



Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien G Dengan Parkinson Di Rojinhom Keiaien Okinawa Jepang

Almayda Erris Aliefyansyah¹, Tri Sumarni², Indah Susanti³

^{1,2,3} Program Studi Keperawatan Program Sarjana, Fakultas Kesehatan, Universitas Harapan Bangsa

Received: 20 Agustus 2025
Revised: 27 Agustus 2025
Accepted: 01 September 2025

Abstract

Penyakit Parkinson adalah gangguan neurodegeneratif yang menyebabkan gangguan mobilitas fisik akibat bradikinesia, kekakuan otot, dan tremor saat istirahat. Studi kasus ini bertujuan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien Tn. G, seorang lansia berusia 73 tahun yang mengalami gangguan mobilitas fisik akibat Parkinson di Rojinhom Keiaien Okinawa, Jepang. Metode penelitian menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus, meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa pasien mengalami keterbatasan rentang gerak (ROM), kelemahan otot, kekakuan sendi, tremor, serta gangguan menelan yang berdampak pada penurunan berat badan dan ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari. Diagnosa utama yang ditegakkan adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi. Intervensi yang diberikan mencakup dukungan mobilisasi, latihan ROM pasif, pengaturan posisi, serta kolaborasi dengan fisioterapi. Meskipun telah dilakukan implementasi intervensi secara berkelanjutan, evaluasi menunjukkan bahwa kondisi pasien masih belum mengalami perbaikan yang signifikan. Studi ini menekankan pentingnya rehabilitasi jangka panjang dan dukungan multidisiplin untuk meningkatkan kualitas hidup pasien Parkinson dengan gangguan mobilitas fisik.

Keywords: Asuhan keperawatan, Gangguan mobilitas fisik, Parkinson, Rentang gerak, Rehabilitasi

(*) Corresponding Author:

¹almaydaerrisaliefyansyah@gmail.com,

²trisumarni@uhb.ac.id,

³indahroni138@gmail.com

How to Cite: Aliefyansyah, A., Sumarni, T., & Susanti, I. (2025). Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien G Dengan Parkinson Di Rojinhom Keiaien Okinawa Jepang. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 11(9.D), 1-13. Retrieved from <https://jurnal.peneliti.net/index.php/JIWP/article/view/11625>.

PENDAHULUAN

Penyakit Parkinson merupakan penyakit neurodegeneratif kronis yang ditandai dengan tiga gejala utama antara lain lambatnya gerakan (bradikinesia), kekakuan otot (rigidity), dan tremor saat istirahat (rest tremor). Kompleks gejala tersebut disebabkan oleh penurunan fungsi dopamin dan sering disebut parkinsonisme (Alia dkk., 2021). Penyakit Parkinson diakibatkan oleh adanya degenerasi pada substansia nigra (Lister dkk., 2022).

Penyakit Parkinson dimulai antara usia 55 dan 65 tahun dan menyerang 1-2% orang berusia di atas 60 tahun, meningkat menjadi 3,5% pada usia 85-89 tahun, prevalensinya lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. The Global Burden of Disease Study memperkirakan bahwa jumlah penderita penyakit

Parkinson akan berlipat ganda dari sekitar 7 juta pada tahun 2015 menjadi 13 juta pada tahun 2040, yang menunjukkan kemungkinan terjadinya pandemi penyakit Parkinson (Halli-Tierney dkk., 2020).

Prevalensi penyakit Parkinson di dunia pada kelompok umur di atas 60 tahun adalah 1%, pada kelompok usia 80 tahun ke atas dilaporkan sebesar 3%. Seiring bertambahnya usia penduduk dunia, prevalensi dan kejadian penyakit Parkinson diperkirakan akan terus meningkat. Prevalensi dan kejadian diperkirakan meningkat lebih dari 30% pada tahun 2030 (Chauduri dkk., 2024).

