

SKRIPSI

**PENGARUH LATIHAN *RANGE OF MOTION* (ROM) TERHADAP
ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) PASIEN POST STROKE
DI DESA PITU KECAMATAN PITU
KABUPATEN NGAWI**



Oleh :

**DESY NURHAYATI
NIM : 201402008**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
2018**

SKRIPSI

**PENGARUH LATIHAN *RANGE OF MOTION* (ROM) TERHADAP
ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) PASIEN POST STROKE
DI DESA PITU KECAMATAN PITU
KABUPATEN NGAWI**

**Diajukan untuk memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Keperawatan
STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun**



Oleh :

**DESY NURHAYATI
NIM : 201402008**

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

Skripsi Ini telah disetujui oleh pembimbing dan telah dinyatakan layak mengikuti Ujian Sidang

SKRIPSI

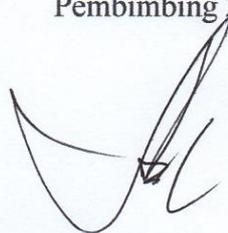
PENGARUH LATIHAN *RANGE OF MOTION* (ROM) TERHADAP *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL) PASIEN POST STROKE DI DESA PITU KECAMATAN PITU KABUPATEN NGAWI

Menyetujui,
Pembimbing 1



(Asrina Pitayanti, S.Kep., Ns., M.Kes)
NIS. 20160139

Menyetujui,
Pembimbing 2



(H. Edy Bachrun, S.KM., M.Kes)
NIS. 20050003

Mengetahui,
Ketua Program Studi Keperawatan



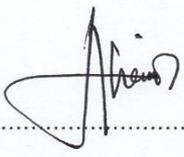
(Mega Arianti Putri, S.Kep., Ns., M.Kep)
NIS. 20130092

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Tugas Akhir (SKRIPSI) dan dinyatakan telah memenuhi sebagian syarat memperoleh gelar (S.Kep).

Pada Tanggal : 25 Juli 2018

Dewan Penguji :

1. Ketua Dewan Penguji
Mega Arianti Putri, S.Kep., Ns., M.Kep : ()
NIS. 20130092
2. Penguji 1
Asrina Pitayanti, S.Kep., Ns., M.Kes : ()
NIS. 20160139
3. Penguji 2
H.Edy Bachrun, S.KM., M.Kes : ()
NIS. 2005000

Mengesahkan,
STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun
Ketua,



Zaenal Abidin, S.KM., M.Kes (Epid)
NIS. 20160130

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Desy Nurhayati

NIM : 201402008

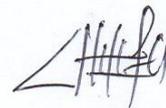
Judul : Pengaruh latihan *Range Of Motion* (ROM) terhadap *Activity Daily Living* (ADL) Post stroke di Desa Pitu Ngawi

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi ini berdasarkan pemikiran dan pemaparan asli dari saya sendiri. Jika terdapat karya orang lain, saya akan mencantumkan sumber yang jelas.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan sanksi lain sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar tanpa paksaan dari pihak manapun.

Madiun, 25 Juli 2018



Desy Nurhayati
201402008

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Data Pribadi

Nama : Desy Nurhayati
Tempat/ tgl lahir : Ngawi, 20 Desember 1995
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Dusun Ngadiluwih Desa Gemarang Rt 10/Rw 05
Email : desy.nurhayati@yahoo.co.id
No. Hp : 082247546554

Latar Belakang Pendidikan

1. TK Dharma Wanita Tahun 2002
2. SDN Ngale 2 Tahun 2003-2008
3. SMP Negeri Paron Tahun 2009-2011
4. SMK Negeri 1 Ngawi Tahun 2012-2014
5. STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun 2014- sekarang

LEMBAR PERSEMBAHAN

Ibu dan Bapak Tercinta

Sebagai tanda bakti, hormat, dan rasa terima kasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya kecil ini kepada ibu dan Bapak yang telah memberikan kasih sayang, segala dukungan, dan cinta kasih yang tiada terhingga yang tidak dapat kubalas hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata cinta dan persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat ibu dan bapak bahagia karena kusadar selama ini belum bisa berbuat yang lebih. Untuk Ibu dan Bapak yang selalu membuatku termotivasi dan selalu menyirami kasih sayang, selalu mendoakanku, selalu menasehatiku menjadi lebih baik. Terima kasih Ibu.....Terima kasih Bapak.....

My Best Friend's

Buat sahabat-sahabatku Anakkonda crew, Keluarga Pak Eko, Bina Karya crew, dan semua nya yang gak bisa aku sebutkan satu persatu. Terima kasih atas bantuan, doa, nasehat, hiburan, traktiran, ojekkan dan semangat yang kamu berikan selama aku kuliah, aku tak akan melupakan semua yang telah kamu berikan selama ini. Semoga keakraban di antara kita selalu terjaga.

Dosen Pembimbing Tugas Akhirku...

Ibu Asrina Pitayanti, S.Kep.,Ns., dan H.Edy Bachrun S.KM.,M.Kes selaku dosen pembimbing tugas akhir saya, terima kasih banyak pak Bu....,saya sudah dibantu selama ini, sudah dinasehati, sudah diajari, saya tidak akan lupa atas bantuan dan kesabaran bapak Ibu. Terima kasih banyak pak Bu...Seluruh dosen pengajar di STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun Terima kasih banyak untuk semua ilmu, didikan dan pengalaman yang sangat berarti yang telah kalian berikan kepada saya.

Program Studi Keperawatan STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun 2018

ABSTRAK

Desy Nurhayati

PENGARUH LATIHAN *RANGE OF MOTION* TERHADAP *ACTIVITY DAILY LIVING* PASIEN POST STROKE DI DESA PITU KECAMATAN PITU KABUPATEN NGAWI

106 halaman + 10 tabel + 2 gambar + 18 lampiran

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di Negara maju maupun negara berkembang. Pasien post stroke dengan diberikan latihan *Range Of Motion* dapat mempertahankan persendian otot sehingga dapat melakukan *Activity Daily Living* secara mandiri. Tujuan penelitian ini mengetahui pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.

Jenis penelitian ini kuantitatif dengan metode pre experimental design menggunakan one grup pretest posttest design. Populasi 73 penderita stroke di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi. Sampel 15 penderita stroke dengan tehnik *purposive sampling*. Pengambilan data menggunakan lembar observasi skala *indeks bartle* yang dianalisis dengan uji *wilcoxon signed rank test*.

Hasil penelitian *Activity Daily Living* pasien post stroke sebelum dilakukan Latihan *Range Of Motion* sebagian besar dari pasien post stroke sebanyak 7 (46,7 %) mengalami ketergantungan berat. *Activity Daily Living* pasien post stroke sesudah dilakukan Latihan *Range Of Motion* sebagian besar dari pasien post stroke sebanyak 7 (46,7 %) mengalami ketergantungan sedang.

Analisis uji statistik dengan menggunakan uji *wilcoxon signed rank test* didapatkan nilai $p \text{ value } 0,000 \leq \alpha = 0,005$ menunjukkan bahwa ada pengaruh latihan *Range Of Motion* Terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.

Terdapat peningkatan *Activity Daily Living* pasien post stroke setelah dilakukan latihan *Range Of Motion*. Saran untuk keluarga pasien post stroke di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi di harapkan dapat melatih *Range Of Motion* sendiri.

Kata kunci : *Latihan Range Of Motion, Activity Daily Living*

ABSTRACT

Desy Nurhayati

EXERCISE EFFECT RANGE OF MOTION (ROM) TO ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) WITH PATIENTS POST STROKE IN THE PITU VILLAGE PITU DISTRICT NGAWI REGENCY

106 Pages + 10 tables + 2 Pictures + 18 enclosures

Stroke is the third leading cause of death in the world after coronary heart disease and cancer in both developed and developing countries. Post stroke patients with exercise range of motion exercise can maintain muscle joints that can perform daily living activity independently. The purpose of this study to know the effect of health health Range Of Motion patients in Pitu Village Pitu District Ngawi Regency.

This type of research is quantitative with pre experimental design method using one group pretest posttest design. Population of 73 patients with hypertension in Pitu Village Pitu District Ngawi Regency. Samples of 15 patients with hypertension with total sampling technique. Data collection using questionnaire indeks bartle analyzed by wilcoxon signed rank test test.

Result of research activity daily living post stroke patient before done range of motion exercise mostly from post stroke patient counted 7 (46,7%) experiencing heavy dependency. Activity Daily Living post stroke patient after doing Range Of Motion exercise mostly from post stroke as much as 7 (46,7%) have mediun dependency.

Statistical test analysis using wilcoxon signed rank test obtained p value $0,000 \leq \alpha = 0.005$ indicates that there is an influence of Range Of Motion exercise on Daily Living of post stroke patient in Pitu village Pitu District Ngawi Regency.

Conclusion there is improvement of activity daily living of post stroke patient after doing Range Of Motion exercise. Suggestions for post-stroke family families in Pitu Village Pitu District Ngawi are expected to train their own Range Of Motion.

Keywords:*Exercise Range Of Motion, Activity Daily Living*

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dalam.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Lembar Pernyataan.....	v
Daftar Riwayat Hidup	vi
Lembar Persembahan	vii
Abstrak	viii
<i>Abstract</i>	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan.....	xv
Daftar Istilah.....	xvi
Kata Pengantar	xviii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	5

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep <i>Range of Motion</i> (ROM)	
2.1.1 Pengertian <i>Range of Motion</i>	7
2.1.2 Klasifikasi <i>Range Of Motion</i>	7
2.1.3 Manfaat <i>Range Of Motion</i>	8
2.1.4 Tujuan <i>Range Of Motion</i>	8
2.1.5 Prinsip Dasar <i>Range Of Motion</i>	8
2.1.6 Indikasi <i>Range Of Motion</i>	9
2.1.7 Kontra Indikasi <i>Range Of Motion</i>	10
2.1.8 Proses Mekanisme Terjadinya Tonus Otot	11
2.1.9 Macam-macam Gerakan <i>Range Of Motion</i>	12
2.2 Konsep <i>Activity Daily Living</i>	
2.2.1 Pengertian <i>Activity Daily Living</i>	17
2.2.2 Macam-macam <i>Activity Daily Living</i>	18
2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi <i>Activity Daily Living</i>	19
2.2.4 Cara Mengukur <i>Activity Daily Living</i>	22
2.3 Konsep Stroke	
2.3.1 Pengertian Stroke	24
2.3.2 Etiologi	25
2.3.3 Manifestasi Klinis	28

2.3.4	Patofisiologi	28
2.3.5	Klasifikasi Stroke	31
2.3.6	Penatalaksanaan Medis	32
2.3.7	Penatalaksanaan Keperawatan	32
2.3.8	Pemeriksaan Diagnostik.....	33
2.3.9	Dampak Stroke	34
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESA PENELITIAN		
3.1	Kerangka Konseptual	37
3.2	Hipotesa Penelitian.....	38
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN		
4.1	Desain Penelitian.....	39
4.2	Populasi dan Sampel	
4.2.1	Populasi	40
4.2.2	Sampel.....	40
4.2.3	Kriteria Sampel	41
4.3	Teknik Sampling	42
4.4	Kerangka Kerja Penelitian	43
4.5	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	
4.5.1	Identifikasi Variabel	44
4.5.2	Definisi Operasional Variabel	45
4.6	Instrumen Penelitian.....	47
4.6.1	Uji Validitas dan Reliabilitas	48
4.7	Lokasi dan Waktu Penelitian	48
4.8	Prosedur Pengumpulan Data	49
4.9	Pengolahan Data	50
4.10	Teknik Analisa Data	53
4.10.1	Analisa Univariat	53
4.10.2	Analisa Bivariat	53
4.11	Etika Penelitian	54
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		
5.1	Gambaran dan Lokasi penelitian.....	56
5.2	Hasil Penelitian	57
5.2.1	Data Umum	57
5.2.2	Data Khusus	58
5.3	Pembahasan.....	60
5.4	Keterbatasan Penelitian	69
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN		
6.1	Kesimpulan	70
6.2	Saran.....	71
DAFTAR PUSTAKA		72
LAMPIRAN.....		75

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2.1	Instrument Pengukuran <i>Activity Daily Living</i>	23
Tabel 4.1	Desain Penelitian <i>pra eksperimental one group pre-test and post-test design</i>	39
Tabel 4.2	Definisi Operasional Variabel	45
Tabel 5.1	Distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin responden di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.....	57
Tabel 5.2	Distribusi frekuensi berdasarkan usia responden di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.....	57
Tabel 5.3	Distribusi frekuensi berdasarkan jenis pendidikan terakhir responden di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.....	58
Tabel 5.4	Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan responden di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.....	58
Tabel 5.5	Distribusi frekuensi <i>Activity Daily Living</i> pasien post stroke sebelum diberikan latihan <i>Range Of Motion</i> di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.....	59
Tabel 5.6	Distribusi frekuensi <i>Activity Daily Living</i> pasien post stroke sesudah diberikan latihan <i>Range Of Motion</i> di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.....	59
Tabel 5.7	Analisa Pengaruh latihan <i>Range Of Motion</i> terhadap <i>Activity Daily Living</i> pasien post stroke di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi	60

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
Gambar 3.1	Kerangka Konsep	37
Gambar 4.2	Kerangka Kerja Penelitian.....	43

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Permohonan surat izin pengambilan data Awal.....	75
Lampiran 2	Surat Izin Penelitian	76
Lampiran 3	Surat Keterangan Penelitian.....	77
Lampiran 4	Lembar Permohonan menjadi responden.....	78
Lampiran 5	Lembar Persetujuan menjadi responden	79
Lampiran 6	Lembar SOP (Standart Operasional Prosedur)	80
Lampiran 7	Pengisian Lembar Observasi.....	85
Lampiran 8	Lembar Observasi Skala <i>Indeks Bartle</i>	86
Lampiran 9	Kisi-kisi Observasi Skala <i>Indeks Bartle</i>	88
Lampiran 10	Tabulasi Data Responden.....	89
Lampiran 11	Hasil Data Demografi	90
Lampiran 12	Tabulasi Pre-test dan Post-test <i>Activity Daily Living</i>	92
Lampiran 13	Hasil Pre-test dan Post-test <i>Activity Daily Living</i>	98
Lampiran 14	Uji Normalitas	100
Lampiran 15	Uji <i>Wilcoxon</i>	102
Lampiran 16	Dokumentasi Penelitian	103
Lampiran 17	Jadwal Penyusunan Skripsi	104
Lampiran 18	Lembar Konsultasi Bimbingan	105

DAFTAR SINGKATAN

A-AROM	: <i>Active-Assitive Range Of Motion</i>
AADLS	: <i>Advanced Activity Daily Living</i>
ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
AHA	: <i>American Heart Associatin</i>
BADLs	: <i>Basic Activity Daily Living</i>
EEG	: <i>Electroencephalography</i>
IADLs	: <i>Instrumental Or Intermediate Activity Daily Living</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
Riskesmas	: <i>Riset Kesehatan Dasar</i>
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
TIA	: <i>Transient Ischemia Attack</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

DAFTAR ISTILAH

<i>Abduksi</i>	: Gerakan mendekati tubuh
<i>Adduksi</i>	: Gerakan menjauhi tubuh
<i>Afasia</i>	: Tidak dapat berbicara (gangguan berbicara)
<i>Aunerisma</i>	: Pelebaran abnormal pada pembuluh darah
<i>Angiografi serebral</i>	: Pemeriksaan terhadap pembuluh darah
<i>Anoksia cerebral</i>	: Kurangnya suplai oksigen pada otak
<i>Anomity</i>	: Tanpa nama
<i>Antikagulan</i>	: Obat yang dipakai menghambat pembekuan darah
<i>Antitrombolik</i>	: Obat untuk menghambat pembekuan trombi bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.
<i>Aparaksia</i>	: Suatu kondisi dimana seseorang tidak bisa melakukan gerakan yang kita minta.
<i>Atherosclerosis</i>	: Penyempitan dan pergerseran di dalam pembuluh darah arteri akibat pengendapan kolesterol dan zat lemak lainnya.
<i>Atrofi</i>	: proses fisiologi umum penyerapan kembali dan kerusakan jaringan
<i>Cleaning</i>	: Pembersihan data
<i>Cofidentiality</i>	: Kerahasiaan
<i>Disartia</i>	: Kesulitan mengendalikan atau mengkoordinasi
<i>Disfagia</i>	: Kesulitan menelan
<i>Dislokasi</i>	: Cidera pada sendi (tulang bergeser dari posisi normal)
<i>Diuretik</i>	: Obat untuk meningkatkan pengeluaran urine
<i>Edema serebral</i>	: peningkatan jumlah air yang terkandung di dalam otak
<i>Editing</i>	: Pemeriksaan data
<i>Ekstensi</i>	: Gerakan untuk meluruskan
<i>Embolisme</i>	: penyumbatan pada jaringan darah di berbagai bagian tubuh
<i>Eversi</i>	: Gerakan memiringkan telapak kaki ke luar tubuh
<i>Fleksi</i>	: Gerakan menekuk atau membengkokkan
<i>Hemiparase</i>	: Kondisi di mana terjadi kelemahan pada sebelah atau sebagian kanan/kiri tubuh (tak sepenuhnya lumpuh)
<i>Hemiplegi</i>	: Kondisi dimana terjadi kelemahan pada sebelah atau sebagian kanan/kiri tubuh (tak dapat bergerak)
<i>Infark serebral</i>	: Kurangnya suplai darah ke otak
<i>Informed consent</i>	: Lembar persetujuan
<i>Intraserebral</i>	: Perdarahan yang berasal dari parenkim otak dan bukan disebabkan oleh trauma
<i>Inversi</i>	: Gerakan memiringkan telapak kaki ke dalam tubuh

<i>Iskemia</i>	: ketidakcukupan suplai darah ke jaringan atau organ tubuh
<i>Kongesif</i>	: Kegagalan jantung dalam memompa darah yang dibutuhkan tubuh
<i>Non hemoragik</i>	: Terhentinya aliran darah kebagian otak akibat tersumbatnya pembuluh darah
<i>Pronasi</i>	: Gerakan melengkungkan tangan
<i>Processing atau entry data</i>	: Proses untuk mengubah data menjadi informasi
<i>Quasy Eksperiment</i>	: Salah satu rancangan penelitian
<i>Range Of Motion</i>	: Latihan rentang gerak
<i>Reversible</i>	: Dapat diubah
<i>Rotasi</i>	: Gerakan dengan cara memutar
<i>Significancy</i>	: Penerimaan kesalahan
<i>Supinasi</i>	: Gerakan menengadahkan tangan
<i>The silent killer</i>	: Penyakit yang timbul hamper tanpa adanya gejala awal namun menyebabkan kematian
<i>Ultrasonografi Doppler</i>	: Mengidentifikasi penyakit arteriovena

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan kuruniaNya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* Pasien Post Stroke Di Desa Pitu Kec. Pitu Kab. Ngawi”. Tersusunnya skripsi ini tentu tidak lepas dari bimbingan, saran dan dukungan moral kepada saya, untuk itu saya sampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Rasmiati selaku Kepala Desa Pitu Kedunggalar Ngawi telah memberikan izin untuk melakukan penelitian
2. Zaenal Abidin, S.KM., M.Kes (Epid) sebagai Ketua Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun.
3. Mega Arianti Putri, S.Kep., Ns., M.Kep sebagai Ketua Prodi S-1 Keperawatan STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun.
4. Asrina Pitayanti, S.Kep., Ns., M.Kes sebagai pembimbing I skripsi yang dengan kesabaran dan ketelitian dalam membimbing, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
5. H.Edy Bachrun, S.KM., M.Kes sebagai pembimbing II skripsi yang telah meluangkan banyak waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan dalam penyusunan skripsi.
6. Kedua orang tua dan anggota keluarga yang selalu memotivasi tanpa henti untuk terus berjuang dan bersemangat.

