

**TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK  
PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK  
DI RSUP DR.M.DJAMIL PADANG  
RUANGAN NEUROLOGI**



**AGAM MAULUDDIN**  
**223110282**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
KEMENKES POLTEKKES PADANG  
TAHUN 2025**

**TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK  
PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK  
DI RSUP DR.M.DJAMIL PADANG  
RUANGAN NEUROLOGI**

*Diajukan ke Program Studi Diploma 3 Keperawatan Kemenkes  
Poltekkes Padang sebagai salah satu syarat untuk  
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan*



**AGAM MAULUDDIN**  
**223110282**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
KEMENKES POLTEKKES PADANG  
TAHUN 2025**

### PERSETUJUAN PEMBIMBING

Tugas akhir "Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Neurologi RSUP Dr.Mdjamil Padang"

Disusun oleh

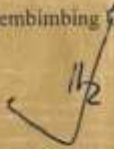
NAMA : Agam mauluddin

NIM : 223110282

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal : 28 Mei 2025

Menyetujui,

Pembimbing Utama,



Efitra, S.Kp, M.Kes  
NIP. 196401271987032002

Pembimbing Pendamping,



Herwati, SKM, M.Biomed  
NIP. 196205121982102001

Padang, 28 Mei 2025

Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep  
NIP. 197501211999032005

**HALAMAN PENGESAHAN**

**TUGAS AKHIR**

Tugas akhir "Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Neurologi RSUP Dr.Mdjamil Padang"

Disusun Oleh

NAMA:Agam Mauluddin

NIM:223110282

Telah dipertahankan dalam seminar di depan Dewan Penguji

Pada tanggal : 03 Juni 2025

**SUSUNAN DEWAN PENGUJI**

Ketua,

Nama :Ns.Idrawati Bahar, S.Kep, M.Kep

NIP :197107051994032003

Anggota,

Nama :Ns.Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep

NIP :197501211999032005

Anggota,

Nama :Hj.Efitra, S.Kp, M.Kes

NIP :196401271987032002

Anggota,

Nama :Herwati, SKM, M.Biomed

NIP :196205121982102001

Padang, 03 Juni 2025

Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang

  
Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep  
NIP. 197501211999032005

#### HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya tulis ilmiah ini adalah hasil karya tulis sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar.

Nama : Agam Mauluddin

NIM : 223110282

Tanda Tangan:



Tanggal : 03 Juni 2025

### PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama Lengkap	:Agam Mauluddin
NIM	:223110282
Tempat/Tanggal Lahir	:Jakarta, 05 Mei 2003
Tahun Masuk	:2022
Nama PA	:Ns.Yosi Suryarinilsih, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.MB
Nama Pembimbing Utama	:Hj.Efitra, S.Kp, M.,Kes
Nama Pembimbing Pendamping	:Herwati, SKM, M.Biomed

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan hasil Karya Ilmiah saya, yang berjudul : Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik di RSUP Dr.Mdjamil Padang Ruangan Neurologi

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

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padang, 03 Juni 2025



(Agam Mauluddin)

NIM 223110282



## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah Subhanahu wa ta'ala, karena atas berkat dan rahmat-Nya dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini dengan judul **“Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Rsup Dr.Mdjamil Padang Ruangan Neurologi ”** Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang. Peneliti mengucapkan terimakasih atas bantuan dan bimbingan dari Ibu Hj. Efitra, S.Kp, M.Kes selaku pembimbing 1 dan Ibu Herwati,SKM, M.Biomed selaku pembimbing 2 yang telah menyediakan waktu, tenaga, pikiran, dan kesabaran untuk mengarahkan peneliti dalam menyusun Tugas Akhir ini.

Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada:

1. Bapak Dr. dr. Dovy Djanas,Sp.OG(K) selaku Direktur RSUP Dr Mdjamil Padang yang telah membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan.
2. Ibu Renidayati, S.Kp, M.kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Padang yang telah membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan.
3. Bapak Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Padang yang telah membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan.
4. Ibu Ns.Yessi Fadriyati, S.Kep, M.Kep selaku ketua Prodi Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Padang dan sebagai penguji yang telah membantu dalam usaha memperoleh data dan arahan yang diperlukan.

5. Ibu Ns.Idrawati Bahar, S.Kep, M.Kep selaku penguji yang telah memberikan arahan selama penelitian dilakukan.
6. Bapak/Ibu Dosen dan Staf Program Studi Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan RI Padang yang telah memberikan bekal ilmu untuk peneliti.
7. Kepada kedua orang tua saya yaitu bapak Nana Heryana, ibu Diana sirli, dan kedua abang saya Muhammad Ulil Ayidi, Sahrul Hidayat, tak lupa kepada keluarga dan saudara saya yang telah memberikan doa, semangat dan dukungan baik materil maupun moril kepada peneliti untuk kelancaran pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kepada teman-teman saya yang telah memberikan semngat dan berjuang Bersama dalam menjalankan penelitian untuk kelancaran Karya Tulis Ilmiah.

Peneliti menyadari hasil penelitian ini masih terdapat kekurangan. Oleh sebab itu peneliti mengharapkan kritik dan saran agar Karya Tulis ilmiah ini menjadi lebih baik. Akhir kata peneliti berharap kepada Allah SWT membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tugas Akhir Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi peneliti untuk melanjutkan melakukan penelitian.

Padang, Mei 2025

Peneliti



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Agam Mauluddin

Nim : 223110282

Tempat / Tanggal Lahir : Jakarta / 05 Mei 2003

Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Status Perkawinan : Belum menikah

Orang tua

Ayah : Nana Heryana

Ibu : Diana Sirli

Alamat : Kp.Baru klender, Kel:Jatinegara, Kec:Cakung, Jakarta timur

Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun Ajaran
1	TK Permata Ibu	2008-2019
2	SDN Jatinegara 010 Pagi	2019-2015
3	SMPS Perguruan Rakyat 3	2015-2018
4	SMAN 2 Pandeglang	2018-2020
5	SMAS Panca Budi Medan	2020-2021
6	Kemenkes Poltekkes Padang	2022-2025

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah , April 2025**

**Agam Mauluddin**

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA  
PASIEEN STROKE NON HEMORAGIK DI RSUP DR.MDJAMIL PADANG  
RUANGAN NEUROLOGI**

**ABSTRAK**

Gangguan mobilitas fisik pasien stroke non hemoragik merupakan masalah keperawatan yang umum terjadi karena penyumbatan pembuluh darah yang mengakibatkan kerusakan jaringan pada otak. Kerusakan jaringan pada otak menyebabkan penurunan kekuatan otot, keterbatasan rentang gerak, dan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Data World Stroke Organization bahwa setiap tahunnya ada 13,7 kasus baru Stroke Survei Kesehatan Indonesia(SKI) tahun 2023, prevalensi Stroke di Indonesia adalah 8,3%. Tujuan penelitian mendeskripsikan asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien Stroke Non Hemoragik di ruangan Neurologi RSUP Dr.Mdjamil Padang.

Desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Waktu penelitian dimulai bulan Januari 2025 sampai dengan bulan Juni 2025. Populasi penelitian seluruh pasien yang mengalami Stroke Non Hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik. berjumlah 2 orang pasien, Besar sampel satu orang pasien dengan teknik *Simple Random Sampling*. Pengumpulan data melalui wawancara, pengukuran, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi. Analisis dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan teori dan penelitian terdahulu.

Hasil penelitian dari pengkajian didapatkan Pasien mengalami kelemahan otot pada ekstremitas kanan kekuatan otot 4 dan pada bagian kiri kekuatan otot 3, pasien berbicara pelo, memiliki riwayat stroke sebelumnya. Diagnosa keperawatan yang ditemukan yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Intervensi dan implementasi yaitu latihan ROM Pasif. ROM dilakukan pada siang hari dengan waktu 15-30 menit, Evaluasi hari kelima kekuatan otot pasien meningkat yaitu ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan 5. Dan kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri 4 Intervensi dilanjutkan.

Berdasarkan hasil penelitian ROM yang dilakukan secara continue sudah meningkat kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik dengan penurunan kekuatan otot sehingga ROM merupakan salah satu contoh yang dapat dilakukan oleh perawat.

**Isi : xiii + 72 halaman , 3 tabel , 12 lampiran**

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Gangguan Mobilitas , ROM , Stroke Non Hemoragik**

**Daftar Pustaka : 39 (2016-2024)**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN TUGAS AKHIR.....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....</b>	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>iError! Bookmark not defined.</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A.Latar Belakang.....	1
B.Rumusan Masalah.....	5
C.Tujuan Penelitian .....	5
D.Manfaat Penelitian.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
A.Mobilisasi pasien stroke non hemoragik .....	8
1.Pengertian Mobilisasi .....	8
2.Jenis Mobilisasi .....	8
3.Tujuan Mobilisasi .....	9
4.Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi.....	9
5.Stroke Non Hemoragik .....	11
6.Gangguan Mobilitas Fisik Pada Stroke Non Hemoragik .....	18
7.Latihan ROM Pada Stroke Non Hemoragik .....	20
B.Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik .....	30
1.Pengkajian Keperawatan .....	30
2.Diagnosa Keperawatan .....	36

3.Intervensi Keperawatan .....	36
4.Implementasi Keperawatan .....	40
5.Evaluasi Keperawatan .....	40
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>41</b>
A.Desain Penelitian .....	41
B.Tempat dan Waktu Penelitian .....	41
C.Populasi dan Sampel .....	41
D.Teknik Pengumpulan Data.....	44
E.Alat dan Instrumen Penelitian Data.....	45
F.Jenis–Jenis Data.....	46
G.Analisis Data.....	47
<b>BAB IV DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>48</b>
A.Deskripsi Tempat.....	48
B.Deskripsi Kasus .....	48
1.Pengkajian .....	48
2.Diagnosa Keperawatan .....	52
3.Intervensi Keperawatan .....	53
4.Implementasi Keperawatan .....	54
5.Evaluasi Keperawatan .....	59
C.Pembahasan Kasus .....	60
1.Pengkajian .....	61
2.Diagnosa keperawatan.....	63
3.Intervensi Keperawatan .....	65
4.Implementasi Keperawatan .....	66
5.Evaluasi keperawatan .....	67
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>70</b>
A.Kesimpulan.....	70
B.Saran .....	71
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## **DAFTAR TABEL**

<b>Tabel 2. 1 SOP LATIHAN ROM PASIEN STROKE NON HEMORAGIK .....</b>	<b>29</b>
<b>Tabel 2. 2 Skala Kekuatan Otot .....</b>	<b>33</b>
<b>Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan .....</b>	<b>36</b>

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Ganchart
- Lampiran 2 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 1
- Lampiran 3 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 2
- Lampiran 4 : Surat izin Survey Awal Pengambilan Data dari Institusi  
Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 5 : Surat Izin Pengambilan Data Awal dari RSUP  
Dr.M.Djamil Padang
- Lampiran 6 : Surat Izin Penelitian dari Institusi Kemenkes  
Poltekkes Padang
- Lampiran 7 : Surat Izin Penelitian dari RSUP.M.Djamil Padang
- Lampiran 8 : Surat Persetujuan (Inform Consent)
- Lampiran 9 : Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 10 : Format Pengkajian Keperawatan Dasar
- Lampiran 11 : Surat Selesai Penelitian
- Lampiran 12 : Cek Plagiarisme (Turnitin)

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, mobilitas fisik merupakan kebutuhan manusia yang paling dasar untuk bergerak melakukan aktivitas dengan sendirinya dan juga yang pastinya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Kebutuhan untuk dihargai dan aktualisasi diri<sup>1</sup>.

Menurut Virginia Handerson menyatakan dengan teorinya bahwasanya manusia mempunyai 14 kebutuhan dasar salah satunya adalah bergerak dan mempertahankan posisi yang dikehendaki (mobilisasi),<sup>2</sup>. Virginia Handerson juga menyatakan bahwa Kebutuhan dasar menurutnya adalah bergerak dan mempertahankan posisi yang dikehendaki (mobilisasi). Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, teratur, dan mempunyai tujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan.

Mobilitas fisik merupakan kemampuan individu untuk bergerak bebas dengan teratur yang bertujuan agar memenuhi kebutuhan aktifitas untuk mempertahankan kesehatan. Adapun faktor yang mempengaruhi mobilitas yaitu dimulai gaya hidup apabila gaya hidup kurang sehat semisal dari makanan, kurang berolah raga dan kurang gerak bebas bisa berpengaruh dalam mobilitas seseorang, usia dan status perkembangan apabila usia seseorang semakin bertambah dan status perkembangan seperti kekuatan otot menurun bisa mempengaruhi mobilitas berbeda dengan usia yang masih muda yang mempunyai energi yang kuat dalam bergerak<sup>3</sup>.



World Health Organization (WHO) Menjelaskan, Stroke adalah suatu keadaan dimana ditemukan tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik fokal dan global, yang dapat memberat dan berlangsung lama selama 24 jam atau lebih dan atau dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain vaskuler. Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah yang mengakibatkan sebagian otak tidak mendapatkan pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga mengalami kematian sel/jaringan (Kemenkes RI, 2019). Stroke merupakan penyakit kematian kedua setelah penyakit jantung dan penyebab disabilitas ketiga di dunia. Menurut Data World Stroke Organization bahwa setiap tahunnya ada 13,7 kasus baru stroke dan sekitar 5,5 juta kematian akibat penyakit stroke.<sup>4</sup>

Berdasarkan data Riset menurut Survei Kesehatan Indonesia(SKI) 2023, Stroke bukan sekadar penyakit. di Indonesia, stroke adalah penyebab kematian dan disabilitas tertinggi, prevalensi stroke di Indonesia adalah 8,3 per 1.000 penduduk. Fakta menurut WHO 1 dari 4 orang akan mengalami stroke dalam hidupnya<sup>30</sup>.

