

Perbedaan Kualitas Hidup antara Berbagai Metode Manajemen Nyeri pada Pasien Nyeri Kronis

Kadek Pramitha Sari¹ & Magdalena S. Halim²

^{1,2}Magister Psikologi Profesi Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya

Abstract. The purpose of this research was to know the difference Quality Of Life (QOL) among chronic pain patient with various method of pain management that is pharmacology, pharmacology and physiotherapy, physiotherapy and multidisciplinary chronic pain management program (Potensi). We used several questionnaire, such as disability, pain intensity, PSEQ, PRSS, WHOQOL-BREF, PDM, DASS administered in 77 patients with chronic pain. The results of this study showed that there are significant differences in QOL between patients with chronic pain in the four methods of pain management. The results of the study revealed that the QOL in the pain group with Potensi method is better than the other three methods. In addition, there were significant differences in the QOL of chronic pain-related pain patients in general and the dimensions of pain relief. It can be concluded that the method of pain management is effective in dealing with patients with chronic pain that is by Potential method.

Keywords: chronic pain; pain management; quality of life

Abstrak. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup (QOL) antara pasien nyeri kronis dengan berbagai metode manajemen nyeri yaitu metode farmakologi, farmakologi dan fisioterapi, fisioterapi, serta Program Tatalaksana Nyeri Kronis Multidisiplin (Potensi). Alat ukur yang digunakan yaitu disabilitas, intensitas nyeri, PSEQ, PRSS, WHOQOL-BREF, PDM, DASS yang diadministrasikan pada 77 pasien nyeri kronis. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya perbedaan kualitas hidup yang signifikan antara pasien nyeri kronis pada keempat metode *pain management*. Kualitas hidup pada kelompok nyeri dengan metode Potensi lebih baik dibandingkan dengan tiga metode yang lain. Selain itu, terdapat perbedaan signifikan kualitas hidup pasien nyeri kronis terkait nyeri secara umum dan dimensi *pain relief*. Dapat disimpulkan bahwa Potensi merupakan metode manajemen nyeri yang efektif dalam menangani pasien nyeri kronis.

Kata kunci: kualitas hidup; manajemen nyeri; nyeri kronis

Nyeri merupakan alasan yang paling umum sehingga individu mencari perawatan kesehatan, karena nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan aktivitas individu (Gatchel, Peng, Fuchs, Peters & Turk, 2007). Pengungkapan terhadap rasa

nyeri bersifat sangat subjektif dan hanya orang yang mengalami yang dapat mengungkapkan, menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Lee & Tracey, 2010; Mubarak & Chayatin, 2007; Turk & Winter, 2010). Menurut *International*

¹Korespondensi mengenai artikel ini dapat melalui:
kadekpramitha@gmail.com,

²magdalena.halim@atmajaya.ac.id

Association for Study of Pain (IASP) nyeri diartikan sebagai sensasi fisik atau kondisi emosi yang tidak diinginkan akibat rusaknya saraf atau jaringan di dalam tubuh seseorang (IASP, 2012; Sares, 2008). Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik maupun pengobatan lain (Brunner & Suddarth's, 2010). Nyeri dapat berasal dari setiap bagian dari tubuh manusia seperti kulit, otot, ligamen, sendi, tulang (nyeri *nociceptive*), jaringan terluka (nyeri inflamasi), saraf (nyeri neuropatik), organ internal (nyeri viseral) atau kombinasi dari jenis rasa sakit (nyeri campuran) (The British Pain Society, 2010). Di Indonesia, prevalensi individu yang menderita nyeri kronis khususnya muskuloskeletal sekitar 35,86 % total dari kunjungan pasien nyeri (PERDOSSI, 2007) dan sebagian besar yang mengalaminya adalah individu yang bekerja dan individu yang tinggal di kota besar (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013). Rentang usia individu yang menderita nyeri muskuloskeletal berada pada rentang usia 41 hingga 60 tahun atau usia produktif (Purba, 2006).

Nyeri kronis adalah nyeri yang terus menerus terjadi selama tiga bulan atau lebih. Penderita nyeri kronis biasanya akan memiliki kecemasan yang tinggi dan cenderung mengembangkan perasaan putus asa dan tidak berdaya. Hal ini dikarenakan penderita nyeri kronis merasa berbagai pengobatan yang dijalannya tidak dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan (Sarafino & Smith, 2011). Contoh nyeri kronis antara lain nyeri yang berhubungan dengan sakit pinggang (*low back pain*), arthritis, dan kerusakan saraf atau *neurogenic pain*. Nyeri yang dialami penderita nyeri kronis bersifat kompleks dan merupakan hasil interaksi faktor-

faktor fisiologis, psikologis, sosial serta pengalaman masa lalu individu dan manfaat *treatment* yang dijalannya selama ini (Gatchel, Peng, Fuchs, Peters & Turk, 2007; IASP 2012; Linton 2005; Nay & Fetherstonhaugh, 2012). Pasien nyeri kronis yang menganggap nyerinya sebagai sesuatu yang mengganggu dan menghalanginya dalam beraktivitas akan mengalami perasaan tidak berdaya, penurunan tingkat aktivitas dan intensitas nyeri yang lebih tinggi serta mengalami *distress* emosional yang lebih tinggi (ACPA, 2016; Breivik, Collet, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006; Godsoe, 2008).

Keyakinan penderita bahwa nyeri tidak dapat dikendalikan juga berhubungan dengan meningkatnya penggunaan obat-obatan medis, dan simtom-simtom depresi (Godsoe, 2008). Di samping itu, *self-efficacy* yang rendah juga berhubungan dengan rendahnya toleransi terhadap nyeri, penghindaran sosial, tingginya ketidakmampuan dalam beraktivitas mandiri, dan buruknya hasil *treatment* yang dijalani (Godsoe, 2008). Oleh karena itu, tampak jelas bahwa berbagai faktor psikososial memiliki dampak yang besar terhadap penderita nyeri kronis. Tentu saja hal ini berdampak pada kualitas kesehatan pasien yang berdampak pada rendahnya kualitas hidup pasien dengan nyeri kronis (Gustorff, Dorner, Likar, Grisold, Lawrence, Schwarz, & Rieder, 2008; Otto, Bach, Jensen, & Sindrup, 2007; Vasudevan, 2004).

Kualitas hidup menurut definisi WHO adalah persepsi dari individu terhadap kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup, kaitannya dengan tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran dalam hidup (Preedy & Watson, 2010). Kualitas hidup sebagai dampak dari penyakit dan aspek kepuasan yang diukur dengan beberapa skala seperti

fungsi fisik (didefinisikan sebagai status fungsional dalam kehidupan sehari-hari), disfungsi psikologis (tingkat *distress* emosional), fungsi sosial (hubungan antar pribadi yang berfungsi dalam kelompok), pengobatan (didefinisikan sebagai kecemasan atau kekhawatiran tentang penyakit dan program perawatan), fungsi kognitif (kinerja kognitif dalam pemecahan masalah). Faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup seseorang antara lain dipengaruhi oleh jenis kelamin, hal ini dikarenakan setiap jenis kelamin memiliki peran sosial yang berbeda di masyarakat, usia, hingga pendidikan (Preedy & Watson, 2010). Individu dikatakan memiliki kualitas hidup yang positif bila individu tersebut memiliki pandangan psikologis yang positif, memiliki kesejahteraan emosional, memiliki kesehatan fisik dan mental yang baik, memiliki kemampuan fisik untuk melakukan hal-hal yang ingin dilakukan, memiliki hubungan yang baik dengan keluarga maupun teman, berpartisipasi dalam kegiatan sosial, tinggal dalam lingkungan yang aman dengan fasilitas yang baik dan memiliki uang yang cukup untuk memenuhi kebutuhannya sehari-hari (Preedy & Watson, 2010).

