenai intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sebelum dan sesudah diberikan terapi masase punggung pada lansia di PSTW Budhi Dharma Bekasi dengan jumlah sampel sebanyak 12 responden (n=12) didapatkan data bahwa T hitung (19.000) > T tabel (2.201) dan nilai P value (0.000) < nilai *alpha* (0.05). Hal ini menunjukkan bahwa ada perbedaan intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* pada lansia sebelum dan sesudah diberikan terapi masase punggung, dimana intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sesudah diberikan terapi masase punggung lebih rendah ($m=4.00$) daripada intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sebelum diberikan terapi masase punggung ($m=7.17$) atau beda *mean* saat sebelum dan sesudah diberikan terapi masase punggung senilai 3.167,

D. Pembahasan dan Hasil Penelitian

1. Analisa Uji Univariat

a. Mengidentifikasi rata-rata intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* pada lansia sebelum diberikan terapi masase punggung

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti menunjukkan rata-rata intensitas nyeri yang dialami responden sebesar (m) 7.17, dengan jumlah lansia yang mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “berat” sebanyak 10 responden (83.3%) dan lansia yang mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “sedang” sebanyak 2 responden (16.7%).

Banyaknya responden yang mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “berat” sebelum diberikan terapi masase punggung dilihat berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh dari hasil wawancara, seluruh responden mengeluh nyeri pada sendi bagian kaki dan bahu yang sering dirasakan pada pagi hari. Hal ini disebabkan karena faktor usia, dimana seluruh responden mayoritas berusia diatas 60 tahun. Responden dengan lanjut usia lebih rentan terhadap penyakit *rheumatoid arthritis* yang menyebabkan nyeri karena adanya pembengkakan sendi dan mengakibatkan keterbatasan aktivitas sehari-hari. Keterbatasan aktivitas yang dirasakan membuat responden mempunyai masalah dalam

melakukan aktivitas sehari-hari. Seluruh responden merasakan nyeri ketika berjalan untuk beraktivitas sehari-hari dan seorang responden mengeluh sulit sekali untuk bergerak, bahkan sering mengalami jatuh karena nyeri yang dirasa semakin hebat saat kaki digunakan untuk berjalan. Responden tersebut membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan bergantung pada bantuan orang lain.

Penyebab responden yang mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “berat” ini akibat jarang mengikuti kegiatan olahraga yang diadakan dipanti, dengan alasan nyeri yang dirasa akan semakin bertambah berat karena responden mengalami pembengkakan pada bagian persendian dan menimbulkan rasa nyeri, sehingga responden merasa takut untuk bergerak. Hal lain yang menyebabkan nyeri yang dirasa oleh responden semakin hari semakin mengganggu yaitu karena responden jarang mengkonsumsi obat-obatan untuk penyakit reumatiknya. Secara faktor psikologis, responden merasa putus asa dengan keadaannya yang selalu mengandalkan bantuan orang lain dalam beraktivitas. Keadaan seperti ini akan memperburuk nyeri yang sudah ada sehingga dibutuhkan terapi nonfarmakologis berupa masase punggung untuk mengurangi nyeri.

Pengukuran nyeri yang dilakukan oleh peneliti sebelum dilakukan masase punggung menunjukkan lokasi nyeri yang kemudian mendeskripsikan nyeri yang dirasakan oleh responden. Semakin sulit responden dalam mendeskripsikan nyerinya dan disertai dengan ekspresi wajah yang merengut maka penilaian intensitas nyeri semakin tinggi. Sesuai dengan hasil penelitian sebelum dilakukannya masase punggung, intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* yang dirasakan oleh responden berada pada intensitas nyeri dengan kategori intensitas nyeri sedang ($m=7.17$).

Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh (Mickey Stanley & Patricia G. Bare, 2007) dimana manifestasi klinis *rheumatoid arthritis* pada lansia digolongkan ke dalam tiga kelompok. Dimana kelompok ketiga merupakan sinovitis yang mempengaruhi bagian proksimal sendi, bahu dan panggul. Awitannya mendadak, sering ditandai dengan kekakuan pada pagi hari. Pergelangan tangan pasien sering mengalami hal ini, dengan adanya bengkak, nyeri tekan dan penurunan kekuatan genggaman dan didukung pula dengan teori penuaan normal, dimana perubahan normal muskuloskeletal terkait usia pada lansia termasuk penurunan tinggi badan, redistribusi masa otot dan lemak subkutan, peningkatan porositas tulang, atrofi otot, pergerakan yang lambat, pengurangan kekuatan dan kekakuan sendi-sendi.

