

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. K  
DENGAN HERNIA NUKLEUS PULPOSUS DI RUANG RAWAT  
INAP RS X KOTA BOGOR**



**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan  
gelar Ahli Madya Keperawatan

**Abigaile Br Barus**

**152020004**

**UNIVERSITAS KRISTEN KRIDA WACANA  
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN  
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**JAKARTA**

**JULI 2023**

## PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TUGAS AKHIR

Saya mahasiswa Universitas Kristen Krida Wacana

Nama Mahasiswa : Abigaile Br Barus

NIM : 152020004

Program Studi : DIII Keperawatan

Dengan ini menyatakan bahwa karya tugas akhir yang berjudul 'adalah : Asuhan keperawatan pada Ny. K dengan gangguan sistem muskuloskeletal : Hernia Nukleus Pulposus di ruang rawat inap X RS X Bogor

- a. Dibuat dan diselesaikan sendiri, dengan menggunakan hasil kuliah, tinjauan lapangan dan buku – buku serta jurnal acuan yang tertera didalam referensi pada karya tugasakhir saya.
- b. Bukan merupakan duplikasi karya tulis yang sudah dipublikasikan atau yang pernahdipakai untuk mendapatkan gelar di Perguruan Tinggi lain, kecuali pada bagian–bagian sumberinformasi dicantumkan dengan cara penulisan referensi semestinya.
- c. Bukan merupakan karya terjemahan dari kumpulan buku atau jurnal acuan yang tertera didalam referensi pada karya tugas akhir saya.
- b. Kalau terbukti saya tidak memenuhi apa yang telah dinyatakan di atas, maka karya tugas akhir ini dibatalkan.


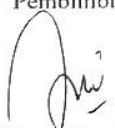


Jakarta,  
Yang membuat pernyataan

  
  
( Abigaile Br Barus.)

**LEMBAR PENGESAHAN**  
“Asuhan Keperawatan pada Pasien Nyonya.K dengan Hernia Nukleus  
Pulposus di Ruang Rawat Inap RS X Kabupaten Bogor”

Disusun oleh  
Abigaile Br. Baruf  
NIM 152020004

Telah berhasil dipertahankan dan diuji di hadapan pembimbing dan penguji  
sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di  
Program Studi DIII Keperawatan

Penguji	Menyetujui, Pembimbing I	Pembimbing II
		
(Ns. Dian Anggraini, M.Kep) NIP. 1964	(Ns. Mariam Dasat, M. Kep) NIP. 1965	(Ns. Malianti Silalahi, M.Kep.,Sp.Kep.J) NIP. 2500
Mengetahui, Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan FKIK UKRIDA		
		
(Ns. Mey Lona Verawaty Zendrato, S.Kep., M.Kep) NIP. 1904		

Ditetapkan di : Jakarta

Pada tanggal : Juli 2023

Universitas Kristen Krida Wacana

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan “Asuhan Keperawatan pada Ny. K dengan HNP di Ruang Rawat Inap RS X Kabupaten Bogor.” Penyusunan karya tulis ilmiah ini merupakan salah satu syarat agar mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan (FKIK), Universitas Kristen Krida Wacana (UKRIDA).

Penulis sungguh sadar bahwa penyusunan laporan tugas akhir ini banyak ditemukan hambatan, kesulitan dan tantangan. Namun, berkat bimbingan dan dorongan serta bantuan dari banyak pihak. Puji Tuhan laporan ini dapat terselesaikan dengan baik. Pada kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terimakasih pada pihak-pihak terlibat.

1. Ns. Mey Lona Verawaty Zendrato, M. Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan yang senantiasa memberikan motivasi dan semangat pada mahasiswa keperawatan angkatan 2020 dalam pengerjaan karya tulis ilmiah.
2. Ns. Mariam Dasat., M. Kep, selaku pembimbing pertama yang dengan penuh kesabaran dan meluangkan waktu untuk membimbing serta memberikan masukan guna penyelesaian karya tulis ilmiah.
3. Ns. Malianti Silalahi, M. Kep., Sp. Kep. J, selaku pembimbing kedua yang dengan teliti membantu saya untuk melengkapi pengerjaan karya tulis ilmiah.
4. Ns. Malianti Silalahi, M. Kep., Sp. Kep. J, selaku koordinator mata kuliah yang dengan sabar memperhatikan, mengarahkan dan memberikan motivasi

- pada mahasiswa keperawatan angkatan 2020 selama penyusunan karya tulis ilmiah.
5. Ibu Mey Lona Verawaty Zendrato selaku dosen pembimbing akademik yang senantiasa memberikan motivasi, arahan dan saran selama pengerjaan karya tulis ilmiah.
  6. Seluruh dosen dan staf pendidik diploma 3 keperawatan yang telah membagikan ilmu dan pengetahuan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah.
  7. Keluarga saya yang terkasih Mamak, Bapak, Abang, Adikku yang selalu setia memberikan dukungan dan motivasi untuk saya selama penyusunan karya tulis ilmiah, meskipun dukungan melalui video call dan terkhusus kepada adikku Dea Fortuna yang selalu siap direpotkan kapan pun dan dimana pun terima kasih sudah menjadi pendengar keluh kesah saya selama penyusunan karya ilmiah diperantaun ini.
  8. Leonardo Ginting sebagai pendengar semua keluh kesah saya selama penyusunan karya tulis ilmiah.
  9. Teman-teman seangkatan mahasiswa keperawatan 2020 yang senantiasa menghibur dan memberikan motivasi selama perkuliahan.
  10. Bibik saya yang selalu memberikan donator dana, dukungan doa dan siraman rohani ketika mengerjakan karya tulis ilmiah.
  11. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu namanya.

Penulis menyadari bahwa laporan tugas akhir ini jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sehingga laporan ini bermanfaat bagi penulis dan pembaca lainnya.

Jakarta, 07 juli 2023



## ABSTRAK

Nama : Abigaile Br Barus  
Program Studi : Diploma III Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Ny. K dengan HNP di Ruang Rawat Inap RS X Kabupaten Bogor

Hernia nucleus pulposus merupakan salah satu penyebab dari nyeri punggung bawah, faktor utama yang menyebabkan HNP adalah degeneratif dimana elastisitas dari *annulus fibrosus* menurun tanda dan gejala HNP sendiri nyeri pada punggung bagian bawah menjalar ke tungkai, kebas, kesemutan pada tangan dan kaki merupakan hal yang sering dirasakan oleh penderita HNP. Penulisan karya ilmiah ini bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan ensefalitis di salah satu Rumah Sakit Kabupaten Bogor. Metode yang dilakukan untuk menghasilkan karya tulis ilmiah yaitu studi kasus melalui proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi yang dilakukan selama 3 hari. Hasil temuan penulis adalah pasien atas nama Ny. K, usia 72 Tahun, didiagnosa HNP sejak dirawat di rumah sakit, dengan riwayat hipertensi tidak terkontrol, riwayat jatuh dari motor kurang lebih 40 tahun yang lalu, pekerjaan yang melibatkan aktivitas mengangkat beban yang berat dengan cara yang salah dalam waktu menahun, nyeri akut gangguan mobilitas fisik dan gangguan pola tidur diagnosa keperawatan yang penting diperhatikan dalam kasus ini. Asuhan keperawatan yang ditemukan nyeri berkurang, tingkat mobilisasi meningkat dan kualitas tidur membaik. Diperlukan waktu panjang dengan durasi sering untuk penerapan tindakan sehingga didapatkan hasil sesuai yang diharapkan.

Kata kunci : HNP, syaraf kejepit, nyeri punggung bawah

## ABSTRACT

*Name : Abigaile Brother Barus*

*Study Program: Diploma III in Nursing*

*Title :Nursing Care for Mrs. K with HNP in the inpatient room, X Hospital, Bogor District*

*Hernia nucleus pulposus is one of the causes of low back pain, the main factor that causes HNP is degenerative where the elasticity of the annulus fibrosus decreased signs and symptoms of HNP itself pain in the lower back radiating to the legs, numbness, tingling in the hands and feet are things that are often felt by sufferers HNP. Writing scientific papers aims to provide an overview of the implementation nursing care in patients with encephalitis in one of Bogor District Hospitals. The method used to produce scientific papers is case studies through the process nursing which consists of assessment, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation done for 3 days. The findings of the authors are the patient on behalf of Mrs. K, age 72 years, diagnosed with HNP since being hospitalized, with a history of uncontrolled hypertension, history fell off a motorbike about 40 years ago, a job involving activity lifting heavy weights the wrong way for years, acute pain Impaired physical mobility and disturbed sleep patterns are important nursing diagnoses noticed in this case. Nursing care that resulted in no pain found decreases, the level of mobilization increases and the quality of sleep improves. It takes a long time with a frequent duration for the implementation of the action so that the results are obtained as desired expected.*

*Keywords:HNP, pinched nerve, lower back pain.*

## DAFTAR ISI

<b>COVER</b>	
<b>HALAMAN JUDUL</b>	
<b>PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TUGAS AKHIR .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN UJIAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TUGAS AKHIR . .....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN .....</b>	<b>ix</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Tujuan .....	3
1.3. Manfaat .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>5</b>
2.1. Konsep Dasar Medis .....	5
2.1.1. Pengertian .....	5
2.1.2. Klasifikasi .....	5
2.1.3. Etiologi.....	6
2.1.4. Faktor Risiko .....	6
2.1.5. Anatomi dan Fisiologi.....	7
2.1.6 Patofisiologi .....	8
2.1.7. Manifestasi Klinik .....	11
2.1.8. Pemeriksaan Penunjang .....	11
2.1.9. Komplikasi .....	12
2.1.10. Penatalaksanaan.....	12
2.2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	13



2.2.1. Pengkajian .....	13
2.2.2. Diagnosa Keperawatan .....	14
2.2.3. Rencana Keperawatan .....	15
2.2.4. Implementasi Keperawatan .....	19
2.2.5. Evaluasi Keperawatan .....	19
<b>BAB III ASUHAN KEPERAWATAN BERDASARKAN TINJAUAN</b>	
<b>KASUS .....</b>	<b>21</b>
3.1. Pengkajian .....	21
3.1.1. Pengkajian Umum .....	21
3.1.2. Pengkajian Psikososial dan Spiritual .....	22
3.1.3. Pemeriksaan Fisik .....	22
3.2. Pemeriksaan Penunjang .....	26
3.4. Analisa Data .....	27
3.5. Asuhan Keperawatan .....	30
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>42</b>
4.1. Pengkajian .....	42
4.2. Diagnosa Keperawatan .....	45
4.3. Rencana Keperawatan .....	50
4.4. Implementasi Keperawatan .....	54
4.5. Evaluasi Keperawatan .....	57
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>59</b>
5.1. Kesimpulan .....	59
5.2. Saran .....	60
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>62</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>65</b>
SAP Manajemen Nyeri.....	65
HASIL TURNITIN .....	68
LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH .....	72

## DAFTAR TABEL

<b>TABEL 3.1 Hasil PemeriksaanLaboratorium.....</b>	<b>26</b>
<b>TABEL 3.2 Terapi Medis.....</b>	<b>27</b>

**DAFTAR GAMBAR**

<b>Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi .....</b>	<b>8</b>
<b>Gambar 2.2 Pathway .....</b>	<b>10</b>

## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) atau herniasi diskus intervertebralis, yang sering disebut syaraf kejepit adalah penyebab tersering nyeri punggung bawah yang bersifat akut, kronik atau berulang. HNP adalah suatu penyakit dimana bantalan lunak diantara ruas-ruas tulang belakang (*soft gel disc* atau *Nucleus Pulposus*) mengalami tekanan yang pecah, sehingga terjadi penyempitan dan terjepitnya urat-urat saraf yang melalui tulang belakang (Ikhsanawati et al, 2015). Saraf terjepit lainnya disebabkan oleh keluarnya *nucleus pulposus* dari diskus melalui robekan *annulus fibrosis* keluar menekan *meddulas spinalis* atau rasa nyeri yang hebat (Pinzon, Rizaldy 2012). HNP sering sekali disebabkan karena cidera dalam pekerjaan, Cidera dapat terjadi karena terjatuh, tetapi lebih sering karena posisi menggerakkan tubuh yang salah. Pada posisi gerakan tulang belakang yang tidak tepat maka sekat tulang belakang akan terdorong ke satu sisi dan pada saat itulah bila beban yang mendorong cukup besar akan terjadi robekan pada *annulus pulposus* yaitu cincin yang melingkari *nucleus pulposus* dan mendorongnya merosot keluar. sehingga disebut *hernia nucleus pulposus* (Leksana, 2013).

Menurut data *World Health Organization* WHO(2016),prevelensi HNP lebih kurang 16.500.000 per tahun di negara Finlandia dan Italia . Pasien yang berobat jalan bekisar 1.600.000 orang dan yang dirawat di rumah sakit lebih kurang dari 100.000 orang. Dari keseluruhan pasien HNP yang mendapatkan tindakan operasi berjumlah 24.000 orang per tahun. HNP lebih banyak terjadi pada perempuan (67,5%) daripada laki-laki (33%)dikarenakan perempuan mengalami menopause yang berdampak kepada kepadatan tulang yang menurun Desyauri et al (2021).Pasien HNP kebanyakan pada usia 40-80 tahun. Seiring bertambahnya usia, pasien dengan HNP cenderung meningkat secara substansial selama

beberapa tahun kedepan (Hoy, Bain & Williams, 2012). Data prevalensi HNP di Indonesia belum didapatkan secara jelas, namun dalam penelitian PERDOSSI (Perhimpunan Dokter Saraf Indonesia) pada tahun 2012 di 14 rumah sakit pendidikan menunjukkan hasil dengan sample bahwa penderita dengan gejala nyeri sebanyak 4,456 pasien atau sekitar 25% dari total kunjungan, dimana 1.598 atau sekitar (35.86%) adalah pasien dengan gejala nyeri punggung bagian bawah di bulan juni tahun 2019, hingga angka kunjungan pasien HNP pada januari 2019 ada sebanyak 41 pasien dan sampel yang menunjukkan pasien HNP sebanyak 34 pasien (Meliala 2010).

HNP merupakan salah satu keluhan yang dapat menurunkan produktivitas manusia, sehingga dapat berdampak pada fisik fisiologi, bahkan ekonomi (Suharto, 2014). Dampak fisik yang dirasakan pada pasien HNP sering mengeluh rasa nyerinya menjadi bertambah pada saat melakukan aktivitas seperti duduk lama, membungkuk, mengangkat benda yang berat, juga pada saat batuk, bersin, dan mengejan (Hidajat, 2016). Komplikasi yang dapat terjadi pada kasus HNP antara lain kelemahan motorik, hilangnya sensori, gangguan fungsi seksual, inkontinensia bowel dan bladder (Tarwoto, 2013). Pencegahan komplikasi HNP memerlukan peran serta fungsi perawat dalam memperbaiki derajat kesehatan, khususnya mengatasi masalah penyakit HNP dan komplikasi yang ditimbulkan, terutama dalam hal pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi aspek promotif menjaga postur tubuh yang benar pada saat berdiri atau duduk dan menjaga berat badan ideal. tindakan pada preventif adalah berhati-hati saat mengangkat beban berat, sebelum mengangkat beban, pastikan jangan membungkuk lebih baik berjongkok atau tegakkan punggung sebelum mengangkat beban berat, dan rehabilitatif memberikan anti nyeri untuk diminum atau disuntik apabila nyeri dirasakan sangat berat untuk mencegah komplikasi serta mencegah proses pemulihan pasien.