7. Teman-teman yang selalu bersama dalam suka maupun duka dalam penyelesaian skripsi ini.
8. Teman-teman kelas 8A Keperawatan yang selalu memberi dorongan dan bantuan dalam penyusunan tugas skripsi ini.

Penulis menyadari karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan usulan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu saran dan kritik yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan untuk kesempurnaan karya tulis ini.

Madiun, 25 Juli 2018
Penulis

Desy Nurhayati
NIM. 201402008

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di Negara maju maupun negara berkembang. Secara global, 15 juta orang terserang stroke setiap tahunnya, satu pertiga meninggal dunia dan sisanya mengalami kecacatan permanen karena Sebesar 30%-40% penderita stroke dapat sembuh sempurna bila di tangani dalam waktu 6 jam pertama (*golden periode*), namun apabila dalam waktu tersebut pasien stroke tidak mendapatkan penanganan yang maksimal maka akan terjadi kecacatan atau kelemahan fisik seperti hemiparase.(stroke forum, 2015).

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2013, prevalensi stroke di Indonesia mencapai 12,1%. Diantaranya semua jenis penyakit yang tinggi pravelensinya yaitu stroke, karena pravelensi stroke dari tahun ke tahun semakin meningkat. Pada tahun 2007 pravelensinya berkisar pada angka 8,3%. Jumlah ini meningkat pada tahun 2013 menjadi 12,1%. Provinsi dengan pravelensi stroke tertinggi yaitu Di Yogyakarta (16,9%). Sulawesi Tengah (16,6%), dan disusul oleh Jawa Timur dengan pravelensi (16,0%). (kementrian kesehatan ,2013). Berdasarkan data dari buku register Puskesmas Pitu pada tahun 2016 jumlah pasien stroke 33, pada tahun 2017 jumlah pasien stroke 73.

Stroke terjadi akibat adanya gangguan suplai darah ke otak, ketika aliran darah ke otak terganggu, maka oksigen dan nutrisi tidak dapat dikirim ke otak. Kondisi ini akan mengakibatkan kerusakan sel otak mati. Stroke iskemik memiliki

persentase paling besar yaitu sekitar 80 %, terbagi atas sub tipe stroke trombolik dan embolik yang dapat mengurangi sirkulasi dan kebutuhan darah di otak atau mengakibatkan kematian neuron otak sehingga mengakibatkan serangan stroke dapat menimbulkan cacat fisik yang permanen penderita stroke perlu penanganan yang baik untuk mencegah kecacatan fisik dan mental. Sebesar 30%-40% penderita stroke dapat sembuh sempurna bila di tangani dalam waktu 6 jam pertama (*golden periode*), namun apabila dalam waktu tersebut pasien stroke tidak mendapatkan penanganan yang maksimal maka akan terjadi kecacatan atau kelemahan fisik seperti hemiparase. Penderita stroke post serangan membutuhkan waktu yang lama untuk memulihkan dan memperoleh fungsi penyesuaian diri secara maksimal. (Levine, 2008).

Faktor psikologis penyebab stroke relatif tinggi yang berhubungan dengan *Activity Daily Living* (ADL) yang tidak terpenuhi secara mandiri akibat gangguan neurologis dan keterbatasan fisik., seperti hemiparese dan hemiplegik spastisitas. Hal tersebut menyebabkan pasien menjadi menarik diri atau menjadi kurang bersosialisasi (Bates, 2011). Stroke memberi dampak yang dapat mempengaruhi aktivitas seseorang, misalnya menjadikan seseorang tidak percaya diri, menurunkan produktivitas, hilangnya semangat untuk melaksanakan hobi dan masih banyak yang lainnya. Dampak yang dapat ditimbulkan pascastroke adalah kelumpuhan dan kecacatan, gangguan berkomunikasi, gangguan emosi, nyeri, gangguan tidur, depresi, disfagia, dan masih banyak yang lainnya (Lingga, 2013). Pasca terserang stroke akan membuat tingkat ketergantungan seseorang terhadap

orang lain menjadi semakin meningkat, sehingga orang tidak mandiri dalam melakukan aktivitas kemandirian sehari-hari.

Range Of Motion adalah latihan gerakan sendi melalui rentang pemenuhan dalam semua bidang yang sesuai. Untuk mempertahankan atau meningkatkan gerakan sendi, latihan ini dilakukan secepat mungkin ketika kondisi pasien memungkinkan (Brunner & Suddarth, 2012). *Range Of Motion* (ROM) dikerjakan sekurang-kurangnya satu kali sehari dan harus diulang 2-3 kali. Tujuan latihan ini adalah untuk memulai memperbaiki neurologis, mencegah terjadinya kekakuan (kontraktur), memperlancar peredaran darah, menurunkan kekakuan (dekondisioning), meningkatkan kemampuan fungsional, mengoptimalkan pengobatan sehubungan masalah medis, menyediakan bantuan psikologis pasien dan keluarganya melalui terapi fisik dan teknik-teknik lain (Irfan, 2011).

Kemampuan fungsional bergantung pada gerakan persendian yang baik, kekuatan otot dan keutuhan system neurologis. Melalui perawatan restoratif berupa latihan *Range Of Motion*, klien akan belajar cara baru untuk melakukan ADL, sehingga menjadi lebih mandiri dan mampu lebih baik untuk melakukan perawatan diri (Potter & Perry, 2015). Bila usaha ini dilakukan dengan segera, maka kekuatan otot akan berkurang secara cepat perhari sekitar 3% dan pemecahan kekakuan/ dekondisioning mulai dalam waktu 24-48 jam pertama (Irfan, 2011). Dengan melakukan ROM aktif atau ROM Pasif dengan cara dan waktu yang tepat diharapkan mengalami peningkatan kemampuan mandiri dalam pemenuhan ADL.

Berdasarkan data yang di peroleh dari Puskesmas Pitu pada bulan januari sampai desember 2017 terdapat 73 penderita stroke di wilayah lingkup kerja puskesmas Pitu. Study pendahuluan yang dilakukan peneliti dengan wawancara petugas puskesmas Pitu di dapatkan hasil bahwa dari 6 orang yang terkena stroke didapatkan 4 orang lansia mengalami hemiparasis. Kelemahan otot pada tangan dan kaki sebelah kiri mengakibatkan pasien mengalami hilangnya keseimbangan, kesulitan dalam berjalan, gangguan dalam kemampuan memegang benda, kurangnya koordinasi gerakan, yang secara keseluruhan menyebabkan kesulitan dalam memenuhi kebutuhan dan melaksanakan seperti aktivitas makan, mandi, dan berpakaian sehingga pasien menjadi masih dibantu oleh keluarganya, dan 2 lansia mengalami kelumpuhan total sehingga dalam melakuakn aktivitas kegiatan sehari-harinya semua bergantung pada keluarganya. Oleh karena itu peneliti berminat untuk melakukan penelitian tentang “Pengaruh Latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke di Desa Pitu”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka peneliti merumuskan “Adakah Pengaruh Latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* Pasien Post Stroke di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk Menganalisis Pengaruh latihan *Range Of Motion* (ROM) terhadap kemampuan dan kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pasien post stroke di Desa Pitu.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kemampuan dan kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pasien post stroke sebelum di berikan latihan *Range Of Motion* di Desa Pitu.
2. Mengidentifikasi kemampuan dan kemandirian *Activity Daily Living* (ADL) pasien post stroke sesudah di berikan latihan *Range Of Motion* di Desa Pitu.
3. Menganalisis Pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap kemampuan dan kemandiria *Activity Daily Living* (ADL) pasien post stroke di Desa Pitu.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini secara teoritis di harapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dalam memperkaya wawasan tentang pemberian latihan latihan *Range Of Motion* terhadap kemandirian pasien stroke.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Responden

Memberi informasi tentang pemberian latihan latihan *Range Of Motion* terhadap kemandirian pasien post stroke.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian ini di harapkan sebagai bahan masukan dan sumbangan pemikiran serta bahan evaluasi untuk pemberian latihan latihan *Range Of Motion* terhadap kemandirian pasien post stroke.

3. Bagi Institusi Pendidikan STIKES BHM

Diharapkan dapat menmbah informasi dalam perpustakaan tentang keperawatan stroke dan untuk meningkatkan pengetahuan bagi pembaca tentang latihan latihan *Range Of Motion* terhadap kemandirian pasien post stroke.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat di gunakan peneliti selanjutnya sebagai bahan referensi dalam meneliti lebih lanjut terkait latihan *Range Of Motion* (ROM)

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Range Of Motion* (ROM)

2.1.1 Pengertian *Range Of Motion*

Range Of Motion adalah jumlah pergerakan maksimum yang dapat dilakukan pada sendi, di salah satu dari tiga bidang yaitu: sagital, frontal, atau transversal (Potter & Perry, 2010).

Range Of Motion adalah gerakan yang dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan. *Range Of Motion* dibagi menjadi dua jenis yaitu ROM aktif dan ROM pasif (Suratun, dkk, 2008).

2.1.2 Klasifikasi *Range Of Motion*

Menurut (Suratun, dkk, 2008) klasifikasi rom sebagai berikut :

1. ROM Aktif adalah latihan ROM yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa bantuan perawat dari setiap gerakan yang dilakukan. Indikasi ROM aktif adalah semua pasien yang dirawat dan mampu melakukan ROM sendiri dan kooperatif.
2. ROM pasif adalah latihan yang di berikan kepada klien yang mengalami kelemahan otot lengan maupun otot kaki berupa latihan pada tulang maupun sendi dimana klien tidak dapat melakukannya sendiri, sehingga klien memerlukan bantuan perawat atau keluarga.

2.1.3 Manfaat *Range Of Motion*

Menurut Potter dan Perry (2005) manfaat ROM adalah :

1. Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan.
2. Mengkaji tulang, sendi, dan otot.
3. Mencegah terjadinya kekuatan sendi.
4. Memperlancar sirkulasi darah.
5. Memperbaiki tonus otot.
6. Meningkatkan mobilisasi sendi.
7. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

2.1.4 Tujuan *Range Of Motion*

Menurut Suratun, dkk (2005) tujuan ROM sebagai berikut :

1. Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot.
2. Memelihara mobilitas persendian.
3. Merangsang sirkulasi darah.
4. Mencegah kelainan bentuk.

2.1.5 Prinsip Dasar *Range Of Motion*

Prinsip dasar latihan ROM menurut (Suratun, dkk, 2008) yaitu :

1. ROM harus di ulangi sekitar 2-3 kali dan di kerjakan minimal 1 kali sehari
2. ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan pasien.

3. Dalam merencanakan program latihan ROM , Memperhatikan umur pasien, diagnosis, tanda vital, dan lamanya tirah baring.
4. ROM sering di programkan oleh dokter dan di kerjakan oleh ahli fisioterapi
5. Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, atau pergelangan kaki.
6. Rom dapat dilakukan pada semua persendian yang di curigai mengurangi proses penyakit.
7. Melakukan ROM harus sesuai waktunya, misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan.

2.1.6 Indikasi *Range Of Motion*

Menurut Potter & Perry (2005) indikasi ROM adalah :

1. Indikasi ROM Aktif
 - a. Pada saat pasien dapat melakukan kontraksi otot secara aktif dan menggerakkan ruas sendinya baik dengan bantuan atau tidak
 - b. Pada saat pasien memiliki kelemahan otot dan tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya, digunakan A-AROM (*Active-Assitive* ROM, adalah jenis ROM aktif yang mana bantuan diberikan melalui gaya luar apakah secara manual atau mekanik, karena otot penggerak primer memerlukan bantuan untuk menyelesaikan gerakan).
 - c. ROM aktif dapat digunakan untuk program latihan aerobic.

- d. ROM aktif dapat digunakan untuk memelihara mobilisasi ruas diatas dan dibawah daerah yang tidak dapat bergerak.

2. Indikasi ROM Pasif

- a. Pada daerah dimana terdapat inflamasi jaringan akut yang apabila dilakukan pergeakan aktif akan menghambat proses penyembuhan.
- b. Ketika pasien tidak dapat atau diperbolehkan untuk bergerak aktif pada ruas atau seluruh tubuh, misalnya keadaan koma, kelumpuhan atau bed rest total.

2.1.7 Kontra Indikasi *Range Of Motion*

Kontraindikasi dan hal-hal yang harus diwaspadai pada latihan ROM menurut Carpenito (2009) yaitu :

1. Latihan ROM tidak boleh diberikan apabila gerakan dapat mengganggu proses penyembuhan cedera.
 - a. Gerakan yang terkontrol dengan seksasama dalam batas-batas gerakan yang bebas nyeri selama fase awal penyembuhan akan, memperlihatkan mafaat terhadap penyembhan dan pemulihan.
 - b. Terdapatnya tenda-tanda terlalu banyak atau terdapat gerakan yang salah, termasuk menungkatnya rasa nyeri dan peradangan.
2. ROM tidak boleh dilakukan bila respon pasien atau kondisi membahayakan (*life threatening*).

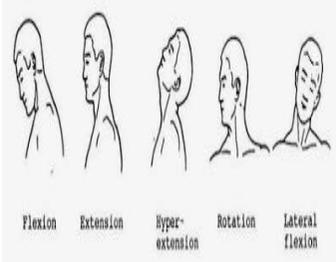
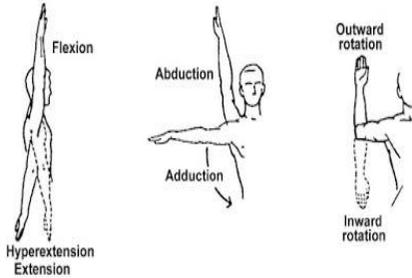
- a. Pasif ROM dilakukan secara hati-hati pada sendi-sendi besar, sedangkan Aktif ROM pada sendi ankle dan kaki untuk meminimalisi venous stasis dan pembentukan trmbus.
- b. Pada keadaan setelah infark miokard, operasi arteri koronia, dan lain-lain, Aktif ROM pada ekstermitas atas masih dpat diberikan dalam pengawsan yang ketat.

