



Asuhan Akupunktur Kasus Spondilosis Servikal di Praktik Mandiri QGM Jakarta Utara

Muliady, Puspo Wardoyo, Chantika Mahadini, Ikhwan Abdullah
Institut Teknologi, Sains, dan Kesehatan RS dr. Soepraoen Kesdam V/Brawijaya Malang, Indonesia
muliady.sutarto@gmail.com

Abstrak

Spondilosis servikal merupakan kondisi degeneratif pada tulang belakang bagian leher yang umumnya berkembang seiring pertambahan usia, tetapi juga dapat terjadi pada individu usia produktif. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan pelaksanaan asuhan akupunktur pada pasien spondilosis servikal di Praktik Mandiri QGM Jakarta Utara. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus. Pengumpulan data dilakukan melalui empat metode pemeriksaan tradisional Pengobatan Tiongkok, yaitu pengamatan atau inspeksi (Wang), pendengaran dan penciuman (Wen), wawancara atau anamnesis (Wen), serta perabaan atau palpasi (Qie). Partisipan adalah seorang laki-laki berusia 36 tahun yang mengalami kaku leher, kaku tulang punggung, perut terasa keras, kembung, dan gangguan tidur. Intervensi akupunktur diberikan dalam enam sesi terapi dengan pemilihan titik berdasarkan hasil diagnosis penyakit dan sindrom. Hasil pemeriksaan awal menunjukkan Sindrom Defisiensi Hati-Ginjal, Defisiensi Limpa-Ginjal Yang, serta Dahak-Lembap. Setelah enam sesi terapi, terjadi perbaikan kondisi yang ditandai dengan berkurangnya kekakuan leher dan tulang punggung, perut tidak lagi terasa keras, keluhan kembung menghilang, kualitas tidur membaik, ekspresi wajah tampak lebih segar, bau mulut berkurang, serta konsistensi feses menjadi lebih baik. Temuan ini menunjukkan bahwa asuhan akupunktur yang disusun berdasarkan identifikasi pola sindrom berpotensi membantu mengurangi keluhan spondilosis servikal dan memperbaiki kondisi penyerta. Meskipun demikian, hasil studi kasus ini bersifat terbatas sehingga diperlukan penelitian lanjutan dengan jumlah partisipan lebih besar dan desain yang lebih kuat untuk menilai efektivitas terapi secara lebih objektif, serta mendukung penyusunan protokol klinis akupunktur yang terstandar, aman, efektif, dan berkelanjutan.

Kata kunci: Akupunktur, Spondilosis Servikal, Osteoarthritis, Studi Kasus, Terapi Akupunktur

1. Pendahuluan

Spondilosis servikal merupakan istilah yang menggambarkan perubahan degeneratif pada segmen tulang belakang leher, meliputi diskus intervertebralis, korpus vertebra, sendi faset, ligamen, dan jaringan penunjang di sekitarnya. Perubahan tersebut dapat ditemukan tanpa gejala, tetapi pada sebagian individu dapat menimbulkan nyeri dan kaku leher, keterbatasan gerak, keluhan radikular, atau tanda gangguan medula spinalis. Oleh karena itu, spondilosis servikal perlu dipahami sebagai spektrum klinis, bukan sekadar temuan radiologis. Osteoarthritis sendiri merupakan masalah muskuloskeletal yang dipengaruhi oleh usia, beban mekanis, komposisi tubuh, riwayat cedera, faktor pekerjaan, serta interaksi antara proses biologis dan lingkungan [1].

Secara anatomis, degenerasi diskus dapat menurunkan tinggi ruang antarruas dan mengubah distribusi beban pada segmen gerak servikal. Tubuh merespons perubahan tersebut melalui pembentukan osteofit, hipertrofi sendi faset, dan penebalan ligamen. Kombinasi perubahan statis dan dinamis dapat mempersempit kanalis spinalis atau foramen intervertebralis. Pada tingkat klinis, kondisi tersebut dapat tetap berupa nyeri aksial, berkembang menjadi radikulopati akibat iritasi akar saraf, atau menjadi mielopati degeneratif ketika medula spinalis terlibat [2], [3]. Pemisahan ketiga keadaan ini penting karena kebutuhan pemeriksaan, prognosis, dan penatalaksanaannya berbeda.

Keluhan nyeri dan kaku leher pada usia produktif tidak selalu menunjukkan degenerasi berat. Paparan postur statis yang lama, pekerjaan dengan posisi kepala menunduk, kurang aktivitas fisik, gangguan tidur, stres, dan ketegangan otot dapat memperberat gejala. Pada kasus ini, partisipan berusia 36 tahun, bekerja sebagai wiraswasta, sering begadang, kurang berolahraga, dan memiliki pola makan tidak teratur. Karakteristik tersebut memberikan konteks bahwa keluhan muskuloskeletal dapat muncul melalui interaksi perubahan struktural, beban mekanis, pemulihan yang tidak optimal, serta faktor perilaku.

Spondilosis servikal juga harus dibedakan dari kondisi yang memerlukan penanganan lebih lanjut. Tanda seperti kelemahan progresif, gangguan berjalan, gangguan koordinasi tangan, perubahan refleks, gangguan fungsi kandung kemih atau usus, demam, trauma signifikan, penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, dan nyeri

malam yang berat merupakan alasan untuk evaluasi medis segera. Literatur mengenai mielopati servikal degeneratif menekankan pentingnya penilaian multidimensional yang menggabungkan gejala neurologis, dampak terhadap fungsi dan kualitas hidup, temuan pemeriksaan fisik, serta pencitraan bila terdapat indikasi [4], [5]. Dengan demikian, intervensi komplementer tidak boleh menggantikan proses skrining dan rujukan pada kasus yang dicurigai melibatkan akar saraf atau medula spinalis.

Penatalaksanaan keluhan leher degeneratif dapat bersifat konservatif atau operatif sesuai diagnosis dan tingkat keparahan. Pendekatan konservatif umumnya mencakup edukasi, modifikasi aktivitas, latihan terapeutik, terapi fisik, pengelolaan tidur, dan pengendalian nyeri. Pada mielopati degeneratif, perjalanan penyakit dapat berbeda antarindividu dan sebagian pasien yang ditangani nonoperatif mengalami penurunan neurologis dari waktu ke waktu [4]. Rekomendasi klinis mutakhir menegaskan bahwa pilihan terapi harus mempertimbangkan fungsi neurologis, beban gejala, kondisi umum, dan temuan pencitraan, serta bahwa tindakan bedah merupakan pilihan valid pada mielopati ringan tertentu dan lebih jelas pada penyakit yang progresif [5].

Akupunktur digunakan sebagai salah satu intervensi nonfarmakologis untuk keluhan nyeri leher. Uji acak multisenter pada nyeri leher terkait spondilosis menunjukkan bahwa paket akupunktur yang dioptimalkan dapat menurunkan nyeri dan memperbaiki kualitas hidup, dengan efek yang tetap terlihat pada masa tindak lanjut [6]. Meta-analisis terhadap nyeri spinal kronis juga menemukan perbaikan nyeri dan fungsi dibandingkan beberapa kelompok kontrol, meskipun heterogenitas intervensi dan kualitas penelitian perlu diperhatikan [7]. Bukti tersebut mendukung potensi manfaat simptomatik, tetapi tidak berarti bahwa akupunktur memperbaiki semua perubahan struktural atau menggantikan terapi yang diperlukan pada gangguan neurologis.