Dalam meningkatkan kualitas hidup pasien nyeri kronis, diperlukan penanganan untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. Ada berbagai bentuk manajemen nyeri untuk meningkatkan kualitas hidup pasien nyeri kronis yaitu farmakologi dan nonfarmakologi. Penggunaan farmakologi adalah metode yang paling umum digunakan dalam mengontrol rasa sakit akibat nyeri kronis sementara waktu. Walaupun begitu beberapa pasien dengan nyeri kronis menjadi tidak realistis lagi dengan obatan-obatan yang digunakannya dalam mengurangi nyeri kronis (Feinberg, Willer, Antonenko & John, 2012).

Penggunaan farmakologi dalam jangka waktu yang panjang, menyebabkan efek samping akibat penggunaan yang terlalu lama maupun adanya kombinasi dengan penggunaan obat lain. Hal ini cukup berbahaya bagi kesehatan pasien dan bisa mengancam hidup pasien itu sendiri (ACPA, 2016).

Nonfarmakologi terdiri dari berbagai metode, seperti fisioterapi, kombinasi farmakologi dan fisioterapi serta Potensi yang melibatkan multidisiplin ilmu. Tujuan dari pemberian pengobatan maupun pendekatan manajemen nyeri kepada pasien nyeri kronis adalah untuk memulihkan fungsi dan meningkatkan kualitas hidup pasien nyeri kronis (Gordon, *et al.*, 2010). Fisioterapi dilakukan untuk meningkatkan kekuatan otot, mempercepat proses penyembuhan, mengurangi rasa nyeri serta mengembalikan mobilitas dan ketahanan kerja otot paska cedera (Arovah, 2010). Terdapat berbagai macam jenis alat fisioterapi yang digunakan dan disesuaikan dengan kebutuhan pasien nyeri kronis seperti TENS, US, *manual therapy*, *exercise therapy* dan lain-lain. Namun terdapat beberapa resiko yang dapat terjadi pada pasien nyeri kronis ketika menjalani fisioterapi antara lain cedera pada saat latihan ataupun pada saat menerima terapi *thermal* dan *electrotherapy*, mengalami luka bakar pada *thermotherapy* atau *frozen bite* pada *cryotherapy*.

Penelitian manajemen nyeri yang menggunakan multidisiplin ilmu (neurologi, fisioterapi dan psikologi) yang sedang diterapkan di Indonesia adalah Program Tatalaksana Nyeri Kronis Multidisiplin (Potensi). Potensi diadaptasi dari penelitian di Rumah Sakit Selayang Malaysia (Menang) yang dikembangkan oleh Cardosa, Osman, Nicholas, Tonkin, Williams, Aziz, Ali, & Dahari pada tahun

2012. Program Potensi ini dilakukan di Rumah Sakit Atma Jaya Jakarta sejak 2016. Program Potensi ini melibatkan dokter spesialis saraf, dokter spesialis rehabilitasi medik, terapis serta psikolog klinis dengan pendekatan *Cognitive Behavior Therapy*. Untuk menggunakan program Potensi, terdapat beberapa prosedur standar yang sudah ada seperti menggunakan pengukuran terkait depresi, stres, kecemasan (DASS), *self-fficacy* (PSEQ), *self statement* (PRSS), intensitas nyeri dan disabilitas yang diderita pasien nyeri kronis. Alat ukur ini wajib digunakan apabila ingin menggunakan program Potensi.

Penelitian kualitas hidup menjadi penting untuk diteliti karena bertujuan untuk mengetahui dampak dari berbagai metode atau pengobatan manajemen nyeri yang dijalani pasien nyeri kronis. Persepsi individu tentang dampak dan kepuasan mengenai derajat kesehatan serta keterbatasannya menjadi penting sebagai evaluasi akhir terhadap proses pengobatan yang dilakukan (Reis, *et al.*, 2013). Pengobatan untuk pasien nyeri kronis harus mempertimbangkan manfaat dan efek samping dari masing-masing pendekatan tersebut serta masalah medis lain yang diderita oleh pasien nyeri kronis dalam meningkatkan kualitas hidup mereka. Menerapkan pendekatan yang sesuai atau cocok, umumnya lebih efektif dalam mengatasi nyeri dan meningkatkan kualitas hidup pasien nyeri kronis (ACPA, 2016). Di Indonesia, sejauh ini belum diketahui dengan pasti metode manajemen nyeri mana yang sesuai, cocok atau bahkan efektif dalam penanganan terhadap pasien nyeri kronis dengan mempertimbangkan kelebihan dan kekurangan masing-masing metode manajemen nyeri yang ada. Karakteristik pasien nyeri kronis yang berbeda-beda antar pasien terhadap penyakit maupun pengobatan yang

diberikan serta dengan adanya berbagai macam faktor yang menyertai dan memengaruhi pasien nyeri kronis, diperkirakan akan berdampak pada kondisi dan kualitas hidup pasien nyeri kronis itu sendiri.

Oleh karena itulah, penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui perbedaan hasil kualitas hidup antara berbagai metode manajemen nyeri pada pasien nyeri kronis yang menggunakan metode farmakologi, fisioterapi, kombinasi antara farmakologi dan fisioterapi, dan Potensi. Manfaat dari penelitian adalah pertama, penelitian ini dapat menambah sumbangan literatur di bidang psikologi kesehatan dan psikologi klinis, kedokteran dan rehabilitasi medik. Kedua, penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan pada multidisiplin ilmu dalam menentukan metode pengobatan yang sesuai pada pasien nyeri kronis sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Ketiga, dapat memberikan edukasi kepada pasien nyeri kronis maupun keluarga pasien nyeri kronis terkait kekurangan dan kelebihan dari masing-masing metode manajemen nyeri. Keempat, dapat membantu pasien nyeri kronis dalam mengurangi ketergantungannya terhadap salah satu pengobatan manajemen nyeri yaitu farmakologi. Mengacu pada uraian di atas, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah terdapat perbedaan kualitas hidup yang signifikan antara berbagai metode manajemen nyeri pada pasien nyeri kronis.

Metode

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah eksperimen kuasi dengan *posttest only control group* yang melibatkan lebih dari 2 kelompok (Creswell, 2012; Sugiyono, 2011). Pendekatan dengan eksperimen kuasi dipilih, dikarenakan pasien sedang

mendapatkan penanganan, pengobatan atau terapi terlebih dahulu saat akan diambil datanya serta tidak melakukan manipulasi terhadap manajemen nyeri (IV). Selain itu, jarang ditemukan pasien yang benar-benar baru akan mendapatkan pengobatan medis untuk nyeri kronis yang dideritanya setelah didiagnosa mengalami nyeri kronis serta tidak adanya randomisasi dalam pengambilan data pasien karena telah ditetapkan beberapa kriteria karakteristik partisipan. Metode pengolahan data yang digunakan adalah dengan *statistic non parametric* Kruskal Wallis. Selanjutnya apabila terdapat perbedaan signifikan dalam pengujian Kruskal Wallis, maka akan dilanjutkan dengan uji *post hoc* untuk mengetahui perbedaan tersebut terjadi antar kelompok penelitian yang mana.

Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 77 pasien pengguna asuransi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di berbagai rumah sakit yang ada di Jakarta, Bandung, Palembang, dan Bali yang mengalami nyeri kronis. Dengan karakteristik partisipan yaitu telah didiagnosa oleh dokter spesialis saraf mengalami nyeri kronis, telah menderita nyeri kronis lebih dari 3 bulan, menggunakan BPJS, pasien dengan usia produktif serta tingkat pendidikan minimal Sekolah Dasar (SD). Pemilihan partisipan menggunakan teknik *purposive sampling*.

Berdasarkan data demografis penelitian, rata-rata usia partisipan masuk dalam kategori dewasa madya sebanyak 50 partisipan (64,9%) dan mayoritas berjenis kelamin perempuan sebanyak 63 partisipan (81,8%). Pendidikan terakhir partisipan rata-rata adalah jenjang S1 sebanyak 31 partisipan (40,3%) dan telah menikah sebanyak 63 partisipan (81,8%).

Partisipan dalam penelitian ini rata-rata bekerja sebanyak 35 partisipan (45,5%) dan penghasilan mereka di bawah Upah Minimum Provinsi (UMP) sebanyak 41 partisipan (53,2%). Jenis nyeri yang paling banyak dilaporkan adalah *low back pain* (LBP) sebanyak 38 partisipan (49,4%) dan lama nyeri yang diderita lebih dari 3 bulan sebanyak 77 partisipan (100%).

Selain mengalami nyeri, rata-rata partisipan memiliki kombinasi sakit lain (diabetes, kolesterol, maag, dan hipertensi) sebanyak 46 partisipan (59,7%). Untuk ukuran fisik yaitu berat badan dan tinggi badan, rata-rata partisipan tergolong memiliki berat badan masuk dalam kategori berat sebanyak 39 partisipan (50,6%) dan tinggi rata-rata masuk dalam kategori tinggi sebanyak 77 partisipan (100%).

Instrumen penelitian

Terdapat beberapa alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) digunakan untuk mengukur indikasi atau kecenderungan depresi, kecemasan dan stres seseorang. *Pain Self-Efficacy Questionnaire* (PSEQ) digunakan untuk melihat tingkat keyakinan pasien untuk tetap beraktivitas meskipun sedang merasakan nyeri.

Pain-related self statements (PRSS) digunakan untuk melihat seberapa sering pemikiran membesar-besarkan pasien muncul pada saat sedang nyeri, WHOQOL-BREF digunakan untuk mengukur kualitas hidup seseorang. *Pain and discomfort module* (PDM) digunakan untuk mengukur kualitas hidup khususnya pada pasien nyeri kronis. Kuesioner disabilitas digunakan untuk melihat keterbatasan tingkat aktivitas yang dirasakan oleh

pasien karena sakitnya. Intensitas nyeri yang digunakan untuk melihat tingkat keparahan nyeri dari pasien tersebut. Sejumlah kuesioner ini akan diberikan pada saat sesi terakhir pasien nyeri kronis menjalani terapi.

Hasil

Dari tabel 1, diketahui bahwa terdapat perbedaan signifikan antara kualitas hidup dengan keempat metode manajemen nyeri baik kualitas hidup secara umum maupun per dimensi ($p = 0,000 \leq 0,05$). Bila berdasarkan peringkat, kelompok Potensi

memiliki kualitas hidup yang paling baik ($mean\ rank = 69,00$) dibandingkan tiga kelompok yang lain baik secara fisik ($mean\ rank = 68,56$), psikologis ($mean\ rank = 68,91$), relasi sosial ($mean\ rank = 62,15$) maupun lingkungan ($mean\ rank = 60,68$). Artinya pada kelompok Potensi, kualitas hidup yang dimiliki secara umum tergolong baik bila berdasarkan peringkat. Sedangkan kelompok yang memiliki kualitas hidup rendah secara umum adalah kelompok farmakologi dan fisioterapi ($mean\ rank = 25,48$). Dan untuk peringkat per dimensi, kelompok farmakologi dan fisioterapi memiliki nilai rendah pada dimensi fisik

Tabel 1.

Uji kruskal wallis kualitas hidup pada keempat metode manajemen nyeri

	Test Statistics ^{a,b}			Ranks		
	Chi-Square	df	Asymp. Sig	Manajemen Nyeri	N	Mean Rank
WHOQOL-BREF	40,598	3	0,001	Farmakologi	20	32,90
				Fisioterapi	20	33,13
				Farmakologi dan Fisioterapi	20	25,48
				Potensi	17	69,00
				Total	77	
Fisik	46,562	3	0,001	Farmakologi	20	41,95
				Fisioterapi	20	25,13
				Farmakologi dan Fisioterapi	20	24,80
				Potensi	17	68,56
				Total	77	
Psikologis	41,068	3	0,001	Farmakologi	20	31,08
				Fisioterapi	20	33,20
				Farmakologi dan Fisioterapi	20	27,30
				Potensi	17	68,91
				Total	77	
Relasi Sosial	28,036	3	0,001	Farmakologi	20	30,58
				Fisioterapi	20	37,28
				Farmakologi dan Fisioterapi	20	29,48
				Potensi	17	62,15
				Total	77	
Lingkungan	24,971	3	0,001	Farmakologi	20	26,80
				Fisioterapi	20	38,55
				Farmakologi dan Fisioterapi	20	33,23
				Potensi	17	60,68
				Total	77	

a. Kruskal Wallis Test b. Grouping Variable: Manajemen Nyeri

(*mean rank* = 24,80), psikologis (*mean rank* = 27,30), dan relasi sosial (*mean rank* = 29,48). Namun pada dimensi lingkungan, kelompok farmakologi yang tergolong memiliki nilai rendah pada dimensi ini (*mean rank* = 26,80). Untuk menguji lebih lanjut perbedaan dari masing-masing dimensi pada masing-masing kelompok, maka peneliti melakukan uji *post hoc*.

Berdasarkan hasil uji *post hoc*, dapat diketahui bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup pasien nyeri kronis yang signifikan antara kelompok Potensi dengan

kelompok farmakologi, fisioterapi, serta farmakologi dan fisioterapi baik pada domain fisik psikologis, relasi sosial maupun lingkungan ($p = 0,000 \leq 0,05$). Artinya kualitas hidup pasien nyeri kronis yang menggunakan metode manajemen nyeri Potensi memiliki kualitas hidup yang baik bila dibandingkan dengan tiga metode yang lain. Sedangkan kualitas hidup pasien nyeri kronis terkait nyeri pada keempat metode manajemen nyeri diketahui sebagai berikut (Tabel 3).

Tabel 2.
Uji beda *post hoc* kualitas hidup pada keempat metode manajemen nyeri

Dependent Variabel	(I) Pain Mangement	(J) Manajemen Nyeri	Mean Difference (I - J)	Std. Error	Sign	95 % Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
WHOQOL-BREF	Potensi	Farmakologi	22,129*	2,214	0,001	16,31	27,95
		Fisioterapi	21,579*	2,214	0,000	15,76	27,40
		Farmakologi dan Fisioterapi	23,729*	2,214	0,000	17,91	29,55
Fisik	Potensi	Farmakologi	19,979*	2,478	0,000	13,46	26,49
		Fisioterapi	25,279*	2,478	0,000	18,76	31,79
		Farmakologi dan Fisioterapi	26,179*	2,478	0,000	19,66	32,69
Psikologis	Potensi	Farmakologi	27,665*	2,757	0,000	20,41	34,91
		Fisioterapi	26,565*	2,757	0,000	19,31	33,81
		Farmakologi dan Fisioterapi	28,915*	2,757	0,000	21,66	36,16
Relasi Sosial	Potensi	Farmakologi	22,465*	3,748	0,000	12,61	32,32
		Fisioterapi	18,815*	3,748	0,000	8,96	28,67
		Farmakologi dan Fisioterapi	24,165*	3,748	0,000	14,31	34,02
Lingkungan	Potensi	Farmakologi	18,012*	2,674	0,000	10,98	25,04
		Fisioterapi	12,962*	2,674	0,000	5,93	19,99
		Farmakologi dan Fisioterapi	15,362*	2,674	0,000	8,33	22,39

*the mean difference is significant at the 0,05 level

Tabel 3.