Penatalaksanaan pada pasien dengan HNP dapat dilakukan dengan berbagai macam jenis diantaranya pembedahan, terapi farmakologis maupun non

farmakologis seperti pengobatan fisioterapi. Pembedahan dilakukan apabila gejala HNP terjadi selama tiga bulan dan pengobatan fisioterapi tidak berhasil (Doswell, et al, 2012). Pada fisioterapi yang digunakan untuk pasien dengan HNP adalah terapi Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) yang ditujukan untuk mengurangi nyeri melalui mekanisme yang menghambat transmisi nyeri melalui mekanisme nyeri ke otak. TENS diberikan dengan dosis tiga kali seminggu, intensitas 60 mA, tipe continuous dan waktu selama 10 menit (Watson, 2015), Penatalaksanaan dari perawat yang dapat diberikan pada pasien HNP seperti tirah baring, diet, pemberian analgetik serta berbagai perawatan kesehatan untuk mempercepat proses penyembuhan serta menghindari terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan oleh pasien (Fransisko, 2020).

Berdasarkan teori di atas maka penulis tertarik untuk mengelola pasien dengan diagnosis medis HNP dikarenakan tingginya kasus di dunia khususnya di Finlandia, Italia dan di Indonesia pasien HNP sebanyak 34 pasien HNP ini dapat mengganggu mobilitas sehari-hari, sehingga penulis tertarik dan melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif saat melakukan studi pendahuluan pada tanggal 28 Februari 2023 di Ruang X RS X Kota Bogor Jawa Barat pada Ny. K dengan tanda dan gejala nyeri pada pinggang, kesulitan menggerakkan ekstremitas bawah, penurunan kekuatan otot dan sulit tidur. Oleh karena itu pada penulisan karya tulis ilmiah akan dijelaskan bagaimana gambaran dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan HNP sehingga permasalahan pasien dapat teratasi.

## **1.2 Tujuan**

Tujuan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini dibagi menjadi dua, yaitu:

### **1.2.1. Tujuan Umum**

Meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hernia Nucleus Pulposus di ruang rawat inap RS X Bogor Pada tanggal 28 Februari sampai tanggal 3 Maret 2023 dengan metode wawancara pada pasien, pemeriksaan fisik dan observasi keadaan pasien.

### **2.1.1 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dalam studi kasus ini, yaitu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien HNP
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien HNP
- c. Melakukan intervensi keperawatan pada pasien HNP
- d. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien HNP
- e. Melakukan evaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang telah diberikan pada pasien dengan HNP
- f. Menemukan dan menjelaskan persamaan dan perbedaan antara teori keperawatan, kesehatan, atau hasil penelitian terdahulu dengan temuan yang didapatkan dari kasus yang dikelola
- g. Memberikan evaluasi berbasis bukti untuk menghasilkan rekomendasi yang tepat bagi pengembangan ilmu keperawatan atau pihak terkait dengan kasus HNP
- h. Melakukan studi kepustakaan yang relevan dengan kasus yang dikelola

### **1.3 Manfaat**

Adapun manfaat dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah.

- a. Bagi Rumah Sakit  
Menjadi bahan referensi dan laporan kasus tertulis dalam mengembangkan dan meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien Hernia Nukleus Pulposus.
- b. Bagi Perawat  
Menjadi dalam penanganan dan mencegah komplikasi pada HNP serta sebagai bahan evaluasi perawat untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
- c. Bagi pasien  
Penulis berharap dengan adanya karya tulis ilmiah ini klien dapat berkontribusi dalam mencapai tujuan bersama, dapat menjaga serta mengontrol kesehatannya.
- d. Bagi Mahasiswa Keperawatan

Menjadi pengetahuan dalam menangani pasien dengan Asuhan keperawatan Hernia Nukleus Pulposus.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Medis**

##### **2.1.1 Definisi**

*Hernia Nukleus Pulposus* (HNP) adalah kondisi dimana terjadi protrusi pada diskus *intervertebralis* karena cedera atau beban mekanik yang salah dalam jangka waktu yang lama Dwi(2020). *Hernia Nukleus Pulposus* (HNP) merupakan salah satu penyebab dari nyeri punggung bawah, faktor utama yang menyebabkan HNP adalah degeneratif dimana elastisitas dari *annulus fibrosus* menurun sehingga menyebabkan robeknya *annulus fibrosus* Widyasari (2020). *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP) adalah suatu keadaan dimana terjadi pengeluaran isi nucleus dari dalam *discus intervertebralis rupture discus* sehingga nucleus dari diskus menonjol ke dalam cincin *annulus* (cincin fibrosa sekitar *discus*) dan memberikan manifestasi kompresi saraf Helmi (2014). Dari tiga paragraf diatas dapat disimpulkan bahwa HNP adalah kondisi dimana bantalan ruas tulang belakang bergeser dan menekan saraf tulang belakang yang mengakibatkan nyeri hebat yang dialami oleh penderita HNP, dimana penyakit ini kebanyakan terjadi karena cedera dan pergeseran posisi yang salah dalam waktu dekat maupun bersifat menahun.

##### **2.1.2 Klasifikasi**

HNP Menurut T. Herdman (2015) diklasifikasin menjadi dua bagian, yaitu:

1. *Hernia Diskus Intervertebra Servikalis* Biasanya terjadi antar ruang C5-C6 dan C6-C7 sekitar 10%. Nyeri dan kekakuan dapat terjadi pada leher, bagian atas pundak dan daerah skapula. Nyeri dapat juga disertai dengan kebas pada ekstremitas atas.
2. *Hernia Discus Lumbal* Banyak terjadi pada ruang antara L5-S1 sekitar 70-90%. *Hernia discus lumbal* menimbulkan nyeri punggung bawah disertai berbagai derajat gangguan sensori dan motorik. Klien biasanya mengeluh nyeri punggung bawah dengan kaku otot yang diikuti dengan penyebaran nyeri ke

dalam satu pinggul dan turun ke arah kaki. Nyeri diperberat oleh kegiatan yang meningkatkan tekanan cairan intraspinal seperti, membongkok, mengejan batuk, bersin dan biasanya berkurang dengan tirah baring. Tanda tambahan mencakup kelemahan otot, perubahan reflek rendah, dan kehilangan sensori.

### **2.1.3. Etiologi**

Penyebab dari HNP biasanya dengan meningkatnya usia terjadi perubahan degeneratif yang mengakibatkan kurang lentur dan tipisnya nucleus pulposus (Moore & Agur, 2013). HNP kebanyakan juga disebabkan karena suatu trauma derajat sedang dan terjadi secara berulang mengenai discus intervertebralis sehingga menimbulkan robeknya annulus fibrosus. Pada kebanyakan pasien gejala trauma umumnya bersifat singkat dan gejala yang disebabkan oleh cedera pada discus tidak terlihat selama beberapa bulan atau bahkan dalam beberapa tahun Helmi (2012).

Menurut Herliana, Yudhinono, & Fitriyani (2017) bahwa hal-hal yang menyebabkan penyakit HNP antara lain: Aktivitas mengangkat benda berat dengan posisi awalan yang salah seperti posisi membungkuk sebagai awalan dan Kebiasaan sikap duduk yang salah dalam rentang waktu yang sangat lama. Hal ini sangat berpengaruh pada tulang belakang ketika kita sedang membungkuk dalam posisi duduk yang kurang nyaman, Melakukan gerakan yang salah baik disengaja maupun tidak yang sangat berpengaruh pada tulang dan menyebabkan tulang punggung mengalami penyempitan sehingga terjadi trauma dan Kelebihan berat badan dapat menyebabkan terjadinya HNP.

### **2.1.4 Faktor Resiko**

Faktor risiko HNP menurut beberapa penelitian yang sering terjadi yaitu:

#### **1. Usia**

Beberapa penelitian sebelumnya menyatakan bahwa usia memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian HNP dengan rentang umur 47-67 tahun dimana di usia ini keelastisan annulus fibrosus akan menurun dan hilang sehingga menyebabkan tulang menjadi keras dan tidak padat.

## 2. Jenis Kelamin

Penelitian mengatakan bahwa penderita HNP lebih banyak ditemukan pada perempuan dibanding laki-laki dikarenakan perempuan mengalami menopause yang berdampak kepada kepadatan tulang yang menurun.

## 3. Pekerjaan

Pekerjaan yang melibatkan aktivitas fisik yang berat seperti membawa dan mengangkat barang berat secara terus menerus berisiko menimbulkan terjadinya HNP dan HNP berulang.

## 4. Merokok

Menurut Andersen et al (2018), menyatakan bahwa kebiasaan merokok memiliki hubungan yang kuat terhadap kejadian HNP dengan p value 0,000

## 5. Obesitas

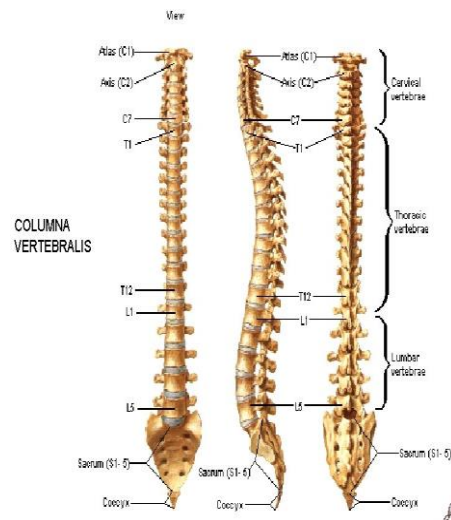
Berat badan berlebih dapat mengakibatkan terjadinya HNP hal tersebut terjadi akibat penekanan pada tulang punggung dikarenakan berat tubuh berlebih.

### **2.1.5 Anatomi Dan Fisiologi**

#### **1. Sistem Tulang Vertebra**

Tulang belakang adalah struktur lentur sejumlah tulang yang disebut vertebra. Diantara tiap dua ruas vertebra terdapat bantalan tulang rawan. Panjang rangkaian vertebra pada orang dewasa dapat mencapai 57 sampai 67 cm. seluruhnya terdapat 33 ruas tulang, 24 buah diantaranya adalah tulang-tulang terpisah dan 9 ruas sisanya bergabung membentuk 2 tulang.

Vertebra dikelompokkan dan dinilai sesuai dengan daerah yang ditempatinya, tujuh vertebra cervikalis, dua belas vertebra thoracalis, lima vertebra lumbalis, lima vertebra sacralis, dan empat vertebra koksigeus (Pearce, 2009). Susunan tulang vertebra terdiri dari: korpus, arcus, foramen vertebrale, foramen intervertebrale, processus articularis superior dan inferior, processus transversus, spina, dan discus intervertebralis.



**Gambar: 2.1 Anatomi Kolumna Vertebralis**

**Sumber : Rahim (2012).**

Struktur kolumna vertebralis ini fleksibel karena bersegmen dan disusun oleh tulang vertebra, sendi-sendi dan bantalan fibrokartilago yang disebut diskus intervertebralis. Diskus intervertebralis paling tebal di daerah servikal dan lumbal sehingga memungkinkan gerakan kolumna vertebralis yang paling besar. Diskus ini berperan sebagai penahan guncangan apabila beban kolumna vertebralis tiba-tiba meningkat. Akan tetapi, gaya pegasnya menurun dengan bertambahnya usia (Rahim, 2012).

### 2.1.6 Patofisiologi

Penyebab utama terjadinya penyakit HNP karena adanya cedera yang diawali dengan terjatuh atau trauma pada daerah lumbal, tetapi lebih sering terjadi karena posisi menggerakkan tubuh yang salah. Pada posisi gerakan yang tidak tepat inilah sekat tulang belakang terdorong ke satu sisi sehingga pada saat itulah bila beban yang mendorong cukup besar maka akan terjadi perobekan pada annulus pulposus yaitu cincin yang melingkari nucleus pulposus dan mendorongnya merosot keluar (Leksana, 2013).

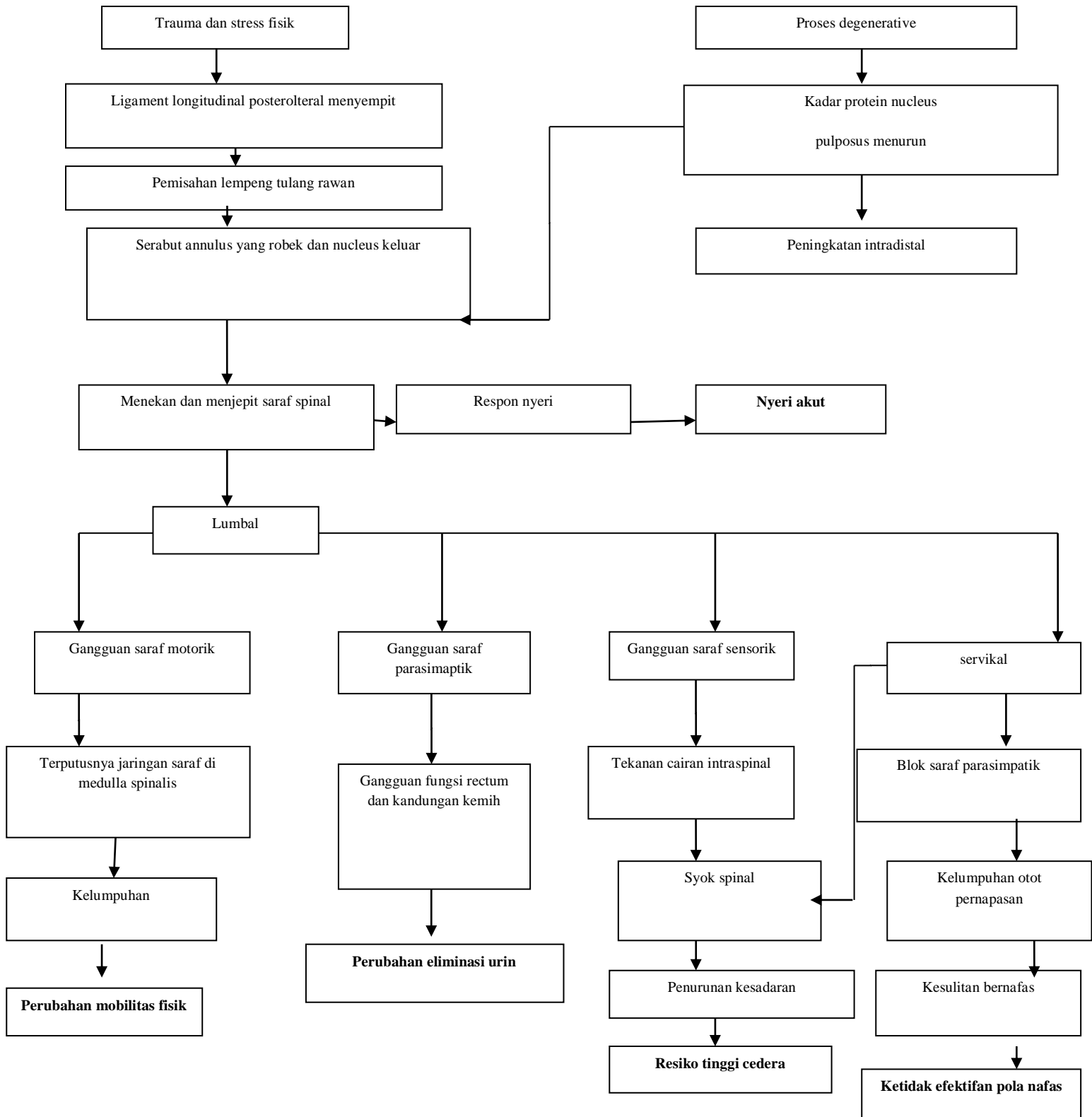
Melengkungnya punggung kedepan akan menyebabkan menyempitnya atau merapatnya tulang belakang bagian depan, sedangkan bagian belakang

merenggang sehingga nucleus pulposus akan terdorong ke belakang. Hanya prolapsus discus intervertebralis yang terdorong ke belakang yang menimbulkan nyeri, sebab pada bagian belakang vertebra terdapat serabut saraf spinal beserta akarnya dan apabila sampai tertekan oleh prolapsus discus intervertebralis akan menyebabkan nyeri yang hebat pada bagian pinggang bahkan juga dapat menyebabkan kelumpuhan anggota bagian bawah (Rubinstein, et al., 2013). Kolumna vertebralis bisa dianggap sebagai batang yang elastis dan tersusun dalam banyak unit (vertebrae) dan unit fleksibel (discus intervertebralis) yang mengikat satu dengan yang lainnya oleh kompleks sendi faset, Beberapa ligament dan otot paravertebralis. Konstruksi punggung yang unik dapat memungkinkan fleksibilitas yang tetap dan dapat memberikan perlindungan yang maksimal terhadap sumsum tulang belakang. Lengkungan pada tulang belakang akan menyerap guncangan pada saat berlari atau saat melompat. Batang tubuh membantu menstabilkan tulang belakang. Pada otot-otot abdominal dan thorak sangat penting bagi aktivitas saat mengangkat beban. Jika tidak pernah dipakai maka akan melemahkan struktur pendukung. Masalah pada postur, Obesitas, masalah pada struktur dan peregangan yang berlebihan juga dapat menyebabkan nyeri punggung (Porth, 2011).