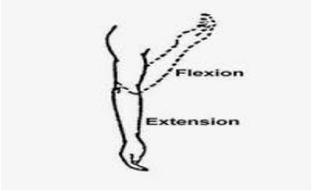
2.1.8 Proses Mekanisme Terjadinya Tonus Otot

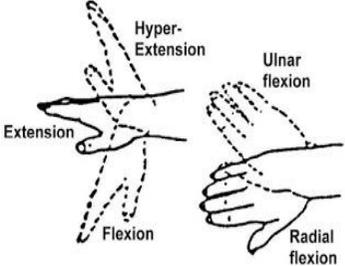
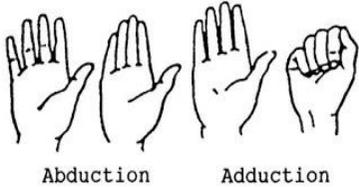
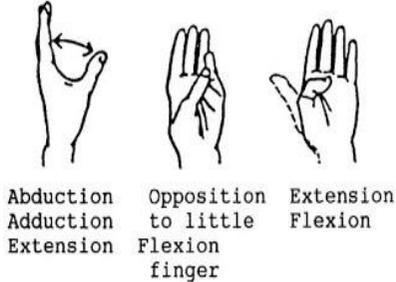
Mekanisme ROM akan merangsang *neuron* motorik (otak) dengan pelepasan *transmitter (asetilcolin)* untuk merangsang sel untuk mengaktifkan kalsium sehingga terjadi integritas protein. Jika kalsium dan *troponin C* diaktifkan maka *aktin* dan *miosin* dipertahankan agar fungsi otot skeletal dapat di pertahankan sehingga terjadi peningkatan tonus otot. (Guyton, 2007)

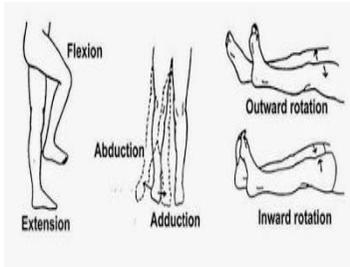
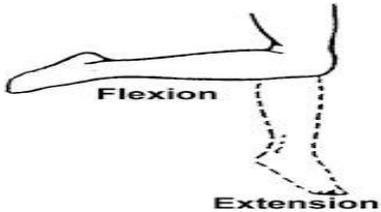
2.1.9 Macam-macam Gerakan *Range Of Motion*

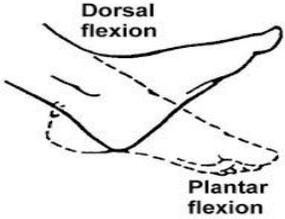
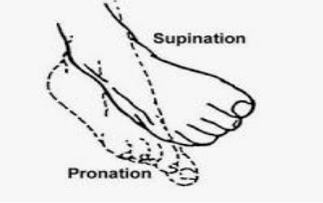
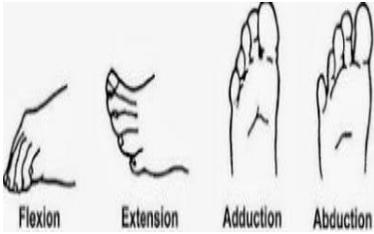
Menurut Potter & Perry (2005), ROM terdiri dari gerakan pada persendirian sebagai berikut :

Bagian Tubuh	Gerakan	Penjelasan	Rentang
1. Leher 	Fleksi	Menggerakkan dagu menempel ke dada,	Rentang 45°
	Ekstensi	Mengembalikan kepala ke posisi tegak,	Rentang 45°
	Hiperekstensi	Menekuk kepala ke belakang sejauh mungkin,	Rentang 40°-45°
	Fleksi lateral	Memiringkan kepala sejauh mungkin sejauh kearah setiap bahu,	Rentang 40°-45°
	Rotasi	Memutar kepala sejauh mungkin dalam gerakan sirkuler,	Rentang 180°
2. Bahu 	Fleksi	Menaikan lengan dari posisi disamping tubuh ke depan ke posisi di atas kepala,	Rentang 180°
	Ektensi	Mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh,	Rentang 180°
	Hiperekstensi	Menggerakkanlengan ke posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala,	Rentang 40°-45°
	Abduksi	Menaikkan lengan ke posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala,	Rentang 180°
	Adduksi	Menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin,	Rentang 360°

	Rotasi dalam	Dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan ke belakang,	Rentang 90°
	Rotasi luar	Dangan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala,	Rentang 90°
	Sirkumduksi	Menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh,	Rentang 360°
3. Siku 	Fleksi	Menggerakkan siku sehingga lengan bahu bergerak ke depan sendi bahu dan tangan sejajar,	Rentang 150°
	Ekstensi	Meluruskan siku dengan menurunkan tangan,	Rentang 150°
4. Lengan bawah 	Supinasi	Memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas,	Rentang 70°-90°
	Pronasi	Menggerakkan lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah,	Rentang 70°-90°
5. Pergeralangan tangan	Fleksi	Menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah,	Rentang 80°-90°
	Ektensi	Menggerakkan jari-jari tangan sehingga jari-jari, tanga, lengan bawah berada dalam arah yang sama,	Rentang 80°-90°

	Hiperekstensi	Membawa permukaan tangan dorsal ke belakang sejauh mungkin,	Rentang 80°-90°
	Abduksi	Menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari,	Rentang 30°
	Adduksi	Menekuk pergelangan tangan miring ke arah lima jari,	Rentang 30°-50°
<p>6. Jari-jari tangan</p> 	Fleksi	Membuat genggaman	Rentang 90°
	Ektensi	Meluruskan jari-jari tangan	Rentang 90°
	Hiperekstensi	Menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin,	Rentang 30°-60°
	Abduksi	Meregangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain,	Rentang 30°
	Adduksi	Merapatkan kembali jari-jari tangan	Rentang 30°
<p>7. Ibu jari</p> 	Fleksi	,emgerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan,	Rentang 90°
	Ekstensi	Menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan,	Rentang 90°
	Abduksi	Menggerakkan ibu jari ke samping,	Rentang 30°
	Adduksi	Menggerakkan ibu jari ke depan tangan,	Rentang 30°
	Oposisi	Menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama,	-

<p>8. Pinggul</p> 	Fleksi	Menggerakkan tungkai ke depan dan atas,	Rentang 90°-120°
	Ekstensi	Menggerakkan kembali ke samping tungkai yang lain,	Rentang 90°-120°
	Hiperekstensi	Menggerakkan tungkai ke belakang tubuh,	Rentang 30°-50°
	Abduksi	Menggerakkan tungkai ke samping menjauhi tubuh,	Rentang 30°-50°
	Adduksi	Menggerakkan tungkai kembali ke posisi media dan melebihi jika mungkin,	Rentang 30°-50°
	Rotasi dalam	Memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain,	Rentang 90°
	Rotasi luar	Memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain,	Rentang 90°
	Sirkumduksi	Menggerakkan tungkai melingkar,	
<p>9. Lutut</p> 	Fleksi	Menggerakkan tumit ke arah belakang paha,	Rentang 120°-130°
	Ekstensi	Mengembalikan tungkai ke lantai,	Rentang 120°-130°

10. Mata kaki 	Dorsifleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke atas,	Rentang 20°-30°
	Plantarfleksi	Menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke bawah,	Rentang 45°-50°
11. Kaki 	Inversi	Memutar telapak kaki ke samping dalam,	Rentang 10°
	Eversi	Memutar telapak kaki ke samping luar,	Rentang 10°
12. Jari-jari kaki 	Fleksi	Menekuk jari-jari kaki ke bawah,	Rentang 30°-60°
	Ekstensi	Meluruskan jari-jari kaki satu dengan yang lain	Rentang 30°-60°
	Abduksi	Menggerakkan jari-jari kaki satu dengan yang lainnya,	Rentang 15°
	Adduksi	Merapatkan kembali bersama-sama,	Rentang 15°

2.2 Konsep *Activity Daily Living*

2.2.1 Pengertian *Activity Daily Living*

Suatu bentuk pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan *Activity Daily Living* secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat (Maryam, 2008). Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi yang masih aktif. Seseorang lansia yang menolak untuk melakukan fungsi dianggap sebagai tidak melakukan fungsi, meskipun dianggap mampu. Kemandirian adalah kemampuan atau keadaan dimana individu mampu mengurus atau mengatasi kepentingannya sendiri tanpa bergantung dengan orang lain (Maryam, 2008).

Kemandirian bagi lansia juga dapat dilihat dari kualitas hidup. Kualitas hidup lansia dapat dinilai dari kemampuan melakukan *activity of daily living*. Menurut (Maryam, 2008). *Activity of Daily Living* (ADL) ada 2 yaitu, ADL standar dan ADL instrumental. ADL standar meliputi kemampuan merawat diri seperti makan, berpakaian, buang air besar/kecil, dan mandi. Sedangkan ADL instrumental meliputi aktivitas yang kompleks seperti memasak, mencuci, menggunakan telepon, dan menggunakan uang. Menurut (Agung 2006), *Activity of Daily Living* adalah pengukuran terhadap aktivitas yang dilakukan rutin oleh manusia setiap hari. Aktivitas tersebut antara lain: memasak, berbelanja, merawat/mengurus rumah, mencuci, mengatur keuangan, minum obat dan memanfaatkan sarana transportasi. Skala ADL terdiri atas skala ADL dasar atau *Basic Activity of Daily Living* (BADLs), *Instrumental or Intermediate Activity of*

Daily Living (IADLs), dan *Advanced Activity of Daily Living* (AADLs). Skala ADL dasar mengkaji kemampuan seseorang untuk merawat dirinya sendiri (*self care*), dan hanya mewakili rentang (*range*) yang sempit dari kinerja (*performance*). Skala ADL dasar ini sangat bermanfaat dalam menggambarkan status fungsional dasar dan menentukan target yang ingin dicapai untuk pasien-pasien dengan derajat gangguan fungsional yang tinggi, terutama pada pusat-pusat rehabilitasi. Terdapat sejumlah alat atau instrument ukur yang telah teruji validitasnya untuk mengukur ADL dasar salah satunya adalah indeks ADL *Katz*. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi defisit status fungsional dasar dan mencoba memperoleh cara mengatasi dan memperbaiki status fungsional dasar tersebut. Skor ADL dasar dari setiap pasien lansia harus diikuti dan dipantau secara berkala/periodik untuk melihat apakah terjadi perburukan atau perbaikan.

2.2.2 Macam-macam *Activity Daily Living*

Sugiarto (2005) mengemukakan ada beberapa macam ADL, yaitu :

1. ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias dan mobilitas. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini.
2. ADL *instrumental*, yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas.

3. ADL *vokasional*, yaitu ADL yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.
4. ADL *non vokasional*, yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang.

2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Activity Daily Living*

Menurut Hardywinoto (2007), kemauan dan kemampuan untuk melakukan *activity of daily living* tergantung pada beberapa faktor, yaitu:

1. Umur dan status perkembangan

Umur dan status perkembangan seorang klien menunjukkan tanda kemauan dan kemampuan, ataupun bagaimana klien bereaksi terhadap ketidakmampuan melaksanakan *activity of daily living*. Saat perkembangan dari bayi sampai dewasa, seseorang secara perlahan-lahan berubah dari tergantung menjadi mandiri dalam melakukan *activity of daily living*.

2. Kesehatan fisiologis

Kesehatan fisiologis seseorang dapat mempengaruhi kemampuan partisipasi dalam *activity of daily living*, contoh sistem nervous mengumpulkan, menghantarkan dan mengolah informasi dari lingkungan. Sistem muskuloskeletal mengkoordinasikan dengan sistem nervous sehingga dapat merespon sensori yang masuk dengan cara melakukan gerakan. Gangguan pada sistem ini misalnya karena penyakit, atau trauma injuri dapat mengganggu.

3. Fungsi Kognitif

Tingkat kognitif dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan *activity of daily living*. Fungsi kognitif menunjukkan proses menerima, mengorganisasikan dan menginterpretasikan sensor stimulus untuk berpikir dan menyelesaikan masalah. Proses mental memberikan kontribusi pada fungsi kognitif dapat mengganggu dalam berpikir logis dan menghambat kemandirian dalam melaksanakan *activity of daily living* (Hardywinoto, 2007).

4. Fungsi Psikososial

Fungsi psikologi menunjukkan kemampuan seseorang untuk mengingat sesuatu hal yang lalu dan menampilkan informasi pada suatu cara yang realistik. Proses ini meliputi interaksi yang kompleks antara perilaku intrapersonal dan interpersonal. Gangguan pada intrapersonal contohnya akibat gangguan konsep diri atau ketidakstabilan emosi dapat mengganggu dalam tanggung jawab keluarga dan pekerjaan. Gangguan interpersonal seperti masalah komunikasi, gangguan interaksi sosial atau disfungsi dalam 23 penampilan peran juga dapat mempengaruhi dalam pemenuhan *activity of daily living* (Hardywinoto, 2007).

5. Tingkat stress

Stress merupakan respon fisik nonspesifik terhadap berbagai macam kebutuhan. Faktor yang dapat menyebabkan stress (*stressor*), dapat timbul dari tubuh atau lingkungan atau dapat mengganggu

keseimbangan tubuh. Stressor tersebut dapat berupa fisiologis seperti injuri atau psikologi seperti kehilangan.

6. Ritme biologi

Ritme atau irama biologi membantu makhluk hidup mengatur lingkungan fisik disekitarnya dan membantu homeostasis internal (keseimbangan dalam tubuh dan lingkungan). Salah satu irama biologi yaitu irama sirkadian, berjalan pada siklus 24 jam. Perbedaan irama sirkadian membantu pengaturan aktivitas meliputi tidur, temperatur tubuh, dan hormon. Beberapa faktor yang ikut berperan pada irama sirkadian diantaranya faktor lingkungan seperti hari terang dan gelap, seperti cuaca yang mempengaruhi *activity of daily living*.

7. Status mental

Status mental menunjukkan keadaan intelektual seseorang. Keadaan status mental akan memberi implikasi pada pemenuhan kebutuhan dasar individu. Seperti yang diungkapkan oleh Cahya yang dikutip dari Baltes, salah satu yang dapat mempengaruhi ketidakmandirian individu dalam memenuhi kebutuhannya adalah keterbatasan status mental. Seperti halnya lansia yang memorinya mulai menurun atau mengalami gangguan, lansia yang mengalami 24 apraksia tentunya akan mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan-kebutuhan dasarnya (Hardywinoto, 2007).

8. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan dan sosial kesejahteraan pada segmen lansia yang tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Pelayanan kesehatan yang berbasis masyarakat salah satunya adalah posyandu lansia. Jenis pelayanan kesehatan dalam posyandu salah satunya adalah pemeliharaan *Activity of Daily Living*. Lansia yang secara aktif melakukan kunjungan ke posyandu, kualitas hidupnya akan lebih baik dari pada lansia yang tidak aktif ke posyandu.

2.2.4 Cara Mengukur *Activity Daily Living*

ADL mencakup kategori yang sangat luas dan dibagi-bagi menjadi sub kategori atau domain seperti berpakaian, makan minum, toileting atau higienis pribadi, mandi, berpakaian, transfer, mobilitas, komunikasi, *vokasional*, rekreasi, *instrumental* ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan dan minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Sugiarto, 2005).

Pengkajian ADL penting untuk mengetahui tingkat ketergantungan atau besarnya bantuan yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari. Pengukuran kemandirian ADL akan lebih mudah dinilai dan dievaluasi secara kuantitatif dengan sistem skor yang sudah banyak dikemukakan oleh berbagai penulis ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting,

mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas (Sugiarto, 2005).

1. Indeks Barthel (IB)

Indeks Barthel merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan, menggunakan 10 indikator, yaitu :

Tabel 2.1 Instrument Pengukuran *Activity Daily Living* (ADL) dengan Indeks Barthel menurut Sugiarto, 2005).

No	Item yang dinilai	Skor	Nilai
1	Makan (Feeding)	0 : Tidak mampu 1 : Butuh bantuan memotong, mengoles mentega. Dll 2 : Mandiri	
2	Mandi (Bathing)	0 : Tergantung orang lain 1 : Mandiri	
3	Perawatan diri (Grooming)	0 : Membutuhkan bantuan orang lain 1 : mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur	
4	Berpakaian (Dressing)	0 : Tergantung orang lain 1 : Sebagian dibantu (misal mengancing baju) 2 : Mandiri	
5	Buang air kecil (Bowel)	0 : Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 : Kadang inkontinensia (Maks, 1x24 Jam)	
6	Buang air besar (Bladder)	0 : Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 : Kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2 : Kontinensia teratur	
7	Penggunaan toilet	0 : Tergantung bantuan orang lain 1 : Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri 2 : Mandiri	
8	Transfer	0 : Tidak mampu 1 : Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 : Bantuan kecil (1 orang) 3 : Mandiri	

No	Item yang dinilai	Skor	Nilai
9	Mobilitas	0 : Immobile 1 : Menggunakan kursi roda 2 : Berjalan dengan bantuan 1 orang 3 : Mandiri	
10	Naik turun tangga	0 : Tidak mampu 1 : Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 : Mandiri	

Interpretasi hasil :

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Sedang

5-8 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan Total

2.3 Konsep Stroke

2.3.1 Pengertian Stroke

Stroke adalah gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun sumbatan, dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau lematian (Junaidi, 2011).

Stroke adalah sindrom yang di sebabkan oleh gangguan peredaran darah otak (GPDO) dengan awitan akut, disertai menifestasi klinis berupa defisit neurologis dan bukan sebagai akibat tumor, trauma ataupun infeksi susunan saraf pusat. (Brunner dan Sudarth 2002)

2.3.2 Etiologi

Faktor-faktor yang menyebabkan stroke (Nurarif; Hardhi, 2015):

1. Faktor yang tidak dapat dirubah (*Non Reversibel*)
 - a. Jenis kelamin : Pria lebih sering ditemukan menderita stroke dibanding wanita.
 - b. Usia : Makin tinggi usia makin tinggi pula resiko terkena stroke. Setiap manusia akan bertambah umurnya, dengan demikian kemungkinan terjadinya stroke semakin besar. Pada umumnya resiko terjadinya stroke mulai umur 35 tahun dan akan meningkat dua kali dalam tahun berikutnya.
 - c. Keturunan : adanya riwayat keluarga yang terkena stroke.
2. Faktor yang dapat di ubah (*Reversibel*)
 - a. Hipertensi
Faktor ini merupakan resiko utama terjadinya stroke iskemik dan perdarahan, yang sering disebut *the silent killer* (penyakit yang timbul hamper tanpa adanya gejala awal namun menyebabkan kematian), karena hipertensi meningkatkan terjadinya stroke sebanyak 4-6 kali. Makin tinggi tekanan darah kemungkinan stroke semakin besar karena terjadinya kerusakan pada dinding pembuluh darah sehingga memudahkan terjadinya penyumbatan/perdarahan otak.

b. Penyakit Jantung

Hubungan kausal antara beberapa jenis penyakit jantung dan stroke telah dapat dibuktikan. Gagal jantung dan penyakit jantung koroner mempunyai peranan penting dalam terjadinya stroke. Dua pertiga dari orang yang mengidap penyakit jantung kemungkinan akan terkena serangan jantung.

c. Kolesterol Tinggi

Kondisi ini dapat merusak pembuluh darah dan juga menyebabkan jantung koroner. Kolesterol yang tinggi akan membentuk plak didalam pembuluh darah dan dapat menyumbat pembuluh darah baik di jantung maupun di otak.

d. Obesitas

Obesitas merupakan predisposisi penyakit jantung koroner dan stroke. Berat badan yang terlalu berlebihan menyebabkan adanya tambahan beban ekstra pada jantung dan pembuluh-pembuluh darah, hal ini akan semakin meningkatkan terkena stroke.

e. Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus atau kencing manis sama bahayanya dengan hipertensi, yaitu sering menjadi salah satu penyebab timbulnya stroke. Gula darah yang tinggi dapat menimbulkan kerusakan endotel pembuluh darah yang berlangsung secara progresif. Pada pria yang menderita diabetes mellitus, cenderung berada pada posisi yang beresiko tinggi akan terkena serangan stroke

daripada mereka yang tidak menderita diabetes militus, sekalipun penyakit mereka dibawah pengawasan. Pada orang yang menderita diabetes militus, resiko untuk terkena stroke 1,5-3 kali lebih besar.

