

EFEKTIFITAS ROM PASIF DALAM MENGATASI KONSTIPASI PADA PASIEN STROKE DI RUANG NEURO BADAN LAYANAN UMUM DAERAH (BLUD) RSUD DR. M.M DUNDA KABUPATEN GORONTALO

Mira Astri Koniyo

Email : miraastri_koniyo@yahoo.co.id
Dosen Keperawatan Politekes Gorontalo

ABSTRAK

Stroke termasuk penyakit *serebrovaskuler* (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (*infark serebral*) yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak.

Tujuan Penelitian ini untuk Mengidentifikasi seberapa baik Efektifitas Rom Pasif Dalam Mengatasi Konstipasi Pada Pasien Stroke di Ruang Neuro BLUD RSUD DR. M.M Dunda Limboto, Kabupaten Gorontalo dengan cara melakukan intervensi keperawatan (ROM pasif) pada pasien stroke dengan menggunakan pendekatan deskriptif. Tindakan dikatakan efektif, bila klien mengatakan “sudah BAB”, maka artinya: 100%. Tindakan dikatakan cukup efektif, bila klien mengatakan “sudah ada rasa ingin BAB”, maka artinya 50 – 75%. Tindakan dikatakan tidak efektif, bila klien mengatakan “klien tidak dapat BAB”, maka artinya <50%. Dari hasil penelitian menunjukkan didapatkan hasil 75 % (6 responden) dengan kategori tindakan dikatakan cukup efektif, dan 25 % (2 responden) dengan kategori tindakan dikatakan tidak efektif. Maka, peneliti menyimpulkan bahwa didapatkan 75 % keefektifan ROM Pasif dalam mengatasi konstipasi pada pasien Stroke Non Hemoragik di BLUD RSUD DR. M.M. Dunda Kabupaten Gorontalo dengan kategori “cukup”.

Kata kunci: ROM Pasif, Konstipasi, Stroke.

Salah satu tujuan bangsa Indonesia yang tercantum dalam pembukaan Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 adalah mewujudkan dan memajukan kesejahteraan umum yakni mewujudkan masyarakat makmur dan berkeadilan sosial yang mencerminkan kesejahteraan lahir dan batin. Salah satu indikasi keberhasilan dari hal-hal tersebut adalah bila derajat kesehatan telah tercapai secara optimal. Dewasa ini bangsa Indonesia telah menerapkan konsep paradigma sehat menuju Indonesia Sehat 2010 sebagaimana tujuan pembangunan kesehatan yang diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal dengan cara

menciptakan masyarakat yang berperilaku sehat (Depkes, 1999).

Upaya yang ditempuh dalam merealisasikan tujuan di atas, maka tidak hanya menitikberatkan pada bidang penyembuhan (*kuratif*) saja seperti dengan obat-obatan atau melakukan tindakan operasi saat menderita suatu penyakit, tetapi juga melalui upaya peningkatan (*promotif*) seperti mendidik kebiasaan hidup sehat atau dengan peningkatan gizi, pencegahan (*preventif*) seperti memberikan pelatihan kepada seseorang yang *bedrest* dalam jangka waktu yang lama, serta pemulihan (*rehabilitatif*) yang merupakan upaya pengobatan atau latihan kepada pasien *disabilitas* guna mencapai fungsional secara

maksimal. Salah satu penyakit yang membutuhkan upaya tersebut adalah stroke.

Stroke tak lagi hanya menyerang kelompok lansia, namun kini cenderung menyerang generasi muda yang masih produktif. Stroke juga tak lagi menjadi milik warga kota yang berkecukupan, namun juga dialami oleh warga pedesaan yang hidup dengan serba keterbatasan. Hal ini akan berdampak terhadap menurunnya tingkat produktifitas serta dapat mengakibatkan terganggunya sosial ekonomi keluarga. Selain karena besarnya biaya pengobatan *pasca* stroke, juga yang menderita stroke adalah tulang punggung keluarga yang biasanya kurang melakukan gaya hidup sehat, akibat kesibukan yang padat.

Stroke termasuk penyakit *serebrovaskuler* (pembuluh darah otak) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (*infark serebral*) yang terjadi karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak. Berkurangnya aliran darah dan oksigen ini bisa dikarenakan adanya sumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah. Stroke sering menimbulkan permasalahan yang *kompleks*, baik dari segi kesehatan, ekonomi dan sosial, serta membutuhkan penanganan yang *komprehensif* dalam waktu yang lama bahkan sepanjang hidup pasien.

Stroke adalah kematian sel otak yang mendadak atau tiba-tiba oleh karena gangguan sirkulasi darah ke otak, ketika asupan darah ke otak lemah, oksigen dan nutrisi yang penting untuk otak tidak dapat disalurkan. Akibatnya terjadi ketidaknormalan fungsi otak. Gangguan aliran darah ke otak dapat terjadi oleh karena *blokade* atau kerusakan dari pembuluh arteri (Anonimity, 2010). Menurut World Health Organisation (WHO), 1997 stroke adalah salah satu gangguan fungsional yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik lokal maupun global yang berlangsung dengan cepat, berlangsung lebih dari 24 jam, atau berakhir dengan kematian, disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak (Susilo, 2000).

Dengan pemulihan secara terpadu dan sedini mungkin maka semakin besar kemungkinan pengembalian fungsi, juga komplikasi akibat *imobilisasi* dapat dicegah dan kecacatan lebih lanjut dapat dihindari sehingga dapat mandiri tanpa tergantung pada orang lain. Komplikasi lanjut terjadi setelah fase akut stroke terlampaui. Komplikasi umum terjadi akibat tindakan rehabilitasi yang kurang memadai. Berbagai komplikasi lanjut stroke akibat *imobilisasi*, salah satunya *inkontinensia alvi* atau konstipasi. Umumnya penyebabnya adalah *imobilitas*, kekurangan cairan dan intake makanan (Bethesda, 2008). Konstipasi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kesulitan buang air besar atau jarang buang air besar. Konstipasi sering disebabkan oleh berubahnya makanan atau berkurangnya aktivitas fisik.