Penelitian akupunktur memiliki tantangan metodologis khusus. Pemilihan titik, kedalaman penjaruman, teknik stimulasi, pengalaman praktisi, jumlah sesi, hubungan terapeutik, dan bentuk kontrol sham dapat memengaruhi hasil. Karena itu, perbedaan antara manfaat spesifik penjaruman dan respons kontekstual tidak selalu mudah dipisahkan [8]. Uji acak berskala besar pada nyeri leher kronis tahun 2024 menemukan bahwa akupunktur individual memberikan penurunan nyeri yang bertahan hingga 24 minggu dibandingkan sham atau daftar tunggu, tetapi besarnya perbedaan relatif tidak mencapai ambang perubahan minimal yang dianggap penting secara klinis [9]. Temuan tersebut mengingatkan bahwa signifikansi statistik perlu dibaca bersama relevansi klinis.

Pada radikulopati servikal akibat spondilosis, tinjauan sistematis tahun 2024 melaporkan bahwa akupunktur lebih baik daripada traksi pada sejumlah luaran nyeri, tetapi penulis juga menekankan perlunya penelitian dengan rancangan lebih kuat [10]. Analisis jaringan berbagai terapi terkait akupunktur menunjukkan peringkat yang berbeda untuk pengurangan nyeri, perbaikan fungsi servikal, dan respons klinis, serta menyatakan bahwa kepastian kesimpulan masih dibatasi oleh kualitas dokumentasi [11]. Oleh sebab itu, laporan kasus tetap berguna untuk menggambarkan proses klinis secara rinci, tetapi tidak dapat digunakan sebagai bukti efektivitas kausal.

Dalam perspektif Pengobatan Tradisional Tiongkok, pemeriksaan tidak hanya diarahkan pada lokasi keluhan, tetapi juga pada pola menyeluruh melalui empat metode Si Zhen, yaitu Wang, Wen, Wen, dan Qie. Informasi mengenai penampilan, suara dan bau, riwayat keluhan, pola tidur dan pencernaan, serta palpasi digunakan untuk menyusun diferensiasi sindrom. Pada laporan ini, pola yang ditetapkan adalah Defisiensi Hati-Ginjal, Defisiensi Limpa-Ginjal Yang, dan Dahak-Lembap. Kerangka tersebut digunakan untuk memilih prinsip terapi dan titik akupunktur [14]-[16].

Kebaruan praktis studi kasus ini terletak pada dokumentasi terstruktur asuhan akupunktur selama enam sesi pada partisipan usia produktif yang mengalami kaku leher dan punggung disertai keluhan pencernaan serta tidur. Penelitian bertujuan mendeskripsikan proses pemeriksaan, penetapan diagnosis sindrom, pemilihan intervensi, perubahan kondisi antara kunjungan pertama dan keenam, serta menempatkan temuan kasus dalam konteks bukti ilmiah terkini. Pertanyaan yang dijawab adalah bagaimana perubahan keluhan dan temuan pemeriksaan setelah enam sesi terapi, serta bagaimana hasil tersebut dapat ditafsirkan secara klinis tanpa melampaui keterbatasan desain studi kasus.

2. Metode Penelitian

Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus deskriptif. Desain ini dipilih karena fokus penelitian adalah menggambarkan rangkaian asuhan akupunktur secara mendalam pada satu partisipan, mulai dari pengkajian, diferensiasi sindrom, perencanaan terapi, pelaksanaan intervensi, sampai evaluasi hasil. Studi kasus tidak dirancang untuk menguji kemanjuran secara komparatif, tetapi dapat menghasilkan uraian klinis yang berguna untuk pembelajaran, pembentukan hipotesis, dan perbaikan dokumentasi praktik.

Penelitian dilaksanakan di Praktik Mandiri QGM Jakarta Utara. Partisipan adalah seorang laki-laki berusia 36 tahun dengan keluhan utama kaku leher dan kaku tulang punggung. Keluhan tambahan meliputi perut terasa keras, kembung, dan sulit tidur. Berdasarkan anamnesis, keluhan memburuk ketika partisipan begadang, sementara

penekanan dan penghangatan pada area keluhan memberikan rasa lebih nyaman. Riwayat gaya hidup yang tercatat adalah sering begadang, kurang berolahraga, dan pola makan tidak teratur. Naskah sumber tidak mencantumkan hasil pencitraan, skala nyeri numerik, rentang gerak servikal, atau pemeriksaan neurologis terstandarisasi; karena itu, artikel ini tidak menambahkan data klinis yang tidak tersedia.

Pengumpulan data dilakukan menggunakan Lembar Data Klien yang memuat empat metode pemeriksaan dasar Pengobatan Tradisional Tiongkok. Wang mencakup pengamatan sinar mata, ekspresi wajah, warna kulit, dan lidah. Wen dalam arti auskultasi dan olfaksi mencakup suara serta bau, sedangkan Wen dalam arti anamnesis mencakup keluhan utama, keluhan tambahan, faktor pencetus dan peringatan, pola aktivitas, pola makan, kondisi emosi, tidur, sensasi dingin-panas, dan eliminasi. Qie mencakup palpasi area keluhan, palpasi titik khusus, dan penilaian nadi.

Intervensi diberikan sebanyak enam sesi. Rencana terapi disusun berdasarkan diagnosis Spondilosis Servikal dengan pola Defisiensi Hati-Ginjal, Defisiensi Limpa-Ginjal Yang, dan Dahak-Lembap. Prinsip terapi diarahkan untuk menutrisi dan menguatkan Qi Limpa, Hati, dan Ginjal; menutrisi Qi, Darah, dan Jing; melancarkan Qi dan Darah; menghangatkan Yang dan Mingmen; mentransformasi Dahak-Lembap; membuka hambatan meridian servikal; serta mengurangi kekakuan dan nyeri.

Titik yang digunakan adalah Sanyinjiao (SP6), Fenglong (ST40), Zusanli (ST36), Zhongwan (CV12), Guanyuan (CV4), Mingmen (GV4), Shenshu (BL23), Taixi (KI3), Tianzhu (BL10), Ganshu (BL18), dan Taichong (LR3). Manipulasi dilakukan dengan teknik tonifikasi. Setelah sensasi deqi diperoleh, diberikan moksibusi hangat dan jarum dipertahankan selama kurang lebih 30 menit. Berdasarkan naskah sumber, susunan titik tidak diubah dari sesi kedua sampai sesi keenam.

Luaran penelitian dikelompokkan ke dalam lima domain, yaitu keluhan muskuloskeletal, keluhan pencernaan, tidur, tanda pengamatan, dan temuan palpasi/nadi. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan catatan kunjungan pertama dan kunjungan keenam. Perubahan dinyatakan secara deskriptif, misalnya berkurang, tidak lagi dirasakan, atau tetap. Karena tidak tersedia instrumen kuantitatif, hasil tidak disajikan sebagai persentase perbaikan dan tidak dilakukan uji statistik.

Analisis data menggunakan perbandingan kasus sebelum dan sesudah terapi serta triangulasi internal antardomain pemeriksaan. Konsistensi dinilai dengan melihat apakah perubahan keluhan subjektif sejalan dengan perubahan pengamatan dan palpasi. Sebagai contoh, berkurangnya kaku leher dibandingkan dengan hilangnya nyeri tekan, sedangkan perbaikan keluhan pencernaan dibandingkan dengan perubahan konsistensi feses dan berkurangnya bau mulut. Data sesi kedua sampai kelima tidak diuraikan secara rinci dalam naskah sumber, sehingga analisis tidak dapat menggambarkan kecepatan atau pola perubahan pada setiap sesi.

Dari sisi etika publikasi, artikel hanya menampilkan jenis kelamin, usia, gambaran keluhan, dan hasil pemeriksaan tanpa identitas pribadi lain. Namun, nomor persetujuan etik dan pernyataan persetujuan tertulis partisipan belum tercantum dalam dokumen sumber. Informasi tersebut perlu dilengkapi oleh penulis sebelum pengajuan ke jurnal sesuai kebijakan institusi dan jurnal tujuan.

Tabel 1. Karakteristik Kasus dan Kerangka Pengamatan

Komponen	Data yang tersedia	Catatan metodologis
Partisipan	Laki-laki, 36 tahun	Satu kasus; tidak mewakili populasi
Keluhan utama	Kaku leher dan kaku tulang punggung	Tidak tersedia skor nyeri/NDI
Keluhan penyerta	Perut keras, kembung, sulit tidur	Dinilai secara deskriptif
Paparan gaya hidup	Sering begadang, kurang olahraga, pola makan tidak teratur	Berpotensi menjadi faktor pengganggu
Intervensi	Enam sesi akupunktur dan moksibusi	Tidak ada kelompok kontrol
Waktu evaluasi	Kunjungan pertama dan keenam	Data sesi 2-5 tidak dirinci

3. Hasil dan Diskusi

3.1. Hasil Pemeriksaan Awal

Pada kunjungan pertama, partisipan menyampaikan kaku pada leher dan tulang punggung sebagai keluhan utama. Keluhan tambahan berupa perut terasa keras, kembung, dan sulit tidur. Keluhan memburuk ketika begadang dan terasa lebih nyaman ketika area yang sakit ditekan atau dihangatkan. Pola tersebut menunjukkan adanya komponen mekanis dan kelelahan yang mungkin berinteraksi dengan persepsi nyeri, meskipun hubungan sebab akibat tidak dapat ditentukan dari satu kunjungan.

Pemeriksaan Wang menunjukkan sinar mata tidak bercahaya, ekspresi lesu dan tidak ceria, warna kulit wajah pucat, serta lidah merah muda pucat. Pemeriksaan pendengaran dan penciuman mencatat bau mulut yang tidak sedap. Pada anamnesis, partisipan melaporkan tidak demam, tidak menyukai udara dingin, feses lembek dan

mudah hancur, serta emosi labil dan mudah marah dalam konteks kualitas istirahat yang buruk. Palpasi area keluhan dan titik Tianzhu (BL10) memberikan rasa nyaman ketika ditekan, sedangkan nadi umum dinilai lemah.

Temuan tersebut kemudian dipadukan dalam diferensiasi sindrom. Kaku leher dan punggung dipahami sebagai manifestasi gangguan pada tulang, tendon, otot, dan aliran Qi-Darah di daerah servikal. Wajah pucat, lidah pucat, nadi lemah, aversi terhadap dingin, dan rasa nyaman dengan penghangatan mendukung interpretasi pola defisiensi dan dingin. Perut keras, kembung, feses lembek, serta bau mulut ditafsirkan berkaitan dengan gangguan fungsi transformasi dan transportasi Limpa yang disertai akumulasi Lembap dan Dahak.

3.2. Hasil Pemeriksaan Kunjungan Keenam

Pada kunjungan keenam, kaku leher dan kaku tulang punggung dilaporkan berkurang. Perut tidak lagi terasa keras, kembung tidak lagi dirasakan, dan tidur dinilai lebih nyaman. Feses berubah menjadi berbentuk dan tidak mudah hancur. Perubahan ini menunjukkan perbaikan pada beberapa domain keluhan, bukan hanya pada sistem muskuloskeletal.

Pengamatan menunjukkan sinar mata lebih bercahaya, ekspresi wajah lebih ceria, warna kulit wajah tampak segar kemerahan, dan lidah berwarna merah muda. Bau mulut tidak lagi ditemukan. Pada palpasi, tekanan pada area keluhan tidak lagi memberikan rasa nyaman khusus dan tidak ditemukan nyeri tekan. Tekanan pada Zhongwan (CV12) juga tidak menimbulkan nyeri tekan. Nadi umum masih dinilai lemah dan partisipan masih tidak menyukai udara dingin. Dengan demikian, tidak semua temuan awal berubah setelah enam sesi.

Perbandingan sebelum dan sesudah menunjukkan pola perbaikan yang relatif konsisten antara keluhan subjektif, pengamatan, dan palpasi. Berkurangnya kekakuan berjalan bersama hilangnya nyeri tekan, sedangkan hilangnya kembung dan perut keras berjalan bersama perbaikan bentuk feses serta tidak ditemukannya bau mulut. Konsistensi ini memperkuat kredibilitas deskriptif laporan, walaupun tetap tidak membuktikan bahwa seluruh perubahan disebabkan oleh akupunktur.

Tabel 2. Perbandingan Kondisi Kunjungan Pertama dan Keenam

Domain	Kunjungan pertama	Kunjungan keenam	Interpretasi deskriptif
Muskuloskeletal	Kaku leher dan punggung; nyaman ditekan	Kekakuan berkurang; tidak ada nyeri tekan	Perbaikan
Pencernaan	Perut keras, kembung, feses lembek	Keluhan hilang; feses berbentuk	Perbaikan
Tidur	Sulit tidur	Tidur nyaman	Perbaikan
Pengamatan	Lesu, pucat, mata tidak bercahaya	Ceria, lebih segar, mata bercahaya	Perbaikan
Bau mulut	Ada	Tidak ada	Perbaikan
Sensasi dingin	Tidak menyukai udara dingin	Masih tidak menyukai udara dingin	Belum berubah
Nadi umum	Lemah	Lemah	Belum berubah

3.3. Pembahasan Diagnosis Akupunktur

Diagnosis akupunktur pada kunjungan pertama adalah Spondilosis Servikal dengan Sindrom Defisiensi Hati-Ginjal, Defisiensi Limpa-Ginjal Yang, dan Dahak-Lembap. Dalam teori Pengobatan Tradisional Tiongkok, Ginjal berhubungan dengan tulang dan Jing, Hati berhubungan dengan tendon serta kelancaran Qi, sedangkan Limpa berperan pada transformasi dan transportasi cairan. Pola gabungan digunakan ketika manifestasi muskuloskeletal kronis hadir bersama tanda defisiensi, dingin, kelemahan pencernaan, dan akumulasi lembap [14]-[16].

