LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

1. Pengumpulan Data
   a) Identitas Pasien

Nama	: Ny.P
TTL	: 12-10-1958
Umur	: 67
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Status Pernikahan	: Menikah
Suku/Bangsa	: Sunda
Diagnosa Medis	: Stroke
Alamat	: Kp.Jati RT 005 RW 006

   b) Identitas Keluarga

Nama	: Ny.R
Alamat	: Kp.Jati RT 005 RW 006
No Telpon	: 089610425549
Hubungan Dengan Pasien	: Ibu Kandung

   c) Riwayat Pekerjaan Dan Status Ekonomi

Pekerjaan Saat Ini	: Tidak Bekerja
Pekerjaan Sebelumnya	: Ibu Rumah Tangga
Sumber Pendapatan	: Dari anak
Kecukupan Pendapatan	: Cukup

   d) Aktivitas Rekreasi

Hobi	: Pergi Kajian
Bepergian/Wisata	: -
Keangotaan Organisasi	: Tidak menggikuti kegiatan organisasi

e) Riwayat Keluarga

1) Saudara Kandung

No.	Nama	Kondisi Saat Ini	Keterangan
1.	Tn.W		
2.	Ny.N	Sudah meninggal	Karna sakit
3.	Ny.Y	Sudah meninggal	Karna sakit
4.	Ny.P		

1) Riwayat Kematian Dalam Keluarga

Nama	: Ny.N	Nama	: Ny.Y
Umur	: 50	Umur	: 40
Penyebab Kematian	: Karna sakit	Penyebab kematian	: Karna sakit

f) Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluarga Klien mengatakan kedua kaki tiba-tiba tidak bisa digerakkan. Keluarga Klien juga mengatakan kedua klien sering mengeluh kedua tangan terasa pegal dan lemas. Keluhan dirasakan terus-menerus, terutama pada sisi kiri. Keluarga Klien juga mengatakan Klien kesulitan untuk berdiri dan berjalan sehingga harus dibantu keluarga. Pegal pada tangan bertambah saat digunakan beraktivitas dan sedikit berkurang saat diistirahatkan.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien memliki riwayat hipertensi, dan juga pernah di bawa kerumah sakit karna terjatuh di kamar mandi

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga Klien juga mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama seperti yang di alami klien dan penyakit lainnya seperti penyakit menular

g) Pola Aktivitas Sehari-Hari

Jenis Aktivitas	Di Rumah
1. Nutrisi	
a. Makan	
Frekuensi	2x 1 Hari
Jenis	Nasi,Sayur,Daging,Rebusan
Porsi	1 porsi

Keluhan	Tidak Ada Keluhan
b. Minum	
Frekuensi	5 Gelas
Jumlah	1 Liter
Jenis	Air Putih,teh
Keluhan	Tidak Ada Keluhan
2. Eliminasi	
a. BAB	
Frekuensi	3-4 Kali
Warna	Warna Feses
Bau	Bau Feses
Keluhan	Tidak Ada Keluhan
b. BAK	
Frekuensi	4-5 Kali
Jumlah	
Warna	
Keluhan	
3. Istirahat Tidur	
Siang	1-2 jam
Malam	8 jam
Keluhan	Tidak Ada Keluhan
4. Personal Hygiene	
a. Mandi	1x Sehar
b. Gosok Gigi	1x Sehar
c. Keramas	1 minggu 1x
d. Gunting Kuku	1 minggu 2x
e. Ganti Pakaian	2x Sehari
5. Kebiasaan Mengisi Waktu Luang	
a. Olahraga	Tidak
b. Menonton TV	5-10 menit
c. Berkebun/Memasak	Tidak berkerbun
d. Lain-Lain	
6. Kebiasaan Yang Memengaruhi Kesehatan	
a. Meroko	Tidak merokok
b. Minum Keras	Tidak
c. Ketergantungan Terhadap Obat	Tidak

h) Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Fisik

Kesadaran : E4 : Klien Membuka Mata Spontan

V4: Klien seperti bingung, dan berbicara kurang jelas

M4: Klien kurang Mampu Mengikuti Perintah Dengan Baik karna ada beberapa anggota tubuh yang terasa sakit

Penampilan : Bersih

2) Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

Tekanan Darah : 130/80 mmHg

Nadi : 82 x/M

Respirasi : 20 X/M

Suhu : 36^0C

(a) Sistem Pernafasan

Bentuk dada simetris,pasien tidak menggunakan alat bantu nafas,pasien tidak sesak namun,kadang merasakan sesak jika terlalu lelah tidak terdengar suara ronkhi ataupun whezzing.

(b) Sistem Cardiovaskuler

Dada simetris, tidak terdapat pembengkakan di area dada, tidak tampak sianosis, konjungtiva tidak anemis, teraba kuat, suara jantung S1 diikuti S2 (lupdub), suara jantung dullness.CRT 2 detik

(c) Sistem Pencernaan

Abdomen simetris, bising usus 12x/mnt, tidak terdapat nyeri tekan

(d) Sistem Genitourinaria

Tidak terdapat distensi abdomen, klien dapat berkemih tanpa kendala. Tidak terdapat gangguan reproduksi

(e) Sistem Endokrin

Tidak terdapat pembengkakan kelenjar getah bening, tidak terdapat poliuri, polifagi, polidipsi.

(f) Sistem Persyarafan

(1) Test Fungsi Cerebral

Kesadaran Apatis klien merospon suara dengan baik, hanya kesulitan bicara,tidak jelas dan sulit untuk menggerakan anggota tubuh

(2) Test Fungsi Nervus

N.I (Olfaktorius) = klien mampu membedakan bau-bauan

N.II (Optikus) = klien mengalami penurunan penglihatan terbukti klien kesulitan membaca tulisan tanpa menggunakan kaca mata.

N.III (Okumolotor), N.IV (Troklear), N.VI (Abducens) = klien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah, lapang pandang (+).

N.V (Trigeminus) = klien mampu merasakan sensasi sentuhan di area wajah.

N.VII (Facialis) = klien mampu membuat berbagai macam ekspresi.

N. VIII (Vestibulokoklearis) = fungsi pendengaran baik.

N. IX (Glosofaringeal) = klien dapat menggerakkan mulutnya, dan merasakan rasa asin manis pahit asam.

N. X(Vagus)= klien memiliki reflek menelan yang baik.

(3) Sistem Integrumen

Kulit tampak lembab,warna kulit sama,kuku kaki tampak tebal,tidak terdapat luka,akral teraba hanggat CRT >2 warna ada gangguan pada kulit atau enggak

(4) Sistem Muskoloskeletal

Kekuatan kaki dan tangan menurun, tidak mampu melakukan pergerakan aktif. Rentang gerak terbatas, terdapat kekakuan sendi.

5555	3333
5555	4444

(5) Sistem Penglihatan

Mata tampak simetris, lensa agak berwarna keabuan di area mata kanan dan kiri, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis.

(6) Wicara Dan THT

Telinga Telinga simetris, bersih. Fungsi pendengaran baik.

i) Pengkajian Kasus

1) Masalah Kesehatan Kronis

Keluhan Kesehatan Atau Gejala Yang Di Rasakan Dalam 3 Bulan Terahir	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
Fungsi Penglihatan				
1. Penglihatan Kabur			Jarang	
2. Mata Berair			Jarang	
3. Nyeri Pada Mata				Tidak pernah
Fungsi Pendengaran				
4. Pendengaran Berkurang				Tidak pernah
5. Telinga Berdenging				Tidak pernah
Fungsi Paru (Pernafasan)				
6. Batuk Lama Disertai Keringat Malam				Tidak pernah
7. Sesak Nafas				Tidak pernah
8. Berdahak/Sputum			Jarang	
Fungsi Jantung				
9. Jantung Berdebar-Debar			Jarang	
10. Cepat Lelah			Jarang	
11. Nyeri dada			Jarang	
Fungsi Pencernaan				
12. Mual/Muntah		Sering		
13. Nyeri Ulu Hati			Jarang	
14. Makan Dan Minum Banyak (Berlebihan)				Tidak pernah
15. Perubahan KebiasaanBAB (diare/sembelit)				Tidak pernah
Fungsi Pergerakan				
16. Nyeri Kaki Saat Berjalan	selalu			
17. Nyeri Punggung Atau Tulang Belakang		sering		
18. Nyeri Persediaan/Bengkak			jarang	
Fungsi Pernafasan				
19. Lumpuh/Kelemahan Pada Kaki Atau Tanggan	selalu			
20. Kehilangan Rasa		sering		
21. Gemetar/Tremor		sering		
22. Nyeri/Pegal Pada Daerah Tengkuk		sering		
Fungsi Saluran Perkemihan				
23. BAK Banyak			Jarang	
24. Sering BAK Pada Malam Hari	Selalu			

25.	Tidak Mampu Menggontrol Pengeluaran Air Kemih (Menggompol)	Selalu

Interpretasi Hasil : 25

Skor < 25 : Tidak Ada Masalah Kesehatan Kronis Sampai Dengan Masalah kesehatan ringan

Skor 26-50 : Masalah Kesehatan Kronis

Skor > 51 : Masalah Kesehatan Kronis Berat

2) Status Fungsional

(a) KATZ Indeks

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	Mandi Mandiri : Dapat mengerjakan sendiri atau bantuan 1 bagian tertentu (punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya. Tergantung: Bantuan mandiri lebih dari satu bagian tubuh,bantuan masuk dan keluar dari Bak mandi,serta tidak mandi sendiri		1
2.	Berpakaian: Mandiri: Seluruhnya tanpa bantuan,menggambil bajudari lemari dan memakai pakaian luar lengkap dengan mengancing mungkin memiliki bantuan mengikat sepatu Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.		1
	Pergi ke toilet		
3.	Mandiri: Masuk dan keluar dari toilet kemudian membersihkan genetalia sendiri.		1

	Tergantung: Menerima bantuan atau masuk ke toilet dan menggunakan pispot	
4.	Berpindah (berjalan)	
	Mandiri: Berpindah dari tempat tidur untuk duduk,bangkit dari kursi sendiri.	1
	Tergantung: Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi,tidak melakukan satu atau lebih perpindahan.	
5.	Kontinen (BAB dan BAK)	
	Mandiri : BAB dan BAK sepenuhnya di kontrol sendiri	1
	Tergantung : Inkontenesia parsial atau total: penggunaan kateter,pispot,enema dan pembalut (pempes)	1
6.	Makan	
	Mandiri: Mengambil makan dari piring dan menyuapi sendiri.	1
	Tergantung: Bantuan dalam hal menggambil makanan dari piring dan menyuapinya,tidak makan sama sekali,dan makan pareteral(NGT)	1

Interpretasi hasil:

Nilai A : Mandiri dalam semua aktivitas tampa kecuali

Nilai B : Mandiri dalam semua aktivitas,kecuali satu fungsi tersebut

Nilai C : Mandiri dalam semua aktivitas,kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

Nilai D Mandiri dalam semua aktivitas,kecusli mandi,berpakaian dan fungsi tambahan

Nilai E : Mandiri dalam semua aktivitas,kecuali mandi,berpakaian,pergi ke toilet,berpindah dan Satu fungsi tambahan.

Nilai F : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi,berpakaian, pergi ke toilet, berpindah dan

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsintersebut.