Prevalensi penyakit parkinson di Indonesia diperkirakan 1 dari 272 orang di Indonesia terkena penyakit ini (Oktariza, dkk., 2019). Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, jumlah penderita Parkinson di Asia meningkat 2,7 juta jiwa pada tahun 2005 hingga 6,17 juta jiwa pada tahun 2030. Jika prevalensi dari penderita Parkinson dihitung dengan jumlah penduduk di Indonesia maka pada tahun 2019 penderita Parkinson mencapai 986 ribu jiwa dari jumlah penduduk 267 juta jiwa. Perkiraan prevalensi penderita Parkinson di Indonesia meningkat dari tahun 2019 hingga tahun. 2030 yakni dari sekitar 986 ribu jiwa sampai 1.009 ribu jiwa (Melinda, 2021).

Jepang merupakan negara pertama di Asia yang memiliki populasi lansia terbesar di dunia. Menurut Divisi Populasi Perserikatan Bangsa-Bangsa di tahun 2024, jumlah orang berusia 65 tahun ke atas di Jepang mencapai 36,2 juta atau mencakup sekitar 30,2% dari total populasi (United Nation Population Division, 2024). Secara global populasi lansia dengan penyakit parkinson mempunyai konsekuensi yang signifikan terhadap perawatan jangka panjang, terutama dalam hal meningkatnya kelemahan, polifarmasi, penyakit penyerta, dan efek samping obat (Janssen Daalen et al., 2022). Jepang adalah salah satu negara dengan populasi lansia terbesar. Perawatan lansia di panti jompo banyak digunakan di Jepang. Jumlah panti jompo di Jepang sekitar 11.575 pada tahun 2020.

Dalam data dari sistem registrasi vital, terdapat variasi besar dalam pola kematian akibat penyakit Parkinson baik dari waktu ke waktu maupun antar negara. Di Jepang misalnya, jumlah kematian akibat penyakit Parkinson yang dilaporkan pada data registrasi vital meningkat dari 2.427 pada tahun 1994 menjadi 10.815 pada tahun 2019, sehingga tercatat terjadi peningkatan sebesar 345,61% (Ou Z, 2021). Menurut data terbaru WHO yang dirilis pada tahun 2020, jumlah kematian akibat penyakit Parkinson di Jepang sebanyak 14.007 atau 1,27% dari total jumlah kematian. Tingkat kematian berdasarkan usia adalah 2,33 per 100.000 orang, menempatkan Jepang pada peringkat ke-156 di dunia (WHO, 2020).

Kerusakan sel saraf di substansia nigra, area otak yang bertanggung jawab untuk produksi dopamin, merupakan penyebab utama penyakit Parkinson. Dopamin bertindak sebagai pembawa pesan antara otak dan area sistem saraf, membantu mengatur dan mengkoordinasikan gerakan tubuh. Gejala pertama penyakit Parkinson terjadi ketika gerakan tubuh menjadi lambat dan tidak teratur akibat kekurangan dopamin di otak. Gejala penyakit Parkinson antara lain gemetar, bradikinesia, kekakuan otot, penurunan keseimbangan, kelainan postur tubuh, perubahan bicara, sembelit, kehilangan penciuman, kelelahan, dan air liur berlebihan (Iskandar, 2023).

Penyakit Parkinson ini dapat menyebabkan efek degeneratif pada mobilitas dan kontrol otot. Hal itu dapat dilihat dari gejala seperti tremor istirahat (rest

tremor), gerakan lambat (bradikinesia), dan kekakuan otot (stiffness), yang kini dikenal sebagai tiga tanda utama penyakit Parkinson (Alia dkk., 2021). Dampak yang mungkin muncul pada penderita Parkinson menurut (Rizek dkk., 2016) antara lain hypokinesia, deformitas, gangguan postural, gangguan mental, gangguan vegetate dan gangguan akibat efek samping obat.

Rehabilitasi bagi pasien parkinson dengan mobilitas fisik terbatas meliputi latihan rentang gerak atau yang disebut dengan latihan range of motion (ROM). Kurangnya rehabilitasi ROM dapat mengakibatkan kekakuan otot dan sendi, membuat pasien bergantung sepenuhnya pada anggota keluarga dalam kehidupan sehari-hari, dan menyulitkan pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Pemberian terapi ROM pasif berupa latihan rentang gerak pada anggota tubuh penderita Parkinson dapat sangat membantu menghindari komplikasi akibat kurang gerak seperti kontraktur dan kekakuan sendi (Bachtiar & Silvitasari, 2023).

