

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Manusia merupakan makhluk ciptaan Allah yang paling sempurna diantara makhluk-makhluk lainnya, sehingga dijadikan *khalifah* dimuka bumi ini. Sebagai wujud dari kesempurnaan itu, manusia dituntut untuk memiliki kesehatan fisik yang prima sehingga memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Kesehatan fisik yang prima belum tentu dimiliki setiap individu. Banyak penyakit fisik yang diderita oleh setiap individu seiringnya bertambahnya usia dan waktu berlalu, seperti penyakit nyeri sendi.

Menurut Hidayat (2010) nyeri sendi dapat didefinisikan sebagai nyeri yang dirasakan disendi dan sekitarnya akibat proses inflamasi maupun akibat regangan kapsul sendi pada proses efusi sendi. Penyebab sendi sangat beragam, mulai dari degeneratif, inflamasi, infeksi, neoplasma, ataupun metabolik-endrokrin.

Nyeri sendi merupakan sensasi tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh. Nyeri seringkali dijelaskan dalam istilah proses destruktif jaringan (misalnya seperti ditusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti dirobek-robek, seperti diremas-remas) dan atau suatu reaksi badan atau emosi (misalnya perasaan takut, mual, mabuk) (Isselbacher dkk, 1999).

Ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan, memudahkan atau memperhebat rasa nyeri pada sendi. Pertama, tentunya penderita memiliki penyakit yang khas sehingga secara medis rasa nyeri itu tidak ada pengobatannya. Arthritis, migren dan kanker adalah salah satu contohnya. Penyakit seperti ini tidak

dapat dijelaskan bagaimana terjadi rasa nyeri tanpa melibatkan faktor lain. Kedua, ada faktor penguat yang secara *neural* dan *somatik* tercetus oleh penyakit organik dan terus terjadi walaupun penyakit tersebut sudah sembuh. Contohnya rusaknya saraf sensorik, aktivitas eferen simpatik dan kontraksi otot secara refleks yang menyakitkan. Dan akhirnya berbagai kondisi psikologis dapat memperhebat bahkan menimbulkan nyeri (Isselbacher, dkk, 1999).

Nyeri sendi menyebabkan banyak penderita menjadi cacat walaupun tidak sampai mengakibatkan kematian bila dibandingkan dengan kanker atau penyakit kardiovaskular. Tidak satupun kelompok penyakit lain yang menimbulkan penderitaan yang begitu lama dan begitu berat seperti penyakit reumatik. Karena kecenderungan penyakit reumatik menyebabkan gangguan fungsi dan menimbulkan kecacatan yang menetap pada sendi tanpa menyebabkan kematian, maka penyakit sendi ini tergolong dalam kelompok penyakit kronik terberat dipandang dari kepentingan sosial dan ekonomi. Kesimpulan survei kesehatan nasional Amerika Serikat menggambarkan bahwa sedikitnya 26% orang dengan penyakit reumatik mengalami kecacatan, dan kira-kira 10% diantaranya menderita cacat berat. Penyakit ini mengakibatkan paling sedikit kehilangan 27 juta kerja pertahun dan agaknya tak banyak berbeda dengan hasil survei yang pernah dilakukan di Semarang (Nasution, 1994).

Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) Tahun 2004, penduduk dengan keluhan sendi sebanyak dua persen. Sebuah penelitian epidemiologi di Jawa Tengah pada tahun 1984 menemukan, frekuensi reumatik pada penduduk dewasa di atas usia 15 tahun sebesar 27 persen di daerah pedesaan Bandungan, dan 24,8 persen di Kota Semarang.

Selanjutnya Syafei (2010) menerangkan bahwa saat ini diperkirakan paling tidak 355 juta penduduk dunia menderita penyakit reumatik, yang artinya 1 dari 6 penduduk dunia mengalami penyakit reumatik. Keluhan muskuloskeletal dikeluhkan oleh sedikitnya 315 juta pasien rawat jalan di Amerika Serikat setiap tahunnya. Survei terbaru oleh *Center of Disease Control* (CDC) di Amerika Serikat menunjukkan bahwa 33% (69,9 juta) penduduk AS mengalami gangguan muskuloskeletal. Sementara itu, hasil survei di benua Eropa pada tahun 2004 menunjukkan bahwa penyakit reumatik merupakan penyakit kronik yang paling sering dijumpai. Kurang lebih 50% penduduk Eropa yang berusia diatas 50 tahun mengalami keluhan nyeri muskuloskeletal paling tidak selama 1 bulan pada waktu dilakukan survei. Penyakit reumatik berada pada urutan ke-8 dari 10 penyakit yang paling sering dijumpai di Eropa dan kurang lebih 40% wanita yang berusia diatas 50 tahun dan mengalami fraktur terjadi akibat komplikasi penyakit osteoporosis. Berdasar Hasil Riset di Kesehatan Dasar tahun 2007, memperlihatkan prevalensi nasional penyakit sendi adalah 30.3%, dan prevalensi berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan adalah 14%, prevalensi penyakit sendi tertinggi dijumpai di Provinsi Papua Barat (28.8%), dan terendah di Sulawesi Barat (7.5%). Cakupan diagnosis penyakit sendi oleh tenaga kesehatan di setiap provinsi umumnya sekitar 50% dari seluruh kasus yang ditemukan. Prof. Handono Kalim, Sp.PD,KR., menyebutkan prevalensi reumatik di kota Semarang sekitar 46% dan di Bali 56% (Syafei, 2010).

