

LAPORAN PENELITIAN DOSEN



PERAN KELUARGA DENGAN KEPATUHAN MINUM OBAT PADA PENDERITA TUBERKULOSIS (TBC) DI KELURAHAN SEPANJANG JAYA BEKASI

TIM PENGUSUL

Ketua

Arabta M Peraten Pelawi, S.Kep., Ns., M.Kep (NIDN: 0301096505)

Anggota

Ani Anggriani, S.Kep., Ns., M.Kep

(NIDN: 0318126703)

Yoga Pratama

(NPM: 171560111083)

Yulia Rahman Mahmud

(NPM: 171560111084)

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI
2020**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : Peran Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Tuberkulosis (Tbc) Di Kelurahan Sepanjang Jaya Bekasi

Ketua Peneliti

a. Nama Lengkap : Arabta M Peraten Pelawi, S,Kep., Ns., M.Kep
b. NIDN : 0301096505
c. Jabatan Fungsional : Asisten Akademik (AA)
d. Program Studi : Ilmu Keperawatan
e. Nomor HP : 081387308944
f. Alamat surel (e-mail) : arabtapelawi65@gmail.com

Anggota Peneliti (1)

a. Nama Lengkap : Ani Anggriani, S.,Kep.,Ners.M.Kep
b. NIDN : 0318126703
c. Program Studi : Ilmu Keperawatan

Lama Penelitian Keseluruhan : 1 Tahun

Biaya Penelitian Diusulkan : Rp. 9.400.000

Jumlah Mahasiswa yang Terlibat : 2 Orang

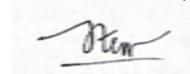
Bekasi, 30 Juli 2020

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



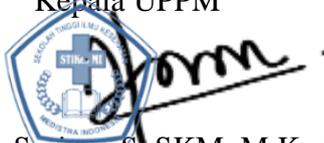
(Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep)
NIDN : 0316028302

Ketua Peneliti,



Arabta M P Pelawi, S,Kep., Ners., M.Kep
NIDN 0301096505

Menyetujui,
Kepala UPPM



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

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR SKEMA	v
RINGKASAN	6
BAB I PENDAHULUAN	7
A. Latar Belakang	7
C. Luaran.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Konsep Lansia	9
1. Pengertian Lansia.....	9
2. Proses Menua.....	9
3. Penuaan Normal.....	9
4. Batasan-batasan Lanjut Usia.....	9
5. Perubahan-perubahan Yang Terjadi Pada Lansia.....	10
6. Tugas Perkembangan Lansia	10
B. Rheumatoid Arthritis.....	10
1. Pengertian Rheumatoid Arthritis	10
2. Etiologi Rheumatoid Arthritis	11
3. Kriteria Diagnostik Rheumatoid Arthritis	11
4. Manifestasi Klinis Rheumatoid Arthritis.....	11
5. Patofisiologi Rheumatoid Arthritis.....	11
6. Penatalaksanaan Rheumatoid Arthritis.....	12
7. Pencegahan Rheumatoid Arthritis	12
8. Karakteristik Nyeri <i>Arthritis</i>	12
C. Konsep Nyeri.....	13
1. Pengertian Nyeri	13
2. Klasifikasi Nyeri	13
3. Mekanisme Neurofisiologik Nyeri	14
6. Prinsip Gerontologis Untuk Pengontrolan Nyeri.....	14
7. Tingkat Skala Nyeri	15
8. Penatalaksanaan Nyeri	15
D. Konsep Masase Punggung.....	16
1. Pengertian Masase Punggung	16
3. Indikasi Masase Punggung	18

4. Kontraindikasi Terapi Masase Punggung	19
G. Hipotesis	20
BAB III METODE PENELITIAN	22
A. Lokasi Penelitian	22
B. Populasi dan Sampel	22
C. Teknik Pengumpulan Data	22
D. Metode Analisis Data	23
BAB IV BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN.....	25
A. Anggaran Biaya.....	25
B. Jadwal Penelitian.....	25
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	26
A. Hasil	26
Hasil	26
Pembahasan	30
Simpulan.....	33
Saran.....	33
LAMPIRAN	v
Lampiran Surat Pernyataan Ketua Peneliti	v

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian-----	Error! Bookmark not defined.
Tabel 4. 1 Anggaran Biaya Penelitian yang Diajukan	25
Tabel 4. 2 Jadwal Kegiatan	25
Tabel 5. 1 Hasil Penelitian Univariat Sebelum dilakukan Terapi	Error! Bookmark not defined.
Tabel 5. 2 Hasil Penelitian Univariat Sesudah dilakukan Terapi.....	Error! Bookmark not defined.
Tabel 5. 3 Hasil Penelitian Bivariat	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR SKEMA

Skema 2. 1 Numerical Rating Scale (NRS) atau Skala Intensitas nyeri numerik 0-10.....	15
Skema 2. 2 Kerangka Teori Penelitian.....	19
Skema 2. 3 Skema Kerangka Konsep	20

RINGKASAN

Tuberculosis merupakan penyakit paru menular yang cukup besar angka kejadiannya di dunia, tahun 2010 terdapat 8,8 juta kasus baru¹ , termasuk Indonesia setiap tahun bertambah 450 ribu kasus baru⁹ . Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan peran keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien Tuberculosis di Puskesmas Jakarta Selatan. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelatif yaitu untuk mendiskripsikan (memaparkan) masing-masing variabel dan mengkaji hubungan antar variabel. Analisis statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat untuk melihat distribusi frekuensi variabel penelitian dan analisis bivariat untuk menguji hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen, menggunakan uji statistic Chi- square. Hasil penelitian didapatkan adanya hasil yang baik dalam kepatuhan minum obat pasien (91,2%), sekalipun faktor – faktor yang mempengaruhi tidak menunjukkan hubungan yang cukup signifikan ($p > 0.05$). Peneliti merekomendasikan tenaga kesehatan khususnya perawat perlu melakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman keluarga dalam perawatan dan pengobatan pada pasien dengan tuberkulosis.

