

**ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK (SNH) DENGAN INTERVENSI INOVASI
RANGE OF MOTION (ROM) PASIF UNTUK MENGATASI
KONSTIPASI DI RUANG STROKE CENTER
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DI AJUKAN OLEH

Dhita Rizky Amalia., S.Kep

1611308250302

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH

SAMARINDA

2017

**Analisa Praktik Klinik Keperawatan pada Klien dengan Stroke Non Hemoragik (SNH)
dengan Intervensi Inovasi Range of Motion (ROM) Pasif untuk Mengatasi Konstipasi di
Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

Dhita Rizky Amalia¹, Siti Khoiroh Muflihatin²

INTISARI

Stroke non Hemoragik adalah kematian jaringan otak karena pasokan darah yang tidak adekuat. Komplikasi yang timbul akibat stroke salah satunya yang berhubungan dengan immobilisasi adalah konstipasi. Konstipasi bisa disebabkan karena kurangnya aktifitas fisik, bila tidak ditangani komplikasi tersebut akan menimbulkan masalah serius. Karya ilmiah akhir ners ini bertujuan untuk menganalisis intervensi *Range of Motion (ROM) Pasif* pada pasien dengan Stroke non Hemoragik dalam mengatasi masalah keperawatan Konstipasi. Intervensi ini dilakukan pada Ny. S (55 th) selama 5 hari yang dirawat di ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan bahwa tindakan keperawatan *Range of Motion (ROM) Pasif* meningkatkan bising usus dan menimbulkan terjadinya defekasi pada pasien.

Kata kunci: Stroke Non Hemoragik (SNH), Konstipasi, *Range of Motion (ROM) Pasif*

¹Mahasiswa Program Profesi Ners STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

Analysis of Nursing Clinical Practice to Clients with non Hemmorigic Stroke (SHN) with Range of Motion (ROM) Passiveinnovative Interventionto Overcome Constipation at the Stroke Center AFI of Abdul Wahab Sjahranie Hospital Samarinda

Dhita Rizky Amalia¹ Siti Khoiroh Muflihatin²

ABSTRACT

Non Haemorrhagic Stroke is the death of brain tissue due to inadequate blood supply. Complications from stroke one of them associated with the immobilization is constipation. Constipation can be caused by lack of physical activity, such complications if not treated will cause serious problems. End scientific work aims to analyze nurses intervention Range of Motion (ROM) Passive in patients with non-haemorrhagic stroke in addressing the problem of nursing constipation. This intervention is done in Ny. S (55 years) who were treated for 5 days at room Hospital Stroke Center Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. The analysis shows that the act of nursing Range of Motion (ROM) Passive improve bowel and cause the occurrence of defecation in patients.

Keywords: Non Haemorrhagic Stroke (SNH), constipation, Range of Motion (ROM)

¹Student of Nurse Profession Program STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Lecturer of STIKES Muhammadiyah Samarinda

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu dari tiga besar penyebab kematian di dunia diantara penyakit-penyakit berbahaya lainnya seperti kanker dan penyakit jantung. Setiap tahun stroke membunuh lebih dari 160.000 penduduk Amerika. 75% pasien dengan penyakit stroke di Amerika menderita kelumpuhan dan mengakibatkan kehilangan pekerjaannya. Di Eropa ditemukan kasus stroke sekitar 650.000 kasus tiap tahunnya, di Inggris stroke menduduki peringkat ke-3 setelah kanker dan jantung dan urutan pertama di Asia. Jumlah yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun. Stroke merupakan penyebab kecacatan serius menetap Nomor 1 diseluruh dunia. Untuk negara-negara berkembang atau Asia kejadian *stroke hemorrhagic* sekitar 30% dan *ischemic* 70%. Stroke *ischemic* disebabkan antarlain oleh trombosis otak (penebalan dinding arteri) 60%, emboli 5% (sumbatan mendadak), dan lain-lain 35% (Junaidi, 2012)

Di Indonesia sendiri insiden stroke meningkat dari tahun ke tahun seiring bertambahnya umur harapan hidup dan perubahan gaya hidup masyarakat. Kejadian stroke di Indonesia pada tahun 2013 yaitu 12,1 per 1000 penduduk sedangkan prevalensi di Kalimantan Timur berdasarkan terdiagnosis tenaga

kesehatan sebanyak 7,7% berdasarkan terdiagnosis dan gejala oleh tenaga kesehatan 10,0% (Riskesdas, 2013).

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2016 didapatkan data bahwa stroke merupakan penyebab kematian nomor 4 di kota Samarinda setelah penyakit jantung, hipertensi, dan ketuaan lansia dengan presentase 13,2% dari 460 kasus (Dinkes Kaltim, 2016). Jumlah pasien di ruang Unit Stroke RSUD Abdul Wahab Sjahranie sejak bulan Maret 2017 sampai bulan Mei 2017 mencapai 134 pasien, yaitu pasien *Stroke Hemmorigic* berjumlah 59, pasien *Stroke Non Hemmorigic* berjumlah 75 orang.

Penyakit stroke juga menjadi salah satu penyakit terminal yang tidak saja memiliki dampak jangka pendek, namun juga jangka panjang sekaligus berdampak ganda baik penderita maupun keluarga. Salah satu dari dampak stroke adalah kelumpuhan. Jadi stroke merupakan masalah medik yang sering dijumpai, gangguan *neurologik* ini sering terjadi secara mendadak dan tidak jarang menyebabkan kematian (Tahihoran, 2010). secara teknis stroke dalam istilah medis juga disebut sebagai Cerebro Vascular Accident (CVA), serangan stroke terjadi ketika suplai darah ke bagian otak tiba-tiba terganggu sel-sel pada bagian otak yang terlambat menerima suplai oksigen kemudian mengalami kerusakan, serangan semacam ini dapat mengakibatkan kematian atau kerusakan menahun. Pengaruh yang diakibatkan oleh stroke adalah fungsi kognitif, fungsi komunikasi, fungsi fisik dan fungsi sosioemosional (Djohan, 2006 dalam Andrian, 2014). berbagai komplikasi pada pasien stroke salah

satunya akibat imobilisasi yaitu inkontinensia alvi atau konstipasi. Umumnya penyebabnya adalah imobilisasi, kekurangan cairan dan intake makanan (Bathesda, 2008 dalam Sri, 2015).