Salah satu bentuk tindakan keperawatan, dalam hal ini terapi setelah masa kritis, yakni pasien dibantu untuk bergerak atau tubuh klien digerak-gerakkan secara sistematis, yang biasa disebut Rentang Gerak atau *Range Of Motion* (ROM). ROM adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif. ROM Pasif artinya pasien dibantu oleh perawat dalam melakukan gerakan sesuai dengan kemampuan. Kekuatan otot pasien yang dilakukan ROM pasif yaitu 50 %.

Insiden stroke adalah 200 per 100.000 penduduk dalam satu tahun, artinya dalam satu tahun diantara 100.000 penduduk maka 200 orang akan mendapat stroke (Lumbantobing, 1994). Menurut berbagai literatur insiden *stroke infrak* 15%-30% dan *stroke ischemic* antara 70%-85%. Tetapi di Negara-negara berkembang kejadian *stroke infrak* sekitar 30% dan *stroke ischemic* 70% (Iskandar, 2003). Pada tahun 2020 diperkirakan sekitar 7,6 juta orang akan meninggal karena stroke. Peningkatan tertinggi akan terjadi di negara

berkembang terutama dinegara kawasan Asia Pasifik. Di Indonesia terjadi sekitar 800-1000 kasus stroke setiap tahunnya (Mangoenprasodjo, 2005).

Berdasarkan data yang diperoleh dari BLUD RSUD. M.M Dunda Kab. Gorontalo, tentang jumlah pasien rawat inap yang dirawat di ruang Neuro, pada tahun 2008 yakni 138 orang. Rata-rata pasien berumur di antara 45-64 tahun. Pada tahun 2009 meningkat menjadi 201 orang pasien stroke yang dirawat di ruang neuro. Data pasien stroke bulan Januari 2010 adalah 24 orang.

Dari data-data pasien stroke yang dirawat di ruang Neuro, BLUD RSUD. M.M Dunda Limboto mayoritas, bahkan hampir semua mengalami komplikasi dini yakni konstipasi. Dari studi kasus yang peneliti lakukan, yakni dengan cara wawancara baik dengan penderita maupun keluarga, didapatkan presentase penderita konstipasi pada pasien stroke di ruang Neuro, adalah sekitar 90%. Dari 10 pasien stroke yang peneliti temui, 9 diantaranya mengeluhkan sudah beberapa hari belum BAB. Ini dikarenakan kelemahan yang pasien rasakan dan ketidakmampuan untuk bergerak. Pencegahan terhadap komplikasi dari tirah baring yang lama dapat dilakukan dengan melakukan latihan mobilisasi atau ROM yang teratur secara tepat waktu dan tepat tehnik sesuai dengan kondisi penderita.

Di Rumah Sakit (RS), melakukan mobilisasi dini pada penderita stroke merupakan tugas yang penting bagi perawat, mengingat perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling lama kontak dengan penderita. Di BLUD RSUD. M.M Dunda, tepatnya di ruang Neuro, tindakan mobilisasi dini sudah selalu dilakukan oleh perawat. Tetapi, perlu diteliti apakah efektif tindakan ROM pasif dilakukan pada pasien stroke untuk mengatasi masalah konstipasi.

Berdasarkan uraian dalam latar belakang, maka rumusan masalah dalam penelitian adalah "Seberapa baik Efektifitas

ROM Pasif dalam Mengatasi Konstipasi Pada Pasien Stroke?"

Mengidentifikasi seberapa baik Efektifitas Rom Pasif Dalam Mengatasi Konstipasi Pada Pasien Stroke di Ruang Neuro BLUD RSUD. M.M Dunda Limboto, Kabupaten Gorontalo dengan cara melakukan intervensi keperawatan (ROM pasif) pada pasien stroke.

Tinjauan Umum tentang Stroke

Cerebrovascular accident (CVA) atau yang biasa dikenal dengan stroke merupakan penyakit sistem persarafan yang paling sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Kira-kira 200.000 kematian dan 200.000 orang dengan gejala sisa akibat stroke pada setiap tingkat umur, tetapi yang paling sering pada usia 75-85 tahun. Stroke juga biasa disebut Gangguan Peredaran Darah Otak (GPDO).

1. Pengertian Stroke

Menurut Muttaqin, 2008; 234 stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan lain sebagai akibat gangguan fungsi otak.

Menurut WHO, 1997 stroke adalah salah satu gangguan fungsional yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik lokal maupun global yang berlangsung dengan cepat, berlangsung lebih dari 24 jam, atau berakhir dengan kematian, disebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak.

Smeltzer (2002), menyebutkan bahwa Stroke atau cedera *cerebrovaskuler* adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak.

Serangan ini adalah *akumulasi* penyakit *serebrovaskuler* selama beberapa tahun.

Stroke merupakan salah satu manifestasi *neurologic* yang umum yang timbul secara mendadak sebagai akibat adanya gangguan suplai darah ke otak (Depkes RI, 1996; 49).

Stroke adalah gangguan peredaran darah cerebral yang disebabkan oleh berbagai faktor dan berakibat adanya gangguan neurologis (Sjattar, 2005; 15).

Marilyn E. Doengoes (2002), menyebutkan bahwa stroke/penyakit *serebrovaskuler* menunjukkan adanya beberapa kelainan otak baik secara fungsional maupun struktural yang disebabkan oleh keadaan *patologis* dari pembuluh darah *serebral* atau dari seluruh sistem pembuluh darah otak.

Stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, *progresif*, cepat berupa *defisit neurologis* lokal atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian. Semata-mata disebabkan oleh peredaran darah otak non *traumatik*. (Mansjoer dkk). Menurut Price (1995), pengertian dari stroke adalah suatu gangguan *neurologik* fokal yang dapat timbul sekunder dari suatu proses *patologi* pada pembuluh darah *serebral*, misalnya *trombosis*, *embolus*, *ruptura* dinding pembuluh atau penyakit *vascular* dasar, misalnya *aterosklerosis*, *arteritis*, *trauma*, *aneurisma* dan kelainan perkembangan.

Menurut Tucker (1996), definisi stroke adalah *awitan defisit neurologis* yang berhubungan dengan penurunan aliran darah *serebral* yang disebabkan oleh *oklusi* atau *stenosis* pembuluh darah karena *embolisme*, *trombosis*, atau *hemoragi*, yang mengakibatkan *iskemia* otak.

Dari beberapa pendapat tentang stroke di atas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pengertian stroke adalah gangguan *sirkulasi serebral* yang disebabkan oleh sumbatan atau penyempitan pembuluh darah

oleh karena *emboli*, *trombosis* atau perdarahan *serebral* sehingga terjadi penurunan aliran darah ke otak yang timbulnya secara mendadak.

2. Penyebab Stroke

a. Trombosis serebri

- 1) *Aterosklerosis*
- 2) *Hiperkoagulasi pada polisitemia*
- 3) *Arteritis*

b. Emboli

c. Hemoragik

- 1) *Aneurisma*
- 2) *Malformasi arteriovena*
- 3) *Ruptur arteriol serebri*

d. Hipoksia umum

- 1) *Hipertensi* yang parah
- 2) Henti jantung paru
- 3) Curah jantung turun akibat *aritmia*

e. Hipoksia lokal

- 1) *Spasme arteri serebri* yang disertai perdarahan *subarachnoid*
- 2) *Vasokonstriksi arteri* otak disertai sakit kepala *migren*

3. Klasifikasi Stroke

a. Stroke Hemoragik (SH)

Terjadi perdarahan *cerebral* dan mungkin juga perdarahan *subarachnoid* yang disebabkan pecahnya pembuluh darah otak. Umumnya terjadi pada saat melakukan aktifitas, namun juga dapat terjadi pada saat istirahat. Kesadaran umumnya menurun dan penyebab yang paling banyak adalah akibat *hipertensi* yang tidak terkontrol.

b. Stroke Non Hemoragik (SNH)

Dapat berupa *iskemia*, *emboli*, *spasme* ataupun *thrombus* pembuluh darah otak. Umumnya terjadi setelah beristirahat cukup lama atau bangun tidur. Tidak terjadi perdarahan, kesadaran umumnya baik dan terjadi proses *edema* otak oleh karena *hipoksia* jaringan otak.

4. Patofisiologi

a. Stroke hemoragik

Pembuluh darah otak yang pecah menyebabkan darah mengalir ke *substansi* atau ruangan *subarachnoid* yang menimbulkan perubahan komponen *intracranial* yang seharusnya konstan. Adanya perubahan komponen *intracranial* yang tidak dapat dikompensasi tubuh akan menimbulkan peningkatan Tekanan *Intra Kranial* (TIK) yang bila berlanjut akan menyebabkan *herniasi* otak sehingga timbul kematian. Di samping itu, darah yang mengalir ke *substansi* otak atau ruang *subarachnoid* dapat menyebabkan *edema*, *spasme* pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga terjadi *nekrosis* jaringan otak.

b. Stroke non hemoragik

Iskemia disebabkan oleh adanya penyumbatan aliran darah otak oleh *thrombus* atau *embolus*. *Trombus* umumnya terjadi karena berkembangnya *aterosklerosis* pada dinding pembuluh darah, sehingga arteri menjadi tersumbat, aliran darah ke area *trombus* menjadi berkurang, menyebabkan *iskemia* kemudian menjadi *kompleks iskemia* akhirnya terjadi *infark* pada jaringan otak. *Emboli* disebabkan oleh *embolus* yang berjalan menuju arteri *serebral* melalui arteri *karotis*. Terjadinya blok pada arteri tersebut menyebabkan *iskemia* yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan *neurologist fokal*. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya dinding pembuluh darah oleh *emboli*.

5. Manifestasi Klinik

a. Stroke Non Hemoragik

1) *Hemiparesis*

2) Kehilangan bicara

3) *Parestesia* satu sisi tubuh

b. Stroke Hemoragik

1) Nyeri kepala hebat (di belakang leher)

2) *Vertigo* (pusing) / *sinkope*

3) *Parestesia* (sensasi abnormal)

4) *Paralisis*

5) *Epistaksis*

6) Perdarahan retina

c. Penemuan Secara Umum

1) Nyeri kepala

2) Muntah

3) Kejang

4) Perubahan mental

5) Demam

6) Perubahan *Elektro Kardio Grafi* (EKG): Gelombang T, interval P-R memendek, interval Q-R memanjang, kontraksi *ventrikel premature*, *sinus bradikardia* dan *ventrikel* dan supra ventrikel, dan *takhikardi*.

d. Manifestasi klinik berhubungan dengan penyebab

1) *Trombosis*: cenderung berkembang selama tidur atau dalam 1 jam bangun tidur, *iskemia* secara berangsur-angsur oleh karena itu manifestasi klinik berkembang lebih lambat, kesadaran relatif terpelihara, tensi naik atau *hipertensi*.

2) *Embolisme*: tidak dapat dilihat pola waktu, tidak berhubungan dengan aktivitas, manifestasi klinis terjadi cepat dalam 10-30 detik dan sering kali tanpa tanda, tidak nyeri kepala, kemungkinan dapat meningkat cepat, kesadaran relatif terpelihara, tensi normal.