Uji kruskal wallis kualitas hidup terkait nyeri pada keempat metode manajemen nyeri

Test Statistics ^{a,b}				Ranks		
	Chi-Square	df	Asymp. Sig	Manajemen Nyeri	N	Mean Rank
PDM	10,164	3	0,017	Farmakologi	20	35,03
				Fisioterapi	20	29,73
				Farmakologi dan Fisioterapi	20	41,15
				Potensi	17	52,06
				Total	77	
Pain Relief	52,634	3	0,000	Farmakologi	20	26,95
				Fisioterapi	20	34,65
				Farmakologi dan Fisioterapi	20	29,90
				Potensi	17	69,00
				Total	77	

a. Kruskal Wallis Test b. Grouping Variable: Manajemen Nyeri

Pada hasil uji kruskal wallis di atas, diketahui bahwa terdapat perbedaan signifikan antara kualitas hidup terkait nyeri secara umum ($p = 0,017 \leq 0,05$) dan *pain relief* ($p = 0,000 \leq 0,05$) dengan keempat metode *pain management*. Berdasarkan peringkat, kelompok Potensi memiliki PDM ($mean\ rank = 52,06$), *pain relief* ($mean\ rank = 69,00$) dan *uncertainty* ($mean\ rank = 45,79$) yang paling baik dibandingkan tiga kelompok yang lain. Artinya secara umum kualitas hidup pasien nyeri kronis terkait nyeri yang menggunakan metode manajemen nyeri memiliki hasil kualitas

hidup yang lebih baik bila dibandingkan tiga kelompok yang lainnya. Sedangkan dua domain yang lain yaitu domain *anger* ($mean\ rank = 44,25$) dan *vulnerability* ($mean\ rank = 42,38$) dimiliki oleh kelompok farmakologi dan fisioterapi. Artinya pada kelompok farmakologi dan fisioterapi mudah mengalami perubahan *mood* maupun cemas di saat nyeri sedang kambuh. Karena hasil tiap-tiap kelompok berbeda pada masing-masing dimensi, untuk menguji lebih lanjut perbedaan tersebut, maka akan dilakukan uji *post hoc*.

Tabel 4.

Uji beda *post hoc* kualitas hidup terkait nyeri pada keempat metode manajemen nyeri

Dependent Variabel	(I) Pain Mangement	(J) Manajemen Nyeri	Mean Difference (I - J)	Std. Error	Sign	95 % Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
PDM	Potensi	Farmakologi	11,244*	2,892	0,001	3,64	18,85
		Fisioterapi	13,244*	2,892	0,000	5,64	20,85
		Farmakologi dan Fisioterapi	9,294*	2,892	0,010	1,69	16,90
Pain Relief	Potensi	Farmakologi	33,282*	1,530	0,000	29,26	37,31
		Fisioterapi	31,432*	1,530	0,000	27,41	35,46
		Farmakologi dan Fisioterapi	32,682*	1,530	0,000	28,66	36,71

*the mean difference is significant at the 0.05 level

Pada tabel 4, kualitas hidup pasien nyeri kronis terkait nyeri terdapat perbedaan signifikan secara umum antara kelompok Potensi dengan kelompok farmakologi ($p = 0,001 \leq 0,05$), fisioterapi ($p = 0,000 \leq 0,05$), farmakologi dan fisioterapi ($p = 0,010 \leq 0,05$). Begitu pula pada domain *pain relief*, terdapat perbedaan signifikan antara kelompok farmakologi, fisioterapi, farmakologi dan fisioterapi dengan kelompok Potensi ($p = 0,000 \leq 0,05$). Artinya pasien nyeri kronis lebih dapat merasakan kenyamanan fisik maupun keringanan nyeri dengan menggunakan metode manajemen nyeri Potensi daripada menggunakan tiga metode yang lain. Sedangkan tiga domain kualitas hidup terkait nyeri yaitu *anger*, *vulnerability*, dan *uncertainty* tidak terdapat perbedaan terhadap keempat kelompok metode manajemen nyeri. Artinya pada masing-masing kelompok tetap merasakan

anger, *vulnerability* maupun *uncertainty* ketika nyeri sedang kambuh.

Berdasarkan tabel 5, menunjukkan adanya perbedaan signifikan antara depresi, kecemasan dan stres secara umum maupun per dimensi pada keempat metode manajemen nyeri ($p = 0,000 \leq 0,05$). Kelompok farmakologi dan fisioterapi memiliki tingkat paling tinggi pada depresi, cemas dan stres secara umum ($mean\ rank = 53,58$). Begitu pula per dimensi, diketahui bahwa kelompok ini memiliki tingkat kecemasan ($mean\ rank = 52,98$), depresi ($mean\ rank = 50,48$) dan stres paling tinggi ($mean\ rank = 52,63$). Karena terdapat perbedaan signifikan antara DASS secara umum maupun per dimensi pada keempat metode manajemen nyeri, maka selanjutnya dilakukan pengujian *post hoc*.

Tabel 5.
Uji kruskal wallis dass pada keempat metode manajemen nyeri

	Test Statistics ^{a,b}			Ranks		
	Chi-Square	df	Asymp. Sig	Manajemen Nyeri	N	Mean Rank
DASS	39,032	3	0,000	Farmakologi	20	39,35
				Fisioterapi	20	48,13
				Farmakologi dan Fisioterapi	20	53,58
				Potensi	17	10,71
				Total	77	
DASSa	30,810	3	0,000	Farmakologi	20	35,48
				Fisioterapi	20	48,53
				Farmakologi dan Fisioterapi	20	52,98
				Potensi	17	15,50
				Total	77	
DASSd	26,182	3	0,000	Farmakologi	20	36,45
				Fisioterapi	20	48,90
				Farmakologi dan Fisioterapi	20	50,48
				Potensi	17	16,85
				Total	77	
DASSs	38,044	3	0,000	Farmakologi	20	42,53
				Fisioterapi	20	46,23
				Farmakologi dan Fisioterapi	20	52,63
				Potensi	17	10,32
				Total	77	

a. Kruskal Wallis Test b. Grouping Variable: Manajemen Nyeri

Tabel 6.

