

**LAPORAN ELEKTIF**

**ASUAHAN KEPERWATAN PADA NY.B DENAGN GANGGUAN  
MUSKULOSKELETAL : REMATIK DENGAN TERAPI  
BACK MESSAGE**



**Disusun Oleh :  
ELSA MANORA SIREGAR  
Nim : 22040014**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN  
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN  
2023**

**LAPORAN ELEKTIF**

**ASUAHAN KEPERWATAN PADA NY.B DENAGN GANGGUAN  
MUSKULOSKELETAL : REMATIK DENGAN TERAPI  
BACK MESSAGE**

Diajukan untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh  
Gelar Profesi Ners

**Disusun Oleh :**  
**ELSA MANORA SIREGAR**  
**Nim : 22040014**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN  
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN  
2023**

## LAPORAN ELEKTIF

### ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. B DENGAN GANGGUAN SISTEM MUSKULOSKELETAL: REMATIK DENGAN TERAPI BACK MESSAGE

#### HALAMAN PENGESAHAN

Laporan Elektif ini telah diseminarkan di hadapan tim penguji  
program studi pendidikan Profesi Ners  
Universitas Afa Royhan  
Kota Padangsidempuan

Padangsidempuan, November 2023

Pembimbing

(Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep)  
NIDN. 0112018801

Penguji

(Ns. Natar Fitri Napitupulu, M.Kep)  
NIDN. 0111048402

Ketua Program Studi Pendidikan  
Profesi Ners

(Ns. Mei Adelina Harahap, M.Kes)  
NIDN. 0118058502

Dekan  
Fakultas Kesehatan

(Arinil Hidayah, SKM. M.Kes)  
NIDN.0118108703

## IDENTITAS PENULIS

Nama : Elsa Manora Siregar  
Nim : 22040014  
Tempat/Tanggal/Lahir : Padangsidempuan, 28 februari 2000  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jl. Alboin hutabarat, Sibatu

### Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri 200213 Kota Padangsidempuan : Lulus 2012
2. SMP N 6 Kota Padangsidempuan : Lulus 2015
3. SMA N 3 Kota Padangsidempuan : Lulus 2018
4. S1 Universitas Aupa Royhan Kota Padangsidempuan : Lulus 2022

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyusun laporan elektif yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.B Dengan Gangguan Muskuloskeletal : Rematik Dengan Terapi Back Message”**. Laporan Elektif ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners di Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidimpuan.

Penulis banyak memperoleh bimbingan serta bantuan dalam proses penyusunan Laporan Elektif ini. Oleh sebab itu, dalam kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Arinil Hidayah, SKM, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidimpuan.
2. Ns. Nanda Suryani Sagala, MKM, sebagai Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Afa Royhan di Kota Padangsidimpuan.
3. Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep, sebagai pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk membimbing dalam menyelesaikan Laporan Elektif ini.
4. Ns. Natar Fitri Napitupulu, M.Kep, sebagai penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dalam menyelesaikan Laporan Elektif ini
5. Seluruh dosen dan staf Program Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidimpuan, atas pengajaran dan bantuan yang diberikan selama ini.

6. Pada Pasien rematik sebagai klien dan juga keluarganya yang telah memberi informasi dan bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Penulis berharap agar penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi semua pihak, terutama bagi dunia keperawatan. Adapun kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis butuhkan dalam rangka perbaikan di masa yang akan datang.

Padangsidempuan, agustus 2023

Penyusun

# **PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROTESIS NERS**

## **UNIVERSITAS AUFA ROYHAN DI KOTA PADANGSIDUMPUN**

**Laporan Elektif, agustus 2023**

**Elsa manora siregar**

**Asuhan Keperawatan Pada Ny.B Dengan Gangguan Muskuloskeletal :  
Rematik Dengan Terapi Back Message**

### **Abstraka**

*Reumathoid arthritis* merupakan salah satu penyakit autoimun yang merupakan inflamasi arthritis pada pasien dewasa, seseorang yang menderita penyakit ini akan mengalami gejala berupa rasa nyeri pada bagian sinoval sendi. Penderita rematik diperkirakan mencapai 124 jt di dunia, jumlah kasus tersebut terus meningkat yaitu sebanyak 156 juta (26%) orang dewasa di duniamenderita rematik. Back Message merupakan stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri, bekerja dengan cara mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A- yang lebih cepat sebagai neurotransmitter, sehingga menurunkan transmisi nyeri yang dihantarkan. Tujuan menulis ini adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pada Ny.B terhadap penurunan skala nyeri dengan terapi back message. Penulis melakukan terapi back message satu kali dalam sehari selama 3 hari berturut-turut. Hasil penulis menunjukkan adanya penurunan skala nyeri terhadap terapi back message pada penurunan skala setelah 15 menit pemberian, yaitu dari skala 6 menjadi skala nyeri 2. Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi keperawatan sebagai salah satu intervensi keperawatan mandiri dalam penatalaksanaan pada pasien rematik.

**Kata Kunci : Rematik Nyeri, Tekanan Darah, Back Message**

**Daftar Pustaka : 26 (2010-2019)**

**PROFESSIONAL NURSING EDUCATIONAL STUDY  
PROGRAM  
AUFA ROYHAN UNIVERSITY IN PADANGSIDUMPUAN  
CITY**

**Elective Report, August 2023  
Elsa Manora Siregar**

**Nursing Care for Mrs. B with Musculoskeletal Disorders: Rheumatism with  
Back Message Therapy**

**Abstract**

*Rheumatoid arthritis* is an autoimmune disease which is inflammatory arthritis in adult patients. Someone who suffers from this disease will experience symptoms in the form of pain in the synovial part of the joint. Rheumatism sufferers are estimated to reach 124 million in the world, the number of cases continues to increase, namely 156 million (26%) adults in the world suffer from rheumatism. Back Message is a skin stimulation carried out to relieve pain, it works by activating faster transmission of A- sensory nerve fibers as neurotransmitters, thereby reducing the transmission of pain delivered. The purpose of this writing is to provide nursing care to Mrs. B to reduce the pain scale with back message therapy. The author carried out back message therapy once a day for 3 consecutive days. The author's results show that there is a decrease in the pain scale for back message therapy after 15 minutes of administration, namely from a scale of 6 to a pain scale of 2. The results of this research can be input for nursing as one of the independent nursing interventions in the management of rheumatic patients.

Keywords: Rheumatism Pain, Blood Pressure, Back Message  
Bibliography: 26 (2010-2019)



## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
<b>JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>IDENTITAS PENULIS .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Dasar Keperawatan .....	7
2.1.1 Defenisi Rheumatoid Arhritis .....	7
2.1.2 Penyebab .....	7
2.1.3 Manifestasi Klinis .....	9
2.1.4 Patofisiologi .....	9
2.1.5 Dampak Rheumatoid Arthritis .....	11
2.1.6 Penatalaksanaan .....	13
2.2 Konsep Dasar Nyeri.....	13
2.2.1 Pengertian Nyeri.....	13
2.2.2 Nyeri Kronis.....	13
2.2.3 Tanda dan gejala nyeri kronis.....	14
2.2.4 Penyebab nyeri kronis.....	14
2.2.5 Sifat Nyeri.....	14
2.2.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri .....	14
2.2.7 Pengkajian Nyeri .....	17
2.2.8 Pengukuran nyeri .....	18
2.2.9 Pengalaman nyeri .....	21
2.3 Slow Stroke Back Massage.....	22
2.3.1 Pengertian Back Massage .....	22
2.3.2 Pengaruh Back Massage .....	22
2.3.3 Petunjuk Back Massage .....	23
2.3.4 Metode .....	24
2.3.5 Prosedur Pelaksanaan.....	24
2.3.5 Standar Operasional Prosedur (SOP) Back Massage Standar Operasional Prosedur (SOP) Stimulasi Kutaneus Back Massage .....	25
2.4 Konsep Keperawatan.....	27
2.4.1 Pengkajian.....	27

<b>2.4.2 Diagnosa .....</b>	<b>29</b>
<b>2.4.3 Intervensi keperawatan.....</b>	<b>29</b>
<b>2.4.4 Implementasi Keperawatan.....</b>	<b>31</b>
<b>2.4.5 Evaluasi Keperawatan .....</b>	<b>32</b>
<b>BAB III LAPORAN KASUS</b>	
3.1 Pengkajian .....	33
3.2 Analisa Data .....	38
3.3 Diagnosa Keperawatan .....	40
3.4 Intervensi Keperawatan .....	40
3.5 Implementasi Dan Evaluasi .....	41
<b>BAB V PEMBAHASAN</b>	
<b>4.1 Pengkajian.....</b>	<b>45</b>
<b>4.2 Diagnosa Keperawatan .....</b>	<b>46</b>
<b>4.3 Intervensi Keperawatan.....</b>	<b>46</b>
<b>4.4 Implementasi Keperawatan.....</b>	<b>47</b>
<b>4.5 Evaluasi.....</b>	<b>47</b>
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1 Kesimpulan.....	49
5.2 Saran .....	49
<b>LAMPIRAN</b>	
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel Diagnosa Keperawatan .....	37
Tabel Intervensi Keperawatan.....	39
Tabel Implementasi Keperawatan.....	40
Tabel Evaluasi Keperawatan.....	40

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Sejalan dengan semakin meningkat nya usia seseorang, maka akan terjadi perubahan-perubahan pada tubuh manusia. Perubahan-perubahan tersebut terjadi sejak awal kehidupan hingga usia lanjut pada semua organ dan jaringan tubuh. Keadaan demikian itu tampak pula pada semua simtem muskuloskeletal dan jaringan lain yang ada kaitannya dengan kemungkinan timbulnya beberapa golongan rematik. (wolfman, 2018).

Di indonesia keluhan kesehatan paling tinggi dialami lansia merupakan efek dari penyakit kronis seoerti darah rendah , diabetes, darah tinggi, *rheumatoid arthitis*, gout, osteoarthritis. Proses penuaan yang dialami lansia merupakan suatu proses alamiah yang pastikan dialami setiap orang. Secara ilmiah, sel-sel tubuh lansia mengalami penurunan dalam fungsinya dan hal trsebut akibat dari proses penuaan. Jumlah lansia yang meningkat disertai dengan perubahan yang dialami lansia seperti seperti perubahan tingkah laku dan perubahan fisik, dan masalah kesehatan. Dengan bertambahnya usia lansia akan mengalami permasalahan sosial, spiritual, ekonomi, fisik, jiwa (suiraoaka,2012).