3) *Hemoragik*: khas terjadi selama aktif, jam kerja, sakit kepala berat (bila klien mampu melaporkan gejala), serangan cepat dari *hemiplegia komplet*, terjadi beberapa menit sampai satu jam

bentuk umumnya fatal, biasanya menghasilkan kehilangan fungsi permanen secara perlahan, rendahnya penyembuhan secara sempurna, cepat terjadi koma.

6. Faktor Resiko Stroke

Umumnya stroke banyak terjadi pada kelompok usia lanjut karena faktor *degeneratif*, yaitu penebalan dinding pembuluh darah, namun ada kalanya stroke terjadi pada kelompok usia muda. Faktor resiko yang kuat terjadi stroke yaitu *hipertensi*, penyakit jantung, sudah adanya manifestasi *arterosklerotik* secara klinis, *diabetes melitus*, *kolesterol*. Sedang faktor resiko yang lemah terjadinya stroke antara lain adanya kadar lemak darah yang tinggi, *aneurisma* pembuluh darah *cerebral*, merokok, *obesitas*, kurang gerak atau olahraga (Lumbantobing, 1994).

7. Komplikasi

Komplikasi lanjut terjadi setelah fase akut stroke terlampaui. Komplikasi umum terjadi akibat tindakan *rehabilitasi* yang kurang memadai. Berbagai komplikasi lanjut stroke akibat *imobilisasi* seperti konstipasi, *inkontinensia* urine, dan *dekubitus*. Salah satunya *inkontinensia alvi* atau konstipasi. Umumnya penyebabnya adalah *immobilitas*, kekurangan cairan dan intake makanan. Dan komplikasi lain (jangka pendek maupun jangka panjang) yang terjadi pada pasien stroke.

8. Penatalaksanaan Medis

Secara umum, penatalaksanaan pada pasien stroke adalah:

- a. Posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat, posisi miring jika muntah
- b. Boleh dimulai *mobilisasi* bertahap jika *hemodinamika* stabil
- c. Bebaskan jalan nafas dan pertahankan *ventilasi* yang adekuat, bila perlu diberikan oksigen sesuai kebutuhan
- d. Tanda-tanda vital diusahakan stabil
- e. *Bedrest*

- f. Koreksi adanya *hiperglikemia* atau *hipoglikemia*
- g. Pertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit
- h. Kandung kemih yang penuh dikosongkan, bila perlu lakukan *kateterisasi*
- i. Pemberian cairan *intravena* berupa *kristaloid* atau *koloid* dan hindari penggunaan *glukosa* murni atau cairan *hipotonik*
- j. Hindari kenaikan suhu, batuk, konstipasi, atau *suction* berlebih yang dapat meningkatkan TIK
- k. Nutrisi per *oral* hanya diberikan jika fungsi menelan baik. Jika kesadaran menurun atau ada gangguan menelan sebaiknya dipasang Naso Gastric Tube (NGT)

Tinjauan Umum tentang Konstipasi

1. Pengertian

Menurut Brunner, 2002; 1089 konstipasi merupakan defekasi tidak teratur yang abnormal, dan juga pengerasan feses tak normal yang membuat sulit dan kadang menimbulkan nyeri.

Konstipasi merupakan suatu keluhan, bukan penyakit. Konstipasi sering diartikan sebagai kurangnya frekuensi buang air besar (BAB), biasanya kurang dari 3 kali per minggu dengan feses yang kecil-kecil dan keras, serta kadang kala disertai kesulitan sampai rasa sakit saat BAB.

Sembelit (konstipasi) adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kesulitan buang air besar atau jarang buang air besar.

2. Penyebab

Konstipasi disebabkan oleh berubahnya makanan atau berkurangnya aktivitas fisik. Konstipasi juga disebabkan oleh obat-obatan tertentu, gangguan *rektal/anal*, kondisi *metabolis*, *neurologis*, dan lain-lain. Faktor penyebab lainnya mencakup kelemahan, *immobilitas*, kecacatan, keletihan, dan

ketidakmampuan untuk meningkatkan tekanan *intra-abdomen* untuk mempermudah pengeluaran feses.

3. Patofisiologi

Buang air besar yang normal frekuensinya adalah 3 kali sehari sampai 3 hari sekali. Dalam praktek dikatakan konstipasi bila buang air besar kurang dari 3 kali perminggu atau lebih dari 3 hari tidak buang air besar atau dalam buang air besar harus mengejan secara berlebihan. Kolon mempunyai fungsi menerima bahan buangan dari ileum, kemudian mencampur, melakukan fermentasi, dan memilah karbohidrat yang tidak diserap, serta memadatkannya menjadi tinja. Fungsi ini dilaksanakan dengan berbagai mekanisme gerakan yang sangat kompleks. Diduga pergerakan tinja dari bagian proksimal kolon sampai ke daerah rektosigmoid terjadi beberapa kali sehari, lewat gelombang khusus yang mempunyai amplitudo tinggi dan tekanan yang berlangsung lama. Gerakan ini diduga dikontrol oleh pusat yang berada di batang otak, dan telah dilatih sejak anak-anak. Proses sekresi di saluran cerna mungkin dapat mengalami gangguan, yaitu kesulitan atau hambatan pasase bolus di kolon atau rektum, sehingga timbul kesulitan defekasi atau timbul obstipasi. Gangguan pasase bolus dapat diakibatkan oleh suatu penyakit atau dapat karena kelainan psikoneurologis. Hal ini terjadi karena kontraksi otot kolon terlalu perlahan-lahan dan malas, menyebabkan tinja bergerak ke arah kolon terlalu lama. Konstipasi umumnya terjadi karena kelainan pada transit dalam kolon atau pada fungsi anorektal sebagai akibat dari gangguan motilitas primer, penggunaan obat-obat tertentu atau berkaitan dengan sejumlah besar penyakit sistemik yang mempengaruhi traktus gastrointestinal.