Perubahan pada tulang, otot dan sendi mengakibatkan terjadinya perubahan penampilan, kelemahan dan lambatnya pergerakan yang menyertai penuaan. Secara umum, terdapat kemunduran kartilago disebagian besar sendi-sendi yang menahan berat, dan pembentukan tulang dipermukaan sendi. Komponen-komponen kapsul sendi pecah dan kolagen yang terdapat pada jaringan penyambung meningkat secara progresif yang jika tidak dipakai lagi mungkin menyebabkan inflamasi, nyeri, penurunan mobilitas sendi dan deformitas. Didukung pula dengan teori yang dikemukakan oleh (Andy Arifputera, dkk 2014) dimana *rheumatoid*

arthritis merupakan penyakit inflamasi sistemik kronis yang ditandai dengan pembengkakan dan nyeri sendi.

Serta sesuai dengan teori menurut (Frits Gosana, 2013) dimana penyakit *rheumatoid arthritis* ini umumnya bersifat progresif sehingga keterbatasan dan nyeri sendi yang ditimbulkan akan semakin berat bila tidak diobati dan kondisi tersebut juga membuat penderitanya membatasi aktivitas fisik sehari-hari dan menjadi lebih tergantung pada bantuan orang lain sehingga hidupnya menjadi tidak nyaman lagi bahkan sebagian besar penderitanya merasa putus asa dan kehilangan harapan. Didukung pula dengan teori menurut (Potter & Perry, 2006) dimana prinsip gerontologis untuk pengontrolan nyeri pada lansia terdapat kekhawatiran bahwa nyeri akan menyebabkan kelumpuhan dan ketergantungan yang besar, lansia berisiko besar mengalami situasi yang menyebabkan nyeri, terdapatnya potensial penurunan toleransi nyeri dengan adanya pengurangan kapasitas adaptif, perubahan fungsi pembuluh darah perifer, kulit dan transmisi impuls nyeri menyebabkan lansia berisiko tidak mampu merasakan nyeri (Ebersole dan Hess, 1994), merupakan hal yang tidak umum bahwa ketajaman gejala atau tingkat keparahan nyeri lebih rendah pada individu yang lebih tua daripada yang lebih muda, dan nyeri merupakan hal yang tidak normal seiring dengan penuaan, keberadaan nyeri memerlukan pengkajian dan penatalaksanaan yang agresif.

b. Mengidentifikasi rata-rata intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* pada lansia sesudah diberikan terapi masase punggung

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti kepada 12 responden, menunjukkan bahwa sesudah diberikan terapi masase punggung kemudian diobservasi intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* pada hari ke tujuh didapatkan hasil sebanyak 9 responden (75.0%) mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “sedang” dan sebanyak 3 responden (25.0%) mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “ringan”, dengan rata-rata intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* yang dialami responden adalah nyeri dengan intensitas nyeri kategori “sedang” ($m=4.00$).

Perubahan intensitas nyeri yang dirasakan responden, dari intensitas nyeri dengan kategori “berat” menjadi intensitas nyeri dengan kategori “sedang” disebabkan karena pemberian terapi masase punggung selama 7 hari berturut-turut memberikan hasil yang efektif dalam menurunkan rasa nyeri yang dirasakan oleh responden. Responden merasakan efek relaksasi yang menyenangkan sesudah diberikan terapi masase punggung selama $\pm 3-5$ menit setiap harinya. Sentuhan dan masase punggung yang diberikan oleh peneliti membuat responden merasa nyaman dan kemudian menganggap bahwa gosokan punggung tersebut sebagai media pengobatan untuk mengurangi nyeri yang sedang dirasakan, kemudian menimbulkan rasa rileks yang menyebabkan rasa nyeri yang dialami oleh responden tidak begitu dirasakan atau teralihkan. Semakin responden merasa nyaman dan senang dengan pemberian terapi masase punggung,

