



**PENERAPAN TERAPI ROM AKTIF ASISTIF : *SPHERICAL GRIP* PADA
PASIEEN STROKE NON HEMORAGIK UNTUK PEMENUHAN
KEBUTUHAN MOBILITAS FISIK DI INSTALASI GAWAT
DARURAT RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN**

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan**

SRI AGUSTIN WACHYUNINGSIH

A01602273

**STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN AKADEMIK
2018/2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : SRI AGUSTIN WACHYUNINGSIH

NIM : A01602273

Program Studi : DIII Keperawatan

Institusi : STIKES Muhammadiyah Gombong

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Gombong, 04 Maret 2019

Pembuat Pernyataan



Sri Agustin Wachyuningsih

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh SRI AGUSTIN WACHYUNINGSIH NIM A01602273 dengan judul "Penerapan Terapi ROM Aktif Asistif : *Spherical Grip* Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Untuk Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik Di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Soedirman Kebumen" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Gombong, 04 Maret 2019

Pembimbing



Barkah Waladani, S.Kep.Ns.,M.Kep

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



Nurlatifa, S.Kep.Ns.,M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh SRI AGUSTIN WACHYUNINGSIH dengan judul “Penerapan Terapi ROM Aktif Asistif : *Spherical Grip* Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Untuk Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik Di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Soedirman Kebumen” telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 06 Maret 2019.

Dewan Penguji

Penguji Ketua

Endah Setianingsih, S.Kep.Ns.,M.Kep

(.....)

Penguji Anggota

Isma Yuniar, M.Kep

(.....)

Pembimbing

Barkah Waladani, S.Kep.Ns.,M.Kep

(.....)

Mengetahui

Kepala Program Studi DIII Keperawatan



Nur Laila, S.Kep.Ns.,M.Kep

Program Studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
KTI, Februari 2019
Sri Agustin¹, Barkah Waladani²

ABSTRAK

PENERAPAN TERAPI ROM AKTIF ASISTIF : *SPHERICAL GRIP* PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK UNTUK PEMENUHAN KEBUTUHAN MOBILITAS FISIK DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

Latar Belakang : Gangguan vaskularisasi otak pada stroke non hemoragik memunculkan berbagai manifestasi klinis salah satunya yaitu hilangnya kontrol terhadap gerakan motorik yang secara umum dapat dimanifestasikan dengan disfungsi motorik seperti hemiparesis (kelemahan yang terjadi pada salah satu sisi tubuh). Oleh karena itu, pasien memerlukan rehabilitasi latihan rentang gerak (ROM) secara cepat dan tepat. Latihan tersebut salah satunya berupa latihan ROM Aktif Asistif : *Spherical Grip* yang merupakan latihan fungsional tangan.

Tujuan : Melakukan penerapan Terapi ROM Aktif Asistif : *Spherical Grip* untuk menstimulasi gerak tangan sehingga dapat meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke non hemoragik.

Metode : Penelitian ini menggunakan metode studi kasus (*Case Study*). Respondennya adalah 2 orang pasien stroke non hemoragik. Instrumen dalam studi kasus ini berupa (standar operasional prosedur) SOP terapi genggam menggunakan bola karet.

Hasil : Setelah menerapkan terapi ROM Aktif Asistif : *Spherical Grip* terjadi peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas, didapatkan nilai kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien 1 dari 2 menjadi 3 dan nilai kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien 2 dari 3 menjadi 4.

Tindakan : Tindakan yang dilakukan dalam mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik, pasien melakukan tindakan terapi ROM Aktif Asistif : *Spherical Grip*.

Rekomendasi : ROM Aktif Asistif : *Spherical Grip* merupakan latihan fungsional pada tangan dengan cara menggenggam benda berbentuk bulat seperti bola pada telapak tangan.

Kata Kunci : kekuatan otot, pasien stroke non hemoragik, terapi ROM Aktif Asistif : *Spherical Grip*

1. Mahasiswa
2. Dosen Pembimbing

DIII Nursing Study Program
Muhammadiyah Gombong College of Health Sciences
KTI, February 2019
Sri Agustin¹, Barkah Waladani²

ABSTRACT

APPLICATION OF ASSISTANT ACTIVE ROM THERAPY : SPHERICALGRIP IN NON HEMORAGIC STROKE PATIENT FOR FULFILLMENT NEEDS OF PHYSICAL MOBILITY IN HEAVY INSTALATION EMERGENCY RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

Background : Brain vascularity disorders in non-hemorrhagic strokes give rise to various clinical manifestations, one of which is the loss of control of motor movements which can generally be manifested by motor dysfunction such as hemiparesis (weakness that occurs on one side of the body). Therefore, patients need rehabilitation quickly and precisely the range of motion (ROM) exercises. One of the exercises is Active Assist ROM : Spherical Grip which is a functional hand exercise.

Objective : To implement Active Assistive ROM Therapy : Spherical Grip to stimulate hand movements so that it can increase muscle strength of the upper limb in non-hemorrhagic stroke patients.

Method : This study uses a case study method (Case Study). The respondents were 2 non-hemorrhagic stroke patients. Instrument in this case study is in the form of (standard operating procedure) SOP handheld therapy using rubber balls.

Result : After applying Active Assist ROM therapy : Spherical Grip increases the strength of the upper limb muscles, obtained the value of upper limb muscle strength in patients 1 from 2 to 3 and the value of upper limb muscle strength in patients 2 from 3 to 4.

Action : Actions taken to overcome the problem of physical mobility in non-hemorrhagic stroke patients, the patient performs Active Assistive ROM therapy : Spherical Grip.

Recommendation : Active Active ROM: Spherical Grip is a functional exercise on the hand by holding round objects like balls on the palm of the hand.

Keywords : muscle strength, non hemorrhagic stroke patients, Active Active ROM therapy : Spherical Grip

1. Students
2. Supervisor

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena rahmat serta hidayah-Nya penulis mampu menyelesaikan tugas penelitian Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Penerapan Terapi ROM Aktif Asistif : *Spherical Grip* Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Untuk Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik Di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Soedirman Kebumen” dalam upaya memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.

Alhamdulillah dengan waktu yang diberikan, penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah dengan judul “Penerapan Terapi ROM Aktif Asistif : *Spherical Grip* Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Untuk Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik Di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Soedirman Kebumen.” Penulis ingin menyampaikan terimakasih yang tulus dan penghargaan kepada semua pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung. Ucapan terimakasih dan penghargaan yang tulus, penulis sampaikan kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan nikmat iman dan nikmat sehat kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan tugas akhir dengan lancar.
2. Kedua orang tua yang selalu mendukung, menyemangati dan mengajarkan tentang sebuah arti tanggung jawab dan perjuangan dalam meraih cita-cita.
3. Hj. Herniyatun M.Kep.,Sp.Mat, selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
4. Nurlaila, S.Kep.Ns.,M.Kep selaku ketua Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
5. Barkah Waladani, S.Kep.Ns.,M.Kep selaku pembimbing akademik Program Studi DIII Keperawatan Muhammadiyah Gombong yang

memberikan saran, arahan dan motivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

6. Endah Setianingsih, S.Kep.Ns.,M.Kep selaku tim penguji dalam studi kasus yang telah memberikan saran dan arahan.
7. Segenap Dosen dan Staff/Karyawan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kesehatan Muhammadiyah Gombong yang telah berkenan memberikan bimbingan dan arahan materi selama penulis menempuh pendidikan.
8. Ukhty ku yang tercinta Reza Aprianingsih, Siti Aminatus S, Siti Utami S yang selalu memberi semangat dan membantu dalam segala hal.
9. Teman-teman seperjuangan kelas 3C yang selalu memberikan semangat dan hiburan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman-teman mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong yang saya sayangi, yang telah berjuang bersama-sama, memberikan dukungan, semangat dan membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata kesempurnaan karena keterbatasan penulis. Meskipun demikian, penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis dan pembaca umumnya.

Gombong, 04 Maret 2019

Sri Agustin Wachyuningsih

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DALAM	i
HALAMAN KEASLIAN TULISAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Studi Kasus.....	6
1. Tujuan Umum.....	6
2. Tujuan Khusus	6
D. Manfaat Studi Kasus.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Stroke.....	7
B. Konsep Terapi Range Of Motion.....	10
C. Kekuatan Otot.....	15
D. Instrument Pengukuran Tindakan.....	16
BAB III METODE STUDI KASUS	17
A. Jenis/Desain/Rancangan Studi Kasus	17

B. Subyek Studi Kasus.....	17
C. Fokus Studi Kasus.....	17
D. Definisi Operasional.....	18
E. Instrumen Studi Kasus	18
F. Metode Pengumpulan Data.....	18
G. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	19
H. Analisis Data dan Penyajian Data.....	19
I. Etika Studi Kasus	19
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	21
A. Hasil Studi Kasus.....	21
B. Pembahasan.....	37
C. Keterbatasan Studi Kasus	42
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	43
A. Kesimpulan	43
B. Saran	43

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Tabel distribusi frekuensi kekuatan otot ekstremitas atas yang mengalami kelemahan sebelum dan setelah melakukan Terapi ROM Aktif Asistif : <i>Spherical Grip</i> pada Tn.I	38
Tabel 4.2. Tabel distribusi frekuensi kekuatan otot ekstremitas atas yang mengalami kelemahan sebelum dan setelah dilakukan terapi ROM Aktif Asistif : <i>Spherical Grip</i> pada Ny.T	39



DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 1 : Resume Keperawatan Gawat Darurat
2. Lampiran 2 : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat
3. Lampiran 3 : Lembar Penjelasan Mengikuti Penelitian (PSP)
4. Lampiran 4 : Lembar Persetujuan (Informed Consent)
5. Lampiran 5 : Lembar Observasi
6. Lampiran 6 : Lembar Pernyataan Publikasi
7. Lampiran 7 : Lembar SOP Terapi Genggam Menggunakan Bola
8. Lampiran 8 : Format Pengkajian Keperawatan Gawat Darurat
9. Lampiran 9 : Format Pengkajian Asuhan Keperawatan Dewasa
10. Lampiran 10 : Lembar Konsultasi
11. Lampiran 11 : Jurnal Keperawatan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke adalah salah satu gangguan saraf yang terjadi akibat terganggunya peredaran darah ke otak yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih dan bersifat permanen. Gejala klinis berlangsung mendadak dan progresif sehingga terjadi kerusakan otak secara akut serta terjadi secara lokal/global (Lingga, L. 2013). Stroke adalah suatu penyakit menurunnya fungsi saraf akut yang disebabkan oleh gangguan pembuluh darah ke otak, terjadi secara mendadak dan cepat yang menimbulkan tanda dan gejala sesuai dengan daerah otak yang terganggu. Stroke memiliki dua tipe yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik. Sekitar 87% orang terserang stroke iskemik yaitu stroke yang disebabkan adanya sumbatan dalam aliran darah ke otak sedangkan sisanya menderita stroke hemoragik yaitu keluarnya darah ke jaringan otak dan ke ekstrasvaskuler di dalam kranium (Mozaffarian, 2015).

Faktor risiko yang mempengaruhi kejadian stroke akut pada pasien stroke non hemoragik yang dibawa ke IGD yaitu jenis kelamin laki-laki dengan hipoglikemia dan hipertensi sedangkan pada stroke akut hemoragik yaitu jenis kelamin perempuan dengan hiperglikemia dan tingginya kadar kolesterol (Purnomo, *et al.* 2017).

Menurut penelitian Rachmawati, *et al.* (2017) di Instalasi Gawat Darurat RSUD Ngudi Waluyo Wlingi stroke menduduki urutan kedua dalam 10 besar penyakit per bulan, stroke iskemik mempunyai jumlah lebih banyak daripada stroke *hemorrhage* dan 87,9% pasien datang >3 jam setelah serangan stroke dengan rata-rata keterlambatan kedatangan 23 jam 12 menit sehingga memperburuk luaran pasien. Hal tersebut dikarenakan sebagian besar keluarga mempunyai pengetahuan yang

kurang tentang faktor risiko dan peringatan gejala stroke yang dapat menyebabkan pasien tidak segera dibawa ke rumah sakit atau instalasi gawat darurat. Dan dalam penelitiannya membuktikan bahwa kurangnya pengetahuan anggota keluarga berpengaruh terhadap lambatnya respon untuk segera mengambil tindakan membawa pasien ke IGD. Rendahnya pengetahuan keluarga dipengaruhi rendahnya tingkat pendidikan dan tidak adanya informasi tentang stroke sebelumnya. Stroke merupakan kondisi kegawatdaruratan yang harus segera diatasi dalam kurun waktu 4-5 jam. Apabila melebihi waktu tersebut pasien stroke akan menderita kecacatan bahkan kematian.

Menurut WHO (*World Health Organization*) (2010) stroke merupakan penyakit yang termasuk urutan ketiga penyebab kematian di dunia setelah jantung dan kanker serta merupakan penyakit yang menyebabkan kecacatan serius dan permanen nomor 1 di dunia. Stroke terjadi pada 15 juta orang, dari 15 juta orang tersebut, 5 juta orang meninggal, dan 15 juta orang lainnya bertahan hidup, namun mengalami cacat permanen dan hidup bergantung kepada keluarga dan masyarakat, serta 15 juta orang sembuh seperti semula sebelum terkena stroke. Menurut WHO (2012), stroke merupakan penyebab kematian tertinggi kedua pada umur 60 tahun dan urutan kelima penyebab kematian pada umur 15-59 tahun. Di seluruh dunia, sebanyak 3 juta perempuan dan 2,5 juta laki-laki meninggal akibat terserang penyakit stroke di setiap tahunnya. Menurut *Stroke Association* (2015) setiap tahun >795.000 orang di Amerika menderita stroke dan rata-rata terserang tiap 40 detik.

Di Indonesia, jumlah penderita stroke terbanyak dan menduduki urutan pertama di Asia dan keempat di dunia, setelah India, Cina, dan Amerika. Data Riskesdas, tahun 2013 menunjukkan prevalensi stroke terbanyak terjadi di daerah perkotaan daripada pedesaan, baik berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (8,2%), maupun diagnosis atau gejala (12,7%). Di Indonesia terjadi peningkatan jumlah penderita stroke, yaitu dari 8,3 per mil di tahun 2007 menjadi 12,1 per mil pada tahun 2013. Prevalensi stroke

berdasarkan diagnosa tenaga kesehatan dan gejala tertinggi di Sulawesi Selatan (17,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), Daerah Istimewa Yogyakarta (16,9%), diikuti Jawa Timur (16%). Dan Jawa Tengah menduduki gejala tertinggi ke lima terbesar (12,0%) (RISKESDAS, 2013).

Prevalensi stroke di Jawa Tengah menurut Profil Dinas Kesehatan Jawa Tengah (2015) dari 8% pada tahun 2007 meningkat menjadi 12% tahun 2013. Dan pada tahun 2015 jumlah kasus stroke di Jawa Tengah yaitu terdiri dari stroke hemoragik sebanyak 4.558 dan stroke non hemoragik sebanyak 12.795. Prevalensi stroke di Jawa Tengah pada umur >15 tahun mencapai 12,3%.

Di Kabupaten Kebumen penyakit stroke non hemoragik menduduki peringkat ke-4 dalam daftar penyakit tidak menular di Puskesmas dan Rumah Sakit setelah Hipertensi, Diabetes Mellitus, Stroke Hemoragik. Prevalensi stroke di Kabupaten Kebumen tahun 2012 dari 55,5% meningkat menjadi 93,4%. Jumlah penderita stroke pada tahun 2015 sebanyak 137 penderita, dan meningkat setiap tahunnya. Penderita yang mengalami stroke hemoragik sebanyak 78 dan sisanya adalah stroke non hemoragik (Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen, 2015).

Gangguan vaskularisasi otak pada stroke non hemoragik memunculkan berbagai manifestasi klinis seperti kesulitan berbicara, kesulitan berjalan dan mengkoordinasikan bagian-bagian tubuh, sakit kepala, kelemahan otot wajah, gangguan penglihatan, gangguan sensori, gangguan pada proses berpikir dan hilangnya kontrol terhadap gerakan motorik yang secara umum dapat dimanifestasikan dengan disfungsi motorik seperti hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh) atau hemiparesis (kelemahan yang terjadi pada salah satu sisi tubuh). Disfungsi motorik yang terjadi mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga meningkatkan resiko terjadinya komplikasi. Komplikasi akibat imobilisasi menyebabkan 51% kematian pada 30 hari pertama setelah terjadinya serangan stroke iskemik. Imobilitas juga dapat menyebabkan kekakuan sendi (kontraktur),

komplikasi ortopedik, atropi otot, dan kelumpuhan saraf akibat penekanan yang lama (*nerve pressure palsies*) masalah yang berhubungan dengan kondisi imobilisasi pada pasien stroke yaitu hambatan mobilitas fisik (Summers, 2009).

Penanganan dengan latihan mobilisasi perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit lain. Salah satu latihan mobilisasi atau rehabilitasi yang diberikan pada pasien stroke yaitu *Range Of Motion*. ROM adalah kemampuan maksimal seseorang dalam melakukan gerak. Tujuan ROM yaitu dapat mencegah terjadinya kontraktur, atropi otot, meningkatkan peredaran darah ke ekstremitas, mengurangi kelumpuhan faskular, meningkatkan kekuatan otot dan memberikan kenyamanan pada klien dalam memenuhi kebutuhan dan masalah yang dihadapi (Lukman & Ningsih 2011).

Latihan ROM yang akan dilakukan yaitu ROM Aktif Asistif : *spherical grip*. ROM Aktif Asistif : *spherical grip* dilakukan pada pasien stroke yang mengalami kekakuan atau kelemahan otot guna terapi ROM aktif asistif yaitu untuk meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas dan melancarkan sirkulasi darah. ROM Aktif Asistif : *spherical grip* memerlukan latihan fungsional tangan dengan melalui 3 tahap yaitu membuka tangan, menutup jari-jari untuk menggenggam objek (sebuah benda berbentuk bulat seperti bola pada telapak tangan), dan mengatur kekuatan otot menggenggam. Oleh karena itu perlu dilakukan latihan otot tangan dan sendi serta menggenggam agar bisa meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas yang dilakukan selama 7 hari dengan perlakuan 2 kali sehari pagi dan sore selama 15-45 menit menggenggam bola karet (Sukmaningrum, F. 2012).

Menurut penelitian Arif & Hanila (2015) di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi efektivitas ROM aktif asistif *spherical grip* dapat membantu peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas dan membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Karena terapi yang diberikan merupakan terapi motorik yang merangsang peredaran aliran

darah supaya tidak terjadinya kekakuan otot dan otot ekstremitas yang lemah bisa digerakkan dan pasien stroke dapat pulih kembali. Dan dalam penelitiannya menunjukkan bahwa memang ada pengaruh dari latihan efektivitas ROM Aktif Asistif : *spherical grip* sebelum dan sesudah dilakukan. Hasil yang didapatkan yaitu adanya peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke setelah dilakukan latihan ROM Aktif Asistif : *spherical grip*.

Menurut Irfan (2010) latihan ROM aktif asistif bertujuan untuk membantu proses pembelajaran motorik. Setiap gerakan hendaknya dilakukan secara perlahan dan anggota gerak yang mengalami kelumpuhan ikut aktif melakukan gerakan seoptimal mungkin dan anggota gerak yang tidak mengalami kelemahan hendaknya dapat membantu proses terbentuknya gerakan. Latihan menggenggam yang dilakukan secara mandiri dapat mempercepat pemulihan pada otot yang mengalami kelemahan dan sebaiknya dilakukan sesering mungkin supaya bisa mencapai hasil yang maksimal dan mampu melakukan aktivitas sehari-hari.

Berdasarkan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk melakukan Penerapan Terapi ROM Aktif Asistif : *Spherical Grip* pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah Terapi ROM Aktif Asistif : *spherical grip* pada pasien stroke non hemoragik untuk meningkatkan kekuatan otot?

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Menggambarkan asuhan keperawatan dengan Terapi ROM Aktif Asistif : *spherical grip* untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan tanda dan gejala sebelum diberikan tindakan Terapi ROM Aktif Asistif : *spherical grip*

- b. Mendeskripsikan tanda dan gejala setelah diberikan tindakan Terapi ROM Aktif Asistif : *spherical grip*
- c. Mendeskripsikan kemampuan dalam melakukan tindakan Terapi ROM Aktif Asistif : *spherical grip* sebelum diberikan
- d. Mendeskripsikan kemampuan dalam melakukan tindakan Terapi ROM Aktif Asistif : *spherical grip* setelah diberikan

D. Manfaat Studi Kasus

Karya tulis ini, diharapkan memberikan manfaat bagi :

1. Rumah Sakit :

Meningkatkan pengetahuan rumah sakit dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik melalui Terapi ROM Aktif Asistif : *spherical grip*

2. Bagi Pengembangan Ilmu Teknologi Keperawatan :

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam meningkatkan kekuatan otot dengan Terapi ROM Aktif Asistif : *spherical grip*

3. Penulis :

Memperoleh pengalaman dalam mengimplementasikan prosedur Terapi ROM Aktif Asistif : *spherical grip* pada asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik.

