

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Penyakit kronis menjadi fenomena yang banyak terjadi dikalangan masyarakat. Penyakit kronis merupakan penyakit yang tidak menular dari satu orang ke orang lain, namun memiliki durasi yang lama dan umumnya mengalami perkembangan yang lambat, diantaranya adalah penyakit jantung, stroke, kanker, penyakit pernafasan kronis dan diabetes merupakan penyebab utama kematian di dunia mewakili 60% dari semua jumlah kematian (WHO, 2017). Penyakit kronis diperkirakan telah menyumbang 46% dari beban penyakit global pada tahun 2001, dan angka ini diperkirakan akan meningkat menjadi 57% pada tahun 2020 (WHO, 2016).

Salah satu penyakit kronis yang sering dijumpai di komunitas ialah *rheumatoid arthritis* (RA). Menurut *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) tahun 2017, RA atau sering disebut dengan radang sendi kronis merupakan penyakit autoimun dan inflamasi, yang berarti sistem imun menyerang sel sehat tubuh karena kesalahan, menyebabkan pembengkakan yang menimbulkan rasa nyeri pada bagian tubuh. *Rheumatoid arthritis* (RA) secara klinis merupakan penyakit yang tidak beraturan, dan penyebab keparahan atau remisinya berbeda-beda (Yılmaz et al., 2017). Jumlah penderita RA dari 2.130 juta populasi telah mencapai

angka 335 juta penduduk dunia yang mengalami RA (WHO, 2016). Diseluruh dunia, prevalensi yang lebih tinggi terjadi pada orang Eropa dan Asia (Davis & Matteson, 2012). Prevalensi penyakit sendi berdasarkan diagnosis nakes (tenaga kesehatan) di Indonesia (2013) berjumlah 11,9% dan berdasarkan diagnosis atau gejala 24,7%. Sedangkan prevalensi tertinggi pada provinsi di Indonesia tahun 2013 terdapat di Nusa Tenggara Timur (33,1%), diikuti Jawa Barat (32,1%) dan Bali (30%). Selanjutnya prevalensi yang terjadi di Jawa Tengah berjumlah 26,9% dan berdasarkan diagnosis atau gejala 11,2% (Kementrian Kesehatan RI, 2013).

Di Jawa Tengah penyakit sendi merupakan urutan tertinggi diantara Penyakit Tidak Menular (PTM) lainnya, yakni sebesar 11,2% (Kementrian Kesehatan RI, 2013) dan tepatnya wilayah Sukoharjo merupakan salah satu wilayah yang memiliki jumlah penderita RA yang cukup tinggi. Pada Tahun 2017 penderita RA di wilayah Sukoharjo sebanyak 968 penderita (Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo, 2017). Dalam satu tahun terakhir kasus tertinggi terjadi di Puskesmas Kartasura yang membawahi 12 desa dengan penderita sejumlah 386 dan yang tertinggi di wilayah ini adalah Makam Haji, yaitu berjumlah 117 penderita. Jumlah penderita berjenis kelamin perempuan di wilayah Kartasura sebanyak 291 dan 91 berjenis kelamin laki-laki, dengan rata-rata prevalensi kekambuhan dalam satu tahun berjenis kelamin perempuan sebanyak 1.89% dan jenis kelamin laki-laki sebanyak 1.9% (*Medical Record*, Puskesmas Kartasura, 2017).

Penyakit ini umumnya dianggap “penyakit orangtua” dan digambarkan sebagai “penyakit yang sepi” karena seringkali tidak ada tanda-tanda yang terlihat terutama diawal penyakit (Protero *et al.*, 2017), namun menurut *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) tahun 2017, RA memiliki tanda dan gejala antara lain: nyeri di beberapa persendian, kekakuan persendian, pembengkakan sendi, gejala yang sama di kedua sisi tubuh seperti tangan dan kaki (*arthritis* simetris), kehilangan berat badan, demam, kelemahan, dan cepat lelah.

Stressor fisiologis dan psikologis merupakan faktor pencetus yang bisa menyebabkan penyakit ini kambuh kembali, kedua faktor ini pada umumnya sama, namun fenomena menggambarkan bahwa faktor pencetus ini dipengaruhi berbagai latar belakang individu yang berbeda (Colebatch & Edwards, 2011). Faktor fisik yang umumnya menyebabkan kekambuhan adalah infeksi dengan presentase 49.6% dan *physical* trauma 46.4% yang pada umumnya *physical trauma* berkaitan dengan penggunaan berlebih pada sendi yang mengakibatkan keparahan pada pasien RA (Yılmaz *et al.*, 2017). Kemudian faktor fisiologis seperti faktor genetik bertanggungjawab atas jumlah distribusi yang terjadi diseluruh dunia. Sebagai contoh, prevalensi tertinggi yang telah diamati pada suku Indian Amerika Utara mencapai 30% (Ingegnoli *et al.*, 2013).