Kata Kunci : Kepatuhan, Peran keluarga, Tuberkulosis.

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuberculosis (TBC atau TB) merupakan infeksi jaringan paru-paru disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang sering disebut sebagai bakteri pembunuh masal. Bakteri ini ditularkan bersama udara inspirasi, kemudian merusak jaringan paru-paru sehingga paru-paru menjadi berongga dan terbentuk jaringan ikat di paru-paru⁸. Penyakit Tuberculosis (TB) ini, masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. WHO memperkirakan bakteri ini membunuh sekitar 2 juta jiwa setiap tahun. Jika dihitung, pertambahan jumlah pasien TB akan bertambah sekitar 2,8-5,6 juta setiap tahun, dan 1,1-2,2 juta jiwa meninggal setiap tahun karena Tuberculosis⁴. Indonesia tercatat menduduki peringkat ke-3 tertinggi dunia, setelah Cina dan India dengan jumlah pasien sekitar 10 % dari total jumlah pasien TB di dunia. Insiden kasus Basil Tahan Asam (BTA) positif (menular) tahun 2005 diperkirakan 107 kasus baru/100.000 penduduk (246.000 kasus baru setiap tahun) dan prevalensi 597.000 kasus dalam semua kasus. Penanggulangan TB paru merupakan suatu gerakan yang bukan saja menjadi tanggung jawab pemerintah, swasta namun juga masyarakat. Berdasarkan Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberculosis di Indonesia, WHO menargetkan angka kesembuhan yang harus dicapai adalah >85% dengan merekomendasikan Directly Observed Treatment Shortcourse (DOTS) sejak tahun 1991 dan baru ditetapkan di Indonesia tahun 1995.

DOTS adalah strategi yang paling efektif untuk menangani pasien TB saat ini, dengan angka kesembuhan 87% pada tahun 1995-1998 dan 89,7% pada tahun 2007 melebihi angka target WHO⁴. DOTS bertujuan untuk menjamin dan mencegah resistensi, keteraturan pengobatan dan mencegah drop out pasien TB dengan cara melakukan pengawasan dan pengendalian serta pengobatan pasien Tuberculosis. Target program penanggulangan TB adalah tercapainya penemuan pasien baru TB dengan BTA positif paling sedikit 70% dari perkiraan dan menyembuhkan 85% dari semua pasien tersebut serta mempertahankannya. Kenyataan mengenai penyakit TB di Indonesia begitu mengkhawatirkan, sehingga harus selalu diwaspadai sejak dini dan mendapatkan informasi lengkap tentang penyakit TB. Apabila hal ini tidak mendapat perhatian dan penanganan yang tepat, cepat, segera dan insentif, maka prevalensi penyakit ini akan terus meningkat serta resiko penularan pun semakin tinggi. Penyakit TB paru menyerang sebagian besar kelompok yang berusia produktif, dan kebanyakan berasal dari kelompok sosial dengan ekonomi yang rendah. Hal ini disebabkan oleh pengetahuan yang rendah tentang penyakit dan kurang memahami cara merawat pasien TB paru secara baik, serta kemampuan ekonomi yang terbatas. Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah untuk mengurangi virulensi dan menekan jumlah pasien Tuberculosis, di antaranya dengan dicanangkannya Gerakan Terpadu Nasional (Gardunas TB) oleh Menkes RI pada tanggal 24 Maret 1999. Pemerintah melalui Program Nasional Pengendalian TB telah melakukan berbagai upaya untuk menanggulangi TB, yakni dengan strategi DOTS. WHO merekomendasikan 5 komponen strategi DOTS, antara lain dengan Pengawas Minum Obat (PMO). Pelaksanaan strategi DOTS sudah dilaksanakan tetapi sampai saat ini jumlah pasien tuberculosis di Indonesia masih tinggi. Perlu dilakukan suatu modifikasi strategi untuk meningkatkan keteraturan minum obat bagi pasien TB dimana orang yang mengawasi dikenal dengan istilah PMO (Pengawas Minum Obat) sebaiknya orang yang dekat dengan pasien TB salah satunya keluarga. Hal ini karena PMO

bertanggung jawab untuk memastikan pasien TB meminum obat sesuai anjuran petugas Puskesmas/UPK (Unit Pelayanan Kesehatan). Disamping itu, pasien TB mungkin saja merasa malu atau kesakitan karena mengidap TB, maka peran keluarga baik sebagai suami/istri atau anak dapat menjadi sahabat yang siap mendengarkan keluhan pasien dan dapat membuat pasien TB dapat merasa nyaman. Tahun 2013, Kebijakan Kemenkes dalam upaya pencapaian MDG-6 Tuberkulosis (TB) ditujukan pada peningkatan cakupan DOTS, peningkatan kapasitas dan kualitas penanganan TB, penguatan kebijakan dan peraturan dalam pengendalian TB, penguatan sistem informasi serta sistem monitoring dan evaluasi terkait TB, dan mobilisasi alokasi sumber daya secara tepat. Untuk mendukung kebijakan tersebut diperlukan data tentang PMO beserta karakteristiknya agar melalui data yang diperoleh dapat ditingkatkan upaya mencapai keefektifan kebijakan tersebut. Berdasarkan permasalahan di atas, peneliti ingin mengkaji hubungan peran keluarga, seperti ikatan keluarga PMO, tingkat pendidikan PMO, usia, motivasi serta sikap keluarga PMO dengan kepatuhan minum obat pada pasien Tuberculosis paru di Puskesmas Kecamatan Jagakarsa, Jakarta Selatan. Adapun pertanyaan masalah pada penelitian ini adalah Bagaimana hubungan Peran Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Tuberculosis di Kelurahan Sepanjang Jaya Bekasi.