Prevalensi stroke di Sumatera Barat yaitu sebesar 10,8% dan di Kota Padang sendiri pada tahun 2022 prevalensi stroke sebesar 17,8% dari total kejadian stroke di Sumatera Barat. Stroke merupakan penyakit serebrovaskular yang ditandai dengan penurunan fungsi otak sebagai akibat dari kerusakan jaringan otak atau kematian akibat suplai darah yang tidak memadai ke otak. Berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak dapat diakibatkan oleh tersumbatnya pembuluh darah di otak. Stroke sering terjadi dengan cepat dengan gejala yang berbeda-beda tergantung dari area otak mana yang tidak mendapatkan cukup darah. Oleh karena itu, diperlukan waktu secepat mungkin untuk menolong pasien dengan stroke agar kerusakan yang terjadi pada otak minimal<sup>5</sup>.

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan Mobilitas Fisik dengan proses keperawatan yaitu dimulai dari Pengkajian dengan melakukan Pemeriksaan tingkat kesadaran dengan skala Glasgow Coma Scale (GCS), Pemeriksaan fungsi syaraf kranial, Mengukur kekuatan otot dengan alat ukur skala kekuatan otot, Diagnosis, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi, Perawat dalam melakukan pengkajian keperawatan menggunakan standar asuhan keperawatan yaitu: SDKI, SLKI, dan SIKI <sup>6</sup>. Berdasarkan SIKI intervensi yang dapat dilakukan terhadap pasien stroke salah satu nya dengan melakukan latihan range of motion secara teratur pada waktu pagi hari setelah pasien melakukan personal hygiene yang dilakukan satu kali sehari Dalam hal ini perawat harus memperhatikan kondisi pasien, latihan yang diberikan tidak boleh membebani kondisi fisik pasien. Pemberian asuhan keperawatan dengan latihan ROM ini dapat meningkatkan kekuatan otot dan ketahanan otot pasien<sup>7</sup>.

Latihan ROM cukup efektif dalam mencegah terjadinya cedera pada pasien stroke hemoragik, penerapan ROM merupakan tindakan penting yang diterapkan oleh perawat untuk menyukseskan program perawatan pasien atau mencegah terjadinya kecacatan permanen pasca hospitalisasi pada pasien stroke, kemudian menurunkan tingkat ketergantungan pasien stroke non hemoragik (Gomez-Cuaresma et al., 2021). Terapi latihan ROM dapat dilakukan untuk menjaga kemampuan pasien stroke dalam menggerakkan sendi-sendinya secara keseluruhan dan mencegah terjadinya cedera. Latihan ROM menggerakkan setiap sendi secara aktif maupun pasif sehingga memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan pada otot <sup>8</sup>. Latihan ROM terbagi menjadi dua yaitu ROM pasif dan ROM aktif. ROM pasif adalah latihan gerakan sendi yang dilakukan oleh terapis tanpa dibantu oleh pasien. sedangkan ROM aktif adalah latihan gerakan sendi yang dilakukan sendiri oleh pasien. Latihan ROM yang sering dijumpai pada pasien stroke di ruang rawatan yaitu latihan ROM pasif.

Menurut (Azizah & Wahyuningsih, 2020) masalah yang muncul pada penderita stroke adalah adanya suatu masalah pada anggota gerak sehingga kemampuan individu dalam bergerak tidak bisa bebas dan terbatas yang bisa disebut dengan masalah gangguan mobilitas fisik. Masalah ini dapat diberikan tindakan non-farmakologi seperti latihan ROM pasif pada pasien stroke<sup>9</sup>.

Menurut Daulay & Hidayah, (2021) ROM merupakan latihan yang memiliki tujuan untuk memperbaiki serta mempertahankan kemampuan sendi untuk bergerak secara lengkap serta normal, dan meningkatkan tonus serta massa otot. Latihan ROM melibatkan pasien untuk menggerakkan setiap persendiannya secara normal agar memungkinkan otot-otot dapat meregang dan berkontraksi. Dalam penelitian Purba,dkk (2022) terhadap 20 orang pasien stroke ditemukan bahwa mayoritas nilai kekuatan otot skala 3 (67,9%) dan minoritas kekuatan otot skala 4 (10.7%). Setelah dilakukan ROM, kekuatan otot meningkat dengan minimal skala 2 dan maksimal skala 5. Berdasarkan hasil analisa data dalam penelitian tersebut pemberian ROM efektif terhadap pasien stroke mengalami peningkatan kekuatan otot.

Berdasarkan data yang didapatkan dari rekam medis RSUP Dr. M. Djamil Padang diperoleh data jumlah pasien stroke non hemoragik pada tahun 2021 sebanyak 189, data jumlah pasien stroke non hemoragik 2022 sebanyak 327 orang, sedangkan data 3 bulan terakhir bahwa ada sebanyak 113 orang yang menderita stroke non hemoragik. Berdasarkan hasil survei awal yang peneliti lakukan di ruangan inap syaraf RSUP DR. M. Djamil Padang tanggal 3 Januari 2025 didapatkan 7 orang pasien yang sedang dirawat dengan diagnose medis stroke non hemoragik. Hasil wawancara yang dilakukan pada salah satu pasien yaitu pasien mengeluh lemah pada anggota gerak sebelah kanan sehingga sulit beraktifitas sehari-hari. Dalam pemenuhan aktifitas

pasien masih dibantu oleh perawat dan keluarga. Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada perawat ruangan, perawat mengatakan sudah melakukan tindakan ROM. Namun ROM yang dilakukan perawat belum dilaksanakan secara teratur pada setiap pasien yang menyebabkan belum teratasinya gangguan kelemahan otot pada sebagian anggota tubuh pasien. Jika ROM tidak dilaksanakan secara teratur maka pasien dapat mengalami penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, dan penurunan fungsi menyebabkan pasien sulit melakukan aktivitas sehari-hari.

Berdasarkan uraian di atas peneliti telah melakukan penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik di RSUP Dr. M. Djamil Padang”

## **B. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi RSUP Dr.Mdjamil Padang tahun 2025

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum peneliti adalah untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi RSUP Dr.Mdjamil Padang tahun 2025.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi RSUP Dr.Mdjamil Padang tahun 2025.
- b. Mendeskripsikan diagnose keperawatan pada pasien Stroke Non

Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik pada kasus Stroke di Ruang Neurologi RSUP Dr.Mdjamil Padang tahun 2025.

- c. Mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien dengan Gangguan Mobilitas Fisik Pada kasus Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi RSUP Dr.Mdjamil Padan tahun 2025.
- d. Mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien dengan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Kasus Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi RSUP Dr.Mdjamil Padang tahun 2025.
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Kasus Stroke Non Hemoragik di Ruang Neurologi RSUP Dr.Mdjamil Padang tahun 2025.

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

##### **1. Bagi RSUP Dr.Mdjamil Padang**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pendorong perawat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan terhadap gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik menggunakan Latihan ROM.

##### **2. Bagi Peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan berguna untuk menambah wawasan dan pengalaman bagi peneliti dalam memberikan asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik menggunakan Latihan ROM.

##### **3. Bagi Mahasiswa Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang**

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan bacaan dalam pembelajaran bagi mahasiswa tentang gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik menggunakan Latihan ROM.

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

Hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi dan sumber bagi peneliti

selanjutnya tentang gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non  
hemoragik menggunakan Latihan ROM.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Mobilisasi pasien stroke non hemoragik**

##### **1. Pengertian Mobilisasi**

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri. Mengalami gangguan gerak atau gangguan pada kekuatan ototnya akan berdampak pada aktivitas sehari-harinya. Untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit lain maka perlu dilakukan latihan 4 mobilisasi. Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri harga diri dan citra tubuh<sup>11</sup>.

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

Menurut (Risnah, dkk 2022) ada dua jenis mobilisasi yaitu :

###### **a. Mobilisasi Penuh**

merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan kegiatan sehari-hari. Mobilisasi penuh ini merupakan fungsi saraf motorik valunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.

###### **b. Mobilisasi Sebagian**

merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Hal ini



dapat dijumpai pada kasus cidera atau patah tulang dengan pemasangan traksi. Pasien para plegi dapat mengalami mobilisasi sebagian pada ekstremitas bawah karena kehilangan kontrol motorik dan sensorik. Mobilitas sebagian ini dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

1) Mobilisasi sebagian temporer

Merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversibel pada sistem muskuloskeletal, contohnya adalah adanya sendi dan tulang.

2) Mobilisasi sebagian permanen

Merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf yang reversibel, contohnya terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomielitis karena terganggunya sistem saraf motorik dan sensorik<sup>11</sup>.

### **3. Tujuan Mobilisasi**

Menurut Ambarwati, pada tahun 2020 diperlukan mobilisasi untuk meningkatkan kemandirian, meningkatkan kesehatan, memperlambat perkembangan penyakit terutama pada penyakit degeneratif, dan meningkatkan aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh)<sup>12</sup>.

### **4. Faktor Yang Mempengaruhi Mobilisasi**

Menurut Hidayat (2020), mobilisasi seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya :

a. Gaya Hidup

Perubahan gaya hidup dapat memengaruhi kemampuan mobilisasi seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari – hari. Hal ini terjadi karena adanya perubahan gaya hidup terutama orang muda perkotaan modern, seperti mengonsumsi makanan siap saji (fast food) yang mengandung kadar lemak tinggi, kebiasaan merokok, minuman beralkohol, kerja berlebihan, kurang berolahraga dan stres (Junaidi,2021).

b. Proses penyakit / cedera

Proses penyakit dapat memengaruhi kemampuan mobilisasi karena dapat memengaruhi fungsi sistem tubuh.

c. Kebudayaan

Kemampuan melakukan mobilitas dapat juga dipengaruhi kebudayaan. Sebagai contoh, orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilisasi yang kuat, sebaliknya ada orang yang mengalami gangguan mobilisasi (sakit) karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktivitas.

d. Tingkat energi

Energi adalah sumber untuk melakukan mobilisasi. Agar seseorang dapat melakukan mobilisasi dengan baik, dibutuhkan energi yang cukup.

e. Usia dan Status Perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan mobilisasi pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia. Semakin bertambahnya usia, semakin besar pula risiko terjadinya stroke. Hal ini terkait dengan proses degenerasi (penuaan) yang terjadi

secara alamiah. Pada orang-orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak. Penimbunan plak yang berlebih akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh termasuk otak (Ambarwati, 2020).

Sedangkan menurut Vaughans, 2021 faktor – faktor yang memengaruhi mobilisasi yaitu :

- 1) Tahap pertumbuhan
- 2) Jenis pekerjaan
- 3) Lingkungan rumah
- 4) Status kesehatan secara keseluruhan (gizi, olah raga, status mental)
- 5) Intervensi terapeutik
- 6) Luka traumatis
- 7) Penyakit atau cacat (muskuloskeletal, neurologis, kardiovaskuler, pernapasan).

## **5. Stroke Non Hemoragik**

### **a. Pengertian**

Stroke non hemoragik didefinisikan sebagai infark otak, sumsum tulang belakang atau retina dan mewakili semua stroke secara menyeluruh. stroke non hemoragik yaitu penyakit/gangguan fungsi saraf yang terjadi secara tiba-tiba akibat terhentinya aliran darah di otak<sup>13</sup>. Stroke non hemoragik merupakan stroke yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah akibat adanya gangguan suplai darah ke otak sehingga aliran darah ke otak terhenti. Stroke terjadi apabila pembuluh darah otak mengalami penyumbatan atau pecah. Akibatnya, sebagian otak tidak menerima suplai darah yang

membawa oksigen yang diperlukan, sehingga mengalami kematian sel/jaringan. Jadi, stroke non hemoragik adalah gangguan persarafan yang terjadi secara mendadak/tiba-tiba pada penderitanya yang disebabkan oleh tersumbatnya pembuluh darah sehingga aliran darah ke otak mengalami gangguan.

#### b. Etiologi

Stroke non hemoragik terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak baik sebagian maupun keseluruhan terhenti. Penyumbatan pembuluh darah disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya hipertensi, merokok, diabetes mellitus, dan kolesterol tinggi<sup>14</sup>

##### 1) Hipertensi

Faktor risiko yang paling utama pada stroke non hemoragik yaitu hipertensi<sup>15</sup>. Hipertensi sering disebut sebagai *the silent killer* karena tanpa keluhan dapat berisiko stroke (Kemenkes RI, 2022).

##### 2) Merokok

Merokok menjadi salah satu faktor pemicu terjadinya stroke non hemoragik, karena zat-zat kimia beracun yang terkandung di dalam rokok akan menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah sehingga akan memicu terjadinya aterosklerosis pada pembuluh darah.

##### 3) Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus dapat menyebabkan stroke non hemoragik disebabkan oleh proses aterosklerosis. Diabetes dapat meningkatkan risiko stroke dua kali lipat. Semakin tinggi kadar gula dalam darah, maka akan semakin mudah terkena stroke.

##### 4) Hiperkolesterolemia / Kolesterol Tinggi

Hiperkolesterolemia yaitu peningkatan kadar kolesterol dalam darah. Kolesterol yang berlebihan di dalam darah dapat membentuk plak pada dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan penyempitan pembuluh darah atau aterosklerosis.

#### c. Patofisiologi

Pasien dengan stroke non hemoragik sering mengalami masalah neuro muskuloskeletal. Masalah bagi pasien stroke ditentukan dari bagian otak yang mengalami kerusakan yang mempengaruhi sisi kanan atau kiri bagian tubuh dan kemudian akan mempengaruhi perubahan fungsi motorik pasca stroke. Sebagian besar pasien stroke membutuhkan bantuan dalam kehidupan sehari-hari karena pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas. Permasalahan yang sering ada saat merawat pasien stroke non hemoragik yaitu, defisit nutrisi, gangguan integritas kulit atau jaringan, defisit perawatan diri, gangguan menelan, gangguan komunikasi verbal dan risiko perfusi serebral tidak efektif<sup>16</sup>.

