



**KEMENKES POLTEKKES PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS  
FISIK PADA PASIEN STROKE DI RS.TK.III  
DR. REKSODIWIRYO PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**NAMA : ELVINA DWI MAHARANI**

**NIM : 213110103**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2024**



**KEMENKES POLTEKKES PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS  
FISIK PADA PASIEN STROKE DI RS.TK.III  
DR. REKSODIWIRYO PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

*Diajukan pada Program Studi D-III Keperawatan Kementerian Kesehatan  
Politeknik Kesehatan Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan*

**NAMA : ELVINA DWI MAHARANI**

**NIM : 213110103**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2024**

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Elvina Dwi Maharani

NIM : 213110103

Program Studi : D-III Keperawatan Padang

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Di Rs. Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan penguji dan diterima sebagai penyusunan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya di Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.

### DEWAN PENGUJI :

Ketua Penguji : Ns. Yesi Fadriyanti, S. Kep, M. Kep

Penguji : Ns. Idrwati Bahar, M. Kep

Penguji : Ns. Suhaimi, M. Kep

Penguji : Ns. Wira Heppy Nidia, S. Kep, M. KM

Ditetapkan di : Kemenkes Poltekkes Padang

Tanggal : 11 Juni 2024

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang



(Ns. Yesi Fadriyanti, S. Kep, M. Kep)

NIP : 197501211999032005

**LEMBAR PERSETUJUAN****Karya Tulis Ilmiah**

Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di Ruang Bagindo Aziz Chan RS Tk. III

Dr. Reksodwiryono Padang.

Oleh :

**ELVINA DWI MAHARANI**

**NIM: 213110103**

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Di Rs.Tk.III Dr. Reksodwiryono Padang" telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim penguji ujian karya tulis ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Kementerian Kesehatan Politeknik Kesehatan Padang.

Padang, 22 Mei 2024.

Menyetujui

Pembimbing I



**Ns. Sulaili, S.Kep, M.Kep**

NIP : 196907151998031002

Pembimbing II



**Ns. Wira Henry Nidia, S.Kep, M.KM**

NIP : 198506262009042010

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang



**(Ns. Yemi Endriyanti, S. Kep, M. Kep)**

NIP - 19750121999032005

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “**Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang**”. Peneliti menyadari bahwa karna bantuan dan bimbingan Bapak **Ns. Suhaimi, S.Kep, M.Kep** selaku pembimbing I dan ibu **Ns. Wira Heppy Nidia, S.Kep, M.KM** selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Tidak lupa juga peneliti mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Bapak Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom selaku Ka. Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
3. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku ketua prodi D-III Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
4. Bapak dan Ibu Dosen beserta Staf Kemenkes Poltekkes Padang.
5. Bapak Direktur beserta Staf Rumah Sakit Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang yang telah banyak membantu dalam memperoleh data yang peneliti perlukan.
6. Cinta pertama dan panutanku, Ayahanda Elvera dan pintu surgaku ibunda Afrimarita. Terimakasih atas segala pengorbanan dan tulus kasih yang diberikan. Beliau memang tidak sempat merasakan pendidikan di bangku perkuliahan, namun mereka mampu senantiasa memberikan yang terbaik, tak kenal lelah mendoakan serta memberikan perhatian dan dukungan hingga peneliti mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Kakak dan Adikku tercinta yang telah memberikan semangat kepada peneliti dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

8. Kedua orang temanku Yani Silvia Hakim dan Meisya Melanni yang telah senantiasa memberi semangat dan berada di situasi suka maupun duka, sehingga peneliti tetap semangat untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
9. Rival Akbar, sosok pria yang tak kalah penting kehadirannya. Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan peneliti. Memberikan dukungan, perhatian dan mendengarkan keluh kesah serta menjadi sandaran saat peneliti berada di titik terendah. Terimakasih.

Akhir kata peneliti berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat khususnya bagi peneliti sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta peneliti mendoakan semoga segala bantuan dan masukan yang telah diberikan mendapat balasan kebaikan dari Allah SWT. Amin. Peneliti menyadari karya tulis ilmiah ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan, dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Padang, 22 Mei 2024

**Peneliti**

## PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama Lengkap : Elvina Dwi Maharani  
NIM : 213110103  
Tempat/Tanggal Lahir : Tanah Keras/ 31 Mei 2003  
Tahun Masuk : 2021  
Nama PA : Ns. Idrawati Bahar, S.Kep., M.Kep  
Nama Pembimbing Utama : Ns. Subaini, S.Kep., M.Kep  
Nama Pembimbing Pendamping : Ns. Wira Heppy Nidia, S.Kep., M.KM

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul:

**"ASULAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE DI RS TK.HI DR. REKSODIWIRYO PADANG"**

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 30 Juli 2024

Yang Menyatakan



(Elvina Dwi Maharani)

NIM : 213110103

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Elvina Dwi Maharani  
Nim : 213110103  
Tempat/ Tanggal Lahir : Tanah Keras/ 31 Mei 2003  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Kawin  
Nama Orang Tua  
Ayah : Elvera  
Ibu : Afrimarita  
Alamat : Gurun Panjang, Kec.Bayang, Kab. Pesisir Selatan

### Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun Ajar
1	SDN 32 Gurun Panjang	2009-2015
2	MTsN 3 Pesisir Selatan	2015-2018
3	MAN 2 Pesisir Selatan	2018-2021
4	Prodi Keperawatan Padang, Jurusan Keperawatan, Kemenkes poltekkes Padang	2021-2024



**KEMENKES POLTEKKES PADANG**  
**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

Karya Tulis Ilmiah, Mei 2024

Elvina Dwi Maharani

**“Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke  
di RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang”**

Isi : xiii+ 46 Halaman + 4 Tabel + 11 Lampiran

**ABSTRAK**

Gangguan mobilitas fisik adalah ketidakmampuan untuk menggerakkan satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Kegagalan untuk bergerak dapat berdampak pada tubuh seperti kekakuan dan nyeri pada sendi. Stroke di Indonesia merupakan penyakit dengan penyebab kematian terbesar yaitu sekitar 15,4% kematian, di Rumah Sakit Tingkat III dr. Reksodiwiryo didapatkan jumlah pasien sebanyak 438 orang, dan data pada tahun 2019 jumlah pasien dengan kasus stroke ada sebanyak 459 orang.

Desain penelitian ini *deskriptif* dengan pendekatan studi kasus diperoleh di ruangan IRNA penyakit dalam RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang, dari bulan September 2023 sampai dengan bulan Mei 2024. Populasi penelitian adalah semua pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik berjumlah 1 orang dengan 1 orang yang dijadikan sampel sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

Hasil penelitian pada Tn.A adalah pasien mengatakan sebelum masuk RS merasakan pusing serta demam. Diagnosa yang diangkat pada penelitian ini adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Evaluasi yang didapatkan selama 5 hari penelitian adalah pasien masih mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri, namun pada kekuatan otot pasien sudah sedikit mengalami perubahan yang awalnya kekuatan otot pasien 1 menjadi 2 pada anggota gerak yang lemah, dan intervensi pada pasien dilanjutkan dirumah dengan dibantu oleh keluarga dikarenakan pasien sudah berencana pulang.

Disarankan melalui Direktur Rumah Sakit diharapkan perawat ruangan harus terus memberikan perawatan secara professional dan menyeluruh, khususnya yang berkaitan dengan mobilisasi pasien, serta mengajarkan keluarga tentang latihan ROM aktif dan pasif untuk mengurangi kekakuan pada otot pasien yang mengalami kelemahan.

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Mobilitas fisik, Latihan ROM**

**Daftar Pustaka : 53 (2013-2022)**

*Ministry Of Health Padang Health Polytechnic*  
**D-III NURSING STUDY PROGRAM PADANG**

Scientific Paper, May 2024

Elvina Dwi Maharani

**“Nursing Care for Physical Mobility Disorders in Stroke Patients  
at Tk. III Dr. Reksodiwiryono Padang Hospital”**

xiii+ 46 Page + 4 Table + 11 Attachment

**ABSTRACT**

Physical mobility impairment is the inability to move one or more extremities independently. Failure to move can have an impact on the body such as stiffness and pain in the joints. Stroke in Indonesia is the disease with the largest cause of death, which is around 15.4% of deaths, in Level III Hospital Dr. Reksodiwiryono obtained the number of patients as many as 438 people, and data in 2019 the number of patients with stroke cases was 459 people.

This research design is descriptive with a case study approach obtained in the IRNA internal medicine room of Tk.III Dr. Reksodiwiryono Padang Hospital, from September 2023 to May 2024. The study population was all stroke patients who experienced physical mobility disorders totaling 1 person with 1 person who was sampled according to the inclusion and exclusion criteria.

The results of the research on Mr. A were that the patient said that before entering the hospital he felt dizzy and had a fever. The diagnosis raised in this study is impaired physical mobility associated with decreased muscle strength. The evaluation obtained during the 5-day study was that the patient still experienced weakness in the left limb, but the patient's muscle strength had changed slightly, which initially the patient's muscle strength was 1 to 2 in the weak limb, and the intervention for the patient was continued at home with the help of the family because the patient had planned to go home.

It is recommended through the Hospital Director that the room nurse should continue to provide professional and comprehensive care, especially with regard to patient mobilization, and teach families about active and passive ROM exercises to reduce stiffness in the patient's muscles that experience weakness.

**Keywords: Nursing Care, Physical mobility, ROM Exercise**

**Bibliography: 53 (2013-2022)**

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
PERSYARATAN ORISINALITAS .....	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
A. Konsep Dasar Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik.....	8
1. Definisi Mobilisasi .....	8
2. Jenis Mobilisasi.....	8
3. Tujuan Mobilisasi .....	9
4. Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi dan Imobilisasi.....	9
5. Definisi Gangguan Mobilitas Fisik dan Imobilisasi.....	10
6. Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik .....	10
7. Perubahan Sistem Tubuh Akibat Hambatan Mobilitas Fisik.....	10
8. Penatalaksanaan Hambatan Mobilisasi .....	14
B. Hubungan Stroke dengan Gangguan Mobilitas Fisik .....	14
C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke dengan Gangguan Mobilitas Fisik .....	16
1. Pengkajian Keperawatan.....	16
2. Diagnosa Keperawatan.....	21
3. Intervensi Keperawatan.....	22
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>27</b>
A. Desain Penelitian.....	27
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	27
C. Populasi dan Sampel .....	27

D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data .....	28
E. Cara Pengumpulan Data.....	29
F. Jenis Data .....	30
G. Rencana Analisis.....	31
<b>BAB IV DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>32</b>
A. Deskripsi Kasus.....	32
1. Pengkajian Keperawatan .....	32
2. Diagnosa Keperawatan .....	36
3. Intervensi Keperawatan .....	36
4. Implementasi Keperawatan .....	37
5. Evaluasi Keperawatan .....	37
B. Pembahasan.....	<b>38</b>
1. Pengkajian Keperawatan .....	39
2. Diagnosa Keperawatan .....	41
3. Intervensi Keperawatan .....	42
4. Implementasi Keperawatan .....	42
5. Evaluasi Keperawatan .....	44
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>45</b>
A. Kesimpulan .....	45
B. Saran.....	46

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Skala Kekuatan Otot .....	18
Tabel 2.2	Intervensi Keperawatan.....	22

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Gechart
- Lampiran 2 Lembar Konsultasi Proposal Pembimbing 1
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi Proposal Pembimbing 2
- Lampiran 4 Surat Pengantar Izin Pengambilan Data  
Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 5 Surat Pengantar Izin Pengambilan Data Awal di  
RS Tk.III Dr. Reksodiwiryono Padang
- Lampiran 6 Surat izin penelitian dari Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 7 Surat izin penelitian dari RS Tk.III Dr. Reksodiwiryono Padang
- Lampiran 8 Surat selesai penelitian dari RS Tk.III Dr. Reksodiwiryono Padang
- Lampiran 9 Absensi penelitian di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryono Padang
- Lampiran 10 Lembar Persetujuan Responden (Informed Consent)
- Lampiran 11 Format Asuhan Keperawatan Dasar

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kebutuhan dasar manusia adalah komponen yang dibutuhkan manusia untuk menjaga keseimbangan fisiologis dan psikologis dan hidup. Lima kebutuhan dasar manusia adalah makan, air, keamanan, dan cinta. Semua ini diperlukan untuk bertahan hidup (Maryunani, 2017).

Kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan yang sangat penting karena memengaruhi kehidupan dan kematian manusia. Membentuk piramida, kebutuhan dasar manusia dipenuhi secara bertahap dalam lima kategori. Artinya, kebutuhan pertama harus dipenuhi sebelum kebutuhan kedua dan seterusnya dipenuhi. Mereka termasuk kebutuhan aktualisasi diri, kebutuhan material, kebutuhan rasa aman, kebutuhan sosial, dan kebutuhan sosial lainnya (Asaf, 2020).

Menurut Handerson, salah satu kebutuhan utama adalah bergerak dan mempertahankan posisi yang diinginkan (Mobilisasi). Mobilisasi merupakan bagian dari aktifitas gerak yang merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup sehat. Setiap orang perlu bergerak. Kegagalan untuk bergerak dapat berdampak pada tubuh seperti kekakuan sendi, nyeri pada sendi, kerusakan kulit akibat posisi berbaring yang lama dan akhirnya berujung pada kecacatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kesehatan, kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat perkembangan penyakit khususnya penyakit degenerative, dan untuk aktualisasi diri (Ambarwati, 2014)

Imobilitas atau gangguan mobilitas adalah ketidakmampuan untuk menggerakkan satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Kegagalan untuk bergerak dapat berdampak pada tubuh seperti kekakuan dan nyeri

pada sendi, kerusakan kulit karena berbaring yang terlalu lama dan dapat berakhir pada kecacatan (PPNI, 2019).

Imobilitas dapat berdampak pada metabolisme tubuh, menyebabkan ketidakseimbangan pada cairan dan elektrolit, gangguan kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem pernafasan, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit, perubahan pola eliminasi, serta perubahan perilaku (Alimul A, 2015). Penyakit multiple aterosklerosis, fraktur, atau cedera pada urat saraf tulang belakang, dan stroke adalah beberapa penyakit dan cedera yang mempengaruhi mobilitas (Atoilah, 2013)

Stroke atau cedera serebrovaskuler adalah keadaan dimana bagian otak tidak dapat berfungsi dengan cepat, hal ini disebabkan oleh kekurangan darah ke otak. Sekitar 85% dari segala jenis stroke adalah stroke non hemoragik (Brunner & Suddarth, 2018).

