

**PENERAPAN TERAPI *BACK MASSAGE* TERHADAP PENURUNAN  
TINGKAT NYERI PADA KELUARGA DENGAN RHEUMATOID  
ARTHRITIS**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Mencapai  
Gelar Ahli Madya Keperawatan Pada Program Studi D3 Keperawatan



Disusun oleh:  
Ika Rizki Risanayati Putri  
NPM: 15.0601.0053

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG  
2019**

## HALAMAN PERSETUJUAN

### **PENERAPAN TERAPI BACK MASSAGE TERHADAP PENURUNAN TINGKAT NYERI PADA KELUARGA DENGAN RHEUMATOID ARTHRITIS**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing, serta telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D3 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.



A handwritten signature in blue ink, likely belonging to Ns. Enik Suhariyanti, M.Kep.

Ns. Enik Suhariyanti, M.Kep  
NIK. 037606002

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Ika Rizki Risanayati Putri  
NPM : 15.0601.0053  
Program Studi : Program Studi Keperawatan (D3)  
Judul KTI : Penerapan Terapi Back Massage Terhadap Penurunan  
Tingkat Nyeri Pada Keluarga Dengan Rheumatoid  
Arthritis

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Tim Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya pada Program Studi Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.

Penguji Utama : Ns. Priyo, M.Kep (.....)

Penguji Pendamping 1 : Ns. Sigit Priyanto, M.Kep (.....)

Penguji Pendamping 2 : Ns. Enik Suhariyanti, M.Kep (.....)

Ditetapkan di : Magelang  
Tanggal : 29 Juli 2019

Mengetahui,  
Dekan



**Puguh Widiyanto, S.Kp., M.Kep**  
NIK : 947308063

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik dan hidayah-Nya kepada kita semua sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Penerapan Terapi *Back Massage* Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri pada Keluarga dengan Rheumatoid Arthritis”**. Dengan segala kerendahan penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan, dorongan, dan dorongan dari berbagai pihak maka sangatlah sulit bagi penulis untuk memenuhi salah satu persyaratan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Puguh Widiyanto, S.Kp, M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang,
2. Ns. Reni Mareta, M.Kep., selaku Ketua Program Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang,
3. Ns. Sigit Priyanto, M.Kep., selaku pembimbing satu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang senantiasa memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penyusunan karya tulis ilmiah,
4. Ns. Enik Suhariyanti, M.Kep., selaku pembimbing dua dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang senantiasa memberikan bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna bagi penyusunan karya tulis ilmiah,
5. Semua Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang, yang telah memberikan bekal ilmu kepada penulis dan telah membantu memperlancar proses penyelesaian karya tulis ilmiah,
6. Semua Staf dan Karyawan Fakultas Ilmu Kesehatan Program Studi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang, yang telah membantu dalam memfasilitasi dan telah membantu memperlancar proses penyelesaian karya tulis ilmiah,
7. Ayah dan Ibu tercinta serta keluarga besar penulis, yang tidak henti-hentinya memberikan doa dan restunya, tanpa mengenal lelah selalu memberi semangat

buat penulis, mendukung dan membantu penulis baik secara moril, materiil maupun spiritual hingga selesainya penyusunan Karya Tulis Ilmiah,

8. Teman-teman Mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang yang telah banyak membantu dan telah banyak memberi dukungan kritik dan saran, yang setia menemani dan mendukung selama 3 tahun yang kita lalui.

Semoga amal bapak/ibu/saudara/saudari yang telah memberikan pada penulis memperoleh imbalan yang setimpal dari Allah SWT. Penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Hanya kepada Allah SWT. semata penulis memohon perlindungan-Nya. Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi semuanya.

Magelang, Maret 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

|                                                 |      |
|-------------------------------------------------|------|
| HALAMAN JUDUL.....                              | i    |
| HALAMAN PERSETUJUAN.....                        | ii   |
| KATA PENGANTAR .....                            | iv   |
| DAFTAR ISI.....                                 | vi   |
| DAFTAR TABEL .....                              | viii |
| DAFTAR GAMBAR .....                             | ix   |
| DAFTAR LAMPIRAN .....                           | x    |
| BAB 1 PENDAHULUAN .....                         | 1    |
| 1.1 Latar Belakang.....                         | 1    |
| 1.2 Tujuan Karya Tulis.....                     | 3    |
| 1.3 Pengumpulan Data.....                       | 4    |
| 1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah .....            | 5    |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....                    | 6    |
| 2.1 Konsep Rheumatoid Arthritis.....            | 6    |
| 2.2 Pathway Rheumatoid Arthritis .....          | 15   |
| 2.3 Konsep Nyeri.....                           | 16   |
| 2.4 Konsep Inovasi Terapi Back Massage .....    | 20   |
| 2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga.....     | 23   |
| BAB 3 LAPORAN KASUS.....                        | 35   |
| 3.1 Pengkajian .....                            | 35   |
| 3.2 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan ..... | 42   |
| 3.3 Intervensi .....                            | 45   |
| 3.4 Implementasi dan Evaluasi.....              | 46   |
| BAB 4 PEMBAHASAN .....                          | 51   |
| 4.1 Pengkajian .....                            | 51   |
| 4.2 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan ..... | 52   |
| 4.3 Intervensi .....                            | 53   |
| 4.4 Implementasi .....                          | 55   |
| 4.5 Evaluasi .....                              | 56   |

|                      |    |
|----------------------|----|
| BAB 5 PENUTUP.....   | 57 |
| 5.1 Kesimpulan.....  | 57 |
| 5.2 Saran.....       | 58 |
| DAFTAR PUSTAKA ..... | 59 |
| LAMPIRAN.....        | 61 |

## **DAFTAR TABEL**

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| Table 1. Kriteria Penentuan Prioritas Diagnosis ..... | 28 |
|-------------------------------------------------------|----|

## DAFTAR GAMBAR

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| Gambar 2.1 Anatomi Persendian .....                        | 7  |
| Gambar 2.2 Anatomi Sendi Sinovial .....                    | 8  |
| Gambar 2.3 Pathways Rheumathoid Arthritis .....            | 15 |
| Gambar 2.4 Assesment nyeri Visual Analog Scale .....       | 19 |
| Gambar 2.5 Assesment nyeri Verbal Rating Scale (VSR).....  | 19 |
| Gambar 2.6 Assesment nyeri Numeric Rating Scale (NRS)..... | 20 |
| Gambar 2.7 Assesment nyeri Wong Baker Rating Scale.....    | 20 |
| Gambar 2.8 Teknik <i>Back Massage</i> .....                | 22 |
| Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny.N.....                     | 36 |
| Gambar 3.2 Denah Rumah.....                                | 37 |

## DAFTAR LAMPIRAN

|                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Lampiran 1. Surat Permohonan Pengambilan Data .....                            | 62  |
| Lampiran 2. SAP .....                                                          | 63  |
| Lampiran 3. ASKEP .....                                                        | 67  |
| Lampiran 4. Tabel Pengukuran skala nyeri pre dan post terapi Back Massage .... | 89  |
| Lampiran 5. Dokumentasi .....                                                  | 90  |
| Lampiran 6. Formulir Pengajuan Judul .....                                     | 93  |
| Lampiran 7. Lembar Pernyataan Perbaikan Karya Tulis Ilmiah .....               | 94  |
| Lampiran 8. Formulir Bukti ACC Uji Karya Tulis Ilmiah .....                    | 95  |
| Lampiran 9. Formulir Undangan Uji Karya Tulis Ilmiah .....                     | 96  |
| Lampiran 10. Formuir Bukti Penerimaan Naskah Karya Tulis Ilmiah .....          | 97  |
| Lampiran 11. Formulir Pengajuan Uji Karya Tulis Ilmiah .....                   | 98  |
| Lampiran 12. Lembar Konsul Karya Tulis Ilmiah .....                            | 99  |
| Lampiran 13. Lembar Pernyataan Publikasi .....                                 | 104 |

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Rheumatoid Arthritis adalah penyakit autoimun dan sistem imun yang menyebabkan peradangan kronis pada sendi (Majdah Zawawi<sup>1</sup> and Noriah Ramli, 2016). Sebagian besar masyarakat Indonesia menganggap remeh penyakit Rematik, karena sifatnya yang seolah-olah tidak menimbulkan kematian padahal rasa nyeri yang ditimbulkan sangat menghambat seseorang untuk melakukan aktivitas sehari-hari (Nurwulan, 2017). Penyakit Rematik sering kita dengar di masyarakat, Namun pemahaman yang benar tentang Rematik di keluarga belum memuaskan (Siahaan, Siagian, & Elon, 2017).

Menurut Isbagio (2006), masyarakat masih memiliki pemahaman yang salah mengenai nyeri pada Rematik. Masyarakat menganggap Rematik identik dengan tingginya kadar asam urat dalam darah. Padahal, tidak semua penyebab Rematik adalah asam urat. Salah satunya ada pengapuran sendi, sindrom metabolik, termasuk obesitas atau kegemukan (Riyanto, 2010).

Rheumatoid Arthritis diakibatkan adanya inflamasi kronik mengenai sendi-sendi sinovial seperti kemerahan, kekakuan sendi, dan pembengkakan. Proses terjadinya kerusakan sendi diakibatkan karena kartilago menjadi nekrosis. Bila kerusakan kartilago sangat luas maka terjadi adhesi diantara permukaan sendi, karena jaringan fibrosa dan tulang bersatu, kerusakan kartilago menyebabkan tendon dan ligamen menjadi lemah dan bisa menimbulkan sublokasi atau dislokasi dari persendian, invasi dari tulang bisa menyebabkan kerusakan sendi yang dapat menimbulkan gangguan nyeri pada penderita Rematik (Siahaan et al., 2017).

Angka kejadian Rheumatoid Arthritis pada tahun 2016 yang disampaikan oleh WHO adalah mencapai 20% dari penduduk dunia, 5-10% adalah mereka yang berusia 5-20 tahun dan 20% adalah mereka yang berusia 55 tahun (Majdah

Zawawi1 and Noriah Ramli, 2016). Sedangkan hasil riset kesehatan dasar Indonesia tahun 2018 prevalensi penyakit Rheumatoid Arthritis adalah 7,3%. Prevalensi nyeri Rematik di Indonesia mencapai 23,6% hingga 31,3% (Nurwulan, 2017). Prevalensi berdasarkan diagnosis dokter tertinggi di Aceh (13,3%). Prevalensi yang didiagnosa dokter lebih tinggi perempuan (8,5%) dibanding dengan laki-laki 6,1% (Riskesdas, 2018). Prevalensi jumlah penyakit di Jawa Tengah 25,5% (Nurwulan, 2017). Prevalensi penyakit Rematik berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala di kota Magelang 28,9%, sedangkan di Kabupaten Magelang 11,7% (Fajri, 2019).

Timbulnya nyeri membuat penderita seringkali takut untuk bergerak sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari dan dapat menurunkan produktivitasnya. Disamping itu, dengan mengalami nyeri, sudah cukup membuat pasien frustrasi dalam menjalani hidupnya sehari-hari sehingga dapat mengganggu kenyamanan pasien. Karenanya terapi utama yang diarahkan adalah untuk menangani nyeri ini (Ashari Lahemma, 2019). Dampak dari keadaan ini dapat mengancam jiwa penderitanya atau hanya menimbulkan gangguan kenyamanan dan masalah yang disebabkan oleh penyakit Rematik tidak hanya berupa keterbatasan yang tampak jelas pada mobilitas hingga terjadi hal yang paling ditakuti yaitu menimbulkan kecacatan seperti kelumpuhan dan gangguan aktivitas hidup sehari-hari (Natania Yanti Silaban, 2016).

Penanganan nyeri pada Rematik dapat dilakukan dengan dua metode yaitu dengan farmakologi dan nonfarmakologi. Dengan farmakologi bisa menggunakan obat-obatan analgesik, namun lansia pada proses penuaan mengalami farmakodinamik, farmakokinetik serta metabolisme obat dalam tubuh lansia sehingga sangat memberi resiko pada lansia. Selain itu efek yang dapat timbul dalam jangka panjang dapat mengakibatkan perdarahan pada saluran cerna, tukak peptik, perforasi dan gangguan ginjal (Mawarni, 2018).

Tindakan untuk mengatasi nyeri dengan menggunakan non farmakologi untuk penatalaksanaan nyeri akut pedoman *Agency for Health Care Police and Research* (AHCPR dalam (Mawarni, 2018) dapat dilakukan dengan stimulus kutaneus, distraksi, relaksasi, imajinasi terbimbing dan hipnotis. Pada rematik umumnya pengelolaan nyeri dilakukan dengan stimulasi kutaneus, salah satunya adalah terapi modalitas *Massage*. *Back Massage* adalah salah satu teknik memberikan tindakan masase pada punggung dengan usapan secara perlahan selama 1 menit (Ashari Lahemma, 2019).

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk menerapkan inovasi terapi *Back Massage* terhadap penurunan tingkat nyeri pada pasien Rematik.

## **1.2 Tujuan Karya Tulis**

### **1.2.1 Tujuan Umum**

Mampu memahami dan menerapkan asuhan keperawatan keluarga dengan Rematik menggunakan terapi inovasi *Back Massage* untuk menurunkan tingkat nyeri

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dari karya tulis ilmiah ini adalah:

1.2.2.1 Mampu melakukan pengkajian keperawatan keluarga dengan Rematik menggunakan pengkajian.

1.2.2.2 Mampu menegakkan diagnosa keperawatan keluarga dengan Rematik.

1.2.2.3 Mampu menyusun intervensi keperawatan pada keluarga dengan Rematik menggunakan terapi *Back Massage*.

1.2.2.4 Mampu melakukan implementasi pada keluarga dengan Rematik menggunakan terapi *Back Massage*.

1.2.2.5 Mampu melakukan evaluasi pada keluarga dengan Rematik.

1.2.2.6 Mampu melakukan pendokumentasi pada keluarga dengan Rematik.

### 1.3 Pengumpulan Data

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode studi kasus, ada beberapa metode pengumpulan data:

#### 1.3.1 Observasi-Partisipatif

Penulis melakukan pengumpulan data dengan cara pengamatan secara langsung pada klien dan keluarga mengenai gangguan nyeri yang dirasakan keluarga dengan Rematik serta berpartisipasi dengan keluarga klien sebagai orang terdekat klien. Penulis melakukan observasi pada klien dan keluarga saat penulis melakukan kunjungan ke rumah klien dan keluarga.