*Rheumatoid arthriti*s merupakan salah satu penyakit autoimun yang mrupakan inflamasi arthriti s pada pasien dewasa, seseorang yang menderita penyakit ini akan mengalam gejala berupa nyeri pada bagian sinovial, sarung tendon, dan akan mengalami penebalan akibat radang yang diikuti oleh tulang dan destruksi tulang disekitar sendi (singh et al,2016). *Rheumatoid arthriti*s

merupakan penyakit yang pada umumnya sering dianggap sepele oleh masyarakat, karena tidak menimbulkan kematian. Padahal apabila rematik tidak segera ditangani dapat membuat anggota tubuh berfungsi secara tidak normal bahkan dapat menyebabkan kecacatan seumur hidup (Tedempa, 2016).

Seiring bertambahnya jumlah penderita *rheumatoid arthritis* di Indonesia. Sebagian besar masyarakat Indonesia menganggap remeh penyakit *rheumatoid*, karena sifatnya yang seolah-olah tidak menimbulkan kematian padahal rasa nyeri yang ditimbulkan sangat menghambat seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Nurwulan, 2017).

Penderita *rheumatoid arthritis* diperkirakan mencapai 1 milyar di dunia pada tahun 2019 menurut WHO adalah mencapai 20% dari penduduk dunia, 5-10% adalah mereka yang berusia 5-20 tahun dan 30% adalah mereka yang berusia 55 tahun (Putri, Priyanto, 2019).

Prevalensi rematik di Indonesia yang didapat bahwa menjadi peringkat kelima penyakit tidak menular yang didiagnosa di fasilitas kesehatan, dengan jumlah kasus mencapai 100.798, angka prevalensi tinggi di provinsi Jawa Timur sebesar 41,1% (Kemenkes RI, 2019)

Berdasarkan data Riskesdas Sumatera Utara tahun (2018), tercatat paling banyak yang menderita rematik adalah usia di atas 65 tahun dengan jumlah 60,91% orang, kemudian usia 55 tahun dengan jumlah 53,57% orang. Sementara untuk daerah kampung darek 26,62% orang, dan Sidangkal dengan jumlah 26,85% orang menderita rematik (Riskesdas, 2019).

Menurut Internasional *Association for study of pain* (IASP), nyeri adalah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang dapat terkait dengan kerusakan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Tiaranida, dkk, 2018). Penanganan nyeri pada rematik dapat dilakukan dengan dua metode yaitu dengan farmakologi dan nonfarmakologi (Andri et al, 2019).

Penatalaksanaan nyeri farmakologi mencakup penggunaan opioid (narkotik), obat-obatan NSAID (Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs) dan analgetik penyerta atau kaonalgetik (Kozier, 2010), Sedangkan penatalaksanaan nonfarmakologis meliputi relaksasi dan imajinasi terpimpin, distraksi, musik, stimulasi kutaneus, pemberian sensasi hangat dan dingin, massege/pijat dan aoram terapi (Potter & Perry, 2010).

Salah satu tindakan untuk menghilangkan nyeri secara nonfarmakologi yaitu dengan menghangatkan persendian yang sakit. Mekanisme metode yang sama dengan massage punggung dengan usapan yang perlahan. *Slow stroke back message* membantu mengurangi rasa sakit, salah satu caranya adalah pijat/message yang akan merangsang kulit untuk mengurangi persepsi nyeri (Potter & Perry, 2011).

Stimulasi kutaneus *Slow Stroke Back Message* (SSBM) adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri, bekerja dengan cara mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A- beta yang lebih cepat sebagai neurotransmitter, sehingga menurunkan transmisi nyeri yang diantarkan melalui serabut C dan A- delta berdiameter kecil sekaligus menutup gerbang sinap untuk

transmisi omplus nyeri. Stimulasi kutaneus akan merangsang serabut-serabut perifer untuk mengirimkan implus melalui *Dorsal Horn* pada medulla spinalis, saat implus yang dibawa oleh serabut A- beta mendominasi maka mekanisme gerbang akan menutup sehingga implus nyeri tidak diantarkan ke otak (Potter & Perry, 2012).

Tehnik untuk stimulasi (Slow Stroke Back Message) dilakukan dengan beberapa pendekatan, tetapi salah satu metode yang dilakukan iyalah mengusap kulit klien secara perlahan dan berirama dengan tangan dengan kecepatan 60 kali usapan permenit. Kedua tangan menutup suatu area yang lebar nya 5 cm pada kedua sisi tonjolan tulang belakang, dari ujung kepala sampai ujung surkam 3-10 menit (Potter & Perry, 2006).

Salah satu penelitian terkait stimulasi kutaneus SSBM adalah penelitian yang dilakukan yunita, dkk (2019) tentang penerapan terapi *Slow Stroke Back Message* terhadap intervensi nyeri rematik pada lansia. Yang hasilnya menunjukkan adanya pengaruh stimulasi *Slow Stroke Back Message* terhadap penurunan nyeri rematik oleh responden.

Selain itu penelitian Thomas, dkk (2015) tentang intervensi *Slow Stroke Back Message* lebih menurunkan intens nyeri rematik yang hasilnya juga signifikan dengan nilai  $p=0,00$ . Menurut penelitian yang dilakukan oleh rizka (2020) dari intervensi pahlawan dengan judul pengaruh terapi back message terhadap penurunan rematik. Hasil menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan anata sebelum dan sesudah intervensi.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny.B dengan gangguan muskuloskeletal : Rematik dengan terapi Back Message.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka rumusan masalahnya adalah “Bagaimana melakukan asuhan keperawatan pada Ny.B Dengan gangguan muskuloskeletal : Rematik dengan terapi Back Message”.

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Khusus**

Untuk melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny.B Dengan Gangguan Muskuloskeletal : Rematik Dengan Terapi Back Message.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Untuk melakukan pengkajian keperawatan pada Ny.B Dengan gangguan Muskuloskeletal : Rematik
- b. Untuk menegakan diagnosa keperawatan pada Ny.B dengan gangguan muskuloskeletal : Rematik
- c. Untuk melakukan intervensi keperawatan pada Ny.B dengan gangguan muskuloskeletal : Rematik
- d. Untuk mengetahui implementasi keperawatan pada Ny.B dengan gangguan muskuloskeletal : Rematik
- e. Untuk mengetahui Evaluasi keperawatan pada Ny.B dengan gangguan muskuloskeletal : Rematik



- f. Untuk mengetahui apakah ada pengaruh terapi back message terhadap penurunan nyeri rematik

#### **1.4 Manfaat**

##### **1.4.1 Bagi Penulis**

Sebagai pengalaman dan menambah pengetahuan dalam melakukan asuhan keperawatan.

##### **1.4.2 Bagi Responden/keluarga**

Sebagai bahan masukan dan informasi bagi responden dalam mengatasi rematik.

##### **1.4.3 Bagi Institut Pendidikan**

Sebagai bahan untuk menambah wawasan dan pengembangan ilmu serta pedoman tambahan dalam promosi kesehatan khususnya tentang rematik.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Keperawatan

##### 2.1.1 Defenisi Rheumatoid Arthritis

*Rheumatoid Arthritis* merupakan suatu penyakit autoimun (penyakit yang terjadi pada saat tubuh diserang oleh sistem kekebalan tubuhnya sendiri) yang mengakibatkan peradangan dalam waktu lama pada sendi, penyakit ini menyerang persendian dan anggota gerak. Penyakit ini menimbulkan rasa nyeri dan kaku pada sistem muskuloskeletal yang terdiri dari sendi, tulang otot, dan jaringan ikat. *Rheumatoid Arthritis* dapat menyerang hampir semua sendi, tetapi yang paling sering adalah sendi pergelangan tangan, buku-buku jari, lutut, dan engkel kaki. Sendi-sendi lain yang mungkin diserang termasuk sendi ditulang belakang, pinggul, leher, bahu, rahang, dan bahkan sambungan antar tulang sangat kecil di telinga bagian dalam. (Langowo, S, S.,2018).

Meskipun sangat jarang terjadi, namun pada kasus tertentu *rheumatoid arthritis* juga dapat menimbulkan kematian jika tidak ada upaya dalam mengobati terutama jika penderita telah mengidap rheumatoid arthritis berulang-ulang atau sampai bertahun-tahun. Satu hal yang perlu diwaspadai yaitu jika *rheumatoid arthritis* tidak segera diobati dengan baik, maka akan menimbulkan kecacatan. (Hermayudi & Ariani,A, P. 2017).

##### 2.1.2 Penyebab

Penyebab dari penyakit ini hingga sekarang belum diketahui, namun ada beberapa faktor yang berperan dalam timbulnya penyakit ini yaitu sistem

kekebalan tubuh dan infeksi virus EBV. Rheumatoid Arthritis disebabkan oleh sistem kekebalan tubuh yang keliru menyerang diri sendiri dan masih belum diketahui pemicunya. Sistem kekebalan tubuh normal seharusnya membuat antibodi yang gunanya untuk menyerang virus dan bakteri. Tetapi sistem kekebalan tubuh pada penderita rematik justru mengirim antibodi ke lapisan persendian untuk menyerang jaringan disekeliling sendi dan menyebabkan kerusakan di sekitar tendon, ligamen, dan tulang (Hermayudi & Ariani, A, P.2017)

a. Faktor resiko *Rheumatoid Arthritis*

Walaupun pemicu terjadinya *Rheumatoid Arthritis* masih belum diketahui namun ada beberapa faktor yang bisa meningkatkan resiko terkena *Rheumatoid Arthritis*, antara lain :

1) Usia

Kebanyakan penderita *rheumatoid arthritis* berusia 40 keatas, tetapi bisa juga menjangkit orang pada usia berapa pun.

2) Jenis Kelamin

Pria lebih jarang terkena penyakit ini dibandingkan wanita

3) Genetika

Walaupun kecil, mempunyai anggota keluarga yang menderita rheumatoid arthritis meningkatkan resiko seseorang untuk terkena penyakit ini juga.

4) Merokok terkena rheumatoid arthritis

Merokok dapat memicu berbagai macam penyakit dan kebiasaan ini bisa meningkatkan resiko penyakit *Rheumatoid Arthritis* (Hermayudi & Ariani, A, P. 2017).

