

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN DIAGNOSIS MEDIS

LBP (*LOW BACK PAIN*) DI RUANG H1 RSPAL dr. RAMELAN

SURABAYA



Oleh :

SHINTIA NOVITRI

NIM. 2020034

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA

2023

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN DIAGNOSIS MEDIS

LBP (*LOW BACK PAIN*) DI RUANG H1 RSPAL dr. RAMELAN

SURABAYA

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

SHINTIA NOVITRI

NIM. 2020034

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA

2023

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 17 Februari 2023

SHINTIA NOVITRI
NIM. 2020034

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : SHINTIA NOVITRI
NIM : 2020034
Program Studi : D3 KEPERAWATAN
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Diagnosis
Medis LBP (*Low Back Pain*) di Ruang H1 RSPAL
dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ilmiah ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.Kep)

Pembimbing I

Pembimbing II

Irma Zuhalfah, S.Kep., Ns
NIP. 196607301990032001

Nur Muji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 03044

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep., Ns, M.Kes
NIP. 03007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 17 Februari 2023

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : SHINTIA NOVITRI
NIM : 2020034
Program Studi : D3 KEPERAWATAN
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Diagnosis
Medis LBP (*Low Back Pain*) di Ruang H1 RSPAL
dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang
Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Senin, 20 Februari 2023

Bertempat di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D3
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes (.....)
NIP. 03021

Penguji II : Irma Zuhalfah, S.Kep., Ns (.....)
NIP. 196607301990032001

Penguji III : Nur Muji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep (.....)
NIP. 03044

Mengetahui,
Stikes Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep., Ns, M.Kes
NIP. 03007

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 20 Februari 2023

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ilmiah bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Gigih Imanta J., Sp.PD., Finasim., M.M., selaku Kepala RSPAL dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis ilmiah dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes., selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns, M.Kes., selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Lela Nurlela, S.Kp., M.Kes., selaku penguji ketua yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Irma Zuhalfah, S.Kep., Ns., selaku penguji dan pembimbing yang dengan tulus dan ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Nur Muji Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku penguji dan pembimbing yang dengan tulus dan ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Nadia Oktiary, AMd. selaku Kepala Perpustakaan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Ucapan terima kasih yang sangat spesial penulis haturkan dengan rendah hati dan rasa hormat kepada kedua orang tua penulis yang tercinta, Bapak Romli dan Ibu Suyarti serta adik penulis yang memberikan do'a, motivasi, dukungan dan pengorbanan demi keberhasilan sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
10. Teman-teman D3 Keperawatan Kumara 26 Angkatan Tahun 2020 Stikes Hang Tuah Surabaya yang saling memberikan dorongan semangat sehingga

karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, terima kasih telah berjuang bersama hingga akhir.

11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan maaf bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 17 Februari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KARYA TULIS ILMIAH.....	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.5.1 Metode	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data.....	6
1.5.3 Sumber Data.....	6
1.5.4 Studi Kepustakaan	7
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit LBP	8
2.1.1 Definisi LBP.....	8
2.1.2 Anatomi Tulang Belakang	9
2.1.3 Fisiologi Tulang Belakang	11
2.1.4 Etiologi.....	12
2.1.5 Klasifikasi LBP	14

2.1.6	Manifestasi Klinis.....	16
2.1.7	Faktor Risiko LBP	17
2.1.8	Patofisiologi	21
2.1.9	Komplikasi	22
2.1.10	Pemeriksaan Penunjang	22
2.1.11	Penatalaksanaan.....	23
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan LBP	27
2.2.1	Pengkajian	27
2.2.2	Diagnosis Keperawatan	30
2.2.3	Perencanaan.....	31
2.2.4	Pelaksanaan	38
2.2.5	Evaluasi.....	39
2.3	WOC (<i>Web Of Causation</i>)	40
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		41
3.1	Pengkajian	41
3.1.1	Identitas.....	41
3.1.2	Keluhan Utama.....	41
3.1.3	Riwayat Penyakit Sekarang.....	41
3.1.4	Riwayat Penyakit Dahulu.....	42
3.1.5	Riwayat Kesehatan Keluarga	43
3.1.6	Genogram.....	43
3.1.7	Riwayat Alergi	43
3.1.8	Keadaan Umum	43
3.1.9	Tanda-Tanda Vital dan Antropometri.....	44
3.1.10	Pemeriksaan Fisik.....	44
3.1.11	Kemampuan Perawatan Diri	47
3.1.12	Pemeriksaan Penunjang	50
3.2	Analisis Data (Diagnosis Keperawatan)	53
3.3	Prioritas Masalah	55
3.4	Intervensi Keperawatan.....	56
3.5	Catatan Perkembangan dan Implementasi Keperawatan	60
BAB 4 PEMBAHASAN		89

4.1	Pengkajian	89
4.2	Diagnosis Keperawatan.....	90
4.3	Perencanaan.....	91
4.4	Pelaksanaan	93
4.5	Evaluasi.....	95
BAB 5 PENUTUP		98
5.1	Simpulan	98
5.2	Saran	100
DAFTAR PUSTAKA		101
LAMPIRAN		104

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Kemampuan Perawatan Diri	49
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium	50
Tabel 3.3 Pemeriksaan Photo Lumbosacral AP/Lateral	51
Tabel 3.4 Pemeriksaan Photo Thorax AP	51
Tabel 3.5 Pemeriksaan MRI Lumbosacral	51
Tabel 3. 6 Terapi Obat	52
Tabel 3.7 Analisis Data	53
Tabel 3.8 Prioritas Masalah	55
Tabel 3.9 Intervensi Keperawatan	56
Tabel 3.10 Catatan Perkembangan dan Implementasi Keperawatan	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Vertebral Column</i>	9
Gambar 2.2 <i>Lumbar Vertebrae</i>	10
Gambar 2.3 WOC <i>Low Back Pain (LBP)</i>	40
Gambar 3.1 Genogram Ny. R.....	43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Teknik Relaksasi Nafas Dalam.....	104
Lampiran 2 SOP <i>Range Of Motion</i> (ROM).....	106
Lampiran 3 SOP Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur Ke Kursi Roda	115
Lampiran 4 SAP Diet Pada Penderita Obesitas.....	117

DAFTAR SINGKATAN

- AP : Anterior Posterior
- B.D : Berhubungan Dengan
- BB : Berat Badan
- CRT : Capillary Refill Time
- CT : Computed Tomography
- D.D : Ditandai Dengan
- DIV : Discus Intervertebralis
- DL : Darah Lengkap
- DO : Data Objektif
- DR : Dokter
- DS : Data Subjektif
- DX : Diagnosis
- GCS : Glasgow Coma Scale
- ICS : Intercostal Space
- IGD : Instalasi Gawat Darurat
- IMT : Indeks Massa Tubuh
- IV : Intravena
- LBP : Low Back Pain
- LED : Laju Endap Darah
- LLA : Lingkar Lengan Atas
- MMHG : Milimeter Hydrargyrum
- MRI : Magnetic Resonance Imaging
- MRS : Masuk Rumah Sakit

N : Nadi

NGT : Nasogastric Tube

NIOSH : National For Occupational Safety and Health

NO : Nomor

NSAID : Non Steroid Anti Inflamasi Disease

NY : Nyonya

OAINS : Obat Anti Inflamasi Non Steroid

ROM : Range Of Motion

RR : Respiratory Rate

RSPAL : Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut

S : Suhu

SDKI : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia

SIKI : Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

SIMRS : Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit

SLKI : Standar Luaran Keperawatan Indonesia

SMRS : Sebelum Masuk Rumah Sakit

SPO2 : Saturasi Oksigen

TB : Tinggi Badan

TD : Tekanan Darah

TTV : Tanda-Tanda Vital

VL : Vertebra Lumbal

WHO : World Health Organization

WIB : Waktu Indonesia Barat

WOC : Web Of Causation

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu nyeri yang paling umum di dunia adalah nyeri punggung bawah. Nyeri ini biasanya dirasakan di daerah lumbal atau lumbosacral, dapat berupa nyeri lokal, radikular atau keduanya (Anggraika et al., 2019). *Low Back Pain* (LBP) merupakan salah satu gangguan muskuloskeletal yang disebabkan oleh ergonomi yang salah. Gejala utamanya adalah rasa nyeri di daerah tulang belakang bagian punggung. Hal ini disebabkan oleh penyakit pada sistem muskuloskeletal (otot/rangka), radang sendi (arthritis), penyakit pada tulang belakang (spondylosis) dan proses penuaan atau degeneratif (Rahmawati & Vioneery, 2020).

Faktor yang mempengaruhi terjadinya LBP yaitu faktor individu seperti usia, jenis kelamin, masa kerja, kebiasaan merokok dan peningkatan Indeks Massa Tubuh (IMT), serta faktor pekerjaan seperti posisi kerja, lama kerja, desain tempat kerja, dan faktor gerakan tubuh. Faktor lain yang berhubungan dengan terjadinya LBP antara lain posisi tubuh seperti posisi duduk, lama duduk, dan cara mengangkat benda berat (Saputra, 2020). Seseorang yang kelebihan berat badan dapat menjadi penyebab LBP karena otot dan tulang menahan beban untuk waktu yang lama, menyebabkan penyempitan rongga diskus secara permanen dan juga menyebabkan degenerasi tulang belakang. Menurut penelitian Rahmawati 2021, LBP 5 kali lipat terjadi pada orang yang kelebihan berat badan atau obesitas dibandingkan dengan orang dengan berat badan normal (Agustin, 2022). Masalah Keperawatan yang timbul pada pasien dengan LBP adalah nyeri akut, gangguan

mobilitas fisik, gangguan pola tidur, defisit perawatan diri dan obesitas (Saputra, 2020).

Kejadian *low back pain* di Amerika Serikat adalah sekitar 60% sampai 80% dari semua kejadian tersebut, 70% disebabkan karena peregangan otot atau keseleo, 10% karena proses degeneratif tulang vertebra, 4% karena penyempitan *Discus Intervertebralis* (DIV), 4% disebabkan oleh fraktur kompresi osteoporosis dan 3% disebabkan oleh stenosis tulang belakang, penyebab lainnya hanya sekitar 1% (Sirotujani et al., 2019). LBP di Indonesia merupakan masalah kesehatan yang nyata. Ini merupakan penyakit nomor dua pada manusia setelah influenza (Lestari et al., 2023). Di Indonesia, LBP merupakan keluhan terbanyak yang dijumpai dengan prevalensi 49%. Namun, sekitar 80%-90% penderita LBP tidak ada upaya apapun untuk mengatasi timbulnya gejala tersebut. Dengan kata lain, hanya sekitar 10%-20% dari mereka yang berobat melalui pelayanan kesehatan (Saidi & Andrianti, 2021). Provinsi Jawa Timur adalah salah satu dari 11 provinsi dengan prevalensi penyakit muskuloskeletal lebih tinggi dari prevalensi nasional. Di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya dalam kurun waktu 3 bulan terakhir pasien dengan LBP tercatat 15 pasien sedangkan pasien dengan gangguan spine selalu diawali dengan LBP tercatat 270 pasien (SIMRS Ruang H1 RSPAL, 2022).

Masalah keperawatan utama yang terjadi pada pasien LBP adalah nyeri akut. Rasa nyeri tersebut terjadi karena adanya kerusakan pada sendi pusat yang menekan akar saraf, hal itu merupakan respon normal tubuh terhadap cedera atau kerusakan jaringan (Anggraika et al., 2019). Masalah keperawatan berikutnya adalah gangguan mobilitas fisik, hal ini dapat terjadi karena nyeri dan spasme otot seringkali membuat individu takut menggerakkan otot punggungnya untuk

melakukan gerakan pada lumbal, selain itu menyebabkan perubahan fisiologis pada otot-otot tersebut, sehingga terjadi penurunan massa otot dan kekuatan otot. Pada akhirnya, individu mengalami penurunan tingkat aktivitas fungsional (Erlina, 2020). Masalah keperawatan gangguan pola tidur, masalah tersebut timbul karena rasa nyeri yang membuat pola tidur sedikit berubah. Perubahan tersebut mencakup kualitas tidur, terbangun dini hari dan kuantitas tidur atau jumlah waktu yang digunakan untuk tidur. Kualitas tidur yang buruk dapat menyebabkan penurunan partisipasi dalam aktivitas sehari-hari. Masalah defisit perawatan diri disebabkan oleh mobilitas yang buruk, sehingga mengakibatkan kelemahan fisik melemah. Menurunnya kelemahan fisik mengakibatkan seseorang mengalami penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berpakaian dan toileting (Maritta & Ramadhani, 2022). Masalah keperawatan obesitas, merupakan salah satu penyebab terjadinya LBP akibat pengaruh gaya berat. Hal ini disebabkan terjadinya penekanan pada tulang belakang akibat penumpukan lemak, kelainan postur tubuh dan kelemahan otot (Saputra, 2020).

Peran perawat sangatlah penting untuk memberikan solusi dalam beberapa masalah keperawatan diatas, salah satunya yaitu pemberi asuhan keperawatan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat dilaksanakan tindakan seperti, manajemen nyeri, dukungan mobilisasi, dukungan tidur, dukungan perawatan diri, dan edukasi berat badan efektif, sehingga penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul

Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Diagnosis Medis LBP (*Low Back Pain*) di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan LBP dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Ny.R dengan diagnosis medis LBP (*Low Back Pain*) di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada Ny.R dengan diagnosis medis LBP (*Low Back Pain*) di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada pasien dengan diagnosis medis LBP (*Low Back Pain*) di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis LBP (*Low Back Pain*) di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun rencana keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis LBP (*Low Back Pain*) di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis LBP (*Low Back Pain*) di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis LBP (*Low Back Pain*) di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis LBP (*Low Back Pain*) di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat

Terkait dengan tujuan maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis LBP (*Low Back Pain*).
2. Secara praktis tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
 - a. Bagi pelayanan keperawatan dirumah sakit
Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien diagnosis medis LBP (*Low Back Pain*) secara komprehensif.
 - b. Bagi penulis
Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu gambaran bagi penulis berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis LBP (*Low Back Pain*).
 - c. Bagi profesi kesehatan
Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis LBP (*Low Back Pain*).

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil dengan cara mengamati perilaku dan perkembangan kondisi kesehatan pasien.

c. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang penegakan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan, SIMRS dan tim kesehatan lainnya.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini.
 - a. BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.
 - b. BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis LBP, serta kerangka masalah.
 - c. BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
 - d. BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.
 - e. BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pasien dengan LBP. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, anatomi, fisiologi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada gangguan LBP dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Gangguan LBP

2.1.1 Definisi LBP

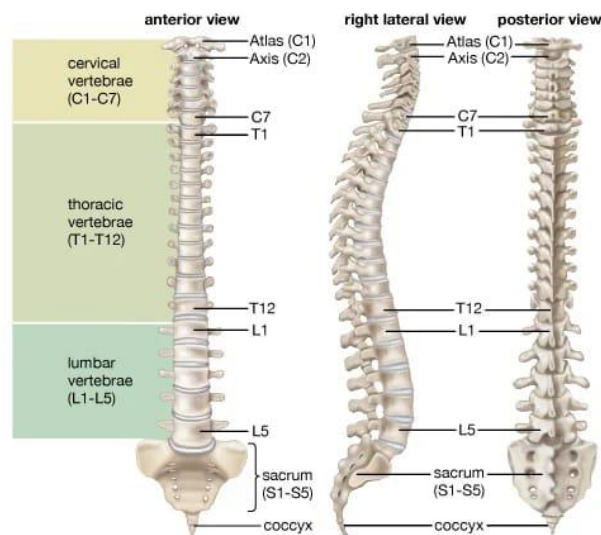
Low Back Pain adalah sindrom klinis yang gejala utamanya adalah nyeri atau sensasi tidak nyaman di daerah tulang punggung bagian bawah. LBP menyerang di daerah punggung antara sudut bawah kosta (tulang rusuk) sampai lumbosakral (sekitar tulang ekor). Gejala *low back pain* bervariasi mulai dari rasa nyeri ke sensasi tertusuk atau tertembak, rasa sakit ini dapat membuat penderita sulit untuk bergerak atau berdiri tegak. *Low back pain* apabila tidak diobati, tidak hanya menyebabkan rasa nyeri dan ketidaknyamanan yang terus-menerus, tetapi juga dapat mengakibatkan cacat seumur hidup. Penanganan *low back pain* apabila tidak dilakukan dengan benar dapat menyebabkan nyeri punggung bawah yang mengganggu aktivitas dan pekerjaan sehari-hari. *Low back pain* dapat menyebabkan kelemahan, kesemutan dan mati rasa pada salah satu kaki atau keduanya (Rahmawati & Vioneery, 2020).

Menurut WHO (2015) dalam (Studi et al., 2017) menjelaskan bahwa lansia merupakan kelompok umur manusia yang telah memasuki tahapan akhir

dari fase kehidupannya yang dimulai pada usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan suatu proses yang alami, setiap orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana manusia akan mengalami penurunan fisik, mental dan sosial secara bertahap.

2.1.2 Anatomi Tulang Belakang

Tulang belakang adalah pilar atau tiang yang berfungsi sebagai penyangga bagi tubuh. Tulang belakang terdiri dari 33 ruas tulang belakang yang tersusun secara segmental. Terdiri dari 7 ruas tulang *servikal*, 12 ruas tulang *torakal*, 5 ruas tulang *lumbal*, 5 ruas tulang *sakral* yang menyatu, dan 4 ruas tulang ekor (Untari et al., 2023).



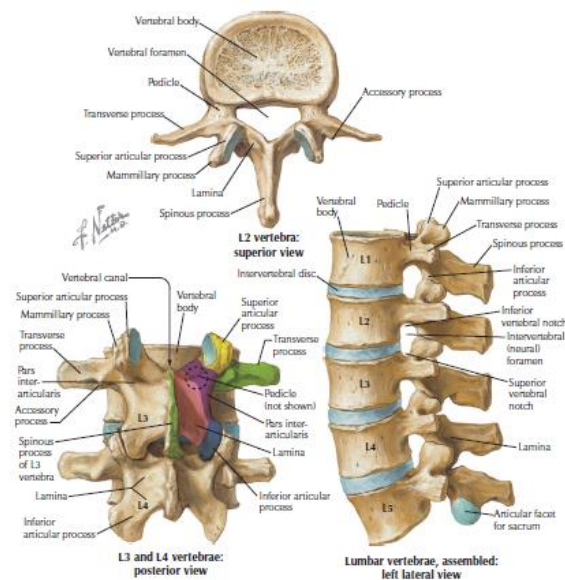
Gambar 2.1 Vertebral Column (Untari et al., 2023)

Setiap ruas tulang belakang terdiri dari *korpus* di depan dan *arkus neuralis* di belakang yang terdapat sepasang pedikel di kanan dan kiri. Sepasang *lamina*, dua sendi, satu *processus spinosus*, serta dua *procesus transversus*. Setiap ruas tulang belakang dihubungkan dengan jaringan tulang rawan yang disebut dengan *diskus intervertebralis*. *Diskus intervertebralis* berfungsi sebagai *absorber*, dan

menstabilkan pergerakan badan vertebra. Setiap *diskus* juga tersusun atas lapisan-lapisan *kartilago*.

Menginjak usia 30 tahun, *diskus intervertebralis* akan mengalami degenerasi yang menimbulkan robekan dan jaringan parut, cairan akan berkurang, ruang *diskus* secara permanen akan kehilangan stabilitasnya. Hal ini karena berkurangnya cairan *nucleus* yang menurunkan kemampuan menahan tekanan jika terjadi pergerakan yang kompresif.

Tekanan terbesar terdapat di tulang belakang terutama di area *lumbal* atau punggung bawah. Tulang belakang di area *lumbal* merupakan area yang sering terjadinya *low back pain*. *Vertebra lumbal* adalah ruas tulang punggung terbesar. *Prosessus spinosusnya* lebar dan berbentuk kapak kecil, *prosessus transversusnya* berukuran panjang dan kecil, *vertebralumbalis* membentuk sendi dengan tulang *sacrum* pada sendi *lumbosacral*.