#### 1.3.2 Wawancara

Penulis melakukan wawancara dengan teknik tanya jawab secara langsung pada keluarga dan klien mengenai nyeri yang dirasakan pada keluarga dengan Rematik saat penulis melakukan kunjungan ke rumah klien dan keluarga.

#### 1.3.3 Studi literature

Penulis melakukan pengumpulan data yang telah diperoleh dari berbagai sumber buku, informasi dari beberapa jurnal terkait dengan penyakit Rematik. Penulis melakukan demonstrasi pelaksanaan terapi *Back Massage* pada penderita rematik dengan gangguan nyeri sesuai dengan jurnal dan buku.

#### 1.3.4 Dokumentasi

Penulis melakukan pencatatan atau pendokumentasian data klien dan keluarga melalui catatan medis klien sebelumnya dan dokumentasi ini diambil dari pengkajian sampai dengan evaluasi pada klien dan keluarga dengan Rematik selama 1 minggu.

#### 1.3.5 Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai ujung kaki pada keluarga dengan Rematik untuk mengetahui tingkatan nyeri, perubahan bentuk sendi yang dialami oleh penderita Rematik

### 1.3.6 Praktek langsung

Penulis melakukan praktek langsung penerapan terapi *Back Massage* sesuai dengan refrensi yang diperoleh pada penderita Rheumatoid Arthritis dengan nyeri. Penulis melakukan praktek langsung pada saat kunjungan ke rumah pasien.

## 1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

### 1.4.1 Keluarga dan klien

Asuhan keperawatan keluarga yang diberikan untuk klien dan keluarga diharapkan dapat memberi manfaat bagi klien dan keluarga dalam penanganan pengurangan tingkat nyeri pada keluarga dengan rematik menggunakan terapi *Back Massage*

### 1.4.2 Masyarakat

Hasil penulisan ini dapat dijadikan sumber informasi di masyarakat dan mengetahui cara pengurangan tingkat nyeri pada penderita Rematik dengan terapi *Back Massage*.

### 1.4.3 Pelayanan Kesehatan

Hasil penulisan ini dapat dijadikan salah satu penanganan pengurangan tingkat nyeri pada penderita Rematik dengan terapi *Back Massage* oleh pelayanan kesehatan terdekat dalam keluarga terutama Puskesmas.

### 1.4.4 Profesi Keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah ini sebagai pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan keluarga mengenai penanganan pengurangan tingkat nyeri pada penderita Rematik dengan terapi *Back Massage*

### 1.4.5 Penulis

Hasil karya tulis ilmiah dapat menambah wawasan bagi penulis dalam melakukan penanganan penurunan tingkat nyeri pada penderita Rematik dengan terapi *Back Massage*.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Rheumatoid Arthritis**

##### **2.1.1 Pengertian Rheumatoid Arthritis**

Rheumatoid Arthritis adalah suatu penyakit autoimun inflamasi kronik sistemik yang menyerang sendi (Kumar, K, & C, 2015).

Rheumatoid Arthritis adalah penyakit peradangan/ inflamatorik progresif, sistemik dan kronis yang awalnya mengenai sendi-sendi sinovial disertai edema, kongesti vascular eksudat dan infiltrasi seluler (Risnanto & Isnani, 2014).

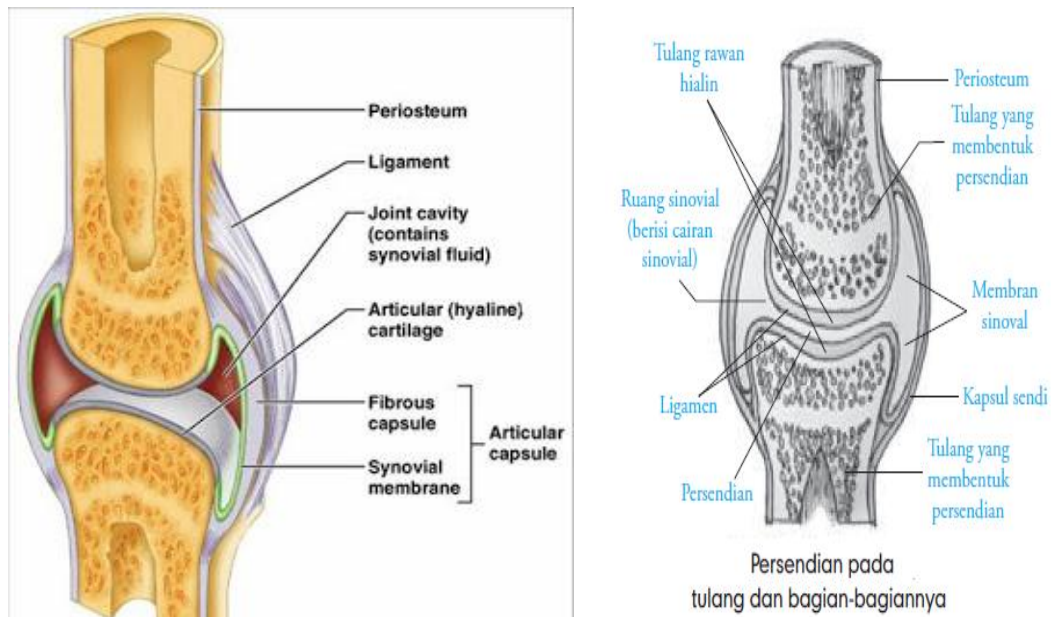
Rheumatoid Arthritis merupakan gangguan kronik yang menyerang berbagai sistem organ (Nurwulan, 2017).

Rheumatoid Arthritis adalah penyakit inflamasi non-bacterial yang bersifat sistemik, progresif, cenderung kronik dan mengenai sendi serta jaringan ikat sendi secara simetris (Ashari Lahemma, 2019).

Jadi dapat disimpulkan bahwa Rheumatoid Arthritis merupakan penyakit auto imun dan inflamasi kronik yang bersifat sistemik, progresif yang menyerang sendi-sendi dan berbagai sistem organ.

##### **2.1.2 Anatomi Fisiologi Persendian**

Menurut (Suratun, Heriyati, Manurung, & Raenah, 2009) pergerakan tidak mungkin terjadi jika kelenturan dalam rangka tulang tidak ada. Kelenturan dimungkinkan oleh adanya persendian. Sendi adalah suatu ruangan, tempat satu atau dua tulang berada saling berdekatan. Fungsi utama sendi adalah memberi pergerakan dan fleksibilitas dalam tubuh. Bentuk persendian ditetapkan berdasarkan jumlah dan tipe pergerakannya, sedangkan klasifikasi sendi berdasarkan pada jumlah pergerakan yang dilakukan.



**Gambar 2.1 Anatomi Persendian**

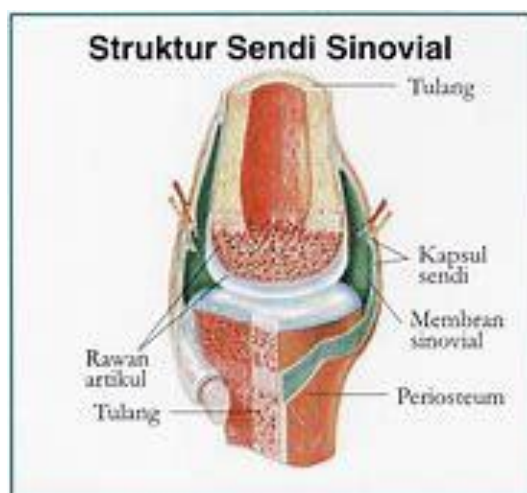
2.1.2.1 Menurut klasifikasinya, sendi terdiri dari:

- a. Sendi sinartrosis (sendi tidak bergerak sama sekali). Contohnya tulang tengkorak.
- b. Sendi amfiartrosis (sendi bergerak terbatas). Contohnya pelvik, simfisis dan tibia.
- c. Sendi diartrosis/ sinovial (sendi bergerak bebas). Contohnya siku, lutut, dan pergelangan tangan. Sendi sinovial dapat membuat berbagai macam gerakan, yaitu:
  - 1) Abduksi, yaitu menggerakkan tungkai menjauhi bagian tubuh
  - 2) Aduksi, yaitu menggerakkan tungkai mendekati tubuh
  - 3) Ekstensi, yaitu meluruskan tungkai pada persendian
  - 4) Fleksi, yaitu membengkokkan tungkai pada sendi
  - 5) Dorso-fleksi, yaitu membengkokkan pergelangan agar kaki ke atas
  - 6) Plantar-fleksi, yaitu meluruskan pergelangan ke arah bawah
  - 7) Pronasi, yaitu memutar lengan atas sehingga telapak tangan berada dibawah
  - 8) Supinasi, yaitu memutar lengan atas sehingga telapak tangan berada diatas
  - 9) Eversi, yaitu memutar keluar
  - 10) Inversi, yaitu memutar ke dalam

- 11) Sirkumduksi, yaitu bergerak dalam lingkaran
- 12) Internal rotasi, yaitu bergerak kedalam pada sumbu pusat
- 13) Eksternal rotasi, yaitu bergerak keluar keluar pada sumbu pusat

2.1.2.2 Berdasarkan strukturnya, sendi dibedakan atas:

- a. Fibrosa. Sendi ini tidak memiliki lapisan tulang rawan, dan tulang yang satu dengan yang lainnya dihubungkan oleh jaringan penyambung fibrosa. Contohnya, sutura pada tulang tengkorak, perlekatan tulang tibia dan fibula bagian distal.
- b. Kartilago, yaitu sendi yang ujung-ujung tulangnya terbungkus tulang rawan hialin, disokong oleh ligament dan hanya dapat sedikit bergerak. Sendi ini terbagi menjadi 2, yaitu:
  - 1) Sinkondrosis, yaitu sendi-sendi yang seluruh persendiannya diliputi oleh tulang rawan hialin. Contohnya, sendi-sendi kostropondan.
  - 2) Simfisis, yaitu sendi yang tulang-tulangnya memiliki suatu hubungan fibrokartilago dan selapis tipis tulang rawan hialin yang menyelimuti permukaan sendi. Contohnya, simfisis pubis dan sendi tulang punggung.



**Gambar 2.2 Anatomi Sendi Sinovial**

- c. Sendi sinovial, yaitu sendi tubuh yang dapat digerakkan, serta memiliki rongga sendi dan permukaan sendi yang dilapisi tulang rawan hialin. Sendi ini adalah jenis sendi yang paling umum dalam tubuh dan berasal dari kata sinovium

yang merupakan membran yang mensekresi cairan sinovial untuk lubrikasi dan absorpsi syok (Suratun et al., 2009).

Secara umum sendi terbagi atas tiga tipe:

#### 2.1.2.3 Sendi Fibrosa

Sendi fibrosa tidak memiliki lapisan tulang rawan. Tulang yang satu dengan tulang lainnya dihubungkan oleh jaringan penyambung fibrosa. Salah satu contohnya adalah sutura pada tengkorak. Contoh lain adalah sindesmosis yang terdiri atas membrane interoseus atau suatu ligament diantara tulang.

#### 2.1.2.4 Sendi Kartilaginosa

Sendi kartilaginosa adalah sendi dimana ujung-ujung tulangnya dibungkus oleh tulang rawan hialin, disokong oleh ligament, dan hanya dapat sedikit bergerak. Ada dua tipe sendi kartilaginosa

- a. Sinkondrosis adalah sendi-sendi yang seluruh persendiannya diliputi oleh tulang rawan hialin. Sendi-sendi kostokondral adalah contoh dari sinkondrosis.
- b. Simfisis adalah sendi yang tulang-tulangnya memiliki suatu hubungan fibrokartilago dan selapis tipis tulang rawan hialin yang menyelimuti permukaan sendi. Simfisis pubis dan sendi-sendi pada tulang punggung merupakan contoh-contohnya.

#### 2.1.2.5 Sendi Sinovial

Sendi sinovial adalah sendi-sendi tubuh yang dapat digerakkan. Sendi-sendi ini memiliki rongga sendi dan permukaan sendi dilapisi tulang rawan hialin. Bagian cairan dari cairan synovia diperkirakan berasal dari transudate plasma. Cairan sinovial juga bertindak sebagai sumber nutrisi bagi tulang rawan sendi (Noor, 2016).

#### 2.1.3 Klasifikasi Rheumathoid Arthritis

Menurut Buffer, 2010 dalam (Yazid, 2016) Rheumatoid Arthritis diklasifikasikan menjadi 4 (empat) tipe, yaitu:

##### a. *Rheumathoid Arthritis Klasik*

Pada tipe ini harus terdapat 7 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 6 minggu.

b. *Rheumathoid Arthritis deficit*

Pada tipe ini terdapat 5 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 6 minggu.

c. *Probable Rheumathoid Arthritis*

Pada tipe ini terdapat 3 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 6 minggu.

d. *Possible Rheumathoid Arthritis*

Pada tipe ini terdapat 2 kriteria tanda dan gejala sendi yang harus berlangsung terus menerus, paling sedikit dalam waktu 3 bulan.