Pada penderita dengan gangguan mobilitas fisik, seperti fraktur, stroke ataupun penyakit lain yang mengharuskan pasien *bed-rest* dalam jangka waktu yang lama, hal ini dapat

mempengaruhi kontraksi otot abdomen, sehingga kontraktilitas usus kurang, bahkan tidak ada. Konstipasi dapat timbul dari adanya defek pengisian maupun pengosongan rektum. Pengisian rektum yang tidak sempurna terjadi bila peristaltik kolon tidak efektif (misalnya, pada kasus immobilisasi). Stasis tinja di kolon menyebabkan proses pengeringan tinja yang berlebihan dan kegagalan untuk memulai reflek dari rektum yang normalnya akan memicu evakuasi. Pengosongan rektum melalui evakuasi spontan tergantung pada reflek defekasi yang dicetuskan oleh reseptor tekanan pada otot-otot rektum, serabut-serabut aferen dan eferen dari tulang belakang bagian sakrum atau otot-otot perut dan dasar panggul. Kelainan pada relaksasi sfingter ani juga bisa menyebabkan retensi tinja (Anonimity, 2007^b).

4. Diagnosis

Konstipasi menurut Holson, meliputi paling sedikit 2 dari keluhan dibawah ini:

- a. Konsistensi feses yang keras
- b. Mengejan dengan keras saat BAB
- c. Rasa tidak tuntas saat BAB, meliputi 25% dari keseluruhan BAB
- d. Frekuensi BAB 2 kali seminggu atau kurang.

5. Intervensi Keperawatan

- a. *Auskultasi* bising usus
- b. ROM Pasif
- c. Berikan intake cairan yang cukup (2 liter perhari) jika tidak ada kontraindikasi
- d. Kolaborasi pemberian terapi; pencahar
Salah satu tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi konstipasi adalah dengan melakukan pergerakan. Perawat mendorong *ambulasi* sering dan mengajarkan latihan pengerutan otot *abdomen* untuk meningkatkan *defekasi*. Pengerutan otot *abdomen* terdiri dari mengkontraksikan otot *abdomen* (empat kali sehari) dan

melakukan mengangkat lutut ke dada saat duduk di kursi atau berbaring di tempat tidur (10-20 kali sehari). Pasien yang harus berbaring didorong untuk melakukan latihan rentang gerak (6-10 kali sehari), membalik dengan sering dari satu sisi ke sisi yang lain, dan telungkup (bila tidak dikontraindikasikan) selama 30 menit setiap 4 jam. Latihan ini meningkatkan *tonus* otot *abdomen*, yang membantu mendorong isi kolon. (Bruner, 2002; 1092).

Tinjauan Umum tentang ROM Pasif

1. Pengertian *Range Of Motion* (ROM)

ROM atau biasa dikenal dengan rentang gerak adalah latihan gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif (Anonimity, 2010^b).

Rentang gerak atau (ROM), adalah jarak (*linier* atau sudut) bahwa suatu objek bergerak mungkin biasanya perjalanan sementara benar melekat pada objek lain.

2. Tujuan ROM

- a. Meningkatkan atau mempertahankan *fleksibilitas* dan kekuatan otot.
- b. Mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan.
- c. Mencegah *kontraktur* dan kekakuan pada sendi.

3. Jenis - jenis ROM

- a. RomAktif : Perawat memberikan motivasi, dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal (klien aktif). Kekuatan otot 75%

- b. Rom Pasif : Perawat melakukan gerakan persendian klien sesuai dengan rentang gerak yang normal (klien pasif). Kekuatan otot 50%

4. Jenis gerakan

- a. *Fleksi*
- b. *Ekstensi*
- c. *Hiper ekstensi*
- d. *Rotasi*
- e. *Sirkumduksi*
- f. *Supinasi*
- g. *Pronasi*
- h. *Abduksi*
- i. *Aduksi*

5. Sendi yang digerakan

- a. ROMAktif : Seluruh tubuh dari kepala sampai ujung jari kaki oleh klien sendiri secara aktif.
- b. ROMPasif: Seluruh persendian tubuh atau hanya pada *ekstremitas* yang terganggu dan klien tidak mampu melaksanakannya secara mandiri.
 - 1) Leher (*fleksi/ekstensi, fleksi lateral*).
 - 2) Bahu tangan kanan dan kiri (*feksi/ekstensi, abduksi/adduksi, Rotasi bahu*).
 - 3) Siku tangan kanan dan kiri (*fleksi/ekstensi, pronasi/supinasi*).
 - 4) Pergelangan tangan (*fleksi/ekstensi/hiperekstensi, abduksi/adduksi*).
 - 5) Jari-jari tangan (*fleksi/ekstensi/hiperekstensi, abduksi/adduksi, oposisi*).
 - 6) Pinggul dan lutut (*fleksi/ekstensi, abduksi/adduksi, rotasi internal/eksternal*).

7) Pergelangan kaki (*fleksi/ekstensi, rotasi*).

8) Jari kaki (*fleksi/ekstensi*).

6. Indikasi

- a. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran
- b. Kelemahan otot
- c. Fase *rehabilitasi* fisik
- d. Klien dengan tirah baring lama

7. Efektifitas ROM Pasif

Sebelum dilakukan intervensi, pasien stroke (responden) dilakukan pre test, untuk mengetahui apakah mereka merasakan adanya masalah konstipasi. Setelah itu, dilakukan perlakuan (ROM Pasif) setiap hari, secara rutin dan tepat. Perawat menggerak-gerakkan tubuh klien sesuai kemampuan. Setelah dilakukan ROM Pasif setiap hari, selama 5 hari berturut-turut, untuk tiap pasien maka peneliti melakukan post test (wawancara) kepada responden. Hal ini dilakukan untuk mengetahui sejauh mana efektifitas ROM Pasif dalam mengatasi permasalahan pasien, yakni konstipasi (Anonimity, 2008^b).