Berdasarkan hasil pra survei di panti jompo rojinhom Keiaien, panti ini menampung rata-rata 45 hingga 55 lansia per lantai. Tempat penelitian ini berada di ruang Higasi lantai dua yang menampung jumlah pasien 27 lansia. Hampir semua lansia memiliki masalah pada gangguan mobilitas fisik. Pasien di rojinhom keiaien rata-rata tidak memiliki penyakit, tetapi hampir semua pasien memiliki masalah pada mobilitas fisik. Pada pasien Parkinson di Rojinhom Keiaien, gangguan mobilitas fisiknya lebih tinggi dibandingkan dengan lansia dengan penyakit lainnya ataupun lansia yang sehat. Berdasarkan hasil wawancara dengan keluarga pasien, pasien mengalami kekakuan di seluruh tubuh, fungsi menelannya yang semakin memburuk dan seluruh aktivitas dibantu keluarganya.

Berdasarkan latar belakang itulah penulis tertarik untuk membuat Laporan Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien G Dengan Parkinson Di Rojinhom Keiaien Okinawa Jepang”.

METODE

Desain yang digunakan dalam penulisan *case study* ini adalah penelitian deskriptif. Menurut (Purba et al., 2021) penelitian deskriptif adalah pengumpulan data untuk menguji hipotesis atau menjawab pertanyaan tentang status terakhir subjek penelitian, yang merupakan metode penelitian faktual tentang status sekelompok orang, suatu objek, suatu keadaan, sistem pemikiran atau peristiwa dalam saat ini dengan interpretasi yang benar. Penelitian pada studi kasus ini tidak mengenal populasi dan sampel, namun lebih mengarah kepada istilah subyek studi kasus, oleh karena itu yang menjadi subyek studi kasus ini sejumlah satu orang yaitu pasien G dengan diagnosa medis Parkinson di Ruang Higasi Keiaien. Penulis melakukan observasi pada pasien G selama 3x24 guna menyusun laporan ini. Dalam penelitian ini penulis menggunakan beberapa metode, yaitu wawancara atau *interview*, observasi atau pengamatan, pemeriksaan fisik dan dokumentasi. Penulis melakukan asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien G dengan Parkinson di RojinHome Nishihara Keiaien Okinawa Jepang, melalui proses keperawatan selama 3 hari dengan observasi, wawancara dan dokumentasi. Dalam *case study* ini penulis menyajikan data tentang asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi yang disajikan dalam bentuk narasi. Pasien yang penulis ambil untuk penelitian mengalami parkinson dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Keluarga pasien

mengatakan seluruh badan pasien sudah kaku, seluruh aktivitas dibantu sepenuhnya termasuk dalam mobilisasi. Pasien selalu bergantung pada alat dan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-harinya.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Hasil penelitian ini menjelaskan asuhan keperawatan yang diberikan kepada Tn. G, seorang pasien dengan Parkinson yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Penelitian ini dilakukan di Rojinhom Keiaien Okinawa Jepang selama tiga hari, dari 3 hingga 5 Mei 2024. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian kondisi pasien, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi hasil perawatan. Pada tahap pengkajian, ditemukan bahwa Tn. G berusia 73 tahun dan didiagnosis dengan Parkinson. Keluhan utama yang dialami adalah kekakuan pada tangan, kaki, dan leher, serta kesulitan menelan. Pasien juga mengalami penurunan berat badan, tremor di tangan dan kaki, serta tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.

