

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.K DENGAN DIAGNOSIS  
MEDIS *LOW BACK PAIN (LBP)* DI RUANG GALANG 1  
RUMAH SAKIT PUSAT TNI AL  
dr. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh:  
I PUTU SUDARMA  
NIM.2422005**

**PROGRAM STUDI D-3 KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA  
2025**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.K DENGAN DIAGNOSIS MEDIS  
*LOW BACK PAIN (LBP)* DI RUANG GALANG 1  
RUMAH SAKIT PUSAT TNI AL  
dr. RAMELAN SURABAYA**

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



**Oleh:  
I PUTU SUDARMA  
NIM 2422005**

**PROGRAM STUDI D-3 KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SURABAYA  
2025**

## SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : I PUTU SUDARMA

NIM : 2422005

Tanggal Lahir: : Singaraja, 08 Maret 1980

Program Studi : D-III Keperawatan

Menyatakan bahwa KTI yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.K DENGAN DIAGNOSIS LOW BACK PAIN (LBP) DI RUANG GALANG 1 RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA”**, 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.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagai mana mestinya.

Surabaya, 16 Juli 2025



I Putu Sudarma  
Nim:242200

## **HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : I Putu Sudarma

NIM : 2422005

Program Studi : D-3 Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn.K Dengan Diagnosis Medis *Low Back Pain (LBP)* Di Ruang Galang 1 RSPAL Dr.Ramelan

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)**

**Surabaya, 16 Juli 2025**

**Pembimbing**



Ceria Nurhayati, S.Kep.,Ns., M.Kep  
NIP.03049

Ditetapkan di : Sekolah Tinggi ilmu Kesehatan Hangtuah Surabaya

Tanggal : 16 Juli 2025

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : I Putu Sudarma  
NIM : 2422005  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn.K Dengan Diagnosis Medis  
*Low Back Pain (LBP)* Di Ruang Galang 1 RSPAL  
Dr. Ramelan

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah

Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : 16 Juli 2025

Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III

Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji Ketua : Dr Dhian Satya R., S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP.03008



Penguji I : Dwi Ernawati, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP.03023



Penguji II : Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
NIP.03049



Mengetahui,  
Stikes Hang Tuah Surabaya  
Ka Prodi D-III Keperawatan



Dwi Priyanti, S.Kep., Ns., M.Sc.  
NIP.03006

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 16 Juli 2025

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada Kami, sehingga Kami dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Kami menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini 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 Kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. Setiadi S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melaksanakan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI dr M.Sulaiman Abidin,Sp.M selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
3. Dr. Diah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Puket 1, Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada saya menyelesaikan pendidikan.
4. Dr. Dya Sustrami. S.Kep, Ns, M.Kep selaku Puket 2 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada saya menyelesaikan pendidikan.

5. Dr. Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Puket 3 dan penguji ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada saya menyelesaikan pendidikan.
6. Ibu Dwi Priyantini, S.kep.,Ns., M.Sc, selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan, bimbingan, dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.eperawatan
7. Ibu Dwi Ernawati,S.Kep.,Ns.,M,Kep selaku Penguji I yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
8. Ibu Ceria Nurhayati,S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku Penguji II dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
9. 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 penulisselama menjalani studi dan penulisan nya.
10. Kepala Ruangan, beserta seluruh perawat ruangan Galang 1 yg sudah memberikan tempat untuk kami praktek
11. Pasien beserta keluarga yang sudah kooperatif dalam memberikan kesempatan untuk diberikan asuhan keperawatan dan mendukung pelaksanaan praktek keperawatan komprehensif dan penulisan karya ilmiah akhir ini

12. Sahabat-sahabat seperjuangan saya dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, Kami 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 manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 16 Juli 2025

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>KARYA TULIS ILMIAH .....</b>	<b>1</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
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 Penulisan .....	5
1.5 Metode Penulisan .....	6
1.5.1 Metode .....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....	6
1.5.3 Sumber Data .....	7
1.5.4 Studi Kepustakaan .....	7
1.6 Sistematika Penulis .....	7
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>9</b>
2.1. Konsep Gangguan LBP .....	9
2.1.1 Definisi LBP .....	9
2.1.2 Anatomi Tulang Belakang .....	10
2.1.3 Fisiologi Tulang Belakang .....	12
2.1.4 Etiologi .....	13
2.1.5 Klasifikasi .....	14
2.1.6 Manifestasi klinis .....	18
2.1.7 Faktor resiko LBP .....	19
2.1.8 Patofisiologi .....	21
2.1.9 Komplikasi .....	21
2.1.10 Pemeriksaan penunjang .....	22
2.1.11 Pemeriksaan Radiologi .....	22
2.1.12 Penatalaksanaan .....	22
2.2. Konsep Nyeri .....	23
2.2.1 Pengertian Nyeri .....	23
2.2.2 Fisiologi Nyeri .....	23
2.2.3 Jenis-Jenis Nyeri .....	24
2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Persepsi Nyeri .....	24
2.2.5 Pengkajian Nyeri .....	25
2.2.6 Penatalaksanaan Nyeri .....	26

2.2.7 Peran Perawat dalam Nyeri.....	26
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan LBP .....	26
2.3.1 Pengkajian.....	27
2.3.2 Diagnosis keperawatan .....	32
2.3.3 Intervensi keperawatan .....	33
2.3.4 Pelaksanaan.....	37
2.3.5 Evaluasi.....	38
2.4. WOC (web of causation).....	39
<b>BAB 3 TINJAUAN KASUS .....</b>	<b>40</b>
3.1 Pengkajian.....	40
3.1.1 Identitas Pasien .....	40
3.1.2 Keluhan Utama. ....	40
3.1.3 Riwayat penyakit sekarang .....	41
3.1.4 Riwayat penyakit dahulu. ....	42
3.1.5 Riwayat penyakit keluarga.....	42
3.1.6 Riwayat Alergi.....	42
3.1.7 Keadaan Umum. ....	42
3.1.8 Tanda -Tanda Vital dan Antropometri.....	42
3.1.9 Genogram.....	43
3.1.10 Pemeriksaan Fisik .....	44
3.1.11 Personal Hygiene .....	48
3.1.12 Psikososiocultural .....	49
3.1.13 Pemeriksaan Penunjang .....	49
3.1.14 Terapi .....	52
3.2 Diagnosis Keperawatan.....	53
3.3 Intervensi keperawatan .....	56
3.4 Catatan Perkembangan dan Implementasi Keperawatan .....	61
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>83</b>
4.1 Pengkajian.....	83
4.2 Diagnose Keperawatan .....	85
4.3 Perencanaan .....	92
4.4 Pelaksanaan.....	95
4.5 Evaluasi.....	98
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>	<b>101</b>
5.1 Kesimpulan .....	101
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>105</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>107</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Personal Hygiene .....	48
Tabel 3. 2 Pemeriksaan Penunjang .....	49
Tabel 3. 3 Pemeriksaan Photo Lumbosacral .....	51
Tabel 3. 4 Pemeriksaan Photo Thorak AP .....	51
Tabel 3. 5 Pemeriksaan MRI Lumbosacral.....	51
Tabel 3. 6 Terapi .....	52
Tabel 3. 7 Analis data .....	53
Tabel 3. 8 Prioritas masalah .....	55
Tabel 3. 9 Intervensi keperawatan .....	56
Tabel 3. 10 Catatan Perkembangan dan Implementasi Keperawatan .....	61

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Vertebral Column.....	10
Gambar 2. 2 Lumbar Vertebrae .....	11
Gambar 2. 3 WOC <i>Low Back Pain</i> (LBP) .....	39

## DAFTAR SINGKATAN

AP : Anterior Posterior  
B.D : Berhubungan Dengan  
BB : Berat Badan  
CRT : *Capillary Refill Time*  
CT : *Computed Tomography*  
DIV : Discus Intervertebralis  
DL : Darah Lengkap  
DO : Data Objektif  
DS : Data Subjektif  
DX : Diagnosis  
GCS: *Glasgow Coma Scale*  
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  
NIOSH : *National For Occupational Safety and Health*  
NSAID : Non Steroid Anti Inflamasi Disease  
Tn : Tuan  
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 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

*Low back pain* (LBP) atau nyeri punggung bawah merupakan salah satu gangguan sistem muskuloskeletal yang sering terjadi akibat postur tubuh yang tidak ergonomis. Kondisi ini ditandai dengan rasa nyeri yang terlokalisasi di area antara tulang rusuk bagian bawah hingga lipatan bokong, dan berlangsung lebih dari beberapa hari (Atika, 2021). Nyeri punggung bawah melibatkan daerah antara sudut bawah kosta hingga lumbosakral, di mana sumber keluhannya dapat berasal dari struktur seperti tulang belakang, otot, saraf, dan jaringan di sekitarnya (Merdiana, Mustakim, & Deviarbi, 2021). LBP juga dapat didefinisikan sebagai nyeri pada segmen vertebra lumbal bawah, terutama pada cakram intervertebralis L4–L5 dan L5–S1, yang kadang menjalar hingga ke tumit (Edriyani, Erwin, & Novita, 2020). Beberapa faktor yang biasanya menjadi pencetus LBP yaitu faktor lingkungan dan faktor individu. Faktor lingkungan pekerjaan seperti posisi kerja, lama kerja, kondisi tempat kerja. Faktor individu seperti jenis kelamin, usia, masa kerja dan obesitas. Obesitas menjadi salah satu penyebab LBP karena otot dan tulang belakang menahan beban yang cukup lama, yang mengakibatkan degenerasi tulang belakang dan menyebabkan penyempitan rongga diskus secara permanen. Dalam praktik keperawatan, beberapa masalah kesehatan yang timbul pada pasien LBP meliputi nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan pola tidur, resiko jatuh dan obesitas.

Berdasarkan data yang diperoleh dari *World Health Organization* (WHO) jumlah pasien (kasus prevalent) dengan diagnosis low back pain (LBP) untuk periode 2019 hingga 2021 ,jumlah kasus pada tahun 2019 ,sekitar 568,4 juta orang mengalami LBP (95%UI: 505 – 640,6 juta).pada tahun 2020 meningkat menjadi 619 juta orang( = 1dari 13 orang di dunia),dan pada tahun 2021 sebanyak 628,8 juta orang, angka insiden baru sebesar 266,8 juta kasus,dan total YLD mencapai 70,16 juta (Years Lived with Disability).Prevalensi *Low Back Pain* (LBP) di Indonesia berdasarkan berbagai studi lokal (2019–2023): Sebanyak 44,3 % orang dewasa usia menengah (sekitar 3.005 responden) mengalami LBP dalam 12 bulan terakhir. Faktor risiko signifikan meliputi jenis kelamin perempuan, BMI tinggi, aktivitas fisik rendah, tingkat stres tinggi, dan durasi kerja yang Panjang.( *Middle-aged adults in Indonesia 2023*). *Perawat RS Sardjito, Yogyakarta* (data 2020–2021) Dari 800 perawat, 40,5 % pernah atau sedang mengalami LBP. Dari jumlah tersebut, 88,9 % masih merasakan nyeri saat pengumpulan data. Faktor risiko utama adalah riwayat keluhan tulang belakang, penggunaan alat transfer pasien, tempat kerja, dan jenis kelamin

Masalah keperawatan utama yang terjadi pada pasien LBP adalah nyeri akut. Kondisi ini ditandai dengan rasa nyeri yang terlokalisasi di area antara tulang rusuk bagian bawah hingga lipatan bokong, dan berlangsung lebih dari beberapa hari (Atika, 2021). Masalah keperawatan berikutnya gangguan mobilitas fisik.kondisi ini ditandai dengan keterbatasan Gerak,kesulitan berdiri berjalan atau bekerja yang disebabkan karena rasa nyeri dan kebas yang menjalar sampe ketumit.(Merdiana,Mustakim,& Deviarbi,2021).Masalah keprawatan gangguan polatidur,masalah ini timbul karena rasa nyeri yang mengakibatkan pola tidur

terganggu, dan berkurangnya jumlah waktu yang biasanya digunakan saat tidur. Kualitas tidur yang buruk dapat menyebabkan penurunan partisipasi dalam aktivitas sehari-hari. Masalah resiko jatuh disebabkan oleh mobilitas yang buruk, sehingga mengakibatkan rasa takut terhadap pasien saat akan melaksanakan mobilisasi sehingga ketergantungan pasien terhadap orang lain dalam melakukan mobilisasi sangat tinggi. 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).

Perawat berperan penting dalam memberikan Solusi dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan *Low Back Pain* (LBP), salah satunya pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan untuk dapat melaksanakan Tindakan seperti manajemen nyeri, dukungan mobilitas, dukungan tidur, dukungan perawatan diri, dan edukasi berat badan ideal. Evaluasi dilakukan secara berkelanjutan untuk menilai efektivitas tindakan dan menyesuaikan rencana keperawatan sesuai dengan perkembangan kondisi pasien. sehingga penulis Menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Tn. K Dengan diagnosis Medis *Low Back Pain* (LBP) di Ruang Galang 1 Rumah Sakit Pusat TNI AL dr. Ramlan 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 Tn.K dengan diagnosis medis LBP (*Low Back Pain*) di Ruang Galang 1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa diharapkan dapat memberikan asuhan keperawatan pada Tn. K dengan didiagnosis medis *Low Back Pain* (LBP) di Ruang Galang 1 RSPAL dr Ramelan Surabaya.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian Pada Tn. K dengan diagnosis *Low Back Pain* (LBP) di Ruang Galang 1 RSPAL dr Ramelan Surabaya
2. Mahasiswa mampu menegakan diagnosa keperawatan Pada Tn. K Dengan diagnosis medis *Low Back Pain* (LBP) di Ruang Galang 1 RSPAL dr Ramelan Surabaya.
3. Mahasiswa mampu menyusun intervensi keperawatan Pada Tn. K dengan diagnosis medis *Low Back Pain* (LBP) di Ruang Galang 1 RSPAL dr Ramelan Surabaya
4. Mahasiswa mampu melaksanakan implementtasi keperawatan Pada Tn. K dengan diagnosis medis *Low Back Pain* (LBP) di Ruang Galang 1 RSPAL dr Ramelan Surabaya.

5. Mahasiswa mampu melaksanakan evaluasi Pada Tn. K dengan diagnosis medis *Low Back Pain* (LBP) di Ruang Galang 1 RSPAL dr Ramelan Surabaya
6. Mahasiswa mampu melaksanakan dokumentasi pada Tn. K dengan diagnosis medis *Low Back Pain* (LBP) di Ruang Galang 1 RSPAL dr Ramelan Surabaya

#### **1.4 Manfaat Penulisan**

Sejalan dengan tujuan yang ingin dicapai, tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Secara akademis

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya terkait pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis LBP (*Low Back Pain*).

2. Secara Praktis, tugas akhir ini memberikan manfaat bagi:

- a. Pelayanan Keperawatan di rumah sakit

Karya ini dapat dijadikan sebagai referensi dan bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan yang komprehensif bagi pasien dengan LBP di lingkungan rumah sakit.

- b. Penulis

Penulisan tugas akhir ini memberikan pengalaman dan gambaran yang berguna bagi penulis dalam menyusun karya ilmiah, serta dapat menjadi acuan bagi penulis lainnya yang ingin mengangkat tema serupa

c. Profesi Kesehatan

Hasil tugas akhir ini dapat memperkaya pengetahuan profesi keperawatan, serta meningkatkan pemahaman mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *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**

1. Wawancara

Data dikumpulkan melalui wawancara dengan pasien, keluarga, serta anggota tim kesehatan lainnya.

2. Observasi

Data diperoleh melalui observasi terhadap perilaku serta perubahan kondisi kesehatan pasien secara langsung.

3. Pemeriksaan

Mencakup pemeriksaan fisik dan uji laboratorium yang berperan dalam mendukung penegakan diagnosis serta perencanaan penatalaksanaan lanjutan.

### 1.5.3 Sumber Data

#### 1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien

#### 2. Data Studi Sekunder

Data sekunder adalah data yang dikumpulkan dari keluarga pasien, catatan perawat, hasil pemeriksaan, sistem informasi rumah sakit, dan petugas kesehatan lain.

### 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 Penulis

Agar mempermudah pembaca dalam mempelajari dan memahami isi karya tulis ilmiah ini secara menyeluruh, maka penyajiannya dibagi ke dalam tiga bagian utama, yaitu:

1. Bagian ini memuat elemen-elemen pendukung awal dalam karya tulis ilmiah, yang terdiri dari, Judul, persetujuan peminat, dan pengesahan
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, dimana masing-masing bab memuat sub bab yang saling berkaitan satu sama lain sebagai berikut ini:

**BAB1:** Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

**BAB 2:** Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis LBP, serta kerangka masalah.

**BAB 3:** Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian,

diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

**BAB 4:** Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

**BAB 5:** Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pelaksanaan medis. Selanjutnya, akan diuraikan pula konsep asuhan keperawatan, yang mencakup pendekatan sistematis terhadap masalah-masalah keperawatan yang Pada bab ini akan dibahas secara teoritis mengenai konsep penyakit Low Back Pain (LBP) dan asuhan keperawatan yang diterapkan pada pasien dengan kondisi tersebut. Pembahasan mengenai konsep penyakit akan mencakup Definisi, Anatomi fisiologi, Etiologisering muncul pada pasien dengan LBP. Asuhan keperawatan ini mencakup lima langkah proses keperawatan, yaitu: Pengkajian, Perumusan, diagnosis, keperawatan, Perencanaan tindakan, Pelaksanaan intervensi, dan Evaluasi hasil keperawatan. pada tanggal 2 Juni 2025 sampai dengan 4 Juni 2025 di Ruang Galang 1 RSPAL de. Ramelan. Dengan landasan teori ini, diharapkan dapat menjadi dasar ilmiah dalam menganalisis kasus dan menyusun intervensi keperawatan secara tepat dan rasional.

#### **2.1. Konsep Gangguan LBP**

##### **2.1.1 Definisi LBP**

LBP merupakan salah satu gangguan muskuloskeletal akibat dari ergonomis yang salah, dan didefinisikan sebagai nyeri yang terlokalisasi antara batas tulang rusuk dan lipatan saraf motorik utama yang menginnervasi otot gluteus maximus yang berjangka waktu lebih dari beberapa hari (Atika, 2021).

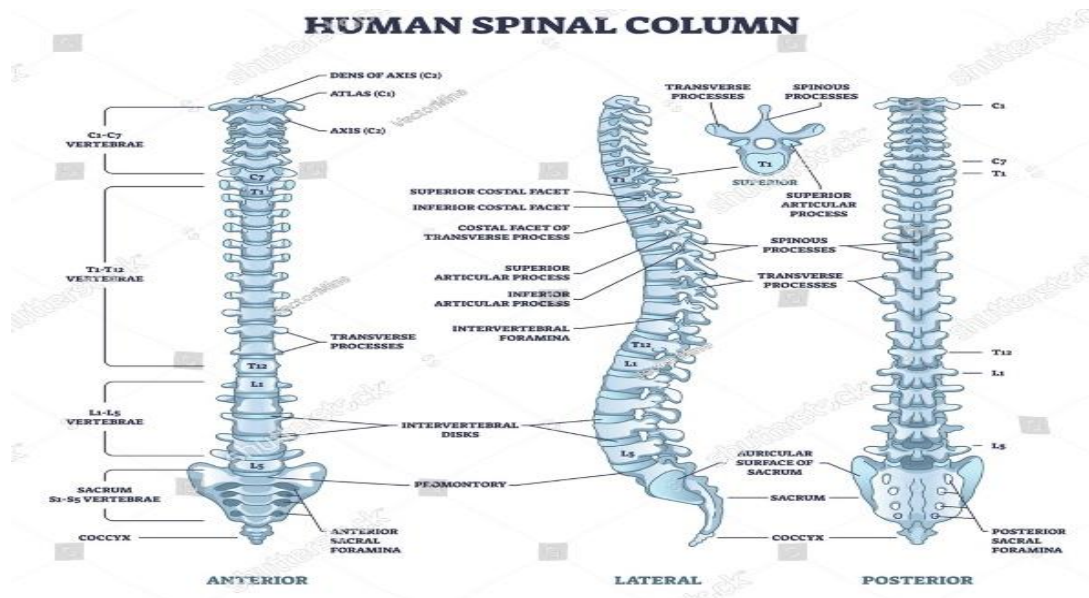
Nyeri punggung bawah adalah rasa nyeri yang terjadi di area antara bagian bawah tulang rusuk hingga daerah lumbosakral. Keluhan ini umumnya timbul akibat gangguan pada struktur di sekitar punggung bawah,

seperti tulang belakang, otot, saraf, serta jaringan penunjang lainnya (Merdiana, Mustakim, & Deviarbi, 2021).