Stroke adalah kondisi klinis yang menyebabkan hilangnya fungsi neurologis. Tanda dan gejalanya muncul dalam waktu kurang dari 24 jam dan disebabkan oleh suplai darah yang tidak memadai ke otak (Chrisanto *et al*, 2022).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan stroke sebagai penyakit saraf akut yang terjadi secara tiba-tiba atau cepat (dalam beberapa jam). Tanda dan gejala gangguan ini dikaitkan dengan area otak tertentu (Atha, 2022).

Stroke menjadi masalah serius yang dihadapi hampir seluruh dunia, dimana stroke menjadi penyebab kematian terbanyak nomor kedua setelah penyakit jantung. Serangan stroke yang terjadi secara mendadak dapat menyebabkan kecacatan fisik dan mental, baik pada orang muda maupun orang tua, dan menjadi penyebab kematian terbanyak kedua setelah



penyakit jantung. Selain itu, stroke adalah penyebab kematian terbanyak kedua dan penyebab utama kecacatan di seluruh dunia (Roberta, 2015).

Dampak gangguan mobilitas fisik selain pada system muskuloskeletal juga berdampak pada sistem kardiovaskuler, pernapasan, metabolisme, perkemihan, pencernaan, dan integumen, yang terdiri dari penurunan kapasitas atau fungsi jantung, pembuluh darah, dan paru-paru (Uda H.D.H dkk, 2016). Selanjutnya hal yang menjadi dampak gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke adalah keadaan dimana kekurangan oksigen ke jaringan otak terjadi ketika thrombus dan emboli menghalangi aliran darah ke semua bagian otak. Kekurangan oksigen selama lebih dari satu menit dapat menyebabkan nekrosis neuron di area neuron (Astuti, 2019). Sehingga pada pasien stroke hal ini mengakibatkan terjadinya ketidakmampuan dalam menggerakkan bagian tubuh yang menimbulkan gangguan mobilitas fisik

Gejala stroke bervariasi tergantung pada lokasi pendarahan dan jumlah jaringan otak yang terkena. Gejala biasanya muncul tiba-tiba, tanpa ada peringatan dan seringkali terjadi pada saat aktivitas. Gejala yang sering muncul dan menghilang atau perlahan-lahan menjadi lebih buruk dari waktu ke waktu biasanya seperti perubahan tingkat kesadarannya, kesulitan bicara, kesulitan menelan, sakit kepala tiba-tiba, kehilangan koordinasi, mual muntah, kejang, kehilangan keseimbangan, kesulitan menggerakkan salah satu anggota tubuh dan juga kelemahan pada salah satu sisi tubuh (Rahayu, 2017). Faktor resiko penyebab stroke adalah faktor jenis kelamin dan faktor makanan. Gaya hidup tidak lagi sepenuhnya menjadi faktor risiko stroke seperti trigliserid tinggi (lemak), umur yang semakin tua, dan tinggal di kota. Masyarakat Indonesia mengalami transformasi sebagai akibat dari kemajuan teknologi dan globalisasi (Fepi Susilawati, 2018).

Menurut World Health Organization (WHO) bahwa 1 diantara 6 orang didunia akan mengalami stroke disepanjang hidupnya, di negara maju

stroke menjadi penyebab nomor satu admisi pasien ke rumah sakit, dengan proporsi kematian sebanyak 20% dalam 28 hari pertama perawatan, sedangkan data American Health Association (AHA) dalam Mutiasari (2019) menyebutkan bahwa setiap 40 detik terdapat 1 kasus baru stroke dengan prevalensi 795.000 pasien stroke baru atau berulang terjadi setiap tahunnya dan kira-kira setiap 4 menit terdapat 1 pasien stroke meninggal. Angka kematian akibat stroke ini mencapai 1 per 20 kematian di Amerika Serikat (WHO, 2019 dalam Annita,2020).

Stroke di Indonesia merupakan penyakit dengan penyebab kematian terbesar yaitu sekitar 15,4% kematian, diikuti hipertensi, diabetes, kanker, dan Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Kemenkes, 2019), prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis Dokter pada penduduk umur lebih dari 15 Tahun sebesar 10,9% dengan 10,6-11,3%.

Jumlah kasus stroke di Provinsi Sumatera Barat Tahun 2018 sebanyak 4645 jiwa . Kasus stroke tertinggi yaitu di Kota Padang sebanyak 1276 jiwa (Dinkes Sumbar, 2018).

RS Tk.III Dr. Reksodiwiryio Padang, merupakan rumah sakit pemerintah yang dikelola oleh TNI-AD dan merupakan salah satu pelayanan rumah sakit tipe B, yang menerima rujukan dari berbagai fasilitas pelayanan kesehatan daerah dan juga termasuk RS dengan banyaknya kasus stroke serta mengalami peningkatan tiap tahunnya. Dari data profil Rumah Sakit Tingkat III dr. Reksodiwiryio Padang didapatkan kunjungan rawat jalan di Poliklinik Penyakit Syaraf ada 6246 kunjungan (RS Reksodiwiryio, 2018). Data yang didapat dari Poliklinik Penyakit Syaraf Rumah Sakit Tingkat III dr. Reksodiwiryio didapatkan jumlah pasien sebanyak 438 orang, dan data pada tahun 2019 jumlah pasien dengan kasus stroke ada sebanyak 459 orang, Berdasarkan data diatas dapat dilihat terjadi peningkatan angka kejadian penyakit Stroke di RS. Tk.III Dr. Reksodiwiryio Padang.

Intervensi utama yang dapat dilakukan dalam penanganan gangguan mobilitas fisik adalah dengan dukungan ambulasi dan mobilisasi. Hal ini dilakukan untuk mengurangi atrofi otot dan mencegah kontraktur pada klien yang mengalami stroke. Adapun peran perawat dalam menangani gangguan mobilitas fisik adalah melakukan latihan *Range of Motion* (ROM) (Cho & Park, 2020). Latihan ROM bertujuan untuk meningkatkan massa dan tonus otot. Prinsip dasarnya adalah bahwa latihan harus dilakukan setidaknya dua kali sehari selama sekitar 20 menit, dan harus dilakukan dengan perlahan dan hati-hati agar klien tidak cepat lelah (Pogrebnoy & Dennett, 2019).

Berdasarkan penelitian Susana dan Widya 2018 yang berjudul (*Efektifitas Range Of Motion (ROM) Aktif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Penderita Stroke*) bahwa sebagian besar kekuatan otot yang dialami 2 responden skala kekuatan otot meningkat dari skala 2 ke 3. Adanya pengaruh dari pemberian latihan ROM aktif selama 1 bulan dan selama penderita mengalami kekuatan otot. Untuk meningkatkan skala kekuatan otot dari kedua responden ada perbedaan perubahan skala kekuatan otot pada minggu ketiga yaitu sebelum diberikan latihan ROM aktif skala kekuatan otot responden 1 sudah menjadi 3 sedangkan responden 2 masih skala 2 itu semua disebabkan karena latihan yang rutin pada responden.

Penelitian yang juga dilakukan oleh Susanti dan Difran 2019 yang berjudul (*Pengaruh Range of Motion terhadap kekuatan otot pada pasien stroke*) bahwa terdapat pengaruh antara *Range of Motion* (ROM) terhadap kekuatan otot pada pasien stroke karena setiap responden mengalami peningkatan skala kekuatan otot setelah dilakukan ROM dengan cara menggenggam bola.

Berdasarkan survey awal yang telah dilakukan di RS. Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang pada tanggal 20 September 2023 tepatnya di ruangan Agus Salim dengan jumlah pasien stroke ada sebanyak 4 orang

dengan keluhan kesulitan dalam bergerak (mobilisasi). Berdasarkan pengamatan yang dilakukan peneliti terhadap perawat diruangan, perawat telah melakukan pengkajian terhadap identitas klien, keluhan, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik serta sudah menegakkan diagnosa keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik dan sudah sesuai dengan dokumentasi yang sudah dibuat oleh perawat.

Berdasarkan uraian fenomena diatas dimana penderita stroke setiap tahunnya mengalami peningkatan, serta banyaknya penderita stroke yang mengeluh gangguan pada mobilitas fisik untuk itu peneliti menyusun karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke di Rs. Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang”.

## **B. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke” di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang 2024.

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum peneliti adalah mendeskripsikan asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang 2024.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke di RS.Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang 2024.
- b. Mendeskripsikan diagnosa asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang 2024.

- c. Mendeskripsikan intervensi asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang 2024.
- d. Mendeskripsikan implementasi asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang 2024.
- e. Mendeskripsikan evaluasi asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang 2024.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Peneliti**

Karya tulis ilmiah yang telah peneliti buat ini berguna untuk menambah wawasan dan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke.

##### **2. Bagi RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang**

Hasil yang diperoleh dari penelitian diharapkan dapat dijadikan pembandingan oleh perawat dalam meningkatkan mutu pelayanan terhadap pemberian asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke.

##### **3. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes Padang**

Hasil penelitian yang telah dilakukan diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan pembelajaran di Institusi Poltekkes Kemenkes Padang khususnya bagi mahasiswa program studi keperawatan dalam menerapkan asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke.

##### **4. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan pembandingan bagi peneliti selanjutnya untuk meningkatkan wawasan, pengetahuan, dan data dasar penelitian selanjutnya dalam melakukan penerapan asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik**

##### **1. Definisi mobilisasi**

Mobilisasi dikenal juga sebagai mobilitas, adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, teratur dengan tujuan memenuhi kebutuhan aktivitas untuk mempertahankan kesehatannya (Hidayat, 2021)

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur untuk memenuhi kebutuhan aktivitas untuk mempertahankan kesehatan (Haswita dan Sulistyawati, 2017).

##### **2. Jenis Mobilisasi**

Menurut (Hidayat, 2015) jenis mobilisasi ada dua yaitu :

###### **a. Mobilitas Penuh**

Mobilisasi penuh adalah ketika seseorang dapat bergerak secara penuh, bebas, tanpa batasan yang jelas, yang memungkinkan untuk berinteraksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilisasi penuh ini memungkinkan saraf motorik bebas dan sensori untuk mengontrol seluruh area tubuh untuk bergerak.

###### **b. Mobilitas Sebagian**

Mobilisasi sebagian adalah kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batas tertentu. Jika seseorang tidak dapat bergerak secara bebas, ini dapat disebabkan oleh gangguan saraf motoric dan sensorik di beberapa area tubuh. Hal ini dapat dilihat ketika ada cedera atau patah tulang yang disebabkan oleh pemasangan traksi. Pasien paralegi juga dapat mengalami mobilisasi pada ekstremitas bawah karena kehilangan kontrol motoric dan sensorik. Mobilisasi sebagian ini dibagi menjadi 2 jenis, yaitu :

- a) Mobilisasi sebagian temporer merupakan keterbatasan gerak sementara yang disebabkan oleh trauma yang dapat diperbaiki pada sistem mukuloskeletal, seperti dislokasi tulang dan sendi.
- b) Mobilisasi sebagian permanen merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan yang tetap karena kerusakan sistem saraf. Contohnya adalah hemiplegia yang disebabkan oleh stroke, paraplegia yang disebabkan oleh cedera tulang belakang, atau poliomyelitis yang disebabkan oleh gangguan pada sistem saraf motoric dan sensorik.

### **3. Tujuan Mobilisasi**

Mobilisasi bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti melakukan aktivitas sehari-hari dan rekreasi, mempertahankan diri seperti melindungi diri dari trauma, mempertahankan konsep diri, dan mengungkapkan emosi melalui gerakan tangan nonverbal (Mubarak dkk, 2015).

### **4. Faktor yang mempengaruhi mobilisasi**

Mobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya :

#### **a. Gaya hidup**

Gaya hidup dapat berdampak pada kebiasaan atau perilaku sehari-hari, sehingga perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan mobilitas seseorang.

#### **b. Tingkat energi**

Energi adalah sumber untuk melakukan mobilitas. Agar seseorang mampu untuk melakukan mobilitas yang baik maka akan dibutuhkan suatu energi yang cukup.

#### **c. Usia**

Kemampuan mobilitas seseorang akan berubah sesuai perkembangan usia. Hal ini dikarenakan kemampuan atau fungsi dari alat gerak berkembang seiring usia.

d. Sistem neuromuskular

Sistem neuromuskular yang terdiri dari otot, skeletal, sendi, ligament, tendon, kartilago, dan saraf (Hidayat, 2015).

**5. Definisi Gangguan Mobilitas Fisik atau Imobilisasi**

Menurut North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), gangguan mobilitas fisik adalah ketika seseorang mengalami keterbatasan gerakan fisik. Individu yang mengalami keterbatasan gerakan fisik termasuk orang tua, pasien dengan penyakit yang mengalami penurunan kesadaran selama lebih dari tiga hari, individu yang mengalami kehilangan fungsi anatomis akibat perubahan fisiologis misalnya, kehilangan fungsi motoric, klien yang menggunakan kursi roda, individu yang mengalami gangguan mobilitas fisik (Kozier, Erb, Berman, 2015).

**6. Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik**

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) bahwa sejumlah faktor dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik, termasuk kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, indeks massa tubuh diatas usia 75 tahun, penggunaan obat-obatan, program pembatasan.