Gambar 2.2 Lumbar Vertebrae (Untari et al., 2023)

Susunan tulang belakang memiliki struktur tulang dan otot yang berbeda satu sama lain. Perbedaan tersebut memberikan berbagai macam gerakan yang dihasilkan oleh tulang belakang (Untari et al., 2023).

Adapun otot-otot yang berorigo dari *vertebra lumbalis* dibagi menjadi otot posterior dan otot anterior, yaitu :

1. Otot-otot posterior :
 - a. *Musculus latissimus dorsi*
 - b. *Musculus paraspinalis*, terdiri dari otot *erector spine* (*m. iliocostalis*, *m. longissimus*, *m. spinalis*, dan *m. semispinalis*), berfungsi sebagai ekstensor utama pada tulang belakang.
2. Otot- otot anterior
 - a. *Musculus psoas*, perlekatan langsung otot *psoas* pada *vertebra lumbalis*, peregangan otot ini akan menonjolkan lordosis *lumbalis* normal.
 - b. *Musculus kuadratum lumborum*, berperan dalam sisi fleksibilitas dan membantu dalam melakukan gerakan fleksi *lumbal*.
 - c. *Musculus obliquus internal*, dengan *origo pelvis* yang berfungsi sebagai postural dari semua otot *abdomen*.
 - d. *Musculus transversus abdominis*, dengan *origo* dibawah *sternum* enam yang berfungsi untuk menekan perut dan rotasi *trunk* lateral.
 - e. *Musculus rectus abdominis*, dengan *origo pelvis* yang berfungsi untuk menekan perut dan rotasi *trunk* lateral.

2.1.3 Fisiologi Tulang Belakang

Tulang belakang merupakan sendi yang mempunyai tugas berat, salah satu sendi penyangga berat badan yang dapat merusak anatomi dan fungsi sendi tulang

belakang, dalam fungsinya sebagai sendi yang menopang berat tubuh dan pergerakan pinggang. Pergerakan sendi tulang belakang sangat terbatas pada pinggang normal. Dapat melakukan fleksi ke belakang atau ekstensi seluas 20° , Fleksi ke lateral seluas 20° , fleksi ke depan seluas 45° , dan rotasi atau gerakan memutar seluas 45° (Purnomo, 2019).

Berdasarkan fungsinya, sendi tulang belakang pada pinggang mempunyai beban cukup berat, sehingga sering menimbulkan kelainan dengan berbagai keluhan. Keluhan yang tersering dan terpenting adalah keluhan nyeri pinggang. Patogenesis nyeri pinggang sangat luas, karena penyebabnya sangat bervariasi. Penyebab karena kelainan anatomi, perubahan biomekanik dari tulang belakang, proses autoimun dan psikologis dapat berperan. Semua kelainan tersebut dapat menyebabkan iritasi perifer dengan akibat akhir menimbulkan ketidak-mampuan fungsi tulang. Iritasi ini dapat disebabkan karena herniasi DIV, perubahan dari foramen, sinovitis iritasi rivefesial dan lain-lain (Purnomo, 2019).

2.1.4 Etiologi LBP

Beberapa jenis penyebab LBP (Kusuma Dewi et al., 2017 dalam Tasya, 2022) adalah :

1. Sikap Yang Salah

LBP diakibatkan oleh perubahan pada otot dan ligament daerah lumbal karena kondisi fisik dan mental. kurang bergerak, selalu duduk dengan posisi tulang belakang lumbal yang melengkung (lordosis), obesitas, yang merupakan faktor yang lamakelamaan mengganggu keseimbangan siatik dan kinetik yang dipertahankan oleh sendi posterior, diskus intervertebralis dan ligament tulang belakang lumbal.

2. Traumatik Lesi

Traumatik yang dimaksud adalah lesi akibat trauma besar atau akibat trauma kecil yang terjadi berkali-kali. Karena trauma besar yang sekali dapat timbul insersio otot erector trunci terbedol, ruptur ligament interspinosus, fraktur korpus vertebra lumbal. Sedangkan akibat trauma kecil dapat dijumpai sacro iliac strain dan lumbo sacral strain

3. Proses Degeneratif

LBP pada osteoporosis biasanya diakibatkan kompresi fraktur. Fraktur kompresi sering timbul karena trauma yang tidak berarti dan tanpa disadari. Batuk, bersin, atau duduk terguncang-guncang sudah dapat menimbulkan fraktur kompresi pada tulang belakang yang osteoporotik. Karena fraktur tersebut biasanya medula spinalis tidak mengalami gangguan apapun, tetapi radiks dapat terjepit sehingga menimbulkan nyeri radikular. LBP juga sering dijumpai pada wanita tua yang dikenal dengan post menopause.

4. Obesitas

Jika seseorang yang obesitas sering merasakan timbulnya nyeri pinggang bawah yang dapat mengganggu pekerjaan sehari-hari, dimana tonus otot yang kecil dan kebiasaan sikap yang kurang baik. Obesitas dapat menyebabkan terjadinya penekanan pada tulang belakang akibat penumpukan lemak, kelainan postur tubuh dan kelemahan otot.

2.1.5 Klasifikasi LBP

Berdasarkan perjalanan klinisnya, LBP di kategorikan atas akut, subakut, dan kronis (Saputra, 2020).

1. LBP Akut

LBP akut merupakan nyeri yang timbul selama enam minggu atau kurang. Hal ini ditandai dengan rasa nyeri yang menyerang secara tiba-tiba dan rentang waktu hanya sebentar, antara beberapa hari sampai beberapa minggu. Rasa nyeri ini dapat hilang atau sembuh

2. LBP Subakut

LBP subakut merupakan nyeri yang dirasakan selama enam sampai dengan dua belas minggu

3. LBP Kronik

LBP kronik merupakan nyeri yang timbul lebih dari dua belas minggu

a. Nyeri Punggung Lokal

Nyeri punggung lokal merupakan jenis nyeri yang biasanya terletak di garis tengah dengan radiasi ke kanan dan ke kiri. Nyeri ini dapat berasal dari bagian-bagian di bawahnya seperti fascia, otot-otot paraspinal, korpus vertebra, sendi dan ligamen. Nyeri biasanya menetap atau hilang timbul, pada saat berubah posisi nyeri dapat berkurang ataupun bertambah dan punggung nyeri apabila dipegang.

b. Iritasi pada Radiks

Iritasi pada radiks ini disebabkan karena terjadi proses desak ruang, maksudnya ialah ruang-ruang yang terdapat di foramen vertebra atau ruang-ruang yang terletak di dalam kanalis vertebra ini mengalami

desakan antar ruang, sehingga akibat dari desakan tersebut menyebabkan iritasi pada radiks dan timbullah sensasi nyeri

c. Nyeri Rujukan Somatis

Nyeri rujukan somatis merupakan nyeri yang disebabkan karena iritasi pada serabut-serabut sensoris di permukaan yang dapat dirasakan lebih dalam pada dermatom yang bersangkutan. Dan juga sebaliknya, iritasi di bagian-bagian dalam dapat dirasakan di bagian lebih superfisial

d. Nyeri Rujukan Viserosomatis

Nyeri rujukan viserosomatis merupakan nyeri yang disebabkan karena adanya gangguan pada alat-alat retroperitoneumintra abdomen atau dalam ruangan panggul yang dapat dirasakan di daerah pinggang.

e. Nyeri Karena Iskemia

Nyeri karena iskemia merupakan nyeri yang dapat disebabkan karena adanya penyumbatan pada percabangan aorta ataupun percabangan arteri iliaka komunis. Rasa nyeri ini dirasakan seperti rasa nyeri pada klaudikasio intermittens yang dapat dirasakan di pinggang bawah, di gluteus atau menjalar ke paha.

f. Nyeri Psikogen

Nyeri psikogen merupakan nyeri yang memiliki sakitnya sangat berlebihan dan tidak sesuai dengan distribusi saraf dan dermatom sehingga menimbulkan reaksi wajah yang sering berlebihan.

g. LBP Spondilogenik

Nyeri spondilogenik merupakan suatu sensasi nyeri yang disebabkan karena adanya kelainan pada vertebra, sendi dan jaringan lunak.

Misalkan seperti spondilosis, osteoma, osteoporosis, dan nyeri punggung miofasial.

h. LBP Viseronik

Nyeri viseronik merupakan suatu sensasi nyeri yang disebabkan karena adanya kelainan pada organ dalam, misalnya kelainan ginjal, kelainan ginekologik dan tumor retroperitoneal.

i. LBP Vaskulogenik

Nyeri vaskulogenik merupakan suatu sensasi nyeri yang disebabkan karena adanya kelainan pembuluh darah, misalnya pada aneurisma dan gangguan peredaran darah.

j. LBP Psikologenis

Nyeri psikogenik merupakan suatu sensasi yang timbul karena adanya gangguan psikis seperti neurosis, ansietas dan depresi.

2.1.6 Manifestasi Klinis LBP

Menurut (Huryah & Susanti, 2019 dalam Tasya, 2022) LBP ditandai dengan gejala sebagai berikut :

1. Nyeri terjadi secara *intermitten* atau terputus-putus.
2. Sifat nyeri tajam karena dipengaruhi oleh sikap atau gerakan yang bisa meringankan ataupun memperberat keluhan.
3. Membaik setelah istirahat dalam waktu yang cukup dan memburuk setelah digunakan beraktivitas.
4. Tidak ditemukan tanda-tanda radang seperti panas, warna kemerahan ataupun pembengkakan.
5. Terkadang nyeri menjalar ke bagian pantat atau paha.

6. Dapat terjadi *morning stiffness*
7. Nyeri bertambah hebat bila bergerak ekstensi, fleksi, rotasi, berdiri, berjalan maupun duduk.

2.1.7 Faktor Risiko LBP

Low Back Pain dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor individu dan faktor pekerjaan. Faktor Individu dapat dilihat dari beberapa faktor berikut ini

1. Usia

Terjadinya degenerasi tulang dapat disebabkan karena bertambahnya usia seseorang yang sering terjadi pada usia 30 tahun. Kerusakan jaringan, pergantian jaringan menjadi jaringan parut dan pengurangan cairan merupakan proses degenerasi yang sering terjadi pada usia 30 tahun sehingga menyebabkan kekuatan otot dan tulang menjadi berkurang. Jika usia seseorang semakin bertambah maka risiko terjadinya penurunan elastisitas pada tulang yang menyebabkan *Low Back Pain* (LBP) akan semakin tinggi. Pada penelitian yang dilakukan oleh Garg dalam Pratiwi pada tahun 2017 sejalan dengan pendapat tersebut yang menyatakan bahwa dengan bertambahnya umur maka semakin meningkat terjadinya *low back pain* dimana kejadian tertinggi *Low Back Pain* yaitu terjadi pada usia 35-50 tahun. Pendapat tersebut juga sesuai dengan penelitian Sorenson, yang mengatakan bahwa nyeri punggung akan sering terjadi pada usia 35 tahun dan akan semakin meningkat pada usia 55 tahun.

2. Jenis Kelamin

Tingkat kejadian nyeri punggung bawah lebih banyak pada wanita daripada laki-laki, beberapa penelitian mengatakan bahwa wanita lebih

sering izin tidak bekerja karena mengalami nyeri punggung bawah. Tingkat risiko keluhan otot rangka ini sangat dipengaruhi oleh jenis kelamin, secara fisiologis, kemampuan otot pria lebih kuat daripada wanita. Hal tersebut sering terjadi karena pada wanita yang mengalami menopause menyebabkan estrogen tidak diproduksi lagi, sehingga kepadatan tulang akan berkurang.

3. Indeks Massa Tubuh

Indeks Massa Tubuh (IMT) merupakan hasil kalkulasi angka dari berat badan dengan tinggi badan seseorang. Berdasarkan penelitian Purnamasari pada tahun 2010 mengatakan bahwa seseorang yang obesitas lebih berisiko 5 kali menderita LBP dibandingkan dengan orang yang memiliki berat badan ideal. *Vertebra lumbal* pada tulang belakang sangat berisiko akibat dari seseorang yang obesitas. Menurut WHO pada tahun 2000 mengategorikan indeks masa tubuh untuk orang Asia dewasa menjadi *underweight* (IMT <18.5), *range normal* (IMT 18.5-22.9) dan *overweight* (IMT ≥23.0). *Overweight* dibagi menjadi dua yaitu, obesitas 1 (IMT 25-29.9) dan obesitas 2 (IMT ≥ 30.0).

4. Masa Kerja

Masa kerja adalah faktor yang mempengaruhi dengan lamanya seseorang bekerja di suatu tempat. Dengan hal tersebut, *Low Back Pain* merupakan penyakit yang membutuhkan waktu lama untuk berkembang dan bermanifestasi. Faktor risiko ini semakin besar apabila seseorang semakin sering melakukan pekerjaan dengan masa kerja dan waktu kerja yang lama untuk mengalami *Low Back Pain*. Penelitian yang dilakukan oleh Umami

pada tahun 2013 bahwa pekerja yang paling banyak mengalami keluhan LBP adalah pekerja yang memiliki masa kerja >10 tahun dibandingkan dengan mereka dengan masa kerja < 5 tahun ataupun 5- 10 tahun.

5. Kebiasaan Olahraga

Keluhan *Low Back Pain* dapat dicegah dengan melakukan olahraga yang rutin dan baik. Dengan melakukan olahraga yang teratur dapat memperbaiki kualitas hidup, mencegah osteoporosis dan berbagai penyakit rangka serta penyakit lainnya. Olahraga dapat memberikan dampak positif karena dapat mengurangi faktor risiko. Kebiasaan olahraga dapat dilakukan dengan intensitas yang rendah terlebih dahulu dan secara bertahap untuk mencegah terjadinya cedera pada otot dan sendi. Kebiasaan olahraga dikatakan teratur ketika olahraga tersebut dilakukan minimal 2 kali dalam seminggu yang dilakukan untuk memelihara kesehatan dan minimal 20 menit selama 3 bulan terakhir. Menurunnya suplai oksigen ke dalam otot adalah salah satu akibat dari kurangnya aktivitas fisik seseorang. Pada umumnya, keluhan pada otot jarang ditemukan pada seseorang yang melakukan aktivitas fisik dengan waktu untuk istirahat yang cukup dan melakukan aktivitas fisik yang cukup. Laporan NIOSH menyatakan bahwa tingkat kebugaran tubuh yang rendah akan mengalami risiko terjadinya keluhan pada otot adalah 8,1%, tingkat kebugaran tubuh sedang adalah 3,2% dan tingkat kebugaran tubuh tinggi adalah 0,8%.

Faktor Pekerjaan yang mempengaruhi *Low Back Pain* dapat dilihat dari :

1. Beban Kerja

Beban kerja merupakan beban yang diterima seseorang saat melakukan pekerjaan seperti; aktivitas fisik, mental, sosial dalam waktu tertentu, sesuai dengan kemampuan fisik maupun keterbatasan pekerja tersebut. Beban kerja adalah sejumlah kegiatan seseorang ataupun sekelompok orang yang harus diselesaikan dalam waktu tertentu. Beban kerja yang berat akan menyebabkan iritasi, inflamasi, kelelahan otot, kerusakan otot, tendon dan jaringan lainnya.

2. Posisi Kerja

Posisi tubuh yang salah saat melakukan pekerjaan merupakan posisi yang tidak baik. Bekerja dengan posisi yang tidak baik dapat meningkatkan jumlah energi tubuh saat melakukan pekerjaan. Dengan meningkatnya kekuatan otot dari jaringan yang tidak tepat sehingga dengan mudah mengalami kelelahan.

3. Durasi Kerja

Durasi adalah jumlah waktu terpajan faktor risiko. Durasi didefinisikan sebagai durasi singkat jika < 1 jam per hari, durasi sedang yaitu 1-2 jam per hari dan durasi lama yaitu > 2 jam per hari. Durasi terjadinya postur tubuh yang kurang baik akan lebih berisiko apabila postur tersebut dipertahankan lebih dari 10 detik. Faktor risiko fisiologis yang utama salah satunya adalah gerakan yang sering dan berulang-ulang sehingga menyebabkan kelelahan pada otot tersebut. Saat melakukan peregangan pada otot memerlukan oksigen, jika gerakan berulang-ulang dari otot

terlalu cepat sehingga oksigen belum mencapai jaringan maka akan terjadi kelelahan otot. Dalam Undang-undang No.23 tahun 1992, Pasal 23 tentang Kesehatan Kerja juga menekankan pentingnya kesehatan kerja agar setiap pekerja dapat bekerja secara sehat tanpa membahayakan diri sendiri dan masyarakat sekelilingnya hingga diperoleh produktivitas kerja yang optimal. Karena itu, kesehatan kerja meliputi pelayanan kesehatan kerja, pencegahan penyakit akibat kerja dan syarat kesehatan kerja.

2.1.8 Patofisiologi LBP

Pada kasus LBP aktivasi nosiseptor disebabkan oleh penggunaan otot yang berlebihan (overuse). Penggunaan otot yang berlebihan dapat terjadi pada saat tubuh dipertahankan dalam posisi statik atau postur yang salah untuk jangka waktu yang cukup lama di mana otot-otot di daerah punggung akan berkontraksi untuk mempertahankan postur tubuh yang normal, atau pada saat aktivitas yang menimbulkan beban yang berlebihan pada otot-otot punggung bawah, misalnya mengangkat beban-beban yang berat dengan posisi yang salah (tubuh membungkuk dengan lutut lurus dan jarak beban ke tubuh cukup jauh). Penggunaan otot yang berlebihan ini menimbulkan iskemia dan inflamasi. Setiap gerakan otot akan menimbulkan nyeri sekaligus akan menambah spasme otot karena terdapat spasme otot, lingkup gerak punggung bawah menjadi terbatas. Nyeri dan spasme otot seringkali membuat individu takut menggunakan otot-otot punggungnya untuk melakukan gerakan pada *lumbal*. Selanjutnya akan menyebabkan perubahan fisiologis pada otot-otot tersebut, yaitu berkurangnya massa otot dan penurunan kekuatan otot. Akhirnya individu akan mengalami

penurunan tingkat aktivitas fungsionalnya (Cahya H & Asmara, 2020 dalam Tasya, 2022).

2.1.9 Komplikasi LBP

Skoliosis merupakan komplikasi yang paling sering ditemukan pada penderita nyeri punggung bawah karena Spondilosis. Hal ini terjadi karena pasien selalu memposisikan tubuhnya ke arah yang lebih nyaman tanpa memperdulikan sikap tubuh normal. Hal ini didukung oleh ketegangan otot pada sisi vertebra yang sakit (Permatasari, 2022).

2.1.10 Pemeriksaan Penunjang LBP

Terdapat beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk lebih mendukung adanya *low back pain*, antara lain sebagai berikut :

1. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium rutin dilakukan sesuai indikasi, berguna untuk melihat laju endap darah (LED), morfologi darah tepi, kalsium, fosfor, asam urat, alkali fosfatase, asam fosfatase, antigen spesifik prostat (jika ditemukan kecurigaan metastasis karsinoma prostat) dan elektroforesis protein serum (protein myeloma).