Konstipasi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kesulitan buang air besar. Konstipasi sering diakibatkan akibat kurangnya aktifitas fisik. Salah satu tindakan keperawatan untuk pasien stroke yaitu pasien dibantu untuk bergerak atau tubuh klien digerak-gerakkan secara sistematis yang biasa disebut rentang gerak atau Range Of Motion (ROM) dimana ROM adalah tindakan latihan otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitasnya terbatas karena penyakit, disabilitas dan trauma baik secara aktif maupun pasif. ROM Pasif yaitu latihan ROM yang dilakukan pasien dengan bantuan perawat setiap melakukan gerakan latihan (Danim, 2003 dalam Sri, 2015).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mira (2011) pada pasien stroke menyatakan bahwa ROM Pasif efektif dalam mengatasi konstipasi pada pasien stroke. Berdasarkan kasus yang ditemukan penulis selama berada di stroke center didapatkan sebanyak 4 pasien yang mengalami konstipasi baik pada pasien stroke hemmoragik maupun pasien stroke non hemmoragik namun untuk mengatasi masalah konstipasi di ruangan masih menggunakan diet berupa jus berserat dan obat pencahar dan belum ditemukan menggunakan ROM Pasif.

Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk menerapkan intervensi ROM Pasif yang dilakukan secara rutin untuk mengatasi konstipasi pada pasien stroke di Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Dengan demikian, adanya intervensi terkait upaya penanganan konstipasi diharapkan masalah keperawatan konstipasi teratasi, pola normal fungsi usus akan kembali dan dampak lebih lanjut dari konstipasi tidak terjadi.

B. Perumusan Masalah

Bagaimanakah analisa penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Stroke dengan intervensi Pengaruh ROM Pasif Untuk Mengatasi Konstipasi Pada Pasien Stroke di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir - Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan pada pasien stroke dengan intervensi Pengaruh ROM Pasif Untuk Mengatasi Konstipasi Pasien Stroke di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisa kasus kelolaan pada pasien dengan diagnosa medis Stroke Non Hemmorigic
- b. Menganalisa intervensi Pengaruh ROM Pasif Untuk Mengatasi Konstipasi Pada Pasien Stroke di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pasien

Dapat menambah pengetahuan pasien tentang tindakan mandiri yang dapat dilakukan secara kontinyu dalam mengatasi konstipasi

2. Bagi Perawat dan Tenaga Kesehatan

Dapat menjadi rujukan ilmu dalam menerapkan intervensi mandiri perawat disamping intervensi medis.

3. Bagi Penulis

Sebagai sarana untuk mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang didapat selama perkuliahan khususnya dibidang keperawatan tentang Pengaruh ROM Pasif Untuk Mengatasi Konstipasi Pada Pasien Stroke di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

4. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Untuk menambahkan khasanah kepustakaan dibidang ilmu kesehatan yaitu dalam bidang keperawatan.
- b. Dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi pihak-pihak yang berkepentingan langsung dalam Karya Tulis Ilmiah ini untuk tenaga kesehatan khususnya keperawatan.

5. Bagi Ruangan atau Rumah Sakit

- a. Hasil karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai tambahan referensi karya ilmiah yang bertujuan untuk mengembangkan di bidang ilmu kesehatan khususnya keperawatan.
- b. Agar dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan khususnya pada pasien stroke dengan konstipasi.

6. Bagi Profesi Keperawatan

Menghadirkan laporan aplikasi hasil riset jurnal khususnya tentang Pengaruh ROM Pasif Untuk Mengatasi Konstipasi pada Pasien Stroke di Ruang Stroke Center AFI RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

BAB IV

ANALISIS SITUASI

A. Profil Lahan Praktek

1. Profil Rumah sakit

RSUD. A. W. Sjahranie Samarinda terletak di jalan Palang Merah Indonesia, Kecamatan Samarinda Ulu. RSUD A. Wahab Sjahranie sebagai Top Referral dan sebagai Rumah Sakit kelas A satu-satunya di Kalimantan Timur terhitung mulai bulan Januari 2014. Selain itu berbagai institusi pendidikan baik pemerintah maupun swasta juga bekerja sama dengan RSUD. A.W. Sjahranie Samarinda sebagai lahan praktik lapangan mahasiswa kesehatan. Gambaran visi dan misi RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda :

- a. Visi :“Menjadi Rumah Sakit Dengan Pelayanan Bertaraf Internasional 2018”.
- b. Misi :
 - 1) Meningkatkan Askes dan Kualitas Pelayanan berstandar Internasional
 - 2) Mengembangkan RS sebagai pusat penelitian

Jenis-jenis pelayanan RSUD. A. W. Sjahranie Samarinda pada tahun 2015-2016 antara lain: kateterisasi jantung, bedah jantung, unit stroke, dan perawatan luka moderen di poliklinik yang saat ini sedang dikembangkan.

c. Motto, Tujuan, dan Peran

Adapun motto, tujuan dan peran dari RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yaitu:

1) Motto:

Respect (Santun), Excellent (Prima), Community (Bermasyarakat),
Compassion (semangat), Integritas (jujur), dan Accountable (Tanggung
Jawab).

2) Tujuan:

- a) Meningkatkan efisiensi efektifitas pengelolaan sumber daya di
Rumah Sakit
- b) Meningkatkan mutu pelayanan medis dan non medis di Rumah Sakit
- c) Memberikan pelayanan kepada semua lapisan masyarakat secara
professional
- d) Meningkatkan kesejahteraan karyawan
- e) Meningkatkan disiplin dan tata tertib pelaksanaan rumah sakit

2. Profil Ruangan Stroke Center AFI.

Adapun VISI MISI Stroke Center AFI.

a. VISI

“Menjadi Unit Stroke sebagai ruangan terdepan dan berkualitas dalam
pelayanan”.

b. MISI.