#### 2.1.4 Stadium Rheumatoid Arthritis

Pada Rheumatoid Arthritis terdapat 3 stadium, yaitu:

a. Stadium sinovitis

Pada stadium ini terjadi perubahan dini pada jaringan sinovial yang ditandai dengan adanya hiperemi, edema karena kongesti, nyeri pada saat istirahat maupun bergerak, bengkak dan kemerahan.

b. Stadium destruksi

Pada stadium ini selain terjadi kerusakan pada jaringan sinovial terjadi juga pada jaringan sekitarnya yang ditandai adanya kontraksi tendon. Selain tanda dan gejala tersebut terjadi pula perubahan bentuk pada tangan yaitu bentuk jari “swan neck”.

c. Stadium deformitas

Pada stadium ini terjadi perubahan secara progresif dan berulang lagi, deformitas dan gangguan fungsi secara menetap. Perubahan pada sendi diawali adanya sinovitis, berlanjut pada pembentukan “Pannus” , ankilosis fibrosa dan ankilosis tulang (Risnanto & Isnani, 2014).

#### 2.1.5 Etiologi

Hingga saat ini penyebab dari Rheumatoid Arthritis menurut Risnanto & Isnani (2014) belum dapat ditentukan secara pasti, tetapi beberapa hipotesa menunjukkan bahwa Rheumatoid Arthritis dipengaruhi oleh faktor-faktor :

2.1.5.1 Mekanisme imun (antigen-antibodi), seperti interaksi IGC dari faktor Rheumatoid (RF).

#### 2.1.5.2 Gangguan metabolisme

#### 2.1.5.3 Genetik

Menurut Noor (2016) penyebab Rheumatoid Arthritis tidak diketahui, namun ada beberapa faktor yang berpengaruh pada penyakit Rheumatoid Arthritis, antara lain:

##### a. Genetik

Sekitar 60% pasien dengan Rheumatoid Arthritis membawa epitope bersama dari cluster HLA-DR4 yang merupakan salah satu situs pengikatan peptide-molekul HLA-DR tertentu yang berkaitan dengan Rheumatoid Arthritis.

##### b. Lingkungan

Untuk beberapa dekade, sejumlah agen infeksi seperti organisme *Mycoplasma*, Epstein-Bar dan virus rubella menjadi predisposisi peningkatan Rheumatoid Arthritis.

##### c. Hormonal

Hormon seks mungkin memainkan peran, terbukti dengan jumlah perempuan yang tidak proporsional dengan Rheumatoid Arthritis, ameliorasi selama kehamilan, kambuh dalam periode postpartum dini, dan insiden berkurang pada wanita yang menggunakan kontrasepsi oral.

##### d. Immunologi

Semua elemen imunologi utama memainkan peran penting .

#### 2.1.6 Patofisiologi

Inflamasi mula-mula mengenai sendi-sendi sinovial seperti edema, kongesti vaskuler, eksudat fibrin dan infiltrasi seluler. Peradangan yang berkelanjutan, sinovial menjadi menebal, terutama pada sendi artikular kartilago dari sendi. Pada persendian ini granulasi membentuk pannus, atau penutup yang menutupi kartilago. Pannus masuk ke tulang sub chondria. Jaringan granulasi menguat karena radang menimbulkan gangguan pada nutrisi kartilago. Kartilago menjadi nekrosis. Tingkat erosi dari kartilago menentukan tingkat ketidakmampuan sendi. Bila kerusakan kartilago sangat luas maka terjadi adhesi diantara permukaan sendi, karena jaringan fibrosa atau tulang bersatu (ankilosis).

Kerusakan kartilago dan tulang menyebabkan tendon dan ligamen menjadi lemah dan bisa menimbulkan sublokasi atau dislokasi di persendian. Invasi dari tulang sub chondria menyebabkan osteoporosis setempat. lamanya Arthritis Rheumatoid berbeda dari tiap orang. Ditandai dengan masa adanya serangan dan tidak adanya serangan. Sementara ada orang yang sembuh dari serangan pertama dan selanjutnya tidak terserang lagi. Terutama yang mempunyai faktor Rheumatoid (Seropositif gangguan Rheumatoid) gangguan akan menjadi kronis yang progresif (Risnanto & Isnani, 2014).

#### 2.1.7 Manifestasi klinis

Menurut Brunner & Suddarth (2013) manifestasi klinis ditentukan oleh stadium dan tingkat keparahan penyakit:

- a. Nyeri, pembengkakan, sensasi hangat, eritema, dan kurangnya fungsi pada sendi adalah gejala klasik
- b. Palpasi sendi mengungkap adanya jaringan yang menyerupai spons atau lunak.
- c. Cairan biasanya dapat diaspirasi dari sendi yang meradang (inflamasi).

Pasien dengan Rheumatoid Arthritis akan menunjukkan tanda-tanda dan gejala nyeri persendian, bengkak, kekakuan pada sendi terutama pagi setelah bangun tidur dan terbatasnya pergerakan.

Menurut Risnanto & Isnani (2014) tanda dan gejala Rheumatoid Arthritis terbagi menjadi 2 (dua) yaitu:

##### 2.1.7.1 Tanda dan gejala setempat:

- a. Sakit persendian disertai kaku dan gerakan terbatas.
- b. Lambat laun bengkak, panas merah dan lemah.
- c. Semua sendi bisa terserang, panggul, lutut, pergelangan tangan, siku, rahang dan bahu.

##### 2.1.7.2 Tanda dan gejala sistemik:

Lemah, demam, takikardi, berat badan turun, anemia.

(Risnanto & Isnani, 2014)

#### 2.1.8 Penatalaksanaan

Menurut Brunner & Suddarth (2013) penatalaksanaan pada Rheumatoid Arthritis ada 2 yaitu penatalaksanaan farmakologis dan non farmakologis.

#### 2.1.8.1 Penatalaksanaan Farmakologis

Pada penderita Rheumatoid Arthritis biasanya diberikan obat-obatan berupa:

- a. Obat NSAID termasuk penyekat enzim COX-2, antimalarial, gold, penisilamin, atau sulfasalazine metotreksat. Obat tersebut merupakan agen analgesic yang bermanfaat untuk periode nyeri yang ekstrem.
- b. Metotreksat, siklofamid, azatioprin, dan leflunomida merupakan obat agen immunosupresif.
- c. Obat antidepresan dosis rendah (amitriptilin) untuk mengembalikan pola tidur yang adekuat dan meredakan nyeri.

#### 2.1.8.2 Penatalaksanaan nonfarmakologis

Masalah utama yang sering dialami oleh penderita Rheumatoid Arthritis adalah nyeri. Penanganan untuk meredakan nyeri dan ketidaknyamanan yaitu dengan memberikan berbagai upaya kenyamanan (misalnya kompres panas atau dingin, massage, perubahan posisi, berikan teknik relaksasi, distraksi) (Brunner & Suddarth, 2013).

Dalam penanganan nyeri secara non farmakologi dapat menggunakan *Agency for Health Care Police and Research* (AHCPR dalam (Mawarni, 2018) dapat dilakukan dengan stimulus kutaneus, distraksi, relaksasi, imajinasi terbimbing dan hipnotis. Pada Rematik umumnya pengelolaan nyeri dilakukan dengan stimulus kutaneus, salah satunya adalah terapi modalitas *Massage* (Ashari Lahemma, 2019).

#### 2.1.9 Pemeriksaan penunjang

##### 2.1.9.1 Tes serologi

- a. Sedimentasi eritrosit meningkat
- b. Anemia dan leukositosis
- c. Rheumatoid faktor positif

##### 2.1.9.2 Pemeriksaan radiologi

- a. Periartikular osteoporosis: erosi pada permukaan persendia
- b. Kelanjutan penyakit: ruang sendi menyempit, sub lukasi dan ankilosis

#### 2.1.9.3 Aspirasi sendi

Cairan sinovial menunjukkan adanya proses inflamatorik/ radang aseptik. (Risnanto & Isnani, 2014).

#### 2.1.10 Komplikasi Rheumathoid Arthritis

Rheumatoid Arthritis bersifat sistemik, sehingga dapat menimbulkan perubahan-perubahan pada jaringan lain seperti adanya proses granulasi dibawah lapisan kulit yang disebut subkutan module. Pada otot dapat terjadi myositis yaitu proses granulasi jaringan otot (Risnanto & Isnani, 2014).



## 2.3 Konsep Nyeri

### 2.3.1 Pengertian Nyeri

nyeri adalah pengalaman sensori emosional yang tidak menyenangkan yang disebabkan oleh stimulus akibat dari adanya kerusakan jaringan yang aktual maupun potensial, yang bersifat subyektif dan individual. Nyeri merupakan mekanisme fisiologis yang bertujuan untuk melindungi diri apabila seseorang merasakan nyeri, maka perilakunya akan berubah. Stimulus nyeri dapat berupa fisik maupun mental (Potter & Perry, 2010).

### 2.3.2 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi Nyeri menurut Herdman & kamitsuru (2018), dalam buku *NANDA International Nursing Diagnoses : Definitions & Classification 2018-2020* terbagi menjadi :

2.3.2.1 Nyeri Akut, merupakan pengalaman sensori yang tidak menyenangkan yang diakibatkan oleh kerusakan jaringan yang aktual dan potensial, nyeri timbul secara tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diprediksi dan berlangsung < 3 bulan, nyeri timbul secara mendadak dan lokasi nyeri sudah diketahui yang ditandai dengan meningkatnya ketegangan pada otot.

2.3.2.2 Nyeri kronis, merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang diakibatkan oleh kerusakan jaringan aktual dan potensial, nyeri timbul secara tiba-tiba atau lambat dari intensitas nyeri ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi dan diprediksi serta berlangsung > 3 bulan. Sumber nyeri tidak diketahui secara pasti, timbul secara hilang timbul dalam satu periode tertentu serta ada kalanya penderita tersebut terbebas dari rasa nyeri dan biasanya tidak dapat disembuhkan. Padapenderita dengan nyeri kronis, penginderaan nyeri terjadi lebih dalam sehingga penderita sulit untuk menunjukkan dimana lokasi nyeri. Dampak dari nyeri kronis yaitu penderita mudah tersinggung dan insomnia atau susah tidur.

### 2.3.3 Penatalaksanaan Nyeri

Tindakan untuk mengurangi rasa nyeri menurut (Potter & Perry, 2010), yaitu dengan manajemen nyeri. Manajemen nyeri terdiri dari teknik farmakologi dan non farmakologi. Manajemen farmakologi disini yang dimaksud yaitu meliputi penggunaan obat-obatan tertentu, seperti analgesic, obat antiinflamasi nonsteroid, dan narkotik yang bertujuan untuk menurunkan nyeri. Tetapi banyak sekali dampak yang akan muncul apabila penderita selalu mengkonsumsi obat-obatan. Maka dari itu perlu adanya tindakan non farmakologi. Manajemen nyeri non farmakologi yang dapat dilakukan yaitu :

#### 2.3.3.1 Pengaturan posisi

Kebanyakan nyeri neuromuskuloskeletal dapat dikurangi dengan pengaturan posisi yang optimal. Nyeri akan bertambah parah apabila posisi klien tidak nyaman. Pengaturan posisi dengan istirahat atau posisi fisiologis dilakukan dengan tujuan agar suplai atau aliran darah dalam tubuh lancar. Apabila suplai darah dalam tubuh lancar, hal itu dapat mengurangi nyeri yang dirasakan penderita.

#### 2.3.3.2 Distraksi

Distraksi dilakukan dengan cara mengalihkan perhatian ke sesuatu atau hal yang lain. Dengan demikian hal tersebut dapat menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri yang dirasakan bahkan juga dapat meningkatkan respon relaksasi yang bersifat umum.

#### 2.3.3.3 Stimulus Kutaneus

Stimulus kutaneus adalah memberikan sentuhan pada kulit secara langsung untuk melepaskan endorfin. Penanganan nyeri dengan stimulus kutaneus salah satunya dengan terapi modalitas *Back Massage*.

#### 2.3.3.4 Kompres

Mengompres juga merupakan salah satu cara untuk mengurangi nyeri. Pemberian kompres dingin maupun hangat dapat digunakan untuk mengurangi nyeri dan

peradangan nyeri. Pemberian kompres seperti kompres air hangat, kompres hangat menggunakan jahe.

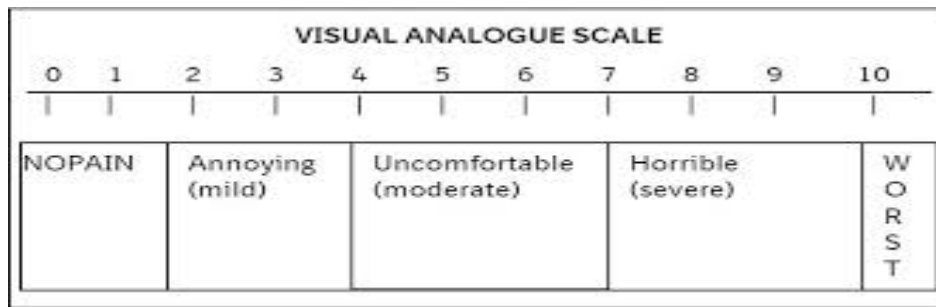
#### 2.3.4 Skala Pengkajian Nyeri

##### 2.3.4.1 Uni-dimensial

*Assessment* nyeri digunakan untuk mengukur intensitas nyeri yang dirasakan oleh klien, dengan evaluasi pemberian analgetik. Untuk kasus nyeri akut, *assessment* nyeri uni-dimensial ini meliputi :

##### a. *Visual Analog Scale* (VAS)

Skala analog visual (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai seberapa nyeri dirasakan oleh seorang pasien. Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin saja dialami oleh seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada setiap sentimeter. Pada skala ini terdapat tanda pada dua ujung garis. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan yang deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri yang teroarah yang dirasakan oleh pasien. Skala dapat dibuat secara vertical maupun horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya atau meredanya rasa nyeri. Skala VAS digunakan pada pasien anak > 8 tahun dan dapat pula digunakan pada orang dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaanya sangat mudah dan sederhana. Namun untuk periode pascabedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual motoric serta kemampuan konsentrasi yang cukup.