Sedangkan faktor psikologis yang berpengaruh terhadap kekambuhan penyakit RA adalah faktor *psychological stress*/ gangguan *mood*. Kehidupan yang penuh tekanan mengakibatkan serangan RA

sebanyak 86% kasus, dan tingginya tingkat stress dapat diprediksi prognosis penyakit yang lebih buruk sehingga dapat diperkirakan bahwa orang dengan RA mungkin sangat sensitif terhadap stressor tertentu dan/atau menghasilkan respon stres yang lebih besar, sehingga memiliki hubungan yang signifikan antara trauma, gangguan *mood*, dan kualitas hidup yang meningkatkan sensasi rasa nyeri atau persepsi nyeri pada penderita RA (Tillmann *et al.*, 2013).

Kekambuhan atau periode kaparahan sering terjadi pada penderita RA, yang berarti periode remisi jarang terjadi. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Schipper *et al.*, (2010) telah menggambarkan bahwa remisi RA yang berkelanjutan jarang terjadi, dan hanya 17% sampai 36% pasien RA yang mengalami remisi selama 6 bulan dan tidak mendapatkan adanya remisi RA dalam waktu melebihi 6 bulan, sehingga dapat disimpulkan bahwa remisi jangka panjang jarang terjadi, mengingat probabilitas remisi yang berlangsung 2 tahun adalah 6% sampai 14%.

Studi pendahuluan yang telah dilakukan pada tujuh orang responden yang menderita *rheumatoid arthritis* di wilayah kerja Puskesmas Kartasura diperoleh bahwa seluruh responden belum mengetahui secara pasti penyebab penyakit yang mereka alami. Lima dari tujuh orang mengatakan bahwa mereka memiliki riwayat penyakit RA dan mengalami kekambuhan apabila terjadi kecemasan psikologis. Sebanyak 57% penderita RA mengalami kekakuan pagi/ nyeri yang timbul ketika bangun dipagi hari dan seluruh penderita mengalami gejala fisiologi

seperti kelemahan, demam, benjolan dan memiliki riwayat merokok. Seluruh penderita mengatakan nyeri timbul saat melakukan aktivitas berlebih dan reda atau berkurang saat beristirahat, namun mereka belum mengetahui pasti penyebab kekambuhan yang dialami.

Kekambuhan umumnya terjadi pada seseorang yang menderita RA termasuk di wilayah tersebut, sayangnya belum ada penelitian yang meneliti tentang stressor penyebab terjadinya kekambuhan RA, dan penelitian yang dilakukan oleh Yılmaz et al., (2017) di Ankara Turki menyatakan bahwa gejala sendi banyak disebabkan oleh stressor psikologis seperti gangguan mood dan stressor fisiologis seperti trauma fisik.

Berdasarkan fenomena yang telah diuraikan, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai deskripsi jenis-jenis stressor fisiologis dan psikologis yang menyebabkan kekambuhan pada penderita rheumatoid arthritis di komunitas.

B. Rumusan Masalah

Penyakit kronis yang salah satunya adalah *Rheumatoid Arthritis* merupakan penyakit yang selalu mengalami remisi (sembuh/reda) dan *recurrence/ relapse* (kambuh). Berbagai faktor pencetus bisa menyebabkan penyakit ini kambuh kembali, baik faktor fisiologis maupun psikologis. Kedua faktor ini pada umumnya sama, namun fenomena menggambarkan bahwa faktor pencetus ini dipengaruhi berbagai latar belakang individu. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Yılmaz et

al., (2017) kekambuhan RA terjadi karena stressor fisiologis (fisik) dan stressor psikologis. Oleh karena itu penting untuk diteliti jenis stressor fisiologis dan psikologis yang menyebabkan kekambuhan pada individu yang menderita RA. Berdasarkan latar belakang diatas dapat dirumuskan suatu rumusan masalah yaitu “Apa saja jenis-jenis stressor fisiologi dan psikologi yang menyebabkan kekambuhan pada penderita rheumatoid arthritis di komunitas?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui jenis-jenis stressor fisiologis dan psikologis yang menyebabkan kekambuhan pada penderita rheumatoid arthritis di komunitas

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui demografi respondent *rheumatoid arthritis* di komunitas
- b. Mengetahui gejala yang muncul pada penderita *rheumathoid arthritis* di komunitas
- c. Mengetahui jenis stressor pencetus fisiologis kekambuhan penderita *rheumathoid arthritis* di komunitas
- d. Mengetahui jenis stressor pencetus psikologis kekambuhan penderita *rheumathoid arthritis* di komunitas

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi penelitian selanjutnya dan dapat diaplikasikan demi perkembangan ilmu keperawatan dimasa mendatang.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Sebagai sarana pengaplikasian teori yang sudah didapat dan menambah pengetahuan serta wawasan di lapangan.