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah hubungan Peran Keluarga dengan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Tuberculosis di Kelurahan Sepanjang Jaya Bekasi

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui gambaran peran keluarga Pasien Tuberculosis di Kelurahan Sepanjang Jaya Bekasi
- b. Mengetahui gambaran kepatuhan minum obat pada Pasien Tuberculosis di Kelurahan Sepanjang Jaya Bekasi

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 mencakup 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 beragam 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.

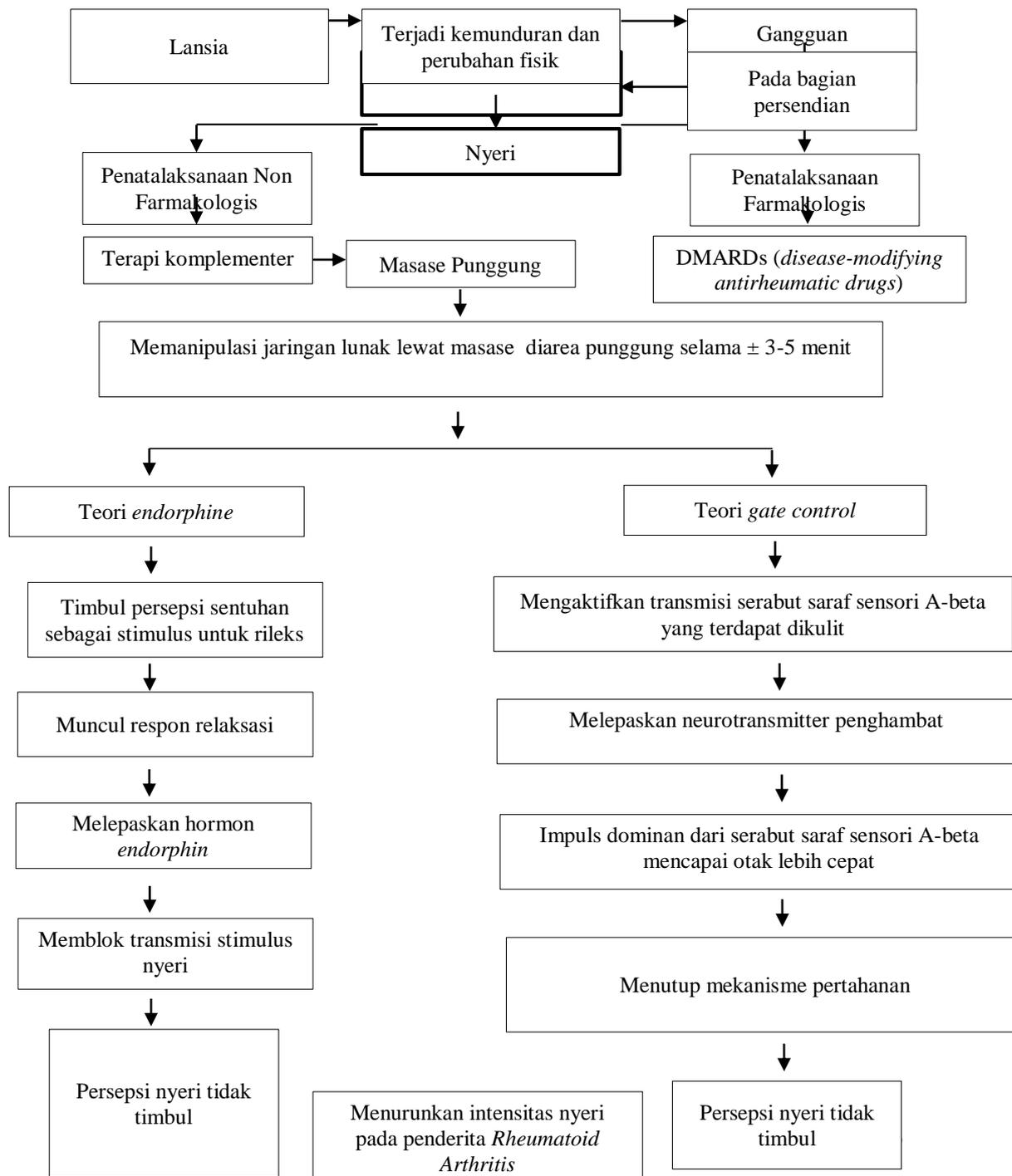
4. Kontraindikasi Terapi Masase Punggung