Riwayat kesehatan pasien menunjukkan bahwa ia pernah mengalami demensia Alzheimer sejak tahun 2011, epilepsi simtomatik sejak 2019, serta hipertensi dan hiperplasia prostat jinak. Penggunaan obat-obatan jangka panjang juga diduga berkontribusi terhadap perkembangan Parkinson yang dideritanya saat ini. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan bahwa pasien dalam keadaan apatis dengan tekanan darah 110/70 mmHg, suhu tubuh 36,0°C, nadi 60x/menit, dan pernapasan 23x/menit. Kulit pasien tampak kering dan tidak elastis, sementara penglihatannya kabur dan refleks pupil masih isokor.

Pemeriksaan neurologis menunjukkan adanya tremor pada tangan dan kaki, kekuatan otot yang menurun dengan nilai ekstremitas atas 2 dan ekstremitas bawah 1, serta rentang gerak yang terbatas. Sendi pasien mengalami kekakuan yang signifikan, terutama pada leher, bahu, lengan, panggul, dan kaki. Dalam pola aktivitas sehari-hari, pasien mengalami kesulitan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi. Ia hanya dapat mengonsumsi bubur dan sayuran yang diblender, serta mengalami kesulitan membuka mulut dan menelan. Pola eliminasi juga terganggu dengan pola BAB satu kali setiap tiga hari dan urin yang berwarna kuning pekat.

Pasien memiliki gangguan tidur dengan durasi tidur hanya enam jam per hari serta mengalami insomnia. Seluruh kebutuhan dasar pasien, termasuk aktivitas fisik dan kebersihan diri, sepenuhnya bergantung pada bantuan perawat. Pasien hanya mandi dua kali dalam seminggu dan menyikat gigi dua kali sehari. Berdasarkan pengkajian ini, diagnosis keperawatan yang ditegakkan adalah Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Kekakuan Sendi. Hal ini didukung oleh data subjektif dan objektif yang menunjukkan bahwa pasien mengalami kekakuan otot dan sendi yang signifikan, serta ketidakmampuan dalam bergerak secara mandiri.

Intervensi keperawatan yang dilakukan meliputi dukungan mobilisasi, pengaturan posisi, latihan ROM (Range of Motion), dan teknik latihan penguatan sendi. Tujuan dari intervensi ini adalah untuk meningkatkan fleksibilitas sendi, mengurangi kekakuan, dan membantu pasien dalam mempertahankan mobilitasnya. Dukungan mobilisasi mencakup pemantauan keluhan fisik,

penggunaan alat bantu untuk membantu pergerakan pasien, serta edukasi tentang manfaat mobilisasi. Selain itu, dilakukan pengaturan posisi untuk meningkatkan kenyamanan pasien, seperti meninggikan bagian kepala tempat tidur dan meminimalkan gesekan saat memindahkan pasien.

Latihan ROM pasif dilakukan dengan memindahkan ekstremitas pasien secara perlahan untuk mempertahankan rentang gerak sendi. Selain itu, pasien juga diberikan terapi penguatan sendi dengan memberikan pijatan oleh staf rehabilitasi untuk mengurangi kekakuan otot dan meningkatkan fleksibilitas tubuh. Selama tiga hari perawatan, implementasi intervensi dilakukan dengan mengukur tanda-tanda vital pasien secara rutin, memberikan terapi obat seperti Dovacol L100 untuk mengurangi tremor, dan melakukan perubahan posisi pasien setiap dua jam guna mencegah luka dekubitus.

Perawat juga berkolaborasi dengan staf rehabilitasi dalam memberikan pijatan pada bagian tubuh tertentu seperti leher, bahu, dan kaki guna membantu mengurangi kekakuan sendi. Selain itu, pasien difasilitasi dengan kursi roda dan alat bantu elektronik untuk membantu mobilisasi. Evaluasi keperawatan menunjukkan bahwa gangguan mobilitas fisik pasien masih belum teratasi sepenuhnya. Kekuatan otot tetap menurun, sendi masih kaku, dan rentang gerak belum mengalami peningkatan yang signifikan. Seluruh aktivitas pasien masih harus dibantu oleh perawat.