**7. Perubahan Sistem Tubuh Akibat Hambatan Mobilitas Fisik (Imobilitas)**

Dampak dari imobilitas dalam tubuh dapat mempengaruhi sistem tubuh, ini termasuk perubahan pada metabolisme tubuh, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem pernapasan, perubahan kardiovaskuler, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit,



perubahan eliminasi (buang air besar dan kecil), perubahan perilaku (Aziz Alimul Hidayat & Musrifatul Uliyah, 2014).

a. Perubahan Metabolisme

Secara umum imobilitas dapat mengganggu metabolisme secara mental, karena membuat metabolisme tubuh lebih lambat. Hal ini dapat dilihat pada menurunnya *basal metabolism rate* (BMR) yang menghasilkan kurangnya energi yang dibutuhkan untuk memperbaiki sel-sel tubuh yang dapat berdampak pada gangguan oksigenasi sel. Mungkin ada penurunan atau peningkatan metabolisme karena perubahan dalam metabolisme imobilitas. Keadaan ini dapat meningkatkan gangguan metabolisme. Imobilitas juga dapat menyebabkan peningkatan nitrogen dan penurunan ekskresi urine. Pada hari kelima atau keenam, pasien mungkin mengalami imobilitas. Pengurangan jumlah metabolisme, atrofi kelenjar dan metabolisme protein, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, demineralisasi tulang, gangguan dalam mengubah zat gizi, dan masalah gastrointestinal adalah beberapa efek dari perubahan metabolisme.

b. Ketidakseimbangan Cairan dan Elektrolit

Imobilitas dapat menyebabkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit karena penurunan persediaan protein dan penurunan konsentrasi protein serum. Selain itu, berkurangnya perpindahan cairan dari intravaskuler ke interstisial dapat menyebabkan edema, yang menyebabkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Imobilitas juga dapat menyebabkan demineralisasi tulang, karena aktivitas otot menurun, dan reabsorpsi kalium dapat meningkat karena demineralisasi tulang yang meningkat.

c. Gangguan Perubahan Zat Gizi

Menurunnya pemasukan protein dan kalori dapat menyebabkan gangguan zat gizi, yang dapat menyebabkan perubahan zat makanan pada tingkat sel menurun. Pada tingkat sel menurun, sel

tidak lagi menerima glukosa, asam amino, lemak, dan oksigen dalam jumlah yang cukup untuk melakukan aktivitas metabolisme.

d. Gangguan Fungsi Gastrointestinal

Imobilitas dapat menyebabkan gangguan fungsi gastrointestinal. Hal ini disebabkan karena imobilitas dapat menurunkan hasil makanan yang dicerna, sehingga penurunan jumlah masukan yang cukup dapat menyebabkan gangguan proses eliminasi.

e. Perubahan Sistem Pernapasan

Imobilitas memberi pengaruh pada sistem pernapasan, termasuk kadar hemoglobin yang menurun, ekspansi paru yang menurun, dan lemah otot, yang mengganggu proses metabolisme. Penurunan kadar hemoglobin juga dapat menyebabkan penurunan aliran oksigen dari alveoli ke jaringan, yang menyebabkan anemia. Selain itu, tekanan yang meningkat pada permukaan paru-paru dapat menyebabkan penurunan ekspansi paru.

f. Perubahan Kardiovaskuler

Hipotensi ortostatik, meningkatnya kerja jantung, dan pembentukan thrombus adalah beberapa efek imobilitas pada sistem kardiovaskuler. Menurunnya kemampuan saraf otonom dapat menyebabkan hipotensi ortostatik. Refleks neurovaskular menurun saat duduk lama, menyebabkan vasokonstriksi vena bagian bawah. Akibatnya, aliran darah terhambat ke sistem sirkulasi pusat. Imobilitas dalam posisi horizontal dapat menyebabkan kerja jantung yang lebih tinggi. Dalam keadaan normal, darah yang terkumpul di ekstremitas bawah bergerak, meningkatkan aliran vena kembali ke jantung, yang pada gilirannya menyebabkan jantung bekerja lebih baik. Meningkatnya vena statis, yang disebabkan oleh penurunan kontraksi otot, meningkatkan arus balik vena, adalah faktor lain yang menyebabkan thrombus.

g. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Perubahan yang terjadi dalam sistem muskuloskeletal sebagai dampak dari imobilitas adalah sebagai berikut :

- 1) Gangguan muskular. Menurunnya massa otot yang disebabkan oleh imobilitas dapat berkontribusi pada penurunan kekuatan otot secara langsung. Menurunnya stabilitas merupakan tanda penurunan kapasitas otot. Atropi otot dapat terjadi karena kondisi yang menyebabkan penurunan massa otot. Sebagai contoh, jika seseorang telah menerima perawatan selama lebih dari enam minggu, otot betisnya akan menjadi lebih kecil dan tidak akan menunjukkan tanda-tanda kelelahan atau kelelahan itu sendiri.
- 2) Gangguan skletal. Adanya imobilitas juga dapat menyebabkan gangguan skeletal, Imobilitas juga dapat menyebabkan gangguan skeletal, seperti osteoporosis dan kontraktur sendi yang lebih mudah terjadi. Kontraktur adalah kondisi yang tidak normal di mana sendi berada dalam kedudukan yang tidak berfungsi karena adanya fleksi dan fiksasi yang disebabkan oleh atropi dan memendeknya otot. Reabsorpsi tulang yang meningkat menyebabkan osteoporosis.

h. Perubahan Sistem Integumen

Sistem integumen mengalami perubahan, termasuk penurunan elastisitas kulit karena imobilitas dan iskemia, penurunan sirkulasi darah, dan nekrosis jaringan superfisial karena tekanan kulit yang kuat dan sirkulasi yang menurun ke jaringan.

i. Perubahan Eliminasi

Perubahan dalam eliminasi termasuk penurunan jumlah urin, yang dapat terjadi karena kurangnya asupan makanan dan penurunan curah jantung, yang mengakibatkan penurunan aliran darah renal dan urine.

j. Perubahan Perilaku

Imobilitas dapat menyebabkan perubahan perilaku, seperti bermusuhan, bingung, cemas, emosional tinggi, depresi, perubahan siklus tidur, dan penurunan koping mekanisme. Ini adalah efek imobilitas karena seseorang akan mengalami perubahan dalam peran, konsep diri, kecemasan, dan lain-lain.

## **8. Penatalaksanaan Hambatan Mobilisasi**

Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke dapat dilakukan dengan cara mobilisasi atau rehabilitasi sedini mungkin ketika keadaan pasien membaik dan kondisinya sudah mulai stabil. Mobilisasi atau rehabilitasi dini ditempat tidur dilakukan khususnya selama beberapa hari sampai minggu setelah terkena stroke (Nugraha, 2020).

Latihan range of motion (ROM), menurut Potter dan Perry (2017), adalah salah satu program rehabilitasi yang dapat diberikan pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik. ROM juga merupakan jenis latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki kemampuan menggerakkan persendian secara normal untuk meningkatkan massa dan tonus otot. Selain itu, ROM adalah jenis latihan gerakan sendi yang memungkinkan kontraksi dan pergerakan otot terjadi. Baik secara aktif maupun pasif, klien menggerakkan persendiannya secara normal (Istichomah, 2020).

### **B. Hubungan Stroke dengan Gangguan Mobilitas Fisik**

Menurut WHO stroke adalah suatu kondisi yang mengganggu fungsi otak dengan tanda klinis yang terjadi selama lebih dari 24 jam. Salah satu jenis penyakit tidak menular yang dapat menyebabkan kecacatan dan kematian. Hal ini disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang menuju ke otak atau tersumbatnya pembuluh darah, yang menyebabkan penurunan aliran darah ke otak (Tomm *et al*, 2017).

Menurut Padila (2015), stroke adalah gangguan yang terjadi pada otak dan lebih dikenal dengan kecelakaan vaskular otak (CVD). Dengan kata lain, ini adalah keadaan dimana terjadinya gangguan pembuluh darah otak, berupa penurunan kualitas pembuluh darah otak yang berkontribusi pada tingkat kematian yang tinggi.

Stroke dapat menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah otak sehingga menyebabkan sumbatan atau pecahnya aneurisma pembuluh darah di otak (American Heart Association, 2018). Ketika seseorang mengalami stroke, suplai darah pada otak akan berkurang, menyebabkan kerusakan pada otak yang dikenal sebagai stroke atau serangan pada otak. Namun, berkurangnya suplai darah ke otak yang membawa oksigen dan nutrisi menyebabkan neuron (sel otak) mati dan hubungan antar neuron atau sinaps hilang (Silva *et al*, 2014).

Stroke hemoragik maupun iskemik sama menyebabkan kelumpuhan pada satu sisi tubuh pasien. Jenis stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak pecah, menyebabkan aliran darah tidak normal dan darah yang keluar merembes ke area tertentu di otak. Sedangkan pada kasus stroke iskemik adalah keadaan dimana terjadinya sumbatan pada aliran darah di otak (Amanda, 2018).

Gangguan sensorik adalah masalah yang umum dihadapi oleh pasien stroke. Penurunan sensorik yang terjadi seperti kehilangan kekuatan otot dan ketidakmampuan untuk bergerak. Kontraksi otot pasien stroke dipengaruhi oleh kelemahan otot. Untuk melakukan Gerakan yang diperlukan untuk sel dan serat pada otot dapat berkontraksi, memendek dan menghasilkan tegangan. Energi kimia ATP diubah menjadi energi mekanis oleh serat otot sebagai tanggapan terhadap sinyal listrik (Barret *et al*, 2014).

Berkurangnya kontraksi otot menyebabkan penurunan kekuatan otot. Hal ini terjadi karena terhambatnya aliran darah ke otak belakang dan otak tengah, yang pada gilirannya menghambat aliran utama antara otak dan medulla spinalis (Sukawana *et al*, 2015).

Oleh karena itu keadaan ini menyebabkan pasien dengan stroke mengalami gangguan pada mobilitas fisik.

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke dengan Gangguan Mobilitas Fisik**

#### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian pada masalah pemenuhan kebutuhan mobilitas dan imobilitas pada pasien stroke adalah sebagai berikut :

##### **a. Identitas Klien**

Identitas klien yang perlu dikaji meliputi nama, jenis kelamin, tanggal lahir, nomor register, usia, agama, alamat, status perkawinan, pekerjaan, dan tanggal masuk rumah sakit.

##### **b. Identitas Penanggung Jawab**

Identitas penanggung jawab yang perlu dikaji meliputi nama, umur, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan klien.

##### **c. Riwayat Kesehatan**

###### **1) Keluhan utama**

Keluhan utama yang sering dirasakan pada pasien stroke yaitu sulit berbicara atau pelo dan sering pusing.

###### **2) Riwayat Kesehatan Sekarang**

Selama pengkajian keluhan yang sering muncul pada pasien adalah keadaan lemah sebelah anggota gerak, berbicara kurang jelas (pelo), dan nyeri pada bagian kepala.

###### **3) Riwayat Kesehatan Dahulu**

Pasien stroke biasanya memiliki kebiasaan atau pola hidup yang tidak sehat, seperti kebiasaan merokok, makan makanan berminyak dan bersantan, memiliki riwayat hipertensi, diabetes

melitus, anemia, trauma kepala, riwayat jatuh, dan penyakit jantung.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Perlu dikaji apakah pasien ada riwayat penyakit jantung, hipertensi, dan diabetes melitus dalam keluarga. Penyakit-penyakit ini dapat menjadi penyebab stroke, yang berasal dari genetik atau keturunan.

**d. Pola Pengkajian ADL, menurut Potter & Perry, 2012 dalam (Adha, 2017) sebagai berikut :**

1) Pola Nutrisi

Biasanya mengalami penurunan nafsu makan, mual muntah, kehilangan sensasi pada lidah.

2) Pola Aktivitas dan Latihan

Kelemahan anggota gerak, penurunan kekuatan otot, gangguan koordinasi, dan masalah keseimbangan, mereka biasanya tidak akan mampu melakukan aktivitas dan perawatan diri secara mandiri. Tidak banyak aktivitas fisik dapat menyebabkan denyut jantung lebih tinggi, jadi otot jantung harus bekerja lebih keras untuk setiap kontraksi. Tekanan darah dapat meningkat ketika otot jantung bekerja lebih keras dan sering memompa.

3) Pola Tidur dan Istirahat

Pasien biasanya lebih banyak tidur dan istirahat karena semua sistem tubuhnya akan mengalami penurunan kerja dan penurunan kesadaran sehingga akan lebih banyak diam.

4) Pola Eliminasi

aktivitas dan pengontrolan urinasi menurun, biasanya terjadi konstipasi dan diare akibat impaksi fekal.

e. **Pengkajian Kekuatan Otot** (Naqvi dkk, 2023)

Tes kekuatan otot dilakukan untuk mengevaluasi keluhan kelemahan yang menjadi akibat dari penyakit neurologis. Ini adalah komponen penting dari pemeriksaan neurologis, terutama untuk pasien dengan penyakit stroke, sclerosis lateral amiotrofik, neuropati, cedera otak, cedera tulang belakang, dan banyak masalah neurologis lainnya. Metode pengkajian kekuatan otot pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah terhadap resistensi pemeriksaan kekuatan otot pasien pada skala 0 sampai 5.

**Tabel 2.1 Skala Kekuatan Otot**

Skala	Nilai	Keterangan
Normal	5/5	Aktivasi otot melawan resistensi penuh pemeriksa, rentang gerak penuh
Baik	4/5	Aktivasi otot melawan beberapa resistensi, rentang gerak penuh
Sedang	3/5	Aktivasi otot melawan gravitasi, Gerakan penuh
Buruk	2/5	Aktivasi otot dengan menghilangkan gravitasi, mencapai rentang gerak penuh
Sedikit	1/5	Lacak aktivasi otot, tanpa mencapai rentang gerak penuh
Tidak Ada	0/5	Tidak ada aktivasi otot

f. **Pemeriksaan Fisik** (Tarwoto, 2013)

- a) Keadaan umum : kemungkinan ditemukan pasien stroke mengalami tingkat kesadaran somnolen, apatis, stupor, hingga koma. Sedangkan pada pasien pasca stroke biasanya akan memiliki tingkat kesadaran kompos mentis dengan GCS 13-15.
- b) Tanda- tanda vital : kemungkinan ditemukan pasien stroke non hemoragik memiliki tekanan darah tinggi dengan sistolik > 140 mmHg dan diastolic > 80 mmHg.
- c) Nadi : nadi biasanya normal.