2. Pemeriksaan Radiologis

a. Foto Polos

Pada pasien dengan keluhan nyeri punggung bawah, dianjurkan berdiri saat pemeriksaan dilakukan dengan posisi anteroposterior, lateral dan oblique. Gambaran radiologis yang sering terlihat normal atau kadang-kadang dijumpai penyempitan ruang diskus intervertebral, osteofit pada sendi facet, penumpukan kalsium pada vertebra, pergeseran korpus

vertebra (spondilolistesis), dan infiltrasi tulang oleh tumor. Penyempitan ruangan intervertebral terlihat bersamaan dengan suatu posisi yang tegang, melurus dan suatu skoliosis akibat spasme otot paravertebral.

b. MRI (Magnetic Resonance Imaging)

MRI digunakan untuk melihat defek intra dan ekstra dural serta melihat jaringan lunak. Pada pemeriksaan dengan MRI bertujuan untuk melihat vertebra dan level neurologis yang belum jelas, kecurigaan kelainan patologis pada medula spinalis atau jaringan lunak, menentukan kemungkinan herniasi diskus pada kasus post operasi, kecurigaan karena infeksi atau neoplasma.

c. CT- Mielografi

CT- mielografi merupakan alat diagnostik yang sangat berharga untuk diagnosis LBP untuk menentukan lokalisasi lesi pre-operatif dan menentukan adanya sekuester diskus yang lepas dan mengeksklusi suatu tumor.

2.1.11 Penatalaksanaan LBP

Menurut (Tanderi et al., 2017 dalam Tasya, 2022) penatalaksanaan *low back pain* dapat dibedakan sebagai berikut :

1. Penatalaksanaan Farmakologis

Obat-obatan mungkin perlu diberikan untuk menangani nyeri akut. Analgetik narkotik digunakan untuk memutus lingkaran nyeri; relaksan otot dan penenang digunakan untuk membuat relaksasi pasien dan otot yang mengalami spasme, sehingga dapat mengurangi nyeri. Obat anti inflamasi seperti aspirin dan Non Steroid Anti Inflamasi Disease (NSAID)

berguna untuk mengurangi nyeri. Kortikosteroid jangka pendek dapat mengurangi respons inflamasi dan mencegah timbulnya neurofibrosis, yang terjadi akibat gangguan iskemik. Dapat diberikan injeksi kortikosteroid epidural, suntikan infiltrasi otot paraspinalis dengan anestesi lokal, atau menyuntik sendi faset dengan steroid untuk menghilangkan nyeri.

2. Penatalaksanaan Non Farmakologis

a. Teknik Relaksasi Napas Dalam

Menurut (Kurnijati, 2018) Teknik relaksasi napas dalam adalah salah satu cara teknik non farmakologi yang dapat dipakai untuk menghilangkan nyeri *low back pain* pada lansia. Relaksasi napas dalam mampu menenangkan pikiran dan tubuh dan melepaskan ketegangan otot-otot sehingga menghilangkan nyeri tanpa menggunakan obat pereda nyeri lebih banyak lagi. Teknik relaksasi napas dalam adalah teknik yang efektif untuk menurunkan rasa nyeri. Teknik relaksasi napas dalam bekerja dengan merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostaglandin sehingga meningkatkan terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemia, teknik relaksasi napas dalam mampu merangsang tubuh untuk melepaskan hormon endorfin untuk mengurangi rasa sakit.

b. Terapi Fisik

Direkomendasikan melakukan latihan dengan stress minimal pada punggung seperti jalan kaki, naik sepeda, atau berenang. Latihan lain

berupa kelenturan dan penguatan. Latihan bertujuan untuk memelihara fleksibilitas fisiologi, kekuatan otot, mobilitas sendi, dan jaringan lunak. Dengan latihan dapat terjadi pemanjangan otot, ligamen, dan tendon sehingga aliran darah meningkat. Beberapa latihan lain, meliputi hal-hal sebagai berikut :

1) Latihan Kelenturan

Punggung yang kaku berarti kurang fleksibel akibatnya lumbosakral tidak sepenuhnya lentur. Keterbatasan ini dapat dirasakan sebagai keluhan. Latihan untuk kelenturan punggung adalah dengan membuat posisi meringkuk seperti bayi dari posisi terlentang. Tungkai digunakan sebagai tumpuan tarikan. Untuk menghasilkan posisi knee-chest, panggul diangkat dari lantai sehingga punggung teregang, dilakukan fleksi bertahap punggung bawah bersamaan dengan fleksi leher dan membawa dagu ke dada. Dengan gerakan ini sendi akan mencapai rentang maksimumnya. Gerakan ini dilakukan sebanyak 3 kali gerakan, 2 kali sehari.

2) Latihan Penguatan

Latihan pergelangan kaki, gerakkan pergelangan kaki ke depan dan kebelakang dari posisi berbaring.

3) Latihan Menggerakkan Tumit

Dari posisi berbaring lutut ditekuk dan kembali diluruskan dengan tumit tetap menempel pada lantai (menggerakkan tumit).

4) Latihan Mengangkat Panggul

Pasien dalam posisi telentang, dengan lutut dan panggul fleksi, kaki bertumpu di lantai. Kemudian punggung ditekankan pada lantai dan

panggul diangkat pelan-pelan dari lantai, dibantu dengan tangan yang bertumpu pada lantai. Latihan ini untuk meningkatkan lordosis vertebra *lumbal*.

5) Latihan Berdiri

Berdiri membelakangi dinding dengan jarak 10-20 cm, kemudian panggul diregangkan dari dinding sehingga punggung menekan dinding.

6) Latihan Peregangan Otot

Peregangan otot hamstring penting karena otot hamstring yang menyebabkan beban pada vertebra lumbosakral termasuk pada anulus diskus posterior. Ligamen dan otot erector spinae. Latihan dilakukan dari posisi duduk, kaki diluruskan di depan, dan badan dibungkukkan untuk berusaha untuk menyentuh ujung kaki. Latihan ini dapat dilakukan dengan berdiri.

7) Latihan Berjinjit

Latihan dilakukan dengan berdiri dengan seimbang pada 2 kaki, kemudian berjinjit (mengangkat tumit) dan kembali dengan seperti semula. Gerakan ini dilakukan 10 kali.

8) Latihan Mengangkat Kaki

Latihan dilakukan dengan menekuk satu lutut, meluruskan kaki yang lain dan mengangkat dalam posisi lurus 10-20 cm dan tahan selama 1-5 detik. Turunkan kaki secara perlahan, latihan ini diulang 10 kali.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan LBP

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien.

1. Identitas Klien

Usia : nyeri punggung akan sering terjadi pada usia 35 tahun dan akan semakin meningkat pada usia 55 tahun.

Jenis Kelamin : tingkat kejadian nyeri punggung bawah lebih banyak pada wanita daripada laki-laki, karena pada wanita yang mengalami menopause menyebabkan estrogen tidak diproduksi lagi, sehingga kepadatan tulang akan berkurang.

Pekerjaan : seperti, beban kerja yang berat dapat menyebabkan iritasi, inflamasi, kelelahan otot, kerusakan otot, tendon dan jaringan lainnya serta posisi kerja yang salah atau posisi yang tidak baik dan durasi lama bekerja.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama yang sering ditemukan pada lansia dengan penyakit *low back pain* seperti: pasien merasakan nyeri pinggang lokal, rasa kram, panas, berdenyut-denyut dan rasa tidak nyaman.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Tanyakan pada klien sejak kapan keluhan dirasakan, kapan timbulnya keluhan dan apakah menetap atau hilang timbul, hal apa yang mengakibatkan terjadinya keluhan, apa saja yang dilakukan untuk

mengurangi keluhan yang dirasakan, tanyakan pada klien apakah klien sering mengonsumsi obat tertentu atau tidak

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Tanyakan pada klien apakah klien dulu pernah menderita penyakit yang sama sebelumnya, apakah klien pernah mengalami kecelakaan atau trauma, apakah klien pernah menderita penyakit gangguan tulang atau otot sebelumnya, penggunaan obat-obatan, riwayat mengonsumsi alkohol dan merokok.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Mengkaji adanya anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama baik karena faktor genetik maupun keturunan seperti, hipertensi dan diabetes melitus.

6. Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesa. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan persistem dan terarah (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada B3 (Brain) dan B6 (Bone) dan dihubungkan dengan keluhan klien.

- a. Keadaan Umum, pada klien biasanya tidak mengalami penurunan kesadaran. Biasanya mengalami gangguan muskuloskeletal tampak lemah, pembengkakan pada otot kaki dan punggung, kekakuan pada otot-otot.
- b. Tingkat Kesadaran, klien biasanya *compos mentis*.
- c. B1 (Breathing) : Dapat ditemukan peningkatan frekuensi nafas atau masih dalam batas normal.

- d. B2 (Blood) : Bila tidak ada gangguan pada sistem kardiovaskuler, biasanya kualitas dan frekuensi nadi normal, tekanan darah normal. Pada auskultasi, tidak ditemukan bunyi jantung tambahan.
 - e. B3 (Brain) : Kaji adanya hilangnya gerakan/sensasi, spasme otot, terlihat kelemahan/hilang fungsi. Pergerakan mata/kejelasan melihat, dilatasi pupil. Agitasi (mungkin berhubungan dengan nyeri atau ansietas).
Gejala : Kebas/kesemutan pada tangan dan kaki, hilangnya sensasi pada jari tangan. Pembengkakan sendi simetris.
 - f. B4 (Bladder) : Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urin, dysuria, distensi kandung kemih, warna dan bau urin, dan kebersihan.
 - g. B5 (Bowel) : Konstipasi, konsisten feses, frekuensi eliminasi, auskultasi bising usus, anoreksia, adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen
 - h. B6 (Bone) : Kaji adanya nyeri berat tiba-tiba/mungkin terlokalisasi pada area jaringan, dapat berkurang pada imobilisasi, kekuatan otot menurun, kontraktur, atrofi otot, laserasi kulit dan perubahan warna.
Gejala : Fase akut dari nyeri (mungkin tidak disertai oleh pembengkakan jaringan lunak pada sendi). Rasa nyeri kronis dan kekakuan (terutama pada pagi hari, malam hari, dan ketika bangun tidur).
7. Pola Fungsi Kesehatan
- a. Pola Nutrisi
Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, dan makanan kesukaan.
 - b. Pola Eliminasi

Menjelaskan pola fungsi sekresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah nutrisi, dan penggunaan kateter.

Gejala : Berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas perawatan pribadi. Ketergantungan pada orang lain.

c. Pola Tidur dan Istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi terhadap energi, jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah tidur, dan insomnia.

d. Pola Aktivitas dan Istirahat

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan, dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama, dan kedalaman pernafasan.

Gejala : Nyeri sendi karena gerakan, nyeri tekan, memburuk dengan stress pada sendi, kekakuan pada pagi hari, biasanya terjadi secara bilateral dan simetris.

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial (SDKI, 2017).

Diagnosis keperawatan yang biasanya muncul pada pasien gangguan LBP yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI, D.0077, Hal 172)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (SDKI, D.0054, Hal 124)

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (SDKI, D.0055, Hal 126)
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (SDKI, D.0109, Hal 240)
5. Obesitas berhubungan dengan faktor keturunan (SDKI, D.0030, Hal 77)

2.2.3 Perencanaan

1. Diagnosis Keperawatan 1

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI, D.0077, Hal 172)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun

Kriteria Hasil : Luaran Utama

Tingkat Nyeri (SLKI, L.08066, Hal 145)

- Keluhan nyeri menurun
- Meringis menurun
- Sikap protektif menurun
- Gelisah menurun
- Frekuensi nadi meningkat
- Pola napas meningkat

Intervensi : Intervensi Utama

Manajemen Nyeri (SIKI, 1.08238, Hal 201)

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

R/ untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri yang dirasakan pasien

b. Identifikasi skala nyeri

R/ untuk mengetahui tingkat derajat nyeri yang dirasakan oleh pasien

c. Identifikasi faktor penyebab nyeri

R/ agar dapat mengurangi faktor-faktor yang memperparah nyeri yang dirasakan

d. Berikan teknik nonfarmakologis (tarik nafas dalam, terapi music, terapi pijat)

R/ untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien

e. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri

R/ agar ketika nyeri yang dirasakan mulai parah dapat memberitahu keluarga atau tenaga medis untuk mendapatkan penanganan segera

f. Kolaborasi pemberian analgetik (jika perlu)

R/ untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien

2. **Diagnosis Keperawatan 2**

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (SDKI, D.0054, Hal 124)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat

Kriteria Hasil : Luaran Utama

Mobilitas Fisik (SLKI, L.05042, Hal 65)

- Pergerakan ekstremitas meningkat
- Kekuatan otot meningkat
- Rentang gerak (ROM) meningkat
- Nyeri menurun
- Kecemasan menurun

Intervensi : Intervensi Utama

Dukungan Mobilisasi (SIKI, 1.05173, Hal 30)

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
R/ untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lain pada pasien
- b. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi
R/ untuk mengetahui kondisi umum pasien saat melakukan ambulasi apabila ada perubahan cepat mendapatkan penanganan segera
- c. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)
R/ untuk memfasilitasi kebutuhan alat yang diperlukan oleh pasien
- d. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
R/ agar keluarga mengetahui tentang peningkatan yang terjadi pada pasien
- e. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi

R/ agar pasien memahami tujuan dan prosedur dari ambulasi yang dilakukan

3. **Diagnosis Keperawatan 3**

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (SDKI, D.0055, Hal 126)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka pola tidur membaik

Kriteria Hasil : Luaran Utama

Pola Tidur (SLKI, L.05045, Hal 96)

- Keluhan sulit tidur meningkat
- Keluhan tidak puas tidur meningkat
- Keluhan pola tidur berubah meningkat
- Keluhan istirahat tidak cukup meningkat

Intervensi : Intervensi Utama

Dukungan Tidur (SIKI, 1.05147, Hal 48)

a. Identifikasi pola aktivitas dan tidur

R/ untuk mengetahui kebiasaan tidur pasien dan masalah tidur yang dialami pasien

b. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis)

R/ untuk mengetahui apakah pasien mengalami gangguan pola tidur

c. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur

R/ agar pasien merasa tenang dan untuk meningkatkan kualitas tidur pasien

- d. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupuntur)

R/ untuk membantu peningkatan kualitas tidur yang baik

- e. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

R/ agar pasien tahu mengenai pentingnya istirahat yang cukup

- f. Anjurkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

R/ untuk menunjang penyembuhan pasien dengan baik

4. Diagnosis Keperawatan 4

Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (SDKI, D.0109, Hal 240)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka perawatan diri meningkat

Kriteria Hasil : Luaran Utama

Perawatan Diri (SLKI, L.08066, Hal 145)

- Kemampuan mandi meningkat
- Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- Kemampuan makan meningkat
- Kemampuan ke toilet meningkat

Intervensi : Intervensi Utama

Dukungan Perawatan Diri (SIKI, 1.09326, Hal 436)

a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia

R/ untuk mengetahui kebiasaan aktivitas perawatan diri pasien

b. Monitor tingkat kemandirian

R/ untuk mengetahui tingkat kemandirian pasien dalam perawatan diri

c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan

R/ untuk mengetahui kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan

d. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)

R/ agar pasien merasa aman dan nyaman

e. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)

R/ untuk persiapan sebelum melakukan tindakan perawatan diri

f. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri

R/ agar jika pasien mengalami kesulitan bisa dibantu untuk mempermudah dalam proses tindakan

g. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

R/ agar pasien mengerti dan dapat melakukan perawatan diri secara mandiri dan konsisten

5. **Diagnosis Keperawatan 5**

Obesitas berhubungan dengan faktor keturunan (SDKI, D.0030, Hal 77)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat pengetahuan membaik

Kriteria Hasil : Luaran Tambahan

Tingkat Pengetahuan (SLKI, L.12111, Hal 146)

- Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
- Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
- Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun
- Perilaku membaik

Intervensi : Intervensi Utama

Edukasi Berat Badan Efektif (SIKI, 1.12365, Hal 52)

a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

R/ untuk memastikan bahwa pasien siap dan mampu menerima informasi yang diberikam

b. Sediakan materi dan media edukasi

R/ untuk penunjang agar penyampaian materi lebih mudah menarik

- c. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
R/ penjadwalan sesuai dengan kesepakatan agar tidak mengganggu pasien
- d. Jelaskan hubungan asupan makanan, latihan, peningkatan dan penurunan berat badan
R/ untuk menambah pengetahuan pasien dan pemahaman pasien
- e. Jelaskan risiko kondisi kegemukan (overweight) dan kurus (underweight)
R/ agar pasien mengetahui risiko yang terjadi bila mengalami kegemukan ataupun kurus

2.2.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang akan diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan yang dimana rencana keperawatan disesuaikan dengan situasi dan kondisi pasien. Pada tahap ini perawat akan berkolaborasi dengan beberapa tenaga medis lainnya (SIKI, 2018).

Pada diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3 x 24 jam dengan intervensi mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri serta skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis seperti teknik tarik nafas dalam, kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik.

Pada diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3 x 24

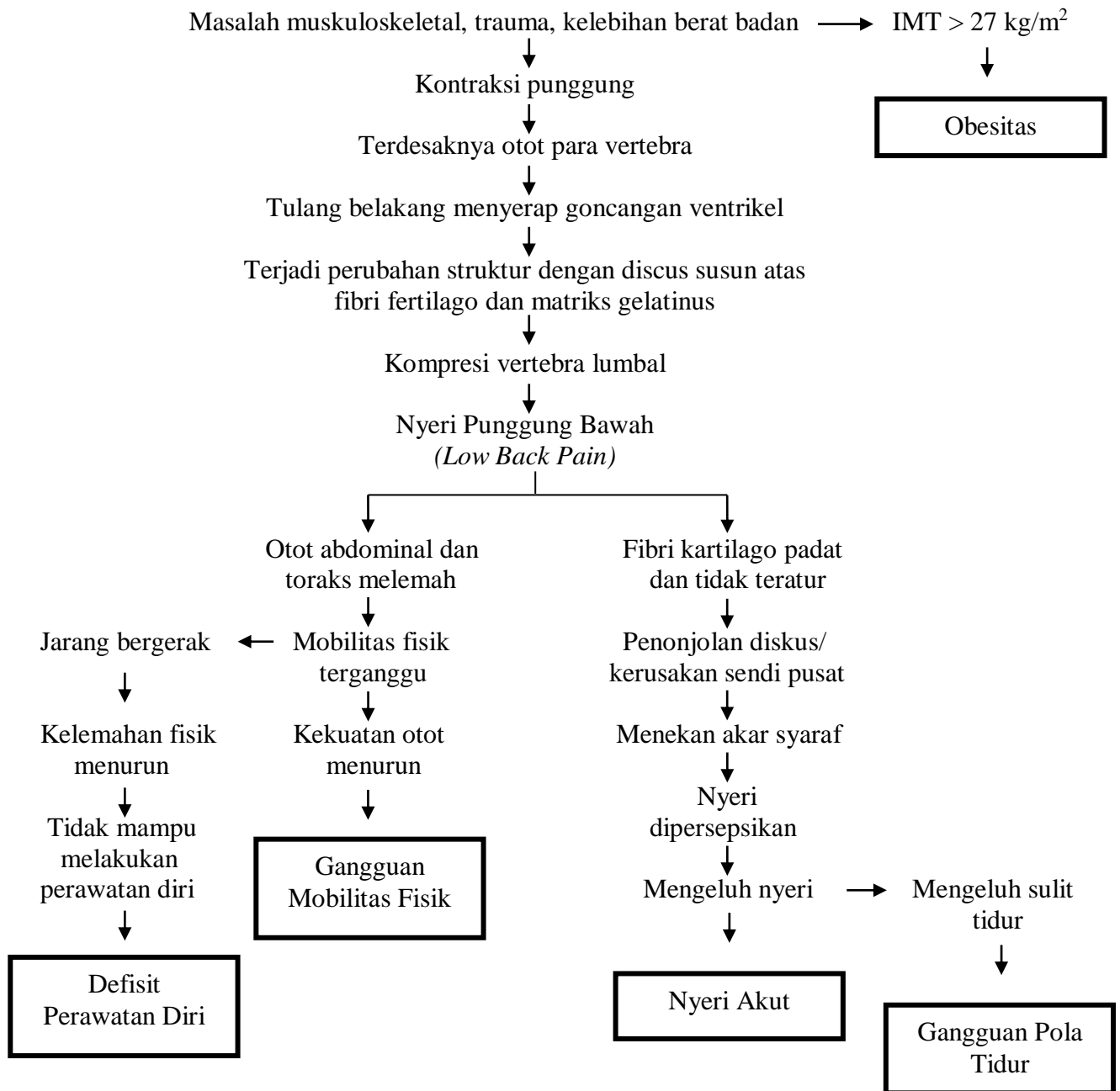
jam dengan intervensi mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya yang dialami pasien, memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu, dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.