b. Bagi Masyarakat

Memberikan informasi kepada masyarakat tentang faktor pencetus kekambuhan penyakit *rheumatoid arthritis* agar dapat mencegah dan mengurangi kekambuhan penyakit dikemudian hari.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi salah satu masukan bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

d. Bidang Pelayanan

Memberikan gambaran dan informasi tentang fenomena yang banyak terjadi dimasyarakat terkait dengan stressor fisiologis dan psikologis, sehingga dapat dilakukan upaya promotif dan preventif

E. Keaslian Penelitian

1. Yılmaz *et al.*, (2017), tentang “*Rheumatoid Arthritis: Are psychological factors effective in disease flare?*” Di Ankara Dışkapı Rumah Sakit Pelatihan dan Penelitian, Ankara, Turki. Analisis data dilakukan dengan menggunakan Paket Statistik untuk Ilmu Sosial (IBM Corp., Armonk, NY, USA) 22.0 for Windows. Variabel kontinyu dievaluasi dengan menggunakan uji Kolmogorov-Smirnov. Statistik deskriptif dilaporkan sebagai mean $\pm$ standar deviasi untuk variabel kontinyu dan frekuensi dan persentase (%) untuk variabel nominal menggunakan uji chi-square. Signifikansi perbedaan antara kelompok diselidiki dengan menggunakan uji Mann-Whitney U. Analisis regresi logistik digunakan untuk mengetahui korelasi yang signifikan. $P < 0,05$ menunjukkan signifikansi statistik.

Sebanyak 274 pasien dengan RA yang dirawat Rumah Sakit antara Januari 2010 dan Januari 2016. Aktivitas penyakit dievaluasi dengan menggunakan skor aktivitas penyakit 28 (DAS 28); status fungsional dievaluasi menggunakan Kuesioner Penilaian Kesehatan yang dimodifikasi (m-HAQ), sebuah kuesioner yang terdiri dari domain kambuh atau remisi seperti tekanan psikologis dan status mood, trauma fisik, rejimen gizi, infeksi, penggunaan antibiotik, dan perubahan cuaca. *Beck Depression Inventory* (BDI) dan *Beck Anxiety Inventory* (BAI) digunakan untuk mengidentifikasi apakah pasien memiliki gangguan mood. Empat subskala skala pengukuran Arthritis Impact-2

(AIMS-2) (tingkat ketegangan, mood, persepsi umum kesehatan, dan kepuasan terhadap kesehatan) digunakan untuk menentukan kualitas hidup pasien.

Hasil dari penelitian ini sebanyak 261 pasien dengan jenis kelamin, perempuan (95,3%) dan 13 laki-laki (4,7%); usia rata-rata adalah $52,1 \pm 9,41$ tahun. Dua ratus enam puluh satu pasien (98,8%) melaporkan setidaknya terdapat satu faktor penyakit, sementara 144 (54,4%) melaporkan setidaknya satu faktor penyebab remisi penyakit. Menurut persepsi pasien, alasan yang paling sering gejala sendi adalah stres psikologis dan gangguan mood (86,1%), diikuti oleh infeksi (49,6%) dan trauma (46,4%). Faktor yang paling sering untuk remisi gejala adalah penggunaan antibiotik (42,7%), cuaca dingin (34,3%), dan cuaca panas (19,0%).

Perbedaan dengan penelitian saat ini adalah judulnya, tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui penyebab keparahan dan berkurangnya RA sedangkan penelitian saya lebih spesifik terhadap jenis stressor fisilogis dan psikologisnya yang menyebabkan kambuhnya RA.

2. Bawarodi *et al.*, (2017) tentang “Faktor-faktor yang berhubungan dengan kekambuhan penyakit rematik di wilayah Puskesmas Beo Kabupaten Talaud”. Di Puskesmas Beo Kabupaten Talaud. Analisis data dilakukan menggunakan metode survei analitik, dengan pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini, yaitu 32 responden yang terdiagnosis rematik. Faktor yang berhubungan

dengan kekambuhan penyakit rematik diantaranya tingkat pengetahuan, faktor pekerjaan/ aktivitas dan pola makan. Faktor tingkat pengetahuan yang telah dilakukan dengan menggunakan uji statistik, dari uji chi-square pada tingkat kemaknaan 95% ($\alpha=0,05$) menunjukkan nilai p-Value 0,002, didapatkan hasil nilai p-Value lebih kecil dari ($\alpha=0,05$) yang berarti H_a diterima. Faktor pekerjaan/aktivitas dari uji chi-square menunjukkan pada tingkat kemaknaan 95% ($\alpha=0,05$) menunjukkan nilai p-Value 0,04, didapatkan hasil nilai p-Value lebih kecil dari $\alpha=0,05$ yang berarti H_a diterima. Faktor pola makan menunjukkan bahwa statistik, dari uji chi-square pada tingkat kemaknaan 95% ($\alpha=0,05$) menunjukkan nilai p-Value 0,017, didapatkan hasil nilai p-Value lebih kecil dari $\alpha=0,05$ yang berarti H_a diterima.