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan khusus dengan pelayanan
unggulan yang tepat dan akurat.
- 2) Sumber daya manusia yang amanah dan profesional dilandasi iman
dan takwa.

- 3) Meningkatkan sarana dan prasarana yang berkualitas dan modern yang dapat memberikan nilai lebih bagi pelayanan kesehatan
- 4) Menciptakan iklim kerja yang kondusif berdasarkan kemanusiaan, kesejawatan, kerjasama, disiplin dan tanggung jawab.
- 5) Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sumber daya manusia, sehingga mampu melaksanakan pelayanan yang profesional.
- 6) Membangun kemitraan yang saling menguntungkan dengan semua ruangan dalam upaya meningkatkan cukupan pelayanan.

c. MOTTO.

“Friendly and Caring”.

Ruang Stroke Center AFI RSUD AWS Samarinda merupakan ruang rawat di rumah sakit yang dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus untuk merawat dan mengobati pasien dengan keadaan kritis maupun pasien dengan perawatan intensive. Ruang Stroke Center AFI RSUD AWS Samarinda memiliki struktur organisasi yang diantaranya 1 kepala ruangan dan 1 CCM serta 27 orang perawat pelaksana dengan klasifikasi S1 + Ners sebanyak 3 orang, S1 keperawatan sebanyak 1 orang, DIV sebanyak 1 orang, dan DIII sebanyak 22 orang dengan jumlah bed pasien sebanyak 21 buah dengan klasifikasi VIP 1 - VIP 5 masing-masing ruangan sebanyak 1 bed, kamar 1 sebanyak 4 bed, kamar 2 sebanyak 5 bed, kamar 3 sebanyak 5 bed, isolasi 2 bed. Selama Praktik Klinik

Keperawatan Stase Elektif penulis memilih ruang Stroke Center AFI sebagai ruang praktik keperawatan.

B. Analisa Masalah keperawatan dengan Konsep terkait dan Konsep Kasus Terkait.

Asuhan keperawatan pada pasien Ny. S dengan SNH dilakukan sejak tanggal 3 - 7 Juli 2017, pasien masuk rumah sakit tanggal 28 Juni 2017 dari IGD sebelumnya. Pengkajian keperawatan dilakukan di ruang Stroke Center AFI pada tanggal 3 Juli 2017 jam 15.00 WITA. Keluhan utama pasien adalah penurunan kesadaran.

Dalam melakukan pengkajiannya pada Ny. S, penulis menggunakan metode wawancara, observasi, serta catatan rekam medis. Diagnosa medis pasien adalah SNH + DM Tipe II.

Masalah keperawatan yang pertamayaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan hipertensi. Dari data yang didapatkan klien sebelumnya memiliki hipertensi, serta suami klien juga menderita hipertensi. Pada pemeriksaan tekanan darah didapatkan hasil di atas normal namun masih dalam kategori hipertensi ringan yaitu 140/90 mmHg. Hipertensi merupakan faktor resiko utama yang dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Bila tekanan sistolik di atas 160mmHg dan tekanan diastolic lebih dari 90mmHg, maka dapat berpotensi menimbulkan serangan CVD, terlebih bila telah berjalan selama bertahun-tahun. Pecahnya pembuluh darah otak akan menimbulkan perdarahan, akan sangat fatal bila terjadi interupsi aliran darah ke bagian distal, di samping itu

darah ekstrasvasal akan tertimbun sehingga akan menimbulkan tekanan intracranial yang meningkat, sedangkan menyempitnya pembuluh darah otak akan menimbulkan terganggunya aliran darah ke otak dan sel sel otak akan mengalami kematian. (Nurhidayat & Rosjidi, 2008).

Iskemia disebabkan oleh adanya penyumbatan pembuluh 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 arteri yang berjalan menuju arteri serebral melalui arteri karotis. Terjadinya blok pada arteri tersebut menyebabkan iskemia yang tiba-tiba berkembang cepat dan terjadi gangguan neurologis fokal. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah oleh emboli (Mutaqqin, 2008 dalam Mira, 2011).

Masalah keperawatan keduasiko ketidakstabilan kadar glukosa darah. Didapatkan data klien menderita diabetes mellitus sejak 2 tahun yang lalu dan GDS 218 mg/dl, HbA1c 8.3%. Dimana Faktor resiko terjadinya stroke salah satunya yaitu diabetes melitus dimana kadar glukosa darah tinggi mampu menebalkan pembuluh darah otak yang besar, menebalnya pembuluh darah otak akan mengganggu kelancaran aliran darah otak disamping itu diabetes mellitus dapat mempercepat terjadinya aterosklerosis (pengerasan pembuluh darah) yang lebih berat sehingga berpengaruh terjadinya stroke (Rambe, 2012).

Diabetes melitus (DM) adalah suatu sindroma gangguan metabolisme dengan hiperglikemia yang tidak semestinya akibat sebagai akibat suatu defisiensi sekresi insulin atau berkurangnya efektifitas biologis dari insulin atau keduanya dan merupakan suatu penyakit degeneratif (Aulya, 2010). Penyebab diabetes melitus menjadi stroke iskemik salah satunya adalah suatu proses aterosklerosis. Sekitar 30% dengan aterosklerosis otak terbukti adalah penderita diabetes. Terjadinya hiperglikemia menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah perifer disamping itu juga akan meningkatkan agregat platelet dimana kedua proses tersebut dapat menyebabkan aterosklerosis.

Hiperglikemia juga meningkatkan viskositas darah yang kemudian akan menyebabkan naiknya tekanan darah atau hipertensi dan berakibat terjadinya stroke iskemik. Proses makroangiopati dianggap sangat relevan dengan stroke dan juga terdapat bukti adanya keterlibatan makroangiopati yang ditandai dengan terjadinya stroke pada penderita diabetes melitus (Ryden et al, 2007 dalam Aulia, 2010). Dalam penelitian Antonius & Siliman pada tahun 2005 dalam jurnalnya Northeast Florida Medicine mengungkapkan bahwa diabetes melitus terbukti sebagai faktor resiko stroke dengan peningkatan resiko relatif pada 1.6 sampai 8 kali. Hal ini didukung dengan penelitian dalam jurnal National Stroke Association yang menyatakan orang dengan diabetes beresiko terkena stroke 4 kali daripada seseorang yang tidak menderita diabetes. (Aulya, 2010).