Stroke non hemoragic terjadi karena adanya penyumbatan di pembuluh darah dalam otak karena adanya penyempitan dan penebalan arteri yang disebabkan oleh plak. Pada kondisi medis, seseorang yang terkena serangan stroke akan mengalami kehilangan suplai oksigen ke otak dan akan terjadinya nekrosis atau kerusakan saraf pada otak terjadi secara mendadak. Stroke ditandai adanya tanda-tanda klinik yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa adanya penyebab lain yang jelas.

Stroke dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang dapat dikategorikan menjadi faktor yang dapat diubah dan faktor yang tidak dapat diubah. Faktor yang dapat diubah ialah gaya hidup penderita

(merokok, obesitas, pengecekan kesehatan rutin seperti gula darah, hipertensi, kolesterol) dan faktor yang tidak dapat diubah ialah usia, jenis kelamin. Pada penderita stroke baik stroke hemoragik maupun stroke non hemoragik akan mengakibatkan munculnya berbagai macam masalah keperawatan diantaranya adalah gangguan mobilitas fisik, nyeri akut, gangguan komunikasi verbal, defisit perawatan diri, defisit nutrisi dan masalah lainnya. Masalah-masalah tersebut harus segera ditangani agar tidak menyebabkan penurunan kesehatan dan menambah masalah kesehatan lainnya .

Hemiparesis adalah suatu kondisi adanya kelemahan pada salah satu sisi tubuh atau ketidakmampuan untuk menggerakkan anggota tubuh pada satu sisi. Istilah ini berasal dari kata hemi yang berarti separuh, setengah, atau satu sisi dan paresis yang berarti kelemahan (Permadhi et al., 2022).

#### d. Manifestasi Klinis

Gejala yang dapat timbul diantaranya yaitu terjadi secara mendadak, terdapat nyeri kepala berat, *parasthesia* (kesemutan), paresis (kelumpuhan atau penurunan kekuatan otot pada sebagian anggota badan), serta gangguan gerak. Pada tahapan awal stroke, gambaran klinis biasanya berupa kelumpuhan (*paralysis*) dan hilang atau melemahnya refleks tendon, kesulitan menelan (*dysphagia*), gangguan komunikasi, gangguan persepsi, perubahan kemampuan kognitif dan efek psikologis, serta disfungsi kandung kemih<sup>17</sup>.

Selain itu manifestasi klinis yang lain yang dapat terjadi pada klien dengan stroke non hemoragik diantaranya :

- 1) Penyumbatan pembuluh darah secara tiba-tiba karena trombus

- 2) Dapat terbentuk trombus yang kemudian lepas sebagai emboli
- 3) Menyebabkan aneurisma yaitu pembuluh darah menjadi lebih lemah atau lebih tipis sehingga mudah robek
- 4) Gangguan berbicara dan bahasa
- 5) Gangguan memori/daya ingat
- 6) Nyeri kepala hebat
- 7) Vertigo
- 8) Kelemahan atau kelumpuhan pada separuh badan
- 9) Gangguan fungsi otak
- 10) Penurunan kesadaran

e. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada klien dengan stroke non hemoragik diantaranya<sup>18</sup>:

1) Angiografi Serebral

Pemeriksaan ini menggunakan sinar rontgen untuk mengidentifikasi pembuluh darah yang tidak mendapatkan cukup oksigen yang adekuat pada arteri dan vena. Pemeriksaan angiografi serebral membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruktif arteri, oklusi.

2) Electro Encefalography (EEG)

Pemeriksaan dengan memperlihatkan dan mengidentifikasi penyebab spesifik dari gelombang otak, yaitu menunjukkan adanya perlambatan gelombang dan



pengurangan volume otak karena aliran darah di otak berkurang dan laju melambat di bagian otak yang mengalami kematian.

### 3) USG Doppler

Pemeriksaan untuk mengetahui pembuluh darah intrakranial dan ekstrakranial dengan menentukan adanya stenosis arteri karotis.

### 4) CT Scan

Pemeriksaan dengan memastikan lokasi jaringan otak yang mengalami edema serebral dan iskemik. Pada 24 hingga 48 jam dapat terlihat di bagian otak yang berwarna lebih gelap atau gelap (hitam ringan atau berat) akibat kekurangan oksigen di jaringan otak.

### 5) MRI

Pemeriksaan menunjukkan hasil adanya peningkatan TIK, tekanan yang abnormal yang terlihat di area iskemik.

### 6) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan darah rutin (hemoglobin, hematokrit, eritrosit, leukosit, trombosit) dan pemeriksaan kimia klinik (kolesterol, asam urat, trigliserida).

## f. Komplikasi

### 1) Hipoksia Serebral dan menurunnya aliran darah otak

Pada area otak yang infark atau terjadi kerusakan karena perdarahan maka terjadi gangguan perfusi jaringan akibat

terhambatnya aliran darah otak Tidak adekuatnya aliran darah dan oksigen mengakibatkan hipoksia jaringan otak. Fungsi dari otak akan sangat tergantung pada derajat kerusakan dan lokasinya. Aliran darah ke otak sangat tergantung pada tekanan darah, fungsi jantung atau kardiak output, Keutuhan pembuluh darah. Sehingga pada pasien dengan stroke keadekuatan aliran darah sangat dibutuhkan untuk menjamin perfusi jaringan yang baik untuk menghindari terjadinya hipoksia serebral.

## 2) Edema Serebri

Respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak.

## 3) Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK)

Bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan tekanan intrakranial yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam kehidupan.

## 4) Aspirasi

Pasien stroke dengan gangguan kesadaran atau koma sangat rentang terhadap adanya aspirasi karena tidak adanya refleks batuk dan menelan. Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat imobilisasi

seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, trombosis inkontinensia urin dan bowel. vena dalam, atrofi, inkontinensia Kejang, terjadi akibat Kerusakan atau gangguan pada aktivitas listrik otak Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, dan nyeri kepala cluster Malnutrisi, karena intake yang adekuat<sup>19</sup>.

## **6. Gangguan Mobilitas Fisik Pada Stroke Non Hemoragik**

Gangguan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada stroke akut gejala klinis meliputi:

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparesis) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak. Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan terjadi pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot volunter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan
- c. Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan sistem saraf otonom dan gangguan saraf sensorik. Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.
- d. Afasia (kesulitan dalam bicara)  
Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada

pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle serebral kiri. Afasia dibagi menjadi 3 yaitu afasia motorik, sensorik dan afasia global. Afasia motorik tau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat dan kesulitan dalam bicara. Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensorik pasien tidak mampu menerima stimulasi pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung tau koheren. Pada afasia global pasien dapat dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

e. Disartria (bicara cadel atau pelo)

Kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus Kranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

f. Gangguan Penglihatan, diplopia

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal tau parietal yang dapat menghambat serat saraf optic pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf kranial III, IV dan VI.

g. Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nerva

kranial IX. Selama inenelan bolus didorong oleh lidah dan gluteis menutup kemudian makanan masuk ke esofagus<sup>19</sup>.

## **7. Latihan ROM Pada Stroke Non Hemoragik**

Pemberian latihan pergerakan sendi atau Range Of Motion (ROM) adalah salah satu bentuk intervensi yang dapat dilakukan perawat untuk meningkatkan kualitas hidup klien yang terkena stroke. Latihan rentang gerak baik pasif maupun aktif dilakukan sebagai upaya mencegah kontraktur. Setiap hari, kontraktur dapat terjadi jika immobilisasi selama 8 jam, dengan cara melatih gerakan pada jari-jari tangan dan kaki, pergelangan tangan dan kaki, siku, lengan, lutut dan tungkai dengan tetap berkolaborasi dengan tenaga fisiotherapist guna meningkatkan kemampuan gerakan aktif, mengembalikan kelenturan sendi dan mencegah terjadinya deformitas.

Latihan ROM pasif pada pasien stroke dapat menjadi alternatif untuk mempengaruhi dan meningkatkan rentang sendi pada ekstremitas atas dan bawah. Hasil analisis menunjukkan ROM pasif dapat meningkatkan rentang sendi, dimana reaksi kontraksi dan relaksasi selama gerakan ROM pasif yang dilakukan pada pasien stroke terjadi peningkatan aliran darah dan penguluran serabut otot pada daerah sendi yang mengalami paralisis. Dilakukannya ROM pasif dapat menjadi pilihan alternatif dalam meningkatkan rentang sendi pada pasien stroke yang mengalami paralisis. Berdasarkan penelitian Agusrianto & Rantesigi, (2020) menyatakan penerapan Latihan Range Of Motion (ROM) pasif di jadwal rutin dua kali sehari pagi dan sore hari selama enam hari dengan waktu pemberian 15-20 menit dapat meningkatkan kekuatan otot pada ekstremitas yang mengalami kelemahan.<sup>o</sup> Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rahayu, (2014) menyatakan latihan ROM dikatakan dapat

meningkatkan fleksibilitas dan luas gerak sendi pada pasien stroke, dapat mencegah terjadinya penurunan kekakuan sendi dan fleksibilitas sendi, dan latihan ROM dapat menimbulkan rangsangan sehingga meningkatkan aktivitas dari kimiawi, neuromuskuler dan muskuler<sup>17</sup>.

### 3. Penatalaksanaan yang harus di perhatikan

Latihan Range Of Motion adalah tindakan atau latihan otot atau persendian yang diberikan yang mobilitas sendinya terbatas. Hal-hal yang harus diperhatikan sebelum melakukan ROM pada pasien stroke antara lain:

- 1) Perhatikan keadaan umum pasien, apakah merasa kelelahan, pusing.
- 2) Pastikan pakaian dalam keadaan longgar
- 3) Jangan lakukan pada penderita patah tulang
- 4) Jangan lakukan latihan fisik segera setelah penderita makan
- 5) Gunakan Gerakan nadam yang benar untuk menghindari
- 6) ketegangan/luka pada penderita
- 7) Gunakan kekuatan dengan pegangan yang nyaman ketika melakukan latihan
- 8) Gerakan bagian tubuh dengan lancar, pelan dan berirama
- 9) Hindari gerakan yang terlalu sulit
- 10) Jika kejang pada saat latihan, hentikan
- 11) Jika terjadi kekakuan tekan pada daerah yang kaku, teruskan latihan dengan perlahan.

Menurut (Hidayat, 2014) tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah pengaturan posisi tubuh sesuai

kebutuhan pasien dan melakukan latihan ROM pasif dan aktif.

ROM Aktif yaitu gerakan yang dilakukan oleh seseorang (pasien) dengan menggunakan energi sendiri. Perawat memberikan motivasi, dan membimbing klien dalam melaksanakan pergerakan sendiri secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal (klien aktif). Kekuatan otot 75 %. Hal ini untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan otot-ototnya secara aktif. Sendi yang digerakkan pada ROM aktif adalah sendi di seluruh tubuh dari kepala sampai ujung jari kaki oleh klien sendiri secara aktif.

ROM Pasif yaitu energi yang dikeluarkan untuk latihan berasal dari orang lain (perawat) atau alat mekanik. Perawat melakukan gerakan persendian klien sesuai dengan rentang gerak yang normal (klien pasif). Kekuatan otot 50 %. Indikasi latihan pasif adalah pasien semikoma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstermitas total. Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien. Sendi yang digerakkan pada ROM pasif adalah seluruh persendian tubuh atau hanya pada ekstremitas yang terganggu dan klien tidak mampu melaksanakannya secara mandiri.



#### 4. Latihan ROM

Latihan berikut dilakukan untuk memelihara dan mempertahankan kekuatan otot serta memelihara mobilitas persendian:

- 1) Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan Caranya adalah sebagai berikut:
  - a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
  - b) Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk dengan lengan
  - c) Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien
  - d) Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin
  - e) Catat perubahan yang terjadi
- 2) Fleksi dan Ekstensi Siku Caranya adalah sebagai berikut:
  - a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
  - b) Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dengan telapak mengarah ke tubuhnya
  - c) Letakkan tangan di atas siku pasien dan pegang tangannya dengan tangan lainnya
  - d) Tekuk siku pasien sehingga tangannya mendekat bahu
  - e) Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya
  - f) Catat perubahan yang terjadi
- 3) Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah Caranya adalah sebagai berikut:
  - a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan

- b) Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk
- c) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya
- d) Putar lengan bawah pasien sehingga telapaknya menjauhinya
- e) Kembalikan ke posisi semula
- f) Putar lengan bawah pasien sehingga telapak tangannya menghadap ke arahnya
- g) Kembalikan ke posisi semula
- h) Catat perubahan yang terjadi

#### 4) Pronasi Fleksi Bahu

Caranya adalah sebagai berikut:

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Atur posisi tangan pasien di sisi tubuhnya
- c) Letakkan satu tangan perawat diatas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya
- d) Angkat lengan pasien pada posisi semula
- e) Catat perubahan yang terjadi

#### 5) Abduksi dan Adduksi

Caranya adalah sebagai berikut:

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Atur posisi lengan pasien di samping badannya
- c) Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya

- d) Gerakan lengan pasien menjauh dari tubuhnya ke arah perawat
- e) Kembalikan ke posisi semula
- f) Catat perubahan yang terjadi

6) Rotasi Bahu

Caranya adalah sebagai berikut:

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Atur posisi lengan pasien menjauhi tubuh dengan siku menekuk
- c) Letakkan satu tangan perawat dilengan atas pasien dekat siku dan pegang tangan pasien dengan tangan yang lain
- d) Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah
- e) Kembalikan lengan ke posisi semula
- f) Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas
- g) Kembalikan lengan ke posisi semula
- h) Catat perubahan yang terjadi

7) Fleksi dan Ekstensi Jari-jari Caranya sebagai berikut:

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang kaki

- c) Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah
- d) Luruskan jari-jari kemudian forong ke belakang
- e) Kembalikan ke posisi semula
- f) Catat perubahan yang terjadi

8) Inversi dan Eversi Kaki Caranya adalah sebagai berikut:

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan tangan satunya
- c) Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya
- d) Kembalikan ke posisi semula
- e) Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain
- f) Kembalikan ke posisi semula
- g) Catat perubahan yang terjadi

9) Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Kaki Caranya adalah sebagai berikut :

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Letakkan satu tangan pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain diatas pergelangan kaki. Jaga kaki lurus dan rileks
- c) Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada pasien
- d) Kembalikan ke posisi semula

- e) Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien
- f) Catat perubahan yang terjadi

10) Fleksi dan Ekstensi Lutut Caranya adalah sebagai berikut:

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Letakkan satu tangan dibawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain
- c) Angkat kaki, tekuk pada lutut dan paha
- d) Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin
- e) Kebawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas
- f) Kembali ke posisi semula
- g) Catat perubahan yang terjadi

11) Rotasi Pangkal Paha

Caranya adalah sebagai berikut :

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain diatas lutut
- c) Putar kaki menjauhi perawat
- d) Putar kaki ke arah perawat
- e) Kembalikan ke posisi semula
- f) Catat perubahan yang terjadi

12) Abduksi dan Adduksi Pangkal Paha Caranya adalah sebagai berikut :

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Letakkan satu tangan perawat dibawah lutut pasien dan satu tangan pada satu tumit
- c) Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8 cm dari tempat tidur , gerakkan kaki menjauhi badan pasien
- d) Gerakkan kaki mendekati pasien badan pasien
- e) Kembalikan ke posisi semula
- f) Catat perubahan yang terjadi

#### 13) Rotasi Pangkal Paha

Caranya adalah sebagai berikut :

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain diatas lutut
- c) Putar kaki menjauhi perawat
- d) Putar kaki ke arah perawat
- e) Kembalikan ke posisi semula
- f) Catat perubahan yang terjadi

#### 14) Abduksi dan Adduksi Pangkal Paha Caranya adalah sebagai berikut :

- a) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- b) Letakkan satu tangan perawat dibawah lutut pasien dan satu tangan pada satu tumit

- c) Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8 cm dari tempat tidur , gerakkan kaki menjauhi badan pasien
- d) Gerakkan kaki mendekati pasien badan pasien
- e) Kembalikan ke posisi semula
- f) Catat perubahan yang terjadi

***Tabel 2. 1 SOP LATIHAN ROM PASIEN STROKE NON HEMORAGIK***

<b><i>STANDART</i></b>	<b><i>RANGE OM MOTION (ROM)</i></b>
<b><i>Pengertian</i></b>	Latihan gerak pasif atau range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara persendian secara normal dan lengkap
<b><i>Tujuan</i></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan Secara pasif tergantung dengan keadaan pasien.</li> <li>2. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot</li> </ol>
<b><i>Indikasi</i></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang mengalami hambatan mobilitas</li> <li>2. fisik</li> <li>3. Pasien yang mengalami keterbatasan rentang gerak</li> </ol>
<b><i>Prosedur Kerja</i></b>	Tahap Kerja Gerakan Rom <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leher Tekuk kepala kebawah dan keatas lalu menoleh kesamping kanan dan kiri.</li> <li>2. Lengan/pundak Angkat tangan keatas lalu kembali ke bawah, setelah itu ke samping dan ke bawah lagi.</li> <li>3. Siku Dengan menekuk lengan, gerakan lengan ke atas dan kebawah.</li> <li>4. Pergelangan tangan Tekuk pergelangan tangan kedalam dan</li> </ol>

<i>Evaluasi</i>	<p>keluar lalu samping kiri dan kanan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Jari Tangan Tekuk keempat jari tangan ke arah dalam lalu regangkan kembali. Kepalkan seluruh jari lalu buka. Tekuk tiap jari satu persatu.</li> <li>6. Lutut Angkat kaki keatas lalu lutut ditekuk kemudian diturunkan lagi. Gerakan kaki ke samping kanan dan kiri lalu putar ke arah dalam dan luar</li> <li>7. Pergelangan kaki Tekuk pergelangan kaki keatas lalu luruskan. Tekuk jari kaki ke atas dan kebawah</li> <li>8. Jika mampu berdiri lakukan gerakan badan membungkuk kemudian putar pinggang ke samping kanan dan kiri ingat tidak di paksakan</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respon Respon verbal: klien mengatakan tidak kaku lagi Respon non verbal: klien</li> <li>2. tidak terlihat sulit untuk menggerakkan sisi tubuhnya yang kaku.</li> <li>3. Beri reinforcement positif.</li> <li>4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya.</li> <li>5. Mengakhiri kegiatan dengan baik.</li> </ol>
-----------------	--

(Sumber, Kasiati, NS, Ni Wayan Dwi Roslamawati )

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Mobilitas Fisik**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian pada masalah pemenuhan kebutuhan mobilitas dan imobilitas pada pasien stroke non hemoragik 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 Penanggungjawab**

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

**c. Riwayat kesehatan**

1) Keluhan utama

Gejala yang menjadi keluhan utama pada pasien Stroke non hemoragik adalah lemah sebelah anggota gerak yang timbul mendadak, dan sakit kepala

2) Riwayat kesehatan sekarang

Keluhan yang muncul pada pasien Stroke non hemoragik dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada saat dikaji adalah adanya lemah sebelah anggota gerak, bicara kurang jelas, dan nyeri dikepala.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Biasanya klien dengan penyakit Stroke non hemoragik memiliki kebiasaan atau pola hidup yang kurang sehat seperti gaya hidup merokok, memakan makanan yang mengandung garam, makan makanan yang bersantan dan berminyak, adanya riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus, anemia, riwayat trauma kepala, riwayat jatuh, penyakit kardiovaskuler

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Perlu dikaji adanya riwayat keluarga yang memiliki penyakit keturunan seperti adanya riwayat jantung, hipertensi, DM. Sesuai dengan etiologi yang dikemukakan, yaitu salah satu faktor pencetus timbulnya penyakit stroke yaitu faktor genetik atau keturunan. Faktor pencetus tersebut merupakan faktor yang tidak dapat diubah oleh

pasien.

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

1) Pola Nutrisi

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

2) Pola aktivitas dan latihan

Biasanya tidak akan mampu melakukan aktivitas dan perawatan diri secara mandiri karena kelemahan anggota gerak, kekuatan otot berkurang, mengalami gangguan koordinasi, gangguan keseimbangan mudah lelah. Aktivitas fisik yang kurang dapat mempengaruhi frekuensi denyut jantung menjadi lebih tinggi sehingga otot jantung harus bekerja lebih keras pada setiap kontraksi. Otot jantung yang bekerja semakin keras dan sering memompa, maka makin besar tekanan yang dibebankan pada arteri sehingga dapat menyebabkan tekanan darah meningkat.

3) Pola tidur dan istirahat

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

4) Pola eliminasi

Biasanya terjadi retensi urin dan inkontinensia akibat kurang 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.

***Tabel 2. 2 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

- 1) Keadaan umum : Biasanya pasien sadar, terkadang sedikit gelisah

- 2) Tingkat kesadaran : Biasanya Composmentis (dengan GCS 14 –15)
- 3) TTV
  - a) TD: Bisa terjadi hipotensi atau hipertensi
  - b) N: Biasanya terjadi perubahan denyut nadi
  - c) RR: Biasanya pasien bisa sesak
  - d) S: Bisa terjadi hipotermia atau hipertermia
- 4) Kepala: Normachepal
- 5) Wajah: Biasanya simetris, wajah pucat.
- 6) Mata: Biasanya sklera ikhterik, reflek pupil negatif, konjungtiva anemis, penglihatan berkurang.
- 7) Mulut dan bibir: Biasanya sianosis, mukosa bibir kering, stomatitis, mengalami gangguan pengecap, reflek mengunyah dan menelan buruk, dan bibir tidak simetris.
- 8) Hidung: Biasanya terjadi gangguan penciuman.
- 9) Telinga: Biasanya ada gangguan pendengaran.
- 10) Leher: Biasanya ada gangguan menelan.
- 11) Thoraks
  - a) Paru-paru
    - (1) Inspeksi: Biasanya simetris kiri dan kanan
    - (2) Palpasi: Biasanya fremitus kiri dan kanan
    - (3) Perkusi: Biasanya sonor

- (4) Auskultasi: Suara napas bisa normal (vesikuler) atau tidak normal (seperti ronchi).

b) Jantung

- (1) Inspeksi: Biasanya iktus tidak terlihat
- (2) Palpasi: Biasanya iktus teraba di Ric 4
- (3) Perkusi: Biasanya batas jantung normal
- (4) Auskultasi : biasanya suara vesikuler

12) Abdomen

- a) Inspeksi: Biasanya simetris, tidak ada asites
- b) Palpasi: biasanya tidak ada pembesaran hepar
- c) Perkusi: Biasanya tympani
- d) Auskultasi: Biasanya bising usus hiperaktif

13) Genitalia dan anus : Klien dengan Stroke non hemoragik biasanya akan mengalami masalah dalam proses eliminasi (BAB dan BAK) sehingga pasien harus dipasang kateter.

14) Ekstremitas: Lemah anggota gerak dengan kekuatan otot biasanya 2 sampai 3, akral teraba hangat, CRT < 2 detik

**g. Pemeriksaan Diagnostik**

Menurut Mauliddiyah<sup>20</sup> pemeriksaan diagnostik yang dilakukan adalah :

- 1) CT scan mengidentifikasi area pendarahan
- 2) MRI (Magnetic Resonance Imaging) mengidentifikasi lokasi ischemic(lebih lambat dari pada CT scan).

#### **h.Pemeriksaan Laboratorium**

- 1) Pemeriksaan darah lengkap  
Pemeriksaan darah lengkap seperti Hb, Leukosit, Trombosit, Eritrosit. Hal ini berguna untuk mengetahui apakah pasien menderita anemia. Sedangkan leukosit untuk melihat sistem imun pasien. Bila kadar leukosit diatas normal, berarti ada penyakit infeksi yang sedang menyerang pasien.
- 2) Test kimia darah  
Cek darah ini untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat, dll. Apabila kadar gula darah atau kolesterol berlebih, bisa menjadi pertanda pasien sudah menderita diabetes dan jantung. penyakit ini termasuk dalam salah satu pemicu stroke.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

- a. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d Penurunan Kekuatan Otot

## **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. 3 Intervensi Keperawatan***

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
----	----------------------	--------------------------------------	---

		(SLKI)	
1	<p><b>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</b></p> <p><b>Defenisi:</b></p> <p>Keterbatasan dalam gerak fisik dari suatu atau lebih ekstremitas secara mandiri.</p> <p><b>Penyebab :</b></p> <p>a. Gangguan neuromuskular</p> <p>b. Penurunan kekuatan otot</p> <p>c. Kekakuan sendi</p> <p>Gejala dan tanda</p> <p><b>mayor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <p>a. Mengeluh sulit</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan. gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</p> <p>2. Kekuatan otot meningkat</p> <p>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</p> <p>4. Kelemahan fisik menurun</p>	<p><b>Dukungan Mobilisasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <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>

	<p>menggerakan ekstremitas</p> <p><b>Objektif:</b></p> <p>a. Kekuatan otot menurun</p> <p>b. Rentang gerak (ROM) menurun</p> <p>Gejala dan tanda</p> <p><b>minor</b></p> <p><b>Subjektif:</b></p> <p>-</p> <p><b>Objektif:</b></p> <p>a. Sendi kaku</p> <p>b. Gerakan terbatas</p> <p>c. Fisik lemah</p>		<p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></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> <li>- Teknik Latihan Penguatan Sendi</li> </ul> <p><b>Teknik Latihan Penguatan Sendi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi keterbatasan</li> </ul>
--	--	--	---



			<p>fungsi dan gerak sendi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama Gerakan/aktivitas</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai Latihan</li> <li>- Berikan posisi tubuh optimal untuk Gerakan sendi pasif atau aktif</li> <li>- Fasilitasi Menyusun jadwal Latihan rentang gerak aktif maupun pasif</li> <li>- Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, dan mobilitas sendi</li> <li>- Berikan penguatan positif untuk melakukan Latihan bersama</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan kepada</li> </ul>
--	--	--	---

			<p>pasien/keluarga tujuan dan rencanakan Latihan Bersama</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan duduk ditempat tidur, di sisi tempat(‘Menjunta i’), atau dikursi, sesuai toleransi</li> <li>- Anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai Gerakan</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</li> </ul>
--	--	--	--

**Sumber:** Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia (SDKI)<sup>23</sup>, Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)<sup>25</sup>, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)<sup>24</sup>.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan seluruh rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah kesehatan yang dihadapinya, status kesehatan yang baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan sesuai rencana keperawatan yang telah ditentukan<sup>27</sup>.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi keperawatan menilai respon pasien yang meliputi subjek, objek, pengkajian kembali (*assessment*), rencana tindakan (*planning*)<sup>28</sup>.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Desain penelitian ini deskriptif, dengan desain penelitian pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang melihat gambaran kejadian yang terjadi dalam suatu populasi tertentu. Metode deskriptif bertujuan untuk mendeskripsikan (memaparkan) kejadian-kejadian penting yang terjadi di masa kini. Deskripsi kejadian tersebut dilaksanakan secara sistematis dan lebih menekankan pada data yang bersifat faktual dari pada penyimpulan<sup>22</sup>.

Studi kasus adalah suatu rancangan penelitian yang mencakup satu unit penelitian secara intensif misalnya satu pasien, keluarga, kelompok, komunitas, maupun institusi. Meskipun jumlah subjek cenderung sedikit, akan tetapi jumlah variabel yang diteliti sangat luas<sup>22</sup>.

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

Penelitian dilakukan di Ruang Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang waktu penelitian dari bulan Januari 2025 sampai Juni 2025. Asuhan keperawatan pada pasien dimulai pada saat melakukan penelitian yaitu tanggal 10 April sampai 14 April 2025.