Uji beda post hoc dass pada keempat metode manajemen nyeri

Dependent Variabel	(I) Pain Mangement	(J) Manajemen Nyeri	Mean Difference (I - J)	Std. Error	Sign	95 % Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
DASS	Potensi	Farmakologi	-32,082*	5,670	0,000	-46,99	-17,17
		Fisioterapi	-39,882*	5,670	0,000	-54,79	-24,97
		Farmakologi dan Fisioterapi	-47,882*	5,670	0,000	-62,79	-32,97
DASSa	Potensi	Farmakologi	-6,326*	1,915	0,008	-11,36	-1,29
		Fisioterapi	-9,426*	1,915	0,000	-14,46	-4,39
		Farmakologi dan Fisioterapi	-11,976*	1,915	0,000	-17,01	-6,94
DASSd	Potensi	Farmakologi	-6,353*	1,923	0,008	-11,41	-1,30
		Fisioterapi	-9,353*	1,923	0,000	-14,41	-4,30
		Farmakologi dan Fisioterapi	-11,353*	1,923	0,000	-16,41	-6,30
DASSs	Potensi	Farmakologi	-19,403*	2,694	0,000	-26,49	-12,32
		Fisioterapi	-21,103*	2,694	0,000	-28,19	-14,02
		Farmakologi dan Fisioterapi	-24,553*	2,694	0,000	-31,64	-17,47

*the mean difference is significant at the 0.05 level

Dari hasil uji *post hoc*, diketahui terdapat perbedaan signifikan tingkat *depression*, *anxiety* dan *stress* secara umum maupun per dimensi antara kelompok Potensi dengan kelompok farmakologi, fisioterapi serta kelompok farmakologi dan fisioterapi ($p = 0,000 \leq 0,05$). Artinya pasien pada kelompok Potensi ini memiliki tingkat depresi, stres dan kecemasan yang rendah bila dibandingkan tiga kelompok yang lainnya.

Dari tabel 7, diketahui bahwa terdapat perbedaan signifikan disabilitas, intensitas nyeri, PSEQ dan PRSS pada keempat metode manajemen nyeri ($p = 0,000 \leq 0,05$). Kelompok yang mengalami disabilitas paling tinggi adalah kelompok farmakologi dan fisioterapi (*mean rank* = 55,15). Kelompok yang paling mengalami tingkatan nyeri paling tinggi terjadi pada kelompok farmakologi dan fisioterapi

(*mean rank* = 52,48). Sedangkan dalam *self efficacy*, kelompok Potensi memiliki *self efficacy* paling tinggi dibandingkan ketiga kelompok yang lain (*mean rank* = 65,41). Sedangkan pemikiran *catastrophizing* paling tinggi dimiliki oleh kelompok farmakologi (*mean rank* = 49,80). Berdasarkan adanya temuan yang signifikan dari hasil uji beda tersebut, maka dilakukan uji *post hoc* seperti yang dipaparkan dalam tabel 8.

Tabel 8 menunjukkan adanya perbedaan signifikan pada tingkat disabilitas, intensitas nyeri dan *self efficacy* terjadi antara kelompok Potensi dengan ketiga kelompok yang lainnya ($p = 0,000 \leq 0,05$). Sedangkan pada pemikiran *catastrophizing*, terdapat perbedaan antara kelompok Potensi dengan kelompok farmakologi ($p = 0,000 \leq 0,05$) serta farmakologi dan fisioterapi ($p = 0,015 \leq 0,05$). Artinya pasien nyeri kronis

yang mengikuti program Potensi memiliki disabilitas yang rendah, mengalami intensitas nyeri yang rendah, menggunakan keyakinan diri untuk tetap dapat beraktivitas dan jarang menggunakan pemikiran *catastrophising* bila nyeri sedang kambuh dibandingkan tiga kelompok yang lainnya.

Diskusi

Kualitas hidup pasien nyeri kronis pada kelompok Potensi dapat dikatakan lebih baik daripada ketiga kelompok yang lain baik secara fisik, psikologis, relasi sosial maupun lingkungan. Pasien nyeri kronis pada program Potensi mendapatkan intervensi dari berbagai disiplin ilmu (dokter saraf, dokter rehabilitasi medik,

dan psikolog klinis) secara holistik (fisik, psikologis, dan sosial) dalam mengurangi intensitas nyeri, mengurangi pengonsumsi obat-obatan, melakukan beberapa kali latihan guna meningkatkan mobilitas fisik sehari-hari. Selain itu, keaktifan partisipan dalam program ini juga menjadi salah satu penyebab kualitas hidup pasien nyeri kronis pada kelompok Potensi lebih baik bila dibandingkan dengan ketiga kelompok yang lain seperti pasien aktif bertanya dengan para tim Potensi terkait nyeri, mendapatkan strategi atau cara dalam mengatasi nyeri maupun masalah yang lain, dan saling memberikan dukungan sesama pasien nyeri kronis untuk tetap menjalani program dari awal sampai akhir. Tingkat kualitas hidup paling rendah dimiliki oleh kelompok farmakologi dan fisioterapi baik dari

Tabel 7.

Uji kruskal wallis alat ukur *pain* pada keempat metode manajemen nyeri

	Test Statistics a,b			Ranks		
	Chi - Square	df	Asymp. Sig	Manajemen Nyeri	N	Mean Rank
Disabilitas	34,810	3	0,000	Farmakologi	20	37,73
				Fisioterapi	20	45,88
				Farmakologi dan Fisioterapi	20	55,15
				Potensi	17	13,41
				Total	77	
Intensitas Nyeri	23,594	3	0,000	Farmakologi	20	43,83
				Fisioterapi	20	38,70
				Farmakologi dan Fisioterapi	20	52,48
				Potensi	17	17,82
				Total	77	
PSEQ	35,856	3	0,000	Farmakologi	20	31,78
				Fisioterapi	20	39,53
				Farmakologi dan Fisioterapi	20	23,25
				Potensi	17	65,41
				Total	77	
PRSS	14,722	3	0,002	Farmakologi	20	49,80
				Fisioterapi	20	32,68
				Farmakologi dan Fisioterapi	20	46,18
				Potensi	17	25,29
				Total	77	

a. Kruskal Wallis Test b. Grouping Variable: Manajemen Nyeri

Tabel 8.

Uji beda post hoc alat ukur *pain* pada keempat metode manajemen nyeri

	(I) Manajemen Nyeri	(J) Manajemen Nyeri	Mean Difference (I - J)	Std. Error	Sign	95 % Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Disabilitas	Farmakologi	Farmakologi dan Fisioterapi	-3,950*	1,261	0,013	-7,27	-,63
	Farmakologi dan Fisioterapi	Farmakologi	3,950*	1,261	0,013	,63	7,27
	Potensi	Farmakologi Fisioterapi	-6,918*	1,316	0,000	-10,38	-3,46
		Farmakologi dan Fisioterapi	-8,568*	1,316	0,000	-12,03	-5,11
Intensitas Nyeri	Potensi	Farmakologi Fisioterapi	21,812*	2,342	0,000	15,65	27,97
		Farmakologi dan Fisioterapi	19,262*	2,342	0,000	13,10	25,42
		Farmakologi dan Fisioterapi	24,712*	2,342	0,000	18,55	30,87
PSEQ	Potensi	Farmakologi Fisioterapi	21,812*	2,342	0,000	15,65	27,97
		Farmakologi dan Fisioterapi	19,262*	2,342	0,000	13,10	25,42
PRSS	Potensi	Farmakologi dan Fisioterapi	24,712*	2,342	0,000	18,55	30,87
		Farmakologi Fisioterapi	9,400*	2,985	0,012	1,55	17,25
		Farmakologi Fisioterapi	-9,400*	2,985	0,012	-17,25	-1,55
		Farmakologi Fisioterapi	-13,776*	3,114	0,000	-21,96	-5,59
		Farmakologi dan Fisioterapi	-9,576*	3,114	0,015	-17,76	-1,39

*the mean difference is significant at the 0.05 level

dimensi fisik, psikologis, maupun pada relasi sosial. Pasien nyeri kronis pada kelompok ini, memiliki ketergantungan yang cukup besar terhadap obat-obatan dan adanya kombinasi obat penyakit lain yang dikonsumsi oleh pasien nyeri kronis. Selain itu, ketidakpatuhan pasien nyeri kronis dalam menjalani fisioterapi dimana program yang seharusnya dijalani 6 kali hanya dilakukan beberapa kali saja, tidak menerapkan latihan fisik yang disarankan oleh dokter rehabilitasi medik saat berada di rumah dan hanya melakukan fisioterapi saat berada di rumah sakit serta melakukan aktivitas fisik yang salah sehingga menyebabkan nyeri kambuh kembali (Buvanendran & Lipman, 2010; Feinberg et

al, 2012). Hal inilah yang menyebabkan kualitas hidup pasien nyeri kronis pada kelompok ini paling rendah bila dibandingkan ketiga kelompok yang lain.