Masalah keperawatan ketiga adalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Keluhan utama klien adalah lemah bagian

tubuh. Pada SNH terjadi penyumbatan di pembuluh darah otak yang disebabkan oleh thrombosis, emboli sehingga jumlah darah yang mengalir ke daerah distal dari penyumbatan berkurang ke daerah tersebut juga mengalami kekurangan oksigen akibatnya daerah tersebut menjadi iskemik, dimana terjadi penekanan perfusi rendah, penyediaan oksigen menurun, CO₂ dan asam laktat tertimbun. Pembuluh darah di bagian pusat daerah iskemik kehilangan tonus dan terjadi proses degeneratif akibat oedema serebri sehingga terjadi infark dan timbul manifestasi defisit neurologik yang berupa hemiparese yang bersifat kontralateral dari daerah lesi di otak sehingga klien memiliki diagnosa hambatan mobilitas fisik dengan keluhan lemah, tidak dapat melakukan aktifitas, aktivitas dibantu orang lain.

Masalah keperawatan yang keempat yaitu konstipasi berhubungan dengan kurangnya aktifitas fisik. Kurangnya aktifitas fisik terutama pada pasien stroke dengan kelemahan, dan pasien dengan *bedrest* dalam jangka waktu lama. Hal ini mempengaruhi kontraksi otot abdomen, sehingga kontraktilitas usus berkurang, bahkan tidak ada. Konstipasi dapat timbul akibat adanya defek pengisian atau pengosongan rektum. Pengisian rektum yang tidak sempurna terjadi bila peristaltik usus kolon tidak efektif terutama pada pasien dengan imobilisasi (Sri, 2015).

Seperti yang dikemukakan oleh Abubakar dan Isezuo (2012) bahwa stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga di dunia dan penyebab kecacatan pada orang dewasa . jumlah penderita stroke meningkat tiap tahun, bukan hanya menyerang usia tua namun juga dialami oleh mereka yang berusia muda

dan produktif (Dinata dkk, 2013). Gangguan yang dialami akibat stroke sangat mempengaruhi dan memberikan dampak terhadap kehidupan. Sepertiga dari stroke memiliki ketidakmampuan jangka panjang (Departmen Health of London, 2007). Ketidakmampuan yang terjadi pada pasien stroke karena kerusakan sel-sel otak saat stroke. Kerusakan sel-sel otak dapat mengakibatkan berbagai macam gangguan dalam fungsi tubuh seperti gangguan kognitif, gangguan sirkulasi, gangguan kekuatan otot, gangguan fungsi perifer, gangguan fisiologis yang akan berpengaruh pada sistem sensorik dan motorik penderita sehingga dari gangguan tersebut penderita akan mengalami immobilisasi yaitu ketidakmampuan untuk bergerak secara aktif akibat berbagai penyakit atau *impairment* (gangguan pada organ tubuh) yang bersifat fisik atau mental (Rahayu dkk, 2014).

Folden (2002) menyatakan gangguan sistem gastrointestinal yang sering terjadi di Amerika adalah konstipasi dimana angka kejadian konstipasi juga tinggi pada pasien yang mengalami stroke. Dari hasil penelitian juga dilaporkan bahwa konstipasi meningkat menjadi 15-17% pada usia dewasa yang mengalami penurunan kemampuan fisik (Emerson & Baines, 2010).

Hal ini didukung oleh Suheri (2009) menyatakan berdasarkan rekam medik pasien di RSUP H. Adam Malik Medan jumlah pasien immobilisasi 45 orang yang dirawat sebanyak 88% mengalami konstipasi akibat immobilisasi yang lama dengan diagnosa yang paling banyak adalah pasien stroke sebanyak 33%.

Penelitian Tania et al (2014) menyimpulkan bahwa prevalensi disfungsi usus pasien stroke meningkat menjadi 55,21%. berdasarkan laporan pasien atau pemberi asuhan kemungkinan disfungsi usus meningkat 7 kali setelah stroke, setelah stroke konstipasi tetap menjadi yang lebih sering (50%) diikuti oleh frekuensi pergerakan usus (26.79%) serta defekasi tidak tuntas (12,50%).

Peneliti Cooney & Reuler (1991 dalam Guy et al, 2013), pasien stroke dengan gangguan mobilisasi hanya berbaring saja tanpa mampu untuk mengubah posisi karena keterbatasan tersebut. Pasien dengan immobilisasi akan mengakibatkan perubahan pada fungsi fisiologis. Bahaya fisiologis akan mempengaruhi fungsi metabolisme normal, menurunkan laju metabolisme dan menyebabkan gangguan gastrointestinal seperti nafsu makan dan penurunan peristaltik dengan konstipasi dan impaksi fekal. Tirah baring yang terus menerus selama 5 hari atau lebih dapat menyebabkan konstipasi.

Immobilisasi yang terjadi akan mengakibatkan otot-otot menjadi lemah, sementara tonus otot, otot pelvik dan diafragma yang baik penting untuk defekasi. Aktifitas usus juga merangsang peristaltik yang memfasilitasi pergerakan chyme sepanjang kolon sedangkan otot-otot yang lemah sering tidak efektif pada peningkatan tekanan intra abdominal selama proses defekasi (Janice et al, 2006). Immobilisasi yang lama akan menyebabkan penurunan motilitas usus sehingga berdampak pada gangguan pasase feses feses yang berada lebih lama di dalam kolon akan menjadi lebih keras sehingga lebih sulit dikeluarkan dari anus hal ini disebabkan oleh proses reabsorpsi air banyak terjadi di kolon (Ruben et al, 2001).