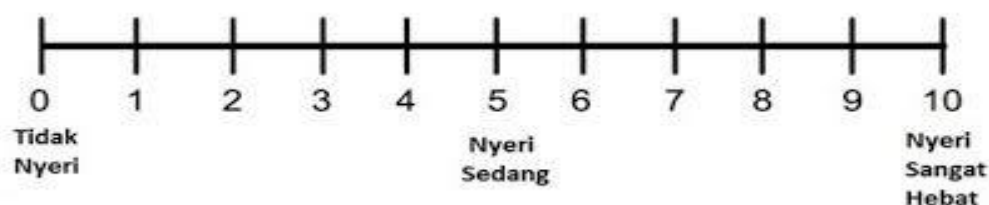


**Gambar 2.4 Assesment nyeri Visual Analog Scale**

Sumber : Yudiyanta & Novitasari (2015)

b. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Verbal Rating Scale (VRS) menggunakan angka-angka 0-10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung yang digunakan pada skala ini sama seperti pada *Visual Analog Scale* (VAS). Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pasca bedah, dikarenakan secara alami verbal atau kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal lebih menggunakan kata-kata, bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyerinya. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, nyeri sedang dan nyeri berat. Hilang atau redanya nyeri dapat dinyatakan sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, atau nyeri hilang sama sekali.



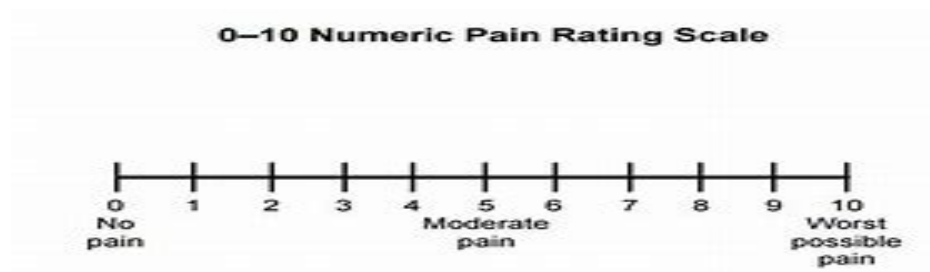
**Gambar 2.5 Assesment nyeri Verbal Rating Scale (VSR)**

Sumber : Yudiyanta & Novitasari (2015)

c. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Numeric Rating Scale (NRS) merupakan cara untuk menilai skala nyeri, skala ini sederhana dan mudah dimengerti, sensitive terhadap dosis, jenis kelamin, dan

perbedaan etnis (ras). Namun, skala ini juga memiliki kekurangan yaitu keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek dari analgesic.

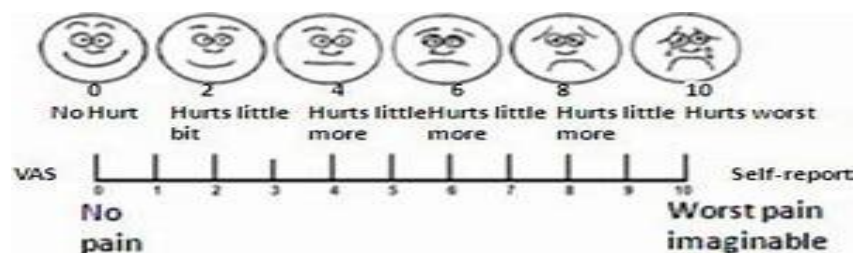


**Gambar 2.6 Assesment nyeri Numeric Rating Scale (NRS)**

Sumber : Yudiyanta & Novitasari (2015)

#### d. Wong Baker Pain Rating Scale

*Wong Baker Rating Scale* digunakan pada psien dewasa dan anak > 3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.



**Gambar 2.7 Assesment nyeri Wong Baker Rating Scale**

Sumber : Yudiyanta & Novitasari (2015)

## 2.4 Konsep Inovasi Terapi Back Massage

### 2.4.1 Definisi Terapi *Back Massage*

*Back Massage* adalah salah satu teknik memberika tindakan massase pada punggung dengan usapan secara perlahan. Usapan dengan lotion atau balsam memberikan sensasi hangat dengan mengakibatkan dilatasi pada pembuluh darah lokal. Fase dilatasi pembuluh darah akan meningkatkan peredaran darah pada area

yang diusap sehingga aktivitas sel meningkat dan akan mengurangi rasa sakit serta menunjang proses penyembuhan luka (Kristanto, 2012).

### 2.3.1 Manfaat Terapi *Back Massage*

Manfaat *massage* yaitu memberikan rasa ringan pada saraf yang terganggu disebabkan oleh ketidaknyamanan akibat nyeri rematik, tegang, insomnia, sakit kepala dan kondisi stress lainnya yang berhubungan dengan beban pikiran. Pemberian stimulasi kutaneus berupa usapan punggung atau terapi *back massage* akan meningkatkan aktivitas otot, pembuluh darah, dan kelenjar, dimana stimulus ini direspons oleh serabut A beta yang lebih besar, maka stimulus ini akan mencapai otak lebih dahulu, dengan demikian akan menutup gerbang nyeri sehingga persepsi nyeri tidak timbul (Sari, 2016).

### 2.3.2 Standar Operasional Prosedur Terapi *Back Massage*

Standar Operasional Prosedur (SOP) stimulasi kutaneus *Back Massage* sebagai berikut:

#### 2.3.3.1 Tahap Persiapan

##### a. Menyiapkan alat dan bahan

1. Bahan pelicin berupa krem, minyak atau lotion yang aman dan tidak kedaluwarsa
2. 1 buah mangkuk kecil
3. Selimut
4. Washlap/handuk kecil
5. Handuk kering

##### b. Menjaga lingkungan: atur pencahayaan dan *privacy* ruangan

#### 2.3.3.2 Tahap Orientasi

##### a. Memberikan salam

##### b. Menjaga *privacy* klien dengan menutup pintu, jendela/korden

##### c. Mengklarifikasi kegiatan *back massage*

##### d. Menjelaskan tujuan dan prosedur *back massage*

##### e. Memberi kesempatan klien untuk bertanya

##### f. Informed consent

##### g. Mendekatkan alat ke klien

### 2.3.3.3 Tahap Pelaksanaan

- a. Terapis mencuci tangan
- b. Menyiapkan krem, minyak atau lotion ke dalam mangkuk kecil
- c. Mengatur posisi klien dengan posisi nyaman dan rileks
- d. Membantu klien melepas pakaian
- e. Memasang selimut pada bagian tubuh yang tidak diberi massage
- f. Mengoleskan krem, minyak atau lotion pada punggung
- g. Melakukan gerakan dengan teknik *Efflurage warming up massage* dengan stretching punggung (mengurut seluruh bagian punggung)



**Gambar 2.8 Teknik *Back Massage***

- h. 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
  - i. Mengakhiri pemijatan dengan teknik *slow down massage* (mengurut punggung kembali)
  - j. Membersihkan punggung menggunakan air dan sabun bila diperlukan kemudian dibilas dengan washlap basah dan keringkan dengan handuk
  - k. Membantu klien menggunakan pakaian kembali
  - l. Mencuci tangan
- (Friska, 2018).

## 2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Keperawatan keluarga adalah suatu proses yang kompleks meliputi biologi, psikologi, emosi, social, spiritual, termasuk budaya. Pemberian asuhan keperawatan kepada keluarga merujuk pada proses keperawatan (*Nursing process*) yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

### 2.4.1 Pengkajian

Menurut (Friedman, 2010) pengkajian dimaksudkan untuk mendapatkan data yang dilakukan secara terus menerus terhadap anggota keluarga yang dibina. Sumber data pengkajian dapat dilakukan dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, atau melalui data sekunder seperti data di Puskesmas, Desa, Bidan, hasil pemeriksaan laboratorium dan lain sebagainya (Friedman, 2010)

Data yang harus dikaji dalam keluarga yaitu:

#### 2.4.1.1 Data umum keluarga, pengkajian data umum keluarga meliputi:

- a. Nama Kepala Keluarga (KK), berisi nama Kepala Keluargadalam satu keluarga tersebut.
- b. Umur dan jenis kelamin KK, berisi umur dan jenis kelamin kepala keluarga dalam satu keluarga tersebut. Dalam pengkajian ini bisa menyangkut pada penderita Rheumatoid Arthritis karena mengetahui umur dan jenis kelamin penderita Rheumatoid pada keluarga.
- c. Pendidikan KK, berisi pendidikan terakhir yang ditempuh Kepala Keluarga dalam satu rumah tersebut. Pendidikan juga berpengaruh pada penderita Rheumatoid Arthritis. Pendidikan SD yang paling banyang mengalami Rheumatoid Arthritis.
- d. Pekerjaan KK, berisi pekerjaan Kepala Keluarga yang dikerjakan sehari-hari untuk memenuhi kebutuhan dalam satu keluarga tersebut. Pekerjaan juga mempengaruhi seseorang bisa terkena Rheumatoid Arthritis.
- e. Alamat KK, berisi alamat lengkap tempat tinggal Kepala Keluarga tersebut dalam satu rumah. Di daerah pedesaan lebih banyak yang mengalami Rheumatoid Arthritis dibandik di perkotaan.

- f. Komposisi keluarga, berisi riwayat anggota keluarga. Susunan anggota keluarga terdiri dari nama anggota keluarga, jenis kelamin, hubungan dengan kepala keluarga, umur, pendidikan, pekerjaan. Pada komposisi ini pencatatan dimulai dari anggota keluarga yang sudah dewasa kemudian diikuti dengan anak sesuai dengan usia dari yang paling tua.
- g. Genogram, berisi silsilah keluarga yang minimal terdiri dari tiga generasi disajikan dalam bentuk bagan dengan menggunakan simbol-simbol.
- h. Tipe Keluarga, menjelaskan mengenai tipe keluarga yang berada dalam satu rumah. Tipe keluarga dapat dilihat dari komposisi dan genogram keluarga.
- i. Suku bangsa, menjelaskan mengenai suku bangsa anggota keluarga serta budaya yang terkait dengan kesehatan. Suku bangsa yang dimaksud seperti Jawa, Sunda dan lain sebagainya.
- j. Agama, pengkajian meliputi perbedaan keyakinan dalam keluarga, seberapa aktif keluarga dalam melakukan ibadah, kepercayaan dan nilai-nilai agama yang menjadi fokus dalam kehidupan keluarga.
- k. Status sosial ekonomi, berdasarkan pekerjaan, pendidikan, dan pendapatan keluarga yang merupakan pembentuk utama dari gaya hidup keluarga dilingkungan. Dan ditentukan oleh jumlah penghasilan yang diperoleh, dan diketahui siapa yang menjadi pencari nafkah dalam keluarga.
- l. Aktivitas rekreasi keluarga, menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga dalam rekreasi pada waktu luang. Bentuk rekreasi tidak harus mengunjungi tempat wisata tetapi bagaimana cara keluarga memanfaatkan waktu bersama.

#### 2.4.1.2 Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

- a. Tahap perkembangan keluarga saat ini, data ini ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti, yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing keluarga. Sumber pelayanan kesehatan yang bisa digunakan.
- b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, menjelaskan mengenai tugas dalam tahap perkembangan keluarga saat ini yang belum terpenuhi dan mengapa belum terpenuhi.

- c. Riwayat keluarga inti, menjelaskan mengenai penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, status imunisasi, sumber kesehatan yang bisa digunakan serta pengalamannya menggunakan pelayanan kesehatan.
- d. Riwayat keluarga sebelumnya, menjelaskan mengenai riwayat asal kedua orang tua, meliputi kesehatan, asal keluarga, hubungan masa silam dengan orang tua.

#### 2.4.1.3 Pengkajian Lingkungan

- a. Karakteristik rumah, menjelaskan mengenai luas rumah, tipe, jumlah ruangan, jumlah jendela, pemanfaatan ruangan, penempatan perabot rumah tangga, jenis WC, serta jarak WC ke sumber air, keadaan dapur (kebersihan, sanitasi, keamanan).
- b. Karakteristik tetangga dan komunitas setempat, menjelaskan mengenai lingkungan fisik setempat, kebiasaan budaya yang mempengaruhi kesehatan dan aturan.
- c. Mobilitas Geografis Keluarga, menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berpindah tempat.
- d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat, menjelaskan mengenai kebiasaan keluarga berkumpul, sejauh mana keterlibatan keluarga dalam pertemuan dengan masyarakat.
- e. Sistem pendukung keluarga, menjelaskan mengenai jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas keluarga, dukungan keluarga dan masyarakat sekitar terkait dengan kesehatan, dan lain sebagainya.
- f. Struktur komunikasi keluarga, meliputi pola komunikasi keluarga, struktur kekuatan keluarga, struktur peran serta nilai atau norma keluarga.

#### 2.4.1.4 Fungsi Keluarga, terdiri dari:

- a. Fungsi afektif atau perasaan memiliki, perhatian, dukungan, sejauh mana keluarga mempunyai perasaan akrab.
- b. Fungsi sosialisasi atau interaksi dan hubungan dengan anggota keluarga, proses mendidik anak, tanggung jawab, bagaimana menghargai anak, disiplin, norma, budaya dan perilaku.