(b) Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	**5**	10	Frekuensi : Jumlah: Jenis:
2.	Minum	**5**	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
3.	Berpindak dari kursi roda ke tempat tidur,sebaliknya	**5-10**	15	
4.	Perasonal toilet(cucimuka,menyisir rambut,gosok gigi)	**0**	5	Frekuensi
5.	Keluar masuk toilet(memcuci pakaian,menyeka tubuh,menyiram)	**5**	10	Frekuensi
6.	Mandi	**5**	15	Frekuensi
7.	Jalan di permukaan datar	**0**	15	
8.	Naik turun tangga	**5**	10	
9.	Mengenakan pakaian	**5**	10	
10.	Kontrol bowel (BAB)	**5**	10	Frekuensi : Konsistensi :
11.	Kontrol bladder (BAK)	**5**	10	
12.	Olahraga/latihan	**5**	10	
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	**5**	10	

Keterangan :

130 : Mandiri
65 – 125 : Ketergantungan sebagian
60 : Ketergantungan total

3) Risiko jatuh dengan *Morse Fall Scale* (MSC)

Pengkajian	Skala	Skor
Riwayat jatuh Apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terahir?	Tidak 0 Ya 25	0
Diagnosa Sekunder Apakah lansia Memiliki lebih dari satu penyakit ?	Tidak 0 Ya 15	
Alat bantu jalan Bed rest/dibantu Kruk/tongkat/walker Berpengangan pada benda-benda di sekitar (kursi,lemari,meja)	 0 15 30	 0
Terapi intravena Apakah lansia saat ini terpasang infus?	Tidak0 Ya20	 0
Gaya berjalan/cara berpindah Normal/bed rest immobile Lemah(tidak bertenaga) Gangguan/tidak normal (pincang,diseret)	 0 10 20	 20
Status mental Lansia menyadari dirinya sendiri Lansia mengalami keterbatasan daya inggat	 0 15	 0
Total 20		

4) Keseimbangan dengan *Berg Balance Scale* (BBS)

No	Item Keseimbangan	Skor(0-4)	Skor
1.	Duduk ke berdiri	4 = Dapat berdiri tanpa menggunakan tangan dan menstabilkan Independen 3 = Mampu berdiri secara indepen Den menggunakan tanggan Setelah mencoba 2 = Mampu berdiri menggunakan Tanggan setelah mencoba 1 = Perlu bantuan minimal untuk Berdiri atau menstabilkan 0 = Perlu asisten sedang atau Maksimal untuk berdiri	1

2.	Berdiri tanpa penunjang	4 = Dapat berdiri dengan aman Selama 2 menit 3 = Mampu berdiri 2 menit dengan Pengawasan 2 = Dapat berdiri 30 detik yang Tidak di bantu/ditunjang 1 =Membutuhkan beberapa waktu Untuk mencoba berdiri 30 detik Yang tidak di bantu 0 = Tidak dapat berdiri secara Mandiri selama 30 detik	2
3.	Duduk tanpa penunjang	4 = Bisa duduk dengan aman dan Nyaman selama menit 3 = Bisa duduk 2 menit dengan Pengawasan 2 = Mampu duduk selama 30 detik 1 = Bisa duduk 10 detik 0 = Tidak dapat duduk tanpa Penunjang	4
4.	Berdiri ke duduk	4 = Duduk dengan aman dengan Menggunakan minimal tanggan 3 = Mengontrol posisi turun Dengan menggunakan tanggan 2 = Menggunakan punggung kaki Terhadap kursi untuk Menggontrol posisi turun 1 = Duduk secara independen Tetapi memiliki keturunan Yang tidak terkendali 0 = Kebutuhan membantu untuk Duduk	1
5.	Transfer	4 = Dapat mentransfer aman Dengan penggunaan ringan Tanggan 3 = Dapat mentransfer kebutuhan Yang pasti aman dari tanggan 2 = Dapat mentransfer dengan Pengawasan 1 = Membutuhkan saru orang Untuk membantu 0 = Membutuhkan dua orang Untuk membantu atau Mengawasi	1

6.	Berdiri dengan mata tertutup	4 = Dapat berdiri 10 detik dengan Aman 3 = Dapat berdiri 10 detik dengan Pengawasan 2 = Mampu berdiri 3 detik 1 = Tidak dapat menjaga mata Tertutup 3 detik tapi tetap Aman 0 = Membutuhkan bantuan agar Tidak jatuh	2
7.	Berdiri dengan kaki rapat	4 = Mampu menempatkan kaki Bersama -sama secara indepen Den dan berdiri 1 menit aman 3 = Mampu menempatkan kaki Bersama-sama secara indepen Den dan berdiri 1 menit dengan Pengawasan 2 = Mampu menempatkan kaki Bersama-sama secara mandiri Tetapi tidak dapat tahan Selama 30 detik 1 = Memerlukan bantuan untuk Mencapai posisi tapi mampu Berdiri kaki bersama-sama Selama 15 detik 0 = Memerlukan bantuan untuk Mencapai posisi dan tidak dapat Tahan selama 15 detik	1
8.	Menjangkau kedepan dengan tanggan	4 = Dapat mencapai kedepan Dengan percaya diri 25cm (10 inci) 3 = Dapat mencapai ke depan 12cm (5 inci) 2 = Dapat mencapai ke depan 5cm (2 inci) 1 = Mencapai kedepan tapi Membutuhkan pengawasan 0 = Kehilangan keseimbangan Ketika mencoba/memerlukan Dukungan eksternal	1

9.	Menggambil barang dari lantai	4 = Dapat menggambil sandal Dengan mudah 3 = Dapat menggambil sandal Tetapi membutuhkan pengawa San. 2 = Tidak dapat menggambil Tetapi mencapai 2-5 cm (1-2 inci) dari sandal dan Menjaga keseimbangan Secara bebas 1 = Tidak dapat menggambil Dan memerlukan pengawasan Ketika mencoba 0 = Tidak dapat mencoba/mem Bantu kebutuhan untuk Menjaga dari kehilangan Keseimbangan atau jatuh	1
10.	Menoleh ke belakang	4 = Tampak belakang dari kedua Sisi dan berat bergeser baik 3 = Tampak belakang satu sisi lain Menunjukkan pergeseran berat Badan kurang 2 = Hanya menyamping tetapi Tetap mempertahankan keseim Bangan 1 = Perlu pengawasan saat Memutar 0 = Butuh bantuan untuk Menjaga dari kehilangan Keseimbangan atau jatuh	1
11.	Berputar 360 derajat	4 = Mampu berputar 360^0 dengan Aman dalam 4 detik atau Kurang 3 = Mampu berputar 360^0dengan Aman satu sisi hanya 4 detik Atau kurang 2 = Mampu berputar 360^0dengan Aman tetapi perlahan-lahan 1 = Membutuhkan pengawasan Yang ketat atau dengan lisan 0 = Membutuhkan bantuan saat Memutar	1

12.	Menempatkan kaki bergantian di bangku	4 = Mampu berdiri secara Indenpe Nden dengan aman dan Menyelesaikan 8 langkah dalam 20 detik 3 = Mampu berdiri secara mandiri Dan menyelesaikan 8 langkah Dalam >20 detik 2 = Dapat menyelesaikan 4 langkah Tanpa bantuan dengan Pengawasan 1 = Dapat menyelesaikan>2 Langkah perlu 0 = Membutuhkan bantuan agar Jatuh/tidak mampu untuk Mencoba	1
13.	Berdiri dengan satu kaki kedepan	4 = Mampu menempatkan tamdem Kaki secara independen dan Tahan 30 detik 3 = Mampu menempatkan kaki Depan independen dan tahan 30 detik 2 = Dapat menggambil langkah Kecil secara mandiri dan tahan 30 detik 1 = Kebutuhan membantu untuk Melangkah tapi dapat Menyimpan 15 detik 0 = Kehilangan keseimbangan saat Melangkah atau berdiri	1
14.	Berdiri dengan satu kaki	4 = Mampu mengangkat kaki Secara independen dan tahan >10 detik 3 = Mampu mengangkat kaki Secara independen dan tahan 5-10 detik 2 = Mampu mengangkat kaki Secara independen dan tahap >3 detik 1 = Kebutuhan membantu untuk Melangkah tapi dapat menyim Pan 15 detik 0 = Kehilangan keseimbangan saat Melangkah atau berdiri Total skor : 19	0

Interpetasi hasil : 19

0-20 : Harus memakai kursi roda

21-40 : Berjalan dengan bantuan

40-56 : Mandiri/independen

5) Status mental

(a). Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan short Potable mental status Questioner (SPSMQ)

No	Item pertanyaan	Jawaban
1.	Jam berapa sekarang ?	Jam 11
2.	Tahun berapa sekarang?	2012
3.	Kapan ibu lahir ?	Salah
4.	Berapa umur ibu sekarang ?	78 tahun
5.	Di mana alamat ibu sekarang ?	cibiru
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama ibu ?	2 orang
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama ibu ?	Ny.e dan Tn.j
8.	Tahun berapa hari kemerdekaan Indonesia ?	1945
9.	Siapa nama presiden republik Indonesia ?	Prabowo
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1	benar
	Jumlah Benar	

Interpetasi hasil: salah 1

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Kerusakan intelekual ringgan

Salah 6-8 : Kerusakan intelektual sedang

Salah 9-10 : Kerusakan intelektual berat

a. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan Mini mental status Exam (MMSE)

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai pasien	Kriteria
1.	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar - Tahun - Musim - Tanggal - Hari - Bulan

2.	Orientasi	5	Di mana kita sekarang berada? - Negara Indonesia - Provinsi jawa barat - Kota - PSTW - Wisma
3.	Registrasi	3	Sebutkan nama 3 objek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing objek kemudian tanyakan kepada klien 3objek tadi (untuk di sebutkan) - Objek (pulpen) - Objek (buku) - Objek (botol)
4.	Perhatian dan kalkulasi	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian di kurangi 7 sampai 5 kali/tingkat - 93 - 86 - 79 - 72 - 65
5.	Mengingat	3	Minta klien untuk menggulangi ketiga objek pada No. 2 (registrasi) tadi bila benar,1point untuk masing masing objek.
6.	Bahasa	9	Tunjukan pada klien sesuatu benda dan tanyakan namanya pada klien - Buku - Botol Minta klien untuk mengulangi kata berikut “tak ada jika,tetapi bila benar 1 point. - Pertanyaan 2 buah tak ada tetapi Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah “ambil kertas di tanggan Anda,lipat dua arah taruh di lantai. - Ambil kertas di tanggan Anda - Lipat dua - Taruh di lantai Perintah pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah point 1) - Tutup mata Anda Perintah klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar - Tulis satu kalimat - Menyalin gambar

Interpetasi hasil :

>23 : Aspek kognitif dari fungsi mental baik

18-22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringgan

<17 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

6) Status psikologis

(a). Identifikasi Masalah Emosional

Pertanyaan tahap 1
1. Apakah klien mengalami sukar tidur ? Tidak
2.Apakah klien merasa gelisah ? Tidak
3.Apakah klien murung dan menangis sendiri ? tidak
4. Apakah klien sering was-was atau khawatir ? iya

Pertanyaan tahap 2
1. Keluhan lebih dari 3 bulan dari 1 kali dalam sebulan ? iya
2.Ada masalah atau banyak pikiran ? iya memikirkan penyakitnya
3. Adanya gangguan/masalah dengan keluarga lain ? tidak
4. Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter ? tidak
5. Cenderung menggurung diri ? tidak

(b). Skala Depresi Geriatrik

No	Apakah ibu dalam 1 minggu terahir	Jawaban
1.	Merasa puas dengan kehidupan yang di jalani ?	Tidak
2.	Banyak meninggalkan kesenangan/minat dan aktivitas Anda ?	Ya
3.	Merasa bahwa kehidupan Anda hampa ?	Ya
4.	Sering merasa bosan ?	Ya
5.	Penuh pengharapan akan masa depan ?	Ya
6.	Mempunyai semangat yang baik setiap waktu ?	Ya
7.	Di ganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat di ungkapkan ?	Ya
8.	Merasa bahagia di sebagian besar waktu ?	Ya
9.	Merasa takut sesuatu akan terjadi pada Anda ?	Tidak
10.	Sering kali merasa tidak berdaya ?	Ya
11.	Sering merasa gelisah dan gugup ?	Tidak
12.	Memilih tinggal di rumah dari pada pergi melakukan sesuatu yang bermanfaat ?	Ya
13.	Sering kali merasa khawatir akan masa depan ?	Tidak
14.	Merasa mempunyai lebih banyak masalah dengan daya ingat di bandingkan orang lain ?	Tidak
15.	Berpikir bahwa hidup ini sanggat menyenangkan sekarang ?	Tidak
16.	Sering kali merasa merana ?	Tidak
17.	Merasa kurang bahagia ?	Tidak
18.	Sangat khawatir terhadap masa lalu ?	Tidak
19.	Merasa bahwa hidup ini sanggat mengairahkan ?	Ya
20.	Merasa berat untuk memulai sesuatu hal yang baru ?	Ya
21.	Merasa dalam keadaan penuh semangat ?	Ya

22.	Berpikir bahwa keadaan ada tidak ada harapan ?	Tidak
23.	Berpikir bahwa banyak orang yang lebih baik dari pada saya ?	Ya
24.	Sering kali menjadi kesal karena hal sepele ?	Ya
25.	Sering kali merasa inggin menangis ?	Tidak
26.	Merasa sulit untuk berkonsentrasi ?	Tidak
27.	Menikmati tidur ?	Ya
28.	Memilih menghindar dari perkumpulan sosial ?	Ya
29.	Mudah menggambil keputusan ?	Ya
30.	Mempunyai pikiran yang jernih ?	Ya
	Jumlah item yang terganggu : 11	

Interpretasi hasil :

Terganggu skor : 1 Normal : 0

Skor 0-5 : Normal

Skor 6-15 : Depresi ringgan sampai sedang

Skor 16-30 : Depresi berat

j) Lingkungan tempat tinggal

1) Kebersihan dan keterampilan ruangan :
2) Penerangan :
3) Sirkulasi udara :
4) Keadaan kamar mandi dan WC :
5) Pembuangan air kotor :
6) Sumber air minum :
7) Pembuangan sampah :
8) Sumber pencemaran :
9) Penataan halaman jika ada :
10) Risiko injuri :

k) Data sosial

klien mengalami keterbatasan dalam bersosialisasi sejak terkena stroke karena kondisi lemah dan kaki tidak dapat berjalan. Sebelum sakit klien aktif berinteraksi dengan tetangga. Saat ini klien lebih banyak dibantu keluarga dan tampak lebih pendiam. Keluarga berharap klien dapat sembuh agar bisa kembali beraktivitas dan bersosialisasi seperti sebelumnya.

l) Data spiritual

Klien beragama Islam dan sebelum sakit rutin beribadah. Sejak stroke, ibadah dilakukan semampunya dengan bantuan keluarga. Klien meyakini sakit

yang dialami sebagai ujian dan berharap diberikan kesembuhan serta dapat beribadah mandiri kembali.

2. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Klien mengeluh pegal pada keduan tangan terutama tangan kiri - Kaki klien mengatakan kedua kaki nya tidak bisa di gerakan DO : - Kedua Keadaan umum klien lemah - Klien dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas - Rentang gerak klien menurun - Kekuatan otot ekstremitas sebelah kanan menurun 5555 | 3333 5555 | 4444	Disfungsi N,XI (aksesorius) ↓ Pennurunan fungsi motoric dan muskuloskletal ↓ Kelemahan pada 1/ ke 4 anggota gerak ↓ Hemiparase/plegi kanan dan kiri ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
2.	DS : - Klien mempunyai gangguan memori - Klien suka lupa atau pikun DO : - Mengalami pikun sejak 4 bulan yang lalu - Sering mengulang kejadian dimasa lalu	Penurunan fungsi neurologis ↓ Efek terapi obat ↓ Stroke Gangguan sirkulasi serebral ↓ Stres berat ↓ Gangguan Memori	Gangguan memori b/d gangguan sirkulasi ke otak (D.0062)

3.	DS : - Pasien mengalami stroke - Pasien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi - Pasien mengatakan aktivitasnya harus di bantu DO : - Pasien terlihat adanya gangguan keseimbangan dan gangguan mobilitas - Total skor penelitian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah pasien dalam kategori resiko - Pasien tampak terlihat lemas	Stroke ↓ Dibantu keluarga untuk jalan ↓ Masa otot menurun ↓ Risiko Jatuh	Resiko Jatuh b.d Kekuatan Otot Menurun (D.0143)

b. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Nama perawat	Tanda tangan
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (D.0054)		Inez	
2.	Gangguan memori berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak (D.0062)		Inez	
3.	Resiko Jatuh berhubungan dengan Kekuatan Otot Menurun (D.0143)		Inez	

c. Perencanaan Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik klien meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak meningkat (5) 4. Nyeri Menurun (5) 5. Kecemasan menurun (5) 6. Gerakan terbatas menurun (5) (L.05042)	Intervensi Utama Dukunga Mobilisasi (I.05173) OBSERVASI 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan TD sebelum memuai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi TERAPEUTIK 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Berikan aktivitas fisik dengan ROM 7. Fasilitasi melakukan pergerakan 8. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan EDUKASI 9. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 10. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 11. Anjurkan latihan aktivitas fisik dengan ROM 12. Anjurkan mobilisasi

			sederhana yang harus dilakukan. **B.** Intervensi Pendukung Teknik Latihan penguatan otot (I.05184) OBSERVASI 13. Identifikasi risiko Latihan 14. Monitor efektivitas Latihan TERAPEUTIK 15. Lakukan latihan fisik sesuai program yang ditentukan 16. Fasilitasi menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang realistis dalam menentukan rencana Latihan 17. Fasilitasi mengembangkan program latihan fisik yang sesuai dengan tingkat kebugaran otot, kendala muskuloskletal, tujuan fungsional kesehatan,sumber daya peralatan olahraga,dan dukungan sosial 18. Berikan instruksi tertulis tentang pedoman dan bentuk gerakan untuk setiap gerakan otot EDUKASI 19. Ajarkan tanda dan gejala tanda dan gejala intoleransi selama dan setelah selesai sesi latihan. KOLABORASI 20. Pertahankan jadwal tindak lanjut untuk mempertahankan motivasi, memfasilitasi pemecahan 21. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain (mis.terapis, aktivitas, ahli fisiologi olahraga, terapis okupasi, terapis rekreasi, terapis fisik) dalam perencanaan,pengajaran, dan memonitor program latihan otot
2.	Gangguan memori berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak (D.0062)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan memori meningkat dengan kritera hasil: 1. Verbalisasi kemampuan mengingat informasi faktual meningkat	Latihan memori (I.06188) Observasi 1. Identifikasi masalah memori yang dialami 2. Identifikasi kesalahan terhadap orientasi 3. Monitor perilaku dan perubahan

		2. Verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat 3. Verbalisasi pengalaman lupa menurun 4. Verbalisasi mudah lupa menurun	memori selama terapi Terapeutik 4. Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan 5. Koreksi kesalahan orientasi 6. Fasilitasi tugas pembelajaran (mengingat informasi verbal) 7. Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi Edukasi 8. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan
3.	Resiko Jatuh berhubungan dengan Kekuatan Otot Menurun (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien dapat melakukan pergerakan fisik dengan kriteria hasil : 1. Klien tidak jatuh 2. Klien dapat berdiri dan jalan seimbang dengan menggunakan alat bantu berjalan	OBSERVASI 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (kelemahan otot, gaya berjalan tidak stabil, penggunaan alat bantu). 2. Kaji kekuatan otot ekstremitas dan keseimbangan klien. 3. Observasi kemampuan klien saat berpindah posisi (duduk–berdiri, berjalan). 4. Monitor tingkat kesadaran dan orientasi klien. 5. Nilai lingkungan sekitar klien yang berpotensi menyebabkan jatuh (lantai licin, pencahayaan kurang). TERAPEUTIK 6. Pastikan lingkungan aman (lantai kering, pencahayaan cukup, tempat tidur pada posisi rendah). 7. Bantu klien saat mobilisasi dan ambulasi. 8. Anjurkan penggunaan alat bantu jalan sesuai kebutuhan. 9. Lakukan latihan rentang gerak (ROM) dan penguatan otot secara bertahap. 10. Pasang pagar tempat tidur jika diperlukan. 11. Atur posisi tubuh yang aman dan nyaman. 12. Pastikan alat-alat pribadi berada dalam jangkauan klien. EDUKASI 13. Edukasi klien dan keluarga tentang risiko jatuh dan faktor

			penyebabnya. 14. Ajarkan teknik bangun dan berjalan yang aman. 15. Anjurkan penggunaan alas kaki yang tidak licin. 16. Edukasi pentingnya latihan otot secara rutin sesuai kemampuan. 17. Anjurkan meminta bantuan saat akan berdiri atau berjalan. 18. Jelaskan pentingnya menjaga lingkungan tetap aman.	

d. Implementasi Keperawatan

No	Tanggal ,jam	DP	Tindakan	Nama dan tanda tangan
1.	17/12/2025 11.00 WIB	I	Mengecek tekanan darah dan nadi Hasil : TD 130/80 mmHg N 90x/m	
	11.10 WIB	I	Mengobservasi K/U pasien Hasil : - Klien mengeluh pegal pada kedua kaki Kaki klien terasa kesemuatan	
	11.20 WIB	I	Mengukur kekuatan otot Hasil: 5555 | 3333 5555 | 4444	
	11.30 WIB	I	Mengajarkan pasien mengenai gerakan ROM pasif yaitu fleksi, ekstensi, hiperekstensi Mengobservasi kekuatan otot Hasil: Klien Pasien mengikuti gerakan ROM	
	11.40 WIB	II	Mengidentifikasi gangguan memori Hasil: Klien mengingat pada masa lalu	
	11.50 WIB	III	Mengidentifikasi risiko jatuh Hasil: Klien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi	

e. Evaluasi Keperawatan

Tanggal dan jam	DP	EVALUASI SUMATIF	NAMA DAN TANDA TANGAN
19/12/2025 10.30	I	S : - Klien mengeluh pegal pada kedua kaki - Kaki klien terasa kesemuatan O : - Kedua Keadaan umum klien lemah - Klien dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas - Rentang gerak klien menurun - Kekuatan otot ekstremitas sebelah kanan menurun 5555 | 3333 5555 | 4444 A : Masalah belum teratasi P : Intervensi Teknik latihan ROM penguatan otot dilanjutkan	
	II	S : - Klien mempunyai gangguan memori - Klien suka lupa atau pikun O : - Mengalami pikun sejak 4 bulan yang lalu - Sering mengulang kejadian dimasa lalu A : Masalah belum teratasi P : Intervensi mengajarkan mengingat kejadian hari, tanggal, jam lanjutan	
	III	S : - Pasien mengalami stroke - Pasien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi - Pasien mengatakan aktivitasnya harus di bantu O : - Pasien terlihat adanya gangguan keseimbangan dan gangguan mobilitas - Resiko Jatuh - Pasien tampak terlihat lemas A : Masalah belum teratasi P : Latihan ROM	

Lampiran 2. Review Artikel

	Penulis dan Tahun	Metode Penelitian	Sampel	Hasil	Kesimpulan
1.	Sari, N., Putra, A., & Wijaya, R (2021)	Menggunakan desain quasi-experimental dengan pendekatan pre-test dan post-test tanpa kelompok kontrol.	Sampel sebanyak 20 pasien stroke dengan hemiparesis yang dipilih menggunakan teknik purposive sampling. Intervensi berupa latihan ROM aktif dan pasif dilakukan selama 7 hari berturut-turut, 2 kali sehari. Pengukuran kekuatan otot menggunakan skala Manual Muscle Testing (MMT)	Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan signifikan kekuatan otot setelah pemberian latihan ROM. Nilai rata-rata kekuatan otot meningkat dari skala 2 menjadi skala 3–4 setelah intervensi. Uji statistik menunjukkan p-value < 0,05 yang berarti terdapat pengaruh signifikan latihan ROM terhadap peningkatan kekuatan otot pasien stroke	Latihan Range of Motion (ROM) efektif dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien pasca stroke dan dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan mandiri untuk mencegah komplikasi imobilisasi seperti kontraktur dan atrofi otot.
2.	Kadek Dwi Janwaryani, Ni Made Dwi Yunica Astriani, Gede Budi Widiartana (2024)	Kuantitatif, quasi-experimental, intervensi ROM diberikan; data dianalisis statistik deskriptif dan inferensial.	Sebanyak 40 responden ibu post partum sectio caesarea, dipilih menggunakan purposive sampling.	Penelitian ini menemukan bahwa setelah diberikan terapi Range of Motion (ROM) secara terstruktur, terdapat peningkatan yang signifikan dalam parameter mobilitas fisik pasien stroke. Secara kuantitatif, skor kemampuan mobilitas yang diukur dengan instrumen standar menunjukkan perbaikan yang	Berdasarkan penelitian, dapat disimpulkan bahwa terapi Range of Motion (ROM) memberikan kontribusi signifikan terhadap peningkatan kemampuan mobilitas fisik pada pasien stroke. Artinya, ROM bukan sekedar latihan fisik sederhana, tetapi merupakan intervensi terapeutik yang efektif untuk: 1. Mengurangi pembatasan gerak otot dan sendi yang timbul akibat

		konsisten setiap kali pengukuran dilakukan. Selain itu: 1. Pasien menunjukkan kemampuan yang meningkat dalam melakukan gerakan fungsional sederhana seperti mengangkat lengan, menekuk lutut, dan meraih objek di sekitarnya, yang sebelumnya sulit dilakukan. a. Tidak ditemukan komplikasi signifikan akibat pelaksanaan ROM, dan respon pasien terhadap intervensi umumnya positif. b. Analisis statistik menunjukkan bahwa peningkatan skor mobilitas tidak terjadi secara kebetulan, tetapi memiliki hubungan yang kuat dengan intervensi ROM.	hemiparesis atau parese pasca stroke. 2. Meningkatkan kekuatan otot pada ekstremitas yang sebelumnya lemah sehingga pasien dapat melakukan aktivitas harian ringan dengan lebih mandiri. 3. Menurunkan risiko terjadinya komplikasi yang berhubungan dengan imobilitas seperti kontraktur, gangguan sirkulasi, dan penurunan keseimbangan. 4. Memberikan dampak positif terhadap kualitas hidup pasien secara keseluruhan, karena peningkatan mobilitas seringkali berkorelasi dengan peningkatan kemandirian dalam aktivitas fungsional sehari-hari. Peneliti menganjurkan agar ROM dimasukkan sebagai bagian penting dari program rehabilitasi keperawatan bagi

		pasien pasca stroke, terutama yang mengalami gangguan mobilitas fisik, dan dapat dilakukan secara berkelanjutan baik dalam fasilitas kesehatan maupun komunitas.