Penetapan lebih dari satu pola sindrom dapat mencerminkan kompleksitas kasus, tetapi juga menuntut argumentasi yang jelas. Pada laporan ini, tanda yang mendukung Defisiensi Hati-Ginjal adalah keluhan tulang dan tendon yang berlangsung kronis serta nadi lemah. Tanda yang mendukung Defisiensi Limpa-Ginjal Yang adalah aversi terhadap dingin, wajah dan lidah pucat, rasa nyaman dengan penghangatan, feses lembek, dan kelemahan umum. Dahak-Lembap didukung oleh kembung, perut terasa keras, gangguan transformasi cairan, dan bau mulut. Walaupun interpretasi tersebut konsisten dalam kerangka TCM, validitasnya tidak dapat dinilai dengan pemeriksaan biomedis karena kedua sistem menggunakan konstruk diagnostik yang berbeda.

Naskah awal memuat kalimat bahwa diagnosis pada sesi berikutnya tetap berupa 'Penyakit Nyeri Ulu Hati dengan Sindrom Dingin-Defisiensi Limpa dan Lambung'. Pernyataan tersebut tidak sesuai dengan fokus kasus spondilosis servikal dan diduga merupakan sisa teks dari kasus lain. Dalam versi yang diperbaiki ini, inkonsistensi tersebut dihapus. Diagnosis sepanjang enam sesi dipertahankan sebagai Spondilosis Servikal dengan pola Defisiensi Hati-Ginjal, Defisiensi Limpa-Ginjal Yang, dan Dahak-Lembap sesuai data kasus yang tersedia.

Dari sudut pandang biomedis, istilah spondilosis servikal sebaiknya disertai konfirmasi klinis dan, bila diperlukan, pencitraan. Laporan ini tidak menyertakan radiografi, MRI, pemeriksaan kekuatan otot, refleks, sensibilitas, atau

tanda mielopati. Karena itu, diagnosis biomedis dalam artikel harus dibaca sebagai diagnosis yang telah digunakan dalam pelayanan, bukan hasil verifikasi independen oleh penelitian. Literatur mutakhir menganjurkan pemeriksaan neurologis sistematis ketika terdapat gejala yang mengarah pada radikulopati atau mielopati [2], [5], [12], [13].

3.4. Rasional Pemilihan Titik dan Teknik Terapi

Pemilihan titik menggabungkan titik lokal/regional dan titik distal. Tianzhu (BL10) dipilih untuk daerah servikal dan keluhan leher, sedangkan Ganshu (BL18), Shenshu (BL23), Taixi (KI3), dan Taichong (LR3) diarahkan pada penguatan Hati-Ginjal dan pengaturan Qi-Darah. Zusanli (ST36), Sanyinjiao (SP6), Zhongwan (CV12), dan Guanyuan (CV4) digunakan untuk mendukung fungsi Limpa-Lambung, Qi, dan Yang. Fenglong (ST40) dipilih untuk transformasi Dahak-Lembap, sementara Mingmen (GV4) digunakan bersama moksibusi untuk tujuan penghangatan.

Teknik tonifikasi dipilih karena pola utama dinilai bersifat defisiensi. Moksibusi hangat digunakan karena partisipan tidak menyukai udara dingin, merasa lebih nyaman ketika dihangatkan, dan menunjukkan tanda pucat serta nadi lemah. Retensi sekitar 30 menit memberi waktu stimulasi yang konsisten pada setiap sesi. Namun, laporan tidak mencantumkan jenis jarum, kedalaman penusukan, sudut, jumlah moxa, respons lokal, atau kejadian tidak diinginkan. Rincian tersebut perlu ditambahkan pada penelitian selanjutnya agar intervensi dapat direplikasi.

Literatur klinis menunjukkan bahwa dosis terapi akupunktur, individualisasi titik, dan cara pemberian dapat memengaruhi luaran. Uji multisenter Chen et al. menggunakan paket intervensi terstruktur dan melaporkan perbaikan nyeri leher terkait spondilosis [6]. Uji Zhao et al. menggunakan pemilihan titik berdasarkan sensitivitas tekanan dan mengevaluasi hasil hingga 24 minggu [9]. Dibandingkan penelitian tersebut, laporan kasus ini memiliki kekuatan pada deskripsi pola TCM, tetapi belum memiliki ukuran dosis dan luaran kuantitatif yang setara.

Analisis jaringan tahun 2024 mengindikasikan bahwa berbagai modalitas terkait akupunktur dapat memberikan peringkat berbeda tergantung luaran yang diukur [11]. Hasil tersebut tidak dapat langsung digunakan untuk menyatakan satu teknik paling unggul karena kualitas studi, variasi intervensi, dan risiko bias memengaruhi kepastian. Dalam konteks kasus ini, pemilihan akupunktur manual dan moksibusi dapat dipandang sebagai keputusan individual berdasarkan pola, bukan sebagai bukti bahwa kombinasi tersebut lebih efektif daripada modalitas lain.

Tabel 3. Rasional Titik Akupunktur pada Kasus

Titik	Tujuan dalam rencana terapi	Hubungan dengan temuan kasus
BL10 Tianzhu	Membuka area servikal dan meredakan kekakuan	Keluhan utama leher; nyaman pada palpasi
BL18 Ganshu; LR3 Taichong	Mengatur Hati, tendon, dan Qi-Darah	Kaku otot/tendon dan emosi labil
BL23 Shenshu; KI3 Taixi; GV4 Mingmen	Menguatkan Ginjal, Jing, tulang, dan Yang	Kaku kronis, nadi lemah, aversi dingin
ST36 Zusanli; SP6 Sanyinjiao	Menguatkan Qi Limpa dan tubuh	Feses lembek, pucat, lemah
CV12 Zhongwan; CV4 Guanyuan	Mengatur jiao tengah dan mendukung Qi/Yang	Perut keras, kembung
ST40 Fenglong	Mentransformasi Dahak-Lembap	Kembung dan tanda kelembapan

3.5. Interpretasi Respons Klinis

Setelah enam sesi, perubahan yang paling jelas adalah berkurangnya kekakuan leher dan punggung, hilangnya keluhan perut keras dan kembung, tidur yang lebih nyaman, serta perbaikan konsistensi feses. Pada pemeriksaan, perubahan tersebut disertai tampilan lebih segar, hilangnya bau mulut, dan tidak ditemukannya nyeri tekan. Secara klinis, pola respons lintasdomain dapat dianggap bermakna bagi partisipan karena menyentuh keluhan utama dan kualitas istirahat.

Walaupun demikian, istilah 'berkurang secara bermakna' perlu digunakan secara hati-hati. Dalam penelitian kuantitatif, makna klinis biasanya ditetapkan dengan instrumen dan ambang perubahan tertentu, misalnya Visual Analog Scale, Numeric Rating Scale, Neck Disability Index, atau rentang gerak servikal. Data tersebut tidak tersedia pada kasus ini. Karena itu, versi artikel ini menggunakan istilah 'perbaikan deskriptif' dan tidak menyatakan besar efek.

Penurunan keluhan setelah terapi dapat dipengaruhi oleh beberapa mekanisme. Secara fisiologis, stimulasi jarum dapat memodulasi proses nosiseptif perifer dan sentral, mengubah aktivitas otot, dan memengaruhi respons otonom. Secara kontekstual, perhatian terapeutik, harapan pasien, rasa hangat dari moksibusi, istirahat selama sesi, dan perubahan perilaku dapat berkontribusi. Uji sham pada akupunktur menunjukkan bahwa bentuk kontrol dan ekspektasi dapat menghasilkan respons yang tidak kecil [8]. Karena tidak ada kelompok pembandingan, kontribusi masing-masing mekanisme tidak dapat dipisahkan.

Perbaikan tidur patut diperhatikan karena tidur yang buruk dapat meningkatkan sensitivitas nyeri, mengurangi pemulihan, dan memengaruhi regulasi emosi. Pada kasus ini, keluhan memburuk ketika begadang dan partisipan mudah marah karena kurang istirahat. Dengan membaiknya tidur, persepsi kekakuan dan kesejahteraan umum juga mungkin membaik. Akan tetapi, laporan tidak mencatat apakah pola begadang, aktivitas fisik, atau pola makan berubah selama terapi, sehingga efek faktor gaya hidup tidak dapat dikendalikan.

Perbaikan keluhan pencernaan juga dapat berhubungan dengan relaksasi, perubahan pola makan, variasi alami gejala, atau efek intervensi. Hubungan antara akupunktur pada titik tertentu dan perubahan pencernaan tidak dapat dipastikan dari satu kasus. Temuan tersebut sebaiknya diposisikan sebagai observasi yang menghasilkan hipotesis, bukan klaim bahwa terapi telah terbukti mengobati gangguan pencernaan.

Bukti eksternal memberikan konteks yang sejalan namun tidak identik. RCT Chen et al. melaporkan pengurangan nyeri dan perbaikan kualitas hidup setelah akupunktur terstruktur untuk nyeri leher terkait spondilosis [6]. Meta-analisis Huang et al. menemukan manfaat pada nyeri spinal kronis, tetapi memasukkan populasi dan kondisi yang heterogen [7]. Uji Zhao et al. menunjukkan efek jangka lebih panjang pada nyeri leher kronis, namun perbedaannya terhadap kontrol berada di bawah ambang minimal penting secara klinis [9]. Karena itu, hasil kasus ini masuk akal sebagai respons individual, tetapi tidak cukup untuk memperluas kesimpulan ke populasi.

Pada laporan radikulopati servikal, tinjauan tahun 2024 menemukan hasil yang mendukung akupunktur dibandingkan traksi pada beberapa luaran [10]. Namun, partisipan dalam studi kasus ini tidak dilaporkan memiliki nyeri menjalar, parestesia, kelemahan, atau defisit refleks. Hasil penelitian radikulopati tidak boleh dipindahkan secara langsung ke kasus nyeri aksial tanpa konfirmasi. Demikian pula, rekomendasi untuk mielopati degeneratif terutama berfokus pada evaluasi neurologis dan keputusan operasi, bukan pada terapi simptomatik semata [4], [5].

Keselamatan merupakan bagian penting dalam interpretasi. Pada dokumen sumber tidak dilaporkan kejadian tidak diinginkan, tetapi ketiadaan catatan tidak sama dengan bukti bahwa tidak terjadi efek samping. Penelitian berikutnya perlu mendokumentasikan nyeri saat penjaruman, perdarahan ringan, memar, pusing, sinkop, luka bakar moksibusi, infeksi, dan kejadian lain secara sistematis. Akupunktur sebaiknya dilakukan oleh tenaga terlatih dengan teknik aseptik dan pemilihan titik yang mempertimbangkan anatomi serta kondisi pasien.

3.6. Kekuatan, Keterbatasan, dan Implikasi

Kekuatan laporan ini adalah penggunaan kerangka pemeriksaan yang konsisten, pencatatan keluhan utama dan penyerta, serta evaluasi pada lebih dari satu domain. Perbandingan kunjungan pertama dan keenam memudahkan pembaca melihat arah perubahan. Artikel juga memperbaiki inkonsistensi diagnosis yang terdapat dalam naskah awal dan membedakan temuan aktual dari interpretasi teoretis.

Keterbatasan utamanya adalah desain satu kasus tanpa kontrol, sehingga regresi menuju rerata, perjalanan alami penyakit, efek harapan, perubahan aktivitas, dan intervensi lain tidak dapat disingkirkan. Tidak ada skor nyeri, skor disabilitas, pengukuran rentang gerak, pemeriksaan neurologis, pencitraan, atau tindak lanjut setelah sesi keenam. Data sesi kedua sampai kelima tidak dirinci, sehingga tidak diketahui kapan perubahan mulai terjadi atau apakah respons berlangsung stabil.

Diagnosis spondilosis servikal juga belum didukung data pencitraan dalam artikel. Pada usia 36 tahun, keluhan kaku leher dapat memiliki berbagai penyebab, termasuk nyeri leher nonspesifik, ketegangan miofasial, gangguan postural, atau degenerasi. Oleh karena itu, penggunaan istilah diagnostik perlu mengikuti bukti klinis yang tersedia. Penelitian mendatang dapat menambahkan pemeriksaan medis, skrining red flag, skala nyeri, Neck Disability Index, rentang gerak, kualitas tidur, dan kualitas hidup.

Untuk meningkatkan mutu bukti, studi berikutnya dapat menggunakan desain serial case report atau studi prospektif dengan protokol yang telah ditetapkan. Pengukuran dilakukan pada setiap sesi dan pada masa tindak lanjut, misalnya empat, delapan, atau dua belas minggu setelah terapi. Dokumentasi intervensi sebaiknya mencakup ukuran dan jenis jarum, kedalaman, teknik stimulasi, lama retensi, dosis moksibusi, perubahan titik, kepatuhan, serta efek samping. Prinsip pelaporan uji akupunktur juga perlu mempertimbangkan tantangan blinding, pemilihan sham, dan standarisasi praktisi [8].

Implikasi praktisnya adalah bahwa akupunktur dapat dipertimbangkan sebagai bagian dari pengelolaan simptomatik terintegrasi pada pasien yang telah melalui skrining yang sesuai. Edukasi ergonomi, pengaturan jeda aktivitas, latihan gerak dan penguatan, tidur yang cukup, serta evaluasi medis bila muncul gejala neurologis tetap diperlukan. Pendekatan terintegrasi lebih aman daripada menempatkan satu modalitas sebagai terapi tunggal untuk semua bentuk spondilosis servikal.

Tabel 4. Keterbatasan dan Rekomendasi Perbaikan Penelitian

Keterbatasan	Dampak terhadap interpretasi	Perbaikan yang disarankan
DOI: https://doi.org/10.31004/riggs.v5i2.12594 Lisensi: Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)		

Satu partisipan, tanpa kontrol	Tidak dapat menyimpulkan kausalitas	Tambahkan seri kasus atau kelompok pembandingan
Luaran deskriptif	Besar efek tidak diketahui	Gunakan NRS/VAS, NDI, ROM, dan kualitas hidup
Tidak ada data sesi 2-5	Trajektori respons tidak diketahui	Ukur dan catat setiap sesi
Tidak ada pencitraan/neurologis	Diagnosis biomedis tidak terverifikasi	Lakukan evaluasi sesuai indikasi
Tidak ada tindak lanjut	Durasi manfaat tidak diketahui	Tambahkan follow-up 4-12 minggu
Efek samping tidak dirinci	Keselamatan tidak dapat dinilai lengkap	Gunakan formulir adverse event

3.7. Sintesis Bukti Terkini dan Relevansinya terhadap Kasus

Interpretasi laporan kasus perlu ditempatkan di antara dua kebutuhan yang sama pentingnya. Di satu sisi, pengalaman klinis individual menyediakan detail mengenai proses pengkajian, rasional pemilihan titik, respons pasien, dan konteks praktik yang sering tidak terlihat dalam uji terkontrol. Di sisi lain, laporan satu pasien rentan terhadap bias seleksi, fluktuasi alami gejala, dan pengaruh faktor nonspesifik. Oleh karena itu, hasil kasus paling tepat digunakan untuk menunjukkan kelayakan proses asuhan dan membentuk hipotesis, sedangkan keputusan mengenai efektivitas harus mengacu pada kumpulan bukti yang lebih luas.

Uji terkontrol Chen et al. pada nyeri leher terkait spondilosis menggunakan intervensi akupunktur yang dioptimalkan dan pengukuran luaran terstandarisasi. Penelitian tersebut menunjukkan perbaikan nyeri dan kualitas hidup setelah terapi serta pada masa tindak lanjut [6]. Kesamaannya dengan kasus ini terletak pada fokus nyeri atau kekakuan leher dan pemberian terapi berulang. Perbedaanannya adalah laporan ini menggunakan diferensiasi sindrom dan moksibusi, tidak memiliki pembandingan, serta tidak memakai skala kuantitatif. Karena itu, penelitian Chen et al. mendukung plausibilitas manfaat simptomatik, tetapi tidak memvalidasi secara langsung kombinasi titik dan pola TCM pada partisipan ini.

Meta-analisis Huang et al. mencakup 22 uji acak dengan 2.588 peserta dan menemukan bahwa akupunktur dapat mengurangi nyeri spinal kronis serta memperbaiki fungsi dibandingkan sham, perawatan biasa, atau tanpa terapi [7]. Meskipun jumlah peserta besar, istilah nyeri spinal mencakup populasi dan lokasi yang beragam. Heterogenitas tersebut membatasi penerapan angka efek pada satu kasus spondilosis servikal. Temuan yang dapat digunakan secara hati-hati adalah bahwa respons simptomatik terhadap akupunktur telah diamati pada berbagai penelitian, sementara besarnya manfaat untuk subkelompok tertentu masih perlu dipastikan.

Uji Zhao et al. tahun 2024 memberikan informasi penting karena melibatkan ratusan peserta dengan nyeri leher kronis dan tindak lanjut 24 minggu [9]. Akupunktur individual menghasilkan penurunan nyeri yang lebih besar dibandingkan sham dan daftar tunggu, tetapi selisih relatifnya tidak mencapai perubahan minimal penting secara klinis. Pesan metodologisnya adalah bahwa hasil yang signifikan secara statistik belum tentu dirasakan sebagai perubahan besar oleh pasien. Pada laporan ini, penggunaan istilah perbaikan didasarkan pada hilangnya beberapa keluhan dan perubahan palpasi, tetapi tanpa skala tidak dapat diketahui apakah perubahan tersebut memenuhi ambang klinis yang lazim digunakan.

Tinjauan sistematis Zhao et al. dan analisis jaringan Lin et al. berfokus pada radikulopati servikal akibat spondilosis [10], [11]. Kedua kajian melaporkan hasil yang cenderung mendukung terapi akupunktur atau modalitas terkait, namun kualitas dan variasi studi membatasi kepastian. Partisipan pada laporan ini tidak memiliki dokumentasi gejala radikular seperti nyeri menjalar ke lengan, baal, kelemahan, atau perubahan refleks. Oleh sebab itu, referensi radikulopati digunakan hanya sebagai konteks literatur, bukan dasar untuk mengklasifikasikan kasus.

Selain kemanjuran, literatur terkini menekankan kebutuhan standarisasi pelaporan. Fei et al. menjelaskan bahwa uji akupunktur menghadapi masalah pemilihan kontrol, blinding, kompetensi praktisi, individualisasi, dan deskripsi dosis [8]. Laporan kasus ini telah menyebutkan titik, teknik tonifikasi, moksibusi, retensi sekitar 30 menit, dan jumlah sesi, tetapi belum mencatat ukuran jarum, kedalaman, arah, jumlah manipulasi, dosis panas, respons deqi per titik, serta kepatuhan pasien. Penambahan unsur tersebut akan meningkatkan replikasi dan penilaian kualitas.

Penggunaan bukti ilmiah modern tidak meniadakan kerangka TCM, tetapi mengharuskan pemisahan antara bahasa diagnosis tradisional dan klaim biomedis. Istilah Defisiensi Hati-Ginjal atau Dahak-Lembap merupakan kategori pola dalam sistem TCM. Kategori tersebut tidak identik dengan penyakit hati, ginjal, atau produksi mukus dalam biomedis. Penjelasan artikel perlu menjaga batas konseptual ini agar pembaca tidak menyimpulkan bahwa pemeriksaan organ biomedis telah dilakukan atau bahwa perbaikan sindrom TCM setara dengan perubahan struktur tulang belakang.

Dalam kasus ini, respons pada keluhan pencernaan dan tidur memperlihatkan alasan pendekatan holistik diminati dalam praktik. Namun, keluasan luaran juga meningkatkan risiko atribusi berlebihan. Sebagai contoh, tidur dapat membaik karena nyeri berkurang, jadwal berubah, efek relaksasi, atau variasi alami. Kembung dapat berubah

karena makanan dan pola buang air besar. Penelitian lanjutan perlu mencatat faktor pendamping sehingga hubungan waktu antara terapi dan perubahan dapat dianalisis dengan lebih baik.

Secara keseluruhan, sintesis bukti menunjukkan posisi yang seimbang. Akupunktur memiliki bukti potensial untuk mengurangi nyeri leher dan nyeri spinal kronis pada sebagian pasien [6], [7], [9], tetapi heterogenitas, kontrol sham, dan relevansi klinis membatasi klaim yang terlalu kuat [8]-[11]. Laporan ini konsisten dengan kemungkinan respons simptomatik, tetapi tidak dapat menetapkan bahwa akupunktur atau moksibusi merupakan penyebab tunggal perbaikan.

