

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Nyeri merupakan alasan yang paling umum bagi pasien-pasien untuk memasuki tempat perawatan kesehatan dan merupakan alasan yang paling umum diberikan untuk pengobatan terhadap diri sendiri (Turner et al, 1996 dalam Eccleston, 2001). Nyeri didefinisikan sebagai suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berasosiasi dengan kerusakan jaringan yang aktual atau berpotensi, atau digambarkan sebagai kerusakan-kerusakan seperti itu (http://www.healthpsychology.net/Pain_Management.htm, 2001).

Nyeri dapat diklasifikasikan sebagai “akut” dan “kronik”. Nyeri akut seringkali adaptif karena mengingatkan individu mengenai kehadiran dan lokasi dari cedera pada lapisan jaringan dan mengoreksi perilaku yang dapat menyebabkan atau berkontribusi terhadapnya. Nyeri kronik, di sisi lain, merujuk pada nyeri yang berkelanjutan lebih dari tiga bulan walaupun *treatment* dan usaha-usaha untuk mengatasinya telah dilakukan individu. Nyeri kronik dapat berdampak pada semua area kehidupan seseorang dan seringkali berasosiasi dengan masalah-masalah fungsional, psikologis, dan sosial. Lebih lanjut lagi,

nyeri kronik dapat memiliki dampak yang signifikan terhadap keluarga dan rekan-rekan penderita (http://www.healthpsychology.net/Pain_Management.htm, 2001).

Pasien-pasien dengan nyeri kronik dan nyeri akut yang berulang seringkali merasa ditolak oleh elemen-elemen masyarakat yang hadir untuk melayani mereka. Mereka kehilangan keyakinan dan menjadi frustrasi serta terganggu dengan sistem pelayanan kesehatan yang mungkin pada awalnya menciptakan ekspektasi-ekspektasi bagi kesembuhan tetapi mengecewakan para penderita nyeri ketika *treatment* terbukti tidak adekuat (Turk, 2002). Nyeri kronik merupakan situasi yang menurunkan moral yang mengkonfrontasi penderita tidak hanya dengan stress yang berasal dari nyeri tetapi juga dengan banyak kesulitan-kesulitan lain yang menyertai yang mempengaruhi semua aspek kehidupan (Turk & Monarch, 2002).

Nyeri bisa terdapat pada beberapa bagian tubuh manusia, salah satunya pada punggung sebelah bawah yang umumnya disebut sebagai *low back pain* atau nyeri punggung bawah (NPB). NPB adalah nyeri yang dirasakan daerah punggung bawah, dapat merupakan nyeri lokal maupun nyeri radikular atau keduanya. Nyeri ini terasa diantara sudut iga terbawah dan lipat bokong bawah yaitu di daerah lumbal atau lumbo-sakral dan sering disertai dengan penjaran nyeri ke arah tungkai dan kaki. Nyeri yang berasal dari daerah punggung bawah dapat dirujuk ke daerah lain atau sebaliknya nyeri yang berasal dari daerah lain dirasakan di daerah punggung bawah (*referred pain*) (Sadeli & Tjahjono, 2001).

Di Amerika, sekitar 50 – 84 % orang dewasa memiliki keluhan nyeri punggung bawah setiap tahunnya (<http://www.columbiaspine.org/conditions/>

lower-back-pain, 2009). Dengan prevalensi pada populasi umum kejadian dalam satu bulan adalah 35% - 37% dan prevalensi seumur hidup diperkirakan sekitar 59% (Mounce, 2002). Beberapa data yang ada di negara berkembang menyebutkan insidensi NPB lebih kurang 15% - 20% dari populasi. Di Indonesia, pada tahun 2003, dilaporkan prevalensi seumur hidup NPB antara 59,3% - 62,4% dan prevalensi tahunan antara 20,9% - 31,2% (Handono, 2003 dalam Widodo, 2005). Dalam penelitian *multi-center* di 14 rumah sakit pendidikan Indonesia yang dilakukan Perdossi tahun 2002, diketahui bahwa dari sebanyak 4.456 penderita nyeri (25% dari total kunjungan), 819 orang (18,37%) adalah penderita NPB (Meliala, 2004).