DAFTAR PUSTAKA

- Arif & Hanila. (2015). *Efektivitas Range Of Motion (ROM) Aktif-Asistif Spherical Grip terhadap peningkatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke di ruangan neurologi rumah sakit stroke nasional bukittinggi*
- Carpenito. (2009). *Diagnosis Keperawatan Aplikasi pada Praktik Klinis*. EGC : Jakarta
- Dinas Kesehatan Jawa Tengah (2015). *Table Profil Dinas Kesehatan Jawa Tengah*: (2015). Diakses Rabu 1 Juli 2015.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen. (2015). *Table Profil 2015 – Dinkes Kebumen*. Diakses 12 Juli 2015.
- Irfan. M. (2010). *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Irdawati. (2012). *Perbedaan Pengaruh Latihan Gerak Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non-Hemoragik Hemiparase Kanan Dibandingkan Dengan Stroke Non-Hemoragi Hemiparase Kiri*.
- Irsyam. (2012). *BIOMEKANIKAI*. Diperoleh pada tanggal 18 November 2018.
- Fagan, S.C., and Hees, D.C. (2008). *Pharmacotherapy : A Pathophysiologic Approach, seventh Edition, Appleton and Lange New York*.
- Friedman, et al. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga : riset, teori & praktik. Alih bahasa : Achir Yani S. Hamid et. al.* Edisi 5. Jakarta : EGC
- Lingga, L. (2013). *All About Stroke : Hidup Sebelum dan Pascastroke*. Jakarta : Elex Media Komputindo
- Lesmana, Syahmirza Indra, 2009. *Perbedaan Pengaruh Metode Latihan Beban Terhadap Kekuatan Dan Daya Tahan Otot Biceps Brachialis Ditinjau Dari Perbedaan Gender (Studi Komparasi Pemberian Latihan Beban Metode Delorme Dan Metode Oxford Pada Mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Dan Fisioterapi*. Diakses tanggal 15 Mei 2015.
- Lukman & Ningsih. (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta : Salemba Medika
- Mozaffarian, D., et al. (2015). *Heart Disease and Stroke Statistics 2015. Journal Of American Heart Association Circulation* 131 ; 29-322. Association. Circulation 131; 29–322.

- Nurarif & Kusuma. (2015). *APLIKASI ASUHAN KEPERAWATAN BERDASARKAN DIAGNOSA MEDIS & NANDA NIC NOC*. MediAction : Jakarta.
- Olviani, et al. (2017). *Pengaruh Latihan Range Of Motion (ROM) Aktif Asistif Spherical Grip terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Penyakit Syaraf (Seruni) RSUD Ulin Banjarmasin*.
- Purnomo, et al. (2017). *Analisis Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Stroke Akut Pada Pasien Stroke Yang Dibawa Ke Instalasi Gawat Darurat RSI Klaten*.
- Rachmawati, et al. (2017). *Pengetahuan Keluarga Berperan terhadap Keterlambatan Kedatangan Pasien Stroke Iskemik Akut di Instalasi Gawat Darurat*.
- RISKESDAS (Riset Kesehatan Dasar). (2013). *Riset Kesehatan*. Badan Litbangkes Kementrian Kesehatan RI : Jakarta
- Sukmaningrum, F. (2012). *Efektivitas Range Of Motion (ROM) Aktif Asistif Spherical Terhadap Peningkatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke Di RSUD Tugurejo Semarang*.
- Summer, et al. (2009). *Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient : a scientific statement from the American hearth Association* : 40 : 2911-2944.
- Suratun, dkk. (2008). *Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta : EGC
- Victoria, dkk. 2014. *Pengaruh Latihan Lateral Prehension Grip Terhadap Peningkatan Luas Gerak Sendi (LGS) Jari Tangan Pada Pasien Stroke Di RSUD Dr. H Soewondo Kendal*. STIKES Telogorejo Semarang.
- WHO (2010). *Diagnosa stroke (2012)*, Retrived, Oktober 25, 2018.
- Wirawan, R. P. (2009). *Rehabilitasi stroke pada pelayanan kesehatan primer*. Diperoleh tanggal 28 Februari 2019.

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai civitas akademik STIKES Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sri Agustin Wachyuningsih

NIM : A01602273

Program Studi : KTI (Karya Tulis Ilmiah)

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKES Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti atas karya tulis ilmiah saya yang berjudul "PENERAPAN TERAPI ROM AKTIF ASISTIF : SPHERICAL GRIP PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK UNTUK PEMENUHAN KEBUTUHAN MOBILITAS FISIK DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN" beserta perangkat yang ada (jika diperlukan), dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini. STIKES Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalihkan media/formatikan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di

Pada tanggal 04 Maret
2019

Yang menyatakan



Sri Agustin Wachyuningsih



FORM PENGKAJIAN TRIASE

Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : 19-02-2019 Jam 08.30 WIB

Alasan Datang : ☒ Penyakit ☐ Trauma
Cara Masuk : ☒ Sendiri ☐ Rujukan
Status Psikologis : ☐ Depresi ☐ Takut
☐ Agresif ☐ Melukai diri sendiri

No RM : 406613
Nama : Tm-I
Tanggal Lahir : 10 Mei 1964
Jenis Kelamin : O/P

PRE-HOSPITAL (jika ada)

Keadaan Pre Hospital : AVPU : TD : 159/120 mmHg Nadi : 140 x/menit
Pernafasan : 20 x/menit Suhu : 38 °C SpO₂ : 98 %
Tindakan Pre Hospital : ☐ RJP ☐ Oksigen ☐ IVFD ☐ NGT ☐ Suction
☐ Bidai ☐ DC ☐ Hecting ☐ Obat
☒ Lainnya :

A

☐ Obstruksi Jalan Nafas
☐ Stridor, Gargling, Snoring

B

☐ SpO₂ < 80%
☐ RR > 30 x/m atau < 14 x/m

C

☒ Nadi > 130 x/m
☐ TD Sistolik < 80 mmHg

D

☐ GCS ≤ 8

E

☐ Suhu > 40°C atau < 36°C
☐ VAS = 7 - 10 (berat)
☐ EKG : mengancam nyawa

☐ Obstruksi Jalan Nafas
☐ Stridor, Gargling, Snoring

☐ SpO₂ 80 - 94 %
☐ RR 26 - 30 x/m

☐ Nadi 121 - 130 x/m
☐ TD Sistolik 80 - 90 mmHg

☐ GCS 9 - 13

☒ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C
☐ VAS = 4 - 6 (sedang)
☐ EKG : resiko tinggi

☒ Jalan Nafas Paten

☒ SpO₂ > 94 %
☒ RR 14 - 26 x/m

☐ Nadi 60 - 120 x/m
☒ TD Sistolik > 90 mmHg

☒ GCS 14 - 15

☐ Suhu 36,5 - 37,5°C
☒ VAS = 1 - 3 (ringan)
☒ EKG : resiko rendah-normal

TRIASE

☒ MERAH

KUNING ✓

☐ HIJAU

☐ HITAM (Meninggal)

CATATAN :

Petugas Triase

(Sri Agustina W.)



FORM PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : 19/02/2019 Jam 0830 WIB

No RM : 406613
Nama : Tn. I
Tanggal Lahir : 10 Mei 1964
Jenis Kelamin : L/P

Keluhan Utama : Kelemahan anggota gerak kiri
Anamnesa : Pasien datang dengan keluhan anggota gerak kiri mengalami kelemahan, mulut pelo ke kiri, bicara burang jelas, demam $\oplus$, mual $\ominus$, muntah $\ominus$, pusing $\oplus$

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada

Riwayat Penyakit Dahulu : Pasien memiliki riwayat hipertensi tidak terkontrol, pasien sebelumnya pernah mengalami stroke

Riwayat Penyakit Keluarga : Di dalam keluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular (HT, DM), maupun penyakit menular (TBC, Hepatitis)

Airways

☒ Paten ☐ Tidak Paten (☐ Snoring ☐ Gargling ☐ Stridor ☐ Benda Asing) Lain-lain

Breathing

Irama Nafas ☒ Teratur ☐ Tidak Teratur
Suara Nafas ☒ Vesikuler ☐ Bronchovesikuler ☐ Wheezing ☐ Ronchi
Pola Nafas ☐ Apneu ☐ Dyspnea ☐ Bradipnea ☐ Tachipnea ☐ Orthopnea
Penggunaan Otot Bantu Nafas ☐ Retraksi Dada ☐ Cuping hidung
Jenis Nafas ☒ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut
Frekuensi Nafas : 20 x/menit

Circulation

Akral : ☒ Hangat ☐ Dingin Pucat : ☐ Ya ☒ Tidak
Sianosis : ☐ Ya ☒ Tidak CRT : ☒ <2 detik ☐ >2 detik
Tekanan Darah : 159/100 mmHg Nadi : ☒ Teraba 140 x/m ☐ Tidak Teraba
Perdarahan : ☐ Ya ☐ Tidak Lokasi Perdarahan : ☐ Tidak
Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : Diare Muntah Luka Bakar Perdarahan
Kelembaban Kulit : ☒ Lembab ☐ Kering
Turgor : ☒ Baik ☐ Kurang
Luas Luka Bakar : % Grade : Produksi Urine : cc
Resiko Dekubitus : ☒ Tidak ☒ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut

Disability

Tingkat Kesadaran : ☒ Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Sognolen ☐ Sopor ☐ Coma

Nilai GCS : E 4 V 5 M 6 Total : 15

Pupil : ☒ Isokhor ☐ Miosis ☐ Midriasis Diameter ☐ 1mm ☐ 2mm ☒ 3mm ☐ 4mm

Respon Cahaya : ☒ + ☐ -

Penilaian Ekstremitas : Sensorik ☒ Ya ☐ Tidak
Motorik ☒ Ya ☐ Tidak

kekuatan otot
5 2
5 3

Exposure

Pengkajian Nyeri

Onset

Provokatif/Paliatif

Qualitas

Regio/Radiation

Scale/Severity

Time

Apakah ada nyeri : ☐ Ya, skor nyeri VRS : ☒ Tidak

WBS :

Lokasi Nyeri



(arsir sesuai lokasi nyeri)

Luka : ☐ Ya, Lokasi ☒ Tidak

Resiko Dekubitus : ☒ Ya ☐ Tidak

Fahrenheit

Suhu Axila : 38 °C

Suhu Rectal : °C

Berat Badan : 60 kg

pemeriksaan Penunjang

EKG

GDA

Radiologi

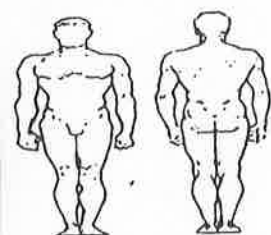
Laboratorium

Sinus aritmia, OMI anterior

Item	Hasil	Saluan	Normal
HB	16.2	g/dl	13.2-17.3
Leukosit	27.1	10 ³ /ul	3.8-10.6
HMT	48	%	40-52
Eritrosit	8.3	10 ⁶ /ul	4.40-5.90

Item	Hasil	Saluan	Normal
Trombosit	266	10 ³ /ul	150-440
MCH	20	pg	26-34
MCHC	34	g/dl	32-36
MCV	58	fL	80-100

MERIKSAAN FISIK



Kepala

Mesocephal, kulit kepala berah, konjungtiva ananemis, mulut pelo, pupil isokhor, mukosa bibir lembab

Leher

Tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tiroid, tidak ada peningkatan JVP

Dada

Para-paru

Jantung

I: Pengembangan dada simetris

I: IC tidak tampak

P: Tidak ada nyeri tekan

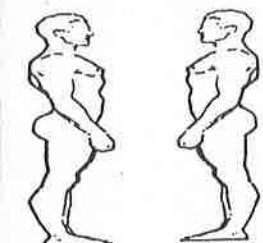
P: IC teraba 108 V

P: Sonor

P: P1 terak

A: Ventuler

A: S1 = S2 Reguler



Perut

I: Tidak ada kelainan, tidak ada hepar

A: Biting usus 12 x/menit

P: Tidak ada nyeri tekan

D: Tympani

Ekstremitas

Atas: Anggota gerak kiri/kanan, pergerakan terbatas, terpasang infus asering tangan kanan, tekanan otot S/S

Bawah: Kaki kiri lemah, pergerakan terbatas, tekanan otot S/S

Genitalia

Normal, tidak ada leuc, tidak ada hemoroid

PROGRAM TERAPI

tanggal/Jam : 10-02-2019 / 08-30 WIB

NO	NAMA OBAT	DOSIS	INDIKASI
1	IVFD Asring	20 tpm	Membantu memenuhi kebutuhan, gizi dan nutrisi
2	Infeksi cefixim	2 x 250 mg	Mengobati penyakit cerebrovaskuler
3	Infus parol	1 x 500 mg	Menurunkan demam
4	CPS	1 x 75 mg	Obat untuk mencegah penggumpalan darah
5	Infeksi Ceftriaxone	2 x 1 g	Obat anti biotik (mengobati infeksi bakteri)
6	Amlodipin	1 x 10 mg	Mengatasi tekanan darah tinggi
7	Mecobalamin	2 x 500 mg	Untuk mengobati neuropati perifer
8			
9			

ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	DS: Pasien mengatakan anggota gerak kiri mengalami kelemahan tidak bisa berjalan DO: - Pergerakan terbatas - Kekuatan otot $\frac{5}{3}$ - Anggota gerak kiri pasien lemah - ADL dibantu keluarga - Pasien mengalami hemiparesis sinistra	Gangguan Neuromuskuler	Hambatan mobilitas fisik
2.	DS: - Pasien mengeluh badannya panas DO: - Suhu 38°C - Akral terasa hangat - Dahi terasa hangat - AL $27.1 \times 10^3/\mu\text{L}$	Penyakit	Hipertermia

DIAGNOSA KEPERAWATAN

- Hambatan mobilitas fisik b.d. Gangguan neuromuskular
- Hipertermia b.d. penyakit
-

INTERVENSI KEPERAWATAN

INTERVENSI KEPERAWATAN				INTERVENSI	RASIONAL
NO	NOC				
DX					
1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan:			Terapi latihan - Jelaskan pada pasien/keluarga manfaat & tujuan melakukan latihan sendi - Bantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif - Dukung latihan ROM aktif sesuai jadwal yang teratur dan berencana - Tentukan perkembangan terhadap pencapaian tujuan	Agar pasien/keluarga mengetahui manfaat dan tujuan latihan sendi - Agar pasien dalam posisi yang nyaman selama latihan - Untuk meningkatkan kekuatan otot pasien - Untuk mengetahui perkembangan pasien selama latihan
	KH	P	H		
	Gerakan otot	2	5		
	Gerakan sendi	2	5		
	Bergerak dengan mudah	3	5		

NO DX	NOC	INTERVENSI	RASIONAL									
2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x2 jam diharapkan masalah hipertermia dapat diatasi dengan	Perawatan Demam Pantau suhu dan TTV lainnya Monitor warna kulit dan suhu Beri obat atau cairan IV (Antipiretik) Dorong konsumsi cairan Instruksikan pasien untuk memakai pakaian ringan atau tipis	- Untuk mengetahui TTV pasien normal / abnormal - Untuk mengetahui peruba- han warna kulit dan suhu - Untuk menurunkan suhu - Untuk menjaga metabolisme tubuh - Membantu menurunkan suhu tubuh									
	<table><tr><td>Ket</td><td>P</td><td>H</td></tr><tr><td>Peningkatan suhu kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Hipertermia</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Ket	P	H	Peningkatan suhu kulit	3	5	Hipertermia	3	5		
Ket	P	H										
Peningkatan suhu kulit	3	5										
Hipertermia	3	5										

IMPLEMENTASI

TGL/AM	TINDAKAN	RESPON	TTD
09-02-2019 08.30 WIB	1. Melakukan pemeriksaan TTV	DS: Pasien beres-tes DO: TD: 159/120 mmHg N: 140 x/menit RR: 20 x/menit S: 38°C SpO2: 95%	
08.35 WIB	2. Melakukan pemeriksaan EKG	DS: Pasien beres-tes DO: EKG sudah dilakukan	
08.40 WIB	3. Melakukan pemasangan infus dan pengambilan sampel darah	DS: Pasien beres-tes DO: Infus dipasang, sampel darah sudah diambil	
08.40 WIB	4. Memberikan terapi obat cefikson 2500 mg	DS: Pasien beres-tes DO: Obat cefikson masuk	
08.50 WIB	5. Memberikan terapi obat pamol infus 500 mg	DS: Pasien beres-tes DO: Pamol infus sedang diberikan	
09.00 WIB	6. Melakukan pengaturan posisi pasien dengan nyaman	DS: Pasien merasa sudah nyaman DO: Pasien tampak nyaman	
09.00 WIB	7. Melakukan penerapan terapi genggam bola	DS: Pasien beres-tes DO: Terapi genggam bola sudah dilakukan	
09.00 WIB	8. Mengukur kekuatan otot pasien sebelum dan sesudah dilakukan terapi genggam bola	DS: - DO: Kekuatan otot $\frac{5+2}{5+3}$	

EVALUASI

TGL/JAM	NO DX	EVALUASI	TTD
14.20 WIB	1.	S: Pasien masih mengeluhkan lemah anggota gerak bagian kirinya O: - Pergerakan terbatas - AOL dibantu keluarga - Kelelahan otot $\frac{5/2}{5/3}$ TTV TD: 140/100 mmHg N: 100 x/menit RR: 22 x/menit A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi - Pindahkan ke ruang perawatan - Lakukan terapi genggaman bola	
14.20 WIB	2.	S: Pasien sudah tidak mengeluhkan badannya panas O: Suhu 37.5°C - Akral hangat A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi - Kolaborasi dengan dokter - Monitor TTV	

ENCANA TINDAK LANJUT

Kolaborasi dengan dokter

Monitor TTV

Pindahkan ke ruang perawatan

Tanggal: 19-02-2019

Jam 14.20 WIB

Perawat,



ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA Tn. I DENGAN
MASALAH STROKE NON HEMORAGIK : HAMBATAN MOBILITAS
FISIK DI RUANG KEMAHAR RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

Disusun Oleh :

ERI ABUSTIN WACHYUNINGSIH
A01602273

STIKES MUHAMMADYAH GOMBONE
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN AKADEMIK 2019

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Tanggal masuk RS : 19 Februari 2019 Pulut : 08.30 WIB
Tanggal pengkajian : 19 Februari 2019 Pulut : 08.30 WIB
Ruang : IGD dan Ruang Kenangan Kibumun
Pengkaji : Sri Agustin

A. PENGKAJIAN

1. Biodata

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. I
Umur : 55 tahun
Alamat : Legoksari Wonosari, Sadang, Kebumen
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Suku/bangsa : Jawa / Indonesia
Pekerjaan : Tani
Pendidikan : SD
Diagnosa medis : Stroke Non Hemoragik (ischemic stroke)

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. S
Umur : 38 tahun
Alamat : Legoksari Wonosari, Sadang, Kebumen
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Hub. dengan pasien : Istri

2. Keluhan Utama

Kelemahan anggota gerak kiri

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Tn. I datang ke IGD RSUD dr. Soedirman Kebumen diantar keluarganya pada tanggal 19 Februari 2019 pukul 08.30 WIB dengan keluhan anggota gerak kiri mengalami kelemahan, mulut meroit/pelo sehingga bicara kurang jelas, demam. Keluarga mengatakan pasien tidak bisa berjalan sejak 1-2 bulan yang lalu. Pada saat di IGD pasien dilakukan pemeriksaan TTV, pemeriksaan EKG, dipasang infus asering pada tangan kanan 20 tpm dengan di cek laboratorium, mendapatkan terapi obat injeksi Citicoline 250 mg dan paracetamol infus 500 mg. Hasil TTV pasien menunjukkan TD : 159/120 mmHg, Nadi : 140 x/menit, RR : 20 x/menit, Suhu : 38°C, dan SpO₂ : 95%. Pasien juga dilakukan terapi ROM Aktif Asistif : Spherical Grip. Didapatkan hasil pengukuran kekuatan otot pasien yaitu $\frac{5}{5}$ / $\frac{2}{3}$

Pasien dipindahkan ke Ruang Kenanga pada pukul 16.15 WIB. Pada saat pengkajian diperoleh TD: 140/100 mmHg, Nadi: 100 x/menit, RR: 22 x/menit, dan Suhu: 37,9°C. Anggota gerak kiri pasien lemah, pergerakan terbatas, pasien mengalami hemiparesis sinistra, kurang jelas dalam berbicara, dan ADL dibantu keluarga. Kesadaran: kompos mentis, GCS: 15, E: 4, M: 6, V: 5.

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga pasien mengatakan Tn.I mempunyai riwayat penyakit stroke 3 tahun yang lalu dan dirawat di RSUD Kebumen setelah diangkut pulang Tn.I melakukan terapi saraf di Yogyakarta. Tn.I juga mempunyai riwayat penyakit hipertensi tidak terkontrol.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit menular seperti (HT, DM) maupun penyakit menular seperti (TBC, Hepatitis).