3. Kebiasaan Hidup

- a. Merokok meningkatkan terjadinya stroke hamper dua kali lipat. Adapun perokok pasif beresiko terkena stroke 1,2 kali lebih besar. Nikotin dan karbondiaoksida yang ada pada rokok menyebabkan kelainan pada dinding pembuluh darah, disamping itu juga mempengaruhi komposisi darah sehingga mempermudah terjadinya proses penggumpalan darah (*stroke non hemoragik*).
- b. Peminum Alkohol
Konsumsi alkohol dapat mengganggu metabolisme tubuh, sehingga terjadi diabetes militus, mempengaruhi berat badan dan tekanan darah, dapat merusak sel-sel darah tepi, saraf otak dan lain-lain. Peminum berat alkohol dapat meningkatkan resiko terkena 1-3 kali lebih besar.
- c. Obat-obatan Terlarang.
- d. Aktivitas yang tidak sehat : kurang olahraga dan makanan kolesterol.

2.3.3 Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif; Hardhi (2015). Tanda dan gejala pada pasien stroke adalah:

1. Tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separo badan.
2. Tiba-tiba hilang rasa peka.
3. Bicara cadel atau pelo.
4. Gangguan bicara dan bahasa.
5. Gangguan penglihatan.
6. Mulut moncong atau tidak simetris ketika menyeringgai.
7. Gangguan daya ingat.
8. Nyeri kepala hebat.
9. Vertigo.
10. Kesadaran menurun.
11. Proses kencing terganggu.
12. Gangguan fungsi otak.

Tanda dan gejala (Smeltzer dan Bare, 2001 dalam Ikhsan, 2015) :

1. Kehilangan Motorik
2. Kehilangan Komunikasi
3. Gangguan Persepsi

2.3.4 Patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark tergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai

oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan local (thrombus, emboli, perdarahan dan spasme vaskuler) atau oleh karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Atherosklerotik sering/cenderung sebagai faktor penting terhadap otak, yang stenosis, dimana aliran darah akan lambat atau terjadi turbulensi.

Thrombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Thrombus mengakibatkan: iskemia jaringan otak yang disekitar area. Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau kadang-kadang sesudah beberapa hari. Dengan berkurangnya edema pasien mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena thrombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan massif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti thrombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral, jika aneurisma pecah atau rupture.

Peradahan pada otak lebih disebabkan oleh rupture arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Peradahan intraserebral yang sangat luas akan menyebabkan kematian dibandingkan dari keseluruhan penyakit cerebro vaskuler, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intracranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke vertikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nucleus kaudatus, thalamus dan pons.

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversible untuk jangka waktu 4-6 menit. Perubahan irreversible bila anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung.

Selain kerusakan perikardium otak, akibat volume perdarahan yang relative banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intracranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi.

Jumlah darah yang keluar menentukan prognosis. Jika volume darah lebih dari 60 cc maka resiko kematian sebesar 93% pada perdarahan dalam dan 71% pada perdarahan lobar. Sedangkan jika terjadi perdarahan serebral dengan volume antara 30-60 cc diperkirakan kemungkinan kematian sebesar 75%, namun volume darah 5 cc dan terdapat pons sudah berakibat fatal (Jusuf Misbach, 1999 dalam Muttaqim, 2008).

2.3.5 Klasifikasi Stroke

Stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu (Nurarif, Hardhi, 2015):

1. Stroke Iskemik (*non hemoragik*)

Tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti. 80% stroke adalah stroke iskemik. Stroke iskemik dibagi menjadi 3, yaitu :

- a. Stroke Trombolik : proses terbentuknya thrombus yang membuat penggumpalan
- b. Stroke Embolik : tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah
- c. Hipoperfusi Sistemik : berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

2. Stroke Hemoragik

Stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak. Hampir 70% kasus stroke hemoragik terjadi pada penderita hipertensi. Stroke Hemoragik ada 2 jenis, yaitu :

- a. Hemoragik Intracerebral : Perdarahan yang terjadi didalam jaringan otak.
- b. Hemoragik Subarahnoid : Perdarahan yang terjadi pada ruang subarahnoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutup otak).

2.3.6 Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis menurut Smeltzer, Bare (2010) meliputi :

1. *Diuretik* untuk menurunkan *edema serebral* yang mencapai tingkat maksimum 3-5 hari setelah *infark serebral*.
2. *Antikoagulan* untuk mencegah terjadinya *thrombosis* atau embolisasi dari tempat lain dalam system kardiovaskulera.
3. *Antitrombotik* karena *thrombosit* memainkan peran sangat penting dalam pembentukan *thrombus* dan embolisasi.

2.3.7 Penatalaksanaan Keperawatan

Menurut Nurarif; Hardhi (2015) penatalaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien stroke adalah:

1. Letakkan kepala pasien pada posisi 30° (kepala dan dada pada satu bidang).
2. Ubah posisi tidur setiap 2 jam.
3. Mobilisasi dimulai berharap bila hemodinamik sudah stabil.
4. Restorasi/rehabilitasi (sesuai kebutuhan pasien) yaitu fisioterapi, terapi wicara, terapi kognitif, dan terapi okupasi.
5. Edukasi keluarga
6. *Discharge planning* meliputi:
 - a. Mencegah terjadinya luka dikulit akibat tekanan.
 - b. Mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi.
 - c. Memulai latihan dengan mengaktifkan batang tubuh atau torso.
 - d. Mengontrol faktor resiko stroke.

- e. Diet rendah lemak,, garam, berhenti merokok.
- f. Kelola stress dengan baik.
- g. Mengetahui tanda dan gejala stroke.

2.3.8 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Smetltzer, Bare (2010) pemeriksaan diagnostic yang dapat dilakukam pada penyakin stroke adalah :

- 1) *Angiografi serebral* : membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri atau adanya titik oklusi/rupture.
- 2) *CT-Scan* : pemeriksaan yang paling umum digunakan untuk evaluasi pasien dengan stroke akut yang jelas. Selain itu, pemeriksaan ini juga berguna untuk menentukan distribusi anatomi dari stroke dan mengeliminasi kemungkinan adanya kelainan lain yang gejalanya mirio dengan stroke (hematoma, neoplasma, abses).
- 3) *Pung si limbal* : menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada thrombosis, emboli serebral, dan TIA (Transient Ischemia Attack) atau serangan iskemia otak sepiintas. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya hemoragik subraknoid atau perdarahan intracranial. Kadar protein toal meningkat pada kasus thrombosis sehubungan dengan adanya proses inflamasi.
- 4) *MRI (Magnetic Resonance Imaging)* : menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, dan malformasi arteinovenas.
- 5) *Ultrasonografi Doppler* : mengidentifikasi penyakit arterivenas.

- 6) *EEG (Electroencephalography)* : mengidentifikasi penyakit didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- 7) *Sinar X* : menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal darha yang berlawanan dari massa yang meluas, lasifikasi karotis interna terdapat pada thrombosis serebral.

2.3.9 Dampak Stroke

Menurut (Vitahealth, 2006 dalam ikhsan, 2015) dampak stroke tergantung pada lokasi penyerangan stroke berada pada bagian mana di otak. Tetapi memang pasti ada perubahan-perubahan yang terjadi setelah seseorang mengalami stroke.

Beberapa dampak seseorang yang mengalami stroke :

1. Kelumpuhan (gangguan gerak/mobilisasi)

Kelumpuhan sebelah bagian tubuh (hemiplegi) adalah cacat yang umum akibat stroke. Bila stroke menyerang bagian otak kiri, terjadi hemiplegia sebelah kanan. Kelumpuhan terjadi dari wajah bagian kanan hingga kaki sebelah kanan termasuk tenggorokan dan lidah. Bila dampaknya lebih ringan, biasanya bagian yang terkena dirasakan tidak bertenaga (hemiparsis kanan). Bila yang terserang bagian kanan otak, yang terjadi adalah hemiplegia kiri dan lebih ringan disebut hemiparasis kiri. Bagimanapun pasien stroke yang mengalami kesulitan melaksanakan kegiatan sehari-harinya seperti duduk, berdiri, berjalan, berpakaian, makan, dan mengendalikan buang air besar atau kecil.

2. Perubahan Mental

Stroke tidak selalu membuat mental penderita terjadi merosot dan beberapa perubahan biasanya bersifat sementara. Setelah stroke memang dapat terjadi gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar, dan fungsi intelektual lainnya. Semua hal tersebut dengan sendirinya mempengaruhi penderita. Marah, sedih, dan tidak berdaya seringkali menurunkan semangat hidupnya sehingga muncul dampak emosional yang lebih berbahaya. Ini terutama juga disebabkan kini penderita kehilangan kemampuan-kemampuan tertentu yang sebelumnya masih dilakukan.

3. Gangguan Komunikasi

Paling tidak seperempat dari semua pasien stroke mengalami gangguan komunikasi yang berhubungan dengan mendengar, berbicara, membaca, menulis dan bahkan bahasa isyarat dengan gerakan tangan. Ketidakterdayaan ini sangat membingungkan orang yang merawatnya.

4. Gangguan Emosional

Pada umumnya pasien stroke tidak mampu mengerjakan sesuatu secara mandiri, maka sebagian besar penderita akan mengalami kesulitan dalam mengendalikan emosinya. Sering merasa sedih, gelisah, takut, marah atas kekurangannya. Perasaan seperti ini tentunya merupakan gangguan emosional dan perubahan kepribadian tersebut bisa juga disebabkan pengaruh kerusakan otak secara fisik. Penderita

biasanya mengalami depresi, dengan tidak mau bergaul, sulit tidur, cepat lelah, lesu dan mudah tersinggung. Bahkan dapat berakibat bunuh diri.

5. Kehilangan Indra Rasa

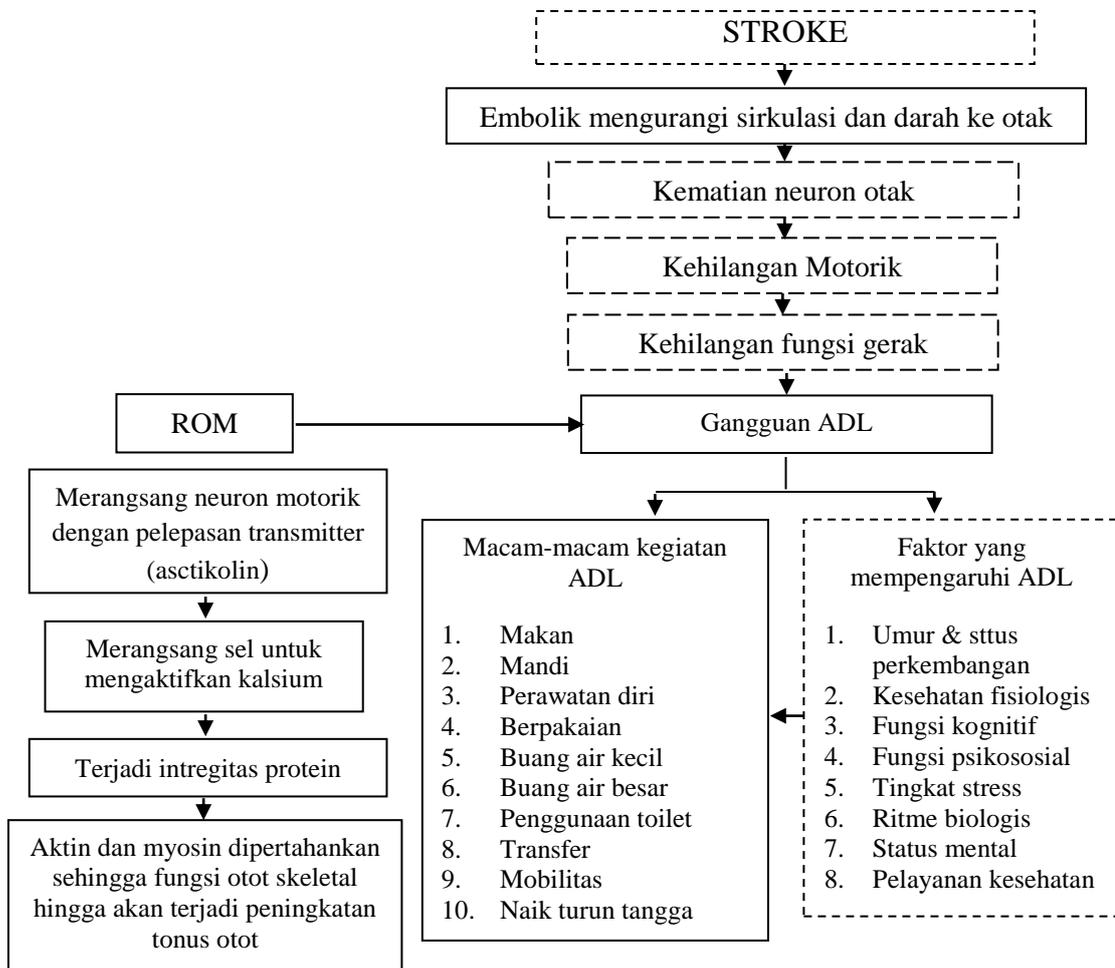
Penderita stroke bisa kehilangan kemampuan sensoris yaitu sentuh. Cacat sensori dapat mengganggu kemampuan dalam mengenali benda yang dipegangnya. Dalam kasus yang ekstrem, pasien bahkan mampu mengenali anggota tubuhnya sendiri.

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual

Kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin atau diukur melalui penelitian yang dilakukan (Notoatmodjo, 2010).



Keterangan :

□ : Diteliti

→ : Berpengaruh

□ : Tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap peningkatan *Activity Daily Living* post stroke

Dari Gambar 3.1 Menjelaskan bahwa Embolik mengurangi sirkulasi dan darah ke otak lalu dapat mengakibatkan kematian neuron otak sehingga menimbulkan kehilangan motorik dan kelemahan fungsi gerak maka dari itu berikan *Range Of Motion* untuk menanggulangi gangguan *Activity Daily Living* karena ROM dapat merangsang neuro motorik dengan pelepasan transmitter dan kemudian dapat merangsang sel untuk mengaktifkan kalsium lalu terjadi integritas protein sehingga aktin dan myosin dipertahankan sehingga fungsi otot skeletal hingga akan terjadi peningkatan tonus otot.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pernyataan penelitian (Nursalam, 2016).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H₁ : Ada pengaruh latihan *Range Of Motion* (ROM) terhadap *Activity Daily Living* (ADL) pasien post stroke.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan metode *pra eksperimental one group pre-test and post-test design*. Sampel dalam penelitian ini di observasi terlebih dahulu dan setelah diberikan perlakuan sampel tersebut diobservasi kembali. Dengan demikian hasil perlakuan dapat diketahui lebih akurat, karena dapat membandingkan dengan keadaan sebelum diberi perlakuan (Sugiono, 2010). Dalam hal ini akan melihat pengaruh latihan *Range Of Motion* pasif terhadap kemandirian *Activity Daily Living* pasien post stroke di Desa Pitu Ngawi, Bentuk rancangan pre dan post test design ini adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1 Desain Penelitian *pra eksperimental one group pre-test and post-test design*

Subyek	Pra-Tes	Perlakuan	Post-Tes
K	O	X	O1

Keterangan :

K : Subjek (post stroke)

O : Observasi latihan *Range Of Motion* (ROM) *pre-test*

X : Perlakuan 1 kali sehari

O1 : Observasi latihan *Range Of Motion* (ROM) *post-test*

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan jumlah yang terdiri dari atas objek atau subyek yang mempunyai karakteristik dan kualitas tertentu yang di tetapkan oleh peneliti untuk di teliti dan kemudian di tarik kesimpulannya (Sujarweni, 2014).

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien post stroke di Desa Pitu sesuai dengan data yang ada di buku register puskesmas Pitu sejumlah 73 orang pada tahun 2017.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah terdiri atas bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling, dimana sampling tersebut sebagai proses menyeleksi populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2016).

Sampel pada penelitian ini adalah sebagian pasien post stroke di Desa pitu sebanyak 15 pasien yang sesuai inklusi dan eksklusi yang diharapkan. Rumus sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus Isaac dan Michael (Sugiyono, 2017)

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{d (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

Keterangan :

n : perkiraan jumlah sampel

N : perkiraan besar populasi

Z : Nilai standar normal untuk ($\alpha = 0,05$ (1,96))

P : Perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50%

Q : 1-P (100%-P)

d : tingkat signifikan atau tingkat kesalahan yang dipilih (d=0,05)

Dari rumus di atas di peroleh jumlah sampel sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{d(N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$n = \frac{73 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05(73 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{73 \cdot 3,84 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05(73 - 1) + 3,84 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{70,08}{3,6 + 0,96}$$

$$n = \frac{70,08}{4,56}$$

$$n = 15,36 \approx 15 \text{ Orang}$$

4.2.3 Kriteria Sampling

Adapun kriteria sampel dibagi menjadi 2 sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristi umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam,2016).

Dalam penelitian ini kriteria inklusinya adalah :

- a. Responden yang hemiparase
- b. Responden dengan post serangan pertama
- c. Bersedia menjadi responden

2. Kriteria Ekslusi

Kriteria Ekslusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi karena adanya penyakit yang mengganggu, hambatan etis dan subjek menolak berpartisipasi (Nursalam, 2016).