- d) Pernafasan : biasanya pasien stroke akan mengalami gangguan bersihan jalan nafas.
- e) Suhu : biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien stroke.
- f) Pemeriksaan Kepala
  - (1) Kepala : Normocephal
  - (2) Rambut : pada umumnya tidak ada kelainan pada rambut pasien
  - (3) Muka/wajah : kemungkinan yang ditemukan pada wajah pasien stroke terlihat miring kesalah satu sisi, wajah pasien tampak pucat, pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminus) : biasanya pasien mampu menyebutkan lokasi usapan.
  - (4) Mata : kemungkinan ditemukan konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, palpebra tidak edema. Pada saat pemeriksaan fisik Nervus II (Optikus) : biasanya luas pandang yang ditemukan baik 90 derajat, visus 6/6. Pada Nervus III (Okulomotoris) : biasanya diameter pupil 2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip bisa dinilai jika pasien mampu membuka mata. Nervus IV (Troclearis) : biasanya pasien dapat mengikuti arahan tangan perawat ke kiri dan ke kanan.
  - (5) Hidung : Kemungkinan ditemukan hidung pasien simetris kiri dan kanan, pasien tampak terpasang oksigen, tidak ada pernafasan cuping hidung.
  - (6) Mulut dan gigi : Kemungkinan akan ditemukan pada pasien apatis, stupor, koma. Pada hal ini, pasien koma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, dan mukosa bibir kering.
  - (7) Telinga : biasanya sejajar antara daun telinga kiri dan kanan.

g) Leher : Pada pemeriksaan Nervus X (Vagus) : biasanya pasien stroke non hemoragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan brudzensky (+).

h) Pemeriksaan Thoraks

(1) Paru-paru

Inspeksi : biasanya simetris kiri dan kanan  
 Palpasi : biasanya fremitus kiri dan kanan  
 Perkusi : biasanya bunyi normal (sonor)  
 Auskultasi : suara nafas vesikuler atau tidak normal (seperti ronkhi)

(2) Jantung

Inspeksi : iktus kordis tidak terlihat  
 Palpasi : iktus kordis teraba di Ric II  
 Perkusi : batas jantung normal  
 Auskultasi : suara vesikuler

i) Abdomen

Inspeksi : simetris, tidak ada asites  
 Palpasi : tidak ada pembesaran hepar  
 Perkusi : thympani  
 Auskultasi : bising usus hiperaktif

j) Pemeriksaan Integumen

(1) Kulit : biasanya pada pasien kekurangan O<sub>2</sub> kulit akan nampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan jelek.

(2) Kuku : biasanya pada sistem stroke non hemoragik CRT < 3 detik bila ditangani secara cepat dan baik.

k) Pemeriksaan Genitalia

Biasanya pasien stroke akan mengalami inkontinensia urin sementara dikarenakan adanya konfusi dan ketidak mampuan mengungkapkan kebutuhan, dan ketidak mampuan untuk

menggunakan urinal karena terjadi kerusakan control motoric dan postural.

l) Pemeriksaan Ekstremitas

- a. Ekstremitas atas : biasanya pada pasien akan terpasang infus bagian dextra/sinistra. CRT normalnya < 2 detik.
- b. Ekstremitas bawah : pada saat pemeriksaan reflek, biasanya pada saat pemeriksaan brudzensky I kaki kiri pasien fleksi (brudzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsum pedis digores biasanya jari kaki juga tidak merespon (reflek ceddok (+)). Pada saat tulang kering di gurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi dan ekstensi (reflek openheim (+)) dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek Gordon (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat diketuk (reflek patella (+)).

**g. Pemeriksaan Diagnostik**

Wijaya dan Mariza (2013) pemeriksaan dalam Santoso, L.E (2018) pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan adalah :

a) Pemeriksaan radiologi sistem saraf

- 1) CT Scan memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.
- 2) Angiografi membantu menentukan apa penyebab stroke secara spesifik seperti terjadinya pendarahan, obstruksi arteri, oklusi/rupture.
- 3) MRI ( Magnetic Resonance Imaging) menunjukkan adanya tekanan yang abnormal dan biasanya ada thrombosis, emboli TIA, tekanan darah dan cairan meningkat sehingga menunjukkan hemoragik subarachonis/pendarahan intracranial.

4) EEG (Electro Ecefallogfhafy) berfungsi untuk mengidentifikasi masalah dasar yang didasari pada gelombang otak.

b) Pemeriksaan laboratorium

- 1) Darah
- 2) Urine
- 3) Cairan serebrospinal

## 2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
- b. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
- c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas.
- d. Resiko jatuh

## 3. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Intervensi yang dilakukan adalah sebagai berikut :

**Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan**

<b>NO.</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)</b>	<b>Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)</b>
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 Jam , gangguan mobilitas	Dukungan Mobilisasi Observasi - Identifikasi

	<p>Defenisi :</p> <p>Keterbatasan dalam gerak fisik dari suatu atau lebih ekstremitas secara mandiri.</p> <p>Penyebab :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Gangguan neuromuskular</li> <li>b. Penurunan kekuatan otot</li> <li>c. Kekakuan sendi</li> </ul> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</li> </ul> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kekuatan otot menurun</li> <li>b. Rentang gerak (ROM) menurun</li> </ul> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif :</p>	<p>fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p>adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>- Libatkan</li> </ul>
--	--	---	---

	<p>-</p> <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sendi kaku</li> <li>b. Gerakan terbatas</li> <li>c. Fisik lemah</li> </ul>		<p>keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dari prosedur mobilisasi</li> <li>- Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ul>
2	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular</p> <p>Defenisi : Tidak mampu melakukan atau menyesuaikan aktivitas perawatan diri</p> <p>Gejala tanda mayor</p> <p>Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menolak</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</li> </ol>	<p>Dukungan perawatan diri :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>- Monitor tingkat kemandirian</li> </ul>

	<p>melakukan perawatan diri</p> <p>Objektif :</p> <p>a. Tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet dan berhias secara mandiri</p> <p>b. Minat melakukan perawatan diri kurang</p> <p>Gejala tanda minor</p> <p>Subjektif :</p> <p>-</p> <p>Objektif :</p> <p>-</p>	<p>3. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</p> <p>4. Melakukan perawatan diri meningkat</p>	<p>- Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p>Terapeutik</p> <p>- Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>- Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>- Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>- Fasilitasi kemandirian, bantu jika</p>
--	---	--	--

			<p>tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jadwalkan rutinitas perawatan diri</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ul>
--	--	--	---

Sumber : *Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).*



## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **A. Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan adalah strategi penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif adalah jenis penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan fenomena yang terjadi secara realistis, nyata, dan aktual, karena penelitian ini memberikan uraian, atau gambaran secara sistematis, factual, dan tepat tentang fakta, karakteristik, dan hubungan antara fenomena yang dipelajari (Rukajat, 2018). Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk pendekatan studi kasus untuk mengamati masalah asuhan keperawatan pada klien stroke di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang. Pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan evaluasi adalah komponen dari pendekatan asuhan keperawatan yang digunakan.

### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang dan waktu penelitian dimulai dari bulan Agustus 2023-Juni 2024.

### **C. Populasi dan Sampel**

#### **1. Populasi**

Populasi adalah area generalisasi yang terdiri dari subjek atau objek dengan kuantitas dan karakteristik tertentu yang dipilih oleh peneliti untuk dipelajari sebelum membuat kesimpulan (Sugiyono, 2016). Populasi saat penelitian adalah seluruh pasien dengan Penyakit Stroke dengan gangguan mobilitas fisik yang berada di ruang rawat inap Bagindo Aziz Chan RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang selama dilakukan penelitian dari tanggal 28 Februari- 3 Maret 2024 adalah sebanyak 2 orang.

#### **2. Sampel**

Sampel adalah bagian populasi yang memiliki karakteristik atau kondisi tertentu yang akan diteliti (Riduwan, 2015). Jumlah sampel

pada penelitian ini adalah 1 individu yang mengalami stroke di ruangan Agus Salim RS Tk. III Dr. Reksodiwiryo Padang. Metode sampel yang digunakan adalah dengan menetapkan kriteria

Kriteria penelitian yang akan dilakukan adalah:

- a. Kriteria Inklusi
  - 1) Pasien bersedia menjadi responden.
  - 2) Pasien dengan penyakit stroke dengan gangguan mobilitas fisik.
  - 3) Pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik yang mampu kooperatif, dimana pasien mampu untuk komunikasi verbal secara baik.
- b. Kriteria eksklusi
  - 1) Pasien yang tidak bersedia menjadi responden.
  - 2) Pasien stroke dengan komplikasi penyakit lain.
  - 3) Pasien yang hari rawatannya lebih dari 3 hari.

Pada saat hari pertama dilakukan penelitian terdapat 2 populasi. Maka cara yang dilakukan selanjutnya adalah dengan cara acak sampel sederhana (*Simple Random Sampling*). Dari acak yang dilakukan didapat 1 orang pasien yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan dan dijadikan sebagai sampel dalam penelitian

#### **D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data**

Alat atau instrument pengumpulan data yang digunakan berupa format pengkajian keperawatan dasar mulai dari :

##### 1) Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data yang berasal dari berbagai sumber dalam mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pada tahap ini yang perlu kita kaji adalah identitas klien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, pengkajian ADL, pemeriksaan fisik, diagnostik, serta pemeriksaan

labor. Alat yang digunakan dalam pengkajian ini adalah stetoskop, tensi meter, thermometer, penlight, dll.

1) Diagnosa

Pada diagnosa ini kita melakukan penilaian secara klinis mengenai respon klien terhadap masalah keperawatan, baik yang berlangsung secara aktual maupun potensial.

2) Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan rencana dalam melakukan tindakan keperawatan secara tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik.

3) Implementasi

Implementasi atau pelaksanaan keperawatan adalah suatu bentuk realisasi tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

4) Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan pada tahap ini perawat mengukur hasil dari proses keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan pasien secara optimal.

Pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini adalah dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi langsung dan studi dokumentasi.

## **E. Cara Pengumpulan Data**

a. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data yang melibatkan wawancara langsung dengan subjek penelitian. Metode wawancara yang digunakan adalah seperti penelitian keperawatan. Data yang diminta responden dalam wawancara asuhan keperawatan ini termasuk keluhan dan riwayat kesehatan, aktivitas sehari-hari, kebutuhan psikososial, mobilitas dan demografi.

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan yang dilakukan melalui metode pemeriksaan fisik ini mencakup pemeriksaan dari kepala hingga kaki serta pemeriksaan melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

c. Pengukuran

Pengukuran adalah metode pengumpulan data dimana karakter spesifik objek yang diteliti dibandingkan dengan alat ukur baku untuk mengetahui kadarnya. Alat ukur baku termasuk thermometer dan spigmomanometer untuk memantau kondisi pasien.

d. Studi Dokumentasi

Untuk mendukung penelitian yang akan dilakukan dokumen rumah sakit digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini. Riwayat kesehatan pasien, program pengobatan, dan hasil laboratorium dan radiologi ditemukan oleh peneliti berdasarkan hasil dokumentasi.

## **F. Jenis Data**

1. Data primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari pasien seperti pengkajian yang meliputi :

a) Riwayat kesehatan

Proses pengumpulan data dilakukan melalui wawancara/anamnesa yang berarti tanya jawab langsung dilakukan oleh peneliti dengan responden. Tujuan dari pengumpulan data ini adalah untuk mengetahui bagaimana penyakit ini muncul sampai dirawat, apakah ada riwayat penyakit yang sama dalam keluarga atau faktor pencetusnya, dan apakah responden pernah mengalami penyakit yang sama sebelumnya.

b) Pola aktivitas sehari-hari

Proses dilakukan melalui wawancara/anamnesa, yang berarti pengumpulan data dilakukan melalui tanya jawab langsung antara

peneliti dan responden. Tujuan dari pengumpulan data ini guna memeriksa pola aktivitas partisipan selama masa sehat dan membandingkannya dengan pola kesehatan pasien selama masa perawatan.

c) Pemeriksaan fisik

Dalam metode pemeriksaan fisik peneliti melihat keadaan umum partisipan dan melakukan pemeriksaan fisik dari kepala hingga kaki dengan menggunakan Teknik IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi).

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang berasal dari laporan status pasien atau keluarga. Data yang diperoleh berupa data penunjang dari laboratorium, terapi pengobatan yang diberikan dokter dengan menggunakan cara

a. Studi dokumentasi

Untuk mendukung penelitian, dokumen Rumah Sakit digunakan untuk mengumpulkan data penelitian, berdasarkan hasil dokumentasi, penelitian menemukan bahwa ada program terapi, hasil laboratorium, dan rontgen, serta Langkah-langkah yang akan diambil untuk menangani kondisi pasien.

## **G. Analisis Data**

Data yang telah didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai dengan evaluasi kegiatan. Hasil analisis ini kemudian dinarasikan dan kemudian dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke apakah ada kesesuaian antara teori dengan kondisi pasien.

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Deskripsi Kasus**

Penelitian dilakukan di Ruang Bagindo Aziz Chan RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang. Ruang Bagindo Aziz Chan termasuk ruang rawat inap penyakit dalam kelas 1 di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang. Pada penelitian ini, peneliti melibatkan satu orang partisipan dengan diagnosa stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Penelitian ini telah dilakukan selama 5 hari dimulai pada tanggal 28 Februari-3 Maret 2024.

#### **1. Pengkajian Keperawatan**

##### **a. Identitas Klien**

Tn.A berusia 62 tahun, status perkawinan sudah kawin, beragama Islam, pendidikan terakhir SMK, beralamat di Jalan Kampung Batu, Padang Selatan, Kota Padang.

##### **b. Identitas Penanggung Jawab**

Selama dirumah sakit Tn.A ditemani oleh anaknya Tn.F, pekerjaan wiraswasta, alamat di Jalan Kampung Batu, Padang Selatan, Kota Padang.

##### **c. Diagnosa dan Informasi Medik yang Penting Waktu Masuk**

Tn.A masuk RS dengan datang sendiri melalui IGD pada tanggal 27 Februari 2024. Tn.A merasakan pusing, demam, serta kejang-kejang pada waktu shubuh dengan kejang seluruh tubuh selama kurang lebih 30 menit, dan kemudian baru dibawa ke RS pukul 07.30. Tn.A kemudian dibawa keruang rawat inap Bagindo Aziz Chan dengan No Medical Record 269796.

##### **d. Riwayat Kesehatan**

###### **1) Riwayat Kesehatan Sekarang**

- a) Keluhan Utama Masuk : Tn.A memiliki riwayat penyakit stroke sudah 4 tahun dengan keadaan tubuh lemah di sebelah kiri, saat sebelum masuk RS Tn.A merasakan

pusing, demam, serta kejang seluruh tubuh dan setelah itu dibawa ke RS pukul 07.30

- b) Keluhan Saat Ini: Saat dilakukan pengkajian Tn.A mengatakan ia tidak merasakan pusing serta saat dilakukan pengecekan suhu Tn.A tidak mengalami demam, dan pada tekanan darah Tn.A normal, namun Tn.A mengeluhkan tubuhnya yang lemah bagian sebelah kiri terasa semakin berat daripada sebelumnya.
- c) Keluhan Kesehatan Yang Lalu : Tn.A mengatakan ia tidak ada memiliki riwayat penyakit DM dan Hipertensi. Serta Tn.A mengatakan ia masuk RS dengan keadaan seperti ini sudah hal yang kedua kalinya.
- d) Riwayat Kesehatan Keluarga : Tn.A mengatakan bahwa keluarganya tidak ada memiliki riwayat penyakit turunan seperti DM, hipertensi, ataupun penyakit jantung.
- e. Kebutuhan Dasar
  - 1) Makan

Klien mengatakan saat sehat klien makan 3x sehari dengan nasi, lauk, gulai, sayur dan sesekali mengkonsumsi buah. Pada saat sakit klien mengkonsumsi makanan diit ML yaitu nasi lunak, tahu, ikan, klien hanya mampu menghabiskan  $\frac{1}{4}$  dari porsi yang sudah disediakan.
  - 2) Minum

Pada saat sehat Tn.A minum kurang lebih 6 gelas sehari, sesekali klien juga minum teh. Pada saat sakit klien hanya minum 4 gelas air putih.
  - 3) Tidur

Pada saat sehat Tn.A mengatakan pola tidur pada malam hari pukul 21.00 WIB dan bangun pukul 05.00 WIB untuk sholat, klien mengatakan hanya sesekali tidur siang. Pada saat sakit klien mengatakan pola tidurnya terganggu, klien mengatakan sulit untuk tidur dimalam hari.