Angka kejadian nyeri punggung bawah pada pria dan wanita hampir sama. Puncak prevalensi NPB populasi umum di Amerika pada kelompok usia antara 45 – 60 tahun, dengan prevalensi tertinggi didapatkan pada wanita (Mounce, 2002). Penelitian yang dilakukan Sadeli HA, 1991 yang dilakukan di Bagian Ilmu Penyakit Saraf RSHS Bandung didapatkan angka kejadian tertinggi pada usia 31-40 tahun, dengan kejadian tertinggi didapatkan pada pria (Sadeli, 1991).

Dalam mengukur rasa nyeri, tidak terdapat cara untuk melihat nyeri atau secara objektif mengukur nyeri. Nyeri tidak muncul pada X-ray atau MRI, dan orang-orang yang memiliki nyeri dapat terlihat normal secara sempurna dan tidak mengalami kerusakan. Hal ini seringkali menjadi sumber frustrasi bagi orang-orang dengan nyeri kronik yang seringkali mendengarkan perkataan seperti, “anda tidak seperti yang sedang mengalami nyeri!” Nyeri merupakan pengalaman yang subjektif, oleh karena itu, apa yang seseorang rasakan menyakitkan dapat

dirasakan tidak begitu menyakitkan pada orang lain. Seseorang yang memberikan rating 7 pada skala 0 - 10 terhadap rasa nyerinya mungkin ratingnya adalah 2 bagi orang lain dengan toleransi rasa nyeri yang lebih tinggi (http://www.healthpsychology.net/Pain_Management.htm, 2001). Terdapat beberapa kasus yang mana seberapa seriusnya kerusakan tidak berkaitan dengan pengalaman nyeri (Wall PD, 1979 dalam Eccleston, 2001). Nyeri bukan merupakan indikator yang reliabel dari kerusakan jaringan dan kerusakan jaringan bukanlah indikator yang reliabel dari nyeri (Eccleston, 2001).

Berdasarkan wawancara peneliti dengan dr. Nani Kurniani, Sp. S (Kepala Bagian Penyakit Saraf RSHS Bandung), diketahui bahwa banyak pasien yang mengeluhkan nyeri namun setelah diperiksa tidak ditemukan penyebab nyerinya secara spesifik. Pasien-pasien tersebut umumnya merupakan pasien yang dulu pernah didiagnosa penyakit-penyakit yang salah satu manifestasinya adalah nyeri kronik. Namun, ketika penyakit tersebut telah selesai ditangani banyak pasien yang tetap mengeluhkan nyeri. Beberapa pasien mengaku frustrasi dengan nyerinya dan berharap bahwa penanganan medis dapat mempercepat kesembuhannya. Tetapi seringkali tidak diketemukan diagnosa mengenai penyebabnya secara spesifik. Kalaupun terdapat kelainan-kelainan yang memungkinkan menimbulkan nyeri, pengalaman nyeri yang diungkapkan oleh pasien melebihi kadar nyeri yang dimungkinkan berdasarkan diagnosa dokter. Karena tidak diketemukan diagnosa medis yang jelas, maka keluhan-keluhan nyeri tersebut seringkali dikategorikan oleh para neurolog sebagai nyeri yang bersifat “*yellow flags*” atau berkaitan dengan aspek-aspek psikis.

Dalam penanganan NPB dikenal istilah “red flags” dan “yellow flags”. “Red flags” menunjukkan adanya kelainan serius yang mendasari NPB. Sementara “yellow flags” adalah faktor psikologis yang sering ditemukan pada penderita NPB dan memberi petunjuk bahwa nyeri cenderung akan berkembang menjadi kronis (Mounce, 2002).

White, William, dan Greenberg (1961) mencatat bahwa kurang dari satu pertiga orang dengan simptom-simptom klinis yang signifikan berkonsultasi dengan dokter. Kebalikannya, 30 – 50% pasien yang mencari penanganan dalam bentuk perawatan primer tidak memiliki gangguan-gangguan yang terdiagnosa secara spesifik (Dworkin & Massoth, 1994), dan lebih dari 80% pada orang-orang dengan nyeri punggung (Deyo, 1986) tidak memiliki dasar diagnosa fisik nyeri yang teridentifikasi. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa medikasi yang paling kuat, intervensi bedah yang terancang, dan prosedur-prosedur *neuroaugmentation* yang paling inovatif sekalipun tidak dapat secara total mengeliminasi nyeri dan disabilitas pada semua pasien dengan kondisi nyeri kronik (cf. Turk & Okifuji, 1998).