6. Primary Survey

a. Airway :

Paten ☒

Tidak Paten ☐ (Snoring ☐, Gurgling ☐, Stridor ☐, Benda Asing ☐)

Lain-lain ☐

b. Breathing

Irama Nafas: ☒ Teratur ☐ Tidak teratur

Suara Nafas: ☒ Vesikuler ☐ Bronchovesikuler ☐ Wheezing ☐ Ronchi

Pola Nafas: ☐ Apneu ☐ Dyspnea ☐ Bradipnea ☐ Tachipnea

☐ Orthopnea

Penggunaan Otot Bantu Nafas: ☐ Retraksi Dada ☐ Cuping hidung

Jenis Nafas: ☒ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut

Frekuensi Nafas: 20 x/menit

c. Circulation

Akral: ☒ Hangat ☐ Dingin

Sianosis: ☐ Ya ☒ Tidak

Pucat: ☐ Ya ☒ Tidak

CRT: ☒ < 2 detik ☐ > 2 detik

Tekanan Darah: 159/120 mmHg

Nadi: ☒ Teraba 120 x/menit ☐ Tidak teraba

Perdarahan: ☐ Ya ☐ cc Lokasi Perdarahan: ☐

☒ Tidak

Adanya riwayat kehilangan jumlah cairan dalam jumlah lebih besar: - Diare - Muntah - Luka Bakar - Perdarahan

Kemembakan kulit: ☒ Lembab ☐ Kering

C. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Hambatan mobilitas fisik b.d. gangguan neuromuskular
2. Hipertermia b.d. penyakit
3. Hambatan komunikasi verbal b.d. penurunan otak facial

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Hari/tanggal	No Dx	Tujuan & Kriteria Hasil (NIOG)	Intervensi (NIC)															
19-02-2019 16.20 WIB	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah hambatan mobilitas fisik dapat teratasi, dengan: <table><tr><th>Indikator</th><th>P</th><th>H</th></tr><tr><td>Gerakan otot</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Gerakan sendi</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Bergerak tangan kanan</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Berjalan</td><td>2</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	P	H	Gerakan otot	2	5	Gerakan sendi	2	5	Bergerak tangan kanan	3	5	Berjalan	2	5	1. Ajarkan pasien cara merubah posisi dan berikan bantuan 2. Bantu pasien dalam melakukan aktivitas 3. Bantu pasien menggunakan alat bantu 4. Dorong dalam latihan ROM aktif dan pasif sesuai jadwal 5. Latih kemampuan pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL 6. Instruksikan pasien/keluarga cara melakukan ROM pasif/aktif
Indikator	P	H																
Gerakan otot	2	5																
Gerakan sendi	2	5																
Bergerak tangan kanan	3	5																
Berjalan	2	5																
19-02-2019 18.20 WIB	2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah hipertermia dapat teratasi dengan: <table><tr><th>Indikator</th><th>P</th><th>H</th></tr><tr><td>Peningkatan suhu kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Hipertermia</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>Perubahan warna kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	P	H	Peningkatan suhu kulit	3	5	Hipertermia	5	5	Perubahan warna kulit	3	5	1. Pantau suhu dan TTV lainnya 2. Monitor warna kulit dan suhu 3. Beri obat atau cairan IV (antipiretik) 4. Dorong untuk konsumsi cairan 5. Instruksikan pasien untuk memakai pakaian ringan atau tipis			
Indikator	P	H																
Peningkatan suhu kulit	3	5																
Hipertermia	5	5																
Perubahan warna kulit	3	5																
19-02-2019 16.20 WIB	3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah hambatan komunikasi verbal teratasi, dengan: <table><tr><th>Indikator</th><th>P</th><th>H</th></tr><tr><td>Kepuasan berbicara</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Menggunakan bahasa lisan: verbal</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Mengarahkan pesan pada penerima yang tepat</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	P	H	Kepuasan berbicara	2	5	Menggunakan bahasa lisan: verbal	3	5	Mengarahkan pesan pada penerima yang tepat	3	5	1. Instruksikan pasien untuk bicara penuh 2. Sediakan gaya komunikasi untuk memenuhi kebutuhan pasien 3. Monitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, dan volume 4. Berespon segera sehingga menunjukkan pemahaman pesan yang diberikan dari pasien 5. Verifikasi pemahaman mengenai pesan-pesan yang disampaikan			
Indikator	P	H																
Kepuasan berbicara	2	5																
Menggunakan bahasa lisan: verbal	3	5																
Mengarahkan pesan pada penerima yang tepat	3	5																

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Waktu	No Dx	Implementasi	Respon	Ttd
19-02-2019 16.20 WIB	1	Melakukan pemeriksaan TTV	DS: Pasien bersedia DO: TD: 140/100 mmHg Nadi: 100 x/menit RR: 22 x/menit Suhu: 37,9 °C	
16.20 WIB	2	Memberikan terapi obat paracetamol per oral 500mg	DS: Pasien bersedia DO: Obat paracetamol sudah diberikan suhu ↓ 37 °C	
16.25 WIB	1	Mengukur kekuatan otot dan melakukan terapi genggam bola	DS: Pasien bersedia DO: - Kekuatan otot pasien $\frac{5}{5} \frac{2}{3}$ - Terapi genggam bola sudah dilakukan	
16.40 WIB	1	Mengukur kekuatan otot	DS: Pasien bersedia DO: - Kekuatan otot $\frac{5}{5} \frac{2}{3}$ - Belum terjadi peningkatan kekuatan otot	
16.15 WIB	2	Memonitor tanda-tanda demam	DS: Keluarga mengatakan pasien tidak demam DO: Tubuh pasien tidak panas - Suhu 37,5 °C	
17.00 WIB	3	Mendorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan	DS: - DO: Pasien kurang jelas dalam berbicara	
20.00 WIB	1	Memberikan terapi obat injeksi ceftriaxone 1 gram	DS: Pasien bersedia DO: Terapi obat ceftriaxone masuk melalui IV bolus dan obat metoclopramide sudah diberikan	
20.00 WIB	2	Memberikan terapi obat injeksi Ceftriaxone 1 gram	DS: Pasien bersedia DO: Obat ceftriaxone masuk melalui IV bolus	
22.00 WIB	1	Memberikan obat amitriptyline 10 mg dan obat CPE 75 mg	DS: Pasien bersedia DO: Obat amitriptyline dan CPE sudah diberikan	

20-02-2019	1	Mengukur tanda-tanda vital	DS: Pasien bersedia DO: TD : 130/90 mmHg Nadi : 95 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 37°C	Stimp
08.00 WIB	1	Memberikan obat infeksi Citicidin 250 mg dan obat Metoclopramide 500 mg	DS: Pasien bersedia DO: Obat citicidin masuk melalui IV bolus dan obat metoclopramide sudah diberikan	Stimp
08.00 WIB	2	Memberikan terapi obat ceftriaxone 1 gram	DS: Pasien bersedia DO: Obat ceftriaxone masuk melalui IV bolus	Stimp
09.00 WIB	1	Mengukur kekuatan otot dan melakukan terapi genggam bola	DS: Pasien bersedia DO: - Kekuatan otot $\frac{5}{5}$ - Pasien sudah mulai bisa melakukan terapi genggam bola secara mandiri.	Stimp
09.15 WIB	1	Mengukur kekuatan otot	DS: Pasien bersedia DO: - Belum terjadi peningkatan kekuatan pada ekstremitas atas pasien - Kekuatan otot $\frac{5}{5}$	Stimp
14.00 WIB	2	Memonitor tanda-tanda demam	DS: Pasien tidak demam DO: - Suhu 37,2°C	Stimp
15.00 WIB	3	Memotivasi pasien untuk sering berkomunikasi dengan keluarga	DS: Pasien bersedia DO: Pasien mulai banyak komunikasi dengan keluarga	Stimp
16.30 WIB	1	Mengukur kekuatan otot dan melakukan terapi genggam bola	DS: Pasien bersedia DO: - Kekuatan otot $\frac{5}{5}$ - Pasien bisa melakukan terapi genggam bola secara mandiri	Stimp
16.45 WIB	1	Mengukur kekuatan otot	DS: Pasien bersedia DO: - Belum terjadi peningkatan kekuatan otot pada ekstremitas atas pasien - Kekuatan otot pasien masih $\frac{5}{5}$	Stimp

21-02-2019	08.00 WIB	1	Mengukur TTU	DS: Pasien bersedia DO: TD: 150/100 mmHg Nadi: 90 x/menit RR: 20 x/menit Suhu: 38°C	Staf
08.05 WIB		2	Memberikan obat parasetamol 500 mg	DS: Pasien bersedia DO: Obat parasetamol sudah diberikan	Staf
08.05 WIB		1	Memberikan terapi obat injeksi citalin 250 mg dan mecabala min 500 mg	DS: Pasien bersedia DO: Obat citalin masuk melalui IV bolus dan obat mecabalamin sudah diberikan	Staf
09.00 WIB		1	Mengukur kekuatan otot dan melakukan terapi genggam bola	DS: Pasien bersedia DO: - Kekuatan otot $\frac{5}{5}$ - Pasien dapat melakukan terapi genggam bola secara mandiri	Staf
09.15 WIB		1	Mengukur kekuatan otot	DS: Pasien bersedia DO: - Terjadi peningkatan kekuatan otot pada ekstremitas atas pasien - Kekuatan otot $\frac{5}{5}$ - Pasien mampu mengangkat tangannya dalam waktu lama tetapi tidak bisa menahan beban ringan yang diberikan	Staf
11.00 WIB		2	Memonitor tanda-tanda demam	DS: - DO: - Suhu 37.2°C - Akral dan dahi terasa hangat	Staf
12.00 WIB		3	Mamotivasi pasien untuk banyak berkomunikasi dengan keluarga	DS: - DO: Pasien kooperatif	
16.00 WIB		1	Mengukur kekuatan otot dan melakukan terapi genggam bola	DS: Pasien bersedia DO: - Kekuatan otot $\frac{5}{5}$ - Pasien dapat melakukan terapi genggam bola dengan baik	Staf
16.15 WIB		1	Mengukur kekuatan otot	DS: Pasien bersedia DO: Kekuatan otot pasien $\frac{5}{5}$	Staf

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	NO OR	Evaluasi (SOAP)	Ttd
19-02-2019 23-00 WIB	1	S: Keluarga mengatakan anggota gerak kiri Tn. I mengalami kelemahan O: - Tangan dan kaki kiri pasien masih lemah - Pasien mengalami hemiparesis sinistra - Nilai kekuatan otot $\frac{5}{5}$/$\frac{2}{3}$ - TD : 125/97 mmHg - Nadi : 105 x/menit - RR : 20 x/menit - Suhu : 37,4 °C - ADL dibantu keluarga - Kesadaran : compos mentis - GCS : 15, E : 4, V : 5, M : 6 A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi - Kolaborasi dengan dokter - Monitor TTV - Lakukan terapi genggam bola	Alif
23-00 WIB	2	S: Keluarga mengatakan Tn. I sedang tidak demam O: - Suhu 37,4 °C - Dahi dan aksila terasa hangat - Tubuh pasien tidak panas - Mukosa bibir lembab A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi - Berikan parasetamol kalo perlu - Monitor tanda-tanda demam	Alif
23-00 WIB	3	S: Keluarga mengatakan Tn. I masih kurang jelas dalam berbicara O: - Mulut merot - Pasien bicara seperlunya dan perlahan - Pasien bicara kurang jelas ketika berkomunikasi A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi - Motivasi pasien untuk banyak berkomunikasi dengan keluarga	Alif

20-02-2019 17-00 WIB	1	S: Keluarga mengatakan tangan dan kaki pasien masih sedikit lemah. O: - Kesadaran: composmentis - GDS: 15, E: 4, V: 5, M: 6 - Kebugaran otak $\frac{5}{5}$ - Pasien mengalami hemiparesis sinistra, pergerakan terbatas - ADL dibantu keluarga - TD: 125/90 mmHg Nadi: 90 x/menit RR: 18 x/menit Suhu: 37,8°C A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat - Monitor TTV - Lakukan terapi genggam bola	Staf
17-00 WIB	2	S: Keluarga mengatakan Tn. I demam lagi O: - Tubuh pasien terasa panas - Suhu: 37,8°C - Akral dan vital terasa panas A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Berikan parasetamol jika demam - Monitor suhu dan tanda-tanda demam	Staf
17-00 WIB	3	S: Keluarga mengatakan Tn. I masih berbicara kurang jelas, namun bisa memahami ketika berkomunikasi O: - Mulut kering - Pasien tidak banyak berbicara - Bicara pasien masih kurang jelas ketika diajak berkomunikasi - Pasien berbicara perlahan ketika sedang berkomunikasi A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Kolaborasi dengan ahli terapis jika diperlukan - Motivasi pasien untuk banyak berkomunikasi dengan keluarga	Staf

21-02-2019 17.00 WIB	1	S: Keluarga mengatakan tangan dan kaki pasien masih sedikit lemah O: - Kesadaran Composmentis - GCS: E: 4, V: 5, M: 6 - Kekuatan otot $\frac{5}{3}$ - Terjadi peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pasien (pasien mampu mengangkat tangan dalam waktu lama, namun ketika diberikan beban ringan tangan pasien tidak bisa menahan) - Pasien mengalami hemiparesis sinistra, pergerakan terbatas, - ADL dibantu keluarga A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Kolaborasi dengan dokter - Monitor TTV - Anjurkan pasien untuk melakukan terapi genggam bola secara teratur sesuai yang dijadwalkan	Atij
17.00 WIB	2	S: Keluarga mengatakan pasien sudah tidak demam O: Suhu: $37,5^{\circ}\text{C}$ - Konjungtiva ananemis - Akral dan dahi terasa hangat - Mukosa bibir lembab A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Monitor suhu dan tanda demam - Berikan parasetamol jika demam	Atij
17.00 WIB	3	S: Keluarga mengatakan pasien sedikit gelas ketika diajak berbicara namun seso perlahan O: Mulut merot - Pasien berbicara dengan sedikit gelas ketika diajak berkomunikasi A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Motivasi pasien untuk banyak berkomunikasi dengan keluarga	Atij



FORM PENGKAJIAN TRIASE

Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : 19 - 02 - 2019 Jam 15.50 WIB

Alasan Datang : ☒ Penyakit ☐ Trauma
Cara Masuk : ☒ Sendiri ☐ Rujukan
Status Psikologis : ☐ Depresi ☐ Takut
☐ Agresif ☐ Melukai diri sendiri

No RM : 380 871
Nama : Ny. T
Tanggal Lahir : 20 Februari 1959
Jenis Kelamin : L/P

PRE-HOSPITAL (jika ada)

Keadaan Pre Hospital : AVPU : TD : 160 / 100 mmHg Nadi : 100 x/menit
Pernafasan : 24 x/menit Suhu : 36,5 °C SpO₂ : 95 %
Tindakan Pre Hospital : ☐ RJP ☐ Oksigen ☐ IVFD ☐ NGT ☐ Suction
☐ Bidai ☐ DC ☐ Hecting ☒ Obat untuk penyakit DM
☐ Lainnya :

A

☐ Obstruksi Jalan Nafas
☐ Stridor, Gargling, Snoring

☐ Obstruksi Jalan Nafas
☐ Stridor, Gargling, Snoring

☒ Jalan Nafas Paten

B

☐ SpO₂ < 80%
☐ RR > 30 x/m atau < 14 x/m

☐ SpO₂ 80 – 94 %
☐ RR 26 – 30 x/m

☒ SpO₂ > 94 %
☒ RR 14 – 26 x/m

C

☐ Nadi > 130 x/m
☐ TD Sistolik < 80 mmHg

☐ Nadi 121 – 130 x/m
☐ TD Sistolik 80 – 90 mmHg

☒ Nadi 60 – 120 x/m
☒ TD Sistolik > 90 mmHg

D

☐ GCS ≤ 8

☐ GCS 9 – 13

☒ GCS 14 – 15

E

☐ Suhu > 40°C atau < 36°C
☐ VAS = 7 – 10 (berat)
☐ EKG : mengancam nyawa

☐ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C
☐ VAS = 4 – 6 (sedang)
☐ EKG : resiko tinggi

☒ Suhu 36,5 – 37,5°C
☒ VAS = 1 – 3 (ringan)
☒ EKG : resiko rendah-normal

TRIASE

☒ MERAH

KUNING ✓

☐ HIJAU

☐ HITAM (Meninggal)

Petugas Triase

CATATAN :

(Pr. Agustin W.)



FORM PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : 19-02-2019 Jam 15:30 WIB

No RM : 380871
Nama : Ny. T
Tanggal Lahir : 20 Februari 1959
Jenis Kelamin : L/P

Keluhan Utama : Kelumahan anggota gerak kanan
Anamnesa : Pasien datang dengan keluhan anggota gerak kanan 1 hari SMRS mengalami kelumahan, muka $\odot$, mulut agak pelo ke kiri, mentah $\odot$, bicara kurang jelas

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada,
Riwayat Penyakit Dahulu : Pasien memiliki riwayat hipertensi tidak terkontrol dan memiliki riwayat DM
Riwayat Penyakit Keluarga : Di dalam keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menurun (HT, DM) maupun penyakit menular

Airways

☒ Paten ☐ Tidak Paten (☐ Snoring ☐ Gargling ☐ Stridor ☐ Benda Asing) Lain-lain

Breathing

Irama Nafas ☒ Teratur ☐ Tidak Teratur
Suara Nafas ☒ Vesikuler ☐ Bronchovesikuler ☐ Wheezing ☐ Ronchi
Pola Nafas ☐ Apneu ☐ Dyspnea ☐ Bradipnea ☐ Tachipnea ☐ Orthopnea
Penggunaan Otot Bantu Nafas ☐ Retraksi Dada ☐ Cuping hidung
Jenis Nafas ☒ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut
Frekuensi Nafas : 24 x/menit

Circulation

Akral : ☒ Hangat ☐ Dingin Pucat : ☐ Ya ☒ Tidak
Sianosis : ☐ Ya ☒ Tidak CRT : ☒ <2 detik ☐ >2 detik
Tekanan Darah : 160/100 mmHg Nadi : ☒ Teraba 100 x/m ☐ Tidak Teraba
Perdarahan : ☐ Ya ☐ Tidak cc Lokasi Perdarahan :
Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : - Diare - Muntah - Luka Bakar - Perdarahan -
Kelembaban Kulit : ☒ Lembab ☐ Kering
Turgor : ☒ Baik ☐ Kurang
Luas Luka Bakar : % Grade : Produksi Urine : 300 cc
Resiko Dekubitus : ☐ Tidak ☒ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut

Disability

Tingkat Kesadaran : ☒ Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Sopor ☐ Sopor ☐ Coma

Nilai GCS : E 4 V 5 M 6 Total : 15

Pupil : ☒ Isokhor ☐ Miosis ☐ Midriasis Diameter ☐ 1mm ☒ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm

Respon Cahaya : ☒ + ☐ -

Penilaian Ekstremitas : Sensorik ☒ Ya ☐ Tidak kekuatan otot 3 / 5

Motorik ☒ Ya ☐ Tidak

Exposure

Pengkajian Nyeri

Onset

Provokatif/Paliatif

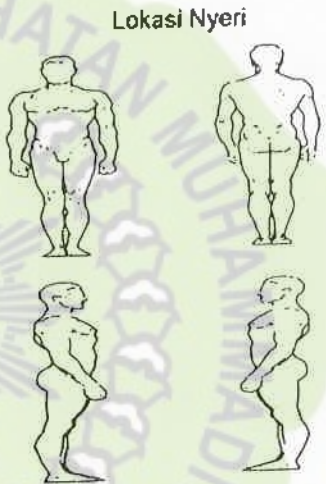
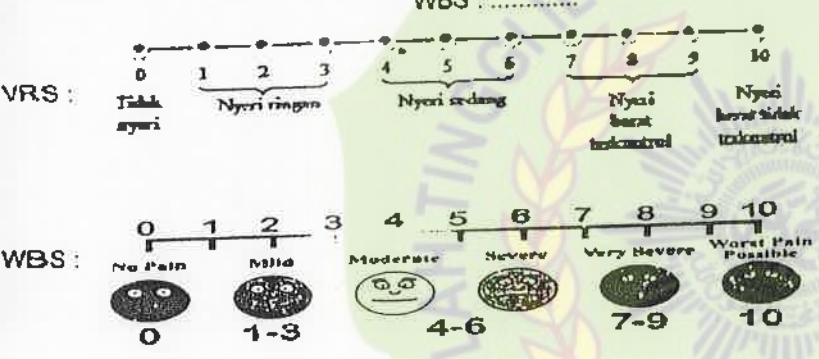
Qualitas

Regio/Radiation

Scale/Severity

Time

Apakah ada nyeri : ☐ Ya, skor nyeri VRS : ☒ Tidak



Luka : ☐ Ya, Lokasi ☒ Tidak

Resiko Dekubitus : ☒ Ya ☐ Tidak

Fahrenheit

Suhu Axila : 36.5 °C Suhu Rectal : °C

Berat Badan : 60 kg

pemeriksaan Penunjang

EKG : NSR

GDA

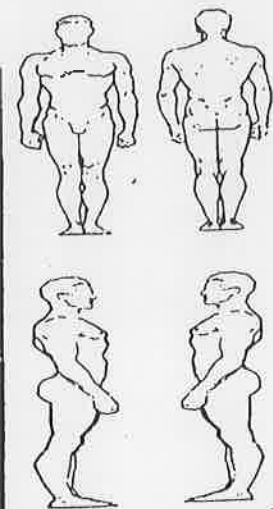
Radiologi

Laboratorium

Item	Hasil	Satuan	Normal
HB	13.7	g/dL	11.7 - 15.5
Leukosit	8.6	10 ³ /uL	3.6 - 11.0
HMT	41	%	35 - 47
Eritrosit	4.7	10 ⁶ /uL	3.80 - 5.20

Item	Hasil	Satuan	Normal
GDS	174	mg/dL	80 - 110
Trombosit	269	10 ³ /uL	150 - 440
SGOT	37	U/L	< 31
SGPT	15	U/L	< 32

MERIKSAAN FISIK



Kepala

Mesocephal, tidak ada hematoma, konjungtiva anoremis, pupil isokhor, mukosa bibir lembab

Leher

Tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid & limfe, tidak ada penebalan JVP

Dada

Paru-paru

Jantung

I : Pengembangan dada simetris

I : IC tidak tampak

P : Tidak ada nyeri tekan

P : IC teraba $\approx$ 1/2 V

P : Sonor

P : Pekak

A : Vesikuler

A : S₁ : S₂ Regular

Perut

I : Tidak ada jejas, tidak ada kelainan, tidak ada rales

A : Bising usus 10 x / menit

P : Tidak ada nyeri tekan

P : Tympani

Ekstremitas :

Atas : Tangan kanan lemah, pergerakan terbatas, terpasang imus di tangan kanan, keadaan otot 3/5

Bawah : Kaki kanan lemah, pergerakan terbatas, keadaan otot 3/5

Genitalia :

Normal, tidak ada hemoroid, terpasang OC berair putih

300 cc

PROGRAM TERAPI

Tanggal/Jam :

19-02-2019 15.30 WIB

NO	NAMA OBAT	DOSIS	INDIKASI
1.	IVPD asering	20 tpm	Membantu memenuhi kebutuhan gizi dan nutrisi
2.	Injeksi Cefixime	2 x 300 mg	Mengobati penyakit cerebrovaskuler
3.	Injeksi Parasetamol	2 x 500 mg	Obat untuk mengobati penyakit peral
4.	CPG	1 x 75 mg	Mencegah penggumpalan darah
5.	Glicaprid	25 mg	Mengontrol kadar gula darah

ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
	DS: Keluarga pasien mengatakan anggota gerak kanan pasien sejak 1 hari yang lalu mengalami kelemahan tidak bisa berjalan DO: - Anggota gerak kanan lemah - Pergerakan terbatas - ADL dibantu keluarga - Kekuatan otot $\frac{3}{5}$ - Pasien mengalami hemiparesis dextra	Gangguan Neuromuskular	Hambatan mobilitas fisik

DIAGNOSA KEPERAWATAN

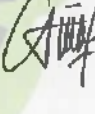
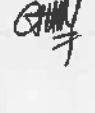
1. Hambatan mobilitas fisik b.d. gangguan neuromuskular
- 2.
- 3.