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

##### **1. Populasi**

Populasi dalam penelitian merupakan suatu objek atau subjek (manusia atau pasien) yang dapat memenuhi kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya<sup>22</sup>. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada Pasien Stroke non hemoragik diruang neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang. Pada tanggal 10 April 2025 saat melakukan penelitian ditemukan 2 orang pasien mengalami gangguan mobilitas fisik.

## 2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang terjangkau dan dapat digunakan sebagai subjek dalam penelitian melalui sampling. Sedangkan sampling merupakan suatu proses untuk menyeleksi populasi yang bisa mewakili populasi yang ada. Teknik sampling adalah suatu cara yang dapat ditempuh untuk pengambilan sampel, supaya memperoleh sampel yang sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian<sup>22</sup>. Sampel dalam penelitian ini adalah satu pasien yang dirawat dengan diagnosis medis gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik di ruang neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang. Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

### a. Kriteria Inklusi

Kriteria Inklusi merupakan karakteristik umum dari subjek penelitian suatu populasi target yang akan dijangkau dan diteliti<sup>22</sup>. Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah :

- 1) Pasien atau keluarga pasien yang bersedia dijadikan responden
- 2) Pasien atau keluarga pasien yang kooperatif

### b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang bisa memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena berbagai sebab<sup>22</sup>. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Pasien yang pulang atau meninggal sebelum 5 hari dirawat oleh peneliti.

Berdasarkan kriteria tersebut, pada saat dilakukan

penelitian terdapat 2 pasien yang memenuhi kriteria, Selanjutnya pemilihan sampel dipilih menggunakan teknik *simple random sampling*, dilakukan seperti undian, (yaitu, dengan cara memasukkan ke 2 nama klien dalam satu kotak, dan dipilih secara acak, dan yang terpilih dijadikan partisipan), dimana semua individu berpeluang menjadi sampel. Sehingga didapatkan 1 orang pasien yang dijadikan sampel penelitian.

#### **D. Teknik Pengumpulan Data**

Pengumpulan data pada penelitian ini peneliti telah menggunakan teknis observasi, pengukuran, wawancara, dan dokumentasi untuk sumber data yang sama. Wawancara atau anamnesa dan pemeriksaan fisik menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan dasar untuk pedoman dalam melakukan penelitian.sakit, menanyakan pola koping stress pasien dalam menghadapi penyakit yang dialaminya<sup>28</sup>.

##### **1. Wawancara**

Wawancara adalah teknik mengumpulkan data secara langsung kepada informan dengan cara mengajukan pertanyaan terkait topik penelitian. Wawancara berguna untuk peneliti yang ingin mengetahui pengalaman atau pendapat informan mengenai suatu hal secara mendalam, dan juga dapat membuktikan kebenaran data atau informasi yang sudah diperoleh sebelumnya.

Dalam penelitian terhadap pasien stroke non hemoragik peneliti akan melakukan wawancara terpimpin. Wawancara dilakukan dengan mewawancarai pasien dan keluarga pasien terkait identitas pasien, identitas penanggung jawab, keluhan utama pasien, pola aktivitas sehari-hari pasien (pola nutrisi, pola tidur, pola eliminasi), apakah pasien aktivitasnya dibantu oleh keluarga atau bisa melakukan aktivitas mandiri. Menanyakan

riwayat kesehatan pasien, apakah pernah mengalami penyakit keturunan seperti DM, hipertensi, stroke, jantung dan riwayat penyakit lainnya yang bisa menjadi pemicu penyakit stroke dan juga menanyakan riwayat penyakit keluarga. Kemudian peneliti juga telah menanyakan pola hidup pasien sebelum Pasien yang mengalami komplikasi seperti edema serebral dan hernia otak.

## 2. Pengukuran

Pengukuran merupakan pemantaun kondisi pasien dengan mengukur menggunakan tanda-tanda vital, head to toe, GCS, mengukur objek menggunakan alat ukur tertentu misalnya stetoskop, thermometer, penlight, reflek hummer, melakukan pengukuran skala nyeri, kekuatan otot, tanda rangsangan miningeal dan ROM aktif/pasif.

## 3. Pemeriksaan fisik

Dalam melakukan pemeriksaan fisik peneliti mengobservasi atau melihat kondisi dari pasien, seperti keadaan umum pasien, dan melakukan pemeriksaan fisik berupa inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

## 4. Dokumentasi

Analisis dokumentasi adalah prosedur yang sistematis untuk mereview atau mengevaluasi dokumen baik berupa media cetak maupun elektronik, yang berbasis komputer dan ditransmisikan melalui internet Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan dokumentasi dari rumah sakit seperti data rekam medik, data catatan pasien, data pemeriksaan labor, data pemeriksaan diagnostik dan lain lain.

## **E. Alat dan Instrumen Penelitian Data**

Pada penelitian ini intrumen yang telah digunakan adalah

format pengkajian asuhan keperawatan dasar (pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi). Alat pelindung diri yang terdiri dari *handscoon*, masker, dan gown pelindung baju. Alat pemeriksaan fisik yaitu *handscoon*, tensimeter, *reflek hammer*, stetoskop, *penlight*, dan thermometer.

1. Format pengkajian keperawatan meliputi : identitas pasien, identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik dan program pengobatan.
2. Format analisa data meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, masalah dan etiologi.
3. Format diagnosis keperawatan meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf terselesaikannya masalah.
4. Format rencana asuhan keperawatan meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan SDKI, SLKI dan SIKI.
5. Format implementasi keperawatan meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
6. Format evaluasi yang meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang melakukan evaluasi tindakan keperawatan.

## **F. Jenis–Jenis Data**

### **1. Data Primer**

Data primer adalah data yang diperoleh oleh peneliti secara langsung dari responden <sup>29</sup>. Data primer meliputi : identitas pasien, riwayat kesehatan pasien, pola aktivitas sehari-hari di rumah, dan pemeriksaan fisik terhadap pasien.



## 2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data penelitian yang diperoleh peneliti dari sumber yang sudah ada <sup>29</sup>. Data sekunder pada penelitian ini di dapatkan dari keluarga klien dan rekam medis di Ruang Neurologi RSUP Dr. M. Djamil Padang. Data berupa hasil laboratorium, rekam medis dokter, catatan atau laporan historis.

## G. Analisis Data

Analisis data yang telah dilakukan peneliti pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pada pasien dengan stroke non hemoragik. Data yang ditemukan saat pengkajian akan dikelompokkan dan dianalisis berdasarkan data subjektif dan objektif, sehingga dapat dirumuskan diagnosis keperawatan, kemudian menyusun rencana keperawatan dan melakukan implementasi serta evaluasi keperawatan. Analisis selanjutnya peneliti telah membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien kelolaan dengan teori dan penelitian dahulu

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Deskripsi Tempat**

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr.M.Djamil Padang yang merupakan rumah sakit pusat penelitian serta pendidikan. Rumah sakit ini terletak di Jl. Perintis Kemerdekaan no. 14D Sawahan Timur Kota Padang, Sumatera Barat, Indonesia.

#### **B. Deskripsi Kasus**

Asuhan keperawatan dilakukan melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pada deskripsi kasus ini peneliti akan membahas kesinambungan antara teori dengan kenyataan yang ditemukan dalam perawatan kasus asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik dapat di uraikan sebagai berikut :

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

Pengkajian keperawatan dimulai tanggal 10 April 2025 hasil penelitian tentang pengkajian yang didapatkan peneliti melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi.

##### **a. Identitas pasien dan keluarga**

Pengkajian keperawatan dimulai tanggal 10 April 2025 hasil penelitian tentang pengkajian yang didapatkan peneliti melalui observasi, wawancara dan studi dokumentasi.

##### **1) Identitas pasien**

Pasien laki-laki berumur 52 tahun. Lahir di Padang, beragama islam. Responden tamatan Sarjana ia bekerja sebagai karyawan swasta. Tn. J telah menikah dan memiliki tiga orang anak, dengan Medis Dokter Stroke Non Hemoragik.

##### **2) Identitas keluarga**

Selama pasien dirawat yang bertanggung jawab dalam administrasi rumah sakit adalah istri dan anaknya yang bekerja

sebagai ibu rumah tangga.

**b. Riwayat Kesehatan**

1) Riwayat kesehatan sekarang

a) Keluhan utama

Pasien masuk ke RSUP Dr M Djamil padang pada hari Sabtu 05 April 2025, Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami demam dan tidak bisa bergerak pada keseluruhan tubuhnya dikarenakan ada riwayat stroke sebelumnya.

b) Keluhan saat dikaji

Pada saat pengkajian pada tanggal 10 April 2025 klien dalam rawatan hari kelima. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah membaik dari sebelumnya namun tubuh pasien masih sulit bergerak, sudah bisa berbicara juga namun ucapan pasien masih kurang jelas, GCS Pasien 12(Apatis) E4M5V3.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Keluarga pasien mengatakan pasien pernah memiliki riwayat Stroke pada tahun 2024, memiliki riwayat Hipertensi dan DM Selama 7 Tahun ini, pasien juga memiliki riwayat merokok.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan orangtua pasien memiliki riwayat penyakit Hipertensi dan DM yang sama dengan pasien.

**c. Kebutuhan dasar manusia**

Pada saat sehat klien makan 3 kali sehari porsi besar, dengan komposisi nasi, lauk, sayur, klien yang suka makan-makanan bersantan dan suka makan goreng-gorengan. Saat sakit pasien makan 3x sehari dengan makanan diit rumah sakit yaitu diit NTS encer DD/RG III 3x200kkal+MC DD 3x200kkal, dan diit rendah garam 3 kali sehari, keluarga pasien mengatakan pasien tidak nafsu makan, dan makan

menggunakan alat bantu yaitu NGT.

### **1) Minum**

Klien minum 6-10 gelas sehari ( $\pm 1800$  cc/hari) air putih, pasien mengkonsumsi kopi, saat sakit klien minum 1-1.5 botol air mineral besar ( $\pm 2000$  cc/hari).

### **2) Eliminasi**

Pada pola eliminasi, keluarga mengatakan, semasa sehat, klien Buang air besar 1-2 kali sehari, dengan konsistensi lunak, warna kuning tua, dan berbau khas. dan Buang air kecil klien lancar 4 - 7 x sehari, bau khas, warna kuning kecoklatan. Selama sakit, klien belum Buang air besar, dan untuk Buang air kecil lancar, dengan bau khas dan warna kuning kecoklatan.

### **3) Istirahat dan tidur**

Pola istirahat dan tidur, semasa sehat pasien hanya banyak istirahat di rumah seperti duduk dan berbaring. Pada saat malam hari klien tidur 6 sampai 8 jam per hari, dan saat di rumah sakit klien hanya berbaring di atas tempat tidur, pada saat malam hari klien mengeluh tidak nyaman dalam tidur, sering terbangun karna perubahan kondisi dan suasana.

### **4) Pola aktifitas dan latihan**

Aktifitas dan latihan fisik klien saat sehat, klien hanya seorang karyawan swasta. Saat klien di rumah sakit klien tampak hanya berbaring di atas tempat tidur. Klien dibantu dalam melakukan aktifitas fisik nya karena mengalami kelemahan anggota gerak khususnya bagian ekstermitas kiri bagian atas dan bawah.

### **5) Pola bekerja**

Saat sehat pasien bekerja sebagai karyawan swasta. Saat sakit pasien tidak bekerja.

## **d. Pemeriksaan fisik**

Pada saat melakukan pemeriksaan fisik, ditemukan keadaan umum klien

terlihat lemah, dan tingkat kesadaran compos mentis dengan GCS 12 (E4M5V3), dengan hasil pengukuran tekanan darah 160/95mmHg suhu 36,5°C, nadi 92 x /i , RR 22x/i, Berat badan 60 kg dan tinggi badan 169 cm. Pada pemeriksaan di bagian kepala dan leher, ditemukan; kepala tampak cukup bersih, rambut klien berwarna hitam, tampak kusam, berminyak, dan tidak berbau. Untuk mata klien, tampak simetris dan bersih, fungsi penglihatan tidak ada gangguan, pada telinga, telinga tampak bersih, tampak tidak ada serumen yang melekat. Hidung bersih, simetris kiri dan kanan, tidak ada pernapasan cuping hidung, penciuman berfungsi dengan baik. mukosa mulut kering, gigi terlihat bersih, dan lidah tampak putih. Pada leher tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening, dan tidak ada pembengkakan kelenjer tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis dan nadi karotis, serta fungsi menelan normal, pada pemeriksaan thorak (paru) didapatkan data:

**Inspeksi:** Tampak simetris kiri dan kanan, tampak cukup bersih, warna kulit merata, tidak ada lesi ataupun luka, **palpasi:** fremitus kiri kanan, **perkusi:** sonor, **auskultasi:** bunyi nafas vesikuler disemua lapangan paru. Pemeriksaan abdomen didapatkan data: **inspeksi:** simetris kiri dan kanan, sedikit buncit, tampak cukup bersih, dan warna kulit merata, tidak ada striae ataupun lesi., **palpasi:** Tidak ada nyeri tekan, atau nyeri lepas, tidak ada pembesaran hati atau limpa, **perkusi:** Tympani, **auskultasi:** Dengan bising usus normal 12 x/i. Pada ekstremitas atas, di tangan bagian kanan tampak Terpasang infuse RL 12, akral hangat, CRT < 3 detik, kulit kering, turgor kulit kembali cepat, dan fungsi motorik baik terganggu dengan kekuatan otot 4 pada bagian kanan. Dan pada bagian kiri kekuatan otot 3, Akral teraba hangat, CRT < 3 detik, tidak ada oedema, kulit tampak kering dan kusam, turgor kulit kembali cepat. Lalu pada ekstremitas bagian bawah, di kaki kiri Akral teraba dingin, CRT < 3 detik, kulit kering dan kusam, turgor kulit kembali cepat, dan fungsi motorik terganggu kekuatan otot 3. Dan pada bagian kanan, akral teraba dingin, CRT < 3 detik, kulit kering dan kusam, turgor kulit kembali

cepat, dan fungsi motorik baik. Dengan kekuatan otot 4, terdapat pada gambar dibawah:

333	444
333	

**e. Data psikososial**

Pasien dapat beradaptasi dengan situasi, ekspresi wajah tampak tenang, tidak ada tanda kecemasan pada pasien, pasien tenang, nadi:92x/menit, nafas 22x/menit, pola koping pasien saat dikaji pasien susah untuk berbicara, gaya komunikasi pasien masih belum lancar dan kurang saat berinteraksi dengan keluarga dan orang lain, konsep diri saat dikaji pasien susah untuk berbicara.