Meski begitu, beberapa intervensi memberikan dampak positif, seperti peningkatan kenyamanan pasien setelah posisi tidurnya diubah menjadi semi-Fowler. Selain itu, pasien menunjukkan sedikit respons terhadap latihan ROM pasif meskipun rentang gerakannya masih terbatas. Pemberian terapi obat secara rutin juga membantu mengurangi tremor dan meningkatkan stabilitas kondisi pasien. Namun, pasien tetap menunjukkan ketergantungan yang tinggi pada alat bantu dan perawat dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Berdasarkan hasil evaluasi, intervensi keperawatan tetap dilanjutkan dengan pemantauan kondisi pasien secara berkala. Beberapa tindakan yang tetap dilakukan meliputi perubahan posisi secara rutin, terapi mobilisasi, serta kolaborasi dengan staf rehabilitasi untuk meningkatkan fleksibilitas pasien. Keseluruhan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan dapat membantu menjaga kenyamanan pasien dan mencegah komplikasi akibat gangguan mobilitas fisik. Namun, hasil yang signifikan dalam peningkatan mobilitas pasien membutuhkan intervensi jangka panjang.

Diperlukan perawatan berkelanjutan yang lebih intensif, terutama dalam hal rehabilitasi fisik dan latihan penguatan otot. Keterlibatan keluarga dan tim rehabilitasi sangat penting untuk mendukung keberlanjutan program terapi bagi pasien Parkinson dengan gangguan mobilitas fisik. Penelitian ini juga menyoroti perlunya pengembangan strategi perawatan yang lebih efektif untuk pasien dengan kondisi serupa, termasuk optimalisasi terapi latihan gerak, penyesuaian nutrisi, serta pendekatan psikososial dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Dengan perawatan yang tepat dan dukungan berkelanjutan, pasien dengan Parkinson dapat mempertahankan tingkat mobilitas yang lebih baik, mengurangi risiko komplikasi, serta meningkatkan kesejahteraan mereka dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

Pembahasan

Berdasarkan pengelolaan kasus yang telah dilakukan sesuai urutan pelaksanaan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Dalam kasus tersebut telah muncul beberapa hal yang perlu untuk dibahas sehubungan dengan adanya permasalahan yang timbul dalam tinjauan teori, pengangkatan diagnosa keperawatan, rencana tindakan atau intervensi dan respon klien/perkembangan masalah yang dicapai setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada Tn. G dengan Parkinson yang penulis kelola selama tiga hari dan penulis telah menemukan masalah keperawatan. Masalah keperawatan utama yaitu: gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan otot.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada Tn. G yang dilakukan pada 03 Mei 2024 setelah dibandingkan dengan teori adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Perbandingan Hasil Pengkajian Pasien Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik

No	Teori	Kasus
Tanda gejala yang berhubungan dengan masalah keperawatan		
1.	Rentang gerak (ROM) menurun	Tn. G mengalami rentang gerak (ROM) yang terbatas. Pada leher pasien tidak bisa melakukan gerakan ROM hiperekstensi dan lateral fleksi. Pada lengan pasien sangat sulit menggerakkan gerakan supinasi. Pada jari tidak bisa menggerakkan gerakan abduksi, aduksi, oposisi. Pada panggul sulit menggerakkan gerakan abduksi, aduksi. Pada kaki sulit menggerakkan fleksi, ekstensi, abduksi, aduksi. ROM pasien buruk/menurun.
2.	Kekuatan otot menurun	Kekuatan otot ekstremitas atas kanan dan kiri pasien memiliki nilai 2. Dan pada ekstremitas bawah kanan dan kiri pasien memiliki nilai 1.
3.	Sendi/otot kaku	Sendi pada bagian leher, bahu, lengan, panggul, kaki mengalami kekakuan sendi.
4.	Gerakan tidak terkoordinasi	Pasien mengalami tremor pada tangan dan kaki.
5.	Fisik lemah	Pasien hanya berbaring di kasur
Tanda dan gejala lainnya yang berhubungan dengan Parkinson		
1.	Fungsi menelan memburuk	Tn. G mengalami fungsi menelannya yang semakin memburuk dan sulit mengunyah.
2.	Berat badan menurun	Tn. G mengalami berat badan yang menurun karena asupan yang tidak cukup disebabkan oleh fungsi menelan dan mengunyah nya yang semakin memburuk dan masalah pencernaan seperti sembelit.