maka semakin berkurang pula persepsi nyeri yang dirasakan oleh responden.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Potter & Perry, 2006) dimana stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri. Masase, mandi air hangat, komores, menggunakan kantong es dan stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS) merupakan langkah-langkah sederhana dalam upaya menurunkan persepsi nyeri. Selain itu, sejalan pula dengan teori (Mok & Woo, 2014 dalam Tri Ayu Diah Andjani, 2016) dimana gosokan punggung yang efektif memerlukan waktu 3 sampai 5 menit selama 7 hari. Didukung pula dengan teori pengontrolan nyeri (*gate control*) menurut (Potter & Perry, 2006) dimana peneliti mengetahui bahwa tidak ada pusat nyeri tertentu di sistem saraf.

Teori *gate control* dari Melzack dan Wall (1965) mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau bahkan dapat dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Mekanisme pertahanan dapat ditemukan di sel-sel gelatinosa substansia di dalam kornu dorsalis pada medulla spinalis, talamus, dan sistem limbik (Clancy dan McVicar, 1992). Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar terapi menghilangkan nyeri. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan.

Neuron delta-A dan C melepaskan substansi P untuk mentransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat dalam melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan dan mengurangi persepsi nyeri, diyakini mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut. Serta sejalan dengan teori menurut Meek (1993) dalam Potter & Perry (2006) mengatakan bahwa sentuhan dan masase merupakan teknik yang dapat mempengaruhi aktivitas sistem saraf otonom. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, maka akan muncul respon relaksasi. Didukung pula dengan teori menurut (Potter & Perry, 2006) dimana alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, suatu pembunuh alami yang berasal dari tubuh.

2. Analisa Bivariat

Perbedaan intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* pada lansia sesudah diberikan terapi masase punggung

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa terdapat perbedaan perubahan intensitas nyeri pada hari pertama dan hari ke tujuh. Pada hari pertama responden yang mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “berat” sebanyak 10 responden dan yang mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “sedang” sebanyak 2 responden, sedangkan pada hari ke tujuh responden yang mengalami penurunan dari nyeri dengan intensitas nyeri kategori “berat” ke nyeri dengan intensitas nyeri kategori “sedang” sebanyak 9 responden dan yang mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “ringan” sebanyak 3 responden. Dapat diambil kesimpulan bahwa pada hari ke tujuh lebih banyak terjadi penurunan intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* dibandingkan pada saat hari pertama. Hal ini dikarenakan pada hari pertama responden belum diberikan terapi masase punggung sehingga rata-rata intensitas nyeri responden berada pada intensitas nyeri dengan kategori “berat” ($m=7.17$), sedangkan pada hari ke tujuh efeknya lebih efektif karena pemberian terapi masase punggung sudah diberikan sebanyak 7 kali dan sudah dilakukan pada hari-hari sebelumnya sehingga intensitas nyeri yang dialami responden menjadi nyeri dengan intensitas nyeri kategori “sedang” ($m=4.00$).

Hasil beda *mean* yang didapat dengan nilai 3.167 menunjukkan bahwa terdapat selisih atau penurunan yang signifikan dari rata-rata intensitas nyeri yang dirasakan responden sebelum dan sesudah diberikan terapi masase punggung. Dimana sebelum diberikan terapi masase punggung, seluruh responden mengeluh nyeri yang dirasa sangat mengganggu responden terutama dalam beraktivitas, dengan nilai rata-rata intensitas nyeri sebelum diberikan terapi masase punggung yaitu ($m=7.17$) yang termasuk dalam intensitas nyeri kategori “berat”. Ketika sesudah diberikan terapi masase punggung, seluruh responden merasa nyaman, rileks dan mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan mulai berkurang bahkan tidurnya pun semakin nyenyak. Hal ini didukung dengan rata-rata intensitas nyeri sesudah diberikan terapi masase punggung yaitu ($m=4.00$) yang termasuk dalam intensitas nyeri dengan kategori “sedang”, artinya keluhan nyeri yang dirasakan responden sebelum dan sesudah diberikan terapi masase punggung menunjukkan adanya perbedaan. Perbedaan tersebut disebabkan karena pemberian masase punggung yang teratur dengan variasi tekanan tangan yang dilakukan oleh peneliti melalui gosokan punggung dapat mengurangi nyeri yang dirasakan oleh responden melalui efek relaksasi. Masase punggung lebih berpengaruh karena membuat responden menjadi rileks, karena saat diberi pijatan atau usapan dengan minyak zaitun akan menimbulkan sensasi yang nyaman dan mengakibatkan peningkatan peredaran darah pada area yang diusap sehingga aktivitas sel meningkat dan akan mengurangi rasa nyeri yang dialami oleh responden.