**f. Pemeriksaan penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan yaitu pemeriksaan laboratorium. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 09 April 2025, menunjukkan kadar leukosit normal yaitu  $5,64 \times 10^3/\text{mm}^3$  (nilai normalnya  $5,0 - 10,0 \times 10^3/\text{mm}^3$ ), hematokrit rendah yaitu 39,0 g (nilai normalnya 40,0 - 48,0 g), gula darah sewaktu yaitu 194 mg/dL (nilai normalnya <200 mg/dL), kalium rendah 3,4 mmol/L (nilai normalnya 3,5 - 5,1 mmol/L).

**g. Terapi pengobatan**

1. Paracetamol 3x1 OA
2. Amlodipine 3x1 OA
3. Ranitide 2x1 melalui IV
4. Azithromisin 1x1 OA
5. Atorvastatin 1x1 OA
6. Cilostazol 2x1 OA

## 7. Ampisilin sulbactam 4x1 IV

### 2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian, dengan pengelompokan data, memvalidasi data dan menganalisa data berdasarkan data subjektif dan data objektif, ditemukan beberapa diagnosa keperawatan yang teridentifikasi. Dengan diagnosa utama sebagai berikut :

Diagnosa, **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.** Diagnosa ini dapat diangkat berdasarkan temuan analisa **Data subjektif** : Keluarga klien, mengatakan saat ini klien mengalami kelemahan pada anggota tubuh bagian kiri terutama pada bagian kaki, klien mengatakan sulit mengerjakan kaki dan tangan sebelah kiri. **Data objektifnya** : dinilai dari kekuatan otot, pada ekstermitas atas sebelah sebelah kiri kekuatan otot 3,sebelah kanan kekuatan otot 4, dan pada ekstermitas bawah bagian kiri kekuatan otot 3 sebelah kanan kekuatan otot 4, dan rentang gerak kaki dan tangan bagian kiri klien terbatas.

### 3. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SIKI). Intervensi pada pasien dengan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Tanda dan gejala mayor: sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun pada ekstremitas atas dan bawah bagian kiri kekuatan otot 3 dan pada ekstremitas atas dan bawah bagian kanan kekuatan otot 4, rentang gerak (ROM) menurun, Tanda dan gejala minor: nyeri saat bergerak, sendi kaku, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

Latihan ROM ini dilakukan untuk pasien gangguan mobilitas fisik, dilakukan diruangan neurologi, jika tidak dilakukan latihan ROM sendi pada pasien semakin kaku, latihan ROM dilaksanakan dalam jangka waktu 15-30

menit, latihan ROM yang digunakan adalah latihan ROM pasif yaitu dengan dibantu dengan perawat, setiap persendian dalam latihan ini dilakukan 10x persendi dan dilakukan dengan teknik adduksi, dan abduksi, latihan ini dilakukan pada saat siang hari dan dilakukan sebanyak 1 kali setelah itu dilakukan edukasi kepada keluarga agar dapat melakukannya dengan sendirinya kepada pasien.

Rencana asuhan keperawatan yang akan dilakukan yaitu mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas kekuatan otot rentang gerak(ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Intervensi berdasarkan SIKI yaitu:

**Teknik Latihan Penguatan Sendi** dengan: **Observasi:**Identifikasi keterbatasan dan gerak sendi, monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerak/aktivitas. **Terapeutik:** Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan ROM, berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, fasilitasi menyusun jadwal latihan gerak aktif maupun pasif, fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, dan mobilitas sendi, berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama. **Edukasi:**Jelaskan kepada pasien/keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama, anjurkan duduk ditempat tidur, sisi tempat tidur(‘menjuntai’),atau dikursi, sesuai toleransi, anjurkan melakukan latihan ROM aktif atau pasif secara sistematis, anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan, anjurkan ambulasi, sesuai toleransi. **Kolaborasi:** Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan, sesuai dengan rencana yang telah disusun dalam tahap perencanaan keperawatan. Intervensi yang akan diberikan pada pasien, yang selanjutnya di lakukan tahapan implementasi sesuai dengan



kebutuhan pasien. Implementasi bertujuan melakukan tindakan keperawatan, sesuai dengan intervensi agar kriteria hasil dapat tercapai. Tindakan keperawatan diberikan dalam 5 hari rawatan pada pasien yang dimulai pada tanggal 10 April – 14 April 2025. Adapun implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Implementasi pada pertemuan pertama, Kamis, 10 April 2025. Dilakukan pengkajian yang meliputi batas kemampuan gerak dan pemeriksaan fisik dari klien. Yang akan menjadi patokan terhadap tindakan yang akan diberikan dan sejauh mana tingkat kebutuhan dari pasien itu sendiri. Hasil pemeriksaan fisik ditemukan keadaan klien yang tampak lemah, mengalami kelemahan otot. Tekanan darah pasien 160/95 mmHg, kekuatan otot pada ekstremitas atas dan bawah bagian kiri kekuatan otot 3 yaitu Aktivasi otot melawan gravitasi gerakan penuh, dan pada ekstremitas atas dan bawah bagian kanan kekuatan otot 4 yaitu Aktivasi otot melawan beberapa resistensi, rentang gerak penuh, Sebelum dilakukan latihan mobilisasi pukul 14:00 WIB terlebih dahulu mengukur tekanan darah 160/81 mmHg dan melihat batas TIK pasien apakah normal atau tidak jika tidak normal TIK pada pasien tidak dapat dilakukan latihan ROM, latihan ROM pasif ini dilakukan dengan cara dibantu dengan perawat atau keluarga dalam rentang waktu 15-30 menit kepada pasien Tn.J, dilakukan diruangan Neurologi.

Latihan ROM dilakukan agar pasien bisa mendapatkan perubahan pada pergerakan sendinya. Sebelum melakukan latihan ROM atur posisi pasien dalam keadaan semi fowler yaitu dengan cara meninggikan bagen kepala pasien  $45^{\circ}$ - $60^{\circ}$  dan meletakkan bantal dibawah kepala, Melakukan ROM pasif pada anggota ekstremitas atas dan bawah tubuh bagian kiri dan kanan pasien yang lemah yaitu dengan cara melatih dan menggerakkan anggota gerak yang lemah pertama pada kaki dengan fleksi dan ekstensi jari

kaki, fleksi dan ekstensi, fleksi dan ekstensi lutut, rotasi pangkal paha dan abduksi dan adduksi pangkal paha, pada tangan juga pergelangan tangan dilakukan abduksi dan adduksi, pada lengan bagian dalam juga dilakukan abduksi dan adduksi, dan pada seluruh lengan dilakukan abduksi dan adduksi setiap gerakan dilakukan sebanyak 10x setelah melakukan latihan ROM tekanan darah pasien menurun menjadi 150/90 mmHg.

Hari kedua Jumat, 11 April 2025 setelah melakukan pengkajian pada hari sebelumnya. Dilakukanlah implementasi keperawatan yang sebelumnya telah dirumuskan dalam rencana keperawatan. Sebelum dilakukan latihan mobilisasi pukul 14:00 WIB terlebih dahulu mengukur tekanan darah 160/81 mmHg dan melihat batas TIK pasien apakah normal atau tidak jika tidak normal TIK pada pasien tidak dapat dilakukan latihan ROM, latihan ROM pasif ini dilakukan dengan cara dibantu dengan perawat atau keluarga dalam rentang waktu 15-30 menit kepada pasien Tn.J, dilakukan diruangan Neurologi.

Latihan ROM dilakukan agar pasien bisa mendapatkan perubahan pada pergerakan sendinya. Sebelum melakukan latihan ROM atur posisi pasien dalam keadaan semi fowler yaitu dengan cara meninggikan bagan kepala pasien  $45^{\circ}$ - $60^{\circ}$  dan meletakkan bantal dibawah kepala, Melakukan ROM pasif pada anggota ekstremitas atas dan bawah tubuh bagian kiri dan kanan pasien yang lemah yaitu dengan cara melatih dan menggerakkan anggota gerak yang lemah pertama pada kaki dengan fleksi dan ekstensi jari kaki, fleksi dan ekstensi, fleksi dan ekstensi lutut, rotasi pangkal paha dan abduksi dan adduksi pangkal paha, pada tangan juga pergelangan tangan dilakukan abduksi dan adduksi, pada lengan bagian dalam juga dilakukan abduksi dan adduksi, dan pada seluruh lengan dilakukan abduksi dan adduksi setiap gerakan dilakukan sebanyak 10x . Mengukur tekanan darah pasien setelah melakukan ROM TD: 155/80 mmHg, Mengatur posisi pasien sim kiri yaitu dengan cara memiringkan pasien tangan yang lemah tidak boleh terhimpit maka diletakkan bantal pada tangan sebagai pengganjal seperti

memeluk bantal, lalu pada bagian kaki juga diletakkan bantal, serta pada punggung juga diletakkan bantal agar pasien merasa nyaman.

Hari Ketiga Sabtu, 12 April 2025 pasien sebelum dilakukan latihan mobilisasi pukul 14:00 WIB terlebih dahulu mengukur tekanan darah 165/88 mmHg dan melihat batas TIK pasien apakah normal atau tidak jika tidak normal TIK pada pasien tidak dapat dilakukan latihan ROM, latihan ROM pasif ini dilakukan dengan cara dibantu dengan perawat atau keluarga dalam rentang waktu 15-30 menit kepada pasien Tn.J, dilakukan diruangan Neurologi, Latihan ROM dilakukan agar pasien bisa mendapatkan perubahan pada pergerakan sendinya. Mengatur posisi pasien dalam keadaan semi fowler yaitu dengan cara meninggikan bagan kepala pasien 45-60° dan meletakkan bantal dibawah kepala.

Melakukan ROM pasif pada anggota ekstremitas atas dan bawah tubuh bagian kiri dan kanan pasien yang lemah yaitu dengan cara melatih dan menggerakkan anggota gerak yang lemah pertama pada kaki dengan fleksi dan ekstensi jari kaki, fleksi dan ekstensi, fleksi dan ekstensi lutut, rotasi pangkal paha dan abduksi dan adduksi pangkal paha, pada tangan juga pergelangan tangan dilakukan abduksi dan adduksi, pada lengan bagian dalam juga dilakukan abduksi dan adduksi, dan pada seluruh lengan dilakukan abduksi dan adduksi setiap gerakan dilakukan sebanyak 10x . Mengukur tekanan darah pasien setelah melakukan ROM TD: 150/90 mmHg, Mengajarkan keluarga dalam merubah dan mengatur posisi pasien.

Hari Keempat Minggu, 13 April 2025 pasien sebelum dilakukan latihan mobilisasi pukul 10:30 WIB terlebih dahulu mengukur tekanan darah 162/92 mmHg dan melihat batas TIK pasien apakah normal atau tidak jika tidak normal TIK pada pasien tidak dapat dilakukan latihan ROM, latihan ROM pasif ini dilakukan dengan cara dibantu dengan perawat atau keluarga dalam rentang waktu 15-30 menit kepada pasien Tn.J, dilakukan diruangan Neurologi, Latihan ROM dilakukan agar pasien bisa mendapatkan perubahan

pada pergerakan sendinya. Mengatur posisi pasien dalam keadaan semi fowler yaitu dengan cara meninggikan bagen kepala pasien  $45^{\circ}$ - $60^{\circ}$  dan meletakkan bantal dibawah kepala.

Melakukan ROM pasif pada anggota ekstremitas atas dan bawah tubuh bagian kiri dan kanan pasien yang lemah yaitu dengan cara melatih dan menggerakkan anggota gerak yang lemah pertama pada kaki dengan fleksi dan ekstensi jari kaki, fleksi dan ekstensi, fleksi dan ekstensi lutut, rotasi pangkal paha dan abduksi dan adduksi pangkal paha, pada tangan juga pergelangan tangan dilakukan abduksi dan adduksi, pada lengan bagian dalam juga dilakukan abduksi dan adduksi, dan pada seluruh lengan dilakukan abduksi dan adduksi setiap gerakan dilakukan sebanyak 10x . Mengukur tekanan darah pasien setelah melakukan ROM TD: 159/81 mmHg, Mengajarkan keluarga dalam merubah dan mengatur posisi pasien.

Hari Kelima Minggu, 14 April 2025 pasien sebelum dilakukan latihan mobilisasi pukul 10:30 WIB terlebih dahulu mengukur tekanan darah 164/91 mmHg dan melihat batas TIK pasien apakah normal atau tidak jika tidak normal TIK pada pasien tidak dapat dilakukan latihan ROM, latihan ROM pasif ini dilakukan dengan cara dibantu dengan perawat atau keluarga dalam rentang waktu 15-30 menit kepada pasien Tn.J, dilakukan diruangan Neurologi, Latihan ROM dilakukan agar pasien bisa mendapatkan perubahan pada pergerakan sendinya. Mengatur posisi pasien dalam keadaan semi fowler yaitu dengan cara meninggikan bagen kepala pasien  $45^{\circ}$ - $60^{\circ}$  dan meletakkan bantal dibawah kepala.