Low back pain (LBP) atau nyeri punggung bawah merupakan nyeri yang dirasakan pada daerah diskus intervertebralis lumbal bawah L4- L5 dan L5-S yang terasanyeri sampe tumit (Edriyani, Erwin, Novita, TH 2020) ini sering terjadi dikarenakan duduk terlalu lama dengan posisi duduk yang salah sehingga menjadikan kakunya otot punggung dan dapat merusak jaringan disekitar punggung.

### 2.1.2 Anatomi Tulang Belakang

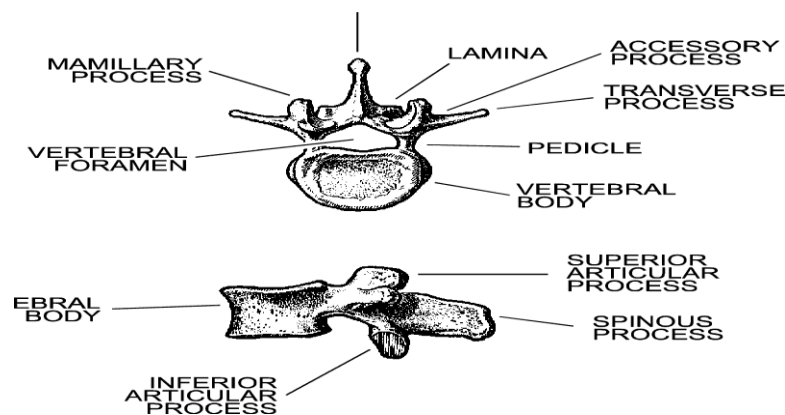
Tulang belakang merupakan tulang yang berfungsi sebagai penyangga tubuh manusia. ada 33 ruas tulang secara segmental yang terdiri dari servikal 17 ruas tulang, torakal 12 ruas tulang, lumbal 5 ruas tulang yang menyatu, dan tulang ekor 4 ruas. (Untari, 2023).



Gambar 2. 1 Vertebral Column (Utari 2023)

Umur 30 tahun diskus intervetebralis akan mengalami degenerasi yang menimbulkan robekan dan jaringan parut, berkurangnya cairan, ruang diskus secara permanen akan kehilangan stabilitasnya.

Low back pain sering terjadi diarea Tulang belakang di area lumbal, Vertebra lumbal adalah ruas tulang punggung terbesar. Prosessus spinosusnya lebar dan berbentuk kapak kecil, prosessus transversusnya berukuran panjang dan kecil, vertebra lumbalis membentuk sendi dengan tulang sacrum pada sendi lumbosacral.



Gambar 2. 2 Lumbar Vertebrae (Utari-2023)

Otot-otot yang berasal dari tulang belakang lumbalis terbagi menjadi dua kelompok utama, yaitu otot posterior dan otot anterior, dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Otot Posterior :
  - a. Musculus latissimus dorsi,
  - b. Musculus paraspinalis yang mencakup otot-otot erector spinae seperti *m. iliocostalis*, *m. longissimus*, *m. spinalis*, dan *m. semispinalis*.  
Kelompok otot ini berperan sebagai ekstensor utama pada tulang belakang.

## 2. Otot anterior

- a. *Musculus psoas*, yang melekat langsung pada tulang lumbalis; saat otot ini meregang, akan terlihat peningkatan lengkungan normal lordosis lumbal
- b. *Musculus kuadratum lumborum*, berfungsi dalam pergerakan lateral dan membantu gerakan fleksi pada daerah lumbal.
- c. *Musculus obliquus internus*, berasal dari tulang pelvis dan berperan sebagai otot postural utama pada dinding abdomen.
- d. *Musculus transversus abdominis*, yang berorigo di bagian bawah sternum dan berfungsi menekan isi perut serta memfasilitasi rotasi tubuh ke arah samping.
- e. *Musculus rectus abdominis*, juga berasal dari pelvis dan memiliki fungsi yang mirip, yaitu menekan perut dan mendukung gerakan rotasi lateral batang tubuh.

### 2.1.3 Fisiologi Tulang Belakang

Tulang belakang memegang peran penting sebagai penopang utama tubuh manusia dan merupakan salah satu sendi yang menanggung beban tubuh terbesar, sehingga rentan terhadap gangguan anatomi maupun fungsional. Tulang belakang memiliki kemampuan bergerak dengan fleksibilitas tertentu, yakni ekstensi atau fleksi ke belakang sebesar 20°, fleksi lateral sebesar 20°, fleksi ke depan hingga 45°, serta rotasi atau perputaran tubuh sebesar 45° (Purnomo, 2019).

Menurut Purnomo (2019), keluhan nyeri pinggang merupakan gejala yang paling sering dan signifikan muncul akibat beratnya beban yang ditanggung oleh tulang punggung bagian bawah. Terdapat berbagai faktor yang dapat menjadi penyebab timbulnya nyeri tersebut, di antaranya kelainan anatomi, perubahan biomekanik pada tulang belakang, serta faktor autoimun dan psikologis. Seluruh kondisi tersebut dapat memicu terjadinya iritasi pada struktur perifer, yang pada akhirnya mengakibatkan gangguan atau ketidakmampuan fungsi tulang belakang secara keseluruhan. Iritasi ini bisa ditimbulkan oleh berbagai kondisi, seperti herniasi diskus intervertebralis (DIV), penyempitan foramen, sinovitis, atau iritasi pada sendi faset (rivefesial), dan lainnya.

#### **2.1.4 Etiologi**

Nyeri punggung dapat timbul akibat berbagai kelainan atau gangguan pada struktur yang menyusun dan menyokong tulang belakang, seperti tulang belakang itu sendiri, otot, diskus intervertebralis, sendi, maupun jaringan penunjang lainnya. Beragam kondisi patologis yang melibatkan struktur-struktur tersebut dapat menjadi penyebab utama munculnya keluhan nyeri punggung (Fauzia, 2015 :

1. Kelainan kongenital/kelainan perkembangan terdiri dari spondilosis dan spondilolistesis, kiposkoliosis, spina bifida, gangguan korda spinalis.
2. Trauma minor

Trauma minor biasanya terjadi dalam bentuk regangan dan cedera whip-lash, fraktur atau traumatik yaitu jatuh, kecelakaan kendaraan bermotor.

### 3. Atraumatik

Terdiri dari osteoporosis, infiltrasi neoplastik, steroid eksogen, herniasi diskus intervertebral.

### 4. Degenerative

Merujuk pada berbagai gangguan yang melibatkan struktur diskus dan tulang belakang, seperti terbentuknya kompleks diskus-osteofit, gangguan internal pada diskus, penyempitan kanal spinal (stenosis spinalis) yang disertai gejala klaudikasio neurogenik, kelainan pada sendi vertebra, serta gangguan pada sendi atlantoaksial, seperti yang terjadi pada penderita artritis reumatoid.

#### **2.1.5 Klasifikasi**

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

##### 1. *LBP Akut*

*Low Back Pain* (LBP) akut adalah jenis nyeri punggung bawah yang berlangsung selama enam minggu atau kurang. Kondisi ini biasanya muncul secara mendadak dan bersifat sementara, dengan durasi yang berkisar dari beberapa hari hingga beberapa minggu. Pada umumnya, nyeri ini dapat mereda atau sembuh dengan sendirinya seiring waktu.

##### 2. *LBP Subakut*

LBP subakut adalah kondisi nyeri punggung bawah yang berlangsung dalam jangka waktu antara enam hingga dua belas minggu.

##### 3. *LBP Kronik*

LBP kronik merupakan nyeri yang timbul lebih dari dua minggu.

a. Nyeri Punggung Lokal

Nyeri punggung lokal merupakan jenis nyeri yang umumnya terletak di sepanjang garis tengah punggung, namun dapat menjalar ke sisi kanan dan kiri. Sumber nyeri ini bisa berasal dari struktur di sekitarnya seperti fascia, otot paraspinal, tulang belakang (korpus vertebra), sendi, maupun ligamen. Keluhan nyeri dapat bersifat menetap atau datang dan pergi, serta bisa bertambah atau berkurang tergantung perubahan posisi tubuh. Selain itu, punggung akan terasa nyeri bila ditekan atau disentuh.

b. Iritasi pada Radiks

Iritasi pada radiks saraf terjadi akibat adanya tekanan atau penyempitan ruang, yang disebut sebagai proses desak ruang. Kondisi ini muncul ketika ruang-ruang di dalam foramen vertebra atau kanalis vertebralis mengalami penekanan satu sama lain. Tekanan tersebut menyebabkan radiks saraf teriritasi, sehingga memicu munculnya sensasi nyeri.

c. Nyeri Rujukan Somatis

Nyeri rujukan somatis adalah jenis nyeri yang timbul akibat iritasi pada serabut sensorik di permukaan tubuh, namun sensasi nyerinya dirasakan lebih dalam dan mengikuti pola dermatom terkait. Sebaliknya, iritasi yang terjadi pada struktur bagian dalam tubuh juga dapat dirasakan sebagai nyeri di permukaan tubuh (lebih superfisial).

#### d. Nyeri Rujukan Viserosomatis

Merupakan jenis nyeri yang muncul akibat gangguan pada organ-organ viseral, khususnya yang terletak di dalam rongga retroperitoneal, intraabdomen, atau pelvis. Meskipun sumber nyeri berasal dari organ dalam, sensasi nyeri tersebut dapat dirasakan menjalar hingga ke daerah pinggang, sehingga sering kali disalah artikan sebagai nyeri muskuloskeletal.

#### e. Nyeri Karena Iskemia

Nyeri akibat iskemia terjadi karena adanya penyumbatan pada percabangan aorta atau arteri iliaka komunis. Jenis nyeri ini menyerupai nyeri pada klaudikasio intermiten, yang umumnya dirasakan di area punggung bawah, gluteus (bokong), dan dapat menjalar ke paha.

#### f. Nyeri Psikogen

Nyeri psikogenik merupakan jenis nyeri yang tidak sesuai dengan distribusi anatomis saraf atau pola dermatom, serta tidak dapat dijelaskan secara fisiologis. Nyeri ini umumnya disertai dengan respon emosional yang berlebihan, termasuk ekspresi wajah yang tampak tidak proporsional terhadap intensitas rangsangan nyeri yang dialami.

#### g. LBP Spondilogenik

Nyeri spondilogenik merupakan nyeri yang berasal dari struktur tulang belakang, termasuk vertebra, sendi, dan jaringan lunak sekitarnya, seperti ligamen dan otot. Kelainan atau gangguan pada

struktur-struktur ini dapat memicu timbulnya sensasi nyeri. Beberapa kondisi yang umum menyebabkan nyeri spondilogenik antara lain spondilosis, osteoma, osteoporosis, serta sindrom nyeri miofasial pada punggung.

#### h. LBP Viseronik

Adalah jenis nyeri yang timbul akibat adanya gangguan atau kelainan pada organ-organ internal (organ dalam tubuh). Contoh kondisi yang dapat memicu jenis nyeri ini antara lain gangguan pada ginjal, kelainan sistem reproduksi (ginekologis), serta adanya masa atau tumor di daerah retroperitoneal.

#### i. LBP Vaskulogenik

Nyeri vaskulogenik adalah jenis nyeri yang timbul akibat kelainan atau gangguan pada sistem pembuluh darah. Kondisi ini dapat disebabkan oleh berbagai masalah vaskular, seperti aneurisma atau gangguan sirkulasi darah, yang menimbulkan sensasi nyeri di area tertentu sesuai lokasi pembuluh darah yang terlibat.

#### j. LBP Psikogenik

Nyeri psikogenik adalah sensasi nyeri yang muncul sebagai respons terhadap gangguan psikologis, seperti neurosis, kecemasan (ansietas), dan depresi. Pada jenis nyeri ini, tidak ditemukan penyebab fisik yang jelas, karena nyeri lebih berkaitan dengan kondisi mental atau emosional pasien.

### 2.1.6 Manifestasi klinis

Berdasarkan (ridwan, iswanti, 2023) Low back pain myogenic dapat terjadi dengan tanda dan gejala sebagai berikut:

1. Nyeri umumnya bermula dari area punggung dan bersifat menetap. Intensitas nyeri cenderung meningkat saat pasien melakukan aktivitas fisik, sedangkan saat istirahat, nyeri akan berkurang dan pasien merasa lebih nyaman.
2. Spasme otot pada kasus nyeri punggung umumnya melibatkan otot erector spinae dan quadratus lumborum, yang ditandai dengan munculnya rasa kaku dan tegang pada area punggung.
3. Pada kasus Low Back Pain (LBP), keterbatasan gerak sering terjadi pada tulang vertebra, terutama saat melakukan gerakan seperti fleksi, ekstensi, lateral fleksi, maupun rotasi. Kondisi ini disebabkan oleh meningkatnya ketegangan pada jaringan lunak di sekitar tulang belakang serta timbulnya rasa nyeri yang membatasi pergerakan.
4. Kelemahan pada otot-otot punggung dapat terjadi sebagai respons terhadap nyeri, dan tingkat kelemahannya bergantung pada lokasi nyeri yang dirasakan. Rasa nyeri yang muncul akan membatasi gerakan pasien, sehingga aktivitas otot menjadi berkurang dan memicu terjadinya kelemahan otot secara progresif.
5. Gangguan fungsional merupakan kondisi di mana seseorang mengalami hambatan dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari secara optimal, baik dalam aspek fisik, sosial, maupun peran fungsional lainnya.

### 2.1.7 Faktor resiko LBP

Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya low back pain (LBP) meliputi faktor individu, faktor pekerjaan, dan faktor lingkungan. Faktor individu mencakup usia, indeks massa tubuh, dan kondisi fisik; faktor pekerjaan melibatkan aktivitas berat, posisi kerja yang tidak ergonomis, serta durasi kerja yang panjang; sedangkan faktor lingkungan meliputi kondisi tempat kerja, suhu, dan pencahayaan yang kurang mendukung. (Fauzia, 2015).

#### 1. Faktor individu:

##### a. Usia

Proses degeneratif pada tulang umumnya mulai terjadi sejak usia 30 tahun. Pada usia ini, mulai terjadi kerusakan jaringan, penggantian jaringan normal dengan jaringan parut, serta penurunan kadar cairan antarjaringan. Perubahan-perubahan tersebut menyebabkan menurunnya stabilitas dan kekuatan pada struktur tulang maupun otot, sehingga meningkatkan risiko terjadinya gangguan muskuloskeletal seperti low back pain.

##### b. Jenis kelamin

Prevalensi low back pain (LBP) cenderung lebih tinggi pada wanita dibandingkan pria. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa wanita lebih sering mengambil cuti kerja akibat keluhan LBP. Faktor jenis kelamin turut berperan dalam menentukan tingkat risiko gangguan muskuloskeletal, termasuk keluhan pada sistem otot dan rangka.

## 2. Faktor pekerjaan:

### a. Masa kerja

Masa kerja merupakan faktor yang berhubungan dengan durasi seseorang bekerja di suatu tempat. Seiring dengan lamanya masa kerja, risiko terjadinya low back pain (LBP) cenderung meningkat, karena LBP termasuk gangguan muskuloskeletal kronis yang membutuhkan waktu untuk berkembang dan menunjukkan gejala. Oleh karena itu, semakin lama seseorang terpapar faktor risiko di lingkungan kerjanya, maka semakin tinggi pula kemungkinan mengalami LBP.

### b. Beban kerja

Beban kerja adalah keseluruhan tuntutan aktivitas fisik, mental, maupun sosial yang harus diselesaikan oleh seseorang dalam kurun waktu tertentu. Beban ini harus disesuaikan dengan kapasitas fisik dan keterbatasan individu yang menjalankannya, agar tidak menimbulkan gangguan kesehatan, termasuk risiko gangguan muskuloskeletal seperti low back pain.

## 3. Factor lingkungan :

### a. Getaran

Paparan getaran berlebih, terutama dalam jangka waktu lama, dapat meningkatkan risiko terjadinya low back pain (LBP). Kondisi ini umumnya dialami oleh individu yang menghabiskan banyak waktu di kendaraan atau bekerja di lingkungan dengan paparan getaran tinggi, yang menjadi salah satu faktor ergonomis penyebab gangguan pada tulang belakang.

#### b. Kebisingan

Kebisingan di lingkungan kerja dapat memengaruhi performa dan kenyamanan kerja secara keseluruhan. Meskipun tidak berhubungan langsung dengan low back pain (LBP), kebisingan dapat menjadi faktor pencetus stres psikologis yang pada gilirannya memperburuk persepsi nyeri, termasuk nyeri punggung bawah, sehingga meningkatkan keluhan LBP pada pekerja.

#### **2.1.8 Patofisiologi**

Penggunaan otot secara berlebihan dapat terjadi ketika tubuh dipertahankan dalam posisi statis atau postur yang tidak ergonomis dalam jangka waktu yang lama. Dalam kondisi tersebut, otot-otot punggung akan terus berkontraksi untuk menjaga kestabilan dan posisi tubuh tetap normal. Selain itu, aktivitas yang memberikan beban fisik berlebih, seperti mengangkat benda berat dengan teknik yang salah misalnya dengan posisi membungkuk, lutut tidak ditekuk, dan beban berada jauh dari tubuh dapat menyebabkan tekanan berlebih pada otot-otot punggung bawah, sehingga meningkatkan risiko cedera dan nyeri punggung.

#### **2.1.9 Komplikasi**

Skoliosis merupakan salah satu komplikasi yang paling sering ditemukan pada penderita nyeri punggung bawah akibat spondilosis. Kondisi ini terjadi karena pasien cenderung mempertahankan posisi tubuh yang dirasa lebih nyaman, meskipun tidak sesuai dengan postur tubuh yang normal. Kebiasaan ini diperkuat oleh ketegangan otot yang terjadi di sisi vertebra yang mengalami nyeri (Permatasari, 2022).

### **2.1.10 Pemeriksaan penunjang**

#### **Pemeriksaan laborat**

1. Laju Endapan Darah(LED)
2. Morfologi darah tepi
3. Kalsium
4. Fospor
5. Asamurat
6. Alkalifosfatase
7. Asam Fosfatase
8. Antigenspesifik prostat 2

### **2.1.11 Pemeriksaan Radiologi**

1. Foto Polos
2. MRI
3. CT-Mielografi

### **2.1.12 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan konservatif pada low back pain (LBP) umumnya dilakukan melalui dua pendekatan utama, yaitu terapi farmakologis dan nonfarmakologis (Dewi, Sustresna, & Susila, 2017). Terapi farmakologis mencakup pemberian obat-obatan untuk mengurangi nyeri dan inflamasi, sedangkan pendekatan nonfarmakologis melibatkan fisioterapi, latihan fisik, dan edukasi postur tubuh.

1. Penatalaksanaan farmakologis pada low back pain dilakukan dengan pemberian analgesik, terutama golongan obat antiinflamasi nonster-

oid (NSAID), yang bertujuan untuk mengurangi nyeri dan peradangan hingga gejala mereda

2. Massage dan sentuhan merupakan bentuk stimulasi sensorik yang dapat memengaruhi aktivitas sistem saraf otonom. Ketika individu memersepsikan sentuhan sebagai rangsangan yang menyenangkan, maka tubuh akan merespons dengan menghasilkan efek relaksasi. Salah satu teknik yang umum digunakan adalah *back massage*, yaitu tindakan pijatan lembut pada area punggung menggunakan usapan perlahan. Penggunaan lotion atau balsam dalam proses ini memberikan sensasi hangat yang memicu vasodilatasi pada pembuluh darah lokal. Pelebaran pembuluh darah ini akan meningkatkan aliran darah di area yang dipijat, merangsang aktivitas seluler, membantu mengurangi nyeri, dan mempercepat proses penyembuhan jaringan.

## **2.2. Konsep Nyeri**

### **2.2.1 Pengertian Nyeri**

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, atau digambarkan dalam istilah tersebut. (Definisi menurut International Association for the Study of Pain - IASP, 2020)

### **2.2.2 Fisiologi Nyeri**

Proses terjadinya nyeri terdiri dari empat tahap utama:

1. Transduksi: Reseptor nyeri (nosiseptor) merespon rangsangan kimia, mekanik, atau termal menjadi impuls listrik.
2. Transmisi: Impuls nyeri dikirim melalui saraf perifer ke medula spinalis, lalu ke otak.

3. Persepsi: Otak (korteks serebri) mengenali, menyadari, dan menafsirkan impuls sebagai nyeri.

Modulasi: Otak mengubah atau menghambat sinyal nyeri melalui pelepasan zat analgesik endogen (endorfin, serotonin).