Hal ini sesuai dengan teori dalam (Bulechek & Dochterman, 2006) bahwa masase punggung merupakan tindakan stimulasi kulit dan jaringan dibawahnya yang diberikan dengan variasi tekanan tangan untuk mengurangi nyeri dan memberikan relaksasi. Sejalan pula dengan teori menurut (Frits Gosana, 2013) dimana kondisi tersebut juga membuat penderitanya membatasi aktivitas fisik sehari-hari dan menjadi lebih tergantung pada bantuan orang lain sehingga

hidupnya menjadi tidak nyaman lagi. Sejalan dengan pendapat menurut (Kusyanti, 2006 dalam Komang Ayu Henny Achjar) dimana penggunaan lotion diharapkan memberikan sensasi hangat dan mengakibatkan vasodilatasi lokal sehingga meningkatkan peredaran darah pada area yang diusap sehingga aktivitas sel meningkat dan akan mengurangi rasa sakit.

Hal ini juga dibuktikan dalam penelitian terkait masase punggung yang dilakukan oleh (Komang Ayu Henny Achjar, tt) yang menyebutkan ada pengaruh pemberian terapi masase punggung terhadap intensitas nyeri sendi lansia. Berdasarkan hasil penelitian ini bahwa terapi masase punggung mampu menurunkan skala nyeri sendi lansia dilihat dari nilai skala nyeri. Hasil *pre test* menunjukkan 25% lansia dengan skala nyeri sedang dan hasil *post test* menunjukkan 53,1% lansia dengan skala nyeri ringan, artinya terjadi penurunan skala nyeri sendi pada lansia setelah diberikan terapi masase punggung.

Hal ini didukung pula dengan penelitian yang dilakukan oleh (Dessty Intan Permata Sari, 2016) yang menyebutkan tidak ada perbedaan efektivitas antara senam rematik dan terapi *back massage* dalam menurunkan nyeri *osteoarthritis*, tetapi secara persentase *back massage* atau masase punggung 11% lebih efektif atau lebih berpengaruh untuk mengurangi nyeri *osteoarthritis* pada lansia daripada senam rematik. Hasil *pre test* menunjukkan kelompok terapi *back massage* sebelum diberi terapi 78% mengalami nyeri intensitas sedang, hasil *post test* menunjukkan setelah diberikan terapi 78% mengalami nyeri intensitas ringan. Artinya ada pengaruh *back massage* terhadap penurunan nyeri *osteoarthritis* pada lansia.

Didukung pula dengan teori pengontrolan nyeri (*gate control*) menurut (Potter & Perry, 2006) dimana peneliti mengetahui bahwa tidak ada pusat nyeri tertentu di sistem saraf. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar terapi menghilangkan nyeri. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan.

Neuron delta-A dan C melepaskan substansi P untuk mentransmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat dalam melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan dan mengurangi persepsi nyeri, diyakini mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut. Serta sejalan dengan teori menurut Meek (1993) dalam Potter & Perry (2006) mengatakan bahwa sentuhan dan masase merupakan teknik yang dapat mempengaruhi aktivitas sistem saraf otonom. Apabila individu mempersepsikan sentuhan sebagai stimulus untuk rileks, maka akan muncul respon relaksasi. Didukung pula dengan teori menurut (Potter & Perry, 2006) dimana alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, suatu pembunuh alami yang berasal dari tubuh.