Melakukan ROM pasif pada anggota ekstremitas atas dan bawah tubuh bagian kiri dan kanan pasien yang lemah yaitu dengan cara melatih dan menggerakkan anggota gerak yang lemah pertama pada kaki dengan fleksi dan ekstensi jari kaki, fleksi dan ekstensi, fleksi dan ekstensi lutut, rotasi pangkal paha dan abduksi dan adduksi pangkal paha, pada tangan juga pergelangan tangan dilakukan abduksi dan adduksi, pada lengan bagian dalam juga dilakukan abduksi dan adduksi, dan pada seluruh lengan

dilakukan abduksi dan adduksi setiap gerakan dilakukan sebanyak 10x . Mengukur tekanan darah pasien setelah melakukan ROM TD: 157/90 mmHg, Mengajarkan keluarga dalam merubah dan mengatur posisi pasien.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan / implmentasi keperawatan, dilakukan evaluasi sebagai bentuk monitor tingkat keberhasilan dari asuhan yang diberikan sesuai dengan kriteria hasil yang harus dicapai. Metode evaluasi menggunakan SOAP. Diagnosa, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Setelah asuhan keperawatan selama 5 hari dari tanggal 10 April-14 April 2025, masalah teratasi dengan intervensi dipertahankan sesuai dengan kriteria hasil: meningkatkan kekuatan otot, terhindarnya dari kekakuan sendi dan rentang gerak meningkat.

Pada hari pertama Kamis tanggal 10 April 2025 didapatkan evaluasi: **S:** Klien mengatakan anggota gerak bagian kiri masih lemah dan terasa berat, terganggunya aktifitas yang dilakukan, **O:** Kekuatan otot ekstremitas kiri masih bernilai 3 yaitu Aktivasi otot melawan gravitasi gerakan penuh, dan kanan masih bernilai 4 yaitu Aktivasi otot melawan beberapa resistensi, rentang gerak penuh, Tampak sendi kaku pada klien, Tampak gerakan terbatas pada klien, Tampak fisik klien lemah, Tampak rentang gerak pasien menurun, Tekanan darah 160/95 mmHg, **A:** Gangguan mobilitas fisik belum teratasi mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas kekuatan otot rentang gerak(ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun, **P:** Intervensi dilanjutkan, Teknik Latihan Penguatan Sendi.

Pada hari kedua Jumat tanggal 11 April 2025 didapatkan evaluasi: **S:** Klien mengatakan anggota gerak bagian kiri masih lemah dan terasa berat,

terganggunya aktifitas yang dilakukan, **O:** Kekuatan otot ekstremitas kiri masih bernilai 3 yaitu Aktivasi otot melawan gravitasi gerakan penuh, dan kanan masih bernilai 4 yaitu Aktivasi otot melawan beberapa resistensi, rentang gerak penuh, Tampak sendi kaku pada klien, Tampak gerakan terbatas pada klien, Tampak fisik klien lemah, Tampak rentang gerak pasien menurun, Tekanan darah 160/81 mmHg, **A:** Gangguan mobilitas fisik belum teratasi mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas kekuatan otot rentang gerak(ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun, **P:** Intervensi dilanjutkan, yaitu Teknik Latihan Penguatan Sendi.

Pada hari ketiga Sabtu tanggal 12 April 2025 didapatkan evaluasi: **S:** Klien mengatakan anggota gerak bagian kiri masih lemah dan terasa berat, terganggunya aktifitas yang dilakukan, **O:** Kekuatan otot ekstremitas kiri masih bernilai 3 yaitu Aktivasi otot melawan gravitasi gerakan penuh, dan kanan masih bernilai 4 yaitu Aktivasi otot melawan beberapa resistensi, rentang gerak penuh, Tampak sendi kaku pada klien, Tampak gerakan terbatas pada klien, Tampak fisik klien lemah, Tampak rentang gerak pasien menurun, Tekanan darah 165/88 mmHg, **A:** Gangguan mobilitas fisik belum teratasi mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas kekuatan otot rentang gerak(ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun, **P:** Intervensi dilanjutkan, yaitu Teknik Latihan Penguatan Sendi.

Pada hari keempat minggu tanggal 12 April 2025 didapatkan evaluasi: **S:** Klien mengatakan anggota gerak bagian kiri masih lemah dan terasa berat, terganggunya aktifitas yang dilakukan, **O:** Kekuatan otot ekstremitas bagian kiri masih bernilai 3 yaitu Aktivasi otot melawan gravitasi gerakan penuh, dan kanan masih bernilai 4 yaitu Aktivasi otot melawan beberapa resistensi, rentang gerak penuh, klien, Tampak gerakan terbatas pada klien, Tampak

fisik klien lemah, Tampak rentang gerak pasien menurun, Tekanan darah 162/92 mmHg, **A:** Gangguan mobilitas fisik belum teratasi mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas kekuatan otot rentang gerak(ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun, **P:** Intervensi dilanjutkan, yaitu Teknik Latihan Penguatan Sendi.

Pada hari kelima Senin tanggal 14 April 2025 didapatkan evaluasi: **S:** Klien mengatakan anggota gerak bagian kiri masih lemah dan terasa berat, terganggunya aktifitas yang dilakukan, **O:** Kekuatan otot ekstremitas bagian kiri mengalami peningkatan, kekuatan otot bernilai 4 yaitu Aktivasi otot melawan beberapa resistensi, rentang gerak penuh, dan kanan bernilai menjadi 5 Aktivasi otot melawan resistensi penuh pemeriksa, rentang gerak penuh, Tampak sendi sudah mulai membaik pada klien, Tampak gerakan terbatas pada klien, Tampak fisik klien sudah membaik, Tampak rentang gerak pasien sudah membaik, Tekanan darah 164/91 mmHg, **A:** Gangguan mobilitas fisik belum teratasi mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas kekuatan otot rentang gerak(ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun, **P:** Intervensi dilanjutkan, yaitu Teknik Latihan Penguatan Sendi.

### **C. Pembahasan Kasus**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membandingkan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan dengan gangguan mobilitas fisik pada Tn. J (partisipan) dengan penyakit stroke non hemoargik yang telah dilakukan sejak tanggal 10 April sampai 14 April 2025 di ruang rawat inap syaraf RSUP Dr. M Djamil Padang. Setelah melaksanakan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan,

pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

## 1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan untuk mengetahui kondisi pasien saat awal dikaji pada tanggal 10 April 2025. Pasien Tn.J mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas pada tubuh bagian kanan dan kiri dengan kekuatan otot pada ekstremitas tubuh bagian kanan yaitu 4 dan pada bagian kiri yaitu 3. pada riwayat kesehatan sampai sekarang pasien memiliki riwayat stroke sebelumnya, memiliki hipertensi stage 1, riwayat DM 7 tahun yang lalu, dan memiliki riwayat merokok sebelumnya, GCS pasien 12 yaitu Apatis, Pernapasan 22x/menit, nadi 92 X /Menit. Tekanan darah 160/95 mmHg, kekuatan otot pasien menurun pada esktremitas sebelah kiri yaitu 3 sedangkan pada ekstremitas bagian kanan yaitu 4, rentang gerak (ROM) menurun, tampak sendi pasien kaku, dan fisik pasien lemah.

Pasien berusia 52 tahun. Menurut Tarwoto, (2013) umur merupakan faktor risiko terjadinya stroke yang tidak dapat dirubah, semakin meningkatnya umur maka risiko terjadinya stroke akan semakin meningkat. Pendapat ini sama dengan pendapat dari Sari, Indrawati, Dewi (2016) umur merupakan salah satu faktor risiko yang tidak dapat dikontrol. Menurut analisa peneliti, adanya kesesuaian antara penelitian sebelumnya dengan pasien stroke yang telah diteliti dimana stroke banyak terjadi pada usia lanjut usia yang diakibatkan oleh gangguan sirkulasi pada satu atau lebih pembuluh darah otak, biasanya berhubungan dengan thrombosis, emboli, atau arterosklerosis, dimana selanjutnya akan menyebabkan kelumpuhan dan selanjutnya menyebabkan ketidakmampuan dalam melakukan kebersihan tubuh secara mandiri<sup>33</sup>.

Pasien mengalami kelumpuhan pada bagain esktremitas kanan dan kiri dan bicara pasien agak sulit. Menurut Tarwoto (2013) manifestasi klinis dari pasien stroke non hemoragik diantaranya adalah kelumpuhan wajah/anggota badan sebelah (hemiparise) atau hemiplegic (paralisis) yang



timbul secara mendadak, manifestasi klinis pada pasien stroke iskemik adalah merasakan lemah pada bagian wajah atau kaki terutama salah satu bagian tubuh, gangguan bicara dan sulit bicara. Hal ini sama dengan peneliti, hal tersebut sama dengan yang terjadi pada pasien yang telah diteliti dimana pada pasien terjadi kelemahan anggota gerak kiri dan kanan yaitu terjadi karena adanya berkurangnya kekuatan otot pasien, Hal itu terjadi karena kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal sehingga pasien tidak bisa melakukan gerak fleksi ataupun ekstensi, dan adduksi maupun abduksi<sup>33</sup>.

Pasien memiliki riwayat hipertensi, dan sulit bicara, saat dikaji GCS pasien berada pada kondisi Apatis. Hasil penelitian dari Wahdaniyah Eka Pratiwi Syahrim (2019), didapatkan bahwa tanda dan gejala dari stroke diantaranya adalah hipertensi, gangguan motorik (kelemahan otot, gangguan mobilitas fisik), gangguan sensorik, gangguan visual, gangguan keseimbangan, nyeri kepala (migrain, vertigo), muntah, disartria (kesulitan berbicara) dan perubahan mendadak status mental (apatis, somnolen, delirium, supor, koma). Ketidakaktifan fisik merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya serangan jantung dan stroke<sup>35</sup>.

Pada kasus pasien sering memakan makanan yang berlemak dan berlemak serta memiliki aktifitas fisik (olah raga). Ketika seseorang mempunyai pola makan yang baik, lebih kecil kemungkinan besar seseorang terkena penyakit stroke dibanding mereka yang kurang atau tidak baik pola makannya. Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Maukar,dkk (2016) ketika seseorang mempunyai pola makan yang baik, lebih kecil kemungkinan seseorang terkena penyakit stroke dibanding mereka yang kurang atau tidak baik pola makannya<sup>36</sup>.

Faktor risiko stroke dapat dikategorikan: faktor yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah hipertensi, merokok, diet dan aktivitas, sedangkan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi adalah usia, jenis kelamin, ras, dan etnik (Boehme, Esenwa,&Elkind,2017).<sup>37</sup>

Menurut analisa peneliti tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi berbagai faktor resiko yang dapat memengaruhi kejadian stroke. Yang mengakibatkan pembuluh darah menyempit sehingga suplai darah ke otak menurun, sehingga terjadilah kerusakan sel-sel neuron pada sistem saraf pusat dan mengakibatkan seseorang kehilangan fungsi motorik maupun sensoriknya tergantung daerah pada sistem pusat yang mengalami kerusakan.

## **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan baik yang berlangsung actual maupun potensial<sup>23</sup>. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon individu terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa keperawatan dapat memberikan dasar pemilihan intervensi untuk menjadi tanggung gugat perawat. Penulisan pernyataan diagnosa keperawatan meliputi 3 komponen yaitu komponen P (*problem*), Komponen E (*etiologi*), dan komponen S (*simptom*) atau dikenal dengan batasan karakteristik. Cara membuat diagnosa keperawatan yaitu dengan menentukan masalah keperawatan yang terjadi yang kemudian mencari penyebab dari masalah yang ada<sup>34</sup>. Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan, didapatkan satu diagnosa yaitu: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Menurut analisa peneliti, diagnosa pada pasien memiliki kesesuaian tanda dan gejala mayor yang ditemukan pada pasien berdasarkan SDKI (*Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*) (2016) adalah pasien mengalami kesulitan dalam membolak-balik posisi, keterbatasan dalam kemampuan melakukan keterampilan motorik dan keterbatasan rentang pergerakan sendi<sup>23</sup>.

### 3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah pasien. Dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan pasien, nilai dan kepercayaan pasien, batasan praktek keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan, serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, serta kemampuan dalam melaksanakan kerjasama dengan tingkat kesehatan lain. Kegiatan perencanaan ini meliputi memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan, kriteria hasil serta tindakan yang akan dilakukan<sup>1</sup>.

Intervensi yang akan dilakukan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik adalah Teknik Latihan Penguatan Sendi dengan melakukan latihan ROM sebelum melakukan tindakan Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, Monitor frekuensi jantung dengan tekanan darah sebelum sebelum melalui mobilisasi, hal ini harus diperhatikan karna berkaitan dengan peningkatan tekanan intrakranial pada pasien. Jika pasien mengalami peningkatan tekanan intrakranial, latihan mobilisasi tidak dapat dilakukan kepada pasien karna dapat membahayakan pasien. Selanjutnya kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi dan ajarkan pasien tentang teknik mobilisasi seperti miring kanan miring kiri, latihan ROM untuk memelihara dan mempertahankan kekuatan otot serta tindakan selanjutnya adalah dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi untuk membantu pasien dalam mobilisasi. Tindakan berikutnya adalah bantu penuhi kebutuhan ADL pasien agar kebutuhan pasien terpenuhi. Selanjutnya adalah berikan alat bantu jika klien memerlukan hal ini untuk membantu pasien dalam melakukan mobilisasi Tindakan terakhir adalah ajarkan keluarga dalam melakukan mobilisasi kepada pasien<sup>38</sup>.

Berdasarkan penelitian Ninggrum dan Widya, (2018) intervensi yang akan dilakukan pada pasien stroke non hemoragik adalah teknik mobilisasi (ROM) sedangkan berdasarkan teori pada buku SIKI 2018, intervensi yang akan dilakukan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik adalah Teknik Latihan Penguatan Sendi dengan tindakan Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya<sup>24</sup>.