#### 2.4.1.5 Fungsi perawatan kesehatan

- a. Ketidakmampuan keluarga dalam mengenali masalah kesehatan yang disebabkan oleh: kurangnya pengetahuan keluarga tentang penyakit Rheumatoid Arthritis, keluarga beranggapan bahwa penyakit Rematik adalah penyakit karena kecapekan.
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan serta dalam mengambil tindakan yang tepat tentang Rheumatoid Arthritis berhubungan dengan, tidak memahami mengenai sifat berat dan meluasnya masalah Rematik, ketidakmampuan keluarga dalam memecahkan masalah karena kurangnya pengetahuan dan sumber daya keluarga seperti latar belakang pendidikan dan keuangan.
- c. Ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit berhubungan dengan tidak mengetahui keadaan penyakit Rematik.
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menjaga kebersihan lingkungan rumah sedemikian rupa menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan.
- e. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga tentang pentingnya kesehatan bagi keluarga.
- f. Fungsi Reproduksi atau mengetahui keluarga merencanakan jumlah anak, hubungan seksual suami istri, masalah yang muncul jika ada.
- g. Fungsi ekonomi/kemampuan keluarga memenuhi sandang, pangan, papan, menabung, kemampuan peningkatan status kesehatan.
- h. Stres dan coping keluarga, meliputi stress jangka panjang dan jangka pendek, kemampuan keluarga merespon stressor, strategi coping yang digunakan, strategi adaptasi disfungsional.
- i. Pemeriksaan fisik, semua anggota keluarga diperiksa secara lengkap seperti prosedur pemeriksaan fisik ditempat pelayanan kesehatan. Pemeriksaan fisik pada penderita Rheumatoid Arthritis dapat dilakukan dengan cara head to toe, inspeksi, palpasi pada sendi yang mengalami nyeri. Pemeriksaan fisik ini juga

mengetahui masalah yang dialami pada penderita Rheumatoid Arthritis dengan adanya kemerahan, bengkak, panas dan kekakuan sendi.

j. Pengkajian nyeri

P (Provokes) : Apa yang menyebabkan nyeri ?

Q (Quality) : Gambaran kualitas nyeri pada Rheumatoid Arthritis, apakah seperti ditusuk, diiris, tertekan, terbakar, kram dll.

R (Regio) : Dimana nyeri itu timbul?. Apakah dibagian sendi siku, lutut, pergelangan tangan dan kaki.

S (Scale) : berapakah skala nyeri yang dirasakan. Dari rentang skala 0-10 dengan 0 tidak ada nyeri dan 10 adalah nyeri berat.

T (Time) : kapan nyeri itu timbul? Apakah onsetnya cepat atau lambat? Berapa lama nyeri itu timbul? apakah hilang timbul atau terus menerus?.

k. Harapan keluarga, terhadap petugas kesehatan atau sarana pelayanan kesehatan yang ada.

#### 2.4.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang diperoleh pada saat pengkajian. Proses perumusan diagnosis diawali dengan melakukan analisis data, penentuan diagnosis, kemudian penentuan prioritas diagnosis. Analisa data dilakukan untuk mengelompokkan data hasil pengkajian menjadi data subjektif dan data objektif. Pernyataan langsung dari keluarga termasuk dalam data subjektif, sedangkan data yang diambil dari observasi, data sekunder atau data selain pernyataan langsung dari keluarga termasuk dalam data objektif. Rumusan masalah dan etiologi berdasarkan hasil pengkajian dari tugas perawatan keluarga terdiri dari 5 (lima) tugas yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada (Friedman, 2010).

Diagnosa keperawatan keluarga yang mungkin muncul pada penderita Rheumatoid Arthritis sebagai berikut:

- a. Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

- b. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan
- c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
- d. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah
- e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit (Herdman, 2018).

#### 2.4.3 Penentuan Prioritas

Perawat dapat menemukan lebih dari satu diagnosis keperawatan keluarga dalam satu keluarga. Diagnosis terdapat empat kriteria yang akan menentukan prioritas diagnose, setiap kriteria memiliki bobotnya masing-masing. Penentuan skala dari setiap kriteria ditentukan dengan mempertimbangkan komponen pembedaan sesuai dengan kondisi terkini yang ada dalam keluarga.

**Table 2.1. Kriteria Penentuan Prioritas Diagnosis**

| NO | KRITERIA                                                                                                                                          | BOBOT |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1  | Sifat masalah<br>Skala:<br>Aktual = 3<br>Risiko = 2<br>Potensial = 1                                                                              | 1     |
| 2  | Kemungkinan masalah dapat diubah<br>Skala:<br>Mudah = 2<br>Sebagian = 1<br>Tidak dapat = 0                                                        | 2     |
| 3  | Potensial masalah untuk dicegah<br>Skala:<br>T= 3<br>Cukup = 2<br>Rendah = 1                                                                      | 1     |
| 4  | Menonjolnya masalah<br>Skala:<br>Masalah berat, harus ditangani =2<br>Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani = 1<br>Masalah tidak dirasakan = 0 | 1     |

(Friedman, 2010)

Berdasarkan table diatas, untuk menentukan prioritas terhadap diagnosa keperawatan keluarga yang ditemukan dapat dihitung dengan menggunakan cara sebagai berikut:

- a. Menentukan skor setiap kriteria
- b. Skor dengan angka tertinggi dan dikali dengan bobot dengan rumus:

$$\frac{\text{Skor} \times \text{Bobot}}{\text{Angka tertinggi}}$$

- c. Jumlahkan skor untuk semua kriteria

#### 2.4.4 Rencana Keperawatan Keluarga

Rencana keperawatan keluarga terdiri dari penetapan tujuan, yang meliputi tujuan jangka panjang (tujuan umum), tujuan jangka pendek (tujuan khusus), kriteria dan standar serta intervensi. Kriteria dan standar merupakan pernyataan spesifik tentang hasil yang diharapkan dari setiap tindakan keperawatan berdasarkan tujuan khusus atau tujuan jangka pendek yang ditetapkan. Tujuan jangka panjang mengacu pada problem, sedangkan tujuan jangka pendek mengacu pada etiologi (Friedman, 2010).

Intervensi:

2.2.4.1 Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil: klien dan keluarga mengatakan jika nyeri berkurang dan lebih nyaman.

Tujuan khusus: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali pertemuan diharapkan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.

Intervensi:

- a. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, intensitas atau beratnya dan faktor pencetus.
- b. Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan.
- c. Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri.
- d. Evaluasi pengalaman nyeri di masa lalu yang meliputi riwayat nyeri kronik individu atau keluarga.

- e. Bantu keluarga dalam mencari dan menyediakan dukungan.
- f. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan
- g. Berikan terapi non farmakologi stimulus kutaneus dengan terapi *Back Massage*.
- h. Berikan pengetahuan atau pendidikan kesehatan mengenai nyeri kronis pada Rheumatoid Arthritis.

(Gloria M, Howard K, Joanne M, & Cheryl M, 2016).

2.2.4.2 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan.

Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu diharapkan gangguan citra tubuh berkurang dengan kriteria hasil: klien mengatakan tidak ada lagi perubahan pada sendi.

Tujuan khusus: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 pertemuan diharapkan keluarga mampu mengambil keputusan.

Intervensi:

- a. Tunjukkan kepedulian, terutama perilaku pasien.
- b. Anjurkan pasien untuk bicara mengenai efek penyakit, baik efek fisik maupun efek pada peran hidup.
- c. Anjurkan pasien untuk mempertahankan perawatan diri dan peran yang biasa hingga kemungkinan yang luas.
- d. Beri umpan balik yang positif untuk aktivitas perawatan diri dan strategi adaptif.
- e. Rujuk ke kelompok bantu mandiri, kelompok dukungan, dan agensi lain yang memberi alat bantu dan literature.

(Gloria M et al., 2016)

2.2.4.3 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu diharapkan hambatan mobilitas fisik dapat berkurang dengan kriteria hasil: klien mengatakan sudah bisa berjalan dengan pelan-pelan.

Tujuan khusus: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 pertemuan diharapkan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit.

Intervensi:

- a. Tentukan batasan pergerakan sendi dan efeknya terhadap fungsi sendi.
- b. Jelaskan pada pasien dan keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi.
- c. Monitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri dan ketidaknyamanan selama pergerakan/aktivitas.
- d. Dukung latihan ROM aktif.
- e. Bantu untuk melakukan pergerakan sendi yang ritmis dan teratur sesuai kadar nyeri yang bisa ditoleransi, ketahanan dan pergerakan sendi.

(Gloria M et al., 2016)

2.2.4.4 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah.

Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu diharapkan pengetahuan klien dan keluarga bertambah dengan kriteria hasil: klien dan keluarga mengetahui tentang nyeri pada penderita Rheumatoid Arthritis.

Tujuan khusus: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 pertemuan diharapkan keluarga mampu mengenal masalah Rheumatoid Arthritis.

Intervensi:

- a. Kaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga.
- b. Gunakan media yang menarik untuk menyampaikan informasi
- c. Gunakan metode diskusi dan tanya jawab dalam penyampaian informasi
- d. Berikan pendidikan kesehatan tentang pengurangan tingkat nyeri dengan terapi

*Back Massage*

(Gloria M et al., 2016).

2.2.4.5 Defisit perawatan diri berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Tujuan umum: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 minggu diharapkan defisit perawatan diri dapat teratasi dengan kriteria hasil: klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.

Intervensi:

- a. Tentukan kebutuhan individu terkait dengan bantuan dalam hal ADL (misalnya, berbelanja, membersihkan rumah, mencuci, menggunakan transportasi, mengelola uang, mengelola pengobatan, menggunakan komunikasi dan menggunakan waktu)
- b. Temukan kebutuhan keamanan terkait adanya perubahan-perubahan di rumah.
- c. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri.
- d. Berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.
- e. Dorong pasien melakukan aktivitas normal sehari-hari sampai batas kemampuan pasien.
- f. Dorong kemandirian pasien, tapi bantu ketika pasien tidak mampu melakukannya.
- g. Anjurkan keluarga untuk mendukung kemandirian dengan membantu hanya ketika pasien tak mampu melakukan.

(Gloria M et al., 2016).

#### 2.4.5 Implementasi Keperawatan Keluarga

Pada tahap implementasi, perawat mengasuh keluarga dengan melibatkan tim. Perawatan kesehatan di rumah. Peran perawat yang dilaksanakan adalah sebagai koordinator. Namun, perawat juga mengambil peran sebagai pelaksana asuhan keperawatan.

Pada kegiatan implementasi, perawat perlu melakukan kontrak sebelumnya (saat mensosialkan diagnosis keperawatan) untuk pelaksanaan yang meliputi kapan dilaksanakan, berapa lama waktu yang dibutuhkan, materi/topik yang didiskusikan, siapa yang melaksanakan, anggota keluarga yang perlu mendapat informasi, dan peralatan yang perlu disiapkan keluarga (Harnilawati, 2013).

Implementasi keperawatan keluarga adalah proses aktualisasi rencana intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber di dalam keluarga dan memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan, keluarga yang dididik untuk dapat menilai

potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkan melalui implementasi yang bersifat memampukan keluarga untuk : mengenal masalah kesehatan keluarga, mengambil keputusan berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapi, merawat anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan yang sehat serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Sudiharto, 2012).

Implementasi pada keluarga dengan masalah 5 (lima) KMK, sebagai berikut:

#### 2.2.5.1 Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

Dalam pemberian implementasi, perawat melakukan pengenalan masalah Rematik yang terjadi pada keluarga dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang Rematik.

#### 2.2.5.2 Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan

Dalam masalah ini, perawat berperan sebagai konselor dan membantu memberikan solusi pada keluarga dengan Rematik yang tidak mampu mengambil keputusan.

#### 2.2.5.3 Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Dalam pemberian implementasi, perawat memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan Rematik yang sesuai dengan rencana keperawatan. Perawat berperan sebagai koordinator bagi anggota keluarga untuk mengajarkan terapi *Back Massage* untuk mengurangi tingkat nyeri Rematik pada keluarga dan bagaimana cara merawat anggota keluarga yang sakit.

#### 2.2.5.4 Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan

Dalam pemberian implementasi, perawat memberikan pengetahuan tentang lingkungan yang sehat dan tidak sehat bagi penderita Rematik. Perawat membantu dalam penataan ruang yang bertujuan untuk memberikan lingkungan yang lebih nyaman bagi keluarga dengan Rematik.

#### 2.2.5.5 Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan

Dalam pemberian implementasi, perawat menganjurkan kepala keluarga dan anggota keluarga dengan Rematik untuk pemeriksaan rutin di fasilitas kesehatan terdekat agar keluarga lebih sadar tentang pentingnya kesehatan.

(Friedman, 2010).

#### 2.4.6 Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau memerlukan tindakan lagi. Dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya, bila belum berhasil maka dilakukan penyusunan rencana yang baru dan sesuai. Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan keluarga. Untuk itu dapat dilakukan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga (Sudiharto, 2012).

Evaluasi disusun dengan SOAP yang operasional dengan pengertian S adalah ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan dengan secara subjektif oleh keluarga setelah diberikan implementasi. O adalah keadaan objektif yang dapat diidentifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif setelah dilakukan implementasi. A merupakan analisis perawat setelah mengetahui respon subjektif dan objektif keluarga yang dibandingkan dengan kriteria dan standar. P adalah perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisis (Harnilawati, 2013).