Pada kelompok fisioterapi, kualitas hidup secara umum tergolong rata-rata. Pada dimensi fisik, kelompok fisioterapi tergolong baik dikarenakan pasien nyeri masih tetap dapat melakukan aktivitas sehari-hari walaupun harus dengan bantuan orang lain maupun dengan bantuan alat. Secara psikologis, kelompok farmakologi merasa tidak cukup puas dengan kondisi fisiknya sehingga terkadang memunculkan afek negatif. Namun afek negatif dapat dikendalikan

berkat bantuan dari orang sekitar yang memberikan bantuan dan keamanan pasien nyeri kronis dalam mobilitas sehingga mengembangkan afek yang positif (relasi sosial). Kelompok ini pun masih tetap bisa melakukan berbagai macam aktivitas dengan cukup bebas dan aman karena adanya pengawasan dari orang sekitar pasien (lingkungan). Sedangkan pada kelompok farmakologi, pasien nyeri kronis tergolong memiliki kualitas hidup yang cenderung rata-rata cukup baik. Secara fisik, kelompok ini terfokus pada pengobatan medis (obat-obatan) sehingga pada kelompok ini, tingkat ketergantungan terhadap obat-obatan cukup tinggi dalam kehidupan sehari-hari. Secara psikologis, pasien nyeri kronis dalam kelompok ini juga mengembangkan afek negatif dan keyakinan yang besar bahwa teknik farmakologi adalah cara yang paling ampuh dalam mengurangi nyeri daripada pengobatan yang lain. Sedangkan pada dimensi relasi sosial, pasien kelompok ini tergolong cukup dapat menjalin relasi dengan orang lain meski nyeri sedang kambuh. Namun pada dimensi lingkungan, kelompok farmakologi lebih rendah daripada ketiga kelompok manajemen nyeri yang lain. Dikarenakan obat yang diresepkan oleh dokter terbatas sehingga pasien nyeri kronis pada kelompok ini harus membeli sendiri dengan menggunakan uang pribadi bila obat yang didapat habis pada saat nyeri sedang kambuh. Dan mahalnya obat yang harus ditebus oleh pasien nyeri kronis dalam mengurangi nyeri maupun untuk mengurangi sakit lain.

Kualitas hidup pasien nyeri kronis terkait nyeri pada keempat metode manajemen nyeri secara umum terdapat perbedaan yang signifikan. Berdasarkan peringkat, kelompok Potensi memiliki kualitas hidup terkait nyeri yang lebih baik

daripada ketiga kelompok lainnya dan yang paling rendah adalah kelompok fisioterapi. Kelompok fisioterapi harus menggunakan bantuan alat maupun bantuan orang lain dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari. Sedangkan pada kelompok farmakologi dan farmakologi-fisioterapi, kualitas hidup terkait nyeri tergolong cukup baik. Dikarenakan pengobatan yang dilakukan cukup dapat mengurangi intensitas nyeri dengan segera. Begitu pula pada dimensi *pain relief*, dimana terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok Potensi dengan tiga metode manajemen nyeri yang lain.

Pasien nyeri kronis pada kelompok Potensi telah mendapatkan kenyamanan fisik maupun keringanan nyeri dengan mengikuti program ini selama enam kali pertemuan. Dimana dalam program ini, pasien nyeri kronis diajarkan strategi-strategi yang sesuai dalam mobilitas sehari-hari. Sedangkan tiga dimensi yang lain yaitu *anger and frustration, vulnerability*, dan *uncertainty* pada kelompok manajemen nyeri tidak mengalami perbedaan. Hal ini dikarenakan pasien nyeri kronis dengan kondisi nyeri kronis umumnya mengalami perubahan *mood* yang diakibatkan oleh nyeri, sehingga pasien nyeri kronis mudah merasa kesal dan kurang sabar dalam beberapa hal. Kemudian memiliki relasi yang kurang baik dengan orang lain juga dapat memperburuk kondisi nyeri. Selain itu, pasien nyeri kronis sering mengalami kecemasan terhadap nyeri yang diderita, terhadap pengobatan yang dijalani memiliki dampak positif atau dampak negatif dengan kondisi nyeri kronis yang diderita. Serta pasien nyeri kronis juga mengalami keterbatasan aktivitas. Dimana beberapa pasien nyeri kronis ada yang harus menggunakan alat bantu maupun bantuan orang lain dalam membantu pasien nyeri kronis beraktivitas, sehingga

pasien nyeri kronis terkadang merasa tidak yakin bila melakukannya sendiri maupun dalam membuat perencanaan pengobatan untuk diri sendiri (ACPA, 2016; Mason, Skevington, & Osborn, 2009).

Jenis nyeri yang banyak dilaporkan saat berkunjung ke dokter spesialis saraf adalah *Low Back Pain* (LBP). Hal ini sesuai dengan laporan dari PERDOSSI (2007) yang menemukan bahwa 35,86 % adalah penderita LBP dari total kunjungan pasien nyeri dan 5,5 % penderita LBP adalah wanita dengan rentang usia paling banyak adalah usia 41 hingga 60 tahun (Purba, 2006). Kekuatan tulang dan sendi pada usia dewasa madya mulai menurun khususnya pada bagian punggung dan kaki, hal ini membuat sendi menjadi kaku dan lebih sulit digerakkan (Santrock, 2013). Selain itu pada usia dewasa madya, berat tubuh seseorang akan semakin bertambah. Penyebab pasien nyeri kronis memiliki berat tubuh yang melebihi standar, dikarenakan pola makan yang tidak tepat pada saat kanak-kanak atau remaja yang mana berlangsung hingga dewasa (Santrock, 2013). Dampak dari kelebihan berat badan pada pasien nyeri kronis menyebabkan timbulnya penyakit lain seperti hipertensi, diabetes, maag, dan kolestrol. Faktor-faktor yang memengaruhi individu dengan kelebihan berat badan adalah hereditas, leptin, lingkungan, dan diet yang tidak tepat (Santrock, 2013). Pasien dengan nyeri kronis serta adanya komplikasi dari penyakit lain dan lamanya pengobatan mengakibatkan turunnya kualitas hidup (Schrag, Selaic, Jahanshanhi, & Quinn, 2000).