Berdasarkan perbandingan dari data pengkajian di atas dapat disimpulkan bahwa

1. Gejala ROM menurun yang dapat mengakibatkan kekakuan otot dan sendi yang ada pada teori muncul pada kasus, dimana Tn. G mengalami ROM menurun

pada leher dimana tidak bisa melakukan gerakan hiperekstensi dan lateral fleksi. Pada lengan pasien sangat sulit menggerakkan gerakan supinasi. Pada jari tidak bisa menggerakkan gerakan abduksi, aduksi, oposisi. Pada panggul sulit menggerakkan gerakan abduksi, aduksi. Pada kaki sulit menggerakkan fleksi, ekstensi, abduksi, aduksi. Penurunan rentang gerak normal pada salah satu sendi dikenal sebagai *limited Range of Motion* (ROM). Rentang gerak sendi dapat menurun secara alami seiring bertambahnya usia, tetapi juga dapat terjadi akibat sejumlah kondisi seperti penyakit osteoarthritis, dislokasi sendi, patah tulang, kanker tulang. Menurut (Bachtiar & Silvitasari, 2023) kurangnya ROM dapat mengakibatkan kekakuan otot dan sendi, membuat pasien bergantung sepenuhnya pada anggota keluarga dalam kehidupan sehari-hari, dan menyulitkan pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari.

2. Klien mengalami penurunan kekuatan otot dimana kekuatan otot ekstremitas atas kanan dan kiri pasien memiliki nilai 2 yang artinya ada kontraksi bisa bergeser tetapi tidak bisa melawan gravitasi. Dan pada ekstremitas bawah kanan dan kiri pasien memiliki nilai 1 yang artinya tidak ada gerakan, teraba/terlihat adanya kontraksi otot. Menurut (Clae S, 2018) penurunan kekuatan pada penderita parkinson ini terjadi karena ada kerusakan progresif pada substantia nigra di otak tengah yang menyebabkan penurunan produksi dopamin. Penurunan dopamin ini mengakibatkan penghambatan tonik thalamus yang pada gilirannya mengurangi eksitasi thalamus pada area proyeksi kortikal. Hal ini terwujud sebagai perubahan dalam aktivitas motorik somatik dan akibatnya, seseorang dengan parkinson dapat mengalami kesulitan dalam mengontraksikan otot, sehingga mengurangi produksi kekuatan. Menurut (PPNI, 2017), faktor penyebab gangguan gerak fisik antara lain rusaknya integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, penurunan kinerja fisik, penurunan kontrol otot, dan penurunan massa otot, termasuk kelemahan otot.
3. Kekakuan otot/sendai dan gerakan yang tidak terkontrol (tremor) merupakan gejala utama pada penyakit Parkinson. Seperti menurut (Alia dkk., 2021) Penyakit Parkinson merupakan penyakit neurodegeneratif kronis yang ditandai dengan tiga gejala utama antara lain lambatnya gerakan (bradikinesia), kekakuan otot (rigidity), dan tremor saat istirahat (rest tremor). Gejala utama tersebut disebabkan oleh kerusakan progresif pada substantia nigra di otak tengah yang menyebabkan penurunan produksi dopamine. Pada kasus Tn. G sendi pada bagian leher, bahu, lengan, panggul, kaki mengalami kekakuan sendi. Tn. G juga mengalami tremor pada tangan dan kaki.
4. Gejala fungsi menelan memburuk dan berat badan menurun yang ada pada teori muncul pada kasus, dimana Tn. G mengalami fungsi menelan yang semakin memburuk dan sulit untuk mengunyah sehingga asupan makanan dan cairan yang masuk ke tubuh kurang yang mengakibatkan berat badan pasien menurun dan masalah pada pencernaan seperti sembelit. Gejala ini disebabkan oleh kerusakan sel saraf di bagian otak tengah ada yang mati sehingga tidak menghasilkan cukup dopamin, yaitu bahan kimia otak yang berperan dalam mengendalikan gerakan otot. Akibatnya, kontrol gerakan otot menjadi menurun, sehingga penderitanya kesulitan untuk bicara, menelan bahkan mengunyah (Tania, 2024). Pada penderita penyakit biasanya memiliki banyak