INTERVENSI KEPERAWATAN

INTERVENSI KEPERAWATAN				INTERVENSI	RASIONAL
NO	NOC				
DX					
	Setelah diberikan tindakan keperawatan 1x jam diharapkan masalah hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan:			Terapi Latihan	
	KH	P	H	- Jelaskan pada pasien/keluarga manfaat & tujuan melakukan latihan sendi	- Agar pasien/keluarga mengetahui manfaat & tujuan latihan sendi
	Gerakan otot	3	5	- Bantu pasien mendapatkan posisi tubuh yang optimal untuk pergerakan sendi pasif maupun aktif	- Agar pasien dalam posisi yang nyaman selama latihan dan dapat latihan optimal
	Terapan sendi	3	5	- Bimbing latihan ROM aktif, sesuai jadwal yang teratur dan terencana	- Untuk meningkatkan kekuatan otot pasien
	Bergerak dengan mudah	3	5	- Tentukan perkembangan terhadap pencapaian tujuan	- Untuk mengetahui perkembangan pasien

NO DX	NOC	INTERVENSI	RASIONAL

IMPLEMENTASI

TGL/JAM	TINDAKAN	RESPON	TTD
1/02/2019 15:30 WIB	1. Melakukan pemeriksaan TTV.	DS: Pasien bersedia DO: TD : 160/100 mmHg N : 100 x/menit RR : 24 x/menit S : 36,5°C SpO ₂ : 94%	
15:35 WIB	2. Melakukan pemeriksaan EKG	DS: Pasien bersedia DO: EKG sudah dilakukan	
15:40 WIB	3. Melakukan pemasangan infus dan pengambilan sampel darah	DS: Pasien bersedia DO: Infus terpasang dan sampel darah sudah diambil	
15:40 WIB	4. Memberikan obat citalopram 20 mg dan Ranitidine 30 mg	DS: Pasien bersedia DO: Obat citalopram dan Ranitidine masuk	
15:50 WIB	5. Melakukan pemasangan OC	DS: Pasien bersedia DO: OC terpasang	
16:00 WIB	6. Melakukan penerapan terapi genggam bola	DS: Pasien bersedia DO: Terapi genggam bola sudah dilakukan	
16:35 WIB	7. Melakukan cek GDS	DS: Pasien bersedia DO: GDS : 174 mg/dL	
16:00 WIB	8. Mengukur kekuatan otot pasien sebelum dan setelah dilakukan terapi genggam bola	DS: - DO: Kekuatan otot $\frac{3/5}{3/5}$	

EVALUASI

TGL/JAM	NO DX	EVALUASI	TTD
14.00 WIB	1	S: Pasien mengatakan anggota gerak kiri masih lemah O: - Pergerakan terbatasi - ADL dibantu keluarga - Keputihan otot $\frac{2}{3}$ - Anggota gerak kiri pasien lemah A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Kolaborasi dengan dokter - Monitor TTV - Pindahkan ke ruang perawatan - Lakukan terapi genggam bola	TTV TD : 130/90 mmHg N : 95 x/menit PP : 20 x/menit S : 37°C <i>[Signature]</i>

RENCANA TINDAK LANJUT

- Kolaborasi dengan dokter

- Monitor TTV

- Pindahkan ke ruang perawatan (rencana besok pagi)

- Lakukan terapi genggam bola

Tanggal : 19-02-2019

Jam 16.00 WIB

Perawat,

[Signature]

ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA NY. J DENGAN MASALAH
STROKE NON HEMORAGIK: HAMBATAN MOBILITAS FISIK
DI RUANG KENANGA RSUD dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

Disusun Oleh:

SRI AUSTIN WACHYUNINGSIH

A01602273

STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

TAHUN AKADEMIK 2019

ASUTANI KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Tanggal masuk RS : 19 Februari 2019 pukul : 15.30 WIB
Tanggal pengkajian : 19 Februari 2019 pukul : 15.30 WIB
Ruang : 160 dan Ruang Kenanga
Pengkaji : Sri Agustin

A. PENGKAJIAN

1. Biodata

a. Identitas Pasien

Nama : Ny. T
Umur : 60 tahun
Alamat : Sulatri Adikarto, Adimulyo, Kebumen
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Suku / Bangsa : Jawa / Indonesia
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Pendidikan : SMP
Diagnosa medis : Stroke dan Hemoragik

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. V
Umur : 40 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Sulatri Adikarto, Adimulyo, Kebumen
Hub. dengan pasien : Saudara

2. Keluhan Utama

Kelemahan anggota gerak kanan

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ny. T datang ke IGD RSUD dr. Soedirman Kebumen diantar keluarganya pada tanggal 19 Februari 2019 pukul 15.30 WIB dengan keluhan ± 1 hari sebelum masuk RS anggota gerak kanan mengalami kelemahan dan mulut agak merot. Kesadaran Composmentis, GCS: 15, E4, V5, M6. Nilai tekanan darah $\frac{120}{80}$. Hasil TTV menunjukkan TD : 160/100 x/menit, Nadi : 100 x/menit, RR : 24 x/menit, Suhu : 36,5°C, dan SpO₂ : 95%. Pada saat di IGD pasien diberikan pemeriksaan TTV, pemeriksaan EKG, dicat GDS, dipasang infus asering 20 tpm di tangan kanan, dipasang DO. Pasien mendapatkan terapi obat injeksi citalin dan injeksi ranitidine. Serta dilakukan penerapan terapi ROM Aktif Asistif : Spherical Grip.

Ny.T dipindahkan ke Ruang Kenanga pada tanggal 20 Februari 2019 pukul 07.45 WIB. Pada saat pengkajian diperoleh TD: 130/90 mmHg, Nadi: 95 x/menit, RR: 20 x/menit, dan Suhu: 37°C. Anggota gerak kanan pasien lemah, pasien mengalami hemiparesis dekstra, bicara kurang jelas, dan ADL dibantu keluarga.

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga mengatakan Ny.T mempunyai riwayat penyakit Hipertensi tidak terkontrol dan mempunyai riwayat penyakit DM sering kontrol setiap bulan ke dokter serta rutin mengikuti senam DM.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit menurun seperti (HTT, DM) maupun penyakit menular seperti (TBC, Hepatitis)

6. Primary Survey

a. Airways

☒ Paten

☐ Tidak Paten

☐ Snoring

☐ Gurgling

☐ Stridor

☐ Bendera Asing

☐ Lain-lain

b. Breathing

Irama Napas ☒ Teratur ☐ Tidak teratur

Suara Napas ☒ Vesikuler ☐ Bronchovesikuler ☐ Wheezing ☐ Rales

Pola Napas ☐ Apneu ☐ Dyspnea ☐ Bradipnea ☐ Tachipnea ☐ Orthopnea

Penggunaan Otot Bantu Napas ☐ Retraksi Dada ☐ Cuping Hidung

Jenis Napas ☒ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut

Frekuensi Napas : 24 x/menit

c. Circulation

Akral : ☒ Hangat ☐ Dingin

Sianosis : ☐ Ya ☒ Tidak

Pucat : ☐ Ya ☒ Tidak

CRT : ☒ < 2 detik ☐ > 2 detik

Nadi : ☒ Teraba 100 x/menit ☐ Tidak teraba

Tekanan Darah : 160/100 mmHg

Perdarahan : ☐ Ya ... cc Luka Perdarahan ... ☒ Tidak

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : - Diare -

Muntah - Luka Bakar - Perdarahan -

Kelembaban kulit : ☒ Lembab ☐ Kering

Turgor : ☒ Baik ☐ Kurang

Luas luka bakar : - % Grade : - Produksi Urine : 200 cc

Risiko Dekubitus : ☐ Tidak ☒ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut

d. Disability

Tingkat kesadaran : ☒ Composmentis

☐ apatis

☐ somnolen

☐ sopor

☐ coma

Unai GCS : E 4 , V 5 , M 6 Total : 15

Pupil : ☒ Isokor ☐ Miosis ☐ Midriasis

Diameter : ☐ 1mm ☒ 2 mm ☐ 3mm ☐ 4mm

Respon Cahaya : ☒ + ☐ -

Pendilatan Ekstremitas : Sensorik ☒ Ya ☐ Tidak

Motorik ☒ Ya ☐ Tidak

Kekuatan Ekst $\frac{3}{5}$
 $\frac{3}{5}$

7. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum : Baik

b. Kesadaran : Compos Mentis, E: 4, M: 6, V: 5

c. TTV

TD : 130/90 mmHg

MD : 95 x/menit

PR : 20 x/menit

Suhu : 37°C

d. Pemeriksaan Head To Toe

1) Kepala

Mesocephal, tidak ada lesi, tidak ada hematom, kulit kepala bersih

2) Mata

Konjungtiva ananemis, pupil isokhor diameter 2 mm, sklera anikterik

3) Hidung

Tidak ada polip, tidak ada sekret, tidak ada cuping hidung

4) Mulut

Mukosa bibir lembab, lidah bersih, gigi tidak ada caries, tidak ada gusi berdarah, mulut agak merot.

5) Telinga

Simetris, tidak ada penumpukan serumen

6) Leher

Tidak ada lesi, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, tidak ada peningkatan JVP.

7) Dada

a) Paru-paru

I : Pengembangan dada simetris, tidak ada retraksi dada

P : Tidak ada nyeri tekan

P : Sonor

A : Vesikuler

b) Jantung

I : Ictus Cordis tidak tampak

P : Ictus Cordis terata di ICS V

P : Pekak

A : S₁ : S₂ Reguler

8) Abdomen

I : Tidak ada kelainan bentuk, tidak ada jejas, tidak ada nyeri

A : Bising usus 10 x/menit

P : Tidak ada nyeri tekan

P : Tympani

9) Ekstremitas

Aatas: Tangan kanan mengalami kelemahan, pergerakan terbatas, kekuatan otot 3/5, ADL dibantu keluarga, terpasang infus asring 20 fpm di tangan kanan, tidak oedema, tidak ada lesi

Bawah: Kaki kanan mengalami kelemahan, pergerakan terbatas, kekuatan otot 3/5, ADL dibantu keluarga, tidak oedema.

10) Genitalia

Normal, tidak ada lesi, tidak ada hemarrhoid, terpasang DC dengan urin output 200 cc warna kuning.

8. Pemeriksaan Penunjang

a. EKG : NISR (pada tanggal 19 Februari 2019, 15.35 WIB)

b. Pemeriksaan Laboratorium, (tanggal 19 Februari 2019, 16.40 WIB)

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI			
PAKET DARAH OTOMATIS			
Hemoglobin	13.7	g/dL	11.7 - 15.5
Leupont	8.6	$10^3/uL$	3.6 - 11.0
Hematokrit	41	%	35 - 47
Eritront	4.7	$10^6/uL$	3.80 - 5.20
Trambait	269	$10^3/uL$	150 - 440
MCH	30	pg	26 - 34
MCHC	34	g/dL	32 - 36
MCV	88	fL	80 - 100
DIFF COUNT			
Eorofil	2 0.70	%	2 - 4
Basofil	0.200	%	0 - 1
Netrofil	59.10	%	50 - 70
Limfont	33.10	%	22 - 40
Monosit	11 6.90	%	2 - 8
KIMIA KLINIK			
KIMIA RUTIN			
Gula Darah Sewaktu	H. 174	mg/dL	80 - 110
Ureum	30	mg/dL	10 - 50
Creatinin	0.79	mg/dL	0.6 - 1.2
SGOT	H. 37	U/L	< 31
SGPT	15	U/L	< 32
IMUNOLOGI			
HBsAg Rapid	Non reaktif		Non Reaktif

C. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Hambatan mobilitas fisik b.d. gangguan neuromuskular
2. Hambatan komunikasi verbal b.d. penurunan otot facial
3. Risiko penurunan integritas kulit b.d. gangguan sirkulasi

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

Hari / tanggal	No DK	Tujuan & Kriteria Hasil (NHC)	Intervensi (NIC)															
20-02-2019 07.45 WIB	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan : <table><tr><td>Indikator</td><td>P</td><td>H</td></tr><tr><td>Gerakan otot</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Gerakan sendi</td><td>2</td><td>5</td></tr><tr><td>Bergerak tanpa mudah</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Berjalan</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	P	H	Gerakan otot	2	5	Gerakan sendi	2	5	Bergerak tanpa mudah	3	5	Berjalan	3	5	1 Ajarkan pasien cara merubah posisi dan berikan bantuan 2 Bantu pasien dalam melakukan aktivitas 3 Dorong latihan ROM aktif dan pasif 4 Bantu pasien menggunakan alat bantu 5 Instruksikan pasien / keluarga cara melakukan ROM pasif / aktif 6 Tentukan perkembangan terhadap pencapaian tujuan
Indikator	P	H																
Gerakan otot	2	5																
Gerakan sendi	2	5																
Bergerak tanpa mudah	3	5																
Berjalan	3	5																
20-02-2019 07.45 WIB	2	Setelah dilakukan tindakan kepe- rawatan 3x24 jam diharapkan masalah hambatan komunikasi verbal dapat teratasi, dengan : <table><tr><td>Indikator</td><td>P</td><td>H</td></tr><tr><td>Kajelasan berbicara</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Menggunakan bahasa lisan : verbal</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Mengarahkan pesan pada penerima yang tepat</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	P	H	Kajelasan berbicara	3	5	Menggunakan bahasa lisan : verbal	3	5	Mengarahkan pesan pada penerima yang tepat	3	5	1 Berespon segera sehingga menunjukkan pemahaman terhadap pesan yang diterima dari pasien 2 Instruksikan pasien untuk bicara pelan 3 Monitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, dan volume 4 Sesuaikan gaya komunikasi untuk memenuhi kebutuhan pasien 5 Verifikasi pemahaman mengenai pesan-pesan yang disampaikan			
Indikator	P	H																
Kajelasan berbicara	3	5																
Menggunakan bahasa lisan : verbal	3	5																
Mengarahkan pesan pada penerima yang tepat	3	5																
20-02-2019 07.45 WIB	3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharap- kan masalah risiko perura- an integritas kulit dapat teratasi, dengan : <table><tr><td>Indikator</td><td>P</td><td>H</td></tr><tr><td>Integritas kulit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Pergerakan (kulit)</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>Keringat</td><td>2</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	P	H	Integritas kulit	3	5	Pergerakan (kulit)	3	5	Keringat	2	5	1 Hindari kulit dari kelembaban berlebihan 2 Ubah posisi setiap 1-2 jam sekali 3 Berikan perlindungan pada kulit seperti krim pelembab 4 Ubah posisi dengan teknik yang benar 5 Jaga linen, pasien agar tetap bersih, kering, dan bebas perukon 6 Pasang perkt dari bahan yang nyaman 7 Instruksikan pasien untuk tirah baring			
Indikator	P	H																
Integritas kulit	3	5																
Pergerakan (kulit)	3	5																
Keringat	2	5																

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Waktu	NO Dx	Implementasi	Respon	Ttd
00-02-2019 07.45 WIB	1	Mengukur TTV	DS: Pasien beres-tes DO: TD : 130/70 mmHg Nadi : 95 RR : 20 x/menit Suhu : 37 °C	Alif
08.00 WIB	1	Memberikan terapi obat injeksi citalin 250 mg dan obat ranitidine 50 mg	DS: Pasien beres-tes DO: - Obat citalin masuk melalui IV bolus dan obat ranitidine juga sudah masuk melalui IV bolus	Alif
08.30 WIB	1	Mengukur kekuatan otot dan melakukan terapi genggam bola	DS: Pasien beres-tes DO: - Kekuatan otot $\frac{3}{5}$ - Pasien melakukan terapi geng- gam bola dengan bantuan terapis	Alif
08.45 WIB	1	Mengukur kekuatan otot	DS: Pasien beres-tes DO: - Belum terjadi peningkatan kekuatan otot - Kekuatan otot pasien $\frac{3}{5}$	Alif
09.00 WIB	2	Mendorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan	DS: - DO: Pasien kurang jelas dalam berbicara	Alif
13.00 WIB	3	Membantu pasien untuk merubah posisi miring kanan dan miring kiri	DS: Pasien beres-tes DO: Perubahan posisi sudah dilakukan	Alif
15.30 WIB	1	Mengukur kekuatan otot dan melakukan terapi genggam bola	DS: Pasien beres-tes DO: - Kekuatan otot $\frac{3}{5}$ - Pasien mulai bisa melakukan terapi genggam bola secara mandiri	Alif
15.45 WIB	1	Mengukur kekuatan otot	DS: Pasien beres-tes DO: Kekuatan otot ekstremitas atas pasien belum meningkat - Kekuatan otot pasien $\frac{3}{5}$	Alif

21-02-2019	1	Mengukur TTV	DS: Pasien bersedia DO: TD: 150/100 mmHg Nadi: 100 x/menit RR: 18 x/menit Suhu: 36,5°C	Staf
07.30 WIB				
08.00 WIB	1	Memberikan terapi obat injeksi Citicoline 250 mg dan obat ranitidine 80 mg	DS: Pasien bersedia DO: Obat citicoline dan obat ranitidine masuk melalui IV bolus	Staf
08.30 WIB	1	Mengukur kekuatan otot dan melakukan terapi genggam bola	DS: Pasien bersedia DO: - Kekuatan otot - Pasien dapat melakukan terapi genggam bola secara mandiri dan melakukannya dengan baik.	Staf
08.45 WIB	1	Mengukur kekuatan otot	DS: Pasien bersedia DO: - Belum terjadi peningkatan pada kekuatan otot ekstremitas atas pasien - Kekuatan otot $\frac{3}{5}$ / $\frac{5}{5}$	Staf
09.00 WIB	2	Memotivasi pasien untuk banyak berkomunikasi dengan keluarga	DS: Pasien mengatakan akan melaku- kan yang disarankan DO: Pasien sedang mencoba banyak berkomunikasi dengan keluarga	Staf
09.15 WIB	3	Menginstruksikan pasien/keluarga untuk melakukan perubahan posisi pada pasien miring kanan dan miring kiri setiap 1-2 jam sekali	DS: Pasien dan keluarga mengerti DO: Pasien sedang melakukan peruba- han posisi miring kanan dan miring kiri	Staf
16.00 WIB	1	Mengukur kekuatan otot dan melakukan terapi genggam bola	DS: Pasien bersedia DO: - Kekuatan otot $\frac{3}{5}$ / $\frac{5}{5}$ - Pasien dapat melakukan terapi genggam bola secara mandiri dan melakukannya dengan baik	Staf
16.15 WIB	1	Mengukur kekuatan otot	DS: Pasien bersedia DO: - Terjadi peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas. Tangan pasien mampu menahan beban ringan, tetapi ketika diberikan	Staf

bisa beres tongan pasien bisa
 mampu menahan
 - Ketahanan otot $\frac{4}{5}$
 $\frac{3}{5}$

22-02-2019
 07.30 WIB

1 Mengukur TTV

DS: Pasien bersedia
 DO: TD : 130/100 mmHg
 Nadi : 95 x/menit
 RR : 20 x/menit
 suhu : 37 °C

STMP

08.00 WIB

1 Memberikan terapi obat injeksi
 cefixolin 250 mg dan obat
 ranitidine 50 mg

DS: Pasien bersedia
 DO: Obat cefixolin dan ranitidine
 masuk melalui IV bolus

STMP

08.15 WIB

1 Memotivasi pasien untuk
 teratur melakukan terapi
 genggam bola setiap pagi dan
 sore (10-15 menit)

DS: Pasien akan teratur melakukan
 nya
 DO: Pasien tampak sedang
 melakukan terapi genggam
 bola

STMP

08.30 WIB

2 Memotivasi pasien untuk
 sering berkomunikasi dengan
 keluarga

DS: Pasien bersedia
 DO: Pasien kooperatif

STMP

09.00 WIB

3 Memotivasi pasien untuk
 melakukan perubahan posisi
 miring kanan dan miring kiri
 setiap hari

DS: Pasien bersedia
 DO: Pasien kooperatif

STMP

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Waktu	No Dx	Evaluasi (SOAP)	Ttd
20-02-2019 16.00 WIB	1	S: Keluarga mengatakan anggota gerak kanan pasien masih stabil (lamb) O: - Kesadaran: CM, GCS: 15 E: 4, V: 5, M: 6 - TTV: TD: 140/100 mmHg Nadi: 95 x/menit RR: 20 x/menit Suhu: 37,5°C - Pasien mengalami hemiparesis dextra, pergerakan terbatas - Kekuatan otot $\frac{3}{5}$ - ADL dibantu keluarga - Belum terjadi peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas, pasien mampu mengangkat tangannya dalam waktu lama, tetapi tidak mampu menahan beban ringan	Amf
16.00 WIB	2	A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Kolaborasi dengan dokter - Monitor TTV - Latihan terapi genggaman bola	Amf
16.00 WIB	2	S: Keluarga mengatakan pasien masih kurang jelas dalam berbicara O: Mulut agak merah, mukosa bibir lembab - Ketika berkomunikasi pasien masih berbicara kurang jelas A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Kolaborasi dengan ahli terapi jika diperlukan - Motivasi pasien untuk banyak berkomunikasi dengan keluarga	Amf
16.00 WIB	3	S: Keluarga mengatakan pasien selalu melakukan tirah baring setiap hari O: Punggung pasien berkeriang dan lambab - ADL pasien dibantu keluarga A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Motivasi pasien untuk melakukan perubahan posisi (miring kanan dan kiri setiap hari) - Kolaborasi dengan ahli terapi jika diperlukan	Amf

