

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.F DENGAN DIAGNOSA MEDIS
POST OP *SPONDYLOSIS LUMBAL* DI RUANG H1 RSPAL
Dr. RAMELAN SURABAYA



Oleh :
FLAURA ENJELY DE FRETES, S.Kep
NIM : 2130081

PROGRAM STUDI PROFESI
NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021

KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.F DENGAN DIAGNOSA MEDIS
POST OP *SPONDYLOSIS LUMBAL* DI RUANG H1 RSPAL
Dr. RAMELAN SURABAYA

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



Oleh :
FLAURA ENJELY DE FRETES, S.Kep
NIM : 2130081

PROGRAM STUDI PROFESI
NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2021

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 08 Juli 2022

Penulis

Flaura Enjely de Fretes, S.Kep

NIM.2130081

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Flaury Enjely de Fretes, S.Kep.

NIM : 2130081

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny.F dengan Diagnosa Medis
spondylosis lumbal di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

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

NERS (Ns)

Surabaya, 08 Juli 2021

Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya

Pembimbing Institusi

Pembimbing Lahan

Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,N.Kep

Amy Ardianti, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP.03003

NIP. 197901242006042001

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 08 Juli 2022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :

Nama : Flaury Enjely de Fretes, S.Kep

NIM : 2130081

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn.A dengan Diagnosa Medis *spondylosis lumbal* di Ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji karya ilmiah Akhir di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS (Ns)” pada program studi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji 1: Dr. Hidayatus S, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP.03009

Penguji 2: Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,N.Kep

NIP.O3001

Penguji 3: Amy Ardianti, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP. 197901242006042001

Mengetahui,

**Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners
STIKES Hang Tuah Surabaya**

Dr. Hidayatus S, S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIP. 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 08 Juli 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

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

1. Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes. selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners dan penguji ketua yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

4. Dr. Setiadi, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Pembimbing Institusi terima kasih atas saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Ibu Amy Ardianti, S.Kep., Ns., M.Tr. Kep., Kep selaku Pembimbing Klinik yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Kedua Orang tua saya yang tanpa henti memberikan doa, semangat dan motivasi dalam segala hal serta memberikan kasih sayang yang teramat besar yang tidak mungkin dapat di balas dengan apapun
7. Teman-teman sealmamater Profesi Ners Angkatan 12 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 08 Juli 2022

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
DAFTAR ISI	vii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
1.5 Metode Penelitian	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Spondylosis.....	9
2.1.1 Definisi Spondylosis	9
2.1.2 Etiologi Spondylosis	9
2.1.3 Anatomi Fisiologi Tulang Belakang	12
2.1.4 Klasifikasi Spondylosis.....	15
2.1.5 Woc (Web Of Caution).....	17
2.1.6 Manifestasi Klinis	18
2.1.7 Komplikasi Spondylosis	19
2.1.8 Penatalaksanaan	19
2.1.9 Pemeriksaan penuunjang.....	22
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	25
2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	25
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	29
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	30
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	35
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	35
BAB 3 TINJAUAN KASUS	37

3.1	Pengkajian.....	37
3.1.1	Identitas.....	37
3.1.2	Riwayat Kesehatan.....	37
3.1.3	Pemeriksaan Fisik.....	39
3.1.4	Pengkajian Pola Kesehatan.....	42
3.1.5	Data Penunjang.....	46
3.1.6	Terapi Medis.....	47
3.2	Analisa Data.....	47
3.3	Prioritas Masalah.....	48
3.4	Intervensi Keperawatan.....	49
3.5	Implementasi & Evaluasi Keperawatan.....	52
BAB 4 PEMBAHASAN.....		64
4.1	Pengkajian Keperawatan.....	64
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	66
4.3	Intervensi Keperawatan.....	68
4.4	Implementasi Keperawatan.....	70
4.5	Evaluasi Keperawatan.....	72
BAB 5 PENUTUP.....		75
5.1	Simpulan.....	75
5.2	Saran.....	76
5.2.1	Bagi keluarga dan pasien.....	76
5.2.2	Bagi Profesi Keperawatan.....	77
5.2.3	Bagi Manajemen Ruangan.....	77
5.2.4	Bagi Peneliti Selanjutnya.....	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Tulang Belakang	12
Gambar 2.2 servical spondylosis	15
Gambar 2.3 spondylosis lumbalis	16

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Diagnosis Keperawatan pada Tn.F dengan diagnosa medis spondylosis lumbal	48
Tabel 3.2 Prioritas masalah pada Ny.F dengan diagnosa medis Spondylosis Lumbal	49
Tabel Intervensi Keperawatan pada Ny.F dengan diagnosa medis Spondylosis Lumbal	52
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan pada Ny.F dengan diagnosa medis Spondylosis Lumbal	52

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	81
Lampiran 2 Moto dan Persembahan	82
Lampiran 3 Leaflet Penurunan Nyeri pada Spondylosis Lumbal	83

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Semakin meningkatnya jumlah usia tua di Indonesia, maka semakin meningkat pula keluhan yang diakibatkan oleh meningkatnya usia karena secara fisiologis semakin bertambah usia seseorang, akan terjadi penurunan fungsi pada semua organ salah satunya adalah pada sendi akan terjadi degenerasi sehingga bisa menyebabkan spondyloarthritis (Sudoyono, 2015). Penyakit sendi degenerative merupakan suatu gangguan kronik, tidak meradang dan progresif lambat, yang akan-akan merupakan proses penuaan. Rawan sendi mengalami kemunduran atau degenerasi, disertai pertumbuhan tulang baru pada bagian tepi sendi (body spur). Proses degenerasi ini disebabkan karena proses pemecahan kondrosit yang merupakan unsur penting rawan sendi. Pemecahan tersebut diduga diawali oleh stress biomekanika tertentu. Pengeluaran enzim lisosom mengakibatkan dipecahnya polisakarida protein yang membentuk matriks disekeliling kondrosit, sehingga mengakibatkan kerusakan tulang rawan (Guyton, 2019)

Spondylosis merupakan bagian dari penyakit osteoarthritis (OA). Penyakit ini dapat diderita pasien memiliki kebiasaan hidup tidak ergonomis seperti pada kebanyakan orang di zaman modern ini . Spondilosis lumbalis muncul pada 27-37% dari populasi yang asimtomatis. Di Amerika Serikat, lebih dari 80% individu yang berusia lebih dari 40 tahun mengalami spondilosis lumbalis, meningkat dari 3% pada individu berusia 20-29 tahun. Di dunia spondilosis lumbal dapat mulai berkembang pada usia 20 tahun. Hal ini meningkat, dan mungkin tidak dapat

dihindari, bersamaan dengan usia. Kira-kira 84% pria dan 74% wanita mempunyai osteofit vertebralis, yang sering terjadi setinggi T9-10. Kira-kira 30% pria dan 28% wanita berusia 55-64 tahun mempunyai osteofit lumbalis. Kira-kira 20% pria dan 22% wanita berusia 45-64 tahun mengalami osteofit lumbalis (Mahadewa dan Maliawan, 2015). Pada studi kasus yang dilakukan oleh penulis didapatkan bahwa penderita spondylosis lumbal di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya di ruang H1 terdapat 6 penderita dalam periode bulan Juli hingga September 2021.

Spondylosis merupakan penyakit degeneratif yang sering terjadi pada pasien dengan usia 45 tahun ke atas beresiko terkena penyakit ini. (Hederma, 2017) Banyak yang mengeluh nyeri yang dirasakan di daerah punggung. Nyeri punggung merupakan keluhan nyeri yang umum dijumpai di masyarakat. Penyebab nyeri punggung ada bervariasi, salah satunya nyeri punggung spondilogenik. Nyeri tipe ini berasal dari kolumna vertebra dan struktur-struktur yang berkaitan dengannya. Etiologi nyeri dapat berupa suatu lesi yang melibatkan komponen vertebra, perubahan sendisakroliaka, atau yang paling sering ialah perubahan pada jaringan lunak seperti diskus, ligament, dan otot (Rahim, 2012). Spondylosis lumbalis adalah kondisi klinik umum yang menyebabkan adanya nyeri punggung atau pinggang akibat adanya defek dari interupsi yang terjadi dibagian interatikularis, namun dapat terjadi juga di bagian lateral dari vertebra. Terutama terjadi setelah prolaps yang berulang, mungkin terdapat penipihan berangsur-angsur dari diskus dan pergeseran sendi-sendi permukaan posterior. Pergerakan yang terganggu pada

saat fleksi dan ekstensi merupakan suatu jenis gerakan ketidakstabilan segmen, disertai perubahan fisiologis. (Hoy et al, 2018).

Adanya nyeri yang disebabkan oleh spondilosis lumbal dapat menyebabkan gangguan impairment berupa nyeri pada punggung bawah, terbatasnya lingkup gerak sendi lumbal, adanya kelemahan otot perut dan punggung. Functional limitation berupa kesulitan melakukan gerakan membungkuk, berjalan dalam waktu yang lama dan duduk dalam waktu yang lama karena adanya nyeri yang dirasakan. Disability dalam aktifitas sehari-hari seperti tidak lagi dapat mengikuti kegiatan-kegiatan social masyarakat di lingkungannya (Tana & Delima, 2015). Adapun kekhususan dari perawatan klien dengan nyeri yang dirasakan karena masalah yang muncul biasanya berupa kompleks dan mempengaruhi system tubuh sehingga asuhan keperawatan yang diberikan untuk mengembalikan fungsi dan meningkatkan aktivitas. Berdasarkan data uraian di atas, maka penulis turut berperan aktif dalam mempertimbangkan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan pada pasien spondylosis yang akan penulis susun dalam bentuk studi kasus asuhan keperawatan pada Ny.F dengan *Spondylosis Lumbal* di ruang H1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah penatalaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. F dengan diagnosis medis *Spondylosis Lumbal* di Ruang H1 RSPAL dr Ramelan Surabaya”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pada Ny. F dengan diagnosis medis *Spondylosis Lumbal* di Ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada Ny.F dengan diagnosis medis *Spondylosis lumbal* di ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Suarabaya
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada Ny.F dengan diagnosis medis *Spondylosis lumbal* di ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Suarabaya
3. Merumuskan rencana keperawatan pada Ny.F dengan diagnosis medis *Spondylosis lumbal* di ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Suarabaya
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.F dengan diagnosis medis *Spondylosis lumbal* di ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Suarabaya
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada Ny.F dengan diagnosis medis *Spondylosis lumbal* di ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Suarabaya
6. Mendokumentasikan tindakan keperawatan pada Ny.F dengan diagnosis medis *Spondylosis lumbal* di ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Suarabaya

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dari segi akademis, menambah keilmuan agar perawat dan tenaga Kesehatan lebih mengetahui dan meningkatkan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit untuk perawatan yang lebih bermutu dan professional dengan melaksanakan asuhan keperawatan dengan diagnosis medis

1.4.2 Manfaat Praktis

2. Bagi Praktisi Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *spondylosis lumbal*

3. Bagi Manager Keperawatan

Hhasil studi kasus ini, dapat menjadi acuan atau landasan dalam pembuatan standar Asuhan Keperawatan pada pasienpasien yang mengalami spondylosis lumbal

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan diagnosa medis *spondylosis lumbal*.

5. Bagi Pasien

Hasil penulisan ini diharapkan dapat sebagai sumber informasi untuk meningkatkan pengetahuan bagi pasien yang mengalami spondylosis

1.5 Metode Penelitian

1. Metode

Metode yang digunakan dalam karya ilmiah akhir ini adalah dengan metode deskriptif dimana penulis mendeskripsikan satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan dan membahas data dengan studi pendekatan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan hingga evaluasi.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data yang diambil/diperoleh melalui percakapan dengan pasien dan keluarga pasien maupun dengan tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil/diperoleh melalui pengamatan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien.

c. Pemeriksaan

Data yang diambil/diperoleh melalui pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi untuk menunjang menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data yang diperoleh dari hasil wawancara dan pemeriksaan fisik pasien.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien seperti; catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yang digunakan dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini menggunakan sumber yang berhubungan dengan judul karya ilmiah akhir dan masalah yang dibahas, dengan sumber seperti: buku, jurnal dan KTI yang relevan dengan judul penulis.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu : Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran serta daftar singkatan.

Bagian inti terdiri dari lima bab, yang terdiri dari sub bab berikut ini : BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian, metode penulisan dan sistematika penulisan studi kasus. BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, konsep asuhan keperawatan pasien dengan diagnosis medis *Spondylosis Lumbal*, serta

kerangka masalah pada *Spondylosis Lumbal*. BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi fakta, teori dan opini penulis. BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka, motto dan persembahan serta lampiran-lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek, meliputi:

1) Konsep Spondylosis, 2) Konsep Asuhan Keperawatan Spondylosis, 3) Konsep Masalah Spondylosis

2.1 Konsep Spondylosis

2.1.1 Definisi Spondylosis

Spondylosis yaitu ankilosis sendi vertebral perubahan degenerative pada vertebra akibat osteoporosis. Spondylosis adalah sejenis penyakit reumatik yang menyerang tulang belakang (spine osteoarthritis) yang disebabkan oleh proses degenerasi sehingga mengganggu fungsi dan struktur tulang belakang. Spondylosis dapat terjadi pada leher (servikal), punggung tengah (thoracal), maupun punggung bawah (lumbal), proses degenerasi dapat menyerang sendi antar ruas tulang belakang, tulang dan juga penyokongnya (ligament) (Dorland, 2017). Spondylosis adalah terminology yang digunakan mengacu pada osteoarthritis degeneratif yang terjadi pada persendian diantara pusat dari vertebra spinal atau foramina neural.