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



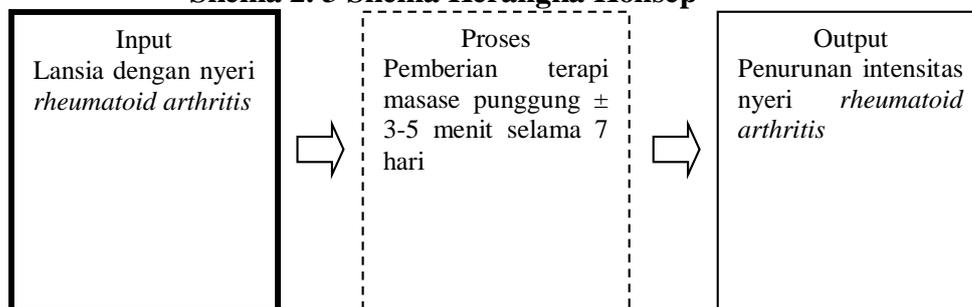


Sumber: Abdul Muhith dan Sandu Siyoto (2016), Masriadi (2016), Potter & Perry (2006), Meek (1993) dalam Potter & Perry (2006) dan Priscilla LeMone, et.al (2016)

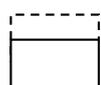
F. Kerangka Konsep

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



: 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

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelatif yang dilakukan dengan pendekatan korelasi (hubungan) dengan rancangan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien Tuberculosis di wilayah kerja Puskesmas Jagakarsa. Sampel penelitian adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi berjumlah 34 orang, dengan kriteria Inklusi meliputi keluarga pasien tuberculosis dan bersedia menjadi responden. Pengambilan sampel menggunakan cara simple random sampling (SRS), yaitu diambil secara acak dari jumlah populasi penderita Tuberculosis di Puskesmas Kecamatan Jagakarsa, Jakarta Selatan. Petugas pengumpul data dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri dengan menggunakan kuesioner.

A. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan Sepanjang Jaya.

B. 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 34 responden di Kelurahan Sepanjang Jaya.

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).

C. 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).

D. 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. Hasil

Hasil

1. Analisis Univariat

a. Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden (N=34)

Variabel	N	%
Usia		
Remaja (<=25 tahun)	7	20.6
Dewasa (26 – 45 tahun)	14	41.2
Lansia (>= 46 tahun)	13	38.2
Jenis Kelamin		
Laki-laki	8	23.5
Perempuan	26	76.5
Tingkat Pendidikan		
SD	10	29.4
SLTP	6	17.6
SLTA	13	38.2
Diploma	3	8.8
Perguruan Tinggi	2	5.9
Pekerjaan		
Bekerja	15	44.1
Tidak Bekerja	19	55.9
Pengetahuan		
Baik	10	29.4
Kurang Baik	24	70.6
Motivasi		
Baik	18	52.9
Kurang Baik	16	47.1
Sikap		
Baik	20	58.8
Kurang baik	14	41.2

Tabel 1 menunjukkan bahwa paling banyak responden dewasa (41,2%), lebih besar jumlah perempuan dari laki2 (76,5%), lebih banyak berpendidikan SMU (38,2%), lebih banyak berstatus tidak bekerja (55,9%), lebih banyak

yang memiliki pengetahuan kurang baik (70,6%), tetapi lebih banyak yang memiliki motivasi baik (52,9%), dan sikap baik tentang terapi TB (58,8 %).

b. Diagram 1.

Distribusi Frekuensi Kepatuhan responden (N=34)

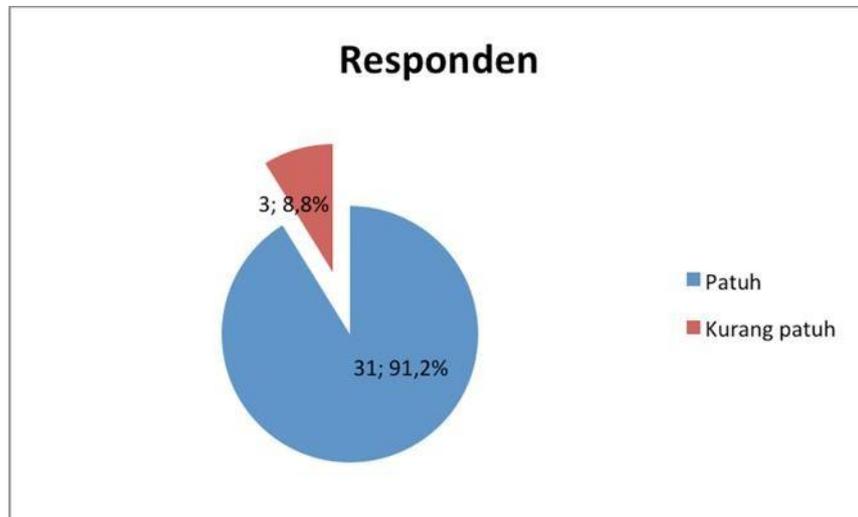


Diagram 1 diatas menunjukkan bahwa jumlah responden yang patuh ada sebanyak 31 orang

(91,2%), sedangkan yang kurang patuh ada sebanyak 3 orang (8,8%)

Diagram 2. Hubungan Usia dengan Kepatuhan (N=34)