### **2.2.3 Jenis-Jenis Nyeri**

1. Berdasarkan durasi:
  - a. Nyeri akut: Durasi pendek, mendadak, dan sebagai alarm tubuh (misal: luka bakar, trauma).
  - b. Nyeri kronis: Durasi lebih dari 3–6 bulan (misal: artritis, kanker).
2. Berdasarkan sumber
  - a. : Nyeri somatik: Berasal dari kulit, otot, tulang, sendi.
  - b. Nyeri visceral: Dari organ dalam (misal: nyeri kolik).
  - c. Nyeri neuropatik: Disebabkan oleh kerusakan saraf (misal: neuralgia, nyeri diabetik).
  - d. Nyeri psikogenik: Berhubungan dengan faktor psikologis, tanpa sebab fisik yang jelas.

### **2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Persepsi Nyeri**

1. Usia
 

Usia mempengaruhi persepsi nyeri karena perubahan biologis, psikologis, dan sosial yang terjadi sepanjang rentang kehidupan seseorang
2. Jenis kelamin
 

Ini telah dibuktikan dalam banyak studi ilmiah yang menunjukkan adanya perbedaan biologis, hormonal, dan psikososial antara laki-laki dan perempuan dalam merasakan, mengekspresikan, dan menangani nyeri.

3. Budaya dan nilai

Hal ini karena persepsi nyeri bukan hanya proses fisiologis, tetapi juga pengalaman psikologis dan sosial yang dipengaruhi oleh Cara pandang hidup, Norma, dan kepercayaan masyarakat.

4. Tingkat kecemasan dan stress

Ini karena nyeri tidak hanya melibatkan proses fisik, tetapi juga proses psikologis di otak.

5. Pengalaman nyeri sebelumnya

Ini karena otak manusia menyimpan memori emosional dan fisik dari pengalaman nyeri sebelumnya, yang akan membentuk harapan, reaksi, dan interpretasi terhadap nyeri yang baru.

6. Dukungan sosial dan lingkungan

Kehadiran dan sikap orang-orang di sekitar pasien seperti keluarga, teman, atau tenaga kesehatan dapat memperkuat atau justru meringankan persepsi nyeri.

### **2.2.5 Pengkajian Nyeri**

Biasanya menggunakan metode PQRST:

1. P (Provocation/Palliation): Apa yang menyebabkan dan meredakan nyeri?
2. Q (Quality): Bagaimana sifat nyerinya? (tajam, tumpul, terbakar, dsb)
3. R (Region/Radiation): Di mana lokasinya dan apakah menjalar?
4. S (Severity): Seberapa berat? (gunakan skala nyeri 0–10)
5. T (Timing): Kapan mulai? Apakah menetap atau hilang-timbul?

### **2.2.6 Penatalaksanaan Nyeri**

Pendekatan farmakologis:

1. Analgesik non-opioid (Paracetamol, NSAID)
2. Opioid (morfin, tramadol)
3. Obat adjuvan (antidepresan, antikonvulsan)

Pendekatan non-farmakologis:

1. Terapi panas/dingin
2. Teknik relaksasi dan pernapasan dalam
3. Pijat atau akupresur
4. Terapi distraksi (musik, TV)
5. Terapi perilaku kognitif

### **2.2.7 Peran Perawat dalam Nyeri**

1. Melakukan pengkajian nyeri secara rutin dan sistematis
2. Memberikan edukasi mengenai manajemen nyeri
3. Memberikan terapi keperawatan non-farmakologis
4. Bekerja sama dengan tim medis untuk pemberian analgesik
5. Mengevaluasi efektivitas intervensi

## **2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan LBP**

Asuhan keperawatan merupakan suatu bentuk interaksi profesional antara perawat dengan pasien serta lingkungannya, yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien dan mendorong kemandirian dalam merawat diri. Layanan keperawatan memegang peranan penting dalam menentukan kualitas pelayanan kesehatan dan mempercepat proses pemulihan pasien. Peran ini sangat nyata terlihat di fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, di mana perawat

berperan sebagai pemberi perawatan langsung dan pendamping pasien. Dalam menghadapi berbagai tantangan kesehatan, proses keperawatan digunakan sebagai metode pemecahan masalah yang bersifat sistematis dan ilmiah. Proses ini meliputi pengkajian masalah kesehatan, penetapan diagnosa, perumusan tujuan, pelaksanaan intervensi, serta evaluasi terhadap hasil tindakan keperawatan yang telah diberikan (Permenkes RI No. 26 Tahun 2019 tentang Keperawatan

### **2.3.1 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 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 dialami oleh lansia dengan low back pain (LBP) antara lain nyeri lokal pada area pinggang, sensasi kram, rasa panas, nyeri berdenyut, serta ketidaknyamanan secara umum di daerah punggung bawah.

### 3. Riwayat Penyakit Sekarang

Lakukan pengkajian dengan menanyakan kepada klien sejak kapan keluhan mulai dirasakan, waktu munculnya keluhan (misalnya saat beraktivitas atau saat istirahat), serta apakah keluhan tersebut bersifat menetap atau hilang timbul. Tanyakan pula faktor-faktor yang diduga memicu timbulnya keluhan, upaya apa saja yang telah dilakukan klien untuk meredakan nyeri, serta apakah klien memiliki kebiasaan mengonsumsi obat-obatan tertentu secara rutin atau tidak.

### 4. Riwayat penyakit Dahulu.

Lakukan pengkajian riwayat kesehatan dengan menanyakan kepada klien apakah sebelumnya pernah mengalami keluhan serupa, riwayat kecelakaan atau trauma fisik, serta apakah pernah didiagnosis dengan gangguan pada tulang atau otot. Tanyakan juga mengenai riwayat penggunaan obat-obatan, serta kebiasaan mengonsumsi alkohol dan merokok yang dapat menjadi faktor risiko tambahan terhadap gangguan muskuloskeletal.

### 5. Riwayat penyakit keluarga.

Lakukan pengkajian terhadap riwayat kesehatan keluarga untuk mengetahui apakah terdapat anggota keluarga yang mengalami penyakit serupa, baik yang berkaitan dengan faktor genetik maupun keturunan, seperti hipertensi atau diabetes melitus.

### 6. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada klien sebaiknya dilakukan secara sistematis dan terarah berdasarkan pendekatan B1 hingga B6. Pada kasus low back pain, fokus

utama pemeriksaan ditujukan pada B3 (*Brain*), untuk mengevaluasi persepsi nyeri dan respons neurologis, serta B6 (*Bone*), guna menilai kondisi muskuloskeletal yang berkaitan dengan keluhan klien. Pemeriksaan ini harus dikaitkan dengan keluhan subjektif yang disampaikan klien untuk memperoleh data yang akurat dan relevan.

- a. Pada umumnya, keadaan umum klien dengan low back pain tidak menunjukkan penurunan tingkat kesadaran. Namun, klien sering mengalami gangguan pada sistem muskuloskeletal, yang ditandai dengan kelemahan fisik, pembengkakan pada otot-otot kaki dan punggung, serta kekakuan pada otot
- b. Tingkat Kesadaran, klien biasanya *compos mentis*.
- c. B1 (*Breathing*): Pada pengkajian sistem pernapasan, dapat ditemukan frekuensi napas yang meningkat atau tetap berada dalam batas normal, tergantung tingkat nyeri dan respons fisiologis klien terhadap nyeri punggung yang dialami.
- d. B2 (*Blood*): Apabila tidak terdapat gangguan pada sistem kardiovaskular, maka secara umum kualitas dan frekuensi nadi berada dalam rentang normal, begitu pula dengan tekanan darah yang cenderung stabil. Hasil auskultasi jantung umumnya tidak menunjukkan adanya kelainan, dan tidak terdengar bunyi jantung tambahan
- e. B3 (*Brain*): Lakukan pengkajian terhadap kemungkinan adanya gangguan neurologis seperti hilangnya gerakan atau sensasi, spasme otot, kelemahan otot, hingga kehilangan fungsi motorik. Periksa juga pergerakan bola mata, ketajaman penglihatan, serta reaksi pupil

(misalnya dilatasi). Agitasi atau gelisah dapat ditemukan dan mungkin berhubungan dengan nyeri hebat atau kecemasan. Gejala neurologis lain yang perlu diperhatikan meliputi rasa kebas atau kesemutan pada tangan dan kaki, penurunan atau hilangnya sensasi pada jari-jari tangan, serta adanya pembengkakan sendi yang simetris yang dapat mengindikasikan proses inflamasi sistemik.

- f. B4 (*Bladder*): Lakukan pengkajian terhadap perubahan pola eliminasi urin, seperti adanya inkontinensia urin, disuria (nyeri saat berkemih), dan distensi kandung kemih. Perhatikan pula karakteristik urin, termasuk warna, bau, serta kebersihan area genitalia untuk menilai kemungkinan adanya infeksi atau gangguan sistem urinarius.
- g. B5 (*Bowel*): Kaji adanya masalah eliminasi seperti konstipasi, termasuk konsistensi dan frekuensi buang air besar. Lakukan auskultasi untuk menilai bising usus, serta observasi tanda-tanda lain seperti distensi abdomen, nyeri tekan pada perut, dan gejala anoreksia (hilangnya nafsu makan) yang dapat mengindikasikan gangguan pada sistem gastrointestinal.
- h. B6 (*Bone*): Lakukan pengkajian terhadap adanya nyeri hebat yang muncul secara tiba-tiba, yang biasanya terlokalisasi pada area jaringan muskuloskeletal tertentu dan dapat berkurang dengan imobilisasi. Periksa penurunan kekuatan otot, adanya kontraktur, atrofi otot, serta kondisi kulit seperti laserasi dan perubahan warna yang dapat mengindikasikan gangguan sirkulasi atau cedera jaringan.

Gejala: Pada fase akut, nyeri dapat muncul meskipun tidak selalu disertai dengan pembengkakan pada jaringan lunak di sekitar sendi. Sedangkan pada fase kronis, nyeri cenderung bersifat menetap dan sering disertai dengan kekakuan, terutama yang dirasakan pada pagi hari, malam hari, atau saat baru bangun tidur.

## 7. Pola Fungsi Kesehatan

### a. Pola Nutrisi

Menggambarkan aspek-aspek yang berkaitan dengan status nutrisi pasien, termasuk asupan makanan dan minuman, keseimbangan cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan harian, jenis diet yang dijalani, adanya kesulitan menelan (disfagia), keluhan mual atau muntah, serta jenis makanan yang disukai oleh pasien

### b. Pola Eliminasi

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

### c. Pola Tidur dan Istirahat

Menggambarkan pola tidur dan istirahat pasien, termasuk persepsi terhadap tingkat energi harian, durasi tidur pada siang dan malam hari, serta adanya gangguan tidur seperti kesulitan memulai tidur, sering terbangun di malam hari, atau insomnia.

### d. Pola Aktivitas dan Istirahat

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

### 2.3.2 Diagnosis keperawatan

Berikut adalah beberapa diagnosis keperawatan yang biasanya muncul pada pasien dengan gangguan Low Back Pain (LBP), mengacu pada *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (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. Resiko jatuh dibuktikan dengan Riwayat jatuh yang mengakibatkan kekyuatan otot menurun (SDKI,D,0143,Hal 306).
4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI,0080,Hal 180).
5. Obesitas berhubungan dengan factor keturunan (SDKI, D, Hal 77).

### 2.3.3 Intervensi keperawatan

Tabel 3. 1 Intervensi keperawatan.

No	Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik(trauma) (SDKI,D.0077, Hal 172)	Setelah dilaksanakan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri berkurang.	Luaran utama tingkat nyeri (SLKI,L08066, Hal 145)  Kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri berkurang 2. Meringis berkurang 3. Sikap protektip berkurang 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekanan darah membaik	Menejemen nyeri(SIKI,1.08238,Hal 210)  <b>Observasi:</b> 1. Karakteristik, cek lokasi, frekuensi,durasi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Cek skala nyeri. 3. Faktor penyebab nyeri. 4. Memberikan teknik farmakologis(tarik nafas dalam,terapi musik,terapi pijat. 5. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri. 6. Kolaborasi pemberian analgetik.	1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Untuk mengetahui tingkat derajat nyeri yang dirasakan pasien. 3. Agar rasa nyeri yg dirasakan pasien berkurang. 4. Agar tidak semakin memburuk nyeri yang dirasakan pasien . 5. Agar ketika nyeri yang dirasakan memburuk dapat menginfokan keluarga atau tenaga medis untuk segera mendapatkan penanganan. 6. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien

2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri, gangguan neuro-muskular ( <b>SDKI, D.0054, Hal 124</b> )	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat.	<p><b>Luaran Utama Mobilitas Fisik (SLKI, L.05042, Hal 65)</b></p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot meningkat (5).</li> <li>2. Rentang gerak (ROM) meningkat.</li> <li>3. Nyeri menurun (2)</li> <li>4. Gerakan terbatas menurun.</li> <li>5. Kelemahan fisik menurun.</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (SIKI, 1.05173, Hal 30)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.</li> <li>3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur).</li> <li>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.</li> <li>5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.</li> <li>6. Anjurkan melakukan ROM pada bagian yang tidak cedera.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guna mengidentifikasi keberadaan nyeri maupun keluhan fisik lainnya yang dirasakan oleh pasien.</li> <li>2. Untuk mengamati kondisi pasien saat bergerak guna mengantisipasi perubahan yang memerlukan penanganan segera.</li> <li>3. Untuk mendampingi dan membantu pasien saat menjalani latihan mobilisasi.</li> <li>4. Agar keluarga memperoleh pemahaman terkait kemajuan kesehatan pasien.</li> <li>5. Agar pasien mengetahui manfaat serta tahapan dari latihan mobilisasi yang dijalani.</li> <li>6. Untuk mencegah otot menjadi kaku dan lemah akibat kurangnya aktivitas fisik.</li> </ol>
---	--	---	--	---	--

3	Resiko jatuh dibuktikan dengan Riwayat jatuh yang mengakibatkan, kekuatan otot menurun  (SDKI,D.0143 Hal306)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan tidak mengalami jatuh selama masa perawatan	Luaran Utama Tingkat Jatuh (SLKI, L.14138, Hal 140) Kriteria Hasil : 1. Tidak jatuh dari tempat tidur . 2. Tidakjatuh saat berdiri . 3.Tidakj atuh saat duduk . 4. Tidak jatuh saat berjalan . 5. Tidak jatuh saat berpindah. 6. Tidak jatuh saat dikamar mandi.	Pencegahan Jatuh (SIKI, 1.14540, Hal 279) <b>Observasi :</b> 1. Lakukan pengkajian terhadap faktor-faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko pasien terjatuh 2. Amati dan nilai kemampuan pasien dalam melakukan perpindahan posisi, 3. Pastikan roda tempat tidur maupun kursi roda dalam keadaan terkunci sebelum digunakan, 4. Berikan alat bantu mobilisasi sesuai kebutuhan pasien, seperti kursi roda atau walker, untuk meningkatkan stabilitas dan keselamatan saat berjalan. 5. Sarankan menggunakan alas kaki yang tidak menyebabkan terpeleset	1. Untuk mengidentifikasi faktor-faktor pemicu atau memperbesar penyebab jatuh pada pasien. 2. Untuk memantau perkembangan kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi atau berpindah dari satu posisi ke posisi lain secara mandiri. 3. Untuk memastikan keselamatan pasien selama berada di lingkungan perawatan maupun saat melakukan aktivitas fisik. 4. Untuk memberikan dukungan dan perlindungan yang diperlukan guna mencegah terjadinya cedera akibat jatuh 5Untuk meningkatkan keamanan pasien saat beraktivitas, sehingga dapat meminimalkan kemungkinan terjadinya insiden jatuh
4	Ansietas b.d krisis situasioal (SDKI,D.0080, Hal180)	Setelah dil- akukan tindakan keperawatan pasien merasa	Luaran Utama ansietas(SLKI,L.09 093,Hal132) kerriteria hasil 1.Konsentrasi	Reduksi asientas(SIKI,I.09314,Hal387) <b>Observasi:</b> 1.Identifikasi saat tingkat ansietas berubah	1.Menciptakan rasa tenang terhadap pasien 2Agar pasien bisa mengambil keputusan secara mandiri 3.Agar pasien bisa melatih teknik

		yaman.	membaik 2.Pola tidur cukup baik. 3.perasaan keberdayaan cukup membaik. 4.Orientasi membaik.	2.Identifikasi kemampuan mengambil keputusan.	relaksasi.
5	Obesitas b.d factor keturunan (SDKI,D.0030, Hal 77)	Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan 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. 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun . 4. Persepsi terhadap masalah yang dihadapi menurun.	Edukasi Berat Badan Efektif (SIKI, 1.12365, Hal 52) <b>Observasi :</b> 1.Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2.Sediakan materi dan media edukasi. 3.Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 4.Jelaskan hubungan asupan makanan, latihan, peningkatan dan penurunan berat badan . 5.Jelaskan risiko kondisi kegemukan (overweight).	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 pemahaman pasien. 5. Agar pasien mengetahui dampak dari kegemukan terhadap kesehatan.

#### 2.3.4 Pelaksanaan

Implementasi asuhan keperawatan merupakan tahap pemberian asuhan keperawatan terhadap pasien yang dilakukan sesuai dengan rencana intervensi yang disusun pada tahap perencanaan. Tindakan ini disesuaikan dengan keadaan dan kebutuhan individual pasien. Dalam pelaksanaannya, perawat bisa bekerja dengan mandiri maupun bekerjasama dengan nakes lain, seperti dokter, fisioterapis, atau ahli gizi, guna mencapai tujuan keperawatan secara optimal (SIKI, 2018).

Pada diagnosis keperawatan *nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik*, interpleksi keperawatan difokuskan untuk dilakukan jangka waktu  $3 \times 24$  jam. Intervensi yang diberikan mencakup pengkajian nyeri secara komprehensif, yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, serta menggunakan skala nyeri untuk mengukur tingkat nyeri yang dirasakan klien. Selain itu, dilakukan pemberian teknik manajemen nyeri nonfarmakologis, seperti latihan pernapasan dalam, serta kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgetik sesuai indikasi medis.

Pada diagnosis keperawatan *gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal*, intervensi keperawatan dilakukan dalam kurun waktu  $3 \times 24$  jam. Tindakan keperawatan meliputi pengkajian terhadap adanya nyeri atau keluhan fisik lain yang dapat memengaruhi kemampuan bergerak pasien, memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan memberikan alat Bantu yang sesuai, serta melibatkan anggota keluarga dalam

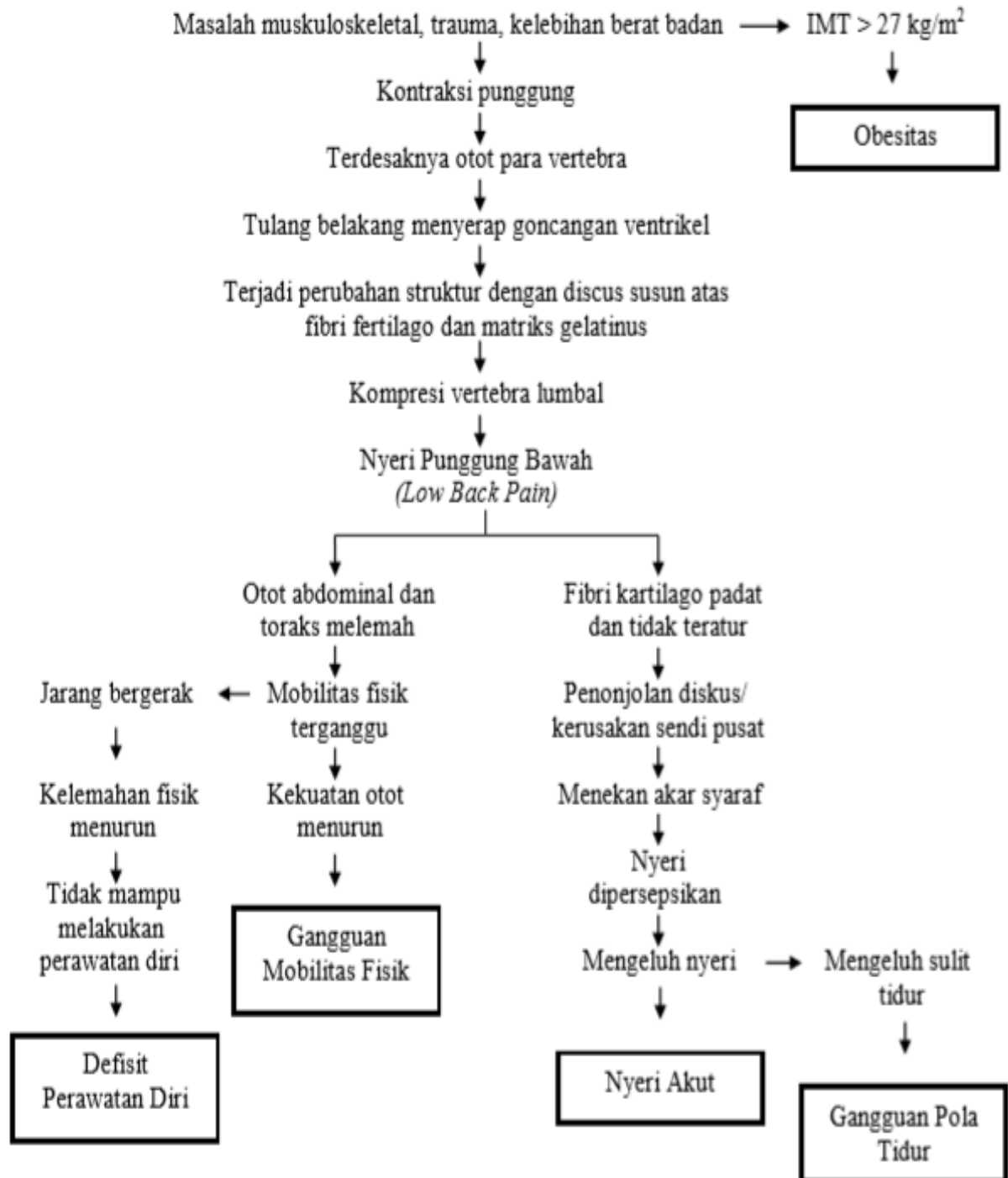
mendukung dan membantu pasien untuk meningkatkan kemampuan bergerakaknya secara bertahap.