## **BAB 3**

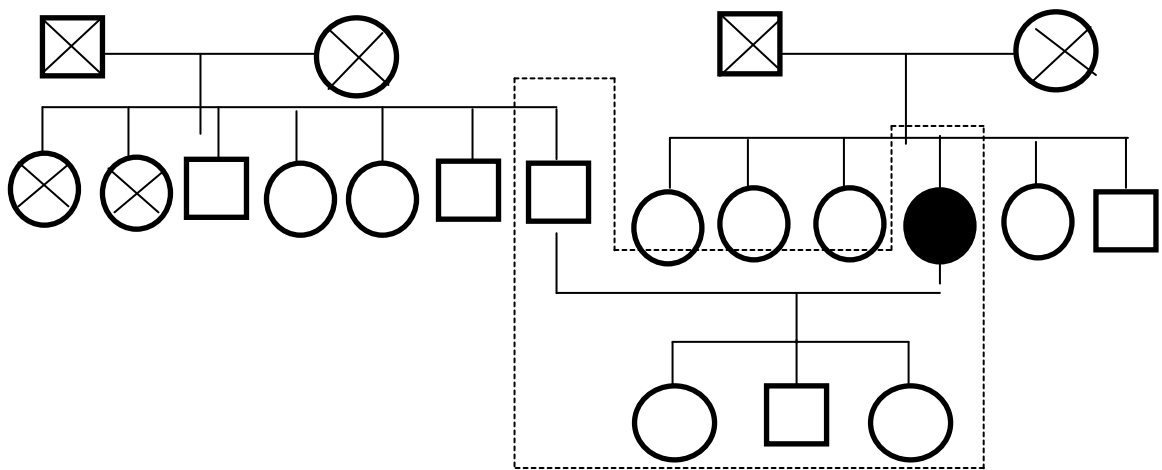
### **LAPORAN KASUS**

Dalam bab ini menjelaskan tentang laporan asuhan keperawatan keluarga pada Ny.N dengan Rheumatoid Arthritis menggunakan inovasi Terapi *Back Massage*, yang dimulai dari pengkajian, analisa data dan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi dari satu prioritas diagnosa keperawatan yakni nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, dilakukan pada tanggal 19 Juni 2019 sampai dengan 24 Juni 2019.

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Data Umum**

Data nama kepala keluarga berinisialkan Tn.S, pendidikan SD, berumur 59 tahun, bekerja sebagai buruh bangunan, agama Islam, alamat Nganten, Ngawen, Muntilan, Magelang, suku jawa. Komposisi keluarga yaitu Ngatiyem adalah istri Sudarto, berumur 55 tahun, status kawin, jenis kelamin perempuan, berpendidikan SD, bekerja sebagai penjahit. Ani Setiarini adalah anak pertama dari Sudarto dan Ngatiyem, berumur 24 tahun, status anak, jenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir SLTA dan bekerja sebagai buruh pabrik. Bayu Isnandar adalah anak kedua dari Sudarto dan Ngatiyem, berumur 22 tahun, status anak, jenis kelamin laki-laki, pendidikan terakhir tidak tamat SD dan bekerja sebagai buruh bangunan. Agustin Marselina adalah anak terakhir dari Sudarto dan Ngatiyem, berumur 15 tahun, status anak, jenis kelamin perempuan, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan sebagai pelajar.



**Gambar 3.1 Genogram Keluarga Ny.N**

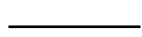
Keterangan :



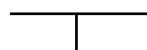
: laki – laki



: perempuan



: hubungan pernikahan



: garis keturunan

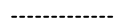


: meninggal



: klien Ny.N

: tinggal serumah



Keluarga Ny.N termasuk tipe keluarga inti yang terdiri dari Tn.S, Ny.N, An.A, An.B dan An.AM. Keluarga Tn.S berasal dari suku Jawa, Tn.S berasal dari Magelang dan Ny.N berasal dari Sleman. Semua anggota keluarga Tn.S beragama Islam, Ny.N percaya penyakitnya sembuh apabila Ny.N selalu beribadah kepada Allah SWT. Tn.S yang bertugas mencari nafkah utama, Ny.N dan An.A dan An.B hanya membantu untuk kebutuhan lain, penghasilan Tn.S kurang lebih 700.000/bulan apabila sedang mendapat borongan bangunan, keluarga Tn.S memiliki sepeda motor sebanyak 2, televisi, kebutuhan yang harus dikeluarkan tiap bulan yaitu bayar listrik, makan dan kebutuhan lain, sedangkan Ny.N yang menabung dengan uang yang tersisa dari Tn.S dan Ny.N. Keluarga Tn.S jarang sekali melakukan aktivitas rekreasi, keluarga Tn.S hanya menghabiskan waktu saat bersama dengan berkumpul bersama dan menonton tv.

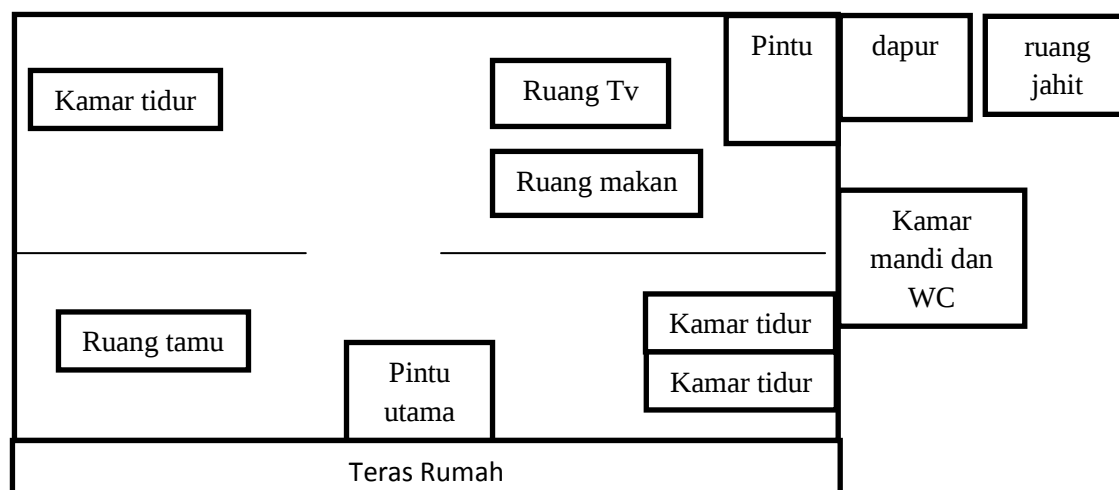
### 3.1.2 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga saat ini pada keluarga Tn.S yaitu keluarga Tn.S berada pada tahap perkembangan keluarga dengan anak usia dewasa. Tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi yaitu keluarga Tn.S belum mampu memperluas jaringan keluarga dari keluarga inti menjadi keluarga besar, karena An.A belum mau menikah. Dalam riwayat keluarga inti yaitu keluarga Tn.S yaitu Tn.S memiliki penyakit Hipertensi dan Asam Urat, Ny.N mengalami penyakit persendian Rheumatoid Arthritis kurang lebih 3 tahun yang lalu. Riwayat keluarga sebelumnya yaitu ayah Ny.N memiliki riwayat Diabetes Melitus dan ibu Ny.N sering mengalami sakit persendian, sedangkan dari ayah Tn.S memiliki riwayat hipertensi.

### 3.1.3 Data Lingkungan

Rumah keluarga Tn.S memiliki rumah dengan luas bangunan 42 m<sup>2</sup> milik pribadi, jumlah ruangan atau kamar yaitu 4, terdapat 4 jendela dan ventilasi pada setiap ruangan, kamar tidur 3 dan kamar untuk menjahit 1, ruang tamu, ruang makan, dapur dan kamar mandi, terdapat septic tank jaraknya kurang lebih 5 meter, sumber air dari sumur, pembuangan sampah dengan dibakar, penerangan cukup.

Denah Rumah



**Gambar 3.2 Denah Rumah**

Karakteristik tetangga dan komunitas yaitu hubungan keluarga Tn.S dengan tetanggaterjalin baik, Ny.N juga sering mengikuti kegiatan di desanya, sebagian besar tetangganya berasal dari Jawa dan sebagai petani. Sejak menikah keluarga Tn.S sudah tinggal dilingkungan saat ini mereka tempati dan tidak pernah berpindah tempat, alat transportasi didaerah adalah angkutan umum dan harus berjalan kaki. Keluarga Tn.S selalu berkumpul bersama setelah anaknya pulang bekerja, Ny.N mengatakan magrib biasanya sudah berkumpul semua, keluarga Tn.S baik saat berinteraksi dengan masyarakat, Ny.N sering mengikuti kegiatan seperti yasinan, pengajian, arisan rt dan lain-lain, Tn.S selalu mengikuti kegiatan kerja bakti dan pertemuan rt, anak-anak Ny,N mengikuti kegiatan karang taruna pada dusun Nganten. Keluarga Tn.S berjumlah 5 orang apabila ada anggota keluarga yang sakit semua saling membantu dan memperhatikan, keluarga Tn.S tidak ada anggaran khusus untuk pemeliharaan kesehatan, keluarga jarang menabung.

#### **3.1.4 Struktur Keluarga**

keluarga Tn.S berkomunikasi secara terbuka, apabila ada suatu permasalahan dilakukan musyawarah keluarga sebelum memutuskan suatu permasalahan. Antar keluarga terbina hubungan yang harmonis, dalam menghadapi suatu permasalahan saling merasakan bahwa mengatasi masalah menjadi tanggung jawab bersama. Dalam keluarga Tn.S, Tn.S berperan sebagai kepala keluarga yang melindungi anggota keluarga, mendidik dan memenuhi kebutuhan anggota keluarga, Ny.N berperan sebagai istri dan ibu yang bertugas melayani suami, mendidik anak-anaknya, memberi kasih sayang dan menyelesaikan kebutuhan rumah tangga, An.A, An.B dan An.AM berperan sebagai anak dan saudara yang bertugas untuk menghormati kedua orang tua dan saudaranya, saling membantu sesama anggota keluarga. Keluarga Tn.S sangat menghargai dan mejujung tinggi nilai social dan agama, keluarga Tn.S selalu menekankan kepada anak-anaknya untuk selalu beribadah dan bersosialisasi dengan masyarakat.

### 3.1.5 Fungsi Keluarga

Fungsi afektif, keluarga Tn.S mengatakan saling menghargai dan menghormati, selalu mendukung sesama anggota keluarga, keluarga Tn.S saling menyayangi. Fungsi sosial, keluarga Tn.S mengatakan jarang bertengkar apabila ada masalah dibicarakan dengan baik, keluarga Tn.S juga ikut kegiatan yang ada didesanya.

Fungsi Perawatan Kesehatan, dalam mengenal masalah keluarga Tn.S mengenal masalah kesehatan yang dialami keluarga Tn.S yaitu Ny.S mengalami nyeri persendian, kemampuan keluarga mengambil keputusan yaitu keluarga Tn.S membawa ke pelayanan kesehatan terdekat. Dalam merawat anggota keluarga yang sakit keluarga Tn.S tidak mampu merawat nyeri persendian yang dialami Ny.S. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, keluarga Tn.s mempunyai kebiasaan merokok, kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan keluarga Tn.S memanfaatkan pelayanan kesehatan terdekat yaitu puskesmas.

Fungsi ekonomi, keluarga Tn.S menggunakan penghasilannya untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari, jika ada sisa uang maka akan disimpan untuk kebutuhan mendadak, keluarga Tn.S kebutuhannya juga dibantu oleh anak-anaknya. Fungsi reproduksi, Ny.N mempunyai 3 orang anak, Ny.N menggunakan kb IUD.

### 3.1.6 Stress dan Koping Keluarga

Stressor jangka pendek keluarga ini adalah Ny.N sering mengalami nyeri persendian, sedangkan untuk stressor jangka panjangnya adalah Tn.S merasa khawatir dengan penyakit Ny.N karena nyeri persendiannya akan kambuh dan mengganggu aktivitas apabila tidak segera ditangani. Strategi koping dalam menghadapi suatu maslah, keluarga Tn.S mendiskusikan terlebih dahulu sebelum mengambil keputusan, Tn.S memberikan pengertian kepada anggota keluarga tentang masalah yang dihadapi.

Hasil pengkajian dari strategi adaptasi disfungsional pada keluarga Tn.S tidak pernah melakukan kekerasan terhadap anggota keluarga .

Keadaan gizi keluarga didapatkan pemenuhan gizi yaitu keluarga Tn.S makan 3x sehari, menu yang tersedia biasanya nasi, lauk pauk, sayur, keluarga Tn.S mengkonsumsi daging kadang 1 bulan sekali kadang 2 minggu sekali. keluarga Tn.S menggunakan upaya lain yaitu menyediakan makanan yang sehat dan bersih

### 3.1.7 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada keluarga Tn.S yaitu Tn.S dengan keadaan umum baik, kesadaran composmetis, berjalan tegak. Tanda-tanda vital Tn.S, TD: 160/80 mmHg, N : 85x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,2°C, BB : 52 kg, TB : 157 cm. Head To Toe : Kepala (tidak ada jejas/luka, rambut hitam dan terlihat sedikit beruban), Mata (konjungtiva tidak anemis), hidung (tidak ada luka, nafas tidak menggunakan cuping hidung), mulut (mukosa bibir lembab). Leher (tidak ada jejas), dada/paru (inspeksi simetris, palpasi pengembangan paru sama, perkusi sonor dan auskultasi vesikuler), dada/jantung (inspeksi simetris ictus cordis tak tampak, palpasi ictus cordis tidak terangkat tangan, perkusi redup dan auskultasi tidak ada suara tambahan), abdomen (inspeksi simetris tidak ada luka, auskultasi bising usus 12x/menit, palpasi tidak ada nyeri tekan dan perkusi tympani), ekstremitas (tidak ada luka, tidak ada edema, kekuatan otot  $\frac{5}{5}$ )

Pemeriksaan fisik pada Ny.N yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmetis, berjalan tegak. Tanda-tanda vital Tn.S, TD: 100/70 mmHg, N : 85x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,5°C, BB : 60 kg, TB : 150 cm. Head To Toe : Kepala (tidak ada jejas/luka, rambut hitam dan terlihat sedikit beruban), Mata (konjungtiva tidak anemis), hidung (tidak ada luka, nafas tidak menggunakan cuping hidung), mulut (mukosa bibir lembab). Leher (tidak ada jejas), dada/paru (inspeksi simetris, palpasi pengembangan paru sama, perkusi sonor dan auskultasi vesikuler), dada/jantung (inspeksi simetris ictus cordis tak tampak, palpasi ictus cordis tidak terangkat tangan, perkusi redup dan auskultasi tidak ada suara tambahan), abdomen (inspeksi simetris tidak ada luka, auskultasi bising usus 12x/menit, palpasi tidak ada nyeri tekan dan perkusi tympani), ekstremitas (tidak ada luka, ada edema, kekuatan otot  $\frac{5}{5}$ )

Pemeriksaan nyeri : P :pagi hari setelah bangun tidur, Q :linu-linu, R: jari tangan kanan dan pergelangan kaki kanan, S : skala 6, T : hilang timbul.