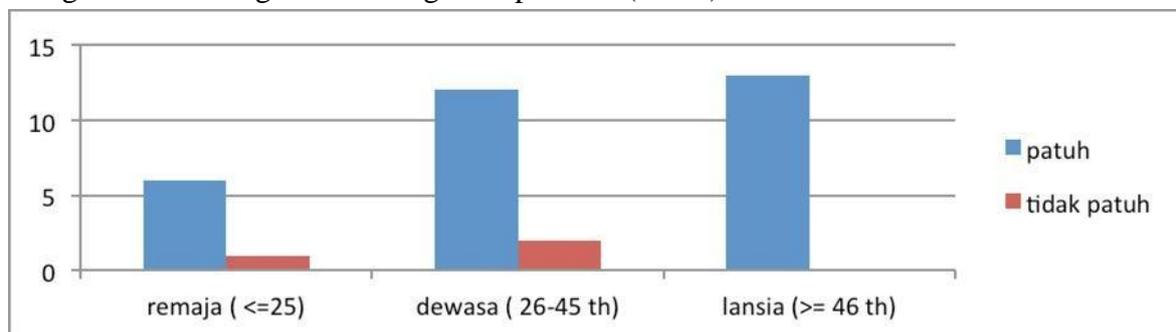


Diagram 2 di atas memperlihatkan bahwa dari 7 responden yang berusia remaja (<= 25 tahun), 6 responden (85.7%) menyatakan patuh dan hanya 1 responden (14.3%) yang menyatakan kurang patuh. Empat belas responden dewasa (26 – 45 tahun), 12 responden (85.7%) diantaranya menyatakan patuh dan hanya dua responden (14.3%) yang menyatakan kurang patuh. Sedangkan dari 13 responden Lansia (>=46 tahun), semuanya (100%) menyatakan patuh. Namun analisis signifikansi menunjukkan p value = 0,361 (\square 0.05), yang berarti tidak ada hubungan usia dengan kepatuhan minum obat.

Diagram 3. Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan (N=34)

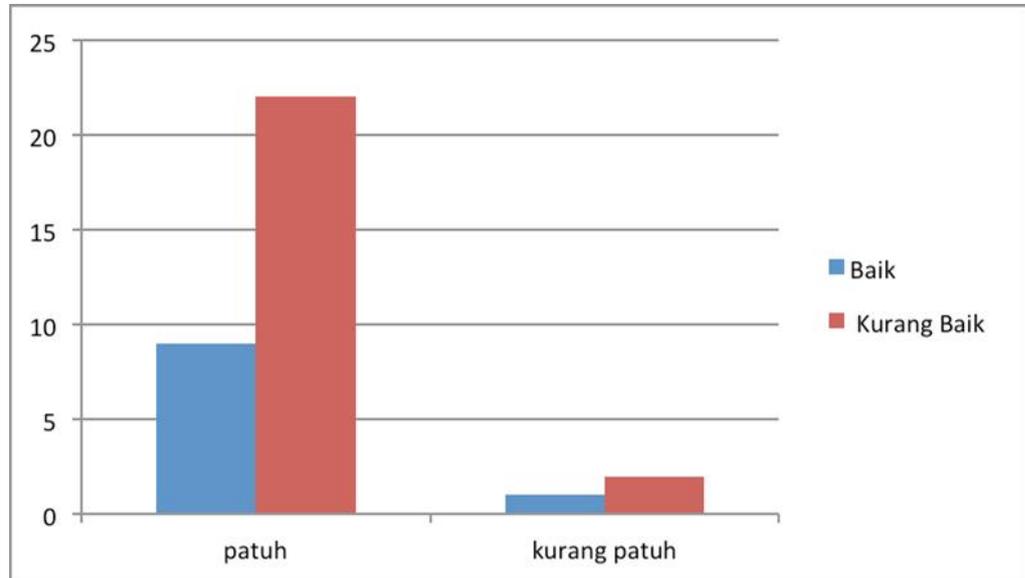


Diagram 3 di atas memperlihatkan bahwa dari 10 responden yang memiliki pengetahuan cukup baik, ada 9 responden (90.0%) yang menyatakan patuh, dan dari 24 responden yang memiliki pengetahuan kurang baik, 22 responden (91.2%) menyatakan patuh, namun p value 0.876 (≥ 0.05) menunjukkan tidak ada hubungan pengetahuan tentang TB dengan kepatuhan minum obat.

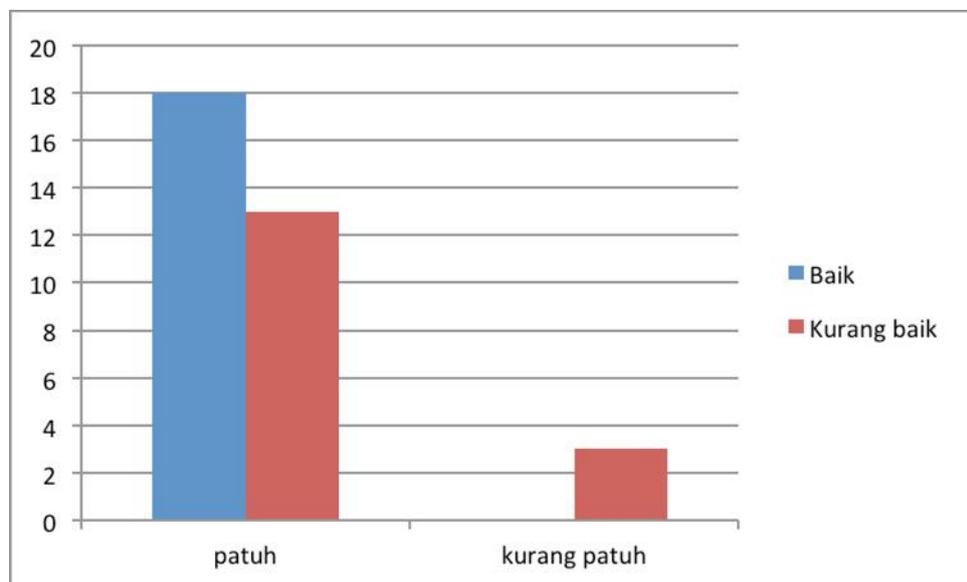


Diagram 4 : Hubungan Motivasi dengan Kepatuhan (N=34)

Diagram 4 di atas menunjukkan bahwa dari 18 responden yang memiliki motivasi baik, semua responden (100%) menyatakan patuh dan dari 16 responden yang memiliki motivasi kurang baik, 13 responden (81.3%) diantaranya menyatakan patuh, namun analisis Chi Square menunjukkan p value 0.054 (\square 0.05) yang berarti tidak ada hubungan antara motivasi dan kepatuhan minum obat.