Dalam penelitian ini kriteria eksklusinya adalah :

- a. Reponden yang tidak sadar
- b. Responden yang afasia (sulit berkomunikasi)
- c. Responden dengan kemampuan mobilitas ketergantungan berat dan total

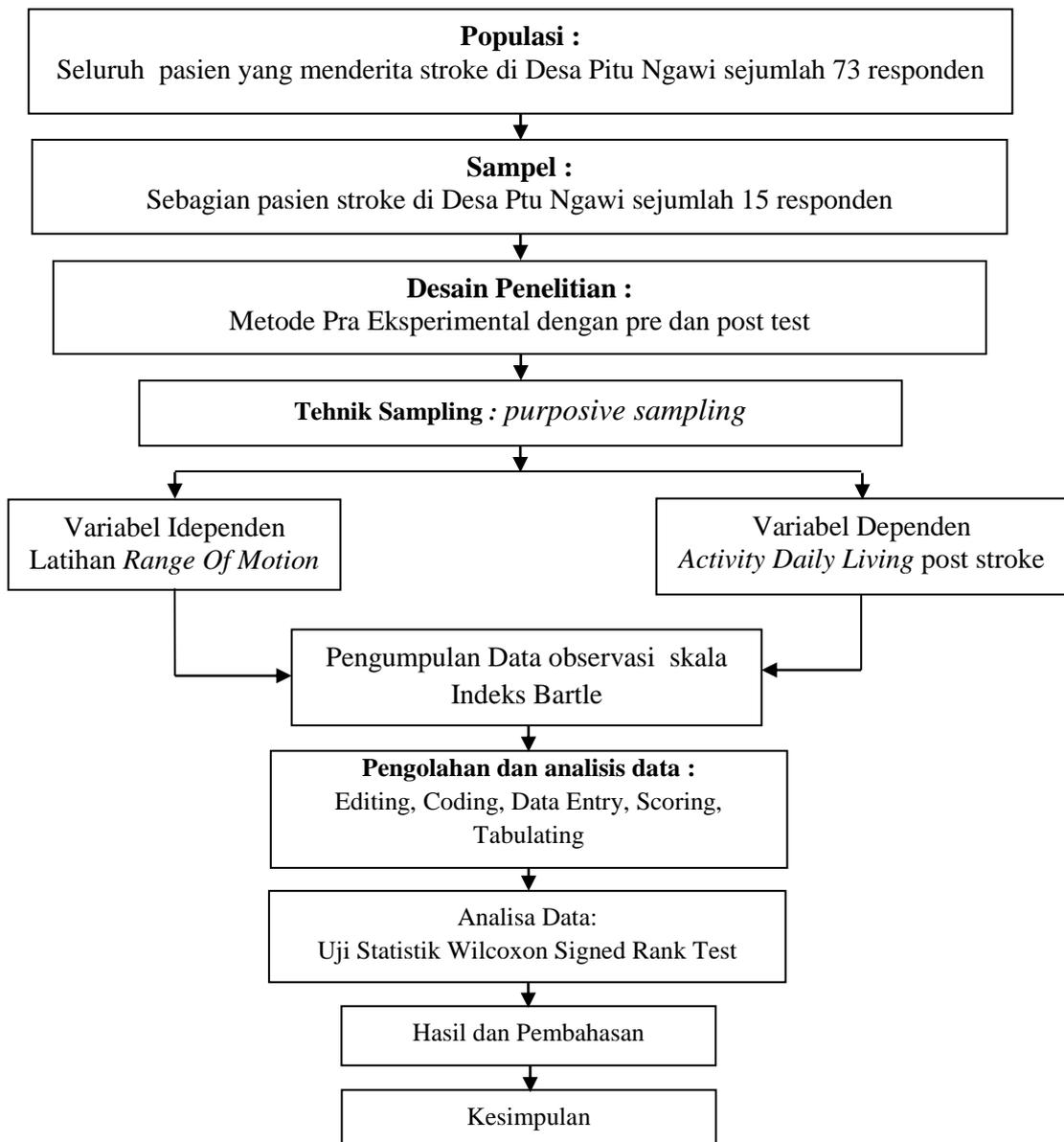
4.3 Teknik Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Tehnik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2016).

Tehnik sampling yang di gunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan tehnik *purposive sampling* adalah pengambilan sampel yang berdasarkan suatu pertimbangan tertentu seperti sifat populasi atau ciri yang sudah diketahui sebelumnya (Notoadmodjo, 2010).

4.4 Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja merupakan bagian kerja terhadap rancangan kegiatan penelitian yang dilakukan, meliputi siapa yang akan diteliti (subjek penelitian) variabel yang akan diteliti dan variabel yang mempengaruhi dalam penelitian (Hidayat, 2009).



Gambar 4.2 Kerangka Kerja Penelitian “Pengaruh Latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* Post Stroke Di Desa Pitu Ngawi”

4.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.5.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah cirri atau ukuran yang melekat pada subjek penelitian baik bersifat fisik (nyata) atau psikis (tidak nyata). Pengertian lain menyebutkan bahwa variabel adalah ukuran atau cirri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain (Saryono, 2011). Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Variabel Iependen (Bebas) adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnyab variabel dependen (sugiyono,2010). Dalam penelitian ini variabel Iependen adalah latihan *Range Of Motion*.
2. Variabel dependen (Terikat) adalah variabel yang dipengaruhi, karena adanya variabel independen (Sugiyono, 2010), bisa juga terdapat kejadian, manfaat, efek atau dampak (Sugiyono, 2011). Dalam penelitian ini variabel Dependen adalah *Activity Daily Living* post stroke.

4.5.2 Definisi Operasional Variabel

Tabel 4.2 Definisi Operasional Pengaruh Latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* Post Stroke Di Desa Pitu Ngawi

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala Data	Skor
Variabel independen: Latihan <i>Range Of Motion</i>	Suatu upaya dalam melakukan gerakan untuk mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis dengan menggunakan latihan rentang gerak yaitu <i>Range Of Motion</i> pasif yaitu energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain (perawat)	ROM sendi ekstermitas atas, ekstermitas bawah dan tangan yang di ukur saat melakukan gerakan : 1. Leher 2. Bahu 3. Siku 4. Lengan bawah 5. Pergelangan tangan 6. Jari-jari tangan 7. Ibu jari 8. Pinggul 9. Lutut 10. Mata kaki 11. Kaki 12. Jari-jari kaki Dengan system pencatatan 0-180°	Lembar SOP	-	-

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat ukur	Skala Data	Skor
Variabel Dependen: <i>Activity</i> <i>Daily</i> <i>Living</i> post stroke	Aktivitas sehari-hari yang rutin di lakukan oleh pasien post stroke setelah serangan stroke sebelum terapi latihan rom dan setelah latihan rom kemudian diukur menggunakan keusioner	Kemampuan pasien post stroke dalam : 1. Pemenuhan Nutrisi - makan 2. Personal Hygiene - Mandi - Perawatan diri - Berpakaian 3. Eliminasi - Buang air kecil - Buang air besar - Penggunaan toilet 4. Mobilisasi - Transfer - Mobilitas - Naik turun tangga	Lembar Observasi Indeks Barttle	ordinal	1. 20: mandiri 2. 12-19: ketergantungan ringan 3. 9-11: ketergantungan sedang 4. 5-8: ketergantungan berat 5. 0-4 : ketergantungan total

4.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (cermat, lengkap dan sistematis) sehingga lebih mudah diolah (Saryono, 2011). Jenis instrument penelitian dapat berupa : angket, checklist, pedoman wawancara, pedoman pengamatan, alat pemeriksaan laboratorium dan lain-lain (Saryono, 2011).

Terdapat 2 instrumen di dalam penelitian ini yaitu :

1. Lembar SOP *Range Of Motion* untuk variabel independen

Dalam instrumen ini menggunakan alat ukur berupa lembar SOP untuk mengetahui ketidakmampuan dalam melakukan latihan gerak ROM sesuai SOP.

2. Lembar Observasi *Activity Daily Living* untuk variabel dependen

Dalam instrumen ini menggunakan alat ukur berupa lembar observasi tentang aktivitas sehari-hari sebelum dan sesudah di berikan latihan ROM selama dalam 6 hari berturut-turut dengan diberikan latihan 1x sehari, dengan menggunakan skala Indeks Bartle untuk mengukur kegiatan aktivitas sehari-hari sebelum dan sesudah di berikan latihan ROM untuk variabel dependen.

Kemudian di berikan tanda ceklist atau centang pada jawaban yang dipilih pada pertanyaan yang ada di dalam lembar observasi, pada lembar observasi berisi pertanyaan tentang *Activity Daily Living* seperti berikut :

- a. Makan
- b. Mandi
- c. Perawatan diri
- d. Berpakaian
- e. BAK
- f. BAB
- g. Toileting
- h. Transfer
- i. Mobilitas
- j. Naik turun tangga

4.6.1 Uji Validitas dan Reliabilitas

Peneliti tidak melakukan uji validitas dan reliabilitas karena instrumen penilaian lembar observasi *Indeks Berthel* diadaptasi oleh CollinC dan Wade DT dalam Agung (2006)

4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.7.1 Lokasi Penelitian

Dalam penelitian tempat dan lokasi yang digunakan sebagai objek penelitian adalah Desa Pitu Ngawi

4.7.2 Waktu Penelitian

Waktu penelitian akan dilakukan pada bulan Desember-Juni 2018.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Dalam melakukan penelitian ini prosedur yang ditetapkan adalah sebagai berikut :

1. Mengajukan permohonan izin kepada institusi pendidikan STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun.
2. Mengirimkan permohonan izin yang di peroleh kepada bagian Bankesbangpol Kabupaten Ngawi.
3. Mengirimkan Permohonan izin yang di peroleh kepada bagian kepala Puskesmas Pitu Ngawi.
4. Menemui responden yang sudah sesuai dengan kriteria yang ditentukan kemudian menjelaskan kepada calon responden dan keluarga calon responden tentang tujuan, manfaat penelitian dan prosedur.
5. Keluarga responden yang bersedia, diminta untuk menandatangani lembar persetujuan dilakukan penelitian.
6. Peneliti melakukan pengambilan data pertama penilaian kemandirian *Activity Daily Living* pada responden
7. Peneliti melakukan latihan ROM pasif selama 6 hari berturut-turut responden diberikan latihan ROM pasif 1x sehari pada pagi hari mulai jam 8.00 setiap respondendiberikan latihan selama 15 menit dan latihan dilakukan di masing-masing rumah responden.
8. Peneliti melakukan latihan ROM pasif bersama dengan tim yang berjumlah 3 orang termasuk peneliti, 15 responden dibagi menjadi 3 tim sehingga masing-masing tim bertanggung jawab melatih 5 orang.
9. Peneliti mengobservasi kembali penilaian kemandirian *Activity Daily Living* responden setelah 1 minggu.

4.9 Pengolahan Data

Prosedur pengolahan data yang dilakukan adalah sebagai berikut :

1. *Editing*

Peneliti melakukan pengecekan data dari hasil lembar observasi skala indeks bartle, bila ada lembar observasi yang belum terisi jika memungkinkan untuk pengambilan data ulang, tetapi bila tidak memungkinkan maka data tidak lengkap tersebut dioalah atau dimasukkan ke data *missing*.

2. *Coding*

Setelah semua lembaran observasi di edit atau di sunting, selanjutnya dilakukan *coding* atau member tanda kode, yaitu mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. Pada penilaian ini diberikan kode antara lain:

Hasil dari alat ukur untuk variabel *Activity Daily Living* akan diberi kode sebagai berikut :

Ketergantungan total = 1

Ketergantungan berat = 2

Ketergantungan sedang = 3

Ketergantungan ringan = 4

Mandiri = 5

Data Demografi:

a. Jenis kelamin

Laki-laki = 1

Wanita = 2

b. Usia

40-50 = 1

51-60 = 2

61-70 = 3

71-80 = 4

c. Pendidikan

Tidak sekolah = 1

SD = 2

SMP = 3

SMA = 4

PT = 5

d. Pekerjaan

Tidak bekerja/IRT = 1

Petani = 2

Swasta = 3

PNS = 4

DLL = 5

3. *Processing atau entry data*

Proses kelanjutan setelah coding data yaitu memasukkan data dari lembar observasi ke dalam computer.

4. *Scoring* (pemberian skore)

Menentukan skore atau nilai untuk setiap pertanyaan dan tentukan nilai terendah dan tertinggi, tahapan ini dilakukan setelah di tentukan kode jawaban atau hasil observasi sehingga setiap jawaban responden atau hasil observasi dapat diberikan skore dan apabila responden menjawab pertanyaan dengan jawawan iya maka di beri skore 1 dan jika responden menjawab pertanyaan dengan jawaban tidak maka di beri skore 0.

a. Skore pada variabel *Activity Daily Living* pada pasien stroke di dapatkan skore minimal 5 dan skore maksimal 20 sehingga di peroleh skore sebagai berikut :

20	: mandiri
12-19	: ketergantungan ringan
9-11	: ketergantungan sedang
5-8	: ketergantungan berat
0-4	: keterganungan total

5. *Tabulating*

Data yang dikumpulkan dimasukkan ke dalam bentuk tabel, data dalam penelitian ini yang dimasukkan ke dalam tabel adalah : jenis kelamin, umur, pendidikan akhir, pekerjaan, *activity daily living*,

pasien post stroke sebelum diberikan latihan *range of motion, activity daily living*, pasien post stroke sesudah diberikan latihan *range of motion, activity*.

4.10 Teknik Analisa Data

Analisa data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian mengungkap fenomena (Nursalam, 2016).

4.10.1 Analisis Univariat

Analisa univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. (Notoatmojo, 2012). Analisa univariat digunakan untuk melihat distribusi frekuensi karakteristik responden dari data demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan), variabel independent dan variabel dependen dalam analisa univariat ini yaitu untuk mengidentifikasi *Activity Daily Living* pasien post stroke di Desa Pitu sebelum pemberian latihan *Range Of Motion* dan mengidentifikasi *Activity Daily Living* pasien post stroke di Desa Pitu sesudah pemberian latihan *Range Of Motion*.

4.10.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisa untuk mengetahui interaksi dua variabel, baik berupa kompartaif, asosiatif, maupun korelatif (Saryono, 2011). Dalam penelitian ini analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke. Skala data yang di gunakan adalah Ordinal. Data yang diperoleh pada saat *pre-test* dan *post-test* dikumpulkan kemudian di analis menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test*

($p < 0,05$) pengolahan data menggunakan bantuan program spss.16 dengan tingkat kesalahan α (0,05). Keputusan hasil uji statistic dengan membandingkan p value dan nilai α (0,05), ketentuan yang berlaku adalah :

1. Jika $p\text{-value} \leq 0,05$ maka H_0 ditolak, artinya ada pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke
2. Jika $p\text{-value} > 0,05$ maka H_0 diterima, artinya tidak ada pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke.

4.11 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian di perlukan etika penelitian sebagai berikut :

1. *Informend consent*

Lembaran persetujuan di berikan kepada setiap calon responden yang diteliti yang memenuhi kriteria inklusi. Bila calon responden menolak, maka peneliti tidak dapat memeriksa dan tetap menghormati hak-hak yang bersnagkutan.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahsiaan peneliti tidak akan mecantumkan nama responden, tetapi lembar tersebut di beri kode tertentu.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4. Prinsip Keadilan dan Keterbukaan (*Respect for Justice and Inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dan adil perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan, dan kehati-hatian. Untuk itu, lingkungan penelitian perlu dikondisikan sehingga memenuhi prinsip keterbukaan, yakni dengan menjelaskan prosedur penelitian. Prinsip keadilan ini menjamin bahwa semua subjek penelitian memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama, tanpa membedakan gender, agama, dan sebagainya.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pengumpulan data dilakukan selama 2 minggu yaitu pada tanggal 9 Mei sampai dengan 22 Mei 2018. Dengan jumlah responden sebanyak 15 responden dengan gangguan post stroke, sedangkan penyajian data dibagi menjadi dua, yaitu: Data umum dan data khusus. Data umum terdiri dari data demografi meliputi: jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, pekerjaan. Setelah data disajikan data khusus yang didasarkan pada variabel yang diukur, yaitu: *Activity Daily Living* pasien post stroke.

5.1 Gambaran dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi Provinsi Jawa Timur. Adapun batas-batas wilayah Desa Pitu yaitu :

- a. Sebelah Timur : Desa sukorejo Kecamatan Pitu
- b. Sebelah Barat : Desa Trinil Kecamatan Kedunggal
- b. Sebelah Utara : Desa Cengklik Kecamatan Pitu
- c. Sebelah Selatan : Desa Gemarang Kecamatan Kedungglar

Desa Pitu terdiri dari 8 RT dan 4 RW. Di Desa Pitu ada 1 Polindes terdiri dari 1 bidan. Di Desa Pitu mempunyai 1 bidan Desa dan terdapat 1 Puskesmas di Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi dan mayoritas mata pencarian di Desa Pitu adalah seorang petani. Pelayanan kesehatan yang sekarang digunakan masyarakat adalah pelayanan puskesmas, dan penyakit yang terbanyak di derita pada desa pitu adalah Hipertensi dan Stroke.

5.2 Hasil Penelitian

Hasil penelitian terdiri dari data umum dan data khusus. Data umum meliputi: jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, pekerjaan. Sedangkan data khusus yang didasarkan pada variabel yang diukur, yaitu: *Activity Daily Living* pasien post stroke.

5.2.1 Data Umum

Data umum yang diidentifikasi dari responden meliputi: jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, pekerjaan.

5.2.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi berdasarkan jenis kelamin responden di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.

No	Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Laki-laki	11	73,3
2.	Perempuan	4	26,7
Total		15	100

Sumber : Data Primer Penelitian Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.1 dari 15 responden dapat diketahui bahwa sebagian besar yang mengalami stroke berjenis kelamin laki-laki sebanyak 11 orang (73,3%)

5.2.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi berdasarkan usia responden di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.

No	Usia	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	40-50 tahun	4	26,7
2.	51-60 tahun	11	73,3
Total		15	100

Sumber : Data Primer Penelitian Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.2 dari 15 responden dapat diketahui bahwa sebagian besar yang mengalami stroke berusia 51-60 tahun sebanyak 11 orang (73,3%).

5.2.1.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi berdasarkan jenis pendidikan terakhir responden di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi

No	Pendidikan terakhir	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
2.	SD	9	60,0
3.	SMP	4	26,7
4.	SMA	2	13,3
Total		15	100

Sumber : Data Primer Penelitian Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.3 dari 15 responden dapat diketahui bahwa sebagian besar berpendidikan terakhir SD sebanyak 9 orang (60%).

5.2.1.4 Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi berdasarkan pekerjaan responden di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi

No	Pekerjaan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Tidak bekerja/IRT	2	13,3
2.	Petani	8	53,3
3.	Swasta	5	33,3
Total		15	100

Sumber : Data Primer Penelitian Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.4 dari 15 responden dapat diketahui bahwa sebagian besar memiliki pekerjaan sebagai Petani yaitu sebanyak 8 orang (53,3%).

