

**PENGARUH LATIHAN *RANGE OF MOTION* (ROM) TERHADAP PENINGKATAN
KUALITAS TIDUR PADA PASIEN STROKE NON-HEMORAGIC
DI RUANG PAVILIUN TERATAI RSUD DR. SOEGIRI LAMONGAN**

Satya widyawati putri

ABSTRAK

Tidur merupakan salah satu kebutuhan yang sangat dibutuhkan khususnya pada pasien karena dengan tidur yang kurang itu dapat memperburuk suatu penyakit. Salah satu upaya yang bisa mengatasi masalah tidur pada pasien stroke non hemoragik adalah aktivitas ROM (*Range Of Motion*) aktif. Tujuan penelitian untuk mengetahui Pengaruh ROM (*Range Of Motion*) Terhadap Peningkatan kualitas Tidur Pada Pasien Stroke Non-hemoragik di RSUD Dr. Soegiri Lamongan.

Peneliti ini menggunakan desain pre-eksperimental dengan pendekatan One Group Pretest-Postes. Teknik sampling yang digunakan Non Probability sampling dengan jenis Konsekutif sampling. populasi adalah seluruh pasien Stroke Non-hemoragik di RSUD Dr. Soegiri Lamongan. Sampel peneliti ini adalah 28 pasien yang menderita penyakit Stroke Non-hemoragik yang mengalami kualitas tidur agak buruk dan sangat buruk. Pengumpulan data menggunakan lembar kuisioner PSQI (*pittsburgh sleep Quality index*). Data dianalisa menggunakan tabulasi silang. Berdasarkan penelitian yang dilakukan diperoleh hasil bahwa sebelum dilakukan ROM aktif sebagian besar pasien mengalami kualitas tidur agak buruk sejumlah 22 pasien (78,6%) dan yang mengalami sangat buruk sejumlah 6 pasien (21,4%). dan setelah dilakukan ROM aktif pasien yang mengalami kualitas tidur agak baik sejumlah 17 pasien (60,7%), agak buruk sejumlah 8 pasien (28,6%) dan sangat buruk sejumlah 3 responden (10,7%). hasil uji statistik pengaruh pemberian aktifitas ROM aktif terhadap perubahan kualitas tidur dengan program SPSS Versi 16.0 dengan menggunakan uji *wilcoxon sign rank test* didapatkan hasil nilai Z : -4,082 dan p: 0,000 dimana $p < 0,05$ sehingga H_0 ditolak artinya terdapat pengaruh pemberian aktivitas ROM (*Range Of Motion*) aktif terhadap peningkatan kualitas tidur pada pasien Stroke Non-Hemoragik di RSUD Dr. Soegiri Lamongan. Melihat hasil penelitian maka perlu diberikannya ROM (*Range Of Motion*) aktif karena dapat merubah kualitas tidur pasien Stroke Non-Hemoragik

Kata Kunci : ROM aktif, perubahan kualitas tidur

PENDAHULUAN

Di era globalisasi dengan perkembangan teknologi diberbagai bidang termasuk informasi, manusia modern semakin menemukan sebuah ketidak berjarakan yang membuat belahan dunia yang satu dengan dunia yang lain seakan tampak menyatu sehingga terbentuklah apa yang dinamakan global village. Dan pada zaman sekarang ini yang merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan neurologis yang utama di Indonesia yaitu stroke. Serangan otak ini merupakan kegawatdaruratan medis yang harus ditangani secara cepat, tepat dan cermat (Mansjoer, dkk, 2000). Kondisi abnormal pembuluh darah otak yang dikarakteristikan oleh

adanya perdarahan didalam otak atau pembentukan embolus atau thrombus yang menyumbat arteri yang dapat mengakibatkan iskemik jaringan otak. Menurut WHO stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (atau global) dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler. Stroke diklasifikasikan menjadi dua tipe utama, yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik. Stroke non hemoragik diakibatkan oleh ketidak adekuatan perfusi otak karena adanya sumbatan total atau sebagian dari arteri. Kejadian stroke jenis ini kurang lebih 85% dari keseluruhan kasus

stroke. Sedangkan kejadian stroke hemoragic kurang lebih sekitar 15% dari keseluruhan kejadian stroke. Stroke jenis ini terjadi sebagai akibat adanya perdarahan didalam jaringan otak itu sendiri atau didalam ruang subarachnoid atau ventrikel (Lewis 2007).