Menurut analisa peneliti, intervensi pada penelitian ini sesuai dengan OTEK(Observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi) yang berdasarkan pada buku SIKI ( *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*) (2018) yaitu Latihan teknik penguatan sendi.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Peneliti melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun sebelumnya. Hasil implementasi yang dilakukan pada klien dengan gangguan mobilisasi dilakukan dengan menyesuaikan dengan kondisi klien tanpa meninggalkan prinsip dan konsep keperawatan. Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik, tindakan keperawatan yang sama sesuai dengan kondisi pasien.

Pada rencana tindakan masalah hambatan mobilitas fisik, tindakan yang dapat dilakukan adalah mengukur vital sign sebelum dan sesudah latihan mobilisasi, kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, kaji tanda tanda peningkatan tekanan intrakranial seperti sakit kepala, muntah proyektil, edema, kejang dan lain-lain. Selanjutnya ajarkan pasien tentang mobilisasi dengan latihan ROM aktif dan ROM pasif seperti fleksi, ekstensi, abduksi anggota gerak yang mengalami kelemahan. Latihan mobilisasi ini dilakukan setelah pasien sarapan pagi dan saat pasien dalam keadaan nyaman, latihan ini dilakukan dalam jangka waktu 30-45 menit, dan dilakukan tiga kali sehari dilakukan pada pagi, siang dan malam, langkah-langkahnya yang pertama lakukan persiapan sebelum bertemu pasien dan salam terapeutik kepada pasien lalu berikan tujuan kita dan manfaatn latihan ini untuk melatih

persendian yang kaku. Latihan mobilisasi pada pasien dalam pemenuhan kebutuhan secara mandiri sesuai kemampuan pasien agar tidak membebani tubuh pasien, menganjurkan kepada keluarga untuk mendampingi pasien saat mobilisasi dan membantu dalam pemenuhan kebutuhannya, mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana merubah posisi dan latihan ROM.

Penelitian Rino and Al Fajri (2021) tentang "Pendidikan Kesehatan Latihan Range Of Motion Aktif dan Pasif" Menjelaskan bahwa pentingnya edukasi pada pasien dan keluarga tentang Range Of Motion, agar pasien dapat melakukan latihan ini di rumah. Baik secara mandiri maupun dengan bantuan.

Menurut analisa peneliti, peneliti melakukan latihan ROM dan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien. Edukasi yang diberikan diharapkan mampu menambah Pengetahuan pasien dan keluarga tentang Range Of Motion. Hal ini dapat dilihat dari respon keluarga yang dapat menjelaskan kembali materi tentang Range Of Motion. Selain itu keluarga pasien juga mampu memberikan Range Of Motion pasif secara mandiri pada pasien. selama diberikan edukasi baik keluarga maupun pasien kooperatif<sup>20</sup>.

## **5. Evaluasi keperawatan**

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot telah dilakukan tindakan pengkajian pada hari pertama, saat hari kedua dilakukan pemeriksaan ttv dan pemeriksaan kekuatan otot, rentang gerak. Setelah tindakan yang dilakukan selama 5 hari rawatan yang dimulai dari (Kamis 10 April- Jumat 14 April 2025), pada saat evaluasi terakhir hari kelima pada diagnosa Gangguan mobilitas fisik, Tn. J sudah mengalami peningkatan dari kekuatan otot ekstermitas kiri bawah 3 menjadi 4, setelah dilakukan tindakan masalah teratasi sebagian. Berdasarkan hal tersebut analisa dari peneliti bahwa ada peningkatan kekuatan otot pada kedua kasus.

Hal ini sejalan dengan Penelitian Marwati & Farid (2012) yang

berjudul “Pengaruh Latihan Rom (Range Of Motion) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Dengan Hemiparase menyatakan” bahwa ada perbedaan antara kekuatan otot sebelum dan sesudah dilakukan latihan ROM pada pasien stroke dengan hemiparase. Penelitian ini ada pengaruh latihan ROM pasif terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke dengan hemiparase.

Pada hari pertama Kamis tanggal 10 April 2025 didapatkan evaluasi: **S:** Klien mengatakan anggota gerak bagian kiri masih lemah dan terasa berat, terganggunya aktifitas yang dilakukan, **O:** Kekuatan otot ekstremitas kiri masih bernilai 3 yaitu Aktivasi otot melawan gravitasi gerakan penuh, dan kanan masih bernilai 4 yaitu Aktivasi otot melawan beberapa resistensi, rentang gerak penuh, Tampak sendi kaku pada klien, Tampak gerakan terbatas pada klien, Tampak fisik klien lemah, Tampak rentang gerak pasien menurun, Tekanan darah 160/95 mmHg, **A:** Gangguan mobilitas fisik belum teratasi mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas kekuatan otot rentang gerak(ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun, **P:** Intervensi dilanjutkan, Teknik Latihan Penguatan Sendi.

Pada hari kedua Jumat tanggal 11 April 2025 didapatkan evaluasi: **S:** Klien mengatakan anggota gerak bagian kiri masih lemah dan terasa berat, terganggunya aktifitas yang dilakukan, **O:** Kekuatan otot ekstremitas kiri masih bernilai 3 yaitu Aktivasi otot melawan gravitasi gerakan penuh, dan kanan masih bernilai 4 yaitu Aktivasi otot melawan beberapa resistensi, rentang gerak penuh, Tampak sendi kaku pada klien, Tampak gerakan terbatas pada klien, Tampak fisik klien lemah, Tampak rentang gerak pasien menurun, Tekanan darah 160/81 mmHg, **A:** Gangguan mobilitas fisik belum teratasi mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas kekuatan otot rentang gerak(ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan terkoordinasi menurun,

gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun, **P:** Intervensi dilanjutkan, yaitu Teknik Latihan Penguatan Sendi.

Pada hari ketiga Sabtu tanggal 12 April 2025 didapatkan evaluasi: **S:** Klien mengatakan anggota gerak bagian kiri masih lemah dan terasa berat, terganggunya aktifitas yang dilakukan, **O:** Kekuatan otot ekstremitas kiri masih bernilai 3 yaitu Aktivasi otot melawan gravitasi gerakan penuh, dan kanan masih bernilai 4 yaitu Aktivasi otot melawan beberapa resistensi, rentang gerak penuh, Tampak sendi kaku pada klien, Tampak gerakan terbatas pada klien, Tampak fisik klien lemah, Tampak rentang gerak pasien menurun, Tekanan darah 165/88 mmHg, **A:** Gangguan mobilitas fisik belum teratasi mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas kekuatan otot rentang gerak(ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun, **P:** Intervensi dilanjutkan, yaitu Teknik Latihan Penguatan Sendi.

Pada hari keempat minggu tanggal 12 April 2025 didapatkan evaluasi: **S:** Klien mengatakan anggota gerak bagian kiri masih lemah dan terasa berat, terganggunya aktifitas yang dilakukan, **O:** Kekuatan otot ekstremitas bagian kiri masih bernilai 3 yaitu Aktivasi otot melawan gravitasi gerakan penuh, dan kanan masih bernilai 4 yaitu Aktivasi otot melawan beberapa resistensi, rentang gerak penuh, klien, Tampak gerakan terbatas pada klien, Tampak fisik klien lemah, Tampak rentang gerak pasien menurun, Tekanan darah 162/92 mmHg, **A:** Gangguan mobilitas fisik belum teratasi mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas kekuatan otot rentang gerak(ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun, **P:** Intervensi dilanjutkan, yaitu Teknik Latihan Penguatan Sendi.

Pada hari kelima Senin tanggal 14 April 2025 didapatkan evaluasi: **S:** Klien mengatakan anggota gerak bagian kiri masih lemah dan terasa berat, terganggunya aktifitas yang dilakukan, **O:** Kekuatan otot ekstremitas bagian kiri mengalami peningkatan, kekuatan otot bernilai 4 yaitu Aktivasi otot melawan beberapa resistensi, rentang gerak penuh, dan kanan bernilai menjadi 5 Aktivasi otot melawan resistensi penuh pemeriksa, rentang gerak penuh, Tampak sendi sudah mulai membaik pada klien, Tampak gerakan terbatas pada klien, Tampak fisik klien sudah membaik, Tampak rentang gerak pasien sudah membaik, Tekanan darah 164/91 mmHg, **A:** Gangguan mobilitas fisik belum teratasi mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas kekuatan otot rentang gerak(ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan terkoordinasi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun, **P:** Intervensi dilanjutkan, yaitu Teknik Latihan Penguatan Sendi.

Penelitian oleh Utomo di RSUD Dr. Chasbullah Abdulmajid Kota Bekasi menemukan bahwa hipertensi dan kebiasaan merokok merupakan faktor risiko dominan pada pasien stroke non-hemoragik. Studi ini menyoroti pentingnya pengendalian tekanan darah dan penghentian kebiasaan merokok dalam pencegahan stroke. Dampak Gangguan mobilitas fisik akibat stroke non-hemoragik dapat menyebabkan dampak menyeluruh pada tubuh pasien. Secara fisik, pasien mengalami kelemahan otot, keterbatasan gerak, dan risiko komplikasi seperti dekubitus serta trombosis vena dalam. Imobilitas juga mengganggu metabolisme tubuh, menyebabkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, serta gangguan fungsi gastrointestinal. Secara psikologis, pasien dapat mengalami depresi dan penurunan harga diri akibat ketergantungan pada orang lain. Secara sosial, keterbatasan mobilitas dapat menyebabkan isolasi sosial dan beban bagi keluarga dalam merawat pasien. Oleh karena itu, intervensi seperti latihan Range of Motion (ROM)<sup>39</sup>.

Menurut analisa peneliti, berdasarkan hal tersebut didapatkan adanya



kesesuaian teori dengan kasus yang ditemukan. Oleh sebab itu peneliti mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot sesuai dengan batasan karakteristik dalam klasifikasi diagnosa keperawatan SDKI, karena pada saat pengkajian ditemukan data subjektif dan data objektif sesuai dengan karakteristik tersebut. Dengan perubahan kekuatan otot sebelum dan sesudah dilakukan latihan ROM yaitu dari kekuatan otot esktremitas bagian kiri dari 3 menjadi 4, dan ekstremitas sebelah kanan dari 4 menjadi 5.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik di Ruang rawat inap syaraf RSUP Dr. M. Djamil Padang, pada tahun 2025, peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada pengkajian peneliti menemukan pasien Stroke Non Hemoragik mengalami adanya anggota gerak lemah sebelah secara tiba-tiba, kepala sakit yang disebabkan karna tekanan darah yang tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa, jika seseorang terdiagnosa Stroke Non Hemoragik memiliki kemungkinan akan muncul masalah dan keluhan yang sama yang dirasakan oleh penderita. Menurut SDKI data subjektifnya adalah pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Data objektifnya adalah kekuatan otot menurun pada ekstremitas tubuh bagian kiri kekuatan otot bernilai 3 dan pada ekstremitas tubuh bagian kanan kekuatan otot bernilai 4, dan rentang gerak(ROM) pasien menurun, gerakan terbatas dan fisik pasien lemah.
2. Pada penegakkan diagnosa, diagnosa dapat ditegakkan secara tepat dan benar. Hal ini didukung dengan data yang kongkrit dan keterbukaan klien dan keluarga pada saat pengkajian, dan Diagnosa keperawatan adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, diagnosa ini muncul pada kasus disebabkan karena adanya tanda dan gejala serta keluhan yang sama dengan tanda mayor dan minor dari diagnosa diatas.
3. Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada pada pasien gangguan mobilitas fisik pada kasus stroke non hemoragik yaitu sesuai dengan standar SLKI SIKI. Intervensi untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik yaitu Teknik Latihan Penguatan Sendi, dengan latihan ROM.

4. Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk dukungan mobilisasi yang merupakan tindakan dari rencana tindakan keperawatan yang telah disusun dengan harapan hasil yang tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang telah ditetapkan, masalah keperawatan teratasi pada hari rawatan ke 5. berupa dukungan mobilisasi dengan menjelaskan tujuan, serta prosedur dukungan mobilisasi dengan cara latihan rom pasif dengan dibantu perawat yaitu dengan melatih rom pasien pada bagian ekstremitas yang lemah pada tubuh bagian kiri, latihan ROM dilakukan dengan waktu 15-30 menit, dengan dilakukan 10x persendi saat melakukan ROM.
5. Evaluasi keperawatan dilakukan bertujuan untuk mengetahui keefektifitas dari tindakan keperawatan yang dilakukan. Evaluasi dilakukan dengan metode SOAP. Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot teratasi pada tanggal 14 April 2025 secara subjektif pasien mengatakan anggota gerak pada bagian tubuh sebelah sudah mulai membaik namun rentang gerakanya masih terbatas , secara objektif pasien kekuatan otot pada ekstremitas tubuh bagian kiri sudah meningkat dari 3 menjadi 4, tampak sendi pada pasien masih kaku, tampak rentang gerak pasien sudah membaik namun masih terbatas, tampak fisik pasien sudah mulai membaik.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Perawat RSUP Dr. M Djamil Padang**

Disarankan kepada perawat melalui direktur RSUP.Dr.M.Djamil untuk melakukan latihan ROM pada pasien secara continue.

### **2. Peneliti Selanjutnya**

Peneliti disarankan untuk melakukan penelitian tentang efektifitas teknik range of motion dalam mengatasi mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik.

KTI Agam Mauluddin\_223110282\_D3 Keperawatan  
padang\_Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada  
Pasi.docx

ORIGINALITY REPORT

10%	7%	2%	7%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	2%
2	www.scribd.com Internet Source	1%
3	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	1%
4	pustaka.poltekkes-pdg.ac.id Internet Source	<1%
5	sumbermakalahkeperawatan.blogspot.com Internet Source	<1%
6	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	<1%
7	Submitted to IAIN Purwokerto Student Paper	<1%
8	Submitted to LL DIKTI IX Turnitin Consortium Part II Student Paper	<1%
9	repository.stikesmukla.ac.id Internet Source	<1%
10	Submitted to Universitas Muhammadiyah Palembang Student Paper	<1%