Pada diagnosis keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3 x 24 jam dengan intervensi mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur, serta menganjurkan relaksasi otot atau cara nonfarmakologis lainnya.

2.2.5 Evaluasi

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga timbul masalah baru. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri akut dapat teratasi, gangguan mobilitas fisik dapat teratasi, gangguan pola tidur dapat teratasi, obesitas dapat teratasi serta tidak terjadi adanya defisit perawatan diri.

2.3 WOC (Web Of Causation)



Gambar 2.3 WOC Low Back Pain (LBP)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan diagnosis medis LBP, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 23 Januari 2023 sampai dengan 25 Januari 2023 dengan pengkajian pada tanggal 23 Januari 2023 jam 08.00 WIB. Anamnesis diperoleh dari pasien secara langsung dan file No. Register 71.63.XX sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. R usia 55 tahun, pasien beragama islam, bahasa yang sering digunakan bahasa Indonesia, suku bangsa Jawa, mempunyai riwayat pendidikan SMA, pasien seorang ibu rumah tangga, alamat pasien di Surabaya, pasien MRS di ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 20 Januari 2023 pada jam 21.30 WIB.

3.1.2 Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri pada punggung bagian bawah

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan pada awal tahun 2023, mengalami nyeri pada punggung dan setiap nyeri itu datang pasien minum obat oral voltadex untuk meredakan nyeri. Pada tanggal 20 Januari 2023 jam 14.00 WIB, pasien terpeleset jatuh dikamar mandi dalam keadaan sadar dan setelah itu rasa nyerinya menjalar ke lutut yang membuat pasien sulit berjalan. Pasien mengatakan kejadian ini kali ke-4 jatuh dalam setahun, kejadian jatuh pertama di ruang tamu, kedua dan ketiga

jatuh dikamar mandi, pasien tidak mengalami keluhan apapun. Kejadian jatuh yang keempat ini pasien merasa badannya lemas, pinggul terasa sakit dan kaki sulit untuk berjalan.

Kemudian pasien dibawa oleh keluarganya ke IGD RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada jam 16.00 WIB. Saat sampai IGD pasien dilakukan swab antigen, pemasangan plug, pemeriksaan SE, DL, KK, dilakukan photo lumbosacral AP/lateral, diberikan Inj. Ketotolac 30 mg/iv dan Inj. Ranitidin 50 mg/iv. Pada hasil photo lumbosacral didapatkan kesimpulan kesan kompresi VL2 central, *spondylosis lumbalis* dengan terdapat bridging VL4-5 dan pasien di diagnosis *Low Back Pain*. Pada jam 21.30 pasien disarankan untuk rawat inap dan pasien dipindahkan ke ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, dokter juga menyarankan untuk pasien menggunakan lumbal korset.

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 Januari 2023 pukul 08.00, didapatkan hasil pasien mengeluh nyeri pada punggung bagian bawah yang menjalar sampai ke lutut, pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, skala 5 (0-10), nyeri hilang timbul, pasien mengatakan kaki terasa kebas sejak awal MRS, untuk melakukan berjalan dan berpindah tempat pasien dibantu oleh keluarga atau jika tidak ada yang membantu, pasien berpegangan dengan benda disekitar. Pemeriksaan TTV. TD. 142/81 mmHg, Nadi. 105 x/menit, RR. 20 x/menit, Suhu. 36,4°C Pemeriksaan Antropometri. TB. 155 cm, BB 98 Kg, IMT. 40,8 (Obesitas) LLA. 43 cm.

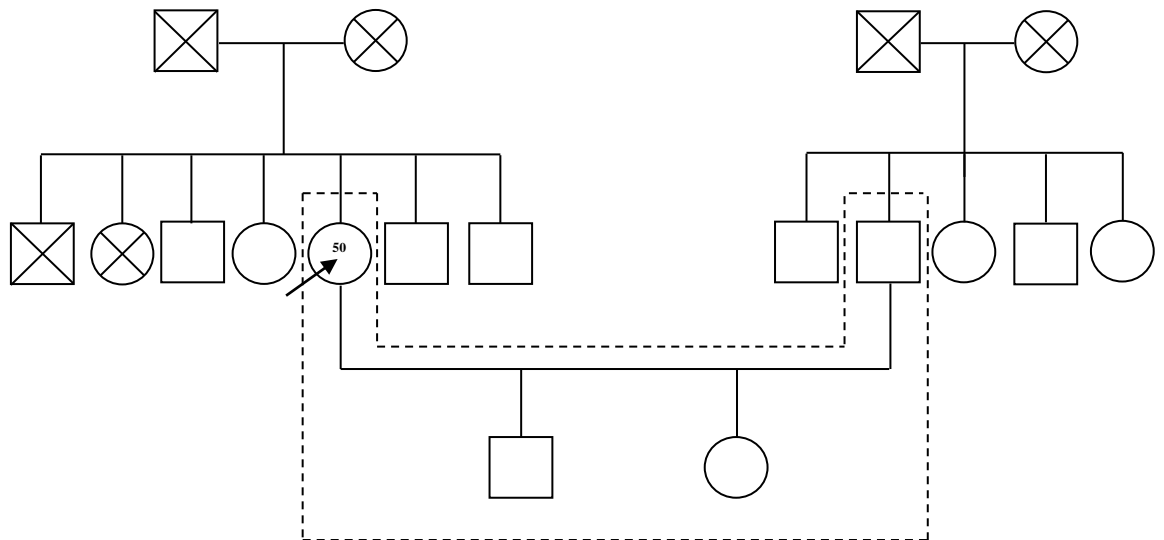
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mempunyai riwayat jatuh 3 kali sebelumnya.

3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan kakak nomor dua mempunyai riwayat penyakit diabetes melitus.

3.1.6 Genogram



Gambar 3.1 Genogram Ny. R

Keterangan :

- : Laki –Laki
- : Perempuan
- ↗ : Pasien
- ⊗ : Meninggal
- : Tinggal Serumah

3.1.7 Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat-obatan ataupun makanan.

3.1.8 Keadaan Umum

Keadaan umum pasien cukup, kesadaran compos mentis dengan GCS 4/5/6.

3.1.9 Tanda-Tanda Vital dan Antropometri

(Tgl Pemeriksaan : 23 Januari 2023, pukul : 08.00)

TD. 121/63 mmHg, Nadi. 105 x/menit, RR. 20 x/menit, Suhu. 36,4°C

TB. 155 cm, BB SMRS. 100 Kg, BB MRS. 98 Kg

3.1.10 Pemeriksaan Fisik

1. B1 Pernafasan (*Breath*)

Bentuk dada normochest, pergerakan dinding dada simetris, pasien tidak menggunakan otot bantu nafas tambahan, tidak menggunakan pernafasan cuping hidung, irama nafas teratur, pola nafas eupnea, suara nafas vesikuler, taktil/vocal fremitus teraba di semua lapang paru, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada sesak nafas, tidak ada batuk, tidak ada sputum, tidak ada sianosis, kemampuan aktivitas lemah.

2. B2 Kardiovaskuler (*Blood*)

Ictus cordis teraba di mid clavikula line sinistra ics 4-5, irama jantung regular, tidak ada nyeri dada, bunyi jantung S1-S2 tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, CRT < 2 detik, akral hangat, tidak ada oedema, tidak ada kardiomegali, tidak ada perdarahan.

3. B3 Persarafan (*Brain*)

Didapatkan pasien kesadaran compos mentis, GCS 456, Reflek Fisiologis, Bicep : (+/+) dapat menekukan tangan kanan dengan baik dan dapat menekukan tangan kiri dengan baik, Triceps : (+/+) dapat meluruskan tangan kanan dengan baik dan dapat meluruskan tangan kiri dengan baik, Reflek Patologis, Kaku Kuduk (-), Babinski (-)

Nervus Kranial

- a. Nervus Olfaktorius : Pasien dapat membau aroma minyak kayu putih
 - b. Nervus Optikus : Pasien dapat melihat objek dengan jelas
 - c. Nervus Okulomotorius : Pasien dapat merespon pupil terhadap cahaya
 - d. Nervus Troklearis : Pasien dapat menggerakkan bola matanya sesuai gerakan objek
 - e. Nervus Trigemini : Refleks kornea dan kepekaan lidah normal dan pasien dapat membuka rahangnya
 - f. Nervus Abdusen : Pasien dapat menggerakkan bola mata ke arah kiri dan kanan tanpa menengok
 - g. Nervus Facialis : Pasien dapat merasakan dan mengecap dengan baik
 - h. Nervus Vestibulokoklearis : Pasien bisa mendengar dengan normal tetapi pasien tidak bisa menjaga keseimbangan, dengan hasil photo lumbosacral AP/lateral kompresi VL2 central, *spondylosis lumbalis* dengan terdapat bridging VL4-5
 - i. Nervus Glosfaringeus : Pasien bisa merasakan gerakan lidah dan perasaan mengecap baik
 - j. Nervus Vagus: Pasien bisa melakukan refleks menelan dengan baik
 - k. Nervus Aksesorius : Pasien bisa menggerakkan kepala dan mengangkat bahunya
 - l. Nervus Hipoglosus : Pasien bisa menggerakkan lidahnya saat berbicara dan menelan
4. B4 Perkemihan (*Bladder*)

Alat perkemihan bersih, tidak terdapat luka, pasien tidak terpasang kateter, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, eliminasi uri SMRS dengan

frekuensi 4-5 kali dengan jumlah \pm 1.200 cc berwarna kekuningan, eliminasi uri saat MRS pasien menggunakan diapers dengan frekuensi 4-5 kali.

5. B5 Pencernaan (*Bowel*)

Didapatkan mulut pasien bersih, membran mukosa lembab, pasien tidak menggunakan gigi palsu, SMRS pasien makan 2 kali sehari 1 porsi habis. Saat MRS diit nasi biasa dengan tinggi kalori tinggi protein frekuensi 2-3 kali sehari 1 porsi habis, tidak ada mual muntah, tidak terpasang NGT, frekuensi minum 7-8 gelas/hari dengan jumlah \pm 1300 cc/hari hanya minum air putih saja, bentuk perut rounded, tidak ada kelainan pada abdomen, hepar dan lien tidak teraba, tidak ada nyeri abdomen, bising usus 15 x/menit, tidak terdapat riwayat hemoroid. Eliminasi alvi SMRS 1 kali/hari, warna kecoklatan, konsistensi padat. Eliminasi alvi MRS 1 kali/hari, warna kecoklatan, konsistensi padat, pasien tidak terpasang colostomy. Pasien mengatakan setelah kehamilan anak pertama, pasien mengalami peningkatan berat badan. TB. 155 cm, BB 98 Kg, IMT. 40,8 (Obesitas) LLA. 43 cm.

6. B6 Muskuloskeletal & Integumen (*Bone*)

ROM terbatas karena nyeri punggung menjalar ke kaki, nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, skala 5 (0-10), nyeri hilang timbul, tidak ada deformitas, tidak ada fraktur, tidak ada scabies, warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, kuku bersih,

Kekuatan Otot :

5555	5555
4444	4444

Keterangan :

- 0 = tidak ada kontraksi otot sama sekali, paralisis
- 1 = terasa adanya kontraksi otot tetapi tidak ada gerakan
- 2 = dengan bantuan atau menyangga sendi dapat melakukan gerakan sendi *range of motion* secara penuh
- 3 = dapat melakukan gerakan sendi *range of motion* secara penuh dengan melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan
- 4 = dapat melakukan gerakan sendi *range of motion* secara penuh dengan melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan yang sedang
- 5 = normal seluruh gerakan sendi dapat dilakukan dengan tahanan maksimal

7. Sistem Endokrin

Pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada hiperglikemia, tidak ada hipoglikemia, tidak mempunyai riwayat diabetes mellitus.

8. Sistem Reproduksi

Menstruasi terakhir pasien tahun 2018, tidak ada masalah menstruasi, pap smear terakhir tahun 2017, pemeriksaan payudara sendiri rutin setiap bulan, dan pasien tidak ada masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit.

3.1.11 Psikososio-cultural

1. Ideal Diri

Pasien berharap bisa segera sembuh agar dapat pulang kerumah dan berkumpul dengan keluarga.

2. Gambaran Diri

Pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisi yang sedang dihadapinya.

3. Peran Diri

Pasien mengatakan dalam keluarganya pasien berperan sebagai seorang istri dan juga seorang ibu.

4. Harga Diri

Pasien mengenal baik tentang dirinya sendiri.

5. Identitas Diri

Pasien adalah seorang perempuan berusia 50 tahun yang mempunyai 2 orang anak.

6. Citra Tubuh

Pasien mengkhawatirkan nyeri pada daerah punggung bagian belakang.

7. Orang Paling Dekat

Pasien mengatakan dirinya paling dekat dengan suaminya.

8. Hubungan Dengan Lingkungan Sekitar

Hubungan pasien dengan lingkungan sekitar tidak ada masalah, pasien mampu beradaptasi dengan semuanya.

9. Keyakinan Dan Nilai

Pasien tidak ada masalah terhadap budaya yang dianutnya serta keyakinannya dan keluarga, prioritas agama dan pasien masih mampu menjalankan ibadah tanpa hambatan apapun.

10. Koping Dan Toleransi Stress

Pasien merasa khawatir dengan kondisi penyakit yang dihadapinya.

3.1.12 Kemampuan Perawatan Diri

Tabel 3.1 Kemampuan Perawatan Diri

Aktivitas	SMRS	MRS
Mandi	1	3
Berpakaian/ dandan	1	3
Toileting/ eliminasi	1	3
Mobilitas di tempat tidur	1	3
Alat bantu berupa	-	-
Berjalan	1	3
Naik Tangga	1	3
Berbelanja	1	3
Memasak	1	3
Pemeliharaan rumah	1	3
Berpindah	1	3

Keterangan :

Skor 1 : Mandiri

2 : Alat bantu

3 : Dibantu orang lain dan alat

4 : Tergantung/tdk mampu

3.1.13 Pemeriksaan Penunjang

- Laboratorium (Tgl Pemeriksaan : 20 Januari 2023)

Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI NORMAL
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Leukosit	7.37	10 ³ /μL	4.00 - 10.00
Hitung Jenis Leukosit :			
• Eosinofil#	0.18	10 ³ /μL	0.02 - 0.50
• Eosinofil%	2.50	%	0.5 - 5.0
• Basofil#	0.05	10 ³ /μL	0.00 - 0.10
• Basofil%	0.6	%	0.0 - 1.0
• Neutrofil#	4.91	10 ³ /μL	2.00 - 7.00
• Neutrofil%	66.70	%	50.0 - 70.0
• Limfosit#	1.77	10 ³ /μL	0.80 - 4.00
• Limfosit%	24.00	%	20.0 - 40.0
• Monosit#	0.46	10 ³ /μL	0.12 - 1.20
• Monosit%	6.20	%	3.0 - 12.0
IMG#	0.010	10 ³ /μL	0.01 - 0.04
IMG%	0.200	%	0.16 - 0.62
Hemoglobin	13.10	g/dL	12 - 15
Hematokrit	39.20	%	37.00 - 47.0
Eritrosit	4.78	10 ⁶ /μL	3.50 - 5.00
Indeks Eritrosit :			
• MCV	82.1	fL	80 - 100
• MCH	27.4	Pg	26 - 34
• MCHC	33.3	g/dL	32 - 36
RDW_CV	14.3	%	11.0 - 16.0
RDW_SD	42.2	fL	35.0 - 56.0
Trombosit	388.00	10 ³ /μL	150 - 450
Indeks Trombosit :			
• MPV	8.0	fL	6.5 - 12.0
• PDW	15.4	%	15 - 17
• PCT	H 0.309	10 ³ /μL	0.108 - 0.282
P-LCC	51.0	10 ³ /μL	30 - 90
P-LCR	13.1	%	11.0 - 45.0
KIMIA KLINIK			
DIABETES			
Glukosa Darah Sewaktu	109	mg/dL	< 200
ELEKTROLIT & GAS DARAH			
Natrium (Na)	140.30	mEq/L	135 - 147
Kalium (K)	3.33	mmol/L	3.0 - 5.0
IMUNOLOGI			

Antigen SARS-Cov-2	Negatif	Negatif
MOLEKULER		
RT-PCR SARS-CoV-2	Negatif	Ct
		Negatif

2. Photo Lumbosacral AP/Lateral (Tgl Pemeriksaan : 20 Januari 2023)

Tabel 3.3 Pemeriksaan Photo Lumbosacral AP/Lateral

Hasil Foto Lumbosacral AP/Lateral didapatkan :
<ul style="list-style-type: none"> • Kesan kompresi VL2 central • Tak tampak spondylolisthesis, curve normal • Tampak osteophyte di VL4 dan kesan bridging VL4-5 • Pedicle normal, interpedicular distance normal • Intervertebral disk normal • Tak tampak ossifikasi ligamentum anterior maupun posterior • Os Sacrum kesan baik • Trabeculasi normal • Line of weight bearing jatuh di promontorium
Kesimpulan :
<ul style="list-style-type: none"> • Kesan kompresi VL2 central , kp evaluasi dengan CT Scan • Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5

3. Photo Thorax AP (Tgl Pemeriksaan : 21 Januari 2023)

Tabel 3.4 Pemeriksaan Photo Thorax AP

Hasil Foto Thorax AP ½ Duduk didapatkan :
Cor : Kesan membesar ringan
Pulmo :
<ul style="list-style-type: none"> • Tak tampak infiltrate • Peningkatan bronchovascular pattern
Sinus phrenicocostalis kiri kanan tajam
Kesimpulan :
<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan bronchovascular pattern • Tak tampak pneumonia • Kesan cor prominent

4. MRI Lumbosacral (Tgl Pemeriksaan : 25 Januari 2023)

Tabel 3.5 Pemeriksaan MRI Lumbosacral

MRI Lumbosacral irisan axial, sagital T1W dan T2W, FATSAT tanpa kontras :
<ul style="list-style-type: none"> • MR Myelography : Tampak adanya hambatan aliran CSF setinggi L2,3, L3-4, L 4-5 dan L5-S1 • Listhesis (-), Kurve melurus, Schmorl's node (-)

- Pada T2W : Tampak perubahan intensitas discus intervetebralis di L2,3, L3-4, L 4-5 dan L5-S1
- Intensitas marrow corpus : Fatty Changes di Th12, L1, L2, L3, L4, S1
- L1-2 : Normal, tak tampak disc herniation
- L2-3, L3-4, L4-5, dan L5-S1 : Bulging disc herniation ke posteromedian dan paramedian kanan kiri yang menyebabkan penekanan anterior thecal sac dan foramina neuralis kanan kiri
- Myelum : Kesan tak tampak kelainan
- Tampak oedema subcutan setinggi Th12 s/d L5

Kesimpulan :

- Bulging disc herniation L2-3, L3-4, L4-5, dan L5-S1 ke posteromedian dan paramedian kanan kiri yang menyebabkan penekanan anterior thecal sac dan foramina neuralis kanan kiri
 - Fatty Changes di Th12, L1, L2, L3, L4, S1
 - Paralumbal muscle spasma
 - Oedema subcutan setinggi Th12 s/d L5
-

3.1.1 Terapi

Tabel 3. 6 Terapi Obat

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Indikasi
1	Inj. Ketorolac	3 x 30 mg	iv	Golongan antiinflamasi nonsteroid (OAINS) yang memiliki bentuk sediaan tablet dan suntik. Obat untuk meredakan nyeri sedang hingga berat.
2	Inj. Ranitidin	2 x 50 mg	iv	Golongan obat antasida. obat yang digunakan untuk mengobati gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih .

3.2 Analisis Data (Diagnosis Keperawatan)

Tabel 3.7 Analisis Data

No	Data (Symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh nyeri pada punggung bagian bawah yang menjalar sampai ke lutut - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, skala 5 (0-10), nyeri hilang timbul <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD. 142/81 mmHg - N. 105 x/menit - Pasien tampak meringis - Pasien bersikap protektif menghindari nyeri 	Agen Pencedera Fisik (Trauma)	Nyeri Akut (SDKI, D.0077, Hal 172)
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki terasa kebas - Pasien mengatakan kaki sulit untuk berjalan - Pasien mengatakan aktivitas berjalan ataupun berpindah tempat dibantu oleh keluarga - Pasien mengatakan punya riwayat jatuh 3 kali sebelumnya <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun 5555 5555 4444 4444 - Rentang gerak (ROM) menurun - Gerakan terbatas - Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Kesan kompresi VL2 central, Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5 	Nyeri, Gangguan Neuromuskular	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, D.0054, Hal 124)
3.	<p>Faktor Resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riwayat jatuh - Kekuatan otot menurun - Kesimpulan Foto Lumbosacral 	-	Risiko Jatuh (SDKI, D.0143, Hal 306)

	AP/Lateral : Kesan kompresi VL2 central, Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5		
4.	<p>DS : Pasien mengatakan setelah kehamilan anak pertama, pasien mengalami peningkatan berat badan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TB. 155 cm, BB. 98 Kg - IMT. $\frac{BB (kg)}{(TB (m))^2} = \frac{98 kg}{1,55 \times 1,55} = 40,8$ - LLA. 43 cm 	Faktor Keturunan	Obesitas (SDKI, D.0030, Hal 77)
5.	<p>DS : Pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisi yang sedang dihadapinya.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD. 142/81 mmHg - N. 105 x/menit 	Krisis Situasional	Ansietas (SDKI, D.0080, Hal 180)

3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3.8 Prioritas Masalah

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	teratasi	
1.	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (trauma) (SDKI, D.0077, Hal 172)	23 Januari 2023	25 Januari 2023	
2.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri, gangguan neuromuskular (SDKI, D.0054, Hal 124)	23 Januari 2023	25 Januari 2023	
3.	Risiko Jatuh d.d riwayat jatuh, kekuatan otot menurun (SDKI, D.0143, Hal 306)	23 Januari 2023	25 Januari 2023	
4.	Obesitas b.d gangguan kebiasaan makan (SDKI, D.0030, Hal 77)	23 Januari 2023	25 Januari 2023	
5.	Ansietas b.d krisis situasional (SDKI, D.0080, Hal 180)	23 Januari 2023	25 Januari 2023	

3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.9 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik (trauma) (SDKI, D.0077, Hal 172)	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun.	<p>Luaran Utama Tingkat Nyeri (SLKI, L.08066, Hal 145) Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Nyeri (SIKI, 1.08238, Hal 201) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. tens, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 4. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui tingkat derajat nyeri yang dirasakan pasien 3. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien 4. Agar nyeri yang dirasakan pasien tidak semakin memburuk 5. Agar ketika nyeri yang dirasakan memburuk dapat memberitahu keluarga atau tenaga medis untuk segera mendapatkan penanganan 6. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien






2.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri, gangguan neuromuskular (SDKI, D.0054, Hal 124)	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat.	<p>Luaran Utama Mobilitas Fisik (SLKI, L.05042, Hal 65)</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot meningkat (5) 2. Rentang gerak (ROM) meningkat 3. Nyeri menurun (2) 4. Gerakan terbatas menurun 5. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi (SIKI, 1.05173, Hal 30)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 7. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lain pada pasien 2. Untuk mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait latihan yang akan dilakukan 3. Untuk mengetahui kondisi umum pasien saat melakukan mobilisasi apabila ada perubahan kondisi cepat mendapatkan penanganan 4. Untuk memberikan bantuan pasien dalam melakukan latihan mobilisasi 5. Agar keluarga dapat mengetahui tentang peningkatan yang terjadi pada pasien 6. Agar pasien memahami tujuan dan prosedur dari mobilisasi yang dilakukan 7. Untuk mengurangi risiko kekakuan dan kelemahan otot yang berkepanjangan
----	---	--	--	--	---






3.	Risiko Jatuh d.d riwayat jatuh, kekuatan otot menurun (SDKI, D.0143, Hal 306)	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka tingkat jatuh menurun.	Luaran Utama Tingkat Jatuh (SLKI, L.14138, Hal 140) Kriteria Hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 5. Jatuh saat dipindahkan menurun 6. Jatuh saat dikamar mandi menurun	Pencegahan Jatuh (SIKI, 1.14540, Hal 279) Observasi : 1. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 2. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik : 3. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 4. Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, wallker) Edukasi : 5. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin	1. Untuk mengetahui faktor penyebab yang dapat meningkatkan risiko jatuh pada pasien 2. Untuk mengetahui perkembangan kemampuan pasien dalam berpindah tempat 3. Untuk menjaga keamanan pasien 4. Untuk membantu pasien agar tidak terjadi risiko jatuh 5. Untuk menjaga safety pasien saat melakukan aktivitas agar tidak terjadi risiko jatuh
4.	Obesitas b.d gangguan kebiasaan makan (SDKI, D.0030, Hal 77)	Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka tingkat pengetahuan membaik.	Luaran Tambahan Tingkat Pengetahuan (SLKI, L.12111, Hal 146) Kriteria Hasil : 1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat	Edukasi Berat Badan Efektif (SIKI, 1.12365, Hal 52) Observasi : 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik : 2. Sediakan materi dan media edukasi 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	1. Memastikan bahwa pasien siap dan mampu menerima informasi yang akan diberikan 2. Untuk penunjang agar penyampaian materi lebih mudah dan menarik 3. Penjadwalan sesuai kesepakatan agar tidak mengganggu pasien 4. Untuk menambah pengetahuan pasien dan







			<ol style="list-style-type: none">3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun4. Persepsi terhadap masalah yang dihadapi menurun	<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none">4. Jelaskan hubungan asupan makanan, latihan, peningkatan dan penurunan berat badan5. Jelaskan risiko kondisi kegemukan (overweight)	<p>pemahaman pasien</p> <ol style="list-style-type: none">5. Agar pasien mengetahui dampak dari kegemukan terhadap kesehatan
--	--	--	--	---	--







3.5 Catatan Perkembangan dan Implementasi Keperawatan

Tabel 3.10 Catatan Perkembangan dan Implementasi Keperawatan




No Dx	Waktu (Tgl & jam)	Tindakan	TT	Waktu (Tgl & jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT
1	08.15	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <i>pasien mengatakan adanya nyeri pada punggung bagian bawah yang menjalar sampai ke lutut, nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri 5</i>		23-01-2023 14.00	Dx : Nyeri Akut S : - Pasien mengeluh nyeri pada punggung bagian bawah yang menjalar sampai ke lutut - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, skala 5 (0-10), nyeri hilang timbul	
1	08.50	Memberikan tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, dengan cara bernafas dengan hidung dan mengeluarkannya melalui mulut dilakukan secara berulang-ulang <i>pasien mampu mengikuti tehnik relaksasi nafas dalam dengan baik</i>			O : - TD. 130/89 mmHg - N. 102 x/menit - Pasien tampak meringis - Pasien bersikap protektif menghindari nyeri	
1	11.30	Melakukan observasi TTV <i>TD.130/89 mmHg, N.102 x/menit S.36°C, RR.20 x/menit SPO2.97</i>			A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,6	
1	12.00	Kolaborasi pemberian analgesik <i>pemberian injeksi ketorolac 1x30mg</i>				








1	13.00	Memfasilitasi istirahat dan tidur pasien → memastikan tempat tidur pasien rapi dan bersih serta memposisikan tubuh pasien yang mendukung relaksasi <i>pasien mampu istirahat yang cukup untuk menghindari nyeri bertambah buruk</i>				
1	14.50	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <i>pasien mengatakan masih nyeri pada punggung bagian bawah, nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri 5</i>		23-01-2023 21.00	Dx : Nyeri Akut	
1	15.00	Memberikan tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri <i>pasien sudah mampu melakukan tehnik relaksasi nafas dalam secara mandiri</i>			S : - Pasien mengatakam masih nyeri pada punggung bagian bawah - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, skala 5 (0-10), nyeri hilang timbul	
1	16.00	Melakukan observasi TTV <i>TD.121/63 mmHg, N.85 x/menit S.36,4°C, RR.20 x/menit SPO2.95</i>			O : - TD. 121/63 mmHg - N. 85 x/menit - Pasien tampak meringis - Pasien bersikap protektif menghindari nyeri	
					A : Masalah belum teratasi	
					P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,6	





1	18.00	Kolaborasi pemberian analgesik <i>pemberian injeksi ketorolac 1x30mg dan injeksi ranitidine 1x50mg</i>				
1	19.00	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri dan pasien melaporkan bila nyeri bertambah buruk <i>pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri</i>				
1	20.30	Memfasilitasi istirahat dan tidur pasien → posisikan pasien dengan nyaman <i>pasien bisa beristirahat dengan cukup, pasien meminta tempat tidur dalam kondisi kepala lebih tinggi</i>				
1	21.30	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <i>pasien mengatakan nyeri pada punggung bagian bawah, nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri 5</i>		24-01-2023 07.00	Dx : Nyeri Akut S : - Pasien mengeluh nyeri pada punggung bagian bawah - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, skala 5 (0-10), nyeri hilang timbul	
1	21.45	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri dan pasien melaporkan bila nyeri bertambah			O : - TD. 166/91 mmHg	








1	23.00	buruk Memfasilitasi istirahat dan tidur pasien → memastikan tempat tidur pasien rapi dan bersih <i>pasien mampu istirahat dengan cukup</i>			- N. 75 x/menit - Pasien tampak meringis - Pasien bersikap protektif menghindari nyeri A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,6	
1	05.00	Melakukan observasi TTV <i>TD.166/91 mmHg, N.75 x/menit S.36,3°C, RR.20 x/menit SPO2.98</i>				
1	06.00	Kolaborasi pemberian analgesik <i>pemberian injeksi ketorolac 1x30mg dan injeksi ranitidine 1x50mg</i>				
2	08.20	Mengidentifikasi kemampuan dan batasan pasien melakukan pergerakan <i>pasien masih mampu untuk menggerakkan tangan dan kaki tetapi masih sulit untuk berjalan</i>		23-01-2023 14.00	Dx : Gangguan Mobilitas Fisik S : - Pasien mengatakan kaki masih terasa kebas - Pasien mengatakan kaki sulit untuk berjalan - Pasien mengatakan aktivitas berjalan ataupun berpindah tempat dibantu oleh keluarga	
2	08.30	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi → ROM Aktif dan ROM Pasif <i>pasien memahami dan mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi apa</i>				




2	08.35	<p><i>saja yang akan dilakukan</i></p> <p>Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. standar tempat tidur) <i>saat melakukan latihan mobilisasi pasien mampu menggerakkan badannya dengan berpegangan standar tempat tidur</i></p>			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun <u>5555</u> <u>5555</u> 4444 4444 - Rentang gerak (rom) menurun - Gerakan terbatas - Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5 <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,7</p>	
2	08.45	<p>Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <i>pasien tidak merasa sesak nafas ataupun bertambah nyeri, pasien mengatakan kaki terasa kebas</i></p>				
2	18.50	<p>Monitor kondisi umum pasien <i>pasien mengatakan kaki terasa kebas</i></p>		23-01-2023 21.00	<p>Dx : Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki masih terasa kebas - Pasien mampu melakukan mobilisasi dini dengan dibantu keluarga untuk meningkatkan pergerakan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun <u>5555</u> <u>5555</u> 4444 4444 	
2	19.00	<p>Menganjurkan melakukan mobilisasi dini → menggerakkan lengan, tangan, ujung jari kaki <i>pasien bisa memahami dan mau melakukan aktivitas ringan agar tidak terjadi kekakuan atau kelemahan otot</i></p>				
2	19.30	<p>Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan</p>				







		pergerakan			<ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak (rom) menurun - Gerakan terbatas - Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5 <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,7</p>					
2	06.30	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini → memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menggerakkan ujung jari kaki <i>pasien mampu melakukan mobilisasi dini secara mandiri</i>		24-01-2023 07.00	<p>Dx : Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan mobilisasi dini secara mandiri dengan dipantau keluarga 					
2	06.35	Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5555</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4444</td> <td style="padding: 0 5px;">4444</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak (rom) menurun - Gerakan terbatas - Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5 <p>A : Masalah belum teratasi</p>	5555	5555	4444	4444	
5555	5555									
4444	4444									







					P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,7	
3	09.20	Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh <i>tidak adanya lantai yang licin atau lingkungan membahayakan yang dapat menimbulkan risiko jatuh pada pasien</i>		23-01-2023 14.00	Dx : Risiko Jatuh S : - O : - Pasien mampu mobilisasi ditempat tidur - Pasien masih belum melakukan berpindah tempat A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,5	
3	10.00	Menganjurkan pasien menggunakan alas kaki yang tidak licin <i>pasien belum berpindah dari tempat tidur dan pasien tidak berjalan kemanapun</i>				
3	12.10	Memonitor kemampuan berpindah pasien dari tempat tidur <i>pasien belum melakukan berpindah kemanapun</i>				
3	13.15	Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci dan standar tempat tidur terpasang <i>roda tempat tidur sudah terkunci dan standar sudah terpasang</i>				
3	16.15	Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh		23-01-2023 21.00	Dx : Risiko Jatuh	







3	20.00	<p>(memastikan lantai tidak licin serta penerangan cahaya baik) <i>pasien tidak terjadi risiko jatuh</i></p> <p>Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci dan standar tempat tidur terpasang <i>roda dan standar tempat tidur sudah dalam kondisi terkunci</i></p>			<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mobilisasi ditempat tidur - Pasien mampu duduk ditempat tidur - Pasien masih belum bisa berjalan secara mandiri <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,5</p>	
3	22.00	<p>Memastikan pengaman dan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci <i>pengaman tempat tidur terpasang dan roda tempat tidur sudah dalam kondisi terkunci</i></p>		24-01-2023 07.00	<p>Dx : Risiko Jatuh</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mobilisasi ditempat tidur - Pasien mampu duduk ditempat tidur - Pasien masih belum bisa berjalan secara mandiri <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,5</p>	
3	06.50	<p>Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh <i>tidak adanya lantai yang licin atau lingkungan yang membahayakan yang dapat menimbulkan risiko jatuh pada pasien</i></p>			<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mobilisasi ditempat tidur - Pasien mampu duduk ditempat tidur - Pasien masih belum bisa berjalan secara mandiri <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,5</p>	






4	10.10	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <i>pasien siap dan mampu menerima informasi</i>		23-01-2023 14.00	<p>Dx : Obesitas</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih sedikit pengetahuan tentang diet pada obesitas - Pasien mampu dan bersedia untuk dijadwalkan pendidikan kesehatan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TB. 155 cm, BB. 98 Kg - IMT. $\frac{BB (kg)}{(TB (m))^2} = \frac{98 \square\square}{1,55 \square 1,55} = 40,8$ - LLA. 43 cm <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 2,3,4,5</p>	
4	10.20	Mempersiapkan materi dan media edukasi untuk pasien				
4	10.50	Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan <i>pasien bersedia untuk diberikan pendidikan kesehatan tentang permasalahan obesitasnya</i>				
4	17.10	Mengidentifikasi pola makanan yang dikonsumsi pasien <i>pasien mengatakan pola makanan yang dimakan selama ini tidak sehat dan tidak membatasi</i>		23-01-2023 21.00	<p>Dx : Obesitas</p> <p>S : Pasien mengatakan masih sedikit pengetahuan tentang pola makan dan gaya hidup yang harus dilakukan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TB. 155 cm, BB. 98 Kg - IMT. $\frac{BB (kg)}{(TB (m))^2} = \frac{98 \square\square}{1,55 \square 1,55} = 40,8$ - LLA. 43 cm 	
4	17.30	Mengidentifikasi gaya hidup pasien sebelumnya <i>pasien sangat jarang sekali melakukan olahraga</i>				







					<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 2,3,4,5</p>	
4	05.15	Mengidentifikasi aktivitas dan pola tidur pasien		24-01-2023 07.00	<p>Dx : Obesitas</p> <p>S : Pasien mengatakan masih sedikit pengetahuan tentang pola makan dan gaya hidup yang harus dilakukan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TB. 155 cm, BB. 98 Kg - IMT. $\frac{BB \text{ (kg)}}{(TB \text{ (m)})^2} = \frac{98 \square \square}{1,55 \square 1,55} = 40,8$ - LLA. 43 cm <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 2,3,4,5</p>	
4	05.20	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi pasien sudah siap diberikan pendidikan kesehatan tentang obesitasnya				






No Dx	Waktu (Tgl & jam)	Tindakan	TT	Waktu (Tgl & jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT
1	08.00	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <i>pasien mengatakan adanya nyeri pada punggung bagian bawah yang menjalar sampai ke lutut, nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri 4</i>		24-01-2023 14.00	Dx : Nyeri Akut S : - Pasien mengeluh nyeri pada punggung bagian bawah yang menjalar sampai ke lutut - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, skala 4 (0-10), nyeri hilang timbul O : - TD. 152/94 mmHg - N. 75 x/menit - Pasien sudah tidak tampak meringis - Pasien sedikit bersikap protektif menghindari nyeri A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,6	
1	09.00	Memberikan tehnik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri <i>pasien sudah mampu melakukan tehnik relaksasi nafas dalam dengan baik dan benar</i>				
1	11.00	Melakukan observasi TTV <i>TD.152/94 mmHg, N.75 x/menit S.36,5°C, RR.20 x/menit SPO2.98</i>				
1	12.00	Kolaborasi pemberian analgesik <i>pemberian injeksi ketorolac 1x30mg</i>				
1	13.00	Memfasilitasi istirahat dan tidur pasien <i>pasien mampu istirahat cukup untuk menghindari nyeri bertambah buruk</i>				







1	15.00	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <i>pasien mengatakan adanya nyeri pada punggung bagian bawah yang menjalar sampai ke lutut, nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri 4</i>		24-01-2023 21.00	Dx : Nyeri Akut S : - Pasien mengeluh nyeri pada punggung bagian bawah yang menjalar sampai ke lutut - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, skala 4 (0-10), nyeri hilang timbul	
1	16.00	Memberikan tehnik relaksasi nafas dalam dan tehnik distraksi untuk mengurangi rasa nyeri <i>pasien melakukan tehnik relaksasi nafas dalam sambil memejamkan mata</i>			O : - TD. 142/72 mmHg - N. 86 x/menit - Pasien sudah tidak tampak meringis - Pasien sedikit bersikap protektif menghindari nyeri	
1	17.00	Melakukan observasi TTV <i>TD.142/72 mmHg, N.86 x/menit S.36°C, RR.20 x/menit SPO2.96</i>			A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,6	
1	18.00	Kolaborasi pemberian analgesik <i>pemberian injeksi ketorolac 1x30mg dan injeksi ranitidine 1x50mg</i>				
1	20.30	Memfasilitasi istirahat dan tidur pasien <i>pasien merasa nyaman dan mampu istirahat yang cukup</i>				







				25-01-2023 07.00	
1	22.00	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <i>pasien mengatakan adanya nyeri pada punggung bagian bawah, nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri 4</i>			Dx : Nyeri Akut
1	22.15	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri dan pasien melaporkan bila nyeri bertambah buruk <i>pasien sudah mampu memonitor nyeri secara mandiri</i>			S : - Pasien mengeluh nyeri pada punggung bagian bawah - Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, skala 4 (0-10), nyeri hilang timbul
1	22.40	Memfasilitasi istirahat dan tidur pasien <i>pasien merasa nyaman dan mampu istirahat yang cukup</i>			O : - TD. 138/87 mmHg - N. 92 x/menit - Pasien sudah tidak tampak meringis - Pasien sedikit bersikap protektif menghindari nyeri
1	05.00	Melakukan observasi TTV <i>TD.138/87 mmHg, N.92 x/menit S.36,3°C, RR.20 x/menit SPO2.98</i>			A : Masalah teratasi sebagian
1	06.00	Kolaborasi pemberian analgesik <i>pemberian injeksi ketorolac 1x30mg dan injeksi ranitidine 1x50mg</i>			P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,6
					