21-02-2019 17.00 WIB	1	S: Keluarga mengatakan anggota gerak kanan pasien masih sedikit lemah O: - Kesadaran: CM, GCS: 15, E: 4, V: 5, M: 6 - TTV: TD: 130/90 mmHg RR: 20 x/menit Nadi: 100 x/menit Suhu: 37 °C - Kekuatan otot $\frac{1}{5}$ - Terjadi peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas (pasien mampu menahan beban ringan, tetapi ketika diberi beban berat pasien tidak mampu menahan) - Pasien mengalami hemiparesis dextra, pergerakan terbatas - ADL dibantu keluarga A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi - Kolaborasi dengan dokter - Monitor TTV - Lakukan terapi genggam bola	Alif
17.00 WIB	2	S: Keluarga mengatakan pasien sudah mulai bicara dengan jelas O: - Mulut agak merah - Mukosa bibir lembab - Pasien sedikit bisa berbicara dengan jelas ketika diajak berkomunikasi A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi - Motivasi pasien untuk sering berkomunikasi dengan keluarga - Kolaborasi dengan ahli terapi jika diperlukan	Alif
17.00 WIB	3	S: Keluarga mengatakan pasien setiap hari melakukan perubahan posisi O: - Punggung pasien sedikit lembab - ADL dibantu keluarga A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi - Motivasi pasien untuk melakukan perubahan posisi (miring kanan dan miring kiri setiap hari)	Alif

22-02-2019
14.00 WIB

- 1 S: Keluarga mengatakan anggota gerak kanan masih sedikit lemah
- O: - Kesadaran : CM, GCS : 15, E : 4, V : 5, M : 6
- TTV : TD : 140/100 mmHg PR : 20 x/menit
Nadi : 100 x/menit Suhu : 37°C
- Pasien mengalami hemiparesis dextra, pergerakan terbatas
- ADL dibantu keluarga
- Ketahanan otot $\frac{4}{5}$
A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi
- Kolaborasi dengan dokter
- Monitor TTV
- Motivasi pasien untuk melakukan terapi genggam bola serta berakur

14.00 WIB

- 2 S: Keluarga mengatakan dapat berbicara dengan sedikit lebih jelas
- O: - Mulut agak peka
- Ketika berbicara / berkomunikasi dengan orang lain pasien mampu berbicara sedikit lebih jelas
A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi
- Kolaborasi dengan ahli terapi jika diperlukan
- Motivasi pasien untuk sering berkomunikasi dengan keluarga

14.00 WIB

- 3 S: Keluarga mengatakan setiap hari melakukan perubahan posisi (miring kanan dan miring kiri)
- O: - Punggung pasien sedikit lembab
- ADL dibantu keluarga
A: Masalah belum teratasi
P: Lanjutkan intervensi
- Motivasi pasien untuk melakukan perubahan posisi (miring kanan dan miring kiri) setiap hari

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

(PSP)

1. Kami adalah peneliti berasal dari STIKES Muhammadiyah Gombong Program Studi DIII Kperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Penerapan Terapi ROM Aktif Asistif : *Spherical Grip* Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Untuk Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik Di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Soedirman Kebumen.”
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah menggambarkan asuhan keperawatan dengan penerapan terapi ROM Aktif Asistif : *Spherical Grip* pada pasien stroke non hemoragik yang dapat memberi manfaat berupa dapat membantu meningkatkan kekuatan otot tubuh pasien, penelitian ini akan berlangsung selama 3 hari
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan keperawatan pelayanan keperawatan
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan atau tindakan yang diberikan
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang anda sampaikan akan tetap dirahasiakan
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti pada nomor 081915040187

PENELITI

Sri Agustin Wachyuningsih

STIKES Muhammadiyah Gombong

INFORMED CONSENT

(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh SRI AGUSTIN W dengan judul "Penerapan Terapi ROM Aktif Asistif : *Spherical Grip* Pada Pasien Stroke Non Hemroagik Untuk Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik Di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Soedirman Kebumen."

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Gombong, 19 Februari 2019

Yang memberikan persetujuan

Sanksi

(.....)

(.....)

Gombong, 19 Februari 2019

Peneliti

Sri Agustin Wachyuningsih



LEMBAR OBSERVASI
STUDI KASUS KEPERAWATAN GADAR STIKES MUHAMMADIYAH
GOMBONG

Nama	KEKUATAN OTOT					
	Hari Ke-1		Hari Ke-2		Hari Ke-3	
	SI	SII	SI	SII	SI	SII
Tn.I	2	2	2	2	2	3
Ny.T	3	3	3	3	3	4

Keterangan :

SI : Sebelum Tindakan

SII : Sesudah Tindakan

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI

GENGGAM MENGGUNAKAN BOLA KARET

1. PENGERTIAN :

Terapi menggenggam bola karet yaitu suatu terapi ROM (Non Farmakologi) untuk meningkatkan kekuatan otot tubuh.

2. TUJUAN

- a. Meningkatkan kekuatan otot tubuh
- b. Memperbaiki tonus otot maupun reflex tendon yang mengalami kelemahan
- c. Menstimulus saraf motorik pada tangan yang akan diteruskan ke otak
- d. Membantu membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot-otot

3. KEBIJAKAN

Pasien Stroke Non Hemoragik

4. PETUGAS

Perawat

5. PERALATAN

- a. Lembar pengukuran kekuatan otot atau lembar observasi
- b. Bola Karet

6. PROSEDUR PELAKSANAAN

a. Tahap Pra Interaksi

- 1) Menyiapkan SOP Penerapan Terapi Genggam Menggunakan Bola Karet
- 2) Menyiapkan alat
- 3) Melihat data atau status pasien
- 4) Mengkaji kesiapan pasien untuk melakukan Terapi Genggam Menggunakan Bola Karet
- 5) Mencuci tangan

b. Tahap Orientasi

- 1) Memberikan salam dan memperkenalkan diri
- 2) Menanyakan identitas pasien dan menyampaikan kontrak waktu
- 3) Menjelaskan tujuan dan prosedur
- 4) Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien

c. Tahap Kerja

- 1) Membaca tasmiyah
- 2) Posisikan pasien senyaman mungkin dan memposisikan kedua tangan anatomis
- 3) Letakkan bola di atas telapak tangan

- 4) Instruksikan pasien untuk menggenggam bola
 - 5) Kemudian kendurkan genggam tangan
 - 6) Lalu genggam kembali bola dan lakukan berulang-ulang sampai 1-2 menit
 - 7) Setelah selesai kemudian instruksikan pasien untuk melepaskan genggam bola pada tangan
 - 8) Kemudian lakukan terapi genggam bola kembali sesuai keinginan pasien sendiri dan bisa dilakukan sampai 7 kali/hari
- d. Tahap terminasi
- 1) Melakukan evaluasi tindakan
 - 2) Menganjurkan pasien untuk melakukan kembali terapi genggam menggunakan bola
 - 3) Membaca tahmid dan berpamitan dengan pasien
 - 4) Mencuci tangan
 - 5) Mencatat dalam lembar catatan keperawatan



FORM PENGKAJIAN TRIASE

Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : Jam WIB

No RM :

Nama :

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin : L/P

Alasan Datang : ☐ Penyakit ☐ Trauma
Cara Masuk : ☐ Sendiri ☐ Rujukan
Status Psikologis : ☐ Depresi ☐ Takut
☐ Agresif ☐ Melukai diri sendiri

PRE-HOSPITAL (jika ada)

Kondisi Pre Hospital : AVPU : TD :/..... mmHg Nadi : x/menit

Pernafasan : x/menit Suhu : °C SpO₂ : %

Tindakan Pre Hospital : ☐ RJP ☐ Oksigen ☐ IVFD ☐ NGT ☐ Suction
☐ Bidai ☐ DC ☐ Hecting ☐ Obat
☐ Lainnya :

A

☐ Obstruksi Jalan Nafas
☐ Stridor, Gargling, Snoring

B

☐ SpO₂ < 80%
☐ RR >30 x/m atau <14 x/m

C

☐ Nadi > 130 x/m
☐ TD Sistolik < 80 mmHg

D

☐ GCS ≤ 8

E

☐ Suhu > 40°C atau < 36°C
☐ VAS = 7 – 10 (berat)
☐ EKG : mengancam nyawa

☐ Obstruksi Jalan Nafas
☐ Stridor, Gargling, Snoring

☐ SpO₂ 80 – 94 %
☐ RR 26 – 30 x/m

☐ Nadi 121 – 130 x/m
☐ TD Sistolik 80 – 90 mmHg

☐ GCS 9 – 13

☐ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C
☐ VAS = 4 – 6 (sedang)
☐ EKG : resiko tinggi

☐ Jalan Nafas Paten

☐ SpO₂ > 94 %
☐ RR 14 – 26 x/m

☐ Nadi 60 – 120 x/m
☐ TD Sistolik > 90 mmHg

☐ GCS 14 – 15

☐ Suhu 36,5 – 37,5°C
☐ VAS = 1 – 3 (ringan)
☐ EKG : resiko rendah-normal

TRIASE

☐ MERAH

☐ KUNING

☐ HIJAU

☐ HITAM (Meninggal)

Petugas Triase

CATATAN :

(.....)



FORM PENGKAJIAN
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong

Tanggal : Jam WIB

No RM :

Nama :

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin : L/P

Keluhan Utama :

Anamnesa :

Riwayat Alergi : ☐ Tidak ada ☐ Ada,

Riwayat Penyakit Dahulu :

Riwayat Penyakit Keluarga :

Airways

☐ Paten ☐ Tidak Paten (☐ Snoring ☐ Gargling ☐ Stridor ☐ Benda Asing) Lain-lain

Breathing

Irama Nafas ☐ Teratur ☐ Tidak Teratur
Suara Nafas ☐ Vesikuler ☐ Bronchovesikuler ☐ Wheezing ☐ Ronchi
Pola Nafas ☐ Apneu ☐ Dyspnea ☐ Bradipnea ☐ Tachipnea ☐ Orthopnea
Penggunaan Otot Bantu Nafas ☐ Retraksi Dada ☐ Cuping hidung
Jenis Nafas ☐ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut
Frekuensi Nafas x/menit

Circulation

Akral : ☐ Hangat ☐ Dingin Pucat : ☐ Ya ☐ Tidak
Sianosis : ☐ Ya ☐ Tidak CRT : ☐ <2 detik ☐ >2 detik
Tekanan Darah : / mmHg Nadi : ☐ Teraba x/m ☐ Tidak Teraba
Perdarahan : ☐ Ya cc Lokasi Perdarahan : Tidak ☐
Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : Diare Muntah Luka Bakar Perdarahan
Kelembaban Kulit : ☐ Lembab ☐ Kering
Turgor : ☐ Baik ☐ Kurang
Luas Luka Bakar : % Grade : Produksi Urine : cc
Resiko Dekubitus : ☐ Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut

Disability

Tingkat Kesadaran : ☐ Compos Mentis ☐ Apatis ☐ Somnolen ☐ Sopor ☐ Coma

Nilai GCS : E V M Total :

Pupil : ☐ Isokhor ☐ Miosis ☐ Midriasis Diameter ☐ 1mm ☐ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm

Respon Cahaya : ☐ + ☐ -

Penilaian Ekstremitas : Sensorik ☐ Ya ☐ Tidak
Motorik ☐ Ya ☐ Tidak

kekuatan otot

Exposure

Pengkajian Nyeri

Onset :

Provokatif/Paliatif :

Qualitas :

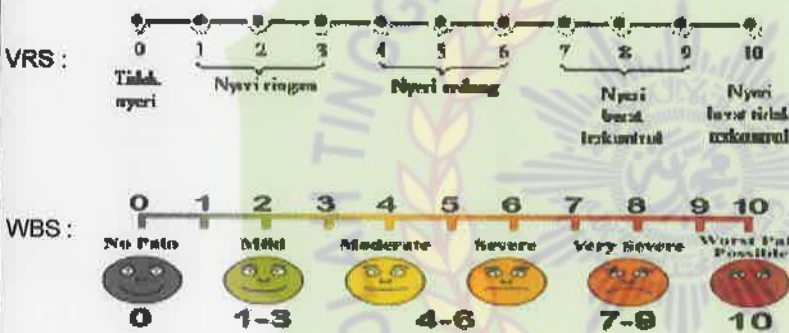
Regio/Radiation :

Scale/Severity :

Time :

Apakah ada nyeri : ☐ Ya, skor nyeri VRS : ☐ Tidak ☐ Lokasi Nyeri

WBS :



(arsir sesuai lokasi nyeri)

Luka : ☐ Ya, Lokasi ☐ Tidak

Resiko Dekubitus : ☐ Ya ☐ Tidak

Fahrenheit

Suhu Axila : °C

Suhu Rectal : °C

Berat Badan : kg

Pemeriksaan Penunjang

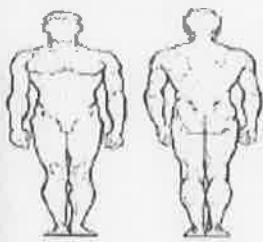
EKG :

GDA :

Radiologi :

Laboratorium :	Item	Hasil	Satuan	Normal	Item	Hasil	Satuan	Normal

PEMERIKSAAN FISIK



Kepala

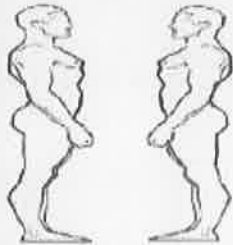
:

Leher

:

Dada

:



Perut

:

:

:

:

Ekstremitas : (atas)

:

:

(bawah)

:

:

Genitalia :

:

PROGRAM TERAPI

Tanggal/Jam :

NO	NAMA OBAT	DOSIS	INDIKASI

ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1.
2.
3.

INTERVENSI KEPERAWATAN

NO DX	NOC	INTERVENSI	RASIONAL

NO DX	NOC	INTERVENSI	RASIONAL

IMPLEMENTASI

TGL/JAM	TINDAKAN	RESPON	TTD

EVALUASI

TGL/JAM	NO DX	EVALUASI	TTD

RENCANA TINDAK LANJUT

.....

.....

.....

.....

.....

Tanggal :

Jam WIB

Perawat,

.....

FORMAT PENGKAJIAN
ASUHAN KEPERAWATAN DEWASA

Tanggal masuk RS :
Tanggal Pengkajian :
Ruang :
Pengkaji :

A. PENGKAJIAN

1. BIODATA

a. Identitas pasien

- 1) Nama :
- 2) No. RM :
- 3) Umur :
- 4) Jenis kelamin :
- 5) Alamat :
- 6) Agama :
- 7) Suku/Bangsa :
- 8) Pekerjaan :
- 9) Pendidikan :
- 10) Diagnosa medis :

b. Identitas Penanggung Jawab

- 1) Nama :
- 2) Umur :
- 3) Jenis Kelamin :
- 4) Alamat :
- 5) Agama :
- 6) Suku/Bangsa :
- 7) Pekerjaan :
- 8) Hub. dengan pasien :

2. Keluhan Utama

3. Riwayat Kesehatan Sekarang
4. Riwayat Kesehatan Dahulu
5. Riwayat Kesehatan Keluarga
6. Primary Survey

Airway

- ☐ Paten ☐ Tidak Paten (☐ Snoring ☐ Gurgling
☐ Stridor ☐ Benda Asing) Lain-lain.....

Breathing

- Irama Nafas ☐ Teratur ☐ Tidak Teratur
 Suara Nafas ☐ Vesikuler ☐ Bronchovesikuler ☐ Wheezing
 ☐ Ronchi
 Pola Nafas ☐ Apnea ☐ Dyspnea ☐ Bradipnea
 ☐ Tachipnea ☐ Orthopnea
 Penggunaan Otot Bantu Nafas ☐ Retraksi Dada ☐ Cuping Hidung
 Jenis Nafas ☐ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut
 Frekuensi Nafas x/menit

Circulation

- Akral : ☐ Hangat ☐ Dingin Pucat : ☐ Ya
 Sianosis : ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Tidak
 Tekanan Darah :/.....mmHg CRT : ☐ <2 detik
 Nadi : ☐ Teraba.....x/menit ☐ >2 detik
 ☐ Tidak teraba

Perdarahan : ☐ Ya.....cc Lokasi Perdarahan..... ☐ Tidak

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : Diare

Muntah Luka Bakar Perdarahan

Kelembaban Kulit : ☐ Lembab ☐ Kering

Turgor : ☐ Baik ☐ Kurang

Luas Luka Bakar :% Grade : Produksi Urine:.....cc

Resiko Dekubitus : ☐ Tidak

☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut

Disability

Tingkat Kesadaran : ☐ Composmentis ☐ Apatis

☐ Somnolen ☐ Sopor ☐ Coma

Nilai GCS : E..... V..... M..... Total :.....

Pupil : ☐ Isokhor ☐ Miosis ☐ Midriasis

Diameter : ☐ 1mm ☐ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm

Respon Cahaya : ☐ + ☐ -

Penilaian Ekstremitas : Sensorik ☐ Ya ☐ Tidak

Motorik ☐ Ya ☐ Tidak

Kekuatan Otot : +

Exposure

Pengkajian Nyeri

Onset :

Provokatif/Paliatif :

Qualitas :

Region/Radiation :

Scale/Severity :

Time :

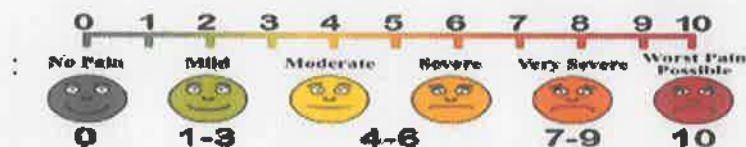
Apakah ada nyeri : ☐ Ya, skor nyeri VRS :..... ☐ Tidak

WBS :.....

VRS



WBS



Lokasi Nyeri :



Luka : Ya, Lokasi.....

☐ Tidak

Resiko dekubitus : ☐ Ya

☐ Tidak

Fahrenheit

Suhu Axila :^oC

Suhu Rectal :^oC

Berat Badan :kg

7. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum (KU) :

b. Kesadaran :

c. TTV :

1) TD :

2) Nadi :

3) RR :

4) Suhu :

d. Pemeriksaan Head To Toe

1) Kepala :

2) Mata :

Pupil :

Conjungtiva :

Sclera :

- 3) Hidung :
- 4) Mulut :
- Bibir :
- Lidah :
- Gigi :
- 5) Telinga :
- 6) Leher :
- 7) Dada :
- a) Paru-paru
- Inspeksi :
- Palpasi :
- Perkusi :
- Auskultasi :
- b) Jantung
- Inspeksi :
- Palpasi :
- Perkusi :
- Auskultasi :
- 8) Abdomen
- Inspeksi :
- Auskultasi :
- Palpasi :
- Perkusi :
- 9) Ekstremitas :
- 10) Genitalia :
8. Pemeriksaan Penunjang
9. Program Terapi

B. ANALISA DATA

No. Dx	Hari/Tanggal	Data Fokus	Problem	Etiologi

C. Prioritas Diagnosa Keperawatan

D. Intervensi Keperawatan

Hari/ Tgl/Jam	No. Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)

E. Implementasi Keperawatan

Hari/ Tgl/Jam	No. Dx	Implementasi	Respon	TTD

F. Evaluasi Keperawatan

Hari/Tgl/ Jam	No. Dx	Evaluasi	TTD

**EFEKTIFITAS ROM AKTIF ASISTIF SPHERICAL GRIP TERHADAP
PENINGKATAN KEKUATAN OTOT EKSTREMITAS ATAS
PASIEN STROKE DI RUANGAN NEUROLOGI
RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL
BUKITTINGGI TAHUN 2015**

Muhammad Arif¹, Gusni Hanila²
Program Studi S1 Keperawatan STIKes Perintis Sumbar
Email : perawat.arif@yahoo.co.id
Gusmi.hanila@yahoo.com

ABSTRACT

Stroke is the third leading cause of death in developed countries, after heart disease and cancer. Approximately 2.5 % died and the remainder mild or severe disability. Stroke caused many problem. One of the effect that occur in stroke patients was experiencing weakness on one side of the body. Therefore, stroke patients require a rehabilitation by exercises range of motion / ROM. Exercises to stimulate the movement of the hand which one form of the training is an practice in functional grasping hand. ROM spherical grip exercises performed in actively and assistively. This study aims to find out the effectiveness of active-assistive ROM: spherical grip of an increase in upper extremity muscle strength in stroke patients in hospitals Stroke Bukittinggi. The design study is a quasy experiment for 7 day with treatment 2 times a day. Sample taken were 18 respondents by measuring muscle streghth before and after intervension. The results of statistical paired sample T- Test obtained average of p values 0.000. Therefore can be concluded that there is an incease in muscle streghth between before and after active-assistive ROM exercise: spherical grip. The results could be an input for nurses to make physical exercises range of motion moment as one of the independent nursing intervention in hospitals Stroke Nasional Bukittinggi and intervention in the treatment of stroke.

Keywords : *stroke, active-assistive ROM: spherical grip, Increse muscle strength*

**EFEKTIFITAS ROM AKTIF-ASISTIF SPHERICAL GRIP TERHADAP
PENINGKATAN KEKUATAN OTOT EKSTREMITAS ATAS PADA PASIEN
STROKE DI RUANG NEUROLOGI RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL
BUKITTINGGI TAHUN 2015**

ABSTRAK

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di negara maju, setelah penyakit jantung dan kanker. Sekitar 2.5 % meninggal dan sisanya cacat ringan maupun berat. Salah satu dampak yang terjadi pada pasien stroke adalah mengalami kelemahan di salah satu sisi tubuh. Oleh karena itu, pasien stroke memerlukan rehabilitasi yaitu latihan rentang gerak/ ROM. Latihan untuk menstimulasi gerak pada tangan salah satunya berupa latihan menggenggam yang merupakan latihan fungsional tangan. Latihan ROM *spherical grip* dilakukan secara aktif- asistif. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas ROM *aktif-asistif: spherical grip* terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi. Desain penelitian yang digunakan adalah *quasy eksperimen* selama 7 hari dengan perlakuan 2 kali sehari.sampel yang diambil sebanyak 18 responden dengan mengukur kekuatan otot sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Hasil uji statistik *paired sample T- Test* diperoleh nilai *p value* 0,000. Sehingga dapat disimpulkan terdapat peningkatan kekuatan otot antara sebelum dan sesudah latihan ROM aktif-asistif: *spherical grip*. Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi perawat untuk menjadikan latihan fisik rentang gerak sendi sebagai salah satu intervensi keperawatan mandiri di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi dan intervensi dalam penatalaksanaan stroke.