Penanganan nyeri yang hanya ditujukan pada aspek fisiologis saja tidaklah cukup. Penelitian mengenai aspek psikososial pada NPB terhadap perawat di Rumah Sakit Hasan Sadikin menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara *fear-avoidance belief* dengan kejadian NPB. Begitu pula antara kecemasan dengan NPB, dan antara depresi dengan NPB (D. H. Febrina, 2008).

Pengalaman nyeri bersifat subjektif, oleh karena itu perlu adanya penanganan terhadap faktor-faktor yang berkaitan dengan aspek psikologis yang

mempengaruhi pengalaman nyeri pasien. Salah satu pendekatan yang menjelaskan keterkaitan antara aspek fisiologis dan psikologis pada nyeri adalah pendekatan *biopsychosocial*. Turk dan Flor (1999) menyatakan bahwa premis dasar dari pendekatan *biopsychosocial* adalah bahwa faktor-faktor predisposisional dan faktor-faktor biologikal yang ada dapat memulai, mempertahankan, dan memodulasi gangguan-gangguan fisikal (*physical perturbations*); faktor-faktor predisposisi dan psikologis yang ada mempengaruhi penilaian dan persepsi dari tanda-tanda fisiologis internal; dan faktor-faktor sosial membentuk respon-respon *behavioral* dari pasien terhadap persepsi-persepsi dari gangguan-gangguan fisikal mereka (Asmundson & Wright, 2004).

Pendekatan *biopsychosocial* memunculkan beberapa model teori yang menjelaskan bagaimana keterkaitan antara faktor biologis, psikologis, dan sosial dalam nyeri. Salah satunya adalah model *Fear-Avoidance* yang diajukan oleh Vlaeyen dan Linton. Secara singkat model ini menjelaskan bahwa jika seseorang menilai pengalaman nyeri sebagai sesuatu yang mengancam (misalnya dipandang sebagai peristiwa negatif yang tidak dapat diatasi), hal itu membuat orang tersebut bertindak secara maladaptif yang mempertahankan *fear-avoidance cycle* dan meningkatkan disabilitas (Vlaeyen dan Linton, 2000 dalam Asmundson dan Wright, 2004). Secara empirik, Vlaeyen dan Linton (2000) mempublikasikan *review* yang menunjukkan penemuan-penemuan yang terus bertambah yang membenarkan postulat dari model *fear-avoidance* (Asmundson dan Wright, 2004). Misalnya, dalam sampel pasien-pasien nyeri muskuloskeletal kronik, Asmundson dan Taylor (1996) menemukan bahwa *anxiety sensitivity* secara

langsung memengaruhi ketakutan terhadap nyeri, yang juga secara langsung memengaruhi perilaku melarikan diri atau menghindar. Penemuan ini direplikasi pada remaja oleh Muris pada tahun 2001, dan pada orang dewasa dengan keluhan-keluhan nyeri yang lebih heterogen oleh Zvolensky, Goodie, Mcneil, Sperry, & Sorrell pada tahun 2001 (Asmundson dan Wright, 2004).

Berdasarkan uraian mengenai pendekatan *biopsychosocial* dan salah satu modelnya, yaitu model *fear-avoidance*, penanganan nyeri diharapkan tidak lagi hanya berfokus pada aspek fisiologis, tetapi perlu juga penanganan aspek psikologis pasien. Salah satu bentuk *treatment* yang cukup diterima dalam penanganan nyeri adalah intervensi yang menggunakan pendekatan *Cognitive-Behavioral (C-B)*. Terapi dengan pendekatan *Cognitive Behavioral (C-B)* merupakan terapi yang menggabungkan pendekatan kognitif dan *behavioral* (Ledley, 2005). Terapi dengan pendekatan *C-B* merupakan kombinasi dan integrasi dari *treatments* yang bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan pengaruh dari faktor-faktor yang mempertahankan tingkah laku, *belief*, dan pola-pola pemikiran pasien yang maladaptif (Eccleston, 2001). Terapi dengan pendekatan *C-B* didesain untuk membantu para pasien mengenali, mengevaluasi, dan memperbaiki konseptualisasi-konseptualisasi yang maladaptif dan *beliefs* yang disfungsi mengenai diri mereka sendiri dan kesulitan-kesulitan yang mereka hadapi. Pasien diajari untuk mengenali koneksi yang menghubungkan kognisi, afek, dan perilaku terhadap konsekuensi yang mengikutinya (Turk, 2002).