Masalah keperawatan yang kelima yaitu kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sirkulasi. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilitas fisik adalah kerusakan struktur anatomis dan fungsi kulit normal akibat dari tekanan eksternal yang berhubungan dengan penonjolan tulang dan tidak sembuh dengan urutan dan waktu biasa. Selanjutnya, gangguan ini terjadi pada individu yang berada di atas kursi atau di atas tempat tidur, sering kali pada inkontinensia dan malnutrisi ataupun individu yang mengalami kesulitan makan sendiri, serta mengalami gangguan tingkat kesadaran (Potter & Perry, 2005).

Sehubungan dengan kelima diagnosa tersebut diatas penulis menitik beratkan perencanaan inovasinya pada masalah yang keempat yaitu konstipasi dimana diharapkan dengan perawatan menggunakan Range of Motion (ROM) Pasif, masalah konstipasi pada klien teratasi (ada defekasi).

Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika sebagian sel-sel otak mengalami kematian akibat gangguan aliran darah karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak. Aliran darah yang terhenti membuat suplai oksigen dan zat makanan ke otak juga terhenti, sehingga sebagian otak tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya (Utami P, 2009).

Kecelakaan paska stroke menyebabkan penderita tidak dapat bekerja, sehingga stroke telah menjadi masalah kesehatan yang menjadi penyebab utama kecacatan pada usia produktif yang dapat menurunkan produktivitas suatu negara dimana separuh dari semua penderita stroke mengalami

ketergantungan pada orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Adamson dkk, 2004, Townsend dkk, 2012).

Range of Motion (ROM) Pasif merupakan latihan yang diberikan kepada klien yang mengalami kelemahan otot lengan maupun otot kaki berupa latihan pada tulang maupun sendi dimana klien tidak mampu melakukannya sendiri, sehingga klien memerlukan bantuan perawat atau keluarga (Suratun, 2008). ROM Pasif salah satunya latihan pergerakan untuk mencegah konstipasi (Mira, 2011).

Dengan memberikantindakan mandiri keperawatan yaitu Range of Motion (ROM) Pasif sesuai anjuran dokter dan fisioterapis melalui tindakan kolaborasi. Selain mampu mengatasi masalah konstipasi ROM sendiri mampu memberikan manfaat untuk mencegah kekakuan otot serta memelihara dan mempertahankan kekuatan otot.

C. Analisa Intervensi Inovasi Dengan Konsep Dan Penelitian Terkait.

Salah satu bentuk intervensi keperawatan yang rutin dilakukan padadiagnosa keperawatan keempat yaitu konstipasi berhubungan dengan kurangnya aktifitas pada pasien Ny. S yang dirawat di ruang Unit Stroke dengan keluhan penurunan kesadaran, TD 140/ 90 mmHg, nadi 78 x/ menit, RR 22 x/ menit, suhu 36.8⁰c. Sebelum dilakukan pemberian ROM Pasif klien belum ada BAB selama 5 hari, bising usus kurang dari normal. BAB terakhir sedikit, tidak lunak dan kering . Setelah diberikan intervensi inovasi ROM Pasif pada Ny. S bising usus meningkat, klien mampu BAB, feses lunak dan banyak.

Latihan pergerakan atau ROM Pasif ini adalah latihan pergerakan yang bertujuan untuk mengkontraksikan dan meningkatkan tonus otot abdomen yang membantu mendorong isi kolon sehingga memicu defekasi. (Brunner, 2002 dalam Mira, 2011).

Range of motion (ROM) Pasif bertujuan untuk membantu klien yang mengalami kelemahan, imobilitas, kecacatan, maupun kelelahan, klien yang menggunakan obat-obat tertentu yang dapat menimbulkan konstipasi, klien dengan kondisi metabolis, neurologis untuk melakukan pergerakan yang akan meningkatkan tonus otot abdomen, mendorong isi kolon dan memicu defekasi dan mempermudah dalam pengeluaran feses.

Pada asuhan keperawatan ini, salah satu diagnosa yang diangkat penulis adalah konstipasi berhubungan dengan kurangnya aktifitas. Pada Nursing Intervention Classification (NIC) “Latihan Pergerakan: Mobilisasi”, penulis melakukan intervensi inovasi untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien Ny.S Intervensi inovasi ini berupa *Range Of Motion* (ROM) Pasif.

Intervensi ini dilakukan sejak tanggal 3 Juli 2017 sampai 7 Juli 2017. Penulis dalam hal ini melakukan pengamatan pada konstipasi. Sebelum dilakukan tindakan *Range Of Motion* (ROM) Pasif, pasien diukur bising usus dan pola defekasinya kemudian dilakukan *Range Of Motion* (ROM) Pasif dan kembali di auskultasi bising ususnya. Auskultasi bising usus dilakukan untuk mengobservasi gambaran peristaltik usus dimana saat bising usus kurang dari normal (<5-35x/menit) atau hypoaktif dapat menandakan bahwa motilitas usus

kurang baik sehingga waktu transit di kolon atau saat reabsorpsi berlangsung lama sehingga menyebabkan feses menjadi keras, hal inilah yang menggambarkan konstipasi, sedangkan ketika bising usus hiperaktif menggambarkan reabsorpsi cepat (waktu reabsorpsi berkurang) sehingga menyebabkan feses menjadi encer.

ROM dilakukan pada pasien sebanyak 6 Kali dalam sehari, ROM yang dilakukan difokuskan pada latihan gerak pada ekstremitas bagian bawah seperti menekuk dan meluruskan paha, melakukan rotasi dalam dan rotasi luar, abduksi dan adduksi pada bagian paha serta dilakukannya pengerutan otot abdomen melalui gerakan menekuk lutut hingga ke dada sebanyak 2-3 kali dalam sekali latihan, selain itu dilakukan mobilisasi yaitu membolak balik badan pasien setiap 4 jam (sesuai jadwal) hingga memberikan air putih hangat setelah makan sebanyak 50-100 cc selama 6 kali.