Data tahun 2007 dari organisasi kesehatan (WHO) menunjukkan bahwa sebanyak 15 juta orang per tahun diseluruh dunia terkena stroke. Di Amerika Serikat dan Kanada, stroke merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah kanker dan penyakit jantung. Terdapat kurang lebih 700.000 orang per tahun di Amerika Serikat dan 50.000 orang per tahun di Kanada mengalami stroke. Dan dari jumlah tersebut 16.000 orang per tahun meninggal karena stroke, sementara di Amerika Serikat terdapat lebih dari 160.000 kematian per tahun karena stroke (Lewis, 2007).

Menurut Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki), Indonesia merupakan Negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia. Di Indonesia stroke merupakan penyakit nomor 3 yang mematikan setelah penyakit kanker dan jantung. Sekitar 35,8% orang lanjut usia terkena serangan stroke dan 12,9% pada usia lebih muda. Setiap tahun diperkirakan, 500 ribu penduduk di Indonesia terkena serangan stroke. Dari jumlah tersebut, sepertiganya bisa pulih kembali, sepertiga lainnya mengalami gangguan fungsional ringan sampai sedang, dan sepertiga sisanya mengalami gangguan fungsional berat yang mengharuskan penderita terus menerus terbaring di tempat tidur. Menurut survei tahun 2004, stroke merupakan penyebab kematian nomor satu di rumah sakit pemerintah diseluruh penjuru Indonesia (Yastroki 2007). Prevalensi stroke di Indonesia 8,3 per 1.000 penduduk. Pada kelompok umur 45-54 tahun, stroke menjadi penyebab kematian tertinggi di wilayah perkotaan (Kompas, 2009).

Berdasarkan survey awal dalam rekam medic pada tanggal 12 desember 2015 di instalasi rawat inap ruang teratai RSUD dr. Soegiri Lamongan didapatkan jumlah pasien

stroke pada bulan november sebanyak 18 pasien stroke non hemoragic, sedangkan pasien stroke non hemoragic yang mengalami gangguan kemandirian fungsional (ADL) sebanyak 5 pasien atau 27,8%. Pasien yang mengalami gangguan tidur ringan sebanyak 9 pasien atau 50%. Sedangkan sebanyak 4 pasien atau 22% pasien yang mengalami penurunan kualitas tidur berat. Dari data di atas menunjukkan bahwa masih banyaknya pasien stroke non hemoragic yang mengalami penurunan kualitas tidur.

Faktor resiko menurut Mansjoer dkk (2000), Faktor resiko stroke umumnya dibagi menjadi 2 golongan besar yaitu: 1) yang tidak dapat dikontrol, meliputi : (1) umur, makin tua kejadian stroke makin tinggi. Setelah umur 50 tahun resiko stroke iskemik trombotik meningkat 2 kali lipat tiap dekade, (2) ras/bangsa, afrika/negro, jepang dan cina lebih sering terkena stroke, (3) jenis kelamin, pria lebih beresiko dibanding perempuan, (4) riwayat keluarga (orang tua, saudara) yang pernah mengalami stroke pada usia muda, maka yang bersangkutan beresiko tinggi terkena stroke. Sedangkan yang 2) dapat dikontrol, meliputi (1) hipertensi, (2) diabetes melitus, (3) transient ischemic attack (TIA): serangan lumpuh sementara, (4) fibrilasi atrial, (5) post stroke, (6) perokok, (7) peminum alkohol, (8) infeksi: Virus dan bakteri, (9) obat ontrasepsi oral dan obat lain.