### 2.1.3 Manifestasi Klinis

Pada *rheumatoid arthritis* pasien banyak mengeluhkan sakit pada sendi yang disertai rasa panas, nyeri, bengkak, dan warna kemerahan. Rasa nyeri ini menyerang sendi-sendi kecil, seperti kuku-kuku jari dan pergelangan tangan. Kekakuan di pagi hari selama lebih dari satu jam, dapat bersifat generalisata terutama menyerang sendi-sendi. Pada *rheumatoid arthritis* nyeri paling berat biasanya pada pagi hari, membaik pada siang hari dan sedikit lebih berat pada malam hari. Pada *rheumatoid arthritis* sifat nyerinya tajam (Sharp Pain). Maka bertambahnya berat penyakitnya maka akan semakin bertambah pula rasa nyerinya. Bila perjalanan penyakitnya dihentikan pada *rheumatoid arthritis* maka rasa nyeri akan berkurang. Pasien lain menuturkan bahwa mereka mengalami kelelahan dan kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari. Gejala-gejala sakit ini bersifat simetris, artinya dirasakan oleh sisi kiri dan sisi kanan tubuh. Sendi yang sering terkena *rheumatoid arthritis* adalah tangan, pergelangan tangan, dan jari-jari. Sendi besar juga bisa terkena seperti siku, lutut, pergelangan kaki, dan pinggul (Langow, S.S., 2018).

Gejala *rheumatoid arthritis* pada masing-masing orang berbeda dan bisa berubah seiring waktu. Biasanya gejala tidak langsung muncul semua, tapi berkembang perlahan-lahan dalam beberapa pekan. Walau jarang terjadi, sebagian penderita *rheumatoid arthritis* juga bisa mengalami perkembangan gejala dengan cepat, bahkan hanya dalam hitungan hari. Gejala rematik juga bisa muncul dan menghilang selama *rheumatoid arthritis* beberapa saat. *Rheumatoid Arthritis* juga bisa menyerang persendian kecil di tangan dan kaki terlebih dahulu. Beberapa

gejala yang sering timbul pada persendian akibat rematik diantaranya menurut. (Hermyudi& Arianti, A, P., 2017)..

1. Sendi yang kaku
2. Sendi yang empuk
3. Rasa sakit pada sendi
4. Pergerakan terbatas pada sendi tubuh apapun.
5. Warna kemerahan yang tampak pada daerah sendi yang sakit.
6. Rasa hangat yang terasa daei daerah sendi yang sakit.
7. Ruam (bintik-bintik) yang tampak pada sendi.
8. Benjolan dan perubahan yang tampak pada sendi.

Selain gejala-gejala seperti yang disebutkan di atas, terdapat penderita rematik juga bisa mengalami demam, berat badan menurun, leah dan kurang berenergi, berkeringat, serta berkurangnya nafsu makan. Apabila tidak segera diobati, rematik dapat merusak persendian yang ada di seluruh tubuh. Tulang akan mengalami erosi dan kerusakan permanen sehingga bisa menyebabkan bengkak dan cacat pada persendian. Kerusakan permanen bisa menyebabkan perubahan bentuk atau deformitas, dan gangguan fungsi organ tubuh yang tentunya akan menggu aktivitas sehari-hari (Langow, S,S.,2018).

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Kerusakan sendi yang dialami oleh penderita rematik dimulai dari adanya faktor pencetus, yaitu berupa autoimun atau infeksi, dilanjutkan dengan adanya proliferasi makrofag dan fibroblas sinovial. Limfosit menginfiltrasi daerah perivaskuler dan terjadi proliferasi sel-sel endotel, yang mengakibatkan terjadinya

neovaskularisasi. Pembuluh darah pada sendi yang terlihat mengalami oklusi oleh bekuan-bekuan kecil atau sel-sel inflamasi. Inflamasi didukung oleh sitokin yang penting dalam inisiasi yaitu *tumor necrosis faktor* (TNF), interleukin-1 dan interleukin-6, selanjutnya akan mengakibatkan terjadinya pertumbuhan ireguler pada jaringan sinovial yang mengalami inflamasi. Substansi vasoaktif ( histamin, kinin, prostaglandin ) dilepaskan pada daerah inflamasi, meningkatkan aliran darah dan permeabilitas pembuluh darah. Hal ini menyebabkan edema, rasa hangat, erythema dan rasa sakit, serta membuat granulositis lebih mudah keluar dari pembuluh darah menuju daerah inflamasi. Inflamasi kronik pada jaringan pannus. Pannus menginvasi dan merusak rawan sendi dan tulang. Berbagai macam sitokin, interleukin, protease dan faktor pertumbuhan dilepaskan, sehingga mengakibatkan destruksi sendi dan komplikasi sistemik (Suarjana, 2009).

### **2.1.5 Dampak Rheumatoid Arthritis**

Penyakit ini baiknya tidak dibiarkan, karena akan merusak sendi yang menimbulkan nyeri hebat. Ini akan mengganggu aktivitas sehari-hari, sehingga tidak lagi mampu melakukan pekerjaan. Jika dibiarkan tentu saja bisa memengaruhi kondisi psikologis. Gejala stress dan depresi dapat muncul, pada akhirnya dapat memengaruhi kualitas hidup (Hermayudi., & Arianti, A. P., 2017)

### **2.1.6 komplikasi Rheumatoid Arthritis**

1. Beberapa kondisi yang mungkin dapat diderita oleh penderita rheumatoid arthritis adalah sebagai berikut menurut (Hermayudi & Arianti, A. P., 2017) Peradangan menyebar luas. Peradangan dapat menjangkit jaringan tubuh

lain, seperti hati, pembuluh darah, paru-paru, dan mata. Kondisi ini jarang terjadi berkat perawatan dini.

2. *Cervical myelopathy*. Saraf tulang belakang tertekan akibat dislokasi persendian tulang belakang bagian atas. Walau jarang terjadi, jika tidak segera dioperasi, kondisi ini bisa menyebabkan kerusakan saraf tulang belakang permanen akan berdampak kepada aktivitas sehari-hari.
3. Sindrom Lrong Karpal. Kondisi ini terjadi karena saraf median, yaitu saraf yang mengendalikan gerak dan sensasi di pergelangan tangan tertekan dan menimbulkan gejala kesemutan, nyeri dan mati rasa. Kondisi ini bisa diringankan dengan suntikan steroid atau menggunakan bebat untuk pergelangan tangan. Namun, umumnya operasi dilakukan untuk melepaskan tekanan pada saraf median.
4. Penyakit kardiovaskuler. Penyakit seperti *stroke* dan serangan jantung bisa terjadi akibat dampak *Rheumatoid Arthritis* yang mempengaruhi pembuluh darah dan jantung. Resiko terkena penyakit ini bisa dikurangi dengan mengonsumsi makanan sehat, berolahraga secara teratur dan berhenti merokok.
5. Kerusakan sendi. Kerusakan sendi akibat radang bisa menjadi permanen jika tidak ditangani dengan baik. Ada beberapa masalah yang dapat memengaruhi persendian, seperti kelainan bentuk persendian, kerusakan pada tulang dan tulang rawan, serta tendon di area sekitar terjadinya peradangan.

### **2.1.6 Penatalaksanaan**

Tujuan utama dari penatalaksanaan atau program pengobatan ialah untuk menghilangkan atau mengurangi nyeri dan peradangan, mempertahankan bahkan mengoptimalkan fungsi sendi dan memaksimalkan kemampuan pasien, serta mencegah dan memperbaiki deformitas yang terjadi pada sendi. Penangan nyeri pada rematik dapat dilakukan dengan metode yaitu farmakologi dan nonfarmakologi (Andri et al, 2019). Manajemen nyeri farmakologis bisa menggunakan obat-obatan analgesik. Sedangkan manajemen nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan dari seorang perawat dalam mengatai respon nyeri pasien. Beberapa teknik nonfarmakologis yakni relaksasi dan imajinasi terpimpin, distraksi, musik, stimulasi kutaneus pemberian sensangi hangat dan dingin, mssage/pijat dan aroma terapi (Potter & Perry, 2010)

## **2.2 Konse dasar nyeri**

### **2.2.1 Pengertian Nyeri**

Menurut The Intarnational *Associationf for The Studi of Pain* (IASP) , nyeri didefenisikan sebagai pengalaman sensori dan emosional yang tidan menyenangkan dan berkaitan denagn kerusakan jaringan atau potensial yang akan menyebabkan kerusakan jaringan ( Jhones,2016). Nyeri merupakan tanda peringatan bahwa terjadi kerusakan jaringan, yang harus menjadi pertimbangan utama perawat saat mengkaji nyeri (Andormayo, 2013).

### **2.2.2 Nyeri Kronis**

Nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual maupun fungsional dengan waktu



yang mendadak atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat dan konstan yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

### **2.2.3 Tanda dan gejala nyeri kronis**

Biasanya pasien mengeluh nyeri, merasa depresi, merasa takut mengalami cedera berulang, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas, bersikap protektif, waspada, pola tidur berubah, anoreksia, serta berfokus pada diri sendiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

### **2.2.4 Penyebab nyeri kronis**

Penyebab nyeri kronis adalah kondisi musculoskeletal kronis, kerusakan system saraf, penekanan saraf, infiltrasi tumor, ketidakseimbangan neurotransmitter, gangguan imunitas, gangguan fungsi metabolik, riwayat posisi kerja statis, peningkatan indeks massa tubuh, kondisi pasca trauma, tekanan emosional, riwayat penganiyaan, dan riwayat penyalahgunaan obat/zat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

### **2.2.5 Sifat Nyeri**

Nyeri bersifat sangat individual dan subjektif. McMahan tahun 1994 menyatakan bahwa terdapat empat atribut pasti dalam pengalaman nyeri yakni nyeri yang bersifat individu, tidak menyenangkan yakni suatu kekuatan yang dominan, bersifat tidak berkesudahan (Andarmoyo, 2013).

### **2.2.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri**

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri. Perawat sebagai tenaga kesehatan harus mendalami faktor yang mempengaruhi nyeri agar dapat memberikan pendekatan yang tepat dalam pengkajian dan perawatan terhadap

pasien yang mengalami nyeri. Faktor-faktor tersebut antara lain (Andarmoyo, 2013):

1. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada lansia. Kebanyakan lansia hanya menganggap nyeri yang dirasakan sebagai bagian dari proses menua. Perbedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia dapat mempengaruhi bagaimana mereka bereaksi terhadap nyeri. Beberapa lansia enggan memeriksakan nyerinya karena takut bahwa itu menjadi sebuah pertanda mengalami sakit yang serius. Nyeri yang dialami lansia harus dikaji dengan teliti oleh perawat karena terkadang sumber nyeri yang dirasakan lansia lebih dari satu, terkadang penyakit yang berbeda justru menimbulkan gejala yang sama. Tidak semua lansia berperan aktif dalam mencari pengobatan untuk mengatasi nyeri, beberapa lansia justru pasrah atas ketidaknyamanan yang dirasakan.