2.1.2 Etiologi Spondylosis

Penyebab dari spondylosis hingga saat ini masih belum terungkap, namun beberapa factor resiko untuk timbulnya spondylosis anatara lain yaitu :

1. Umur

Dari semua factor resiko untuk timbulnya spondylosis, factor ketuaan

adalah yang terkuat. Prevalensi dan beratnya spondylosis semakin meningkat dengan bertambahnya umur. Spondylosis hamper tidak pernah ada pada anak-anak, jarang pada umur dibawah 40 tahun dan sering pada umur diatas 60 tahun. Perubahan fisis dan biokima yang terjadi sejalan dengan bertamahnya umur dengan penurunan jumlah kolagen dan kadar air, dan endapannya berbentuk pigmen yang berwarna kuning

2. Jenis kelamin

Wanita lebih sering terkena spondylosis daripada laki-laki. Secara keseluruhan dibawah 45 tahun frekuensi spondylosis kurang lebih sama pada laki-laki dan Wanita tetapi diatas 50 tahun frekuensi spondylosis lebih banyak pada pria hal ini menunjukkan adanya peran hormonal pada pathogenesis spondylosis

3. Genetic

Factor genetic mungkin mempengaruhi formasi osteofit dan degenerasi diskus. Penelitian Spector dan MacGregor menjelaskan bahwa 50% variabilitas yang ditemukan pada osteoarthritis berkaitan dengan factor herediter.

4. Stress mekanikal

Akibat pekerjaan seperti aktivitas pekerjaan yang melibatkan Gerakan mengangkat, twisting dan membawa/ memindahkan barang

5. Kegemukan

Berat badan yang berlebih berkaitan dengan meningkatnya resiko untuk timbulnya spondylosis baik pada Wanita maupun pria.

6. Cedera sendi, pekerjaan dan olahraga (trauma)

Kegiatan fisik yang dapat menyebabkan spondylosis adalah trauma yang

menimbulkan kerusakan pada integritas struktur dan biomekanik sendi tersebut

7. Kepadatan tulang dan pengausan (wear and tear)

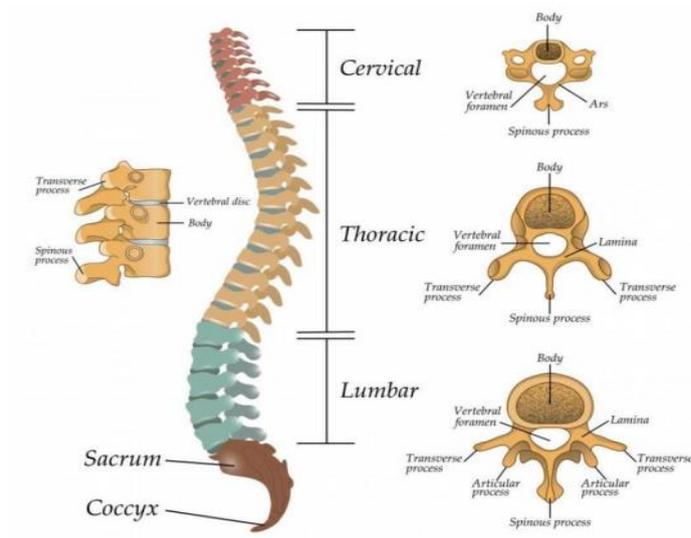
Pemakaian sendi yang berlebihan secara teoritis dapat merusak rawan sendi melalui dua mekanisme yaitu pengikisan dan proses degenerasi karena bahan yang harus dikandungnya

8. Akibat radang sendi lain

Infeksi (arthritis rematoid, infeksi akut, infeksi kronis) menimbulkan reaksi peradangan dan pengeluaran enzim perusak matriks rawan sendi oleh membran synovial dan sel-sel radang (Sudoyono dkk, 2016)

2.1.3 Anatomi Fisiologi Tulang Belakang

Rangkaian tulang belakang adalah sebuah struktur lentur yang dibentuk oleh sejumlah tulang yang disebut vertebrata atau ruas tulang belakang. Diantara tiap dua ruas tulang belakang terdapat bantalan tulang rawan. Panjang rangkaian tulang belakang pada orang dewasa mencapai 57 sampai 67 cm. Seluruhnya terdapat 33 ruas tulang, 24 buah diantaranya adalah tulang terpisah dan 9 ruas sisanya dikemudian hari menyatu menjadi sakrum 5 buah dan koksigus 4 buah.



Gambar 2.1 Anatomi Tulang Belakang

Tulang vertebra dikelompokkan sebagai berikut :

1. Vertebra servikal

Vertebra servikal terdiri dari tujuh ruas tulang leher. Ruas tulang leher pada umumnya mempunyai ciri badan yang kecil dan persegi panjang, lebih panjang ke samping dari pada ke depan atau ke belakang. Lengkungannya besar, prosesus spinosus atau taju duri ujungnya dua atau bivida. Prosesus transverses atau taju sayap terdapat lubang karena banyak foramina untuk lewatnya arteri vertebralis.

2. Vertebra torakalis

Vertebra torakalis terdiri dari dua belas tulang yang mempunyai nama lain yaitu ruas tulang punggung lebih besar dari yang servikal dan di sebelah bawah menjadi lebih besar. Mempunyai ciri khas dengan badan yang berbrntuk lebar lonjong dengan faset atau lekukan kecil di setiap sisi untuk menyambung iga, lengkungannya agak kecil, taju duri panjang dan mengarah ke bawah, sedangkan taju sayap yang membantu mendukung iga adalah tebal dan kuat serta memuat faset persendian untuk iga.

3. Vertebra lumbalis

Vertebra lumbalis terdiri dari lima ruas tulang atau ruas tulang pinggang, ruas tulang pinggang adalah yang terbesar. Taju durinya lebar dan berbentuk seperti kapak kecil. Taju sayapnya panjang dan langsing. Ruas kelima membentuk sendi dan sacrum pada sendi lumbo sacral

4. Vertebra sakralis

Vertebra sakralis terdiri dari lima ruas tulang atau tulang kelangkang. Tulang kelangkang berbentuk segi tiga dan terletak pada bagian bawah kolumna vertebralis, terjepit diantara ke dua tulang inominata. Dasar dari sakrum terletak di atas dan bersendi dengan vertebra lumbalis kelima dan membentuk sendi intervertebral yang khas. Tapi anterior dari basis sakrum membentuk promontorium sakralis.

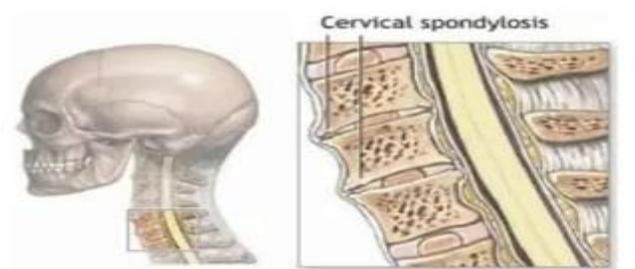
5. Vertebra kosigeus

Vertebra kosigeus atau tulang tungging. Tulang tungging terdiri dari empat atau lima vertebra yang rudimenter yang bergabung menjadi satu. Kolumna vertebralis atau rangkaian tulang belakang memiliki fungsi bekerja sebagai pendukung badan yang kokoh atau sebagai penyangga dengan perantaraan tulang rawan sakram intervertebralis yang lengkungannya memberi fleksibilitas. Cakramnya berguna untuk menyerap guncangan yang terjadi bila menggerakkan berat seperti saat berlari dan meloncat, dengan demikian otak dan sumsum belakang terlindung dari guncangan. Gelang panggul yaitu penghubung antara badan dan anggota bawah. Sebagian dari kerangka axial, atau tulang sakrum dan tulang koksigeus, yang letaknya terjepit antara dua tulang koxa, turut membentuk tulang ini. Dua tulang koxa itu bersendi satu dengan lainnya di tempat simfisis pubis (Sudoyono dkk, 2016)

2.1.4 Klasifikasi Spondylosis

1. Spondylosis cervical

Servical spondylosis merupakan perubahan degenerasi dari bantalan (disk)tulang belakang leher yang menyebabkan hyperplasia tulang belakang leher atau slipped disk tulang belakang, penebalan ligament, iritasi atau kompresi saraf tulang belakang leher, saraf leher, pembuluh darah sehingga menimbulkan berbagai gejala sindro klinis. Manifestasi klinis dari servical spondylosis adalah nyeri leher dan bahu, pusing, sakit kepala, mati rasa ekstremitas atas, atrofi otot, pada kasus yang parah terjadi apasme kedua tungkai bawah dan kesulitan berjalan, bahkan muncul quadriplegia, gangguan sfingter dan kelumpuhan anggota badan. Cervical spondylosis sering terjadi pada orang tua, tetapi dengan adanya perubahan gaya hidup dan perawatan Kesehatan yang tidak memadai, penyakit spondylosis juga dapat terjadi pada remaja dan tingkat insiden pada pria lebih tinggi dibanding Wanita.

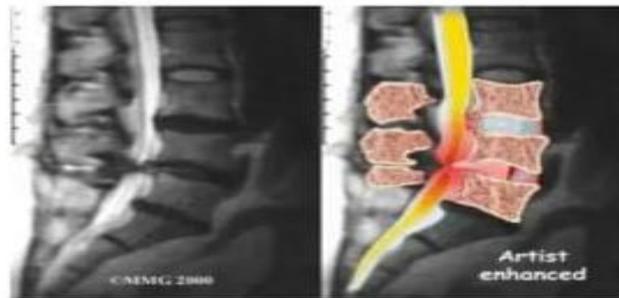


Gambar 2.2 servical spondylosis

2. Spondylosis lumbalis

Spondylosis lumbalis juga dapat diartikan perubahan pada sendi tulang

belakang dengan ciri khas bertambahnya degenerasi discus intervertebralis yang diikuti perubahan pada tulang dan jaringan lunak, atau dapat berarti pertumbuhan berlebihan dari tulang (osteofit), yang terutama terletak di aspek anterior, lateral dan kadang-kadang posterior dari tepi superior dan inferior vertebrae centralis (corpus). Spondylosis seringkali mempengaruhi vertebrae lumbalis pada orang di atas usia 40 tahun. Nyeri dan kekakuan badan diperjalanan merupakan keluhan utama. Biasanya lebih dari 1 vertebrae.