Sedang survei di kotamadya Malang (1993-1996) menunjukkan bahwa keluhan nyeri akibat reumatik dialami oleh 52,9 % pria dan 56,0% wanita berusia di atas 40 tahun, sedangkan di kabupaten Malang dialami oleh 39,9% pria dan 45,5% wanita. Sebagian besar mereka mengeluh nyeri pinggang. Keluhan

reumatik nampaknya juga berkaitan dengan pola kehidupan masyarakat, dimana masyarakat kota lebih sering mempunyai keluhan reumatik dari pada masyarakat desa (Kalim, 2000).

Nyeri sendi merupakan keluhan utama penderita reumatik. Nyeri yang timbul setelah aktivitas dan hilang setelah istirahat serta tidak timbul pada pagi hari merupakan tanda nyeri mekanis. Sebaliknya nyeri inflamasi akan bertambah berat pada pagi hari saat bangun tidur dan disertai kaku sendi atau nyeri yang hebat pada awal gerak dan berkurang setelah melakukan aktivitas (Isbagio & Setiyohadi, 2004). Keadaan ini berlangsung terus menerus setiap hari hingga akhirnya menimbulkan problem psikologis.

Faktor yang menyumbang kemunculan simtom depresi pada penyakit kronik adalah penyakit itu sendiri. Williamson dan Schultz (1995) menjelaskan bahwa rasa nyeri tampaknya menjadi penyumbang munculnya simtom depresi pada penderita penyakit kronik. Rasa nyeri merupakan fakta yang harus dihadapi oleh para penderita, dan berbagai penelitian secara konsisten menunjukkan adanya hubungan antara rasa nyeri yang dialami dengan efek depresi (Williamson dan Schultz, 1995).

Ada bidang-bidang tertentu yang harus mendapat perhatian khusus dalam riwayat medis (*anamnesis*). Karena depresi adalah gangguan emosional yang paling umum pada para pasien dengan nyeri kronik, mereka harus ditanyakan mengenai suasana hati mereka, nafsu makan, pola tidur, dan kegiatan sehari-hari. Penting untuk diingat bahwa depresi utama merupakan suatu penyakit umum, dapat diobati dan berpotensi fatal atau risiko bunuh diri (Isselbacher, 1999).

Hidup dengan nyeri sendi dapat menyebabkan masalah psikologis yang signifikan seperti disabilitas untuk membantu, depresi, kecemasan yang akan

memperburuk rasa nyeri dan ketidakmampuan (Katz & Yelin, dalam Dixon dkk, 2007). Individu dengan nyeri sendi melemahkan kemampuan mereka dalam ketertarikan dan menilai aktivitas sehari-hari seperti berdandan, makan, belanja, mengerjakan pekerjaan sehari-hari, dan keterlibatan dalam aktivitas sosial (Katz dalam Dixon, dkk, 2007).

Ketidakmampuan ini akan menyebabkan depresi pada individu tersebut. Secara sederhana Hadi (2004) mengartikan depresi sebagai suatu pengalaman yang menyakitkan-suatu perasaan tak ada harapan lagi. Demikian juga Lubis (2009) menyebutkan depresi adalah gangguan *mood*. Kata “*mood*” menggambarkan emosi seseorang, serangkaian perasaan yang menggambarkan kenyamanan atau ketidaknyamanan emosi. Kadang-kadang *mood* diartikan sebagai emosi yang bertahan lama yang mewarnai kehidupan dan keadaan kejiwaan seseorang.