Berikut hasil evaluasi observasi setelah dilakukan tindakan intervensi:

Tabel 4.1: Hasil Observasi Bising Usus dan Defekasi Sebelum dan Sesudah dilakukan tindakan Range Of Motion (ROM) Pasif

No	Hari/Tanggal	Bising Usus dan Defekasi		
		Sebelum	Sesudah	Defekasi
1	Senin, 3/07/17	3 x/menit	4x/menit	Belum ada BAB
2	Selasa, 4/07/17	4 x/menit	6x/menit	Belum ada BAB
3	Rabu, 5/07/17	5 x/menit	8x/menit	Belum ada BAB
4	Kamis, 6/07/17	10 x/menit	15x/menit	Belum ada BAB
5	Jum'at, 7/07/17	20x/menit	24x/menit	Sudah BAB

Dengan demikian berdasarkan analisa dan pembahasan mengenai intervensi inovasi yang dilakukan yaitu ROM Pasif dalam mengatasi konstipasi. ROM dilakukan selama 6 kali sehari selama 10 - 15 menit pada klien, diikuti dengan membolak-balik badan sesuai jadwal dan minum air hangat 50-100 cc setelah makan selama 6 kali dalam sehari. Hal tersebut menunjukkan hasil adanya peningkatan bising usus saat hari pertama setelah intervensi dan terus meningkat, kemudian pada hari kelima terjadinya defekasi pada klien yang menguatkan bahwa ROM Pasif efektif untuk mengatasi konstipasi setelah dilakukan dalam lima hari berturut-turut.

Dimulai dari proses defekasi normal yang memerlukan keadaan anatomi dan inervasi normal dari rektum, otot puborektal dan sfingter ani. Dimana inervasi adalah latihan mengasah tubuh untuk merangsang kembali sistem saraf yang ada guna melancarkan perintah dari otot-otot kepada otot-otot di seluruh tubuh. Rektum adalah organ sensitif yang mengawali proses defekasi. Tekanan pada dinding rektum akan merangsang sistem saraf intrinsik rektum dan menyebabkan relaksasi sfingter ani interna, yang dirasakan sebagai keinginan untuk defekasi. Sfingter anal eksterna kemudian menjadi relaksasi dan feses dikeluarkan mengikuti peristaltik kolon melalui anus. Dimana otot abdomen maupun organ dalam proses defekasi dapat dirangsang menggunakan latihan pergerakan salah satunya ROM Pasif.

Hal ini berkaitan dengan beberapa penelitian tentang intervensi keperawatan untuk mengatasi konstipasi salah satunya terdiri dari ROM Pasif,

dimana masalah konstipasi dapat diatasi dengan melakukan pergerakan (Brunner, 2002). Perawat mendorong ambulasi sering dan mengajarkan latihan pengerutan otot abdomen yang terdiri dari gerakan menekuk lutut ke dada, membolak-balikan dengan sering dari satu sisi ke sisi yang lainnya dan rentang gerak sendi untuk meningkatkan defekasi. Dimana latihan ini dapat mengkonstraksikan otot abdomen dan meningkatkan tonus otot abdomen yang membantu mendorong isi kolon. Manipulasi pada bagian perut dengan arah vertikal dan melingkar dimaksudkan untuk memperlancar aliran darah ke usus untuk merangsang peristaltik usus. Desakan dan tarikan di perut dibagian tengah ataupun bawah akan menambah efektif perangsangan tersebut. Dengan aliran yang baik maka kelenjar pencernaan akan memproduksi enzim dengan kuantitas yang cukup dan kualitas yang baik (Kushartanti, 2008).

Pengeluaran feses dibantu oleh kontraksi otot-otot perut dan diaphragma yang akan meningkatkan tekanan abdominal dan oleh kontraksi muskulus levator ani pada dasar panggul yang menggerakkan feses melalui saluran anus. Defekasi normal dipermudah dengan refleksi paha yang meningkatkan tekanan di dalam perut dan posisi duduk yang meningkatkan tekanan ke bawah kearah rektum.

Mempertahankan mobilisasi optimal sangat penting untuk kesehatan mental dan fisik . Aktifitas fisik juga membantu seseorang untuk mempertahankan tonus otot. Tonus otot yang baik dari otot - otot abdominal, otot pelvis dan diafragma sangat penting bagi defekasi. aktifitas fisik juga merangsang terhadap timbulnya peristaltik usus. Penurunan aktifitas fisik

dapat mengakibatkan terjadinya penurunan gerakan peristaltik dan dapat menyebabkan melambatnya feses menuju rektum dalam waktu lama dan terjadi reabsorpsi cairan feses sehingga feses mengeras (Asmadi, 2008).

Menurut Cholina (2004) faktor-faktor yang mempengaruhi defekasi salah satunya yaitu tonus otot perut, otot pelvik dan diafragma. Aktifitas juga merangsang peristaltik yang memfasilitasi pergerakan chyme sepanjang kolon. Otot-otot yang lemah sering tidak efektif pada peningkatan tekanan intraabdominal selama proses defekasi atau pada pengontrolan defekasi. Otot-otot yang lemah merupakan akibat dari berkurangnya latihan, imobilitas atau gangguan syaraf. Latihan yang teratur untuk klien konstipasi akan membantunya mengembangkan aturan defekasi yang normal sehingga membantu membuat motilitas usus menjadi normal.

Selain hal diatas perlu untuk diketahui bahwa penulis juga memberikan air hangat setelah makan dimana hal tersebut sesuai dengan diagnosa yang diangkat penulis yaitukonstipasi berhubungan dengan kurangnya aktifitas dengan melakukan intervensi keperawatan tambahan sesuai Nursing Intervention Classification (NIC) “Manajemen Saluran Cerna” dimana penulis memberikan air hangat setelah makan pada Ny. S sebanyak 50-100 cc selama 6 kali sehari.

Pemberian air putih merupakan pilihan yang baik. Air putih sudah berbentuk cairan merata tanpa harus dicerna lagi sebelum disalurkan ke duodenum (Sherwood, 2011). Air secara kimiawi tidak mempengaruhi sekresi

hormon oleh kelenjar endokrin di saluran pencernaan (Corwin, 2009). selain itu terapi air putih adalah sistem penyembuhan alami, menggunakan kebutuhan tubuh terhadap air, dan respon tubuh secara fisiologis terhadap air untuk mencegah, mengoreksi dan meningkatkan rentang sehat manusia. Dengan minum 500 ml sehari air putih (Lower Maximum Volume : LMV) yaitu volume minimal yang dimasukkan kedalam lambung yang mampu menyebabkan gerakan peristaltik pada lambung (Lunding et al, 2011), maka rangsangan dari regangan lambung ini melalui saraf otonom ekstrinsik menjadi pemicu utama gerakan massa di kolon melalui refleksi gastrokolik. Refleksi gastrokolik mampu menstimulasi otot polos kolon sehingga meningkatkan motilitas kolon dan mencegah terjadinya konstipasi (Bassoti & Vilancci, 2006).