Lampiran 3. SAP dan Leaflet

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Stroke pada Lansia dengan Terapi *Range Of Montion*

I. Identitas Kegiatan

Hari/tanggal : Sabtu, 20 Desember 2025

Waktu : 20 Menit

Tempat/Ruangan : Rumah klien

Sasaran : Klien dan Keluarga

Pelaksana : Inez

Topik Penkes : Stroke pada Lansia dengan Terapi Range Of Montion

II. Tujuan

f. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah penyuluhan, pasien dan keluarga mampu memahami dan melakukan terapi ROM secara mandiri dan benar.

g. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah penyuluhan, peserta mampu :

1. Menjelaskan pengertian stroke.
2. Menyebutkan penyebab dan tanda gejala stroke.
3. Menjelaskan manfaat terapi ROM.
4. Mempraktikkan gerakan ROM dengan benar.

III. Materi

a. Pengertian Stroke

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi secara mendadak akibat gangguan aliran darah ke otak, baik karena sumbatan maupun perdarahan. Otak membutuhkan suplai oksigen dan nutrisi secara terus-menerus. Jika aliran darah terhenti, maka sel-sel otak dapat mengalami kerusakan bahkan kematian.

b. Jenis Stroke

1. Stroke Iskemik (akibat sumbatan pembuluh darah)
2. Stroke Hemoragik (akibat pecahnya pembuluh darah)

c. Faktor Risiko Stroke

1. Hipertensi
2. Diabetes melitus
3. Kolesterol tinggi
4. Penyakit jantung
5. Merokok
6. Kurang aktivitas fisik
7. Obesitas
8. Riwayat stroke sebelumnya

d. Tanda dan Gejala Stroke

1. Kelemahan satu sisi tubuh (hemiparesis)
2. Wajah mencong
3. Bicara pelo atau sulit berbicara
4. Gangguan penglihatan
5. Gangguan keseimbangan
6. Sakit kepala mendadak dan berat

e. Dampak Stroke pada Lansia

1. Kelemahan otot
2. Kekakuan sendi
3. Kontraktur
4. Atrofi otot

5. Ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari
6. Risiko luka tekan

2. Terapi ROM (Range of Motion)

a. Pengertian ROM

Range of Motion (ROM) adalah latihan menggerakkan sendi dalam rentang gerak normal untuk mempertahankan fleksibilitas, kekuatan otot, dan fungsi sendi.

Pada pasien stroke, kerusakan sistem saraf pusat menyebabkan gangguan kontrol gerak sehingga anggota tubuh menjadi lemah atau lumpuh. Jika tidak dilakukan latihan, dapat terjadi kekakuan dan kontraktur permanen.

b. Tujuan Terapi ROM

1. Mempertahankan fleksibilitas sendi
2. Mencegah kontraktur
3. Meningkatkan sirkulasi darah
4. Mencegah atrofi otot
5. Mengurangi risiko trombosis
6. Mempertahankan tonus otot
7. Meningkatkan kemandirian pasien

c. Jenis-Jenis ROM

1. ROM Aktif Pasien menggerakkan sendiri bagian tubuhnya.
2. ROM Pasif Gerakan dilakukan dengan bantuan keluarga atau perawat.
3. ROM Aktif-Asistif Gerakan dilakukan dengan bantuan sebagian.

d. Prinsip Pelaksanaan ROM

1. Dilakukan 2–3 kali sehari
2. Setiap gerakan diulang 8–10 kali

3. Gerakan dilakukan perlahan dan tidak dipaksakan
4. Hentikan jika muncul nyeri hebat
5. Perhatikan kondisi tekanan darah dan tanda vital
6. Pastikan pasien dalam posisi nyaman

e. Contoh Gerakan ROM

1. Ekstremitas Atas
   a) Fleksi dan ekstensi bahu
   b) Fleksi dan ekstensi siku
   c) Pronasi dan supinasi lengan bawah
   d) Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan
   e) Buka dan tutup jari
2. Ekstremitas Bawah
   a) Fleksi dan ekstensi panggul
   b) Fleksi dan ekstensi lutut
   c) Dorsifleksi dan plantarfleksi pergelangan kaki
   d) Rotasi pergelangan kaki

IV. Metode

Ceramah & Diskusi

V. Media dan Alat Bantu

Leaflet

VI. Kegiatan Penyuluhan

No.	Kegiatan	Penyuluh	Peserta	Waktu
1.	Pembukaan	Memberi salam dan perkenalan serta menjelaskan tujuan, manfaat dan cakupan materi	Menjawab salam Mendengarkan dan memperhatikan	5 menit
2	Kegiatan Inti	Penjelasan definisi stroke pada lansia Penjelasan mengenai penyebab terjadinya stroke Penjelasan tanda dan gejala stroke Penjelasan cara menangani stroke Memberikan kesempatan untuk bertanya jika ada yang kurang jelas	Mendengarkan dan memperhatikan Memperhatikan dan menyimak. Mendengarkan dan memperhatikan Bertanya jika ada yang tidak jelas.	10 menit
3.	Penutup	Mengevaluasi pengetahuan peserta penyuluhan tentang materi yang disampaikan dengan memberi pertanyaan Menyimpulkan materi yang telah disampaikan. Memberi salam	menjawab pertanyaan mendengarkan dan memperhatikan menjawab salam	5 menit

VII. Evaluasi Kegiatan

a. Evaluasi Struktur

1. Kesiapan mahasiswa memberikan materi penyuluhan
2. Media dan alat memadai
3. Setting sesuai dengan kegiatan

b. Evaluasi Proses

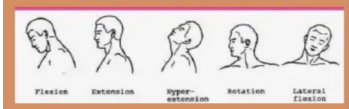
1. Pelaksana dan sasaran mengikuti penkes sesuai waktu yang di tetapkan.
2. Sasaran aktif selama proses penkes
3. Sasaran mampu menjawab pertanyaan
4. Pelaksana menyajikan semua materi secara lengkap dan jelas

c. Evaluasi Hasil

1. Sasaran mampu mendefinisikan Pengertian Stroke
2. Sasaran mampu mendefinisikan Penyebab stroke pada lansia
3. Sasaran mampu mendefinisikan Tanda dan gejala stroke
4. Sasaran mampu mendefinisikan Cara pencegahan stroke
5. Sasaran mampu mendefinisikan Pengertian Terapi ROM
6. Sasaran mampu mendefinisikan Tujuan manfaat ROM

Leaflet

CARA MELAKUKAN GERAKAN ROM









GERAKAN ROM

Leher dan Kepala
- Fleksi (menunduk)
- Ekstensi (mendongak)
- Rotasi ke kiri dan kanan
- Lateral fleksi (miring ke kiri dan kanan

Tangan dan Lengan
- Bahu: abduksi–adduksi, fleksi–ekstensi
- Siku: fleksi–ekstensi
- Pergelangan tangan: rotasi, fleksi–ekstensi
- Jari tangan: membuka–menutup, gerakan mencubit

Kaki dan Tungkai
- Pinggul: fleksi–ekstensi, abduksi–adduksi
- Lutut: fleksi–ekstensi
- Pergelangan kaki: dorsifleksi–plantar fleksi, rotasi
- Jari kaki: fleksi–ekstensi jari



RANGE OF MOTION (ROM)

Di susun Oleh:

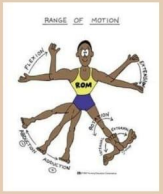
Inez Komala Fitri
231FK01036

PRODI STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKUTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
2025



APA ITU ROM?

Range of Motion (ROM) adalah latihan gerakan yang dilakukan pada sendi untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan geraknya.



JENIS LATIHAN ROM

- ROM Aktif (AROM)
- ROM Aktif Terbantu (AAROM)
- ROM Pasif (PROM)

TUJUAN RANGE OF MOTION (ROM)

- Mencegah kekakuan sendi (kontraktur) akibat tidak
- Meningkatkan rasa percaya diri dan semangat pasien karena merasa tetap aktif.
- Meningkatkan aliran darah ke jaringan otot dan kulit.
- Mencegah dekubitus dan trombosis vena dalam.
- Menjaga dan meningkatkan fungsi mobilitas pasien, meskipun terbatas.
- Memberi stimulasi neurologis, penting untuk pemulihan pasca-stroke.



PRINSIP ROM

- Lakukan dengan perlahan dan hati - hati, hindari gerakan memaksa.
- Berikan penjelasan kepada pasien sebelum mulai latihan.
- Pilih waktu yang tenang dan nyaman, misal setelah mandi pagi.
- Mulai dari bagian tubuh atas ke bawah (kepala ke kaki).
- Lakukan 3–5 kali pengulangan per gerakan.
- Hentikan jika pasien merasa nyeri atau tidak nyaman.
- Gunakan bantal atau handuk sebagai penopang jika perlu.
- Lakukan secara rutin, 2–3 kali sehari.

Sumber :

Harding, M. M., Kwong, J., Roberts, D., Hagler, D., & Reinisch, C. (2020). *Lewis's Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems* (11th ed.). St. Louis: Elsevier.

Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2022). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (15th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., & Rebar, C. R. (2021). *Medical-Surgical Nursing: Concepts for Interprofessional Collaborative Care* (10th ed.). St. Louis: Elsevier.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Stroke*. Jakarta: Kemenkes RI.

Lampiran 4 Lembar Bimbingan

Pembimbing 1

LAMPIRAN 18
Form Lembar Konsultasi KTI

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Inez Komala Fitri
NIM : 231FK01036
Pembimbing Utama : Agus Miraj Darajat., S.PD., S. Kep., Ners., M.Ker
Pembimbing Pendamping : Ns. Asep Aep Indarna, Spd., S.Kep M.Pd., MKep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	17/12/2025	Bab I Latar Belakang	
2.	24/12/2025	Bab II - Simpulkan definisi - Rapihkan margin	
3.	09/02/2026	Bab III -	

LAMPIRAN 18
Form Lembar Konsultasi KTI

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Inez Komala Fitri
NIM : 231FK01036
Pembimbing Utama : Agus Miraj Darayani Spd., S.Kep., Ner., M.Kes
Pembimbing Pendamping : Ns. Acep Aep Indarna Spd., S.Kep., M.Bl., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
4	13/02/2026	Acc Bab I/II/III Seminar Proposal PPT ing	

Pembimbing 2

LAMPIRAN 18
Form Lembar Konsultasi KTI

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Inel Fonda Fitri
NIM : 231FF01036
Pembimbing Utama : Agus Miraj Daraju, Spd., S.Kep., Ners., M.Kes
Pembimbing Pendamping : Mr. Asep Aep Indarna, Spd., S.Kep., M.Pd., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
9.	20/2 - 2026	Acc Sidang.	

LAMPIRAN 18
Form Lembar Konsultasi KTI

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Inez Komala Fieri
NIM : 231FK01036
Pembimbing Utama : Agus Miraj Sarajat., Spd., S.Kep., Ners., M.Ker
Pembimbing Pendamping : Mr. Asep Aep Indarna, Spd., S.Kep., M.Pd., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1	11/02/2026	- Perbaiki judul - Perbaiki latar belakang - Perbaiki margin	
2	23/02/2026	- Perbaiki Bab 2 - Perbaiki penulisan, Font dan ukuran	
3	24/02/2026	- Rapihin dikit lagi - Tinggal masukin lampiran	

Lampiran 5 Lembar Kemajuan Proposal

LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

3. Pengumpulan Data

m) Identitas Pasien

Nama	: Ny.P
TTL	: 12-10-1958
Umur	: 67
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SD
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Status Pernikahan	: Menikah
Suku/Bangsa	: Sunda
Diagnosa Medis	: Stroke
Alamat	: Kp.Jati RT 005 RW 006

n) Identitas Keluarga

Nama	: Ny.R
Alamat	: Kp.Jati RT 005 RW 006
No Telpon	: 089610425549
Hubungan Dengan Pasien	: Ibu Kandung

o) Riwayat Pekerjaan Dan Status Ekonomi

Pekerjaan Saat Ini	: Tidak Bekerja
Pekerjaan Sebelumnya	: Ibu Rumah Tangga
Sumber Pendapatan	: Dari anak
Kecukupan Pendapatan	: Cukup

p) Aktivitas Rekreasi

Hobi	: Pergi Kajian
Bepergian/Wisata	: -
Keangotaan Organisasi	: Tidak menggikuti kegiatan organisasi

q) Riwayat Keluarga

2) Saudara Kandung

No.	Nama	Kondisi Saat Ini	Keterangan
1.	Tn.W		
2.	Ny.N	Sudah meninggal	Karna sakit
3.	Ny.Y	Sudah meninggal	Karna sakit
4.	Ny.P		

2) Riwayat Kematian Dalam Keluarga

Nama	: Ny.N	Nama	: Ny.Y
Umur	: 50	Umur	: 40
Penyebab Kematian	: Karna sakit	Penyebab kematian	: Karna sakit

r) Riwayat Kesehatan

4) Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluarga Klien mengatakan kedua kaki tiba-tiba tidak bisa digerakkan. Keluarga Klien juga mengatakan kedua klien sering mengeluh kedua tangan terasa pegal dan lemas. Keluhan dirasakan terus-menerus, terutama pada sisi kiri. Keluarga Klien juga mengatakan Klien kesulitan untuk berdiri dan berjalan sehingga harus dibantu keluarga. Pegal pada tangan bertambah saat digunakan beraktivitas dan sedikit berkurang saat diistirahatkan.

5) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien memliki riwayat hipertensi, dan juga pernah di bawa kerumah sakit karna terjatuh di kamar mandi

6) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga Klien juga mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama seperti yang di alami klien dan penyakit lainnya seperti penyakit menular

s) Pola Aktivitas Sehari-Hari

Jenis Aktivitas	Di Rumah
7. Nutrisi	
c. Makan	
Frekuensi	2x 1 Hari
Jenis	Nasi,Sayur,Daging,Rebusan
Porsi	1 porsi

Keluhan	Tidak Ada Keluhan
d. Minum	
Frekuensi	5 Gelas
Jumlah	1 Liter
Jenis	Air Putih,teh
Keluhan	Tidak Ada Keluhan
8. Eliminasi	
c. BAB	
Frekuensi	3-4 Kali
Warna	Warna Feses
Bau	Bau Feses
Keluhan	Tidak Ada Keluhan
d. BAK	
Frekuensi	4-5 Kali
Jumlah	
Warna	
Keluhan	
9. Istirahat Tidur	
Siang	1-2 jam
Malam	8 jam
Keluhan	Tidak Ada Keluhan
10. Personal Hygiene	
f. Mandi	1x Sehar
g. Gosok Gigi	1x Sehar
h. Keramas	1 minggu 1x
i. Gunting Kuku	1 minggu 2x
j. Ganti Pakaian	2x Sehari
11. Kebiasaan Mengisi Waktu Luang	
e. Olahraga	Tidak
f. Menonton TV	5-10 menit
g. Berkebun/Memasak	Tidak berkerbun
h. Lain-Lain	
12. Kebiasaan Yang Memengaruhi Kesehatan	
d. Meroko	Tidak merokok
e. Minum Keras	Tidak
f. Ketergantungan Terhadap Obat	Tidak

t) Pemeriksaan Fisik

3) Keadaan Fisik

Kesadaran : E4 : Klien Membuka Mata Spontan

V4: Klien seperti bingung, dan berbicara kurang jelas

M4: Klien kurang Mampu Mengikuti Perintah Dengan Baik karna ada beberapa anggota tubuh yang terasa sakit

Penampilan : Bersih

4) Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

Tekanan Darah : 130/80 mmHg

Nadi : 82 x/M

Respirasi : 20 X/M

Suhu : 36^0C

(g) Sistem Pernafasan

Bentuk dada simetris,pasien tidak menggunakan alat bantu nafas,pasien tidak sesak namun,kadang merasakan sesak jika terlalu lelah tidak terdengar suara ronkhi ataupun whezzing.

(h) Sistem Cardiovaskuler

Dada simetris, tidak terdapat pembengkakan di area dada, tidak tampak sianosis, konjungtiva tidak anemis, teraba kuat, suara jantung S1 diikuti S2 (lupdub), suara jantung dullness.CRT 2 detik

(i) Sistem Pencernaan

Abdomen simetris, bising usus 12x/mnt, tidak terdapat nyeri tekan

(j) Sistem Genitourinaria

Tidak terdapat distensi abdomen, klien dapat berkemih tanpa kendala. Tidak terdapat gangguan reproduksi

(k) Sistem Endokrin

Tidak terdapat pembengkakan kelenjar getah bening, tidak terdapat poliuri, polifagi, polidipsi.

(l) Sistem Persyarafan

(7) Test Fungsi Cerebral

Kesadaran Apatis klien merospon suara dengan baik, hanya kesulitan bicara,tidak jelas dan sulit untuk menggerakan anggota tubuh

(8) Test Fungsi Nervus

N.I (Olfaktorius) = klien mampu membedakan bau-bauan

N.II (Optikus) = klien mengalami penurunan penglihatan terbukti klien kesulitan membaca tulisan tanpa menggunakan kaca mata.

N.III (Okumolotor), N.IV (Troklear), N.VI (Abducens) = klien mampu menggerakkan bola mata ke segala arah, lapang pandang (+).

N.V (Trigeminus) = klien mampu merasakan sensasi sentuhan di area wajah.

N.VII (Facialis) = klien mampu membuat berbagai macam ekspresi.

N. VIII (Vestibulokoklearis) = fungsi pendengaran baik.

N. IX (Glosofaringeal) = klien dapat menggerakkan mulutnya, dan merasakan rasa asin manis pahit asam.

N. X(Vagus)= klien memiliki reflek menelan yang baik.

(9) Sistem Integrumen

Kulit tampak lembab,warna kulit sama,kuku kaki tampak tebal,tidak terdapat luka,akral teraba hanggat CRT >2 warna ada gangguan pada kulit atau enggak

(10) Sistem Muskoloskeletal

Kekuatan kaki dan tangan menurun, tidak mampu melakukan pergerakan aktif. Rentang gerak terbatas, terdapat kekakuan sendi.

5555	3333
5555	4444

(11) Sistem Penglihatan

Mata tampak simetris, lensa agak berwarna keabuan di area mata kanan dan kiri, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis.

(12) Wicara Dan THT

Telinga Telinga simetris, bersih. Fungsi pendengaran baik.

u) Pengkajian Kasus

7) Masalah Kesehatan Kronis

Keluhan Kesehatan Atau Gejala Yang Di Rasakan Dalam 3 Bulan Terahir	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
Fungsi Penglihatan				
26. Penglihatan Kabur			Jarang	
27. Mata Berair			Jarang	
28. Nyeri Pada Mata				Tidak pernah
Fungsi Pendengaran				
29. Pendengaran Berkurang				Tidak pernah
30. Telinga Berdenging				Tidak pernah
Fungsi Paru (Pernafasan)				
31. Batuk Lama Disertai Keringat Malam				Tidak pernah
32. Sesak Nafas				Tidak pernah
33. Berdahak/Sputum			Jarang	
Fungsi Jantung				
34. Jantung Berdebar-Debar			Jarang	
35. Cepat Lelah			Jarang	
36. Nyeri dada			Jarang	
Fungsi Pencernaan				
37. Mual/Muntah		Sering		
38. Nyeri Ulu Hati			Jarang	
39. Makan Dan Minum Banyak (Berlebihan)				Tidak pernah
40. Perubahan KebiasaanBAB (diare/sembelit)				Tidak pernah
Fungsi Pergerakan				
41. Nyeri Kaki Saat Berjalan	selalu			
42. Nyeri Punggung Atau Tulang Belakang		sering		
43. Nyeri Persediaan/Bengkak			jarang	
Fungsi Pernafasan				
44. Lumpuh/Kelemahan Pada Kaki Atau Tanggan	selalu			
45. Kehilangan Rasa		sering		
46. Gemetar/Tremor		sering		
47. Nyeri/Pegal Pada Daerah Tengkuk		sering		
Fungsi Saluran Perkemihan				
48. BAK Banyak			Jarang	
49. Sering BAK Pada Malam Hari	Selalu			

50.	Tidak Mampu Menggontrol Pengeluaran Air Kemih (Menggompol)	Selalu

Interpretasi Hasil : 25

Skor < 25 : Tidak Ada Masalah Kesehatan Kronis Sampai Dengan Masalah kesehatan ringan

Skor 26-50 : Masalah Kesehatan Kronis

Skor > 51 : Masalah Kesehatan Kronis Berat

8) Status Fungsional

(c) KATZ Indeks

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	Mandi Mandiri : Dapat mengerjakan sendiri atau bantuan 1 bagian tertentu (punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya. Tergantung: Bantuan mandiri lebih dari satu bagian tubuh,bantuan masuk dan keluar dari Bak mandi,serta tidak mandi sendiri		1
2.	Berpakaian: Mandiri: Seluruhnya tanpa bantuan,menggambil bajudari lemari dan memakai pakaian luar lengkap dengan mengancing mungkin memiliki bantuan mengikat sepatu Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian.		1
	Pergi ke toilet		
3.	Mandiri: Masuk dan keluar dari toilet kemudian membersihkan genetalia sendiri.		1

	Tergantung: Menerima bantuan atau masuk ke toilet dan menggunakan pispot	
4.	Berpindah (berjalan)	
	Mandiri: Berpindah dari tempat tidur untuk duduk,bangkit dari kursi sendiri.	1
	Tergantung: Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi,tidak melakukan satu atau lebih perpindahan.	
5.	Kontinen (BAB dan BAK)	
	Mandiri : BAB dan BAK sepenuhnya di kontrol sendiri	1
	Tergantung : Inkontenesia parsial atau total: penggunaan kateter,pispot,enema dan pembalut (pempes)	1
6.	Makan	
	Mandiri: Mengambil makan dari piring dan menyuapi sendiri.	1
	Tergantung: Bantuan dalam hal menggambil makanan dari piring dan menyuapinya,tidak makan sama sekali,dan makan pareteral(NGT)	1

Interpretasi hasil:

Nilai A : Mandiri dalam semua aktivitas tampa kecuali

Nilai B : Mandiri dalam semua aktivitas,kecuali satu fungsi tersebut

Nilai C : Mandiri dalam semua aktivitas,kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

Nilai D Mandiri dalam semua aktivitas,kecusli mandi,berpakaian dan fungsi tambahan

Nilai E : Mandiri dalam semua aktivitas,kecuali mandi,berpakaian,pergi ke toilet,berpindah dan Satu fungsi tambahan.

Nilai F : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi,berpakaian, pergi ke toilet, berpindah dan

Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsintersebut.

(d) Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	**5**	10	Frekuensi : Jumlah: Jenis:
2.	Minum	**5**	10	Frekuensi: Jumlah: Jenis:
3.	Berpindak dari kursi roda ke tempat tidur,sebaliknya	**5-10**	15	
4.	Perasonal toilet(cucimuka,menyisir rambut,gosok gigi)	**0**	5	Frekuensi
5.	Keluar masuk toilet(memcuci pakaian,menyeka tubuh,menyiram)	**5**	10	Frekuensi
6.	Mandi	**5**	15	Frekuensi
7.	Jalan di permukaan datar	**0**	15	
8.	Naik turun tangga	**5**	10	
9.	Mengenakan pakaian	**5**	10	
10.	Kontrol bowel (BAB)	**5**	10	Frekuensi : Konsistensi :
11.	Kontrol bladder (BAK)	**5**	10	
12.	Olahraga/latihan	**5**	10	
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	**5**	10	

Keterangan :

130 : Mandiri
65 – 125 : Ketergantungan sebagian
60 : Ketergantungan total

9) Risiko jatuh dengan *Morse Fall Scale* (MSC)

Pengkajian	Skala	Skor
Riwayat jatuh Apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terahir?	Tidak 0 Ya 25	0
Diagnosa Sekunder Apakah lansia Memiliki lebih dari satu penyakit ?	Tidak 0 Ya 15	
Alat bantu jalan Bed rest/dibantu Kruk/tongkat/walker Berpengangan pada benda-benda di sekitar (kursi,lemari,meja)	 0 15 30	 0
Terapi intravena Apakah lansia saat ini terpasang infus?	Tidak0 Ya20	 0
Gaya berjalan/cara berpindah Normal/bed rest immobile Lemah(tidak bertenaga) Gangguan/tidak normal (pincang,diseret)	 0 10 20	 20
Status mental Lansia menyadari dirinya sendiri Lansia mengalami keterbatasan daya inggat	 0 15	 0
Total 20		

10) Keseimbangan dengan *Berg Balance Scale* (BBS)

No	Item Keseimbangan	Skor(0-4)	Skor
1.	Duduk ke berdiri	4 = Dapat berdiri tanpa menggunakan tangan dan menstabilkan Independen 3 = Mampu berdiri secara indepen Den menggunakan tanggan Setelah mencoba 2 = Mampu berdiri menggunakan Tanggan setelah mencoba 1 = Perlu bantuan minimal untuk Berdiri atau menstabilkan 0 = Perlu asisten sedang atau Maksimal untuk berdiri	1