Pemeriksaan fisik pada An.A yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmetis, berjalan tegak. Tanda-tanda vital Tn.S, TD: 120/80 mmHg, N : 90x/menit, RR : 22x/menit, S : 36,2°C, BB : 52 kg, TB : 153 cm. Head To Toe : Kepala (tidak ada jejas/luka, rambut hitam dan panjang), Mata (konjungtiva tidak anemis), hidung (tidak ada luka, nafas tidak menggunakan cuping hidung), mulut (mukosa bibir lembab). Leher (tidak ada jejas), dada/paru (inspeksi simetris, palpasi pengembangan paru sama, perkusi sonor dan auskultasi vesikuler), dada/jantung (inspeksi simetris ictus cordis tak tampak, palpasi ictus cordis tidak terangkat tangan, perkusi redup dan auskultasi tidak ada suara tambahan), abdomen (inspeksi simetris tidak ada luka, auskultasi bising usus 15x/menit, palpasi tidak ada nyeri tekan dan perkusi tympani), ekstremitas (tidak ada luka, tidak edema, kekuatan otot  $\frac{5}{5}$ ).

Pemeriksaan fisik pada An.B yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmetis, berjalan tegak. Tanda-tanda vital Tn.S, TD: 120/80 mmHg, N : 90x/menit, RR : 22x/menit, S : 36,2°C, BB : 55 kg, TB : 160 cm. Head To Toe : Kepala (tidak ada jejas/luka, rambut hitam), Mata (konjungtiva tidak anemis), hidung (tidak ada luka, nafas tidak menggunakan cuping hidung), ekstremitas (tidak ada luka, tidak edema, kekuatan otot  $\frac{5}{5}$ ).

Pemeriksaan pada An.AM yaitu keadaan umum baik, kesadaran composmetis, berjalan tegak. Tanda-tanda vital Tn.S, TD: 110/80 mmHg, N : 85x/menit, RR : 22x/menit, S : 36°C, BB : 45 kg, TB : 153 cm. Head To Toe : Kepala (tidak ada jejas/luka, rambut hitam dan panjang), Mata (konjungtiva tidak anemis), hidung (tidak ada luka, nafas tidak menggunakan cuping hidung), mulut (mukosa bibir lembab). Leher (tidak ada jejas), ekstremitas (tidak ada luka, tidak edema, kekuatan otot  $\frac{5}{5}$ ).

Harapan keluarga Tn.S yaitu keluarga berharap semoga anggota keluarga Tn.S diberikan kesehatan, rezeki dan Tn.S juga berharap anaknya segera menikah karena Tn.S dan Ny.N ingin segera punya cucu.

### **3.2 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan**

#### **3.2.1 Nyeri Kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dengan Rheumatoid Arthritis**

Pada tanggal 19 Juni 2019 jam 07.00 didapatkan data subyektif dan obyektif dari pasien. Dalam pengkajian didapatkan bahwa Ny.N mengatakan nyeri persendian sudah dirasakan sejak kurang lebih 1 bulan yang lalu, P : pagi hari setelah bangun tidur, Q : rasanya linu-linu, R : jari-jari tangan kanan dan pergelangan kaki kanan, S : skala 6, T : hilang timbul. Saat dikaji dan ditanya bagian tentang nyeri yang dirasakan Ny.N tampak meringis kesakitan dan terlihat memijit-mijit pada area yang nyeri, tampak kemerahan pada jari tangan kanan, tampak sedikit bengkak pada pergelangan kaki kanan. Dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil TD : 100/70 mmHg, N : 85x/menit, RR : 20x/menit, S: 36,2°C.

#### **3.2.2 Defisiensi Pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah keluarga dengan Rheumatoid Arthritis**

Pada tanggal 19 Juni 2019 jam 07.00 didapatkan data subyektif dan obyektif dari pasien seperti diagnosa pertama. Dalam pengkajian kedua ini bahwa keluarga Tn.S mengatkan kurang mengetahui tentang penyakit Rheumatoid Arthritis, Ny.N mengatakan tidak tahu bagaimana untuk mengurangi nyeri yang dirasakan. Saat dikaji Ny.N belum mampu menjelaskan dengan tepat tentang Rheumatoid Arthritis, Ny.N sering bertanya tentang penyakitnya, Ny.N bertanya tentang cara mengurangi nyeri yang sedang dirasakan.

#### **3.2.3 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit**

pada tanggal 19 Juni 2019 jam 07.00 didapatkan data subyektif dan obyektif dari pasien. Dalam pengkajian didapatkan bahwa Ny.N mengatakan nyeri dan kaku

pada jari-jari tangan kanan dan pergelangan kaki kanan, nyeri dirasakan pada pagi hari setelah bangun tidur, Ny.N mengatakan apabila sedang merasakan kaku-kaku Ny.N tidak bisa beraktivitas dan hanya duduk. Saat dikaji dan ditanya tentang aktivitas tampak Ny.N sedang duduk tanpa melakukan aktivitas karena sedang merasakan nyeri dan kaku sendi, Ny.N tampak menahan sakit. Kekuatan otot

### Skoring dan Prioritas Masalah

#### 3.3.1 Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Dilihat dari sifat masalahnya yaitu aktual dengan perhitungan  $3/3 \times 1 = 1$ , dengan pembenaran masalah sudah terjadi sejak lama tetapi nyeri kambuh kurang lebih 1 bulan yang lalu dan penyakit Rheumatoid Arthritis sudah diderita sejak 3 tahun yang lalu. Kemungkinan masalah dapat dirubah yaitu sebagian dengan perhitungan  $1/2 \times 2 = 1$ , dengan pembenaran masalah dapat dirubah sebagian karena Ny.N mengatakan nyerinya hilang timbul dan keluarga sudah memeriksakan ke pelayanan kesehatan tetapi belum berkurang nyeri yang dirasakan Ny.N. Potensial masalah dapat dicegah yaitu mudah dengan perhitungan  $3/3 \times 1 = 1$  dengan pembenaran masalah ini dapat dicegah dengan memberikan edukasi kepada Ny.N untuk merawat bagaimana menghindari atau mengurangi nyeri pada penderita Rheumatoid Arthritis. Menonjolnya masalah yaitu ada masalah tapi harus segera diatasi dengan perhitungan  $2/2 \times 1 = 1$ , dengan pembenaran Ny.N mengatakan apabila nyerinya kambuh Ny.N sangat terganggu saat beraktivitas. Dengan total skornya yaitu 4

#### 3.3.2 Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah

Dilihat dari sifat masalahnya yaitu aktual dengan perhitungan  $3/3 \times 1 = 1$ , dengan pembenaran keluarga Tn.S kurang mengetahui tentang Rheumatoid Arthritis dan Ny.N mengatakan tidak mengetahui cara mengurangi nyeri. Kemungkinan masalah dapat diubah yaitu sebagian dengan perhitungan  $1/2 \times 2 = 1$ , dengan

pembenaran keluarga Tn.S dapat diberikan pendidikan kesehatan tentang Rheumatoid Arthritis. Potensial masalah dapat dicegah yaitu tinggi dengan perhitungan  $3/3 \times 1 = 1$ , dengan pembenaran masalah ini tinggi, apabila Ny.N sering mengontrolkan kesehatannya ke pelayanan kesehatan. Menonjolnya masalah yaitu ada masalah dan tidak segera ditangani dengan perhitungan  $1/2 \times 1 = 1$ , dengan pembenaran klien dan keluarga yang harus ditangani terlebih dahulu nyeri yang dirasakan Ny.N karena Ny.N sangat terganggu saat beraktivitas. Dengan skor total adalah  $3 \frac{1}{2}$ .

### 3.3.3 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Dilihat dari sifat masalahnya yaitu aktual dengan perhitungan  $3/3 \times 1 = 1$ , dengan pembenaran Ny.N mengatakan tidak melakukan aktivitas apabila sedang merasakan nyeri..Kemungkinan masalah dapat diubah yaitu sebagian dengan perhitungan  $\frac{1}{2} \times 2 = 1$ , dengan pembenaran apabila nyeri yang dirasakan Ny.N dapat berkurang. Potensial masalah dapat dicegah yaitu cukup dengan perhitungan  $2/3 \times 1 = 2/3$ , dengan pembenaran masalah ini cukup, apabila Ny.N rutin memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan dan Ny.N mampu mengontrol nyeri. Menonjolnya masalah yaitu ada masalah dan segera ditangani dengan perhitungan  $2/2 \times 1 = 1$ , dengan pembenaran klien dan keluarga yang harus ditangani terlebih dahulu nyeri yang dirasakan Ny.N karena Ny.N sangat terganggu saat beraktivitas. Dengan skor total adalah  $3 \frac{2}{3}$ .

Setelah dilakukan skoring maka dapat disimpulkan bahwa diagnosa prioritas yang terdapat pada keluarga Tn.S pada Ny.N yaitu Nyeri kronis dengan skor sebanyak 4.

### 3.3 Intervensi

3.3.1 Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah keluarga dengan Rheumatoid Arthritis

Pada hari Rabu tanggal 19 Juni 2019 jam 07.00 penulis membuat rencana asuhan keperawatan dengan diagnosa nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Tujuan umum yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 kali kunjungan diharapkan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil Ny.N mengatakan jika nyeri berkurang dengan skala nyeri 3-4. Sedangkan tujuan khusus yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit diharapkan keluarga mampu merawat anggota yang sakit dengan melakukan Terapi *Back Massage*.

Kriteria evaluasi yang diharapkan pada intervensi untuk kasus Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dengan Rheumatoid Arthritis ini diharapkan dari kriteria dapat menimbulkan respon verbal pada klien yang ditandai dengan klien mampu menyebutkan pengertian Rheumatoid Arthritis, penyebab, tanda gejala, akibat Rheumatoid Arthritis, pengertian Back Massage dan komplikasi Rheumatoid Arthritis. Dengan standar evaluasi, RA adalah peradangan yang mengenai sendi-sendi. Penyebab RS adalah genetic, system imun, usia, jenis kelamin. akibat RA adalah nyeri persendian, bengkak dan kaku. Back Massage yaitu usapan perlahan pada punggung untuk mengurangi nyeri. Komplikasi RA adalah kelumpuhan. Oleh sebab itu, untuk menyelesaikan dari kriteria hasil, penulis membuat rencana tindakan yaitu bina hubungan saling percaya, kaji pengetahuan keluarga tentang Rheumatoid Arthritis, kaji nyeri secara komprehensif, monitor tanda-tanda vital.

Kriteria evaluasi yang kedua yaitu klien dapat menunjukkan respon afektif yang ditandai dengan standar evaluasi keluarga Tn.S mau diberikan pendidikan kesehatan tentang Rheumatoid Arthritis dan mau dilakukakan terapi *Back Massage* untuk menurunkan tingkat nyeri pada Rheumatoid Arthritis. Rencana keperawatan yang telah dibuat yaitu Diskusikan dengan keluarga tentang Terapi *Back*

*Massage*, ajarkan dan lakukan Terapi *Back Massage*, demonstrasikan cara pengurangan nyeri dengan *Back Massage*.

Kemudian kriteria evaluasi yang ketiga yaitu klien dapat menunjukkan respon psikomotor yang ditandai dengan standar evaluasi keluarga Tn.S mampu menyebutkan kembali tentang pengertian Rheumatoid Arthritis, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, serta keluarga Ny.N mampu melakukan Terapi *Back Massage* secara mandiri. Rencana tindakan yang dibuat yaitu dampingi keluarga dalam melakukan *Back Massage*, berikan reinforcement positif, anjurkan keluarga untuk melakukan Terapi *Back Massage* pada saat nyeri.

### **3.4 Implementasi dan Evaluasi**

Implementasi hari pertama yaitu pada hari Rabu tanggal 19 Juni 2019 jam 07.00 dengan diganosa Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dengan Rheumatoid Arthritis dan telah melakukan tindakan-tindakan yaitu membina hubungan saling percaya, menjelaskan tujuan dan kedatangan, melakukan pengkajian masalah kesehatan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, mengkaji pengetahuan keluarga tentang Rheumatoid Arthritis, melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, menjelaskan tentang terapi non farmakologi Terapi *Back Massage*, menentukan kontrak waktu selanjutnya.

Kemudian setelah dievaluasi didapatkan bahwa subyektifnya Ny.N mengatakan senang dengan kedatangan mahasiswa, Ny.N mengatakan Rematik sudah 3 tahun yang lalu, Ny.N mengatakan nyeri persendian dengan P (Provokatif) pagi hari setelah bangun tidur pada pagi hari, Q (Quality) seperti linu-linu, R (Region) terletak pada jari-jari tangan kanan dan pergelangan kaki kanan, S (Skala) 6, serta T (Time) hilang timbul. Ny.N mengatakan nyerinya kambuh 1 bulan yang lalu. Data Obyektifnya yang didapatkan yaitu TD : 100/70 mmHg, N :85x/menit, Ny.N kooperatif dan menyetujui kontrak selanjutnya, Ny.N tampak meringis menahan nyeri dan memijat area yang nyeri, Ny.N belum mengetahui tentang mengurangi

nyeri, tampak kemerahan pada jari tangan kanan dan bengkak pada pergelangan kaki kanan.

Assessment pada implementasi yang pertama menunjukkan bahwa masalah Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah keluarga dengan Rheumatoid Arthritis belum teratasi, kemudian Planningnya yaitu lanjutkan intervensi.