Pada diagnosis keperawatan gangguan pola tidur yang berhubungan dengan kurangnya kontrol terhadap kebiasaan tidur, intervensi keperawatan dilakukan selama  $3 \times 24$  jam. Tindakan yang diberikan meliputi: menggali informasi mengenai pola tidur dan aktivitas pasien, mengidentifikasi faktor-faktor yang mengganggu tidur, memberikan dukungan dalam mengurangi **stres** sebelum tidur, serta menganjurkan teknik relaksasi otot atau pendekatan **nonfarmakologis** lainnya untuk meningkatkan kualitas tidur.

### **2.3.5 Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan, dengan berpedoman pada tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya. Pada tahap ini ditentukan apakah intervensi yang dilakukan telah mencapai hasil yang diharapkan atau belum, serta apakah muncul masalah keperawatan baru yang memerlukan perhatian lebih lanjut. Setelah pelaksanaan intervensi keperawatan selama  $3 \times 24$  jam, diharapkan masalah keperawatan seperti nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan pola tidur, dan obesitas dapat teratasi. Selain itu, diharapkan juga tidak terjadi defisit dalam perawatan diri.

#### 2.4. WOC (web of causation)



Gambar 2. 3 WOC Low Back Pain (LBP)(shintia,2023)

### **BAB 3**

#### **TINJAUAN KASUS**

Bab ini mengulas tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada Tn.K dengan diagnosis medis *low back pain* (LBP) di ruang galang 1 RSPAL dr Ramelan Surabaya.

#### **3.1 Pengkajian**

Untuk memperoleh gambaran yang komprehensif mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan diagnosis medis *Low Back Pain* (LBP), penulis menyajikan studi kasus yang diamati secara langsung mulai tanggal 2 Juni 2025 hingga 4 Juni 2025. Proses pengkajian dilakukan pada tanggal 2 Juni 2025 pukul 10.00 WIB. Data anamnesis diperoleh melalui wawancara langsung dengan pasien, serta didukung oleh informasi dari berkas rekam medis nomor 239XXX, dengan rincian sebagai berikut:

##### **3.1.1 Identitas Pasien**

Pasien adalah seorang Laki laki Bernama Tn K usia 53 tahun, pasien memeluk agama islam, Bahasa Indonesia sebagai Bahasa sehari hari, suku Jawa, Pendidikan terakhir SMA, pasien bekerja sebagai karyawan swasta, tempat tinggal di Sidoarjo, pasien MRS di ruang Galang 1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 01 Juni 2025 jam 21.30 WIB.

##### **3.1.2 Keluhan Utama.**

Pasien mengatakan nyeri pinggul kiri menjalar ke kaki kiri

P : Pasien menyatakan nyeri .

Q : Seperti ditusuk-tusuk.

R : Pinggang kiri sampe ke kaki kiri saat bergerak.

S : Skala nyeri 6 (1-10).

T : Hilang timbul.

### **3.1.3 Riwayat penyakit sekarang**

Pasien mengatakan,sebulan yang lalu pernah jatuh terpeleset dirumah,dan selang beberapa minggu jatuh dikantor dengan posisi yang tidak sempurna,dua hari setelah jatuh yang kedua pasien merasakan nyeri pinggul kiri menjalar ke kaki kiri. Keluarga mengantar pasien ke IGD RSPAL dr Ramelan Surabaya pada tanggal 01 Juni, jam 16.00 WIB.Di IGD pemasangan plug dilakukan ke pasien, dilakukan photo lumbosacral AP/lateral,pemeriksaan SE,DL,KK,(hasil terlampir). Diberikan Injeksi. Ketorolac 30 mg/iv dan Injeksi. 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 di putuskan untuk rawat inap dan pasien ditempatkan di ruang Galang 1 RSPAL dr Ramelan Surabaya,dan saran dokter pasien menggunakan lumbal korset.

Pada saat pengkajian di ruang Galang 1 pasien mengeluhkan nyeri pada,Panggul kiri menjalar ke kaki kiri. Pasien menyatakan nyeri meningkat saat melakukan pergerakan dan menggambarkan karakteristik nyeri seperti tertusuk, dengan skala nyeri 6 pada rentang 0–10 (nyeri sedang). Nyeri bersifat intermiten (hilang timbul). Pasien juga melaporkan adanya rasa baal (kebas) pada tungkai kiri sejak pertama kali masuk rumah sakit (MRS).

Pasien mengalami keterbatasan dalam mobilisasi, terutama dalam berjalan dan berpindah tempat. Aktivitas tersebut dilakukan dengan bantuan istri, atau jika tidak ada yang membantu, pasien berpegangan pada benda-benda di sekitar untuk

mempertahankan keseimbangan dan stabilitas tubuh. TD 136/95, N 74 x/menit RR 20x/menit, Suhu Tubuh: 36, 5°C, TB 165, BB 80, IMT.

#### **3.1.4 Riwayat penyakit dahulu.**

Pernah jatuh terpeleset satu bulan yang lalu, pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah merasakan sakit seberat ini. Riwayat Diabet Militus tidak ada, hipertensi juga tidak ada.

#### **3.1.5 Riwayat penyakit keluarga.**

Pasien mengatakan ibu kandung mempunyai riwayat hipertensi.

#### **3.1.6 Riwayat Alergi**

Pasien menyampaikan tidak mempunyai pengalaman makanan dan alergi obat.

#### **3.1.7 Keadaan Umum.**

Keadaan umum pasien cukup, kesadaran compos mentis dengan GCS 456

#### **3.1.8 Tanda -Tanda Vital dan Antropometri**

TD: 136/95 mmHg	N: 74 x/mnt	S: 36,5°C
RR: 20x/mnt	TB: 165 cm	BB: 80 Kg

Nyeri: P: pasien mengatakan nyeri pinggul kiri menjalar ke kaki kiri sejak tadi pagi

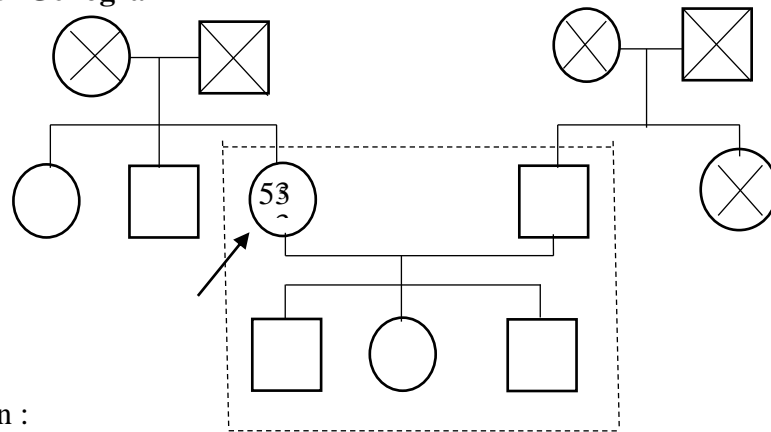
Q: pasien mengatakan nyeri timbul hilang dan disertai seperti ditusuk tusuk saat bergerak

R: nyeri dirasakan dibagian pinggul menjalar ke kaki

S: skala nyeri 6 dari 10

T: nyeri terasa saat mobilisasi

### 3.1.9 Genogram



Keterangan :

○ : Laki laki

□ : Perempuan

↗ : Pasien

⊗ : Meninggal

----- : Saturumah

### **3.1.10 Pemeriksaan Fisik**

#### **1. B1 : Breath/Pernapasan**

Pasien tidak mengeluhkan adanya gangguan pada sistem pernapasan. Bentuk dada tampak normal (normochoest) dengan pergerakan dinding dada yang simetris saat bernapas. Tidak ditemukan penggunaan otot Bantu pernapasan maupun pernapasan melalui cuping hidung. Pasien juga tidak melaporkan keluhan sesak napas, batuk, ataupun produksi sputum. Tidak tampak tanda sianosis pada bibir atau ekstremitas. Meskipun kemampuan aktivitas fisik pasien terbatas, hasil pemeriksaan auskultasi menunjukkan suara napas vesikuler terdengar jelas dan merata di seluruh lapang paru. Pemeriksaan palpasi menunjukkan fremitus taktil teraba merata pada kedua hemitoraks.

#### **2. B2 / Blood / Sirkulasi**

Ictus cordis teraba pada linea midklavikula interkostal ruang ke-4 hingga ke-5 sisi kiri. Irama jantung teratur dan tidak ditemukan keluhan nyeri dada. Akral teraba hangat, tanpa tanda edema, kardiomegali, maupun perdarahan. Bunyi jantung S1 dan S2 terdengar tunggal dan normal, tanpa adanya bunyi tambahan atau kelainan auskultasi jantung lainnya

#### **3. B3/ Brain / Persarafan**

Pasien berada dalam kondisi sadar penuh (*compos mentis*) dengan nilai GCS 456,(E4, V5, M6) Pemeriksaan refleks fisiologis menunjukkan hasil sebagai berikut:

- a. Refleks biseps (+/+) → pasien mampu melakukan fleksi (menekuk) lengan kanan dan kiri dengan baik.

b. Refleks trisepts (+/+) → pasien mampu melakukan ekstensi (meluruskan) lengan kanan dan kiri dengan baik.

Pemeriksaan refleks patologis menunjukkan hasil negatif, yaitu:

1) Kaku kuduk (-)

2) Babinski (-)

Nervus Kranial

1). Nervus Olfaktorius (I): Pasien mampu mengenali aroma, seperti minyak kayu putih, yang menunjukkan fungsi penciuman dalam batas normal.

2). Nervus Optik (II): Pasien dapat melihat objek dengan jelas, menandakan fungsi penglihatan tidak mengalami gangguan.

3) Nervus Okulomotorius (III): Respon pupil terhadap cahaya normal, menunjukkan integritas refleks pupil dan fungsi motorik otot mata baik.

4). Nervus Troklearis (IV): Pasien dapat menggerakkan bola mata mengikuti arah objek, menunjukkan kontrol gerak mata ke bawah dan ke arah dalam tidak terganggu.

5) Nervus Trigemini (V): Refleks kornea dan kepekaan terhadap sentuhan pada wajah serta kemampuan membuka rahang dalam batas normal.

6) Nervus Abduksen (VI): Pasien mampu menggerakkan bola mata ke arah lateral (kiri dan kanan) tanpa menggerakkan kepala, menandakan fungsi nervus ini baik.

7) Nervus Facialis (VII): Fungsi pengecapian serta kemampuan ekspresi wajah dalam batas normal, menunjukkan fungsi nervus facialis baik.

8). Nervus Vestibulokoklearis (VIII): Fungsi pendengaran pasien masih normal, namun terdapat gangguan keseimbangan. Hal ini kemungkinan

berkaitan dengan hasil radiologi yang menunjukkan kompresi VL2 sentral dan spondilosis lumbalis dengan bridging VL4–5.

9) Nervus Glossofaringeus (IX): Pasien dapat menggerakkan lidah dan melakukan fungsi pengecap dengan baik.

10). Nervus Vagus (X): Refleks menelan dalam kondisi baik, tidak ditemukan gangguan disfagia.

11) Nervus Aksesorius (XI): Pasien mampu menggerakkan kepala dan mengangkat bahu secara simetris dan kuat.

12). Nervus Hipoglossus (XII): Pasien dapat menggerakkan lidah secara normal saat berbicara dan menelan, menunjukkan fungsi nervus ini dalam batas normal.

#### **4. B4/ Bladder/ Perkemihan**

Area perkemihan tampak bersih dan. Pasien tidak menggunakan kateter urin. Tidak terdapat nyeri tekan pada kandung kemih saat pemeriksaan. Sebelum masuk rumah sakit (SMRS), pasien melakukan eliminasi urin secara spontan dengan frekuensi 4–5 kali per hari dan volume sekitar  $\pm 1.200$  cc, dengan warna urin kuning jernih. Saat masuk rumah sakit (MRS), pasien menggunakan diapers dan eliminasi urin tetap berlangsung 4–5 kali per hari.

#### **5. B5/ Bowel/ Pencernaan**

Pasien mengatakan makan minum normal seperti biasa, Didapatkan membran mukosa lembab mulut pasien bersih, pasien tidak ada gigi palsu, Saat MRS tidak terpasang NGT makan 2-3 kali sehari, diit nasi biasa dengan tinggi kalori tinggi protein, tidak ada mual muntah, , 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 normal, konsistensi padat, pasien tidak terpasang colostomy. BB sebelum sakit:80 Kg, BB saat sakit:78- 80 IMT:29,4

#### 6. B6 / Bone/ Muskuloskeletal

Pemeriksaan kulit menunjukkan tidak terdapat deformitas, fraktur, maupun kelainan kulit seperti scabies. Sawo matang kulit pasien, dengan turgor kulit baik (elastis) dan kuku tampak bersih.

Pada sistem muskuloskeletal, ruang gerak pasien terbatas akibat keluhan nyeri punggung yang menjalar hingga ke kaki. Nyeri dirasakan semakin berat saat bergerak, digambarkan seperti rasa ditusuk-tusuk, dengan skala nyeri 6 dari 10, bersifat hilang timbul.

#### 7. Sistem Integumen

Kekuatan Otot : 5555	5555
5555	4444

Keterangan :

0 = Tidak meerasakan kontraksi otot paralisis

1 = Tidak ada gerakan tapi terasa adanya kontraksi

2 = Menyangga sendi dapat melakukan gerakan sendi ( *range of mounition*) secara penuh

3 = Dapat melakukan gerakan sendi (range of mounition) secara penuh dengan melawan grafitasi tetapi tidakdapat melawan tahanan.

4 = Dapat melakukan gerakan sendi (range of mounition) secara penuh dengan

melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan yang sedang.

5 = Normal seluruh gerakan, dapat dilakukan dengan tahanan maksimal

### 8. Pola istirahat tidur

Terganggunya istirahat tidur pasien sering terbangun saat jam tidu

Gangguan tidur: munculnya rasa nyeri secara tiba tiba.

### 9. Sistem Penginderaan

Sistem penglihatan pasien dapat melihat dengan normal tanpa alat bantu kaca mata Sistem pendengaran pasien tanpa gangguan dan tanpa menggunakan alat bantu dengar Sistem penciuman pasien masih bisa mencium bau dengan jelas.

### 10. Endokrin

Keadaan tiroid : tidak mengalami pembengkakan kelenjar getah bening. tidak mempunyai riwayat diabetes militus .Terkait pertumbuhan normal .Terkait hormon reproduksi pasien normal tidak ada gangguan dengan penyakit

### 11. Sistem reproduksi / genitalia

Pasien tidak memiliki masalah dengan sistim reproduksinya.

#### 3.1.11 Personal Hygiene

*Tabel 3. 2 Personal Hygiene*

Aktivitas	SMRS	MRS
Mandi	1	3
Berpakaian	1	3
Ke toilet	1	3
bergerak ke tempat tidur	1	3
Naik tangga	1	3
Berjalan	1	3
Berpindah	1	3

Keterangan :

Skor 1 : mandiri

2 : menggunakan Alat bantu.

3 : Bantuan orang lain.

4 : Tdk mampu.

### 3.1.12 Psikososiocultural

1. Ideal diri: Pasien ingin agar cepat bisa pulih dan bekerja seperti biasa.
2. Gambaran diri: Pasien merasa khawatir dengan kondisinya saat ini.
3. Peran diri: Pasien sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah keluarga.
4. Harga diri: Pasien tau persis tentang dirinya sendiri.
5. Identitas diri: Pasien adalah seorang suami yg berumur 53 tahun dan memiliki .dua anak perempuan dan satu anak laki-laki.
6. Citra tubuh : Pasien menyatakan adanya kekhawatiran terhadap nyeri yang dirasakan pada area punggung bagian bawah, terutama karena nyeri tersebut mengganggu kenyamanan dan aktivitas sehari-harinya.
7. Orang paling dekat: pasien mengatakan orang paling dekat istri dan ke tiga anaknya.
8. Hubungan dgn lingkungan sekitar: Pasien sangat aktif dilingkungan rumah.
9. Keyakinan dan nilai: Tidak ada masalah dengan agama dan budaya yg dianutnya.
10. Koping dan toleransi stres : Pasien sangat khawatir dengan kondisi sakitnya saat ini.

### 3.1.13 Pemeriksaan Penunjang

1. Hasil lab

*Tabel 3. 3 Pemeriksaan Penunjang*

JENIS PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI NORMAL
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Darah Lengkap</b>			
<b>Leukosit</b>	7.37	$10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 10. 00
Hitung Jenis Leukosit :			

• Eosinofil#	H	0.75	10 <sup>3</sup> /μL	0.02 - 0.50
• Eosinofil%	H	10.80	%	0.5 - 5.0
• Basofil#		0.01	10 <sup>3</sup> /μL	0.00 - 0.10
• Basofil%		0.2	%	0.0 - 1.0
• Neutrofil#		4.20	10 <sup>3</sup> /μL	2.00 - 7.00
• Neutrofil%		66.70	%	50.0 - 70.0
• Limfosit#		1.46	10 <sup>3</sup> /μL	0.80 - 4.00
• Limfosit%		21.20	%	20.0 - 40.0
• Monosit#		0.49	10 <sup>3</sup> /μL	0.12 - 1.20
• Monosit%		7.10	%	3.0 - 12.0
IMG#		0.010	10 <sup>3</sup> /μL	0.01 - 0.04
IMG%		0.200	%	0.16 - 0.62
<b>Hemoglobin</b>	L	11.90	g/dL	12 - 15
Hematokrit		39.20	%	37.00 - 47.0
<b>Eritrosit</b>		4.78	10 <sup>6</sup> /μL	3.50 - 5.00
Indeks Eritrosit :				
• MCV		82.1	fL	80 - 100
• MCH		27.4	Pg	26 - 34
• MCHC	L	31.3	g/dL	32 - 36
RDW_CV		14.3	%	11.0 - 16.0
RDW_SD		42.2	fL	35.0 - 56.0
<b>Trombosit</b>		388.00	10 <sup>3</sup> /μL	150 - 450
Indeks Trombosit :				
• MPV		8.0	fL	6.5 - 12.0
		15.4	%	15 - 17
• PCT	H	2.59	10 <sup>3</sup> /μL	0.108 - 0.282
P-LCC		51.0	10 <sup>3</sup> /μL	30 - 90
P-LCR		13.1	%	11.0 - 45.0
<b>KIMIA KLINIK</b>				
<b>DIABETES</b>				
Glukosa Darah Sewaktu	L	97	mg/dL	< 200
<b>ELEKTROLIT &amp; GAS DARAH</b>				
Natrium (Na)		140.30	mEq/L	135 - 147
Kalium (K)		3.33	mmol/L	3.02 - 5.0
<b>IMUNOLOGI</b>				
Antigen SARS-Cov-2			Negatif	Negatif
<b>MOLEKULER</b>				
RT-PCR SARS-CoV-2			Negatif	Negatif

2 Photo Lumbosacral AP/Lateral (Tgl Pemeriksaan : 01 Juni 2025)  
*Tabel 3. 4 Pemeriksaan Photo Lumbosacral*

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

3 Photo Thorak AP(Tgl Pemeriksaan:01juni 2025)  
*Tabel 3. 5 Pemeriksaan Photo Thorak AP*

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

4 MRI Lumbosacral (Tgl Pemeriksaan : Juni 2035)  
*Tabel 3. 6 Pemeriksaan MRI Lumbosacral*

<b>MRI Lumbosacral irisan axial, sagital T1W dan T2W, FATSAT tanpa kontras :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• MR Myelography : Tampak adanya hambatan aliran CSF setinggi L2,3, L3-4, L 4-5 dan L5-S1</li> <li>• Listhesis (-), Kurve melurus, Schmorl's node (-)</li> <li>• Pada T2W : Tampak perubahan intensitas discus intervetebralis di L2,3, L3-4, L 4-5 dan L5-S1</li> <li>• Intensitas marrow corpus : Fatty Changes di Th12, L1, L2, L3, L4, S1</li> <li>• L1-2 : Normal, tak tampak disc herniation</li> <li>• L2-3, L3-4, L4-5, dan L5-S1 : Bulging disc herniation ke posteromedian</li> </ul>

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

### 3.1.14 Terapi

*Tabel 3. 7 Terapi*

Tanggal	Terapi obat	Dosis	Rute	Indikasi
01-06-2025	Ketorolak	3x30 mg	Iv	. Obat untuk meredakan nyeri sedang hingga berat.
01-06-2025	Ranitidin	2x50 mg	Iv	Golongan obat antasida. obat yang digunakan untuk mengobati gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih .

### 3.2 Diagnosis Keperawatan

#### 1. Analisis Data

Tabel 3. 8analisis data

No	Data / Faktor resiko	Etiologi/penyebab	Masalah (Problem)
1	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri pinggul kiri menjalar ke kaki kiri</li> <li>Pasien tampak terlihat meringis menahan rasa sakit.</li> <li>P: Pada saat berjalan dan berdiri lama</li> <li>S:Tertusuk-tusuk.</li> <li>Q:Pinggul kiri sampe kekaki</li> <li>R:6 (1-10)</li> <li>T:Hilang timbul</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-TD:136/95mmHg</li> <li>-pasien tampak meringis</li> <li>-pasien bersikap protektif menghindari nyeri</li> <li>-Pasien sulit tidur,sering terbangun dijam tidurnya</li> </ul>	<p>Agen pencederaan fisik ( trauma)</p>	<p><b>Nyeriakut (SDKI,D.0077, Hal 172</b></p>
2	<p><b>DS:</b> - pasien mengatakan kaki terasa kebas untuk dipakai berjalan ,pasien mengatakan kaki kaku, pasien mengatakan kalo berjalan atau berpindah tempat dibantu oleh istri</p> <p><b>DO:</b></p>	<p>Nyeri gangguan neuro-muskular</p>	<p><b>Gangguan mobilitas fisik(SDKI,D. 0054 hal124</b></p> <p><b>Gangguan pola tidur (SDKI.D0055,</b></p>

	<p><b>- kekakuan otot menurun</b></p> $\begin{array}{r l} 5555 & 5555 \\ \hline 5555 & 4444 \end{array}$ <p>-ruang Gerak terbatas -gerakan terbatas</p> <p>- Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Kesan kompresi VL2 central, Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5</p>		<b>Hal 126)</b>
<b>3.</b>	<p><b>Faktor Resiko :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pernah jatuh</li> <li>- Kemampuan otot menurun</li> <li>- Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Kesan kompresi VL2 central, Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5</li> </ul>		<b>RisikoJatuh (SDKI,D.0143, Hal 306)</b>
<b>4</b>	<p>DS : Pasien mengatakan merasa khawatir dengan kondisi yang sedang dihadapinya.</p> <p><b>DO:</b></p> <p>-TD.136/95</p> <p>-N.74</p>	Krisis Situasional	<b>Ansietas (SDKI,D.080, Hal 180)</b>
<b>5</b>	<p>DS : Pasien mengatakan mulai gemuk saat punya putra ke dua mengalami peningkatan berat badan karena tidak pernah berolah raga</p> <p>DO:</p> <p>-TB. 165 cm, BB. 80 Kg</p> <p>- IMT. <math>BB (kg) (TB (m))^2 = 80 kg \div 1,65 \times 1,65</math></p> <p>= 29,4</p>	Faktor Keturunan	<b>Obesitas (SDKI, D.0030, Hal 77)</b>

## 2. Prioritas masalah

Tabel 3. 9 Prioritas masalah

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF (nama)
		ditemukan	teratasi	
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik(trauma) (SDKI,D.0077,Hal172)1	02 juni 2025	04 juni 2025	
2	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri gangguan neuromuskular (SDKI,D.0143,Hal 124	02 juni 2025	04 juni 2025	
3	Resiko jatuh dibuktikan dengan Riwayat jatuh,kekuatan otot menurun(SDKI,D.0143 Hal306)	02 juni 2025	04 juni 2025	
4	Ansietas b.d krisis situasional (SDKI,D0080,Hal 180)	02 juni 2025	04 juni 2025	
5	Obesitas b.d factor keturunan (SDKI,D0030,Hal 77)	02 juni 2025	04 juni 2025	

### 3.3 Intervensi keperawatan

Tabel 3. 10 Intervensi keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik(trauma) (SDKI,D.0077, Hal 172)1	Setelah dilaksanakan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri berkurang	<p>Luaran utama tingkat nyeri (SLKI,L08066, Hal 145)</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri berkurang</li> <li>2. Meringis berkurang</li> <li>3. Sikap protektip berkurang</li> <li>4. Frekuensi nadi membaik</li> <li>5. Tekanan darah membaik</li> </ol>	<p>Menejemen nyeri(SIKI,1.08238,Hal 210)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Karakteristik, cek lokasi, frekuensi,durasi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Cek skala nyeri</li> <li>3. Faktor penyebab nyeri</li> <li>4. Memberikan teknik farmakologis(tarik nafas dalam,terapi musik,terapi pijat</li> <li>5. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri</li> <li>6. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Untuk mengetahui tingkat derajat nyeri yang dirasakan pasien</li> <li>3. Agar rasa nyeri yg dirasakan pasien berkurang</li> <li>4. Agar tidaksemakin memburuk nyeri yang dirasakan pasien</li> <li>5. Agar ketika nyeri yang dirasakan memburuk dapat menginfokan keluarga atau tenaga medis untuk segera mendapatkan penanganan</li> <li>6. Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien</li> </ol>

2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri, gangguan neuromuskular (SDKI, D.0054, Hal 124)	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> <p>Kekuatan otot meningkat (5)</p> <p>Rentang gerak (ROM) meningkat</p> <p>Nyeri menurun (2)</p> <p>Gerakan terbatas menurun</p> <p>Kelemahan fisik menurun</p>	<p>Dukungan Mobilisasi (SIKI, 1.05173, Hal 30)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)</li> <li>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.</li> <li>6. Anjurkan melakukan ROM pada bagian yang tidak cedera</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guna mengidentifikasi keberadaan nyeri maupun keluhan fisik lainnya yang dirasakan oleh pasien.</li> <li>2. Untuk mengamati kondisi pasien saat bergerak guna mengantisipasi perubahan yang memerlukan penanganan segera.</li> <li>3. Untuk mendampingi dan membantu pasien saat menjalani latihan mobilisasi.</li> <li>4. Agar keluarga memperoleh pemahaman terkait kemajuan kesehatan pasien.</li> <li>5. Agar pasien mengetahui manfaat serta tahapan dari latihan mobilisasi yang dijalani.</li> <li>6. Untuk mencegah otot menjadi kaku dan lemah akibat kurangnya aktivitas fisik.</li> </ol>
---	--	---	---	--	--






3	<p>Resiko jatuh dibuktikan dengan Riwayat jatuh ,kekuatan otot menurun (SDKI,D.0143 Hal306)</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan tidak mengalami jatuh selama masa perawatan</p>	<p>Luaran Utama Tingkat Jatuh (SLKI, L.14138, Hal 140) Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak jatuh dari tempat tidur</li> <li>2. Tidakjatuh saat berdiri</li> <li>3.Tidakj atuh saat duduk</li> <li>4. Tidak jatuh saat berjalan</li> <li>5. Tidak jatuh saat berpindah</li> <li>6. Tidak jatuh saat dikamar mandi</li> </ol>	<p>Pencegahan Jatuh (SIKI, 1.14540, Hal 279)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian terhadap faktor-faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko pasien terjatuh</li> <li>2. Amati dan nilai kemampuan pasien dalam melakukan perpindahan posisi.</li> <li>3. Pastikan roda tempat tidur maupun kursi roda dalam keadaan terkunci sebelum digunakan.</li> <li>4. Berikan alat bantu mobilisasi sesuai kebutuhan pasien, seperti kursi roda atau walker, untuk meningkatkan stabilitas dan keselamatan saat berjalan.</li> <li>5. Sarankan menggunakan alas kaki yang tidak menyebabkan terpeleset</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengidentifikasi faktor-faktor pemicu atau memperbesar penyebab jatuh pada pasien.</li> <li>2. Untuk memantau perkembangan kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi atau berpindah dari satu posisi ke posisi lain secara mandiri.</li> <li>3.Untuk memastikan keselamatan pasien selama berada di lingkungan perawatan maupun saat melakukan aktivitas fisik.</li> <li>4. Untuk memberikan dukungan dan perlindungan yang diperlukan guna mencegah terjadinya cedera akibat jatuh</li> <li>5. Untuk meningkatkan keamanan pasien saat</li> </ol>
---	---	---	--	---	--







					beraktivitas, sehingga dapat meminimalkan kemungkinan terjadinya insiden jatuh
4	Anxietas b.d krisis situasioal (SDKI,D.0080, Hal 180)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien merasa yaman	Luaran Utama ansietas(SLKI,L.09093, Hal132)  kriteria hasil 1.Konsentrasi membaik 2.Pola tidur cukup baik 3.perasaan keberdayaan cukup membaik 4.Orientasi membaik.	Reduksi asientas(SIKI,I.09314, Hal387)  Observasi: 1.Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2.Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3.Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan non verbal) 4.Temani pasien untuk mengurangi kecemasan,jika memungkinkan	1.Menciptakan rasa tenang terhadap pasien 2.Agar pasien bisa mengambil keputusan secara mandiri 3.Agar pasien bisa melatih teknik relaksasi
5	Obesitas b.d factor keturunan (SDKI,D.0030, Hal 77)	Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka Tingkat	Luaran Tambahan Tingkat Pengetahuan (SLKI, L.12111, Hal 146)  Kriteria Hasil :	Edukasi Berat Badan Efektif (SIKI, 1.12365, Hal 52)  Observasi : 1.Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2.Sediakan materi dan media edukasi	1. Memastikan bahwa pasien siap dan mampu menerima informasi yang akan diberikan 2. Untuk penunjang agar penyampaian materi lebih mudah dan menarik.






		pengetahuan membaik	<p>1. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</p> <p>2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat</p> <p>3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun</p> <p>4. Persepsi terhadap masalah yang dihadapi menurun.</p>	<p>3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>4. Jelaskan hubungan asupan makanan, latihan, peningkatan dan penurunan berat badan</p> <p>5. Jelaskan risiko kondisi kegemukan (overweight)</p>	<p>3. Penjadwalan sesuai kesepakatan agar tidak mengganggu pasien</p> <p>4. Untuk menambah pengetahuan pasien dan pemahaman pasien</p> <p>5. Agar pasien mengetahui dampak dari kegemukan terhadap kesehatan</p>
--	--	------------------------	--	---	--






### 3.4 Catatan Perkembangan dan Implementasi Keperawatan








Tabel 3. 11 Catatan Perkembangan dan Implementasi Keperawatan






No Dx	Hari/tgl Jam	Implementasi	Paraf	Hari/tgl Jam	Evaluasi formatif SOAP / Catatan perkembangan	Paraf
1	Senin 020625 08.15	Mengidentifikasi adanya nyeri pada area panggul kiri yang menjalar ke tungkai kiri Respon : pasien mengatakan adanya rasanyeri pada pangul kiriyang menjalar sampai kekaki kiri,rasanya seperti ditusuk-tusuk,nyeri hilang timbul,dengan sekala 6.		Senin 020625 13.30	Dx: <b>NyeriAkut</b> <b>S:</b> Pasien mengeluhkan nyeri pada panggul kiri yang menjalar ke kaki kiri. -P: Pada saat bergerak -Q:Seperti tertusuk-tusuk -R: Pinggang kiri sampe ke kaki kiri -S: Skala nyeri 6 (1 10) -T: Hilang timbul	
1	08.50	Memberikan tehnik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri,dengan cara bernafas dengan hidung dan mengeluarkannya melalui mulut dilakukan secara berulang ulang. Respon: pasien mampu mengimplementasikan relaksasi nafas dalam			O: Ekspresi wajah tampak meringis saat bergerak Mobilisasi terbatas dan dibantu Tidak ditemukan tanda-tanda vital abnormal:  A : Masalah belum teratasi  P :Intervensi dilanjutkan no.1,3,4,5,6	
1	11.30	Melakukan observasi TTV TD.130/89 mmHg, N.102 x/menit S.36°C, RR.20 x/menit SPO2.97				
1	12.00	Pemberian injeksi ketorolac 1x30mg/iv Respon: pasien merasa aman dan				










1	13.00	nyaman selama proses penyuntikan  Memfasilitasi istirahat dan tidur pasien dengan cara memastikan tempat tidur pasien dalam kondisi nyaman dan bersih serta membantu memposisikan tubuh pasiendalam posisi yang mendukung relaksasi. Respon: pasien mampu beristirahat untuk mengurangi rasa neri				
1	14.50	Mengidentifikasi keluhan fisik dan keluhan nyeri yg dialami pasien Respon: Pasien mengatakan pada saat bergerak masih merasakan nyeri pada pinggul menjalar sampe tumit, rasa seperti ditusuk - tusuk, sekala nyeri 6		020625 21.00	<b>DX: Neri Akut</b> <b>S :</b> pasien masih mengalami rasa nyeri pada daerah pangul menjalar sampai ke tumit kiri <b>P:</b> Pada saat bergerak <b>Q:</b> Seperti ditusuk -tusuk <b>R:</b> Panggul kiri sampe ke tumit <b>S:</b> Sekala 6(1-10) <b>T:</b> Hilang timbul <b>O:</b> TD. 121/63 mmHg N. 85 x/menit Pasien tampak meringis Pasien bersikap protektif menghindari nyeri <b>A:</b> Masalah belum teratasi  <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan no,1,2,3,4,5,6	
1	15.00	Untuk mengurangi rasa nyeri pasien diajari teknik relaksasi nafas dalam. Respon: pasien bisa melaksanakan Teknik relaksasi nafasdalam				
1	16.00	Melakukan observasi TTV TD.121/63 mmHg, N.85 x/menit S.36,4°C, RR.20 x/menit SPO2.95				
1	18.00	Pemberian ijeksi analgetic Ketorolac 1x30mg Ranitidine 1x50mg				









1	19.00	<p>Respon: pasien merasa aman dan nyaman selama proses penyuntikan</p> <p>Memberi tau pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri dan melaporkan apabila nyeri bertambah buruk</p> <p>Respon: pasien mampu dan mengerti memonitor nyeri secara mandiri dan melaporkannya</p>				
1	20.30	<p>Menyiapkan istirahat dan tidur pasien memposisikan pasien senyaman mungkin</p> <p>Reson: pasien berharap bisa istirahat tidur dengan cukup, pasien meminta kepala diposisikan lebih tinggi.</p>				
1	21.30	<p>Mengidentifikasi keluhan fisik dan keluhan nyeri yg dialami pasien</p> <p>Respon: Pasien mengatakan pada saat bergerak masih merasakan nyeri pada pinggul menjalar sampe tumit, rasa seperti ditusuk - tusuk, skala nyeri 6</p>		030625 07.00	<p>Dx: Nyeri Akut</p> <p>S : pasien masih mengalami rasa nyeri pada daerah pangul menjalar sampai ke tumit kiri</p> <p>P: Pada saat bergerak</p> <p>Q: Seperti ditusuk -tusuk</p> <p>R: Panggul kiri sampe ke tumit</p> <p>S: Sekala 6(1-10)</p> <p>T: Hilang timbul</p>	
1	21.45	<p>Memberi tau pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri dan melaporkan apabila nyeri bertambah buruk</p> <p>Respon: pasien mampu dan mengerti memonitor nyeri secara mandiri dan melaporkannya</p>			<p>O :</p> <p>TD. 121/63 mmHg</p> <p>N. 85 x/menit</p> <p>Pasien tampak meringis</p> <p>Pasien bersikap protektif menghindari nyeri</p> <p>A : Masalah belum teatasi</p>	






1	23.00	Memberi kesempatan pasien untuk beristirahat dan menciptakan lingkungan yang nyaman. Respon: pasien tampak dapat beristirahat dengan nyaman dengan lingkungan yang nyaman			P.: Intervensi dilanjutkan no.1,2,3,4,5,6	
1	05.00	Melakukan observasi TTV TD.166/91 mmHg, N.75 x/menit S.36,3°C, RR.20 x/menit SPO2.98				
1	06.00	Pemberian injeksi analgetic Ketorolac 1x30mg Ranitidine 1x50mg Respon: pasien merasa aman dan nyaman selama proses penyuntikan				
2	08.20	Mengecek kemampuan pasien dalam mengerjakan tangan dakaidan batas kesulitan saat melakukan mobilisasi Respon: pasien masih bisa mengerjakan tangan dan kaki tapi untuk berjalan masih sulit		020625 13.30	Dx: Gangguan mobilitas fisik S : Pasien mengatakan masih kebas pada kaki kiri Masih sulit untuk berjalan Pasien mengatakan untuk berjalan masih dibantu oleh istri O: Kekuatan otot menurun 5555 5555 5555 4444 Rentang gerak (rom) menurun Gerak terbatas Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5 A: Masalah belum teratasi	
2	08.30	Memberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur mobilisasi termasuk rentang Gerak(ROM) aktif dan pasif Respon: pasien memahami dan mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi apasaja yang akan dilakukan				




2	08.35	Memberi fasilitas alat bantu aktivitas mobilisasi seperti krek ato alat bantu jalan atau sandaran tempat tidur Respon: saat dilatih untuk berjalan dengan berpegangan di sandaran tempat tidur pasien mampu mengerjakan badannya			<b>P : Intervensi dilanjutkan</b>	
2	08.45	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon : pasien tidak merasa sesak nafas ataupun bertambah nyeri, pasien mengatakan kaki terasa kebas				
2	18.00	Memonitor kondisi umum pasien Respon; Pasien mengatakan kaki masih terasa kebas		020625 21.00	<b>Dx:Gangguan Mobilitas Fisik</b> <b>S:</b> - Pasien mengatakan kaki masih terasa kebas - Pasien mampu melakukan mobilisasi dini dengan dibantu keluarga untuk meningkatkan pergerakan <b>O:</b> Kekuatan otot menurun 5555 5555 5555 4444 - Rentang gerak (rom) menurun - Gerakan terbatas -Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5 <b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	
2	18.15	Menganjurkan ke pasien untuk melakukan mobilisasi dini seperti mengerjakan tangan dan ujung jari kaki Respon: pasien bisa memahami dan mau melakukan aktivitas ringan agar tidak terjadi kekakuan atau kelemahan otot				
2	18.30	Keluarga diminta berperan aktif dalam membantu pasien meningkatkan aktifitas Gerak tubuh				
2	06.30	Pasien dianjurkan melakukan mobilitas dini berupa Gerakan memutar pergelangan kaki,		030625 07.00	<b>Dx: Gangguan Mobilitas Fisik</b> <b>S:</b> Pasien mampu mobilisasi dini secara mandiri dengan supervisi dari keluarga	







2	06 35	<p>mengangkat tumit,dan mengerjakan ujung jari kaki</p> <p>Respon: pasien mampu melaksanakan mobilisasi secara mandiri</p> <p>Keluarga diminta untuk mendampingi dan membantu pasien dalam meningkatkan kemampuan pergerakan.</p>			<p><b>O:</b> -Kekuatan otot menurun 5555 5555 5555 4444 -Rentang gerak menurun -Gerak terbatas - Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5 A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>	
3	09.20	<p>Mengecek factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</p> <p>Respon: pasien mampu mengidentifikasi tempat tempat yang menyebabkan jatuh</p>		020625 13.30	<p><b>Dx: Resiko Jatuh</b> <b>S:-</b> <b>O:</b> Pasien mampu mobilisasi ditempat tidur Pasien masih belum melakukan berpindah tempat <b>A:</b> Masalah teratasi sebagian <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
3	10.00	<p>Mengingatkan pasien untuk tidak menggunakan alas kaki yang licin</p> <p>Respon : pasien belum berpindah dari tempat tidur dan pasien tidak berjalan kemanapun</p>				
3	12.10	<p>Kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur dimonitor</p> <p>Respon : pasien belum berpindah kemanapun</p>				
3	13.15	<p>Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci dan standar tempat tidur terpasang</p> <p>Respon: roda tempat tidur sudah terkunci dan standar sudah terpasang</p>				
3	16.15	<p>Mengingatkan factor lingkungan yang menyebabkan resiko jatuh</p>		020625 21.00	<p><b>Dx : Resiko Jatuh</b> <b>S :-</b></p>	