5.2.2 Data Khusus

Setelah dilakukan uji normalitas diketahui data tidak berdistribusi normal, sehingga dalam menganalisis data menggunakan uji non parametric yaitu dengan uji wilcoxon untuk mengetahui pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke.

5.2.2.1 *Activity Daily Living* Pasien Post Stroke Sebelum Diberikan Latihan *Range Of Motion*

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi *Activity Daily Living* pasien post stroke sebelum diberikan latihan *Range Of Motion* di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.

No	<i>Activity Daily Living</i>	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
3.	Ketergantungan Sedang	6	40,0
4.	Ketergantungan Berat	7	46,7
5.	Ketergantungan Total	2	13,3
Total		15	100

Sumber : Olahan Data Primer Penelitian Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.5 dari 15 responden dapat diketahui bahwa sebagian besar *Activity Daily Living* dari pasien post stroke sebelum diberikan latihan *Range Of Motion* sebanyak 7 orang (46,7%) mengalami ketergantungan berat.

5.2.2.2 *Activity Daily Living* pasien post stroke sesudah diberikan latihan *Range Of Motion*

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi *Activity Daily Living* pasien post stroke sesudah diberikan latihan *Range Of Motion* di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.

No	<i>Activity Daily Living</i>	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
2.	Ketergantungan Ringan	6	40,0
3.	Ketergantungan Sedang	7	46,7
4.	Ketergantungan Berat	2	13,3
Total		15	100

Sumber : Olahan Data Primer Penelitian Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.6 dari 15 responden dapat diketahui bahwa sebagian besar *Activity Daily Living* dari pasien post stroke setelah diberikan latihan *Range Of Motion* 7 orang (46,7%) mengalami ketergantungan sedang.

5.2.2.3 Pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke

Tabel 5.7 Analisa Pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi

<i>Activity Daily Living</i> pasien post stroke	Mean	SD	Mean Rank	Sum Of Ranks	<i>pValue</i>
Sebelum	2,27	704	8,00	120,00	0,000
Sesudah	3,27	704			

Sumber : Olahan Data Primer Penelitian Tahun 2018

Berdasarkan tabel 5.7 didapatkan hasil uji *wilcoxon signed rank test* didapatkan nilai *p value* = 0,000 < α = 0,005 maka H_0 ditolak H_1 diterima sehingga ada pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.

5.3 Pembahasan

Berdasarkan hasil pengumpulan data dengan lembar observasi terhadap pasien post stroke tanggal 9 Mei – 22 Mei 2018 dan setelah diolah, maka penulis akan membahas mengenai pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.

5.3.1 *Activity Daily Living* pasien post stroke sebelum diberikan latihan *Range Of Motion* di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilakukan terhadap 15 responden dengan dapat diketahui bahwa sebelum dilakukan latihan *Rangen Of Motion* sebagian besar yaitu 7 orang (46,6%) mengalami ketergantungan berat pada *Activity Daily Living*. Mereka mengalami Kelemahan otot pada tangan dan kaki sebelah kiri mengakibatkan pasien mengalami hilangnya keseimbangan, kesulitan

dalam berjalan sehingga harus membutuhkan bantuan berjalan dengan bantuan satu orang, kesulitan dalam berpindah posisi dari tempat tidur, gangguan dalam kemampuan memegang benda, yang secara keseluruhan menyebabkan kesulitan dalam memenuhi kebutuhan dan melaksanakan seperti aktivitas makan, mandi, berpakaian dan perawatan diri maupun penggunaan toilet sehingga pasien masih membutuhkan bantuan orang lain.

Dari hasil penelitian berdasarkan jenis kelamin yang dijelaskan pada tabel 5.1 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mengalami stroke berjenis laki-laki yaitu 11 orang (73,3%) dan 4 orang (26,7%) yang mengalami stroke berjenis perempuan. Menurut (Meiwanto,2010) risiko terkena stroke pada pria lebih tinggi daripada wanita sampai usia 50 tahun.

Hasil penelitian berdasarkan usia yang dijelaskan pada tabel 5.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden yang menderita stroke usia 51-60 tahun terdapat 11 orang (73,3%), dan usia 40-50 tahun terdapat 4 orang (26,7%). Pada lanjut usia terjadi proses kalsifikasi pembuluh darah termasuk pembuluh darah otak (Depkes RI, 2004). Meiwanto (2013), menyatakan bahwa risiko terkena stroke seiring bertambahnya usia khususnya usia di atas 50 tahun, responden akan memasuki masa *elderly* menyebabkan responden banyak mengalami perubahan fisiologis seperti penurunan elastisitas pembuluh darah yang menyebabkan *arteriosclerosis*/penyempitan pembuluh darah sehingga aliran darah ke otak terganggu

mengakibatkan penyakit stroke yang pada akhirnya lansia mengalami penurunan kemandirian *Activity Daily Living*.

Hasil rata-rata dari observasi skala *Indeks Bartle* sebelum diberilakan latihan *Range Of Motion* yang terdiri dari 10 indikator yaitu dari indikator pertama aktivitas makan ada 13 orang masih membutuhkan bantuan orang lain seperti memotong buah, mengambil nasi, mengambil lauk pauk. Indikator aktivitas mandi ada 15 orang masih memerlukan bantuan orang lain. Indikator aktivitas perawatan diri 6 orang masih membutuhkan bantuan orang lain seperti menyisir, mencukur, membersihkan gigi. Indikator aktivitas berpakaian ada 8 orang sebagian masih dibantu (semisal mengacing baju). Indikator BAK ada 5 orang mengalami inkontinsia tidak terkontrol dan mereka harus di bantu keluarga untuk ke kamar mandi. Indikator aktivitas BAB ada 10 masih membutuhkan bantuan orang untuk ke kamar mandi. Indikator aktivitas penggunaan toileting ada 8 orang masih tergantung pada orang lain seperti membersihkan kotoran dari tubuh mereka dan meninggalkan WC sendiri. Indikator aktivitas transfer ada 12 orang masih membutuhkan bantuan untuk duduk dengan bantuan 2 orang atau bantuan untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi maupun ke kursi roda. Indikator aktivitas berjalan ada 6 orang masih membutuhkan bantuan orang lain. Indikator aktivitas naik turun tangga ada 8 orang belum mampu atau masih membutuhkan bantuan orang lain jika harus naik turun tangga.

Peneliti menyimpulkan dari 10 indikator indeks bartle sebelum diberikan latihan *Range Of Motion* yaitu masih banyak yang

membutuhkan bantuan keluarga dalam melakukan aktivitasnya. pasien post stroke masih mengalami kekakuan pada persendian dan kelemahan pada sisi sebelah tubuh mereka sehingga masih takut dan kesulitan dalam menjalankan aktivitas dasar sehari-hari, Hal ini di karenakan gejala neurologic yang timbul akibat gangguan peredaran darah di otak bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokalisasinya sehingga kemajuan dan proses penyembuhannya juga bervariasi (Sutrisno, 2010). Jadi pasien membutuhkan pendamping keluarga dalam merawat dan dalam melakukan aktivitasnya.

5.3.2 *Activity Daily Living* pasien post stroke sesudah diberikan latihan *Range Of Motion* di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi

Hasil penelitian terhadap 15 responden sebelum dilakukan latihan *Range Of Motion* didapatkan rata-rata *Activity Daily Living* mengalami ketergantungan berat sebanyak 7 orang (46,7%), dan setelah diberikan latihan *Range Of Motion* selama 6x berturut-turut yaitu mengalami ketergantungan sedang sebanyak 7 orang (46,7%) mereka mengalami peningkatan dalam melakukan latihan *Range Of Motion* sehingga pasien mengalami peningkatan gerak sendi pada tangan dan kaki sebelah kiri maupun sebelah kanan dan pasien bisa berjalan tanpa bantuan orang lain tetapi masih membutuhkan bantuan ringan seperti tongkat, dalam berpindah posisi dari tempat tidur ke kursi hanya membutuhkan bantuan kecil, dan dalam melaksanakan aktivitas seperti makan hanya membutuhkan bantuan kecil seperti memotong buah, mandi, berpakaian sebagian di bantu seperti memakai, perawatan diri dilakukan secara

mandiri seperti menyisir, sikat gigi, cuci muka, penggunaan toileting membutuhkan bantuan kecil. Perubahan ini menunjukkan bahwa terapi latihan *Range Of Motion* berpengaruh terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke.

Hasil rata-rata dari observasi skala *Indeks Bartle* sesudah diberilakan latihan *Range Of Motion* yang terdiri dari 10 indikator yaitu dari indikator pertama aktivitas makan ada 4 orang bisa melakukannya dengan mandiri seperti memotong buah, mengambil nasi, mengambil lauk pauk. Indikator aktivitas mandi ada 8 orang sudah melakukannya dengan mandiri. Indikator aktivitas perawatan diri ada 14 orang mengalami peningkatan mandiri seperti menyisir, mencukur. Indikator aktivitas berpakaian ada 8 orang sudah mandiri. Indikator aktivitas BAK ada 12 orang hanya mengalami inkontinsia dan sebagian bisa ke kamar mandi sendiri dan sebagian masih di bantu keluarga. Indikator aktivitas BAB ada 12 orang mengalami inkontinensia teratur dan mereka ke kamar mandi ada yang mandiri dan sebagian bantu keluarga. Indikator aktivitas penggunaan toileting ada 9 hanya membutuhkan bantuan kecil dan dapat melakukan beberapa hal seperti membersihkan kotoran dari tubuh mereka, mencopot celana. Indikator aktivitas transfer ada 10 orang mengalami peningkatan dalam melakukan transfer membutuhkan bantuan kecil satu orang untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi maupun ke kursi roda. Indikator aktivitas berjalan ada 3 orang sudah mandiri dan 5 orang masih

membutuhkan bantuan kecil. Indikator aktivitas naik turun tangga ada 12 mengalami peningkatan hanya membutuhkan bantuan alat.

Peneliti melakukan intervensi terapi latihan *Range Of Motion* yang dilakukan minimal 1 kali dalam sehari sesuai dengan SOP, latihan ini merupakan salah satu terapi yang tidak membutuhkan dana yang cukup banyak karena hanya membutuhkan tenaga buat memberikan latihan *Range Of Motion* dan latihan ini bisa dilanjutkan oleh dengan melatih sendiri supaya peningkatan gerak sendinya lebih baik. Peneliti menerapkan SOP *Range Of Motion* dengan cara mengatur posisi pasien terlebih dahulu sehingga merasa aman dan nyaman sebelum melakukan latihan *Range Of Motion*. Sebelum diberikan latihan terlebih dahulu dilakukan ttv, kemudian setelah itu baru dilakukan gerakan latihan *Range Of Motion* dan gerakannya berupa Fleksi Bahu, Abduksi dan Adduksi Bahu, Rotasi Interna dan Eksterna Bahu, Penyilangan Adduksi Bahu, Supinasi dan Pronasi Lengan, Ekstensi dan Fleksi Pergelangan Tangan dan Jari, Fleksi dan Ekstensi Ibu Jari, Fleksi dan Ekstensi Panggul dan Lutut, Rotasi Interna dan Eksterna Panggul, Abduksi dan Adduksi Panggul, Dorso dan Plantar Fleksi Pergelangan Kaki, Eversi dan Inversi Kaki, Ekstensi dan Fleksi Jari-jari Kaki, latihan ini diulang 2-3 kali.

Berdasarkan hasil diatas dapat disimpulkan bahwa latihan *Range Of Motion* mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap perubahan kemandirian *Activity Daily Living* pada pasien post, dari 10 indikator indeks bartle sudah mengalami peningkatan mereka bisa melakukan

beberapa hal hanya dengan bantuan kecil dan ada juga yang sudah mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-harinya. Dan pendampingan keluarga dalam merawatnya juga sangat mempengaruhi motivasi penderita stroke dalam melakukan latihan juga berpengaruh besar dalam peningkatan dalam melakukan *Activity Daily Living*.

5.3.3 Pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi

Berdasarkan hasil penelitian ini, dengan menggunakan analisis *wilcoxon signed rank test* menunjukkan hasil uji statistik di dapatkan nilai $p = 0,000 < \alpha = 0,05$ yang berarti bahwa H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti ada pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.

Hasil perbedaan *Activity Daily Living* sebelum dan sesudah diberikan latihan *Range Of Motion* menggunakan uji *wilcoxon signed rank test* didapatkan nilai $p = 0,000 < \alpha = 0,05$ sehingga dapat disimpulkan H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti ada pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten.

Menurut asumsi peneliti, pemberian latihan *Range Of Motion* yang sesering mungkin akan lebih efektif dalam peningkatan mobilisasi sendi dan dapat meningkatkan *Activity Daily Living* lebih bagus lagi. Dan pendampingan keluarga dalam merawat juga sangat mempengaruhi motivasi penderita stroke dalam melakukan latihan juga berpengaruh besar dalam peningkatan dalam melakukan *Activity Daily Living*.

Penelitian yang dilakukan oleh Aini Nur (2013) tentang pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap peningkatan *Activity Daily Living* pasien hemiparase post stroke, dengan hasil yang didapatkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan dalam pemberian latihan *Range Of Motion* terhadap peningkatan *Activity Daily Living* pada pasien post stroke yang hemiparase. Pemberian latihan *Range Of Motion* dilakukan selama 7 hari dengan frekuensi latihan satu kali sehari pada pasien hemiparase post stroke. Frekuensi latihan pada peningkatan *Activity Daily Living* didapatkan rata-rata hasil yang maksimal mengalami ketergantungan ringan dan ketergantungan sedang.

Mekanisme *Range Of Motion* yaitu akan merangsang *neuron* motorik (otak) dengan pelepasan *transmitter (asetilcolin)* untuk merangsang sel untuk mengaktifkan kalsium sehingga terjadi integritas protein. Jika kalsium dan *troponin C* diaktifkan maka *aktin* dan *miosin* dipertahankan agar fungsi otot skeletal dapat di pertahankan sehingga terjadi peningkatan tonus otot. (Guyton, 2007)

Secara teoritis menurut Carpenito 2010, *Range Of Motion* merupakan salah satu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu esensial untuk mempertahankan kemandirian. Kehilangan kemampuan bergerak walaupun dalam waktu yang singkat memerlukan tindakan tertentu yang tepat, baik oleh pasien maupun perawat. Dalam keperawatan untuk menjaga keseimbangan pergerakan, yaitu perlu di ketahui oleh

perawat, antara lain; gerakan setiap persendian, postur tubuh, latihan dan kemampuan seseorang dalam melakukan suatu aktivitas.

Dalam bidang keperawatan memberikan latihan ROM apabila seseorang sakit, mereka mungkin perlu melakukan latihan ROM sampai mereka dapat memperoleh tingkat aktivitas normalnya (Kozier, 2010). latihan ROM adalah latihan yang diberikan bila seseorang dalam bahaya gangguan gerak sendi akibat proses atau kelemahan. Pasien yang mobilisasi sendinya terbatas kerana penyakit, diabilitas, atau trauma memerlukan latihan sendi untuk mengurangi bahaya imobilisasi. Latihan berikut dilakukan untuk memelihara dan mempertahankan mobilisasi sendi (Heriana, 2014). *Range Of Motion* dengan latihan pasien yang bertujuan untuk mencegah terjadinya *atrofi* dan mencegah terjadinya gangguan pada mobilitas persendian yang diakibatkan oleh kontraktur dan perlengketan jaringan dan mempercepat kemampuan gerak dan fungsi yang dapat mengakibatkan peningkatan kemampuan fungsional pasca stroke (Kozier,2010).

Dalam pemulihan anggota gerak yang mengalami kelemahan terdapat factor yang mempengaruhi peningkatan ADL. lamanya pemberian latihan dapat mempengaruhi hasil yang diperoleh. Lama latihan tergantung pada stamina pasien. Terapi latihan yang baik adalah latihan yang tidak melelahkan, durasi tidak terlalu lama namun dengan pengulangan sesering mungkin (Levine, 2008 dalam Aini Nur, 2013).

Latihan gerak secara berulang membuat konsentrasi untuk melakukan gerakan berulang dengan kualitas sebaik mungkin. Dalam penelitian responden mendapat program terapi dari fisioterapi yang teratur sesuai tingkat kebutuhan responden. Gerakan berulang kali dan terfokus dapat membangun koneksi baru antara motor system dan mengaktifkan spinal motorneuron adalah dasar pemulihann pada stroke (Lang and Beebe, 2009 dalam Aini Nur 2013).

Berdasarkan hasil diatas dapat diketahui bahwa ada pengaruh latihan *Range Of Motion* Terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.

5.4 Keterbatasan Penelitian

Peneliti tidak bisa mengobservasi latihan ROM yang dibrikan keluarga di luar penelitian, walaupun peneliti sudah menghimbau untuk memberikan latihan ROM di luar latihan yang diberikan oleh peneliti.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian Pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi sudah menjawab tujuan peneliti sebagai berikut :

1. Kemampuan *Activity Daily Living* pasien post stroke sebelum diberikan latihan *Range Of Motion* di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi adalah 7 orang (46,7%) mengalami ketergantungan berat.
2. Kemampuan *Activity Daily Living* pasien post stroke sesudah diberikan latihan *Range Of Motion* di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi adalah 7 orang (46,7%) mengalami ketergantungan sedang.
3. ada pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi.
Dengan signifikan $p = 0,000 \leq \alpha = 0,05$

6.2 Saran

Dari hasil penelitian yang penulis lakukan, maka penulis ingin menyampaikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Bagi Tenaga Kesehatan Perawat Puskesmas

Tenaga kesehatan diharapkan dapat memberikan informasi kesehatan tentang latihan *Range Of Motion* terhadap kemandirian *Activity Daily Living* kepada masyarakat melalui kegiatan penyuluhan kepada penderita stroke.

2. Bagi Keluarga Penderita Stroke

Hasil penelitian ini dapat di terapkan sebagai terapi yang dapat dilakukan dirumah pada penderita stroke.