Diagram 5. Hubungan Pendidikan dengan Kepatuhan (N=34)

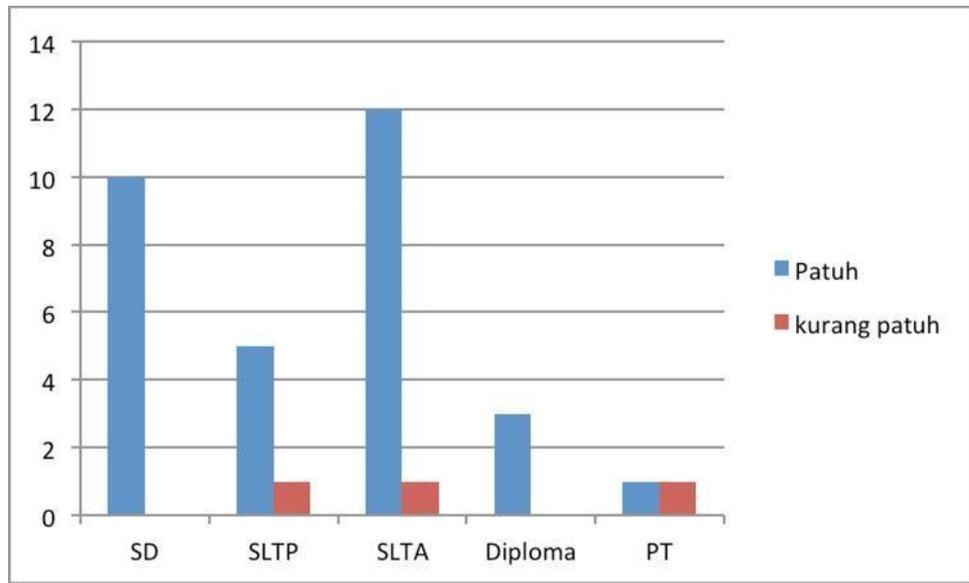


Diagram 5 di atas memperlihatkan bahwa dari 10 responden yang berpendidikan SD dan 3 responden yang berpendidikan Diploma, semuanya (100%) menyatakan patuh. Demikian pula 6 responden yang berpendidikan SLTP, 13 responden yang berpendidikan SLTA, dan 2 responden yang berpendidikan PT, hampir semuanya menyatakan patuh dan hanya satu responden yang menyatakan kurang patuh. Uji Chi square menunjukkan p value = 0,203 (\square 0.05), yang berarti tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kepatuhan minum obat

Diagram 6. Hubungan Sikap dengan Kepatuhan (N=34)

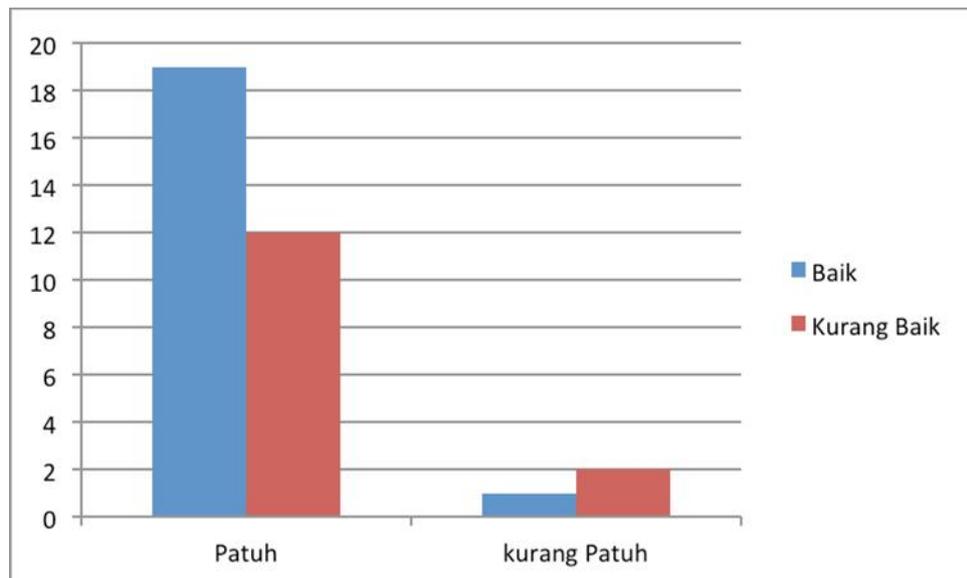


Diagram 6 di atas menunjukkan bahwa dari 20 responden yang memiliki sikap cukup baik, hanya 1 responden (5.0%) yang kurang patuh. Selain itu, dari 20 responden yang memiliki sikap kurang baik, 12 responden (85.7%) menyatakan patuh dan hanya 2 responden (14.3%) yang menyatakan kurang patuh. Uji Chi square menunjukkan p value = 0,347 ($>$ 0.05), yang berarti tidak ada hubungan antara sikap dengan kepatuhan minum obat.