3	20.00	Memastikan roda tempat tidur dan sandarantempattidur dalam keadaan terkunci Respon :roda dan san daran sudah dalam keadaan terkunci			<b>O :</b> Pasien mampu mobilisasi ditempat tidur Pasien mampu duduk di tempat tidur Pasien masih belum bisa berjalan secara mandiri <b>A:</b> Masalah teratasi sebagian <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	
3	22.00	Memastikan roda tempat tidur dan sandarantempattidur dalam keadaan terkunci Respon :roda dan san daran sudah dalam keadaan terkunci		030625 07.00	<b>Dx : Resiko Jatuh</b> <b>S :-</b> <b>O :</b> Pasien mampu mobilisasi ditempat tidur Pasien mampu duduk di tempat tidur Pasien masih belum bisa berjalan secara mandiri <b>A:</b> Masalah teratasi sebagian <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	
3	06.50	Mengingatkan factor lingkungan yang menyebabkan resiko jatuh				
4	10.00	Memastikan kesiapan pasien dan kemampuan pasien dalam menerima informasi Respon: pasien siap dan mampu menerima informasi		020625 13.30	<b>Dx : Obesitas</b> <b>S :</b> Pasien masih minim pengetahuan tentang diet pada obesitas Pasien bersedis dan mau untuk dijadwalkan pendidikan kesehatan	
4	10.20	Mempersiapkan materi dan media edukasi untuk pasien			<b>O :</b> TB.165cm, BB.80 Kg $IMT=BB(kg):TB(cm)^2=29,4$	
4	10.50	Menjadwalkan ilmu tentang Kesehatan sesuai jaduwal Respon: pasien bersedia untuk diberikan pendidikan kesehatan tentang permasalahan obesitasnya			<b>A:</b> Masalah belum teratasi <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan	
4	11.00	Menjelaskan risiko kondisi kegemukan (Obesitas)				

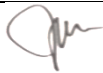






4	17.00	Mengecek polamakan yang dikonsumsi pasien Respon : pasien mengatakan pola makanan yang dimakan selama ini tidak sehat dan tidak membatasi		020625 21.00	<b>Dx: Obesitas</b> <b>S</b> :Pasien mengatakan masih sedikit pengetahuan tentang pola makan dan gaya hidup yang harus dilakukan <b>O</b> : TB.165cm, BB.80 Kg IMT=BB(kg):TB(cm) <sup>2</sup> =29,4 <b>A</b> : Masalah belum teratasi <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan	
4	17.30	Mengecek pola hidup pasien sebelumnya Reson: Pasien sangat jarang berolah raga				
4	05.00	Mengecek aktifitas dan polatidur pasien		030625 07.00	<b>Dx: Obesitas</b> <b>S</b> :Pasien mengatakan masih sedikit pengetahuan tentang pola makan dan gaya hidup yang harus dilakukan <b>O</b> : TB.165cm, BB.80 Kg IMT=BB(kg):TB(cm) <sup>2</sup> =29,4 <b>A</b> : Masalah belum teratasi <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan	
	05.20	Memastikan kesiapan pasien dalam menerima informasi Respon : pasien sudah siap diberikan pendidikan kesehatan tentang obesitasnya				
No Dx	Hari /tgl jam	Implementasi	Paraf	Hari/tgl jam	Evaluasi formatif SOAP	Paraf
1	030625 selasa 08.00	Mengidentifikasi adanya nyeri pada area panggul kiri yang menjalar ke tungkai kiri Respon : pasien mengatakan adanya rasanyeri pada panggul kiriyang menjalar sampai kekaki kiri,rasanya seperti ditusuk - tusuk,nyeri hilang timbul,dengan skala 5.		030625 selasa 13.30	Dx: NyeriAkut S: Pasien mengeluhkan nyeri pada panggul kiri yang menjalar ke kaki kiri. -P: Pada saat bergerak -Q:Seperti tertusuk-tusuk -R: Pinggang kiri sampe ke kaki kiri -S: Skala nyeri 5 (1 10) -T: Hilang timbul	
1	09.00	Memberikan tehnik nafas dalam			O:	







		untuk mengurangi rasa nyeri,dengan cara bernafas dengan hidung dan mengeluarkannya melalui mulut dilakukan secara berulang ulang. Respon: pasien mampu mengimplementasikan relaksasi nafas dalam			Ekspresi wajah tampak meringis saat bergerak Mobilisasi terbatas dan dibantu Tidak ditemukan tanda-tanda vital abnormal: A : Masalah belum teratasi P :Intervensi dilanjutkan no.1,3,4,5,6	
1	11.00	Melakukan observasi TTV TD.152/89 mmHg, N.75 x/menit S.36°C, RR.20 x/menit SPO2.97				
1	12.00	Pemberian injeksi ketorolac 1x30mg/iv Respon: pasien merasa aman dan nyaman selama proses penyuntikan				
1	13.00	Memfasilitasi istirahat dan tidur pasien dengan cara memastikan tempat tidur pasien dalam kondisi nyaman dan bersih serta membantu memposisikan tubuh pasiendalam posisi yang mendukung relaksasi. Respon: pasien mampu beristirahat untuk mengurangi rasa neri				
1	15.00	Mengidentifikasi keluhan fisik dan keluhan nyeri yg dialami pasien Respon: Pasien mengatakan pada saat bergerak masih merasakan		030625 21.00	DX: Neri Akut S : pasien masih mengalami rasa nyeri pada daerah pangul menjalar sampai ke tumit kiri P: Pada saat bergerak Q:Seperti ditusuk -tusuk	









		nyeri pada pinggul menjalar sampe tumit, rasa seperti ditusuk - tusuk, sekala nyeri 5			R: Panggul kiri sampe ke tumit S: Sekala 5(1-10) T: Hilang timbul O: TD. 142/73 mmHg N. 85 x/menit Pasien tampak meringis Pasien bersikap protektif menghindari nyeri A: Masalah belum teratasi	
1	16.00	Untuk mengurangi rasa nyeri pasien diajari teknik relaksasi nafas dalam. Respon: pasien bisa melaksanakan Teknik relaksasi nafas dalam				
1	17.00	Melakukan observasi TTV TD. 142/73 mmHg, N. 85 x/menit S. 36,4°C, RR. 20 x/menit SPO2. 95			P: Intervensi dilanjutkan no, 1, 2, 3, 4, 5, 6	
1	18.00	Pemberian injeksi analgetik Ketorolac 1x30mg Ranitidine 1x50mg Respon: pasien merasa aman dan nyaman selama proses penyuntikan				
1	20.30	Memberi tau pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri dan melaporkan apabila nyeri bertambah buruk Respon: pasien mampu dan mengerti memonitor nyeri secara mandiri dan melaporkannya				
1	20.45	Menyiapkan istirahat dan tidur pasien memposisikan pasien senyaman mungkin Reson: pasien berharap bisa istirahat tidur dengan cukup, pasien meminta kepala				





		diposisikan lebih tinggi.				
1	21.00	Mengidentifikasi keluhan fisik dan keluhan nyeri yg dialami pasien Respon: Pasien mengatakan pada saat bergerak masih merasakan nyeri pada pinggul menjalar sampe tumit, rasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6		040625 07.00	Dx: Nyeri Akut S : pasien masih mengalami rasa nyeri pada daerah pangul menjalar sampai ke tumit kiri P: Pada saat bergerak Q: Seperti ditusuk -tusuk R: Panggul kiri sampe ke tumit S: Skala 5(1-10) T: Hilang timbul O : TD. 136/87 mmHg N. 92 x/menit Pasien tampak meringis Pasien bersikap protektif menghindari nyeri  A : Masalah belum teatasi  P.: Intervensi dilanjutkan no.1,2,3,4,5,6	
1	21.15	Memberi tau pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri dan melaporkan apabila nyeri bertambah buruk Respon: pasien mampu dan mengerti memonitor nyeri secara mandiri dan melaporkannya				
1	22.40	Memberi kesempatan pasien untuk beristirahat dan menciptakan lingkungan yang nyaman. Respon: pasien tampak dapat beristirahat dengan nyaman dengan lingkungan yang nyaman				
1	05.00	Melakukan observasi TTV TD.136/87 mmHg, N 92 x/menit S.36,3°C, RR.20 x/menit SPO2.98				
1	06.00	Pemberian injeksi analgetic Ketorolac 1x30mg Ranitidine 1x50mg Respon: pasien merasa aman dan nyaman selama proses				



		penyuntikan				
2	08.10	Mengecek kemampuan pasien dalam mengerjakan tangan dakaidan batas kesulitan saat melakukan mobilisasi Respon: pasien masih bisa mengerjakan tangan dan kaki tapi untuk berjalan masih sulit		030625 13.30	Dx: Gangguan mobilitas fisik S : -Masih sulit untuk berjalan Pasien mengatakan untuk berjalan masih dibantu oleh istri -Pasien mengatakan masih kebas pada kaki kiri  O: Kekuatan otot menurun 5555 5555 5555 4444 Rentang gerak (rom) menurun Gerak terbatas Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan	
2	08.15	Memberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur mobilisasi termasuk rentang Gerak(ROM) aktif dan pasif Respon: pasien memahami dan mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi apasaja yang akan dilakukan				
2	11.00	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Respon: pasien mengatakan kaki masih terasa kebas, pasien tidak mengeluh nyeri bertambah saat melakukan mobilisasi				
2	13.30	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon : Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan				








2	15.30	Memonitor kondisi umum pasien Respon; Pasien mengatakan kaki masih terasa kebas		030625 21.00	Dx : Gangguan Mobilitas Fisik  S :- Pasien mengatakan kaki masih terasa kebas - Pasien mengatakan melakukan mobilisasi mandiri dibantu oleh keluarga  O : - Kekuatan otot 5555 5555 4444 4444 - Rentang gerak (rom) meningkat - Gerakan terbatas - Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,7	
2	17.30	Menganjurkan ke pasien untuk melakukan mobilisasi dini seperti mengerakan tangan dan ujung jari kaki Respon: pasien bisa memahami dan mau melakukan aktivitas ringan agar tidak terjadi kekakuan atau kelemahan otot				
2	20.00	Keluarga diminta berperan aktif dalam membantu pasien meningkatkan aktifitas Gerak tubuh Respon : keluarga pasien mau membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasinya dan keluarga selalu menjaga serta mendampingi pasien setiap saat				
2	06.00	Pasien dianjurkan melakukan mobilitas dini berupa Gerakan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, dan mengerakan ujung jari kaki Respon: pasien mampu melaksanakan mobilisasi secara mandiri		040625 07.00	Dx : Gangguan Mobilitas Fisik S :- Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang tetapi kaki masih terasa kebas O : - Kekuatan otot 5555 5555 4444 4444 - Rentang gerak (rom) meningkat - Gerakan terbatas - Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5  A : Masalah teratasi sebagian	
2	06.30	Keluarga diminta untuk mendampingi dan membantu pasien dalam meningkatkan				







2	06.55	<p>kemampuan pergerakan. Respon: keluarga pasien mau membantu pasien dalam meningkatkan mobilisasinya dan keluarga selalu menjaga serta mendampingi pasien setiap saat</p> <p>Memonitor kondisi umum pasien Respon: pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang tetapi kaki masih terasa kebas</p>			P : Intervensi dilanjutkan no. 1,3,4,5,7	
3	09.15	<p>Memeriksa factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh Respon: pasien mampu mengidentifikasi tempat tempat yang menyebabkan jatuh.</p>		030625 13.30	<p>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 .</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian .</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan no. 1,2,3,4,5.</p>	
3	19.35	<p>Mengingatkan pasien untuk tidak menggunakan alas kaki yang licin Respon : pasien belum berpindah dari tempat tidur dan pasien tidak berjalan kemanapun.</p>				
3	13.00	<p>Kemampuan pasien untuk berpindah dari tempat tidur dimonitor Respon : pasien belum berpindah kemanapun.</p>				
3	13.50	<p>Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci dan standar tempat tidur terpasang Respon: roda tempat tidur sudah terkunci dan standar sudah</p>				







		terpasang.				
3	22.00	Memastikan pengaman dan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci. Respon: pengaman tempat tidur terpasang dan roda tempat tidur sudah dalam kondisi terkunci .		040625 07.00	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	06.45	Memastikan lingkungan daerah pasien aman dari resiko jatuh Respon; tidak adanya lantai yang licin atau lingkungan yang menimbulkan risiko jatuh pada pasien.				
4	09.50	Memastikan kesiapan pasien dan kemampuan pasien dalam menerima informasi Respon: pasien siap dan mampu menerima informasi		030625 13.30	Dx : Obesitas S : Pasien mengatakan sudah mulai mengetahui diet makanan yang perlu dikonsumsi Pasien bersedia dan mau untuk dijadwalkan pendidikan kesehatan  O : TB.165cm, BB.80 Kg IMT=BB(kg):TB(cm) <sup>2</sup> =29,4  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan	
4	10.00	Mempersiapkan materi dan media edukasi untuk pasien				
4	10.10	Menjadwalkan ilmu tentang Kesehatan sesuai jadwal Respon: pasien bersedia untuk diberikan pendidikan kesehatan tentang permasalahan obesitasnya				
4	10.15	Menjelaskan risiko kondisi kegemukan (Obesitas) Respon: pasien mengetahui risiko apa yang				





4	17.30	Mengidentifikasi pengetahuan pasien tentang pendidikan kesehatan yang diberikan Respon: pasien mampu mengingat informasi apa saja yang diberikan walaupun ada beberapa penjelasan yang sedikit lupa.		030625 21.00	Dx : Obesitas S :-Pasien mengatakan sudah mulai mengetahui diet makanan yang perlu dikonsumsi -Pasien bersedia dan mau untuk dijadwalkan pendidikan kesehatan O : TB.165cm, BB.80 Kg IMT=BB(kg):TB(cm) <sup>2</sup> =29,4.  A: Masalah belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan	
4	05.30	Mengidentifikasi pola makanan yang dikonsumsi pasien Respon :		040625 07.00	Dx : Obesitas  S : Pasien mengatakan sudah mulai mengetahui diet makanan yang perlu dikonsumsi O : TB.165cm, BB.80 Kg IMT=BB(kg):TB(cm) <sup>2</sup> =29,4 A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan	








No Dx	Hari/tgl Jam	Implementasi	Paraf	Hari/tgl Jam	Evaluasi formatif SOAP / Catatan perkembangan	Paraf
1	Rabu 040625 07.30	Mengidentifikasi adanya nyeri pada area panggul kiri yang menjalar ke tungkai kiri Respon : pasien mengatakan adanya rasa nyeri pada panggul kiri yang menjalar sampai ke kaki kiri, rasanya seperti ditusuk - tusuk, nyeri hilang timbul, dengan		Rabu 040625 14.00	Dx: <b>Nyeri Akut</b> <b>S:</b> Pasien mengeluhkan nyeri pada panggul kiri yang menjalar ke kaki kiri. -P: Pada saat bergerak -Q: Seperti tertusuk-tusuk -R: Pinggang kiri sampai ke kaki kiri -S: Skala nyeri 4 (1-10)	




1	09.00	<p>sekala 4.</p> <p>Memberikan tehnik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri,dengan cara bernafas dengan hidung dan mengeluarkannya melalui mulut dilakukan secara berulang ulang. Respon: pasien mampu mengimplementasikan relaksasi nafas dalam</p>			<p>-T: Hilang timbul</p> <p>O:            -Ekspresi wajah sudah tidak tampak meringis saat bergerak.            -Mobilisasi terbatas dan masih dibantu.            -Tidak ditemukan tanda-tanda vital abnormal.</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :Intervensi dilanjutkan no.1,3,4,5,</p>	
1	11.00	<p>Melakukan observasi TTV</p> <p>TD.130/81 mmHg,            N.90 x/menit            S.36°C, RR.20 x/menit SPO2.97</p>				
1	12.00	<p>Pemberian injeksi ketorolac 1x30mg/iv</p> <p>Respon: pasien merasa aman.</p>				
1	13.00	<p>Memfasilitasi istirahat dan tidur pasien</p> <p>Respon; pasien mampu istirahat yang cukup</p>				
1	15.00	<p>Mengidentifikasi keluhan fisik dan keluhan nyeri yg dialami pasien</p> <p>Respon: Pasien mengatakan pada saat bergerak masih merasakan nyeri pada pinggul menjalar sampe tumit, rasa seperti ditusuk - tusuk, sekala nyeri 4</p>		040625 21.00	<p>Dx: <b>NyeriAkut</b></p> <p>S:            Pasien mengeluhkan nyeri pada panggul kiri yang menjalar ke kaki kiri.            -P: Pada saat bergerak            -Q:Seperti tertusuk-tusuk            -R: Pinggang kiri sampe ke kaki kiri            -S: Skala nyeri 4 (1 10)            -T: Hilang timbul</p> <p>O :</p>	
	15.15	<p>Untuk mengurangi rasa nyeri</p>				

1		pasien diajari teknik relaksasi nafas dalam. Respon: pasien bisa melaksanakan Teknik relaksasi nafas dalam.			- Pasien sudah tidak tampak meringis - Pasien tidak bersikap protektif  A : Masalah teratasi sebagian .  P : Intervensi dilanjutkan no. 3,4,5,6	
1	17.00	Melakukan observasi TTV TD.155/73 mmHg, N.85 x/menit S.36,4°C, RR.20 x/menit SPO2.95				
1	18.00	Pemberian injeksi analgetic, Ketorolac 1x30mg. Ranitidine 1x50mg. Respon: pasien merasa aman dan nyaman selama proses penyuntikan.				
1	18.30	Memberi tau pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri dan melaporkan apabila nyeri bertambah buruk. Respon: pasien mampu dan mengerti memonitor nyeri secara mandiri dan melaporkannya.				
1	20.00	Menyiapkan istirahat dan tidur pasien memposisikan pasien senyaman mungkin. Reson: pasien berharap bisa istirahat tidur dengan cukup, pasien meminta kepala diposisikan lebih tinggi.				
1	21.30	Mengidentifikasi keluhan fisik dan keluhan nyeri yg dialami pasien.		050625 07.00	Dx: Nyeri Akut S: Pasien mengeluhkan nyeri pada panggul kiri	

1	22.00	<p>Respon: Pasien mengatakan pada saat bergerak masih merasakan nyeri pada pinggul menjalar sampe tumit, rasa seperti ditusuk - tusuk, skala nyeri 3.</p> <p>Memberi tau pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri dan melaporkan apabila nyeri bertambah buruk.</p> <p>Respon: pasien mampu dan mengerti memonitor nyeri secara mandiri dan melaporkannya.</p>			<p>yang menjalar ke kaki kiri.</p> <p>-P: Pada saat bergerak.</p> <p>-Q: Seperti tertusuk-tusuk.</p> <p>-R: Pinggang kiri sampe ke kaki kiri .</p> <p>-S: Skala nyeri 3 (1-10).</p> <p>-T: Hilang timbul.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sudah tidak tampak meringis</li> <li>- Pasien tidak bersikap protektif</li> </ul> <p>A : Masalah sudah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien KRS, diberikan obat oral mecobalamin 500 mcg 3x1, ranitidine 2x1 dan patral 3x1</p>	
1	22.30	<p>Menyiapkan istirahat dan tidur pasien memposisikan pasien senyaman mungkin.</p> <p>Reson: pasien berharap bisa istirahat tidur dengan cukup, pasien meminta kepala diposisikan lebih tinggi.</p>				
1	05.00	<p>Melakukan observasi TTV</p> <p>TD.143/83 mmHg,</p> <p>N.85 x/menit</p> <p>S.36,4°C, RR.20 x/menit SPO2.95</p>				
1	06.00	<p>Pemberian injeksi analgetic</p> <p>Ketorolac 1x30mg</p> <p>Ranitidine 1x50mg</p> <p>Respon: pasien merasa aman dan nyaman selama proses penyuntikan</p>				
2	08.20	Mengantarkan pasien melakukan pemeriksaan MRI dengan kursi		040625 14.00	<p><b>Dx: Gangguan mobilitas fisik</b></p> <p><b>S :</b></p>	

2	10.35	<p>roda Memonitor kondisi umum Respon: pasien saat ini pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, kaki masih terasa kebas</p> <p>Memberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur mobilisasi termasuk rentang Gerak(ROM) aktif dan pasif Respon: pasien memahami dan mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi apasaja yang akan dilakukan</p>			<p>Pasien mengatakan masih kebas pada kaki kiri Masih sulit untuk berjalan Pasien mengatakan untuk berjalan masih dibantu oleh istri</p> <p><b>O:</b> Kekuatan otot menurun 5555 5555 5555 4444 Rentang gerak (rom) menurun Gerak terbatas Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5</p>	
2	13.30	<p>Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon : Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>			<p><b>A:</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
2	16.00	<p>Memberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur mobilisasi termasuk rentang Gerak(ROM) aktif dan pasif. Respon: pasien memahami dan mengerti tujuan dan prosedur mobilisasi apasaja yang akan dilakukan.</p>		040625 21.00	<p><b>Dx: Gangguan mobilitas fisik</b> <b>S :</b> -Pasien mengatakan kebas pada kaki sedikit berkurang. -Masih sulit untuk berjalan. -Pasien mengatakan untuk berjalan masih dibantu oleh istri.</p> <p><b>O:</b> -Kekuatan otot menurun 5555 5555 5555 4444 -Rentang gerak (rom) menurun -Gerak terbatas -Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : -</p>	
2	16.45	<p>Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan . Respon : Melibatkan keluarga</p>				

2	17.15	untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.  Memonitor kondisi umum pasien pasien mengatakan kaki terasa kebas sedikit berkurang.			Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5  <b>A:</b> Masalah teratasi sebagian  <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan	
2	06.30	Mengambil hasil MRI pasien ke Radiologi		050625 07.00	<b>Dx: Gangguan mobilitas fisik</b> <b>S :</b> - Pasien mengatakan masih kebas pada kaki kiri -Masih sulit untuk berjalan -Pasien mengatakan untuk berjalan masih dibantu oleh istri <b>O:</b> - Kekuatan otot menurun 5555 5555 5555 4444 -Rentang gerak (rom) menurun -Gerak terbatas -Kesimpulan Foto Lumbosacral AP/Lateral : - -Spondylosis lumbalis dengan terdapat bridging VL4-5  <b>A:</b> Masalah teratasi sebagian  <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan	
2	06.40	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini . Respon :pasien mampu dan memahami untuk sering-sering melakukan aktivitas ringan agar tidak terjadi kekakuan atau kelemahan otot.				
2	06.45	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon : Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.				
3	22.30	Memastikan pengaman dan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci. Respon: pengaman tempat tidur terpasang dan roda tempat tidur sudah dalam kondisi terkunci Mengidentifikasi faktor .		050625 07.00	<b>Dx :</b> Risiko Jatuh <b>S :</b> - <b>O :</b> - 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  <b>A :</b> Masalah teratasi sebagian  <b>P :</b> Intervensi dilanjutkan	
3	0650	lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh				

4	05.20	Mengidentifikasi kembali diet pasien . Respon: pasien mampu menjawab diet makanan apa saja yang diperlukan .		050625 07.00	Dx : Obesitas .  S : Pasien mengatakan sudah mulai mengetahui diet makanan yang perlu dikonsumsi. <b>O :</b> TB.165cm, BB.80 Kg IMT=BB(kg):TB(cm)2=29,4  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi dilanjutkan	
4	05.30	Mereview kembali kemampuan pengetahuan pasien . Respon : pasien masih mengingat penjelasan materi edukasi kemarin.				