Dampak dari stroke yang dapat mengakibatkan ketidak mampuan dalam fungsi tubuh, yaitu: 1) paralisis atau masalah mengontrol gerakan, 2) gangguan istirahat, 3) masalah dalam menggunakan atau mengerti bahasa, 4) masalah dalam berpikir dan memori, dan 5) gangguan kenyamanan (Lewis, 2007). Selain itu, dampak dari stroke dapat mengakibatkan penurunan kualitas tidur pada pasien non hemoragic adalah gangguan emosional seperti; kehilangan fungsimotorik (hemiplegi), kehilangan komunikasi atau kesulitan berbicara (disatria), gangguan persepsi, kerusakan

fungsi kognitif dan efek psikologik, atau disfungsi kemih,

Dalam mengatasi stroke peran keluarga: bahwa keluarga sangat mendukung masa penyembuhan dan pemulihan. Keluarga juga mempunyai struktur nilai, norma dan budaya yang mempengaruhi segala tindakan yang akan dilakukan oleh keluarga. Keluarga juga dapat menciptakan paradigmanya sendiri, yaitu struktur yang menyangkut

keyakinan bersama, ketetapan, dan asumsi tentang dunia sosial. Sebuah nilai dari keluarga dan sistem keyakinan membentuk pola-pola tingkah lakunya sendiri dalam menghadapi masalah-masalah yang ada dalam keluarga. Keyakinan-keyakinan dan nilai-nilai keluarga menentukan bagaimana sebuah keluarga akan mengatasi masalah kesehatan. Peran perawat: 1) mencegah komplikasi, memungkinkan pasien meningkatkan kualitas tidurnya sehingga pasien tidak mengalami penurunan kualitas tidur. 2) kemampuan mengontrol gerakan : kemampuan pergerakan yang tidak terkontrol serta kurangnya aktivitas dapat menyebabkan atrofi otot, penurunan fleksibilitas sendi yang dapat mengakibatkan terjadinya kenyamanan dan isomnia, 3) latihan : latihan yang efektif pada pasien stroke non hemoragik adalah latihan *Range of Motion* (ROM) yang merupakan bentuk latihan intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi pasien dan dalam upaya pencegahan terjadinya isomnia jangka panjang.

Penurunan kualitas tidur pada pasien stroke akan menimbulkan berbagai dampak pada sistem tubuh, pasien stroke yang mengalami kondisi imobilisasi dalam jangka waktu lama akan memudahkan terjadinya berbagai komplikasi. Defisit kemampuan jangka panjang yang paling umum terjadi karena stroke adalah Hemiparalisis dan hemiplegia merupakan suatu bentuk defisit motorik yang dapat menyebabkan pasien mengalami kelumpuhan serta kenyamanan yang dapat mengakibatkan penurunan

istirahat, kondisi imobilisasi ini akan mengakibatkan pasien mengalami komplikasi dan gangguan istirahat. *Latihan Range of Motion* (ROM) merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitasi yang dinilai masih cukup efektif untuk mencegah terjadinya isomnia pada pasien dengan stroke. Latihan ini adalah salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi pasien dan dalam upaya pencegahan terjadinya kondisi penurunan kenyamanan yang mengakibatkan isomnia pada pasien pasca perawatan di Rumah Sakit. Lewis (2007) mengemukakan bahwa sebaiknya latihan pada pasien stroke dilakukan beberapa kali dalam sehari untuk mencegah komplikasi. Oleh karena itu, untuk menilai sejauh mana latihan *Range of Motion* (ROM) dapat meningkatkan kualitas tidur sehingga mencegah terjadinya berbagai komplikasi seperti yang telah dipaparkan sebelumnya dan menilai sejauh mana latihan ini memberikan dampak pada kemampuan fungsional yang terkait erat dengan tingkat ketergantungan pasien, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang pengaruh *Range of Motion* (ROM) terhadap peningkatan kualitas tidur pasien stroke non hemoragik.

Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien stroke akibat kondisi imobilisasi dan tirah baring lama diantaranya adalah pembentukan thrombus yang dapat mengakibatkan terjadinya Deep Vein Thrombosis (DVT) terutama pada ekstremitas bawah yang mengalami kelemahan atau paralisis, pasien dapat jatuh, dan mengalami penurunan kualitas tidur yang dapat mengakibatkan terjadinya isomnia yang terus menerus (Lewis, 2007).