Pada hari kedua hari Kamis tanggal 20 Juni 2019 jam 07.00 WIB menerapkan implementasi sesuai dengan planning hari yang pertama yaitu menanyakan kesiapan klien, memberikan pendidikan kesehatan tentang pengertian Rheumatoid Arthritis, penyebab Rheumatoid Arthritis, melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mendiskusikan Terapi *Back Massage* untuk mengurangi nyeri kronis pada Rheumatoid Arthritis, serta melakukan Terapi *Back Massage* pada klien.

Kemudian didapatkan hasil evaluasi yaitu data subyektif menunjukkan Ny.N mengatakan badan terasa nyaman, mengatakan sudah paham dengan penjelasan tentang Rheumatoid Arthritis. Pengkajian nyeri secara komprehensif yaitu P : setelah bangun tidur pada pagi hari, Q : linu-linu, R : jari-jari tangan kanan dan pergelangan kaki kanan, S: 4 dan 6, T : hilang timbul. Data Obyektif dengan respon Ny.N tampak rileks, kemerahan pada jari tangan sudah berkurang, teraba hangat dan terlihat bengkak pada pergelangan kaki kanan.

Assessment pada hari kedua menunjukkan bahwa masalah nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah keluarga dengan Rheumatoid Arthritis belum teratasi, kemudian Planningnya yaitu lanjutkan intervensi.

Pada hari ketiga hari Jum'at tanggal 21 Juni 2019 jam 07.00 WIB penulis menerapkan implementasi sesuai dengan planning hari kedua yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mendemonstrasikan cara mengurangi nyeri Rheumatoid dengan Terapi *Back Massage*, menggunakan alat dan fasilitas yang ada untuk mengajarkan Terapi *Back Massage*.

Kemudian didapatkan data subyektif menunjukkan keluarga Tn.S mau dilakukan Terapi *Back Massage*, Ny.N mengatakan kaku tidak dirasakan lagi setelah bangun tidur, pengkajian nyeri P : Pagi hari setelah bangun tidur, Q : linu-linu, R : jari tangan kanan dan pergelangan kaki kanan, S : 4 dan 5, T : hilang timbul. Ditemukan data Obyektif yang menunjukkan TD : 110/80 mmHg, N : 85x/menit, bengkak pada pergelangan kaki kanan sudah berkurang, ekspresi wajah meringis jarang ditunjukkan.

Assessment pada hari ketiga menunjukkan bahwa masalah nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah keluarga dengan Rheumatoid Arthritis belum teratasi, kemudian Planningnya yaitu lanjutkan intervensi.

Pada hari keempat hari Sabtu tanggal 22 Juni 2019 jam 07.00 WIB penulis menerapkan implementasi sesuai dengan planning hari kedua yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, memonitor ttv, memberikan terapi non farmakaologi untuk mengurangi nyeri dengan Terapi *Back Massage*.

Kemudian didapatkan hasil yaitu data subyektif menunjukkan Ny.N mengatakan nyeri sudah jarang dirasakan, P : pagi hari saat bangun tidur, Q : linu-linu, R: jari tangan kanan dan pergelangan tangan kanan, S : jari-jari tangan skala 3 dan pergelangan kaki kanan skala 5, T: hilang timbul. Ditemukan data obyektif yang menunjukkan Ny.N tampak lebih nyaman, tidak terlihat bengkak dan kemerahan pada area nyeri, TD : 110/80 mmHg, N : 85x/menit.

Assesment pada hari keempat menunjukkan bahwa maslah Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dengan Rheumatoid Arthritis teratasi sebagian, kemudian Planningnya yaitu lanjutkan intervensi.

Pada hari kelima hari Minggu tanggal 23 Juni 2019 jam 07.00 penulis menerapkan implementasi sesuai dengan planning hari kedua yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, memonitor ttv, mengedukasi keluarga

untuk melakukan Terapi *Back Massage* pada saat nyeri, mendorong dan memotivasi keluarga untuk memeriksakan kesehatan ke fasilitas kesehatan.

Kemudian didapatkan hasil yaitu data subyektif menunjukkan keluarga Tn.S mengatakan tadi malam melakukan Terapi *Back Massage*, Ny.N mengatakan sekarang sedang tidak merasakan nyeri, pengkajian nyeri P : pagi hari setelah bangun tidur, Q : linu-linu, R : jari-jari tangan kanan dan pergelangan kaki kanan, S : Jari tangan 3 dan pergelangan kaki kanan 5, T : hilang timbul. Didapatkan data obyektif yaitu Ny.N tampak lebih nyaman, ekspresi meringis tidak terlihat, Tanda-tanda vital : TD : 110/80 mmHg, N : 85x/menit, tidak terlihat kemerahan dan bengkak.

Assesment pada hari kelima menunjukkan bahwa masalah Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dengan Rheumatoid Arthritis teratasi sebagian, kemudian Planningnya yaitu lanjutkan intervensi.

Pada hari keenam hari Senin tanggal 24 Juni 2019 jam 07.00 WIB penulis menerapkan implementasi sesuai dengan planning hari kedua yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, memonitor ttv, mengedukasi keluarga untuk melakukan Terapi *Back Massage* pada saat nyeri.

Kemudian didapatkan hasil evaluasi yaitu data subyektif menunjukkan Ny.N mengatakan badanya enak, pengkajian nyeri P : pagi hari setelah bangun tidur, Q : linu-linu, R : jari-jari tangan kanan dan pergelangan kaki kanan, S : 3 dan 4, T : hilang timbul. Didapatkan data obyektif yaitu keluarga Tn.S mampu melakukan Terapi *Back Massage* sesuai dengan tata cara yang sudah diajarkan, tidak terlihat bengkak dan kmereahan, Tanda-tanda vital : TD : 110/80 mmHg, N : 85x/menit.

Assesment pada hari keenam menunjukkan bahwa masalah Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dengan Rheumatoid Arthritis teratasi sebagian, kemudian Planningnya yaitu lanjutkan intervensi.

Pada hari ketujuh hari Selasa tanggal 25 Juni 2019 jam 07.30 WIB penulis menerapkan implementasi sesuai dengan planning hari kedua yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, memonitor ttv, mengedukasi keluarga untuk melakukan Terapi *Back Massage* pada saat nyeri.

Kemudian didapatkan hasil yaitu data subyektif menunjukkan Ny.N mengatakan sekarang bisa menjahit sampai selesai, Ny.N mengatakan tidak merasakan kaku setelah bangun tidur, pengkajian nyeri P : pagi hari setelah bangun tidur, Q : linu-linu, R : jari –jari tangan kanan dan pergelangan kaki kanan, S : 3 dan 4, T : hilang timbul. Didapatkan data obyektif yaitu keluarga Tn.S tampak memperhatikan dalam memeriksakan kesehatan, keluarga Tn.S tampak mengangguk saat dianjurkan melakukan Terapi Back Massage, Tanda-tanda vital : TD : 100/80 mmHg, N : 85x/menit.

Assesment pada hari ketujuh menunjukkan bahwa masalah Nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dengan Rheumatoid Arthritis teratasi, kemudian Planningnya yaitu lanjutkan intervensi.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Dalam melakukan pengkajian menggunakan pengkajian Friedman (2010) yang dilakukan pada Ny.N pada tanggal 19 Juni 2019 keluhan utama yang dirasakan Ny.N adalah merasakan nyeri pada jari-jari tangan kanan dan pergelangan kaki kanan, skala nyeri 6, timbul pada pagi hari setelah bangun tidur, sehingga dapat mendukung pada tahap selanjutnya, ada kendala dalam melakukan pengkajian yaitu data penunjang tidak dapat terkaji.

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu diagnosa nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengenal masalah dan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Dari tiga diagnosa tersebut didapatkan diagnosa prioritas yaitu nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Intervensi keperawatan pada Ny.N dengan nyeri kronis. Intervensi ditujukan agar keluarga Ny.N mampu merawat anggota keluarga yang sakit, dilakukan selama 7 kali kunjungan dengan prinsip intervensi yaitu manajemen nyeri dengan memberikan terapi non farmakologi stimulus kutaneus dengan penerapan Terapi *Back Massage* dan rangkaian intervensi lainnya yaitu berikan penjelasan tentang Rheumatoid Arthritis, anjurkan keluarga untuk melakukan Terapi *Back Massage* secara mandiri, berikan motivasi kepada klien dan keluarga.

Implementasi keperawatan pada klien setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 kali kunjungan rumah, dengan mengkaji nyeri secara komprehensif dan memberikan penerapan Terapi *Back Massage*. Saat melakukan implementasi tidak

ada kendala karena keluarga Tn.S sangat kooperatif, bahkan keluarga Tn.S meminta agar dilakukan Terapi *Back Massage* setiap hari.

Berdasarkan hasil evaluasi dari asuhan keperawatan pada Ny.N dengan nyeri kronis berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit masalah teratasi sehingga planning kunjungan rumah dihentikan dengan modifikasi intervensi dengan anjurkan keluarga menerapkan Terapi *Back Massage*.

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Bagi Klien dan Keluarga

Diharapkan klien dan keluarga dapat menambah pengetahuan tentang menurunkan tingkat nyeri dengan terapi non farmakologi dan tetap menerapkan Terapi *Back Massage* karena dapat menurunkan tingkat nyeri.

### 5.2.2 Bagi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan dapat memperkenalkan lebih lanjut kepada masyarakat tentang Terapi *Back Massage* untuk menurunkan tingkat nyeri Rheumatoid Arthritis.

### 5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan untuk lebih memperkenalkan terapi non farmakologi stimulus kutaneus Terapi *Back Massage* untuk menurunkan tingkat nyeri Rheumatoid Arthritis, sehingga dapat menambah wawasan mahasiswa dan dapat diterapkan dimasyarakat.

### 5.2.4 Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dapat menambah pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan keluarga mengenai penanganan pengurangan tingkat nyeri pada Rheumatoid Arthritis dengan Terapi *Back Massage*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ashari Lahemma. (2019). Pengaruh Terapi Back Massage Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Pada Penderita Rheumatoid Arthritis, 1–7.
- Brunner, & Suddarth. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. (E. A. Mardella, Ed.) (12th ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Fajri, A. N. (2019). Gambaran Quality of Life ( Qol ) Penderita. *Gambaran Quality of Life Penderita Rheumatoid Arthritis Di Komunitas*.
- Friedman. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, & Praktik* (5th ed.). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Friska, widyawati. (2018). Efektivitas Terapi Back Massage Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Sendi Pada Lansia, 82–111.
- Gloria M, B., Howard K, B., Joanne M, D., & Cheryl M, W. (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. (N. Intansari & D. T. Roxsana, Eds.) (6th ed.). Elsevier (Singapore) Pte Ltd.
- Harnilawati. (2013). *Konsep dan Proses Asuhan Keperawatan Keluarga*. Pustaka As Salam.
- Herdman, T. H. (2018). *NANDA-1 Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018-2020* (11th ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Kristanto, T. (2012). Pengaruh Terapi Back Massage Terhadap Intensitas Nyeri Reumatik Pada Lansia Di Wilayah Puskesmas Pembantu Karang Asem, 110–116.
- Kumar, V., K, A., & C, J. (2015). *Buku Ajar Patologi Robbins*. Elsevier (Singapore) Pte Ltd.
- Majdah Zawawi1 and Noriah Ramli. (2016). Penanganan Rematik dengan Pemeriksaan LED, (May), 31–48.
- Mawarni, T. (2018). Pengaruh Pemberian Stimulus Kutaneus Slow Stroke Back Massage ( Ssbm ) Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Rematik Pada Lansia Di Panti Sosial Tahun 2018, 2(2), 60–66.
- Nataria Yanti Silaban. (2016). Gambaran pengetahuan penderita rematik tentang perawatan nyeri sendi di dusun i desa tunggal kanan kecamatan tunggal kabupaten deli serdang tahun 2015, 2(1).
- Noor, Z. (2016). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal* (2nd ed.). Penerbit Salemba Medika.

- Nurwulan, E. (2017). Pengaruh Senam Rematik Terhadap Tingkat Nyeri Sendi Pada Lansia Penderita Rheumatoid Arthritis, 1–15.
- Potter, P., & Perry, A. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Riskesdas. (2018). Hasil utama riskesdas 2018, 7–15.
- Risnanto, & Isnani, U. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah: Sistem Muskuloskeletal*. Retrieved from <https://books.google.co.id/books?id=Si88DAAAQBAJ&dq=anatomi+fisiologi+muskuloskeletal&hl=id&sitesec=reviews>
- Riyanto, D. (2010). Hubungan pengetahuan sikap dan perilaku tentang nyeri pada lansia di posyandu lansia kusuma desa palur mojolaban sukoharjo.
- Sari, D. I. P. (2016). Efektivitas Senam Rematik dan Terapi Back Massage Terhadap Penurunan Nyeri Osteoarthritis Pada Lanjut Usia di Panti Wredha Dharma Bhakti Surakarta.
- Siahaan, P., Siagian, N., & Elon, Y. (2017). Efektivitas pijat punggung terhadap intensitas nyeri rematik sedang pada wanita lanjut usia di desa karyawangi kabupaten bandung barat. *Jurnal Scolastik Keperawatan*, 3(1), 53–58. <https://doi.org/10.1073/pnas.94.23.12473>
- Sudiharto. (2012). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta.
- Suratun, Heriyati, Manurung, S., & Raenah, E. (2009). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. (M. Ester, Ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Yazid, B. (2016). Pengaruh Kompres Jahe Terhadap Intensitas Nyeri Pada Penderita Rheumatoid Arthritis di Wilayah Kerja Puskesmas Balam Medan Sunggal, IX(1), 66–80.
- Yudiyanta, K. N., & Novitasari, R. (2015). *Assesment Nyeri*. Departemen Neurologis, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia.