

**KARYA TULIS ILMIAH**

**PENERAPAN ROM PASIF TERHADAP KEKAKUAN SENDI  
PADA NY.J DENGAN STROKE ISKEMIK DI RT 06  
KAMPUNG TANAMA DISTRIK PARIWARI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS SEKBAN**



**NAMA : TRIAN STEVEN JULIANS NABAEMA  
NIM : 81447220038**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN SORONG PRODI  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATANN  
FAKFAK TAHUN 2023**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**PENERAPAN ROM PASIF TERHADAP KEKAKUAN SENDI  
PADA NY.J DENGAN STROKE ISKEMIK DI RT 06  
KAMPUNG TANAMA DISTRIK PARIWARI  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS SEKBAN**

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program D.III Keperawatan



**NAMA : TRIAN STEVEN JULIANS NABAEMA  
NIM : 81447220038**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN SORONG PRODI  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATANN  
FAKFAK TAHUN 2023**

## **HALAMAN PERSETUJUAN**

Karya Tulis Ilmiah oleh Trian Steven Julians Nabaema Nim 814472220038 dengan judul Penerapan terapi ROM pasif terhadap kekakuan sendi pada Ny.J dengan stroke iskemia di RT 06, kampung Tanama, Distrik Pariwari, Wilayah Kerja Puskesmas Sekban telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing untuk diujikan.

Fakfak, 06 September 2023  
Pembimbing,



Ns Yosina Atanai, S.Kep.M.Tr.Kep  
NIP. 91964012920202202201

## HALAMAN PENGESAHAN

Proposal/Karya Tulis Trian Steven Julians Nabaema Nim 814472220038 dengan judul Penerapan terapi ROM pasif terhadap kekakuan sendi pada Ny.J dengan stroke iskemia di RT 06 kampung Tanama, Distrik Pariwari, Wilayah Kerja Puskesmas Sekban telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 30 Agustus 2023

Dewan Penguji :

Penguji Ketua

Ns Yosina Atanai, S.Kep.M.Tr.Kep  
NIP.91964012920202202201



(.....)

Penguji Anggota I


Elzina.D.DeFretes, S.SiT, M.Kes  
NIP.19740301199602001



(.....)

Penguji Anggota II

Ns. Hajija Bauw, S.Kep., M.Kep  
NIP.197304111993022001



(.....)

## **HALAMAN PERNYATAAN PLAGIARISME**

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama : Trian steven julians nabaema  
NIM : 81447220038  
Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan  
Inststitusi : Poltekkes Kemenkes Sorong  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Penerapan terapi ROM pasif terhadap Penerapan  
terapi ROM pasif terhadap kekakuan sendi pada  
Ny.J dengan stroke iskemia di RT 06 kampung  
Tanama, Distrik Pariwari, Wilayah Kerja  
Puskesmas Sekban.

Menyatakan bahwa dalam yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Fakfak, 06 September 2023  
Yang membuat pernyataan,

Meterai  
(Trian S J Nabaema)

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kepada Tuhan yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul Penerapan terapi ROM pasif terhadap kekakuan sendi pada Ny.J dengan stroke iskemia di RT 06 Kampung Tanama, Distrik Pariwari, Wilayah Kerja Puskesmas Sekban, yang telah dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) pada Program Studi Diploma III Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemnkes Sorong. Karya Tulis Ilmiah ini terwujud atas bimbingan, arahan dan dukungan dari berbagai pihak.

Pada kesempatan yang berbahagia ini dan dari hati yang paling dalam penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Ariani Pongoh, S.SiT, M.Kes selaku Direktur Polteknik Kesehatanm Kemenkes Sorong yang telah memberi kesempatan kepada penulis mengikuti pendidikan di Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak
2. Bapak Yehud Maryen, SKM, MPH selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak sekaligus sebagai penguji yang telah memberikan kritik dan saran untuk perbaikan karya tulis ilmiah penulis
3. Ibu Bokia Rengen A.Md.Keb selaku Kepala Puskesmas Sekban Distrik Pariwari Kabupaten Fakfak
4. Elzina D.De Fretes,S.SiT,M.Kes selaku dosen penguji I yang telah memberi masukan, kritik dan pertanyaan untuk perbaikan karya tulis ini.

5. Ns Yosina Atanai,S.Kep.M.Tr.Kep selaku dosen pembimbing yang telah banyak membantu, memberikan masukan dan arahan dengan penuh kesabaran kepada penulis sehingga karya tulis ini dapat berjalan dengan baik.
6. Ny.J dan keluarga yang telah membantu dan kooperatif selama dilakukan intervensi.
7. Kedua orang tua tersayang dan keluarga yang telah memberikan bantuan material dan moral; dan
8. Sahabat terbaik arnol atkana dan azwan ode yang telah banyak membantu memberikan semangat bagi penulis dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu dan penulis sungguh menyadari ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk kritik, saran dan diskusi lebih lanjut pembaca persilahkan untuk menghubungi penulis melalui email [snabaema@gmail.com](mailto:snabaema@gmail.com)

. Semoga tulisan ini memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu, terutama dalam pendidikan keperawatan dan kesehatan lainnya.

Fakfak, 06 September 2023  
Peneliti

(Trian S J Nabaema)

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Persetujuan.....	ii
Halaman Pengesahan .....	iii
Halaman Pernyataan.....	iv
Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi .....	vii
Daftar Tabel .....	ix
Daftar Gambar.....	x
Daftar Arti Singkatan .....	xi
Daftar Lampiran .....	xii
Abstrak .....	xiii
<i>Abstract</i> .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>
A. Konsep Dasar Medis Stroke iskemia .....	7
B. Konsep Masalah Keperawatan Stroke iskemia .....	18
C. Konsep Asuhan Keperawatan Kel. Dengan Stroke iskemia .....	27
D. Konsep Terapi ROM Pasif.....	41
E. Konsep Manual Muscle Testing (MMT).....	52
<b>BAB III METODE STUDI KASUS.....</b>	<b>55</b>
A. Rancangan Studi Kasus .....	55
B. Subjek Studi Kasus.....	55
C. Fokus Studi .....	56

D. Definisi Operasional .....	56
E. Tempat dan Waktu .....	57
F. Pengumpulan Data.....	57
G. Analisa Data dan Penyajian Data .....	60
H. Etika Studi Kasus .....	61
<b>BAB IV HASI DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>62</b>
A. Hasil Studi Kasus .....	62
B. Pembahasan .....	71
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>76</b>
A. Kesimpulan.....	77
B. Saran .....	78
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>79</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
2.1 Kriteria Hasil/Luaran I .....	18
2.2 Kriteria Hasil/Luaran II.....	19
2.3 Kriteria Hasil/Luaran III .....	20
2.4 Kriteria Hasil/Luaran IV .....	21
2.5 Nilai Kekuatan Otot .....	27
2.6 Skoring Masalah Keperawatan .....	32
2.7 Rencana Keperawatan Keluarga Dengan Stroke Iskemik .....	33
2.9 SOP ROM Pasif .....	45
2.10 Pemeriksaan Khusus MMT.....	54
4.1 Pengkajian Keperawatan.....	62
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	63
4.3 Tujuan Keperawatan .....	63
4.4 Intervensi Keperawatan.....	63
4.5 Implementasi Keperawatan.....	64
4.6 Evaluasi Tujuan Keperawatan.....	65
4.7 Catatan Perkembangan I .....	66
4.8 Catatan Perkembangan II .....	67
4.9 Catatan Perkembangan III.....	68
4.10 Catatan Perkembangan IV .....	69
4.11 Evaluasi Catatan Perkembangan .....	70

## **DAFTAR GAMBAR**

## **ARTI SINGKATAN**

WHO	: <i>World Health Organization</i> (Organisasi Kesehatan Dunia)
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
WIT	: Waktu Indonesia Timur
SDKI	: Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
KK	: Kepala Keluarga
RT	: Rukun Tetangga

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran	Halaman
1. SOP ROM Pasif .....	81
2. Surat Permohonan Pengambilan Kasus .....	82
3. Surat Keterangan Bebas Laboratorium .....	85
4. Surat Keterangan Bebas Tugas PKK .....	86
5. Surat Keterangan Bebas Pustaka.....	87
6. Lembar Informed Consent .....	88
7. Surat Persetujuan Menjadi Responden.....	89
8. Lembar Konsultasi KTI.....	90

PENERAPAN TERAPI ROM PASIF TERHADAP PASIEN NY,J  
DENGAN STROKE ISKEMIK DI RT 06 KAMPUNG  
TANAMA DISTRIK PARIWARI WILAYAH  
KERJA PUSKESMAS SEKBAN

Trian nabaema<sup>1</sup>, yosina<sup>2</sup>, elzin de fretes<sup>3</sup>

- 1) Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Fakfak
- 2) Staf Dosen Prodi D-III Keperawatan Fakfak
- 3) Staf Prodi D-III Keperawatan Fakfak

Email : [snabaema@gmail.com](mailto:snabaema@gmail.com).

Abstrak

**Latar Belakang :** stroke adalah suatu serangan mendadak yang terjadi di otak yang mengakibatkan pembuluh darah di otak (tersumbat atau pecah) dan akhirnya bermanifestasi dalam beragam gejala (mulai dari kelumpuhan, kesulitan berbicara/pelo, gangguan menelan, dan sebagainya) Menurut World Health Organization (WHO), stroke merupakan adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (atau global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler. Mengatasi masalah stroke iskemia di Indonesia telah dilakukan penelitian tentang terapi nonfarmakologi oleh beberapa peneliti yaitu latihan ROM bentuk latihan dalam proses rehabilitasi

**Tujuan Penelitian:** Penelitian ini bertujuan untuk mendapat pengetahuan dan gambaran tentang penerapan terapi ROM pasif pada pasien dengan stroke iskemia.

**Metode:** Jenis rancangan penelitian ini adalah rancangan studi kasus menggunakan jenis penelitian deskriptif, yaitu penelitian yang dilakukan terfokus pada suatu kasus tertentu untuk diamati dan dianalisis secara cermat sampai tuntas.

**Subyek :** Ny.J dengan stroke iskemia. yang akan dilakukan intervensi keperawatan tentang penerapan terapi ROM pasif .

**Hasil :** setelah dilakukan intervensi keperawatan penerapan terapi ROM pasif selama 5 hari pada Ny.J hasil kekuatan otot pada ekstremitas kiri atas nilainya 2 dan kiri bawah nilainya 4.

**Kesimpulan :** setelah melakukan penelitian tentang terapi ROM pasif pada pasien dengan stroke iskemia hasil menunjukkan yaitu kekakuan pada sendi menurun dan kekuatan otot meningkat. Disarankan kepada kepala Puskesmas Sekban dan jajarannya untuk menerapkan terapi ROM pasif pada pasien stroke iskemik di wilayah kerjanya.

**Kata Kunci :** Stroke Iskemik, Kekakuan sendi, ROM pasif

**APPLICATION OF PASSIVE ROM THERAPY TO PATIENTS NY,J  
WITH ISCHEMIC STROKE IN RT 06 KAMPUNG  
PLANT OF THE REGIONAL TOURISM DISTRICT  
WORK PUSKESMAS SEKBAN**

Trian nabaema<sup>1</sup>, , Yosina Atanai<sup>2</sup>, Elzin De Fretes<sup>3</sup>

1) Fakfak D-III Nursing Study Program students

2) Lecturer Staff of D-III Nursing Study Program, Fakfak

3) Fakfak D-III Nursing Study Program Staff

Email: : [snabaema@gmail.com](mailto:snabaema@gmail.com).

*Abstract*

**Background:** stroke is a sudden attack that occurs in the brain which results in blood vessels in the brain (blocked or ruptured) and ultimately manifests in various symptoms (ranging from paralysis, difficulty speaking/slurred speech, swallowing disorders, and so on) According to the World Health Organization (WHO), stroke is the presence of clinical signs that develop rapidly due to focal (or global) brain function disorders with symptoms that last for 24 hours or more which cause death without any other clear cause other than vascular. Overcoming the problem of ischemic stroke in Indonesia has been achieved. Research was conducted on non-pharmacological therapy by several researchers, namely ROM exercises, a form of exercise in the rehabilitation process

**Research Objectives:** This study aims to gain knowledge and description of the application of passive ROM therapy in patients with ischemic stroke.

**Method:** This type of research design is a case study design using a descriptive type of research, namely the research conducted is focused on a particular case to be observed and analyzed carefully until completion.

**Subject :** Mrs.J with ischemic stroke. which will be carried out nursing interventions regarding the application of passive ROM therapy.

**Results:** After carrying out nursing interventions, the application of passive ROM therapy for 5 days on Mrs. J, the results of muscle strength in the upper left extremity were 2 and the lower left was 4.

**Conclusion:** after conducting research on passive ROM therapy in patients with ischemic stroke, the results showed that joint stiffness decreased and muscle strength increased. It is suggested to the head of the Sekban Health Center and his staff to implement passive ROM therapy for ischemic stroke patients in their working area.

**Keywords:** Ischemic stroke, joint stiffness, passive ROM

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Stroke merupakan masalah kesehatan yang utama bagi masyarakat modern saat ini, stroke semakin menjadi masalah yang serius diseluruh dunia. hal tersebut dikarenakan serangan stroke yang mendadak dapat mengakibatkan kematian, kecacatan fisik, dan mental pada usia produktif maupun usia lanjut. stroke adalah suatu serangan mendadak yang terjadi di otak yang mengakibatkan pembuluh darah di otak (tersumbat atau pecah) dan akhirnya bermanifestasi dalam beragam gejala (mulai dari kelumpuhan, kesulitan berbicara/pelo, gangguan menelan, dan sebagainya) (Pratiwi, 2020)

Faktor risiko kejadian stroke iskemik dibagi menjadi faktor yang tidak dapat dimodifikasi (non-modifiable risk factors) seperti umur, jenis kelamin, ras, genetik, dan riwayat TIA (*Transient Ischemic Attack*), dan faktor yang dapat dimodifikasi (modifiable risk factors) seperti hipertensi, diabetes, kolesterol tinggi (hiperkolesterolemia), perilaku merokok, obesitas, penyakit jantung, konsumsi alkohol berlebihan, aterosklerosis, penyalahgunaan obat, dan gangguan pernapasan saat tidur (Agtamburian, 2020)

Menurut *World Health Organization* (2014) stroke merupakan adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (atau global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler. Menurut *American Heart Association* (AHA, 2015) angka kejadian

stroke pada laki-laki usia 20-39 tahun sebanyak 0,2% dan perempuan sebanyak 0,7%. Usia 40-59 tahun angka terjadinya stroke pada perempuan sebanyak 2,2% dan laki-laki 1,9%. Pada usia 60-79 tahun yang menderita stroke pada perempuan 5,2% dan laki-laki sekitar 6,1%. Prevalensi stroke pada usia lanjut semakin meningkat dan bertambah setiap tahunnya dapat dilihat dari usia seseorang 80 tahun keatas dengan angka kejadian stroke pada laki-laki sebanyak 15,8% dan pada perempuan sebanyak 14%, Prevalensi angka kematian yang terjadi di Amerika disebabkan oleh stroke dengan populasi 100.000 pada perempuan sebanyak 27,9% dan pada laki-laki sebanyak 25,8% sedangkan di Negara Asia angka kematian yang diakibatkan oleh stroke pada perempuan sebanyak 30% dan pada laki-laki 33,5% per 100.000 populasi (Agtamburian, 2020)

Data Riskesdas tahun 2018 di dalam (Agtamburian, 2020) menyatakan bahwa prevalensi stroke berdasarkan diagnosis dokter, provinsi dengan penderita stroke tertinggi ada pada Provinsi Kalimantan Timur (14,7%) dan terendah pada Provinsi Papua (4,1%). untuk penderita stroke di Indonesia

Puskesmas Sekban merupakan wilayah kerja dinas kesehatan kabupaten fakfak jumlah penderita dengan stroke pada tahun 2022 sebanyak 62 Penderita dan tidak Penderita stroke harus dimobilisasi sedini mungkin ketika kondisi klinis neurologis dan hemodinamik penderita sudah mulai stabil. mobilisasi dilakukan secara rutin dan terus menerus untuk mencegah terjadinya komplikasi stroke, terutama kontraktur.(pkm sekban 2020).

*Latihan Read Only Memory* merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitasi yang dinilai cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada penderita stroke. Latihan ROM adalah salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi penderita dan dalam upaya pencegahan terjadinya kondisi cacat permanen pada penderita stroke paska perawatan di rumah sakit, sehingga dapat menurunkan tingkat ketergantungan penderita pada keluarga, meningkatkan harga diri dan mekanis koping penderita.

Agusrianto, *et al.*, (2020). Penerapan Latihan *Range of Motion* (ROM) Pasif terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas pada Pasien dengan Kasus Stroke. Hasil penelitian didapatkan data penurunan kesadaran, TD 170/120 mm/Hg dan kekuatan otot ekstremitas menurun. Diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik, intervensi keperawatan yang diberikan adalah latihan ROM pasif dua kali sehari bertujuan dapat meningkatkan kekuatan otot. Evaluasi setelah enam hari pemberian intervensi pasien dapat menggerakkan tangan dan kakinya. Pada ekstremitas kanan atas/bawah dari semula skala 2 menjadi skala 3 dan ekstremitas kiri atas/bawah dari semula skala 0 menjadi skala 1. Kesimpulan sesudah diberikan latihan ROM pasif pasien stroke mengalami peningkatan kekuatan otot pada kedua ekstremitas.(Agusrianto & Rantesigi, 2020).

Anita Shinta Kusuma, et al., (2020) dengan judul penelitian “Penerapan Prosedur Latihan *Range Of Motion* (Rom) Pasif Sedininya Mungkin Pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH)”. Kesimpulan dari jurnal yang terpilih yaitu latihan ROM sedini mungkin secara berkelanjutan terbukti dapat meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke. Pemberian latihan ROM dengan durasi waktu 15-35 menit dilakukan dua kali sehari setiap pagi dan sore minimal pelaksanaan 4 minggu. Saran dalam melakukan intervensi keperawatan pada pasien stroke dapat dilakukan secara menyeluruh meliputi bio, psiko, spiritual. Tindakan keperawatan yang mencakup biologis dalam kasus stroke seperti melakukan latihan ROM, yang mencakup psikologis dengan teknik relaksasi berupa latihan pernapasan atau mendengarkan musik, dan yang mencakup spiritual dengan berdoa. Jadi untuk meningkatkan kekuatan otot secara optimal dapat dilakukan dengan mengkombinasikan latihan yang dilakukan sedini mungkin. Relaksasi dan berdoa dilakukan sebelum latihan ROM dimulai agar pasien merasa tenang.

Berdasarkan latar belakang masalah dan terapi nonfarmakologi yang telah dilakukan oleh beberapa peneliti, penulis tertarik menulis karya ilmiah dengan judul penerapan terapi ROM pasif pada Ny.J, di RT 06, Kampung Tanama, Distrik pariwari, wilayah kerja puskesmas sekban.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana menerapkan terapi ROM pasif terhadap pasien stroke iskemik di RT 06, kampung tanama, distrik pariwari, wilayah kerja puskesmas sekban.

## **C. Tujuan Penelitian**

## 1. Tujuan Umum

Tujuan umum yaitu untuk mendapat pengetahuan dan gambaran tentang proses asuhan keperawatan dengan intervensi penerapan terapi ROM pasif pada pasien dengan stroke iskemia pada Ny.J di RT 06, Kampung Tanama, Distrik Pariwari, Wilayah Kerja Puskesmas Sekban.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada Ny.J dengan stroke iskemia di RT.06, kampung Tanama, Distrik Pariwari, Wilayah Kerja Puskesmas Sekban.
- b. Merumuskan diagnose keperawatan pada Ny.J dengan stroke iskemia di RT.06, kampung Tanama, Distrik Pariwari, Wilayah Kerja Puskesmas Sekban.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada Ny.J dengan stroke iskemia di RT.06, kampung Tanama, Distrik Pariwari, Wilayah Kerja Puskesmas Sekban.
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada Ny.J dengan stroke iskemia di RT.06, kampung Tanama, Distrik Pariwari, Wilayah Kerja Puskesmas Sekban.
- e. Mengevaluasi tujuan keperawatan pada Ny.J dengan stroke iskemia di RT.06, kampung Tanama, Distrik Pariwari, Wilayah Kerja Puskesmas Sekban.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Hasil karya tulis ilmiah ini di harapkan dapat menjadi panduan atau referensi bagi :

1. Penulis

Dapat menambah pengetahuan dan gambaran pada penulis tentang pengobatan nonfarmakologi berupa Penerapan terapi rom pasif pada pasien dengan stroke iskemia

2. Bagi Puskesmas Sekban (lahan penelitian)

Dapat memberikan gambaran dan pengetahuan serta panduan dalam Penerapan Terapi rom pasif pada pasien dengan stroke iskemia

3. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Hasil karya tulis ilmiah ini akan menjadi referensi untuk peneliti selanjutnya dibidang keperawatan komunitas yaitu keluarga dengan penyakit stroke iskemia

## **BAB II**

### **TUJUAN TEORITIS**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit Stroke Iskemik**

##### **1. Definisi**

(Mustikarani & Mustofa, 2020) Stroke adalah penyebab kematian nomor tiga dan penyebab kecacatan tertinggi didunia (Mustikarani & Mustofa, 2020). Stroke merupakan kehilangan fungsi otak secara tiba-tiba, yang disebabkan oleh gangguan aliran darah ke otak (stroke iskemik atau stroke non hemotagik) dan pecahnya pembuluh darah ke otak (stroke hemoragik)

Stroke merupakan penyakit yang disebabkan karena adanya (Faridah et al., 2018) penyempitan dipembuluh darah di otak sehingga aliran darah dan oksigen ke otak terhambat bahkan terhenti. Penyumbatan tersebut dapat membuat sistem syaraf yang terhenti suplai darah dan oksigen rusak bahkan mati sehingga organ tubuh yang terkait dengan sistem syaraf tersebut akan sulit bahkan tidak bisa digerakan(Faridah et al., 2018)

##### **2. Klasifikasi Stroke Hemoragik**

###### **a. stroke Iskemik**

Stroke iskemik yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum. Obstruksi dapat disebabkan oleh bekuan (trombus) yang terbentuk didalam pembuluh darah otak atau pembuluh darah organ distal. Terdapat beragam penyebab stroke trombotik dan embolik primer termasuk aterosclerosis, arteritis, keadaan

hiperkoagulasi dan penyakit jantung struktural. Penyebab lain stroke iskemik adalah vasospasme yang sering merupakan respons vaskuler reaktif terhadap perdarahan ke dalam ruang antara araknoid dan piameter meningen. Sebagian stroke iskemik tidak menimbulkan nyeri, karena jaringan otak tidak peka terhadap nyeri. Namun, pembuluh darah besar dileher dan batang otak memiliki banyak reseptor nyeri sehingga cedera pada pembuluh-pembuluh darah ini saat serangan iskemik dapat menimbulkan nyeri kepala.

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi sekitar 20 % dari seluruh kasus stroke. Pada stroke ini, lesi vaskuler intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan di subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak. Perdarahan dapat secara cepat menimbulkan gejala neurogenik karena tekanan pada struktur-struktur saraf di dalam tengkorak. Biasanya stroke hemoragik secara cepat menyebabkan kerusakan fungsi otak dan kehilangan kesadaran (Lusiana, 2019)

3. Etiologi

Menurut Siti, Tarwoto & Wartonah. (2014) adapun berbagai penyebab stroke yaitu :

a. Trombosis

Penggumpalan (thrombus) mulai terjadi dari adanya kerusakan pada bagian garis endotelial dari pembuluh darah. Aterosklerosis merupakan penyebab utama karena zat lemak tertumpuk dan membentukotak pada

dinding pembuluh darah. Plak ini terus membesar dan menyebabkan penyempitan (stenosis) pada arteri. Stenosis menghambat aliran darah yang biasanya lancar pada arteri. Darah akan berputar-putar dibagian permukaan yang terdapat plak, menyebabkan penggumpalan yang akan melekat pada plak tersebut. Akhirnya rongga pembuluh darah menjadi tersumbat.

Trombus bisa terjadi di semua bagian sepanjang arteri karotid atau pada cabang-cabangnya. Bagian yang biasa terjadi penyumbatan adalah pada bagian yang mengarah pada percabangan dari karotid utama ke bagian dalam dan luar dari arteri karotid. Bagian endotelium dari pembuluh darah kecil dipengaruhi sebagian besar oleh kondisi hipertensi, yang menyebabkan penebalan dari dinding pembuluh darah dan penyempitan. Infark lakunar juga sering terjadi pada penderita diabetes melitus.

b. Embolisme

Sumbatan pada arteri serebral yang disebabkan oleh embolus menyebabkan stroke embolik. Embolus terbentuk di bagian luar otak, kemudian terlepas dan mengalir melalui sirkulasi serebral sampai embolus tersebut melekat pada pembuluh darah dan menyumbat arteri. Embolus yang paling sering terjadi adalah plak. Trombus dapat terlepas dari arteri karotis bagian dalam pada bagian luka plak dan bergerak ke dalam sirkulasi serebral. Kejadian fibrilasi atrial kronik dapat berhubungan dengan tingginya kejadian stroke embolik, yaitu

darah terkumpul didalam atrium yang kosong. Gumpalan darah yang sangat kecil terbentuk dalam atrium kiri dan bergerak menuju jantung dan masuk kedalam sirkulasi cerebral. Pompa mekanik jantung buatan memiliki permukaan yang lebih kasar dibandingkan otot jantung yang normal dan dapat menyebabkan peningkatan risiko terjadinya pengumpulan. Endokarditis yang disebabkan oleh bakteri maupun nonbakteri dapat menjadi sumber terjadinya emboli. Sumber-sumber penyebab emboli lainnya adalah tumor, lemak, bakteri, dan udara. Emboli bisa terjadi pada seluruh bagian pembuluh darah serebral. Kejadian emboli pada serebral meningkat bersamaan dengan meningkatnya usia

c. Perdarahan (Hemoragik)

Perdarahan intraserebral paling banyak disebabkan oleh adanya ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah, yang bisa menyebabkan perdarahan ke dalam jaringan otak. Perdarahan intraserebral paling sering terjadi akibat dari penyakit hipertensi dan umumnya terjadinya setelah usia 50 tahun. Akibat lain dari perdarahan adalah aneurisme (pembengkakan pada pembuluh darah). Stroke yang disebabkan oleh perdarahan sering kali menyebabkan spasme pembuluh darah serebral dan iskemik pada serebral karena darah yang berada diluar pembuluh darah membuat iritasi pada jaringan. Stroke hemoragik biasanya menyebabkan terjadinya kehilangan fungsi yang paling banyak dan penyembuhannya paling lambat dibandingkan

dengan tipe stroke yang lain. Keseluruhan angka kematian karena stroke hemoragik berkisar antara 25%-60%. Jumlah volume perdarahan merupakan satu-satunya prediktor yang paling penting untuk melihat kondisi klien. Oleh sebab itu, tidak mengherankan bahwa perdarahan pada otak penyebab paling fatal dari semua jenis stroke.

d. Penyebab lain

Spasme arteri serebral yang disebabkan oleh infeksi, menurunkan aliran darah ke arah otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang menyempit. Spasme yang berdurasi pendek tidak selamanya menyebabkan kerusakan otak yang permanen. Kondisi hiperkoagulasi adalah kondisi terjadi penggumpalan yang berlebihan pada pembuluh darah yang bisa terjadi pada kondisi kekurangan protein C dan protein S, serta gangguan aliran gumpalan darah yang dapat menyebabkan terjadinya stroke trombotik dan stroke iskemik. Tekanan pada pembuluh darah serebral bisa disebabkan oleh tumor, gumpalan darah yang besar, pembengkakan pada jaringan otak, perlukaan pada otak, atau gangguan lain. Namun, penyebab- penyebab tersebut jarang terjadi pada kejadian stroke.

e. Faktor Risiko

Kejadian stroke dan kematian karena stroke secara perlahan menurun dinegara-negara maju dalam beberapa tahun terakhir ini, sebagai akibat dari adanya peningkatan dalam hal mengenali dan mengobati faktor-

faktor risiko. Faktor-faktor risiko yang bisa dimodifikasi dapat diturunkan atau dihilangkan melalui perubahan gaya hidup, pengontrolan tekanan darah, hiperlipidemia, merokok, konsumsi alkohol berlebih, penggunaan kokain, dan kegemukan. Kejadian stroke jarang terjadi pada wanita usia produktif atau usia mengandung. Adapun faktor risiko yang tidak bisa dimodifikasi adalah jenis kelamin, usia, dan riwayat keluarga. (ilham, et al., 2021)

#### 4. Patofisiologi Iskemik

Faktor pencetus hipertensi, DM, penyakit jantung dan beberapa faktor lain seperti merokok, stress, gaya hidup yang tidak baik dan beberapa factor seperti obesitas dan kolestrol yang meningkat dalam darah dapat menyebabkan penimbunan lemak atau kolestrol yang meningkat dalam darah dikarenakan ada penimbunan tersebut, pembuluh darah menjadi infark dan iskemik. Dimana infark adalah kematian jaringan dan iskemik merupakan kekurangan suplai O<sub>2</sub>. Hal tersebut dapat menyebabkan arterosklerosis dan pembuluh darah menjadi kaku. Aterosklerosis merupakan penyempitan pembuluh darah yang mengakibatkan pembekuan darah di cerebral dan terjadilah stroke non hemoragik. Pembuluh darah menjadi kaku menyebabkan, pembuluh darah mudah pecah dan mengakibatkan stroke hemoragik

Dampak dari stroke non hemoragik yaitu suplai darah ke jaringan cerebral non adekuat dan dampak dari stroke hemoragik terdapat peningkatan tekana sistemik. Kedua dampak ini menyebabkan perfusi

jaringan cerebral tidak adekuat. Pasokan Oksigen yang kurang membuat terjadinya vasospasme arteri serebral dan aneurysma. Vasospasme arteri serebral merupakan penyempitan pembuluh darah arteri cerebral yang kemungkinan akan terjadi gangguan hemisfer kanan dan kiri dan terjadi pula infark atau iskemik di arteri tersebut yang menimbulkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Aneurysma merupakan pelebaran pembuluh darah yang disebabkan oleh otot dinding di pembuluh darah yang melemah hal ini membuat di arachnoid (ruang antara permukaan otak dan lapisan yang menutupi otak) dan terjadi penumpukan darah.

di otak atau disebut hematoma kranial karena penumpukan darah di otak terlalu banyak, dan tekanan intra kranial menyebabkan jaringan otak berpindah atau bergeser yang dinamakan herniasi serebral. Pergeseran itu mengakibatkan pasokan oksigen berkurang sehingga terjadi penurunan kesadaran dan resiko jatuh. Pergeseran itu juga menyebabkan kerusakan otak yang dapat membuat pola pernapasan tak normal (pernapasan cheynes stokes) karena pusat pernapasan berespon berlebihan terhadap CO<sub>2</sub> yang mengakibatkan pola napas tidak efektif dan resiko aspirasi.(Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Klien Pasca Stroke Di Home Care Cahaya Husada Kalimantan Timur Samarinda, 2019).

## 5. Manifestasi Klinik Manifestasi

Manifestasi klinis bergantung pada neuroanatomi dan vaskularisasinya. gejala klinis dan defisit neurologis yang ditemukan

- a. Gangguan peredaran darah arteri serebri anterior menyebabkan hemiparesis dan hemiplegia kontralateral yang terutama melibatkan tungkai.
- b. Gangguan peredaran darah arteri serebri media menyebabkan hemiparesis dan hemiplegia kontralateral yang terutama mengenai lengan disertai gangguan fungsi Luhur berupa afasia (bila mengenai area otak dominan) atau hemispatial neglect ( bila mengenai area otak non dominan)
- c. Gangguan peredaran darah arteri cerebri posterior menimbulkan hernia homonim atau kuadrantanopsi contralateral tanpa disertai gangguan motorik maupun sensorik. gangguan daya ingat terjadi bila terjadi infark Pada lobus temporalis medial. Aleksia tanpa agrafia timbul bila infark terjadi pada korteks visual dominan dan splenium corpus Kalosum. agnosia dan prosopagnosia (ketidakmampuan mengenali wajah) timbul akibat infark pada korteks temporoooksivitalis inferior.
- d. Gangguan peredaran darah batang otak menyebabkan gangguan saraf kranial seperti di diplopia dan vertigo gangguan cerebral seperti ataksia atau hilang keseimbangan atau penurunan kesadaran.
- e. Infark lakunar merupakan infark kecil dengan klinis gangguan murni motorik atau sensorik tanpa di sertai gangguan fungsi luhur.

Menurut Smeltzer (Novia Lusiana, 2019) manifestasi klinis stroke

Adalah sebagai berikut:

a. Defisit lapang penglihatan

1) Homonimus hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan) Tidak menyadari orang atau objek di tempat kehilangan, penglihatan mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak.

2) Kehilangan penglihatan perifer

Kesulitan melihat pada malam hari, tidak menyadari objek atau batas objek

3) Diplopia

Penglihatan ganda.

b. Defisit motorik

1) Hemiparesis. Kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama. Paralisis wajah (karena Lesi pada hemisfer yang berlawanan).

2) Ataksia. Berjalan tidak mantap, tegak. Tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.

3) Disartria. Kesulitan dalam membentuk kata.

4) Disfagia. Kesulitan dalam menelan.

c. Defisit verbal

1) Afasia ekspresif. Tidak mampu membentuk kata yang dapat dipahami, mungkin mampu bicara dalam respons kata tunggal.

2) Afasia reseptif. Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu berbicara tetapi tidak masuk akal.

3) Alasia global. Kombinasi baik afasia reseptif dan ekspresi

d. Defisit kognitif Penderita

Penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrak buruk, dan perubahan penilaian.

e. Defisit emosional

Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stres, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan dan marah, serta perasaan isolasi.

6. Pemeriksaan penunjang

a. pemeriksaan penunjang pada stroke, meliputi:

- 1) Lumbal pungsi: pemeriksaan likuor yang merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokhrom) sewaktu hari-hari pertama.
- 2) Penatalaksanaan Medis Untuk mengobati keadaan akut perlu diperhatikan faktor-faktor kritis sebagai berikut:
- 3) Pemeriksaan darah rutin : Hema tokrit, RDW-CV, MCH, MCV, MCHC, GRAND, LYM, MID, LED, Hemoglobin, Leucocyt, Eritrocyt, dan Trombosit.
- 4) pemeriksaan kimia darah : pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia. Gula darah dapat mencapai 250 mg dalam serum dan kemudian berangsur-angsur turun kembali.

- 5) Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.
- 6) Seorang pasien dapat didiagnosis mengalami Stroke Hemoragik berdasarkan gejala, yang ditunjang dengan pemeriksaan.  
Pemeriksaan penunjang
  - b. CT scan atau MRI untuk mengetahui seberapa besar kerusakan jaringan pada otak, serta angiografi otak untuk mengetahui perkembangan perdarahan yang terjadi. Pemeriksaan cairan serebrospinal dengan mengambil cairan dari area otak dan tulang belakang. Pemeriksaan ini hanya dilakukan jika hasil CT scan atau MRI masih tidak memadai. (dr. Willy, 2019)

## 7. Komplikasi

Menurut Muttaqin (2011), setelah mengalami stroke pasien mungkin akan mengalami komplikasi, komplikasi ini dapat dikelompokkan berdasarkan:

- a. Dalam hal imobilisasi: infeksi pernapasan, nyeri tekan, konstipasi dan tromboflebitis.
- b. Dalam hal paralisis: nyeri pada daerah punggung, dislokasi sendi, deformitas dan terjatuh.
- c. Dalam hal kerusakan otak: epilepsi dan sakit kepala.
- d. komplikasi yang dapat ditimbulkan pada penderita Stroke Hemoragik adalah: Kejang, gangguan dalam berpikir dan mengingat. masalah pada jantung.
- e. Kesulitan dalam menelan, makan, atau minum (dr. Tjin Willy, 2019).

## B. Konsep Masalah Keperawatan Stroke Iskemik

Menurut Menurut SDKI,SLKI,SIKI,PPNI,( 2018 ) :

### 1. Nyeri Kronis (D.0078)

#### a. Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

#### b. Kriteria Hasil/Luaran (L.08063).

Tabel 2. 1 Kriteria Hasil/Luaran I, (L.08063)

	menurun	Cukup menurun	sedang	Cukup meningkat	meningkat
Melaporkan nyeri terkontrol	1	2	3	4	5
Kemampuan mengenali konsep nyeri	1	2	3	4	5
Kemampuan mengenali penyebab nyeri	1	2	3	4	5
Kemampuan Menggunakan teknik non farmakologis	1	2	3	4	5
Dukungan orang terdekat	1	2	3	4	5
	meningkat	Cukup meningkat	sedang	Cukup menurun	menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Penggunaan Analgetik	1	2	3	4	5

Tim Pokja DPP PPNI, 2018)

#### c. Faktor yang berhubungan

Kondisi muskuloskeletal kronis

## 2. Defisit Pengetahuan (D.0111)

### a. Definisi

Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu

### b. Kriteria Hasil/Luaran (L.12111)

Tabel 2. 2 Kriteria Hasil/Luaran II, (L.12111)

	menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	meningkat
Perilaku sesuai anjuran	1	2	3	4	5
Verbalisasi minat dalam belajar	1	2	3	4	5
Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik	1	2	3	4	5
Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik	1	2	3	4	5
Perilaku sesuai dengan pengetahuan	1	2	3	4	5
	meningka t	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	menurun
Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi	1	2	3	4	5
Persepsi yang keliru terhadap masalah	1	2	3	4	5
Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat	1	2	3	4	5
	memburu k	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	membaik
Perilaku	1	2	3	4	5

(Tim Pokja DPP PPNI, 2018)

### c. Faktor yang berhubungan

Kurang terpapar informasi

### 3. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

#### a. Definisi

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

#### b. Kriteria Hasil/Luaran (L.05044)

Tabel 2.3 Kriteria Hasil III, (L.05044)

	menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	meningkat
rahang	1	2	3	4	5
leher	1	2	3	4	5
punggung	1	2	3	4	5
Jari (kanan)	1	2	3	4	5
Jari (kiri)	1	2	3	4	5
Ibu jari (kanan)	1	2	3	4	5
Ibu jari (kiri)	1	2	3	4	5
Pergelangan tangan (kanan)	1	2	3	4	5
Pergelangan tangan (kiri)	1	2	3	4	5
Siku (kanan)	1	2	3	4	5
Siku (kiri)	1	2	3	4	5
Bahu (kanan)	1	2	3	4	5
Bahu (kiri)	1	2	3	4	5
Pergelangan kaki (kanan)	1	2	3	4	5
Pergelangan kaki (kiri)	1	2	3	4	5
Lutut (kanan)	1	2	3	4	5
Lutut (kiri)	1	2	3	4	5
Panggul (kanan)	1	2	3	4	5
Panggul (kiri)	1	2	3	4	5

(Tim Pokja DPP PPNI, 2018)

#### c. Faktor yang berhubungan

Kekakuan sendi

#### 4. Defisit Perawatan Diri (D.0109)

##### a. Definisi

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

##### b. Kriteria Hasil/Luaran (L.05041)

Tabel 2.4 Kriteria Hasil IV, (L.05041)

	menurun	Cukup menurun	sedang	Cukup meningkat	meningkat
Kekuatan otot	1	2	3	4	5
kontrol gerakan	1	2	3	4	5
keseimbangan gerakan	1	2	3	4	5
Kemantapan gerakan	1	2	3	4	5
Kehalusan gerakan	1	2	3	4	5
Gerakan kearah yang diinginkan	1	2	3	4	5
Gerakan dengan waktu yang diinginkan	1	2	3	4	5
Gerakan dengan kecepatan yang diinginkan	1	2	3	4	5
Gerakan dengan ketepatan yang diinginkan	1	2	3	4	5
	meningka t	Cukup meningkat	sedang	Cukup menurun	menurun
Tegangan otot	1	2	3	4	5
Kram otot	1	2	3	4	5
	memburu k	Cukup memburuk	sedang	Cukup membaik	membaik
Bentuk otot	1	2	3	4	5
Kecepatan gerakan	1	2	3	4	5

(Tim Pokja DPP PPNI, 2018)

##### c. Faktor yang berhubungan

kelemahan

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Dengan Stroke Iskemik**

#### 1. Pengkajian

- a. Identitas pasien : Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnose medis.
- b. Keluhan utama Keluhan : yang didapatkan biasanya gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, penurunan kesadaran.
- c. Riwayat penyakit sekarang : Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien melakukan aktifitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.
- d. Riwayat penyakit dahulu : Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.
- e. Riwayat penyakit keluarga : Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus.

- f. Riwayat psikososial : Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga
- g. Pemeriksaan fisik :
- 1) Kesadaran : Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran samnolen, apatis, sopor, soporos coma, hingga coma dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos metis dengan GCS 13-15
  - 2) Tanda-tanda Vital :  

Tekanan darah. Biasanya pasien dengan stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80

Nadi. Biasanya nadi normal

Pernafasan. Biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas
  - 3) Rambut. Biasanya tidak ditemukan masalah
  - 4) Wajah. Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminal) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis,

mengernyitkan dahi, mengernyitkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

- 5) Mata. Biasanya konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan nervus II (optikus) : biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotoris) : biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata . Nervus IV (troklearis) : biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen) : biasanya hasilnya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan
- 6) Hidung. Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius) : kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dan pada nervus VIII (akustikus) : biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan- hidung
- 7) Mulut dan gigi. Biasanya pada pasien apatis, sopor, soporos coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor,

mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis) : biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeal) : biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencangkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara

- 8) Telinga. Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (akustikus) : biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara keras dan dengan artikulasi yang jelas
- 9) Leher. Pada pemeriksaan nervus X (vagus) : biasanya pasien stroke hemragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+)
- 10) Thorak. Paru-paru : Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan. Palpasi : biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan. Perkusi : biasanya bunyi normal (sonor). Auskultasi: biasanya suara normal (vesikuler)  
  
Jantung : Inspeksi : biasanya iktus cordis tidak terlihat. Palpasi : biasanya iktus cordis teraba. Perkusi : biasanya batas jantung normal. Auskultasi: biasanya suara vesikuler

11) Abdomen : Inspeksi : biasanya simetris, tidak ada asites Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar. Perkusi: biasanya terdapat suara tympani. Auskultasi: biasanya biasanya bising usus pasien tidak terdengar. Pada pemeriksaan reflek dinding perut, pada saat perut pasien digores biasanya pasien tidak merasakan apa-apa

11) Ekstremitas. Ekstremitas Atas. Biasanya terpasang infuse bagian dextra / sinistra. CRT biasanya normal yaitu < 2 detik. Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)) dan pada pemeriksaan tricep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer (+))

Ekstremitas Bawah. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat pemeriksaan *bluedzensky* I kaki kiri pasien fleksi *bluedzensky* (+). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsum pedis digores biasanya jari kaki juga tidak beresponn (reflek caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+)) dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek

gordon (+). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketukkan (reflek patella (+)).

Tabel 2.5 Nilai kekuatan otot

Respon	nilai
Tidak dapat sedikitpun kontraksi otot, lumpuh	0
Total	
Terdapat sedikit kontraksi otot, namun tidak didapatkan gerakan pada persendian yang harus digerakkan oleh otot tersebut	1
Didapatkan gerakan, tapi gerakan tidak mampu melawan gaya berat (gravitasi)	2
Dapat mengadakan gerakan melawan gaya berat	3
Disamping dapat melawan gaya berat ia dapat pula mengatasi sedikit tahanan yang diberikan	4
Tidak ada kelumpuhan (normal)	5

#### h. Test diagnostik

- 1) Radiologi. Angiografi serebri membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti stroke perdarahan arteriovena atau adanya ruptur. Biasanya pada stroke perdarahan akan ditemukan adanya aneurisma. Lumbal pungsi. Biasanya pada pasien stroke hemoragik, saat pemeriksaan cairan lumbal maka terdapat tekanan yang meningkat disertai bercak darah. Hal itu akan menunjukkan adanya hemoragik pada subarachnoid atau pada intracranial.
- 2) CT-Scan. Memperhatikan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, serta posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdens fokal, kadang masuk ke ventrikel atau menyebar ke permukaan otak.

- 3) *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) Menentukan posisi serta besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari heemoragik
  - 4) *USG Doppler* Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis)
  - 5) EEG Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.
- i. Laboratorium
- 1) Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit. Hal ini berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia. Sedangkan leukosit untuk melihat sistem imun pasien. Bila kadar leukosit diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang pasien.
  - 2) Test darah koagulasi Test darah ini terdiri dari 4 pemeriksaan, yaitu: prothrombin time, partial thromboplastin (PTT), *International Normalized Ratio* (INR) dan agregasi trombosit. Keempat test ini gunanya mengukur seberapa cepat darah pasien menggumpal. Gangguan penggumpalan bisa menyebabkan perdarahan atau pembekuan darah. Jika pasien sebelumnya sudah menerima obat pengencer darah seperti warfarin, INR digunakan untuk mengecek apakah obat itu diberikan dalam dosis yang benar.

Begitu pun bila sebelumnya sudah diobati heparin, PTT bermanfaat untuk melihat dosis yang diberikan benar atau tidak.

- 3) Test kimia darah Cek darah ini untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat, dll. Apabila kadar gula darah atau kolesterol berlebih, bisa menjadi pertanda pasien sudah menderita diabetes dan jantung. Kedua penyakit ini termasuk ke dalam salah satu pemicu stroke

j. Pola kebiasaan sehari-hari

- 1) Pola kebiasaan Biasanya pada pasien yang pria, adanya kebiasaan merokok dan penggunaan minuman beralkohol
- 2) Pola makan Biasanya terjadi gangguan nutrisi karena adanya gangguan menelan pada pasien stroke hemoragik sehingga menyebabkan penurunan berat badan.
- 3) Pola tidur dan istirahat Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk istirahat karena adanya kejang otot/ nyeri otot
- 4) Pola aktivitas dan latihan Biasanya pasien tidak dapat beraktifitas karena mengalami kelemahan, kehilangan sensori , hemiplegi atau kelumpuhan
- 5) Pola eliminasi Biasanya terjadi inkontinensia urin dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus

- 6) Pola hubungan dan peran Biasanya adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara
- 7) Pola persepsi dan konsep diri Biasanya pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif

## 2. Diagnosis Keperawatan

Menurut NANDA (2010) dan Tarwoto: Asuhan Keperawatan Sistem

Persarafan (2013)

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan obstruksi jalan napas, reflek batuk yang tidak adekuat
- b. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak, vasospasme serebral, edema serebral
- c. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan depresi pusat pernapasan
- d. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan anggota gerak
- e. Risiko jatuh berhubungan dengan penurunan kekuatan ekstremitas bawah
- f. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kardiak output
- g. Risiko aspirasi berhubungan dengan penurunan kesadaran, disfungsi otak global

- h. Nyeri akut berhubungan dengan peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK)
- i. Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan fungsi bicara, afasia
- j. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan depresi pusat pencernaan
- k. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan

Skoring Masalah Keperawatan  
Tabel 2. 7 Skoring Masalah Keperawatan

No	Kriteria	Skor	Skor
1	a. Sifat masalah		
	b. Tidak/kurang sehat	3	1
	c. Ancaman kesehatan	2	
	d. Krisis atau kesehatan sejahtera	1	
2	Kemungkinan masalah dirubah		
	a. Dengan mudah	2	2
	b. Hanya sebagian	1	
3	Potensial masalah dicegah		
	a. Tinggi	3	1
	b. Cukup	2	
4	Menonjolnya masalah		
	a. Masalah berat harus segera ditangani	2	1
	b. Ada masalah, tetapi tidak perlu harus ditangani	1	
	c. Masalah tidak dirasakan	0	

Proses scoring dilakukan untuk setiap diagnosa keperawatan :

- a. Tentukan skor untuk setiap kriteria yang dibuat perawat.
- b. Selanjutnya dibagi dengan angka yang tertinggi dan dilakukan dengan bobot.

$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

- c. Jumlah skor untuk semua kriteria (skor tertinggi sama dengan jumlah bobot, yaitu 5).

## 3. Rencana keperawatan

Tabel 2.8 Rencana Keperawatan Keluarga Dengan Asam Urat (Gout)  
Menurut SDKI, SLKI, SIKI, PPNI, (2018) :

No	Diagnosa Keperawatan (D.0078)	Definisi	Kriteria Hasil/Luaran (L.08063)	Intervensi (I.08238)
1	2	3	4	5
II	<p>Nyeri kronis berhubungan dengan Kondisi muskuloskeletal kronis ditandai dengan :</p> <p>1. Gejala dan Tanda Mayor</p> <p>a. Data Subjektif :</p> <p>a) Mengeluh nyeri</p> <p>b) Merasa depresi (tertekan)</p> <p>b. Data Objektif :</p> <p>a) Tampak meringis</p> <p>b) Gelisah</p> <p>c) Mampu menuntaskan aktivitas</p> <p>2. Gejala dan Tanda Minor</p> <p>a. Data Subjektif :</p> <p>a) Mesara takut mengalami cidera berulang</p>	<p>Pengalaman sensorii atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.</p>	<p>Meningkat :</p> <p>1. Melaporkan nyeri terkontrol dengan skor : 5</p> <p>2. Kemampuan mengenali onset nyeri dengan skor : 5</p> <p>3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri dengan skor : 5</p> <p>4. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologis dengan skor : 5</p> <p>5. Dukungan orang terdekat dengan skor : 5</p> <p>Menurun :</p> <p>6. Keluhan nyeri dengan skor : 5</p> <p>7. Penggunaan analgesic</p>	<p>Tindakan :</p> <p>Observasi :</p> <p>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>7. Monitor keberhasilan terapi</p>

---

b. Data Objektif :

- a) Bersikap protektif (posisi menghindari nyeri)
- b) Waspada
- c) Pola tidur berubah
- d) Anoreksia
- e) Fokus menyempit
- f) Berfokus pada diri sendiri

dengan skor : 5

komplementer yang sudah diberikan

8. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi music, kompres hangat/dingin)
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitasi istirahat dan tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
  2. Jelaskan strategimeredakan nyeri
  3. Anjurkan memonitor secara mandiriAnjurkan
-

menggunakan analgetik secara tepat

4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi :

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rencana Keperawatan Keluarga Dengan Asam Urat (Gout)  
Menurut SDKI, SLKI, SIKI, PPNI, (2017) :

No	Diagnosa Keperawatan (D.0111)	Definisi	Kriteria Hasil/Luaran (L.12111)	Intervensi (I.12383)
1	2	3	4	5
III	Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang terpapar informasi ditandai dengan : 1. Gejala dan Tanda Mayor a. Data Subjektif a) Menanyakan masalah yang dihadapi b. Data Objektif a) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran b) Menunjukkan persepsi yang keliru	Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu	Meningkat : 1. Perilaku sesuai anjuran dengan skor : 5 2. Verbalisasi minat dalam belajar dengan skor : 5 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik dengan skor : 5 4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik	Tindakan : Observasi : 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

	terhadap masalah				
2.	Gejala dan Tanda Minor			dengan skor : 5	2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
a.	Data Subjektif			5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan dengan skor : 5	3. Berikan kesempatan untuk bertanya
a)	(tidak tersedia)			Meningkat :	Edukasi :
b.	Data Objektif			1. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi dengan skor : 1	1. Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
a)	Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat			2. Persepsi yang keliru terhadap masalah dengan skor : 5	2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
b)	Menunjukkan perilaku berlebihan (apatis)			3. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat dengan skor : 5	3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
				Membaik :	
				1. Perilaku dengan skor : 5	
No	Diagnosa Keperawatan (D.0054)	Definisi	Kriteria Hasil/Luaran (L.05044)	Intervensi (I.05185)	
1	2	3	4	5	
IV	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Kekakuan sendi ditandai dengan :	Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.	Sedang : 1. Rahang dengan skor : 3 2. Leher dengan skor : 3 3. Punggung dengan skor : 3 4. Jari (kanan) dengan skor : 3 5. Jari (kiri) dengan skor : 3 6. Ibu jari (kanan) dengan skor : 3	Tindakan : Observasi : 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi 2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan / aktifitas Terapeutik :	
1.	Gejala dan Tanda Mayor				
a.	Data Subjektif				
a)	Mengeluh	sulit			

---

<p>menggerakkan ekstremitas</p> <p>b. Data Objektif</p> <p>a) Kekuatan otot menurun</p> <p>b) Rentang gerak (ROM) menurun</p> <p>2. Gejala dan Tanda Minor</p> <p>a. Data Subjektif</p> <p>a) Nyeri saat bergerak</p> <p>b) Enggan melakukan pergerakan</p> <p>c) Merasa cemas saat bergerak</p> <p>b. Data Objektif</p> <p>a) Sendi kaku</p> <p>b) Gerakan tidak terkordinasi</p> <p>c) Gerakan terbatas</p> <p>d) Fisik lemah</p>	<p>7. Ibu jari (kiri) dengan skor : 3</p> <p>8. Pergelangan tangan (kanan)</p> <p>9. Pergelangan tangan (kiri) dengan skor : 3</p> <p>10. Siku (kanan) dengan skor : 3</p> <p>11. Siku (kiri) dengan skor : 3</p> <p>12. Bahu (kanan) dengan skor : 3</p> <p>13. Bahu (kiri) dengan skor : 3</p> <p>14. Pergelangan kaki (kanan) dengan skor : 3</p> <p>15. Pergelangan kaki (kiri) dengan skor : 3</p> <p>16. Lutut (kanan) dengan skor : 3</p> <p>17. Lutut (kiri) dengan skor : 3</p> <p>18. Panggul (kanan) dengan skor : 3</p> <p>19. Panggul (kiri) dengan skor : 3</p>	<p>1. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan</p> <p>2. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif</p> <p>3. Fasitas menyusun jadwal latihan renrang gerak aktif maupun pasif</p> <p>4. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, dan mobilitas sendi</p> <p>5. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama</p> <p style="text-align: center;">Edukasi :</p> <p>1. Jelaskan kepada pasien / keluarga tujuan dan rencana latihan bersama</p> <p>2. Anjurkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur (menjuntai), atu dikursi, sesuai toleransi)</p> <p>3. Ajarkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis</p> <p>4. Anjurkan memfisualisaikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan</p>
---	---	--

---

5. Anjurkan ambulasi, sesuai toleransi
- Kolaborasi :
1. Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan.

No	Diagnosa Keperawatan (D.0109)	Definisi	Kriteri Hasil/Luaran (L.05041)	Intervensi (I.11348)
V	Defisit perawatan diri berhubungan dengan Gangguan muskuloskeletal ditandai dengan :	Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri	Sedang :	Tindakan :
	1. Gejala dan Tanda Mayor		1. Kekuatan otot dengan skor : 3	Observasi :
	a. Data Subjektif		2. Kontrol gerakan dengan skor : 3	1. Identifikasi kebiasaan aktifitas perawatan diri sesuai usia
	a) Menolak melakukan perawatan diri		3. Keseimbangan gerakan dengan skor : 3	2. Monitor tingkat kemandirian
	b. Data Objektif		4. Kemantapan gerakan dengan skor : 3	3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan
	a) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri		5. Kehalusan gerakan dengan skor : 3	Terapeutik :
	b) Minat melakukan perawatan diri kurang		6. Gerakan kearah yang diinginkan dengan skor : 3	1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, privasi)
	2. Gejala dan Tanda Minor		7. Gerakan dengan waktu yang diinginkan dengan skor : 3	2. Siapkan keperluan pribadi
	a. Data Subjektif			

---

<p>a) (tidak tersedia)</p> <p>b. Data Objektif</p> <p>a) (tidak tersedia)</p>	<p>8. Gerakan dengan kecepatan yang diinginkan dengan skor : 3</p> <p>9. Gerakan dengan ketepatan yang diinginkan dengan skor : 3</p> <p>Sedang :</p> <p>1. Tegangan otot dengan skor : 3</p> <p>2. Kram otot dengan skor : 3</p> <p>Sedang :</p> <p>1. Bentuk otot dengan skor : 3</p> <p>2. Kecepatan gerakan dengan skor : 3</p>	<p>(parfum, sikat gigi dan sabun mandi)</p> <p>3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergangtungan</p> <p>5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>6. Jadwalkan runitas perawatan diri</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
---	---	--

---

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008).

Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen:

- a. Tanggal dan waktu dilakukan implementasi keperawatan
- b. Diagnosis keperawatan
- c. Tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan
- d. Tanda tangan perawat pelaksana

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian terakhir keperawatan yang didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dan kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi ada individu (Nursalam, 2008).

Evaluasi keperawatan dilakukan dalam bentuk pendekatan SOAP. Evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen yaitu:

- a. Tanggal dan waktu dilakukan evaluasi keperawatan
- b. Diagnosis keperawatan
- c. Evaluasi keperawatan

## D. Konsep Terapi ROM

### 1. Definisi *Range Of Motion (ROM)*, (Anggraeni, 2019)

*Range Of Motion (ROM)* adalah latihan menggerakkan bagian tubuh untuk memelihara fleksibilitas dan kemampuan gerak sendi. Latihan *range of motion (ROM)* adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2005).

### 2. Tujuan ROM pasif (Anggraeni, 2019)

ROM memiliki banyak tujuan diantaranya yaitu memelihara fleksibilitas dan kemampuan gerak sendi, mengurangi rasa nyeri, mengembalikan kemampuan klien menggerakkan otot melancarkan peredaran darah.

### 3. Jenis-Jenis ROM (Anggraeni, 2019)

#### a. Latihan ROM aktif

Latihan dengan meminta klien menggunakan otot untuk melakukan gerak mandiri.

#### b. Latihan ROM aktif dengan pendampingan (*active-assisted*)

Latihan gerak mandiri dengan dibantu atau didampingi oleh perawat atau tenaga kesehatan lain.

### 4. Latihan ROM pasif (Anggraeni, 2019)

Latihan ROM yang dilakukan oleh perawat atau tenaga kesehatan lain kepada klien yang tidak mampu atau memiliki keterbatasan pergerakan.

#### 5. Waktu Pelaksanaan ROM (Anggraeni, 2019)

- a. Idealnya sekali dalam sehari.
- b. Latihan masing-masing dilakukan +-10 hitungan.
- c. Mulai latihan pelan dan bertahap.
- d. Usahakan sampai gerakan penuh, tapi jangan memaksakan gerakan klien, tetap sesuaikan dengan batas toleransi gerakan pasien.
- e. Perhatikan respon pasien, Hentikan bila terasa respon nyeri dan segera konsultasikan ke tenaga kesehatan.

#### 6. Cara Melakukan Gerakan ROM (Anggraeni, 2019)

- a. ROM pada bagian jari-jari (Fleksi dan Ekstensi)
  - 1) Pegang jari-jari tangan pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang pergelangan.
  - 2) Bengkokkan (tekuk/fleksikan) jari-jari ke bawah.
  - 3) Luruskan jari-jari (ekstensikan) kemudian dorong ke belakang (hiperekstensikan).
  - 4) Gerakkan ke samping kiri kanan (Abduksi-adduksikan).
  - 5) Kembalikan ke posisi awal.
- b. ROM pada pergelangan kaki (Fleksi dan Ekstensi)
  - 1) Letakkan satu tangan pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas
  - 2) Pergelangan kaki, jaga kaki lurus dan rileks.
  - 3) Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada atau ke bagian atas tubuh pasien.

- 4) Kembalikan ke posisi awal.
  - 5) Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien. Jari dan telapak kaki diarahkan ke bawah.
- c. ROM pada pergelangan kaki (Inferasi dan Eferasi)
- 1) Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan tangan kita (pelaksana) dan pegang pergelangan kaki pasien dengan tangan satunya.
  - 2) Putar kaki dengan arah ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya.
  - 3) Kembalikan ke posisi semula.
  - 4) Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain.
  - 5) Kembalikan ke posisi awal.
- d. ROM pada bagian paha (Rotasi)
- 1) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas lutut pasien.
  - 2) Putar kaki ke arah pasien.
  - 3) Putar kaki ke arah pelaksana.
  - 4) Kembalikan ke posisi semula.
- e. ROM pada paha (Abduksi dan Adduksi)
- 1) Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.

- 2) Angkat kaki pasien kurang lebih 8 cm dari tempat tidur dan pertahankan posisi tetap lurus. Gerakan kaki menjauhi badan pasien atau ke samping ke arah perawat.
  - 3) Gerakkan kaki mendekati dan menjauhi badan pasien.
  - 4) Kembalikan ke posisi semula.
  - 5) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.
- f. ROM pada bagian lutut (Fleksi dan Ekstensi)
- 1) Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain.
  - 2) Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.
  - 3) Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada pasien sejauh mungkin dan semampu pasien.
  - 4) Turunkan dan luruskan lutut dengan tetap mengangkat kaki ke atas.
  - 5) Kembalikan ke posisi semula.
  - 6) Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.(Anggraeni, 2019)

Tabel 2.9  
Standar Prosedur Operasional Range Of Motion / Rom Aktif Dan Pasif  
(Laboratorium Prodi D-III Fakfak, 2019)

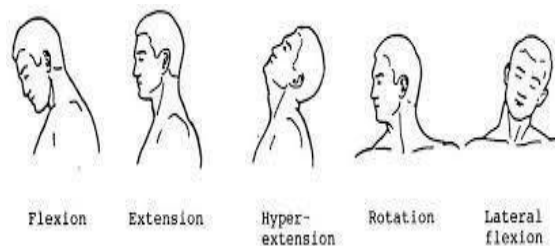
Pengertian	Tindakan/latihan otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit, diabilitas, atau trauma. Dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien.</li> <li>2. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot.</li> </ol>
Prinsip	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>ROM pasif</b> : Perawat melakukan gerakan persendian klien sesuai dengan rentang gerak yang normal (klien pasif)</li> <li>2. <b>ROM aktif</b> : Perawat memberikan motivasi, dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal (klien aktif).</li> </ol>
Indikasi	<p><b>Indikasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dengan tirah baring yang lama</li> <li>2. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran</li> <li>3. Kelemahan otot</li> <li>4. Fase rehabilitasi fisik</li> </ol>
Kontra Indikasi	<p><b>Indikasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dengan tirah baring yang lama</li> <li>2. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran</li> <li>3. Kelemahan otot</li> <li>4. Fase rehabilitasi fisik</li> </ol>
PersiapanAlat	<p><b>Persiapan Alat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Handschoon Bersih</li> <li>2. Handscrub</li> </ol>
ProsedurKerja	<p><b>Pra Interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi salam dan memperkenalkan diri</li> <li>2. Memvalidasi identitas klien</li> <li>3. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan</li> <li>4. Mempersiapkan klien dan mengatur lingkungan</li> </ol>

- 
5. Siapkan peralatan dan persediaan yang dibutuhkan
  6. Tutup pintu atau gordena
  7. Kaji kekuatan otot, mobilisasi sendi, paralisis atau paresis, hipotensi, ortostatik, toleransi aktivitas, tingkat kesadaran, tingkat kenyamanan, dan kemampuan pasien mengikuti instruksi
  8. Handhygiene

### Tahap Kerja

#### A. Leher

1. Flexi : turunkan dagu (dongakkan ke bawah) ke arah dada
2. Ekstensi : kembalikan ke posisi semula (ROM 45 derajat)
3. Hiperekstensi : dongakkan kepala ke arah belakang sejauh mungkin (ROM : 10 derajat)
4. Lateral flexi : patahkan leher ke kiri dan kanan sejauh mungkin (ROM : 40 sampai 45 derajat)
5. Rotasi : putarkan kepala dengan melihat kebawah dan keatas secara bergantian (ROM : 360 derajat )



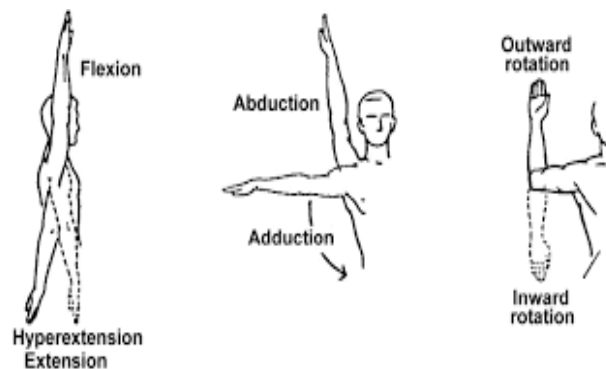
#### B. Bahu

1. Flexi : naikan lengan secara menyamping ke arah atas (ROM : 180 derajat)
  2. Ekstensi : kembalikan lengan ke bagian samping tubuh (posisi semula, ROM 180 derajat )
  3. Hiperekstensi : gerakkan lengan ke bagian belakang tubuh, dengan posisi siku
-

---

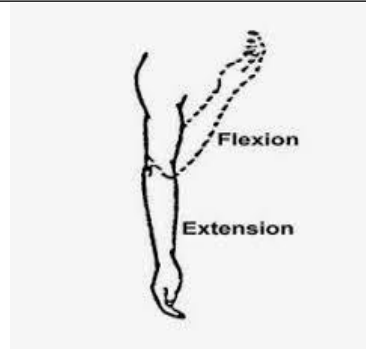
lurus (ROM 45 sampai 60 derajat)

4. Abduksi : angkat lengan ke arah samping pada posisi diatas kepala, dengan bagian telapak tangan mengarah keluar (ROM 180 derajat)
5. Adduksi : gerakan lengan menyilang diatas tubuh sejauh mungkin
6. Rotasi internal : gerakan lengan ke samping sejajar bahu dengan siku membentuk sudut 45 derajat
7. Rotasi eksternal : dengan siku pada posisi flexi, gerakan lengan ke atas dan kebawah.
8. Sirkumduksi : gerakan lengan pada posisi menyamping secara melingkar, (ROM : 360 Derajat).



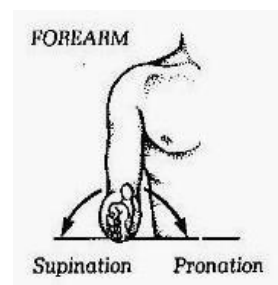
### C. Siku

1. Flexi : ekstensikan lengan kemudian gerakan siku ke arah bahu, hingga telapak tangan menyentuh bahu (ROM : 150 derajat )
  2. Ekstensi : turunkan siku menjauhi bahu (ROM : 150 drajat)
  3. Hiperekstensi : gerakan lengan ke arah belakang sejauh mungkin ( ROM : 10 sampai 20 derajat)
-



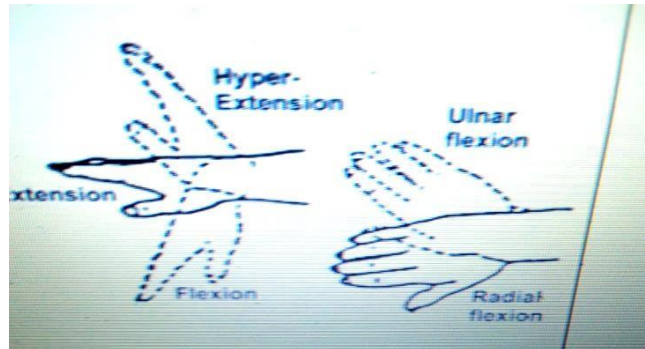
#### D. Lengan bawah

1. Supinasi : putar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke atas (ROM :70 sampai 90 derajat)
2. Pronasi : putar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah (ROM:70 sampai 90 derajat)



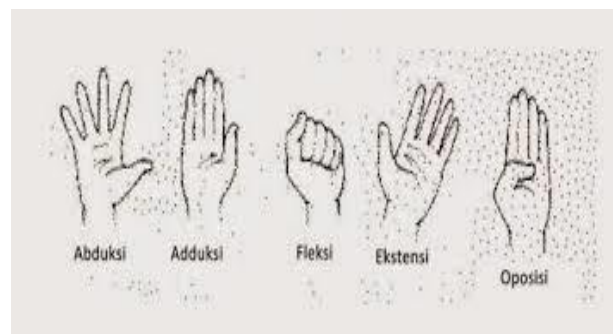
#### E. Pergelangan

1. Flexi : gerakkan telapak tangan mendekati bagian bawah pergelangan (ROM : 80-90 derajat)
2. Ekstensi : kembalikan tangan ke keadaan semula pada posisi sejajar (ROM 80 sampai 90 derajat)
3. Hiperekstensi : gerakan telapak tangan sejauh mungkin ke bagian atas pergelangan.
4. Abduksi (fleksi radial).bengkokkan pergelangan mengarah ke ibu jari ROM : diatas 30 derajat )
5. Adduction (fleksi ulnar) : bengkokkan pergelangan ke arah kelingking (ROM 30 sampai 50 derajat)



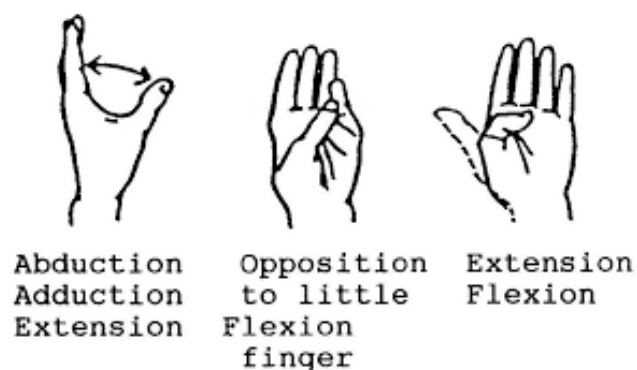
#### F. Jari

1. Flexi : kepalkan tangan (ROM 90 derajat)
2. Ekstensi : luruskan jari (ROM 90 derajat)
3. Hiperekstensi : bengkokkan jari kearah belakang sejauh mungkin ( ROM 30 sampai 60 derajat)
4. Abduksi : buka jari
5. Adduksi : sejajarkan dan posisikan jari berdekatan



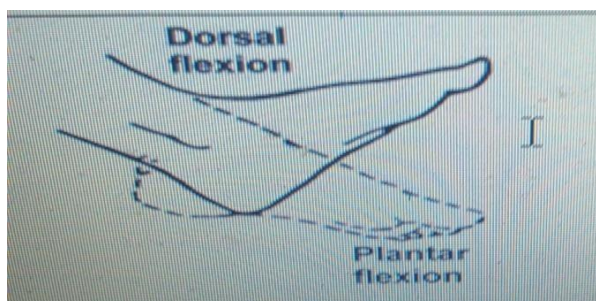
#### G. Jempol

1. Flexi : gerakan jempol meyilang telapak tangan (ROM : 90 derajat)
2. Ekstensi : gerkan jempol menjauhi telapak tangan (ROM : 90 derajat)
3. Abduksi : bengkokkan jempol kearah samping luar(ROM : 30 derajat)
4. Adduksi : kembalikan jempol ke posisi semula (ROM 30 derajat)
5. Oposisi : sentuh jempol dengan jari-jari yang lain pada tangan yang sama



#### H. Pinggul

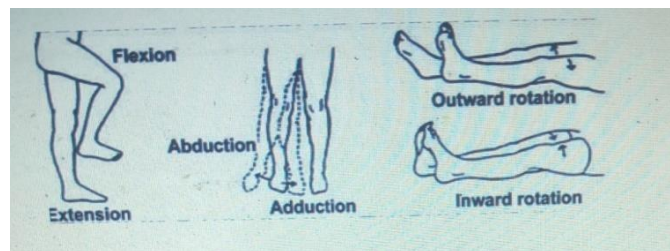
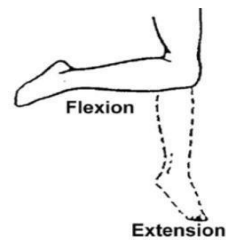
1. Flexi : gerakkan kaki ke depan(ROM 90 sampai 120 derajat)
2. Ekstensi : kembalikan kaki ke posisi semula (ROM 90 sampai 120 derajat)
3. Hiperekstensi : gerkan kaki ke belakang sejauh mungkin ( ROM 30 sampai 50 derajat)
4. Abduksi : gerakan kaki menyamping menjauhi tubuh (ROM 30 sampai 50 derajat)
5. Adduksi : kembalikan kaki ke posisi semula (30 sampai 50 derajat)
6. Rotasi internal : gerakkan kaki (foot) ke arah dalam 90 derajat
7. Rotasi eksternal : gerakan kaki ke arah luar 90 derajat
8. Sirkumduksi : gerakan secara memutar pada pergelangan kaki (ROM 360 derajat)



#### I. Lutut

1. Fleksi : angkat betis ke arah bagian belakang paha(ROM 120 sampai 130 derajat)

- 
2. Ekstensi : kembalikan ke posisi semula (ROM 120 sampai 130 derajat)

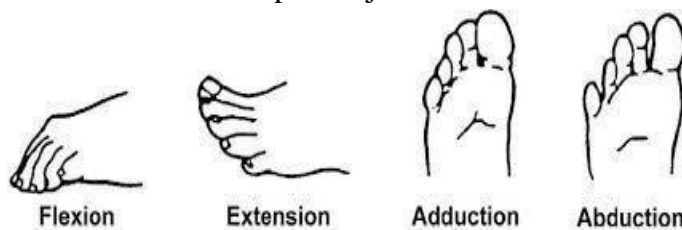


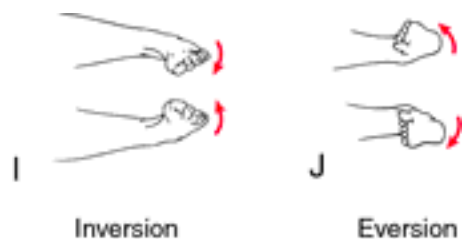
#### J. Pergelangan kaki

1. Dorsifleksi : gerakan pergelangan dengan telapak kaki mengarah ke depan (ROM 20-30 derajat)
2. Plantar fleksi : gerakan pergelangan kaki ke posisi semula (ROM 45 sampai 50 derajat).

#### K. Kaki

1. Inversi : luruskan bagian bawah kaki (ROM 10 derajat atau kurang dari)
2. Eversi : gerakan kaki telapak kaki menyamping (ROM 10 derajat atau kurang)
3. Fleksi : bengkokkan jari kaki ke bawah (ROM 30 sampai 60 derajat)
4. Ekstensi : luruskan jari-jari kaki
5. Abduksi : gerakan jari-jari kaki menjauh satu sama lain
6. Adduksi : rapatkan jari-jari kaki





Fase Terminasi :

1. Rapihan klien dan berikan posisi yang nyaman bagi pasien
2. Kembalikan alat ke tempatnya
3. Handhygiene
4. Mengevaluasi respon klien dan keluarga
5. Berikan reinforcement positif kepada keluarga
6. Menyampaikan kontrak selanjutnya
7. Mendokumentasikan tindakan

Referensi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kozier, Erb, dkk. Buku Ajar Fundamental Keperawatan Volume 2. Edisi EGC.Jakarta. 2016</li> <li>2. Potter &amp; Perry. <i>Fundamental of Nursing. Ninth Edition</i>. Elsevier.Missouri. 2017</li> </ol> <p>Sumber : (Fakfak, 2019)</p>
-----------	---

#### E. Konsep Manual Muscle Testing (MMT), (Hendra, 2021)

Fisioterapis dalam melakukan assessment atau pemeriksaan membutuhkan suatu tes pengukuran agar dapat mengetahui seberapa besar penyimpangan dari nilai normal dan pada saat pasien mengalami perbaikan maka kita dengan mudah mengevaluasi seberapa besar efektifitas modalistas yang diberikan.

Banyak pasien yang mengalami kelemahan otot akibat dari pasca operasi, cedera, atau penyakit tertentu. Malas dalam melakukan aktivitas atau berolahraga juga bisa mempengaruhi dari besarnya kekuatan otot sehingga

memudahkan cedera pada saat beraktifitas. Kekuatan otot merupakan kemampuan dari otot untuk berkontraksi dan menghasilkan gaya.



Sumber : (Hendra, 2021)

Kali ini kita akan bahas pengukuran kekuatan otot secara manual atau Manual Muscle Testing. Manual Muscle Testing adalah metode pengukuran kekuatan otot paling populer dan banyak digunakan oleh fisioterapis.

Dalam pemeriksaan MMT, fisioterapis akan menggerakkan bagian tubuh tertentu dan pasien akan diminta menahan dorongan tersebut, lalu nilai atau skor akan dicatat sesuai dengan penilai berdasarkan skala MMT. Penilaian kekuatan otot ini mempunyai rentang nilai 0-5. (Hendra, 2021)

**Tabel 2.10**  
**PEMERIKSAAN KHUSUS MANUAL MUSCLE TESTING**  
**(MMT) (PHYSIO HENDRA, 2021)**

Nilai 0	: Tidak ada kontraksi atau tonus otot sama sekali.
Nilai 1	: Terdapat kontraksi atau tonus otot tetapi tidak ada gerakan sama sekali
Nilai 2	: Mampu melakukan gerakan namun belum bisa melawan gravitasi
Nilai 3	: Mampu bergerak dengan lingkup gerak sendi secara penuh dan melawan gravitasi tetapi belum bisa melawan tahanan minimal
Nilai 4	: Mampu bergerak penuh melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang.
Nilai 5	: melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal.

Sumber : (Hendra, 2021)

## **BAB III**

### **METODE STUDI KASUS**

#### **A. Rancangan Studi Kasus**

Rancangan studi kasus ini menggunakan jenis penelitian deskriptif. Jenis penelitian deskriptif yaitu penelitian yang dilakukan terfokus pada suatu kasus tertentu untuk diamati dan dianalisis secara cermat sampai tuntas. Penyusunan dilakukan secara sistematis yaitu intensif, terperinci dan mendalam pada pasien stroke iskemik di RT.06 Kampung Tanama Distrik Pariwari Wilayah Kerja Puskesmas Sekban.

Tujuan studi kasus ini adalah untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada Pasien stroke iskemik dengan intervensi terapi *Range Of Motion* (ROM) pasif. Pada studi kasus ini penulis mendeskripsikan proses keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, penetapan diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

#### **B. Subjek Studi Kasus**

Subjek yang digunakan dalam studi kasus ini adalah 1 pasien dengan penyakit stroke iskemik yang akan diberikan asuhan keperawatan yang berfokus pada intervensi terapi *Range Of Motion* (ROM) pasif. dan akibat masalah keperawatan yang dialami oleh satu pasien dengan menggunakan kriteria :

1. Kriteria inklusi : Pasien bersedia menjadi subjek penelitian, Pasien berjenis kelamin perempuan, Pasien dengan diagnosa medis

stroke iskemik. Pasien dengan kesadaran komposmentis, Pasien dengan umur lebih dari 63 tahun.

2. **Kriteria eksklusi** : Pasien tidak bersedia menjadi responden, pasien penderita stroke iskemik yang mengalami komplikasi yang menyebabkan proses penelitian terganggu

### C. Fokus Studi

Fokus studi kasus dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan intervensi terapi *Range Of Motion* (ROM) pasif yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan intervensi terapi *Range Of Motion* (ROM) pasif diharapkan dapat mengatasi masalah kesehatan yang dialami pasien yaitu kekakuan pada sendi.

### D. Defenisi Operasional

1. Asuhan Keperawatan pada pasien stroke iskemik adalah suatu proses atau tindakan keperawatan yang memiliki tahapan pelayanan kesehatan yang secara sistematis pada pasien stroke iskemik yang dimulai dari tahapan pengkajian, diagnosa, perencanaan, penatalaksanaan, dan evaluasi
2. Pasien stroke iskemik terdiri dari 1 pasien dengan kondisi stroke iskemik mengalami kekakuan pada sendi.
3. *Range Of Motion* (ROM) pasif adalah metode perawatan dan penyembuhan dengan menggunakan terapi *Range Of Motion* (ROM) pasif untuk mendapatkan efek-efek terapis. Terapi *Range Of Motion* (ROM)

pasif merupakan terapi yang paling alami yang didasarkan dalam penggunaannya secara internal dan eksternal sebagai pengobatan nofarmakologi. (Romadhoni, 2020).

#### **E. Tempat dan Waktu**

##### **1. Tempat Studi Kasus**

Dilakukan pada RT.06 Kampung Tanama Distrik Pariwari Wilayah Kerja Puskesmas Sekban.

##### **2. Waktu Studi Kasus**

Waktu yang diperlukan pada studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini selama 5 hari yaitu tanggal 20-25 Juni 2023.

#### **F. Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data ini digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data atau informasi di lapangan untuk tujuan penelitian, yang berarti bahwa teknik pengumpulan data menentukan bagaimana seorang peneliti memilih dan mengadopsi metode penelitian. (Abdhul, 2022).

##### **1. Sumber data primer.**

Ny.J sebagai sumber utama data (primer) sehingga dapat menggali informasi yang sebenarnya secara langsung mengenai masalah kesehatan pasien.

a. Anamnesis. Anamnesis adalah suatu proses tanya jawab atau komunikasi untuk mengajak Ny.J dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan, mencakup keterampilan secara verbal dan non verbal, empati dan rasa kepedulian yang tinggi. Teknik verbal, meliputi

pertanyaan terbuka/tertutup, menggali jawaban dan memvalidasi respon pasien. Teknik non verbal, meliputi mendengarkan secara aktif, diam, sentuhan dan kontak mata.

- b. Observasi. Observasi merupakan pengamatan perilaku serta keadaan Ny.J untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan pasien. Penulisan karya tulis ini penulis menggunakan observasi tidak terstruktur yaitu mengobservasi secara spontan dan mencatat apa yang dilihat dari pasien seperti mengobservasi vital sign terutama tekanan darah dan hasil pemeriksaan penunjang sebelum dan sesudah intervensi terapi *Range Of Motion* (ROM) pasif.
- c. Wawancara. Merupakan metode pengumpulan data dengan cara berbicara langsung pada Ny.J beserta keluarga sehingga terbina hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien. Wawancara dilakukan dengan pasien atau keluarga pasien untuk mendapatkan data data tentang pasien, riwayat penyakit, riwayat pengobatan, dan respon terhadap tindakan keperawatan.
- d. Pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Ny.J beserta keluarga dari ujung kepala sampai ujung kaki. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk memperoleh data subjektif dan data objektif melalui pemeriksaan dengan menggunakan metode atau teknik P.E. (Physical Examination) yang terdiri dari :
  - 1) Inspeksi. Inspeksi merupakan teknik yang dapat dilakukan dengan proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis.

- 2) Palpasi. Palpasi merupakan teknik yang dapat dilakukan dengan menggunakan indera peraba sebagai alat untuk mengumpulkan data.
- 3) Perkusi. Perkusi merupakan pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mengetuk yang bertujuan untuk membandingkan bagian kiri dan kanan pada daerah setiap permukaan tubuh dengan menghasilkan suara. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk, dan konsistensi jaringan.
- 4) Auskultasi. Auskultasi merupakan pemeriksaan yang dapat dilakukan dengan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Pemeriksaan Auskultasi biasanya menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh.
- 5) Instrumen Studi Kasus. Instrumen studi kasus yang digunakan penulis yaitu format asuhan keperawatan melalui proses asuhan, selain :
  - (1) Alat pengukur tekanan darah yaitu Tensimeter dan Stetoskop
  - (2) Seorang pelatih terapi *Range Of Motion* (ROM) pasif
  - (3) Handschoon Bersih 1 buah dan Handscrub 1 buah

## 2. Sumber data sekunder

Data sekunder merupakan sumber data yang diperoleh secara tidak langsung oleh peneliti melalui media perantara. Data sekunder biasanya berupa bukti, catatan atau laporan sejarah yang telah tersusun dalam arsip,

baik yang diterbitkan maupun yang tidak dipublikasikan. Sumber data sekunder untuk mentasi masalah kesehatan pada Ny.J sebagai berikut :

- a. Studi kepustakaan. Studi kepustakaan adalah bahan pustaka dan menunjang latar belakang teoritis studi kasus. Pada kasus ini menggunakan studi kasus kepustakaan yang bersumber dari buku kesehatan, jurnal, laporan laporan, hasil penelitian dari sumber terbaru serta buku ilmu keperawatan terbitan baru untuk mendapatkan data dasar pasien yang dapat digunakan untuk membantu dalam memberikan asuhan keperawatan yang benar dan tepat sesuai dengan masalah kesehatan pasien.
- b. Studi dokumentasi. Semua bentuk sumber informasi yang berhubungan dengan dokumen. Dalam kasus ini, setelah mendapatkan data yang diperlukan maka perlu didokumentasikan pada lembar catatan perkembangan pasien, agar dapat dipertanggungjawabkan. Studi dokumentasi kesehatan Ny.J diperoleh dari Puskesmas Sekban, anggota keluarga dan tetangga dari pasien.

#### **G. Analisa Data dan Penyajian Data**

Studi kasus ini menggunakan desain penelitian deskriptif yang dilakukan dalam bentuk rancangan studi kasus dan pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengakajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Sedangkan untuk analisa studi kasus ini adalah dengan menggambarkan hasil penulisan atau

observasi terhadap objek sesuai dengan keadaan sebenarnya serta memaparkan hasil penelitian.

#### **H. Etika Studi Kasus**

Etika studi kasus yang penulis gunakan dalam studi kasus ini yaitu :

1. *Informed Consent* (surat persetujuan), Sebelum pengambilan data dilakukan, penulis memperkenalkan diri, memberikan penjelasan tentang judul studi kasus. Subjek dalam penelitian ini harus mendapatkan informasi secara lengkap mengenai tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden.
2. *Anonymity* (tanpa nama), dimana penelitian melindungi hak-hak pada privasi responden, nama tidak digunakan serta menjaga kerahasiaan responden, penelitian hanya menggunakan inisial sebagai identitas.
3. *Confidentiality* (kerahasiaan), Semua informasi yang diberikan responden kepada peneliti akan tetap dirahasiakan untuk melindungi privasi pasien.
4. *Ethical clearance* (kelayakan etik), dalam studi kasus ini penulis memerlukan *ethical clearance* yaitu uji kelayakan etik sebagai pernyataan bahwa kegiatan studi kasus yang tergambar telah dilakukan kajian dan telah memenuhi kaidah etik sehingga layak dilaksanakan. Tujuan utamanya adalah untuk melindungi subjek studi kasus dari bahaya fisik dan psikis (tertekan penyesalan), dan konsekuensi (dituntut) sebagai akibat turut berpartisipasi dalam studi kasus.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASA

#### A. Hasil Studi Kasus

Berikut ini merupakan hasil dari studi kasus dan pembahasan dengan judul yang telah dipilih atau digunakan yaitu terapi ROM pasif pada Ny.J dengan stroke hemoragik dikampung tanama Distrik Pariwari Wilayah Kerja Puskesmas Sekban yang di lakukan padatanggal 20-25 juni 2023.penelitian ini telah dilakukan pada subjek yang bersedia menjadi responden dalam penelitian ini selama 5 hari pertemuan.data primer yang berhasil didapatkan yaitu data dokumentasi,wawancara,dan observasi.

Proses keperawatan yang berhasil dilakukan yaitu pengkajian,meremuskan diagnose,dan mengevaluasi tujuan keperawatan.

##### 1. Pengkajian

Tabel 4.1 Pengkajian Ny.J

Tanggal, 20 Juni 2023	
1. Gejala dan tanda mayor	
a. Data subjektif :	
a) Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa beraktivitas mandiri	
b) Semua kebutuhan dasar pasien di bantu oleh keluarga	
c) Keluarga pasien mengatakan pasien masih sering dibantu dalam penuhi kebutuhannya	
d) Keluarga mengatakan pasien bicara tidak jelas karena lidahnya pelo	
b. Data objektif :	
a) Pasien beraktivitas sangat terbatas	
b) Pasien kalau berjalan atau berdiri masih dibantu oleh keluarga	
c) Wajah pasien sedikit meringis saat meminta membuka telapak tangan kanan	
d) Keadaan umum pasien sedikit lemah	

- 
- e) Lidah pelo
  - f) Bila pasien berjalan tidak terlalu lama Karena pasien langsung duduk atau berhenti sendiri
  - g) Tidak ada kontraksi atau tonus otot sama sekali. untuk ekstremitas sebelah kanan atas dengan nilai : 0
  - h) Untuk ekstremitas bawah kanan Mampu bergerak penuh melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang. dengan nilai : 3
  - i) Ekstremitas atas kiri melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal. Dengan nilai : 5
  - j) Ekstremitas bawah kiri melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal. dengan nilai : 5
2. Gejala dan tanda minor
- a. Data subjektif :  
 Keluarga pasien mengatakan pasien seperti takut untuk berjalan atau berdiri karena takutnya pasien jatuh saat melakukan nya
  - b. Data objektif :
    - a) Pasien bersikap protektif
    - b) Pasien wajah sedikit cemas
    - c) Pasien berpegangan sangat erat dengan tangan anaknya
- 

Table 4.2 diagnosa keperawatan

NY.J

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular ( D.0054 )

---

Table 4.3 Tujuan Keperawatan

NY.J

Kriteria hasil / luaran

Meningkat :

1. Melaporkan pergerakan ekstremitas dengan skor : 3 (Meningkat)
  2. Kekuatan otot dengan skor : 3 (Meningkat)
  3. Rentang gerak (ROM) dengan skor : 3 (Meningkat)
- 

Table 4.4 Intervensi Keperawatan

NY.J

1. Bina hubungan saling percaya dengan pasien serta keluarga
  2. Jelaskan tujuan tentang pertemuan
  3. Lakukan pemeriksaan kekuatan otot
  4. Jelaskan langkah langkah dalam terapi ROM pasif
  5. Lakukan terapi ROM pasif pada ekstremitas kanan atas dan bawah
-

Tabel 4.5 Implementasi Keperawatan

NY.J

- 
1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien serta keluarga  
Waktu :
    - a. Tanggal 20 juni 2023
    - b. Jam 09.20 WIT
 Respon :
    - a. Pasien  
Pasien menjawab salam dari peneliti,cepat dalam merespon peneliti,dan memperhatikan peneliti
    - b. Keluarga  
Menantu dan anak perempuan dari pasien juga menjawab salam dari peneliti,cepat dalam merespon peneliti,dan memperhatikan peneliti.
  2. Menjelaskan tujuan tentang pertemuan  
Waktu :
    - a. Tanggal 20 juni 2023
    - b. Jam 09.25 WIT
 Respon :
    - a. Pasien  
Pasien memperhatikan dan mendengarkan penjelasan peneliti,namun pasien tidak terlalu banyak bertanya
    - b. Keluarga  
Menantu dan anak perempuan dari pasien memperhatikan dengan baik,bertanya manfaat dari ROM, keluarga sendi pasien mengatakan terapi ini sangat membantu mereka untuk menjaga kebugaran pasien
  3. Melakukan pemeriksaan kekuatan otot pasien  
Waktu :
    - a. Tanggal 20 juni 2023
    - b. Jam 09.30 WIT
 Respon :
    - a. Pasien  
Tidak ada kontraksi atau tonus otot sama sekali. (0)
    - b. Keluarga  
Menantu dan anak perempuan dari pasien memperhatikan dengan baik hasil dari pemeriksaan kekuatan otot pasien
  4. Menjelaskan langka langka dalam penerapan terapi rom pasif  
Waktu :
    - a. Tanggal 20 juni 2023
    - b. Jam 09.35 WIT
 Respon :
    - a. Pasien  
Pasien memperhatikan dan mendengarkan dengan baik
    - b. Keluarga
-

---

Menantu dan anak perempuan dari pasien mengatakan bahwa sudah sering lakukan beberapa gerakan yang diakan dilakukan peneliti namun tidak selengkap yang akan diberikan peneliti

5. Memberikan terapi rom pasif

Waktu :

- a. Tanggal 20 juni 2023
- b. Jam 09.40 WIT

Respon :

a. Pasien

Pasien sulit untuk mengikuti gerakan yang diajarkan oleh peneliti

b. Keluarga

Menantu dan anak perempuan dari pasien bersedia membantu peneliti dalam memberikan terapi rom pasif , Menantu dan anak perempuan dari pasien secara perlahan menahan kedua tangan pasien untuk membantu berdiri untuk mengikuti terapi yang diberikan peneliti

6. Memotivasi keluarga agar selalu mendukung dan membantu pasien dalam proses penyembuhan

Waktu :

- a. Tanggal 20 juni 2023
- b. Jam 09.55 WIT

Respon :

a. Pasien

Pasien memperhatikan dengan baik apa yang diberikan oleh peneliti

b. Keluarga

Menantu dan anak pasien mengatakan dengan segenap hati,dengan semampunya mereka,mereka bersedia dan siap untuk untuk selalu ada untuk pasien dan membantu pasien

---

Tabel 4.6 Evaluasi Tujuan Keperawatan

NY.J

Tanggal 20 juni 2023

Jam 14.30 WIT

---

S :

- a. Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa beraktivitas mandiri
- b. Semua kebutuhan dasar pasien di bantu oleh keluarga
- c. Keluarga pasien mengatakan pasien masih sering dibantu dalam penuhi kebutuhannya
- d. Keluarga mengatakan pasien bicara tidak jelas karena lidahnya pelo

- e. Pasien mengatakan belum bisa melakukan terapi secara mandiri
  - f. Pasien mengatakan terasa sakit saat digerakkan
  - g. Keluarga pasien mengatakan pasien sering mengeluhkan nyeri
  - h. Keluarga pasien mengatakan pasien seperti takut untuk berjalan atau berdiri karena takutnya pasien jatuh saat melakukannya
- O :
- a. Bersikap protektif
  - b. Wajah sedikit cemas
  - c. Berpegangan sangat erat dengan tangan anaknya
  - d. Beraktivitas sangat terbatas
  - e. Berjalana atau berdiri masih dibantu oleh keluarga
  - f. Meringis saat meminta membuka telapak tangan kanan
  - g. Keadaan umum pasien sedikit lemah
  - h. Lidah pelo
  - i. Bila pasien berjalan tidak terlalu lama Karena pasien langsung duduk atau berhenti sendiri
  - j. Tidak ada kontraksi atau tonus otot sama sekali. untuk ekstremitas sebelah kanan atas dengan nilai : 0
  - k. Untuk ekstremitas bawah kanan Mampu bergerak penuh melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang. dengan nilai : 3
  - l. Ekstremitas atas kiri melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal. Dengan nilai : 5
  - m. Ekstremitas bawah kiri melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal. dengan nilai : 5
- A :
- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular belum teratasi
- P :
- Lanjut kan intervensi keperawatan 3,5 dan 6 di lanjutkan

Tabel 4.7 catatan perkembangan hari I  
(tanggal 21 juni 2023)

NY.J	
1.	Melakukan pemeriksaan kekuatan otot
	Waktu :
	a. Jam 08.30 WIT
	Respon :
	a. Pasien
	Tidak ada kontraksi atau tonus otot sama sekali. ( 0 )
	b. Keluarga
	Menantu dan anak pasien mengatakan mendengarkan hasil pemeriksaan dengan baik

- 
2. Memberikan terapi rom pasif
 

Waktu :

    - a. Jam 08.30 WIT

Respon :

    - a. Pasien  
Pasien sulit untuk mengikuti gerakan yang diajarkan oleh peneliti
    - b. Keluarga  
Menantu dan anak pasien mengatakan ingin untuk melakukan namun terasa sakit bila lakukan gerakan tersebut
  3. Memotivasi keluarga agar mendukung dan membantu pasien dalam proses penyembuhan
 

Waktu :

Waktu :

Jam 09.55 WIT

Respon :

    - a. Pasien  
Pasien memperhatikan dengan baik apa yang diberikan oleh peneliti
    - b. Keluarga  
Menantu dan anak pasien mengatakan pada sore hari sempat kan waktu untuk ulangi gerakan telah di ajakan
- 

Tabel 4.8 catatan perkembangan II  
( tanggal 22 juni 2023 )

NY.J

- 
1. Melakukan pemeriksaan kekuatan otot
 

Waktu :

Jam 08.30 WIT

Respon :

    - a. Pasien  
Hasil pemeriksaan tampak mulai bisa berdiri dan berjalan sedikit baik
    - b. Keluarga  
Keluarga mengatakan senang karena ada perubahan pada pasien setelah diterapkan rom pasif
  2. Memberikan terapi rom pasif
 

Waktu :

Jam 08.35 WIT

Respon :

    - a. Pasien  
Pasien sudah mulai menggerakkan anggota tubuh yang bermasalah secara perlahan
    - b. Keluarga
-

- 
- Menantu dan anak pasien secara bersamaan dengan peneliti membantu pasien agar dapat melakukan gerakan secara perlahan
3. Memotivasi keluarga agar mendukung dan membantu pasien dalam proses penyembuhan
- Waktu :  
Jam 09.00 WIT
- Respon :
- a. Pasien  
Pasien memperhatikan, sesekali menganggukkan kepala mendengarkan penyampaian peneliti.
  - b. Keluarga  
Keluarga pasien juga mendengarkan dengan baik, sesekali keluarga menyemangati pasien agar tetap semangat dalam mengikuti terapi yang diberikan peneliti
- 

Tabel 4.9 catatan perkembangan III  
( tanggal 23 juni 2023 )

NY.J

---

- a. Melakukan pemeriksaan kekuatan otot
- Waktu :  
Jam 08.30 WIT
- Respon :
- a. Pasien
    - a) Pada ekstremitas atas kanan pasien mampu melakukan gerakan namun belum bisa melawan gravitasi dengan nilai : 2
    - b) Pada ekstremitas bawah kanan pasien mampu bergerak penuh melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang. Dengan nilai : 3
    - c) Pada ekstremitas atas kiri pasien mampu melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal. Dengan nilai : 5
    - d) Pada ekstremitas bawah kiri pasien mampu melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal. dengan nilai : 5
  - b. Keluarga  
Keluarga memperhatikan proses terapi ROM pasif yang dilakukan oleh peneliti
- b. Memberikan terapi rom pasif
- Waktu :  
Jam 08.35 WIT
- Respon :
- a. Pasien
-

---

Pasien sudah terbiasa melakukan gerakan rom pasif secara perlahan, pasien sudah bisa berdiri tanpa bantuan, berjalan mulai sedikit baik

b. Keluarga

Keluarga hanya sesekali membantu pasien untuk berdiri serta berjalan, keluarga berikan semangat kepada pasien

c. Memotivasi keluarga agar mendukung dan membantu pasien dalam proses penyembuhan

Waktu :

Jam 09.10 WIT

Respon :

a. Pasien

Pasien memperhatikan dan mendengarkan dengan baik

b. Keluarga

Keluarga mendengarkan dan memberikan pujian ke pasien atas semangat yang ditunjukkan pasien, anak pasien tampak senang melihat perubahan yang di alami ibunya

---

Tabel 4.10 catatan perkembangan IV  
(tanggal 24 juni 2023)

NY.J

a. Melakukan pemeriksaan kekuatan otot

Waktu :

Jam 07.50 WIT

Respon :

a. Pasien

a) Pada ekstremitas atas kanan pasien mampu melakukan gerakan namun belum bisa melawan gravitasi dengan nilai : 2

b) Pada ekstremitas bawah kanan pasien mampu bergerak penuh melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang. Dengan nilai : 3

c) Pada ekstremitas atas kiri pasien mampu melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal. Dengan nilai : 5

d) Pada ekstremitas bawah kiri pasien mampu melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal. dengan nilai : 5

b. Keluarga

Keluarga mendengarkan dengan baik hasil pemeriksaan peneliti

b. Memberikan terapi rom pasif

---

---

Waktu :

Jam 08.00 WIT

Respon :

a Pasien

Paisen mengatakan tidak rasakan sakit seperti hari yang kemarin

b Keluarga

Keluarga mengucapkan terima kasih atas terapi yang ajarkan,akan bersedia lakukan terapi yang diajarkan agar menjaga kebugaran pasien

c. Memotivasi keluarga agar mendukung dan membantu pasien dalam proses penyembuhan

Waktu :

Jam 08.15 WIT

Respon :

a Pasien

Pasien mendengarkan dengan baik apa yang disampaikan oleh peneliti

b Keluarga

Keluarga mengatakan akan slalu ada untuk membantu dan mendukung pasien apapun itu untuk kebaikan pasien

---

tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan  
Tanggal 24 juni 2023, Jam 16.30 WIT  
( SDKI,SLKI,SIKI ,( 2017 )

---

NY.J

---

Evaluasi SOAP

---

S :

- a. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mulai beraktifitas secara perlahan
- b. Keluarga pasien mengatakan pasien masih perlu dibantu dalam penuhi kebutuhannya
- c. Keluarga mengatakan kurang memahami apa yang disampaikan pasien
- d. Keluarga Pasien mengatakan sudah bisa melakukan terapi ROM secara mandiri

---

O :

- a. Pada ekstremitas atas kanan pasien mampu melakukan gerakan namun belum bisa melawan gravitasi dengan nilai : 2
- b. Pada ekstremitas bawah kanan pasien mampu bergerak penuh melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang. Dengan nilai : 3
- c. Pada ekstremitas atas kiri pasien mampu melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal. Dengan nilai : 5
- d. Pada ekstremitas bawah kiri pasien mampu melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal. dengan nilai : 5

A :

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular teratasi sebagian

P :

Intervensi keperawatan dilanjutkan di rumah dan dibantu oleh keluarga

## B. Pembahasan

Setelah lakukan penelitian ditemukan beberapa kesenjangan pada proses asuhan keperawatan antara teori dan kasus nyata yang di mana dalam proses asuhan keperawatan dalam teori memiliki beberapa proses asuhan keperawatan yang meliputi : pengkajian,diagnosa keperawatan,intervensi keperawatan,implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan serta kesamaan dalam menerapkan terapi rom pasif pada pasien dengan stroke hemoragik oleh beberapa peneliti,yang dijelaskan sebagai berikut :

### 1. Pengkajian keperawatan

Pada tinjauan teori terdapat beberapa data hasil pengkajian yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, merasa cemas saat bergerak,sendi kaku, gerakkan terbatas, fisik lemah, gerakan tidak terkoordinasi, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun. (SDKI,SLKI,SIKI (2018). Sedangkan pada kasus nyata yang dilakukan pengkajian pada Ny.J ditemukan data : Bersikap protektif, wajah sedikit cemas, berpegangan sangat erat dengan tangan anaknya, beraktivitas sangat terbatas, Berjalan atau berdiri masih dibantu oleh keluarga, meringis, keadaan umum pasien sedikit lemah, Lidah pelo, bila pasien berjalan tidak terlalu lama Karena pasien langsung duduk atau berhenti sendiri, tidak ada kontraksi atau tonus otot sama sekali. Untuk estremitas sebelah kanan atas dengan nilai : 0,Untuk ekstremitas bawah kanan Mampu bergerak penuh melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang.dengan nilai : 3, hasil pengkajian dapat disimpulkan bahwa adanya kesamaan antara teori

dengan tinjauan kasus hasil pengkajian pada Ny.J, hasil ini sesuai dengan pendapat Basuki, 2018 yang menyatakan bahwa biasanya pasien mengeluhkan adanya kelemahan pada anggota gerak tubuhnya sehingga kedua pasien mengalami hambatan terhadap mobilitas fisiknya sehingga membutuhkan latihan gerak (ROM) secara rutin untuk meningkatkan kekuatan ototnya

## 2. Diagnosa keperawatan

Pada teori terdapat perbedaan antara teori dan kasus nyata hal itu terlihat pada diagnose keperawatan karena peneliti menerapkan intervensi hanya membutuhkan satu diagnose keperawatan. Pada teori terdapat 5 diagnosa keperawatan sedang pada tinjauan kasus hanya 1 diagnosa keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neurumuskular pada Ny.J dengan stroke iskemik di RT.06 Kampung Tanama Distrik Pariwari Wilayah Kerja Puskesmas Sekban. Secara teori diagnose yang ditetapkan pada pasien stroke iskemik adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit, harga diri rendah berhubungan dengan ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. peneliti mengatasi 1 masalah yaitu gangguan mobilitas berhubungan dengan kekakuan sendi. Pada kasus nyata diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien secara langsung sesuai dengan kondisi saat peneliti melakukan pengkajian pada pasien.

## 3. Intervensi keperawatan

Menurut (SDKI,SLKI,SIKI (2018), terdapat beberapa intervensi keperawatan sesuai dengan kriteria : observasi : identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan,monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi,monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.terapeutik

: fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis,

pagar tempat tidur) ,fasilitasi melakukan pergerakan,libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.edukasi : jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi,anjurkan melakukan mobilisasi dini,ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.sedangkan intervensi yang dilakukan di kasus nyata yaitu dengan Bina hubungan salin percaya dengan pasien serta keluarga ,Jelaskan tujuan tentang pertemuan Lakukan pemeriksaan kekuatan otot, Jelaskan langkah langkah dalam terapi rom pasif ,Berikan terapi rom pasif,memotivasikan keluarga agar selalu mendukung dan membantu pasien dalam proses penyembuhan .peneliti hanya menggunakan 1 intervensi ada pada intervensi teori yaitu libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan untuk menerapkan terapi rom pasif pada pasien Ny.J dengan stroke hemoragik.

#### 4. Implementasi keperawatan

Pada implementasi keperawatan peneliti menggunakan 3 intervensi keperawatan yaitu: Lakukan pemeriksaan kekuatan otot sebelum diberikan terapi ROM pasif di dapati ekstremitas atas kanan , Berikan terapi rom pasif, memotivasikan keluarga agar selalu mendukung dan membantu pasien dalam proses penyembuhan.untuk menerapkan terapi rom pasif pada Ny.J dengan stroke hemoragik.

#### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi yang dilakukan bertujuan untuk mengevaluasi kriteria hasil atau luaran sesuai dengan penetapan intervensi keperawatan dan aplikasi pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien dan keluarga.

Terapi non-farmakologi tentang ROM pasif merupakan terapi alternative yang dapat membantu melatih meningkatkan pergerakan mobilisasi pasien stroke iskemik dan sudah banyak diteliti sebelumnya. peneliti tertarik untuk meneliti pasien dengan stroke non hemoragik yang pergerakan mobilisasi tidak normal yaitu pada Ny.J, di RT 06, dikampung tanama, Distrik Pariwari, Wilayah Kerja Puskesmas Sekban. untuk mengetahui efektifitas terapi ROM pasif. Setelah dilakukan terapi ROM pasif hasil menunjukkan bahwa ada perubahan kekakuan pada sendi Ny.J dengan stroke iskemik.

Hal ini sejalan dengan penelitian Anita Shinta Kusuma, (2020) dengan judul penelitian “Penerapan Prosedur *Latihan Range Of Motion* (Rom) Pasif Sedini Mungkin Pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH)” mengatakan bahwa pemberian latihan ROM dengan durasi waktu 15-35 menit dilakukan dua kali sehari setiap pagi dan sore minimal pelaksanaan 4 minggu. Saran dalam melakukan intervensi keperawatan pada pasien stroke dapat dilakukan secara menyeluruh meliputi bio, psiko, spiritual. Tindakan keperawatan yang mencakup biologis dalam kasus stroke seperti melakukan latihan ROM, yang mencakup psikologis dengan teknik relaksasi berupa latihan pernapasan atau mendengarkan musik, dan yang mencakup spiritual dengan berdoa. Jadi untuk meningkatkan kekuatan otot secara optimal dapat dilakukan dengan mengkombinasikan latihan yang dilakukan sedini mungkin. Relaksasi dan berdoa dilakukan sebelum latihan ROM dimulai agar pasien merasa tenang.

Manurut Agusrianto, et al., (2020) dengan judul penelitian “Penerapan Latihan *Range of Motion* (ROM) Pasif terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas pada Pasien dengan Kasus Stroke”. Penelitian ini sejalan dengan peneliti Listiyana Basuki, (2018) ,judul peneliti “Penerapan Rom (*Range Of Motion*) Pada Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di RSUD Wat Ses Kulon Progo”. Hal ini juga sejalan dengan peneliti Vidianisa, (2019),judul peneliti “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Klien Pasca Stroke Di *Home Care* Cahaya Husada Kalimantan Timur Samarinda”.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh beberapa peneliti sebelumnya dan sekarang dapat disimpulkan bahwa terapi non-farmakologi tentang penerapan terapi rom sangat efektif bila diterapkan pada pasien dengan masalah keperawatan strore. iskemik.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Setelah melakukan penelitian selama 5 hari peneliti mendapatkan gambaran dan pengetahuan tentang terapi rom pasif dapat membantu meningkatkan kekuatan otot pada Ny.J dengan stroke hemoragik. proses penelitian yang dilakukan pada Ny.J dengan stroke hemoragik dikampung tanama distrik pariwari terdiri dari :

##### 1. Pengkajian

Setelah dilakukan pengkajian pada Ny.J dengan stroke hemoragik ditemukan beberapa data sebagai berikut :

Keluarga pasien mengatakan pasien belum bisa beraktivitas mandiri, Semua kebutuhan dasar pasien di bantu oleh keluarga, keluarga pasien mengatakan pasien masih sering dibantu dalam penuhi kebutuhannya, keluarga mengatakan pasien bicara tidak jelas karena lidahnya pelo, Pasien beraktivitas sangat terbatas, pasien kalau berjalan atau berdiri, masih dibantu oleh keluarga, wajah pasien sedikit meringis saat, meminta membuka telapak tangan kanan ,Keadaan umum pasien, sedikit lemah, Lidah pelo, bila pasien berjalan tidak terlalu lama Karena pasien langsung duduk atau berhenti sendiri, Tidak ada kontraksi atau tonus otot sama sekali. untuk ekstremitas sebelah kanan atas dengan nilai : 0, Untuk ekstremitas bawah kanan mampu bergerak, penuh melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang. dengan

nilai : 3, Ekstremitas atas kiri melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal. dengan nilai : 5, Ekstremitas, bawah kiri melawan gravitasi dan mampu melawan,tahanan maksimal.dengan nilai : 5, Keluarga pasien mengatakan pasien seperti takut untuk berjalan atau berdiri karena takutnya pasien jatuh saat melakukan nya, pasien bersikap protektif, pasien wajah sedikit cemas, pasien berpegangan sangat erat dengan tangan anaknya

## 2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian maka di rumuskan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

## 3. Intervensi keperawatan

Terapkan terapi ROM pasif pada Ny.J dengan stroke iskemik

## 4. Implementasi keperawatan

Menerapkan terapi ROM pasif pada Ny.J dengan stroke iskemik dilakukan selama 5 hari dirumah pasien dikampung tanama distrik pariwari

## 5. Evaluasi keperawatan

- a. Pada ekstremitas atas pasien mampu melakukan gerakan namun belum bisa melawan garvitasi dengan nilai : 2
- b. Pada ekstremitas bawah pasien mampu bergerak penuh melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang. Dengan nilai : 3

- c. Pada ekstremitas atas kiri pasien mampu melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal. Dengan nilai : 5
- d. Pada ekstremitas bawah kiri pasien mampu melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal.dengan nilai : 5

Dapat disimpulkan bahwa terapi ROM pasif dapat menurunkan kekakuan sendi pada Ny.J dengan stroke iskemik

## **B. Saran**

### 1. Peneliti

Setelah mendapatkan gambaran dari penelitian ini peneliti mendapatkan pengetahuan baru tentang terapi ROM pasif dan akan diterapkan pada pasien dengan stroke iskemik yang membutuhkan layanan kesehatan.

### 2. Puskesmas Sekban / Lahan Penelitian

Hasil penelitian ini menjadi referensi atau panduan dalam menerapkan terapi ROM pasif kepada pasien stroke iskemik/SNH diwilayah kerja Puskesmas Sekban.

### 3. Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan bahan evaluasi pada perkembangan pendidikan keperawatan medikal bedah tentang penerapan terapi ROM pasif pada pasien dengan stroke iskemik.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdhul, Y. (2022). Pengertian Teknik Pengumpulan Data Menurut Para Ahli. <https://Deepublishstore.Com/Blog/Teknik-Pengumpulan-Data-Menurut-Para-Ahli/>
- Agusrianto, & Rantesigi, N. (2020). Penerapan Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Dengan Kasus Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan (JIKA)*, 2(2), 61–66.
- Anggraeni, W. (2019). ROM Aktif Dan Pasif. *Digilib Universitas Esa Unggul*, 1–19.
- Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Klien Pasca Stroke Di Home Care Cahaya Husada Kalimantan Timur Samarinda. (2019).
- Fakfak, L. P. D.-I. K. (2019). Standar Operasional Prosedur ROM Pasif Dan Aktif.
- Hendra, P. (2021). Pengukuran Kekuatan Otot Dengan Manual Muscle Testing (MMT). 1, 1–14.
- Ilmiah, K. T., Cahyanti, D., Studi, P., Keperawatan, D. I. I. I., Kesehatan, F., Muhammadiyah, U., & Lampung, P. (2021). Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Nutrisi Di Upt Puskesmas Pringsewu Tahun 2021 Nutrisi Di Upt Puskesmas Pringsewu.
- Romadhoni, L. K. (2020). Pengaruh Pemberian Air Rebusan Daun Sirsak Terhadap Kadar Asam Urat Pada Lansia (Studi Di Rt/Rw 004/001 Dsn. Ngasem Desa Kradenanrejo Kedungpring Lamongan). [File:///C:/Users/VERA/Downloads/ASKEP\\_AGREGAT\\_ANAK\\_And\\_REM\\_AJA\\_PRINT.Docx](File:///C:/Users/VERA/Downloads/ASKEP_AGREGAT_ANAK_And_REM_AJA_PRINT.Docx), 21(1), 1–9.
- Tim Pokja DPP PPNI. (2018). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, Standar Intervensi Keperawatan, Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja).

# **LAMPIRAN**

Standar Prosedur Operasional  
Range Of Motion / Rom Aktif Dan Pasif (Laboratorium Prodi D-III  
Fakfak, 2019)

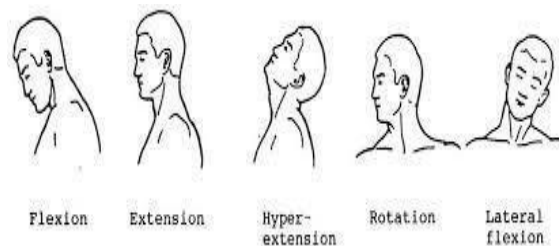
Pengertian	Tindakan/latihan otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit, diabilitas, atau trauma. Dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien.</li> <li>2. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot.</li> </ol>
Prinsip	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>ROM pasif</b> : Perawat melakukan gerakan persendian klien sesuai dengan rentang gerak yang normal (klien pasif)</li> <li>2. <b>ROM aktif</b> : Perawat memberikan motivasi, dan membimbing klien</li> <li>3. dalam melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal (klien aktif).</li> </ol>
Indikasi	<p><b>Indikasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dengan tirah baring yang lama</li> <li>2. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran</li> <li>3. Kelemahan otot</li> <li>4. Fase rehabilitasi fisik</li> </ol>
Kontra Indikasi	<p><b>Indikasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dengan tirah baring yang lama</li> <li>2. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran</li> <li>3. Kelemahan otot</li> <li>4. Fase rehabilitasi fisik</li> </ol>
PersiapanAlat	<p><b>Persiapan Alat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Handschoon Bersih</li> <li>2. Handscrub</li> </ol>
ProsedurKerja	<p><b>Pra Interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi salam dan memperkenalkan diri</li> <li>2. Memvalidasi identitas klien</li> <li>3. Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan</li> <li>4. Mempersiapkan klien dan mengatur lingkungan</li> </ol>

- 
5. Siapkan peralatan dan persediaan yang dibutuhkan
  6. Tutup pintu atau gordena
  7. Kaji kekuatan otot, mobilisasi sendi, paralisis atau paresis, hipotensi, ortostatik, toleransi aktivitas, tingkat kesadaran, tingkat kenyamanan, dan kemampuan pasien mengikuti instruksi
  8. Handhygiene

### Tahap Kerja

#### L. Leher

1. Flexi : turunkan dagu (dongakkan ke bawah) ke arah dada
2. Ekstensi : kembalikan ke posisi semula (ROM 45 derajat)
3. Hiperekstensi : dongakkan kepala ke arah belakang sejauh mungkin (ROM : 10 derajat)
4. Lateral flexi : patahkan leher ke kiri dan kanan sejauh mungkin (ROM : 40 sampai 45 derajat)
5. Rotasi : putarkan kepala dengan melihat kebawah dan keatas secara bergantian (ROM : 360 derajat )



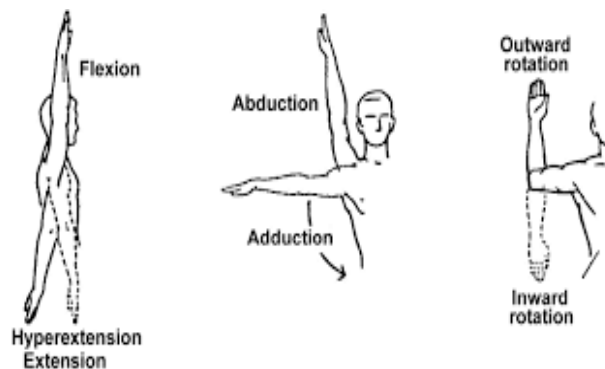
#### M. Bahu

1. Flexi : naikan lengan secara menyamping ke arah atas (ROM : 180 derajat)
  2. Ekstensi : kembalikan lengan ke bagian samping tubuh (posisi semula, ROM 180 derajat )
  3. Hiperekstensi : gerakkan lengan ke bagian belakang tubuh, dengan posisi siku
-

---

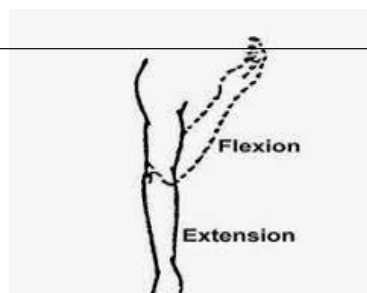
lurus (ROM 45 sampai 60 derajat)

4. Abduksi : angkat lengan ke arah samping pada posisi diatas kepala, dengan bagian telapak tangan mengarah keluar (ROM 180 derajat)
5. Adduksi :gerakan lengan menyilang diatas tubuh sejauh mungkin
6. Rotasi internal : gerakan lengan ke samping sejajar bahu dengan siku membentuk sudut 45 derajat
7. Rotasi eksternal : dengan siku pada posisi flexi,gerakan lengan k atas dan kebawah.
8. Sirkumduksi : gerakan lengan pada posisi menyamping secara melingkar, (ROM : 360 Derajat).