## 4) Mandi

Pada saat sehat Tn.A mengatakan mandi 2x sehari yaitu pada pagi dan sore hari, namun pada saat sakit klien mengatakan mandi hanya 1x sehari pada pagi hari.

## 5) Eliminasi (BAB dan BAK)

Pada saat sehat Tn.A mengatakan BAB 2x sehari berwarna kuning dan tidak keras. Pada saat sakit klien hanya BAB 1x sehari tidak keras dan masih berwarna kuning. Untuk pola BAK klien mengatakan pada saat sehat klien sering BAK berwarna kuning dan tidak ada masalah dalam BAK. Pada saat sakit klien menggunakan pampers dan diganti sebanyak 3-4 kali dalam sehari berwarna kuning dan tidak ada keluhan.

## 6) Aktifitas

Pada saat sehat Tn.A mengatakan mampu untuk bekerja dan mampu untuk marathons sejauh kurang lebih 200 m, namun pada saat sakit klien mengatakan sudah tidak mampu lagi melakukan kegiatan seperti saat dia sehat, sekarang semua kegiatan klien dibantu oleh keluarga.

## f. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien Compos Mentis (GCS:13), dengan hasil pengukuran Tekanan Darah 132/80 mmHg, nadi 99x/menit, nafas 22x/menit, kepala normal, rambut sudah banyak beruban, rambut berminyak dan kusam, wajah pucat, mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan baik, reflek pupil baik, mulut kurang bersih, gigi kuning dan terdapat sisa makanan, mukosa bibir sedikit kering, reflek mengunyah dan menelan baik, hidung simetris kiri dan kanan, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, penciuman baik, telinga simetris kiri dan kanan, pendengaran baik, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening.



- 1) Pada pemeriksaan paru  
Inspeksi : simetris kiri dan kanan  
Palpasi : fremitus kiri dan kanan  
Perkusi : terdengar sonor  
Auskultasi : vesikuler
- 2) Pemeriksaan jantung  
Inspeksi : iktus tidak terlihat  
Palpasi : iktus teraba di RIC 4  
Perkusi : batas jantung normal  
Auskultasi : suara jantung normal
- 3) Pemeriksaan abdomen  
Inspeksi : simetris kiri dan kanan  
Palpasi : tidak ada nyeri tekan  
Perkusi : thympani  
Auskultasi : bising usus normal
- 4) Pemeriksaan genitalia: tidak ada terpasang kateter, klien terpasang pempers
- 5) Pemeriksaan ekstremitas atas : kekuatan otot anggota gerak sebelah kiri 1 sebelah kanan 5, CRT kembali cepat < 2 detik, teraba hangat, terpasang infus.  
Ekstremitas bawah : kekuatan otot kaki sebelah kiri 1 sebelah kanan 5, CRT kembali cepat < 2 detik, teraba hangat, tidak ada edema.

g. Data Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan pada Tn.A selama dirawat di Rumah Sakit adalah pemeriksaan rontgen dan pemeriksaan laboratorium. Hasil pemeriksaan laboratorium yang telah dilakukan pada tanggal 27 Februari 2024 menunjukkan nilai hemoglobin 11.9 g/dL (Normal 14-18), leukosit  $3.8 \times 10^3/uL$  (Normal 5.0-10), trombosit 215 ribu/mm<sup>3</sup> (Normal 150-400), hematokrit 35.0 % (Normal 40-48), gula darah 123 mg/dL (Normal

< = 180), natrium 142 mmol/L (Normal 136-146), kalium 3.5 mmol/L (Normal 3.5-5.0), klorida 108 mmol/L (Normal 96-106)

#### h. Program Pengobatan

Tn.A mendapat terapi obat yang diresepkan oleh dokter pada tanggal 27 Februari 2024 yaitu simvastatin 20 mg 1x1, PCT 500 mg 3x1, ranitidine 2x1, monitol infus 100 cc 5x1, dexamethasone 3x1, CPG 75 mg 1x1.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Ditemukan data dari hasil pengkajian dan pemeriksaan fisik yang telah dilakukan pada Tn.A, maka peneliti mendapatkan prioritas masalah keperawatan pada Tn.A diantaranya yaitu :

**Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot** dengan data subjektif yang ditemukan klien mengatakan sulit dalam melakukan aktivitas sehari-hari, klien mengatakan mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri. Data objektif didapatkan dalam penilaian kekuatan otot pada ekstremitas atas sinistra pasien 1, kekuatan otot ekstremitas bawah sinistra 1. Kekuatan otot ekstremitas atas dekstra 5, kekuatan otot ekstremitas bawah dekstra 5. Kebutuhan pasien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat ruangan dan semua aktifitas pasien hanya bisa dilakukan ditempat tidur. TD: 130/80 mmHg, nadi: 99x/menit, nafas: 22x/menit.

## 3. Intervensi Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan sudah ditentukan, hal selanjutnya yang akan disusun adalah perencanaan tindakan untuk setiap diagnose keperawatan., maka didapatkan : Rencana asuhan keperawatan untuk diagnosa **gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot** yang bertujuan agar pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, kaku sendi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Rencana

tindakan yang akan dilakukan adalah **dukungan mobilisasi** yaitu dengan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 5 hari pada tanggal 28 Februari- 3 Maret 2024, maka telah didapatkan :

Diagnosa keperawatan **gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot** pada hari pertama sampai hari ketiga tindakan yang dilakukan kepada pasien adalah mengukur tekanan darah pasien sebelum melakukan latihan mobilisasi TD 130/80 mmHg. Melakukan ROM pasif dan aktif pada kedua ekstremitas pasien yang lemah yaitu dengan cara melatih dan menggerakkan anggota gerak pasien yang lemah, Mengukur tekanan darah pasien setelah dilakukannya tindakan ROM TD: 136/82 mmHg, melakukan penilaian kekuatan otot dengan cara yang bisa dilakukan adalah meminta pasien untuk mengangkat tangannya secara mandiri jika pasien tidak mampu hal itu akan mempengaruhi nilai kekuatan otot pasien. Serta tindakan terakhir yang dilakukan kepada pasien adalah dengan menganjurkan kepada keluarga untuk merubah posisi pasien setiap 2 jam. Sedangkan pada hari keempat sampai hari kelima penelitian tindakan yang dilakukan adalah : melakukan ROM pasif dan aktif pada kedua ekstremitas pasien yang lemah serta mengukur tekanan darah pasien.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan dengan metode SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Planning), maka evaluasi keperawatan yang didapatkan adalah :

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot pada hari pertama penelitian yaitu **S:** Tn. A mengatakan bagian tubuh sebelah kiri terasa lemah dan berat tepatnya pada bagian ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri. **O:** Pasien hanya tampak terbaring lemah ditempat tidur, semua aktivitas pasien tampak dilakukan diatas tempat tidur, kekuatan otot sebelah kiri masih 1. TD 136/82 mmHg, nadi 99x/menit, nafas 22x/menit. **A:** Masalah pergerakan ekstremitas belum teratasi, peningkatan kekuatan otot belum teratasi, peningkatan rentang gerak (ROM) belum teratasi, penurunan kelemahan fisik belum teratasi. **P:** Intervensi dilanjutkan dengan mengajarkan Tn.A dalam melakukan aktivitas fisik seperti ROM aktif dan juga pasif, mengajarkan mobilisasi serta penggunaan alat bantu. Pada hari kedua dan ketiga penelitian pasien masih belum ada perkembangan dimana kekuatan otot pasien masih 1 dan belum mampu untuk bermobilisasi. Namun pada hari keempat penelitian Tn.A Sudah mulai ada peningkatan yaitu **S:** Tn.A mengatakan anggota gerak sebelah kiri masih lemah, namun sudah mampu untuk mengangkat tangan secara perlahan. **O:** Kekuatan otot pasien sudah 2, pasien sudah tampak mampu untuk mengangkat tangan. TD:132/80 mmHg **A:** Peningkatan kekuatan otot teratasi sebagian. **P:** Intervensi dilanjutkan dengan mengajarkan pasien dalam melakukan aktivitas fisik seperti ROM dan mobilisasi serta penggunaan alat bantu. Pada hari kelima penelitian **S:** Pasien mengatakan tubuhnya sudah terasa segar daripada hari sebelumnya namun anggota gerak sebelah kiri masih terasa lemah. **O:** Saat dilakukan pemeriksaan kepada pasien ditemukan kekuatan otot pasien masih 2, belum ditemukan adanya peningkatan pada aktivitas fisik dan kekuatan otot serta Tn.A belum mampu memperagakan penggunaan

alat bantu semua aktivitas Tn.A masih dalam pengawasan keluarga. TD: 140/80 mmHg, nadi 97x/menit, nafas 20x/menit. **A:** Peningkatan kekuatan otot teratasi Sebagian, penurunan kelemahan fisik teratasi sebagian. **P:** Intervensi dilanjutkan dirumah dikarenakan pasien sudah ada rencana pulang, intervensi dibantu oleh keluarga dengan mengajarkan pasien tentang aktivitas fisik seperti ROM, mobilitas, dan penggunaan alat bantu.

## **B. Pembahasan**

Setelah peneliti menerapkan pendekatan proses keperawatan kepada pasien melalui pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan serta evaluasi. Peneliti akan membahas antara teori dan fakta yang ditemukan oleh peneliti pada kasus stroke Tn.A sebagai partisipan dan telah dilakukan pengkajian pada tanggal 28 Februari- 3 Maret 2024 di RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang yang diuraikan sebagai berikut:

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses sistematis pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Penelitian menyeluruh dan sistematis tentang fakta atau kondisi klien sangat penting untuk merumuskan diagnosa.

Dari hasil pengkajian Tn.A merupakan seorang laki-laki yang berusia 62 tahun. Sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Natasia (2019) laki-laki cenderung memiliki kejadian stroke lebih tinggi (1,8%).

Sejalan dengan penelitian Putri (2015) dimana terdapat hubungan signifikan antara jenis kelamin dengan kejadian stroke dan laki-laki memiliki peluang 2,04 kali lebih besar menderita stroke dibanding perempuan.

Menurut Analisa peneliti serta fakta yang ditemukan dilapangan angka kejadian stroke memang banyak diderita oleh kaum laki-laki, hal ini kemungkinan terjadi akibat pola makan serta kebiasaan merokok. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Udani (2013) dimana diperoleh adanya hubungan signifikan antara merokok dengan kejadian penderita stroke, dengan hasil analisis diperoleh nilai  $OR=2,76$ . Diketahui, kandungan zat kimia nikotin dan karbon monoksida yang terkandung pada rokok dapat merusak lapisan endotel pembuluh darah, menyebabkan proses aterosklerosis dan hipertensi sehingga meningkatkan resiko terkena stroke. Namun penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Zhang *et al* (2017) yang menemukan tidak adanya hubungan status merokok dengan stroke, hasil penelitian  $OR=2,49.1$

Tn.A mengatakan 4 tahun lalu sebelum ia menderita stroke memiliki kebiasaan makan-makanan yang mentah hal ini terjadi saat ia bekerja di Thailand dimana Tn.A mengatakan sangat sulit baginya mencari makanan yang matang. Tidak hanya itu, Tn.A juga mengatakan ia memiliki kebiasaan merokok dan hanya baru berhenti saat sudah terkena stroke.

Seseorang yang mengalami stroke tidak juga sepenuhnya terjadi akibat pola makan atau kebiasaan yang tidak sehat. Namun juga dapat disebabkan oleh kurangnya aktivitas fisik. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Zhang *et al* (2017) yang juga menyatakan bahwa kurang aktivitas fisik berhubungan signifikan dengan kejadian stroke serta memiliki peluang 1,47 kali lebih besar untuk terkena stroke dibandingkan dengan orang yang cukup beraktivitas fisik.

Menurut Jauch, dkk. (2016) mengatakan bahwa beberapa gejala atau tanda yang umum yang ditunjukkan oleh pasien stroke termasuk hemiparesis, gangguan sensasi Sebagian sisi tubuh, hemianopia atau

buta secara tiba-tiba, diplopia (penglihatan ganda), afasia (gangguan bahasa), vertigo, disfagia (kesulitan menelan), disatria (bicara pelo), ataksia (gangguan keseimbangan), kejang atau penurunan kesadaran secara mendadak.

Menurut analisa peneliti keadaan yang ditemukan pada Tn.A adalah saat sebelum masuk RS Tn.A masuk dengan keadaan tubuh kejang, kejang yang terjadi selama kurang lebih 30 menit. Saat dilakukan pengkajian pada kekuatan otot pasien, kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah sinistra bernilai 1, dan kekuatan otot dekstra bernilai 5.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami oleh seseorang, baik yang nyata maupun yang mungkin terjadi. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosis keperawatan dilakukan untuk menentukan reaksi klien, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan.

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan kepada Tn. A didapatkan diagnosa keperawatan yaitu: gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Pada diagnosa hambatan mobilitas fisik adalah keadaan dimana seseorang memiliki keterbatasan gerak secara mandiri dan terarah yang terjadi pada ekstremitas (Syabariah *et al*, 2020). Menurut Setiyawan *et al* (2019) gangguan mobilitas fisik adalah suatu keadaan yang mengacu pada kondisi terganggunya sistem pergerakan, yang terjadi akibat cedera tulang belakang, cedera otak parah dengan patah tulang di esktremitas, stroke, dan sebagainya.

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala bentuk terapi yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk meningkatkan pemulihan kesehatan klien. Pasal 30 Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang keperawatan menetapkan bahwa perawat berwenang untuk merencanakan dan melaksanakan tindakan penyelamatan, melakukan rujukan, memberikan tindakan kegawatdaruratan, konsultasi, berkolaborasi, penyuluhan dan konseling, menangani kasus, dan alternatif (PPNI 2018).

Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa keperawatan,. Tindakan 1 yaitu dengan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Tindakan ke 2 mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Tindakan ke 3 monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi. Tindakan ke 4 monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Tindakan ke 5 memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. Tindakan ke 6 memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu. Tindakan ke 7 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

### 4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh peneliti sesuai dengan rencana yang telah dibuat sebelumnya. Hasil implementasi pada pasien dengan gangguan mobilisasi dilakukan dengan menyesuaikan kondisi pasien namun tetap berpegang pada prinsip dan konsep keperawatan.

Pada rencana tindakan dengan masalah gangguan mobilitas fisik tidak semua dilakukan oleh peneliti, tindakan yang dilakukan adalah mengukur vital sign sebelum dan sesudah mobilisasi, mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, mengajarkan pasien mobilisasi dengan latihan ROM aktif dan ROM pasif. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan pasien,



menganjurkan kepada keluarga untuk mendampingi pasien saat mobilisasi. Serta tindakan terakhir yang dilakukan ke pasien adalah dengan menganjurkan kepada keluarga untuk merubah posisi pasien setiap 2 jam.

Kelemahan otot pada pasien stroke dapat dipulihkan dengan terapi non farmakologis. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa latihan yang paling optimal adalah latihan yang tidak membuat kelelahan dan durasi pendek tapi dapat di lakukan sesering mungkin, salah satu latihan yang bisa dilakukan yaitu *Range Of Motion* (ROM). Penelitian yang dilakukan oleh Anggriani et al (2018) menemukan bahwa latihan ROM selama 30 menit meningkatkan kekuatan otot tangan pasien stroke, dengan rerata peningkatan 2,13. Penelitian lain yang dilakukan oleh Cahyati Y et al (2013) juga menemukan bahwa latihan ROM meningkatkan kekuatan otot tangan pasien secara efektif. Studi sistematis Farim dkk (2019) menyimpulkan bahwa latihan ROM efektif meningkatkan kekuatan otot pada latihan ROM setidaknya dilakukan dua kali sehari, setiap pagi dan sore selama 15 hingga 35 menit, dan minimal empat kali berulang untuk setiap gerakan. Selain dapat meningkatkan kekuatan otot, latihan ROM juga membantu menjaga fungsi jantung dan pernapasan, serta mencegah kontraktur dan kaku sendi.

Analisa peneliti menunjukkan bahwa mengajarkan mobilitas kepada pasien seperti latihan ROM mampu mencegah kekakuan pada sendi dan otot. Hal ini terjadi karena jika sendi dan otot yang lemah dibiarkan diam dan tidak bergerak, maka akan menjadi kaku dan sulit untuk digerakkan kembali. Perawat ruangan dapat berusaha untuk mengurangi kekakuan dan kelemahan pada otot dan sendi pada pasien stroke dengan mengajarkan mereka bergerak, seperti latihan ROM. Dengan melakukan ini, perawat dapat memberikan perawatan yang profesional dan menyeluruh kepada pasien.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Pada kasus yang dialami oleh Tn.A telah dilakukan implementasi untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Pada hari kelima penelitian, peneliti mendapatkan hasil bahwa Tn.A masih mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri, namun pada kekuatan otot pasien sudah sedikit mengalami perubahan yang awalnya kekuatan otot pasien 1 menjadi 2 pada anggota gerak pasien yang lemah, ditemukan keadaan umum pasien baik, aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga dan perawat.

Menurut SLKI (2017) kriteria yang diharapkan setelah melakukan tindakan keperawatan kepada pasien untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot adalah pergerakan ekstremitas pasien meningkat, kekuatan otot pasien meningkat, rentang gerak pasien meningkat, kelemahan fisik pasien menurun.

## **BAB V PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke di IRNA Penyakit Dalam RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2024, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien menunjukkan bahwa pasien mengalami kelemahan anggota gerak secara tiba-tiba. Dimana hal ini merupakan keadaan yang biasa dialami oleh seorang penderita stroke.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien ada dua yaitu: gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
3. Hasil yang diperoleh dari intervensi yang dilakukan oleh peneliti, baik intervensi yang dilakukan secara mandiri ataupun kolaborasi seperti: mengajarkan pasien latihan ROM, perubahan posisi yang dilakukan setiap 2 jam dan terapi obat-obatan, hal ini bertujuan untuk mengurangi kekakuan otot yang lemah pada anggota gerak pasien.
4. Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah peneliti susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kasus Tn.A seperti : melatih ROM, dan mengubah posisi pasien setiap 2 jam. Proses implementasi ini sesuai dengan rencana tindakan yang dibuat.
5. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien menunjukkan bahwa masalah keperawatan yang dialami pasien sudah mulai teratasi sebagian walaupun belum sembuh total. Pada hari kelima penelitian ini pasien sudah ada rencana pulang sehingga tindakan yang telah diajarkan akan dilakukan dirumah dan dalam pengawasan keluarga.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Direktur RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang**

Melalui pimpinan rumah sakit diharapkan dapat memberikan pelatihan kepada perawat ruangan minimal sekali setahun pada pasien stroke agar dapat memberikan asuhan keperawatan terbaik dan meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit.

### **2. Bagi Perawat Ruangan**

Studi kasus yang peneliti lakukan tentang asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke di IRNA penyakit dalam RS Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang. Peneliti mengharapkan ruangan perawat dapat mempertahankan dan memaksimalkan dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional dan komprehensif khususnya tentang mobilitas pasien dan mengajarkan keluarga tentang latihan ROM aktif dan pasif untuk mengurangi kekakuan otot pasien yang mengalami kelemahan.

### **3. Bagi Mahasiswa dan Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dan referensi bagi peneliti lain yang melakukan penelitian pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas fisik akibat stroke.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adha, S. A. (2017). *Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Irna C Rssn Bukit Tinggi*. Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Irna C Rssn Bukit Tinggi, 167
- Abdul, D., & Asaf, S. (2020). *Upaya Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia*. Jurnal Cakrawarti, 02(02).
- AHA, (2018). *Heart Disease and Stroke Statistics*. Update: a Report from the American Heart Association. [Online] Available at:  
<https://www.heart.org/-/media/data-import/downloadables/heart-disease->
- Ajat Rukajat. 2018. *Pendekatan Penelitian Kuantitatif: Quantitative Research Approach*. Yogyakarta: Deepublish.
- Alimul, A. (2015). *Pengantar kebutuhan dasar manusia*. Jakarta: Salemba Medika
- Amanda , D. & Martini, s. (2018). *Hubungan Karakteristik dan Obesitas Sentral dengan Kejadian Hipertensi*. Jurnal Berkala Epidemiologi, Volume 6, pp. 44-50. <https://e-journal.unair.ac.id/JBE/article/download/9485/5355>
- Ambarwati, Fitri R. (2014). *Konsep Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta; Dua Satria Offset
- American Stroke Association. (2016). *Primary prevention of ischemic stroke*
- Andina Vita Sutanto, A. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jl. Wonosari Km.6 Demblaksari Baturetno Banguntapan Bantul Yogyakarta: PUSTAKA BARU PRESS
- Annita, Deswita, Kudri, A. (2020). *Perbedaan Kadar Hemoglobin, Nilai Hematokrit dan Jumlah Eritrosit Pada Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik*. Jurnal Kesehatan Medika Sainika Volume 11 nomor 2 <https://jurnal.syedzasaintika.ac.id/index.php/medika/article/view/767>
- Astuti, P. P. (2019). *Hubungan Self Efficacy Dengan Self Care Pada Penderita Stroke*. Jurnal Stikes Icme Jombang, 44(1), 134-140. <https://repo.stikesicmejbg.ac.id/2111/3/SKRIPSI%20peni%20siap%20uplod.pdf>
- Atha, H. (2022). *Hubungan Rasio Low Density Lipoprotein (Ldl) Dan High Density Lipoprotein (Hdl) Dengan Tipe Stroke Serta Karakteristik Dasar Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Advent Bandar Lampung*
- Atoilah, Elang Mohamad & Engkus Kusnadi. 2013. *Askep Pada Klien Dengan Gangguan Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: In Media

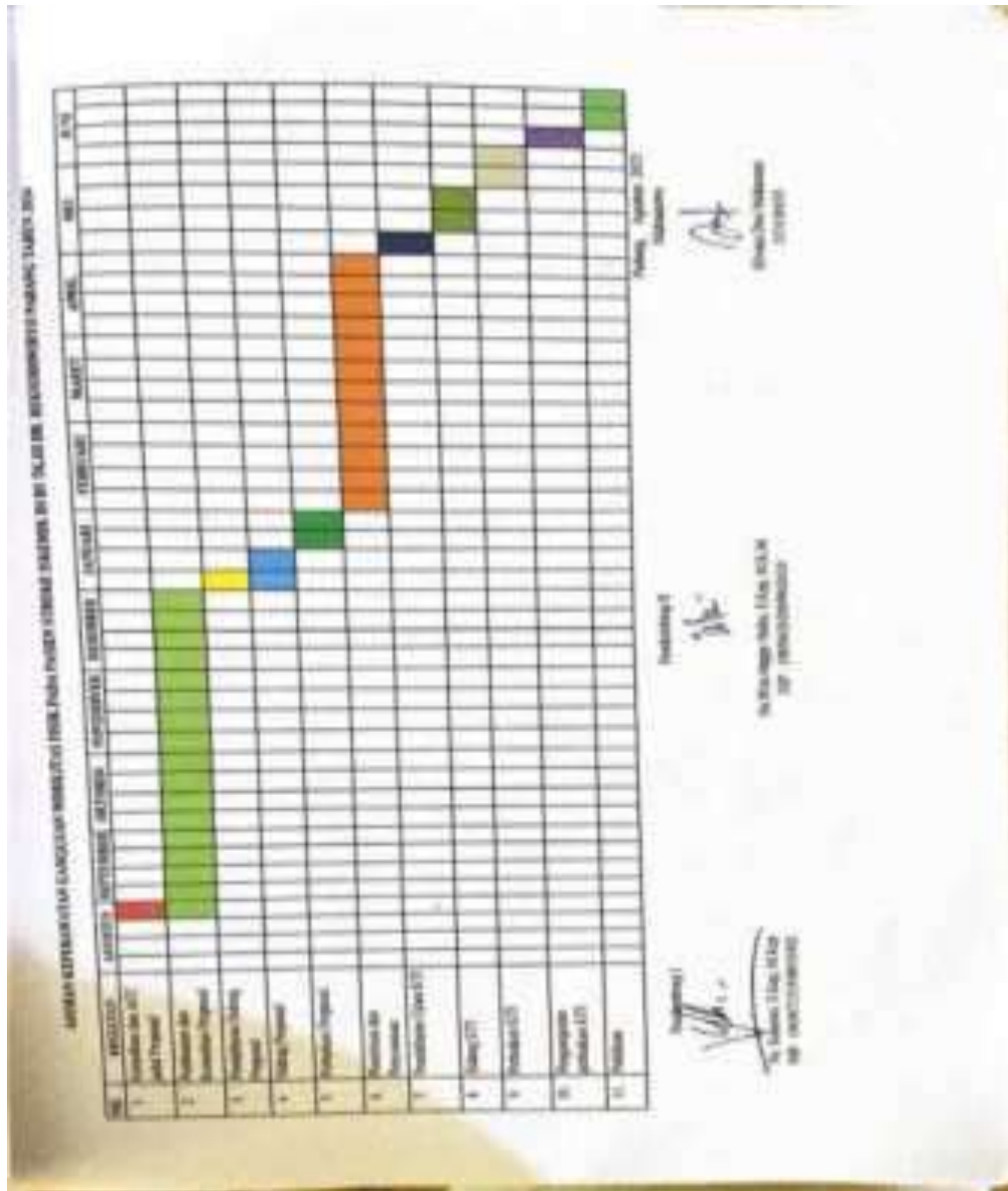
- A.Azis Alimul Hidayat & Musrifatul Uliyah. ( 2014 ). *Pengantar kebutuhan dasar manusia*. Edisi 2. Jakarta : Salemba medika
- Aziz Alimul Hidayat (2015) *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. 2nd edn. Edited by Tri Utami. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Brunner & Suddarth, 2018. *Buku ajaran keperawatan medikal bedah* edisi 12. Jakarta: EGC
- Cho, K.-H., & Park, S.-J. (2020). *Effects of joint mobilization and stretching on the range of motion for ankle joint and spatiotemporal gait variables in stroke patients: Joint mobilization and stretching in stroke*. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 29(8), 104933. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32689617/>
- Chrisanto, E. Y., Ernita, C., Erlianti, F., Umsani, U., & Putri, E. L. (2022). *Penyuluhan kesehatan tentang stroke*. *JOURNAL OF Public Health Concerns*, 2(3), 131-134. <http://e-jurnal.iphorr.com/index.php/phc/article/view/203> <http://e-jurnal.iphorr.com/index.php/phc/>
- Drs. Abdul Samad Asf, M. (2020). *Upaya Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia*. *Jurnal Cakrawarti*
- Elsi Rahmadani, H. R. (2019). *Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Hemiparese Melalui Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif*. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 1, 354–363. <https://journal.ipm2kpe.or.id/index.php/JOTING/article/view/985>
- Fepi Susilawati, N. H. (2018). *Faktor Resiko Kejadian Stroke Di Rumah Sakit*. *Jurnal Keperawatan*, Volume XIV ISSN 1907 - 0357, 44
- Gofir, A. (2021). *Tatalaksana Stroke Dan Penyakit Vaskuler Lain* (Yuni(ed.); 1sted.). <https://books.google.co.id/books?id=TTUWEAAAQBA&pg=PA5&dq=klasifikasi+penyakit+stroke&hl=id&sa=X&ved=2ahUKEwiZofGvbjuAhWxjoECAQQA#v=onepage&q=klasifikasipenyakitstroke&f=false>. [Diakses pada : 23 Januari 2021]
- Haswita, & Sulistyowati, R. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia* (A. Maftuhin, ed.). Jakarta: Trans Info Media.
- Hidayat, A. A. (2021). *Keperawatan Dasar 1 ; Untuk Pendidikan Ners*. Jl Kaljudan Asri Indah No 33 Surabaya: Health Books Publishing.
- Istichomah. (2020). *Modul Praktikum Keperawatan Dasar I*. Bandung: Media Sains Indonesia
- Kemenkes. (2019). *InRiset Kesehatan Dasar 2018*. Laporan Nasional Riskesdas 2018
- Kozier, Erbm, Berman, & S. (2015). *Buku ajar fundamental keperawatan konsep, proses, & praktik*. ECG.