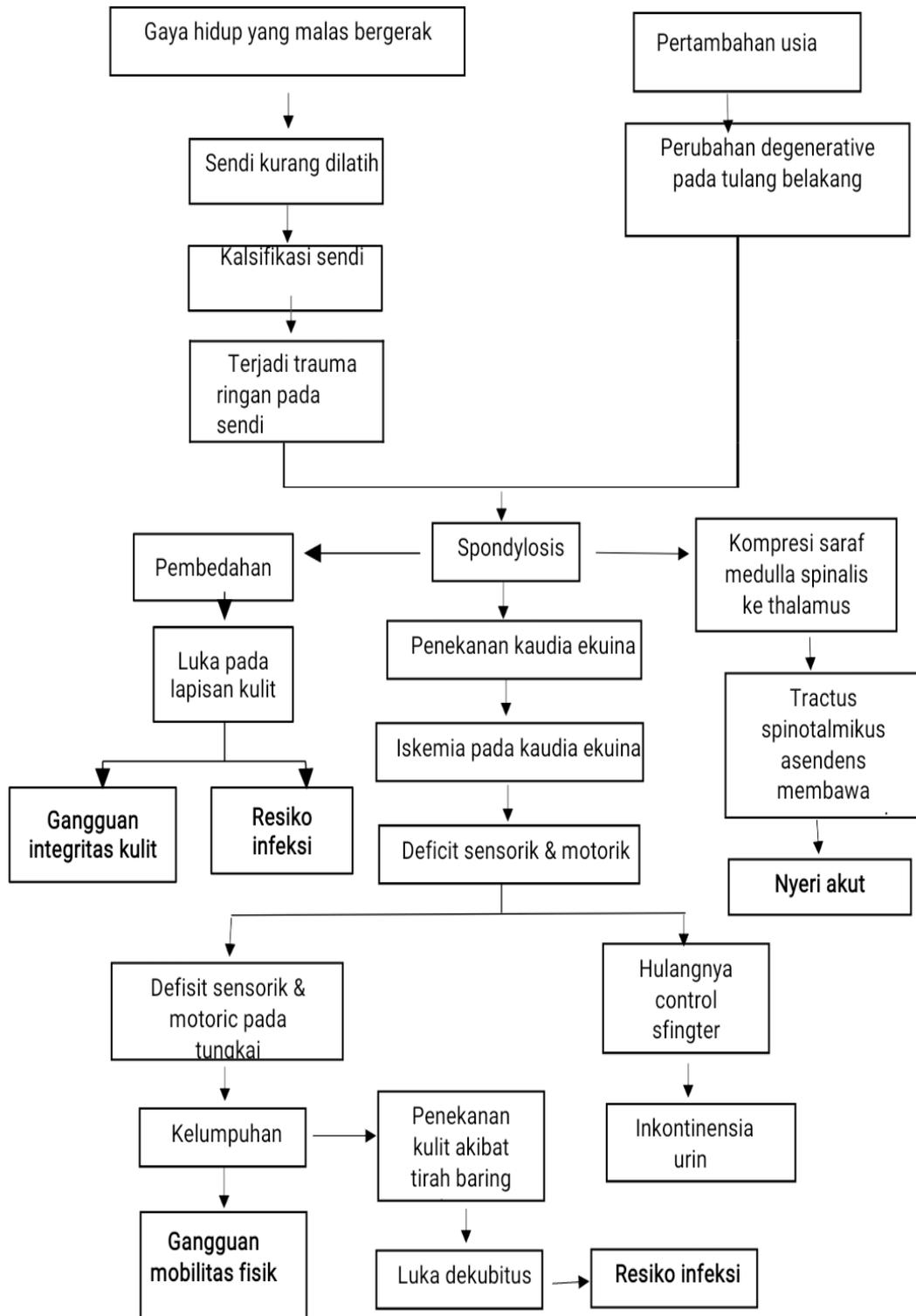


Gambar 2.3 spondylosis lumbalis

3. Spondylosis ankilosis

Spondylosis ankilosis merupakan penyakit reumatik inflamasi sistemik kronik yang terutama menyerang sendi aksial (vertebra). Yang merupakan tanda khas adalah terserangnya sendi sakro iliaka. Juga sering menyerang sendi panggul, bahu dan ekstremitas pada stadium lanjut (Suduyono dkk, 2016)

2.1.5 Woc (Web Of Caution)



2.1.6 Manifestasi Klinis

Kompresi radiks sukar dibedakan dengan yang disebabkan oleh protusi diskus, walaupun nyeri biasanya kurang menonjol pada spondylosis. Distesia tanpa nyeri dapat timbul pada daerah distribusi radiks yang terkena, dapat disertai kelumpuhan otot dan gangguan refleks.

Terjadi pembentukan osteot pada bagian yang lebih sentral dari korpus vertebra yang menekan medulla spinalis. Kedua ekuina dapat terkena kompresi pada daerah lumbal bila terdapat stenosis kanal lumbal. Gejalanya berupa sindrom kauda ekuina dengan paraparesis, deficit sensorik pada kedua tungkai serta hilangnya control sfingter. Sindrom pseudoklaudikasi (klaudikasi neurologic) dapat terjadi dimana pasien mengeluh nyeri pinggang dan tungkai saat berdiri dan akan menghilang bila berbaring (Herdman & Heater, 2017)

Gejala umum yaitu :

1. Nyeri yang menyebar ke bahu, atau sakit punggung. Lokasi nyeri atau rasa sakit berhubungan dengan seberapa banyak tulang belakang yang terlibat
2. Sensasi abnormal atau kehilangan sensasi yang mengacu pada segmen tulang belakang yang terlibat
3. Otot tersa lemah (khususnya pada lengan dan tungkai)
4. Kehilangan keseimbangan
5. Kehilangan kendali kandung kemih atau usus bagian bawah (kondisi darurat medis)

2.1.7 Komplikasi Spondylosis

Komplikasi yang mungkin timbul dapat berupa :

1. Kerusakan neurologi
2. Tromboflebitis
3. Fraktur vertebra
4. Poliartritis
5. Disfungsi pernafasan sesuai tahap progressif (Herdman & Heater, 2017)

2.1.8 Penatalaksanaan

1. Terapi Non Farmakologis
 - a. Terapi fisik dan rehabilitasi

Terapi ini untuk melatih pasien agar persendiannya tetap dapat dipakai dan melatih pasien untuk melindungi sendi

- b. Penurunan berat badan

Berat badan yang berlebihan ternyata merupakan factor yang akan memperberat penyakit OA. Oleh karenanya BB harus dijaga agar tidak berlebihan

- c. Fisioterapi

- 1) Memakai tempat tidur yang dialasi papan dibawah Kasur dengan ganjal didaerah lumbal untuk mengembalikan lordosis, dengan bantal kepa yang sebaiknya tipis

- 2) Penyesuaian pekerjaan terutama bila terdapat gangguan tulang

punggung. Punggung sebaiknya hendaknya dipertahankan lurus.

- 3) Latihan-latihan untuk menjaga postur tubuh, mengurangi deformitas, dan memelihara ekspansi dada setelah serangan akut diatasi ((Herdman & Heater, 2017)

2. Penatalaksanaan secara medis

Prosedur diagnostic dan terapi konservatif seperti pada penyakit diskus. Indikasi operasi juga sama yaitu adanya kompresi medulla spinalis. Kelemahan otot atau nyeri yang sukar dihilangkan. Pembedahan dilakukan untuk meringankan tekanan pada saraf atau sumsum tulang belakang seperti :

a. Anterior corpectomy discectomy fusi (ACDF)

Teknik ini dilakukan dengan menggunakan mikroskop dengan sayatan 3-5 cm ada daerah leher bagian depan

b. Faraminotomy

Suatu oprasi untuk melebarkan ruang tempa kelaurnya akar saraf dari kanal spinal servikal. Operasi medis ini digunakan untuk menguragi tekanan pada saraf yang sedang dikompresi oleh foramen intervertebralis, ruang dimana tulang beakang keluar saraf rool kanal tulang belakang

c. Cervical collar

Pemakaian servical collar lebih ditujukan untuk proses immobilisasi serta mengurangi kopresi pada radiks saraf, walaupun belum terdapat satu jenis collar yang benar-benar dapat mencegah mobilisasi cervical

d. Laminektomi

Operasi untuk mengeluarkan lamina. Ini adalah bagian dari tulang yang membentuk tulang belakang. Laminektomi juga dapat digunakan untuk menghapus taji tulang pada tulang belakang. Prosedur ini dapat mengurangi tekanan dari saraf tulang belakang atau spinal cord

e. Laminoplasty

Salah satu prosedur pembedahan pada kasus spinal stenosis dengan cara membebaskan tekanan pada saraf tulang belakang. Prosedur ini memotong (memotong seluruhnya pada sisi yang satu dan memotong yang lain) lamina pada kedua sisi dari tulang belakang yang terganggu dan membuat seperti flat/pintu berayun dari tulang sehingga dapat menghilangkan tekanan pada saraf tulang belakang.

f. Spinal fusion

Penggabungan dua atau lebih ruas tulang belakang sehingga tulang belakang tidak bergerak. Fusi tulang belakang biasanya dilakukan dengan prosedur bedah lainnya, misalnya laminektomi atau foraminotomy (Herdman & Heater, 2017)

2.1.9 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan sebagai berikut :

1. Sinar X

Gambar sinar x pada engsel akan menunjukkan perubahan yang terjadi pada tulang seperti pecahnya tulang rawan

2. Tes darah

Tes darah akan membantu memberi informasi untuk memeriksa rematik

3. Analisa cairan engsel

Dokter akan mengambil contoh sampel cairan pada engsel untuk kemudian diketahui apakah nyeri/ngilu tersebut disebabkan oleh encok atau infeksi

4. Atroskopi

Atroskopi adalah alat kecil berupa kamera yang diletakan dalam engsel tulang. Dokter akan mengamati ketidaknormalan yang terjadi

5. Foto rongent

Menunjukkan penurunan progresif massa kartilago sendi sebagai penyempitan rongga sendi

6. MRI leher

Dilakukan apabila terdapat nyeri leher atau lengan terasa berat yang tidak membaik dengan pengobatan, kelemahan atau mati rasa di lengan atau tangan

7. EMG dan tes kecepatan konduksi saraf dapat dilakukan untuk memeriksa fungsi akar saraf

8. X-ray/ CT Scan

leher dilakukan untuk mencari arthritis atau perubahan lain di tulang

belakang (Herdman & Heater, 2017)

2.2 Konsep Nyeri

Nyeri adalah sesuatu yang menyakitkan tubuh yang diungkapkan secara subjektif oleh individu yang mengalaminya . Nyeri dianggap nyata meskipun tidak ada penyebab fisik atau sumber yang dapat diidentifikasi. Meskipun beberapa sensasi nyeri dihubungkan dengan status mental atau status psikologis, pasien secara nyata merasakan sensasi nyeri dalam banyak hal dan tidak hanya membayangkannya saja. Kebanyakan sensasi nyeri adalah akibat dari stimulasi fisik dan mental atau stimuli emosional (Potter & Perry, 2010).

Nyeri dapat diklasifikasikan menjadi Nyeri berdasarkan lokasi dan nyeri berdasarkan durasi. Adapun factor-faktor yang dapat mempengaruhi nyeri yaitu factor fisiologis yaitu: Kelemahan, usia, gen, factor psikologis yaitu Tingkat dan kualitas nyeri yang diterima klien berhubungan dengan arti dari nyeri tersebut. Kecemasan kadang meningkatkan persepsi terhadap nyeri, tetapi nyeri juga menyebabkan perasaan cemas. Respons emosional pada nyeri melibatkan girus cingulat anterior dan korteks prefrontal ventral kanan. Sirkuit serotonin dan norepinefrin juga terlibat dalam modulasi stimulus sensoris, yang mungkin mempengaruhi bagaimana depresi dan pengobatan antidepresan berefek pada persepsi nyeri (Khasanah, 2012). Factor sosial yaitu Keluarga dan Dukungan Sosial, perhatian, pengalaman Sebelumnya, ansietas, faktor Spiritual, faktor koping.

Pengkajian nyeri dapat dilihat dari Skala nyeri wajah yaitu Skala peringkat dapat berkisar antara 0 pada satu titik ekstim dan 10 pada titik ekstrim lainnya.

Skala nyeri dinilai berdasarkan ekspresi anak. Angka 0 diartikan sebagai perasaan tidak nyeri. Angka 1 sampai 3 diartikan sebagai nyeri ringan. Lebih dari Angka 3 sampai 7 diartikan sebagai nyeri sedang. Lebih besar dari angka 7 sampai 9 diartikan nyeri yang berat dan lebih dari angka 9 sampai 10 diartikan nyeri yang sangat hebat (Supartini, 2002). Verbal Rating Scale (VRS) Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala reda nyeri. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/atau redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/atau nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri. Skala Analogi Visual (VAS), Skala analogi visual sangat berguna dalam mengkaji intensitas nyeri. Skala tersebut adalah berbentuk garis horizontal sepanjang 10 cm, dan ujungnya mengindikasikan nyeri yang berat. Pasien diminta untuk menunjuk titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi di sepanjang rentang tersebut. Ujung kiri biasanya menunjukkan “tidak ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan biasanya menandakan “berat” atau nyeri yang paling buruk. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis dari “tidak ada nyeri” diukur dan ditulis dalam sentimeter. Manajemen nyeri yang dapat dilakukan yaitu pendekatan farmakologi, pendekatan Non-Farmakologi (Tetty, 2015)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1. Data Umum

Yang terdiri dari nama pasien, umur, jenis kelamin, agama, tempat tinggal, pekerjaan. Spondylosis Lumbalis biasanya terjadi pada umur diatas 60 tahun, hampir tidak pernah terjadi pada anak-anak, jarang pada umur dibawah 40 tahun. Penderita Spondylosis Lumbalis juga dipengaruhi oleh Jenis kelamin, dalam kasus ini wanita sering terkena spondilosis dari pada laki-laki. Secara keseluruhan dibawah 45 tahun frekuensi spondilosis kurang lebih sama pada laki-laki dan wanita tetapi diatas 50 tahun frekuensi spondilosis lebih banyak pada Wanita dari pada pria hal ini menunjukkan adanya peran hormonal pada patogenesis spondylosis

2. Keluhan utama

Keluhan utama yang dirasakan pasien yaitu nyeri pada bagian vertebrae atau tulang belakang baik itu pada vertebrae servikal, torakal atau lumbal

3. Riwayat penyakit sekarang

Pasien sering mengeluh mudah Lelah dan sering mengalami sakit punggung setelah beraktivitas. Nyeri hebat yang secara tiba-tiba dirasakan setelah beraktibitas. Nyeri tersebut tak kunjung reda hingga pasien dirujuk ke rumah sakit

4. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian yang mendukung adalah dengan mengkaji apakah pasien memiliki riwayat cedera sendi, obesitas, dan riwayat radang sendi. Apabila terdapat riwayat diatas maka pasien mempunyai resiko dalam hal ini. Selain itu

apakah pasien memiliki riwayat penyakit Tb, Hipertensi, dan DM. Jika pasien memiliki DM membuat proses penyembuhan menjadi lama.