2	08.10	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi → ROM Aktif dan ROM Pasif <i>pasien mampu menjelaskan kembali tujuan dan prosedur mobilisasi apa saja yang dilakukan dan sekaligus mendemonstrasikan</i>		24-01-2023 14.00	<p>Dx : Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki masih terasa kebas - Pasien mampu mendemonstrasikan prosedur ROM yang selalu dilakukan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot 5555 5555 4444 4444 - Rentang gerak (rom) meningkat - Gerakan terbatas - Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5 <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,7</p>	
2	08.15	Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu <i>pasien mampu melakukan mobilisasi dengan berpegangan standar tempat tidur</i>				
2	11.00	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <i>pasien mengatakan kaki masih terasa kebas, pasien tidak mengeluh nyeri bertambah saat melakukan mobilisasi</i>				
2	13.30	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <i>keluarga pasien selalu menjaga dan mendampingi pasien setiap saat</i>				

2	15.30	Memonitor kondisi umum pasien <i>pasien mengatakan kaki masih terasa kebas</i>		24-01-2023 21.00	<p>Dx : Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki masih terasa kebas - Pasien mengatakan melakukan mobilisasi mandiri dibantu oleh keluarga <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot 5555 5555 4444 4444 - Rentang gerak (rom) meningkat - Gerakan terbatas - Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5 <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,7</p>	
2	17.30	Menganjurkan pasien selalu melakukan mobilisasi dini				
2	20.45	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan keluarga pasien mau membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasinya dan keluarga selalu menjaga serta mendampingi pasien setiap saat				
2	06.20	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini <i>pasien mampu melakukan mobilisasi dini secara mandiri</i>		25-01-2023 07.00	<p>Dx : Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang tetapi kaki masih terasa 	




2	06.30	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan keluarga pasien mau membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasinya dan keluarga selalu menjaga serta mendampingi pasien setiap saat			kebas O : - Kekuatan otot <u>5555</u> <u>5555</u> <u>4444</u> <u>4444</u> - Rentang gerak (rom) meningkat - Gerakan terbatas - Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5 A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,7	
2	06.55	Memonitor kondisi umum pasien pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang tetapi kaki masih terasa kebas				
3	09.15	Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (memastikan lantai dikamar pasien tidak licin, penerangan cukup) tidak terjadil risiko jatuh pada pasien		24-01-2023 14.00	Dx : Risiko Jatuh S : - O : - Pasien mampu mobilisasi ditempat tidur - Pasien mampu duduk ditempat tidur - Pasien tidak terjatuh di kamar mandi - Pasien masih belum bisa berjalan secara mandiri A : Masalah teratasi sebagian	
3	09.35	Menganjurkan pasien menggunakan alas kaki yang tidak licin pasien belum berjalan-jalan disekitar kamar ataupun berpindah tempat dari tempat tidur				








3	13.50	Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci dan standar tempat tidur terpasang <i>roda tempat tidur sudah terkunci dan standar sudah terpasang</i>			P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,5	
3	16.45	Memastikan lingkungan daerah pasien aman dari resiko jatuh <i>tidak adanya lantai yang licin atau lingkungan yang menimbulkan risiko jatuh pada pasien</i>		24-01-2023 21.00	Dx : Risiko Jatuh S : - O : - Pasien mampu mobilisasi ditempat tidur - Pasien mampu duduk ditempat tidur - Pasien masih belum bisa berjalan secara mandiri A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,5	
3	20.55	Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci dan standar tempat tidur terpasang <i>roda dan standar tempat tidur sudah dalam kondisi terkunci</i>				
3	22.25	Memastikan pengaman dan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci <i>pengaman tempat tidur terpasang dan roda tempat tidur sudah dalam kondisi terkunci</i>		25-01-2023 07.00	Dx : Risiko Jatuh S : - O : - Pasien mampu mobilisasi ditempat	







3	06.45	Memastikan lingkungan daerah pasien aman dari resiko jatuh <i>tidak adanya lantai yang licin atau lingkungan yang menimbulkan risiko jatuh pada pasien</i>			tidur - Pasien mampu duduk ditempat tidur - Pasien masih belum bisa berjalan secara mandiri A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,5	
4	09.50	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <i>pasien sudah diposisikan nyaman dan mampu menerima informasi yang diberikan sesuai dengan yang sudah dijadwalkan</i>		24-01-2023 14.00	Dx : Obesitas S : Pasien mengatakan sudah mengetahui dan memahami tentang masalah obesitasnya dan penangannya menurunkan berat badan O : - TB. 155 cm, BB. 98 Kg - $IMT. \frac{BB (kg)}{(TB (m))^2} = \frac{98 \square \square}{1,55 \square 1,55} = 40,8$ - LLA. 43 cm A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
4	10.00	Menyediakan materi dan media edukasi				
4	10.10	Menjelaskan hubungan asupan makanan, latihan, peningkatan dan penurunan berat badan <i>pasien memahami dan mampu menjelaskan kembali edukasi yang diberikan</i>				
4	10.15	Menjelaskan risiko kondisi kegemukan (overweight) <i>pasien mengetahui risiko apa yang</i>				







		<i>terjadi saat kondisi seseorang mengalami overweight</i>				
4	17.30	Mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang pendidikan kesehatan yang diberikan <i>pasien mampu mengingat informasi apa saja yang diberikan walaupun ada beberapa penjelasan yang sedikit lupa</i>		24-01-2023 21.00	<p>Dx : Obesitas</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah mulai mengetahui diet makanan yang perlu dikonsumsi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TB. 155 cm, BB. 98 Kg - IMT. $\frac{BB (kg)}{(TB (m))^2} = \frac{98 \square\square}{1,55 \square 1,55} = 40,8$ - LLA. 43 cm <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
4	05.30	Mengidentifikasi pola makanan yang dikonsumsi pasien <i>pasien mengatakan sudah mulai merubah pola makan yang dikonsumsinya untuk tidak selalu sembarangan makanan selalu dimakan</i>		25-01-2023 07.00	<p>Dx : Obesitas</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah mulai mengetahui diet makanan yang perlu dikonsumsi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TB. 155 cm, BB. 98 Kg - IMT. $\frac{BB (kg)}{(TB (m))^2} = \frac{98 \square\square}{1,55 \square 1,55} = 40,8$ 	







					<p>- LLA. 43 cm</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--	---	--





No Dx	Waktu (Tgl & jam)	Tindakan	TT	Waktu (Tgl & jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT
1	07.30	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <i>pasien mengatakan nyeri berkurang pada punggung bagian bawah yang menjalar sampai ke lutut, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri 3</i>		24-01-2023 14.00	<p>Dx : Nyeri Akut</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah berkurang - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala 3 (0-10), nyeri hilang timbul <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD. 133/81 mmHg - N. 90 x/menit - Pasien sudah tidak tampak meringis - Pasien sedikit bersikap protektif menghindari nyeri <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 3,4,5,6</p>	
1	09.00	Memberikan tehnik relaksasi dan distraksi untuk mengurangi rasa nyeri → melakukan relaksasi nafas dalam sambil mendengarkan alunan musik <i>pasien mampu melakukan tehnik yang sudah diajarkan, dan pasien sering kali menerapkan tehnik tersebut saat rasa nyeri timbul</i>				







1	11.00	Melakukan observasi TTV <i>TD.133/81 mmHg, N.90 x/menit</i> <i>S.36,6°C, RR.20 x/menit</i> <i>SPO2.97</i>				
1	12.00	Kolaborasi pemberian analgesik <i>pemberian injeksi ketorolac 1x30mg</i>				
1	13.00	Memfasilitasi istirahat dan tidur pasien <i>pasien mampu istirahat yang cukup</i>				
1	15.00	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <i>pasien mengatakan nyeri berkurang, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, skala nyeri 3</i>		24-01-2023 21.00	Dx : Nyeri Akut	
1	15.15	Memberikan tehnik relaksasi dan distraksi untuk mengurangi rasa nyeri <i>pasien mampu menerapkan tehnik relaksasi dan distraksi saat rasa nyeri timbul</i>			S : - Pasien mengatakan sudah berkurang - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala 3 (0-10), nyeri hilang timbul	
1	17.00	Melakukan observasi TTV <i>TD.155/80 mmHg, N.87 x/menit</i> <i>S.36,5°C, RR.20 x/menit</i>			O : - TD. 155/80 mmHg - N. 87 x/menit - Pasien sudah tidak tampak meringis - Pasien tidak bersikap protektif	
					A : Masalah teratasi sebagian	
					P : Intervensi dilanjutkan no. 3,4,5,6	




		<i>SPO2.96</i>				
1	18.00	Kolaborasi pemberian analgesik <i>pemberian injeksi ketorolac 1x30mg dan injeksi ranitidine 1x50mg</i>				
1	20.00	Memfasilitasi istirahat dan tidur pasien <i>pasien mampu istirahat yang cukup untuk menghindari nyeri bertambah buruk</i>				
1	21.50	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya <i>pasien mengatakan adanya nyeri pada punggung bagian bawah sudah berkurang, skala 2 (0-10)</i>		25-01-2023 07.00	Dx : Nyeri Akut S : - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, skala 2 (0-10) O : - TD. 143/87 mmHg - N. 82 x/menit - Pasien tampak tidak meringis - Pasien tidak bersikap protektif	
1	22.00	Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri dan pasien melaporkan bila nyeri bertambah buruk				
1	23.00	Memfasilitasi istirahat dan tidur pasien <i>pasien bisa beristirahat dengan cukup dan tidur dengan nyaman</i>			A : Masalah sudah teratasi	
1	05.00	Melakukan observasi TTV			P : Intervensi dihentikan pasien KRS, diberikan obat oral mecobalamin 500 mcg 3x1, ranitidine 2x1 dan patral 3x1	






1	06.00	<p><i>TD.143/87 mmHg, N.82 x/menit</i> <i>S.36,3°C, RR.20 x/menit</i> <i>SPO2.98</i></p> <p>Kolaborasi pemberian analgesik <i>pemberian injeksi ketorolac 1x30mg</i> <i>dan injeksi ranitidine 1x50mg</i></p>	 							
2	08.20	<p>Mengantarkan pasien melakukan pemeriksaan MRI dengan kursi roda Memonitor kondisi umum pasien saat ini <i>pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, kaki masih terasa kebas</i></p>		<p>24-01-2023 14.00</p>	<p>Dx : Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, kaki masih terasa kebas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="1458 863 1630 927"> <tr> <td>5555</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>4444</td> <td>4444</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Rentang gerak (rom) membaik - Gerakan terbatas - Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5 <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,7</p>	5555	5555	4444	4444	
5555	5555									
4444	4444									
2	10.35	<p>Memberikan latihan gerakan ROM Aktif dan ROM Pasif <i>pasien kooperatif saat melakukan latihan, pasien sudah mampu latihan gerakan ROM lebih baik dari sebelumnya</i></p>								
2	13.30	<p>Meminta keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <i>keluarga pasien selalu mendukung pasien dalam melakukan mobilisasi mandiri, dan keluarga selalu mendampingi pasien</i></p>								




2	16.00	Menganjurkan pasien melakukan mobilisasi dini yang biasanya dilakukan		24-01-2023 21.00	<p>Dx : Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki kebas sedikit berkurang - Pasien mengatakan aktivitas berjalan ataupun berpindah tempat dibantu oleh keluarga <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot 5555 5555 4444 4444 - Rentang gerak (rom) membaik - Gerakan terbatas - Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5 <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,7</p>	
2	16.45	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasi keluarga selalu mendampingi pasien dan memastikan pasien dalam keadaan aman tanpa terjadi risiko jatuh				
2	17.15	Memonitor kondisi umum pasien pasien mengatakan kaki terasa kebas sedikit berkurang				
2	06.30	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini pasien mampu dan memahami untuk sering-sering melakukan aktivitas ringan agar tidak terjadi kekakuan		25-01-2023 07.00	<p>Dx : Gangguan Mobilitas Fisik</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kaki terasa kebas - Pasien mengatakan aktivitas berjalan 	

		<i>atau kelemahan otot</i>			ataupun berpindah tempat dibantu oleh keluarga	
2	06.35	Mengambil hasil MRI pasien ke Radiologi			O :	
2	06.45	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan keluarga pasien terutama suaminya selalu mendampingi disebelah pasien			- Kekuatan otot <u>5555</u> <u>5555</u> 4444 4444	
					- Rentang gerak (ROM) membaik	
					- Gerakan terbatas	
					- Kesimpulan hasil MRI : Bulging disc herniation L2-3, L3-4, L4-5, dan L5-S1 ke posteromedian dan paramedian kanan kiri yang menyebabkan penekanan anterior thecal sac dan foramina neuralis kanan kiri	
					A : Masalah teratasi sebagian	
					P : Intervensi dihentikan pasien KRS, edukasi latihan mobilisasi	
3	08.00	Menganjurkan pasien menggunakan alas kaki yang tidak licin pasien tidak mau memakai sandal, karena pasien beranggapan saat pemeriksaan nanti alas kakinya dilepas		24-01-2023 14.00	Dx : Risiko Jatuh	
3	08.10	Memonitor kemampuan pasien			S : -	
					O :	
					- Pasien mampu mobilisasi ditempat tidur	
					- Pasien mampu duduk ditempat tidur	

3	10.00	<p>berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <i>pasien mampu berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi roda dengan dibantu</i></p> <p>Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh <i>tidak adanya lantai yang licin atau lingkungan yang membahayakan yang dapat menimbulkan risiko jatuh pada pasien</i></p>	 		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu berdiri dan berpindah - Pasien tidak terjatuh di kamar mandi - Pasien masih belum bisa berjalan secara mandiri <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,5</p>	
3	13.45	<p>Memastikan pengaman dan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci <i>pengaman tempat tidur terpasang dan roda tempat tidur sudah dalam kondisi terkunci</i></p>				
3	15.45	<p>Memastikan lingkungan daerah pasien aman dari resiko jatuh <i>tidak adanya lantai yang licin atau lingkungan yang menimbulkan risiko jatuh pada pasien</i></p>		24-01-2023 21.00	<p>Dx : Risiko Jatuh</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mobilisasi ditempat tidur - Pasien mampu duduk ditempat tidur 	
3	20.15	<p>Memastikan pengaman dan roda tempat tidur selalu dalam kondisi</p>				

		terkunci <i>pengaman tempat tidur terpasang dan roda tempat tidur sudah dalam kondisi terkunci</i>			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu berdiri dan berpindah - Pasien tidak terjatuh di kamar mandi - Pasien masih belum bisa berjalan secara mandiri <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,5</p>	
3	22.30	Memastikan pengaman dan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci <i>pengaman tempat tidur terpasang dan roda tempat tidur sudah dalam kondisi terkunci</i>		25-01-2023 07.00	<p>Dx : Risiko Jatuh</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu mobilisasi ditempat tidur - Pasien mampu duduk ditempat tidur - Pasien mampu berdiri dan berpindah - Pasien tidak terjatuh di kamar mandi - Pasien masih belum bisa berjalan secara mandiri <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan pasien KRS, diberikan alat bantu berupa walker</p>	
3	06.50	Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh <i>tidak adanya lantai yang licin atau lingkungan yang membahayakan yang dapat menimbulkan risiko jatuh pada pasien</i>				

4	10.30	Mereview kembali kemampuan pasien menerima informasi <i>pasien masih mengingat penjelasan materi edukasi kemarin</i>		24-01-2023 14.00	<p>Dx : Obesitas</p> <p>S : Pasien mampu mengingat penjelasan materi edukasi yang diberikan sebelumnya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TB. 155 cm, BB. 98 Kg - IMT. $\frac{BB (kg)}{(TB (m))^2} = \frac{98 kg}{1,55 \times 1,55} = 40,8$ - LLA. 43 cm <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 2,3,4,5</p>	
4	17.10	Mengidentifikasi pola makanan yang dikonsumsi pasien <i>pasien mengatakan sejak diberikan edukasi pasien mulai mengatur pola makanannya</i>		24-01-2023 21.00	<p>Dx : Obesitas</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah mengetahui dan memahami tentang masalah obesitasnya dan penanganannya menurunkan berat badan</p>	
4	17.20	Mengidentifikasi aktivitas dan pola tidur pasien <i>pasien mengatakan sejak diberikan edukasi setelah pulang dari rumah sakit akan mencoba dilakukan</i>			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TB. 155 cm, BB. 98 Kg - IMT. $\frac{BB (kg)}{(TB (m))^2} = \frac{98 kg}{1,55 \times 1,55} = 40,8$ - LLA. 43 cm 	

					<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 2,3,4,5</p>	
4	05.20	Mengidentifikasi kembali diet pasien <i>pasien mampu menjawab diet makanan apa saja yang diperlukan</i>		25-01-2023 07.00	<p>Dx : Obesitas</p> <p>S : Pasien mengatakan sudah mengetahui dan memahami tentang masalah obesitasnya dan penanganannya menurunkan berat badan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TB. 155 cm, BB. 98 Kg - IMT. $\frac{BB (kg)}{(TB (m))^2} = \frac{98 \square\square}{1,55 \square 1,55} = 40,8$ - LLA. 43 cm <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan pasien KRS, edukasi jadwal kontrol, edukasi aktivitas yang boleh dilakukan dirumah, edukasi diet pasien selama dirumah</p>	
4	05.30	Mereview kembali kemampuan pengetahuan pasien <i>pasien masih mengingat penjelasan materi edukasi kemarin</i>				

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis LBP di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien sehingga pasien dan keluarga mengerti dan menerima serta kooperatif.

Pada tinjauan kasus ditemukan data pada keluhan utama pasien mengatakan nyeri punggung bagian bawah. Sedangkan di tinjauan pustaka, pasien LBP mengalami gejala nyeri yang terjadi secara *intermitten* atau terputus-putus, nyeri bertambah hebat bila bergerak ekstensi, fleksi, rotasi, berdiri, berjalan maupun duduk, membaik setelah istirahat dalam waktu yang cukup dan memburuk setelah digunakan beraktivitas (Alfatihah, 2022). Maka dapat disimpulkan bahwa antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak mengalami kesenjangan.

Pada proses pengkajian ditemukan pasien mengatakan nyeri yang menjalar sampai ke lutut, kaki terasa kebas, untuk melakukan berjalan dan berpindah tempat pasien dibantu oleh keluarga. Pada tinjauan pustaka terjadinya degenerasi tulang yang sering terjadi pada usia 30 tahun keatas sehingga menyebabkan kekuatan otot dan tulang menjadi berkurang. Dan tingkat risiko keluhan otot dapat

dipengaruhi oleh jenis kelamin, karena pada wanita yang mengalami menopause menyebabkan estrogen tidak diproduksi lagi, sehingga kepadatan tulang akan berkurang (Tasya, 2022). Pada tinjauan kasus ditemukan bahwa pasien berusia 50 tahun. Maka dapat disimpulkan bahwa antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak mengalami kesenjangan.