Minum 500 ml air putih tentunya lebih mudah dibandingkan harus minum air putih sebanyak 1,5 liter sekaligus dalam waktu 20 menit. Meskipun hasilnya menangani konstipasi, dibandingkan minum 1,5 liter, minum 500 ml air lebih berfokus sebagai pencegahan melalui mekanisme gastrokolik dan turut pula mempertimbangkan pada pasien usia lanjut yang kesulitan minum air dalam jumlah banyak sekaligus serta batas minimal kenyamanan pasien minum yaitu sebesar 500 ml (Sherwood, 2011).

Hal ini sejalan dengan studi penelitian yang dilakukan oleh Ginting (2012) dalam penanganan konstipasi dengan memberikan air putih hangat sebanyak 500 ml dimana hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat hasil yang signifikan dengan menggunakan pendekatan hidrostatis dan hidrodinamik dan air hangat

yang mampu memberikan ketenangan sekaligus menghancurkan partikel - partikel yang ada di usus besar.

Didukung oleh penelitian Hikaya (2014) yang menunjukkan hasil ada pengaruh terapi minum air putih pada pagi hari terhadap kejadian konstipasi pada pasien imobilisasi akibat gangguan sistem neurologi di RSUD Prof. Aloi Saboe Kota Gorontalo.

D. Alternative Pemecahan yang Dapat Dilakukan.

Intervensi keperawatan untuk mengatasi konstipasi yang bersifat non farmakologi salah satunya meningkatkan aktifitas yaitu dengan Range of Motion (ROM) Pasif terutama pada klien dengan kelemahan dan imobilitas serta klien dengan bedrest dalam jangka waktu yang lama sehingga dapat dilakukan aktifitas fisik walaupun hanya di atas tempat tidur. Latihan ini menambah perangsangan peristaltik usus, membantu mendorong isi kolon sehingga mempermudah terjadinya defekasi. Berdasarkan hasil evaluasi terhadap implementasi keperawatan dalam mengatasi konstipasi yang dikaitkan dengan teori dan konsep terkait, maka diperoleh alternatif pemecahan. Selain melakukan ROM Pasif dianjurkan untuk memberi intake cairan yang cukup 2 liter perhari jika tidak ada kontraindikasi.

Hal ini sejalan pada penelitian yang dilakukan Sri (2015) tentang “pemberian tindakan ROM Pasif dalam mengatasi konstipasi pada pasien stroke hemoragik” yang menghasilkan kesimpulan terbukti efektifnya ROM pasif dalam mengatasi konstipasi selama 6 hari melakukan intervensi.

Didukung oleh penelitian Mira (2011) tentang “efektifitas ROM pasif dalam mengatasi konstipasi pada pasien stroke” yang menunjukkan bahwa intervensi ROM Pasif cukup efektif (75%) dalam mengatasi konstipasi pada pasien stroke setelah dilakukan tindakan dalam batas 6 hari.

Selain itu dalam mengatasi konstipasi dapat juga bekerjasama dan berkolaborasi tenaga kesehatan lainnya seperti fisioterapis dalam mempertimbangkan memberikan latihan mengayuh sepeda di atas tempat tidur sedangkan kolaborasi dengan ahli gizi dalam memberikan terapi diet makanan yang mengandung tinggi serat agar limbah menjadi lembut dan mudah bergerak melalui tubuh lebih cepat sehingga memungkinkan lebih mudah dan lebih teratur dalam defekasi.

Tindakan intervensi dan alternatif yang telah disebutkan diatas sebaiknya perlu dikomunikasikan lagi kepada keluarga klien. Keluarga berperan aktif dalam memfasilitasi dan melakukan khususnya tindakan ROM Pasif untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan klien.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini, penulis akan mengemukakan kesimpulan dari hasil pembahasan serta memberikan saran kepada beberapa pihak agar dapat dijadikan acuan untuk perkembangan keilmuan khususnya dibidang keperawatan.

1. Kesimpulan

- a. Kasus kelolaan pada Ny.S dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik (SNH) didapatkan hasil sebagai berikut:
 - 1) Keluhan utama dari hasil pengkajian Ny. S didapatkan klien mengalami penurunan kesadaran, klien penderita diabetes mellitus tipe 2 dan memiliki kadar glukosa darah yang tidak stabil, kelemahan pada anggota gerak, belum ada defekasi (BAB) selama 5 hari, serta luka tekan .
 - 2) Diagnosa keperawatan yang muncul pada NyS. adalah resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dengan faktor resiko emboli, resiko ketidakstabilan kadar gula darah dengan faktor resiko gangguan status kesehatan fisik,hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, konstipasi berhubungan dengan kurangnya aktifitas, dan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan immobilitas fisik.

- 3) Evaluasi implementasi selama perawatan mengalami perubahan kearah yang lebih baik. Dengan kata lain setelah dilakukan implementasi selama 5 hari prognosis penyakit klien menjadi lebih baik, 1 diagnosa teratasi , 1 diagnosa belum teratasi dan 3 diagnosa teratasi sebagian.
- b. Hasil analisa penerapan *Range of Motion* (ROM) Pasif menunjukkan adanya peningkatan bising usus dan ada kejadian defekasi pada pasien dengan stroke non hemoragik (SNH).

2. Saran

- a. Saran bagi pasien

Klien harus sering berlatih dan menggunakan *Range of Motion* (ROM) Pasif ini kapan saja apa bila mengalami gejala masalah konstipasi dapat teratasi.