Tinjauan Kesehatan Rumah Tangga Indonesia yang dilakukan di sebelas kota pada tahun 1995 menunjukkan bahwa 185 dari 1000 orang menderita gangguan mental dan 16,2 % dari mereka mengalami depresi. Survei yang dilakukan persatuan Dokter Spesial Kesehatan Jiwa (PDSKJ) menyebutkan sekitar 94 persen masyarakat Indonesia mengidap depresi dari mulai tingkat ringan hingga paling berat. Pada tahun 2008, telah terjadi peningkatan tajam jumlah orang yang mengalami stress dan gila dibanding data tahun 2007 di beberapa kota seperti Kediri, Pangkal Pinang, Bogor dan Surabaya. Mereka yang datang rata-rata mengalami gangguan kejiwaan seperti phobia, cemas dan depresi (Republika 12 Maret 2009). Penyakit depresi ini tidak berdiri sendiri, penyakit ini diakibatkan munculnya penyakit lain yang serius seperti osteoporosis,

diabetes, serangan jantung, kanker, penyakit mata dan nyeri tulang (*arthritis*) sebagaimana diuraikan dalam banyak penelitian (Mc Kenzic dalam Lubis, 2009).

Menurut kriteria dari DSM IV-TR (2000) seseorang dikatakan menderita depresi jika mengalami keadaan *mood* depresi selama lebih dari 2 minggu, dan pada seseorang yang baru mengalami kejadian yang menimbulkan kesedihan berat, misalnya baru saja mengalami kematian orang yang sangat dicintai, depresi harus sudah berlangsung selama 5 minggu.

Individu yang terkena depresi pada umumnya menunjukkan gejala psikis, gejala fisik dan sosial yang khas seperti murung, sedih berkepanjangan, sensitif, mudah marah dan tersinggung, hilang semangat kerja, hilangnya rasa percaya diri, hilangnya konsentrasi, dan menurunnya daya tahan.

Menurut Maramis (1998) membagi gejala depresi menjadi dua. Pertama gejala psikologis, ialah menjadi pendiam, rasa sedih, pesimistik, putus asa, nafsu bekerja dan bergaul berkurang, tidak dapat mengambi keputusan, lekas lupa, timbul pikiran-pikiran bunuh diri. Kedua, gejala badaniah ialah, penderita kelihatan tak senang, lelah, tak bersemangat atau apatis. Bicara dan gerak geriknya pelan dan kurang hidup.

Reaksi emosi dalam hubungannya dengan diri sendiri dan orang lain merupakan sumber munculnya depresi seperti yang dikemukakan oleh Beck (1985) dengan membagi empat kategori simtom depresi: (1) Simtom emosional, adalah perubahan perasaan atau tingkah laku yang merupakan akibat langsung dari keadaan emosi. Manifestasi emosional yang meliputi penurunan *mood*, pandangan negatif terhadap diri sendiri, tidak lagi merasakan kepuasan, menangis, hilangnya respons yang menggembirakan. (2) Simtom kognitif, yakni penilaian diri sendiri yang rendah, harapan-harapan yang negatif, menyalahkan serta

mengkritik diri sendiri, tidak dapat membuat keputusan distorsi “*body image*”. (3) Simtom motivasional, dorongan-dorongan dan impuls-impuls yang menonjol dalam depresi mengalami regresi, terutama aktivitas-aktivitas yang menuntut tanggung jawab atau inisiatif serta energi yang cukup besar. (4) Simtom fisik adalah kehilangan nafsu makan, gangguan tidur, mudah lelah dan kehilangan libido (baik untuk aktivitas oto-erotik atau heteroseksual) (Lubis, 2009).

Depresi merupakan gangguan mental yang sering terjadi ditengah masyarakat. Berawal dari stress yang tidak diatasi, maka seseorang biasa jatuh ke fase depresi. Penyakit ini kerap diabaikan karena dianggap bisa hilang sendiri tanpa pengobatan. Rathes (dalam Lubis, 2009) menyatakan orang yang mengalami depresi umumnya mengalami gangguan yang meliputi keadaan emosi, motivasi fungsional, dan gerakan tingkah laku serta kognisi. Menurut Atkinson (2009) depresi sebagai suatu gangguan *mood* yang dicirikan tak ada harapan dan patah hati, ketidakberdayaan yang berlebihan, tak mampu mengambil keputusan memulai suatu kegiatan, tak mampu konsentrasi, tak punya semangat hidup, selalu tegang dan mencoba bunuh diri. Oleh karena itu perlu adanya penanganan dalam mengatasi depresi.

Guna mengurangi beban yang dirasakan perlu sedikit usaha, salah satunya dengan cara humor. Menurut Encyclopedia Internasional (Hasanat, 2002) secara sederhana humor didefinisikan sebagai sesuatu yang lucu. Humor merefleksikan kegembiraan manusia dalam menertawakan dirinya dan masyarakat.