3. Bagi STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi dan digunakan bagi mahasiswa yang akan melakukan penelitian selanjutnya, sehingga mahasiswa akan mampu mengetahui mengenai pembelajaran pemberian latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian serupa dengan pengembangan penelitian lebih lanjut untuk menambah pengalaman informasi serta pengetahuan tentang latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* pasien post stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Agung I. 2006. *Uji Keandalan dan Kesahihan Indeks Activity of Daily Living untuk Mengukur Status Fungsional Dasar pada Usia Lanjut di RSCM*. Tesis. Jakarta: Program Studi Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- American Heart Association. 2004. *Heart Disease and Stroke Statistics*. <https://scholar.unand.ac.id>. Diakses tanggal 11 Januari 2018.
- Bates CJ, Hamer M, Mishra GD. 2011. Depression, psysical function, and risk of mortality: National Diet and Nutrition Survey in adults older than 65 years. *Am J Geriatr Psychiatry*; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20808095> Diakses tanggal 11 Januari 2018.
- Brunner & Suddarth. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta EGC.
- _____. 2013. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta: EGC.
- Carpenito. 2009. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Alih Bahasa Yasmi Asih, Edisi ke -10. Jakarta: EGC.
- Guyton, Arthur C. 2007. *Buku ajar fisiologi kedokteran*. Jakarta : ECG.
- Hardywinoto & Setiabudhi, T. 2007. *Panduan Gerontologi*. Jakarta: Pustaka Utama.
- Hidayat, A dan Aziz Alimul. 2009. *Metode Penelitian dan Tehnik Analisa data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ikhsan, Muhammad Santoso. 2015. Peran Keluarga Dalam Praktik Mobilisasi Pasien Pasca Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Ngariboyo Kecamatan Ngariboyo Kabupaten Magetan. *KTI*. Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.
- Irfan. Muhammad. 2011. *Fisioterapi Bagi Insan Stroke. Edisi I*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Junaidi, Iskandar. 2011. *Stroke Waspadai Ancamannya*. Yogyakarta : ANDI.
- Kementrian Kesehatan RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar Angka Kejadian Stroke di Indonesia. <https://depkes.go.id>. Diakses tanggal 11 Januari 2018.

- Levine, G. Peter. 2008. *Stronger After Stroke Your Roadmap to recovery*. Demos Medical Publishing.
- Lingga, Lanny. 2013. *All About Stroke: Hidup Sebelum dan Pascastroke*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Maryam, Siti. 2008. *Menengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin. 2008. *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurarif, Amin H dan Hardhi Kusuma. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC NOC*. Edisi Revisi Jilid 3. Yogyakarta: Mediacion Publishing.
- Nursalam. 2016. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis. Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P. A., Perry, A. G. 2005. *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. Jakarta: EGC.
- _____. 2010. *Fundamental Of Nursing: Consep, Proses and Practice*. Edisi 7. Vol. 3. Jakarta : EGC.
- _____. 2015. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses & Praktek*. Edisi 4. Vol 1. Jakarta : EGC.
- Saryono. 2011. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Mitra Cendekia.
- Smeltzer, S.C dan Bare, B.E. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddart*. Jakarta : EGC.
- Sugiarto, Andi. 2005. *Penilaian Keseimbangan Dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari Pada Lansia Dip Anti Werdha Pelkris Elim Semarang Dengan Menggunakan Berg Balance Scale Dan Indeks Barthel*. Semarang : UNDIP.
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- _____. 2017. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.

Sujarweni, V. Wiratna. 2014. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.

Suratun., Heryanti., Manurung, S., Raenah, E. 2008. *Klien gangguan system muskuloskeletal: seri asuhan keperawatan*. Jakarta: EGC.

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)

BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN

SK.MENDIKNAS No.146/E/O/2011 : S-1 KEPERAWATAN, S-1 KESEHATAN MASYARAKAT dan D-III KEBIDANAN

SK.MENDIKBUD No. 531/F/O/2014 : PROFESI NFRS

SK.MENRISTEKDIKT No. 64/KPT/2015 : D3 FARMASI dan D3 PEREKAM & INFORMASI KESEHATAN

SK.MENRISTEKDIKT No. 378/KPT/2016 : S1 FARMASI

Kampus : Jl. Taman Praja Kec. Taman Kota Madiun Telp /Fax. (0351) 491947

AKREDITASI BAN PT NO.383/SK/BAN-PT/Akred/PT/V/2015

website : www.stikes-bhm.ac.id

Nomor : 080/STIKES/BHM/U/1/2018
Lampiran : -
Perihal : *Pencarian Data Awal*

Kepada Yth :

Kepala Puskesmas Pitu Ngawi
di -

Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan Hormat,

Dengan ini kami beritahukan bahwa untuk memenuhi syarat dalam penyusunan tugas akhir/skripsi Prodi S1 Keperawatan STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun membuat proposal sebagai study pendahuluan. Sehubungan dengan itu, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu memberikan ijin pengambilan data awal sebagai kelengkapan data penelitian mahasiswa kami yaitu :

Nama Mahasiswa : Desy Nurhayati
NIM : 201402008
Semester : VII (Tujuh)
Data yg dibutuhkan : Angka Kejadian Stroke
Judul : Pengaruh Latihan ROM terhadap ADL (Activity Daily Living) Pasien Post Stroke

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.



Zaenal Abidin, SKM., M.Kes (Epid)

NIS. 2016 0130

LAMPIRAN 2



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)
BHAKTI HUSADA MULIA MADIUN
PRODI SI KEPERAWATAN**

Kampus : Jl. Taman Praja Kec. Taman Kota Madiun Telp /Fax. (0351) 491947
AKREDITASI BAN PT NO.383/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015
website : www.stikes-bhm.ac.id

Nomor : 058/STIKES/BHM/4/V/2018
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth :
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Ngawi
di -

Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan Hormat,

Sebagai salah satu persyaratan Akademik untuk mendapat gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep), maka setiap mahasiswa Ilmu Kesehatan Program Studi S1 Keperawatan STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun yang akan menyelesaikan studinya diharuskan menyusun sebuah Skripsi. Untuk tujuan tersebut diatas, kami mohon bantuan dan kerja sama Bapak/Ibu untuk dapat memberikan izin penelitian kepada :

Nama Mahasiswa : Desy Nur Hayati
NIM : 201402008
Judul : Pengaruh Latihan *Range of Motion* Terhadap *Activity Daily Living* Pasien Post Stroke di Desa Pitu Kedunggal Ngawi
Tempat Penelitian : Desa Pitu Kec.Kedunggal Kab.Ngawi
Lama Penelitian : 1 Bulan
Pembimbing : 1. Asrina Pitayanti,S.Kep.,Ns.,M.Kes
2. H.Edy Bachrun S.KM.,M.Kes

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Madiun, 8 Mei 2018
Ketua

Zaenat Abidin, SKM., M.Kes (Epid)
NIDN. 0217097601

LAMPIRAN 3



**PEMERINTAH KABUPATEN NGAWI
KECAMATAN PITU
KANTOR DESA PITU**

Jalan Raya Pitu-Ngancar Kode Pos 63252

Nomor : 420 / 246 / 404.317.01 / 2018
Sifat : -
Perihal : Surat Keterangan Penelitian

Pitu, 05 Juli 2018
Kepada Yth,
Sdr. Ketua STIKES Bhakti Husada Mulia
di

Madiun

Memperhatikan surat Ketua stikes Bhakti Husada Mulia Nomor 052/STIKES/BHM/U/VI/2018 tanggal 05 Juli 2018, perihal ijin penelitian atas nama Mahasiswa :

Nama : DESY NURHAYATI
NIM : 201402008

Dapat kami laporkan bahwa Mahasiswa tersebut diatas telah selesai melaksanakan penelitian dengan judul "Pengaruh Latihan Range Of Motion Terhadap Activity Daily Living Pasien Post Stroke" di Desa Pitu Kecamatan Pitu Kabupaten Ngawi pada bulan Juni 2018.

Demikian surat keterangan ini kami sampaikan agar dapat dipergunakan seperlunya.

Pitu, 05 Juli 2018
Kepala Desa Pitu



RASMIATI

LAMPIRAN 4

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth

Calon Responden Penelitian

Di Tempat

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya mahasiswa program S1 Keperawatan Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun

Nama : Desy Nurhayati

NIM : 201402008

Akan melakukan penelitian di bidang keperawatan mengenai “Pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* Pasien Post Stroke Di Desa Pitu Kec.Pitu Kab.Ngawi “sehubungan dengan penelitian tersebut, saya memohon kesedian saudara menjadi responden untuk saya amati guna mengisi lembar observasi. Semua data dan informasi yang saudara/i berikan akan tetap terjaga kerahasiannya, hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan.

Penelitian ini akan bermanfaat jika saudara/i berpartisipasi. Apabila saudara/i bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, mohon mendatangi lembar persetujuan.

Madiun, 2018
Peneliti,

(Desy Nurhayati)

LAMPIRAN 5

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

NAMA :

UMUR :

Setelah saya mendapatkan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, jaminan kerahasiaan dan tidak adanya resiko dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program S1 Keperawatan Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun yang bernama Desy Nurhayati mengenai “Pengaruh latihan *Range Of Motion* terhadap *Activity Daily Living* Pasien Post Stroke Di Desa Pitu Kec. Pitu Kab. Ngawi “saya mengetahui bahwa informasi yang saya berikan ini sangat bermanfaat bagi pengetahuan keperawatan di indonesia. Untuk itu saya akan memberikan data yang diperlukan dengan sebenar-benarnya.

Demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sesuai keperluan

Madiun, 2018
Responden,

()

LAMPIRAN 6

	PROSEDUR PELAKSANAAN DENGAN STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) LATIHAN ROM PASIF
Pengertian	<i>Range Of Motion</i> (ROM) adalah segenap gerakan yang dalam keadaan normal dapat dilakukan oleh sendi yang bersangkutan
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan atau memelihara kekuatan otot. 2. Memelihara mobilitas persendian. 3. Merangsang sirkulasi darah. 4. Mencegah kelainan bentuk.
Prosedur pelaksanaan	<p>A. Tahap Persiapan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan alat. 2. Memberikan salam, memperkenalkan diri, dan mengidentifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien secara cermat. 3. Menjelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan menjawab seluruh pertanyaan pasien. 4. Mengatur posisi pasien sehingga merasa aman dan nyaman 5. Melakukan TTV
	<p>B. Tahap Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fleksi Bahu <ol style="list-style-type: none"> a. Tempatkan tangan kiri perawat di atas siku pasien, kemudian tangan kanan memegang tangan pasien. b. Angkat tangan ke atas dari sisi tubuh. c. Gerakan tangan perlahan-lahan, lemah lembut ke arah kepala sejauh mungkin. d. Letakkan tangan di bawah kepala dan tahan untuk mencegah dorongan fleksi, tekuk tangan dan siku. e. Angkat kembali lengan ke atas kembali ke posisi semula. f. Ulangi latihan lebih kurang sampai 3 kali.

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Abduksi dan Adduksi Bahu <ol style="list-style-type: none"> a. Tempatkan tangan kiri perawat di atas siku pasien, tangan kanan memegang tangan pasien. b. Pertahankan posisi tersebut, kemudian gerakkan lengan sejauh mungkin dari tubuh dalam keadaan lurus. c. Tekuk dan gerakkan lengan segera perlahan ke atas kepala sejauh mungkin. d. Kembalikan pada posisi semula. e. Ulangi latihan lebih kurang sampai 3 kali. 3. Rotasi Interna dan Eksterna Bahu <ol style="list-style-type: none"> a. Tempatkan lengan pasien pada titik jauh dari tubuh, bengkokkan siku. Pegang lengan atas, tempatkan pada bantal. b. Angkat lengan dan tangan. c. Gerakkan lengan ke bawah dan tangan secara perlahan-lahan ke belakang sejauh mungkin. d. Kembalikan lengan pada posisi semula. e. Ulangi latihan lebih kurang 3 kali. 4. Penyilangan Adduksi Bahu <ol style="list-style-type: none"> a. Tempatkan tangan kiri perawat di bawah siku dan tangan lain memegang tangan pasien. b. Angkat lengan pasien. c. Posisi lengan setinggi bahu, gerakkan tangan menyilang kepala sejauh mungkin. d. Kembalikan lengan pada posisi semula. e. Ulangi latihan lebih kurang 3 kali. 5. Supinasi dan Pronasi Lengan <ol style="list-style-type: none"> a. Permulaan posisi: pegang tangan pasien dengan kedua tangan, posisi telunjuk pada telapak tangan, kedua ibu jari di punggung tangan. b. Tekuk telapak tangan pasien menghadap wajah pasien. c. Kemudian tekukkan telapak tangan bagian punggung ke muka pasien.
--	--

	<p>d. Ulangi latihan lebih kurang 3 kali.</p> <p>6. Ekstensi dan Fleksi Pergelangan Tangan dan Jari</p> <p>a. Pegang pergelangan tangan pasien dengan satu tangan pasien dan tangan pasien bergengaman dengan tangan perawat.</p> <p>b. Tekuk punggung tangan ke belakang sambil mempertahankan posisi jari lurus.</p> <p>c. Luruskan tangan.</p> <p>d. Tekuk tangan ke depan sambil jari-jari menutup membuat gengaman, kemudian buka tangan.</p> <p>e. Ulangi latihan lebih kurang 3 kali.</p> <p>7. Fleksi dan Ekstensi Ibu Jari</p> <p>a. Pegang tangan pasien, tekuk ibu jari ke dalam telapak tangan pasien.</p> <p>b. Dorong ibu jari ke belakang pada titik terjauh dari telapak tangan pasien. Ulangi lebih kurang 3 kali.</p> <p>c. Gerakan ibu jari pasien memutar/sirkulasi pada satu lingkaran.</p> <p>8. Fleksi dan Ekstensi Panggul dan Lutut</p> <p>a. Tempatkan salah satu tangan perawat dibawah lutut pasien, tangan lain di atas tumit dan menahan kaki pasien.</p> <p>b. Angkat tungkai kaki dan tekukan pada lutut, gerakan tungkai kebelakang sejauh mungkin.</p> <p>c. Luruskan lutut di atas permukaan kaki, kembalikan pada posisi semula.</p> <p>d. Ulangi latihan lebih kurang 3 kali.</p> <p>9. Rotasi Interna dan Eksterna Panggul</p> <p>a. Tempatkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien, tangan lain di atas tumit kaki pasien.</p> <p>b. Angkat tungkai dan tekuk membuat sudut yang besar di atas lutut.</p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> c. Pegang lutut dan kaki pasien mendorong ke hadapan perawat. d. Gerakkan kaki ke posisi semula. e. Dorong kaki sejauh mungkin dari perawat, gerakkan ke posisi semula. f. Ulangi latihan lebih kurang sampai 3 kali. <p>10. Abduksi dan Adduksi Panggul</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tempatkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien, letakkan tangan lain di bawah tumit. b. Pegang tungkai dalam keadaan lurus, kemudian angkat ke atas setinggi 5 cm dari kasur. c. Tarik kaki ke arah luar, ke hadapan perawat. d. Dorong tungkai ke belakang dan kembalikan ke posisi semula. e. Ulangi latihan lebih kurang 3 kali. <p>11. Dorso dan Plantar Fleksi Pergelangan Kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pegang tumit pasien dengan tangan perawat, biarkan istirahat pada tangan perawat. b. Tekan lengan perawat pada telapak kaki, gerakkan menghadap tungkai. c. Pindahkan tangan perawat pada posisi semula. d. Pindahkan tangan ke ujung kaki dan bagian bawah kaki, dorong kaki ke bawah pada titik maksimal secara bersamaan, kemudian dorong kembali ke atas pada tumit e. Ulangi latihan berikut lebih kurang 3 kali. <p>12. Eversi dan Inversi Kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Putar kaki satu persatu ke arah luar. b. Kemudian kembali ke arah dalam. c. Ulangi latihan lebih kurang 3 kali. <p>13. Ekstensi dan Fleksi Jari-jari Kaki</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mulai dengan menarik ujung jari kaki ke atas. b. Ujung-ujung jari kaki di dorong ke bawah. c. Ulang latihan lebih kurang 3 kali.
--	--

	<p>C. Tahap Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengevaluasi hasil latihan ROM2. Menganjurkan pasien mengulangi gerakan-gerakan yang diajarkan3. Berpamitan dengan pasien4. Mendokumentasikan tindakan dan respon pasien didalam catatan keperawatan
--	--

LAMPIRAN 7

PENGISIAN LEMBAR OBSERVASI

1. lembar observasi ini dengan jujur, sesuai dengan keadaan dan perasaan anda yang sebenarnya.
2. Jawaban yang anda berikan di jaga kerahasiannya.
3. Apabila ada pertanyaan yang kurang jelas atau tidak di mengerti, mintalah petunjuk dari peneliti.