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dipaparkan sebelumnya mengenai pengaruh terapi masase punggung terhadap intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* pada lansia di PSTW Budhi Dharma Bekasi 2022, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil analisa data univariat, telah teridentifikasi rata-rata intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sebelum diberikan terapi masase punggung dari 12 responden (100%). Pada hari pertama responden yang mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “berat” sebanyak 10 responden (83.3%) dan yang mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “sedang” sebanyak 2 responden (16.7%), dengan rata-rata intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* yang dialami responden adalah nyeri dengan intensitas nyeri kategori “berat” ($m=7.17$).
2. Berdasarkan hasil analisa data univariat, telah teridentifikasi rata-rata intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* sesudah diberikan terapi masase punggung dari 12 responden (100%). Pada hari ke tujuh responden yang mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “sedang” sebanyak 9 responden (75.0%) dan yang mengalami nyeri dengan intensitas nyeri kategori “ringan” sebanyak 3 responden (25.0%), dengan rata-rata intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* yang dialami responden adalah nyeri dengan intensitas nyeri kategori “sedang” ($m=4.00$).
3. Diketahui dari hasil uji statistik, ada perbedaan antara sebelum dan sesudah pemberian terapi masase punggung terhadap intensitas nyeri *rheumatoid arthritis* pada lansia di PSTW Budhi Dharma Bekasi 2022 dibuktikan dengan data T hitung ($19.000 > T$ tabel (2.201), nilai signifikansi sebesar $0.000 < 0.05$ dan selisih *mean* antara data *pre test* dan *post test* sebesar 3.167.

B. Saran

1. Praktis

a. PSTW Budhi Dharma Bekasi

Disarankan bagi pengurus panti untuk mengadakan terapi masase punggung secara rutin dalam rangka meningkatkan kesehatan lansia, khususnya lansia yang mengalami nyeri *rheumatoid arthritis* (nyeri reumatik) di PSTW Budhi Dharma Bekasi 2022.

b. Kepada Para Lansia di PSTW Budhi Dharma Bekasi

Terapi masase punggung ini sangat bermanfaat untuk mengurangi nyeri *rheumatoid arthritis* (nyeri reumatik) jika dilakukan secara rutin yaitu selama 7 kali berturut-turut dalam 7 hari dimana lama pemberiannya selama 3 sampai 5 menit dan harus sesuai dengan standar operasional prosedur yang sudah diberikan peneliti kepada pihak pengurus panti.

c. Teoritis

a. Institusi Pendidikan dan Penelitian Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dan bahan bacaan mengenai nyeri *rheumatoid arthritis* dan terapi masase punggung dalam bidang keperawatan gerontik. Disarankan pula untuk institusi agar menambah lebih banyak lagi referensi atau sumber-sumber bacaan mengenai terapi masase punggung sebagai upaya dalam menurunkan intensitas nyeri.

b. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan dengan adanya penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi serta acuan untuk melakukan penelitian selanjutnya terkait penelitian tentang pengaruh terapi masase punggung dengan responden yang heterogen dan memperhatikan faktor lain selain nyeri *rheumatoid arthritis*, misalnya ansietas atau kelelahan pada lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, Komang Ayu Henny. tt. *Terapi Musik Dan Masase Punggung Terhadap Intensitas Nyeri Sendi Lansia*. Available www.poltekkes-denpasar.ac.id. Diakses Tanggal 8 Maret 2017. Pukul 13.00 WIB**
- Arifputera, Andy, dkk. 2014. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi IV*. Jakarta: Media Aesculapius
- Andjani, Tri Ayu Diah. 2016. *Skripsi Perbedaan Pengaruh Masase Punggung Dan Slow Stroke Back Massage (SSBM) Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Di UPT PSLU Jember*. Available <http://repository.unej.ac.id/handle/123456789/76225>. Diakses Tanggal 7 Maret 2017. Pukul 16.00 WIB
- Bulechek, Gloria & Joanne McCloskey Dochterman. 2006. *NANDA, NOC and NIC: Linkages Nursing Diagnosis, Outcomes, & Interventions 2 Edition*. USA Of America: Mosby, Inc
- Dharma, Kelana Kusuma. 2015. *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Edisi Revisi, Jakarta: CV Trans Info Media
- Gosana, Frits. 2013. *PANDUAN TERAPI LATIHAN FISIK penyakit REMATIK*. Jakarta: PT PUSTAKA SINAR HARAPAN
- Hidayat, Aziz Alimul. 2007. *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Jayanti, I Gusti Putri. tt. *Demografi Populasi Penduduk Lanjut Usia Di Dunia Dan Indonesia*. Available <https://www.slideshare.net/gustiputrijayanti/prevalensi-lansia-di-dunia-dan-indonesia>. Diakses Tanggal 11 Maret 2017. Pukul 21.00 WIB
- LeMone, Priscilla, et.al. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi Kelima, Volume Pertama, Jakarta: PENERBIT BUKU KEDOKTERAN EGC
- Mardiono, Sasono. 2012. *Pengaruh Terapi Range Of Motion (ROM) Dalam Menurunkan Skala Nyeri Penyakit rtritis Rheumatoid Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Warga Tama Indralaya*. Jurnal Harapan Bangsa 1 (1) Available [bpm.Binahusada.org/...](http://bpm.Binahusada.org/). Diakses Tanggal 10 Maret 2017. Pukul 13.10 WIB
- Masriadi. 2016. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. DKI Jakarta: CV. TRANS INFO MEDIA
- Muhith, Abdul & Sandu Siyoto. 2016. *Pendidikan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: CV ANDI OFFSET
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineke Cipta
- Padila. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Nuha medika
- Potter, Patricia A & Anne Griffin Perry. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik (Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice)*. Edisi Keempat, Volume Kedua, Jakarta: PENERBIT BUKU KEDOKTERAN EGC
- Risikesdas. 2013. *Riset Kesehatan Dasar. 2013*. Available from: <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%202013.pdf>. Diakses tanggal 7 Maret 2017. Pukul 16.30 WIB
- Sari, Desty Intan Permata. 2016. *Efektivitas Senam Rematik Dan Terapi Back Massage Terhadap Penurunan Nyeri Osteoarthritis Pada Lanjut Usia Di Panti Werdha Dharma Bakti Surakarta*. Available digilib.stikeskusumahusada.ac.id. Diakses tanggal 10 Maret 2017. Pukul 13.05 WIB

- Stanley, Mickey & Patricia Gauntlett Beare. 2007. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik (Gerontological Nursing: A Health Promotion/Protection Approach)*. Edisi Kedua, Jakarta: PENERBIT BUKU KEDOKTERAN EGC
- Sunaryo, dkk. 2016. *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Edisi Pertama, Yogyakarta: CV. ANDI OFFSET
- Wibowo, Adik. 2014. *Metodologi Penelitian PRAKTIS: Bidang Kesehatan*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada

LAMPIRAN

Lampiran Surat Pernyataan Ketua Peneliti

SURAT PERNYATAAN KETUA PENGUSUL

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Ani Anggriani, S.,Kep..Ners,M.Kep
NIDN : 0321108001
Jabatan Fungsional : Asisten Akademik (AA)

Dengan ini menyatakan bahwa proposal saya yang berjudul

“ Hubungan terapi masase punggung terhadap intensitas nyeri rheumatoid athritis pada lansia di Pstw budhi dharma Bekasi 2022”

Yang diusulkan dalam skema Penelitian Dosen untuk tahun anggaran 2022

Bersifat Orisinal dan Belum Pernah Dibiayai oleh Lembaga/Sumber Dana Lain.

Bilamana di kemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan dan hukum yang berlaku serta mengembalikan seluruh biaya penelitian yang saya sudah diterima ke STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dengan sebenar-benarnya.