Humor merupakan sesuatu yang lucu, yang dapat menggelikan hati atau yang dapat menimbulkan kejenaakaan atau kelucuan. Individu yang memiliki selera humor tinggi biasanya individu yang mudah tersenyum atau tertawa bila mendengar sesuatu yang lucu (KBBI, 1991). Humor adalah *state*. Humor adalah

kemampuan yang diduga hanya dikembangkan oleh manusia. Humor melibatkan aktifitas fisik, emosi dan terlebih adalah pemikiran. Humor menggunakan pemikiran lateral yang juga digunakan dalam pembuatan karya-karya kreatif dan pengalaman para penemu.

Tawa dan humor tidak dapat dipisahkan. Humor adalah sebab dan tawa adalah akibatnya yang membawa perubahan fisiologis dalam tubuh. Menurut Hidayati (2005) tertawa terbahak-bahak selama satu menit sama dengan 45 menit olahraga yang mengeluarkan keringat. Bahkan, tertawa selama 20 detik efeknya sama seperti tiga menit mendayung atau jogging pada kerja jantung. Sekitar 80 otot digunakan ketika kita tertawa sempurna sampai terpingka-pingka. Usai tertawa, tekanan darah normal kembali, hormone stress berkurang dan kekebalan tubuh meningkat.

Seorang professor dokter pada universitas Fordham yang bernama Walsh menulis sebuah buku yang berjudul "*Laughter and Health*" pada tahun 1928 menyatakan bahwa tertawa merupakan formula terbaik untuk kesehatan seorang individu yang berisikan ekspresi yang tepat. Dengan humor akan berdampak menguntungkan dalam mempengaruhi pikiran dan mendapatkan kesehatan dibanding dengan cara yang lain (Lefcourt , 2005).

Penelitian terdokumentasi mengenai humor secara positif mempengaruhi penyakit adalah tahun 1964 ketika Norman Cousins menerbitkan "*Anatomy of An Illnes*". Professional medis untuk pertama kali mengetahui bahwa humor secara biologis menyembuhkan penyakit *ankylosing spondylitis* Cousins, sebuah penyakit menyakitkan yang menyebabkan terpisahnya jaringan penghubung sumsum. Kemungkinan sembuhnya satu banding lima ratus, Causins memutuskan untuk memberi terapi humor pada diri sendiri. Dengan sengaja, ia meninggalkan



rumah sakit dan menghabiskan waktunya membaca kisah-kisah humor dan menonton film-film humor. Dengan mengherankan, rasa sakitnya menghilang. Ia menyatakan, tertawa terbahak-bahak selama 15 menit dapat menghasilkan 2 jam tidur tanpa rasa sakit. Sampel darah juga menunjukkan bahwa tingkat kerusakan menurun setelah *treatment* humor. Selanjutnya, ia menyimpulkan bahwa tertawa merupakan penyebab utama bagi perubahan perjalanan penyakitnya (Lefcourt, 2005; Losyk, 2007; Lubis, 2009).

Setiap individu berbeda dalam merespon sebuah permasalahan. Namun ada hal-hal yang dapat menguatkan kemampuan individu menangani depresi, yaitu adanya komitmen, kontrol dan tantangan. Dalam hal ini humor bisa sangat membantu. Humor membuat individu bisa melihat masalah dari sudut berbeda dan membuat individu merasa memiliki kendali atas lingkungannya. Humor juga mempengaruhi kedua belahan otak dan bekerja secara aktif dan seimbang. Menurut penelitian Derks (dalam Kurniawan, 2009) dari college of William and Mary di Williamsburg, muncul pola gelombang otak yang unik ketika otak menangkap hal-hal yang mengandung humor. Ketika seseorang mendengarkan lawakan, belahan otak yang sebelah kiri memulai fungsi analitiknya dalam memproses kata-kata. Selanjutnya, sebagian besar dari aktivitas otak berpindah ke bagian frontal yang merupakan pusat emosi. Tidak lama kemudian, belahan otak bagian kanan membantu bagian kiri memproses untuk menemukan polanya. Selanjutnya, sebelum individu berhenti tertawa, aktivitas gelombang otak meningkat menyebar ke bagian otak yang bertugas memproses sensor, yang di sebut *occipitallobe*. Humor tidak hanya mempengaruhi satu bagian otak saja, namun seluruh bagian otak secara bersamaan.