8. Cara ROM Pasif

a. Latihan Pasif Anggota Gerak Atas

- 1) Gerakan menekuk dan meluruskan sendi bahu: tangan satu penolong memegang siku tangan lainnya memegang lengan, luruskan siku naikkan dan turunkan lengan dengan siku tetap lurus.
- 2) Gerakan menekuk dan meluruskan siku: pegang lengan atas dengan tangan satu tangan lainnya menekuk dan meluruskan siku.
- 3) Gerakan memutar pergelangan tangan: pegang lengan bawah dengan tangan satu tangan yang lainnya menggenggam telapak tangan pasien, putar pergelangan tangan pasien ke arah luar (terlentang) dan ke arah dalam (telungkup).

4) Gerakan menekuk dan meluruskan pergelangan tangan: pegang lengan bawah dengan tangan satu, tangan lainnya memegang pergelangan tangan pasien, tekuk pergelangan tangan ke atas dan ke bawah.

5) Gerakan memutar ibu jari: pegang telapak tangan dan keempat jari dengan tangan satu, tangan lainnya memutar ibu jari tangan.

6) Gerakan menekuk dan meluruskan jari-jari tangan: pegang pergelangan tangan dengan tangan satu, tangan yang lainnya menekuk dan meluruskan jari-jari tangan.

b. Latihan pasif anggota gerak bawah

Gerakan menekuk dan meluruskan pangkal paha: pegang lutut dengan tangan satu, tangan lainnya memegang tungkai, naikkan dan turunkan kaki dengan lutut yang lurus

METODE

Desain penelitian yang digunakan yaitu jenis penelitian "*Quasi Eksperimen*". Peneliti ingin melihat sejauh mana efektifitas ROM pasif dalam mengatasi konstipasi pada pasien stroke. Dengan rancangan rangkaian waktu (*time series design*). Sebelumnya peneliti telah melakukan pretes terhadap responden yang menjadi objek penelitian. Selanjutnya, dilakukan perlakuan atau intervensi rom pasif dan setelah diberikan perlakuan dilakukan pengukuran, kembali atau post-tes (Notoatmodjo, 2002; 168).

Penelitian ini mengambil lokasi di BLUD RSUD DR. M.M Dunda Limboto Kabupaten Gorontalo, tepatnya di Ruang Neuro. Waktu penelitian disesuaikan dengan jadwal yang dikeluarkan oleh institusi Politeknik Kesehatan Depkes Gorontalo, Jurusan Keperawatan, yaitu pada bulan Mei 2010. Peneliti menggunakan variabel mandiri yaitu efektifitas ROM pasif dalam mengatasi konstipasi pada pasien stroke.

Populasi, Sampel, dan Sampling

1. Populasi

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini yakni seluruh pasien stroke yang dirawat di ruang Neuro, BLUD RSUD DR. M.M Dunda Limboto Kabupaten Gorontalo. Data pasien stroke yang dirawat di ruang Neuro pada bulan Januari 2010 adalah 24 orang.

2. Sampel

Sampel yang digunakan selama penelitian ini adalah pasien stroke yang dirawat di ruang Neuro, BLUD RSUD DR. M.M Dunda Limboto Kabupaten Gorontalo yang mengalami masalah konstipasi yang ditemukan selama pengumpulan data. Untuk mengurangi bias hasil penelitian, sampel yang telah diambil ditentukan dengan kriteria sampel yaitu dengan kriteria *inklusi* dan *eksklusi*. Kriteria *inklusi* adalah karakteristik umum subjektif dari suatu populasi target yang akan diteliti. Sedangkan kriteria *eksklusi* adalah kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian.

3. Sampling

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *non probability sampling* dengan metode *purposive sampling* dengan mempertimbangkan kriteria *inklusi* dan kriteria *eksklusi*. Adapun kriteria inklusi dan eksklusinya yaitu:

a. Kriteria Inklusi:

- 1) Pasien *Stroke Non Hemoragik (SNH)*
- 2) Pasien *stroke hemoragik (SH)* yang sudah melewati masa kritis
- 3) Pasien stroke yang bukan *koma* atau *sopor*
- 4) Pasien yang *bedrest* yang tidak dilakukan mobilisasi
- 5) Pasien stroke yang bersedia dan diijinkan oleh keluarga untuk diteliti

6) Pasien yang makanannya tidak berserat atau yang merangsang *peristaltik* usus (hanya makan bubur)

7) Keluarga dan pasien yang *kooperatif*.

b. Kriteria Eksklusi:

1) Pasien *stroke hemoragik* yang masih atau belum melewati masa kritis

2) Pasien yang *koma* atau *sopor*

3) Pasien yang tidak *bedrest* yang sudah dilakukan mobilisasi

4) Pasien stroke yang menolak dan tidak diijinkan oleh keluarga untuk diteliti

5) Pasien yang makanannya berserat atau yang merangsang *peristaltik* usus (makanannya selain bubur)

6) Keluarga dan pasien yang tidak *kooperatif*

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah *eksperimen* (perlakuan) dan wawancara, yang langsung dilakukan oleh peneliti dan dilihat keefektifan ROM pasif dalam mengatasi konstipasi pada pasien stroke.

1. Data Primer

Data primer didapatkan langsung dari responden melalui hasil *eksperimen* dan wawancara yang telah dilakukan peneliti pada saat pengumpulan data di ruang Neuro BLUD RSUD DR. M.M Dunda Limboto.

2. Data Sekunder

Data sekunder didapatkan dari dokumen-dokumen yang peneliti dapatkan dari *medical record* tentang jumlah penderita stroke, arsip-arsip yang ada di ruangan, wawancara dengan petugas tentang keluhan-keluhan pasien stroke, dan literatur yang digunakan dan memiliki hubungan dengan penelitian yang dilakukan.