Perspektif *Cognitive-Behavioral (C-B)* pada penanganan nyeri berfokus pada membantu pasien dengan serangkaian teknik untuk menolong mereka mendapatkan *sense of control* terhadap efek dari nyeri pada kehidupan mereka sebagaimana secara aktual memodifikasi aspek afektif, behavioral, kognitif dan faset sensori dari pengalaman nyeri. Pengalaman-pengalaman *behavioral* membantu untuk menunjukkan kepada pasien bahwa mereka mampu lebih dari yang mereka kira, memperkuat perasaan mereka mengenai kompetensi personal. Teknik-teknik kognitif membantu untuk menempatkan respon-respon afektif, *behavioral*, kognitif, dan sensori di bawah kendali pasien (Turk, 2002). *Treatment* ini dapat menghasilkan perubahan dari *belief* mengenai *pain*, *coping style*, dan tingkat keparahan nyeri yang dilaporkan, sebagaimana perubahan *behavioral* yang langsung. Lebih lanjut, *treatment* yang menghasilkan peningkatan dalam persepsi kontrol terhadap nyeri dan penurunan dari *catastrophizing* berasosiasi dengan penurunan *rating* tingkat keparahan nyeri dan disabilitas fungsional (Sullivan, et al., 2001; Turner & Aaron, 2001).

Pendekatan *cognitive-behavioral (C-B)* diposisikan tidak sebagai pengganti dari penanganan kesehatan tradisional (medis) tetapi digunakan sebagai intervensi pelengkap untuk mendukung kesembuhan pasien. Dengan pendekatan *C-B*, penderita nyeri dibantu untuk mempelajari metode-metode dan keterampilan-keterampilan yang dapat membantu mereka berfungsi lebih baik dan meningkatkan kualitas kehidupan mereka meskipun mengalami nyeri (Turk, 2002). Ketika pasien nyeri mampu untuk beradaptasi dengan nyerinya, diharapkan intensitas nyeri yang dirasakan pasien akan berkurang.

Pada tahun 1998, Morley, Eccleston, dan Williams melakukan penelitian mengenai perbandingan efektivitas *treatment cognitive-behavioral* dengan kondisi kelompok kontrol dan alternatif treatment lainnya. Hasil penelitian tersebut kemudian dipublikasikan dalam jurnal yang dikeluarkan *IASP (International Association for The Study of Pain)* pada tahun 1999. Kesimpulan yang diambil dari penelitian tersebut adalah bahwa dibandingkan dengan treatment-treatment yang lain, terapi dengan pendekatan *C-B* menampilkan perubahan yang lebih besar terhadap domain-domain dari pengalaman nyeri, coping dan penilaian kognitif (yang bersifat positif), serta mengurangi pengekspresian perilaku dari nyeri. Morley dan rekan-rekannya menyimpulkan bahwa treatment-treatment psikologis yang berdasarkan pada prinsip *cognitive-behavioral* adalah efektif (Morley, Eccleston, Williams, 1999).

Di Indonesia sendiri, penelitian mengenai efektivitas intervensi dengan pendekatan *Cognitive-Behavior (C-B)* belum banyak dilakukan. Penerapan terapi dengan pendekatan *C-B* dalam menangani nyeri juga belum pernah dilakukan. Hal ini dikarenakan terapi dengan pendekatan *C-B* merupakan bentuk terapi yang relatif masih baru di Indonesia. Penelitian-penelitian di luar negeri mengenai efektivitas terapi dengan pendekatan *C-B* terhadap pasien nyeri kronik yang disimpulkan efektif, termasuk pada NPB, belum tentu menghasilkan hal yang sama di Indonesia. Penelitian-penelitian sebelumnya diadakan di negara-negara dengan *value* yang berbeda dengan masyarakat Indonesia. *Value* mempengaruhi *beliefs* yang dimiliki seseorang dan bagaimana seseorang memandang hal-hal yang terjadi di lingkungannya. Hal ini memungkinkan cara masyarakat Indonesia

dalam memandang penyakit, khususnya NPB, akan berbeda dengan masyarakat yang dijadikan responden pada penelitian-penelitian sebelumnya. Oleh karena itu, efektivitasnya pun mungkin akan berbeda.