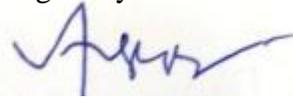
Bekasi, 31 Agustus 2022

Ka. UPPM STIKes MI



Rotua Suriany S.M.Kes
NIDN. 0315018401

Yang menyatakan



(Ani Anggriani, S.,Kep..Ners,M.Kep)
NIDN. 0321108001

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MASASE PUNGGUNG

NO	KOMPONEN	PROSEDUR
1.	PENGERTIAN	Masase punggung merupakan tindakan stimulasi kulit dan jaringan dibawahnya dengan variasi tekanan tangan untuk mengurangi nyeri, memberikan relaksasi dan meningkatkan sirkulasi.
2.	MANFAAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan ketegangan otot 2. Meningkatkan sirkulasi darah 3. Menurunkan tekanan darah 4. Menurunkan nyeri 5. Meningkatkan relaksasi
3.	DURASI	3 sampai 5 menit selama 7 hari
4.	INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien yang mengalami nyeri atau ketidaknyamanan 2. Klien yang mengalami ansietas 3. Klien dengan keluhan kekakuan dan ketegangan otot 4. Klien dengan kesulitan tidur
5.	KONTRAINDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fraktur tulang rusuk atau vertebra 2. Terdapat luka bakar 3. Daerah kemerahan pada kulit 4. Luka terbuka pada daerah punggung
6.	PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selimut mandi 2. Handuk mandi 3. Aplikasi kulit (lotion, minyak zaitun, bedak)
7.	PERSIAPAN LINGKUNGAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan tempat Atur tempat tidur pada posisi yang nyaman 2. Persiapan ruangan <ol style="list-style-type: none"> a. Atur cahaya: Terang b. Atur suhu: tidak terlalu panas dan tidak terlalu dingin c. Atur suara didalam ruangan: tidak bising dan tenang d. Menentukan ruangan untuk tindakan: dikamar klien
8.	PERSIAPAN PERAWAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci tangan 2. Menjaga privasi klien 3. Mengkaji kondisi klien
9.	PERSIAPAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapan posisi klien <ol style="list-style-type: none"> a. Posisi telungkup (pronasi) atau posisi miring (sims) b. Mengkaji kondisi kulit (ada atau tidaknya kondisi fraktur tulang rusuk atau vertebra, luka bakar, daerah kemerahan pada kulit, atau luka terbuka) c. Mengkaji skala nyeri klien
10.	CARA KERJA	<p>PRE ORIENTASI Melakukan persiapan alat, persiapan lingkungan, persiapan perawat dan persiapan pasien.</p> <p>ORIENTASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam terapeutik 2. Memperkenalkan diri 3. Melakukan kontrak (waktu, tempat dan tujuan) 4. Menjelaskan tujuan dan langkah-langkah tindakan 5. Memberikan kesempatan responden untuk bertanya atau menyampaikan sesuatu <p>TAHAP KERJA</p>

1. Buka punggung klien, bahu, lengan atas dan bokong.
2. Tutup sisanya dengan selimut mandi. Letakkan handuk memanjang sepanjang punggung klien.
3. Jelaskan pada klien bahwa lotion akan terasa dingin dan basah.

4. Letakkan tangan pertama-tama pada bokong.



5. Masase dalam gerakan melingkar. Usapkan ke atas dari bokong ke bahu.



6. Masase diatas skapula dengan gerakan lembut dan tegas.



7. Lanjutkan dalam satu usapan lembut ke lengan atas kiri dan kanan.



8. Dan usapan secara lateral sepanjang sisi punggung dan kembali ke bawah puncak iliaka. Jangan biarkan tangan anda terangkat dari kulit klien. Lanjutkan pola masase selama 3 menit.



9. Remas kulit dengan mengambil jaringan diantara ibu jari dan jari tangan anda. Remas ke atas sepanjang satu sisi spina dari bokong ke bahu dan sekitar bawah leher. Remas atau usap kebawah kearah sakrum. Ulangi sepanjang sisi punggung yang lain (bagian kiri dan kanan punggung).



10. Akhiri masase dengan gerakan memanjang dan beritahu klien bahwa perawat mengakhiri masase.



11. Jika berbaring miring, minta klien untuk berputar ke sisi lain, dan masase bagian yang lain.
12. Bersihkan kelebihan dari lubrikan dari bokong klien dengan handuk mandi.
13. Ikat kembali gaun atau bantu memakai piyama.
14. Bantu klien ke posisi yang nyaman. Naikkan penghalang samping tempat tidur jika diperlukan dan buka tirai. Turunkan tempat tidur.
15. Buang handuk yang kotor dan cuci tangan.