Berdasarkan uraian di atas penulis merasa tertarik untuk meneliti suatu permasalahan tentang “pengaruh *Range of Motion* (ROM) terhadap peningkatan kualitas tidur pada pasien stroke non hemoragik di ruang Paviliun Teratai Rumah Sakit Umum Dr. Soegiri Lamongan”.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini menggunakan metode Pra Eksperimental dengan menggunakan pendekatan *one-group pra-test design* tanpa kontrol, yang mana tidak ada kelompok pembanding (kontrol), tetapi paling tidak sudah dilakukan observasi pertama (pretest) yang memungkinkan menguji perubahan-perubahan yang terjadi setelah adanya eksperimen atau program (Notoatmojo, 2012)

Menurut Nursalam (2014), *one-group pra-post design* adalah penelitian yang mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok subjek. Kelompok subjek di observasi sebelum dilakukan intervensi, kemudian diobservasi pada hari ke-3 setelah intervensi

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Data Umum

1). Distribusi Jenis Kelamin

Tabel 4.1 Distribusi Pasien Pengaruh ROM (*Range Of Motion*) Terhadap Peningkatan Kualitas Tidur Pada Pasien Stroke Non Hemoragik berdasarkan Jenis kelamin di RSUD Dr. Soegiri Lamongan bulan April-Mei 2016.

Jenis kelamin	jumlah	Presentase (%)
Laki laki	14	50
perempuan	14	50
Total	28	100

Berdasarkan tabel 4.1 dapat dijelaskan bahwa dari 28 pasien, setengah pasien berjenis kelamin laki laki dan perempuan yaitu masing-masing sebanyak 14 pasien atau 50 %

2) Distribusi Pasien Berdasarkan Usia

Tabel 4.2 Distribusi Pasien Pengaruh Pemberian Aktivitas ROM

(*Range Of Motion*) Aktif Terhadap Perubahan Kualitas Tidur Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Berdasarkan Usia di RSUD Dr. Soegiri Lamongan bulan April-Mei 2016

Usia	Jumlah	Persentase
<21 tahun	0	0
21-35 tahun	1	3,6
36-50 tahun	19	67,8
>50 tahun	8	28,6
Total	28	100

Berdasarkan tabel 4.2 dapat dijelaskan bahwa dari 28 pasien, sebagian besar pasien berada pada rentang usia 36-50 tahun yaitu sebanyak 19 pasien atau 67,8% dan tidak satupun pasien yang ber usia kurang dari 21 tahun.

3) Distribusi Pasien Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.3 Distribusi Pasien Pengaruh Pemberian Aktivitas ROM (*Range Of Motion*) Aktif Terhadap Perubahan Kualitas Tidur Pasien Stroke Non-Hemoragik Berdasarkan Pendidikan di RSUD Dr. Soegiri Lamongan bulan April-Mei 2016.

Pendidikan terakhir	Jumlah	Persentasi (%)
Tidak sekolah	0	0
SD	10	35,7
SMP	12	42,9
SMA	6	21,4
Total	28	100

Berdasarkan tabel 4.3 dapat dijelaskan bahwa dari 28 pasien, hampir setengah pasien berpendidikan SMP yaitu sebanyak 12 pasien atau 42,9% dan tidak satupun pasien yang tidak Sekolah.

4) Distribusi Pasien Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 4.7 dapat dijelaskan bahwa dari 28 pasien, sebelum pemberian aktivitas ROM (*Range Of Motion*) aktif, hampir seluruh pasien yang memiliki kualitas tidur agak buruk yaitu 22 pasien atau 78,6% setelah dilakukan pemberian aktivitas ROM (*Range Of Motion*) aktif, sebagian besar memiliki kualitas tidur agak baik yaitu 17 pasien atau 60,7%.

PEMBAHASAN

4.2.1 Kualitas Tidur Pasien Stroke Non-Hemoragik Sebelum Dilakukan Aktivitas ROM (*Range Of Motion*) Aktif.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.5 di atas, hampir seluruh pasien di RSUD Dr. Soegiri Lamongan memiliki kualitas tidur agak buruk yaitu 22 pasien atau 78,6%. Kualitas tidur yang dialami pasien hanya kualitas tidur agak buruk, hal ini kemungkinan disebabkan karena beberapa pasien mengalami kecemasan dan juga pasien sering bangun tidur di malam hari.

Jumlah pasien yang mengalami gangguan tidur pada kelompok laki-laki lebih besar yaitu 50% dibanding dengan kelompok perempuan yaitu 40%. Hal ini disebabkan karena gangguan tidur bukan ditentukan pada jenis kelamin seseorang, selain itu juga karena faktor pekerjaan, dimana pasien yang mengalami gangguan tidur sebagian besar bekerja sebagai petani. Bekerja sebagai petani lebih berat jika dibandingkan dengan pekerjaan yang lain yang dapat memperburuk gangguan tidur.