#### N. Siku

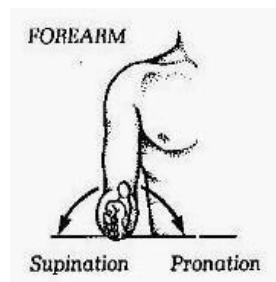
1. Flexi : ekstensikan lengan kemudian gerakan siku ke arah bahu, hingga telapak tangan menyentuh bahu (ROM : 150 derajat )
2. Ekstensi :turunkan siku menjauhi bahu (ROM :150 drajat)
3. Hiperekstensi : gerakan lengan ke arah belakang sejauh mungkin ( ROM : 10 sampai 20 derajat)



---

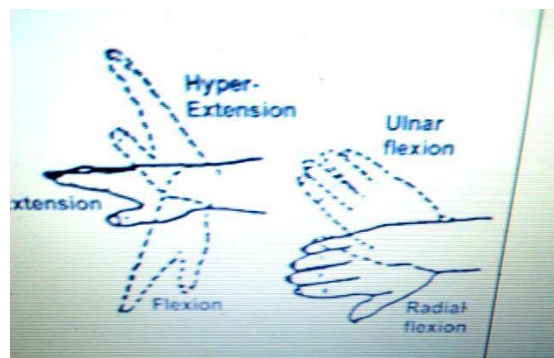
#### O. Lengan bawah

1. Supinasi : putar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke atas (ROM :70 sampai 90 derajat)
2. Pronasi : putar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah (ROM:70 sampai 90 derajat)



#### P. Pergelangan

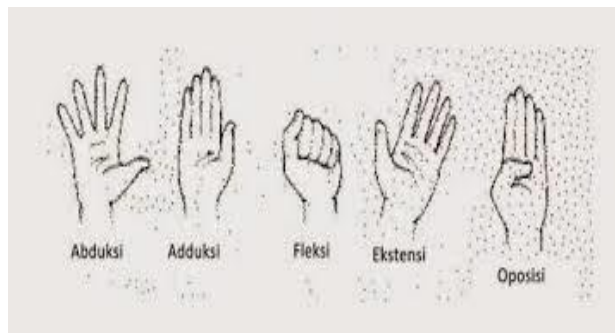
1. Flexi : gerakkan telapak tangan mendekati bagian bawah pergelangan (ROM : 80-90 derajat)
2. Ekstensi : kembalikan tangan ke keadaan semula pada posisi sejajar (ROM 80 sampai 90 derajat)
3. Hiperekstensi : gerakan telapak tangan sejauh mungkin ke bagian atas pergelangan.
4. Abduksi (flexi radial).bengkokkan pergelangan mengarah ke ibu jari ROM : diatas 30 derajat )
5. Adduction (fleksi ulnar) : bengkokkan pergelangan ke arah kelingking (ROM 30 sampai 50 derajat)



---

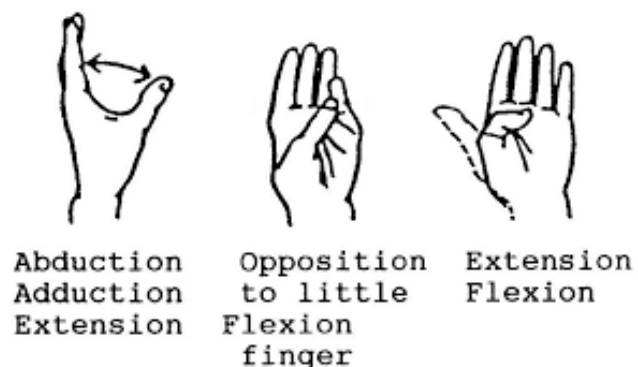
#### Q. Jari

1. Flexi : kepalkan tangan (ROM 90 derajat)
2. Ekstensi : luruskan jari (ROM 90 derajat)
3. Hiperekstensi : bengkokkan jari kearah belakang sejauh mungkin ( ROM 30 sampai 60 derajat)
4. Abduksi : buka jari
5. Adduksi : sejajarkan dan posisikan jari berdekatan



#### R. Jempol

1. Flexi : gerakan jempol meyilang telapak tangan (ROM : 90 derajat)
2. Ekstensi : gerakan jempol menjauhi telapak tangan (ROM : 90 derajat)
3. Abduksi : bengkokkan jempol kearah samping luar(ROM : 30 derajat)
4. Adduksi : kembalikan jempol ke posisi semula (ROM 30 derajat)
5. Oposisi : sentuh jempol dengan jari-jari yang lain pada tangan yang sama



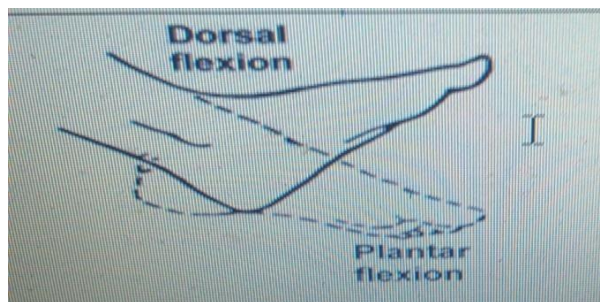
#### S. Pinggul

1. Flexi : gerakkan kaki ke depan (ROM 90 sampai 120 derajat)
  2. Ekstensi : kembalikan kaki ke posisi
-

---

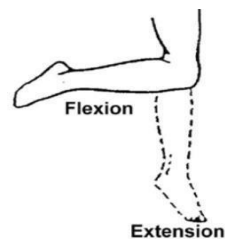
semula (ROM 90 sampai 120 derajat)

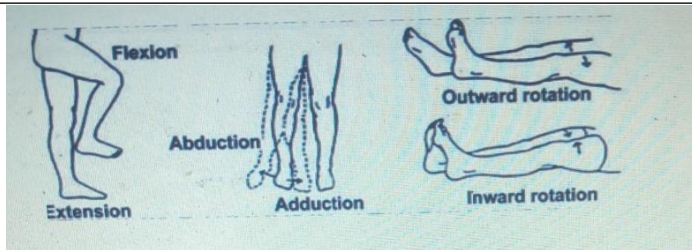
3. Hiperekstensi : gerakan kaki ke belakang sejauh mungkin ( ROM 30 sampai 50 derajat)
4. Abduksi : gerakan kaki menyamping menjauhi tubuh (ROM 30 sampai 50 derajat)
5. Adduksi : kembalikan kaki ke posisi semula (30 sampai 50 derajat)
6. Rotasi internal : gerakkan kaki (foot) ke arah dalam 90 derajat
7. Rotasi eksternal : gerakan kaki ke arah luar 90 derajat
8. Sirkumduksi : gerakan secara memutar pada pergelangan kaki (ROM 360 derajat)



#### T. Lutut

1. Fleksi : angkat betis ke arah bagian belakang paha (ROM 120 sampai 130 derajat)
2. Ekstensi : kembalikan ke posisi semula (ROM 120 sampai 130 derajat)



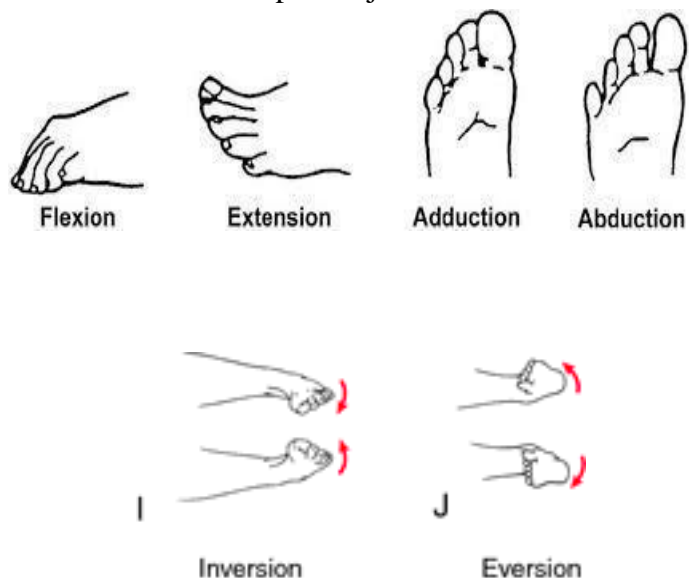


#### U. Pergelangan kaki

1. Dorsifleksi : gerakan pergelangan dengan telapak kaki mengarah ke depan(ROM 20-30 derajat)
2. Plantar fleksi : gerakan pergelangan kaki ke posisi semula (ROM 45 sampai 50 derajat).

#### V. Kaki

1. Inversi : luruskan bagian bawah kaki (ROM 10 derajat atau kurang dari)
2. Eversi :gerakan kaki telapak kaki menyamping (ROM 10 derajat atau kurang)
3. Fleksi : bengkokkan jari kaki ke bawah (ROM 30 sampai 60 derajat)
4. Ekstensi : luruskan jari jari kaki
5. Abduksi : gerkakan jari-jari kaki menjauh satu sama lain
6. Adduksi : rapatkan jari kaki



Fase Terminasi :

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rapikan klien dan berikan posisi yang nyaman bagi pasien</li> <li>2. Kembalikan alat ke tempatnya</li> <li>3. Handhygiene</li> <li>4. Mengevaluasi respon klien dan keluarga</li> <li>5. Berikan reinforcement positif kepada keluarga</li> <li>6. Menyampaikan kontrak selanjutnya</li> <li>7. Mendokumentasikan tindakan</li> </ol>
Referensi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kozier, Erb, dkk. Buku Ajar Fundamental Keperawatan Volume 2. Edisi EGC.Jakarta. 2016</li> <li>2. Potter &amp; Perry. <i>Fundamental of Nursing. Ninth Edition</i>. Elsevier.Missouri. 2017</li> </ol>

Sumber : (Laboratorium Prodi D-III Fakfak, 2019)

---

**PEMERIKSAAN KHUSUS MANUAL MUSCLE TESTING  
(MMT) (PHYSIO HENDRA, 2021)**

---

Nilai 0	: Tidak ada kontraksi atau tonus otot sama sekali.
Nilai 1	: Terdapat kontraksi atau tonus otot tetapi tidak ada gerakan sama sekali
Nilai 2	: Mampu melakukan gerakan namun belum bisa melawan Garvitasi
Nilai 3	: Mampu bergerak dengan lingkup gerak sendi secara penuh dan melawan gravitasi tetapi belum bisa melawan tahanan minimal
Nilai 4	: Mampu bergerak penuh melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang.
Nilai 5	: melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan maksimal.

Sumber : (Hendra, 2021)



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DEKRETORAT 3 ENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN SORONG**  
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN FAKFAK**  
**Jalan Diponegoro No.01 Fakfak 98011**



Laman  
Nomor KH.04.02/3.1 V lh /2023  
Lampiran ) (fntu) Berkai  
Perihal Permohonan Pengambilan Kasus

IO Juni 2023

Yang terhormat.

Kepala Puskesmas Sekban


Di-

F a k f a k

Dengan Hormat.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir Karya Tulis ilmiah (KTI) mahasiswa semester VI Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak Politeknik Kesehatan Sorong Tahun Akademik 2022/2023, bersama ini kami mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu kiranya kiranya dapat memfasilitasi mahasiswa kami untuk pengambilan kasus KTI sesuai judul yang sudah ditetapkan di wilayah kerja puskesmas mulai tanggal 5 Juni s/d 5 Juli 2023 (Nama Mahasiswa Terlampir).

**Demikian** permohonan kami, atas perhatiannya kami mengucapkan terima kasih.

sp hui.  
Ketua  
  
Yehud Maryen, SKM MPH  
NII? 19640724 198903 1 015

Daftar Nema Mahasiswa Semester VI  
Tahun akademik 2022/2023

No	MAHASISWA	fIM	JUDUL
1	Yolande Elisabeth	8144721e039	<b>Penerapan Reburan Deun Sfrssk Terhadap Penurunan Kader Asam Urqt Pada Pasfen DI Kampung Tanama Wilayah Kerja Puskesmas Sekban</b>
2	Srl Anstln	8144722tXI36	Penerapan Menem Kaki Terhadap Penurungn Kadsr GuIa Darah Pada Pasfen <b>Diabetes</b> Mellitus Tlpe II DI Wilayah Kerja Puskesmas Sekban
3	Robert Kabes	81447220029	Penerapan <b>Pembstrihan</b> Perasari <b>Air Kunyit Terhadap Penurunan Nyeri Pada</b> Pasien Gastrkis DI Xampung Tanama Wilayah Kerja Puskesmas Sekban
4	Ruth kabes	81447220031	Penetapan itipan Dann Jamt u8lji Mampu Mengurangi Imensitas Dan Durasi Pada Pasien Plare Di Jalan Imam Bonjol Wilayah Kerja Puskesmas Sekban
5	Paulina Veronika Hombahomba	81447220025	Terapi Perendaman Kaki Dengan Air Hangatt Pada Laruia Yang MengalamT Hlpertensi Di Wifayah Kerja PusLesznas Sekban
6	Lo Azwan Ode	81447220014	Penerapan Arupan Buah Labu Ham Mengontrol Tekan Parah Pada TnJvt Dengan Hipertensi Di RT.02 Kampung Tanama Distrik Pariwari Wñayah Kerja Puskesmas Sekban
7	Ana M L \Uouw	81447220001	Penerapan Jus ktentimun Mengontrol Tekan Darah Pada Tn.M Dengan Hipertensi Di Rt.01 Kamjxzng To <b>Distrik Pariwari Wllayah kerja PuAesmas fekban</b>
8	Trian S J Nabaema	81447220038	<b>Penerapan ROñ4 Pañf Pada NyJ Dengan</b> Stroke Iskemik Di RI.06 Kampung Tanama Distrik Pariwari WBayah Kerja Puskesmas Sekban
9	Sampari G Iha	81447220032	Penetapan Posisi Semi F ter Pada Parien Dengan Asrru Di R.05 Karriptomg Tanama Dlrrtik Pariwari <b>oleh Keria</b> Puskesmas Sekban
10	Santaris Rumalean	81447220034	Penerapan Terapi Teh Hijau Untuk Menurunkan Tekanan Darah Tinggi Di Rt.01 Di itampung Tantrum Oirtrik
11	Ike Dewi Ratnoiorl	81447220010	Penerapan Jus Mentlmun Pada Pasien Dengan Hlpertensi DI Kampung Tanama h Ke :Pu k
J2	Muhammad Rizki Ramadhan	81447219025	kuP ( ow " Rempah } Pada Paslen Yang Mengaleml Hlperterul DI \\$/tlayah Kerla Puskesmas

13	Sarl Nairn Mauw”	81447220033“	Sekbnn Kabupaten Fakfak Implementasi terapi rileksasi napas dalam pada pasien hipertensi terhadap penurunan tekanan darah DI Wilayah Kerja Puskesmas Sekban Ksbupaten Fakfak
f4	Marlce Koromat	8J447220T7	Penerapan Pemberian Jus Nanas Dalam Menurunkan Kadar Asam Urat Pada Tn/Ny DI Wilayah Kerja Puskesmas Sekban Kabupaten Fakfak

sf Mengetahui,



Yehud Maryen SkM MPH  
NIP. 19640724 198903 1 015