Partisipan dalam penelitian ini, rata-rata partisipan telah bekerja, namun memiliki penghasilan dibawah UMP (53,2%). Individu yang menderita nyeri kronis dapat menurunkan kondisi keuangan penderitanya (Morrison &

Bennet, 2009). Penurunan keuangan ini, disebabkan adanya penurunan tingkat produktivitas pasien nyeri kronis dalam bekerja dan biaya pengobatan yang mahal (Schubiner & Betzold, 2010; Pochop, 2011). Selain itu, pasien nyeri kronis memilih cuti sementara dari pekerjaannya untuk fokus dalam pengobatan. Sehingga pasien nyeri kronis tidak mendapatkan penghasilan tambahan seperti sebelumnya (gaji pokok + uang lembur), karena mereka kehilangan waktu produktif untuk menghasilkan uang (Marastuti, 2012). Dari hasil data demografis, diketahui pula rata-rata tingkat pendidikan terakhir partisipan nyeri kronis berada pada tingkat strata 1 (S1). Menurut Muttaqin (2008), tingkat pendidikan akan memengaruhi pola pikir seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikannya, seseorang akan lebih antisipatif (berpikir panjang), sehingga penanganan penyakit dapat dilakukan lebih cepat. Kendati demikian, sebagian besar pasien nyeri kronis mengetahui bagaimana cara mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan. Akan tetapi mereka tidak menerapkan pengetahuan dan informasi yang mereka punya terhadap diri mereka sendiri (Santrock, 2013).

Seluruh partisipan dalam penelitian ini, telah mengalami nyeri lebih dari 3 bulan yang berpengaruh pada kondisi fisik, psikologis, sosial dan dalam kehidupan sehari-hari (Preedy & Watson, 2010). Reaksi individu yang menderita nyeri kronis biasanya memiliki afek yang negatif seperti takut, marah, dan frustrasi. Selain itu, pasien nyeri kronis juga yang mengalami tekanan, depresi, menghindar, dan menganggap nyeri kronis sebagai sebuah bencana dalam hidupnya (Morley, Davies, & Barton, 2005). Berdasarkan peringkat, ada perbedaan tingkat depresi, kecemasan dan stres antara kelompok Potensi dengan kelompok farmakologi,

fisioterapi maupun farmakologi dan fisioterapi, dimana kelompok Potensi memiliki tingkat yang paling rendah dalam hal depresi, kecemasan dan stres secara umum. Tiga kelompok metode manajemen nyeri yang lain memiliki tingkat depresi, kecemasan dan stres cukup tinggi, karena tiga kelompok pasien nyeri kronis, menganggap nyerinya sebagai sesuatu yang mengganggu dan menghalanginya dalam beraktivitas akan mengalami perasaan tidak berdaya, penurunan tingkat aktivitas dan intensitas nyeri yang lebih tinggi serta mengalami distress emosional yang lebih tinggi (ACPA, 2016; Breivik, Collet, Ventrafridda, Cohen & Gallacher, 2006; Godsoe, 2008). Linton (2005) juga mengatakan pasien nyeri kronis umumnya mengalami depresi, cemas dan stres terhadap pengobatan, keuangan, kesehatan, kehidupan ke depan, nyeri yang tidak kunjung reda maupun keterbatasan fisik akibat nyeri kronis yang diderita.

Intensitas nyeri paling tinggi terdapat pada kelompok farmakologi dan fisioterapi dan paling rendah pada kelompok Potensi. Faktor yang menyebabkan meningkat maupun menurunnya intensitas nyeri pada pasien nyeri kronis adalah metode pengobatan yang dijalani, aktivitas fisik yang salah dan berat, persepsi terhadap nyeri (bagi lansia, nyeri merupakan bagian dari penuaan), efek farmakologi jangka panjang. Pada kelompok farmakologi dan fisioterapi, pasien nyeri kronis mendapatkan keringanan sesaat ketika menjalani terapi dan akan kambuh kembali bila tidak rutin melakukan terapi. Selain itu penggunaan obat nyeri maupun obat penyakit lain dalam jangka panjang membuat kinerja obat tidak lagi dapat bekerja dengan baik di dalam tubuh. Sedangkan pada kelompok Potensi, fisioterapi dan latihan fisik rutin dilakukan sebanyak tiga kali dalam seminggu

sehingga otot-otot yang tegang atau kaku perlahan-lahan akan beradaptasi dan membuat otot-otot tersebut menjadi rileks serta adanya pengurangan pengonsumsi obat-obatan yang dilakukan oleh pasien nyeri kronis. Tingkatan intensitas nyeri pada pasien nyeri kronis juga dapat menyebabkan keterbatasan fisik. Keterbatasan aktivitas fisik yang dirasakan pasien nyeri kronis karena nyeri yang dideritanya, paling tinggi terjadi pada kelompok farmakologi dan fisioterapi dan paling rendah pada kelompok Potensi. Artinya pasien nyeri kronis pada kelompok Potensi tidak merasa terganggu dengan nyeri yang dideritanya meski nyeri sedang kambuh. Contoh keterbatasan fisik yang dapat terjadi yaitu tidak dapat berjalan dengan cepat, menggunakan alat bantu untuk bergerak, memegang pegangan tangga, membutuhkan waktu yang lebih lama untuk menaiki maupun menuruni anak tangga, tidak dapat menggunakan pakaian sehingga dibantu oleh orang lain.

Self efficacy merupakan hal yang penting dalam mengontrol nyeri, beradaptasi dengan fungsi psikologis, disabilitas, dan tujuan maupun harapan pengobatan (Main, Foster, & Buchbinder, 2010; Turk & Okifuji, 2002). Dalam perkembangan *self efficacy*, kelompok Potensi memiliki keyakinan yang besar untuk dapat beraktivitas walaupun sedang merasakan nyeri dibandingkan ketiga kelompok yang lainnya. Sedangkan kelompok farmakologi dan fisioterapi memiliki *self efficacy* yang paling rendah, artinya pasien nyeri kronis pada kelompok ini tidak yakin untuk dapat beraktivitas pada saat sedang nyeri. Keyakinan penderita bahwa nyeri tidak dapat dikendalikan juga berhubungan dengan meningkatnya penggunaan obat-obatan medis, *symptom-symptom* depresi, dan penghindaran sosial (Godsoe, 2008).

Terdapat pemikiran *catastrophizing* yang berbeda pada keempat kelompok manajemen nyeri, dimana kelompok dengan pemikiran *catastrophizing* paling tinggi dimiliki oleh kelompok farmakologi. Pada kelompok farmakologi ini, mereka menganggap pendekatan farmakologi lebih baik bila dibandingkan pendekatan lain dalam mengurangi rasa nyeri. Hal ini tentu saja berdampak pada kualitas kesehatan pasien yang berdampak pada rendahnya kualitas hidup pasien dengan nyeri kronis (Gustorff, *et al.*, 2008; Otto, Bach, Jensen, & Sindrup, 2007; Vasudevan, 2004).

Kesimpulan

Berdasarkan pada hasil dan diskusi di atas, maka peneliti menyimpulkan bahwa metode Potensi merupakan metode manajemen nyeri yang dapat memberikan dampak paling baik terhadap kualitas hidup pasien nyeri kronis yang menjadi partisipan dalam penelitian ini. Masih dibutuhkan penelitian lanjutan dengan partisipan yang lebih representatif untuk kelompok pasien nyeri untuk membuktikan bahwa pendekatan multidisiplin seperti pada Potensi paling efektif bagi penanganan nyeri pada pasien nyeri kronis. Dalam jurnal ini, peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada tim Potensi dari Fakultas Kedokteran Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya serta pihak-pihak lain yang terlibat seperti psikolog, rekan-rekan kedokteran Fakultas Kedokteran dan Fakultas Psikologi Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya.