2. Jenis kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda dalam mengungkapkan nyeri. Ini dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia, dan merupakan hal yang unik pada setiap individu, tanpa memperhatikan jenis kelamin. Kebudayaan yang sangat kental membedakan nyeri antara pria dan wanita, dimana pria dianggap lebih kuat dalam menahan nyeri.

3. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh

kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Masyarakat kebanyakan menganggap anak laki-laki lebih kuat dalam menangani nyeri dibandingkan anak perempuan. hal ini tentu saja hanya kebudayaan masyarakat yang terbiasa memandang laki-laki lebih kuat dari pada perempuan.

#### 4. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Individu akan menilai nyeri dari sudut pandang masing-masing. Cara memaknai nyeri pada setiap orang berbeda-beda.

#### 5. Perhatian

6. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat. sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Perhatian juga dapat dikatakan mempengaruhi intensitas nyeri. Dibutuhkan pengalihan perhatian nyeri dengan relaksasi untuk menurunkan intensitas nyeri.

#### 7. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Ansietas memiliki hubungan dengan intensitas nyeri yang dirasakan pasien.

#### 6. Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Nyeri yang berlebihan juga dapat menyebabkan keletihan.

#### 7. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Nyeri yang dirasakan terdahulu hanya sebagai gambaran pada nyeri yang dirasakan saat ini.

#### 8. Gaya coping

Pasien mengalami nyeri di keadaan perawatan kesehatan, seperti di rumah sakit, pasien merasa tidak berdaya. Coping yang diambil cenderung lebih ke coping individu. Coping ditentukan dengan bagaimana pasien menanggapi nyeri.

#### 9. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respon nyeri ialah kehadiran orang-orang terdekat pasien dan bagaimana sikap mereka terhadap pasien mempengaruhi respon nyeri. Pasien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan namun kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

### **2.2.7 Pengkajian Nyeri**

1. Pengkajian nyeri menurut (Hidayat, 2008) antara lain meliputi : P (Pemacu), faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri

2. Q (Quality), kualitas nyeri dikatakan seperti apa yang dirasakan pasien misalnya, seperti diiris - iris pisau, dipukul - pukul, disayat
3. R (Region), daerah perjalanan nyeri
4. S (Severity), keparahan atau intensitas nyeri
5. T (Time), lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri Intensitas nyeri (skala nyeri) adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan individu. pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda (Tamsuri.2006).

### **2.2.8 Pengukuran nyeri**

Pengukuran nyeri dapat merupakan pengukuran satu dimensional saja (onedimensional) atau pengukuran berdimensi ganda (multi- dimensional). Pada pengukuran satu dimensional umumnya hanya mengukur pada satu aspek nyeri saja. misalnya seberapa berat rasa nyeri menggunakan pain rating scale yang dapat berupa pengukuran kategorikal atau numerical misalnya visual analogue scale (VAS), sedangkan pengukuran multi-dimensional dimaksudkan tidak hanya terbatas pada aspek sensorik belaka, namun juga termasuk pengukurandari segi afektif atau bahkan proses evaluasi nyeri dimungkinkan oleh metoda ini (Setiyohadi et al., 2006).

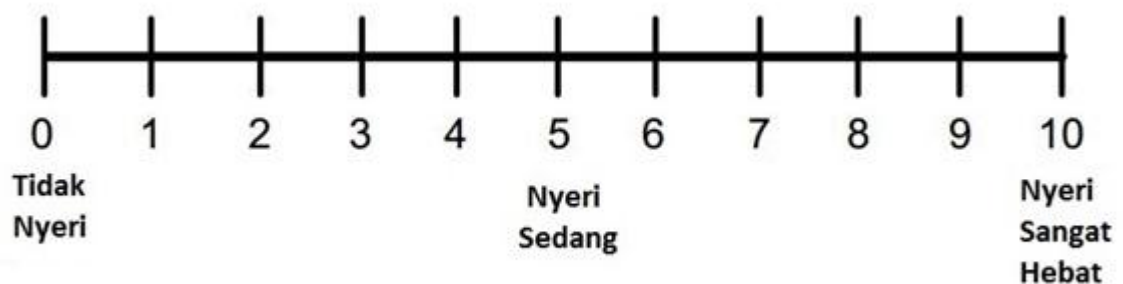
#### **1. Pengukuran nyeri secara kategorikal**

Pengukuran nyeri tipe ini disebut sebagai pengukuran satu dimensi (one dimensional) dan baik pasien maupun dokter dapat menggunakannya dengan mudah. Umumnya pengukuran kategorikal ini menempatkan pasien pada

beberapa kategori yang umum dipakai yaitu tidak ada nyeri, nyeri ringan, nyeri sedang dan nyeri hebat. nyeri ringan umumnya diartikan sebagai nyeri siklik dan tidak mengganggu aktivitas.

## 2. Pengukuran nyeri secara numerikal

Numerical rating scale (NRS) merupakan pengukuran nyeri dimana pasien diminta memberikan angka 1 sampai 10. Nol diartikan sebagai pasien tidak mengalami nyeri dan angka 10 berarti pasien mengalami nyeri hebat yang tidak tertahankan. Pengukuran ini juga dianggap mudah dimengerti oleh pasien.



Gambar 2.1 Numerical Rating Scale (NRS)

## 3. Visual analogue scale

VAS adalah instrument pengukuran nyeri yang paling banyak dipakai dalam berbagai studi klinis dan diterapkan pada berbagai jenis nyeri. Metoda ini terdiri satu garis lurus 10 cm. Garis paling kiri menunjukkan tidak ada nyeri sama sekali, sedangkan garis paling kanan menandakan rasa nyeri paling hebat. Pasien diminta membuat satu garis lurus yang menandakan derajat nyerinya. Pengukuran dengan VAS pada nilai dibawah 4 dikatakan sebagai nyeri ringan, nilai 4 - 7 dikatakan nyeri sedang, dan nilai diatas 7 dianggap nyeri hebat. Pengukuran skala

nyeri Bourbanis. Kategori pengukuran dalam skala nyeri Bourbanis hampir sama dengan pengukuran numerical, Bourbanis memiliki 5 kategori dengan menggunakan skala 0 - 10. Nol berarti pasien tidak mengalami nyeri. Skala 1-3 menunjukkan nyeri ringan dimana secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik. Skala 4-6 menunjukkan nyeri sedang yakni pasien mendesis, menyeringai, serta dapat menyebutkan lokasi nyeri. Skala 7 - 9 menunjukkan nyeri berat, pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tetapi mampu merespon tindakan, tidak mampu mendeskripsikan nyeri, serta tidak dapat diatasi dengan teknik nafas dalam. Skala 10 menunjukkan nyeri yang sangat berat, pasien sudah tidak mampu berkomunikasi.



### 3. Pengukuran nyeri secara multi-dimensional

Pengukuran nyeri dengan cara ini memberikan skala pada berbagai dimensi yang berbeda. Skala 3 dimensi yaitu sensorik, afektif dan evaluative, apabila dikaitkan dengan arthritis, maka arthritis impact measurement scales atau AIMS yang umumnya dipakai.

### 4. Pengukuran nyeri menggunakan alat electromekanikal atau alat mekanis

Dolorimeter merupakan alat mekanis yang dipakai untuk kuantifikasi ambang nyeri baik pada sendi maupun jaringan lunak. Alat yang paling banyak dipakai adalah chatillon dolorimeter yang merupakan bentuk penyempurnaan dari

dolorimeter kuno. Dua jenis chatillon dolorimeter yaitu dengan tekanan 10 pounds dan 20 pounds. Analogi ibu jari digantikan dengan rubber stopper setebal 1.5 cm pada alat tersebut, selanjutnya alat ini memiliki pula pegas lingkar dan reading pointer yang akan memberikan pembacaan pada skala tertentu. Pasien diminta untuk memberitahukan manakala ambang rasa nyeri tercapai dengan dilakukannya tekanan sebesar 5 pounds/ detik atau 2 kg/detik.

### **2.2.9 Pengalaman nyeri**

Potter dan Perry menjabarkan 3 fase pengalaman nyeri diantaranya (Potter & Perry, 2005)

#### **1. Fase antisipasi**

Fase antisipasi merupakan fase sebelum nyeri dimana fase ini mempengaruhi 2 fase lainnya. Pada fase ini seseorang belajar tentang nyeri, dan upaya untuk menghilangkan nyeri. Pada fase ini perawat berperan dalam memberikan informasi yang adekuat

#### **2. Fase sensasi**

Fase ini merupakan fase ketika nyeri sudah dirasakan pasien. Toleransi setiap orang terhadap nyeri berbeda-beda sehingga respon terhadap nyeri juga akan berbeda. Seseorang dengan toleransi nyeri tinggi maka tidak akan merasa nyeri dengan stimulus kecil tetapi seseorang dengan toleransi nyeri rendah akan mengeluh nyeri dari stimulus kecil. Pasien mengungkapkan nyeri melalui ekspresi wajah, vokalisasi dan gerakan tubuh.



### 3. Fase akibat

Fase ini berlangsung ketika nyeri berkurang atau sudah menghilang. Pasien masih memerlukan kontrol perawat untuk meminimalkan rasa takut akan kemungkinan nyeri yang berulang sebab nyeri bersifat krisis yang memungkinkan adanya gejala sisa pasca nyeri. Advokasi dari perawat untuk mempertahankan kondisi pasien kepada pasien dan keluarga

## **2.3 Slow Stroke Back Massage**

### **2.3.1 Pengertian Back Massage**

Stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri, bekerja dengan cara mendorong pelepasan endorfin, sehingga memblokir transmisi stimulus nyeri. Cara lainnya adalah dengan mengaktifkan transmisi serabut saraf sensoris A-beta yang lebih besar dan lebih cepat, sehingga menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dan A-delta berdiameter kecil sehingga menutup gerbang sinaps untuk transmisi impuls nyeri (Potter & Perry, 1997). Slow-Stroke Back Massage adalah tindakan masase punggung dengan usapan perlahan selama 3-10 menit (Potter & Perry, 1997),

### **2.3.2 Pengaruh Back Massage**

Pengaruh Stimulasi Kutaneus Slow-Stroke Back Massage meliputi:

1. Pelebaran pembuluh darah dan memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut. Dengan cara ini penyaluran zat asam dan bahan makanan ke sel-sel diperbesar dan pembuangan dari zat-zat yang tidak terpakai akan diperbaiki. Jadi akan timbul proses pertukaran zat yang lebih baik. Aktifitas

sel yang meningkat akan mengurangi rasa sakit dan akan menunjang proses penyembuhan luka, radang empedu, dan juga beberapa radang persendian.