TAHAP TERMINASI

1. Mengevaluasi kenyamanan klien setelah diberikan tindakan masase punggung
2. Melakukan kontrak waktu dan tempat untuk terapi selanjutnya
3. Berpamitan dan memberikan salam terapeutik

EVALUASI

1. Tanya klien tentang kenyamanan.
2. Catat setiap daerah atau otot yang nyeri atau tegang.
3. Catat respons terhadap masase dan kondisi kulit serta kaji kembali tingkat nyeri klien.

(Sumber: Potter & Perry (2006) dan Mok and Woo (2014) dalam Tri Ayu Diah Andjani (2016))

Frequency Table

Sebelum

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sedang	2	16,7	16,7	16,7
	Berat	10	83,3	83,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Sesudah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ringan	3	25,0	25,0	25,0
	Sedang	9	75,0	75,0	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

2. Hasil Uji Normalitas

NPar Tests

Notes

Output Created		17-Jul-2017 08:36:24
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	12
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each test are based on all cases with valid data for the variable(s) used in that test.
Syntax		NPAR TESTS /K-S(NORMAL)=Sebelum Sesudah /MISSING ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00 00:00:00,016
	Elapsed Time	00 00:00:00,048
	Number of Cases Allowed ^a	157286

a. Based on availability of workspace memory.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Sebelum	Sesudah
N		12	12
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	7,17	4,00
	Std. Deviation	,718	,739
Most Extreme Differences	Absolute	,258	,250
	Positive	,258	,250
	Negative	-,242	-,250
Kolmogorov-Smirnov Z		,895	,866
Asymp. Sig. (2-tailed)		,399	,441

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

3. Uji Paired Sample T-Test

T-Test

Notes

Output Created		17-Jul-2017 08:51:18
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	12
Missing Value Handling	Definition of Missing	User defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics for each analysis are based on the cases with no missing or out-of-range data for any variable in the analysis.
Syntax		T-TEST PAIRS=Sebelum WITH Sesudah (PAIRED) /CRITERIA=CI(.9500) /MISSING=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00 00:00:00,016
	Elapsed Time	00 00:00:00,010

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Sebelum	7,17	12	,718	,207
	Sesudah	4,00	12	,739	,213

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Sebelum & Sesudah	12	,686	,014

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	Sebelum - 1 Sesudah	3,167	,577	,167	2,800	3,533	19,000	11	,000

MASTER DATA

No	Nama	Usia	Jenis Kelamin	Tanggal dan Waktu Terapi Masase Punggung														Keterangan
				29-Mei-17		30-Mei-17		31-Mei-17		02-Jun-17		05-Jun-17		06-Jun-17		07-Jun-17		
				Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
1	Ny. M	71 th	P	8	8	8	7	8	6	7	6	7	5	6	4	6	5	Turun
2	Ny.F	70 th	P	6	9	9	8	8	7	7	7	7	6	6	5	5	4	Turun
3	Ny.K	70 th	P	7	7	7	6	6	6	6	5	6	3	6	4	5	4	Turun
4	Ny.S	67 th	P	7	6	6	5	5	4	5	3	5	3	5	4	4	3	Turun
5	Ny.R	70 th	P	8	6	6	6	6	5	6	4	6	6	6	5	5	4	Turun
6	Ny.R	73 th	P	7	6	6	5	6	4	6	3	6	5	5	4	5	4	Turun
7	Ny.S	76 th	P	6	6	6	4	6	5	6	4	5	4	5	4	4	3	Turun
8	Ny.N	74 th	P	7	7	6	5	6	5	6	4	5	4	5	5	5	4	Turun
9	Ny.R	72 th	P	7	8	7	6	5	4	5	4	4	3	4	4	6	4	Turun
10	Ny.H	76 th	P	8	7	7	6	7	5	7	6	6	6	7	4	6	5	Turun
11	Ny.K	78 th	P	7	7	6	5	5	3	5	3	4	2	4	3	4	3	Turun
12	Ny.F	65 th	P	8	6	6	5	5	5	6	4	5	4	5	4	6	5	Turun

DOKUMENTASI PENELITIAN