Pada hasil pemeriksaan antropometri pada Ny. R didapatkan TB. 155 cm, BB 98 Kg, IMT. 40,8 (Obesitas) LLA. 43 cm. Seseorang yang obesitas lebih berisiko 5 kali menderita LBP dibandingkan dengan orang yang memiliki berat badan ideal karena vertebra lumbal pada tulang belakang sangat berisiko akibat dari seseorang yang obesitas (Agustin, 2022). Maka dapat disimpulkan bahwa antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka tidak mengalami kesenjangan.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada lima, yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI, D.0077, Hal 172)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (SDKI, D.0054, Hal 124)
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (SDKI, D.0055, Hal 126)
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (SDKI, D.0109, Hal 240)
5. Obesitas berhubungan dengan faktor keturunan (SDKI, D.0030, Hal 77)

Terdapat lima diagnosis keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus, yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma) (SDKI, D.0077, Hal 172)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, gangguan neuromuskular (SDKI, D.0054, Hal 124)
3. Resiko jatuh ditandai dengan riwayat jatuh, kekuatan otot menurun (SDKI, D.0143, Hal 306)
4. Obesitas berhubungan dengan faktor keturunan (SDKI, D.0030, Hal 77)
5. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI, D.0080, Hal 180)

Tidak semua diagnosis keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus, karena diagnosis keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosis keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis LBP secara umum, sedangkan pada kasus nyata diagnosis keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung.

4.3 Perencanaan

Perencanaan keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengelola masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Rohmah & Walid, 2012). Perencanaan keperawatan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (SLKI, 2019).

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi untuk pelaksanaan diagnosis keperawatan pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma), setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik. Rencana keperawatan yang dilakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgesik.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, gangguan muskuloskeletal, setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Rencana keperawatan yang dilakukan adalah identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur), libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini.

Risiko jatuh ditandai dengan riwayat jatuh, kekuatan otot menurun, setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka risiko jatuh tidak terjadi, dengan kriteria hasil tidak terjadi jatuh dari tempat tidur, tidak terjadi jatuh saat berdiri, tidak terjadi jatuh saat duduk, tidak terjadi jatuh saat berjalan, tidak terjadi jatuh saat dipindahkan, tidak terjadi jatuh saat dikamar mandi. Rencana keperawatan yang dilakukan identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan

risiko jatuh, monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, gunakan alat bantu berjalan, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin.

Obesitas berhubungan dengan faktor keturunan, setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka tingkat pengetahuan membaik, dengan kriteria hasil kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, persepsi terhadap masalah yang dihadapi menurun. Rencana keperawatan yang dilakukan identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media edukasi, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, jelaskan hubungan asupan makanan, latihan, peningkatan dan penurunan berat badan, jelaskan risiko kondisi kegemukan (overweight). (SIKI, 2018)

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Rohmah & Walid, 2012). Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan, pada tinjauan kasus pelaksanaan telah direalisasikan pada pasien. Dalam pelaksanaan, dibutuhkan kerja sama dengan tenaga medis lainnya untuk memberikan perawatan kepada pasien dengan maksimal.

Pelaksanaan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang dibuat dan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien. Pelaksanaan pada pasien Ny. R dilakukan oleh penulis dari tanggal 23 Januari 2023 sampai 25 Januari 2023.

Masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma), pelaksanaan keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi nyeri, memberikan tehnik relaksasi nafas dalam, memberikan tehnik distraksi terapi musik untuk mengurangi rasa nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur pasien, menganjurkan pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgesik (pemberian injeksi ketorolac 3 x 30mg dan injeksi ranitidine 2 x 50mg).

Pada masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, gangguan neuromuskular, pelaksanaan keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur ROM, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan berpegangan standar tempat tidur, memonitor kondisi umum pasien, melibatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan, menganjurkan melakukan mobilisasi dini. Pada hari ke-3 pasien dilakukan tindakan MRI, dengan hasil *Bulging disc herniation L2-3, L3-4, L4-5, dan L5-S1 ke posteromedian dan paramedian kanan kiri yang menyebabkan penekanan anterior thecal sac dan foramina neuralis kanan kiri.* Sesuai dengan tinjauan pustaka bahwa salah satu pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan pada pasien dengan LBP ialah MRI.

Masalah risiko jatuh ditandai dengan riwayat jatuh, kekuatan otot menurun, pelaksanaan keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan adanya risiko jatuh, memonitor kemampuan pasien dalam berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, memastikan pengaman tempat tidur terpasang, memastikan roda

tempat tidur terkunci, memberikan alat bantu berjalan, menganjurkan pasien menggunakan alas kaki yang tidak licin namun selama implementasi pasien lebih banyak menghabiskan waktu ditempat tidur, adapun saat pasien turun dari tempat tidur pasien tidak menggunakan alas kaki.

Masalah obesitas berhubungan dengan faktor keturunan, pelaksanaan keperawatan yang dilakukan adalah menjadwalkan pasien untuk dilakukan pendidikan kesehatan, menyediakan materi dan media edukasi, menjelaskan hubungan asupan makanan, latihan, peningkatan dan penurunan berat badan serta resiko kegemukan.

4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian yang membandingkan perubahan kondisi pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2012).

Pada masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma), kriteria hasil pada perencanaan keluhan nyeri menurun. Selama proses pelaksanaan pasien diberikan obat analgesik untuk mengurangi rasa nyeri yaitu injeksi ketorolac 3x30mg dan injeksi ranitidine 2x50mg dan melakukan beberapa tehnik nonfarmakologis seperti tehnik relaksasi nafas dalam dan tehnik distraksi mendengarkan alunan musik. Pada evaluasi hari ke-3 pasien merasa nyeri sudah berkurang, skala 2 (0-10) dan pasien sudah mengetahui tehnik apa saja yang perlu dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri serta pasien sudah tampak tenang dan tidak bersikap protektif. Maka dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara kriteria hasil pada perencanaan dan SOAP pada evaluasi. Masalah keperawatan nyeri akut dapat teratasi dalam waktu 3x24 jam dan

intervensi dihentikan pasien KRS. Pasien diberikan obat oral mecobalamin 500 mcg 3x1, ranitidine 2x1, dan patral 3x1 .

Pada masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, gangguan neuromuskular, kriteria hasil pada perencanaan kekuatan otot meningkat, rentang gerak ROM meningkat. Selama proses pelaksanaan pasien melakukan latihan gerakan ROM aktif dan pasif secara teratur dan bertahap dengan konsisten. Keluarga pasien selalu membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Pada evaluasi hari ke-3 pasien merasa kaki masih terasa kebas, rentang gerak (ROM) membaik, nyeri menurun dan kelemahan fisik membaik. Maka dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara kriteria hasil pada perencanaan dan SOAP pada evaluasi. Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi sebagian dalam waktu 3x24 jam dan intervensi dihentikan pasien KRS.

Pada masalah keperawatan risiko jatuh ditandai dengan riwayat jatuh, kekuatan otot menurun, kriteria hasil pada perencanaan jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun. Selama proses pelaksanaan memastikan lingkungan pasien aman tidak terdapat lantai yang licin ataupun penerangan yang kurang untuk terhindar dari risiko jatuh, memastikan pengaman tempat tidur terpasang dan roda tempat tidur terkunci. Pada evaluasi hari ke-3 pasien mampu mobilisasi ditempat tidur, mampu duduk ditempat tidur, mampu berdiri dan berpindah. Maka dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara kriteria hasil pada perencanaan dan SOAP pada evaluasi. Masalah keperawatan risiko jatuh teratasi sebagian dan

intervensi dihentikan pasien KRS, dibawakan alat bantu walker untuk membantu melakukan aktivitas saat dirumah.

Pada masalah keperawatan obesitas berhubungan dengan faktor keturunan, kriteria hasil pada perencanaan kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat, persepsi terhadap masalah yang dihadapi menurun. Selama proses pelaksanaan pasien diberikan pendidikan kesehatan tentang hubungan asupan makanan, latihan penurunan berat badan, serta risiko kondisi kegemukan (overweight). Pada evaluasi hari ke-3 pasien mengetahui dan memahami masalah obesitasnya, pasien mampu menjelaskan kembali penjelasan yang telah diberikan, berat badan dan indeks massa tubuh pasien belum menurun. Maka dapat disimpulkan tidak ada kesenjangan antara kriteria hasil pada perencanaan dan SOAP pada evaluasi. Masalah keperawatan obesitas belum teratasi dan intervensi dihentikan pasien KRS, pasien diberikan edukasi diet selama dirumah dan aktivitas yang bisa dilakukan dirumah serta jadwal kontrol selanjutnya.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus LBP di Ruang H1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan LBP.

5.1 Simpulan

Dari hasil yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Low Back Pain*, maka penulis dapat membuat kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian pasien Ny. R didapatkan keluhan pasien mengeluh nyeri pada punggung bagian bawah yang menjalar sampai ke lutut, pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak, seperti ditusuk-tusuk, skala 5 (0-10), nyeri hilang timbul, pasien mengatakan kaki terasa kebas sejak awal MRS, untuk melakukan berjalan dan berpindah tempat pasien dibantu oleh keluarga atau jika tidak ada yang membantu, pasien berpegangan dengan benda disekitar. Pasien mempunyai riwayat jatuh 4 kali dalam setahun. Pada pemeriksaan fisik didapatkan kekuatan otot pasien 5/4. Pemeriksaan TTV. TD. 142/81 mmHg, Nadi. 105 x/menit, RR. 20 x/menit, Suhu. 36,4°C. Pemeriksaan Antropometri. TB. 155 cm, BB 98 Kg, IMT. 40,8 (Obesitas) LLA. 43 cm. Hasil photo lumbosacral didapatkan kesimpulan kesan kompresi VL2 central, *spondylosis lumbalis* dengan terdapat bridging VL4-5.

2. Diagnosis keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, gangguan neuromuskular, resiko jatuh ditandai dengan riwayat jatuh, kekuatan otot menurun, obesitas berhubungan dengan faktor keturunan dan ansiestas berhubungan dengan krisis situasional.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan pada pasien Ny. R sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut diberikan intervensi manajemen nyeri, gangguan mobilitas fisik diberikan intervensi dukungan mobilisasi, risiko jatuh diberikan intervensi pencegahan jatuh, obesitas diberikan intervensi edukasi berat badan efektif.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain, memberikan tehnik relaksasi nafas dalam dan tehnik distraksi mendengarkan alunan musik, memfasilitasi istirahat dan tidur pasien serta berkolaborasi pemberian analgesik, memberikan latihan gerakan ROM pasif dan aktif, observasi TTV, memastikan lingkungan daerah pasien aman untuk menghindari risiko jatuh, memastikan pengaman tempat tidur terpasang dan roda tempat tidur terkunci, dan memberikan pendidikan kesehatan tentang berat badan efektif.
5. Pada akhir evaluasi, masalah keperawatan pada Ny. R dengan nyeri akut masalah dapat teratasi, gangguan mobilitas fisik masalah teratasi sebagian, risiko jatuh masalah teratasi sebagian, dan obesitas masalah belum teratasi. Semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerja sama yang baik antara

pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi Ny. R sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi sebagian dan pasien KRS pada tanggal 26 Januari 2023.

6. Pendokumentasian tindakan keperawatan didapatkan dan dituliskan secara terperinci yang diletakkan pada catatan perkembangan pasien sesuai standart penulisan dokumentasi keperawatan.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *low back pain*.
3. Instansi rumah sakit perlu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat melalui seminar dan pelatihan agar mutu pelayanan menjadi lebih professional khususnya pada pasien dengan diagnosis medis LBP (*Low Back Pain*)
4. Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mempelajari dan memperluas wawasan tentang *low back pain* karena dengan adanya pengetahuan dan pemahaman yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan tentang LBP (*Low Back Pain*)

DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, A. A. (2022). Edukasi Masyarakat Sebagai Upaya Pencegahan Keluhan Low Back Pain (LBP) di Puskesmas Balung. *Journal of Community Development, 3*(2), 106–112. <https://doi.org/10.47134/comdev.v3i2.83>
- Alfatihah, N. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Back Pain di Ruang Anggrek 2 RSUP Dr. Sardjito*. Poltekkes Kemenkes Yogyakarta.
- Anggraika, P., Apriany, A., & Pujiana, D. (2019). Hubungan Posisi Duduk Dengan Kejadian Low Back Pain (LBP) Pada Pegawai Stikes. *Jurnal 'Aisyiyah Medika, 4*(1), 1–10. <https://doi.org/10.36729/jam.v4i1.227>
- Cahya H, I. P. I., & Asmara, A. G. Y. (2020). Prevalensi Nyeri Punggung Bawah Pada Tahun 2014-2015 Di RSUP Sanglah Denpasar. *Jurnal Medika Udayana, 9*(6), 35–39.
- Erlina, L. (2020). *Efikasi Diri Dalam Meningkatkan Kemampuan Mobilisasi Pasien*.
- Huryah, F., & Susanti, N. (2019). Pengaruh Terapi Pijat Stimulus Kutaneus Slow-Stroke Back Massage Terhadap Intensitas Nyeri Pada Penderita Low Back Pain (Lbp) Di Poliklinik Rehabilitasi Medik Rsud Embung Fatimah Batam Tahun 2018. *Al-Asalmiya Nursing: Journal Of Nursing Sciences, 8*(1), 1–7.
- Kusuma Dewi, N. P., Sutresna, I. N., & Susila, I. M. D. P. (2017). Pengaruh Back Massage Terhadap Tingkat Nyeri Low Back Pain Pada Kelompok Tani Semangka Mertha Abadi di Desa Yeh Sumbul. *Journal Center Of Research Publication in Midwifery and Nursing, 1*(2), 13–21.
- Lestari, I., Russeng, S., & Thamrin, Y. (2023). Hubungan Beban Kerja dan Postur

- Kerja dengan Keluhan Low Back Pain. *Journal Of Muslim Community Health (JMCH)*, 4(2), 118–125.
- Maritta, S., & Ramadhani, A. (2022). Asuhan Keperawatan Gangguan Pola Tidur Melalui Terapi Audio Murottal Dengan Sleep Quality Indeks Pada Lansia. *Jurnal Vokasi Kesehatan*, 1(1), 9–32.
- Permatasari, D. (2022). *Pengaruh Posisi Duduk Terhadap Kasus Low Back Pain Pada Mahasiswa Daring Di Universitas Indonesia*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Purnomo, E. (2019). *Anatomi Fungsional*. Lintang Pustaka Utama Yogyakarta.
- Rahmawati, R. N., & Vioneery, D. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien Low Back Pain (LBP) Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman. *Jurnal Keperawatan*, 23(1), 61–65.
- Rohmah, N., & Walid, S. (2012). *Proses Keperawatan : Teori & Aplikasi*. Ar-Ruzz Media.
- Saidi, & Andrianti, S. (2021). Perbedaan Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Teknik Slow Stroke Back Massage Terhadap Skala Nyeri pada Penderita Low Back Pain di Puskesmas Jaya Loka. *Injection Nursing Jurnal*, 1(1), 1–23.
- Saputra, A. (2020). *Hubungan Usia, Sikap Kerja, dan Masa Kerja dengan Keluhan Low Back Pain (LBP) Pada Pengrajin Batik di Batik Semarang 16*. Universitas Negeri Semarang.
- SDKI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). DPP PPNI.
- SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Sirotujani, F., Kusbaryanto, & Yuniarti, F. A. (2019). Pengaruh Terapi Bekam

- Terhadap Penurunan Skala Nyeri Dan Peningkatan Kualitas Tidur Pada Pasien Low Back Pain (LBP). *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 10(1), 146–157. <https://doi.org/10.33859/dksm.v10i1.453>
- SLKI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Tanderi, E. A., Kusuma, T. A., & Hendrianingtyas, M. (2017). Hubungan Kemampuan Fungsional Dan Derajat Nyeri Pada Pasien Low Back Pain Mekanik Di Instansi Rehabilitasi Medik RSUP Dr. Kariadi Semarang. *Diponegoro Medical Journal*, 6(1), 63–72.
- Tasya, E. T. (2022). *Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Lansia Low Back Pain Di Panti Sosial Tresna Werdha*. Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
- Untari, S., Susanti, M. M., Kodiyah, N., & Himawati, L. (2023). *Buku Ajar Anatomi dan Fisiologi*. PT Nasya Expanding Management.

LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Teknik Relaksasi Nafas Dalam

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

Definisi :

Merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien. Rileks yang sempurna dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri.

Tujuan :

Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri

Indikasi :

Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri

Prosedur Pelaksanaan :**1. Tahap Pra Interaksi**

- a. Melakukan pengkajian dan membaca mengenai status pasien
- b. Mencuci tangan
- c. Meyiapkan alat

2. Tahap Orientasi

- a. Mengucapkan salam teraupetik kepada pasien
- b. Validasi kondisi pasien saat ini
- c. Menjaga keamanan privacy pasien
- d. Menjelaskan tujuan dan prosedur yg akan dilakukan terhadap pasien dan keluarga

- e. Menanyakan ketersediaan pasien
- f. Kontrak waktu

3. Tahap Kerja

- a. Ciptakan lingkungan yang tenang
- b. Usahakan tetap rileks dan tenang
- c. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3,4. Kemudian tahan napas selama 2 detik.
- d. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut selama 8 detik sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks
- e. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
- f. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
- g. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
- h. Usahakan agar tetap konsentrasi
- i. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang kurang lebih 15 menit

4. Tahap Terminasi

- a. Evaluasi hasil kegiatan
- b. Lakukan kontrak untuk melakukan kegiatan selanjutnya
- c. Akhiri kegiatan dengan baik
- d. Cuci tangan
- e. Dokumentasi

Lampiran 2 SOP *Range Of Motion* (ROM)**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR*****RANGE OF MOTION (ROM)*****Definisi :**

Range Of Motion (ROM) adalah tindakan atau latihan otot dan persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit, disabilitas atau trauma. Dimana pasien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif

Tujuan :

1. Memperbaiki tingkat mobilitas fungsional ekstremitas klien,
2. Mencegah kontraktur dan pengecilan otot dan tendon, serta
3. Meningkatkan sirkulasi darah pada ekstremitas,
4. Menurunkan komplikasi vaskular imobilisasi, dan
5. Meningkatkan kenyamanan klien.

Jenis ROM :

1. ROM aktif : perawat memberikan motivasi, dan membimbing pasien dalam melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal (pasien aktif).
2. ROM pasif : perawat melakukan gerakan persendian pasien sesuai dengan rentang gerak yang normal (pasien pasif).

Indikasi :

Pasien dengan tirah baring yang lama, pasien dengan penurunan tingkat kesadaran, kelemahan otot, dan fase rehabilitas fisik.

Kontraindikasi :

Pasien dengan fraktur, kelainan sendi atau tulang, dan lien fase imobilisasi karena kasus penyakit (jantung).

Hal-hal Yang Perlu Diperhatikan :

Saat melaksanakan latihan, perlu diperhatikan :

1. Keterbatasan pergerakan atau ketidakmampuan menggerakkan sendi.
2. Bengkak, nyeri, kemerahan, krepitus, deformitas pada sendi.
3. Saat melakukan ROM pasif, berikan sokongan sendi.
4. Lakukan setiap gerakan dengan perlahan dan berhati-hati.
5. Setiap gerakan dilakukan sesuai kemampuan.
6. Ulangi masing-masing gerakan sebanyak 5 kali
7. Hentikan gerakan latihan jika klien mengungkapkan ketidaknyamanan seperti nyeri atau terjadi spasme pada daerah otot yang bersangkutan.

Prosedur Pelaksanaan :**1. Tahap Pra Interaksi**

- a. Menyiapkan alat dan pasien dengan benar (Mengatur posisi lateral lurus (terlentang biasa))
- b. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada
- c. Menempatkan alat di dekat pasien dengan benar dan posisi pemeriksa dengan benar
- d. Menutup pintu dan jendela serta memasang tabir dan tirai

2. Tahap Orientasi

- a. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik
- b. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien

- c. Memberikan kesempatan pasien bertanya
- d. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan

3. Tahap Kerja

- a. Mencuci tangan
- b. Menjaga privasi pasien
- c. Atur posisi yang nyaman : berbaring dengan posisi tangan rileks badan telentang biasa (lateral)
- d. Memakai sarung tangan
- e. Memposisikan perawat di sisi sebelah kanan pasien

Pelaksanaan ROM Aktif dan Pasif

1) Leher

- a) Letakkan tangan kiri perawat di bawah kepala pasien dan tangan kanan pada pipi/wajah pasien.
- b) Lakukan gerakan :
 - Rotasi: tundukkan kepala, putar ke kiri dan ke kanan.
 - Fleksi dan ekstensi: gerakkan kepala menyentuh dada kemudian kepala sedikit ditengadahkan.
 - Fleksi lateral: gerakkan kepala ke samping kanan dan kiri hingga telinga dan bahu hampir bersentuhan.
- c) Observasi perubahan yang terjadi.