Diskus intervertebralis akan mengalami terjadi perubahan pada sifat ketika usia seseorang mulai bertambah tua. Pada usia muda diskus terutama pada fibrokartilago dengan matriks gelatinus. Lansia akan menjadi fibrokartilago yang tidak teratur. Degenerasi diskus merupakan salah satu penyebab nyeri pada punggung yang biasanya terjadi. Pada daerah L4-L5 dan L5-S1 yang menderita stres mekanis paling berat dan perubahan degenerasi yang terberat. Hernia Nucleus Pulposus (HNP) atau kerusakan 19 pada sendi faset yang dapat mengakibatkan penekanan pada akar saraf ketika keluar dari kranalis spinalis yang mengakibatkan nyeri yang mengakibatkan nyeri menjadi menyebar sepanjang saraf tersebut (Porth,2011). Penurunan tekanan intradiskal menyebabkan vertebra saling mendekat mengakibatkan lepasnya ligamentum longitudinal posterior dan anterior dari perlengketannya dan bagian yang terlepas

akan berlipat. Lipatan akan mengalami fibrosis dan disusul kalsifikasi sehingga akan terbentuk osteofit, Pendekatan 2 korpus vertebra akan mengakibatkan pendekatan kapsul sendi artikulasio posterior sehingga timbul iritasi. Materi nukleus pulposus yang mengisi rongga-rongga dalam anulus fibrosus makin mendekati lapisan luar dan akhirnya lapisan paling luar. Bila suatu ketika terjadi tekanan intradiskal yang tiba-tiba meningkat, tekanan ini akan mampu mendorong nukleus pulposus keluar. Hal ini merupakan awal terjadinya HNP lumbal.

### 2.1.7 Pathway



Sumber : (Purwanto, 2014, Porth,2011, Rubinstein, et al., 2013

### **2.1.8 Manifestasi klinik**

Gejala yang muncul pada penderita HNP ditandai dengan: Nyeri punggung bawah, rasa kaku atau tertarik pada punggung bawah, nyeri menjalar seperti rasa kesetrum yang dirasakan dari bokong menjalar ke daerah paha sampai kaki, tergantung bagian saraf mana yang terjepit, rasa nyeri sering ditimbulkan setelah melakukan aktivitas yang berlebihan, kelemahan anggota badan bawah yang disertai dengan mengecilnya otot-otot tungkai bawah dan hilangnya refleks tendon patella dan archilles, kehilangan kontrol dari anus atau kandung kemih dan retensi urine, Sesak napas karena adanya kelumpuhan otot pernapasan Munir (2015).

### **2.1.9 Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Maksum & Hanriko (2016) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien HNP antara lain:

1. Foto Polos Lumbosacral Pemeriksaan foto polos lumbosacral adalah tes pencitraan untuk melihat penyebab penyakit punggung, seperti adanya patah tulang, degenerasi, dan penyempitan, Foto polos lumbosacral adalah gambaran tulang belakang bawah yang terdiri dari daerah lumbar vertebrae dan sacrum, yang menghubungkan tulang belakang ke panggul (Vorvick, 2011).
2. Magnetic Resonance Imaging (MRI) dan Computered Tomografi Scan (CT Scan) MRI dan CT Scan direkomendasikan pada pasien dengan kondisi yang serius atau defisit neurologis yang progresif, seperti infeksi tulang, kanker dengan penyempitan vertebra.
3. Electromyography (EMG) dan Nerve Conduction Studies (NCS) Pemeriksaan EMG dan NCS sangat membantu dalam mengevaluasi gejala neurologis dan atau defisit neurologis yang terlihat selama pemeriksaan fisik.



### **2.1.10 Komplikasi**

Komplikasi yang dapat terjadi dari HNP adalah nyeri punggung untuk jangka waktu yang lama, kehilangan sensasi di tungkai yang diikuti penurunan fungsi kandung kemih dan usus. Selain itu, kerusakan permanen pada akar saraf dan medulla spinalis dapat terjadi bersamaan dengan hilangnya fungsi motorik dan sensorik. Hal ini dapat terjadi pada servikal stenosis dan spondilosis yang menekan medulla spinalis dan pembuluh darah, sehingga dapat menimbulkan mielopati dengan spastik paraplegi (Desyauri, Aritonang & Simanjuntak (2021).

### **2.1.11 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan HNP menurut Pangestu (2021) antara lain:

1. Penatalaksanaan Fisioterapi Konservatif.
  - a. Tirah baring disertai obat analgetik dan obat pelemas otot. Tujuan tirah baring untuk mengurangi nyeri dan peradangan, serta direkomendasikan selama satu atau dua hari.
  - b. Terapi Infrared Diaplikasikan pada punggung yang nyeri, selama 30 menit.
  - c. Terapi Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) Menggunakan unit saluran ganda. Satu saluran ditempatkan paraspinal pada tingkat asal saraf sciatic (L4, L5, S1, S2 dan S3) dan saluran kedua ditempat nyeri yang dirujuk (mis. paha posterior). Mesin hidup dengan TENS tinggi (frekuensi 100 Hz & s) selama 30 menit. durasi pulse 150
  - d. Terapi McKenzie Cervical Exercise Latihan ini untuk memperbaiki postur dan penguatan otot punggung bawah.
2. Terapi Farmakologi Non Steroid (NSAID) dan Kortikosteroid Intravena. Terapi farmakologi pasien diberikan NSAID sebagai penghilang rasa nyeri dan kortikosteroid sebagai anti inflamasi.

## 2.2 Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan (Rohmah & Walid, 2016). Dalam pengkajian meliputi teknik pengumpulan data

1. Keluhan Utama. Merupakan keluhan yang membuat seseorang datang ke tempat pelayanan kesehatan untuk mencari pertolongan seperti penurunan pada tingkat kesadaran, perubahan didalam intracranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi.
2. Riwayat Penyakit Sekarang. Adanya perubahan dan penurunan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan didalam intracranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit.
3. Riwayat Penyakit Keluarga. Biasanya ada riwayat penyakit keluarga yang menderita hipertensi, diabetes melitus, dan riwayat HNP dari generasi terdahulu.
4. Pemeriksaan Fisik (Head to toe). Pemeriksaan ini dimulai dari kepala dan secara berurutan sampai ke kaki. Mulai dari umum, tanda-tanda vital, kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut, tenggorokan, leher, dada, perut, jantung, paru-paru, punggung, genetalia dan ekstremitas.

Purwanto (2014) menjelaskan pemeriksaan pasien dengan HNP yaitu:

1. Anamnesa Adanya nyeri di pinggang bagian bawah menjalar ke bawah mulai dari bokong, paha bagian belakang, tungkai bawah bagian atas. Dikarenakan mengikuti jalannya nervus ischiadicus yang mempersarafi kaki bagian belakang. Nyeri semakin hebat bila penderita mengejan, batuk dan mengangkat barang berat. Nyeri spontan, yaitu sifat nyeri adalah khas, yaitu dari posisi berbaring ke duduk nyeri bertambah hebat. Sedangkan bila berbaring nyeri berkurang atau hilang.
2. Pemeriksaan Motorik

- a. Kekuatan fleksi dan ekstensi tungkai atas, tungkai bawah, kaki, ibu jari dan jari lainnya dengan menyuruh klien untuk melakukan gerak fleksi dan ekstensi dengan menahan gerakan.
  - b. Gaya jalan yang khas, membungkuk dan miring ke sisi tungkai yang nyeri dengan fleksi di sendi panggul dan lutut, serta kaki yang berjingkat.
  - c. Motilitas tulang belakang lumbal yang terbatas.
3. Pemeriksaan Sensorik Pemeriksaan rasa raba, rasa sakit, rasa suhu, rasa dalam dan rasa getar untuk menentukan dermatom mana yang terganggu sehingga dapat ditentukan juga radiks mana yang terganggu
  4. Pemeriksaan Reflek
    - a. Refleks patella, pada HNP lateral L4-L5 refleks negatif.
    - b. Refleks achilles, pada HNP lateral L4-L5 refleks negatif.
  5. Pemeriksaan Range of Movement (ROM)

Pemeriksaan ini dapat dilakukan aktif atau pasif untuk memperkirakan derajat nyeri atau untuk memeriksa ada atau tidaknya penyebaran nyeri.

### **2.2.2 Diagnosa**

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya (Carpenito, 2009 dalam Tarwoto & Wartonah, 2015). yaitu nyeri akut berhubungan dengan penjepitan saraf pada diskus intervertebralis, Perubahan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparese/hemiplegia, Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelumpuhan otot pernapasan, Risiko tinggi cedera dibuktikan dengan penurunan tingkat kesadaran.

### 2.2.3. Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan tahap perencanaan kegiatan atau tindakan dalam asuhan keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan pasien. (Lingga, 2019). Intervensi keperawatan dibuat untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan guna mengatasi etiologi dan menyelesaikan masalah keperawatan. Intervensi dibuat secara spesifik dan operasional yang terdiri dari aktivitas apa yang akan dilakukan, bagaimana, seberapa sering, dan lebih baik lagi jika teridentifikasi siapa apa yang melakukan (Abdelkader, Othman, 2017 dalam Koerniawan & Srimiyati, 2020). Intervensi pada penyakit HNP menurut Tim Pokja (2018) SDKI, SLKI,SIKI

**Diagnosa :** Nyeri berhubungan dengan penjepitan saraf pada diskus intervertebralis

**Tujuan :** Nyeri akut teratasi

**Kriteria Hasil :**

- a. Klien mengatakan tidak terasa nyeri
- b. Lokasi nyeri minimal
- c. Keparahan nyeri berskala
- d. Indikator nyeri verbal dan nonverbal (tidak menyeringai)

**Intervensi :**

Observasi

- a. Identifikasilokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitasnyeri
- b. Identifikasiskalanyeri
- c. Identifikasiresponsnyeri non verbal
- d. Identifikasifaktor yang memperberatdanmemperingannyeri
- e. Identifikasipengetahuandankeyakinan tentangnyeri
- f. Identifikasipengaruhnyeripadakuaitashidup
- g. Monitor efek sampingpenggunaananalgetik

Terapeutik:

- h. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

- i. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- j. Fasilitasi istirahat dan tidur
- k. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

#### Edukasi

- l. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- m. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- n. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

#### Kolaborasi

- o. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

**Diagnosa :** Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparese/hemiplegia

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat.

#### **Kriteria Hasil :**

- a. Tidak terjadi kontraktur sendi.
- b. Bertambahnya kekuatan otot.
- c. Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas.

#### **Intervensi :**

##### Observasi

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
- d. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

##### Terapeutik

- e. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)
- f. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
- g. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

##### Edukasi

- h. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- i. Anjurkan melakukan ambulasi dini
- j. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

**Diagnosa :** Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih.

**Tujuan :** Eliminasi Urin membaik

**Kriteria Hasil :**

- a. Urin akan menjadi kontinens.
- b. Eliminasi urin tidak akan terganggu: bau, jumlah, warna urin dalam rentang yang diharapkan dan pengeluaran urin tanpa disertai nyeri

**Intervensi :**

**Manajemen Eliminasi Urin**

Observasi:

- a. Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin
- b. Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urin
- c. Monitor eliminasi urin

Terapeutik:

- d. Catat waktu-waktu haluaran berkemih
- e. Batasi asupan cairan, jika perlu
- f. Ambil sampel urin tengah

Edukasi

- g. Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih
- h. Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin
- i. Anjurkan minum yang cukup

Kolaborasi

- j. Kolaborasi pemberian obat suppositoria, jika perlu

**Diagnosa:** Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan kelumpuhan otot pernapasan.

**Tujuan :** pola nafas membaik

**Kriteria Hasil :**

- a. Irama, frekuensi dan kedalaman pernapasan dalam batas normal.
- b. Bunyi nafas terdengar jelas

**Intervensi :**

**Pemantauan Respirasi**

Observasi:

- a. Monitor pola nafas, monitor saturasi oksigen
- b. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas
- c. Monitor adanya sumbatan jalan nafas

Terapeutik

- d. Atur Interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien

Edukasi

- e. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- f. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

**Diagnosa :** Risiko tinggi cedera dibuktikan dengan penurunan tingkat kesadaran.

**Tujuan :** tidak mengalami tanda dan gejala cedera.

**Kriteria Hasil :**

- a. Kejadian cedera menurun.
- b. Luka/lecet menurun
- c. Pendarahan menurun

**Intervensi :**

**Manajemen Keselamatan Lingkungan**

Observasi:

- a. Identifikasi kebutuhan keselamatan
- b. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan

Terapeutik:

- c. Hilangkan bahaya keselamatan, *Jika memungkinkan*
- d. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan risiko
- e. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. Pegangan tangan)
- f. Gunakan perangkat pelindung (mis. Rel samping, pintu terkunci, pagar)

Edukasi

- g. Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan

#### **2.2.4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Tahapan ini perawat mencari inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi (Asmandi, 2013).

#### **2.2.5. Evaluasi**

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan (Tarwoto & Wartonah, 2015). Evaluasi hasil



dilakukan dengan membandingkan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan terhadap hasil yang diharapkan untuk menentukan apakah tujuan sudah terpenuhi atau belum. Apabila kriteria hasil tidak terpenuhi maka perlu dilakukan revisi atau perbaikan intervensi keperawatan atau kriteria hasil berdasarkan kebutuhan pasien (Potter et al., 2013 dalam Pangkey et al., 2021). Adapun evaluasi keperawatan yang diharapkan pada pasien dengan HNP yaitu nyeri menurun, gangguan mobilitas fisik membaik, eliminasi urin membaik, pola nafas pasien membaik, resiko cedera membaik.

## **BAB 3**

### **ASUHAN KEPERAWATAN BERDASARKAN TINJAUAN KASUS**

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Pengkajian Umum**

Pengkajian yang telah dilakukan pada Ny. K diruang rawat mawar II pada tanggal 27 febuari 2023 di jam 11.00 WIB Adapun hasil pengkajian umum yang dilakukan sebagai berikut.

1. Identifikasi

Nama klien Ny. K, Tanggal masuk rumah sakit tanggal 27/02/2023, usia 72th, jenis kelamin perempuan, agama islam, suku jawa pendidikan trakhir SD, Pekerjaan wirausaha, alamat Jl. Mandala 2 No 73B Ciparigi bogor utara, hubungan dengan klien yaitu anaknya klien.

2. Diagnosa Medik

Diagnosa Medik pada Ny. K adalah Hernia Nukleus Pulposus

3. Anamnesa

a. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada bagian punggung bawah sampai ke tungkai kaki kiri saat melakukan pergerakan baik duduk berdiri atau tiduran yang menyebabkan pasien nyeri mobiltas , kesemutan pada kedua tangan dan kaki dan pasien mengatakan sulit bab sejak dua bulan terakhir. Pasien mengatakan nyeri yang dirasa sangat sakit sehingga pasien harus dilarikan kerumah sakit, sebelumnya pasien belum pernah merasakan nyeri sesakit ini, skala nyeri 9, nyeri seperti ditusuk-tusuk dan nyut-nyutan, durasinya 3-5 menit, pasien mengatakan tidur hanya 3 jam ketika malam hari terbangun dan tidak dapat tidur kembali, pasien mengatakan tidur jam 10 dan terbangun jam 1 malam, dari jam 1

malam djikir hingga jam 4 subuh untuk sholat subuh dan di siang hari tidak dapat istirahat.

b. Keluhan Tambahan

Klien mengatakan tidak ada keluhan tambahan

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Hipertensi tidak terkontrol

5. Riwayat Alergi dan Vaksinasi

Klien mengatakan tidak ada riwayat alergi pada makanan, minuman dan obat-obatan, pasien juga mengatakan sudah vaksin lengkap Covid-19.

### **3.1.2 Pengkajian Psikososial dan Spiritual**

Penulis telah melakukan pengkajian psikososial dan spiritual kepada Ny.K pada tanggal 27 Februari 2023 pada pukul 11.25 WIB. Adapun hasil pengkajian psikososial dan spiritual yaitu: klien mengatakan orang terdekat dengan pasien adalah anaknya, interaksi dalam keluarga pola komunikasi dalam keluarga baik, komunikasi dua arah, tidak ada kendala dalam membuat keputusan klien mengatakan anaknya yang mengambil keputusan didalam keluarga, klien mengatakan mengikuti kegiatan masyarakat seperti pengajian dan gotoroyong dilingkungan rumah klien, anak klien mengatakan sedih melihat keadaan Ny. yang harus dirawat dirumah sakit, karena baru pertama kali Ny. k dirawat dirumah sakit, klien mengatakan mengatasi stress dengan cara makan dan dibawa tidur, sistem nilai kepercayaan yang bertentangan dengan keadaan klien, klien mengatakan tidak ada kepercayaan yang bertentangan dengan keadaan klien, aktivitas keagamaan yang dilakukan pasien sehari-hari adalah sholat lima waktu.

### 3.1.3 Pemeriksaan Fisik

Penulis telah melakukan pemeriksaan fisik pada Ny.k dilaksanakan pada tanggal 27 Februari 2023 pukul 13.30 WIB. Adapun pemeriksaan fisik yang dilakukan meliputi keadaan umum dan pemeriksaan secara *head to toe*.

#### 1. Keadaan Umum

##### a. Keadaan sakit

Klien tampak sakit sedang pasien tampak mengeluh nyeri meringis sambil memegang punggung bagian bawah, pasien tampak cemas, gelisah dan mengatakan jika klien takut di operasi, kesadaran composmentis, klien sadar sepenuhnya dengan GCS ( Skala Koma Glaslow ) R. Motorik : 4, R. Bicara : 5, R, Pembukaan Mata : 4, dan total GCS klien yaitu 13. Maka kesimpulan dengan kesadaran composmentis yaitu tanpa adanya rangsangan yang diberikan dan tidak ada bantuan dari orang lain, klien dapat membuka mata dengan baik, klien dapat menggerakkan ekstremitas atas dengan baik, sesekali klien meringis saat menggerakkan ekstremitas bawah. TD: 130/90mmHg MAP 90, N: 80x/menit nadi teraba di arteri radialis, Suhu 36,5°C, RR : 20x/menit, , (P) klien mengatakan nyeri ketika bergerak/ berpindah posisi saat tidur dan saat duduk dan berjalan, (Q) klien mengatakan nyeri berdenyut seperti ditusuk-tusuk,( R) klien mengatakan nyeri dibagian punggung bawah hingga ketungkai kaki kiri dan klien mengatakan tangan klien kebas dan merasa tebal, (S) klien mengatakan skala nyeri yang klien rasakan berada di skala 9, (T) klien mengatakan nyeri yang dirasakan cemat-cemat dan menetap 2-3 menit.

#### 2. Pemeriksaan Sistemik

Rambut klien tampak putih bersih dan tidak terdapat kotoran rambut, wajah klien tampak simetris dan tidak ada benjolan ataupun bintik-bintik, konjungtiva klien tampak tak anemis, sclera tampak ikterik, tidak terdapat

edema pada palpabrae, cornea klien tampak baik, saat diberikan rangsangan cahaya kedua pupil klien tampak membesar dan mampu ke kanan dan kiri, hidung klien tampak simetris tidak ada massa dan tidak ditemukan kelainan pada hidung klien, telinga klien tampak bersih tampak tidak kotor, pina dextra dan sinistra tampak simetris, terdapat bulu-bulu halus dan sedikit kotor pada canalis dan saat diajak berbicara klien dapat mendengar dengan baik., gigi geligi klien berjumlah 2, mukosa mulut lembab dan bersih, mukosa berwarna merah muda, tidak terdapat adanya lesi, tidak ada kelainan pada platium dan lidah klien tampak tidak kotor, tidak ada karies keluarga klien mengatakan nafsu makan klien baik, klien selalu menghabiskan makanan yang diberikan oleh rumah sakit, tidak ada mual dan muntah, makan 3x sehari dan selalu habis, pada pemeriksaan leher tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid dan pembengkakan pada kelenjar getah bening.

3. Thorax dan pernapasan

Pada pemeriksaan inspeksi terdapat hasil thorax tampak terlihat simetris, tidak terdapat bekas luka, pola napas teratur, frekuensi napas teratur 20x/menit tidak ada terdapat sputum, pada pemeriksaan perkusi tidak terdapat perubahan pengembangan pada napas paru pada klien dan tidak ada gangguan pada napas, pemeriksaan pada Auskultasi suara napas klien yaitu vesikular dan tidak terdapat suara napas tambahan.

4. Pemeriksaan Jantung

Tidak dilakukan pemeriksaan pada inspeksi dan perkusi

5. Pemeriksaan Abdomen

Pemeriksaan abdomen pada inspeksi, bentuk abdomen klien datar, tidak ada lesi, perkusi, hepar dan hepar tidak dilakukan pemeriksaan.

6. Genetalia External

Tidak dilakukan pemeriksaan

7. Anus

Tidak dilakukan pemeriksaan

8. Lengan dan Tungkai

Pada exstremitas atas dextra klien mengalami keterbatasan dalam pergerakan karena terpasang infus, pada exstremitas atas sinistra tidak ada mengalami penurunan otot dan keterbatasan pergerakan, namun pada ekstremitas bawah klien sulit melakukan pergerakan karena nyeri yang dirasakan oleh klien ketika berubah posisi dan bergerak, kekuatan otot ekstremitas atas dan dektra 3 dan sinistra 5, pada ekstremitas bawah dextra dan sinistra kekuatan otot di angka tiga .

9. Integumen

Turgor kulit klien elastis, integritas baik, warna kulit klien sawo matang, tekstur lembab dan CRT <3 detik.

10. Columna Vertebralis

Pemeriksaan pada inspeksi tidak ada kelainan bentuk dan palpasi klien mengatakan nyeri jika berubah posisi di punggung bagian bawah (bokong/lumbal)

11. Uji Saraf Cranial

Pemeriksaan pada saraf N.Olfactorius(NI) klien mampu membedakan bau minyak wangi dan minyak telon dengan mata tertutup, kemudian pada pemeriksaan N.Opticus(NII). Pasien dapat membaca tulisan dengan jarak 30 cm dengan menutup satu mata pasien secara bergantian, N. Oculomotorius (N III) Saat diberikan rangsangan cahaya pupil mata pasien mengecil, N. Trochlearis (N IV) klien dapat menggerakkan bola mata dengan gerakan keatas dan kebawah mengikuti objek yang diberikan, pada pemeriksaan N. Trigemini (N V) Sensorik, dengan menutup mata pasien dapat merasakan adanya sentuhan yang diberikan pada daerah wajah dengan menggunakan kapas, pada pemeriksaan motorik dengan mengikuti instruksi pasien dapat mengunyah makanan dan mengatupkan gigi secara perlahan, N. Abducens (N VI) klien dapat

mengikuti instruksi dengan menggerakkan bola mata klien untuk melihat kea rah kiri dan kanan tanpa menengok, N. Facialis (N VII) Sensorik, klien dapat membedakan rasa asin dan manis, motorik : klien dapat mengikuti instruksi untuk senyum mengerutkan dahi dan mengembungkan pipi, N. Vestibulo – Acustikus (N VIII) klien dapat mendengar bunyi petikan jari perawat pada area telinga kiri dan kanan, pasien tidak mampu berdiri dan berjalan dengan seimbang dan pemeriksaan N. Glossophryngeus (N IX) klien dapat merasakan rasa asam dan rasa pahit di 1/3 posterior lidah saat menalan makanan dan minum obat, N. Vagus (N X). Klien dapat mengikuti perintah untuk menelan makanan dan menelan saliva, N. Accessorius (N XI) Klien dapat mengangkat bahu sinistra dan bahu dextra, lalu angkat kedua bahu, dan N Hypoglossus (N XII) Klien dapat menjulurkan lidah dan menggerakkan kedua dextra sinistra, dapat menggerakkan keatas, kebawah dan kedalam.

### 3.2 Pemeriksaan Penunjang

Berikut ini adalah daftar pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan pada

1. Hasil pemeriksaan laboratorium Ny.K Tanggal 27/02/2023

Tanggal: 27 Februari 2023

Sumber: RS X Bogor

**Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny.K**

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Hemoglobin	7.8g/dl	L : 13-16, P : 12-14 g/dl
Lekosit	9,500/ $\mu$ L	5.000- 10.000 $\mu$ L
Hematokrit	28,5%	L: 40-48, P: 36-42
Trombosit	295,000/ $\mu$ L	150.000 - 450.000
Swab antigen	Negative	-
Rontgen	-	-

### 3.3 Terapi

Adapun terapi obat-obatan yang telah diberikan kepada Ny.K dapat dilihat pada tabel berikut ini.

**Tabel 3.2 Terapi Medik Ny. K(RS X, 2023)**

No.	Jenis Obat	Dosis	Waktu
1.	Ketorolac	30 ml	12.20 WIB
2.	Ranitidin	50mg	12.20 WIB
3.	Santramol	1x2	14.50 WIB
4.	Gabapentin	100mg	12.20 WIB
5.	Ramipril	1 x 2	13.00 WIB
6.	Ondansentron	2 x 8 mg	14.00 WIB
7.	OMZ	1x40mg	16.00 WIB
8.	RL	200 cc	08.00 – 16.00 WIB

### 3.4 Analisa Data

Berdasarkan dari data pengkajian penulis menegakan diagnose keperawatan yang dapat dilihat pada tabel berikut ini:

**Tabel 3.3 Analisa data dan diagnosa keperawatan Ny. K**

No.	Data	Etiologi	Masalah (SDKI, 2017)
1.	DS : a. Klien mengatakan nyeri dibagian punggung bawah	Nyeri akut	Agen pencedera fisik



	<p>hingga ke tungkai kaki</p> <p>b. klien mengatakan nyeri ketika merubah posisi</p> <p>c. klien mengatakan skala nyeri 9</p> <p>d. klien mengatakan nyeri seperti cecutan dan menetap</p> <p>e. klien mengatakan kesemutan di kedua tangan dan di kedua kaki</p> <p>DO :</p> <p>a. klien tampak meringis dan mengeluh nyeri ketika berubah posisi</p> <p>b. klien tampak mengeluh nyeri di bagian punggung bawah hingga tungkai kaki</p> <p>c. pasien tampak gelisah</p> <p>d. tingkat nyeri pasien berat dengan skala nyeri 9</p>		
--	---	--	--

	e. TTV: TD : 130/80, N:95x/m, RR: 20x/m, S: 36° C		
2.	<p>DS :</p> <p>a. Klien mengatakan badannya lemas dan letih</p> <p>b. Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas karena nyeri dibagian punggung bagian bawah hingga tungkai kaki</p> <p>c. Klien mengatakan tidak mampu duduk dan berdiri terlalu lama</p> <p>DO:</p> <p>a. Klien tampak lemah dan berbaring ditempat tidur.</p> <p>b. Tampak aktivitas sehari-hari klien dibantu oleh keluarga dan perawat</p> <p>c. Klien tampak menggunakan</p>	Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan penurunan otot

	tongkat.		
3.	<p>DS :</p> <p>a. Klien mengatakan sulit tidur selama dirumah sakit</p> <p>b. Klien mengatakan sering bangun dimalam hari dan sulit untuk tidur kembali</p> <p>c. Klien mengaatakan hanya tidur 3 jam</p> <p>DO :</p> <p>a. Klien tampak lemah</p> <p>b. Klien tampak menguap</p> <p>c. Klien tampak kantong mata</p>	Gangguan Pola Tidur	Gejala Penyakit

### 3.5 Diagnosa

1. Nyeri akut berhubungan agen pencedera fisik
2. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan penurunan otot
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Gejala Penyakit

### 3.6 Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan

1. **Diagnosa** : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik  
**Tujuan** : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan keluhan nyeri menurun

**Kriteria Hasil :** Keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, skala nyeri menurun, meringis menurun, kesemutan membaik

**Intervensi :**

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
- b. Identifikasi rentang nyeri klien
- c. Identifikasi verbalisasi nyeri verbal maupun non verbal
- d. Monitor Tanda-Tanda Vital
- e. Kenali hal-hal yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri
- f. Lakukan teknik mengurangi nyeri tanpa obat-obatan mengurangi rasa nyeri ( Teknik relaksasi nafas dalam, Hipnotis 5 jari)
- g. Pastikan istirahat tidur pasien cukup
- h. Beritahu pasien penyebab, periode, dan yang memicu nyeri
- i. Berikan informasi mengenai cara mengatasi nyeri
- j. Sarankan mengonsumsi analgetik dengan tepat
- k. Ajarkan cara mengatasi nyeri selain dengan obat-obatan
- l. Bekerja sama dalam pemberian obat pereda nyeri

**Implementasi**

**Senin, 27 Februari 2023 Pukul 09.30 WIB**

1. Monitor Tanda-tanda Vital

Respon : TTV : TD: 120x/80 mmHg, S : 36,2 C, N : 88x/m, RR : 20x/m

2. Mengenali lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri

Respon: Klien mengatakan nyeri di punggung bagian bawah hingga tungkai kaki, nyeri cekat-cenut dan menetap.

**11.00 WIB**

3. Mengetahui rentang nyeri klien

Respon: Klien mengatakan nyeri diskala 9.

### **15.00 WIB**

4. Mengetahui verbalisasi nyeri verbal maupun non verbal

Respon: Klien mengatakan nyeri ketika berubah posisi dan nyeri akan berkurang ketika klien dalam posisi yang nyaman seperti serong kanan.

### **Evaluasi**

#### **15.30 WIB**

**Subjektif:** Klien mengatakan nyeri dibagian punggung bagian bawah hingga ke tungkai kaki, nyeri seperti cemat-cemat dan menetap, klien mengatakan skala nyeri di angka 9, klien mengatakan nyeri terasa berkurang ketika di posisi serong kanan

**Objektif:** Klien tampak meringis ketika berubah posisi, klien tampak sedih karena nyeri, TTV : TD: 120x/80mmHg, S : 36,2 C, N : 88x/m, RR : 20x/m

**Assesment:** Masalah nyeri akut belum teratasi

**Planing:** Intervensi dilanjutkan:

- a. Berikan teknik non farmakologis (Teknik relaksasi nafas dalam),
- b. Fasilitasi istirahat dan tidur

**Selasa, 28 Februari 2023**

**Pukul**

#### **10.00 WIB**

1. Melakukan teknik mengurangi nyeri tanpa obat-obatan (tarik napas dalam atau relaksasi napas dalam)

Respon: Klien mengatakan lebih rileks dan tidak begitu fokus pada rasa nyeri ketika relaksasi nafas dalam di lakukan

### **11.00 WIB**

#### **2. Memastikan istirahat tidur pasien cukup**

Respon: klien dan keluarga klien mengatakan klien mengerti dengan penjelasan yang diberikan

### **14.30 WIB**

#### **3. Memberikan obat pereda nyeri**

Respon: Klien tampak meringis ketika disuntikkan obat pereda nyeri oleh perawat ruangan.

### **Evaluasi**

#### **15.00 WIB**

**Subjektif:** klien mengatakan lebih rileks dan tidak begitu fokus pada rasa nyeri ketika relaksasi nafas dalam di lakukan, klien mengatakan sudah berusaha tidur cepat dijam 10 namun bangun di jam 1 subuh karena nyeri yang mendadak muncul dan tidak bisa lagi untuk kembali tidur, klien mengatakan setelah obat nyeri diberikan klien lebih merasa nyaman karna nyeri berkurang dan pasien dapat istirahat.

**Objektif:** TTV : TD : 120/70 mmHg ,N : 86x/m, S : 36, RR : 18x/m, Skala nyeri : 5, pasien tampak mempraktekan relaksasi nafas dalam dan lebih rileks setelah dilakukan relaksasi nafas dalam, kolaborasi pemberian analgetik

**Assesment:** Nyeri akut teratasi sebagian

**Planning:** Intervensi dilanjutkan

1. Relaksasi nafas dalam
2. Edukasi cara menjegah nyeri akut dengan hipnotis 5 jari

**Rabu, 1 Maret 2023**

**Pukul 11.15 WIB**

Melakukan teknik mengurangi nyeri tanpa obat-obatan (hipnotis lima jari )

Respon: Klien Mengatakan lebih nyaman dan rileks ketika selesai melakukan teknik hipnotis lima jari

1. Memberikan informasi mengenai cara mengatasi nyeri

Respon: Keluarga klien memahami penjelasan yang diberikan dan mampu mempraktikkan edukasi hipnotis 5 jari.

**13.45 WIB**

2. Mengidentifikasi skala nyeri Respon: klien mengatakan nyeri yang dirasakan sekitar di skala 2

**Evaluasi :**

**Subjektif:** Klien mengatakan nyeri sudah berkurang dari kemarin setelah di berikan obat pereda nyeri, dan teknik hipnotis lima jari

**Objektif:** TTV Klien: TD: 104/78mmHg, S: 36,2°C , N: 86x/menit, RR: 19x/menit, skala nyeri 2 dan klien tampak lebih rileks dan tenang

**Assesment:** Nyeri akut klien teratasi sebagian

**Planning:** Intervensi dihentikan (Klien Pulang)Intervensi dilanjutkan dengan edukasi hipnotis 5 jari dan memberikan leaflet untuk klien lakukan dan pelajari dirumah.

2. **Diagnosa 2:** Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan penurunan otot

**Tujuan:**Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan gangguan mobilitas fisik meningkat

**Kriteria Hasil:** Pergerakan ekstemitas meningkat, kekuatan otot meningkat,

rentang gerak ROM meningkat, kelemahan fisik menurun

**Intervensi :**

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
- d. Fasilitasi melakukan mobilisasi dini
- e. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- f. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- g. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- h. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

**Implementasi**

**Senin 27 Februari 2023**

**Pukul 09.15 WIB**

1. mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya  
Respon: pasien mengeluh nyeri hanya pada pinggang menjalar ke kaki kiri, tidak ada keluhan fisik lainnya.
2. mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan  
Respon: pasien mengatakan untuk saat ini tidak dapat melakukan pergerakan karna nyeri dan mobilisasi penuh dibantu oleh keluarga dan perawat
3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu pagar tempat tidur  
Respon: klien mengatakan dapat mobilisasi duduk diatas tempat tidur selama 15 menit dengan berpegangan pada pagar tempat tidur.

**Evaluasi :**

**Subjektif:** klien mengeluh nyeri nyeri hanya pada pinggang menjalar ke kaki



kiri, tidak ada keluhan fisik lainnya ,klien mengatakan untuk saat ini tidak dapat melakukan pergerakan karna nyeri dan mobilisasi penuh dibantu oleh keluarga dan perawat ,klien mengatakan dapat mobilisasi duduk diatas tempat tidur selama 15 menit dengan berpegangan pada pagar tempat tidur.

**Objektif:** klien tampak masih meringis, klien tampak dibantu mobilisasi penuh oleh keluarga dan perawat, klien tampak mampu duduk diatas tempat tidur dengan berpegangan pada pagar tempat tidur.

**Assesment:** masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

**Planning:** Intervensi dilanjutkan

- a. Fasilitasi melakukan mobilisasi dini
- b. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

### **28 Februari 2023**

1. memfasilitasi melakukan mobilisasi dini

Respon : klien mengatakan bersedia untuk turun dari tempat tidur untuk duduk ke kursi

2. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Respon : klien dan keluarga memahami dan bersedia untuk melakukan pergerakan jika nyeri tidak muncul

### **Evaluasi :**

**Subjektif :**Klien mengatakan bersedia untuk melakukan mobilisasi dini dengan cara perpindahan posisi dari tempat tidur untuk duduk di kursi.

**Objektif:** Klien tampak mampu melakukan perpindahan posisi dari tempat tidur ke kursi meskipun dibantu dengan perawat, TTV :TD: 120/89mmHg, N: 87x,m, S: 36 C, RR: 20x/m

**Assesment:** Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian

**Planning:** Intervensi dilanjutkan

- a. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- b. Mengajukan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

**01 Maret 2023**

- a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi  
Respon : klien dan keluarga tampak memahami dan mengerti
- b. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Respon : klien mengatakan sudah mampu ke toilet sendiri menggunakan tongkat.

**Evaluasi**

**Subjektif :** Klien mengatakan sudah mampu melakukan mobilisasi secara mandiri dengan menggunakan tongkat

**Objektif :** Klien tampak mampu ke toilet sendiri tanpa bantuan keluarga atau perawat menggunakan tongkat.

**Assesment:** Gangguan mobilitas fisik teratasi

**Planning:** Intervensi dihentikan, dengan mengedukasi dan memotivasi klien supaya tetap menggunakan tongkat saat mobilisasi dirumah.

3. **Diagnosa 3 :** Gangguan pola tidur berhubungan dengan gejala penyakit

**Tujuan :**Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi

**Kriteria Hasil :** Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun dan kualitas tidur membaik

**Intervensi :Identifikasi pola aktivitas dan tidur**

- a. Identifikasi faktor pengganggu tidur (mis: fisik/psikologis)
- b. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, the, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
- c. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi
- d. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu dan tempat tidur)
- e. Tetapkan jadwal tidur rutin
- f. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga
- g. Jelaskan tidur cukup selama sakit

**Implementasi****27 Februari 2023**

- a. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur  
Respon : klien mengatakan tidur jam 10 bangun jam 1 malam sampai pagi tidak bisa tidur lagi, klien berjikir sambil menunggu pagi
- b. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (mis: fisik/psikologis)  
Respon : klien mengatakan tidak nyaman tidur di rumah sakit karena baru pertama kali di rawat di rumah sakit.
- c. Mengedukasi klien tentang pentingnya menjaga kualitas istirahat dan tidur dan mengetahui faktor penghambat istirahat dan tidur.  
Respon : Klien mengatakan tidak biasa dengan suasana yang bising dan klien tidak biasa istirahat dengan lampu menyala ketika malam hari

**Evaluasi :**

**Subjektif:** Klien mengatakan tidur jam 10 malam dan bangun jam 1 malam terjaga hingga pagi hari, klien tidak nyaman tidur di Rumah sakit, klien tidak

biasa istirahat dengan kondisi bising dan lampu yang menyala ketika malam hari

**Objektif :** Klien tampak lemas dan lemah, wajah klien tampak kusam dan tampak kantong mata.

**Assesment:** Gangguan pola tidur belum teratasi

**Planning :** Intervensi dilanjutkan

- a. Modifikasi lingkungan  
(mis: pencahayaan, kebisingan, suhu dan tempat tidur )
- b. Tetapkan jadwal tidur rutin

### **28 Februari 2023 Pukul**

- a. Memodifikasi lingkungan ( mis: pencahayaan, kebisingan, suhu dan tempat tidur)

Respon : klien mengatakan sekarang saya sudah lebih nyaman tidur sus, karena pasien diruangan ini sudah pada pulang jadi tidak bising dan saya bisa mengatur cahaya ketika dilama hari hanya satu lampu yang saya nyalakan

- b. Menetapkan jadwal tidur rutin

Respon : Pasien mengatakan Tidur siang dari jam 13.00 – dan akan bangun pada jam 15.00WIB, tidur malam jam 21.00-05.00 WIB.

### **Evaluasi**

**Subjektif:** Klien mengatakan sudah dapat tidur dengan nyenyak tanpa mendengar suara orang lalu lalang ke toilet dan klien dapat mengatur pencahayaan di kamar klien

**Objektif:** Wajah klien tampak lebih segar dari sebelumnya

**Assesment:** Gangguan pola tidur teratasi sebagian

**Planning:** Intervensi dilanjutkan dengan

Pola aktivitas dan tidur dipertahankan

Modifikasi lingkungan disesuaikan dengan permintaan klien

**01 Maret 2023 Pukul 12.45 WIB**

- a. Menyesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga

Respon : Klien mengatakan “ jika perawat datang memberi obat, anak saya langsung memberikan obatnya agar saya minum sus, jadi selama dirumah sakit saya tidak mengundur waktu untuk meminum obat”

**15.00 WIB**

- b. Menjelaskan tidur cukup selama sakit

Respon : klien mengatakan sudah melakukan tidur normal dan cukup selama dirumah sakit, “ saya sudah tidur dari jam 10 malam sus dan alhamdulillah saya tidak terbangun ketika malam hari, dan saya bangun jam 4 untuk sholat subuh”

**Evaluasi**

**Subjektif:** klien mengatakan sudah tidur cukup selama dirumah sakit, klien mengatakan tidur jam 10 malam dan tidak terbangun ketika malam hari dan bangun kembali jam 4 subuh untuk sholat subuh

**Objektif :**wajah klien tampak segar fresh dipagi hari

TTV : TD: 110/80 N : 80x/m RR: 20x/menit S: 36°C

**Assesment:** Gangguan Pola tidur teratasi

**Planning:** Intervensi dihentikan (pasien pulang), motivasi dan mengedukasi klien tetap menerapkan tidur teratur setelah pulang dari rumah sakit.

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai permasalahan atau kesenjangan yang terjadi selama melakukan asuhan keperawatan pada Ny. K dengan HNP Lumbal di ruang rawat inap RS X Bogor. Didalam bab ini penulis membandingkan antara teori yang ada pada literature dengan kasus yang ditemukan pada pasien. Selain itu, penulis juga membahas mengenai faktor pendukung dan faktor penghambat, yang penulis temukan pada saat melakukan asuhan keperawatan pada Ny. K, serta alternatif pemecahan masalah yang penulis berikan selama melakukan asuhan keperawatan pada tiap tahap keperawatan.

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, social dan lingkungan (Dermawan 2014). Pada tahap pengkajian penulis menggunakan format pengkajian yang diawali dengan pengumpulan informasi dan data dasar berupa data subyektif dan data obyektif yang sesuai dengan pengkajian. Data subyektif diperoleh melalui wawancara pasien dan data obyektif didapat dari pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Hasil pengkajian Ny. K dilakukan pada tanggal 27 Februari 2023, penulis menggunakan beberapa cara untuk memperoleh data klien Ny. K yaitu anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik, melihat catatan keperawatan dan informasi dari keluarga. Berdasarkan data subyektif penulis mendapatkan dari wawancara klien dan keluarga klien, sedangkan untuk data objekif melalui pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan data rekaman medis klien. Hasil

pengkajian klien Ny. K berusia 72 tahun berjenis kelamin perempuan, diagnosa medis Hernia Nukleus Pulposus, dengan riwayat hipertensi tidak terkontrol, ditemukan faktor risiko yang menyebabkan terjadinya HNP, seperti yang ditemukan pada Ny. K yang berusia 72 Tahun, jenis kelamin perempuan, pernah mengalami cedera akibat jatuh dari motor dengan suami klien, klien mempunyai usaha kuliner yaitu bakso sehingga mengharuskan klien untuk mengerjakan secara mandiri seperti mengangkat beban berat, tabung gas, bahan-bahan belanjaan klien dari pasar ketempat klien dagang bakso. Dengan adanya temuan ini maka faktor risiko yang timbul dapat menyebabkan terjadinya HNP, dimana menurut Yelmaiza et al (2021) menyatakan bahwa usia memiliki hubungan yang signifikan terhadap disabilitas pasien HNP. Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Naufal (2013) yang menyatakan bahwa kejadian HNP sering terjadi pada usia 40-60 tahun sebesar 59,6%. Peningkatan prevalensi HNP dikarenakan adanya degenerasi spinal karena perubahan bentuk atau struktur tulang yang mulai muncul di usia 40-70 tahun.

Perubahan bentuk atau struktur tulang belakang menyebabkan kolumna vertebra ikut berubah, struktur menjadi lebih kaku, kepadatan nucleus pulposus menurun, perubahan komposisi diskus invertebralis, dengan demikian peradangan mudah terjadi dan memicu bagian punggung bawah menjadi sakit. Pada usia Ny.K 72 Tahun sangat rentan terkena HNP dimana perubahan dan kepadatan pada tulang akan semakin menurun. Hal ini sesuai dengan penelitian yang ditemukan bahwa usia dan jenis kelamin perempuan akan mengalami resiko lebih tinggi terkena HNP, HNP lebih sering ditemukan pada perempuan dibanding laki-laki dengan presentase 73,3% (Desyauri et al 2021). Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Eren dan Gulec (2020) tentang faktor risiko terhadap kekambuhan HNP, penelitian tersebut menyatakan bahwa perempuan lebih sering mengalami HNP dibanding laki-laki. Hal ini didukung karena perempuan mengalami menopause yang dapat menyebabkan kepadatan tulang berkurang akibat

penurunan hormon estrogen sehingga memungkinkan terjadinya nyeri pada punggung bagian bawah. Hormon estrogen bertanggung jawab terhadap remodelling tulang dengan menekan resorpsi tulang sehingga bisa menghambat proses kerapuhan tulang.

Penyakit HNP memiliki gejala klinis seperti nyeri punggung bawah, rasa kaku atau tertarik pada punggung bawah, nyeri menjalar seperti rasa kesetrum yang dirasakan dari bokong menjalar ke daerah paha sampai kaki (Munir 2015). Manifestasi klinis yang ditemukan pada klien yang dikelola terdapat persamaan teori saat melakukan pengkajian, dimana ditemukan klien mengeluh nyeri pada bagian punggung bawah, keluarga klien mengatakan klien sering mengeluh nyeri dan meringis kesakitan, keluarga klien mengatakan klien menjadi sulit melakukan pergerakan dan dibantu oleh keluarga, dan klien menjadi sulit tidur karena merasa terganggu dengan nyeri, klien mengatakan nyeri di skala 9 (0-10), nyeri yang dirasakan pasien HNP merupakan keadaan dimana terjadi pengeluaran isi nukleus dari dalam discus intervertebralis sehingga nucleus dari discus menonjol ke dalam cincin annulus (cincin fibrosa sekitar discus) dan memberikan manifestasi kompresi saraf berupa nyeri (Helmi, 2014).

Pemeriksaan penunjang secara teori ada tiga pemeriksaan yaitu Foto Polos Lumbosacral, Magnetic Resonance Imaging (MRI) dan Computered Tomografi Scan (CT Scan) dan Electromyography (EMG) dan Nerve Conduction Studies (NCS) namun pada klien Ny. K Hanya dilakukan pemeriksaan MRI. Pemeriksaan MRI ini dapat mendeteksi perubahan pada tulang belakang, sedangkan untuk pemeriksaan foto polos lumbosacral, EMG dan NCS dilakukan jika klien mempunyai komplikasi dengan tingkat keparahan dan keseriusan pada penyakit yang dapat mendukung untuk dilakukan pemeriksaan penunjang. Selama pengkajian penulis merasa terbantu dengan perawat ruangan yang memperkenalkan penulis terlebih dahulu pada Ny. K dan keluarga klien juga



menerima dan kooperatif saat diwawancara mengenai keadaan penyakit klien, namun terkadang penulis kurang optimal dalam melakukan wawancara dikarenakan klien belum terbuka untuk menjelaskan keadaan kondisi klien, namun dengan seiring berjalanya waktu dan memulai pendekatan dengan klien dan keluarga klien, klien mulai terbuka pada penulis mengenai kondisi dan riwayat pada penyakit klien setelah hari kedua penulis melakukan wawancara dan observasi keadaan klien.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan proses perawat melakukan pengumpulan dan perumusan informasi guna penilaian evaluatif terhadap tingkat kesehatan pasien. Di tahap ini perawat perlu menggunakan kemampuan berfikir kritis, analisis dan penalaran klinis sebagai pertimbangan kondisi klinis pasien dan keluarga (Gulanick & Myers, 2014).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan HNP menurut Purwanto (2014) adalah: nyeri berhubungan dengan penjepitan saraf pada diskus intervertebralis, perubahan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparese/hemiplegia, perubahan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelumpuhan otot pernapasan, risiko tinggi cedera dibuktikan dengan penurunan tingkat kesadaran. Diagnosa keperawatan yaitu menilai respons klien dengan kondisi masalah kesehatanyang telah dialami oleh klien secara aktual serta potensial (PPNI, 2017). Oleh sebab itu penulis dapat menentukan diagnosa aktual berdasarkan proses analisa data baik subjektif maupun objektif yang didapatkan saat melakukan pengkajian, diagnosa yang diangkat pada Ny. K adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal dan gangguan pola tidur berhubungan dengan gejala penyakit, penulis akan menjabarkan diagnosa yang diangkat pada klien dibawah ini.

Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pentingnya nyeri akut diangkat untuk mempermudah aktivitas Ny. K dan mengurangi rasa nyeri yang seperti ditusuk saat melakukan aktivitas dan pergerakan psosis. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik menjadi masalah prioritas dengan data yang didapatkan Ny. K mengatakan Nyeri di bagian punggung bawah menjalar hingga ke tungkai kaki, nyeri yang dirasakan di skala 9 dari 10, dengan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital klien 130/90mmHg MAP 90, N: 80x/menit nadi teraba di arteri radialis, Suhu 36,5°C, RR : 20x/menit. Sehingga diangkat diagnosa nyeri akut menjadi diagnosa utama, dikarenakan jika diagnosa nyeri ini tidak ditangani maka akan mempengaruhi aktivitas Ny. K Hal ini dibuktikan dengan temuan menurut Utami & Khoiriyah (2020) yang mengatakan rasa nyeri pada saat melakukan pergerakan atau beraktivitas akan menimbulkan rasa seperti ditusuk jarum yang membuat klien meringis dan menahan untuk melakukan pergerakan. Menurut Kartawijaya (2017) mengatakan nyeri yang tidak diatasi akan memperlambat masa penyembuhan dan perawatan, rasa nyeri juga akan menimbulkan rasa cemas dalam melakukan pergerakan sehingga klien lebih memilih untuk berbaring.

Diagnosa keperawatan kedua pada Ny. K gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal berdasarkan dari data objektif dan subjektif yang didapatkan pada saat pengkajian berlangsung, terdapat data objektif klien tampak lemah dan berbaring ditempat tidur, tampak aktivitas sehari-hari klien dibantu oleh keluarga dan perawat, klien tampak menggunakan tongkat dan data hasil data subjektif didapatkan klien mengatakan badanya lemas dan letih, klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas karena nyeri dipunggung bawah, klien mengatakan tidak mampu duduk dan berdiri terlalu lama. Dari data yang didapatkan adanya persamaan yaitu tanda dan gejala mayor mengeluh lemas dan letih. Jika gangguan mobilitas fisik ini tidak diatasi dengan baik maka akan

menyebabkan kekakuan sendi dan otot pada klien. Hal ini sesuai dengan penelitian Kartawijaya (2017) yang mengatakan tirah baring yang terlalu lama akan menimbulkan peningkatan resiko terjadinya kekakuan otot di seluruh tubuh dan juga menyebabkan gangguan pada sirkulasi darah, gangguan pernapasan serta gangguan peristaltik maupun berkemih bahkan lebih parahnya maka menimbulkan luka dekubitus dan luka tekan.

Diagnosa keperawatan ketiga pada Ny. K gangguan pola tidur berhubungan dengan gejala penyakit, gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (PPNI, 2016). Berdasarkan data pengkajian klien Ny. K terdapat kesenjangan dimana keluhan ini tidak terdapat pada teori Purwanto (2016). Namun di temukan pada kasus klien Ny. K yaitu keluhan sulit tidur. Setiap penyakit yang menimbulkan rasa nyeri, ketidaknyamanan fisik dapat menyebabkan gangguan tidur (Pinzon, 2012), sedangkan orang yang sedang dalam kondisi sakit membutuhkan energi untuk masa pemulihan, namun dengan adanya penyakit yang diderita seseorang mengakibatkan sulit dalam memenuhi kebutuhan istirahat maupun tidur. Pada pengkajian Ny.K ditemukan data yang mendukung yaitu klien mengeluh sulit tidur dan terjaga di malam hari karena nyeri yang dirasakan. Hal ini dikuatkan dengan teori Effendi & Priharto (2014) dimana seseorang yang mengalami rasa nyeri akan sering terbangun saat tidur karena nyeri yang dirasakan tersebut.

Dalam penentuan diagnosa penulis belum akurat dalam menegakkan diagnosa dikarenakan penulis tidak komprehensif dalam mengkaji keluhan klien untuk mendukung diagnosa tersebut. Selain dari lima diagnosa yang secara teoritis muncul yaitu Nyeri berhubungan dengan penjepitan saraf pada diskus intervertebralis, perubahan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparese/hemiplagia, perubahan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, ketidakefektifan pola napas berhubungan

dengan kelumpuhan otot pernapasan, risiko tinggi cedera dibuktikan dengan penurunan tingkat kesadaran. Penulis hanya mengangkat dua diagnosa yaitu nyeri akut dan gangguan mobilitas fisik. dimana ada tiga diagnosa pada teori yang tidak muncul yaitu gangguan eliminasi urine berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan kelumpuhan otot pernapasan dan risiko tinggi cedera dibuktikan dengan penurunan tingkat kesadaran, adapun gangguan pola tidur yang tidak ada dalam teori yang didapat penulis akan menjelaskan dibawah ini.

Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, desakan berkemih (urgensi), urin menetes (dribbling), sering buang air kecil, buang air kecil pada malam hari), mengompol, enuresis (tidak dapat menahan kencing) (SDKI, 2018). Batasan karakteristik diagnosa gangguan eliminasi data subjektif tidak ada, data objektif : distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas (hesistancy), volume residu urin meningkat. Diagnosa gangguan eliminasi urin tidak ditemukan pada klien hal tersebut karena data-data yang didapatkan pada hasil pengkajian kurang valid untuk menegakkan diagnosa keperawatan (SDKI, 2017).

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan kelumpuhan otot pernafasan, sesak nafas. Batasan karakteristik diagnosa pola nafas tidak efektif penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes), adanya bunyi napas tambahan tidak ditegakkan oleh penulis dikarenakan pada kasus Ny. ktidak ditemukan data-data yang menunjang pada diagnosa pola nafas tidak efektif dengan data subjektif yang tidak ditemukan klien mengeluh sesak dan data objektif penggunaan otot bantu pernafasan. Maka dari data-data yang menunjang diatas penulis tidak menemukan pada klien sehingga penulis tidak menegakkan diagnosa tersebut. Diagnosa risiko tinggi cedera dibuktikan dengan penurunan

tingkat kesadaran, kegagalan mekanisme pertahanan tubuh (SDKI 2017). Batasan karakteristik diagnosa risiko tinggi cedera data subjektif tidak ada, data objektif : terpapar agen nosokomial, diagnosa risiko tinggi cedera tidak ditemukan pada klien hal tersebut karena data-data yang didapatkan pada hasil pengkajian kurang valid untuk menegakkan diagnosa risiko tinggi cedera (SDKI, 2018). Terdapat satu diagnosa yang muncul pada Ny. K namun tidak ada pada teori yaitu gangguan pola tidur, penulis akan menjabarkan dibawah ini.

Dalam penentuan diagnosa keperawatan, penulis mengetahui ketidaksempurnaan dalam penentuan masalah keperawatan yang muncul. Penulis sadar akan kekurangan pengangkatan diagnosa dengan tidak melakukan tinjauan literatur mendalam saat mengelola asuhan keperawatan klien. Akhirnya, penulis mengangkat tiga diagnosa yang seharusnya bisa lebih dari itu sesuai data-data yang ditemukan saat pengkajian. Namun, penulis terbantu dengan perawat ruangan atas pemberian informasi yang dibutuhkan terkait kondisi pasien, kesesuaian kondisi pasien dengan literatur yang penulis baca selama proses kelolaan walaupun tidak seratus persen sama. Disamping itu, penulis juga mengalami hambatan yakni keterbatasan ilmu dan ketelitian saat menegakkan diagnosa.

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Pada rencana keperawatan disusun dalam intervensi keperawatan dan kriteria hasil untuk dapat menyelesaikan masalah klien. Dalam melakukan intervensi keperawatan memerlukan beberapa tahapan yang dimulai dari menentukan prioritas masalah, tujuan beserta dengan jangka waktu, dan juga menentukan kriteria hasil. Dalam melakukan intervensi, penting adanya manajemen pendekatan yang dilakukan perawat secara mandiri (terapeutik), monitor, edukasi dan kolaborasi (Tarwoto & Wartonah 2015).

Intervensi dirumuskan sesuai dengan SLKI dan SIKI, dalam membuat intervensi penulis juga menentukan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan pada waktu 3 x 24 jam, dan pada pelaksanaan intervensi penulis hanya dapat memberikan perawatan selama 8 jam di ruangan dan setelah itu dilanjutkan oleh perawat ruangan, selain itu penulis menentukan dan menyusun intervensi sesuai dengan masalah keperawatan dan teori yang didapatkan pada klien. Berdasarkan teori di atas penulis menyusun intervensi prioritas pada Ny. K Pada kasus pertama, penulis menentukan tindakan manajemen nyeri pada diagnosa nyeri akut, dukungan mobilisasi pada gangguan mobilitas fisik dan yang terakhir yaitu dukungan tidur pada gangguan pola tidur. Berikut akan dijelaskan lebih detail mengenai intervensi yang penulis rumuskan (PPNI, 2018).

Diagnosa pertama yakni nyeri akut, penulis menetapkan tujuan agar tingkat nyeri menurun. Kriteria hasil yang diharapkan yakni keluhan nyeri berkurang, kesulitan tidur berkurang, wajah tampak meringis berkurang, sikap protektif pada bagian yang sakit berkurang, sulit fokus berkurang dan skala nyeri di angka 2 dalam rentang 1-10 (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). merangsang otak klien untuk pengalihan rasa nyeri dengan cara melakukan teknik mengurangi nyeri tanpa obat-obatan mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam, Hipnotis 5 jari), Berikan informasi mengenai cara mengatasi nyeri, mengajarkan cara mengatasi nyeri selain dengan obat-obatan, bekerja sama dalam pemberian obat pereda nyeri. Untuk mencapai tujuan yang diharapkan, penulis menetapkan intervensi keperawatan yakni manajemen nyeri. Sebelum melangkah lebih jauh penulis melakukan identifikasi terkait keluhan, frekuensi, isi waktu dan skala nyeri. Hal ini bertujuan untuk mengetahui kualitas nyeri yang dirasakan. Perlu diingat bahwa nyeri disetiap pasien tampil bervariasi. Nyeri akan berpengaruh terhadap perilaku pasien sebagai bentuk temuan saat pengkajian (Annisa et al., 2022).

Hasil observasi bagian ini digunakan sebagai acuan pemberian tindakan yang tepat sesuai kebutuhan dan kondisi pasien (Ediyanto, 2019). Pada penulisan intervensi penulis menyesuaikan dengan PPNI (2018).Selanjutnya, secara terapeutik penulis memberikan teknik non-farmakologi yakni relaksasi napas dalam. Pemberian relaksasi napas dalam dinilai efektif karena akan mengeluarkan hormon endorfin sehingga mengurangi rasa nyeri. Selain itu, dapat meningkatkan asupan oksigen dalam tubuh dan menurunkan rasa nyeri (Annisa et al., 2022). Rencana keperawatan ini merupakan tindakan mandiri perawat yang diterapkan agar terjadi peningkatan ventilasi paru sehingga oksigen dalam darah meningkat (Iskandar et al., 2012). Sedangkan penulis melakukan intervensi dari 12 hanya 10 intervensi yang diberikan pada klien, sesuai dengan teori menyatakan bahwa dalam merencanakan tindakan perlu menyesuaikan dengan kondisi klien (Nurkhasanah, Taamu, & Aroy 2013)

Diagnosa kedua yakni gangguan mobilitas fisik dengan tujuan mobilitas fisik meningkat. Kriteria hasil yang diharapkan yakni lemas berkurang, tirah baring menurun, peningkatan aktivitas di sekitar tempat tidur, peningkatan pergerakan, bantuan *personal hygiene* berkurang, kekuatan otot meningkat dengan hasil keseluruhan ekstremitas atas dextra 5, ekstremitas atas sinistra 5, ekstremitas bawah sinistra dan dextra 5. Intervensi yang ditetapkan penulis adalah dukungan mobilisasi. Tindakan awal yakni mengkaji kemampuan dalam melakukan pergerakan untuk menilai kekuatan otot pasien. Identifikasi kekuatan dan kelemahan dapat membantu memberikan informasi mengenai pemulihan. Hasil pengukuran kekuatan otot digunakan perawat untuk melihat tingkat kesembuhan pada pasien sehingga dapat menilai intervensi lanjutan atau yang harus dihentikan (Mediarti, Hapipah, et al., 2022).

Intervensi pada diagnosa kedua yaitu bertujuan agar gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil Pergerakan ekstemitas meningkat, kekuatan otot

meningkat, rentang gerak ROM meningkat, kelemahan fisik menurun intervensi yang direncanakan yaitu dukungan ambulasi (Tim Pokja, 2018). Tetapi tidak semua intervensi yang direncanakan penulis, intervensi yang direncanakan penulis hanya menyesuaikan dengan kebutuhan dan keadaan klien. Implementasi yang dilakukan penulis adalah identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur), fasilitasi melakukan mobilisasi dini, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi, dengan memberikan implementasi diharapkan Ny.K dapat membantu meringankan rasa lemas dan letih yang dialami klien. Penulis mengangkat 10 intervensi dari SIKI namun hanya 8 tindakan yang dilakukan, 2 intervensi yang tidak dilakukan dikarenakan menyesuaikan dengan kondisi pasien yaitu monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi dan monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.

Tindakan dukungan ambulasi yaitu memfasilitasi pasien untuk berpindah, sedangkan dukungan mobilisasi yaitu memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik (PPNI, 2018). Mobilisasi dapat mencegah terjadinya luka tekan dan penurunan kapasitas vital paru (Ardi, 2012). Selama melakukan tindakan penulis tidak menemukan kesulitan dikarenakan keluarga klien dan Ny. K kopertif sehingga memudahkan penulis untuk memberikan asuhan keperawatan dengan maksimal dan sesuai rencana.

Intervensi terakhir yang penulis lakukan adalah dukungan tidur dengan tujuan gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun dan kualitas tidur membaik. Tetapi tidak semua intervensi yang direncanakan penulis,



intervensi yang direncanakan penulis hanya menyesuaikan dengan kebutuhan dan keadaan klien. Implementasi yang dilakukan penulis adalah identifikasi pola aktivitas dan tidur, identifikasi faktor pengganggu tidur (mis: fisik/psikologis), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, the, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu dan tempat tidur), tetapkan jadwal tidur rutin, sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga, jelaskan tidur cukup selama sakit. dengan memberikan implementasi diharapkan Ny.k dapat membantu mengatasi gangguan pola tidur lebih baik.

Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Sedangkan penulis hanya mengambil beberapa tindakan dari 8 hanya 6 tindakan yang dilakukan pada klien, adapun tindakan yang penulis tidak lakukan adalah identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, the, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi alasan penulis tidak melakukan intervensi tersebut karena perawat diruangan sudah melakukan tindakan tersebut kepada klien sehingga penulis tidak melanjutkan tindakan yang sudah diberikan.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Pada tahap ini penulisan telah melaksanakan tahap implementasi keperawatan yang telah ditetapkan pada intervensi sesuai waktu yang telah ditetapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Penulisan telah melakukan implementasi dengan baik kepada klien sesuai intervensi yang ditetapkan dan ada

beberapa intervensi keperawatan yang tidak dilakukan oleh penulis. Selama tahap implementasi, penulis terus melakukan pengumpulan data dan melakukan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien. Dalam melakukan implementasi keperawatan pada Ny. K, penulis mampu melakukan bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga sehingga dalam melakukan implementasi keperawatan, keluarga kooperatif dan dilibatkan dalam pelaksanaan implementasi. Keluarga dapat menerima saran dan penjelasan baik dari dokter, perawat maupun dari penulis.

Pada diagnosa pertama penulis mampu merealisasikan sepuluh rencana keperawatan yang sudah dibuat hal ini dapat dilaksanakan dengan baik karena pasien dan keluarga kooperatif dan mau mengikuti arahan yang diberikan oleh penulis serta dukungan dan arahan dari perawat ruangan yang sangat membantu penulis dalam tahap implementasi. Penetapan manajemen nyeri dibuat secara farmakologi dan non-farmakologi. Perawat atau dalam hal ini mahasiswa keperawatan fokus pada manajemen nyeri non-farmakologi sebagai strategi menyembuhkan nyeri tanpa terapi medikasi. Tetapi, keberhasilan manajemen nyeri dipengaruhi oleh kombinasi tatalaksana farmakologi dan non-farmakologi (Mayasari, 2016). Dalam prosesnya, penulis menemukan bahwa terapi hipnotis 5 jari efektif menurunkan tingkat nyeri pada Ny.K ditemukan perubahan kriteria hasil khususnya skala nyeri setelah pemberian hipnotis 5 jari skala nyeri pada Ny. K menurun menjadi 2, hal ini dibuktikan oleh penelitian Hipnosis 5 jari ini dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori gate control menurut Perry & Potter (2005), menyatakan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat.

Implementasi yang dilakukan pada Ny. K menyesuaikan dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya, yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan kualitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi

faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan teknik non farmakologis tarik napas dalam dan hipnotis lima jari yang langsung dapat dipraktikkan oleh klien, klien mampu mengikuti dan mempraktikannya dengan baik secara bersama-sama dengan penulis diruang rawat klien. Selain itu perawat telah memfasilitasi istirahat dan tidur, serta melakukan kolaborasi dalam pemberian analgetik atau antibiotik yaitu ketorolac 30 ml dalam 3x1 hari, teknik non farmakologis hipnotis lima jari ternyata dapat mengurangi nyeri yang dirasakan oleh klien, Hipnosis 5 jari adalah sebuah teknik pengalihan pemikiran seseorang dengan cara menyentuh pada jari-jari tangan sambil membayangkan hal-hal yang menyenangkan atau yang disukai (Keliat,2010; Erwina Dwi Fitrianingrum dkk, 2018). Hipnosis 5 jari ini dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori gate control menurut Perry & Potter (2005), menyatakan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat.

Pada diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik penulis melakukan intervensi dengan menggerakkan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak ROM meningkat, kelemahan fisik menurun, dengan memberikan implementasi diharapkan Ny. K dapat melakukan aktivitas dan mobilisasi dengan baik, salah satunya penulis memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu pagar tempat tidur, dengan begitu diharapkan klien dapat memulai mobilisasi dini ditempat tidur terlebih seperti duduk ditempat tidur.

Pada diagnosa ketiga gangguan pola tidur penulis implementasi ini diharapkan dapat mengatasi gangguan tidur klien sehingga klien dapat istirahat dengan baik dan cukup selama masa perawatan dan pemulihan dari keadaan sakit hingga sehat, implementasi yang telah dilakukan penulis mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur ,identifikasi faktor pengganggu tidur (mis: fisik/psikologis), identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, the, alkohol, makan

mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur), identifikasi obat tidur yang dikonsumsi, modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu dan tempat tidur), tetapkan jadwal tidur rutin, sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga, jelaskan tidur cukup selama sakit, kualitas tidur yang baik ditandai dengan mudahnya seseorang memulai tidur saat jam tidur, mempertahankan tidur, menginisiasi untuk tidur kembali setelah terbangun di malam hari, dan peralihan dari tidur ke bangun di pagi hari dengan mudah. Menurut (Carole 2012). Setelah melakukan tindakan keperawatan selama tiga hari, penulis melakukan implementasi yang sudah direncanakan dan keadaan klien setiap hari membaik.

Rencana tindakan yang telah dibuat oleh penulis tidak seluruhnya terlaksana. Hal ini dipengaruhi faktor pendukung selama proses asuhan keperawatan, komunikasi yang baik antara pasien dan penulis dalam pemberian tindakan, waktu dan keefektifan tindakan yang diberikan pada pasien serta keterlibatan atau kerjasama keluarga juga menjadi faktor yang mempengaruhi proses implementasi adapun faktor penghambat yaitu pada hari pertama ketika penulis melakukan pengkajian pada klien, klien tidak terbuka mengenai riwayat penyakit terdahulu dan kondisi klien sebelum dirawat di rumah sakit.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan yang bermanfaat apakah tujuan dari aktivitas keperawatan yang dilakukan tercapai atau mungkin memerlukan pendekatan yang berbeda (Dinarti & Mulyanti, 2017), teori tersebut sesuai dengan yang dilakukan oleh penulis, dimana tindakan evaluasi ini dilakukan setelah penulis melakukan implementasi dan jika implementasi yang sudah dilakukan belum tercapai maka penulis melakukan implementasi yang lain agar masalah yang klien alami tercapai dan penulis

mendokumentasikan hasil evaluasi tersebut sesuai dengan respon, penglihatan, dan hasil lab pemeriksaan yang telah dilakukan kepada Ny.K

Evaluasi dari diagnosa pertama nyeri akut teratasi sebagian dapat dilihat dari hasil pada hari terakhir adalah data objektif klien TTV Klien: TD: 104/78mmHg, S: 36,2°C , N: 86x/menit, RR: 19x/menit, skala nyeri 2 dan klien tampak lebih rileks dan tenang dapat dilihat dari hasil evaluasi klien lebih rileks dan tenang setelah dilakukan implementasi Masalah nyeri akut teratasi sebagian. Intervensi dilanjutkan dengan edukasi hipnotis 5 jari dan memberikan lifleat untuk klien lakukan dan pelajari dirumah. Namun didalam implementasi tidak maksimal ada beberapa tindakan yang tidak terlaksana karena keterbatasan waktu dengan klien, namun klien dan keluarga cukup kooperatif dan mampu mengikuti setiap intruksi yang diberikan sehingga hasil yang didapatkan baik.

Evaluasi kedua yang didapatkan dari diagnosa gangguan mobilitas fisik pada hari terakhir adalah data objektif klien tampak mampu ke toilet sendiri tanpa bantuan keluarga atau perawat menggunakan tongkat dan data subjektifnya klien mengatakan sudah mampu melakukan mobilisasi secara mandiri dengan menggunakan tongkat dari hasil evaluasi yang didapatkan di hari terakhir masalah pada gangguan mobilitas fisik teratasi dan klien pulang, memotivasi klien untuk tetap menggunakan tongkat untuk membantu mobilisasi klien dirumah.

Evaluasi ketiga yang didapatkan dari diagnosa gangguan pola tidur pada hari terakhir adalah data objektif wajah klien tampak segar fresh di pagi hari jam 09.00 WIB TTV : TD: 110/80 N : 80x/m RR: 20x/menit S: 36°C dan data subjektif klien mengatakan sudah tidur cukup selama dirumah sakit, klien mengatakan tidur jam 10 malam dan tidak terbangun ketika malam hari dan bangun kembali jam 4 subuh untuk sholat subuh, Kriteria hasil yang sudah ditentukan berjalan baik dan gangguan pola tidur teratasi, sebelum klien pulang penulis mengedukasi

klien untuk mempertahankan pola tidur dan hindari penyebab yang membuat klien sulit tidur seperti rutin meminum obat yang sudah di resepkan oleh dokter dan menjaga pola makan sehat.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. k tidak semua masalah keperawatan teratasi oleh penulis. Hal ini dipengaruhi oleh keterbatasan penulis selama proses asuhan, keterampilan dalam melakukan implementasi, kurangnya pengetahuan penulis terhadap gambaran klinis yang perlu diatasi dan manajemen waktu yang digunakan penulis selama praktik asuhan keperawatan.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

Pada bagian penutup, penulis akan menyampaikan kesimpulan dan saran setelah melakukan asuhan keperawatan pada klien HNP yang dilakukan selama tiga hari mengelola pasien mulai dari tanggal 27 Februari - 1 Maret 2023 di Ruang Rawat Inap RS X Bogor.

#### **5.1 Kesimpulan**

Penulis melakukan pengkajian langsung pada klien dan keluarga klien yaitu anak dari klien. Pengkajian dilakukan pada pertemuan pertama dengan menggunakan berbagai teknik seperti anamnesa, pemeriksaan fisik, mengobservasi data pada catatan keperawatan dan medis. Penulis mendapatkan data subjektif melalui hasil identifikasi dan anamnesa pada pasien dan keluarga sedangkan data objektif didapat berdasarkan hasil pemeriksaan fisik dan tinjauan data penunjang. Selama proses anamnesa dengan klien dan keluarga ditemukan klien mempunyai riwayat penyakit hipertensi tidak terkontrol dari usia 30 tahun dan riwayat jatuh dari motor dengan suami klien 40 tahun yang lalu, dalam kasus klien ditemukan tanda dan gejala yang disebabkan karena cedera dan perubahan posisi yang salah selama menahun. Didapatkan pemicu terjadinya HNP karena faktor resiko yaitu, usia, jenis kelamin dan pekerjaan, dan diperlukan pemeriksaan penunjang yang lengkap seperti pemeriksaan MRI, CT SCAN untuk mengetahui penyebab terjadinya HNP.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada teori tidak semua muncul pada klien HNP, dapat dilihat dari kondisi klien sehingga diagnosa yang ditegakkan pada klien tidak semua sama seperti didalam teori. Diagnosa yang sudah pasti muncul pada klien HNP adalah nyeri akut, namun untuk gangguan mobilitas fisik, pola nafas tidak efektif, gangguan pola tidur tidak ditemukan pada semua pasien HNP

hal ini tergantung pada kondisi pasien. Oleh karena itu perlu dilakukan analisa data yang tepat untuk menentukan masalah keperawatan yang dialami oleh pasien. Pada pasien hnp tanda dan gejala yang muncul nyeri pinggang bagian bawah, kesemutan tangan dan kaki.

Intervensi telah diberikan kepada pasien oleh penulis berdasarkan beberapa referensi rujukan dan pelaksanaan dari intervensi dan implementasi telah dilakukan bersama dengan perawat rumah sakit. Implementasi meliputi relaksasi nafas dalam, hipnotis 5 jari dan kolaborasi pemberian analgetik pada klien, monitor frekuensi, durasi dan waktu kapan terjadinya nyeri, hal yang memperberat nyeri, edukasi klien untuk melakukan relaksasi nafas dalam dan hipnotis 5 jari ketika klien merasa nyeri secara individu. Memberikan motivasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien untuk mengatasi nyeri secara mandiri dengan relaksasi nafas dalam dan hipnotis 5 jari.

Implementasi dilakukan untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil sesuai yang diharapkan, dimana penulis mengevaluasi hasil dari tindakan yang telah dilakukan. Dari hasil evaluasi didapatkan yaitu pada diagnosa nyeri akut teratasi sebagian, gangguan mobilitas fisik teratasi, dan gangguan pola tidur teratasi dengan mengedukasi dan memotivasi klien untuk menerapkan pola tidur yang teratur. Hasil evaluasi keperawatan yang didapatkan bahwa tiga diagnosa, ada dua diagnosa yang teratasi secara penuh dan satu diagnosa yang teratasi sebagian.

## **5.2 Saran**

### **1. Keluarga klien**

Pada saat perawatan, keluarga diharapkan tetap terlibat mendukung dan membantu memotivasi klien untuk melakukan mobilisasi sederhana guna meningkatkan kemandirian klien setelah kembali kerumah dari rumah sakit, keluarga juga diharapkan dapat memantau dan memberikan dukungan pada klien untuk menjaga kesehatan dan untuk tidak melakukan aktivitas yang



memperberat/ dapat menimbulkan keparahan pada kondisi penyakit klien sehingga dukungan dan pengawasan dari keluarga sangat berarti untuk kesembuhan klien.

## 2. Perawat Ruangan

Perawat ruangan disarankan untuk melaksanakan pengkajian yang komprehensif dan pendokumentasian pada catatan rekam medis pasien, diharapkan perawat ruangan juga dapat memberikan edukasi dan motivasi kepada klien mengenai keadaan penyakit dan perkembangan kesehatan klien, kepada keluarga dan klien sehingga tidak terjadi miskomunikasi yang membuat klien merasa cemas dengan keadaannya selama dirumah sakit.

## 3. Mahasiswa Keperawatan

Dalam membuat laporan kasus diperlukan pengetahuan yang luas tentang kasus yang akan diangkat sebagai kasus kelolaan, sehingga diharapkan mahasiswa keperawatan dapat menjalin komunikasi yang baik dengan perawat diruangan untuk membantu kita dalam menjelaskan mengenai keadaan dan kondisi klien kelolaan yang kita angkat menjadi kasus kelolaan selama dilahan praktik klinik.

## 4. Penulis

Membuat laporan kasus diperlukan wawasan dan pengetahuan yang luas tentang kasus yang akan diangkat sebagai pasien kelolaan, alangkah lebih baik jika lebih teliti dalam melakukan pengkajian pada klien sehingga data yang diperoleh dapat mendukung permasalahan secara aktual dan sesuai kondisi yang sebenarnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agur, A. M. R., & Dalley, A. F. (2009). *Grant's Atlas of Anatomy 13th Edition: Back*. Philadelphia, Amerika Serikat: Lippincott Williams & Wilkins. Hal. 297-311
- American Academy of Orthopedic Surgeons. (2019). *Herniated disk*. OrthoInfo Basics. AAOS
- Anshari, R. 2016. *Penatalaksanaan Fisioterapi pada Pasien HNP Lumbal 3-5 dan Sacrum 1 di RSUD Sukoharjo*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Benjamin MA, Zieve D. (2011) *Herniated disk*. A.D.A.M. Medical Encyclopedia. Tersalin dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0001478/>. Diakses pada tanggal 5 Oktober 2022.
- Deepak Gautam. (2021). *Herniated nucleus Pulposus*. Online article. Tersalin dari <https://emedicine.medscape.com/article/1263961overview#a1>. Diakses pada tanggal 5 Oktober 2022.
- Desyauri, R., Aritonang, H. F., & Simanjuntak, A. C. (2021). Indeks Massa Tubuh (IMT) sebagai Faktor Risiko pada Kecurigaan Hernia Nukleus Pulposus (HNP) Lumbal. *Jurnal of Medical Studies*, 1(2), 1-7.
- Doswell, et al. (2012). *Trancutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) for Pain Manangement in Labour*. Europe: PMC Funders Group.
- Erdek, M. A., & Pronovost, P. J. (2004). Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. *International Journal for Quality Health Care*.
- Eren B, Gulec I. (2020). Risk factors for early recurennt lumbar disc herniation: Evaluation of 1453 patients. *J Turk Spinal Surg*.
- Franco L. De Cicco. Gaston O. Camino Willhuber. (2022). *Nucleus pulposus herniation*. StatPearls (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542307/>
- Foster, Mark R. (2017). *Herniated nucleus pulposus*. Medscape. (<https://emedicine.medscape.com/article/1263961-overview>, diakses pada 25 Mei2023).
- Fransisko, I. J. (2020). *Terapi Konvensional dan Metode Mc Kenzie pada Lansia dengan Kondisi Low Back Pain Karena Hernia Nukleus Pulposus Lumbal: Studi Kasus*. *Jurnal Fisioterapi dan Rehabilitasi*, 4(2), 44-57.
- Gooch CL, Oracht E, Borenstein AR. (2017). The burden of neurological disease in the United States: A summary report and call to action. *Ann Neurol*. 18 (4): 479-484.
- Guy's & Thomas, S. (2017). *Hydrotherapy for Your Back*. United Kingdom: NHS Foundation Trust.
- Hoy, D., Bain, C., & Williams, G. (2012). A Systematic Review of the Global Prevalence of Low Back Pain. *Arthritis Rheum*, 64(6), 2028-2037.

- Ikhsanawati, A., Tiksnadi, B., Soenggono, A., & al, e. (2012). Herniated Nucleus Pulposus in Dr. Hasan Sadikin General Hospital Bandung Indonesia. *Althea Medical Journal*, II(2).
- Ikhsanawati, Annisa dkk.2015. Herniated Nucleus Pulposus in Dr. Hasan Sadikin General Hospital. Bandung, Indonesia. *Journal Faculty of Medicine Universitas Padjadjaran*.
- Klezi Z, Coughlin TA.(2012). Focus on cervical myelopathy. *British: Editorial Society of Bone and Joint Surgery*
- Potter & Perry. (2012). *Fundamental of Nursing: Concep, Proses and Practice*. Edisi 7. Vol. 3. Jakarta: EGC.
- Leksana. (2013). Hernia Nukleus Pulposus Lumbal Ringan pada Janda lanjut usia yang tinggal dengan keponakan dengan usia yang sama. *Medula*, II(2).Mahdi I.A. (2016). Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Kasus Hernia Nucleus Pulposus Cervical 6-7. Tersedia dalam : [eprints.ums.ac.id](http://eprints.ums.ac.id)
- LERO, E. E. (2020). Asuhan Keperawatan pada bpk. edengan hernia nukleu pulpous di ruang galilea 2 saraf rumah sakit Bethesda tanggal 22-24 juli 2020 (Doctoral dissertation, STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta).
- Marbun, A. S., Pardede, J. A., & Perkasa, S. I. (2019). Efektivitas Terapi Hipnotis Lima Jari terhadap Kecemasan Ibu Pre Partum di Klinik Chelsea Husada Tanjung Beringin Kabupaten Serdang Bedagai. *Program Studi Ners/Fakultas Farmasi dan Ilmu Kesehatan, Universitas Sari Mutiara Indonesia*, Vol 2(No. 2, Juli 2019 ISSN 2614-4719).
- Meliala, L., Suryamiharja, A., Purba, J.S. 2015. Nyeri neuropatik: patofisiologi dan penatalaksanaan. *Perdossi* : hal.1-45, 179-225.
- Moore L, Keith dkk. 2018. *Clinically Oriented Anatomy Eighth Edition*. China ; Wolters Kluwer.
- Moore, K. L., & Agur, A. (2013). *Clinically Oriented Anatomy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Moore & Agur. (2013). *Penyebab Hernia Nukleus Pulposus Berdasarkan Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Munir, B. 2015. *Neurologi Dasar: Neuroanatomi Dasar, Pemeriksaan Neurologi Dasar, Diagnosis dan Terapi Penyakit Neurologi (Vol.I)*. Jakarta: Sagung Seto
- Munir, Badrul. (2015). *Neurologi Dasar*. Jakarta: Sagung Seto.
- Muttaqin, Arif. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, A. 2011. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta; Salemba Medika.
- Nugroho IA, Marchianti ACN, Hermansyah Y. (2017). The effect of physical workload on disability level of lower back pain patients in dr. Soebandi Hospital. *J Pustaka Kesehatan [Internet].*; 5(2): 316-22.
- Pearce, C. dan Evelyn. 2015. *Anatomi Dan Fisiologi Untuk Paramedis*. Jakarta: Gramedia pustaka utama

- Pinzon, R. (2012). Profil Klinis Pasien Nyeri Punggung Akibat Hernia Nukelus Pulposus. SMF Saraf RS Bethesda Yogyakarta.
- Purwanto, H. (2014). Keperawatan Medikal Bedah II. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- RI, K. K. (2013). Badan penelitian dan pengembangan kesehatan. Riset Kesehatan Dasar. Safa'ah, N., & Srimurayani, I. D. (2017). Effectiveness Of Isometric And Range Of Motion (Rom) Exercise Toward Elderly Muscle Strenght In Pasuruan Integrated Service Unit, Elderly Social Services In Lamongan. Biomedical Engineering, 3(1), 7-15.
- Srikandarajah N, Boissaud-Cooke MA, Clark S, Wilby MJ. (2015). Does early surgical decompression in cauda equina syndrome improve bladder outcome Spine (Phila Pa 1976).
- Subiyanto, P., Sitorus, R., & Sabri, L. (2018). Terapi Hipnosis terhadap Penurunan Sensasi Nyeri Pasca Bedah Ortopedi. Jurnal Keperawatan Indonesia, Vol 12( No. 1, Maret 2008), hal. 47-52
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik (I). Dewan pengurus pusat: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar intervensi keperawatan Indonesia: Definisi dan tindakan keperawatan (I). Dewan pengurus pusat: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). Standar luaran keperawatan Indonesia: Definisi dan kriteria hasil keperawatan (I). Dewan pengurus pusat: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Turk O, Antar V, Yaldiz C. Spontaneous regression of herniated nucleus pulposus: The clinical findings of 76 patients. Medicine (Baltimore). 2019 Feb;98(8):e14667
- Wineski, Lawrence E.2018. Snell's Clinical Anatomy by Regions. China ; Wolters Kluwer.
- Wu Q. Intervertebral disc aging, degeneration, and associated potential molecular mechanisms. J Head Neck Spine Surg. 2017; 1: 1-5.
- Wu Q. Intervertebral disc aging, degeneration, and associated potential molecular mechanisms. J Head Neck Spine Surg. 2017; 1: 1-5.
- Watson, T. (2015). Therapeutic Ultrasound. Diakses dari: [Electrotherapy.org](http://Electrotherapy.org). England
- Yusuf, A. W. 2017. Hubungan Antara Hernia Nucleus Pulposus (HNP) Dengan Derajat Nyeri Punggung Bawah di Rumah Sakit Umum Pusat dr. Wahidin Sudirohusodo, 12-13.
- Zairin, N. H. 2012. Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal, 2, 326-329. Jakarta: Salemba Medica.

## LAMPIRAN 1

### SATUAN ACARA PENYULUHAN

Kebutuhan pengetahuan pada diagnosa keperawatan: Nyeri akut, ditemukan bahwa klien menanyakan cara mengurangi nyeri tanpa meminum obat. Hal ini sebagai dasar penulis melakukan edukasi mengenai terapi hipnotis 5 jari.

1. Topik : Edukasi Terapi hipnotis 5 jari.

2. Sasaran : Ny. K

3. Tujuan

a. Tujuan umum

Setelah dilakukan edukasi mengenai terapi hipnotis 5 jari, mampu mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh Ny. K

b. Tujuan khusus

Setelah dilakukan edukasi mengenai terapi hipnotis 5 jari diharapkan pasien mampu:

- 1) Mampu mengaplikasikan hipnotis 5 jari secara individu.
- 2) Menjelaskan atau menyampaikan langkah-langkah terapi hipnotis 5 jari.
- 3) Menjelaskan atau menyampaikan manfaat terapi hipnotis 5 jari.

4. Materi :

- a. Pengertian terapi hipnotis 5 jari.
- b. Manfaat relaksasi hipnotis 5 jari.
- c. Langkah-langkah teknik hipnotis 5 jari.
- d. Tindakan yang dilakukan hipnotis 5 jari.
- e. Hipnotis 5 jari.

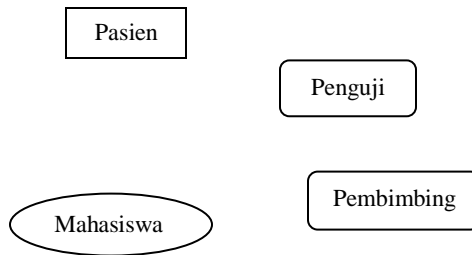
5. Metode : Ceramah dan tanya jawab.

6. Media : Leaflet, *terlampir*.

7. Waktu : Jum'at, 1 Maret 2023 – 10.00 WIB.

8. Tempat : Ruang kamar rawat inap Ny. K

Denah posisi



9. Evaluasi

Keluarga mampu mengulang informasi yang telah diberikan oleh mahasiswa.



### Lampiran 3 Hasil Uji Turnitin





**Lampiran 5 Lembar Persetujuan Mengikuti Sidang**

**LEMBAR PERSETUJUAN MENGIKUTI SIDANG**

Kepada Yth,  
Ns. Malianti Silalahi, M.Kep., Sp.Kep.J  
Koordinator MK KTI  
Prodi DIII Keperawatan UKRIDA  
di tempat

Saya mahasiswa DIII Keperawatan UKRIDA dengan identitas berikut ini:

Nama lengkap : Abigaile Br Barus  
NIM : 152020004  
Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Ny. K dengan gangguan sistem musculoskeletal : Hernia nucleus pulposus

Menyatakan bahwa draft KTI saya telah disetujui oleh pembimbing untuk maju ke Ujian SIDANG KTI. Demikian dapat diberitahukan untuk ditindak lanjuti dalam penetapan jadwal seminar.

Dengan hormat,  
Mengetahui,  
Jakarta, 07 juli 2023

Mahasiswa

Pembimbing Akademik












(Abigaile Br Barus)  
NIM: 152020004

(Ns. Mey Lona Verawaty Zendrat, M. Kep)  
NIP: 1904

**Lampiran 6 Lembar Bimbingan Tugas Akhir**

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS  
ILMIAH**

Nama Mahasiswa : Abigaile Br Barus  
 NIM : 152020004  
 Judul KTI :  
 Nama Pembimbing 1 : Ns. Mariam Dasat, M. Kep  
 Nama Pembimbing 2 : Ns. Malianti Silalahi, M.Kep., Sp.Kep.J

No.	Hari/Tanggal	Pukul	Ringkasan Hasil Konsultasi/Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	Selasa, 18 Februari 2023	13.15	Konsultasi hasil pengkajian, diagnosis, intervensi implementasi sampai evaluasi.	 Ns. Mariam, M. Kep.
2.	Kamis 20 April 2023.	11.15	Konsultasi BAB 1-2 Perbaikan konten dan Bahasa.	 Ns. Mariam, M. Kep.
3.	Senin, 24 April 2023.	09.45	Konsultasi BAB 1 Perbaikan konten dan bahasa, menambahkan jurnal	 Ns. Malianti, Sp. Kep.
4.	Senin, 24 April 2023.	13.45	Konsultasi BAB 1, Revisi latar belakang mencari referensi lain untuk memajekpi	 Ns. Mariam, M. Kep.
5.	Kamis 4 Mei 2023.	10.00	Konsultasi BAB 1, 2 Revisi latar belakang dan menambahkan sumber referensi	 Ns. Malianti, Sp. Kep.
6.	17 Mei 2023, Rabu.	13.00	Konsultasi BAB 1 Perbaikan tata letak Bahasa. ACC BAB 1.	 Ns. Malianti, Sp. Kep.
7.	18 Mei, Kamis 2023.	13.00	Konsultasi BAB 1-2 Revisi pathway ACC BAB 1-2.	 Ns. Mariam, M. Kep.
8.	22 Mei, Senin 2023.	10.00	Konsultasi BAB 2, Perbaikan Penuisan sesuai buku panduan.	 Ns. Malianti, Sp. Kep.
9.	24 Mei, Kamis 2023	11.00	Konsultasi BAB 2-3 Perbaikan Sistem Penuisan dan menambahkan sumber	 Ns. Mariam, M. Kep.
10.	30 Mei Selasa 2023	10.00	Konsultasi BAB 3 (intervensi, implementasi, evaluasi.) Perbaikan format tabel sesuai buku panduan.	 Ns. Malianti, Sp. Kep.
11.	6 Juni, Selasa 2023	10.00	Konsultasi BAB 3. Memajekpi implementasi - evaluasi	 Ns. Mariam, M. Kep.

12.	Kamis, 15 Juni 2023.	13.00	Konsultasi BAB 3. Perbaikan penulisan Sesuai Baru Panduan.	ns. Mariani S.Kep.Ns
13.	Senin, 19 Juni 2023.	11.00	Konsultasi BAB 4, Perbaikan konten	ns. Mariani S.Kep.Ns
14.	Jumat, 23 Juni 2023	11.00	Konsultasi BAB 4-5, Perbaikan tata letak Babasa.	ns. Mariani S.Kep.Ns
15.	Jumat 30 Juni 2023.	16.00	Konsultasi BAB 4, Perbaikan Menara Penelitian dgn diagnosa trikotik Skap Pembahasan Perawatan dan Pemasaran.	ns. Mariani S.Kep.Ns
16.	Selasa, 4 Juli 2023.	10.00	Bimbingan BAB 4-5, Perbaikan Penulisan.	ns. Mariani S.Kep.Ns
17.				
18.				
19.				
20.				