A. IDENTITAS RESPONDEN

Inisial : No.Responden ()

Usia :

Jenis kelamin :

Pendidikan :

TTV :

- TD :

- Nadi :

- RR :

- Suhu :

LAMPIRAN 8**OBSERVASI SKALA INDEKS BARTLE**

No.	Item yang dinilai	Skor	Nilai
1	Makan (Feeding)	0 : Tidak mampu 1 : Butuh bantuan memotong, mengoles mentega. Dll 2 : Mandiri	
2	Mandi (Bathing)	0 : Tergantung orang lain 1 : Mandiri	
3	Perawatan diri (Grooming)	0 : Membutuhkan bantuan orang lain 1 : mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur	
4	Berpakaian (Dressing)	0 : Tergantung orang lain 1 : Sebagian dibantu (misal mengancing baju) 2 : Mandiri	
5	Buang air kecil (Bowel)	0 : Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 : Kadang inkontinensia (Maks, 1x24 Jam)	
6	Buang air besar (Bladder)	0 : Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 : Kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2 : Kontinensia teratur	
7	Penggunaan toilet	0 : Tergantung bantuan orang lain 1 : Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri 2 : Mandiri	
8	Transfer	0 : Tidak mampu 1 : Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 : Bantuan kecil (1 orang) 3 : Mandiri	

No.	Item yang dinilai	Skor	Nilai
9	Mobilitas/ Berjalan	0 : Immobile 1 : Menggunakan kursi roda 2 : Berjalan dengan bantuan 1 orang 3 : Mandiri	
10	Naik turun tangga	0 : Tidak mampu 1 : Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 : Mandiri	

Interpretasi hasil :

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Sedang

5-8.1 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan Total

LAMPIRAN 9

KISI-KISI OBSERVASI SKALA *INDEKS BARTLE*

Activity Daily Living (ADL) dalam Indeks Barthel

No	Soal	Nomor Soal	Jumlah Soal
1.	Pemenuhan Nutrisi	1	1
2.	Personal Hygine	2, 3, 4	3
3.	Eliminasi	5,6,7	3
4.	Mobilisasi	8, 9, 10	3

LAMPIRAN 10

TABULASI DATA RESPONDEN

Nama	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan
Tn.K	1	2	3	2
Ny.R	2	1	2	1
Tn.P	1	2	2	2
Ny.K	2	1	3	2
Tn.M	1	2	2	2
Ny.E	2	1	4	3
Ny.D	2	2	2	1
Tn.S	1	1	2	2
Tn.M	1	2	3	3
Tn.S	1	2	2	2
Tn.K	1	2	2	2
Tn.S	1	2	4	3
Tn.S	1	2	2	3
Tn.J	1	2	3	3
Tn.p	1	2	2	2

LAMPIRAN 11

DEMOGRAFI

Frequencies

Statistics

		Jenis_Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan
N	Valid	15	15	15	15
	Missing	0	0	0	0
Mean		1.27	1.733	2.53	2.20
Median		1.00	2.000	2.00	2.00
Mode		1	2.0	2	2
Std. Deviation		.458	.4577	.743	.676
Skewness		1.176	-1.176	1.074	-.256
Std. Error of Skewness		.580	.580	.580	.580
Kurtosis		-.734	-.734	-.106	-.505
Std. Error of Kurtosis		1.121	1.121	1.121	1.121
Minimum		1	1.0	2	1
Maximum		2	2.0	4	3
Sum		19	26.0	38	33

Jenis_Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	11	73.3	73.3	73.3
	Perempuan	4	26.7	26.7	100.0
Total		15	100.0	100.0	

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	40-50 tahun	4	26.7	26.7	26.7
	51-60 tahun	11	73.3	73.3	100.0
Total		15	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SD	9	60.0	60.0	60.0
SMP	4	26.7	26.7	86.7
SMA	2	13.3	13.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak bekerja/IRT	2	13.3	13.3	13.3
Petani	8	53.3	53.3	66.7
Swasta	5	33.3	33.3	100.0
Total	15	100.0	100.0	

LAMPIRAN 12

TABULASI <i>ACTIVITY DAILY LIVING</i> PASIEN POST STROKE SEBELUM DIBERIKAN LATIHAN RANGE OF MOTION													
Nama	PERTANYAAN										Skor Responden	Kategori	Koding
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Tn.K	0	0	0	1	1	1	1	1	2	0	7	Ketergantungan Berat	2
Ny.R	1	0	1	0	1	2	1	1	2	1	10	Ketergantungan Sedang	3
Tn.P	1	0	0	1	0	1	0	1	2	1	7	Ketergantungan Berat	2
Ny.K	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	10	Ketergantungan Sedang	3
Tn.M	1	0	0	1	1	2	0	1	1	0	8	Ketergantungan Berat	2
Ny.E	1	0	1	1	1	2	0	1	1	0	8	Ketergantungan Berat	2
Ny.D	1	0	1	1	1	2	1	1	2	1	11	Ketergantungan Sedang	3
Tn.S	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	4	Ketergantungan Total	1
Tn.M	1	0	1	0	0	1	0	1	2	0	6	Ketergantungan Berat	2
Tn.S	1	0	1	1	1	1	1	2	2	1	11	Ketergantungan Sedang	3
Tn.K	1	0	1	1	1	1	0	1	2	0	8	Ketergantungan Berat	2
Tn.S	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	5	Ketergantungan Berat	2
Tn.S	1	0	1	1	1	1	1	2	2	1	11	Ketergantungan Sedang	3
Tn.J	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	4	Ketergantungan Total	1
Tn.p	1	0	1	1	1	2	1	2	1	1	11	Ketergantungan Sedang	3

Keterangan:

ADL	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Mandiri	0	0
Ketergantungan Ringan	0	0
Ketergantungan Sedang	6	40,0
Ketergantungan Berat	7	46,7
Ketergantungan Total	2	13,3

TABULASI ACTIVITY DAILY LIVING PASIEN POST STROKE SEBELUM DILAKUKAN RANGE OF MOTION

Nama	PERTANYAAN									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Makan	Mandi	Perawatan Diri	Berpakaian	BAK	BAB	Toileting	Transfer	Berjalan	Naik Turun Tangga
	0 : Tidak mampu 1 : Butuh bantuan memotong, mengoles mentega. DII 2 : Mandiri	0 : Tergantung orang lain 1 : Mandiri	0 : Membutuhkan bantuan orang lain 1 : mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur	0 : Tergantung orang lain 1 : Sebagian dibantu (misal mengancing baju) 2 : Mandiri	0 : Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 : Kadang inkontinensia (Maks, 1x24 Jam	0 : Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 : Kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2 : Kontinensia teratur	0 : Tergantung bantuan orang lain 1 : Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri 2 : Mandiri	0 : Tidak mampu 1 : Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 : Bantuan kecil (1 orang) 3 : Mandiri	0 : Immobile 1 : Menggunakan kursi roda/ berjalan dengan bantuan 2 orang 2 : Berjalan dengan bantuan 1 orang 3 : Mandiri	0 : Tidak mampu 1 : Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 : Mandiri
Tn.K	0	0	0	1	1	1	1	1	2	0
Ny.R	1	0	1	0	1	2	1	1	2	1
Tn.P	1	0	0	1	0	1	0	1	2	1
Ny.K	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1
Tn.M	1	0	0	1	1	2	0	1	1	0
Ny.E	1	0	1	1	1	2	0	1	1	0
Ny.D	1	0	1	1	1	2	1	1	2	1
Tn.S	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0
Tn.M	1	0	1	0	0	1	0	1	2	0
Tn.S	1	0	1	1	1	1	1	2	2	1
Tn.K	1	0	1	1	1	1	0	1	2	0
Tn.S	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0
Tn.S	1	0	1	1	1	1	1	2	2	1
Tn.J	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0
Tn.p	1	0	1	1	1	2	1	2	1	1

Keterangan :

1. Makan = Membutuhkan bantuan keluarga ada 13 orang dan tidak mampu ada 2 orang
2. Mandi = Tergantung pada orang lain ada 15 orang
3. Perawatan diri = Membutuhkan bantuan orang lain ada 6 orang dan Mandiri dalam perawatan muka,rambut,gigi dan bercukur ada 9 orang
4. Berpakaian = Tergantung pada orang lain ada 3 orang dan Sebagian dibantu (semisal mencancing baju) ada 12 orang
5. BAK = Mengalami inkontinensia tidak teratur ada 5 orang
6. BAB = Mengalami inkontinensia teratur ada 10 orang
7. Toileting = Tergantung pada orang lain ada 8 dan Membutuhkan bantuan tetapi bisa melakukan beberapa hal sendiri ada 7orang
8. Transfer = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) ada 12 orang dan membutuhkan bantuan kecil ada 3 orang
9. Berjalan = Membutuhkan bantuan alat ada 6 orang, Berjalan dengan bantuan 1 orang ada 9 orang
10. Naik turun tangga = Tidak mampu ada 8 orang, membutuhkan bantuan alat ada 7 orang

**TABULASI ACTIVITY DAILY LIVING PASIEN POST STROKE
SESUDAH DIBERIKAN LATIHAN RANGE OF MOTION**

Nama	PERTANYAAN										Skor Responden	Kategori	Koding
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Tn.K	1	0	1	1	1	2	1	2	1	1	11	Ketergantungan Sedang	3
Ny.R	2	1	1	2	1	2	2	2	3	1	17	Ketergantungan Ringan	4
Tn.P	1	0	1	2	1	1	1	1	2	1	11	Ketergantungan Sedang	3
Ny.K	2	1	1	2	1	2	2	1	3	1	16	Ketergantungan Ringan	4
Tn.M	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1	11	Ketergantungan Sedang	3
Ny.E	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	11	Ketergantungan Sedang	3
Ny.D	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	14	Ketergantungan Ringan	4
Tn.S	1	0	0	1	0	2	0	1	1	0	6	Ketergantungan Berat	2
Tn.M	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	11	Ketergantungan Sedang	3
Tn.S	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	14	Ketergantungan Ringan	4
Tn.K	1	0	1	2	1	2	0	2	2	0	11	Ketergantungan Sedang	3
Tn.S	1	0	1	1	1	2	1	2	1	1	11	Ketergantungan Sedang	3
Tn.S	2	1	1	2	1	2	1	2	3	1	16	Ketergantungan Ringan	4
Tn.J	1	0	1	1	0	2	0	1	1	0	7	Ketergantungan Berat	2
Tn.p	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	14	Ketergantungan Ringan	4

Keterangan:

ADL	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Mandiri	0	0
Ketergantungan Ringan	6	40,0
Ketergantungan Sedang	7	46,7
Ketergantungan Berat	2	13,3
Ketergantungan Total	0	0

TABULASI ACTIVITY DAILY LIVING PASIEN POST STROKE SESUDAH DILAKUKAN RANGE OF MOTION

Nama	PERTANYAAN									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Makan	Mandi	Perawatan Diri	Berpakaian	BAK	BAB	Toileting	Transfer	Berjalan	Naik Turun Tangga
	0 : Tidak mampu 1 : Butuh bantuan memotong, mengoles mentega. DII 2 : Mandiri	0 : Tergantung orang lain 1 : Mandiri	0 : Membutuhkan bantuan orang lain 1 : mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur	0 : Tergantung orang lain 1 : Sebagian dibantu (misal mengancing baju) 2 : Mandiri	0 : Inkontinensi a atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 : Kadang inkontinensi a (Maks, 1x24 Jam	0 : Inkontinensi a (tidak teratur atau perlu enema) 1 : Kadang inkontinensi a (sekali seminggu) 2 : Kontinensi teratur	0 : Tergantung bantuan orang lain 1 : Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri 2 : Mandiri	0 : Tidak mampu 1 : Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 : Bantuan kecil (1 orang) 3 : Mandiri	0 : Immobile 1 : Menggunakan kursi roda 2 : Berjalan dengan bantuan 1 orang 3 : Mandiri	0 : Tidak mampu 1 : Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 : Mandiri
Tn.K	1	0	1	1	1	2	1	2	1	1
Ny.R	2	1	1	2	1	2	2	2	3	1
Tn.P	1	0	1	2	1	1	1	1	2	1
Ny.K	2	1	1	2	1	2	2	1	3	1
Tn.M	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1
Ny.E	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1
Ny.D	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1
Tn.S	1	0	0	1	0	2	0	1	1	0
Tn.M	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
Tn.S	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1
Tn.K	1	0	1	2	1	2	0	2	2	0
Tn.S	1	0	1	1	1	2	1	2	1	1
Tn.S	2	1	1	2	1	2	1	2	3	1
Tn.J	1	0	1	1	0	2	0	1	1	0
Tn.p	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1

Keterangan :

1. Makan = Membutuhkan bantuan keluarga ada 11 orang dan mandiri ada 4 orang
2. Mandi = Tergantung pada orang lain ada 7 dan mandiri ada 8 orang
3. Perawatan diri = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi dan bercukur ada 14 orang dan membutuhkan bantuan orang lain ada 1
4. Berpakaian = Sebagian dibantu (semisal mencancing baju) ada 7 orang dan mandiri ada 8 orang
5. BAK = Mengalami inkontinensia dan sebagian bisa kamar mandir sendiri ada 13 orang
6. BAB = Mengalami inkontinensia teratur dan ke kamar mandi ada yang mandiri dan sebagian besar di bantu keluarga ada 12 orang
7. Toileting = Membutuhkan bantuan tetapi bisa melakukan beberapa hal sendiri ada 9 orang, Tergantung pada orang lain ada 3 orang dan mandiri ada 3 orang
8. Transfer = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) ada 5 orang dan membutuhkan bantuan kecil ada 10 orang
9. Berjalan = Membutuhkan bantuan alat ada 7 orang, Berjalan dengan bantuan 1 orang ada 5 orang, mandiri ada 3 orang
10. Naik turun tangga = Membutuhkan bantuan alat ada 12 orang dan tidak mampu ada 3 orang

LAMPIRAN 13

Hasil *pre-test*

Frequencies

		Pretest_ADL
N	Valid	15
	Missing	0
Mean		2.27
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.704
Skewness		-.433
Std. Error of Skewness		.580
Kurtosis		-.669
Std. Error of Kurtosis		1.121
Minimum		1
Maximum		3
Sum		34

Frequency Table

		Pretest_ADL			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KETERGANTUNGAN TOTAL	2	13.3	13.3	13.3
	KETERGANTUNGAN BERAT	7	46.7	46.7	60.0
	KETERGANTUNGAN SEDANG	6	40.0	40.0	100.0
Total		15	100.0	100.0	

Hasil *post-test*

Frequencies

		Posttest_ADL
N	Valid	15
	Missing	0
Mean		3.27
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.704
Skewness		-.433
Std. Error of Skewness		.580
Kurtosis		-.669
Std. Error of Kurtosis		1.121
Minimum		2
Maximum		4
Sum		49

Frequency Table

		Posttest_ADL			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KETERGANTUNGAN BERAT	2	13.3	13.3	13.3
	KETERGANTUNGAN SEDANG	7	46.7	46.7	60.0
	KETERGANTUNGAN RINGAN	6	40.0	40.0	100.0
Total		15	100.0	100.0	

LAMPIRAN 14

UJI NORMALITAS

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pretest_ADL	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%
Posttest_ADL	15	100.0%	0	.0%	15	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Pretest_ADL	Mean	2.27	.182	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.88	
		Upper Bound	2.66	
	5% Trimmed Mean	2.30		
	Median	2.00		
	Variance	.495		
	Std. Deviation	.704		
	Minimum	1		
	Maximum	3		
	Range	2		
	Interquartile Range	1		
	Skewness	-.433	.580	
	Kurtosis	-.669	1.121	
Posttest_ADL	Mean	3.27	.182	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.88	
		Upper Bound	3.66	
	5% Trimmed Mean	3.30		
	Median	3.00		

Variance	.495	
Std. Deviation	.704	
Minimum	2	
Maximum	4	
Range	2	
Interquartile Range	1	
Skewness	-.433	.580
Kurtosis	-.669	1.121

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pretest_ADL	.251	15	.012	.798	15	.003
Posttest_ADL	.251	15	.012	.798	15	.003

a. Lilliefors Significance Correction

LAMPIRAN 15

Uji Wilcoxon Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks			
	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Posttest_ADL - Pretest_ADL			
Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
Positive Ranks	15 ^b	8.00	120.00
Ties	0 ^c		
Total	15		

a. Posttest_ADL < Pretest_ADL

b. Posttest_ADL > Pretest_ADL

c. Posttest_ADL = Pretest_ADL

Test Statistics ^b	
	Posttest_ADL - Pretest_ADL
Z	-3.873 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

LAMPIRAN 16

DOKUMENTASI PENELITIAN



LAMPIRAN 17**JADWAL PENYUSUNAN SKRIPSI**

No	Kegiatan	Bulan							
		Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli
1.	Pengajuan dan konsul judul								
2.	Penyusunan proposal								
3.	Bimbingan Proposal								
4.	Ujian proposal								
5.	Revisi proposal								
6.	Pengambilan data (Penelitian)								
7.	Penyusunan dan bimbingan skripsi								
8.	Ujian skripsi								

LAMPIRAN 18

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : DESY. NURHAYATI
 NIM : 201902008
 Judul : pengaruh latihan ADL terhadap kemandirian pasien stroke
 Pembimbing 1 :
 Pembimbing 2 :

PEMBIMBING 1 : ASLINA RITAYANI S.RP Ns. M. Kes

NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
1.	18/12/17	penelitian tema judul	Bikin latar belakang	Jini
2.	2/1/2018	kontrol BAB I	Revisi BAB I	Jini
3.	6/1/2018	kontrol BAB I	Revisi Bab I Bikin BAB II	Jini
4.	12/1/2018	kontrol BAB I	Revisi 1 lagi sewa judul tema latihan RBM, ADL P. cVA.	Jini
5.	20/1/2018	kontrol BAB II & I	Revisi Bikin BAB II	Jini
6.	21/2/2018	kontrol bab III & IV	Revisi sesuai arahan bikin bab IV	Jini
8.	23/2/2018	kontrol BAB III & IV	Revisi sesuai arahan tentang SOP + kuesioner	Jini

KARTU BIMBINGAN TUGAS AKHIR

PRODI S1 KEPERAWATAN

PEMBIMBING 2 : EDY BACHRUN S.K.M. M. Kes

NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
1		Konsul judul	Acc.	J
2	4-1-2018	kontrol BAB I	Revisi	J
3	20-2-2018	lobang ganti desk BAB 3. dihapus	Revisi	J
4	2-3-2018	BAB 4 baca buku subotek - Over Cuba & ttd	Revisi	J
5	15-3-2018	BAB 5. dihapus	Revisi	J
6	27-3-2018	ACC. Gap upa	Acc	J
7	10-4-2018	BAB 5. dihapus		J
8	14-7-2018	BAB 5, 6	acc	J

NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd

NO	TANGGAL	TOPIK / BAB	HASIL KONSULTASI	Ttd
8.	8/2018. /3	~ Konsul Lat TU. ~ ACC maju ujian - kelengkapan proposal di bikin.	~ Btkn ppt ~ Syarat ujian dilempar	<i>[Signature]</i>
10	4/2018 /6	Bab 5-6.	Revisi F.O.T.	<i>[Signature]</i>
11	4/2018 /7	Bab 5.	Revisi seminar di persiapkan pd index buku pre dibaca post misal ada perubahan buku.	<i>[Signature]</i>
12.	10/2018. /7	Bab. 5-6.	Revisi spt arahan.	<i>[Signature]</i>
13	11/2018 /7	Bab Abstrak	Acc maju ujian. bikin PPT	<i>[Signature]</i>

Kaprodi Keperawatan

[Signature]
 Mega