Dampak yang diakibatkan oleh humor adalah munculnya keceriaan dan kebahagiaan. Keceriaan dan kebahagiaan akan menimbulkan tawa. Para dokter dan psikolog juga menaruh perhatian terhadap masalah tertawa dengan mengkategorikan sebagai salah satu sarana pengobatan alternatif medis. Disamping itu humor juga merupakan resep sekaligus obat yang menakjubkan untuk berbagai macam penyakit, baik yang ringan maupun yang kronis. Menurut bamu'aibid (2009) humor atau tawa merupakan olah gerak nafas yang bersifat aktif menggiatkan otot-otot perut, sirkulasi darah, dan proses kerja otak, maka orang yang banyak tertawa akan lebih kecil resikonya terjangkit luka atau radang pada alat pencernaan, resiko tekanan darah tinggi, dan penggumpalan pembuluh darah, bahkan resiko terserang pembekuan darah jantung juga lebih kecil.

Humor dan tawa menjernihkan pikiran dan memampukan otak untuk berfungsi lebih baik. Senda gurau menenangkan dan menguatkan kembali individu. Ketika individu sedang tertawa, mereka memperlakukan satu sama lain dengan lebih baik, dan dengan rasa hormat yang lebih besar. Menurut Dr. William Frey dari sekolah Medis Stanford, humor atau tawa meningkatkan kebugaran jantung dan pembuluh darah dan denyut jantung. Tawa juga mengurangi persepsi terhadap rasa sakit, merangsang aliran darah, menguatkan sistem kekebalan dan mengurangi tingkat produksi hormon-hormon penyebab timbulnya stress. Semua hal tersebut memiliki dampak positif terhadap kreativitas dan produktivitas seseorang (Swift dan Swift dalam Losyk, 2007)

Berdasarkan paparan diatas dapat disimpulkan bahwa salah satu penanganan dalam mengatasi depresi akibat rasa nyeri yang diakibatkan oleh nyeri sendi yaitu melalui humor. Karena humor dapat mempengaruhi cara kerja otak secara aktif dan seimbang. Ketika individu tertawa aktivitas gelombang otak

meningkat dan menyebar ke bagian otak yang bertugas memproses sensor sehingga memperlebar pembuluh darah dan mengirim lebih banyak darah hingga ke ujung-ujung dan kesemua otot di seluruh tubuh. Dengan tertawa, tubuh akan melepaskan serangkaian hormon seperti endorphin dan enkephalin yang merupakan zat penenang alami yang dihasilkan tubuh dan zat kimia yang akan memicu efek positif dalam metabolisme. Dengan demikian tubuh menjadi segar, hormon stres berkurang, wajah terlihat ceria serta depresi menurun.

### **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut, yakni: Apakah pelatihan humor efektif dalam menurunkan depresi penderita nyeri sendi ?

### **C. Tujuan Penelitian**

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bahwa pelatihan humor dapat mengurangi depresi pada penderita nyeri sendi.

### **D. Manfaat Penelitian**

Pelatihan ini diharapkan dapat memberikan manfaat pada :

1. Penderita nyeri sendi. Pelatihan humor ini diharapkan dapat membantu penderita untuk dapat mengatasi depresi sehingga kualitas hidupnya menjadi lebih baik.

2. Praktisi kesehatan. Diharapkan pelatihan humor ini sebagai intervensi psikologis mampu memberikan kontribusi untuk penanganan keluhan depresi pada penderita.
3. Peneliti selanjutnya, hasil dari penelitian ini diharapkan menjadi sumbangan teoritik bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan untuk memperkaya khasanah ilmu psikologi khususnya psikologi klinis.

### **E. Keaslian Penelitian**

Penelitian tentang penggunaan humor sudah pernah dilakukan baik di dalam negeri maupun luar negeri. Beberapa peneliti antara lain: Walter, M., et al., (2006) dengan judul “*Humour Therapy in Patients with Late-life Depression or Alzheimer’s Disease: A Pilot Study*”; Burgone, J., et al., (2004) dengan judul “*The Relationship between Humorous Coping Skills and the Initial Personal-Emotional Adjustment of College Freshmen Enrolled in a Small Southwestern Evangelical Christian University*”; Hartanti (2001) dengan judul “Efektivitas Terapi Kognitif dan Stimulasi Humor Untuk Penurunan Depresi Penderita Pascastroke”; Atika Dian Ariana (2007) dengan judul “Terapi Humor untuk Menurunkan Tingkat Stres pada Mahasiswa Baru”.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu terletak pada perbedaan variabel bebas maupun variabel tergantung serta subjek penelitiannya. Pada umumnya peneliti lain lebih menekankan pada penurunan tingkat stres; kognitif yang dikaitkan dengan stimulasi humor; *humour coping skill* dan penyakit yang diderita. Sementara peneliti menggunakan humor untuk penurunan depresi yang disebabkan oleh rasa sakit dan rasa nyeri pada persendian.