2. Pada otot-otot, memiliki efek mengurangi ketegangan
3. Meningkatkan relaksasi fisik dan psikologis
4. Penggunaan stimulus kutaneus yang benar dapat mengurangi persepsi nyeri dan membantu mengurangi ketegangan otot yang dapat meningkatkan nyeri.
5. Penurunan intensitas nyeri, kecemasan, tekanan darah, dan denyut jantung secara bermakna.

### **2.3.3 Petunjuk Back Massage**

1. Perawat harus bertanya pertama kali apakah klien menyukai usapan/punggung karena beberapa klien tidak menyukai kontak secara fisik
2. Perlu diperhatikan kemungkinan adanya alergi atau kulit mudah terangsang sebelum memberikan lotion.
3. Hindari untuk melakukan masase pada area kemerah-merahan, kecuali bila kemerahan tersebut hilang sewaktu di masase
4. Masase punggung dapat merupakan kontraindikasi pada pasien imobilitas tertentu yang dicurigai mempunyai gangguan penggumpalan darah.
5. Identifikasi juga factor-faktor atau kondisi seperti fraktur tulang rusuk atau vertebra, luka bakar, daerah kemerahan pada kulit, atau luka terbuka yang menjadi kontraindikasi untuk masase punggung. Pada klien yang mempunyai riwayat hipertensi atau disritmia, kaji denyut nadi dan tekanan darah.

### **2.3.4 Metode**

Teknik untuk stimulasi kutaneus Slow-Stroke Back Massage dilakukan dengan mengusap kulit klien secara perlahan dan berirama dengan tangan dengan kecepatan 60 kali usapan permenit. Kedua tangan menutup suatu area yang lebarnya 5 cm pada kedua sisi tonjolan tulang belakang, dari ujung kepala sampai area sacrum. Teknik ini berlangsung selama 3-10 menit.

### **2.3.5 Prosedur Pelaksanaan**

1. Subyek penelitian dipersilahkan untuk memilih posisi yang diinginkan selama intervensi, bias tidur miring, telungkup atau duduk.
2. Buka punggung klien, bahu, dan lengan atas. Tutup sisanya denganselimut.
3. Peneliti mencuci tangan dalam air hangat. Hangatkan lotion ditelapak tangan dan tepatkan botol ke dalam air hangat. Tuang sedikit lotion di tangan. Jelaskan prosedur pada responden bahwa lotion akan terasa dingin dan basah basah. Gunakan lotion sesuai kebutuhan.
4. Lakukan usapan pada punggung dengan menggunakan jari-jari dan telapak tangan sesuai dengan metode diatas. Jika responden mengeluh tidak nyaman. prosedur langsung dihentikan.
5. Akhiri usapan dengan gerakan memanjang dan beritahu klien bahwa perawat mengakhiri usapan.
6. Bersihkan kelebihan dari lubrikan dari punggung klien dengan handuk mandi. Ikat kembali gaun atau bantu memakai baju atau piyama. Bantu klien posisi yang nyaman
7. Letakkan handuk yang kotor pada tempatnya dan cuci tangan.\

### **2.3.5 Standar Operasional Prosedur (SOP) Back Massage Standar Operasional Prosedur (SOP) Stimulasi Kutaneus Back Massage (Perestroika, 2014):**

#### **Tahap Persiapan**

1. Menyiapkan alat dan bahan
  - a. Bahan pelicin berupa krem, minyak atau lotion yang aman dan tidak kadaluwarsa
  - b. 1 buah mangkuk kecil
  - c. Selimut
  - d. Washlap/handuk kecil
  - e. Handuk kering
2. Menjaga lingkungan: atur pencahayaan dan privacy ruangan

#### Tahap orientasi

1. Memberikan salam
2. Menjaga privacy klien dengan menutup pintu dan jendela/korden
3. Mengklarifikasi kegiatan back massage
4. Mengklarifikasi kegiatan back message.
5. Menjelaskan tujuan dan prosedur back massage
6. Memberi kesempatan klien untuk bertanya
7. Persetujuan yang diinformasikan
8. Mendekatkan alat ke klien

**Tahap pelaksanaan**

1. Terapis mencuci tangan
2. Menyiapkan krem, minyak atau lotion ke dalam mangkuk kecil 3. Mengatur posisi klien dengan posisi nyaman dan rileks
3. Mengatur posisi klien dengan posisi nyaman dan rileks
4. Membantu klien melepas pakaian
5. Memasang selimut pada bagian tubuh yang tidak diberi massage
6. Mengoleskan krem, minyak atau lotion pada punggung
7. Melakukan gerakan dengan teknik Efflurage warming up massage dengan stretching punggung (mengurut seluruh bagian punggung)
8. Melakukan pemijatan utama dengan memijat secara lembut bagian torakal 10 sampai 12 dan lumbal 1 dengan 60 pijatan dalam satu menit, dalam hal ini peneliti melakukan tindakan dengan durasi 5 menit.
9. Mengakhiri pemijatan dengan teknik slow down massage (mengurutpunggung kembali)
10. Membersihkan punggung menggunakan air dan sabun bila diperlukan kemudian dibilas dengan waslap basah dan keringkan dengan handuk
11. Membantu klien menggunakan pakaian kembali
12. Mencuci tangan.

## **2.4 Konsep Keperawatan**

### **2.4.1 Pengkajian**

#### **a. Identitas Klien**

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor registrasi dan diagnosa medis. Sedangkan untuk penanggung jawab juga akan didapatkan yang sama, baik berupa nama, alamat, umur, pekerjaan, agama dan hubungan dengan klien.

#### **b. Keluhan Utama**

Berupa perasaan yang tidak enak badan, lesu, nyeri kepala. pusing dan kurang bersemangat, serta nafsu makan kurang (terutama selama masa inkubasi). Pada kasus yang khas, demam berlangsung selama 3 minggu, bersifat febris remiten. dan suhu tubuhnya tidak tinggi sekali. Umumnya kesadaran pasien menurun walaupun tidak berada dalam keadaan yaitu apatis sampai samnolen. Jarang terjadi stupor, koma, atau gelisah (kecuali bila penyakitnya berat dan terlambat mendapatkan pengobatan). Disamping gejala- gejala tersebut mungkin terdapat gejala lainnya. Kadang-kadang ditemukan pula bradikardia dan epitaksis pada anak besar.

#### **c. Pemeriksaan Fisik**

1. Kepala, Melihat kebersihan kulit kepala, distribusi rambut merata dan warna rambut.
2. Wajah, melihat ke simetrisan kiri dan kanan

3. Mata, terlihat sklera putih, konjuntiva merah muda, dan reflek pupil mengecil ketika terkena sinar. Mulut, terdapat napas yang berbau tidak sedap serta bibir kering, dan pecah-pecah (ragaden). Lidah tertutup selaput putih kotor, sementara ujung dan tepinya berwarna kemerahan dan jarang disertai tremor.
4. Leher, tidak adanya distensi vena jugularis.
5. Abdomen, dapat ditemukan keadaan perut kembung. Bisa terjadi konstipasi, atau mungkin diare atau normal.
6. Hati dan limfe membesar disertai dengan nyeri pada perabaan.
7. Ekstermitas, pergerakan baik antara kiri dan kanan.
8. Integumen, akral teraba hangat dan terdapat pada punggung dan anggota gerak dapat ditemukan rescola (bintik-bintik kemerahan karena emboli basil dalam kapiler kulit yang dapat ditemukan pada minggu pertama demam).

#### d. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Pada pemeriksaan darah tepi terdapat gambaran leukopenia, limfositosis relatif dan aneosinofilia pada permukaan yang sakit.
- 2) Darah untuk kultur (biakan darah, empedu) dan widal.
- 3) Biakan empedu basil salmonella typhosa dapat ditemukan dalam darah pasien pada minggu pertama sakit. Selanjutnya lebih sering ditemukan dalam urine dan feses.
- 4) Pemeriksaan widal Untuk membuat diagnosis, pemeriksaan yang diperlukan ialah titer zat anti terhadap antigen O yang bernilai 1/200 atau lebih menunjukkan kenaikan yang progresif.

### 2.4.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain. (Hutahaean Serri, 2012).

Berdasarkan Nanda NIC NOC 2015 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu: Masalah yang lazim muncul (Nanda 2015):

1. Nyeri akut b.d perubahan patologis oleh arthritis rheumatoid
2. Gangguan citra tubuh hd perubahan penampilan tubuh, sendi, bengkok, deformitas.
3. Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi

Ansietas b/d kurangnya informasi tentang penyakit, penurunan produktifitas (status kesehatan dan fungsi peran)

### 2.4.3 Intervensi keperawatan

No	No Dx Kep(SDKI)	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	D.0077	Nyeri akut b/d perubahan patologis oleh arthritis rheumatoid	1. Tingkat nyeri, 2. Kontrol nyeri, 3. Comfort level Kriteria hasil: a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)	1. Lakukan pengkajian Secara komprehensif termasuk nyeri lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan faktor prespitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Kaji yang mempengaruhi respon nyeri 4. Kurangi faktor prespitasi nyeri 5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau



			<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Melaporkan bahwa berkurang nyeri dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>c. Mampu mengenali (skala, nyeri intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, inter personal)non-farmakologi dan inter personal)</li> <li>7. Ajarkan teknik non farmakologi</li> <li>8. Tingkatkan istirahat Evaluasi keefektifan kontrol nyeri,</li> </ul>
2	D.0083	Gangguan citra tubuh b/d perubahan penampilan tubuh, sendi, bengkak, deformitas	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Body image</li> <li>2. Self esteem</li> </ul> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Body image positif</li> <li>2. Mampu mengidentifikasi kekuatan personal</li> <li>3. Mendiskripsikan secara faktual perubahan fungsi tubuh</li> <li>4. Mempertahankan interaksi sosial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya</li> <li>2. Monitor frekuensi mengkritik dirinya</li> <li>3. Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan,dan prognosis penyakit</li> <li>4. Dorong klien mengungkapkan perasaannya identifikasi arti pengurangan melalui alat bantu</li> <li>5. Fasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil</li> </ul>
3	D.0054	Gangguan mobilitas fisik b/d kekuatan sendi		<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring vital sign sebelum atau sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>2. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan</li> <li>3. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera</li> <li>4. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknikambulasi</li> <li>5. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> </ul>