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bagian pembahasan ini, penulis akan mengkaji dan menjelaskan perbedaan atau kesenjangan yang ditemukan antara teori yang diambil dari tinjauan pustaka dengan kondisi nyata di lapangan berdasarkan tinjauan kasus pada asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis *Low Back Pain* (LBP) di Ruang Galang 1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, yang mencakup tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi..

#### **4.1 Pengkajian**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak menghadapi kendala yang berarti karena telah melakukan pendekatan terlebih dahulu melalui pengenalan dan pemberian penjelasan mengenai tujuan pelaksanaan asuhan keperawatan. Hal ini membuat pasien beserta keluarga memahami maksud kegiatan tersebut, sehingga mereka bersikap kooperatif dan memberikan dukungan selama proses pengkajian berlangsung.

Berdasarkan hasil tinjauan kasus, ditemukan bahwa keluhan utama pasien adalah nyeri pada pinggul kiri yang menjalar ke tungkai kiri. Sementara itu, dalam tinjauan pustaka disebutkan bahwa pasien dengan *Low Back Pain* (LBP) umumnya mengalami nyeri pada area punggung bawah, yaitu wilayah antara sudut bawah kosta hingga lumbosakral. LBP didefinisikan sebagai keluhan nyeri yang dirasakan di daerah punggung bawah, dengan sumber nyeri yang berasal dari struktur di sekitar tulang belakang, seperti otot, saraf, dan jaringan penunjang lainnya (Merdiana, Mustakim, & Deviarbi, 2021). Maka dapat disimpulkan bahwa antara tinjauan kasus dan tinjauan Pustaka tidak mengalami kesenjangan.

Pada tahap pengkajian, ditemukan bahwa pasien mengeluhkan nyeri yang menjalar hingga ke lutut serta disertai rasa kebas pada tungkai. Pasien juga mengalami keterbatasan dalam melakukan mobilisasi, baik berjalan maupun berpindah tempat, sehingga memerlukan bantuan dari anggota keluarga. Sementara itu, dalam tinjauan pustaka dijelaskan bahwa degenerasi tulang belakang seperti pada kasus spondilosis atau penipisan diskus intervertebralis merupakan kondisi yang umum terjadi pada individu berusia di atas 30 tahun. Proses degeneratif ini dapat menimbulkan tekanan pada struktur saraf di daerah lumbal, yang menyebabkan keluhan nyeri menjalar (nyeri radikular) serta gangguan sensibilitas seperti kesemutan atau kebas pada ekstremitas bawah. Dengan demikian, keluhan pasien yang ditemukan pada proses pengkajian sejalan dengan gambaran klinis yang dijelaskan dalam tinjauan pustaka mengenai mekanisme dan manifestasi *Low Back Pain* (LBP) akibat degenerasi struktur tulang belakang. Kekuatan otot dan tulang cenderung menurun seiring pertambahan usia. Selain itu risiko keluhan muskuloskeletal juga dapat dipengaruhi oleh faktor jenis kelamin. Pada wanita yang telah memasuki masa menopause, produksi hormon estrogen menurun secara signifikan, sehingga berdampak pada penurunan kepadatan tulang dan meningkatkan risiko terjadinya gangguan pada sistem muskuloskeletal (Tasya, 2022).

Dalam tinjauan kasus ditemukan bahwa pasien berusia 50 tahun, yang merupakan usia rentan terhadap perubahan fisiologis tersebut, khususnya pada wanita pasca-menopause. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara kondisi pasien dalam kasus dan penjelasan teori dalam tinjauan pustaka.

## 4.2 Diagnose Keperawatan

Pada tahap ini penulis merumuskan beberapa diagnosa keperawatan berdasarkan data–data pasien yang diperoleh pada saat pengkajian. Diagnosa yang terdapat dalam tinjauan pustaka dan tinjauan kasus menghasilkan beberapa Diagnosa Keperawatan yaitu:

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

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

Intervensi Keperawatan (SIKI) & Rasional:

- a. Karakteristik, cek lokasi, frekuensi, durasi, kualitas, intensitas nyeri  
Rasional : Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Cek skala nyeri  
Rasional : Untuk mengetahui tingkat derajat nyeri yang dirasakan pasien.
- c. Faktor penyebab nyeri  
Rasional : Agar rasa nyeri yang dirasakan pasien berkurang.
- d. Memberikan teknik farmakologis( tariknafas dalam, terapi musik, terapi pijat)  
Rasional : memberikan rasa rileksasi untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien.
- e. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri.  
Rasional : Agar ketika nyeri yang dirasakan memburuk dapat menginformasikan keluarga atau tenaga medis untuk segera mendapatkan penanganan.

- f. Kolaborasi pemberian analgetik

Rasional : Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien.

- 2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, gangguan neuromuskular (SDKI, D.0054, Hal 124)

Intervensi Keperawatan (SIKI) & Rasional:

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional: Guna mengidentifikasi keberadaannya nyeri maupun keluhan fisik lainnya yang dirasakan oleh pasien

- b. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Rasional : Untuk mengamati kondisi pasien saat bergerak guna mengantisipasi perubahan yang memerlukan penanganan segera.

- c. Fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu ( misal : pagar tempat tidur).

Rasional : untuk mendampingi dan membantu pasien saat menjalani latihan mobilisasi

- d. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Rasional : Agar keluarga memperoleh pemahaman terkait kemajuan kesehatan pasien.

- e. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.

Rasional : Agar pasien mengetahui manfaat serta tahapan dari latihan mobilisasi yang dijalani.

- f. Anjurkan melakukan ROM pada bagian yang tidak cedera.

Rasional : Untuk mencegah otot menjadi kaku dan lemah akibat kurangnya aktifitas fisik.

3. Resiko jatuh ditandai dengan riwayat jatuh, kekuatan otot menurun (SDKI, D.0143, Hal 306)

Intervensi Keperawatan (SIKI) & Rasional:

- a. Lakukan pengkajian terhadap factor factor lingkungan yang dapat meningkatkan resiko pasien terjatuh.

*Rasional:* Untuk mengidentifikasi factor factor pemicu atau memperbesar penyebab jatuh pada pasien

- b. Amati dan nilai kemampuan pasien dalam melakukan perpindahan posisi.

*Rasional:* Untuk memmantau perkembangan kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi atau berpindah dari satu posisi keposisi lain secara mandiri

- c. Pastikan roda tempat tidur maupun kursi roda dalam keadaan terkunci sebelum digunakan.

*Rasional:* Untuk memastikan keselamatan pasien selama berada dilingkungan perawatan maupun saat melakukan aktifitas fisik.

- d. Berikan alat bantu mobilisasi sesuai kebutuhan pasien seperti kursi roda atau wolker untuk meningkatkan stabilitas dan keselamatan saat berjalan.

*Rasional:* Untuk memberikan dukungan dan perlindungan yang diperlukan guna mencegah terjadinya cedera akibat jatuh.

- e. Sarankan menggunakan alaskaki yang tidak menyebabkan terpeleset

*Rasional:* Untuk meningkatkan keamanan pasien saat beraktifitas sehingga dapat meminimalkan kemungkinan terjadinya insiden jatuh.

4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (SDKI, D.0080, Hal 180)

Intervensi keperawatan (SIKI)& Rasional:

a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah

*Rasional:* Menciptakan rasa tenang terhadap pasien.

b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan .

*Rasional:* Agar pasien bisa mengambil keputusan secara mandiri.

c) temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika memungkinkan .

*Rasional:* Agar pasien bisa melatih teknik relaksasi .

Terdapat empat diagnosis yang paling utama adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma).

Nyeri akut berhubungan dengan trauma jatuh yang menyebabkan nyeri pinggang sebelah kiri sampe menjalar ke kaki kiri pasien merasa sulit melaksanakan pergerakan dan mobilisasi tempat karena kaki terasa kaku dan kebas, pada data subjektif didapat Pasien mengeluh nyeri pinggul kiri menjalar ke kaki kiri nyeri karena trauma. Pasien tampak terlihat meringis menahan rasa sakit pada saat berjalan dan berdiri lama, rasa nyeri menusuk pinggul kiri sampe ke kaki, skala yang dirasakan 6 (1-10) hilang timbul . Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017)

Menurut opini penulis bahwa nyeri pada pasien LBP yang bersifat subjektif dan sering kali disertai keluhan menjalar ke ekstremitas bawah. Pada kasus ini, pasien mengeluhkan nyeri di area pinggang bawah yang menjalar ke

kaki kiri disertai rasa kebas, yang menunjukkan adanya kemungkinan kompresi saraf spinal, secara fisiologis, nyeri tersebut terjadi akibat stimulasi nosiseptor oleh proses inflamasi atau tekanan mekanis terhadap akar saraf. Hal ini memicu respon nyeri yang bersifat tajam, menusuk, dan terkadang disertai parestesia, sebagaimana dirasakan oleh pasien. Respon nyeri yang tidak tertangani secara optimal dapat menyebabkan gangguan mobilisasi, gangguan tidur, hingga stres psikologis yang dapat memperburuk kondisi pasien. Penanganan nyeri pada pasien LBP tidak cukup hanya dengan pendekatan farmakologis. Peran perawat sangat penting dalam manajemen nyeri melalui pendekatan nonfarmakologis seperti edukasi posisi tubuh yang benar saat istirahat, teknik relaksasi, kompres hangat, serta pemberdayaan pasien untuk mengenali dan mengontrol faktor pencetus nyeri. Oleh karena itu, intervensi keperawatan yang tepat dan berkesinambungan sangat diperlukan untuk menurunkan intensitas nyeri, meningkatkan kenyamanan, serta mendukung proses penyembuhan pasien secara menyeluruh.

## 2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, gangguan neuromuscular.

Keterbatasan dalam gerakan fisik secara mandiri, disengaja, pada satu atau lebih ekstremitas (NANDA-I Code: 00085). Gangguan mobilitas fisik pada pasien dengan LBP Data subjek yang didapat Pasien mengeluh nyeri punggung bawah menjalar ke kaki kiri dan mengatakan kesulitan berdiri dan berjalan pasien di bantuan saat berpindah posisi, kekuatan ekstremitas bawah menurun (5555/4444), berhubungan dengan nyeri pada areal lumbal. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, pasien menunjukkan peningkatan kemampuan mobilisasi secara bertahap daann mandiri atau dengan bantuan minimal.

Menurut opini penulis bahwa kriteria hasil yang diharapkan pasien mampu mengubah posisi tubuh tanpa bantuan, mampu berjalan dengan aman dengan alat bantu (jika perlu) tanpa kehilangan keseimbangan atau risiko jatuh, Nyeri menurun saat bergerak dan tidak terjadi komplikasi saat mobilisasi.

### 3. Risiko jatuh ditandai dengan riwayat jatuh, kekuatan otot menurun .

Berhubungan dengan: kelemahan otot, nyeri hebat pada punggung, gangguan keseimbangan, gangguan sensorik (kesemutan/kebas), dan penurunan rentang gerak pada ekstremitas bawah. Risiko Jatuh pada pasien dengan nyeri punggung bawah yang menjalar ke kaki kiri dan menyebabkan gangguan mobilisasi serta keseimbangan Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, pasien tidak mengalami kejadian jatuh, serta mampu mengidentifikasi penyebab penyebab jatuh menggunakan alat bantu saat mobilisasi

Menurut opini penulis bahwa Pasien dengan Low Back Pain (LBP), terutama yang disertai nyeri hebat dan penjaran ke ekstremitas bawah, memiliki risiko jatuh yang tinggi. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor klinis seperti kelemahan otot, gangguan keseimbangan, nyeri yang membatasi gerak, serta gangguan sensorik seperti kebas dan kesemutan. Risiko jatuh juga dapat meningkat jika pasien bermobilisasi tanpa pengawasan, tidak menggunakan alat bantu yang tepat, atau berada dalam lingkungan yang tidak aman (misalnya lantai licin, tempat tidur terlalu tinggi, penerangan kurang). Dari sudut pandang penulis pencegahan jatuh adalah prioritas utama karena kejadian jatuh dapat memperburuk kondisi pasien, menimbulkan cedera baru, memperpanjang masa rawat inap, serta berdampak pada psikologis pasien seperti kecemasan dan takut bergerak.

4. Obesitas ditandai dengan berat badan berlebih.

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).

Opini saya tentang obesitas yang ditandai dengan berat badan berlebih pada diagnosis Low Back Pain (LBP) adalah bahwa keduanya saling memperburuk kondisi secara biomekanis maupun metabolik. Obesitas bukan hanya faktor risiko timbulnya LBP, tetapi juga menjadi hambatan dalam proses pemulihan. Berat badan berlebih meningkatkan beban aksial pada tulang belakang, terutama di daerah lumbal, sehingga mempercepat keausan diskus intervertebralis, menambah tekanan pada sendi facet, dan memicu peradangan jaringan sekitar. Akibatnya, nyeri yang dirasakan pasien sering lebih berat dan durasi pemulihannya lebih lama. Selain itu, lemak tubuh yang berlebihan dapat memicu peradangan sistemik melalui peningkatan sitokin proinflamasi (misalnya TNF- $\alpha$ , IL-6), yang dapat memperburuk nyeri muskuloskeletal. Kondisi ini juga sering diiringi penurunan kebugaran fisik, kelemahan otot inti (core muscles), serta keterbatasan mobilitas, sehingga siklus nyeri, kurang gerak, bertambah berat badan menjadi sulit diputus.

Oleh karena itu, dalam kasus LBP dengan obesitas, manajemen ideal sebaiknya tidak hanya fokus pada terapi nyeri, tetapi juga mencakup intervensi penurunan berat badan melalui diet seimbang, latihan fisik bertahap, dan edukasi pasien, agar beban pada tulang belakang berkurang dan risiko kekambuhan menurun.

### **4.3 Perencanaan**

Perencanaan keperawatan merupakan tahap dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk merumuskan berbagai intervensi yang diperlukan guna mencegah, mengurangi, atau mengatasi permasalahan yang dialami oleh klien. Tahapan ini merupakan langkah ketiga dalam proses keperawatan (Fadilah, 2019). Perencanaan juga mencerminkan kemampuan perawat dalam menetapkan strategi penyelesaian masalah secara efektif dan efisien, sesuai dengan kebutuhan pasien (SLKI, 2019).

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan sistematis sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan. Dalam implementasinya, diagnosis keperawatan yang diterapkan pada kasus nyata tidak sepenuhnya identik dengan yang terdapat dalam tinjauan pustaka. Hal ini disebabkan karena intervensi keperawatan dalam praktik klinis disesuaikan dengan kondisi aktual dan kebutuhan individual pasien berdasarkan hasil pengkajian langsung.

1. Diagnosis keperawatan Nyeri Akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma), menunjukkan adanya penurunan tingkat nyeri setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam. Penurunan tersebut ditandai dengan berkurangnya keluhan nyeri yang disampaikan pasien, menurunnya

ekspresi wajah meringis, berkurangnya sikap protektif, serta perbaikan tanda-tanda vital seperti frekuensi nadi dan tekanan darah yang kembali mendekati normal.

Rencana keperawatan yang diterapkan meliputi:

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.
- Pengkajian skala nyeri secara berkala.
- Pemberian teknik nonfarmakologis seperti relaksasi untuk membantu mengurangi nyeri.
- Memfasilitasi istirahat dan tidur yang optimal.
- Menganjurkan pasien untuk memantau dan melaporkan nyeri secara mandiri.
- Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik sesuai indikasi.

2. Diagnosis keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik yang berhubungan dengan nyeri dan gangguan muskuloskeletal menunjukkan adanya peningkatan kemampuan mobilisasi setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam. Perbaikan tersebut ditandai dengan meningkatnya kekuatan otot, peningkatan rentang gerak (Range of Motion/ROM), penurunan intensitas nyeri, berkurangnya keterbatasan gerak, serta menurunnya tingkat kelemahan fisik.

Rencana keperawatan yang diterapkan meliputi:

- Mengidentifikasi keluhan nyeri atau gejala fisik lainnya yang memengaruhi mobilitas.
- Memantau kondisi umum pasien selama proses mobilisasi.

- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan penggunaan alat bantu seperti pagar tempat tidur atau alat bantu jalan
- Melibatkan keluarga dalam membantu proses pergerakan pasien untuk meningkatkan dukungan dan keamanan
- Memberikan penjelasan mengenai tujuan serta prosedur mobilisasi
- Menganjurkan mobilisasi dini sesuai kemampuan pasien untuk mencegah komplikasi akibat imobilisasi.

3. Diagnosis keperawatan Risiko Jatuh, yang Teridentifikasi melalui riwayat jatuh. dan penurunan kekuatan otot, menunjukkan hasil yang baik setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam. Selama periode tersebut, tidak ditemukan kejadian jatuh, baik saat pasien berada di tempat tidur, duduk, berdiri, berjalan, berpindah posisi, maupun saat berada di kamar mandi.

Rencana keperawatan yang dilakukan meliputi:

- Mengidentifikasi faktor-faktor lingkungan yang berpotensi meningkatkan risiko jatuh
- Memantau kemampuan pasien dalam berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya
- Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda terkunci sebelum digunakan. Menganjurkan penggunaan alat bantu berjalan seperti walker atau tongkat bila diperlukan
- Memberikan edukasi untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin guna mengurangi risiko tergelincir.

4. Diagnosis keperawatan Obesitas, yang teridentifikasi melalui factor keturunan, dan pola makan yang tidak teratur. menunjukkan hasil yang baik setelah

dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil, pengetahuan tentang suatu topik meningkat, pengetahuan meningkat, masalah yang dihadapi menurun, persepsi terhadap masalah menurun.

Rencana keperawatan yang dilakukan meliputi :

- 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 resiko kondisi kegemukan ( Overweigh).

#### **4.4 Pelaksanaan**

Pelaksanaan tindakan dimulai dengan melakukan pengkajian terhadap tingkat nyeri pasien menggunakan skala nyeri sebelum intervensi diberikan. Setelah skala nyeri berhasil dikaji, selanjutnya dilakukan implementasi teknik relaksasi Benson sebagai intervensi nonfarmakologis untuk membantu mengurangi nyeri (Ridwan & Iswanti, 2023).