5. Riwayat penyakit keluarga

Pada pengkajian riwayat penyakit keluarga yang merupakan keturunan dari keluarga adalah faktor adanya penyakit sejenis, diabetes yang menurun kepada keturunan dan kanker yang diturunkan secara genetik

6. Pemeriksaan fisik (head to toe)

a. Keadaan Umum

Keadaan umum pasien adalah keadaan pasien saat dikaji. Dalam keadaan umum yang harus dicatat adalah kesadaran pasien (compos mentis, somnolen, stupor dan koma). Tanda tanda vital dalam kasus ini dalam batas normal jika nyeri yang dirasakan pasien tidak dalam kategori nyeri sedang hingga berat

b. Kepala

Inspeksi : Lihat bentuk kepala klien, keadaaan kulit kepala, rambut dengan penyebaran yang merata atau tidak, warna rambut, bau rambut, ada tidaknya lesi dan benjolan, muka kaku menahan nyeri.

Palpasi : betuk ubun-ubun menentukan adanya benjolan, hydrocephalus atau tidak, keadaan rambut lengket dan mudah rontok atau tidak

c. Mata

Inspeksi : Kesimetrisan dan kelengkapan pada mata, posisi mata. Adanya enoftalmus, eksoftalmus, strabismus.

Palpasi : apakah terdapat edema peradangan atau lesi, benjolan, ptosis pada kelopak mata. Pada konjungtiva diperiksa dengan menarik

kelopak mata ke bawah dan meminta klien melihat keatas. Konjungtiva memiliki warna misalnya anemis, ikterik, kemerahan (infeksi). Amati bentuk dan refleksi pada pupil

D. Hidung

Inspeksi : gerak bola mata. Kaji tekanan Intra okuler, amati kesimetrian tulang hidung, ada tidaknya polip maupun lesi, amati tidak adanya pernapasan dengan menggunakan cuping hidung , Pada dalam hidung ada tidaknya sekret yang menyumbat pernafasan

Palpasi : Amati juga keadaan rambut hidung. Kaji untuk merasakan ada atau tidak adanya benjolan dan nyeri tekan pada hidung.

d. Telinga

Inspeksi : Periksa bentuk telinga, sejajar atau tidak. Ukuran telinga, besar atau kecil. Keadaan daun telinga. Keadaan lubang telinga apakah bersih dari kotoran. Terdapat atau tidaknya lesi dan benjolan pada telinga.

Palpasi : Palpasi pada telinga untuk menemukan ada tidaknya edema atau nyeri tekan pada telinga.

e. Mulut

Inspeksi : Keadaan bibir klien (cyanosis, kering, ada lesi, adanya sumbing). Kebersihan mulut pada penderita ini biasanya kurang.

Periksa keadaan gigi apakah ada karies atau tidak. Pada gigi apakah juga terdapat karang gigi. Ada tidaknya sumber perdarahan di mulut.

Posisi bibir,

Palpasi : mulut apakah simetris. Lakukan palpasi pada bagian mulut

untuk menentukan apakah ada benjolan atau nyeri tekan

f. Leher

Inspeksi : Kaji posisi leher simetris atau tidak. Adakah peradangan, lesi, dan kelainan pada leher.

Palpasi : Lakukan palpasi untuk menentukan adanya pembesaran pada pembendungan vena kelenjar jugularis tyroid dan kuat lemahnya denyut nadi karotis

g. Payudara dan ketiak

Inspeksi : Amati ada tidaknya kelainan pada ukuran payudara, bentuk dan posisi payudara, terjadi perubahan atau tidak pada areola dan payudara, adakah pembesaran kelenjar limfe pada ketiak, amati kebersihan ketiak atau

Palpasi : adanya perubahan pada ketiak. Lakukan palpasi untuk menentukan adanya benjolan, nyeri tekan, atau tidak. Lalu tekan bagian puting untuk melihat keluar atau tidaknya secret dari puting.

h. Dada

Inspeksi : amati bentuk thoraks apakah ada kelainan

Palpasi : pernapasan pasien masih ada tidaknya batuk, Kaji apakah adanya nyeri tekan dan benjolan pada dada

Perkusi : Penilaian vocal fremitus dan taktil fremitus. Dengan meminta pasien untuk mengatakan “ Tujuh Puluh Tujuh” Perkusi normal suara sonor

Auskultasi : Suara pasien jika didengarkan dengan stetoskop suara normal vesikuler

i. Abdomen

Inspeksi : Amati bentuk abdomen simetris, tidak ada lesi maupun benjolan.

Palpasi : ada tidaknyapembesaran pada abdomen, adanya nyeri tekan

Perkusi : Tidak adanya distensi

Auskultasi : terdengar suara timpani. Peristaltik usus sekitar 5 -35 per menit.

j. Genetalia dan anus

Inspeksi : Rambut bersih. Tidak ada lesi maupun peradangan. Lubang uretra tidak menyempit. Terdapat lubang anus

Palpasi : Tidak adanya benjolan. Terabanya arteri femoralis

k. Ekstremitas

Inspeksi : Otot simetris. Tidak ada edema maupun lesi

Palpasi : Tidak adanya oedema. Tidak ada nyeri tekan.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan (Ekaputri and Fithriyani, 2021)

Diagnosis keperawatan yang mungkin ada dalam spondylosis antara lain (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), antara lain:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanis : penekanan kulit
4. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif pembedahan

2.3.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan pasien (Setiadi, 2016)

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
 - a. Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Tingkat Nyeri

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1) keluhan nyeri menurun. 2) gelisah menurun. 3) sikap protektif menurun. 4) kesulitan tidur menurun. 5) frekuensi nadi membaik.
 - b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Manajemen Nyeri.

 - 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. Rasional: mengetahui lokasi, karakteristik, durasi,

frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri (Mediarti, Rosnani and Seprianti, 2016)

- 2) Identifikasi skala nyeri
Rasional: mengetahui tingkatan nyeri
 - 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
Rasional: mengetahui respon nyeri
 - 4) Monitor efek samping penggunaan analgetik
Rasional: mengetahui efek samping pemberian analgesik
 - 5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
Rasional: mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien
 - 6) Fasilitasi Istirahat dan tidur
Rasional: mengalihkan dan meredakan nyeri yang dialami
 - 7) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
Rasional: Pasien mengetahui tentang penyebab nyeri
 - 8) Ajarkan teknik nonfarmakologis
Rasional: mengurangi rasa nyeri
 - 9) Kolaborasi pemberian analgesik
Rasional: untuk pengobatan atasi nyeri
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular
- a. Luaran (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)
Luaran utama : Mobilitas fisik
Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1) peregrakan ekstermitas membaik. 2) kekuatan otot meningkat. 3) rentang gerak meingkat.

b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Dukungan Ambulasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
Rasional: mengetahui keluhan fisik yang dialami
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
Rasional: mengetahui batasan dalam melakukan latihan rom
- 3) Fasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu
Rasional: memberikan kemudahan dalam beraktifitas
- 4) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisi
Rasional: memberikan kemudahan dalam beraktifitas
- 5) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan ambulasi
Rasional: diharapkan keluarga dapat membantu dalam melakukan aktifitas
- 6) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
Rasional: memberikan infoemasi prosedur latihan
- 7) Anjurkan melakukan ambulasi dini
Rasional: untuk meningkatkan kekuatan otot dan mencegah dekubitus
- 8) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan
Rasional: memberikan kemudahan dalam latihan ambulasi

3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanis : penekanan kulit

a. Luarann (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Integritas kulit dan jaringan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil : 1) kerusakan lapisan kulit menurun. 2) nyeri menurun. 3) tekstur kulit membaik.

b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Perawatan Luka

- 1) Monitor karakteristik luka (mis drainase, warna, ukuran, bau)
Rasional: mengetahui karakteristik luka
- 2) Monitor tanda-tanda infeksi
Rasional: mencegah infeksi
- 3) Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
Rasional: mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan
- 4) Pasang balutan sesuai jenis luka
Rasional: mencegah infeksi
- 5) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
Rasional: mencegah infeksi
- 6) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
Rasional: mencegah infeksi
- 7) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
Rasional: mengetahui tanda-tanda infeksi
- 8) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
Rasional: mempercepat penyembuhan
- 9) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Rasional: mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan

10) Kolaborasi pemberian antibiotik

Rasioanl: untuk pengobatan dan mempercepat kesembuhan

4. Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif pembedahan

a. Luarann (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

Luaran utama : Tingkat Infeksi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1) demam menurun 2) kemerahan menurun 3) nyeri menurun, 4) bengkak menurun, 5) hasil lab membaik.

b. Intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Intervensi utama : Pencegahan Infeksi

1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Rasional: mengetahui tanda gejala infeksi

2) Berikan perawatan kulit pada area edema

Rasional: mecegah infeksi

3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien serta lingkungan pasien

Rasional: mecegah infeksi

4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Rasional: meminimalisir terjadinya infeksi

5) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Rasional: meminimalisir terjadinya infeksi

6) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

Rasional: mecegah infeksi

- 7) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

Rasional: mempercepat kesembuhan dan mencegah infeksi

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2016b).

Pelaksanaan rencana keperawatan merupakan tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditentukan, namun tidak menutup kemungkinan akan menyimpang dari rencana yang ditetapkan tergantung situasi dan kondisi pasien. Pedoman implementasi keperawatan menurut (Ekaputri and Fithriyani, 2021) sebagai berikut: 1) Tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi rencana. 2) Keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis dilakukan dengan kompeten dan efisien di lingkungan yang sesuai. 3) Keamanan fisik dan psikologis pasien dilindungi. 4) Dokumentasi tindakan dan respon pasien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana asuhan.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus-menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan sudah efektif atau belum dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan yang sudah ada (Gordon, 2015).

Tipe pernyataan tahapan evaluasi dapat dilakukan secara formatif dan sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan selama proses asuhan keperawatan, sedangkan evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Pada evaluasi sumatif terdapat SOAP (S: subjektif meliputi data dari wawancara. O: objektif meliputi data dari pemeriksaan langsung, A: assesment merupakan pemberitahuan masalah sudah terselesaikan atau belum, dan P: planning yaitu rencana tindak lanjut untuk tindakan selanjutnya (Setiadi, 2016b).

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini membahas terkait asuhan keperawatan pada Ny. A dengan diagnosis medis *Spondylosis Lumbal* meliputi: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis Keperawatan, 3) Intervensi Keperawatan, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien Bernama Ny.F, dengan rekam medis xxxx berjenis kelamin perempuan berusia 60 tahun, berasal dari suku Jawa/Indonesia, beragama Islam, Pendidikan terakhir SMA, bekerja sebagai wiraswasta dan sudah menikah. Pasien masuk ke ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya tanggal 14 Oktober 2021 jam 14.00 WIB dengan diagnose medis *Spondylosis Lumbal*

3.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Keluhan utama pasien nyeri di daerah punggung sampai ke pinggang dengan nyeri seperti di tusuk-tusuk dengan skala 7 (0-10) dan nyeri yang dirasakan terus menerus

2. Riwayat penyakit sekarang

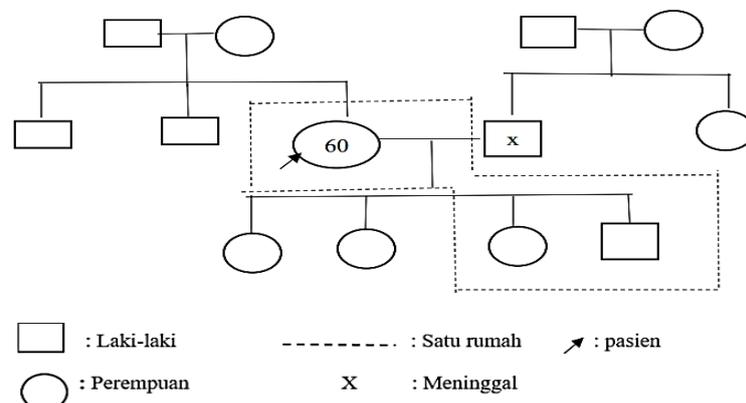
Riwayat penyakit sekarang, pasien datang ke IGD RSAL Surabaya bersama anaknya pada tanggal 14 Oktober 2021 pada jam 8.00 WIB dengan keluhan sakit pada punggung. Punggung sakit sudah dari tahun 2015 dianjurkan operasi tetapi pasien masih takut, sekarang pasien merasa punggungnya tambah sakit saat duduk berdiri sakit. Pasien mendapatkan tindakan pemasangan infus

menggunakan cairan NaCl serta mendapatkan injeksi ketorolak 1 x 30mg dan dilakukan pengambila darah untuk pemeriksaan laboratorium dan juga dilakukan tes swab antigen Covid-19 dan hasilnya negative. Sesuai advis dokter pasien di pindahkan ke ruang H1 pada tanggal 14 Oktober jam 14.00 WIB. Pada tanggal 17 Oktober pasien dilakukan operasi spondylolisthesis. Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 oktober 2021 pada jam 0.00 WIB didapatkan kesadaran composmentis, GCS 15, keadaan umum baik, hasil pemeriksaan TTV TD : 130/78, Nadi 110x/menit, Suhu : 36.5c, RR : 20x/menit, Spo2 : 98% dan terpasang infus NS 14 tetes/menit.

3. Riwayatpenyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu, pasien mengatakan sudah mengalami sakit pinggang sejak 2015, pasien mengatakan tidak mempunyai Riwayat DM dan hipertensi. Riwayat Kesehatan keluarga, pasien mengatakan mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien seperti DM dan hipertensi dan tidak mempunyai penyakit menular seperti hepatitis, TBC dll. Riwayat alergi, Pasien mengatakan tidak memili riwayat alergi seperti makanan, obat, dan minuman.

4. Genogram



3.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah: 120/90, nadi: 118x/menit, suhu: 36,5c, frekuensi nafas: 20x/menit berat badan: 70kg, tinggi badan 160cm

1. B1 (*Breath/* pernapasan)

Pemeriksaan fisik B1 (*Breath/* pernapasan) didapatkan hasil pasien mengatakan tidak sesak, pemeriksaan inspeksi diperoleh data pasien bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak terdapat otot bantu napas tambahan, irama nafas reguler, tidak batuk, tidak ada sputum dan tidak ada sianosi, tidak didapatkan vocal premitus pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan, terdapat suara sonor, pada pemeriksaan auskultasi tidak ada suara tambahan, suara napas veskuler, RR 20x/menit

2. B2 (*Blood/* sirkulasi)

Pemeriksaan fisik B2 (*Blood/* sirkulasi) didapatkan hasil pemeriksaan inspeksi didapatkan wajah simetris, tidak ada pembesaran vena jugularis, aral kaki dan tangan terlihat merah. Pada pemeriksaan palpasi didapatkan CRT<2 detik, akral teraba hangat dan kering, ictus cordis teraba (ICS V MID clavicula sinistra), nadi teraba kuat 110x/menit, tekanan darah 130/78 mmHg, RR : 20x/menit, tidak ada nyeri tekan pada dada. saat pemeriksaan perkusi didapatkan suara pekak, pada pemeriksaan auskultasi didapatkan irama jantung reguler, bunyi jantung S1/S2 tunggal.

3. B3 (*Brain/* persarafan)

Pemeriksaan fisik B3 (*Brain/* persarafan) pemeriksaan inspeksi hasil keadaan umum pasien baik, pasien mampu merespon arahan dari perawat, kesadaran pasien compos mentis, didapatkan hasil pemeriksaan GCS (eye: 4,

verbal: 5, motorik: 6) total 15, kesadaran composmentis, tidak terdapat hemiparesis serta tidak ada kelemahan anggota tubuh, orientasi klien baik (klien dapat mengenali waktu, dan tempat). Pada pemeriksaan Nervus I (Olfaktorius) fungsi penciuman pasien dapat mencium minyak kayu putih, Nervus II (Optikus) ketajaman penglihatan, tidak terdapat gangguan penglihatan pada pasien, reflek pupil pasien terhadap cahaya +/+, Nervus III, IV, VI (Okulomotorius, Troklearis, Abdusen) pasien dapat membuka kelopak mata, dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, ke atas dan ke bawah, Nervus V (Trigeminus) tidak ditemukan paralisis pada otot wajah, pasien mampu membuka dan menutup rahang rahang, Nervus VII (Fasialis) pasien dapat mengerutkan dahi, wajah pasien simetris, pasien dapat membuka dan menutup mata, Nervus VIII (Vestibulokoklearis) tidak terdapat gangguan pendengaran pada pasien, Nervus IX, X (Glossofaringeus, Vagus) mekanisme kemampuan menelan pasien normal, pasien dapat minum air putih, Nervus XI (Aksesorius) kekuatan otot dan kesimetrisan bahu baik, Nervus XII (Hipoglosus) pasien mampu menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke arah atas, ke arah bawah, ke arah samping kanan dan kiri.

5. B4 (Bladder/ perkemihan)

Pemeriksaan fisik B4 (Bladder/ perkemihan) pada pemeriksaan inspeksi didapatkan hasil pemeriksaan pasien terpasang kateter dengan jumlah urin 1000 cc warna kuning jernih. Pada saat papasi tidak ada nyeri tekan pada perkemihan, saat diperkusi terdengar bunyi kandung kemih timpani

6. B5 (*Bowel*/ pencernaan)

Pemeriksaan fisik B5 (*Bowel*/ pencernaan) didapatkan hasil pemeriksaan

pasien tidak mengeluh mual dengan pola makan pasien 3x sehari, kadang habis 1 porsi, kadang tidak habis. pada pemeriksaan inspeksi didapatkan mulut pasien bersih tidak ada caries dan tidak berlubang, mukosa bibir kering, tidak terdapat gangguan makan, pasien tidak terpasang NGT tidak ada mual atau muntah, bentuk abdomen datar, abdomen simetris kiri dan kanan, tidak ada bekas luka post operasi, pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak teraba pembesaran hati dan limpa

7. B6 (Bone/ *musculoskeletal*)

Pemeriksaan fisik B6 (Bone/ *musculoskeletal*) didapatkan hasil pemeriksaan didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengatakan nyeri pada punggung dengan nyeri seperti tertusuk – tusuk dengan skala 7 (0 - 10) yang dirasakan terus-menerus, tidak terdapat kelainan ekstremitas atas dan ekstremitas bawah, skala kekuatan otot ekstremitas: skala kekuatan otot ekstremitas: ekstremitas atas dextra 5555, ekstremitas atas sinistra 5555, ekstremitas bawah dextra 5555, ekstremitas bawah sinistra 5555, terdapat luka post operasi di punggung

8. Sistem integumen

Pemeriksaan sistem integumen didapatkan hasil pemeriksaan pada kulit berwarna sawo matang, tidak ada kelainan pada kulit kepala, turgor kulit < 3 detik, tidak terdapat keloid, tidak dapat pruritus, tidak terdapat dekubitus, serta akral teraba hangat, basah dan merah. Terdapat luka operasi di punggung

9. Sistem pengindran

Pemeriksaan sistem pengindraan penglihatan didapatkan hasil pemeriksaan pada mata simetris, reflek cahaya (+/+), sklera anikterik, pupil bulat isokor, konjungtiva tidak anemis, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien mampu

melihat jam yang ada didinding. Pada pemeriksaan sistem penginderaan pendengaran didapatkan hasil pemeriksaan pada telinga simetris, telinga bersih, tidak terdapat kelainan pendengaran, pasien mampu merespon dan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan perawat dengan baik, serta tidak menggunakan alat bantu dengar. Pada pemeriksaan sistem penginderaan penciuman didapatkan hasil pemeriksaan pada hidung simetris, tidak terdapat polip, tidak terdapat sinusitis terdapat septum di tengah, tidak terdapat gangguan pada penciuman, pasien mampu mencium bau minyak kayu putih.

10. System endokrin

Pemeriksaan sistem endokrin didapatkan hasil pemeriksaan tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit DM.

3.1.4 Pengkajian Pola Kesehatan

1. Pola Persepsi Kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok dan tidak meminum minuman beralkohol. Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

2. Pola Nutrisi Metabolik

a. Pola makan

Sebelum masuk rumah sakit pola makan pasien 4x sehari dengan habis 1 porsi dan tidak mual serta tidak muntah, nafsu makan pasien baik dan tidak memiliki alergi makanan. Saat dirumah sakit pola makan pasien 3x sehari dengan habis 1 porsi dan tidak mual serta tidak muntah, nafsu makan pasien baik dan tidak memiliki alergi makanan

b. Pola minum

Pasien di rumah minum dengan frekuensi 8x/24jam dengan jenis air

mineral dan jumlah ± 1500 cc. Saat di rumah sakit frekuensi minum 8x/24jam dengan jenis minum air mineral ± 1500 cc

3. Pola Eliminasi

a. Buang air besar

Saat dirumah pasien setiap 1-2 hari sekali BAB dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan, selama dirumah sakit pasien belum BAB.

b. Buang air kecil

Selama dirumah pasien BAK 5x/hari dengan jumlah ± 1500 cc/hari dengan warna kuning jernih. Selama dirumah sakit pagi ini pasien BAK 1x/5jam dengan jumlah ± 500 cc dengan warna kuning jernih.

4. Pola Aktifitas dan Latihan

a. Kemampuan perawatan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri, setelah masuk rumah sakit aktivitas klien dibantu oleh keluarga, contoh mandi dengan diseka, berpakaian.

b. Kebersihan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien; mandi sebanyak 2x/hari, keramas 2x/ minggu, ganti pakaian 2 – 3 x/hari, sikat gigi 2x/hari, memotong kuku 1x seminggu. Selama masuk rumah sakit pasien dibantu sebagian oleh keluarga: mandi dibantu dengan diseka oleh keluarga, selama masuk rumah sakit belum keramas dan potong kuku, ganti pakaian dibantu oleh keluarga, sudah sikat gigi pagi ini.

c. Aktifitas sehari-hari

Aktifitas sehari-hari Pasien yakni bekerja sebagai karyawan swasta di Surabaya dan berolahraga.

d. Rekreasi

Pasien selama memiliki waktu luang untuk mengusir rasa bosan biasanya pergi ke mall atau wisata alam.

e. Olahraga

Pasien olahraga bersepeda pada saat hari libur.

5. Pola Tidur

Pasien tidur siang sebelum masuk rumah sakit \pm 4 jam, setelah masuk rumah sakit \pm 1 jam Jumlah tidur malam pasien sebelum masuk rumah sakit \pm 7, setelah masuk rumah sakit \pm 4 jam, pasien mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan

6. Pola kognitif perseptual

Bahasa yang digunakan sehari – hari oleh pasien yaitu bahasa Jawa dan Indonesia. Pasien mengatakan nyeri pada punggung sebelah kiri dengan nyeri seperti tertusuk – tusuk dengan skala 7 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul, fungsi penglihatan pasien normal, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien mampu melihat jam yang ada di dinding, fungsi pendengaran pasien normal serta pasien mampu merespon dan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan perawat dengan baik, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

7. Pola persepsi diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan cemas dan gelisah dengan tindakan operasi yang telah dilakukan pada punggungnya.

b. Identitas diri

Pasien mengatakan bahwa dia seorang perempuan berusia 60 tahun, berasal dari suku Jawa/ Indonesia, bahasa yang digunakan sehari – hari adalah Bahasa Indonesia dan Jawa.

c. Peran diri

Pasien mengatakan bahwa dia adalah anak ke 3 dari 3 bersaudara, pasien mengatakan bekerja sebagai karyawan swasta dan sudah menikah serta memiliki 4 orang anak. Pasien berperan sebagai seorang ibu dalam keluarganya

d. Ideal diri

Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

e. Harga diri

Pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas serta keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien.

8. Pola peran dan hubungan

Keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien, selama dirawat di rumah sakit pasien selalu ditemani dan ditunggu oleh keluarganya. Tidak ada masalah keluarga mengenai biaya perawatan di rumah sakit karena biaya perawatan di rumah sakit ditanggung oleh jaminan sosial (BPJS).

9. Pola seksualitas dan reproduksi

Pasien seorang perempuan dan mengatakan tidak ada masalah pada area genitalia, pasien mengatakan genitalia bersih, tidak ada lesi, dan tidak ada edema, Pasien memiliki 4 orang anak

10. Pola koping dan toleransi stress

Pasien mengatakan nyeri pada punggung, dengan nyeri seperti tertusuk – tusuk dengan skala 7 (0 - 10) serta nyeri hilang timbul. Pasien mengatakan sudah merasakan sakit seperti ini sebelumnya dan pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat DM dan Hipertensi, Pasien cemas dengan tindakan operasi yang telah dilakukan. Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

11. Pola nilai kepercayaan

Pasien beragama islam, mengatakan sakit ini adalah ujian dari Allah dan karena semua penyakit pasti ada obatnya jika mau bersabar.

3.1.5 Data Penunjang

1. Hasil pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium pada Ny.F tanggal 19 Oktober 2021 : Leukosit $9.89 \times 10^3/UL$ Normal : 4.00-10.00 Hemoglobin L 10.90 g/dl Normal : 12-15 Hematokrit L 32.60% Normal : 37.0-47.0 Trombosit PCT L $0.321 \times 10^3/UL$, Norml: 1.08-2.81

2. Hasil pemeriksaan laboratorium anatomi

Tanggal 14 Oktober 2021

Kesimpulan : Cor prominent

3.1.6 Terapi Medis

Pemberian terapi medis pada Ny.F pada tanggal 20 Oktober 2021 :
Santagesik Injeksi 10 ml/ IV, cefixime 2x 200 mg/ oral, Infus NaCl 1000cc/24 jam
(14 tpm)

3.2 Analisa Data

Tabel 3.1 Diagnosis Keperawatan pada Tn.F dengan diagnosa medis spondylosis lumbal

No	Data / Faktor resiko	Etiologi	Masalah/Problem
1	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri pada punggung P: post operasi spondylosis lumbal Q: seperti di tusuk-tusuk R: daerah punggung S: 7 (1-10) T: terus menerus</p> <p>DO : Mengeluh nyeri Nadi : 120x/menit TD : 160/87 mmHg RR : 20x/menit Tampak meringis</p>	Agen pencedera fisik (post op spondylossis)	Nyeri akut (SDKI D.0078)
2	<p>Factor resiko : Efek procedure invasive (terdapat luka post operasi) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan intgritas kulit, nilai hemoglobin 10.90 g/dl)</p>	Efek prosedur invasive	Resiko Infeksi (SDKI D.0142)

3	DS : Pasien mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan DO : Mengeluh sulit tidur Mengeluh istirahat tidak cukup Mengeluh tidak puas tidur	Kurang kontrol tidur: akibat nyeri	Gangguan Pola Tidur (SDKI D00.55)
---	--	------------------------------------	-----------------------------------

(Sumber: Primer, (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017))

3.3 Prioritas Masalah

Tabel 3.2 Prioritas masalah pada Ny.F dengan diagnosa medis Spondylosis Lumbal

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF (nama)
		ditemukan	Teratasi	
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op spondylossis)	20/10/2021		Flaura
2	Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko : efek procedure invasive	20/10/2021	23 Oktober 2022	Flaura
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur: akibat nyeri	20/10/2021	22 Oktober 2022	Flaura

(Sumber: Primer, (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017))

3.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan pada Ny.F dengan diagnosa medis Spondylosis Lumbal

No	Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op sondylosis)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri pasien menurun	Tingkat Nyeri (SLKI hal 145) 1. Keluhan nyeri pasien menurun 2. Pasien tidak meringis 3. Tanda-tanda vital dalam batas normal	Manajemen nyeri (SIKI, hal 201) Observasi 1. Monitor penurunan nyeri (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), skala nyeri Terapeutik 2. Berikan teknik relaksasi nafas dalam pada saat nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur sesuai kebutuhan 4. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, cahaya, kebisingan) kolaborasi 5. Berikan hasil kolaborasi analgetic (santagesik 10 ml)	1. Agar mengetahui lokasi, durasi, frekuensi serta kualitas nyeri pada klien 2. Untuk mengurangi nyeri pada pasien 3. Untuk memenuhi kebutuhan tidur pasien 4. Memberikan kenyamanan bai pasien 5. untuk mengatasi rasa nyeri

2	Resiko infeksi berhubungan dengan efek ptoosedur invasive	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan resiko infeksi menurun	Tingkat nfeksi (SLKI hal 139) 3. pasien mengatakan tidak nyeri, panas 4. tidak ada tanda-tanda infeksi tanda-tanda infeksi (color,dolor,rubor,tumor ,fungsi lesa) 5. ttv dalam batas normal	Pencegahan infeksi (SIKI hal 328) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi Terapeutik 2. Lakukan perawatan luka 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien Edukasi 4. Jelaskan pada pasien untuk meningkatkan asupan nutrisi Kolaborasi 5. Berkan hasil kolaborasi pemberian antibiotic (cefixime 200mg)	1. mengetahui tanda dan gejala infeksi 2. mencegah terjadinya infeksi 3. agar luka tetap dalam keadaan bersih 4. utuk mengetahui adanya terjadi infeksi pada luka
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur: akibat nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam masalah sulit tidur teratasi	Pola Tidur (SLKI hal 96) 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (SIKI hal 48) Observasi 1. Monitor peningkatan tidur pasien Terapeutik 2. Diskusi dengan pasien tetapkan jadwal tidur rutin	1. Untuk mengetahui adanya peningkatan tidur 2. Agar pasien terlatih untuk pola tidur yang baik 3. Agar tidak dapat mengganggu tidur

				<p>3. Ciptakan lingkungan yang mendukung pasien untuk bisa tidur</p> <p>4. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur</p>	<p>4. Untuk membantu kenyamanan pasien untuk tidur</p>
--	--	--	--	---	--

(Sumber: Primer, (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

3.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan pada Ny.F dengan diagnosa medis Spondylosis Lumbal

Hari/Tgl/Jam	No Dx	Implementasi	Paraf	Hari/Tgl/Jam	Evaluasi formatif SOAP /Catatan perkembangan	Paraf
Selasa, 20 Oktober 20221 10.00	1	Mengobservasi nyeri secara komprehensif: nyeri pada punggung, dirasakan seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 7, nyeri dirasakan terus-menerus		Selasa, 20 Oktober 20221 13.30	S: pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada punggungnya O: P: pasien post operasi Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk R: nyeri daerah punggung S: skala nyeri 5 (1-10) T: nyeri terus menerus	
10.15	1	Menganjurkan pasien melakukan relaksasi : relaksasi nafas dalam			- Mengeluh nyeri	
10.20	2	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan			- Nadi : 120x/menit	
10.25	2	Melakukan perawatan luka : luka lembab, tidak ada nanah, tidak ada kemerahan, tampak agak bengkak di daerah sekitar luka			- TD : 160/87 mmHg	
11.20	1,3	Mengobservasi TTV : Nadi : 120x/menit TD : 160/87 mmHg RR : 20x/menit, Spo2: 99%		13.30	- RR : 20x/menit - Tampak meringis A: masalah keperawatan belum teratasi P: intervensi keperawatan dilanjutkan	
12.00	1,2	Memberikan injeksi santagesik 10ml, cefixime 200mg oral :tidak ada efek samping			S: Terdapat luka operasi di punggung pasien O: - Luka tampak bersih	
12.30	3	Memonitor peningkatan tidur : pasien				

12.35	3	masih sulit untuk tidur karena nyeri yang dirasakan			- Sekitar luka tampak agak bengkak
12.40	3	Menetapkan jadwal tidur pasien: siang jam 14.00 dan malam jam 20.00			- Tidak ada kemerahan
		Menganjurkan pasien menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur			- Tidak ada eksudat
13.00	1,3	Memberikan lingkungan yang nyaman untuk pasien tidur: mematikan lampu yang tidak digunakan dan mengatur suhu ac 20 derajat c		13.30	- Nyeri saat ditekan
13.10	1	Memberikan posisi yang nyaman pasien: semifowler			A: masalah keperawatan belum teratasi
13.30	3	Menganjurkan pasien tidur			P: intervensi keperawatan dilanjutkan
15.00	1	Mengobservasi nyeri pasien : pasien mengatakan masih nyeri			S: Pasien mengatakan susah untuk tidur karena nyeri yang dirasakan
15.15	1,3	Menganjurkan melakukan relaksasi : napas dalam			O:
16.30	1	Mengobservasi TTV : Nadi : 111x/menit TD : 157/85 mmHg RR : 21x/menit, Spo2: 100%			- Pasien masih mengeluh sulit tidur,
17.30	2	Memberikan injeksi santagesik 10ml		20.30	- Pasien masih mengeluh istirahat tidak cukup
17.45	3	Mengobservasi efek samping terapi obat: tidak ada			- Pasien masih mengeluh tidak puas tidur
18.00		Memonitor luka dan tanda-tanda infeksi : tidak ada, hanya tampak agak bengkak			A: masalah keperawatan belum teratasi
					P: intervensi keperawatan dilanjutkan
					S: pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada punggungnya dan mau melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri
					O:

19.00	3	Menganjurkan pasien menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur			P: pasien post operasi, Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: nyeri daerah punggung, S: skala nyeri 5 (1-10),T: nyeri terus menerus, masih meringis
19.30	1,3	Memberikan lingkungan yang nyaman untuk pasien tidur: mematikan lampu yang tidak digunakan dan mengatur suhu ac 20 derajat c		20.30	A: masalah keperawatan belum teratasi P: intervensi keperawatan dilanjutkan
20.00	3	Menganjurkan pasien tidur			S: adanya luka operasi di punggung pasien
01.00		Mengecek cairan infus : infus mengalir lancar			O:
06.00	2	Memberikan air hangat untuk menyeka			Masih nyeri Ketika ditekan, luka terlihat bersih dan lembab, masih agak bengkak pada sekitar luka, tidak ada eksudat
06.20		Menganjurkan pasien untuk makan			A: masalah keperawatan belum teratasi
07.00		Menanakan peningkatan tidur : pasien mengatakan sudah bisa tidur tetapi kadang-kadang terbangun		20.30	P: intervensi keperawatan dilanjutkan
					S: Pasien mengatakan karena nyeri yang dirasakan masih membuatnya sulit tidur
					O: pasien masih belum puas dengan tidurnya, kadang-kadang pasien terbangun jika tidur
					A: masalah keperawatan belum teratasi
				07.30	P: intervensi keperawatan
					S: pasien mengatakan sudah melakukan relaksasi napas dalam untuk mengurangi

				07.30	<p>nyerinya O: P: pasien post operasi, Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: nyeri daerah punggung, S: skala nyeri 5 (1-10),T: nyeri terus menerus, A: masalah keperawatan belum teratasi P: intervensi keperawatan dilanjutkan</p>	
				07.30	<p>S: adanya luka operasi di punggung pasien O: luka tampak bersih dan lembab, masih agak bengkak pada sekitar luka, tidak ada eksudat, tidak ada kemerahan A: masalah keperawatan teratasi sebagian P: intervensi keperawatan dilanjutkan</p> <p>S: Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur walaupun kadang-kadang terbangun O: mengeluh kurang tidur berkurang, tidak mengeluh ketidakpuasan tidurnya A: masalah keperawatan teratasi sebagian P: intervensi keperawatan dilanjutkan</p>	

Rabu, 21 Oktober 2021				Rabu, 21 Oktober 2021	
08.00	1	Mengobservasi nyeri secara komprehensif: nyeri pada punggung, dirasakan seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 4, nyeri dirasakan terus-menerus		14.30	S: pasien mengatakan nyeri pada punggung sudah berkurang dan selalu melakukan relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyerinya
08.15	1	Menganjurkan pasien melakukan relaksasi : relaksasi nafas dalam			O:
08.40	2	Mencuci tangan sebelum melakukan Tindakan			P: pasien post operasi
09.30	2	Melakukan perawatan luka: luka lembab, tidak ada nanah, masih tampak agak bengkak di daerah sekitar luka			Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk
11.00	1,3	Mengobservasi TTV : Nadi : 120x/menit TD : 150/80 mmHg			R: nyeri daerah punggung
11.40	1,2	RR : 20x/menit, Spo2: 98%			S: skala nyeri 3 (1-10)
12.00	1,2	Memberikan terapi oral cefixime 200 mg, santagesik injeksi 10ml			T: nyeri terus menerus
12.15	3	Mengobservasi efek terapi obat: tidak ada efek samping		14.30	- Nadi : 120x/menit
		Menganjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur			- TD : 150/80 mmHg
					- RR : 20x/menit
					- Meringis berkurang
					A: masalah keperawatan teratasi sebagian
					P: intervensi keperawatan dilanjutkan
					S: Terdapat luka operasi di

12.30	1,3	Memberikan lingkungan yang nyaman untuk pasien tidur: mematikan lampu yang tidak digunakan dan mengatur suhu ac 20 derajat c			punggung pasien O:
13.30					- Nyeri berkurang saat ditekan, bengkak pada daerah luka berkurang, ada kemerahan
3.40	1,3	Menganjurkan pasien tidur			A: masalah keperawatan teratasi sebagian
16.00	1	Mengobservasi nyeri pasien : pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang		14.30	P: intervensi keperawatan dilanjutkan
16.10	1	Menganjurkan pasien melakukan relaksasi: napas dalam			S: Pasien mengatakan bisa tidur
16.30	3	Menanyakan peningkatan tidur: pasien mengatakan bisa tidur tetapi tidak lama			O: pasien tidak mengeluh sulit tidur, pasien tidak mengeluh istirahat tidak cukup, pasien tidak mengeluh tidak puas tidur
17.00	2	Memantau tanda dan gejala infeksi : tidak ada			A: masalah keperawatan teratasi sebagian
17.10	3	Mengobservasi luka pasien : luka tampak bersih		20.30	P: intervensi keperawatan dilanjutkan
17.20	1,3	Mengobservasi TTV : Nadi : 103x/menit TD : 138/85 mmHg RR : 20x/menit			S: pasien mengatakan nyerinya berkurang
18.00	1,3	Memberikan terapi injeksi santagesik 10 ml sesuai advis dokter			O: P: pasien post operasi, Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: nyeri daerah punggung, S: skala nyeri 3 (1-10), T: nyeri terus menerus, meringis berkurang
19.00	3	Menganjurkan pasien menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur			Ttv : Nadi : 103x/menit, TD : 138/85 mmHg, RR : 20x/menit
19.20	1,3	Memberikan pasien posisi nyaman : semifowler			A: masalah keperawatan teratasi sebagian