				<p>6. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLS secara mandiri sesuai kemampuan</p> <p>7. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs klien</p> <p>8. Berikan alat bantu jika klien memerlukan</p> <p>9. Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</p>
4	D.0080	Ansietas b/d kurangnya pengetahuan tentang penyakit	<p>1. Anxuetiy level</p> <p>2. Sosial anxiety level</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>a. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas</p> <p>b. Vital sign dalam batas normal</p> <p>c. Postur tubuh ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukan berkurangnya kecemasan</p>	<p>a. Gunakan pendekatan menenangkan terhadap yang harapan pelaku pasien</p> <p>b. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan prosedur selama</p> <p>c. Pahami perspektif pasien terhadap situasi stres</p> <p>d. Temani pasien untuk memberikan keamanan mengurangi takut dan</p> <p>e. Dengarkan penuh perhatian dengan</p> <p>6. Bantu pasien mengenal situasi menimbulkan kecemasan yang</p> <p>7. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, keatkutan, persepsi</p> <p>8. Instruksikan pasien relaksasi menggunakan teknik</p>

#### 2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan. Tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada klien. Tindakan yang

dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda dengan urutan yang telah dibuat pada perencanaan. Aplikasi yang dilakukan pada klien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi klien saat itu dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh klien. Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreatifitas perawat. Sebelum melakukan suatu tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Perawat harus yakin bahwa: tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan cara yang tepat, serta sesuai dengan kondisi klien. selalu dievaluasi apakah sudah efektif dan selalu didokumentasikan menurut waktu (Doenges dkk. 2016).

#### **2.4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah tahap kelima dari proses keperawatan. Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian, atau bahkan belum teratasi semuanya. Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan yaitu suatu proses yang digunakan untuk mengukur dan memonitor kondisi klien untuk mengetahui kesesuaian tindakan keperawatan, perbaikan tindakan keperawatan, kebutuhan klien saat ini. perlunya dirujuk pada tempat kesehatan lain, apakah perlu menyusun ulang prioritas diagnosis supaya kebutuhan klien bisa terpenuhi (Doenges dkk.2006).

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS**

#### **3.1 Pengkajian**

Tanggal pengkajian : 04 agustus 2023

Waktu : 09.30 wib

Tempat : Rs inanta

##### **3.1.1 Biodata**

###### **a. Identitas klien**

Nama : Ny.B

Umur : 50 Tahun

Alamat : Sidangkal

Agama : Islam

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Petani

Tanggal pengkajian : 04 Agustus 2023

Diagnosa medis : Rheumatoid arthritis

###### **b. Identitas penanggung jawab**

Nama : Tn.S

Umur : 53 Tahun

Alamat : Sidangkal

Pekerjaan : Wiraswasta

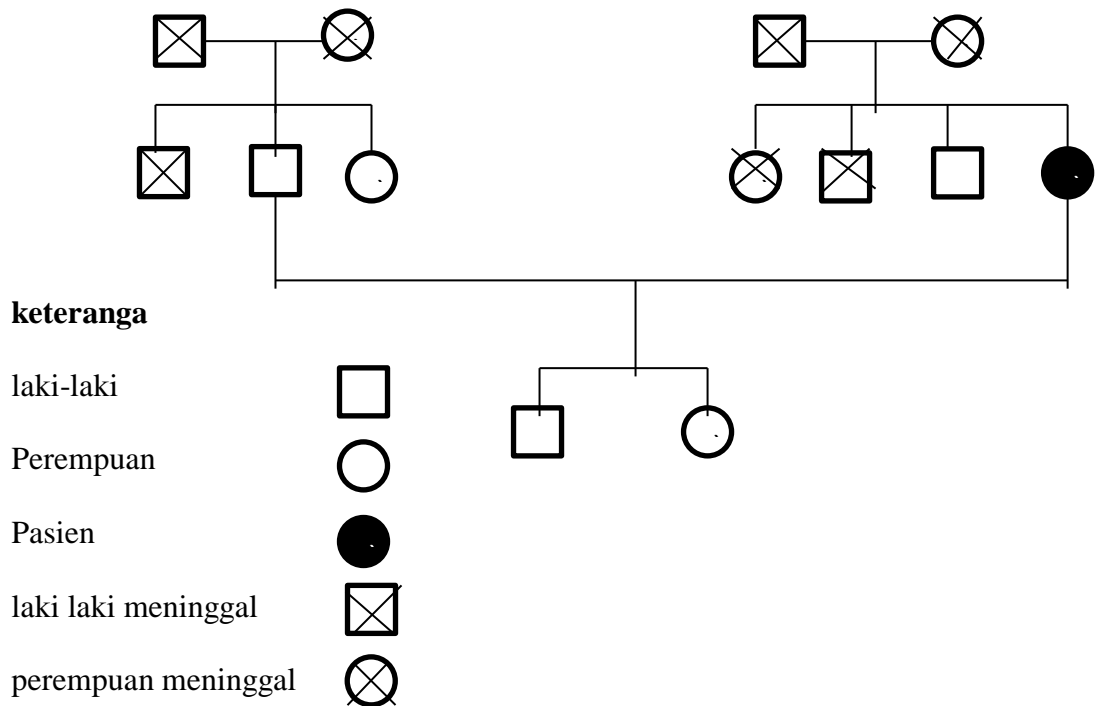
Agama : Islam

Hub.dengan klien : Suami

### 3.2 Genogram

Keluarga Tn.S

Keluarga Ny.B



### 3.2. Riwayat Kesehatan

#### 3.2.1 Keluhan Utama

didapatkan keluhan utama klien mengatakan bahwa kaki kanan dan kirinya sakit seperti ditusuk-tusuk apalagi dibantu berjalan, dan klien mengeluh tidak sanggup berjalan jauh.

#### 3.2.2 Riwayat kesehatan sekarang

klien memiliki riwayat rematik, semenjak 1 tahun yang lalu.

#### 3.2.3 Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan pernah mengalami keluhan yang sama.

### **3.2.4 Riwayat kesehatan keluarga**

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan. Riwayat penyakit keluarga, dalam anggota keluarga klien tidak ada yang menderita hipertensi, DM. dan penyakit menular seperti TBC, HIV. Hepatitis, maupun penyakit menular lainnya.

### **3.3 Pengkajian Pola Fungsional**

#### **1. persepsi dan manajemen kesehatan**

Sebelum sakit klien menanggapi bahwa nyeri yang dirasakannya adalah hal yang biasa. Selama sakit klien banyak minum air hangat istirahat untuk meredakan nyer.

#### **2. Pola Nutrisi dan Metabolik**

Sebelum sakit Klien mengatakan makan 3 x sehari dan minum 6-7 gelas sehari. Setelah sakit Klien mengatakan malas makan karena adanya nyeri pada bagian kepala.

#### **3. Pola Eliminasi**

BAB: 1x sehari dan BAK :3-4 x sehari

#### **4. Pola Aktivitas Dan Kebersihan Diri**

Sebelum sakit klien mengatakan dapat melakukan aktivitas dengan normal. Setelah sakit Klien mengatakan malas untuk melakukan aktivitas.

#### **5. Pola Istirahat Dan Tidur**

Klien mengatakan biasanya tidur pukul 21:00 malam dan bangun jam 5 pagi.

**6. Pola kognitif dan persepsi sensori**

Klien tidak mengalami kesulitan berkomunikasi dan tidak ada gangguan pada panca indera.

**7. Pola konsep diri**

Emosi klien stabil.

**8. Pola peran-hubungan**

Klien masih mampu berinteraksi dengan keluarga dan masyarakat.

**9. Pola seksual dan seksualitas**

Klien tidak memiliki gangguan pada sistem reproduksi

**10. Pola mekanisme koping**

Klien mengatakan ketika ada masalah klien merasa cemas. Klien mengambil keputusan dibantu oleh keluarga dan teman-teman

**11. Pola nilai kepercayaan**

Klien menganut agama islam, rajin beribadah dirumah

**Pemeriksaan Fisik****1. Keadaan umum**

- a. penampilan : Klien tampak lemas
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. GCS : E4 M5 V6

**2. Tanda-tanda vital**

- a. Tekanan darah : 130/60 mmHg
- b. Respiratori rate : 24x/menit
- c. Nadi : 94x/menit

- d. Suhu : 36,5°c
- e. Tinggi badan : 150 cm
- f. Berat badan : 60 kg
- g. Skala nyeri : 6 (nyeri sedang)

### 3. Kepala dan Leher

- a. Bentu kepala: simetris, lonjong, dan tidak lecet
- b. Finger print : Sedang
- c. Rambut : Tebal, lembut, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi.
- d. Mulut : Lidah lembab dan berwarna merah muda, gigi bersih  
simetris dan tidak ada pembengkakan tonsil dan gusi
- e. Mata : Simetris, konjungtiva anemis, sklera putih, penglihatan baik
- f. Hidung : simetris, fungsi indra baik, tidak ada masalah
- g. Telinga : Simetris tidak ada penumpukan serumen, pendengaran baik
- h. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

### 4. Paru- paru

- a. Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi, tidak bekas operasi, tidak nampak sesak
- b. Palpasi : Tidak ada massa, taktil fremitus seimbang kanan dan kiri
- c. Perkusi : Bunyi sonor diseluruh lapangan paru (Suara resonan)
- d. Auskultasi : Suara pernapasan vesikuler

### 5. Jantung

- a. Inspeksi: Simetris kiri dan kanan, tidak ada luka/ lecet, ictus cordis (-)
- b. Palpasi : Normal
- c. Perkusi : Normal



d. Auskultasi : Normal

## 6. Perut

- a. Inspeksi : Simetris tidak ada luka/ lecet
- b. Palpasi : tidak Ada nyeri tekan pada perut.
- c. Perkusi : Timpani
- d. Auskultasi : bising usus (+) 20x/menit

## 7. Genetalia

tidak ada masalah pada genetalia

## 8. Anus

Tidak ada benjolan pada anus

## 9. Ekstermitas

- a. Atas: tidak ada tanda lesi, tidak ada bengkak akral hangat
- b. Bawah: simetris, tidak ada tanda lesi, tidak ada bengkak akral hangat

## 10. Kuku dan Kulit

Warna kulit sawo matang, lembab, akral hangat. tidak ada lesi.