Saran

Peneliti memiliki keterbatasan pada saat pengambilan data di lapangan. Peneliti hanya bisa melakukan pengambilan *posttest only*, karena pasien sudah menjalani

intervensi manajemen nyeri pada pertemuan ke-2 atau ke-3 untuk pengobatan fisioterapi dan sudah mengkonsumsi obat pada pengobatan farmakologi. Sehingga tidak bisa melakukan eksperimen yang membandingkan kelompok kontrol *pre* dan *post treatment* maupun randomisasi.

Berdasarkan keterbatasan tersebut, maka disarankan bagi penelitian selanjutnya akan lebih baik jika melakukan *pre* dan *post treatment* untuk melihat perbandingan kualitas hidup sebelum dan sesudah menjalani pengobatan baik untuk pengobatan farmakologi, fisioterapi-farmakologi, fisioterapi maupun dengan Potensi. Namun kelebihan dalam penelitian ini yaitu, pengobatan yang disarankan dalam menangani pasien nyeri kronis adalah dengan pendekatan multidisiplin ilmu (Potensi) yang cukup efektif dalam meningkatkan kualitas hidup pasien nyeri kronis.

Kepustakaan

- American Chronic Pain Association (ACPA). (2016). *Resource guide to chronic pain medication and treatment*. California American Chronic Pain Association, inc.
- Arovah, N. I. (2010). *Dasar – dasar fisioterapi pada cedera olahraga*. Yogyakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). *Riset kesehatan dasar 2013*. Kementrian Kesehatan RI.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*, 10(4), 287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009

- Brunner & Suddarth's. (2010). *Textbook of medical-surgical nursing edition: 12*. Philadelphia: The Point.
- Buvanendran, A., & Lipman, A. G. (2010). *Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and acetaminophen*. Philadelphia: Wolter Kluwer – Lippincott Williams and Wilkins.
- Cardosa, M., Osman, Z. J., Nicholas, M., Tonkin, L., Williams, A., Aziz, K. A., Ali, R. M., & Dahari, N. M. (2012). Self – management of chronic pain malaysian patients: Effectiveness trial with 1 – year follow up. *Transl Behav Med*, 2(1). 30-37. doi: 10.1007/s13142-011-0095-2
- Creswell, J. W. (2012). *Educational research: Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research, 4th ed.* Boston: Pearson.
- Feinberg M., Willer, R., Antonenko, O., & John, O. P. (2012). *Resource guide to chronic pain medication & treatment*. California: American Chronic Pain Association, Inc.
- Gatchel, R., Peng, Y., Fuchs, P., Peters, M., & Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 4, 581-624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581
- Godsoe, M. R. (2008). *Acceptance of chronic pain, attachment style, affectivity and treatment use*. Keene, New Hampshire: Antioch University New England.
- Gordon, A., Rashiq, S., Moulin, D. E., Clark, A. J., Beaulieu, A. D., Eisenhoffer J, Piraino P. S., Quigley, P., Harsanyi, Z., & Darke A. C. (2010). Buprenorphine transdermal systems for opioid therapy in patients with chronic low back pain. *Pain Res Man aq*, 15(3), 169-178.
- Gustorff, B., Dorner, T., Likar, R., Grisold, W., Lawrence, K., Schwarz, F., & Rieder, A. (2008). Prevalance of sel – reported neuropathic pain and impact on quality of life: A prospective representative survey. *Acta Anaesthesiol Scand*, 52(1), 132-136. doi: 10.1111/j.1399-6576.2007.01486.x
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2012). *Pain*. Diunduh dari <http://www.iasp-pain.org>.
- Lee, M., & Tracey, I. (2010). Unravelling the mystery of pain, suffering, and relief with brain imaging. *Current Pain and Headache Reports*, 14, 124-131. doi: 10.1007/s11916-010-0103-0
- Linton, S. (2005). *Understanding pain for better clinical practice: A psychological perspective*. London: Elsevier Limited.
- Mason, V. L., Skevington, S. M., & Osborn, M. (2008). The quality of life of people in chronic pain: Developing a pain and discomfort module for use with the WHOQOL. *Psychology and Health*, 23(2), 135-154. doi: 10.1080/14768320601070746
- Main, C. J., Foster, N., & Buchbinder, R. (2010). How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 24(2), 205-217. doi: 10.1016/j.berh.2009.12.012
- Marastuti, A. (2012). *Psikologi untuk kesejahteraan masyarakat*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Morley, S., Davies, C., & Barton, S. (2005). Possible selves in chronic pain: Self-pain enmeshment, adjustment, and acceptance. *Pain*, 115, 84-94. doi: 10.1016/j.pain.2005.02.021

- Morrison, V., & Bennett, P. (2009). *An introduction to health psychology (2nd ed)*. Bilbao, Spain: Pearson Education Limited.
- Mubarak, & Chayatin, W. N. (2007). *Buku ajar kebutuhan dasar manusia: Teori dan aplikasi dalam praktek*. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A. (2008). *Seri asuhan keperawatan klien dengan penyakit kronis*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Nay, R., & Fetherstonhaugh, D. (2012). What is pain? A phenomenological approach to understanding. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 233-239. doi: 10.1111/j.1748-3743. 2012. 00329.x
- Otto, M., Bach, F. W., Jensen, T. S., & Sindrup, S. H. (2007). Health – related quality of life and its predictive role for analgesic effect in patients with painful polyneuropathy. *Eur J Pain*, 11(5), 572-578.
- Persatuan Dokter Saraf Indonesia (PERDOSSI). (2007). *Penatalaksanaan nyeri*. Jakarta. PERDOSSI.
- Pochop, J. A. (2011). *Acceptance and commitment group therapy for older woman with chronic pan*. California: Faculty of the Kalmanovitz School of Education Saint Mary's College of California.
- Preedy, V. R. & Watson, R. R. (2010). *Handbook of disease burdens and quality of life measure*. Diunduh dari: [www.http://library.nu/search?q=Quality%20of%20life&page=2](http://library.nu/search?q=Quality%20of%20life&page=2)
- Purba, J. S. (2006). Nyeri punggung bawah: Studi epidemiolog, patofisiologi, dan penanggulangan. *BNS*, 7(2), 85-93.
- Reis, J. J. F., Gomes, M. K., Rodrigues, J., Gosling, A. P., Fontana, A. P., & Cunha, J. L. A. (2013). Pain and its consequences in quality of life: A study with WHOQOL-Bref in leprosy patients with neuropathic pain. *ISRN Tropical Medicine*, 1-7. doi: 10. 1155/2013/987683
- Santrock, J. W. (2013). *Life-span development 14th ed*. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2011). *Health psychology: Biopsychosocial interactions (7th edition)*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Sares, A. (2008). *Coping strategies of older adults living with chronic pain*. Fullerton: California State University.
- Schrag A., Selaic, C., Jahanshanhi, M., & Qiunn P. N. (2000). The EQ-56-ageneric quality of measure is useful instrument to measure quality of life in patients with Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 69, 67-73.
- Schubiner, H., & Betzold, M. (2010). *Unlearn your pain*. Pleasant Ridge, MI: Mind Body Publishing.
- Sugiyono. (2011). *Metode penelitian pendidikan: Pendekatan kuantitatif, kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- The British Pain Society. (2010). *Understanding and managing pain: Information for patients*. London: The British Pain Society.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7(3).
- Turk, D. & Winter, F. (2010). *The pain survival guide. How to reclaim your life. Fourth printing*. Baltimore; Port City Press.

Vasudevan, S. (2004). Guidelines for the assessment and management of chronic pain. *Wisconsin Medical Journal*, 103(3), 15.