3.8. Usulan Alur Asuhan dan Pemantauan Klinis

Berdasarkan pembelajaran dari kasus dan literatur, asuhan akupunktur untuk keluhan servikal dapat disusun dalam alur yang lebih terstandarisasi. Tahap pertama adalah skrining keselamatan. Praktisi perlu menanyakan trauma, demam, penyakit sistemik, penurunan berat badan, nyeri malam berat, kelemahan, gangguan sensibilitas, gangguan berjalan, penurunan ketangkasan tangan, dan gangguan eliminasi. Bila terdapat tanda bahaya atau defisit neurologis progresif, pasien perlu dirujuk untuk evaluasi medis dan pencitraan sesuai indikasi [2], [5], [18].

Tahap kedua adalah pengukuran awal. Selain Si Zhen, laporan dapat menggunakan Numeric Rating Scale atau Visual Analog Scale untuk nyeri, Neck Disability Index untuk dampak fungsi, pengukuran rentang gerak servikal, kualitas tidur, dan catatan penggunaan obat. Pengukuran yang sama diulang pada setiap sesi atau pada titik waktu yang telah ditetapkan. Kombinasi data tradisional dan instrumen modern memungkinkan perubahan klinis dilihat secara lebih objektif tanpa menghilangkan karakter individualisasi.

Tahap ketiga adalah dokumentasi intervensi. Setiap sesi sebaiknya mencatat titik yang digunakan, sisi tubuh, ukuran dan jenis jarum, kedalaman, sudut, teknik manipulasi, respons deqi, lama retensi, penggunaan moksibusi, serta modifikasi berdasarkan respons. Bila titik tidak berubah, alasan klinis tetap dicatat. Dokumentasi tersebut penting karena istilah 'akupunktur' mencakup beragam teknik dengan dosis dan karakter yang berbeda.

Tahap keempat adalah pemantauan keselamatan dan respons. Praktisi perlu menanyakan efek setelah sesi, termasuk nyeri sementara, memar, perdarahan, pusing, lemas, gangguan kulit, atau ketidaknyamanan akibat panas. Perubahan gejala utama, tidur, aktivitas, dan fungsi dicatat. Bila tidak ada perbaikan setelah sejumlah sesi yang telah disepakati atau muncul gejala baru, diagnosis dan rencana terapi perlu dievaluasi kembali.

Tahap kelima adalah integrasi perawatan mandiri. Pada pasien tanpa kontraindikasi, edukasi dapat mencakup pengaturan posisi kerja, jeda gerak, latihan rentang gerak ringan, aktivitas fisik bertahap, dan kebiasaan tidur. Unsur tersebut perlu dicatat karena dapat memengaruhi luaran. Dalam penelitian, perubahan perilaku harus diperlakukan sebagai ko-intervensi, bukan diabaikan.

Alur ini membantu menjaga keselamatan sekaligus memperkuat nilai ilmiah dokumentasi. Pada praktik mandiri, formulir sederhana dapat memuat skrining red flag, data Si Zhen, skala nyeri, fungsi, protokol titik, efek samping, dan evaluasi. Dengan cara tersebut, kumpulan kasus dapat dianalisis menjadi seri kasus prospektif dan memberikan dasar yang lebih kuat bagi penelitian berikutnya.

Tabel 5. Usulan Parameter Pemantauan pada Setiap Sesi

Tahap	Parameter minimum	Tujuan
Skrining	Red flag dan gejala neurologis	Menentukan keamanan dan kebutuhan rujukan
Baseline	NRS/VAS, NDI, ROM, tidur, obat	Menyediakan nilai pembandingan
Intervensi	Titik, sisi, jarum, kedalaman, deqi, retensi, moksibusi	Menjamin replikasi
Respons	Nyeri, fungsi, tidur, keluhan penyerta	Menilai arah dan besar perubahan
Keselamatan	Memar, perdarahan, pusing, luka bakar, keluhan baru	Mencatat adverse event
Tindak lanjut	Luaran 4-12 minggu	Menilai keberlanjutan manfaat

3.9. Implikasi Klinis bagi Praktik Mandiri

Pada praktik mandiri, laporan ini menunjukkan bahwa dokumentasi yang sistematis dapat meningkatkan mutu pelayanan sekaligus memudahkan evaluasi. Pencatatan tidak cukup hanya menyebutkan titik dan diagnosis, tetapi perlu menghubungkan temuan pemeriksaan, tujuan terapi, dosis intervensi, dan perubahan luaran. Hubungan tersebut membuat alasan klinis lebih transparan serta membantu praktisi mengenali apakah suatu rencana perlu dipertahankan, dimodifikasi, atau dihentikan.

Partisipan usia produktif dengan keluhan leher sering datang dengan kombinasi faktor pekerjaan, tidur, aktivitas fisik, dan stres. Karena itu, sesi akupunktur dapat disertai edukasi sederhana mengenai jeda postur, variasi gerak, pengaturan layar, aktivitas fisik bertahap, dan kebiasaan tidur. Edukasi bukan sekadar tambahan, tetapi bagian dari

manajemen risiko kekambuhan. Dalam dokumentasi penelitian, setiap edukasi perlu dicatat sebagai ko-intervensi agar kontribusinya terhadap perubahan gejala dapat dipertimbangkan.

Praktisi juga perlu menetapkan batas keberhasilan dan kegagalan terapi sejak awal. Sebagai contoh, evaluasi dapat dilakukan setelah tiga sampai enam sesi menggunakan skor nyeri dan fungsi. Bila tidak ada perubahan yang dapat dirasakan, bila gejala memburuk, atau bila muncul tanda neurologis, rencana harus ditinjau kembali. Pendekatan ini mencegah pemberian terapi berulang tanpa tujuan yang terukur dan mendukung pengambilan keputusan bersama pasien.

Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain penting ketika diagnosis belum jelas atau terdapat komorbiditas. Pemeriksaan medis, fisioterapi, latihan terapeutik, dan akupunktur dapat memiliki peran yang berbeda dan saling melengkapi. Pada keluhan yang diduga melibatkan radikulopati atau mielopati, akupunktur tidak boleh menunda evaluasi neurologis. Rekomendasi mutakhir menempatkan status neurologis, gangguan fungsi, dan pencitraan sebagai dasar penting dalam penatalaksanaan mielopati servikal degeneratif [5], [18].

Dari sisi komunikasi, pasien perlu menerima penjelasan bahwa tujuan utama terapi dalam laporan ini adalah pengurangan gejala dan peningkatan kenyamanan, bukan pembalikan perubahan degeneratif tulang belakang. Penjelasan yang realistis membantu menghindari ekspektasi berlebihan. Persetujuan tindakan harus mencakup manfaat yang diharapkan, keterbatasan bukti, alternatif perawatan, kemungkinan efek samping, serta kapan pasien harus mencari pertolongan medis.