## 11. Terapi

Pemberian terapi back message, dilakukan pagi hari selama 3 kali berurut-  
ikut.

### 3.2 Analisa Data

No	Analisa Data	Etiologi	Masalah
1	DS a. Klien mengatakan P = sakit di kaku Q= seperti di tusuk tusuk S= 6 T= hilang timbul	Penarikan metabolisme  tulang  ↓	Nyeri akut

	<p>DO</p> <p>a. klien terlihat meringis</p> <p>b. klien terlihat gelisah</p> <p>c. klien bersikap protektif</p>	<p>Penarikan enzim yang meruak tulang rawan sendi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Berkurangnya kadar air tulang rawan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan fungsi Tulang nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri dipersepsikan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri akut</p>	
2	<p>DS</p> <p>a. Klien mengatakan tidak mau melakukan pergerakan yang membuat kakinya saki</p> <p>DO</p>	<p>Reaksi peradangan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>

	a. Gerakan klien terbatas  b. klien terlihat selalu meluruskan kakinya	Kekakuan sendi  ↓  Hambatan mobilitas fisik	
--	--	---	--

### 3.3 Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut b/d penurunan fungsi tulang
2. Gangguan mobilitas fisik

### 3.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan (NOC)	Perencanaan (NIC)
1	1. Nyeri akut b/d peningkatan tekanan vaskuler serebral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi rasanyeri, mencari bantuan).</li> <li>• Melaporkan bahwa nyeriberkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.</li> <li>• Menyatakan rasa nyaman setelahnyeri berkurang.</li> </ul>	Magement nyeri: <ol style="list-style-type: none"> <li>1..Kaji tingakat nyeri secara komprehensif lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presifitansi.</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Ajarkan klien cara melakukan terapi back message</li> <li>4. Anjurkan klien untuk melakukan terapi back message sebanyak 3 kali pada pagi hari untuk mengurangi nyeri rematik.</li> <li>5. Kaji skala nyeri setelah 25 menit melakukan terapi back message.</li> </ol>
2	Gangguan mobilitas fisik b/d nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam klien mampu melakukan ambulaidengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien dapat menggunakan alat bantu jalan(kruk) dengan baik</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring vital sign sebelum sesudah latihan dan lihatrespon pasien saat latihan.</li> <li>2. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera.</li> </ol>

			<p>3. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi.</p> <p>4. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.</p> <p>5. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan.</p> <p>6. Berikan alat bantu jika klien memerlukan</p>
--	--	--	--

### 3.5 Implementasi dan Evaluasi

#### Hari pertama

Diagnosa	Hari/ Tanggal	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut	Sabtu 05/08/2023	<p>1. Kaji tingkat nyeri secara komprehensif lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presifitansi.</p> <p>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Ajarkan klien cara melakukan terapi back message</p> <p>4. Anjurkan klien untuk melakukan terapi back message sebanyak 3 kali pada pagi hari untuk mengurangi nyeri rematik.</p> <p>5. Kaji skala nyeri setelah 25 menit melakukan terapi back message.</p>	<p>S. Klien mengatakan bahwa krdua kakinya masih sakit apalagi dibawa berjalan</p> <p>O. Klien memijat mijat kakinya</p> <p>Wajah meringis</p> <p>Skla nyeri 6</p> <p>A. Masalah brlum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- masalah nyeri belum teratasi</li> <li>- klien masih merasa nyeri saat berjalan</li> </ul> <p>P. Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-kaji tingkat nyeri-observasi reaksi pasien</li> <li>- lakukan terapi back message</li> </ul>
Gangguan mobilitas fisik	Sabtu 05/08/2023	<p>1. Monitoring vital sign sebelum sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan.</p> <p>2. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan mencegah terhadap cedera.</p>	<p>S. Klien mangatakan tidak mampu menggerakkan kakinya saat nyeri kambuh</p> <p>O. TD. 130/60 mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien terlihat lemas</li> </ul> <p>A. Masalah belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-klien masih merasa nyeri saat beraktivitas</li> </ul>

		<p>3. Ajarkan pasien atau tenaga tentang teknik ambulasi.</p> <p>4. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.</p> <p>5. Latih kemampuan ADLS secara mandiri sesuai untuk pemenuhan kebutuhan</p> <p>6. Berikan alat bantu jika klien memerlukan</p>	<p>- klien masih malas untuk melakukan aktivitas</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan</p> <p>- kaji vital sign</p> <p>- ajarkan pasien teknik ambulasi</p> <p>- kaji kemampuan pasien dalam metabolisme</p>
--	--	---	---

### Hari kedua

Diagnosa	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut	Minggu 06/08/2023	<p>1. Kaji tingkat nyeri secara komprehensif lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presifitansi.</p> <p>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>3. Ajarkan klien cara melakukan terapi back message</p> <p>4. Anjurkan klien untuk melakukan terapi back message sebanyak 3 kali pada pagi hari untuk mengurangi nyeri rematik.</p> <p>5. Kaji skala nyeri setelah 25 menit melakukan terapi back message.</p>	<p>S. Klien mengatakan bahwa kedua kakinya masih sakit apalagi dibawa berjalan</p> <p>O. Klien memijat mijat kakinya Wajah meringis Skala nyeri 6</p> <p>A. Masalah belum teratasi</p> <p>- masalah nyeri belum teratasi</p> <p>- klien masih merasa nyeri saat berjalan</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan</p> <p>-kaji tingkat nyeri-observasi reaksi pasien</p> <p>- lakukan terapi back message</p>

Gangguan mobilitas fisik	Minggu 06/08/2023	<p>1. Monitoring vital sign sebelum sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan.</p> <p>2. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan mencegah</p>	<p>S. Klien mengatakan bahwa kedua kakinya masih sakit apalagi dibawa berjalan</p> <p>O. Klien memijat mijat kakinya Wajah meringis</p>
--------------------------	----------------------	--	---

		<p>terhadap cedera.</p> <p>3. Ajarkan pasien atau tenaga tentang teknik ambulasi.</p> <p>4. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.</p> <p>5. Latih kemampuan ADLS secara mandiri sesuai untuk pemenuhan kebutuhan</p> <p>6. Berikan alat bantu jika klien memerlukan</p>	<p>Skala nyeri 5</p> <p>A. Masalah belum teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- masalah nyeri belum teratasi</li> <li>- klien masih merasa nyeri sudah berkurang saat berjalan</li> </ul> <p>- lakukan terapi back message</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kaji tingkat nyeri-observasi reaksi pasien</li> <li>- lakukan terapi back message</li> </ul>
--	--	---	--

### Hari ketiga

Diagnosa	Hari/ Tanggal	Implementasi	Evaluasi
Nyeri akut	Senin 07/08/2023	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji tingkat nyeri secara komprehensif lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presifitansi.</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Ajarkan klien cara melakukan terapi back message</li> <li>4. Anjurkan klien untuk melakukan terapi back message sebanyak 3 kali pada pagi hari untuk mengurangi nyeri rematik.</li> <li>5. Kaji skala nyeri setelah 25 menit melakukan terapi back message.</li> </ol>	<p>S. Klien mengatakan kedua kakinya sudah tidak sakit lagi</p> <p>O. Klien tampak baik</p> <p>Skala nyeri 2</p> <p>A. Masalah teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nyeri klien sudah sangat berkurang</li> <li>- klien tidak merasa sakit lagi</li> </ul> <p>P. Intervensi dihentikan</p>
Gangguan mobilitas visik	Senin 07/08/2023	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring vital sign sebelum sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan.</li> <li>2. Bantu klien untuk</li> </ol>	<p>S. Klien mengatakan sudah mau menggerakkan kakinya dan sudah mau berjalan</p> <p>O. TD. 120/80 mmhg</p>

		<p>menggunakan tongkat saat berjalan dan mencegah terhadap cedera.</p> <p>3. Ajarkan pasien atau tenaga tentang teknik ambulasi.</p> <p>4. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.</p> <p>5. Latih kemampuan ADLS secara mandiri sesuai untuk pemenuhan kebutuhan</p> <p>6. Berikan alat bantu jika klien memerlukan</p>	<p>Ku, baik</p> <p>A. Masalah teratasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- masalah metabolisme teratasi</li> <li>- klien sudah bisa melakukan aktivitas dengan normal</li> </ul> <p>P. Intervensi dihentikan</p>
--	--	--	---

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini di bahas mengenai Asuhan Keperawatan pada Ny. B dengan diagnose medis Rheumatoid Arthritis yang dilakukan mulai tanggal 4 agustus 2023 sesuai dengan tinjauan pustaka. Dalam hal ini penulis akan membahas melalui tahapan-tahapan proses keparawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Menurut Muttaqin (2013) pengkajian adalah tahap awal dari yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Pengkajian dilakukan pada tanggal 4 agustus 2023 pukul 09.30 WIB. pengkajian dilakukan dengan metode auto anamnesa, dimulai dari biodata klien. riwayat penyakit, pengkajian pola fungsional kesehatan, pemeriksaan fisik head to toe, dan terapi pengobatan. Ny. B bertempat tinggal di Sidangkal, Ny. B mengatakan nyeri pada kaki kanan dan kiri dan. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan hilang timbul dan biasanya berlangsung 1-2 hari. Klien mengatakan mengeluh tidak sanggup berjalan jauh. Hasil pengkajian didapatkan skala nyeri 6 dan klien tampak meringis kesakitan, kesadaran klien composmentis dengan nilai GCS 15 dan nadi 94x/menit, tekanan darah 130/60 mmHg, suhu 36.5C, serta pernafasan 24 x/menit



## **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik yang mencakup respon klien, keluarga, dan komunitas terhadap suatu yang berpotensi sebagai masalah kesehatan dalam proses keperawatan (Deswani, 2013).

Menentukan prioritas masalah keperawatan adalah kegiatan untuk menentukan masalah yang menjadi skala prioritas untuk diselesaikan atau diatasi dahulu. Prioritas pertama pada kasus Ny. b yaitu Nyeri akut berhubungan dengan penurunan fungsi tulang karena pada saat pengkajian didapatkan data subyektif klien merasa nyeri kaki kanan dan kiri, lokasi kaki kanan kiri dengan skala 6. Kemudian ditambah dengan data objektif klien terlihat menahan nyeri dan lemas, tekanan darah: 130/60 mmHg, nadi: 94 kali/menit, suhu: 36.5 °C. respirasi rate 24 kali/menit.