- Maryunani. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia (KDM)*. Bogor : In Media
- Medical Record RS Tk III Dr. Reksodiwiryo Padang (2023)
- Mega. (2021). “*Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Diagnosa Medis CVA Infark Di Desa Kepel Bugul Kidul Pasuruan.*”
- Mubarak, W. I., L. Indrawati, dan J. Susanto. (2015). *BukuAjar Ilmu Keperawatan Dasar. Jakarta: Salemba Medika.*
- Muliati. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. E Dengan Stroke Non Hemoragik Di Wilayah Kerja Puskesmas Koto Baru.*
- Naqvi, Andrew I, Sherman. (2023). *Penilaian Kekuatan Otot*. Universitas Sistem Kesehatan Miami. National Library of Medicine  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436008/>
- Nugraha, M. H. S. (2020). Mobilisasi Dini Dan Pembelajaran Motorik Pada Pasien Stroke (Sebuah Kajian Pustaka). *Jurnal Fisioterapi dan Rehabilitasi*, 4(2),  
[https://www.researchgate.net/publication/343634214\\_MOBILISASI\\_DINI\\_DAN\\_PEMBELAJARAN\\_MOTORIK\\_PADA\\_PASIEN\\_STROKE\\_SE\\_BUAH\\_KAJIAN\\_PUSTAKA](https://www.researchgate.net/publication/343634214_MOBILISASI_DINI_DAN_PEMBELAJARAN_MOTORIK_PADA_PASIEN_STROKE_SE_BUAH_KAJIAN_PUSTAKA)
- Padila. (2015). *Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pogrebnoy, D., & Dennett, A. (2019). Exercise Programs Delivered According to Guidelines Improve Mobility in People With Stroke : A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.06.015>
- Roberta. (2015). *Hiperglikemi Berhubungan Dengan Keluaran Pasien Stroke Iskemik Dan Hemoragik*
- Rahayu. (2017). *Pengaruh Pemberian Latihan Range Of Motion (Rom) Terhadap Kemampuan Motorik Pada Pasien Post Stroke Di Rsud Gambiran.*
- Rahayu. (2018). *Pengaruh Pemberian Latihan Range Of Motion (ROM) Terhadap Kemampuan Motorik Pada Pasien Post Stroke Di Rsud Gambiran*
- Riduwan. (2015). *Dasar-Dasar Statistika*. Bandung: Alfabeta.
- Santoso L.E. (2018), *Peningkatan Kekuatan Motorik Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Latihan Menggenggam Bola Karet (Studi Di Ruang 65 Flamboyan Rsud Jombang)*, Skripsi Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

- Silva, D. A. D, Narayanaswamy et al. (2014). *Understanding Stroke A Guide for Stroke Survivors and Their Families*.
- Suci, A. A. (2017). *Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di IRNA C RSSN Bukit Tinggi*
- Sugiyono, 2013, *Metodelogi Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. (Bandung: ALFABETA)
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: PT Alfabet.
- Susana, N. Widya, N. (2018). *Efektifitas Range Of Motion (ROM) Aktif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Penderita Stroke*. Jurnal Keperawatan GSH Vol 7 No 1  
<https://jurnal.akpergshwng.ac.id/index.php/kep/article/download/58/55>
- Susanti. Difran N. B. (2019). *Pengaruh Range of Motion Terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke*. Jurnal Kesehatan Vokasional, Vol. 4 No 2.  
<http://repository.unusa.ac.id/6413/1/Pengaruh%20Range%20of%20Motion%20%28ROM%29%20terhadap%20Kekuatan%20Otot%20pada%20Pasi en%20Stroke.pdf>
- Tamburian AG, Ratag BT, Nelwan JE. (2020). *Hubungan antara Hipertensi, Diabetes Melitus dan Hiperkolesterolemia dengan Kejadian Stroke Iskemik*. J Public Heal Community Med. 2020;1:30–1.  
<https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/ijphcm/article/view/27240/26877>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, PersatuanPerawat Indonesia
- Tomm, T. B., Akrom, A., & Jatiningrum, A. (2017). *Gambaran medication error pada fase prescribing dan administrasi pada pengobatan stroke di Igd rumah sakitX di Yogyakarta*. <<https://doi.org/10.12928/pharmaciana.v7i1.4664>>
- Uda dkk, H. D. (2016). *Latihan Range of Motion Berpengaruh terhadap Mobilitas Fisik pada Lansia di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha*. Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia, 170.  
<https://ejournal.almaata.ac.id/index.php/JNKI/article/view/358>
- Widya. (2021). *Asuhan Keperawatan Dukungan Mobilisasi Pada Pasien Stroke Di Ruangan Stroke RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu*







# LAMPIRAN



**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**  
**PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN**  
**POLTEKKES KEMENKES PADANG**

Nama : Elvira Dwi Maharani  
 NIM : 213110103  
 Pembimbing I : Ns. Suhaini, S.Kep.M.Kep  
 Judul : Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Aktivitas Pada Pasien Stroke Iskemik Di Rs.Tk.III Dr. Rakandiwiryo Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	20/0/23	Konfirmasi judul	
2	26/9/23	Bab I → format LB.	
3	20/10/23	LB dipecah, susun format	
4	29/11/23	Perbaiki bab I, 2	
5	10/12/23	Perbaiki, layout	
6	08/12/23	Perbaiki bab I, 6b m	
7	07/12/23	Garis, bab II, layout	
8	21/1/24	100 rje, format	
9	15/1/24	Perbaiki format	
10	04/04/24	bab II, layout	

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
11	05/05/24	Konultasi Lantai pertama	
12	21/05/24	Langsung: bab 1 - 5, lagi	
13	22/05/24	Langsung	
14	29/05/24	Me iji Lantai	
15			
16			
17			
18			
19			
20			

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**  
**PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN**  
**POLTEKKES KEMENKES PADANG**

Nama : Elvina Dwi Maharani  
 NIM : 213130103  
 Pembimbing II : Ni Wina Happy Nida, S.Kep., M.KM  
 Judul : Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Aktivitas Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ra TL III Dr. Rukandiwiryo Padang

NO	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	24/8/23	Konsultasi Judul	Wina
2	27/9/23	Bab I	Wina
3	20/10/23	BAB I & BAB II	Wina
4	10/11/23	BAB I & BAB II & Aruban Bab II	Wina
5	12/12/23	Kerangka Berpikir Bab I, II dan III	Wina
6	27/01/24	ACC usun Proposal KTI	Wina
7	1/04/24	Konfirmasi Bab 4	Wina
8	25/04/24	Konfirmasi Bab 4, 5	Wina
9	21/05/24	Finalisasi Bab 4, 5	Wina
10	22/05/24	Selesai	Wina

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

Jl. Sempang Pondok Kopi Nanggalo Padang 25146 Telepon (0751) 7058126 (Hunting)  
Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id>  
Email : [dektorat@poltekkes-pdg.ac.id](mailto:dektorat@poltekkes-pdg.ac.id)



Nomor : PP.03.014297/2023  
Tribal : **izin Pengambilan Data**

31 Agustus 2023

Atas nama Yth.:

Direktur RS TK.III Bekandiwiryo Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang lulusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2023/2024, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan **Pengambilan Data** di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin ( nama mahasiswa terlampir )

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

03 September 2023  
Direktur Poltekkes Kesehatan  
Kementerian Kesehatan Padang,



RENDAYATI, S.Kp, M.Kep. Sp.3wa  
NIP 197205281995032001

Lampiran Surat Tugas  
Nomor : PP.03.01/4297/2023  
Tanggal : 03 September 2023

**DAFTAR NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN PENGAMBILAN DATA**

<b>N O</b>	<b>NAMA</b>	<b>NIM</b>	<b>JUDUL PROPOSAL KTI</b>
1	China Novi Seta	213110113	Analisa Keperawatan pada Bersi Bersat Lahir Remah di RS Tingkat III Bekasdiwiro
2	Elvina Dwi Maharani	213110100	Analisa Keperawatan Gangguan Aktivitas Pada Pasien Stroke Iskemik di RS TK.III Dr.Bekasdiwiro Padang
3	Novia Subahila Herman	213110125	Analisa Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe II Di RS TK.III Dr. Bekasdiwiro Padang
4	Rahma Novia Putri	213110129	Analisa Keperawatan Pada Pasien PPOK Di RS TK.III Dr. Bekasdiwiro Padang
5	Alvia Sella	213110080	Analisa Keperawatan Pada Pasien CHF di RS TK.III Dr. Bekasdiwiro Padang
6	Laila Kharanissa	213110105	Analisa Keperawatan Pada Pasien Stroke iskemik di RS TK.III Dr. Bekasdiwiro Padang
7	Taja Pramadita	213110111	Analisa Keperawatan Pada Pasien Ulkus Diabetikum di RS TK.III Dr. Bekasdiwiro Padang

Nomor : B/ 367 /XV/ 2023  
Kategori : Biasa  
Sampiran : -  
Perihal : Izin Pengambilan Data

Padang, 10 September 2023

Kepada  
Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes  
Padang  
di  
Padang

1. Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kesehatan Kemenkes Padang Nomor : PP.03.01/4297/2023 tanggal 03 September 2023 tentang izin pengambilan data atas nama : Elvina Dwi Maharani NIM : 213110103 dengan Judul "Asuhan Keperawatan Gangguan Aktifitas pada pasien Stroke Iskemik di Rumah Sakit Tk.III dr.Rekaodiwiroyo Padang";
2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas pada prinsipnya kami mengizinkan untuk melaksanakan pengambilan data di Rumah Sakit Tk.III dr.Rekaodiwiroyo Padang selama melaksanakan pengambilan data bersedia mematuhi peraturan yang berlaku; dan
3. Demikian disampaikan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih

a.n. Kepala Rumah Sakit Tk.III 01.06.01

Wika  
Ub  
Kamrud  
  
Mayor Cam NRP 1060027041061

Tembusan :

1. Kanstaiwatnap Rumkit Tk. III Padang
2. Kanstaiwatan Rumkit Tk. III Padang
3. Kauryanmed Rumkit Tk. III Padang
4. Karyu Ruangn Rumkit Tk. III Padang
5. Kanstaidk Rumkit Tk. III Padang
6. Kamrud Rumkit Tk. III Padang



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG**

Jl. Simpang Pondok Kopa Nanggalo Padang 25146 Telepon (0751) 2058129 (Haring)  
Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id>  
Email : [dirktorat@poltekkes-pdg.ac.id](mailto:dirktorat@poltekkes-pdg.ac.id)



Nomor : PP.03.01/1036/2024  
Perihal : **Penelitian**

27 Januari 2024

Kepada Yth.:

Direktur RS Tk.III Dr. Bekasodwiryu Padang

Di:

Tempat:

Dengan hormat,

Selubungan dengan dilakukannya Penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Padang Semester Gasap TA. 2023/2024, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Penelitian di Instansi yang Bapak/Ibu Penuhi.

NO	NAMA	NIM	JUDUL KTI	LAMA PENELITIAN	TEMPAT PENELITIAN
1.	Erena Dwi Mahanati	213110103	Analisis Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke di RS Tk.III Dr. Bekasodwiryu Padang	26 Februari- 26 Maret	RS Tk.III Dr. Bekasodwiryu Padang

Ditandatangani kami sampaikan, atas perhatian dan kerendahan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Direktur Politeknik Kesehatan  
Kementerian Kesehatan Padang,



WENDAYATI, S.Kp, M.Kep, Sp. Jns



Nomor : B/ (K) /II/ 2024  
Kategori : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Penelitian

Padang, 17 Februari 2024

Kepada  
Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes  
Padang  
di  
Padang

1. Berdasarkan Surat Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Nomor : PP.03.01/1936/2024 tanggal 27 Januari 2024 tentang Izin penelitian atas Nama : Elvina Dewi Baharani NIM : 213110103 dengan Judul "Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada pasien Stroke di Rumah Sakit Tk. III dr. Reksodwiryo Padang".
2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas pada prinsipnya kami mengizinkan untuk melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Tk. III dr. Reksodwiryo Padang selama melaksanakan penelitian bersedia mematuhi peraturan yang berlaku dan
3. Demikian disampaikan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih

a.n. Kepala Rumah Sakit Tk.III 01.06.01

Wwka  
Ub



Mayor CMH NRP 1060007941081

Tembusan :

1. Kanstafwatsap Rumah Sakit Tk.III Padang
2. Kanstafwatsan Rumah Sakit Tk. III Padang
3. Kanstafjangdiag Rumah Sakit Tk. III Padang
4. Kasuryamed Rumah Sakit Tk. III Padang
5. Karu Ruangan Rumah Sakit Tk. III Padang
6. Kanstaldik Rumah Sakit Tk.III Padang
7. Kasurtaud Rumah Sakit Tk.III Padang

Nomor : BJ 129 VI/2024  
Kategori : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Selesai Penelitian

Padang, 31 Mei 2024

Kepada  
Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes  
Padang  
di  
Padang

1. Berdasarkan Surat Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang Nomor : PP.03/01/1936/2024 tanggal 27 Januari 2024 tentang Izin penelitian atas Nama : Elvina Dwi Maharani NIM : 213110103 dengan Judul "Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada pasien Stroke di Rumah Sakit Tk. III dr. Reksodiwyo Padang".
2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas dilaporkan Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang bahwa Elvina Dwi Maharani telah selesai melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Tk. III dr. Reksodiwyo Padang. Kami mengucapkan terima kasih selama melaksanakan Penelitian telah mematuhi peraturan yang berlaku, dan
3. Demikian disampaikan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih

s.n. Kepala Rumah Sakit Tk. III 01.05.01  
Waka  
UB



Alimad Maelid Gernay, S.Kep.Ners  
Lettu Ckm NRP 11180036370590

Tembusan :

1. Kanetawakap Rumkit Tk. III Padang
2. Kanstafwan Rumkit Tk. III Padang
3. Kasryanmad Rumkit Tk. III Padang
4. Karu Ruangan Rumkit Tk. III Padang
5. Kanstadek Rumkit Tk. III Padang
6. Kaakud Rumkit Tk. III Padang

**ARWENSI KEHADIRAN PENELITIAN  
RS.TK.III DR. HESKOWIRYO  
PADANG.**

Nama : (Elvina Devi Maharni)  
 NIM : 211110103  
 Prodi : (D3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang)  
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Di RS.TK.III Dr. Heskowiryo Padang

NO	Hari/Tanggal	Jam Datang	Jam Pulang	TID Present	TID Present Ruang	TID Present Pelayanan Jarak	Keterangan
1.	Rabu / 28-2-24			04	1 (per plan)	1 (Eis plan)	
2.	Kamis / 29-2-24			04	1 (Eis plan)	1 (Eis plan)	

3	Jurnal / 16 - 2 - 2019			At								
4	Satuto / 2 - 2 - 2019			At								
5	Minggu / 3 - 2 - 2019			At								



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PADANG

JLN. SIMP. PONDOK KOPI SITEBA NANGGALO PADANG TELP. (0751) 7051300 PADANG 25146



---

---

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN DASAR**

NAMA MAHASISWA : Elvina Dwi Maharani  
NIM : 213110103  
RUANGAN PRAKTIK : Irna Penyakit Dalam

---

---

**A. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA**

1. Identitas Klien

Nama : Tn A  
Umur : 62 th  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Pendidikan : SMA  
Alamat : Jl. Kampung Batu, Padang Selatan, Kota Padang

2. Identifikasi Penanggung jawab

Nama : Tn.F  
Pekerjaan : Wiraswasta  
Alamat : Jl. Kampung Batu, Padang Selatan, Kota Padang  
Hubungan : Anak

3. Diagnosa Dan Informasi Medik Yang Penting Waktu Masuk

Tanggal Masuk : 27 Februari 2024  
No. Medical Record : 269796  
Ruang Rawat : Bagindo Aziz Chan

Diagnosa Medik : Stroke iskemik + status epilepsi

Yang mengirim/merujuk : Keluarga

Alasan Masuk : Pasien merasakan pusing, demam, serta kejang seluruh tubuh

#### 4. Riwayat Kesehatan

##### a. Riwayat Kesehatan Sekarang

- Keluhan Utama Masuk : Tn.A memiliki riwayat penyakit stroke sudah 4 tahun dengan keadaan tubuh lemah di sebelah kiri, saat sebelum masuk RS Tn.A merasakan pusing, demam, serta kejang seluruh tubuh dan setelah itu dibawa ke RS pukul 07.30.