Pembahasan

Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi hubungan antara peran keluarga terhadap kepatuhan minum obat pada pasien *tuberculosis*. Hasil penelitian melibatkan 34 responden pasien tuberkulosis, di wilayah binaan puskesmas Jagakarsa September-Nopember 2013, menunjukkan bahwa proporsi responden pasien tuberkulosis yang mengalami kepatuhan minum obat sangat tinggi (91,2%). Faktor yang mempengaruhi kepatuhan antara lain: pendidikan, usia, dukungan keluarga, motivasi dan sikap⁷.

Usia menggambarkan tingkat kematangan dan kekuatan seseorang dalam menentukan pilihan. Usia dewasa akan lebih matang dalam berpikir dan memberikan suatu keputusan. Semakin dewasa seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur melakukan pengobatan⁸. Berdasarkan penelitian ini usia responden berkisar usia dewasa (41,2%) dan lanjut usia (38,2%), hasil analisis usia tidak memperlihatkan hubungan yang kuat terhadap kepatuhan minum obat pasien dengan p value $>$ 0,05. Dalam hal ini faktor usia bukanlah menjadi faktor penentu terhadap kepatuhan minum obat. Perlu dilihat faktor lainnya seperti jarak fasilitas pelayanan dengan tempat tinggal responden. Hasil penelitian ini agak berbeda dengan penelitian sebelumnya²⁰, mungkin karena penelitian ini dilakukan di masyarakat yang berbeda keadaannya dengan penelitian yang dilakukan di rumah sakit.

Pendidikan adalah pendidikan yang telah dijalani oleh seseorang sampai pendidikan terakhir. Pendidikan yang tinggi dapat mengembangkan potensi diri

seseorang untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan Negara².

Pengetahuan merupakan hasil eksplorasi dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu¹². Berdasarkan pengalaman empiris dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan

¹². Pengetahuan seseorang semakin tinggi biasanya diikuti oleh pendidikan yang tinggi, dan kondisi ini dapat meningkatkan kepatuhan seseorang untuk memutuskan pengobatan / terapi bagi dirinya. Hasil penelitian menunjukkan proporsi pendidikan responden yang terbanyak adalah pendidikan SLTA (38,2%) dan SD (29,4%) (pendidikan menengah dan rendah) Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kepatuhan minum obat, karena hampir semua responden menggambarkan patuh minum obat. Sementara dari hasil penelitian proporsi pengetahuan menunjukkan baik (29,4%), dan kurang baik (70,6%), ini menunjukkan pengetahuan responden mengenai penyakit TBC belum memadai dan kepatuhan minum obat belum disebabkan oleh pemahaman yang cukup tentang proses penyakit dan pengobatannya.

Motivasi dapat menjadi masalah apabila kemampuan yang dimiliki individu tidak dimanfaatkan dan dikembangkan dalam rangka melaksanakan tugasnya. Dalam hal ini persepsi seseorang memegang peranan penting sebelum melaksanakan atau memilih suatu tindakan atau pekerjaan¹⁴. Karakteristik seseorang dengan motivasi yang rendah pada umumnya kurang memiliki tanggung jawab pribadi dalam mengerjakan suatu tugas atau pekerjaan, memiliki program kerja yang tidak terencana atau tujuan yang tidak realitas serta lemah dalam pelaksanaannya⁷. Disamping itu, bersikap apatis, tidak percaya diri, ragu-ragu dalam pengambilan keputusan dan tindakannya kurang terarah pada tujuan. Kondisi ini berbeda dengan karakteristik motivasi yang tinggi, seseorang dengan motivasi yang tinggi memiliki tanggung jawab pribadi yang tinggi, berani mengambil resiko, memiliki tujuan realistis, memiliki berbagai rencana kegiatan yang menyeluruh, untuk merealisasikan tujuan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 52,9

% responden memiliki motivasi yang baik (n=34). Namun hasil uji Chi square tidak menunjukkan adanya hubungan antara motivasi dengan kepatuhan minum obat. Dalam hal ini semua responden memiliki kepatuhan minum obat. Kemungkinan bias disebabkan oleh jumlah responden kurang. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan hasil seperti yang dikemukakan oleh peneliti sebelumnya.¹³ Pada umumnya motif dasar yang memicu adanya motivasi dalam perilaku individu setelah dibentuk oleh pengaruh lingkungan, khususnya keluarga yang memberikan dukungan.

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu dalam kehidupan sehari-hari. Menurut Allport yang dikutip oleh Notoadmodjo (2009) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok yaitu :1)

Kepercayaan (keyakinan) ide dan konsep terhadap suatu objek, 2) Kehidupan emosional atau evaluasi konsep terhadap suatu objek, 3) Kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*)⁹. Pada penelitian ini responden memiliki sikap yang

baik (58,8%). Hasil analisis tidak ada hubungan sikap dengan kepatuhan minum obat. Hal ini tidak sesuai dengan konsep. Pada kenyataannya adanya keinginan untuk sembuh akan memberikan perubahan perilaku khususnya dalam mengkonsumsi obat. Tidak ditemukannya adanya hubungan sikap dengan kepatuhan minum obat, bisa dilihat karena ukuran sampel responden belum memadai

Berdasarkan variabel usia, tingkat pendidikan, pengetahuan, motivasi dan sikap belum menunjukkan hubungan yang kuat terhadap kepatuhan minum obat TB. Namun pengaruh keluarga cukup kuat untuk memberikan dukungan pada anggota keluarga yang sakit dalam mengkonsumsi obat TB. Hal ini sesuai dengan fungsi keluarga menurut Friedman (1998), yakni memenuhi - berbagai kebutuhan para anggota keluarga²⁰.