Kata Kunci : *Stroke, ROM aktif-asistif: spherical grip, Peningkatan kekuatan otot*

1. PENDAHULUAN

Stroke atau *cedera cerebrovaskular (CVA)* adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak, yang biasanya merupakan akumulasi penyakit serebrovaskular selama beberapa tahun (Smelzer & Bare, 2002).

Pemulihan setelah stroke adalah suatu proses panjang yang dapat berlangsung selama beberapa tahun. Pemulihan terjadi dalam 2-3 tahun pertama, terutama pada 2-6 bulan pertama. Karena itu perlu dilakukan rehabilitasi dalam berbagai bentuk dan lingkungan (rumah sakit, layanan rehabilitasi) sampai pasien membaik. Hampir sepertiga pasien stroke kembali memperoleh fungsi-fungsi mereka yang semula hilang secara penuh, atau hampir penuh dan kembali ke aktivitas dan gaya hidup pra-stroke dalam setahun. Hampir 70 % dari pasien yang bertahan hidup setelah satu tahun mampu hidup tanpa mengandalkan orang lain dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Waktu pemulihan bergantung pada jenis stroke, karena perbedaan dalam jumlah jaringan otak yang rusak (Feigin, 2004).

Salah satu rehabilitasi yang diberikan pada pasien stroke adalah *Range of Motion*. ROM adalah kemampuan maksimal seseorang dalam melakukan gerak. Rentang gerak mempunyai batas-batas gerakan dari kontraksi otot dalam melakukan gerakan. Rentang gerak dapat mencegah terjadinya kontraktur, atropi otot, meningkatkan peredaran darah ke ekstremitas, mengurangi kelumpuhan faskular, meningkatkan kekuatan otot dan memberikan kenyamanan pada klien dalam memenuhi kebutuhan dan masalah yang dihadapi (Lukman, 2011).

Latihan menggenggam tersebut disebut dengan latihan *spherical grip* yang memerlukan latihan fungsional tangan dengan melalui 3 tahap yaitu membuka tangan, menutup jari-jari untuk menggenggam objek (sebuah benda berbentuk bulat seperti bola pada telapak tangan) dan mengatur kekuatan otot menggenggam. Untuk itu dilakukanlah latihan otot tangan dan sendi serta menggenggam agar bisa meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas yang dilakukan selama 7 hari dengan perlakuan 2 kali sehari pagi dan sore selama 15-45

menit menggenggam bola karet (Sukmanigrum, 2012). Dampak setelah dilakukan ROM aktif asistif *spherical grip* terhadap ekstremitas yaitu terjadinya peningkatan nilai kekuatan otot setelah latihan (Lukman, 2011).

Berdasarkan data di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi didapatkan angka kejadian stroke 2 tahun terakhir ini yaitu tahun 2013 adalah 3294 kasus dan tahun 2014 adalah 4280 kasus dengan rata-rata jumlah pasien 356 orang perbulan. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan jumlah kasus kejadian stroke setiap tahunnya. Survey awal yang peneliti lakukan pada tanggal 08 April 2015 di Ruang Neurologi kepada 5 orang responden yang mengalami stroke dengan cara melalui wawancara dan observasi didapatkan 4 responden yang belum mampu melakukan gerakan aktif untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dan belum bisa melakukanenggaman dalam menggenggam objek atau benda, pasien masih banyak bergantung dengan orang lain dalam melakukan aktivitas. Selama dilakukan wawancara di ruangan Neurologi pasien stroke mengatakan bahwa mereka telah melakukan terapi ROM pasif dan belum mampu untuk melakukan ROM aktif untuk itu dilakukanlah Rom aktif asistif. Berdasarkan dari fenomena tersebut diatas, bahwa pasien belum mampu melakukan gerakan atau aktivitas untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari terutama pada bagian ekstremitas atas bagian tubuh yang paling aktif dalam gerakan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektifitas ROM aktif-asistif *spherical grip* terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada penderita stroke di ruangan Neurologi RSSN Bukittinggi tahun 2015

2. METODE PENELITIAN

• Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasi eksperimen* dengan pendekatan *One Group Pretest-posttest*

• Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien stroke di Ruang Rawat Inap Neurologi RSSN Bukittinggi yang berjumlah 18 orang yang mengalami kelemahan otot ekstremitas atas dan yang

mampu melakukan ROM *aktif-asistif spherical grip*.

- **Prosedur Pengambilan Data**

Pasien stroke yang setuju dijadikan sampel, menandatangani *informed consent* dan peneliti mengajarkan latihan ROM *aktif-asistif spherical grip* lalu responden melakukan secara mandiri dan hasil pengukuran dimasukan ke lembar observasi.

- **Analisa Data**

- a. **Univariat**

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis datanya.

- b. **Bivariat**

Yaitu untuk melihat efektifitas sebelum dan sesudah diberikan latihan ROM *aktif-asistif spherical grip* dimana

dapat dilakukan dengan mengukur tingkat kekuatan otot pasien sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan. Data yang dikumpulkan diolah dengan menggunakan uji T dependen (uji T berpasangan) dengan derajat kepercayaan 95% atau $\alpha = 0,05$ untuk melihat hasil kemaknaan perhitungan statistik digunakan batas kemaknaan 0,05 sehingga jika nilai $\alpha \leq 0,05$ maka secara statistik disebut bermakna, jika nilai $\alpha > 0,05$ maka hasil hitung disebut tidak bermakna.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

- **Analisa Univariat**

Tabel 1

Gambaran Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pasien Stroke Sebelum ROM Aktif-Asistif Spherical Grip di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2015

Kekuatan Otot sebelum ROM Aktif-Asistif Spherical Grip		
Skala kekuatan otot	frekuensi	persent
5 : kekuatan otot penuh	0	0 %
4 : mampu melawan gravitasi sedikit	0	0 %
3: mampu mengangkat dengan bantuan	3	16.7 %
2 : mampu menggeser	8	44.4 %
1 : mampu menggerakkan ujung jari	7	38.9 %
0 : tidak mampu bergerak sama sekali	0	0 %
Total	18	100 %

Dari tabel 1 di atas menunjukkan bahwa dari 18 orang responden kekuatan otot ekstremitas atas pasien stroke sebelum ROM *aktif-asistif spherical grip* didapatkan sebagian besar banyak pasien yang tidak mengalami peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas dengan skala kekuatan otot mampu menggeser tangan diberi nilai 2 dengan persentase 44.4 %.

Tabel 2

Gambaran Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pasien Stroke Setelah ROM Aktif-Asistif Spherical Grip di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2015

Kekuatan Otot sesudah ROM Aktif-Asistif Spherical Grip		
Skala kekuatan otot	frekuensi	persent
5 : kekuatan otot penuh	5	28.7 %
4 : mampu melawan gravitasi sedikit	5	27.8 %
3: mampu mengangkat dengan bantuan	4	22.2 %
2 : mampu menggeser	3	16.7 %
1 : mampu menggerakkan ujung jari	1	5.6 %
0 : tidak mampu bergerak sama sekali	0	0 %
Total	18	

Dari tabel 2 di atas menunjukkan bahwa dari 18 orang responden kekuatan otot ekstremitas atas pasien stroke setelah ROM *aktif-asistif spherical grip* didapatkan hasil lebih dari sebagian mengalami peningkatan otot ekstremitas atas dengan nilai 3 mampu mengangkat dengan bantuan dengan persentase 22.2%, nilai 4 mampu melawan gravitasi sedikit dengan persentase 27.8 %, nilai 5 kekuatan otot penuh dengan persentase 28.7 %.

• **Analisa Bivariat**

Gambaran Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Antara Pre Dan Post Efektifitas ROM Aktif-Asistif Spherical Grip di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2015
Paired Samples Test

Variabel	N	Mean	Standar Deviasi	Std.Error Mean	P value
Sebelum ROM aktif-asistif spherical grip	18	1.78	.732	.173	.000
Setelah ROM aktif-asistif spherical grip	18	3.56	1.247	.294	

Dari tabel 3 terlihat memang ada perbedaan kekuatan otot ekstremitas atas antara pre dan post ROM aktif-asistif spherical grip. Dilihat dari hasil p value = 0,000, jadi selisih antara kekuatan otot ekstremitas atas pre dan post ROM aktif asistif spherical grip yaitu 0,000, dimana $p < \alpha$ (0,05) maka dapat disimpulkan ada perbedaan peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas antara sebelum dan setelah ROM *aktif-asistif spherical grip* terhadap pasien stoke.

PEMBAHASAN

1. Kekuatan Otot Pasien Stroke Setelah Efektifitas ROM aktif-asistif Spherical Grip

Dari tabel 1 dapat diketahui bahwa 18 orang responden kekuatan otot ekstremitas atas pasien stroke sebelum ROM *aktif-asistif spherical grip* didapatkan sebagian besar banyak pasien yang tidak mengalami peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas dengan skala kekuatan otot mampu menggeser tangan diberi nilai 2 dengan persentase 44.4 %.

Menurut Tarwoto (2013) Stroke merupakan penyakit yang menyerang siapapun dengan kejadian sangat mendadak dan merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan neurologi utama di Indonesia selain penyakit jantung dan kanker. Diperkirakan prevalensi stroke dipopulasi sekitar 47 per10.000 yang umumnya mengalami kecacatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan stroke mengalami gangguan kognitive (33%), gangguan ekstremitas

(30%), dan gangguan berbicara (27%) (Anthony Rudd, 2002).

Tindakan yang efektif yang dapat dilakukan untuk mengatasi stroke dengan cara mengetahui faktor resiko, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi stroke. Terapi yang dapat secara substansial memperbaiki hasil akhir stroke. Pada kenyataannya orang yang mengalami stroke dapat pulih sempurna dan proporsi ini dapat meningkat jika pasien selalu mendapat terapi darurat dan rehabilitasi yang memadai seperti melakukan terapi menggengam bola atau ROM *aktif asistif spherical grip* untuk meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas (Feigin, 2004).

2. Kekuatan Otot Pasien Stroke Setelah Efektifitas ROM aktif-asistif Spherical Grip

Dari tabel 5.2 dapat diketahui bahwa 18 orang responden kekuatan otot ekstremitas atas pasien stroke setelah ROM *aktif-asistif spherical grip* didapatkan hasil lebih dari sebagian

mengalami peningkatan otot ekstremitas atas dengan nilai 3 mampu mengangkat dengan bantuan dengan persentase 22.2%, nilai 4 mampu melawan gravitasi sedikit dengan persentase 27.8 %, nilai 5 kekuatan otot penuh dengan persentase 28.7 %.

Menurut asumsi peneliti, ROM aktif-asistif spherical grip dilakukan pada pasien rehabilitasi stroke yang mengalami kekakuan otot atau kelemahan otot guna terapi ROM aktif-asistif spherical grip yaitu untuk meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas dan melancarkan sirkulasi darah. Efektifitas ROM aktif-asistif spherical grip dapat membantu peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas dan membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari. Karena terapi yang diberikan merupakan terapi motorik yang merangsang peredaran aliran darah supaya tidak terjadinya kekakuan otot dan otot ekstremitas yang lemah bisa digerakkan dan pasien stroke dapat pulih kembali.

3. Efektifitas ROM aktif-asistif Spherical Grip terhadap Peningkatan kekuatan Otot ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke di Ruang Neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2015

Dari hasil penelitian yang dilakukan pada 18 orang responden di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi sebulan melakukan latihan ROM aktif-asistif spherical grip didapatkan rata-rata kekuatan otot ekstremitas atas adalah 1.78 dan yang setelah dilakukan ROM aktif-asistif spherical grip didapatkan rerata kekuatan otot ekstremitas atas adalah 3.56. Berdasarkan uji statistik yang didapatkan nilai p value = 0,000 maka secara statistik bermakna H_a diterima, sehingga dapat ditarik kesimpulan ada pengaruh peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas.

Penelitian Sukmaningrum (2013) tentang Efektifitas Range of Motion (ROM) Aktif Asistif : Spherical Grip Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas pada Pasien Stroke di RS UD Tugurejo Semarang dilakukan

dengan metode penelitian *cross sectional* menemukan hasil penelitian yang sudah dilakukan pada 20 responden penderita stroke hasilnya yaitu adanya peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa latihan ROM aktif-asistif spherical grip yang diberikan sebagian besar mempengaruhi peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas dengan persentase 77.8 %. Hemiparesis terjadi akibat lesi vaskuler daerah batang otak sisi yang memperlihatkan ciri alternans, yaitu pada tingkat lesi hemiparesis bersifat ipsilateral. Sedangkan hemiparisis distal bersifat kontralateral (Mardjono & Sidartha, 2006).

Rentang gerak yang diberikan pada pasien stroke area otak yang mati menimbulkan masalah fisik dan mental yang sering dialami pasien stroke. Akan tetapi, ada area masih hidup tetapi tidak aktif untuk sementara waktu setelah stroke yaitu sel saraf penubra. Dalam penatalaksanaan stroke, di upayakan sel saraf tersebut berpotensi hidup dilindungi (Levine, 2009). Sebelum diberikan latihan sebagian besar pasien stroke dalam peningkatan kekuatan ototnya lama dan perlahan, karena pasien melakukan rentang gerak sendi jika di dampingi oleh ahli fisioterapi.

Latihan untuk menstimulasi gerak pada tangan dapat berupa latihan fungsi menggenggam. Menggenggam merupakan salah satu bagian gerakan fungsional yang bertujuan mengembalikan fungsi tangan secara optimal. Latihan tersebut dilakukan secara rutin dan berkesinambungan, diharapkan derajat kekuatan otot ekstremitas atas pada penderita stroke dapat meningkat dan menunjukkan fungsi tangan kembali optimal (Irfan, 2010).

Latihan ROM aktif dilakukan dengan tujuan mempertahankan atau meningkatkan dan kelenturan otot (Kusyati, 2004). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Irdawati (2008) di RS. Dr Moewardi Surakarta selama 12 hari diberikan latihan ROM terdapat perbedaan yang bermakna antara nilai kekuatan otot anata sebelum dan setelah diberikan perlakuan pada

pasien stroke hemiparesis kanan maupun kiri ($p=0,0001$).

Latihan ROM aktif-asistif bertujuan untuk membantu proses pembelajaran motorik. Setiap gerakan yang dilakukan hendaknya secara perlahan dan anggota gerak yang mengalami kelumpuhan ikut aktif melakukan gerakan seoptimal mungkin dan sesuai kemampuan, sedangkan anggota gerak yang tidak mengalami kelemahan hendaknya dapat membantu proses terbentuknya gerakan (Irfan, 2010). Latihan secara mandiri dalam menggenggam dapat mempercepat pemulihan pada otot yang mengalami kelemahan. Pasien rehabilitasi sebaiknya latihan sesering mungkin supaya bisa mencapai hasil yang maksimal dan mampu melakukan aktivitas sehari-hari.

Hasil penelitian juga didukung oleh penelitiannya yang dilakukan Puspawati (2010) di RSUD Kalisat Jember pada pasien Stroke Iskemik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi dengan ROM aktif dua kali sehari lebih efektif dibandingkan dengan ROM satu kali sehari. Dengan tingkat signifikan peningkatan kekuatan otot $p=0,157$ pada intervensi ROM satu kali sehari dan pada intervensi ROM dua kali sehari menunjukkan tingkat signifikan peningkatan kekuatan otot $p=0,023$.

Hasil penelitian dari 18 responden, didapatkan beberapa responden tidak mengalami kenaikan nilai kekuatan otot penyebab dari tidak ada peningkatan diantaranya kurangnya motivasi dari keluarga, malas untuk melakukan latihan, latihan tidak rutin dan tidak sesuai jadwal. Sebagian besar dari responden yang rajin dan rutin dalam melakukan latihan dibuktikan adanya peningkatan kekuatan otot ekstremitas atasnya sudah mencapai nilai 3 yaitu mampu mengangkat tangan dengan bantuan. Stroke merupakan trauma akut yang bermanifestasi sebagai perdarahan atau infark otak timbul karena iskemia otak yang lama dan parah dengan perubahan fungsi dan struktur otak yang *irreversibel*. Daerah sekitar infark timbul daerah penumbra iskemik dimana sel masih hidup tetapi tidak berfungsi. Daerah di luar penumbra akan timbul edema lokal atau hiperemis berarti sel

masih hidup dan berfungsi (Kuswara, Limoa & Wuysang, 2007 dalam Sukmanigrum, 2010).

Dalam pemulihan anggota gerak yang mengalami kelemahan terdapat faktor yang mempengaruhi hasil yang diperoleh. Terlihat pada hasil penelitian, tampak peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada hari ke-7 dengan perlakuan dua kali sehari setelah dilakukan latihan. Menurut penelitian Wirawan (2009) lama latihan tergantung pada stamina pasien. Terapi latihan yang baik adalah latihan yang tidak melelahkan, durasi tidak terlalu lama (umumnya sekitar 15 sampai 45 menit) namun dengan pengulangan sesering mungkin.

Dukungan keluarga mempengaruhi motivasi penderita stroke dalam melakukan latihan juga berpengaruh besar dalam peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas. Dalam hal ini, anggota keluarga atau pasien dapat melakukan latihan ROM mandiri diluar pemberian latihan dari fisioterapi. Fungsi keluarga sendiri dalam perawatan kesehatan anggota keluarga yang sakit dapat menyediakan kebutuhan fisik (Friedman, Bowden & Jones, 2010 dalam Sukmanigrum, 2010).

Dari hasil penelitian dan teori di atas peneliti beranalisis bahwa ternyata memang ada pengaruh dari latihan efektifitas ROM aktif-asistif spherical grip sebelum dilakukan dan sesudah dilakukan. Dengan demikian peneliti melihat hasil yang didapatkan yaitu adanya peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke setelah dilakukan latihan ROM aktif-asistif spherical grip di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi tahun 2015.

4. KESIMPULAN

1. Sebelum ROM aktif asistif spherical grip dilakukan didapatkan hasil kekuatan otot ekstremitas sebagian besar tidak meningkat dengan persentase 83.3 %.
2. Sesudah ROM aktif asistif spherical grip dilakukan didapatkan hasil kekuatan otot ekstremitas meningkat

lebih dari sebagian dengan persentase 77.8 %.

3. Ada pengaruh peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas latihan efektifitas ROM aktif-asistif *spherical grip* antara sebelum dan sesudah didapatkan hasil p value= 0,000.

5. REFERENSI

- Feigin. 2004. *Stroke*. Jakarta : PT Bhuana Ilmu Populer
- Hidayat , Alimul. *Metode Penelitian Keperawatan & Analisa Data*. Jakarta : Salemba Medika
- Irfan, Muhammad. 2010. *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Levine, Peter G. 2009. *Stroke After Stroke Panduan Lengkap dan Efektif Terapi Pemulihan Stroke Ahli Bahasa: Rika Iffati Fariyah*. Jakarta: Etera
- Lukman, Nurma Ningsih. 2011. *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta : Salemba Medika
- Mardjono & Sidarta. 2006. *Neurologi Klinis Dasar*. Jakarta: Dian Rakyat
- Sukmanigrum F. 2012. *Efektifitas Range of Motion (ROM) Aktif-Asistif Spherical Grip terhadap Peningkatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke di RSUD Tugurejo Semarang*
- Smelzer & Bare. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 3*. Jakarta: EGC
- Tarwoto. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta : Anggota IKAPI
- Taufik. 2014. *Latihan Fisioterapi Bagi Insan Stroke*



PENGARUH LATIHAN RANGE OF MOTION (ROM) AKTIF-ASISTIF (SPHERICAL GRIP) TERHADAP PENINGKATAN KEKUATAN OTOT EKSTREMITAS ATASPADA PASIEN STROKE DI RUANG RAWAT INAP PENYAKIT SYARAF (SERUNI) RSUD ULIN BANJARMASIN

Yurida Olviani¹, Mahdalena², Indah Rahmawati

¹Fak. Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Univ. Muhammadiyah Banjarmasin

²Poltekkes Banjarbaru

*Korespondensi Penulis. yurida.aurora@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di negara maju, setelah kasus penyakit jantung dan kanker. Sekitar 2,5% meninggal dan sisanya cacat ringan maupun berat. Salah satu dampak yang terjadi pada pasien stroke mengalami kelemahan di salah satu sisi tubuh. Oleh karena itu, pasien stroke memerlukan rehabilitasi latihan rentang gerak (ROM) secara cepat dan tepat. Latihan untuk menstimulasi gerak tangan salah satunya berupa latihan menggenggam yang merupakan latihan fungsional tangan. Latihan ROM spherical grip dilakukan secara aktif-asistif.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh latihan range of motion (ROM) aktif-asistif (spherical grip) terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke di ruang rawat inap penyakit syaraf (Seruni) RSUD Ulin Banjarmasin.

Metode : Jenis penelitian ini pre eksperimen dengan rancangan one group pre-post test design, jumlah sampel 30 responden dengan menggunakan teknik purposive sampling dan menggunakan uji "wilcoxon".

Hasil : Hasil penelitian terdapat pengaruh yang signifikan dimana nilai $p = 0,000 < 0,05$ sehingga ada pengaruh latihan range of motion (rom) aktif-asistif (spherical grip) terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke di ruang rawat inap penyakit syaraf (seruni) RSUD Ulin Banjarmasin.

Kata Kunci : Stroke, Range of motion aktif-asistif (spherical grip), Peningkatan Kekuatan Otot.

ABSTRACT

Background: Stroke is the third leading cause of death in developed countries, after heart disease and cancer. Approximately 2.5% died and the remainder mild or severe disability. Stroke caused many problems. One of the effects that occur in stroke patients was experiencing weakness on one side of the body. Therefore, stroke patients require a rehabilitation by exercise range of motion/ ROM. Exercises to stimulate the movement of the hand which one form of the training is an practice in functional grasping hand. ROM spherical grip exercises performed in actively and assistively.