Diagnosa kedua adalah Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya nyeri karena pada saat dilakukan pengkajian didapat data subjektif Ny. B mengatakan tidak mau melakukan aktivitas yang membuat kakinya sakit. Sedangkan data objektif yaitu Ny. B tampak lemah dan pucat, klien tidak banyak melakukan aktivitas dan hanya berdiam di kamar. Ny.B mengatakan jika nyeri timbul malas suntuk beraktivitas dan ia hanya banyak beristirahat dan tidur di kamar.

## **4.3 Intervensi Keperawatan**

Perencanaan adalah intervensi atau perencanaan keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharap dari klien, dan atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu klien

mencapai hasil yang diharapkan (Deswani, 2011). Rencana tindakan keperawatan untuk masalah Nyeri akut berhubungan dengan penurunan fungsi tulang yaitu dengan melakukan manajemen nyeri dan terapi obat herbal untuk mengurangi nyeri rematik. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya nyeri karena pada saat dilakukan pengkajian didapat data subjektif Ny. B mengatakan tidak mau melakukan aktivitas yang membuat kakinya sakit yaitu dengan intervensi Kaji kemampuan klien dalam imobilisasi

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah tindakan mandiri maupun kolaborasi yang diberikan perawat kepada klien sesuai dengan rencana yang telah dibuat dan criteria hasil yang ingin dicapai (Wahid, 2014).

Sebelum dilakukan tindakan untuk diagnose pertama dan kedua memberikan terapi yaitu back massage. Respon subyektif klien mengatakan nyeri pada kaki dan klien mengatakan masih tidak mau melakukan aktivitas. Sedangkan respon obyektif skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 5 dan klien masih banyak beristirahat.

Setelah melakukan tindakan untuk diagnose pertama dan kedua yaitu klien melaksanakan terapi back message dengan subyektif klien mengatakan nyeri sudah berkurang, Respon subyektif yaitu skala nyeri 2 dan klien tampak rileks dan tidak meringis kesakitan.

#### **4.5 Evaluasi**

Evaluasi adalah catatan mengenai perkembangan klien yang dibandingkan dengan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya, dengan menggunakan

metode SOAP (Wahid, 2012). Menurut analisis penulis setelah melakukan pemberian terapi back message yang dilakukan itu sebanyak 3 kali berturut-turut pada pagi hari ini terjadi penurunan skala nyeri klien setelah 25 menit diberikan dari skala nyeri 6 (nyeri sedang) menjadi skala nyeri 2 (nyeri ringan). Maka dapat diperoleh kesimpulan ada pengaruh pemberian terapi back message terhadap penurunan nyeri Rematik.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

- 1) Pengkajian ini dilakukan secara head to toe dan didapatkan masalah pada klien adalah nyeri pada bagian kaki kanan dan kiri dan klien melakukan aktivitas karena nyeri yang dirasakan. Hasil pengkajian didapatkan skala nyeri 6 dan klien tampak meringis kesakitan, kesadaran klien composmentis dengan nilai GCS 15 dan nadi 94x/menit, tekanan darah 130/60 mmHg, suhu 36,5C, serta pernafasan 24 x/menit
- 2) Diagnosa Keperawatan yang didapatkan pada kasus Ny. B adalah nyeri akut berhubungan dengan penurunan fungsi tulang dan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya nyeri.
- 3) Intervensi keperawatan yang dilakukan kepada Ny. B penderita rematik sudah sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil dari masing-masing diagnose
- 4) Implementasi keperawatan pada kasus ini dilakukan secara bertahap selama 3 hari berturut- turut.
- 5) Evaluasi yang didapatkan pada kasus ini sesuai dengan yang diharapkan, namun klien harus tetap melanjutkan tindakan pemberian terapi back message untuk menurunkan skala nyeri Rematik.
- 6) Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. B dengan pemberian terapi back message terhadap penurunan skala nyeri didapatkan hasil skala nyeri menurun dari skala nyeri 6 menjadi skala nyeri 2 (skala nyeri

ringan). Maka dapat disimpulkan dengan pemberian terapi back message dapat menurunkan skala nyeri Rematik

## **5.2 Saran**

### **1) Bagi Penulis**

Sebaiknya diupayakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang rematik Dan juga diharapkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada klien melakukan asuhan keperawatan rematik dengan pemantau lebih intensif dan menerapkan terapi seperti pemberian terapi back message untuk menurunkan skala nyeri rematik.

### **2) Bagi Responden**

Hasil ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang jelas bagi penderita rematik dan dapat melakukan tindakan secara mandiri dirumah pada saat nyeri rematik kambuh.

### **3) Bagi Institusi Pendidikan**

Dukungan sarana dan prasarana sangatlah penting dalam menunjang karya tulis ini. Dapat meningkatkan mutu pendidikan yang lebih berkualitas dan professional, terampil, inovatif, aktif. dan bermutu, sehingga mampu dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik berdasarkan kode etik keperawatan.

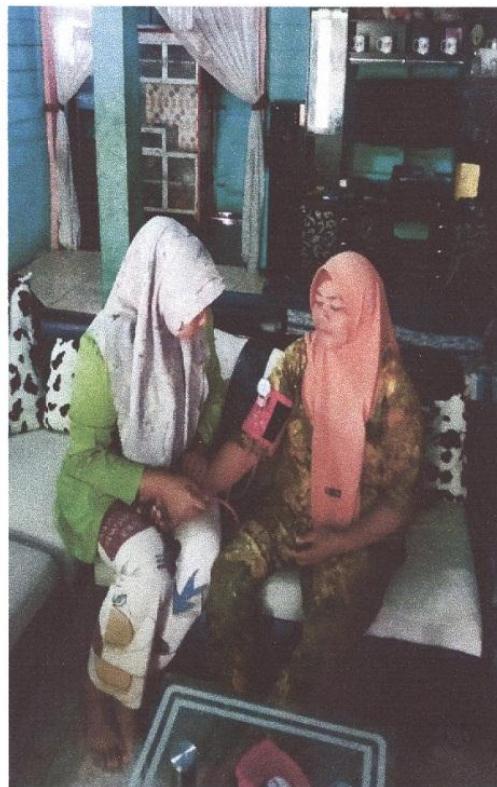
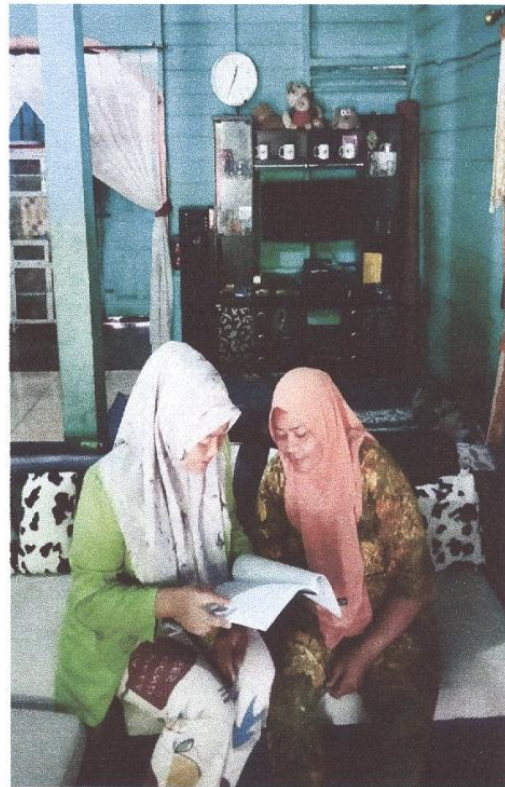
### **4) Bagi tempat peneliti**

Dapat menjadi solusi penyembuhan nyeri akut pada rematik dengan terapi back message selain menggunakan terapi farmakologis dan dapat meningkatkan peran perawat dalam melakukan proses keperawatan.

## DATAR PUSTAKA



- Amigo, Thomas Aquino Erjinyuare, dkk. (2017). Buku Keterampilan *Klinis Keperawatan Lansia Dan Keperawatan Keluarga (Gerontology And FamilyNursing)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Andri, J. (2020). Tingkat Pengetahuan Terhadap Penanganan Penyakit Rheumatoid Arthritis Pada Lansia. *Jurnal Kesmas Asekepius (IKA)* 2(1). 2684-8287. Azizah, N., (2020). Inhalasi Aromaterapi Lavender (*Levendula Angustifolia*) dan Nerolin (*Citrus Aurantium*) Dengan Nyeri Post Partum. Universitas Muhammadiyah Sidoarjo.
- Badan Pusat Statistik Jakarta Pusat. (2019). Statistik Penduduk Lanjut Usia 2019. Jakarta Pusat : Badan Pusat Statistik. Bangun, A, V. & Nur aeni, S (2013). Pengaruh Aromaterapi Lavender Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Di Rumah Sakit Dustira Cimahi. *Jurnal Keperawatan Soediman (The Soediman Journal Of Nursing)*, Volume 8. Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jendral Achmad Yani Cimahi.
- Dewi, a. P. (2013). Aromaterapi Lavender Sebagai Media Relaksasi. *E-Jurnal MedikaUdayana*,2(1),21-53.  
<http://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/download/4871/3657>
- Fadlilah, S., & Widayati. R. W.. (2018). Efektivitas Kompres Bawang Merah Terhadap Nyeri Sendi Pada Lansia. *Jurnal Kesehatan*. 9(2) Fallis, A.. (2013). Pengaruh Melakukan Puasa Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi. *Jurnal Keperawatan*, 53(9), 1689- 1699
- Herlina, Ridwan, M., & Hetia, E, N. (2017). Pengaruh Aromaterapi Lavender Terhadap Pengurnagan Nyeri Persalinan Kala 1 Aktif. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*. 1, 19779-469.
- Hermayudi., & Ariani. A.P., (2017). Penyakit Rematik (Rheumatologi). Yogyakarta: Nuha Medika.

**DOKUMENTASI**



### LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : ELSA MANORA SIREGAR  
NIM : 22040014  
Dosen pembimbing : Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep

NO	Hari/Tanggal	Topik	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan Pembimbing
1	Selasa 08/08/2023	Perbaikan askep		
2	<del>Sabtu</del> Sabtu 12/08/2023	Lengkapi 1-5		
3	15/08/2023	ACC usiam		