- Keluhan Saat Ini (Waktu Pengkajian) : Saat dilakukan pengkajian Tn.A mengatakan ia tidak merasakan pusing serta saat dilakukan pengecekan suhu Tn.A tidak mengalami demam, dan pada tekanan darah Tn.A normal, namun Tn.A mengeluhkan tubuhnya yang lemah bagian sebelah kiri terasa semakin berat daripada sebelumnya.

b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu : Tn.A mengatakan ia tidak ada memiliki riwayat penyakit DM dan Hipertensi. Serta Tn.A mengatakan ia masuk RS dengan keadaan seperti ini sudah hal yang kedua kalinya.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga : Tn.A mengatakan bahwa keluarganya tidak ada memiliki riwayat penyakit turunan seperti DM, hipertensi, ataupun penyakit jantung.

#### 5. Kebutuhan Dasar

##### a. Makan

Sehat

: Klien mengatakan saat sehat klien makan 3x sehari dengan nasi, lauk, gulai, sayur dan sesekali mengkonsumsi buah.

- Sakit : Pada saat sakit klien mengkonsumsi makanan diit ML yaitu nasi lunak, tahu, ikan, klien hanya mampu menghabiskan  $\frac{1}{4}$  dari porsi yang sudah disediakan.
- b. Minum
- Sehat : Pada saat sehat Tn.A minum kurang lebih 6 gelas sehari, sesekali klien juga minum teh.
- Sakit : Pada saat sakit klien hanya minum 4 gelas air putih.
- c. Tidur
- Sehat pola : Pada saat sehat Tn.A mengatakan tidur pada malam hari pukul 21.00 WIB dan bangun pukul 05.00 WIB untuk sholat, klien mengatakan hanya sesekali tidur siang.
- Sakit : Pada saat sakit klien mengatakan pola tidurnya terganggu, klien mengatakan sulit untuk tidur dimalam hari.
- d. Mandi
- Sehat : Pada saat sehat Tn.A mengatakan mandi 2x sehari yaitu pada pagi dan sore hari
- Sakit : Pada saat sakit klien mengatakan mandi hanya 1x sehari pada pagi hari.
- e. Eliminasi
- Sehat : Pada sehat sehat Tn.A mengatakan BAB 2x sehari berwarna kuning dan tidak keras. Untuk pola BAK klien

mengatakan pada saat sehat klien sering BAK berwarna kuning dan tidak ada masalah dalam BAK.

Sakit : Pada saat sakit klien hanya BAB 1x sehari tidak keras dan masih berwarna kuning. Pada saat sakit klien menggunakan pempers dan diganti sebanyak 3-4 kali dalam sehari berwarna kuning dan tidak ada keluhan.

f. Aktifitas pasien

Sehat : Pada saat sehat Tn.A mengatakan mampu untuk bekerja dan mampu untuk marathon sejauh kurang lebih 200 m

Sakit : Pada saat sakit klien mengatakan sudah tidak mampu lagi melakukan kegiatan seperti saat dia sehat, sekarang semua kegiatan klien dibantu oleh keluarga.

6. Pemeriksaan Fisik

- Tinggi / Berat Badan : 165 cm / 55 kg
- Tekanan Darah : 132/80 mmHg
- Suhu : 36,8<sup>0</sup>C
- Nadi : 99 x / Menit
- Pernafasan : 22 x / Menit
- Rambut : Rambut sudah banyak beruban, rambut berminyak dan kusam



- Telinga : Telinga simetris kiri dan kanan, pendengaran baik
- Mata : Mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan baik, reflek pupil baik
- Hidung : Hidung simetris kiri dan kanan, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, penciuman baik
- Mulut : Mulut kurang bersih, gigi kuning dan terdapat sisa makanan, mukosa bibir sedikit kering, reflek mengunyah dan menelan baik
- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
- Toraks : I : simetris kiri dan kanan  
P: fremitus kiri dan kanan  
P: terdengar sonor  
A: vesikuler
- Abdomen : I : simetris kiri dan kanan  
P: tidak ada nyeri tekan  
P: thympani  
A: bising usus normal
- Kulit : CRT < 2, kulit tidak teraba dingin
- Ekstremitas : Atas : Kekuatan otot sinistra 1, dekstra 5.  
Bawah : Kekuatan otot sinistra 1, dekstra 5.

7. Pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Normal
27 Februari 2024	hemoglobin	11.9	g/dL	14-18 g/dL
	leukosit	3.8	$10^3/uL$	5.0-10 $10^3/uL$
	trombosit	215	ribu/ $mm^3$	150-400 ribu/ $mm^3$
	hematokrit	35.0	%	40-48%
	gula darah	123	mg/dL	$\leq 180$ mg/dL
	natrium	142	mmol/L	136-146 mmol/L
	kalium	3.5	mmol/L	3.5-5.0 mmol/L
	klorida	108	mmol/L	96-106 mmol/L

a. Pemeriksaaa Diagnostik :

- Pemeriksaan Radiologi :

\_\_\_\_\_

Dll .....

Program Terapi Dokter

1. Simuastatin 20 mg 1x1
2. PCT 500 mg 3x1
3. Ranitidine 2x1
4. Monitol infus 100 cc 5x1
5. Dexametasone 3x1
6. CPG 75 mg 1x1
7. Asam folat 3x1

**ANALISA DATA**

NAMA PASIEN : Tn.A

NO. MR : 269796

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tn.A mengatakan anggota geraknya lemah bagian kiri.</li></ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pada saat dilakukan pengkajian ditemukan kekuatan otot Tn.A ekstremitas atas dan bawah sinistra 1, kekuatan dekstra 5.</li><li>- Kebutuhan Tn.A sehari-hari tampak dibantu oleh keluarga dan perawat.</li><li>- Semua kebutuhan aktivitas pasien dilakukan ditempat tidur.</li></ul>	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik

#### DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. A

NO. MR : 269796

Tanggal Muncul	No	Diagnosa Keperawatan	Dipecahkan	Tanda Tangan
28 Februari 2024	1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot		

### **PERENCANAAN KEPERAWATAN**

NAMA PASIEN : Tn. A  
 NO. MR : 269796

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan ( SDKI )	Intervensi ( SIKI )
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan asuhan keperawatan, gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil:Pergerakan ekstremitas meningkat 5. Kekuatan otot meningkat 6. Rentang gerak (ROM) meningkat 7. Kelemahan fisik menurun	Dukungan Mobilisasi Observasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>- Fasilitasi</li> </ul>

			<p>melakukan pergerakan, jika perlu</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li></ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Jelaskan tujuan dari prosedur mobilisasi</li><li>- Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li><li>- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li></ul>
--	--	--	--

## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn.A  
 NO. MR : 269796

Hari /Tgl	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan ( SOAP )	Paraf
28 Februari 2024	Gangguan moblitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	1. Mengukur tekanan darah pasien 2. Mengatur posisi pasien dalam keadaan semi fowler 3. Mengidentifikasi adanya keluhan nyeri pada tubuh pasien 4. Melakukan penilaian kekuatan otot	<p><b>S:</b> Tn. A mengatakan bagian tubuh sebelah kiri terasa lemah dan berat tepatnya pada bagian ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri.</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien hanya tampak terbaring lemah ditempat tidur</li> <li>• semua aktivitas pasien tampak dilakukan diatas tempat tidur</li> <li>• kekuatan otot sebelah kiri 1.</li> <li>• TD 130/80 mmHg, nadi 99x/menit, nafas 22x/menit.</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah pergerakan ekstremitas belum teratasi, peningkatan kekuatan otot belum teratasi, peningkatan rentang gerak (ROM) belum teratasi, serta penurunan kelemahan fisik belum teratasi.</p>	

			<p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan dengan mengajarkan Tn.A dalam melakukan aktivitas fisik seperti ROM aktif dan juga pasif, mengajarkan mobilisasi serta penggunaan alat bantu.</p>	
29 Februari 2024	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi keadaan umum pasien</li> <li>2. Mengukur tekanan darah setelah mobilitasi</li> <li>3. Melakukan penilaian kekuatan otot</li> <li>4. Melatih ROM pada ekstremitas yang lemah</li> </ol>	<p><b>S:</b> Tn.A mengatakan anggota gerak sebelah kiri masih terasa lemah</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan pasien tampak lemah</li> <li>• Pasien tampak masih enggan melakukan mobilisasi</li> <li>• Kekuatan otot pasien masih 1</li> <li>• TD: 132/78 mmHg</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah pergerakan ekstremitas belum teratasi, peningkatan kekuatan otot belum teratasi, peningkatan rentang gerak (ROM) belum teratasi, serta penurunan kelemahan fisik belum teratasi.</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
1 Maret 2024	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi keadaan umum pasien</li> <li>2. Melakukan penilaian kekuatan</li> </ol>	<p><b>S:</b> Tn.A mengatakan anggota gerak sebelah kiri masih terasa lemah dan susah untuk digerakkan</p> <p><b>O:</b></p>	



		<p>otot</p> <p>3. Melatih tindakan ROM</p> <p>4. Mengajarkan mobilisasi sederhana kepada pasien</p> <p>5. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot pasien masih 1</li> <li>• Kebutuhan pasien tampak dibantu</li> <li>• Pasien tampak sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kiri</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah pergerakan ekstremitas belum teratasi, peningkatan kekuatan otot belum teratasi, peningkatan rentang gerak (ROM) belum teratasi, serta penurunan kelemahan fisik belum teratasi.</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
2 Maret 2024	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>1. Mengukur tekanan darah</p> <p>2. Melatih ROM pada pasien</p> <p>3. Mengukur nilai kekuatan otot pasien</p>	<p><b>S:</b> Tn.A mengatakan anggota gerak sebelah kiri masih lemah, namun sudah mampu untuk mengangkat tangan secara perlahan.</p> <p><b>O:</b> Kekuatan otot pasien sudah 2, pasien sudah tampak mampu untuk mengangkat tangan.</p> <p><b>A:</b> Peningkatan kekuatan otot teratasi sebagian.</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan</p>	
3 Maret 2024	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan	<p>1. Mengidentifikasi keadaan umum pasien</p> <p>2. Mengukur</p>	<p><b>S:</b> Pasien mengatakan tubuhnya sudah terasa segar daripada hari sebelumnya namun anggota gerak sebelah</p>	

	kekuatan otot	tekanan darah pasien 3. Mengukur nilai kekuatan otot 4. Mengajarkan aktivitas ROM 5. Mengajarkan penggunaan alat bantu	kiri masih terasa lemah. <b>O:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dilakukan pemeriksaan kepada pasien ditemukan kekuatan otot pasien masih 2</li> <li>• belum ditemukan adanya peningkatan pada aktivitas fisik dan kekuatan otot</li> <li>• serta Tn.A belum mampu memperagakan penggunaan alat bantu semua aktivitas Tn.A masih dalam pengawasan keluarga.</li> <li>• TD: 140/80 mmHg, nadi 97x/menit, nafas 20x/menit.</li> </ul> <b>A:</b> Peningkatan kekuatan otot teratasi Sebagian, penurunan kelemahan fisik teratasi Sebagian. <b>P:</b> Intervensi dilanjutkan dirumah dikarenakan pasien sudah ada rencana pulang, intervensi	
--	---------------	---	--	--

			dibantu oleh keluarga dengan mengajarkan pasien tentang aktivitas fisik seperti ROM, mobilitas, dan penggunaan alat bantu.	
--	--	--	--	--

ORIGINALITY REPORT

16%

SIMILARITY INDEX

16%

INTERNET SOURCES

5%

PUBLICATIONS

14%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	3%
2	pustaka.poltekkes-pdg.ac.id Internet Source	3%
3	stp-mataram.e-journal.id Internet Source	2%
4	docobook.com Internet Source	1%
5	ecampus.poltekkes-medan.ac.id Internet Source	1%
6	repository.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	1%
7	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	1%
8	docplayer.info Internet Source	1%
9	Submitted to Sriwijaya University Student Paper	1%

10	<a href="http://adminlib.poltekkes-solo.ac.id">adminlib.poltekkes-solo.ac.id</a> Internet Source	1 %
11	<a href="http://repository.umpri.ac.id">repository.umpri.ac.id</a> Internet Source	1 %
12	<a href="http://journal.akpergshwng.ac.id">journal.akpergshwng.ac.id</a> Internet Source	1 %
13	<a href="http://scholar.unand.ac.id">scholar.unand.ac.id</a> Internet Source	1 %

Exclude quotes  On

Exclude matches  < 1%

Exclude bibliography  On