Apabila praktik mandiri menerapkan formulir pemantauan yang konsisten, data anonim dari beberapa pasien dapat dikembangkan menjadi registri sederhana. Registri tersebut dapat mencatat profil pasien, diagnosis, pola TCM, protokol terapi, luaran, efek samping, dan tindak lanjut. Kumpulan data prospektif akan memberikan gambaran yang lebih kuat tentang variasi respons dan membantu memilih pertanyaan penelitian yang relevan untuk studi berikutnya.

4. Kesimpulan

Studi kasus ini menggambarkan asuhan akupunktur selama enam sesi pada seorang laki-laki berusia 36 tahun dengan keluhan kaku leher dan tulang punggung yang disertai perut keras, kembung, serta gangguan tidur. Pemeriksaan Si Zhen menghasilkan diagnosis Spondilosis Servikal dengan pola Defisiensi Hati-Ginjal, Defisiensi Limpa-Ginjal Yang, dan Dahak-Lembap. Terapi menggunakan kombinasi titik lokal dan distal, teknik tonifikasi, serta moksibusi hangat. Pada kunjungan keenam, kekakuan leher dan punggung berkurang, keluhan perut keras dan kembung tidak lagi dirasakan, tidur menjadi nyaman, konsistensi feses membaik, tampilan wajah lebih segar, bau mulut menghilang, dan nyeri tekan tidak ditemukan. Aversi terhadap dingin dan nadi lemah masih bertahan. Hasil tersebut menunjukkan perbaikan deskriptif pada beberapa domain, tetapi tidak membuktikan efektivitas kausal karena desain satu kasus, ketiadaan kelompok kontrol, luaran kuantitatif, pemeriksaan neurologis dan pencitraan, serta tindak lanjut. Akupunktur dapat dipertimbangkan sebagai terapi simptomatik komplementer setelah skrining yang tepat, sementara tanda neurologis progresif memerlukan evaluasi medis. Penelitian lanjutan perlu menggunakan pengukuran terstandarisasi, dokumentasi intervensi dan efek samping yang lengkap, data setiap sesi, serta tindak lanjut untuk menilai besarnya dan keberlanjutan respons.

Referensi

- [1] K. D. Allen, L. M. Thoma, and Y. M. Golightly, "Epidemiology of osteoarthritis," *Osteoarthritis and Cartilage*, vol. 30, no. 2, pp. 184–195, 2022, doi: 10.1016/j.joca.2021.04.020.
- [2] M. Lannon and E. Kachur, "Degenerative cervical myelopathy: Clinical presentation, assessment, and natural history," *Journal of Clinical Medicine*, vol. 10, no. 16, art. 3626, 2021, doi: 10.3390/jcm10163626.
- [3] A. Nouri et al., "Degenerative cervical myelopathy: Development and natural history (AO Spine RECODE-DCM Research Priority Number 2)," *Global Spine Journal*, vol. 12, no. 1_suppl, pp. 39S–54S, 2022, doi: 10.1177/21925682211036071.
- [4] M. Sarraj, P. Hache, F. Foroutan, C. Oitment, T. E. Marion, D. Guha, and M. Pahuta, "Natural history of degenerative cervical myelopathy: A meta-analysis and neurologic deterioration survival curve synthesis," *The Spine Journal*, vol. 24, no. 1, pp. 46–56, 2024, doi: 10.1016/j.spinee.2023.07.020.
- [5] M. G. Fehlings et al., "AO Spine clinical practice recommendations for diagnosis and management of degenerative cervical myelopathy: Evidence based decision making," *Global Spine Journal*, vol. 15, no. 5, pp. 2585–2593, 2025, doi: 10.1177/21925682251331050.
- [6] L. Chen et al., "Optimized acupuncture treatment (acupuncture and intradermal needling) for cervical spondylosis-related neck pain: A multicenter randomized controlled trial," *Pain*, vol. 162, no. 3, pp. 728–739, 2021, doi: 10.1097/j.pain.0000000000002071.
- [7] J. F. Huang, X. Q. Zheng, D. Chen, X. Lin, X. Wang, and J. Wu, "Can acupuncture improve chronic spinal pain? A systematic review and meta-analysis," *Global Spine Journal*, vol. 11, no. 8, pp. 1248–1265, 2021, doi: 10.1177/2192568220962440.
- [8] Y. T. Fei et al., "Methodological challenges in design and conduct of randomised controlled trials in acupuncture," *BMJ*, vol. 376, art. e064345, 2022, doi: 10.1136/bmj-2021-064345.
- [9] L. Zhao et al., "Long-term effects of individualized acupuncture for chronic neck pain: A randomized controlled trial," *Annals of Internal Medicine*, vol. 177, no. 10, pp. 1330–1338, 2024, doi: 10.7326/M23-2425.
- [10] H. Zhao, C. Wang, X. Wang, J. Ju, C. Yan, and B. Shi, "Efficacy and safety of acupuncture in the treatment of radicular cervical spondylosis: A systematic review and meta-analysis," *Combinatorial Chemistry & High Throughput Screening*, vol. 27, no. 19, pp. 2951–2962, 2024, doi: 10.2174/0113862073265007231108050338.

- [11] Y. Lin et al., "The efficacy of acupuncture therapies in cervical spondylotic radiculopathy: A network meta-analysis," *Heliyon*, vol. 10, art. e31793, 2024, doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e31793.
- [12] A. H. Ropper, M. A. Samuels, J. P. Klein, and S. Prasad, *Adams and Victor's Principles of Neurology*, 12th ed. New York, NY, USA: McGraw Hill, 2023.
- [13] M. Baehr and M. Frotscher, *Duus' Topical Diagnosis in Neurology: Anatomy, Physiology, Signs, Symptoms*, 6th ed. Stuttgart, Germany: Thieme, 2022.
- [14] G. Maciocia, *The Practice of Chinese Medicine: The Treatment of Diseases with Acupuncture and Chinese Herbs*, 3rd ed. London, UK: Elsevier, 2022.
- [15] X. Cheng, *Chinese Acupuncture and Moxibustion*, 4th ed. Beijing, China: Foreign Languages Press, 2019.
- [16] P. Deadman, M. Al-Khafaji, and K. Baker, *A Manual of Acupuncture*, 2nd ed. Hove, UK: Journal of Chinese Medicine Publications, 2007.
- [17] D. J. Magee, *Orthopedic Physical Assessment*, 7th ed. St. Louis, MO, USA: Elsevier, 2021.
- [18] J. Williams, A. D. Glassman, and M. G. Fehlings, "Degenerative cervical myelopathy: Evaluation and management," *Orthopedic Clinics of North America*, vol. 53, no. 4, pp. 509–521, 2022, doi: 10.1016/j.ocl.2022.05.007.
- [19] D. Zeng et al., "Placebo response varies between different types of sham acupuncture: A randomized double-blind trial in neck pain patients," *European Journal of Pain*, vol. 26, no. 5, pp. 1006–1020, 2022, doi: 10.1002/ejp.1924.
- [20] L. Martín-Sacristán et al., "Dry needling in active or latent trigger point in patients with neck pain: A randomized clinical trial," *Scientific Reports*, vol. 12, art. 3188, 2022, doi: 10.1038/s41598-022-07063-0.