2.	Berdiri tanpa penunjang	4 = Dapat berdiri dengan aman Selama 2 menit 3 = Mampu berdiri 2 menit dengan Pengawasan 2 = Dapat berdiri 30 detik yang Tidak di bantu/ditunjang 1 =Membutuhkan beberapa waktu Untuk mencoba berdiri 30 detik Yang tidak di bantu 0 = Tidak dapat berdiri secara Mandiri selama 30 detik	2
3.	Duduk tanpa penunjang	4 = Bisa duduk dengan aman dan Nyaman selama menit 3 = Bisa duduk 2 menit dengan Pengawasan 2 = Mampu duduk selama 30 detik 1 = Bisa duduk 10 detik 0 = Tidak dapat duduk tanpa Penunjang	4
4.	Berdiri ke duduk	4 = Duduk dengan aman dengan Menggunakan minimal tanggan 3 = Mengontrol posisi turun Dengan menggunakan tanggan 2 = Menggunakan punggung kaki Terhadap kursi untuk Menggontrol posisi turun 1 = Duduk secara independen Tetapi memiliki keturunan Yang tidak terkendali 0 = Kebutuhan membantu untuk Duduk	1
5.	Transfer	4 = Dapat mentransfer aman Dengan penggunaan ringan Tanggan 3 = Dapat mentransfer kebutuhan Yang pasti aman dari tanggan 2 = Dapat mentransfer dengan Pengawasan 1 = Membutuhkan saru orang Untuk membantu 0 = Membutuhkan dua orang Untuk membantu atau Mengawasi	1

6.	Berdiri dengan mata tertutup	4 = Dapat berdiri 10 detik dengan Aman 3 = Dapat berdiri 10 detik dengan Pengawasan 2 = Mampu berdiri 3 detik 1 = Tidak dapat menjaga mata Tertutup 3 detik tapi tetap Aman 0 = Membutuhkan bantuan agar Tidak jatuh	2
7.	Berdiri dengan kaki rapat	4 = Mampu menempatkan kaki Bersama -sama secara indepen Den dan berdiri 1 menit aman 3 = Mampu menempatkan kaki Bersama-sama secara indepen Den dan berdiri 1 menit dengan Pengawasan 2 = Mampu menempatkan kaki Bersama-sama secara mandiri Tetapi tidak dapat tahan Selama 30 detik 1 = Memerlukan bantuan untuk Mencapai posisi tapi mampu Berdiri kaki bersama-sama Selama 15 detik 0 = Memerlukan bantuan untuk Mencapai posisi dan tidak dapat Tahan selama 15 detik	1
8.	Menjangkau kedepan dengan tanggan	4 = Dapat mencapai kedepan Dengan percaya diri 25cm (10 inci) 3 = Dapat mencapai ke depan 12cm (5 inci) 2 = Dapat mencapai ke depan 5cm (2 inci) 1 = Mencapai kedepan tapi Membutuhkan pengawasan 0 = Kehilangan keseimbangan Ketika mencoba/memerlukan Dukungan eksternal	1

9.	Menggambil barang dari lantai	4 = Dapat menggambil sandal Dengan mudah 3 = Dapat menggambil sandal Tetapi membutuhkan pengawa San. 2 = Tidak dapat menggambil Tetapi mencapai 2-5 cm (1-2 inci) dari sandal dan Menjaga keseimbangan Secara bebas 1 = Tidak dapat menggambil Dan memerlukan pengawasan Ketika mencoba 0 = Tidak dapat mencoba/mem Bantu kebutuhan untuk Menjaga dari kehilangan Keseimbangan atau jatuh	1
10.	Menoleh ke belakang	4 = Tampak belakang dari kedua Sisi dan berat bergeser baik 3 = Tampak belakang satu sisi lain Menunjukkan pergeseran berat Badan kurang 2 = Hanya menyamping tetapi Tetap mempertahankan keseim Bangan 1 = Perlu pengawasan saat Memutar 0 = Butuh bantuan untuk Menjaga dari kehilangan Keseimbangan atau jatuh	1
11.	Berputar 360 derajat	4 = Mampu berputar 360^0 dengan Aman dalam 4 detik atau Kurang 3 = Mampu berputar 360^0dengan Aman satu sisi hanya 4 detik Atau kurang 2 = Mampu berputar 360^0dengan Aman tetapi perlahan-lahan 1 = Membutuhkan pengawasan Yang ketat atau dengan lisan 0 = Membutuhkan bantuan saat Memutar	1

12.	Menempatkan kaki bergantian di bangku	4 = Mampu berdiri secara Indenpe Nden dengan aman dan Menyelesaikan 8 langkah dalam 20 detik 3 = Mampu berdiri secara mandiri Dan menyelesaikan 8 langkah Dalam >20 detik 2 = Dapat menyelesaikan 4 langkah Tanpa bantuan dengan Pengawasan 1 = Dapat menyelesaikan>2 Langkah perlu 0 = Membutuhkan bantuan agar Jatuh/tidak mampu untuk Mencoba	1
13.	Berdiri dengan satu kaki kedepan	4 = Mampu menempatkan tamdem Kaki secara independen dan Tahan 30 detik 3 = Mampu menempatkan kaki Depan independen dan tahan 30 detik 2 = Dapat menggambil langkah Kecil secara mandiri dan tahan 30 detik 1 = Kebutuhan membantu untuk Melangkah tapi dapat Menyimpan 15 detik 0 = Kehilangan keseimbangan saat Melangkah atau berdiri	1
14.	Berdiri dengan satu kaki	4 = Mampu mengangkat kaki Secara independen dan tahan >10 detik 3 = Mampu mengangkat kaki Secara independen dan tahan 5-10 detik 2 = Mampu mengangkat kaki Secara independen dan tahap >3 detik 1 = Kebutuhan membantu untuk Melangkah tapi dapat menyim Pan 15 detik 0 = Kehilangan keseimbangan saat Melangkah atau berdiri Total skor : 19	0

Interpetasi hasil : 19

0-20 : Harus memakai kursi roda

21-40 : Berjalan dengan bantuan

40-56 : Mandiri/independen

11) Status mental

(a). Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan short Potable mental status Questioner (SPSMQ)

No	Item pertanyaan	Jawaban
1.	Jam berapa sekarang ?	Jam 11
2.	Tahun berapa sekarang?	2012
3.	Kapan ibu lahir ?	Salah
4.	Berapa umur ibu sekarang ?	78 tahun
5.	Di mana alamat ibu sekarang ?	cibiru
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama ibu ?	2 orang
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama ibu ?	Ny.e dan Tn.j
8.	Tahun berapa hari kemerdekaan Indonesia ?	1945
9.	Siapa nama presiden republik Indonesia ?	Prabowo
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1	benar
	Jumlah Benar	

Interpetasi hasil: salah 1

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Kerusakan intelekual ringgan

Salah 6-8 : Kerusakan intelektual sedang

Salah 9-10 : Kerusakan intelektual berat

a. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan Mini mental status Exam (MMSE)

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai pasien	Kriteria
1.	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar - Tahun - Musim - Tanggal - Hari - Bulan

2.	Orientasi	5	Di mana kita sekarang berada? - Negara Indonesia - Provinsi jawa barat - Kota - PSTW - Wisma
3.	Registrasi	3	Sebutkan nama 3 objek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing objek kemudian tanyakan kepada klien 3objek tadi (untuk di sebutkan) - Objek (pulpen) - Objek (buku) - Objek (botol)
4.	Perhatian dan kalkulasi	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian di kurangi 7 sampai 5 kali/tingkat - 93 - 86 - 79 - 72 - 65
5.	Mengingat	3	Minta klien untuk menggulangi ketiga objek pada No. 2 (registrasi) tadi bila benar,1point untuk masing masing objek.
6.	Bahasa	9	Tunjukan pada klien sesuatu benda dan tanyakan namanya pada klien - Buku - Botol Minta klien untuk mengulangi kata berikut “tak ada jika,tetapi bila benar 1 point. - Pertanyaan 2 buah tak ada tetapi Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah “ambil kertas di tanggan Anda,lipat dua arah taruh di lantai. - Ambil kertas di tanggan Anda - Lipat dua - Taruh di lantai Perintah pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah point 1) - Tutup mata Anda Perintah klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar - Tulis satu kalimat - Menyalin gambar

Interpetasi hasil :

>23 : Aspek kognitif dari fungsi mental baik

18-22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringgan

<17 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

12) Status psikologis

(a). Identifikasi Masalah Emosional

Pertanyaan tahap 1
1. Apakah klien mengalami sukar tidur ? Tidak
2.Apakah klien merasa gelisah ? Tidak
3.Apakah klien murung dan menangis sendiri ? tidak
4. Apakah klien sering was-was atau khawatir ? iya

Pertanyaan tahap 2
1. Keluhan lebih dari 3 bulan dari 1 kali dalam sebulan ? iya
2.Ada masalah atau banyak pikiran ? iya memikirkan penyakitnya
3. Adanya gangguan/masalah dengan keluarga lain ? tidak
4. Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter ? tidak
5. Cenderung menggurung diri ? tidak

(b). Skala Depresi Geriatrik

No	Apakah ibu dalam 1 minggu terahir	Jawaban
1.	Merasa puas dengan kehidupan yang di jalani ?	Tidak
2.	Banyak meninggalkan kesenangan/minat dan aktivitas Anda ?	Ya
3.	Merasa bahwa kehidupan Anda hampa ?	Ya
4.	Sering merasa bosan ?	Ya
5.	Penuh pengharapan akan masa depan ?	Ya
6.	Mempunyai semangat yang baik setiap waktu ?	Ya
7.	Di ganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat di ungkapkan ?	Ya
8.	Merasa bahagia di sebagian besar waktu ?	Ya
9.	Merasa takut sesuatu akan terjadi pada Anda ?	Tidak
10.	Sering kali merasa tidak berdaya ?	Ya
11.	Sering merasa gelisah dan gugup ?	Tidak
12.	Memilih tinggal di rumah dari pada pergi melakukan sesuatu yang bermanfaat ?	Ya
13.	Sering kali merasa khawatir akan masa depan ?	Tidak
14.	Merasa mempunyai lebih banyak masalah dengan daya ingat di bandingkan orang lain ?	Tidak
15.	Berpikir bahwa hidup ini sanggat menyenangkan sekarang ?	Tidak
16.	Sering kali merasa merana ?	Tidak
17.	Merasa kurang bahagia ?	Tidak
18.	Sangat khawatir terhadap masa lalu ?	Tidak
19.	Merasa bahwa hidup ini sanggat mengairahkan ?	Ya
20.	Merasa berat untuk memulai sesuatu hal yang baru ?	Ya
21.	Merasa dalam keadaan penuh semangat ?	Ya

22.	Berpikir bahwa keadaan ada tidak ada harapan ?	Tidak
23.	Berpikir bahwa banyak orang yang lebih baik dari pada saya ?	Ya
24.	Sering kali menjadi kesal karena hal sepele ?	Ya
25.	Sering kali merasa inggin menangis ?	Tidak
26.	Merasa sulit untuk berkonsentrasi ?	Tidak
27.	Menikmati tidur ?	Ya
28.	Memilih menghindar dari perkumpulan sosial ?	Ya
29.	Mudah menggambil keputusan ?	Ya
30.	Mempunyai pikiran yang jernih ?	Ya
	Jumlah item yang terganggu : 11	

Interpretasi hasil :

Terganggu skor : 1 Normal : 0

Skor 0-5 : Normal

Skor 6-15 : Depresi ringgan sampai sedang

Skor 16-30 : Depresi berat

v) Lingkungan tempat tinggal

11) Kebersihan dan keterampilan ruangan :
12) Penerangan :
13) Sirkulasi udara :
14) Keadaan kamar mandi dan WC :
15) Pembuangan air kotor :
16) Sumber air minum :
17) Pembuangan sampah :
18) Sumber pencemaran :
19) Penataan halaman jika ada :
20) Risiko injuri :

w) Data sosial

klien mengalami keterbatasan dalam bersosialisasi sejak terkena stroke karena kondisi lemah dan kaki tidak dapat berjalan. Sebelum sakit klien aktif berinteraksi dengan tetangga. Saat ini klien lebih banyak dibantu keluarga dan tampak lebih pendiam. Keluarga berharap klien dapat sembuh agar bisa kembali beraktivitas dan bersosialisasi seperti sebelumnya.

x) Data spiritual

Klien beragama Islam dan sebelum sakit rutin beribadah. Sejak stroke, ibadah dilakukan semampunya dengan bantuan keluarga. Klien meyakini sakit

yang dialami sebagai ujian dan berharap diberikan kesembuhan serta dapat beribadah mandiri kembali.

4. Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : - Klien mengeluh pegal pada keduan tangan terutama tangan kiri - Kaki klien mengatakan kedua kaki nya tidak bisa di gerakan DO : - Kedua Keadaan umum klien lemah - Klien dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas - Rentang gerak klien menurun - Kekuatan otot ekstremitas sebelah kanan menurun 5555 | 3333 5555 | 4444	Disfungsi N,XI (aksesorius) ↓ Pennurunan fungsi motoric dan muskuloskletal ↓ Kelemahan pada 1/ ke 4 anggota gerak ↓ Hemiparase/plegi kanan dan kiri ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
2.	DS : - Klien mempunyai gangguan memori - Klien suka lupa atau pikun DO : - Mengalami pikun sejak 4 bulan yang lalu - Sering mengulang kejadian dimasa lalu	Penurunan fungsi neurologis ↓ Efek terapi obat ↓ Stroke Gangguan sirkulasi serebral ↓ Stres berat ↓ Gangguan Memori	Gangguan memori b/d gangguan sirkulasi ke otak (D.0062)

3.	DS : - Pasien mengalami stroke - Pasien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi - Pasien mengatakan aktivitasnya harus di bantu DO : - Pasien terlihat adanya gangguan keseimbangan dan gangguan mobilitas - Total skor penelitian risiko pasien jatuh dengan skala morse adalah pasien dalam kategori resiko - Pasien tampak terlihat lemas	Stroke ↓ Dibantu keluarga untuk jalan ↓ Masa otot menurun ↓ Risiko Jatuh	Resiko Jatuh b.d Kekuatan Otot Menurun (D.0143)

h. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Nama perawat	Tanda tangan
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (D.0054)		Inez	
2.	Gangguan memori berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak (D.0062)		Inez	
3.	Resiko Jatuh berhubungan dengan Kekuatan Otot Menurun (D.0143)		Inez	

i. Perencanaan Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik klien meningkat dengan kriteria hasil: 7. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 8. Kekuatan otot meningkat (5) 9. Rentang gerak meningkat (5) 10. Nyeri Menurun (5) 11. Kecemasan menurun (5) 12. Gerakan terbatas menurun (5) (L.05042)	Intervensi Utama Dukunga Mobilisasi (I.05173) OBSERVASI 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan TD sebelum memuai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi TERAPEUTIK 5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. Berikan aktivitas fisik dengan ROM 7. Fasilitasi melakukan pergerakan 8. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan EDUKASI 9. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 10. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 11. Anjurkan latihan aktivitas fisik dengan ROM 12. Anjurkan mobilisasi

			sederhana yang harus dilakukan. **C.** Intervensi Pendukung Teknik Latihan penguatan otot (I.05184) OBSERVASI 22. Identifikasi risiko Latihan 23. Monitor efektivitas Latihan TERAPEUTIK 24. Lakukan latihan fisik sesuai program yang ditentukan 25. Fasilitasi menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang yang realistis dalam menentukan rencana Latihan 26. Fasilitasi mengembangkan program latihan fisik yang sesuai dengan tingkat kebugaran otot, kendala muskuloskletal, tujuan fungsional kesehatan,sumber daya peralatan olahraga,dan dukungan sosial 27. Berikan instruksi tertulis tentang pedoman dan bentuk gerakan untuk setiap gerakan otot EDUKASI 28. Ajarkan tanda dan gejala tanda dan gejala intoleransi selama dan setelah selesai sesi latihan. KOLABORASI 29. Pertahankan jadwal tindak lanjut untuk mempertahankan motivasi, memfasilitasi pemecahan 30. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain (mis.terapis, aktivitas, ahli fisiologi olahraga, terapis okupasi, terapis rekreasi, terapis fisik) dalam perencanaan,pengajaran, dan memonitor program latihan otot
2.	Gangguan memori berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak (D.0062)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan memori meningkat dengan kritera hasil: 5. Verbalisasi kemampuan mengingat informasi faktual meningkat	Latihan memori (I.06188) Observasi 9. Identifikasi masalah memori yang dialami 10. Identifikasi kesalahan terhadap orientasi 11. Monitor perilaku dan perubahan

		6. Verbalisasi kemampuan mengingat peristiwa meningkat 7. Verbalisasi pengalaman lupa menurun 8. Verbalisasi mudah lupa menurun	memori selama terapi Terapeutik 12. Stimulasi memori dengan mengulang pikiran yang terakhir kali diucapkan 13. Koreksi kesalahan orientasi 14. Fasilitasi tugas pembelajaran (mengingat informasi verbal) 15. Stimulasi menggunakan memori pada peristiwa yang baru terjadi Edukasi 16. Jelaskan tujuan dan prosedur latihan
4.	Resiko Jatuh berhubungan dengan Kekuatan Otot Menurun (D.0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien dapat melakukan pergerakan fisik dengan kriteria hasil : 3. Klien tidak jatuh 4. Klien dapat berdiri dan jalan seimbang dengan menggunakan alat bantu berjalan	OBSERVASI 19. Identifikasi faktor risiko jatuh (kelemahan otot, gaya berjalan tidak stabil, penggunaan alat bantu). 20. Kaji kekuatan otot ekstremitas dan keseimbangan klien. 21. Observasi kemampuan klien saat berpindah posisi (duduk–berdiri, berjalan). 22. Monitor tingkat kesadaran dan orientasi klien. 23. Nilai lingkungan sekitar klien yang berpotensi menyebabkan jatuh (lantai licin, pencahayaan kurang). TERAPEUTIK 24. Pastikan lingkungan aman (lantai kering, pencahayaan cukup, tempat tidur pada posisi rendah). 25. Bantu klien saat mobilisasi dan ambulasi. 26. Anjurkan penggunaan alat bantu jalan sesuai kebutuhan. 27. Lakukan latihan rentang gerak (ROM) dan penguatan otot secara bertahap. 28. Pasang pagar tempat tidur jika diperlukan. 29. Atur posisi tubuh yang aman dan nyaman. 30. Pastikan alat-alat pribadi berada dalam jangkauan klien. EDUKASI 31. Edukasi klien dan keluarga tentang risiko jatuh dan faktor

			penyebabnya. 32. Ajarkan teknik bangun dan berjalan yang aman. 33. Anjurkan penggunaan alas kaki yang tidak licin. 34. Edukasi pentingnya latihan otot secara rutin sesuai kemampuan. 35. Anjurkan meminta bantuan saat akan berdiri atau berjalan. 36. Jelaskan pentingnya menjaga lingkungan tetap aman.	

j. Implementasi Keperawatan

No	Tanggal ,jam	DP	Tindakan	Nama dan tanda tangan
1.	17/12/2025 11.00 WIB	I	Mengecek tekanan darah dan nadi Hasil : TD 130/80 mmHg N 90x/m	
	11.10 WIB	I	Mengobservasi K/U pasien Hasil : - Klien mengeluh pegal pada kedua kaki Kaki klien terasa kesemuatan	
	11.20 WIB	I	Mengukur kekuatan otot Hasil: 5555 | 3333 5555 | 4444	
	11.30 WIB	I	Mengajarkan pasien mengenai gerakan ROM pasif yaitu fleksi, ekstensi, hiperekstensi Mengobservasi kekuatan otot Hasil: Klien Pasien mengikuti gerakan ROM	
	11.40 WIB	II	Mengidentifikasi gangguan memori Hasil: Klien mengingat pada masa lalu	
	11.50 WIB	III	Mengidentifikasi risiko jatuh Hasil: Klien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi	

k. Evaluasi Keperawatan

Tanggal dan jam	DP	EVALUASI SUMATIF	NAMA DAN TANDA TANGAN
19/12/2025 10.30	I	S : - Klien mengeluh pegal pada kedua kaki - Kaki klien terasa kesemuatan O : - Kedua Keadaan umum klien lemah - Klien dibantu oleh keluarga dalam beraktivitas - Rentang gerak klien menurun - Kekuatan otot ekstremitas sebelah kanan menurun 5555 | 3333 5555 | 4444 A : Masalah belum teratasi P : Intervensi Teknik latihan ROM penguatan otot dilanjutkan	
	II	S : - Klien mempunyai gangguan memori - Klien suka lupa atau pikun O : - Mengalami pikun sejak 4 bulan yang lalu - Sering mengulang kejadian dimasa lalu A : Masalah belum teratasi P : Intervensi mengajarkan mengingat kejadian hari, tanggal, jam lanjutan	
	III	S : - Pasien mengalami stroke - Pasien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi - Pasien mengatakan aktivitasnya harus di bantu O : - Pasien terlihat adanya gangguan keseimbangan dan gangguan mobilitas - Resiko Jatuh - Pasien tampak terlihat lemas A : Masalah belum teratasi P : Latihan ROM	

Lampiran 2. Review Artikel

	Penulis dan Tahun	Metode Penelitian	Sampel	Hasil	Kesimpulan
1.	Sari, N., Putra, A., & Wijaya, R (2021)	Menggunakan desain quasi-experimental dengan pendekatan pre-test dan post-test tanpa kelompok kontrol.	Sampel sebanyak 20 pasien stroke dengan hemiparesis yang dipilih menggunakan teknik purposive sampling. Intervensi berupa latihan ROM aktif dan pasif dilakukan selama 7 hari berturut-turut, 2 kali sehari. Pengukuran kekuatan otot menggunakan skala Manual Muscle Testing (MMT)	Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan signifikan kekuatan otot setelah pemberian latihan ROM. Nilai rata-rata kekuatan otot meningkat dari skala 2 menjadi skala 3–4 setelah intervensi. Uji statistik menunjukkan p-value < 0,05 yang berarti terdapat pengaruh signifikan latihan ROM terhadap peningkatan kekuatan otot pasien stroke	Latihan Range of Motion (ROM) efektif dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien pasca stroke dan dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan mandiri untuk mencegah komplikasi imobilisasi seperti kontraktur dan atrofi otot.
2.	Kadek Dwi Janwaryani, Ni Made Dwi Yunica Astriani, Gede Budi Widiartana (2024)	Kuantitatif, quasi-experimental, intervensi ROM diberikan; data dianalisis statistik deskriptif dan inferensial.	Sebanyak 40 responden ibu post partum sectio caesarea, dipilih menggunakan purposive sampling.	Penelitian ini menemukan bahwa setelah diberikan terapi Range of Motion (ROM) secara terstruktur, terdapat peningkatan yang signifikan dalam parameter mobilitas fisik pasien stroke. Secara kuantitatif, skor kemampuan mobilitas yang diukur dengan instrumen standar menunjukkan perbaikan yang	Berdasarkan penelitian, dapat disimpulkan bahwa terapi Range of Motion (ROM) memberikan kontribusi signifikan terhadap peningkatan kemampuan mobilitas fisik pada pasien stroke. Artinya, ROM bukan sekedar latihan fisik sederhana, tetapi merupakan intervensi terapeutik yang efektif untuk: 5. Mengurangi pembatasan gerak otot dan sendi yang timbul akibat

		konsisten setiap kali pengukuran dilakukan. Selain itu: 2. Pasien menunjukkan kemampuan yang meningkat dalam melakukan gerakan fungsional sederhana seperti mengangkat lengan, menekuk lutut, dan meraih objek di sekitarnya, yang sebelumnya sulit dilakukan. a. Tidak ditemukan komplikasi signifikan akibat pelaksanaan ROM, dan respon pasien terhadap intervensi umumnya positif. b. Analisis statistik menunjukkan bahwa peningkatan skor mobilitas tidak terjadi secara kebetulan, tetapi memiliki hubungan yang kuat dengan intervensi ROM.	hemiparesis atau parese pasca stroke. 6. Meningkatkan kekuatan otot pada ekstremitas yang sebelumnya lemah sehingga pasien dapat melakukan aktivitas harian ringan dengan lebih mandiri. 7. Menurunkan risiko terjadinya komplikasi yang berhubungan dengan imobilitas seperti kontraktur, gangguan sirkulasi, dan penurunan keseimbangan. 8. Memberikan dampak positif terhadap kualitas hidup pasien secara keseluruhan, karena peningkatan mobilitas seringkali berkorelasi dengan peningkatan kemandirian dalam aktivitas fungsional sehari-hari. Peneliti menganjurkan agar ROM dimasukkan sebagai bagian penting dari program rehabilitasi keperawatan bagi

		pasien pasca stroke, terutama yang mengalami gangguan mobilitas fisik, dan dapat dilakukan secara berkelanjutan baik dalam fasilitas kesehatan maupun komunitas.