Objective: The purpose of this research to determine the effect range of motion (ROM) active assistive (spherical grip) practice about reasing of muscle strength of the upper extremities on the stroke patients in the nerve disease inpatient room (Seruni) RSUD Ulin Banjarmasin.

Methods: The type of this research is pre-experiment with one group pre-post test design program, the number of samples 30 respondent by using purposive sampling technique and Wilcoxon test.

Results: The result of the research showed a significant effect where $p = 0,000 < 0.005$ so there is the effect of range of motion (ROM) active assistive (spherical grip) practice about reasing of muscle strength of the upper extremities on the stroke patients in the nerve disease inpatient room (Seruni) RSUD Ulin Banjarmasin.

Keywords: Stroke, Active-Assistive ROM (spherical grip), Incease muscle strength

PENDAHULUAN

Stroke merupakan suatu kedaruratan medik. Semakin lambat pertolongan medis yang diperoleh, maka akan semakin banyak kerusakan sel saraf yang terjadi, sehingga semakin banyak waktu yang terbuang, semakin banyak sel saraf yang tidak bisa diselamatkan dan semakin buruk kecacatan yang didapat (Pinzon, *et al.*, 2010).

Gangguan sensoris dan motorik post stroke mengakibatkan gangguan keseimbangan termasuk kelemahan otot, penurunan fleksibilitas jaringan lunak, serta gangguan kontrol motorik pada pasien stroke mengakibatkan hilangnya kordinasi, hilangnya kemampuan keseimbangan tubuh dan postur (kemampuan untuk mempertahankan posisi tertentu) dan juga stroke dapat menimbulkan cacat fisik yang permanen. Cacat fisik dapat mengakibatkan seseorang kurang produktif. Oleh karena itu pasien stroke memerlukan rehabilitasi untuk meminimalkan cacat fisik agar dapat menjalani aktifitas secara normal. Rehabilitasi harus dimulai sedini mungkin secara cepat dan tepat sehingga dapat membantu pemulihan fisik yang lebih cepat dan optimal. Serta menghindari kelemahan otot yang dapat terjadi apabila tidak dilakukan latihan rentang gerak setelah pasien terkena stroke (Irfan, 2010).

Salah satu rehabilitasi yang dapat diberikan pada pasien stroke adalah latihan rentang gerak atau yang sering disebut Range Of Motion (ROM). ROM merupakan latihan yang digunakan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan

kemampuan untuk menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot.

Untuk Range Of Motion (ROM) Aktif-Asistif sendiri dilakukan dengan latihan baik oleh diri sendiri ataupun perawat dan menggunakan ekstremitas atas. Ekstremitas atas merupakan salah satu bagian dari tubuh yang penting untuk dilakukan ROM. Hal ini dikarenakan ekstremitas atas fungsinya sangat penting dalam melakukan aktifitas sehari-hari dan merupakan bagian yang paling aktif, maka lesi pada bagian otak yang mengakibatkan kelemahan ekstremitas akan sangat menghambat dan mengganggu kemampuan dan aktivitas sehari-hari seseorang.

Gerak pada tangan dapat distimulasi dengan latihan fungsi menggenggam yang dilakukan melalui tiga tahap yaitu membuka tangan, menutup jari-jari untuk menggenggam objek dan mengatur kekuatan menggenggam (Irfan, 2010).

Spherical grip digunakan seperti ketika mencengkeram bola bisbol. Hal ini mirip dengan cylindrical grip kecuali ada penyebaran yang lebih besar di jari. Tulang sendi metacarpophalangeal menghasilkan tarikan lebih banyak daripada aktifitas interoseus (Kaplan, 2005).

Salah satu bentuk dari ROM aktif-asistif (spherical grip) merupakan latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk bulat seperti bola karet pada telapak tangan, dimana saat responden melakukan latihan dengan bola karet, beban yang diangkat lebih besar daripada responden

yang melakukan latihan dengan benda lain seperti tissue gulung yang menyebabkan kontraksi otot dengan tenaga yang besar dan kontraksi yang terjadi lebih kuat sehingga menghasilkan peningkatan motor unit yang diproduksi asetilcholin, sehingga mengakibatkan kontraksi. Mekanisme melalui lebih banyak yang berdampak pada peningkatan kekuatan otot yang lebih baik (Irsyam, 2012).

Dari studi pendahuluan peneliti baik wawancara dengan penderita maupun keluarga yang di rawat diruang rawat inap penyakit syaraf (Seruni) RSUD Ulin Banjarmasin pada bulan Januari 2017, didapatkan hampir semua pasien stroke hemoragik dan stroke non hemoragik mengalami kelemahan otot satu sisi (hemiparesis). Dari 6 pasien stroke yang peneliti temui, 6 pasien masih mengeluh mengalami kelemahan otot di satu sisi, untuk mengurangi keparahan hemiparesis maka tindakan ROM dapat di lakukan pada penderita stroke.

Berdasarkan uraian diatas, data-data yang diperoleh dan pentingnya rehabilitasi fisik pasien stroke sebagai peningkatan kemampuan otot pada pasien stroke, peneliti tertarik untuk mengaplikasikan tindakan terapi latihan Range Of Motion (ROM) aktif-asistif (spherical grip) terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke untuk mengurangi resiko kecacatan dan kelemahan otot ekstremitas akibat dari serangan stroke.

BAHAN DAN METODE

Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pre eksperimen dengan pendekatan one group pre-post test design.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke yang berada di ruang rawat inap Seruni RSUD Ulin Banjarmasin dengan jumlah sampel sebanyak 30 responden. Teknik pengumpulan data dengan cara pemeriksaan kekuatan otot dengan pedoman skala kekuatan otot Medical Research Council (MRC) sebagai data awal, kemudian diberikan panduan latihan Range Of Motion (ROM) Aktif-Asistif (spherical grip) sebanyak 2 kali sehari (pagi dan sore) dengan waktu 10 menit diberikan selama 7 hari berturut-turut dan dihari ke 7 sore hari dilakukan kembali pemeriksaan kekuatan otot sebagai data akhir dari latihan ROM.

HASIL

1. Karakteristik responden

a. Distribusi frekuensi responden berdasarkan usia

Tabel 1 Distribusi frekuensi responden pasien stroke berdasarkan usia di ruang Seruni RSUD Ulin Banjarmasin pada 8 Maret - 25 Mei 2017

No	Usia	Frekuensi	Persentase (%)
1	36-45 (dewasa akhir)	9	30
2	46-55 (lansia awal)	8	26
3	56-65 (lansia akhir)	11	37
4	66-70 (manula)	2	7
Jumlah		30	100

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden terbanyak berusia 56-65 tahun sebanyak 11 orang (37%), pada usia 36-45 tahun sebanyak 9 orang (30%), usia 46-55 tahun yaitu sebanyak 8 orang (26%) dan yang terendah pada usia 66-70 tahun sebanyak 2 orang (7%).

b. Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 2. Distribusi frekuensi responden pasien stroke berdasarkan jenis kelamin di ruang Seruni RSUD Ulin Banjarmasin pada 8 Maret - 25 Mei 2017.

No	JenisKelamin	Frekuensi	Persentase (%)
1	Laki-laki	16	53
2	Perempuan	14	47
Jumlah		30	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa jenis kelamin responden terbanyak adalah laki-laki sebanyak 16 orang (53%) dan responden terendah adalah perempuan sebanyak 14 orang (47%).

c. Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis stroke

Tabel 3. Distribusi frekuensi responden pasien stroke berdasarkan jenis stroke di ruang Seruni RSUD Ulin Banjarmasin pada 8 Maret - 25 Mei 2017.

No	Jenis Stroke	Frekuensi	Persentase (%)
1	Hemoragik	6	20
2	Non Hemoragik	24	80
Jumlah		30	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa jenis stroke responden terbanyak adalah stroke non hemoragik sebanyak 24 orang (80%) dan responden terendah yang mengalami stroke hemoragik sebanyak 6 orang (20%).

2. Analisis Univariat

a. Hasil analisis nilai kekuatan otot ekstremitas atas sebelum diberikan intervensi selama 7 hari di ruang Seruni pada 8 Maret - 25 Mei 2017 RSUD Ulin Banjarmasin

Tabel 3. Distribusi frekuensi responden pasien stroke berdasarkan jenis stroke di ruang Seruni RSUD Ulin Banjarmasin pada 8 Maret - 25 Mei 2017.

No	Kekuatan Otot	Frekuensi	Persentase (%)
1	Dapat mengadakan gerakan melawan gaya berat (3)	30	100
Jumlah		30	100

Tabel 3. menunjukkan kekuatan otot responden sebelum dilakukan latihan ROM yaitu mendapatkan skala kekuatan otot 3 (dapat mengadakan gerakan melawan gaya berat) sebanyak 30 orang (100%).

b. Hasil analisis nilai kekuatan otot ekstremitas atas sesudah diberikan intervensi selama 7 hari di ruang Seruni pada 8 Maret - 25 Mei 2017 RSUD Ulin Banjarmasin

Tabel 4. Distribusi nilai statistik kekuatan otot ekstremitas atas sesudah diberikan intervensi selama 7 hari

No	Kekuatan Otot	Frekuensi	Persentase (%)
1	Dapat mengadakan gerakan melawan gaya berat (3)	5	17
2	Dapat melawan gaya dan mengatasi tahanan (4)	25	83
Jumlah		30	100

Tabel 4 menunjukkan bahwa yang mengalami peningkatan kekuatan otot sebanyak 25 orang (83%). Dan yang tidak mengalami perubahan saat dilakukan latihan selama 7 hari sebanyak 5 orang (17%).

3. Analisis Bivariat

Hasil analisis nilai kekuatan otot ekstremitas atas sebelum dan sesudah diberikan intervensi selama 7 hari di ruang Seruni pada 8 Maret- 25 Mei 2017 RSUD Ulin Banjarmasin

Tabel 5 Analisis peningkatan kekuatan otot sebelum dan sesudah di berikan latihan ROM Aktif-Asistif (spherical grip)

No	Perlakuan	Kekuatan Otot				Jumlah	
		3		4			
		F	%	F	%	F	%
1	Sebelum	30	100	0	0	30	100
2	Sesudah	5	17	25	83	30	100

Uji Wilcoxon signed Rank Test : $p(,000) < \alpha(0,05)$

Uji Wilcoxon signed Rank Test : $p(,000) < \alpha(0,05)$

Tabel 5 menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna secara statistik kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke sebelum dan sesudah dilakukan latihan ROM selama 7 hari. Pada pengukuran sebelum diberikan

latihan ROM aktif-asistif (spherical grip) didapatkan skala kekuatan otot 3 (dapat mengadakan gerakan melawan gaya berat) sebanyak 30 orang (100%). Pada pengukuran sesudah diberikan latihan ROM aktif-asistif (spherical grip) didapatkan skala kekuatan otot 4 (dapat melawan gaya dan mengatasi tahanan) sebanyak 25 orang (83%) dan 5 orang (17%) yang tidak mengalami peningkatan dari 30 orang (100%).

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh setelah diberikan latihan ROM Aktif-Asistif (spherical grip) sebanyak 2 kali sehari (pagi dan sore) dalam 10 menit selama 7 hari berturut-turut sehingga terjadi peningkatan skala kekuatan otot 4 yaitu (dapat melawan gaya dan mengatasi tahanan). Untuk menstimulasi gerak pada tangan dapat berupa latihan fungsi menggenggam yang bertujuan mengembalikan fungsi tangan secara optimal, apabila dilakukan secara berkala dan berkesinambungan diharapkan kekuatan otot pada penderita stroke dapat meningkat (Irfan, 2010).

Pemberian latihan gerak pada masa ini sangat efektif karena masih dalam masa golden period. Rehabilitasi pasca stroke, berupa latihan ROM aktif-asistif (spherical grip) menggenggam bola dimulai sedini mungkin dengan cepat, tepat, berkala, dan berkesinambungan dapat membantu pemulihan fisik yang lebih cepat dan optimal (Sofwan, 2010).

Latihan ROM aktif-asistif (spherical grip) dapat menimbulkan rangsangan sehingga meningkatkan rangsangan pada saraf otot ekstremitas, oleh sebab itu dengan latihan ROM secara teratur dengan langkah-langkah yang benar yaitu dengan menggerakkan sendi-sendi dan otot, maka kekuatan otot akan meningkat.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Mardati, dkk, 2014) bahwa peningkatan kekuatan otot yang terjadi pada kelompok spherical grip lebih baik daripada kelompok cylindrical grip. Hal itu dikarenakan pada penelitian ini alat yang digunakan latihan ROM spherical grip yaitu bola karet, dimana berat dari bola karet lebih besar daripada alat yang digunakan latihan cylindrical grip yaitu tissue gulung. Pada saat responden melakukan latihan dengan bola karet, beban yang diangkat lebih besar daripada responden yang melakukan latihan dengan tissue gulung yang menyebabkan kontraksi otot dengan tenaga yang besar.

Pendapat diatas sesuai dengan teori dari Hukum Newton III yang menjelaskan gaya aksi sama dengan gaya reaksi, yang dapat diaplikasikan pada responden yang latihan dengan menggunakan benda yang lebih berat (bola karet) akan menghasilkan usaha yang lebih besar dan maksimal daripada menggunakan benda yang lebih ringan (tissue gulung). Saat responden latihan dengan menggunakan bola karet yang mempunyai berat lebih besar dari tissue gulung, maka tenaga yang dihasilkan lebih besar dan kontraksi yang terjadi lebih kuat sehingga menghasilkan peningkatan motor unit yang untuk produksi asetilcholin, sehingga mengakibatkan kontraksi. Mekanisme

melalui lebih banyak yang berdampak pada peningkatan kekuatan otot yang lebih baik (Irsyam, 2012).

Peningkatan kekuatan otot yang lebih baik pada kelompok spherical grip juga dipengaruhi oleh besarnya diameter benda yang digenggam saat latihan. Hal itu dikarenakan perbedaan diameter antara bola karet dengan tissue gulung. Responden yang latihan dengan menggunakan bola karet, dimana diameter bola karet lebih kecil dari tissue gulung dapat menggenggam benda yang digunakan latihan lebih menyeluruh dan lebih kuat, sehingga berdampak pada tenaga yang digunakan lebih besar dan kontraksi yang terjadi lebih kuat. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dikemukakan oleh (Aryanti, 2012) bahwa semakin besar diameter benda yang digenggam maka semakin kecil kekuatan genggam yang dihasilkan.

Dari 30 orang, terdapat 5 orang didapatkan tidak mengalami peningkatan kekuatan otot, yang menyebabkan responden tidak mengalami peningkatan diantaranya responden sudah mengalami stroke lebih dari 6 bulan yang dimana pada sel penumbra sudah mengalami kekakuan otot yang dapat mempengaruhi fungsi gerak pada tangan secara optimal dan juga tidak melakukan rehabilitasi latihan rentang gerak secara cepat, tepat, berkala dan berkesinambungan sehingga dapat mempengaruhi peningkatan kekuatan otot.

Ini sependapat dengan (Irdawati, 2012), dalam waktu 3 sampai 6 bulan setelah terjadinya stroke, sel penumbra masih terjadi suatu proses recovery. Pemberian latihan gerak pada masa ini sangat efektif karena masih dalam

masa golden period. Tetapi pada pasien stroke sendiri mengalami kelemahan yang disebabkan karena terjadi gangguan motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik (Muttaqin, 2008). Manifestasi hemiparesis yang paling umum adalah menurunnya kekuatan otot (Suratun dkk, 2008).

Kemudian faktor lain yang dapat mempengaruhi adalah faktor usia, kelima responden ini memiliki usia rata-rata 65 tahun keatas, yang dimana menurut Sudarsono (2011) baik tidaknya kekuatan otot seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor penentu salah satunya usia, sampai usia pubertas kecepatan perkembangan kekuatan otot pria sama dengan wanita. Baik pria maupun wanita mencapai puncak pada usia kurang 25 tahun, akan tetapi kemudian menurun 65% - 70% pada usia 65 tahun.

KESIMPULAN

1. Sebelum diberikan latihan Range Of Motion (ROM) Aktif-Asistif (spherical grip) didapatkan skala kekuatan otot 3 (dapat mengadakan gerakan melawan gaya berat) sebanyak 30 orang (100%).
2. Sesudah diberikan latihan Range Of Motion (ROM) Aktif-Asistif (spherical grip) didapatkan skala kekuatan otot 4 (dapat melawan gaya dan mengatasi tahanan) sebanyak 25 orang (83%) dan yang mengalami skala kekuatan otot 3 (dapat mengadakan gerakan melawan gaya berat) sebanyak 5 orang (17%).
3. Ada pengaruh latihan Range Of Motion (ROM) Aktif-Asistif (spherical grip) terhadap

peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke dengan $p \text{ value } 0,000 < 0,05$.

SARAN

1. Bagi Rumah Sakit

Rumah Sakit dapat menjadikan terapi latihan ROM aktif-asistif (spherical grip) sebagai salah satu alternatif penatalaksanaan penyakit stroke terutama untuk meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas.

2. Bagi Tenaga Keperawatan

Penelitian ini memberikan kontribusi peran perawat sebagai edukator dan konselor terutama dalam memberikan latihan gerak (ROM) selama 2 kali pemberian latihan dan dalam 7 hari berturut-turut agar tidak terjadinya kekakuan otot dan sendi.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Dengan adanya penelitian ini dapat memberikan kontribusi dalam perkembangan ilmu materi pembelajaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami gangguan atau hambatan mobilitas fisik.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar, acuan, dan informasi bagi mahasiswa/mahasiswi yang akan melakukan penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan penyakit stroke atau yang mengalami hambatan mobilitas fisik dengan memberikan latihan rentang gerak (ROM).

DAFTAR PUSTAKA

Ariyanti. (2012). Efektivitas Active Asistive Range Of Motion Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Pasien Stroke Non Hemoragik diambil dari <file:///D:/ROM/REFERENSI%20Pen.Terkait/ROM%2001.pdf> diperoleh tanggal 11 Januari 2017.

Irdawati (2012). Perbedaan Pengaruh latihan Gerak Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non-Hemoragik Hemiparase Kanan Dibandingkan Dengan Stroke Non-Hemoragik hemiparase Kiri. diambil dari <<http://jurnal.pdii.lipi.go.id/adminjurnal13.hemiparase.pdf>> diperoleh pada tanggal 15 Januari 2017.

Irfan, Muhammad. (2010). Fisioterapi Bagi Insan Stroke. Yogyakarta : Graha Ilmu.

Irsyam. (2012). BIOMEKANIKA1. <http://id.scribd.com/doc/80457880> diperoleh tanggal 5 Juni 2017

Kaplan, R. (2005). Physical medicine and rehabilitation review: pearls of wisdom. <http://books.google.com/books?id=tCd1m7hEgdQC&pg=PA26&dq=spherical+grip> diperoleh 2 Juni 2017

Mardati, L., Setyawa, D., Kusuma (2014). Perbedaan Range Of Motion Spherical Grip Dan Cylindrical Grip Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke Di Rsud Tugurejo Semarang < <http://jurnal.pdii.lipi.go.id/adminjurnal11.224-475-1-SM.pdf>> diperoleh pada tanggal 20 Februari 2017

Muttaqin, A. (2008). Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Muskuloskeletal. Jakarta : EGC

Pinzon, Rizaldy, Asanti, Laksmi. (2010). Awak Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatandan Pencegahan. Yogyakarta : ANDI

Sofwan, Rudianto. (2010). Stroke dan Rehabilitasi Pasca-Stroke. Jakarta : PT. Bhuana Ilmu Populer

Sudarsono (2011). Kapita Selekt Neurologi. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press

Suratun, Manunung, S., & Een, R. (2008). Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal. Jakarta : EGC

COMBINATION OF HYPNOSIS THERAPY AND RANGE OF MOTION EXERCISE ON UPPER-EXTREMITY MUSCLE STRENGTH IN PATIENTS WITH NON-HEMORRHAGIC STROKE

Chandra Irawan^{*}, Mardiyono, Suharto, Aris Santjaka

Program Pascasarjana Magister Terapan Kesehatan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang

*Correspondence:

Chandra Irawan

Program Pascasarjana Magister Terapan Kesehatan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang

Jl. Tirta Agung Pedalangan, Banyumanik Semarang 50327, Jawa Tengah, Indonesia

Email: chandra.cd39@gmail.com

Abstract

Background: Range of Motion (ROM) exercise has been identified in the literature that it has an effect in improving muscle strength, especially in patients with stroke. However, little is known about the effect of ROM exercise combined with hypnosis therapy.

Objective: To determine the effect of combination of hypnosis therapy and ROM exercise on upper extremity muscle strength in patients with non-hemorrhagic.

Methods: This study employed a quasi experiment with pretest-posttest control group design. Thirty-two samples were selected using simple random sampling, which 16 randomly assigned in the experiment and control group. Muscle strength was measured using Muscle Strength Scale. Hypnosis Deepening test was used to measure the level of hypnosis depth. Paired t-test and Independent t-test were used for data analysis.

Results: The mean value of muscle strength in the experiment group was 3.50 and the mean value in the control group was 2.62. Independent sample t-test obtained p-value = 0.012, indicated that there was a statistically significant difference in the mean of muscle strength of upper extremity in the experiment and control group. Paired t-test obtained p-value = 0.000, which indicated that there was significant difference between the average of muscle strength value before and after treatment.

Conclusion: The combination of hypnosis therapy and ROM exercise has a significant effect in increasing muscle strength of upper extremity in patients with stroke non-haemorrhagic.

Keywords: Stroke, hypnosis, muscle strength, ROM

INTRODUCTION

Stroke as a cardiovascular disease is a sudden neurologic disorder that occurs due to impaired blood flow due to blockage or rupture of blood vessels in the brain (Gofir, 2009). The incidence of stroke in Indonesia is 7 per 1,000 population (MOH, 2013). Stroke is divided into two, namely ischemic stroke and hemorrhagic stroke. Ischemic stroke occurs because the blood flow to the brain stops due to atherosclerotic or blood clots that

clog the blood vessels, while hemorrhagic stroke is caused due to the occurrence of bleeding so that blood flow becomes abnormal, and blood that comes out occupy an area in the brain (Junaidi, 2006).