Berdasarkan tabel 4.1 pasien yang mengalami peningkatan kualitas tidur didapatkan pada setengahnya jenis kelamin laki-laki dan perempuan yaitu 14 (50) hal ini disebabkan jenis kelamin laki-laki dan perempuan mempunyai pemikiran yang sama dalam meningkatkan kualitas kesehatan masing-masing orang sama.

Faktor jenis kelamin pada kualitas tidur stroke non haemoragik setiap orang sama sebab pada jenis kelamin laki-laki

maupun perempuan mempunyai tingkat pengetahuan dan pengalaman yang sama.

Berdasarkan tabel 4.2 pasien yang banyak mengalami peningkatan kualitas tidur adalah pasien yang berusia 36-50 tahun memiliki kualitas tidur 19 (67,8). Hal ini disebabkan karena pada umumnya resiko terjadinya stroke mulai usia 35 tahun dan akan meningkat dua kali dalam dekade berikutnya.

faktor usia seseorang semakin tinggi angka kejadian resiko penyakit stroke dengan bertambahnya usia seseorang hal ini diperkuat dengan penelitian stroke non hemoragik lebih banyak pada rentan umur 45-65 tahun, akan tetapi stroke tidak terjadi hanya pada sekelompok umur tua saja apalagi dengan adanya pola hidup yang tidak sehat.

berdasarkan tabel 4.3 sebagian besar yang mengalami gangguan pola tidur adalah pasien yang mempunyai tingkat pendidikan SMP yaitu sebesar 12 (42,9) sehingga dapat dijelaskan bahwa tingkat pendidikan seseorang lebih rendah sulit menanggapi, sedangkan pada jenjang pendidikan yang tinggi seseorang lebih cepat tanggap dengan hal yang didapatkan.

Faktor pendidikan yang tinggi dapat memancing seseorang untuk dapat memahami sesuatu yang dipaparkan oleh orang lain. Hal ini dikuatkan dengan penelitian bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin cepat orang itu tanggap dengan penjelasan yang didapat baik segi baik dan buruknya.

Banyak sekali faktor yang mempengaruhi kualitas tidur pada pasien stroke non hemoragik antara lain, faktor fisik meliputi rasa kaku pada sebagian badan, kesemutan, kram pada kaki, rasa nyeri, ketidaknyamanan fisik. Faktor psikososial meliputi suara / kebisingan. suara memengaruhi tidur, Ventilasi ruangan yang kurang baik, tempat tidur yang kurang nyaman, cahaya yang terlalu terang, ruangan yang terlalu panas / terlalu dingin seringkali menyebabkan seseorang gelisah, bau yang

tidak nyaman, sedangkan yang mempengaruhi tidur sendiri antara lain penyakit, latihan dan kelelahan, stres psikologi, obat, nutrisi lingkungan motivasi (Azia, 2008), klien yang sakit seringkali membutuhkan lebih banyak tidur dan istirahat dibandingkan dengan klien yang sehat.

4.2.2 Kualitas Tidur Pasien Stroke Non Hemoragik Setelah Dilakukan Aktivitas ROM (*Range Of Motion*) Aktif.

Berdasarkan tabel 4.6 diketahui bahwa sebagian besar pasien mengalami kualitas tidur agak baik yaitu sebesar 60,7% setelah dilakukan aktivitas ROM (*Range Of Motion*) aktif.

Hal ini bukan berarti menunjukkan peningkatan jumlah pasien mengalami kualitas tidur agak baik karena pasien yang mengalami kualitas tidur agak buruk menurun dari 78,6% menjadi 28,6%.

ROM (*Range Of Motion*) aktif yaitu gerakan yang dilakukan oleh seseorang (pasien) dengan menggunakan energi sendiri. Perawat memberikan motivasi, dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal (klien aktif). Kekuatan otot 75%. (Eni Kusyati 2006)

Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif. Sendi yang digerakkan pada ROM (*Range Of Motion*) aktif adalah sendi di seluruh tubuh dari kepala sampai ujung jari kaki oleh klien sendiri secara aktif.