- b. Saran bagi perawat dan tenaga kesehatan

Sebagai salah satu penatalaksanaan tindakan keperawatan non-farmakologi, diharapkan perawat mampu mengimplementasikan untuk membantu pasien yang mengalami konstipasi. Sehingga dapat meningkatkan kebutuhan dasar pasien, harapan sembuh pasien serta memperpendek waktu menginap pasien di rumah sakit.

- c. Saran bagi penulis

Mengoptimalkan pemahaman asuhan keperawatan pada pasien stroke sehingga dapat menjadi bekal pengetahuan untuk meningkatkan keilmuan persyarafan.

d. Saran bagi dunia keperawatan

Mengembangkan intervensi inovasi sebagai tindakan mandiri perawat yang dapat diunggulkan. Sehingga, seluruh tenaga pelayanan medis dapat sering mengaplikasikan *Range of Motion* (ROM) Pasif dalam pemberian intervensi nonfarmakologi salah satunya penanganan konstipasi.

DAFTAR PUSTAKA

Abubakar, SA & Isezuo, SA. (2012). Health related quality of stroke survivor: experience of a stroke unit. *International Journal of Biomedical Science*, 8 (3), 183-187.

Ariani, April T. (2012). *Sistem Neurobehaviour*. Jakarta: Salemba Medika

Asriani, Sri. (2015). Pemberian Tindakan ROM Pasif dalam Mengatasi Konstipasi. Skripsi, tidak dipublikasikan, Surakarta, STIKES Kusuma Husada.

Aulya R, Listyo Asist, Anika Candrasari. (2010). Hubungan diabetes melitus dengan kejadian stroke iskemik di RSUD DR. Moewardi. *Jurnal Biomedika* Vol. 5 No.2. Agustus. 2013.

Brunner and Suddarth. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Vol.2. Jakarta : EGC

_____. (2010). Constipation. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. Vol. 21 No.4.

Carpenito LJ, (2010). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* . 13th Ed. United State of America : Lippincott Williams & Wilkins.

Devanarayana, N.M., Rajindrajith, S. (2011). *Bowel habits and behaviours related to defecation in 10 to 16 year olds: impact of socio-economic characteristics and emotional stress*. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*; 52(5):569-73.

Dinata, C.A, dkk. (2013). Gambaran faktor resiko dan tipe stroke pada pasien rawat inap di bagian penyakit dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan. 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas* : 2 (2).

Farida, Ida & Amalia, Nila. (2009). *Mengantisipasi Stroke*. Bukubiru : Yogyakarta.

Folden, Susan L, et al. (2002). Practice guidelines for the management of constipation in adult. *Rehabilitation Nursing*. Vol. 27 No. 5.

Gacoin, A., Camus, C., Gros A, Isslame,S., Lavoue, S., Chimot, L., Donnio, P.Y., &Le Tulzo, Y. (2010). In long term ventilatedpatients: associated factors and impact onintensive care unit outcomes. *Crit care med*,38(10), 1933-8.

Guyton, CA and Hall, JE. (2006). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*: EGC. Jakarta: Edisi 11.

Helmi, Z.N (2012). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal*. Salemba Medika : Jakarta

- Iskandar, Junaidi. (2012). *Stroke Waspada Ancamannya*. Yogyakarta: Andi
- Jihadi A. (2014). Analisis Praktik Klinik Keperawatan Kesehatan Masyarakat Perkotaan Pada Lansia dengan Masalah Konstipasi di PSTW Budha Cipayung, Jakarta Timur. KIAN, tidak dipublikasikan, Depok, Universitas Indonesia, Indonesia.
- Koniyo A, Mira. (2011). Efektifitas ROM Pasif dalam Mengatasi Konstipasi Pada Pasien Stroke. *Jurnal Health & Sport*, 3, (1), 207-220
- Kushartanti, W. (2008). Aktifitas Fisik dan Senam Usila. FIK UNY
- McKay SL, Fravel M, Scanlon C. (2009). Management of Constipation. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Intervention Research Center, Research Translation and Dissemination Core.
- Misbach, Jusuf. (2010). *Stroke : Aspek diagnosis, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.
- Muttaqin. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*, Salemba Medika. Jakarta.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2006). *Fundamental of Nursing*. USA : Mosby Inc.
- ~~_____ (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Diah Nur, Onny Tampubulon & Farah Diba (Penerjemah) Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.~~
- Pudiastuti, Ratna Dewi. (2013). *Penyakit-Penyakit Mematikan*. Nuha Medika. Yogyakarta
- Rahayu, S, dkk. (2014). Hubungan frekuensi stroke dengan fungsi kognitif di RSUD Arifin Achmad. *Jurnal Universitas Riau. Jom PSIK. No.2*
- Siregar, Cholina. (2004). *Kebutuhan dasar manusia eliminasi BAB*. FK. Universitas Sumatera Selatan. USU Digitech. 2004.
- Smeltzer C. Suzanne, Bare G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- _____. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Vol. 3. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Suheri. (2009). *Gambaran lama hari rawat dalam terjadinya luka dekubitus pada pasien imobilisasi di RSUP Haji Adam Malik Medan*. Skripsi. Medan: Fakultas Keperawatan USU.

Suratun, Heryati, Manurung, S, Raenah, E. (2008). *Seri Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Tania, M.N, et al. (2014). Stroke : bowel dsyfunction in patient admitted for rehabilitation. *The Open Nursing Journal*. (8). 43-47.

Toner & Claros (2012). *Preventing, Assessing and Managing Constipatiom in Older Adults*. Lippicott Williams 7 Wilkins.

Utami, I.M., (2009). Gambaran Faktor-faktor Risiko yang Terdapat pada Penderita Stroke. Tidak dipublikasikan.

Van der Plas RS. (2000). *Clinical management and treatment option in children with defecation disorder* (disertasi). Amsterdam : University of Amsterdam.

Vincent, J.L., & Preiser, J.C. (2015). *Gettingcritical about constipation*. *PracticalGastroenterology*. 144, 14–25.

Wijaya, Andra, S.P, Yessie, M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2 Keperawatan Dewasa*. Medical Book : Yogyakarta.