19.30	1,3	Memberikan lingkungan yang nyaman untuk pasien tidur: mematikan lampu yang tidak digunakan dan mengatur suhu ac 20 derajat c		20.30	P: intervensi keperawatan dilanjutkan
19.50		Menganjurkan pasien tidur			S: Terdapat luka operasi di punggung pasien
00.00	1	Mengecek cairan infus dan mengganti yang baru : cairan infus habis dan ganti nacl 14 tmp			O: Tidak ada bengkak pada daerah luka, luka lembab, tidak ada kemerahan, luka tampak bersih
06.00	2	Memberikan air hangat untuk mandi		20.30	A: masalah keperawatan teratasi
07.00	3	Menganjurkan pasien untuk makan			P: intervensi keperawatan dipertahankan
		Menanyakan peningkatan tidur : pasien mengatakan sudah bisa tidur tetapi kadang terbangun			S: Pasien mengatakan tidurnya sudah mulai normal
				08.00	O: tidak mengeluh sulit tidur, tidak mengeluh istirahat tidak cukup, tidak mengeluh tidak puas tidur
					A: masalah keperawatan teratasi sebagian
					P: intervensi keperawatan dilanjutkan
					S: pasien mengatakan nyerinya berkurang dan selalu mengurangi nyerinya dengan relaksasi nafas dalam yang sudah diajarkan
					O: P: pasien post operasi, Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: nyeri daerah punggung, S: skala nyeri 3 (1-10),T: nyeri terus

				08.00	<p>menerus, meringis berkurang A: masalah keperawatan teratasi sebagian P: intervensi keperawatan dilanjutkan</p> <p>S: Terdapat luka operasi di punggung pasien O:</p> <p>Tidak ada bengkak pada daerah luka, luka lembab, tidak ada kemerahan, luka tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi A: masalah keperawatan teratasi P: intervensi keperawatan dipertahankan</p>	
				08.00	<p>S: Pasien mengatakan tidurnya sudah normal dan tidak terbangung lagi O: tidak mengeluh sulit tidur, tidak mengeluh istirahat tidak cukup, tidak mengeluh tidak puas tidur A: masalah keperawatan teratasi P: intervensi keperawatan dihentikan</p>	

Kamis, 23 Oktober 2021				Kamis, 23 Oktober 2021		
09.00	1	Mengobservasi nyeri secara komprehensif: nyeri pada punggung, dirasakan seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 2, nyeri dirasakan terus-menerus		13.30	S: pasien mengatakan nyeri pada punggung sudah biasa saja O:	
09.05	1	Menganjurkan pasien melakukan relaksasi : relaksasi nafas dalam			P: pasien post operasi Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk	
09.10	2	Mencuci tangan sebelum melakukan tindakan			R: nyeri daerah punggung S: skala nyeri 2 (1-10)	
09.20	2	Melakukan perawatan luka: luka lembab, tidak ada nanah, tidak ada bengkak			T: nyeri terus menerus - Nadi : 110x/menit - TD : 130/80 mmHg	
11.00	1,3	Mengobservasi TTV : Nadi :110x/menit TD : 130/80 mmHg RR : 19x/menit, Spo2: 100%			- RR : 90x/menit - Pasien tidak meringis A: masalah keperawatan teratasi sebagian	
11.30	1	Memberikan terapi injeksi santagesik 10 ml sesuai advis dokter		13.30	P: intervensi keperawatan dilanjutkan	
11.40	1	Mengobservasi efek terapi obat: tidak ada efek samping			S: Terdapat luka operasi di punggung pasien	
13.00	2	Memantau tanda dan gejala infeksi : tidak ada			O:	
	2	Mengobservasi luka pasien : luka tampak bersih			- Tidak ada pembengkakan, luka lembab, tidak ada eksudat, tidak ada kemerahan,	
16.00	1	Mengobservasi TTV : Nadi :				

16.30	1	120x/menit TD : 138/80 mmHg RR : 18x/menit, Spo2: 99%		20.30	luka tampak bersih A: Masalah Keperawatan tidak terjadi P: Intervensi keperawatan dipertahankan
19.00	1	Memberikan pasien posisi nyaman : semifowler			S: pasien mengatakan nyeri berkurang
23.30	1	Menganjurkan pasien istirahat			O:
06.00	2	Mengecek cairan infus : infus lancar			P: pasien post operasi, Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: nyeri daerah punggung, S: skala nyeri 2 (1-10),T: nyeri terus menerus, melakukan relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri, pasien tidak meringis, ttv: nadi: 120x/menit TD : 138/80 mmHg RR : 18x/menit, Spo2: 99%
06.30	2	Memberikan air hangat untuk mandi		20.30	A: masalah keperawatan teratasi sebagian P: intervensi keperawatan dilanjutkan
		Menganjurkan pasien untuk makan			S: Terdapat luka operasi di punggung pasien
					O:
					- Tidak ada pembengkakan, tidak ada kemerahan, luka tampak bersih
				07.00	A: Masalah Keperawatan tidak terjadi P: Intervensi keperawatan

				07.00	<p>dipertahankan</p> <p>S: pasien mengatakan nyerinya berkurang</p> <p>O:</p> <p>P: pasien post operasi, Q: nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: nyeri daerah punggung, S: skala nyeri 2 (1-10),T: nyeri terus menerus, melakukan relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri, pasien tidak meringis</p> <p>A: masalah keperawatan teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi keperawatan dilanjutkan</p> <p>S: Terdapat luka operasi di punggung pasien</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada pembengkakan, luka lembab, tidak, tidak ada kemerahan, luka tampak bersih <p>A: Masalah Keperawatan tidak terjadi</p> <p>P: Intervensi keperawatan dipertahankan</p>	
--	--	--	--	-------	--	--

--	--	--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas asuhan keperawatan pada Ny.F dengan diagnosis medis Spondylosis Lumbal di Ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 20 Oktober 2021 sampai dengan 23 Oktober 2021 sesuai dengan pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan

4.1 Pengkajian Keperawatan

Penulis melakukan pengkajian pada Ny.F dengan melakukan anamnesa kepada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, dan mendapatkan data dari pemeriksaan penunjang medis.

Data didapatkan, pasien bernama Ny.F berjenis kelamin perempuan, berusia 60 tahun. Menurut (Martharina & Susanti, 2017), Pada umumnya spondilosis lumbalis pada faktor usia menunjukkan bahwa kondisi ini banyak dialami oleh orang yang berusia 40 tahun keatas dan lebih banyak terjadi pada wanita dari pada laki-laki. Rasio jenis kelamin dalam keadaan ini bervariasi, namun hampir sama secara bermakna.

Keluhan utama pasien nyeri pada punggung, dengan nyeri seperti tertusuk – tusuk dengan skala 7 (1 - 10) nyeri terus-menerus. Pada umumnya keluhan utama pada kasus spondylosis adalah rasa nyeri, Nyeri tersebut terjadi karena pertumbuhan berlebihan dari tulang (Gede Sujana, 2016), Menurut asumsi pasien spondylosis sering mengeluh nyeri yang dirasakan pada daerah tulang belakang

hingga ke punggung hal tersebut dikarenakan terjadinya perubahan bentuk pada sendi tulang belakang yaitu dengan bertambahnya degenerasi discus intervertebralis.

Pemeriksaan fisik Muskuloskeletal didapatkan hasil pemeriksaan pasien mengatakan nyeri pada punggung dengan nyeri seperti tertusuk – tusuk dengan skala 7 (1 - 10) yang dirasakan terus-menerus, pasien mampu menggerakkan persendiannya, tidak terdapat kelainan ekstremitas atas dan ekstremitas bawah terdapat luka post operasi di punggung pasien. data objektif yang mendukung dari respon yang diberikan pasien seperti meringis, mengeluh nyeri, sulit tidur. Dari data pengkajian diatas dapat dilihat bahwa tanda dan gejala pada pasien sesuai dengan tanda dan gejala menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) pada diagnosa keperawatan nyeri akut yaitu mengeluh nyeri, meringis, sulit tidur. Menurut (Gede Sujana, 2016), Gejala yang sering muncul adalah nyeri pinggang, karena perubahan degenerative pada intervertebral joint dan apophyseal joint (facet joint). Menurut asumsi peneliti bahwa gejala yang ada pada pasien seperti nyeri dapat mengakibatkan gangguan rasa nyaman pada pasien

Pemeriksaan sistem integumen didapatkan hasil pemeriksaan pada kulit berwarna sawo matang, tidak ada kelainan pada kulit kepala, turgor kulit < 2 detik, tidak terdapat keloid, tidak dapat pruritus, tidak terdapat dekubitus, serta akral teraba hangat, basah dan merah. Terdapat luka operasi di punggung. Menurut asumsi peneliti pada luka operasi bisa dapat menyebabkan resiko terjadinya infeksi, luka yang dialami pasien belum mengalami infeksi namun harus diperhatikan dikarenakan jika tidak ditangani atau dibiarkan saja maka dapat

menyebabkan masalah. Menurut (Tana L & Delima, 2015). infeksi luka operasi merupakan infeksi yang terjadi Ketika mikroorganisme dari kulit, bagian tubuh lain atau lingkungan masuk kedalam insisi yang terjadi dalam waktu 30 hari pasca operasi yang ditandai dengan adanya pus, inflamasi, bengkak, nyeri dan rasa panas.

Pola tidur pasien didapatkan pasien tidur siang sebelum masuk rumah sakit kurang lebih 4 jam, setelah masuk rumah sakit kurang lebih 1 jam, Jumlah tidur malam pasien sebelum masuk rumah sakit kurang lebih 7, setelah masuk rumah sakit kurang lebih 4 jam, pasien mengatakan susah tidur karena nyeri yang dirasakan. Menurut asumsi peneliti karena nyeri yang dirasakan membuat pasien merasa ketidaknyamanan sehingga mempengaruhi tidur pasien. Pasien menjadi sulit untuk tidur. Menurut (Gede Sujana, 2016), tidur sangat penting untuk proses fisiologis dan kualitas hidup yang optimal. Fungsi tidur adalah *restorative* (memperbaiki) Kembali organ-organ tubuh.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut teori asuhan keperawatan pada pasien spondylosis terdapat masalah keperawatan yang dapat muncul yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit, resiko infeksi. Penulis mengambil masalah keperawatan yang sesuai dengan keadaan pasien yaitu nyeri akut, resiko infeksi, gangguan pola tidur.

Diagnosis keperawatan pada Ny.F dengan diagnosis medis Spondylosis Lumbal disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op spondylosis)

Data pengkajian yang didapatkan dari diagnosis tersebut adalah pasien mengatakan punggungnya sakit dan nyeri, P: post operasi spondylosis lumbal Q: Nyeri seperti ditusuk, R: punggung, S: 7, (1-10), T: terus-menerus. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*International Association for the Study of Pain*); yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi ringan berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan (Nurarif and Kusuma, 2015)

Menurut asumsi penulis bahwa pasien memiliki masalah utama yaitu nyeri akut seperti data yang ditunjukkan bahwa pasien mengeluh nyeri di bagian punggung dengan skala nyeri 7 dari (1-10), nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk dan terus-menerus. Pasien juga tampak meringis kesakitan. Oleh sebab itu penulis mengangkat diagnosa ini menjadi prioritas utama sehingga tindakan pengurangan nyeri harus segera ditangani.

2. Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko :efek procedure invasive

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data terdapat luka post operasi pada pasien di punggung. Pada luka pasien tidak terdapat tanda-tanda infeksi luka tampak bersih lembab, tidak ada nanah, tidak ada kemerahan namun pada daerah sekitar luka tampak bengkak, sehingga perlu diperhatikan sehingga tidak terjadi infeksi. Resiko infeksi merupakan keadaan dimana seorang individu beresiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa,

atau parasite lain) dari sumber-sumber eksternal, sumber-sumber eksogen dan endogen (Hasanah and Wardayanti, 2015)

Menurut asumsi peneliti gangguan integritas kulit dijadikan prioritas yang kedua karena diagnose ini bukan masalah yang utama. Namun jika tidak diperhatikan akan menimbulkan masalah yang dapat memperburuk keadaan pasien sehingga nyeri yang dirasakan akan semakin meningkat.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur: akibat nyeri

Diagnosa ini ditegakkan karena ditemukan data pengkajian yang mendukung yaitu pasien mengatakan sulit untuk tidur karena nyeri yang dirasakan. Tidur merupakan priode pemulihan, keadaan fisiologis dari istirahat untuk tubuh dan pikiran (Riyadi & Widuri, 2015).