Pelaksanaan dalam tinjauan pustaka belum dapat diaplikasikan secara langsung karena hanya membahas aspek teoritis dari asuhan keperawatan. Sebaliknya, dalam tinjauan kasus, pelaksanaan intervensi telah dilakukan secara nyata kepada pasien. Proses pelaksanaan ini memerlukan kolaborasi yang baik dengan tenaga kesehatan lainnya agar perawatan yang diberikan kepada pasien dapat berjalan secara optimal dan menyeluruh.

Pelaksanaan intervensi dilakukan berdasarkan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya, dan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang

teridentifikasi pada pasien. Tindakan keperawatan pada pasien Tn. K dilaksanakan oleh penulis selama periode 2 Juni 2025 hingga 4 Juni 2025

1. Masalah keperawatan Nyeri Akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma) ditangani melalui serangkaian tindakan keperawatan yang terencana. Intervensi yang dilakukan meliputi pengkajian intensitas dan karakteristik nyeri, pemberian teknik relaksasi napas dalam, serta penerapan teknik distraksi berupa terapi musik untuk membantu menurunkan persepsi nyeri. Selain itu, perawat juga memfasilitasi kebutuhan istirahat dan tidur pasien, menganjurkan pasien untuk melakukan pemantauan nyeri secara mandiri, serta melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi farmakologis, yaitu injeksi Ketorolac 30 mg sebanyak 3 kali sehari dan injeksi Ranitidine 50 mg sebanyak 2 kali sehari.).
2. Masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik yang berhubungan dengan nyeri dan gangguan neuromuskular ditangani melalui pelaksanaan tindakan keperawatan yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Intervensi yang dilakukan meliputi identifikasi terhadap nyeri dan keluhan fisik lainnya, penilaian toleransi fisik terhadap aktivitas, serta edukasi mengenai tujuan dan prosedur latihan rentang gerak (ROM). Perawat juga memfasilitasi aktivitas mobilisasi pasien, antara lain dengan membantu pasien berpegangan pada sisi tempat tidur saat bergerak, memantau kondisi umum pasien selama mobilisasi, melibatkan keluarga dalam proses peningkatan pergerakan pasien, serta menganjurkan mobilisasi dini secara bertahap.

Pada hari ketiga perawatan, pasien menjalani pemeriksaan penunjang Magnetic Resonance Imaging (MRI) dengan hasil menunjukkan adanya bulging disc

herniation pada ruas L2-3, L3-4, L4-5, dan L5-S1 yang menonjol ke arah posteromedian dan paramedian kanan-kiri, sehingga menekan struktur anterior thecal sac dan foramina neuralis di kedua sisi. Temuan ini sejalan dengan tinjauan pustaka, yang menyebutkan bahwa MRI merupakan salah satu pemeriksaan penunjang penting dalam menegakkan diagnosis pada pasien dengan Low Back Pain (LBP).

3. Masalah keperawatan Risiko Jatuh, yang Teridentifikasi melalui riwayat jatuh. dan penurunan kekuatan otot, ditangani melalui berbagai intervensi keperawatan yang difokuskan pada upaya pencegahan. Pelaksanaan keperawatan meliputi identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh, pemantauan kemampuan pasien dalam berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, memastikan alat pengaman seperti pagar tempat tidur dalam kondisi terpasang, serta memastikan roda tempat tidur dalam posisi terkunci untuk mencegah perpindahan tidak disengaja. Selain itu, pasien diberikan alat bantu berjalan dan dianjurkan untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin. Namun, selama periode implementasi, pasien cenderung lebih banyak beristirahat di tempat tidur dan kurang melakukan mobilisasi. Pada saat pasien turun dari tempat tidur, ditemukan bahwa pasien tidak menggunakan alas kaki sebagaimana telah dianjurkan, sehingga risiko jatuh masih perlu diwaspadai.

4. 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 risiko kegemukan.

#### 4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah pendekatan yang di gunakan untuk memberikan perawatan termasuk penilaian, diagnosis, intervensi dan implementasi (ridwan, iswanti, 2023)

1. Pada masalah keperawatan Nyeri Akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma), kriteria hasil yang ditetapkan dalam perencanaan adalah penurunan keluhan nyeri. Selama proses pelaksanaan, pasien mendapatkan terapi farmakologis berupa injeksi ketorolac 30 mg sebanyak tiga kali sehari dan injeksi ranitidine 50 mg dua kali sehari. Selain itu, intervensi nonfarmakologis juga dilakukan, termasuk teknik relaksasi napas dalam dan teknik distraksi melalui alunan musik. Pada evaluasi hari ketiga, pasien menyatakan bahwa nyeri telah berkurang secara signifikan dengan skala nyeri menurun menjadi 2 dari 10. Pasien juga menunjukkan pemahaman terhadap teknik-teknik yang dapat dilakukan untuk mengurangi nyeri, tampak lebih tenang, dan tidak lagi menunjukkan sikap protektif terhadap area nyeri. Berdasarkan hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara kriteria hasil yang direncanakan dan data yang diperoleh dari SOAP evaluasi. Masalah keperawatan Nyeri Akut dinyatakan teratasi dalam kurun waktu 3x24 jam dan intervensi dihentikan seiring dengan pasien dinyatakan pulang (KRS). Sebagai terapi lanjutan di rumah, pasien diberikan obat oral berupa mecobalamin 500 mcg 3x1, ranitidine 2x1, dan parasetamol 3x1.

2. Pada masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik yang berhubungan dengan nyeri dan gangguan neuromuskular, kriteria hasil dalam perencanaan mencakup peningkatan kekuatan otot dan perbaikan rentang gerak (Range of Motion/ROM). Selama tahap pelaksanaan, pasien secara konsisten melakukan

latihan ROM aktif dan pasif secara teratur dan bertahap. Selain itu, keluarga pasien turut berperan aktif dalam mendukung peningkatan kemampuan pergerakan pasien. Pada evaluasi hari ketiga, pasien melaporkan bahwa meskipun masih merasakan kebas pada kaki, terdapat perbaikan dalam rentang gerak, penurunan intensitas nyeri, serta penurunan kelemahan fisik. Berdasarkan hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan antara kriteria hasil yang telah direncanakan dengan temuan pada evaluasi. Masalah keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik dinyatakan teratasi sebagian dalam waktu 3x24 jam, dan intervensi dihentikan seiring dengan pasien dinyatakan pulang (KRS).

3. Pada masalah keperawatan Risiko Jatuh dengan riwayat jatuh dan penurunan kekuatan otot, kriteria hasil adalah menurunnya risiko jatuh saat berdiri, duduk, berjalan, dan di kamar mandi. Intervensi mencakup memastikan lingkungan aman: lantai tidak licin, pencahayaan cukup, pengaman tempat tidur terpasang, dan roda tempat tidur terkunci. Evaluasi hari ketiga: Pasien mampu mobilisasi lebih baik (bergerak di tempat tidur, duduk stabil, berdiri, dan berpindah mandiri). Kesimpulan: Kriteria hasil tercapai, tidak ada kesenjangan antara rencana dan hasil evaluasi. Masalah keperawatan Risiko Jatuh dinyatakan teratasi sebagian dan intervensi dihentikan seiring pasien dinyatakan pulang (KRS). Sebagai bentuk dukungan lanjutan di rumah, pasien dibekali dengan alat bantu walker untuk membantu aktivitas sehari-hari secara aman.

4. 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 melakukan pengamatan serta melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Low Back Pain (LBP) di Ruang Galang 1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya, penulis dapat menarik beberapa kesimpulan dan saran yang diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan dan kualitas asuhan keperawatan bagi pasien dengan diagnosa medis LBP.

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan uraian asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis Low Back Pain, penulis menyimpulkan hal-hal berikut:

1. Pada saat dilakukan pengkajian terhadap Tn. K pada tanggal 2 Juni 2025 pukul 08.00 WIB, pasien mengeluhkan nyeri di area punggung bagian bawah yang menjalar hingga ke kaki kiri. Pasien menyatakan bahwa nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, bersifat hilang timbul, dan semakin bertambah saat melakukan pergerakan, dengan skala nyeri 6 dari 10. Selain itu, pasien juga mengeluhkan rasa kebas pada kaki kiri yang telah dirasakan sejak awal masuk rumah sakit (MRS). Dalam melakukan aktivitas seperti berjalan dan berpindah posisi, pasien memerlukan bantuan dari istri atau berpegangan pada benda-benda di sekitarnya jika tidak ada yang mendampingi.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 136/95 mmHg, nadi 74 kali/menit, laju napas 20 kali/menit, dan suhu tubuh 36,5°C.

Pemeriksaan antropometri menunjukkan tinggi badan 165 cm, berat badan 80 kg, dan lingkaran lengan atas (LLA) 43 cm.

Sementara itu, hasil radiologi (foto lumbosakral) menunjukkan adanya kompresi pada vertebra lumbalis 2 (VL2) bagian sentral, serta spondylosis lumbalis dengan bridging antara VL4 dan VL5.

2. Berdasarkan hasil pengkajian terhadap pasien, terdapat beberapa diagnosis keperawatan yang dapat diidentifikasi, antara lain:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma).
- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri dan gangguan neuromuskular.
- c. Risiko Jatuh ditandai dengan riwayat jatuh dan penurunan kekuatan otot.
- d. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional yang dialami pasien.

Diagnosis-diagnosis tersebut disusun berdasarkan analisis data subjektif dan objektif selama proses pengkajian, serta mempertimbangkan faktor risiko dan kondisi fisik maupun psikologis pasien secara menyeluruh.

3. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada pasien Tn. K disesuaikan dengan masing-masing masalah keperawatan yang telah diidentifikasi. Untuk diagnosis Nyeri Akut, intervensi yang diterapkan adalah manajemen nyeri, yang mencakup pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis guna menurunkan persepsi nyeri pasien.

Pada masalah Gangguan Mobilitas Fisik, diberikan intervensi dukungan mobilisasi, termasuk latihan ROM aktif dan pasif, edukasi mobilisasi dini, serta melibatkan keluarga dalam membantu aktivitas fisik pasien.

Untuk diagnosis Risiko Jatuh, diterapkan intervensi pencegahan jatuh, seperti menjaga keamanan lingkungan, penggunaan alat bantu jalan, dan edukasi penggunaan alas kaki yang aman.

4. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien disesuaikan dengan intervensi yang telah direncanakan sebelumnya. Tindakan yang dilakukan antara lain meliputi identifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, pemberian teknik relaksasi napas dalam, serta penerapan teknik distraksi dengan mendengarkan alunan musik sebagai upaya nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri.

Selain itu, perawat juga memfasilitasi kebutuhan istirahat dan tidur pasien, serta melakukan Kerjasama dengan tim medis dalam pemberian analgesik. Untuk meningkatkan kemampuan mobilisasi, pasien diberikan latihan gerakan Range of Motion (ROM) pasif dan aktif secara bertahap.

Pengkajian rutin terhadap tanda-tanda vital (TTV) juga dilakukan untuk memantau kondisi umum pasien. Dalam upaya pencegahan risiko jatuh, perawat memastikan bahwa lingkungan sekitar pasien dalam kondisi aman, termasuk memastikan pagar pengaman tempat tidur terpasang dan roda tempat tidur dalam posisi terkunci.

5. Berdasarkan hasil evaluasi akhir, masalah keperawatan pada Tn. K menunjukkan perkembangan yang positif. Masalah Nyeri Akut dinyatakan teratasi sepenuhnya, Gangguan Mobilitas Fisik dan Risiko Jatuh menunjukkan perbaikan sebagian, sementara masalah Obesitas masih belum teratasi selama periode perawatan.

Pencapaian tujuan asuhan keperawatan secara keseluruhan dapat direalisasikan

dengan baik berkat adanya kolaborasi yang efektif antara pasien, keluarga, dan tim pelayanan kesehatan. Evaluasi yang dilakukan menunjukkan bahwa kondisi Tn. K telah sesuai dengan harapan, yaitu tercapainya sebagian besar tujuan keperawatan dalam kurun waktu perawatan yang telah ditetapkan

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

## DAFTAR PUSTAKA

Farras Hadyan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Low Back Pain pada Pengemudi Transportasi, M. I., & Farras Hadyan, M. (2015). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Low Back Pain pada Pengemudi Transportasi Publik. In Publik Majority | (Vol. 4).

Ones, M., Sahdan, M., & Tira, D. S. (n.d.). Merdiana Ones, Mustakim Sahdan, Deviarbi Sakke Tira. Media Kesehatan Masyarakat, 3(1).  
<https://doi.org/10.35508/mkm>

Rahmawati, A. (n.d.). Resiko factor Low Back Pain (LBP).  
<http://jurnalmedikahutama.com>

Simanjuntak, E. Y. B., Silitonga, E., & Aryani, N. (2020). Latihan Fisik dalam Upaya Pencegahan Low Back Pain (LBP). Jurnal Abdidas, 1(3), 119–124.  
<https://doi.org/10.31004/abdidas.v1i3.21>

Untari, S., Susanti, M. M., Kodiyah, N., & Himawati, L. (2023). Buku Ajar Anatomi dan Fisiologi. PT Nasya Expanding Management.

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.

Permatasari, D. (2022). Pengaruh Posisi Duduk Terhadap Kasus Low Back Pain Pada Mahasiswa Daring Di Universitas Indonesia. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Andini, F. (2015). Risk factors of low back pain in workers. J majority, 4(1), 12-19.

Syafridayani, F. (2019). Pentingnya Perencanaan Asuhan Keperawatan.

Setyawan, A., Hargiani, F. X., Kusuma, W. T., & Halimah, N. (2022). Hubungan Beban Kerja Fisik Dengan Keluhan Nyeri Punggung Bawah Pada Physiotherapist Di Rumah Sakit Wilayah Jawa Timur. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 7(1).

Damawiyah, S., Kartini, Y., Ainiyah, N., & Wijayanti, L. (2023). Perbedaan Efektifitas Terapi Masase Punggung Dan Latihan Fisik Peregangan (Stretching) Terhadap Intensitas Low Back Pain Pada Lansia. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 8(2).

Dewi, N. P. K., 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).

Pandjukung, A. P., Damanik, E. M. B., & Hutasoit, R. (2020). Hubungan usia dan jenis kelamin pada penderita nyeri punggung bawah (low back pain) dengan komorbid diabetes melitus Di RSUD Prof. Dr. WZ Johannes Kupang tahun 2018. *Cendana Medical Journal (CMJ)*, 8(2), 9-15.

Rahayu, R. B. (2023). Hubungan sikap dan posisi kerja perawat dengan kejadian Low Back Pain pada perawat diruang rawat inap RSUD dr. GONDO SUWARNO UNGARAN (Doctoral dissertation, Universitas Widya Husada Semarang).

Guesteva, V. C., Anggraini, R. A., Maudi, L. P., Rahmadiani, P. Y., & Azzahra, N. (2021). Faktor-Faktor Penyebab Kejadian Low Back Pain pada Pekerja Kantoran: Systematic Review. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat: Media Komunikasi Komunitas Kesehatan Masyarakat*, 13(3), 151-159.

Palinggi, Y., Agustina, A., & Sarma, A. (2023). Asuhan keperawatan klien Low Back Pain dengan focus studi defisit perawatan diri diruangan nusa indah I RSUD ANDI MAKKASAU KOTA PAREPARE. *Jurnal Kesehatan Lentera Acitya*, 10(1), 49-66.

Mustaqim, R. S., & Purwaningsih, I. (2022). Penerapan Terapi Relaksasi Benson dalam Menurunkan Nyeri Akut pada Pasien dengan Low Back Pain (LBP). *SBY Proceedings*, 1(1), 538-549.

Julianto, D., Nova, P. A., & Kariasa, I. M. (2024). Intervensi Back Exercise Berbasis Digital terhadap Penurunan Nyeri Kronik pada Pasien Low Back Pain (LBP): Systematic Review. *Jurnal Keperawatan*, 16(1), 373-382.

## LAMPIRAN

### Lampiran 1.

#### DAFTAR RIWAYAT HIDUP (CURRICULUM VITAE)




#### B. Identitas Diri

Nama : I Putu Sudarma.  
 Tempat/tgl lahir : Singaraja, 08 Maret 1980.  
 Alamat : Jl. Bkit Safir ED2 No.08 Kota Baru Driyorejo, Gresik.  
 Nama Ayah : I Made Pasek Wisadha.  
 Nama Ibu : Ni Ketut Sariati.  
 E-mail : [sudarmaputu015@gmail.com](mailto:sudarmaputu015@gmail.com)


#### C. Riwayat Pendidikan

1. Lulus Tahun 1993: SD.
2. Lulus Tahun 1996: SMP.
3. Lulus Tahun 1999: SMA.
4. 2025-sekarang : Menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan  
STIKES Hang Tuah Surabaya

## Lampiran 2.

	<p style="text-align: center;"><b>STANDART PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PENGKAJIAN NYERI</b></p>
<p><b>Pengertian</b></p>	<p>Prosedur penilaian nyeri untuk menentukan karakteristik, lokasi, dan tingkat nyeri pasien.</p>
<p><b>Tujuan</b></p>	<p>Mengetahui tingkat nyeri pasien sebagai dasar perencanaan intervensi.</p>
<p><b>Persiapan Alat/Bahan</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sekala nyeri(NRS atau VAS)</li> <li>-Formulir pengkajian.</li> <li>-Alat tulis.</li> </ul>
<p><b>Prosedur Tindakan</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur kepada pasien.</li> <li>2. Kaji nyeri menggunakan metode <b>PQRST</b>. <ul style="list-style-type: none"> <li>P : apa yang menyebabkan nyeri.</li> <li>Q : bagaimana sifat nyeri.</li> <li>R : dimana lokasi nyerinya.</li> <li>S : seberapa berat tingkatan nyerinya</li> <li>T : Kapan mulainya nyerinya</li> </ul> </li> <li>3. Minta pasien menilai nyeri dengan <b>skala 0–10</b>.</li> <li>4. Catat lokasi, durasi, dan faktor pemicu/peredanya.</li> <li>5. Dokumentasikan hasil pengkajian.</li> </ol>


### Lampiran 3

	<p style="text-align: center;"><b>STANDART PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PEMBERIAN ANALGETIK</b></p>
<p><b>Pengertian:</b></p>	<p>Prosedur pemberian obat untuk mengurangi nyeri sesuai instruksi dokter.</p>
<p><b>Tujuan:</b></p>	<p>Mengontrol nyeri pasien dan meningkatkan kenyamanan.</p>
<p><b>Persiapan:</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Obat analgesik sesuai resep</li> <li>2. Peralatan injeksi atau oral ( Sputit)</li> <li>3. APD</li> </ol>
<p><b>Prosedur:</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verifikasi identitas pasien dan resep.</li> <li>2. Jelaskan tujuan pemberian obat.</li> <li>3. Berikan obat sesuai dosis dan rute.</li> <li>4. Observasi efek samping dan efektivitas obat.</li> <li>5. Dokumentasikan pemberian obat.</li> </ol>

#### Lampiran 4

	<p style="text-align: center;"><b>STANDART PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>MOBILISASI DINI</b></p>
<b>PENGERTIAN</b>	Prosedur membantu pasien bergerak untuk mencegah komplikasi akibat imobilisasi.
<b>TUJUAN</b>	Meningkatkan kekuatan otot, mencegah kontraktur, dan mempercepat pemulihan.
<b>PERSIAPAN</b>	1). Alat bantu (walker/tongkat) bila perlu 2). Lingkungan aman
<b>PROSEDUR</b>	1). Nilai kemampuan mobilisasi pasien. 2).Jelaskan tujuan mobilisasi. 3). Bantu pasien bergerak bertahap (duduk–berdiri–berjalan). 4). Pantau tanda vital dan reaksi pasien. 5).Dokumentasikan hasil mobilisasi.

## Lampiran 5

	<p style="text-align: center;"><b>STANDART PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PENCEGAHAN JATUH</b></p>
<b>PENGERTIAN</b>	-Prosedur untuk meminimalkan risiko jatuh pada pasien dengan gangguan mobilitas.
<b>TUJUAN</b>	Mengurangi cedera akibat jatuh.
<b>PERSIAPAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengaman tempat tidur</li> <li>2. Alas kaki anti selip</li> </ol>
<b>PROSEDUR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor risiko jatuh (riwayat jatuh, kelemahan otot).</li> <li>2. Pastikan lingkungan aman dan pencahayaan cukup.</li> <li>3. Pasang pengaman tempat tidur dan kunci roda.</li> <li>4. Ajarkan pasien meminta bantuan saat mobilisasi.</li> <li>5. Dokumentasikan langkah pencegahan.</li> </ol>