BAB V PENUTUP

Simpulan

Penelitian yang mengidentifikasi hubungan peran keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien *tuberkulosis* di puskesmas Jagakarsa, menunjukkan hasil yang baik dalam hal kepatuhan (91,2%), sekalipun faktor – faktor yang mempengaruhi tidak menunjukkan hubungan yang cukup signifikan. Usia pendamping lebih banyak pada usia dewasa keatas (79,4%), dengan tingkat pendidikan paling banyak SMA (38,2%), dengan motivasi (52,9%) dan sikap (58,8%) yang baik dalam mendampingi pasien dalam menjalani pengobatan TBC. Diantara faktor – faktor yang mempengaruhi, faktor minimnya pengetahuan (70,6%) responden terhadap penyakit dan pengobatan yang dijalani menjadi salah satu faktor yang dapat dimodifikasi menjadi lebih baik.

Saran

Hubungan antara peran keluarga dan kepatuhan minum obat tidak terbukti secara signifikan, namun rekomendasi tetap diusulkan khususnya bagi para perawat puskesmas untuk dapat mengunjungi pasien TB dan keluarganya secara teratur dan periodik agar kepatuhan minum obat dapat dipertahankan melalui peningkatan pengetahuan tentang proses penyakit TB dan pengobatannya

Daftar Pustaka

1. An Uyung Pramudiarja (2013), *Laporan Global tuberculosis control report 2011, WHO*, diunduh dari <http://health.detik.com>, 29 Agustus 2013
2. Dessy Anwar (2005), *Kamus Lengkap BAHASA INDONESIA*, (edisi pertama), Surabaya: penerbit Amelia.
3. Depkes RI (2003), *Pedoman Penanggulangan Penyakit TB Paru*, Jakarta Ditjen PPM dan PLP.
4. Dinkes (2012), *Tuberkulosis*, Diambil pada 23 November 2012 dari <http://dinkes.tasikmalayakota.go.id>
5. Dini Siti Anggraeni (2011), *Stop! Tuberkulosis* (cetakan pertama), Bogor: Publishing House.
6. Friedman (1998), *Keperawatan Keluarga, Teori dan Praktik* Jakarta, EGC
7. Handoko (1995), *Motivasi Penggerak Tingkah laku*, Yogyakarta< Kanisius.,
8. Kus Irianto (2008), *Struktur dan Fungsi Tubuh Manusia untuk Paramedis* (edisi kelima) : Bandung CV, YRAMA WIDYA.
9. Nafsiah Mboi (2013), *Jumlah penderita TBC di Indonesia meningkat*, diunduh dari <http://Poskotanews.com>, 29 Agustus 2013
10. Notoatmojo, (2003), *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan* (edisi keempat), Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
11. Notoatmojo, (2004), *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya* (edisi kedua), Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
12. Notoatmojo (2009), *Promosi Kesehatan dan ilmu Perilaku*, Jakarta : Rineka Cipta
13. Notoatmojo, (2010), *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta
14. Nursalam, (April-September 2009). *Peran Pengawas Minum Obat (PMO), Dalam Keberhasilan Pengobatan TB Paru Di Masyarakat*, 4, 58-63
15. Ribka Limbu, Marni (2007), *Peran Keluarga sebagai PMO dalam Mendukung Proses Pengobatan Penderita TB paru di wilayah kerja Puskesmas Baumata, kecamatan Taubenu kabupaten Kupang*.
16. Setiadi (2007), *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*, Yogyakarta, Graha Ilmu,
- 17.15, Suarti Bahtiar (2010), *Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis* (edisi pertama), Jakarta: PT Gelora Aksara Pratama.
18. Sulisty Andarmoyo (2012), *Keperawatan Keluarga* (edisi pertama), Yogyakarta : Graha Ilmu.
19. Sutanto Priyo Hastono (2010), *Statistik Kesehatan* (edisi keempat), Jakarta PT Raja Grafindo Persada.
20. Swansburg (2001), *Kepemimpinan dalam Manajemen Keperawatan*, Jakarta : EGC
21. Widiyono, MPH (2011), *Penyakit Tropis Epidemiologi, Penularan Pencegahan, & Pemberantasannya* (Edisi kedua), Jakarta : Airlangga.
22. Yuwita Resty Hapsary (2010), *Hubungan Kinerja PMO dengan Keteraturan Berobat Pasien TB Paru Strategy DOTS di RSUD Dr. Moewardi Surakarta*, FK Universitas Sebelas Maret.

LAMPIRAN

Lampiran Surat Pernyataan Ketua Peneliti

SURAT PERNYATAAN KETUA PENGUSUL

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Arabta M P Pelawi, S,Kep., Ners., M.Kep
NIDN : 0301096505
Jabatan Fungsional : Asisten Akademik (AA)

Dengan ini menyatakan bahwa proposal saya yang berjudul

“Peran Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Tuberkulosis (Tbc) Di Kelurahan Sepanjang Jaya Bekasi”

Yang diusulkan dalam skema Penelitian Dosen untuk tahun anggaran 2020 **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.

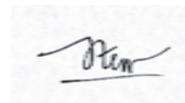
Bekasi, 30 Juni 2020

Ka. UPPM STIKes MI



Rotua Suriany S,M.Kes
NIDN. 0315018401

Yang menyatakan



(Arabta M P Pelawi, S,Kep., Ners., M.Kep)
NIDN. 0301096505