Lampiran 3. SAP dan Leaflet

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Stroke pada Lansia dengan Terapi *Range Of Montion*

VIII. Identitas Kegiatan

Hari/tanggal : Sabtu, 20 Desember 2025

Waktu : 20 Menit

Tempat/Ruangan : Rumah klien

Sasaran : Klien dan Keluarga

Pelaksana : Inez

Topik Penkes : Stroke pada Lansia dengan Terapi Range Of Montion

IX. Tujuan

l. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah penyuluhan, pasien dan keluarga mampu memahami dan melakukan terapi ROM secara mandiri dan benar.

m. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah penyuluhan, peserta mampu :

5. Menjelaskan pengertian stroke.
6. Menyebutkan penyebab dan tanda gejala stroke.
7. Menjelaskan manfaat terapi ROM.
8. Mempraktikkan gerakan ROM dengan benar.

X. Materi

a. Pengertian Stroke

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi secara mendadak akibat gangguan aliran darah ke otak, baik karena sumbatan maupun perdarahan. Otak membutuhkan suplai oksigen dan nutrisi secara terus-menerus. Jika aliran darah terhenti, maka sel-sel otak dapat mengalami kerusakan bahkan kematian.

b. Jenis Stroke

3. Stroke Iskemik (akibat sumbatan pembuluh darah)
4. Stroke Hemoragik (akibat pecahnya pembuluh darah)

c. Faktor Risiko Stroke

9. Hipertensi
10. Diabetes melitus
11. Kolesterol tinggi
12. Penyakit jantung
13. Merokok
14. Kurang aktivitas fisik
15. Obesitas
16. Riwayat stroke sebelumnya

d. Tanda dan Gejala Stroke

7. Kelemahan satu sisi tubuh (hemiparesis)
8. Wajah mencong
9. Bicara pelo atau sulit berbicara
10. Gangguan penglihatan
11. Gangguan keseimbangan
12. Sakit kepala mendadak dan berat

e. Dampak Stroke pada Lansia

7. Kelemahan otot
8. Kekakuan sendi
9. Kontraktur
10. Atrofi otot

11. Ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari
12. Risiko luka tekan

2. Terapi ROM (Range of Motion)

a. Pengertian ROM

Range of Motion (ROM) adalah latihan menggerakkan sendi dalam rentang gerak normal untuk mempertahankan fleksibilitas, kekuatan otot, dan fungsi sendi.

Pada pasien stroke, kerusakan sistem saraf pusat menyebabkan gangguan kontrol gerak sehingga anggota tubuh menjadi lemah atau lumpuh. Jika tidak dilakukan latihan, dapat terjadi kekakuan dan kontraktur permanen.

b. Tujuan Terapi ROM

8. Mempertahankan fleksibilitas sendi
9. Mencegah kontraktur
10. Meningkatkan sirkulasi darah
11. Mencegah atrofi otot
12. Mengurangi risiko trombosis
13. Mempertahankan tonus otot
14. Meningkatkan kemandirian pasien

c. Jenis-Jenis ROM

4. ROM Aktif Pasien menggerakkan sendiri bagian tubuhnya.
5. ROM Pasif Gerakan dilakukan dengan bantuan keluarga atau perawat.
6. ROM Aktif-Asistif Gerakan dilakukan dengan bantuan sebagian.

d. Prinsip Pelaksanaan ROM

7. Dilakukan 2–3 kali sehari
8. Setiap gerakan diulang 8–10 kali

9. Gerakan dilakukan perlahan dan tidak dipaksakan
10. Hentikan jika muncul nyeri hebat
11. Perhatikan kondisi tekanan darah dan tanda vital
12. Pastikan pasien dalam posisi nyaman

e. Contoh Gerakan ROM

3. Ekstremitas Atas
   a) Fleksi dan ekstensi bahu
   b) Fleksi dan ekstensi siku
   c) Pronasi dan supinasi lengan bawah
   d) Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan
   e) Buka dan tutup jari
4. Ekstremitas Bawah
   a) Fleksi dan ekstensi panggul
   b) Fleksi dan ekstensi lutut
   c) Dorsifleksi dan plantarfleksi pergelangan kaki
   d) Rotasi pergelangan kaki

XI. Metode

Ceramah & Diskusi

XII. Media dan Alat Bantu

Leaflet

XIII. Kegiatan Penyuluhan

No.	Kegiatan	Penyuluh	Peserta	Waktu
1.	Pembukaan	Memberi salam dan perkenalan serta menjelaskan tujuan, manfaat dan cakupan materi	Menjawab salam Mendengarkan dan memperhatikan	5 menit
2	Kegiatan Inti	Penjelasan definisi stroke pada lansia Penjelasan mengenai penyebab terjadinya stroke Penjelasan tanda dan gejala stroke Penjelasan cara menangani stroke Memberikan kesempatan untuk bertanya jika ada yang kurang jelas	Mendengarkan dan memperhatikan Memperhatikan dan menyimak. Mendengarkan dan memperhatikan Bertanya jika ada yang tidak jelas.	10 menit
3.	Penutup	Mengevaluasi pengetahuan peserta penyuluhan tentang materi yang disampaikan dengan memberi pertanyaan Menyimpulkan materi yang telah disampaikan. Memberi salam	menjawab pertanyaan mendengarkan dan memperhatikan menjawab salam	5 menit

XIV. Evaluasi Kegiatan

d. Evaluasi Struktur

4. Kesiapan mahasiswa memberikan materi penyuluhan
5. Media dan alat memadai
6. Setting sesuai dengan kegiatan

e. Evaluasi Proses

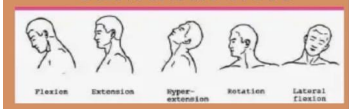
5. Pelaksana dan sasaran mengikuti penkes sesuai waktu yang di tetapkan.
6. Sasaran aktif selama proses penkes
7. Sasaran mampu menjawab pertanyaan
8. Pelaksana menyajikan semua materi secara lengkap dan jelas

f. Evaluasi Hasil

7. Sasaran mampu mendefinisikan Pengertian Stroke
8. Sasaran mampu mendefinisikan Penyebab stroke pada lansia
9. Sasaran mampu mendefinisikan Tanda dan gejala stroke
10. Sasaran mampu mendefinisikan Cara pencegahan stroke
11. Sasaran mampu mendefinisikan Pengertian Terapi ROM
12. Sasaran mampu mendefinisikan Tujuan manfaat ROM

Leaflet

CARA MELAKUKAN GERAKAN ROM









GERAKAN ROM

Leher dan Kepala
- Fleksi (menunduk)
- Ekstensi (mendongak)
- Rotasi ke kiri dan kanan
- Lateral fleksi (miring ke kiri dan kanan

Tangan dan Lengan
- Bahu: abduksi–adduksi, fleksi–ekstensi
- Siku: fleksi–ekstensi
- Pergelangan tangan: rotasi, fleksi–ekstensi
- Jari tangan: membuka–menutup, gerakan mencubit

Kaki dan Tungkai
- Pinggul: fleksi–ekstensi, abduksi–adduksi
- Lutut: fleksi–ekstensi
- Pergelangan kaki: dorsifleksi–plantar fleksi, rotasi
- Jari kaki: fleksi–ekstensi jari



RANGE OF MOTION (ROM)

Di susun Oleh:

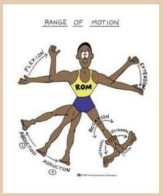
Inez Komala Fitri
231FK01036

PRODI STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKUTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
2025

APA ITU ROM?



Range of Motion (ROM) adalah latihan gerakan yang dilakukan pada sendi untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan geraknya.



JENIS LATIHAN ROM

- ROM Aktif (AROM)
- ROM Aktif Terbantu (AAROM)
- ROM Pasif (PROM)

TUJUAN RANGE OF MOTION (ROM)

- Mencegah kekakuan sendi (kontraktur) akibat tidak
- Meningkatkan rasa percaya diri dan semangat pasien karena merasa tetap aktif.
- Meningkatkan aliran darah ke jaringan otot dan kulit.
- Mencegah dekubitus dan trombosis vena dalam.
- Menjaga dan meningkatkan fungsi mobilitas pasien, meskipun terbatas.
- Memberi stimulasi neurologis, penting untuk pemulihan pasca-stroke.



PRINSIP ROM

- Lakukan dengan perlahan dan hati - hati, hindari gerakan memaksa.
- Berikan penjelasan kepada pasien sebelum mulai latihan.
- Pilih waktu yang tenang dan nyaman, misal setelah mandi pagi.
- Mulai dari bagian tubuh atas ke bawah (kepala ke kaki).
- Lakukan 3–5 kali pengulangan per gerakan.
- Hentikan jika pasien merasa nyeri atau tidak nyaman.
- Gunakan bantal atau handuk sebagai penopang jika perlu.
- Lakukan secara rutin, 2–3 kali sehari.

Sumber :

Harding, M. M., Kwong, J., Roberts, D., Hagler, D., & Reinisch, C. (2020). *Lewis's Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems* (11th ed.). St. Louis: Elsevier.

Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2022). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing* (15th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., & Rebar, C. R. (2021). *Medical-Surgical Nursing: Concepts for Interprofessional Collaborative Care* (10th ed.). St. Louis: Elsevier.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Stroke*. Jakarta: Kemenkes RI.

Lampiran 4 Lembar Bimbingan

Pembimbing 1

LAMPIRAN 18
Form Lembar Konsultasi KTI

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Inez Komala Fitri
NIM : 231FK01036
Pembimbing Utama : Agus Miraj Darajat., S.PD., S. Kep., Ners., M.Ker
Pembimbing Pendamping : Ns. Asep Aep Indarna, Spd., S.Kep M.Pd., MKep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1.	17/12/2025	Bab I Latar Belakang	
2.	24/12/2025	Bab II - Simpulkan definisi - Rapihkan margin	
3.	09/02/2026	Bab III -	

LAMPIRAN 18
Form Lembar Konsultasi KTI

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Inez Komala Fitri
NIM : 231FK01036
Pembimbing Utama : Agus Miraj Darayat. Spd., S.Kep., Ner., M.Kes
Pembimbing Pendamping : Ns. Acep Aep Indarna Spd., S.Kep., M.Bl., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
4	13/02/2026	Acc Bab I/II/III Seminar Proposal PPT ing	

Pembimbing 2

LAMPIRAN 18
Form Lembar Konsultasi KTI

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Inel Fonda Fitri
NIM : 231FF01036
Pembimbing Utama : Agus Miraj Daraju, Spd., S.Kep., Ners., M.Kes
Pembimbing Pendamping : Mr. Asep Aep Indarna, Spd., S.Kep., M.Pd., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
9.	20/2 - 2026	Acc Sidang.	

LAMPIRAN 18
Form Lembar Konsultasi KTI

KARTU BIMBINGAN
KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Inez Komala Fieri
NIM : 231FK01036
Pembimbing Utama : Agus Miraj Sarajat., Spd., S.Kep., Ners., M.Ker
Pembimbing Pendamping : Mr. Asep Aep Indarna, Spd., S.Kep., M.Pd., M.Kep

No	Hari/ Tanggal	Catatan Bimbingan	Paraf Pembimbing
1	11/02/2026	- Perbaiki judul - Perbaiki latar belakang - Perbaiki margin	
2	23/02/2026	- Perbaiki Bab 2 - Perbaiki penulisan, Font dan ukuran	
3	24/02/2026	- Rapihin dikit lagi - Tinggal masukin lampiran	

Lampiran 5 Lembar Kemajuan Proposal

LAPORAN KEMAJUAN

PROPOSAL PERNELITIAN TUGAS AKHIR

Nama	Inez Komala Fitri
NPM	231FK01036
Program Studi/ Semester	D3 Keperawatan/ 6
Rubi	
Tema/Judul TA	Asuhan Keperawatan Pada Lansia Stroke Dengan Gangguan Moblitas Fisik Di Desa Pasirbiru Kelurahan Pasirbiru
Jalur	**Karya Tulis Ilmiah**
Pembimbing	**1. Agus Miraj Darajat, Spd., S.Kep., Ners., M.Kes**
	2. Ns. Asep Aep Indarna, Spd., S.Kep., M.Pd., Mkep
Capaian/Progres Sampai Saat ini:	
PENDAHULUAN Latar belakang di lengkapi, dan dipetakan sesuai asuhan dan masalahnya.	
METODE PENELITIAN Bab III, dilengkapi yg kurangnya.	
PROSEDUR PENELITIAN	
DAFTAR PUSTAKA **(Pustaka acuan yang dipakai terkait prosedur yang digunakan dan dijadiakan dasar pembahasn dari setiap hasil yang diperoleh)**	
Pernyataan **Data yang dilaporkan benar telah dilakukan dan telah melalui proses bimbingan dengan dosen pembimbing 1.** **Mahasiswa,** (Inez Komala Fitri)	

Bandung, 26 Februari 2026

Mengetahui

Pembimbing 1:	**Pembimbing 2:**
Agus Miraj Darajat, Spd., S.Kep., Ners., M.Kes	Ns. Asep Aep Indarna, Spd., S.Kep., M.Pd., Mkep