Berdasarkan uraian mengenai terapi dengan pendekatan *C-B* pada penderita NPB kronik di atas, peneliti tertarik untuk mengetahui hasil dari penerapan terapi dengan pendekatan *C-B* dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien nyeri punggung bawah kronik di Rumah Sakit “X” Bandung.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan, permasalahan yang akan diteliti adalah bagaimana penerapan terapi dengan pendekatan *Cognitive-Behavioral* dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien nyeri punggung bawah kronik di Rumah Sakit “X” Bandung?

1.3. Maksud, Tujuan, dan Kegunaan Penelitian

1.3.1. Maksud Penelitian

Untuk memperoleh gambaran mengenai penerapan terapi dengan pendekatan *Cognitive Behavioral* dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien nyeri punggung bawah kronik di Rumah Sakit “X” Bandung

1.3.2. Tujuan Penelitian

Untuk mendapatkan pemahaman mengenai penerapan terapi dengan pendekatan *Cognitive-Behavioral* dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien nyeri punggung bawah kronik di Rumah Sakit “X” Bandung dan aspek-aspek

psikologis yang berkaitan dengan nyeri, sebagai dampak dari menjalani terapi dengan pendekatan *Cognitive-Behavioral*.

1.3.4. Kegunaan Penelitian

1.3.4.1. Kegunaan Praktis

- Bagi pasien nyeri punggung bawah kronik, dengan mengetahui hasil dari penerapan terapi dengan pendekatan *Cognitive-Behavioral* dalam menurunkan intensitas nyeri diharapkan dapat memahami faktor-faktor psikologis yang mungkin berperan dalam intensitas nyeri yang dirasakan dan menjadi bahan pertimbangan untuk menggunakan terapi dengan pendekatan *Cognitive-Behavioral*.
- Bagi pihak yang mendampingi pasien, dengan mengetahui hasil dari penerapan terapi dengan pendekatan *Cognitive-Behavioral* dalam menurunkan intensitas nyeri, diharapkan dapat memberikan dukungan secara proporsional sesuai dengan pendekatan *Cognitive-Behavioral*.
- Bagi pihak rumah sakit, diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang mempertimbangkan faktor-faktor psikologis sesuai dengan pendekatan *Cognitive-Behavioral* pada pasien nyeri punggung bawah kronik.

1.3.4.2. Kegunaan Teoretis

- Sebagai bahan masukan bagi ilmu psikologi khususnya dalam bidang psikologi klinis mengenai pengaruh terapi dengan pendekatan *Cognitive-*

Behavioral dalam terhadap pengalaman nyeri pada pasien nyeri punggung bawah kronik di Rumah Sakit “X” Kota Bandung.

- Memberikan sumbangan informasi kepada peneliti lain yang tertarik untuk meneliti mengenai efektivitas terapi dengan pendekatan *Cognitive-Behavioral* dan mendorong dikembangkannya penelitian-penelitian lain yang berhubungan dengan topik tersebut.

1.4. Metodologi Penelitian

Penelitian ini mencoba untuk mengetahui penerapan terapi dengan pendekatan *Cognitive-Behavioral* dalam menurunkan derajat intensitas nyeri pada pasien nyeri punggung bawah kronik di Rumah Sakit “X” Bandung. Pengukuran dan penelitian ini dibagi dua, yaitu pengukuran untuk memperoleh data utama, dan pengukuran untuk memperoleh data penunjang. Pengukuran intensitas nyeri menggunakan *McGill Pain Questionnaire* (MPQ).

Pada pengukuran untuk memperoleh data utama, pengukuran pertama (*pre-test*) terhadap intensitas nyeri dilakukan sebelum pemberian sesi-sesi terapi. Kemudian setelah seluruh sesi terapi selesai, pasien diukur kembali intensitas nyerinya (*post-test*). Rentang waktu antara *post-test* dengan pemberian sesi terakhir terapi adalah 1 minggu.

Pada pengukuran untuk memperoleh data penunjang, pengukuran pertama data penunjang dilakukan di pertengahan pemberian sesi, yaitu sebelum dimulainya sesi keempat terapi. Kemudian seminggu setelah *post-test* pengukuran kembali dilakukan dua kali berturut-turut dengan rentang 1 minggu.

Hasil setiap pengukuran kemudian dibandingkan untuk menguji penerapan terapi dengan pendekatan *Cognitive-Behavioral* dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien nyeri punggung bawah kronik.