Pengolahan, Penyajian, dan Analisis Data

Setelah data terkumpul maka terlebih dahulu dilakukan *coding* atau klasifikasi data. Selanjutnya dilakukan *editing* yang bertujuan mengevaluasi kelengkapan atau pengecekan terhadap data yang diperoleh kemudian disajikan dalam tabel dan digunakan sistem skor. Berdasarkan kebutuhan peneliti, hasil *scoring* dinyatakan dalam bentuk presentase, yang dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

1. Tindakan dikatakan efektif, bila klien mengatakan “sudah BAB”, maka artinya: 100%, dan diberi kode 1.
2. Tindakan dikatakan cukup efektif, bila klien mengatakan “sudah ada rasa ingin BAB”, maka artinya 50 – 75%, dan diberi kode 2.
3. Tindakan dikatakan tidak efektif, bila klien mengatakan “klien tidak dapat BAB”, maka artinya <50%, dan diberi kode 3.

Data hasil penelitian yang telah diolah, disajikan dalam bentuk tabel dan dianalisis secara *deskriptif*, dengan cara mencari faktor-

faktor penyebab terjadinya masalah, keefektifan tindakan, membandingkan dengan hasil penelitian lain, standar, dan teori-teori yang dikemukakan oleh para ahli.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 10 Maret – 8 Mei 2010 dengan jumlah responden 8 orang. Sampel penelitian terlebih dahulu disesuaikan dengan kriteria sampel yang telah ditentukan, kemudian peneliti melakukan pretes terhadap responden yang menjadi objek penelitian. Jika responden sesuai dengan kriteria sampel, dan mempunyai masalah konstipasi, maka dilakukan perlakuan atau intervensi rom pasif. Tindakan ini dilakukan setiap hari, selama masalah belum teratasi dalam batas 6 hari. Setelah diberikan perlakuan, selanjutnya dilakukan pengukuran kembali atau post-tes melalui wawancara. Hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

Tabel 2
Keefektifan ROM Pasif dalam mengatasi konstipasi pada pasien Stroke Non Hemoragik di BLUD RSUD DR. M.M. Dunda Kabupaten Gorontalo

Hasil	Responden	Persentase
Bisa BAB	6	75
Ada rasa ingin BAB	2	25
Jumlah	8	100

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa didapatkan 75 % keefektifan ROM Pasif dalam mengatasi konstipasi pada pasien Stroke Non Hemoragik di BLUD RSUD DR. M.M. Dunda Kabupaten Gorontalo dengan kategori “cukup”.

Responden adalah pasien stroke yang mengalami masalah konstipasi dan telah memenuhi kriteria inklusi dan eklusi. Salah satu kriteria menyebutkan bahwa jenis stroke yang diderita pasien adalah stroke non hemoragik, yang merupakan jenis stroke yang masih relatif

ringan dibanding stroke. Pada pasien stroke, banyak masalah yang terjadi salah satunya inkontinensia alvi atau yang biasa disebut dengan konstipasi.

Seperti yang tercantum dalam buku Brunner, 2002; 1092 yakni salah satu tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi konstipasi adalah dengan melakukan pergerakan. Perawat mendorong *ambulasi* sering dan mengajarkan latihan pengerutan otot *abdomen* untuk meningkatkan *defekasi*. Pengerutan otot *abdomen* terdiri dari

mengkontraksikan otot *abdomen* (empat kali sehari) dan melakukan mengangkat lutut ke dada saat duduk di kursi atau berbaring di tempat tidur (10-20 kali sehari). Pasien yang harus berbaring didorong untuk melakukan latihan rentang gerak (6-10 kali sehari), membalik dengan sering dari satu sisi ke sisi yang lain, dan telungkup (bila tidak dikontraidikasikan) selama 30 menit setiap 4 jam. Latihan ini meningkatkan *tonus* otot *abdomen*, yang membantu mendorong isi kolon.

Dari hasil penelitian terbukti bahwa tindakan ROM Pasif cukup efektif mengatasi masalah konstipasi pada pasien stroke. Hal ini dibuktikan dengan 6 responden dari 8 responden (75%) sudah dapat BAB setelah dilakukan perlakuan tersebut. Bahkan perubahan yang terjadi kurang dari batas waktu maksimal 6 hari. Perubahan tersebut bervariasi di hari perlakuan, ada yang di hari 5 sudah bisa BAB, bahkan di hari ke 2 sudah ada yang menunjukkan perubahan, yakni bisa BAB. Dari 8 responden, ada 2 responden (25%) yang sampai pada batas waktu yakni 6 hari belum dapat BAB, sehingga diperlukan terapi lain, seperti pemberian obat pencahar.

Penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya. Salah satu aspek yang membedakannya adalah dari segi parameter dan alat ukur. Peneliti sebelumnya mengambil parameter peran perawat, dengan menggunakan kuisioner. Tetapi, penelitian ini dapat dihubungkan dengan penelitian sebelumnya, dimana penelitian sebelumnya mendapatkan hasil bahwa peran perawat dalam melakukan perawatan pada pasien stroke kurang. Hal ini dapat membuktikan juga tindakan ROM Pasif belum diefektifkan dalam perawatan ROM Pasif.

Dari hasil penelitian tersebut peneliti mengharapkan tindakan ROM Pasif dapat dilakukan pada pasien stroke, yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Tindakan ini dapat menjadi alternatif yang dapat digunakan

pada klien dengan Stroke Non Hemoragik untuk mengatasi konstipasi. Karena hasil yang menunjukkan tindakan tersebut cukup efektif. Salah satu pihak yang dapat menerapkan teknik tersebut adalah keluarga. Selain motivasi, keluarga juga dapat membantu aktivitas klien terlebih ketika sudah menjalani tahap post stroke. Dan pihak yang sangat berperan serta dapat melakukan tindakan ini, saat pasien masih berada di Rumah Sakit adalah perawat.

SIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan, peneliti menyimpulkan bahwa didapatkan 75 % keefektifan ROM Pasif dalam mengatasi konstipasi pada pasien Stroke Non Hemoragik di BLUD RSUD DR. M.M. Dunda Kabupaten Gorontalo dengan kategori "cukup".

Saran

Setelah melakukan penelitian di BLUD RSUD DR. M.M Dunda Kabupaten Gorontalo, dengan judul "Efektifitas Rom Pasif Dalam Mengatasi Konstipasi Pada Pasien Stroke", maka peneliti memberikan saran berupa:

1. Bagi keuarga

Agar selalu memotivasi dan membantu aktivitas pasien dalam jangka waktu yang lama, terlebih saat pasien sudah berada di rumah.

2. Bagi Rumah Sakit

Agar penerapan ROM pasif di ruangan dapat dimaksimalkan, mengingat pentingnya intervensi tersebut dilakukan pada pasien stroke. Saya menyarankan untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat, dan agar teman-teman seprofesi, dalam hal ini perawat dapat mengimplementasikan intervensi keperawatan (ROM pasif) pada pasien stroke secara tepat dan teratur, dan dapat melakukan fungsinya sebagai pemberi asuhan keperawatan, sehingga masalah konstipasi pada pasien stroke dapat diatasi.

3. Institusi Pendidikan

Agar dapat memotivasi mahasiswa untuk lebih mengembangkan ilmu pengetahuan melalui penelitian yang lebih inovatif lagi.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Semoga bisa menjadi data awal untuk penelitian lanjutan dengan membandingkan tindakan rom pasif dengan tindakan keperawatan lain dalam perawatan pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonimity, 2007^a, *Konstipasi*, Tekan Masalah Konstipasi, <http://medlinux.blogspot.com>, Diakses 8 Februari 2010.
- Anonimity, 2007^b, *Konstipasi*, Tekan Patofisiologi Konstipasi, <http://medlinux.blogspot.com>, Diakses 23 Februari 2010.
- Anonimity, 2008^a, *Asuhan Keperawatan Stroke*, Tekan Stroke, <http://askep.solok.blogspot.com>, Diakses 17 Januari 2010
- Anonimity, 2008^b, *Cara Rentang Gerak Sendi Range Of Motion*, Tekan Efektifitas ROM Pasif, <http://nursing.begin.com>, Diakses 23 Februari 2010.
- Anonimity, 2009^a, *Stroke*, Tekan Asuhan Keperawatan pada Klien Stroke, <http://andaners.wordpress.com>, Diakses 27 Januari 2010
- Anonimity, 2009^b, *Sembelit Konstipasi*, Tekan Susah Buang Air Besar, <http://medicastore.com>, Diakses 29 Januari 2010.
- Anonimity, 2009^c, *Latihan Gerakan ROM Aktif dan Pasif*, Tekan Tindakan ROM, <http://tutorialkuliah.blogspot.com>, Diakses 29 Januari 2010.
- Anonimity, 2010^a, *ROM Pasif*, Tekan Rom Pasif pada Pasien Stroke, <http://www.google.co.id>, Diakses 19 Januari 2010
- Anonimity, 2010^b, *Range Of Motion*, Tekan ROM, <http://askep-askeb.com>, Diakses 26 Januari 2010.
- Arif dkk, 2000, *Kapita Selekt Kedokteran*, Media Aesculapius, Jakarta.
- Bethesda, 2010, *Komplikasi Lanjut Pada Stroke*, www.strokebethesda.com, Diakses 26 Januari 2010.
- Brunner, 2002, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Edisi 8, Vol 2*, EGC, Jakarta.
- Carpenito, 2001, *Buku saku Diagnosa Keperawatan*, EGC, Jakarta.
- Departemen Kesehatan R.I, Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan, 1996, *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*, Depkes, Jakarta.
- Doengoes, 2000, *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, EGC, Jakarta.
- Eksan, 2008, *Peran Perawat Dalam Memberikan Perawatan Pada Pasien Stroke di Ruang ICCU RSUD DR. M.M Dunda Limboto Kabupaten Gorontalo*, Poltekkes, Gorontalo.
- Elly, 2005, *Keperawatan Medikal Bedah*, Prodi Ilmu Keperawatan Fak. Kedokteran UNHAS, Makassar.
- Hijrah, 2008, *Upaya Perawat Tentang Pencegahan Dekubitus di Ruang Neuro Intensive Care RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo*, Poltekkes, Gorontalo.
- Husain, 2008, *Peran Perawat Dalam Perawatan Pasien Stroke di Ruang Neurologi RSUD Prof. Dr. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo*, Poltekkes, Gorontalo.

- Kandra, 2009, **Fraktur dan ROM**, <http://kandrawilko.blogspot.com>, Diakses 29 Januari 2010.
- Lisa, 2010, **Askep Pasien Stroke Non Hemoragik**, <http://lisa86.wordpress.com>, Diakses 4 Februari 2010.
- Liza, 2008, **Susah Buang Air Besar**, <http://drlizakedokteran.blogspot.com>, Diakses 29 Januari 2010.
- Muttaqin, 2008, **Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan**, Salemba Medika, Jakarta.
- Notoatmodjo, 2002, **Metodologi Penelitian Kesehatan, Edisi Revisi**, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nurse, 2009, **Stroke**, <http://nursecerdas.wordpress.com>, Diakses 4 Februari 2010.
- Petricia, 2002, **Riset Keperawatan Buku Ajar dan Latihan, Edisi 4**, EGC, Jakarta.
- Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan, 1995, **Penerapan Proses Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal**, Depkes, Jakarta.