2) Bahu

- a) Fleksi/Ekstensi
 - Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.

- Angkat lengan pasien pada posisi awal.
 - Lakukan gerakan mendekati tubuh.
 - Lakukan observasi perubahan yang terjadi. Misalnya: rentang gerak bahu dan kekakuan.
- b) Abduksi dan Adduksi
- Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
 - Gerakkan lengan pasien menjauh dari tubuhnya ke arah perawat (ke arah samping).
 - Kembalikan ke posisi semula.
 - Catat perubahan yang terjadi. Misal: rentang gerak bahu, adanya kekakuan, dan adanya nyeri.
- c) Rotasi Bahu
- Atur posisi lengan pasien menjauhi dari tubuh (ke samping)
 - dengan siku menekuk.
 - Letakkan satu tangan perawat di lengan atas dekat siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
 - Lakukan rotasi bahu dengan lengan ke bawah sampai menyentuh tempat tidur.
 - Kembalikan lengan ke posisi awal.
 - Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas.
 - Kembalikan ke posisi awal.
 - Catat perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak bahu, adanya

kekakuan, dan adanya nyeri.

3) Siku

a) Fleksi/Ekstensi

- Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan telapak mengarah ke tubuh pasien.
- Letakkan tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya
- Tekuk siku pasien sehingga tangan pasien mendekat ke bahu.
- Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.
- Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misalnya, rentang gerak pada siku, kekakuan sendi, dan adanya nyeri.

4) Lengan bawah

a) Pronasi dan Supinasi

- Atur posisi lengan pasien dengan siku menekuk/lurus.
- Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan tangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- Putar lengan bawah pasien ke arah kanan atau kiri.
- Kembalikan ke posisi awal sebelum dilakukan pronasi dan supinasi.
- Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak lengan bawah dan kekakuan.

5) Pergelangan tangan

a) Fleksi dan Ekstensi

- Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku

menekuk.

- Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien.
- Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin.
- Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misalnya, rentang gerak pergelangan dan kekakuan sendi.

6) Jari-jari

a) Fleksi dan Ekstensi

- Pegang jari-jari tangan pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang pergelangan.
- Bengkokkan (tekuk/fleksikan) jari-jari ke bawah.
- Luruskan jari-jari (ekstensikan) kemudian dorong ke belakang (hiperekstensikan).
- Gerakkan kesamping kiri kanan (Abduksi-adduksikan).
- Kembalikan ke posisi awal.
- Catat perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi.

7) Paha

a) Rotasi

- Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas lutut pasien.
- Putar kaki ke arah pasien.
- Putar kaki ke arah pelaksana.
- Kembalikan ke posisi semula.

- Observasi perubahan yang terjadi.

b) Abduksi dan Adduksi

- Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.
- Angkat kaki pasien kurang lebih 8 cm dari tempat tidur dan pertahankan posisi tetap lurus. Gerakan kaki menjauhi badan pasien atau ke samping ke arah perawat.
- Gerakkan kaki mendekati dan menjauhi badan pasien.
- Kembalikan ke posisi semula.
- Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.
- Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan adanya kekakuan sendi

8) Lutut

a) Fleksi dan Ekstensi

- Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain.
- Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.
- Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada pasien sejauh mungkin dan semampu pasien.
- Turunkan dan luruskan lutut dengan tetap mengangkat kaki ke atas.
- Kembalikan ke posisi semula.
- Cuci tangan setelah prosedur dilakukan
- Observasi perubahan yang terjadi. Missal, rentang gerak dan

adanya kekakuan sendi.

9) Pergelangan kaki

a) Fleksi dan Ekstensi

- Letakkan satu tangan pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki, jaga kaki lurus dan rileks.
- Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada atau ke bagian atas tubuh pasien.
- Kembalikan ke posisi awal.
- Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien. Jari dan telapak kaki diarahkan ke bawah.
- Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan kekakuan.

b) Infersi dan Efersi

- Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan tangan kita (pelaksana) dan pegang pergelangan kaki pasien dengan tangan satunya.
- Putar kaki dengan arah ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya.
- Kembalikan ke posisi semula.
- Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kakiyang lain.
- Kembalikan ke posisi awal
- Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi.

10) Jari-jari

a) Fleksi dan Ekstensi Jari-jari

- Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang kaki.
- Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah.
- Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang.
- Gerakan ke samping kiri kanan (Abduksi-adduksikan).
- Kembalikan ke posisi awal.
- Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi.

f. Merapikan kembali pasien dan alat-alat.

g. Melepaskan handscoon

h. Mencuci tangan

4. Tahap Terminasi

- a. Melakukan evaluasi tindakan
- b. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
- c. Berpamitan dengan klien
- d. Membereskan alat-alat
- e. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan

Lampiran 3 SOP Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur Ke Kursi Roda**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR****MEMINDAHKAN PASIEN DARI TEMPAT TIDUR KE KURSI RODA****Definisi :**

Suatu kegiatan yang dilakukan pada klien dengan kelemahan kemampuan fungsional untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi roda

Persiapan :

1. Persiapan Alat

Kursi roda dan sarung tangan (jika perlu)

2. Persiapan Pasien

Pasien berada di tempat tidur

Prosedur Pelaksanaan :

1. Jelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan pada pasien
2. Posisikan kursi roda 45⁰ dari arah tempat tidur pasien dan pastikan kursi rodadalam keadaan terkunci
3. Bantu pasien duduk di tempat tidur
4. Kaji postural hipotensi
5. Instruksikan pasien untuk bergerak ke depan dan duduk di tepi tempat tidur
6. Instruksikan pasien untuk mencondongkan tubuh ke depan mulai dari pinggul
7. Instruksikan pasien untuk meletakkan kaki yang kuat di bawah tepi tempat tidur sedangkan kaki yang lemah berada di depannya
8. Meletakkan tangan pasien di atas permukaan tempat tidur atau diatas kedua bahu perawat

9. Perawat berdiri tepat di depan pasien, condogkan tubuh ke depan, fleksikan pinggul, lutut, dan pergelangan kaki. Lebarkan kaki dengan salah satu di depan dan yang lainnya di belakang
10. Lingkari punggung pasien dengan kedua tangan perawat
11. Tangan otot gluteal, abdominal, kaki dan otot lengan anda. Siap untuk melakukan gerakan
12. Bantu pasien untuk berdiri, kemudian bergerak bersama menuju kursi roda
13. Bantu pasien untuk duduk, minta pasien untuk membelakangi kursi roda, meletakkan kedua tangan di atas lengan kursi roda atau tetap pada bahu perawat
14. Minta pasien untuk menggeser duduknya sampai pada posisi yang paling aman
15. Turunkan tatakan kaki, dan letakkan kedua kaki pasien di atasnya

Evaluasi :

1. Dokumentasikan hasil tindakan
2. Pastikan posisi pasien berada pada posisi yang paling aman dan nyaman
3. Mencuci tangan

Lampiran 4 SAP Diet Pada Penderita Obesitas**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)****DIET PADA PENDERITA OBESITAS**

Pokok Bahasan : Diet Pada Penderita Obesitas

Sasaran : Pasien Ny. R dan keluarga

Hari / Tanggal : Selasa, 24 Januari 2023

Waktu : 30 menit

1. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga pasien diharapkan dapat mengetahui dan memahami tentang keadaan obesitas/kegemukan.

2. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah dilakukan pendidikan kesehatan selama 30 menit diharapkan pasien dan keluarga pasien mampu :

- a. Menyebutkan definisi obesitas
- b. Menyebutkan penyebab obesitas
- c. Menyebutkan komplikasi obesitas
- d. Menyebutkan diet untuk penderita obesitas
- e. Menyebutkan cara mengurangi kelebihan berat badan
- f. Menyebutkan pencegahan obesitas

3. Materi Penyuluhan

1. Definisi Obesitas
2. Penyebab Obesitas

3. Komplikasi Obesitas
4. Diet Untuk Penderita Obesitas
5. Cara Mengurangi Kelebihan Berat Badan
6. Pencegahan Obesitas

4. Metode Penyuluhan

1. Diskusi/Tanya Jawab

5. Rencana Penyuluhan

No.	Waktu	Kegiatan Pendidikan Kesehatan	Respon Sasaran
1.	3 menit	Pembukaan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memberi salam dan memperkenalkan diri ▪ Menjelaskan tujuan penyuluhan dan kontrak waktu. ▪ Menyebutkan materi/pokok bahasan yang akan disampaikan 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menjawab salam dengan baik ➤ Mendengarkan dan memperhatikan apa yang disampaikan
2.	15 menit	Pelaksanaan: Menjelaskan materi penyuluhan secara berurutan dan teratur. Materi: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definisi Obesitas ▪ Penyebab Obesitas ▪ Komplikasi Obesitas ▪ Diet Untuk Penderita Obesitas ▪ Cara Mengurangi Kelebihan Berat Badan ▪ Pencegahan Obesitas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menyimak dan Memperhatikan penjelasan materi yang disampaikan
3.	10 menit	Evaluasi: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Memberi kesempatan klien untuk bertanya tentang Diet Obesitas ▪ Mengevaluasi pengetahuan peserta tentang materi yang telah disampaikan 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pasien mengajukan pertanyaan ➤ Pasien mampu menjawab pertanyaan yang diberikan dengan benar
4.	2 menit	Penutup: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Menyimpulkan materi yang telah disampaikan 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mendengarkan dan

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menyampaikan terima kasih atas perhatian dan waktu yang telah diberikan oleh klien untuk melakukan pengkajian ▪ Mengakhiri dengan mengucapkan salam 	<p>memperhatikan apa yang telah disampaikan</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Menjawab salam
--	--	--	--

6. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- » Kesiapan materi penyaji.
- » Tempat yang digunakan nyaman dan mendukung.

2. Evaluasi Proses

- » Peran dan tugas mahasiswa sesuai dengan perencanaan.
- » Waktu sesuai dengan yang direncanakan.
- » Audience mampu mengulang kembali penjelasan yang telah dijelaskan

3. Evaluasi Hasil

- » Kegiatan pendidikan kesehatan berjalan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.
- » Adanya kesepakatan individu dengan perawat dalam melaksanakan implementasi keperawatan selanjutnya.

MATERI PENYULUHAN

DIET PADA PENDERITA OBESITAS

1. Definisi

Obesitas adalah penumpukan lemak yang berlebihan ataupun abnormal yang dapat mengganggu kesehatan. Obesitas terjadi bila konsumsi kalori lebih banyak dari yang diperlukan dan dipergunakan oleh tubuh.

Klasifikasi :

IMT	Kategori
< 18,5	Berat badan kurang (underweight)
18,5 – 22,9	Berat badan normal
23-24,9	Kelebihan berat badan (overweight) dengan risiko
25-29,9	Obesitas I
> 30	Obesitas II

2. Penyebab

a. Kurang berolah raga

Olah raga akan membantu mengurangi berat tubuh dengan cara membakar kalori.

b. Kebiasaan makan yang keliru

Misalnya terlalu banyak mengonsumsi makanan kaya karbohidrat dan lemak.

c. Faktor pola makan abnormal

Ada dua pola makan abnormal penyebab obesitas yaitu : makan dalam jumlah sangat banyak (binge), dan pola makan di malam hari.

d. Faktor genetik

Faktor genetik berpengaruh sebesar 33 % terhadap berat badan seseorang.

e. Faktor psikis

Makanan menjadi pelarian ketika seseorang mengalami masalah atau risau.

f. Faktor kesehatan

Kaitan dengan melambatnya metabolisme. Penyebab perubahan ini antara lain kelenjar tirois yang kurang aktif, hipogonadisme atau turunnya aktivitas kelenjar kelamin, sindrom chusing yakni kelainan metabolisme akibat hiperaktifitas kelenjar adrenal kortikal.

g. Pengaruh obat – obat tertentu

Steroid dan beberapa obat anti depresi cenderung mampu menyebabkan penambahan berat badan.

3. Komplikasi

- a. Diabetes (kencing manis),
- b. Hipertensi (tekanan darah tinggi),
- c. Dislipidemia (kadar kolesterol dan trigliserida darah tinggi),
- d. Percepatan atherosklerosis (penyumbatan pembuluh darah)
- e. Mengganggu penampilan / estetika diri,
- f. Kematian akibat penyakit jantung dan pembuluh darah.
- g. Serangan jantung.
- h. Stroke
- i. Kanker.

4. Diet Untuk Penderita Obesitas

- a. Diet rendah kalori

Pasien diet harus menimbang dan mengukur makanan sebagai pembantu dalam mempelajari dan mengenal ukuran jenis.

b. Kurangi penggunaan lemak

Gunakan daging yang tidak berlemak atau ayam tanpa kulit dan jangan makan lebih dari 170 g/hari. Rebus, bakar, atau kukus makanan daripada digoreng. Gunakan rempah-rempah, bumbu, dan air jeruk nipis atau penyedap yang rendah kalori lainnya daripada mentega, margarin, minyak zaitun atau garam babi. Batasi makanan dengan lemak tersembunyi seperti donat, pie crust, crossants, muffins, dan roti yang dibuat dengan cepat. Pilihlah es buah, buah segar, atau kue-kue yang rendah kalori daripada es krim, cake, pie, atau kue-kue yang tinggi kadar lemaknya.

c. Makan berserat tinggi

Makanan berserat tinggi memerlukan waktu lebih lama untuk dicerna daripada makanan rendah serat, dan rasa kenyang (penuh dan puas) dapat dicapai dengan sedikit kalori bila memakan makanan berserat tinggi.

d. Memakan makanan sehat disertai vitamin dan mineral yang cukup

5. Cara Mengurangi Kelebihan Berat Badan

Cara untuk mengurangi kelebihan berat badan diantaranya sebagai berikut :

a. Melakukan kegiatan fisik secara teratur (bekerja, belajar, olahraga).

Untuk itu, seorang individu perlu mengatur kegiatan dalam menonton tv. Dalam hal ini jangan sampai terlalu lama menonton tv, tetapi kurang dalam kegiatan olahraga. Usahakan kegiatan menonton tv diimbangi dengan kegiatan olahraga. Usahakakn olahraga yang ringan selama 5-10 menit sebelum mandi, misalnya lari ditempat dan senam.

- b. Lakukan olahraga yang murah, tetapi besar manfaatnya bagi pembentukan tubuh agar tampak atletis, misalnya jogging, renang, dan senam/aerobik. Lakukan seminggu dua kali. Aturlah sesuai dengan program kegiatan anda agar tidak bentrok dengan kegiatan utama lainnya.
- c. Usahakan untuk tidak jajan makanan di pinggir jalan yang tak terjamin kebersihannya. Jangan mengonsumsi makanan yang tak sehat, misalnya kadar kolesterol tinggi. Akan tetapi, perlu meningkatkan konsumsi buah-buahan dan sayurmayur.
- d. Usahakan untuk selalu memantau berat badan secara teratur dengan menimbang berat badan. Jangan lupa, usahakan untuk berkonsultasi dengan tenaga ahli, seperti ahli gizi, dokter atau ahli kebugaran badan

6. Pencegahan Obesitas

a. Minum Air Putih

Banyak minum air putih dan kurangi minuman bersoda yang mengandung banyak gula (4 kaleng soda per minggu bisa membuat berat badan naik 0,5 kg). Sementara air putih membantu melarutkan lemak dalam tubuh.

b. Makan Serat

Perbanyak serat dari buah dan sayuran, yang akan melapisi dinding usus sehingga akan lebih cepat merasa kenyang.

c. Hindari camilan padat kalori.

d. Olahraga Teratur

Olahraga seperti renang, jogging, senam aerobik. Buat Target Perlu membuat target pencapaian, misalnya bulan ini bisa menurunkan berat badan 2 kg saja.

e. Diet

Jika berat badan mulai berlebih di atas batas normal, maka perlu melakukan diet karbohidrat (nasi, keripik, kentang goreng), lemak (minyak, makanan yang digoreng, margarin) dan semua makanan yang diolah memakai gula (sirup, permen dan selai).

f. Pilih Makanan Pengganti

Daripada makan es krim yang berkalori tinggi, lebih baik pilih yogurt saja untuk camilan sehari-hari. Karena, yogurt mampu menurunkan kolesterol darah, sehingga kesehatan jantung tetap terjaga. Yogurt juga menjaga microflora yang berfungsi mencegah masuknya penyakit ke dalam saluran pencernaan. Cukup mengonsumsi yogurt 1 atau 2 gelas sehari saja sudah cukup membantu mencegah obesitas.



Diet Untuk Penderita Obesitas

Diet rendah kalori

Pasien diet harus menimbang dan mengukur makanan sebagai pembantu dalam mempelajari dan mengenal ukuran jenis.

Kurangi penggunaan lemak

Gunakan daging yang tidak berlemak atau ayam tanpa kulit dan jangan makan lebih dari 170 g/hari. Rebus, bakar, atau kukus makanan daripada digoreng. Gunakan rempah-rempah, bumbu, dan air jeruk nipis atau penyedap yang rendah kalori lainnya daripada mentega, margarin, minyak zaitun.

Makan berserat tinggi

Makanan berserat tinggi memerlukan waktu lebih lama untuk dicerna daripada makanan rendah serat, dan rasa kenyang (penuh dan puas) dapat dicapai dengan sedikit kalori bila memakan makanan berserat tinggi.

Memakan makanan sehat disertai vitamin dan mineral yang cukup



DIET PADA PENDETERITA OBESITAS

Oleh :
SHINTIA NOVITRI
NIM. 2020034

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
STIKES HANG TUAH SURABAYA
2023



Definisi

Obesitas adalah penumpukan lemak yang berlebihan ataupun abnormal yang dapat mengganggu kesehatan. Obesitas terjadi bila konsumsi kalori lebih banyak dari yang diperlukan dan dipergunakan oleh tubuh.

IMI	Kategori
< 18,5	Berat badan kurang (underweight)
18,5 – 22,9	Berat badan normal
23-24,9	Kelebihan berat badan (overweight) dengan risiko
25-29,9	Obesitas I
> 30	Obesitas II

Penyebab

- Kurang berolah raga
- Kebiasaan makan yang keliru
- Faktor pola makan abnormal
- Faktor genetik
- Faktor psikis
- Faktor kesehatan
- Pengaruh obat – obat tertentu

Komplikasi

- Diabetes (kencing manis),
- Hipertensi (tekanan darah tinggi),
- Dislipidemia (kadar kolesterol dan trigliserida darah tinggi),
- Percepatan atherosklerosis (penyumbatan pembuluh darah)
- Mengganggu penampilan / estetika diri,
- Kematian akibat penyakit jantung dan pembuluh darah.
- Serangan jantung.



Cara Mengurangi Kelebihan Berat Badan

Melakukan kegiatan fisik secara teratur (bekerja, belajar, olahraga). Usahakan olahraga yang ringan selama 5-10 menit sebelum mandi, misalnya lari ditempat dan senam.

Lakukan olahraga yang murah, tetapi besar manfaatnya bagi pembentukan tubuh agar tampak atletis, misalnya jogging, renang, dan senam/aerobik.

Usahakan untuk tidak jajan makanan di pinggir jalan yang tak terjamin kebersihannya. Jangan mengonsumsi makanan yang tak sehat, misalnya kadar kolesterol tinggi.

Usahakan untuk selalu memantau berat badan secara teratur dengan menimbang berat badan. Jangan lupa, usahakan untuk berkonsultasi dengan tenaga ahli, seperti ahli gizi, dokter atau ahli kebugaran badan