Berdasarkan tabel 4.1 pasien yang mengalami peningkatan kualitas tidur baik setelah diberikan ROM didapatkan pada setengahnya jenis kelamin laki-laki dan perempuan yaitu 14 (50) hal ini disebabkan dengan adanya peningkatan kualitas tidur setelah dilakukan ROM mengalami peningkatan kekuatan otot yang disebabkan karena latihan otot-otot dalam bantuan kekuatan otot.

Faktor jenis kelamin pada kualitas tidur stroke non hemoragik dengan dilakukan latihan otot memungkinkan dapat membantu meningkatkan kekuatan otot sehingga memberikan dampak nyaman pada tidur seorang pasien stroke, hal ini diperkuat dengan penelitian pasien stroke non hemoragik dapat memberikan pada kualitas tidur seseorang dengan melakukan ROM, latihan-latihan otot yang dapat merangsang otot agar tidak kaku.

Berdasarkan tabel 4.2 pasien yang banyak mengalami peningkatan kualitas tidur setelah dilakukan latihan ROM adalah pasien yang berusia 36-50 tahun memiliki kualitas tidur 19 (67,8). Hal ini disebabkan pada usia semakin tua seseorang mengalami banyak kelainan pada tulang baik pada fungsi organ pencernaan mengalami penurunan.

Faktor usia seseorang semakin tinggi penyakit stroke lebih banyak yang mengalami, untuk mencegah sehingga dalam meminimalisir gangguan stroke yaitu dengan dilakukan latihan ROM. Hal ini dikuatkan dengan penelitian stroke non hemoragik lebih banyak pada rentan umur 36-65 tahun, sehingga kebanyakan banyak orang yang mengalami stroke, pada pasien stroke seseorang juga biasanya mengalami gangguan tidur sehingga dalam meminimalisir kekuatan otot untuk mencegah kekakuan dan gangguan tidur pada pasien stroke untuk dilakukan ROM.

Berdasarkan tabel 4.3 sebagian besar yang mengalami peningkatan kualitas tidur adalah pasien yang mempunyai tingkat pendidikan SMP yaitu sebesar 12 (42,9) sehingga dapat dijelaskan bahwa tingkat pendidikan mempunyai peranan dalam merespon untuk mengikuti hal-hal yang dapat berdampak baik untuk masing-masing individu. Untuk dilakukan dan diterapkan.

Faktor pendidikan yang tinggi pada seseorang lebih cepat memberikan timbal balik atau respon yang diberikan seseorang dari pada pendidikan yang rendah. Hal ini dikuatkan dengan penelitian bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka

semakin cepat orang itu tanggap dengan penjelasan yang didapat baik .

Lebih banyak tidur dan istirahat dibandingkan dengan klien yang sehat.

4.2.3 Pengaruh Pemberian Aktivitas ROM (Range Of Motion) Aktif Terhadap Perubahan Kualitas Tidur .

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 4.7 di atas , dilaporkan hasil bahwa sebelum dilakukan ROM (Range Of Motion) aktif hampir setengah pasien yang mengalami kualitas tidur buruk yaitu 78,6% . dari jumlah tersebut , yang paling banyak mengalami penurunan adalah dari kualitas tidur buruk menjadi baik yaitu 17.

Tujuan aktivitas ROM aktif secara teratur dapat memperbaiki aliran perifer , meningkatkan sensitivitas insulin dan toleransi glukosa , selain itu biasanya kantuk lebih mudah datang saat tubuh lelah . latihan 2 jam atau lebih sebelum waktu tidur membuat tubuh mendingin dan mempertahankan suatu keadaan kelelahan yang meningkat relaksasi (Fundamental keperawatan Vol.2,2005)

Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh eni kusyati (2006) bahwa ROM (Range Of Motion) merupakan gerakan isotonic (terjadi kintraksi dan pergerakan otot) yang dilakukan klien dengan menggerakkan masing-masing persendianya sesuai dengan rentan gerak yang normal “. Sebuah penelitian terdahulu oleh ahli dari monash university di melbroume ,membuktikan bahwa aktivitas fisik tidak hanya sebagai saran kebugaran , kesehatan kardiovaskuler dan mengontrol berat , namun juga untuk tidur (Healty today indonesia, 2009)

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUD Dr.soegiri Lamongan pada bulan Maret-April 2016. Sampel dalam penelitian ini adalah penderita Stroke non-Hemoragik dengan jumlah 28 pasien didapatkan hasil sebagai berikut :

5.1.1 Hampir seluruh pasien di RSUD Dr.soegiri Lamongan mengalami kualitas tidur agak buruk sebelum dilakukan aktivitas ROM (Range Of Motion) aktif.