The main problem of stroke patients is paralysis or muscle weakness at a point or multiple sites from the control circuitry of the motor neuron cells to the muscle fibers. The

most common long-term ability deficit due to stroke is hemiparesis (Lewis, Heitkemper, Dirksen, O'Brien, & Bucher, 2010). Hemiparesis and hemiplegia are a form of motor deficits that can cause a patient to decrease mobility. This immobilization condition will result in the patient experiencing complications and deficits of ability to perform daily activities, such as doing his/her work, interaction and role of self at home and social environment.

The cause of death in Indonesia is one third caused by stroke. Stroke has the highest incidence rate of 10.8%, followed by coronary heart disease 4.4% and heart failure 0.25%. The prevalence of stroke diagnosed by health professionals group and those diagnosed with stroke symptoms increased with age, the highest at an average age of 70 years (43.1% and 67%). Stroke tends to be higher in people with low education either diagnosed by health professionals (16.5%) or diagnosed with stroke symptoms (32.8%). The prevalence of stroke in the city was higher than in the village, diagnosed by health professionals (8.2%) and diagnosis of stroke symptoms (12.7%) (MOH, 2013).

In the General hospital of NTB in 2013 obtained 372 cases of stroke and 39 people died (10.48%). In 2014 stroke cases as many as 264 people and 39 people died (14.77%), and in 2015 cases of stroke increased significantly compared to two years earlier, as many as 530 people consisting of 280 males (52.84%) and 250 females (47.16%), and 142 people died (26.79%).

Preliminary study results conducted in the medical rehabilitation room, obtained an average stroke patients as many as 15-20 people treated per day. From the number of patients experiencing problems with decreased muscle strength and limited range of extremity motion, both in the form of weakness to move the hands and feet on one part of the body both right and left, and intervention has been given by the nurse is the Range of Motion (ROM).

Self-care intervention however includes Range of Motion (ROM) exercises and hypnosis in stroke patients. ROM exercise therapy is the provision of motion training intervention to stroke patients with impaired motor function by moving the leg up, down, left, right and spin. Motion exercise with ROM is done 2 times daily for 3 days, which each session is done for 30 minutes. Previous research revealed that passive ROM performed two times per day for 7 days has a significant effect in increasing muscle strength in stroke patients ($p=0.000$) (Mawarti, 2012). Similar with another study indicated that ROM performed two times a day for 7 days, with 45-60 minutes per session could increase muscle strength 1.70 (34%). The other study showed significant improvement in muscle strength 3.87 (55%) after passive exercises 5 times a day with a duration of 10 minutes for 8 days (Sikawin, Mulyadi, & Palandeng, 2013).

On the other hand, hypnosis therapy in stroke patients is a therapy with progressive relaxation techniques that will stimulate hormones affecting a person to be more comfortable, such as the Neuropeptida hormone. This hormone will be produced when one feels deep relaxation. The technique will also stimulate the Theta system in the body, which this hormone plays for physical relaxation and emotional health. The other hormones include endogenous hormones, benzodiazepines, anamides, melatonin and N N-Dimethyltryptamine (Rama & Napri, 2015). Hypnosis is also useful for increasing range of motion, increasing grip strength and reducing muscle spasms (Diamond, Davis, Schaechter, & Howe, 2006).

Previous study showed that hypnosis in patients post-stroke could reduce muscle tension, as well as stabilize emotions, behaviors and motivations in the improvement of healing efforts. Hypnosis therapy also speed up the healing process of the patient with cancer and heart attack. This is possible because hypnosis therapy can be aimed at improving the immune system and reprogramming the individual's attitude in

dealing with his illness (Rama & Napri, 2015).

However, the combination of hypnotic therapy and ROM exercises could be more useful. Hypnosis can change the sensation, perception, thought, feeling or behavior after being given suggestions; and also useful in reducing anxiety and insomnia, controlling high blood pressure, decreasing depression, and reducing fatigue (Ng & Lee, 2008).

While ROM exercises have the benefit of determining the value of bone and muscle joint ability in performing movement, improving muscle tone, improving muscle tolerance for exercise, preventing joint stiffness, and improving blood circulation. Range of Motion (ROM) is an exercise performed to maintain or improve the level of perfection of the ability of joint movement in a normal and complete way to increase muscle mass and muscle tone (Rama & Napri, 2015).

Nowadays, standard therapy used for rehabilitation in stroke patients only focuses on motion exercises and physical improvement of the patient. Therefore, selection of combination of hypnosis therapy and early ROM training is expected to increase muscle strength because it can stimulate the motor as well as increase muscle strength. Beside, little is known about the combination of both interventions. This study aimed to examine the effect of combination of hypnosis therapy and ROM exercise on changes in upper strength muscle strength in patients with non-hemorrhagic stroke.

METHODS

Study design

This study employed a quasy experiment with pretest-posttest with control group design.

Research subjects

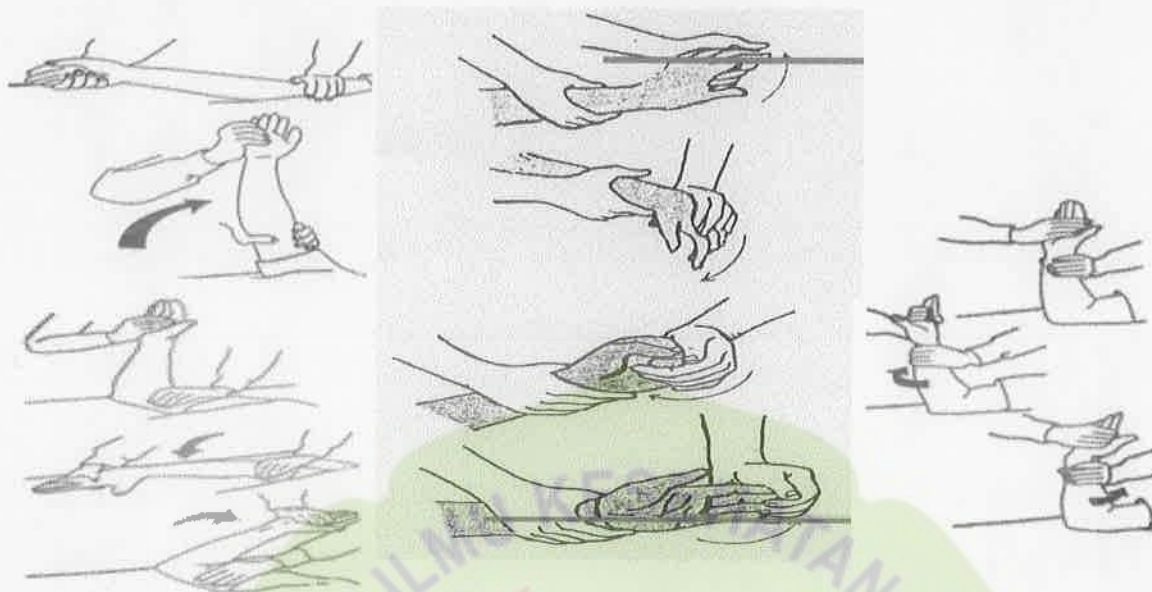
The target population in this study was all patients with non-hemorrhagic stroke in the Medical Rehabilitation Ward of the General

Hospital of Mataram. Thirty-two samples were selected using simple random sampling, which 16 randomly assigned in the experiment and control group. The inclusion criteria of the sample were 1) stroke patients with impaired motor function, with a minimum Medical Research Council (MRC) score of 1 (Muscle Weakness), 2) patients aged ranging from 17 to 50 years, 3) non-hemorrhagic stroke, 4) patients with full awareness (GCS 13-15), and 5) patient's family approved the patient to be the respondent by signing the informed consent. The exclusion criteria included: 1) patients who used ventilator, 2) patients with hearing loss, and 3) patients with ear trauma.

Intervention

Intervention was conducted by the researchers themselves (certified by Indonesian Board of Hypnotherapy), assisted by a professional physiotherapist who works in the medical rehabilitation ward at least 5 years. The intervention started from adjusting the patient's sitting position, and guiding the patient to the relaxation process at a mild trans phase (measured by hypnosis deepening test). The researcher gave positive suggestion and motivation to the patient to be more focused, optimistic and enthusiastic in the process, such as "from now on and on anytime and anywhere during this therapy session, you realize that you are getting excited to follow every part of this therapy that you believe it can help your healing". Patients were given ROM exercises by physiotherapists on body parts that experience muscle weakness. After given motion exercises, the patient was relaxed as in the early stages then the researcher guided the patient to imagine the movement in the healthy arm / leg and then suggested to feel or imagine that the arm / paresis also moved repeatedly for up to 10 minutes, after that the patient was then trained independently to perform mild movements on the body parts that experience weakness, then patients were given suggestions back to be more optimistic and enthusiastic in undergoing the therapy process. Hypnosis therapy and ROM were done 2 times a day for 3 days.

Figure 1 ROM Exercise



Instrument

There are two instruments used in this study as the following:

1. Muscle Strength Scale

Assessment of muscle strength was performed using a scale of muscle strength measurements developed by the Medical Research Council (MRC) (Lumbantobing, 2000). Muscle strength is expressed with the scale of 0-5, namely: 0 = total paralysis; no muscle contraction at all; 1 = there is a slight muscle contraction, but no motion in the joint moved by the muscle; 2 = gained motion, but this motion is not able to resist gravity; 3 = can hold the movement against gravity; 4 = being able to resist gravity and overcome a little resistance; 5 = no paralysis (normal). This scale is often used to measure motor weakness and see progress over time in weakened muscle strength. Muscle strength can be described as the ability of the muscle to withstand both the external and internal force. Muscle strength is closely related to the neuromuscular system that is how much the ability of the nervous system to activate the muscles to perform contractions. Assessment

of muscle strength has a measurement scale commonly used to check paralyzed patients. In addition, it is also used to see whether there is progress obtained during treatment or deterioration in patients. Researchers used the same muscle strength assessment sheets used by previous researcher. While the measurement of the muscle strength was done by a professional physiotherapist.

2. Hypnosis Deepening Test

It is a test to see how far the subject's consciousness has moved from conscious mind to sub conscious mind. The depth of each person is different and highly dependent on the subject's condition, his understanding of hypnosis, time, environment and skill of the hypnotist or therapist. Based on Davis-Husband Scale (Wong & Hakim, 2009), levels of hypnosis depth can be divided into 30 levels. Depth requirement also has different intent and purpose in hypnosis process. Patients were observed based on the objective symptoms shown by the patient during the hypnosis process:

Table 1 The depth of hypnosis influence with scores and objective symptoms based on The Davis Hypnotic Susceptibility Test

Depth	Score	Objective symptom
Insusceptible	0	
Hypnoidal	1	Relaxation
	2	The eyelid vibrates
	3	Fluttering and closing of the eyes
	4	Closing the eyes
	5	Perfectly physical relaxation
Light trance	6	The eyelids can not be opened again
	7	Limb and arm catalepsy
	8,9,10	Tense catalepsy
	11,12	Gloves anesthesia
Medium trance	13,14	Partial amnesia
	15	Anesthesia posthypnotic
	17	Personality changes
	18	Posthypnotic simple suggestion
	20	Kinesthetic
Deep trance	21	Able to open eyes, without trance disturbed
	23	Posthypnotic suggestions are strange
	25	Complete somnambulism
	26	Posthypnotic positive visual hallucination
	27	Posthypnotic positive auditory hallucination,
	28	hallucination,
	29	Systematized auditory amnesias
	30	Negative auditory hallucination Negative visual hallucination

Data analysis

Data processing and analysis used SPSS. Univariate data analysis was described with frequency distribution table, while bivariate analysis (normal data distribution) used paired t- test and independent t-test with significance value <0.05 .

Ethical consideration

The study has been approved by NTB Provincial Hospital (Approval number 070/77 / RSUDP / 2017). Prior to data collection, each respondent was asked to sign informed consent and explained about the purpose, benefits and research procedures.

RESULTS

In the table 1 it is known that in the experiment group the number of respondents who had improvement of upper limb muscle strength was 8 respondents and recovered (muscle strength ≥ 4) as many as 8 respondents, and on the range of motion all respondents (16 participants) experienced improvement. While in the control group only 2 respondents had improved upper extremity muscle strength and only 9 respondents showed improvement of upper extremity motion range.

Table 1 Frequency distribution of the characteristics of respondents based on age, gender, and frequency of stroke

Variable	Experiment		Control		p
	N	%	N	%	
Age (Mean $\pm$ SD)	(54.06 $\pm$ 3.974)		(53.8 $\pm$ 3.775)		
40 – 59	13	81.2	15	93.8	0.83
> 60	3	18.8	1	6.2	

Gender					
Male	9	56.2	7	43.8	1.00
Female	7	43.8	9	56.2	
Frekuensi of Stroke					
First attack	6	37.5	5	31.2	0.48
Second attack or more	10	62.5	11	68.8	
Muscle strength Improvement					
No improvement	0		14	87.5	
Has an improvement	8	50	2	12.5	-
Recovered	8	50	0		
ROM Improvement					
No improvement	0		7	43.75	-
Has an improvement	16	100	9	56.25	
Recovered	0				

Table 2 Frequency distribution of upper extremity muscle strength before and after given intervention in the experiment and control group

Upper extremity muscle strength	N	Group	Mean	SD	Min -Max
Pretest	16	Experiment	2.44	0.96	1 - 4
		Control	2.50	1.03	1 - 4
Posttest	16	Experiment	3.50	0.89	2 - 5
		Control	2.62	0.96	1 - 4

Table 2 shows an increase in the average of upper extremity muscle strength of 1.062 in the experiment group between pretest and posttest, which muscle strength average before intervention was 2.44 with standard of deviation of 0.964, and after intervention was

3.50 with standard of deviation of 0.894. In the control group there was a slight difference in the mean of muscle strength, which was 2.62 with the standard deviation of 0.957 in posttest and 2.50 with standard deviation of 1.033 in pretest.

Table 3 Mean difference of upper extremity muscle strength before and after given intervention in the experiment and control group using Paired t-test

Variable	Group	Intervention	N	Mean	SD	% Improvement	p
Muscle strength	Experiment	Pretest	16	2.44	0.96	43.44%	0.000
		Posttest		3.50	0.89		
		Difference		1.06	0.25		
	Control	Pretest	16	2.50	1.03	4.8 %	0.162
		Posttest		2.62	0.96		
		Difference		0.13	0.34		

Table 3 above shows that the intervention of combination of hypnosis therapy and ROM exercise twice a day for 30 minutes within 3 days increase upper limb muscle strength by 1.06 (43.44%). Paired t-test obtained p-value

= 0.000, which indicated that there was significant difference between the average of muscle strength value before and after treatment in the intervention group.

Table 4 Mean difference of upper extremity muscle strength after given intervention in the experiment and control group using Independent t-test

Variable	Group	N	Mean	SD	t	p
Muscle strength	Experiment	16	3.50	0.89	2.67	0.012
	Control	16	2.62	0.96		
	Difference		0.88			

Table 4 shows the mean values of muscle strength in the experiment group (3.50) was higher than the mean value in the control group (2.62). Independent sample t-test obtained p-value = 0.012, which indicated that there was a statistically significant difference in the mean of muscle strength of upper extremity in the experiment and control group.

DISCUSSION

Findings of this study showed that there was a significant change in muscle strength of upper limb in the experiment group between before and after given the combination of hypnosis therapy and ROM exercise, with effect size of 1.37 considered very strong effect. This effect is higher compared with the effect size of the intervention in other studies.

The average of the improvement of muscle strength in the experiment group was 43.44%, higher than the muscle strength in the control group. This study provides the evidence that the combination of hypnosis therapy and ROM exercise is more effective compared with hypnosis therapy or ROM exercise alone.

The effect of hypnosis therapy combined with ROM exercise threat the stroke patients holistically, which is not only focusing on physics, but also mind (Mawarti, 2012). Hypnosis changes the sensation, perception, thought, feeling or behavior after being given suggestions (Rama & Napri, 2015); while ROM exercises have the benefit of determining the value of bone and muscle joint ability in performing movement, improving muscle tone, improving muscle tolerance and blood circulation (Sikawin et al., 2013).

Basically, the mechanism of hypnosis is central to the direct affect of the central nervous system of the human brain and various organs surrounding the organ, following the physiological pathway physiologically (Prabowo, 2009). The optimal process of hypnosis done on superficial organs is dominantly regulated by the brain, and the muscle structure that wraps the human body from the outside is the dominance of skeletal muscle with the regulation of the system, which is set completely by the brain (Prabowo, 2009).

In hypnosis therapy, there is a hypnotic suggestion which one of them is ideomotor suggestion for body movement. Ideomotor suggestion is divided into two types, the first is a direct suggestion that facilitates motor movement such as the suggestion of hand movements to be more severe and ultimately can not lift, and the second type is a challenge suggestion which is a type of suggestion that inhibits motor activity, such as when suggestions for the client to have arm stiff and cannot bend (Kihlstrom, Glisky, McGovern, Rapesak, & Mennemeier, 2013).

During the process of hypnosis, a person's body will feel relaxed, while his mind is very focused and attentive, which is called as the critical factor (CF) or reticular activating system (RAS), is open and unwittingly all information enters the underlying mind consciously unfiltered and become our life program. Conducting a self-program is to by-pass the critical factor or penetrate the critical filter and directly communicate with the subconscious mind. By penetrating this critical filter, the conscious mind is deactivated so that the suggestions will be more effective (Kihlstrom et al., 2013).

Findings of this study will support previous studies which revealed that there was significant effect of hypnosis therapy and ROM exercise on upper extremity muscle strength in stroke patients. As this study only focused on upper extremity muscle strength, thus further study is needed to examine the effect of the combination of hypnotherapy and ROM exercise on lower extremity muscle strength or applied in patients with hemorrhagic stroke. Different setting may be also needed as this study was only in the medical rehabilitation.

CONCLUSION

It can be concluded that the combination of hypnosis therapy and ROM exercise has a significant effect in increasing muscle strength of upper extremity in patients with stroke non-haemorrhagic. This intervention could be applied as a nursing intervention to give a nursing care comprehensively.

REFERENCES

- Diamond, S. G., Davis, O. C., Schaechter, J. D., & Howe, R. D. (2006). Hypnosis for rehabilitation after stroke: six case studies. *Contemporary Hypnosis*, 23(4), 173-180.
- Goffir, A. (2009). Manajemen stroke. *Evidence Based Medicine*.
- Junaidi, I. (2006). Stroke AZ pengenalan, pencegahan, pengobatan, rehabilitasi stroke, serta tanya jawab seputar stroke. *Jakarta: PT. Bhuna Ilmu Polpuler*.
- Kihlstrom, J. F., Glisky, M. L., McGovern, S., Rapcsak, S. Z., & Mennemeier, M. S. (2013). Hypnosis in the right hemisphere. *Cortex*, 49(2), 393-399.
- Lewis, S. L., Heitkemper, M. M., Dirksen, S. R., O'Brien, P. G., & Bucher, L. (2010). *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems* (7th ed.): Elsevier Mosby.
- Lumbantobing, S. M. (2000). Neurologi klinik pemeriksaan fisik dan mental. *Jakarta: Balai Penerbit FK UI*.
- Mawarti, H. (2012). PENGARUH LATIHAN ROM (RANGE OF MOTION) PASIF TERHADAP PENINGKATAN KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE DENGAN HEMIPARASE. *Eduhealth*, 2(2).
- MOH. (2013). *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS (Basic Health Research)*. Ministry of Health of the Republic of Indonesia, Jakarta.
- Ng, B.-Y., & Lee, T.-S. (2008). Hypnotherapy for sleep disorders. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 37(8), 683-688.
- Prabowo. (2009). *Hipnomedik, Hipnoterapi Dan Hypnopregnancy*: Nuha Medika.
- Rama, T. A., & Napri, M. (2015). Hypnotherapy to Reduce Post-Stroke Muscle Tension in Indonesia. *Scientific Journal of PPI-UKM*, 2(2), 53-56.
- Sikawin, C. A., Mulyadi, N., & Palandeng, H. (2013). Pengaruh Latihan Range of Motion (Rom) Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Iriaa F Neurologi Blu Rsup Prof. Dr. RD Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan*, 1(1).
- Wong, W., & Hakim, A. (2009). *Dahsyatnya hipnosis*: VisiMedia.

Cite this article as: Irawan, C., Mardiyono., Suharto., Santjaka, A. (2018). Combination of hypnosis therapy and range of motion exercise on upper-extremity muscle strength in patients with non-hemorrhagic stroke. *Belitung Nursing Journal*, 4(1),104-111.



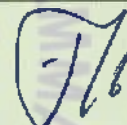
STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : SRI AGUSTIN WACHYUNINGSIH

NIM/NPM : A01602273

Nama Pembimbing : Barkah Waladani, S.Kep.Ns,M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	08-10-2018	Bimbingan KTI	
2	11-10-2018	Konsul Topik dan BAB 1	
3	16-10-2018	Konsul revisi Topik dan BAB 1	
4	20-10-2018	BAB II → penulisan Referensi, kesesuaian topik dengan isi	
5	25-10-2018	Konsul revisi BAB II dan Konsul BAB III	
6	29-10-2018	- lengkapi lampiran & kelengkapan dari depan - BAB III, isi	
7	2/11-2018	- acc proposal KTI	
8	27/02-2019	Konsul BAB 4 dan 5	

9	28/02 2019	Konsul revisi BAB 4 dan 5	
10	02/03 2019	Konsul Abstrak	
11	04/03 2019	Siang sidang hasil	
12	21/06 2019	Konsul revisi sidang hasil Pengufi Ketua	
13	26/06 2019	Konsul revisi sidang hasil Pengufi Anggota	
14	01/07 2019	Ace Revisi Sidang Hasil	
15			
16			
17			

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan





(Nurlaila, S.Kep.Ns.M.Kep)