Menurut asumsi penulis pola tidur dijadikan prioritas ketiga dikarenakan tidur merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi, karena dengan pasien beristirahat dengan tidur akan mempengaruhi proses penyembuhannya

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada Ny.F dengan diagnosis medis Spondylosis Lumbal disesuaikan dengan diagnosis keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019):

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi)

Tujuan Keperawatan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil; luaran utama tingkat

nyeri: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, tanda-tanda vital dalam batas normal (tekanan darah 120/80, nadi: 60-100 x/menit)

Rencana Keperawatan; intervensi utama, manajemen nyeri: Monitor penurunan nyeri (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), skala nyeri, Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam), control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu, cahaya, kebisingan, Fasilitas Istirahat dan tidur, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, berikan terapi analgesik sesuai advis dokter: Injeksi santagesik 10 ml/ IV, monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik, monitor efektifitas analgesik pertimbangkan penggunaan infus kontinu

Menurut asumsi penulis pemberian analgesik memang diperlukan untuk membantu mempercepat kesembuhan pasien terutama membantu untuk menurunkan nyeri yang dikeluhkan pasien namun dalam pemberiannya juga untuk memonitoring dari efek samping penggunaan analgesik (santagesik 10 ml)

Resiko infeksi berhubungan dengan factor resiko :

2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek procedure invasive

Tujuan keperawatan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam masalah resiko infeksi menurun dengan kriteria hasil : luaran utama , tingkat infeksi: nyeri menurun, tidak ada tanda-tanda infeksi (color,dolor,rubor,funksi lesa)

Rencana keperawatan : Monitor karakteristik luka, lakukan perawatan luka bersihkan dengan cairan NaCL, Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, kolaborasi pemberian antibiotic (cefixime 200mg)

Asumsi penulis perawatan luka merupakan hal penting dalam mempercepat penyembuhan luka, karena dengan keadaan luka yang bersih dapat mencegah terjadinya infeksi

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur: akibat nyeri

Tujuan keperawatan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam masalah sulit tidur pasien teratasi, kriteria hasil : keluhan sering tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun

Rencana keperawatan, dukungan tidur : identifikasi factor pengganggu tidur, tetapkan jadwal tidur rutin, anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur, memberikan lingkungan yang nyaman

Menurut asumsi peneliti sebagai perawat memberikan lingkungan yang nyaman pada pasien untuk beristirahat sangat mempengaruhi kualitas tidur pasien, meminimalkan lingkungan yang dapat mempengaruhi tidur pasien serta menciptakan lingkungan yang nyaman

4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi keperawatan langsung dan tidak langsung pada pasien. Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan intervensi keperawatan dilaksanakan secara terkoordinasi dan terintegrasi. Hal ini karena disesuaikan dengan keadaan yang sebenarnya.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (post op spondylosis)

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengkaji TTV, mengkaji karakteristik nyeri pasien, mengajarkan teknik relaksasi nyeri dengan nafas dalam, mengatur posisi yang nyaman bagi pasien, memberikan obat analgetik sesuai program (santagesik 10 ml iv).

Kekuatan dari implementasi ini adalah pasien kooperatif dan mau melakukan teknik relaksasi serta mau di suntik obat analgetik (santagesik 10 ml.). Kelemahannya adalah pasien merasa kesulitan untuk menunjukkan skala intensitas nyeri yang disarankan, sehingga menyulitkan perawat dalam menentukan tindakan yang akan diambil terlebih dahulu. Solusi yang digunakan penulis untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah mengajarkan pasien cara menunjukkan skala intensitas nyeri dengan skala 1-10

2. Resiko infeksi berhubungan dengan efek procedure invasive

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah melakukan perawatan luka dan mengobservasi keadaan luka pasien dari tanda-tanda infeksi, , dan menerapkan mencuci tangan sebelum melakukan tindakan ke pasien dan memberikan obat antibiotic (cefixime 2x200mg iv) sesuai program

Kekuatan dari implementasi ini adalah pasien kooperatif pada saat dilakukan tindakan keperawatan. Kelemahan dari implementasi ini adalah pasien masih takut apabila dilakukan perawatan luka, kadang masih takut jika perban lukanya dibuka sehingga perawat melakukannya dengan pelan-pelan

Solusi untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah menganjurkan pasien untuk tarik nafas dalam dan rileks jika dalam perawatan luka merasakan sakit

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur: akibat nyeri

Tindakan keperawatan yang dilakukan penulis selama melakukan asuhan keperawatan di rumah sakit adalah mengidentifikasi factor pengganggu tidur, menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur, memberikan lingkungan yang nyaman.

Kekuatan dari implementasi ini adalah pasien kooperatif pada saat dilakukan tindakan keperawatan. Kelemahan implementasi adalah pasien tidak mampu mengontrol nyeri sehingga berdampak pada pola tidurnya

Solusi untuk mengatasi kelemahan implementasi adalah memberikan lingkungan yang nyaman untuk membantu kenyamanan tidur pasien serta mengajarkan teknik napas dalam untuk membantu mengurangi nyeri.

4.5 Evluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil.

Pada evaluasi belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena keterbatasan waktu. Sedangkan pada tinjauan evaluasi pada pasien dilakukan

karena dapat diketahui secara langsung keadaan pasien

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (post op spondylosis)

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan belum sesuai dengan kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu: keluhan nyeri menurun, skala nyeri menurun, tanda-tanda vital dalam batas normal 120x/menit TD : 138/80 mmHg RR : 18x/menit, Spo2: 99% klien mampu mendemonstrasikan cara relaksasi. Pada tanggal 23 Oktober 2021 di temukan data P: nyeri pada tempat operasi berkurang Q: klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: punggung, S: skala nyeri 2 (1-10), T: terus-menerus, O: klien sudah tidak mengeluh nyeri, tidak meringis A: masalah nyeri akut teratasi Sebagian, P: intervensi dilanjutkan : Ajarkan tehnik relaksasi nyeri dengan nafas dalam, dan kolaborasi pemberian analgetik

2. Resiko Infeksi berhubungan dengan efek procedure invasive

Evaluasi yang dilakukan penulis selama tiga hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yaitu : bengkak menurun, tidak ada kemerahan, tidak ada nyeri, luka tampak bersih. Pada tanggal 23 Oktober 2021 ditemukan data S: luka operasi pada punggung tampak bagus, O: tidak ada pembengkakan, tidak ada kemerahan, tidak ada nyeri dan tampak bersih, A: masalah keperawatan teratasi, P: kondisi dipertahankan

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur: akibat nyeri

Evaluasi yang dilakukan penulis selama dua hari melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yaitu klien tidak mengeluh sulit tidur. Pada tanggal 22 Oktober 2021 ditemukan data : S: pasien mengatakan sudah bisa

tidur seperti normal, O: tidak mengeluh sulit tidur, tidak mengeluh kurang tidur,
A: masalah keperawatan teratasi, P: pertahankan kondisi

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan diagnosis medis spondylosis Lumbal di Ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya, kemudian penulis dapat menarik simpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis Spondylosis lumbal

5.1 Simpulan

- a. Pengkajian pada pasien dengan spondylosis lumbal, dengan keluhan utama pasien nyeri akut, pasien mengatakan nyeri, *provoking* (P): nyeri dirasa karena terdapat luka operasi, *quality* (Q): klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, *region* (R): daerah punggung, *severity* (S): skala nyeri 7 dari 1-10 skala nyeri, *time* (T): terus menerus dan meringis
- b. Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien dengan diagnosis medis spondylosis lumbal dan telah diprioritaskan menjadi: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (post op sponylitis), resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur: akibat nyeri.
- c. Implementasi keperawatan pada Ny.F dengan diagnosis medis spondylosis lumbal disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ada; nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op spondylosis) dengan

memanajemen nyeri dan memberikan analgesik, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasiv dengan perawatan luka dan gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur: akibat nyeri dengan memberikan lingkungan yang nyaman, melakukan relaksasi nafas dalam untuk lebih rileks

- d. Hasil evaluasi keperawatan pada Ny.F dengan diagnosis medis spondylosis lumbal disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post op spondylosis), resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasiv, gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur: akibat nyeri dapat teratasi sesuai dengan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan. Evaluasi yang telah diterapkan selama tiga hari sesuai dengan teori didapatkan dua diagnosa yang berhasil diatasi yaitu, gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur: akibat nyeri. Dan diagnose yang dipertahankan karena tidak terjadi masalah yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanis: post op spondylosis dan satu diagnosa yang teratasi sebagian yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik (prosedur operasi).

5.2 Saran

5.2.1 Bagi keluarga dan pasien

Bagi Pasien dan keluarga hendaknya lebih memperhatikan dalam hal perawatan pasien dalam manajemen nyeri yang pernah diajarkan dan mencegah terjadinya resiko infeksi dengan terus memantau atau memberikan perawatan luka bekas operasi.

5.2.2 Bagi Profesi Keperawatan

Karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat menjadi literatur sebagai wawasan dan menambah ilmu dan dapat menerapkan Tindakan keperawatan yang sesuai dengan pasien khususnya pada pasien *spondylosis lumbal*

5.2.3 Bagi Manajemen Ruangan

Bagi Perawat di Ruang H1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya hendaknya lebih meningkatkan pengetahuan serta skill dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis spondylosis lumbal misalnya dengan mengikuti seminar atau pelatihan tentang bagaimana tata laksana pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis spondylosis lumbal pada khususnya. Bagi Penulis selanjutnya dapat menggunakan karya tulis ilmiah ini sebagai salah satu sumber data untuk penelitian

5.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi salah satu rujukan atau perbandingan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan diagnosis *spondylosis lumba*

DAFTAR PUSTAKA

- Devy. S, (2021), “Hubungan nyeri terhadap pola tidur pasien post operasi laparatomy di RSUD Teungku Peukan Aceh Barat Daya”, *Jurnal Kesehatan*
- Dinarti & Mulyanti, Y. (2017) *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Ekaputri, M. and Fithriyani (2021) ‘Hubungan Peran Ketua Tim dengan Kinerja Perawat dalam Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi’, *Jurnal Akademka Baiturrahim Jambi*, 10(1), pp. 196–200. doi: 10.36565/jab.v10i1.321.
- Gede Sujana, (2016), “Pemakaian Lumbal Korset pada Intervensi Micro Wave Diathermy, Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, Ultra Soud Mengurangi Nyeri Spondylosis Lumbalis
- Guyton AC dan Hall JE. (2019). Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 12. Jakarta:Elsevier.
- Gordon (2015) *Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.,
- Herdman, T. Heather. (2017). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014 (Bursing Diagnosis: Definition & classification 2012-2014)*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Hoy D [et al.] (2018). The Epidemiology of Low Back Pain. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 24:769-81
- Khasanah. (2012). Waspada Beragam Penyakit Degeneratif Akibat Pola Makan. Cetakan Pertama. Yogyakarta : Penerbit Laksana.

- Martharina & Susanti, (2017), “Penatalaksanaan Fisioterapi pada Kondisi Low Back Pain Spondilosis Lumbal dengan Modalitas Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation Dan Wiliam Fleksi Exercise di RSUD Bendan Kota Pekalongan, *Jurnal Kesehatan*
- M. Wilkinson, Judith. (2017). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Edisi 7*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Nurarif, A. H. and Kusuma, H. (2015) *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. 2nd edn. Jogjakarta: Medi Action.
- Potter, Perry. (2010). *Fundamental Of Nursing: Consep, Proses and Practice*. Edisi 7. Vol. 3. Jakarta : EGC
- Rakel. 2015. Nyeri Punggung Bagian Bawah. www.nyeripunggungbawah.com. Diakses 10 Maret 2016.
- Setiadi (2016b) *Konsep & Penulisan Asuhan Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Tana L dan Delima. (2015). Gambaran Nyeri Pinggang Pada Paramedis di BeberapaRumahSakitdiJakarta.Medialitbangkes.<http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/MPK/article/view/3059/3028>. diakses Januari 2016
- Tetty, S. (2015). *Konsep Dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta : EGC
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*

(SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

W. Sudoyo, Aru dkk (2015). *Ilmu Penyakit Dalam Jilid II Edisi IV*. Jakarta:

Perhimpunan Dokter Spesialis Penyakit Dalam Indonesia

Lampiran 1**CURRICULUM VITAE**

Nama : Flaury Enjely de Fretes
Nim : 2130081
Program Studi : Profesi Ners
Tempat, tanggal lahir : Ambon, 19-04-1999
Agama : Kristen
Email : flauradefretes19@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

- | | | | |
|----|-----|--------------------------|------------------|
| 1. | TK | Mahia | Lulus Tahun 2005 |
| 2. | SD | SD YPPKM Mahia | Lulus Tahun 2011 |
| 3. | SMP | SMP Kartika XIII-1 Ambon | Lulus Tahun 2014 |
| 4. | SMA | SMA Kartika XIII-1 Ambon | Lulus Tahun 2017 |

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN**MOTTO**

“Segala perkara dapat kutanggung di dalam Dia yang memberi kekuatan kepadaku”

(Filipi 4:13)

You have done well

PERSEMBAHAN

1. Puji Tuhan segala puji syukur yang tidak henti-hentinya saya panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas limpahan berkat dan karunianNya saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini
2. Ayah Yohanis dan Ibu Adriani selaku orang tua yang telah memberikan motivasi dukungan moril dan materil, semangat dan doa yang tidak pernah berhenti untuk saya
3. Debora, Fillia, Melissa, Vony selaku saudara yang mendukung semua proses dan menyemangati dari belakang
4. Feni, Maria, Novita, Sherly sahabat saya di kampus yang menemani saya selama beberapa waktu terakhir, mendengarkan keluh kesah saya dan selalu mendukung, membantu dalam pengerjaan karya ilmiah akhir
5. Teman-teman angkatan 12 Profesi Ners yang dari awal sampai akhir perkuliahan tetap saling membantu. semoga tetap kompak dan bisa meraih keberhasilan sampai ke jenjang yang lebih tinggi.