5.1.2 Sebagian besar pasien di RSUD Dr.soegiri Lamongan mengalami kualitas tidur agak baik setelah dilakukan aktivitas ROM (Range Of Motion) aktif.

5.1.3`Ada pengaruh pemberian Aktivitas ROM (Range Of Motion) aktif terhadap perubahan kualitas tidur klien Stroke non hemoragik di RSUD Dr.soegiri Lamongan.

5.2 Saran

Berdasarkan melihat hasil kesimpulan diatas, maka ada beberapa saran dari penulis yaitu sebagai berikut :

5.2.1 Bagi praktis

1. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan masukan bagi profesi dalam membentarkan asuhan keperawatan pada pasien Stroke non hemoragik yang mengalami gangguan tidur .

2. Bagi Peneliti

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan tambahan wawasan ilmu pengetahuan mata kuliah keperawatan medikal bedah .

5.2.2 Akademis

Dapat dibuat sebagai bahan pertimbangan dan dikembangkan untuk penelitaian lebih lanjut , serta memberikan sumbangan ilmu yang baru bagi dunia pendidikan khususnya pada lingkup keperawatan medikal bedah .

5.2.3 Pasien

Pasien dapat mengatasi masalah tidurnya sendiri dengan melakukan gerakan ROM aktif.

DAFTAR PUSTAKA

- Aliah A, Kuswara F.F, Limoa RA, wuysang, 2003 *gangguan peredaran darah otak* . Dalam Kapita Selekta Neurologi . Gadjah mada university press, yogyakarta
- Arikunto , S . 2006. *Prosedur penelitian : suatu pendekatan praktik* , jakarta rineka Cipta.
- Astuti Giantin, 2003 *Analisis parameter laboratorium faktor stroke iskemik , research report*, Fakultas Kedokteran Universitas indonesia . Jakarta . (Online),(www.gdl-adm@litbang.depkes.go.id) diakses 02 November 2011 jam 12.00.
- Brunner & suddarth (2002. *Buku ajar keperawatan medikal bedah* , vo;.1, Edisi 8.penerbit buku kedokteran .jakarta EGC .
- Brunner & suddarth (2002. *Buku ajar keperawatan medikal bedah* , vo;.2, Edisi 8.penerbit buku kedokteran .jakarta EGC .
- Depkes RI . 2004 *standart pelayanan unit stroke* , jakarta : Depkes RI.
- Djoenaidi , W . 2005. *Stroke – masa kini dan masa yang akan datang . cermin dunia kedokteran* No. 102: (45-52) . Universitas Airlangga RSUD dr.soetomo surabaya .
- Gannong W F . *Review of medical physiology* . 21ed.USA : McGraw-Hill: 2002:93
- Hadinoto S, Setiawan , Soetedjo . 2006 *Stroke non hemoragik*, Dalam pengelolaan mutakhir stroke , badan penerbit Universitas Diponegoro , semarang .
- Hickey , J, V 2003 *The clinical practice : the neurological and neurosurgical nursing* . 5 edition , philadelphia : lippincott williams & wilkins .
- Hidayat, Aminul, Azis, A. (2007) . *Riset Keperawatan dan tehnik penulisan ilmiah*, Edisi kedua . Jakarta : Salemba Medika.
- Karim faizati , dkk 2005, *panduan kesehatan Olahraga bagi petugas kesehatan*, Jakarta : PB Cipta Utama, Jakarta .
- Lewis (2007) . *Medical surgical Nursing* , 7 Edition, St.louis : Missouri, Mosby-Yer book. Inc.
- Lu Bantobing, 2004 . *pengukuran kualitas istirahat*, Balai penerbit Fakultas Kedokteran Universitas indonesia, Jakarta .
- Notoadmoji, S. (2003) . *Ilmu Kesehatan Masyarakat* . Brunner & suddarth (2002. *Buku ajar keperawatan medikal bedah* , vo;.3, Edisi 8.penerbit buku kedokteran .jakarta EGC .