masalah kesehatan mulut, antara lain jumlah gigi berkurang, gigi berlubang bertambah, penyakit periodontal buruk, sulit menelan dan sulit mengunyah.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut (SDKI PPNI, 2017), gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik, antara lain kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 usia, efek agen farmakologi, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, dan gangguan sensoripresepsi. Batasan karakteristik pada diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik ini dapat berupa mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

Batasan karakteristik yang sudah dipenuhi pada kasus yaitu kekuatan otot menurun (kekuatan otot ekstremitas atas memiliki nilai 2 dan pada ekstremitas bawah memiliki nilai 1), rentang gerak menurun (leher, lengan, jari, panggul, kaki pasien mengalami rentang gerak yang terbatas), sendi kaku (sendi pada bagian leher, bahu, lengan, panggul, kaki mengalami kekakuan sendi), gerakan tidak terkoordinasi (mengalami tremor pada tangan dan kaki), gerakan terbatas (leher, lengan, jari, panggul, kaki mengalami gerakan terbatas), fisik lemah (pasien hanya berbaring di kasur). Batasan karakteristik yang belum terpenuhi karena hasil pengkajian hanya menunjukkan 6 gejala saja, tetapi hal itu sudah cukup karena minimal 3 batasan karakteristik untuk menegaskan diagnosa tersebut.

Penulis menegaskan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berdasarkan data yang ditemukan pada Tn. G, antara lain: keluarga pasien mengatakan seluruh badan pasien kaku hanya berbaring di tempat tidur dan untuk berpindah tempat menggunakan kursi roda, kekuatan otot menurun, rentang gerak menurun, sendi kaku, pasien tampak tremor pada tangan dan kaki, dan pasien tampak hanya berbaring di tempat tidur. Berdasarkan data tersebut, maka penulis merumuskan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi (D.0054).

Secara patofisiologi penderita parkinson memiliki gangguan mobilitas fisik dikarenakan kadar dopamine di dalam otak menurun. Dopamine di otak berperan besar dalam mengendalikan gerakan tubuh. Karena alasan ini, perubahan yang paling jelas terkait dengan penyakit parkinson biasanya adalah gangguan mobilitas fisik seperti gerakan yang lambat, otot kaku, perubahan postur tubuh dan perubahan yang mempengaruhi gerakan, termasuk berjalan, jatuh, dan membeku.

3. Intervensi keperawatan

Penulis menyusun rencana keperawatan (I. 05173, I. 01019) dengan tujuan dan kriteria hasil sebagai berikut (L. 05042): setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kaku sendi menurun, gerakan terbatas menurun. Intervensi yang penulis rencanakan yaitu

identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitoring kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, atur posisi untuk mengurangi sesak, berikan bantal yang tepat pada leher, motivasi melakukan ROM pasif, motivasi terlibat dalam perubahan posisi, meminimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi, ubah posisi setiap 2 jam, informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi, identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan, ajarkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis, kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan.

Intervensi keperawatan mengacu pada intervensi yang penulis susun berdasarkan teori (Hutagalung, 2020), sesuai dengan diagnosa keperawatan pada saat pengkajian, sehingga penelitian dan teori sejalan karena diagnosa prioritas yang ditegaskan penulis sesuai teori yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang sudah berjalan sesuai dengan intervensi yang dipilih, tetapi ada beberapa tindakan yang tidak dilaksanakan sepenuhnya. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien G dengan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi yaitu dilakukan selama 3 hari yaitu tanggal 03 Mei 2024 sampai dengan 05 Mei 2024.

a. Hari Pertama tanggal 03 Mei 2024

Tindakan yang dilakukan penulis pada hari pertama meliputi mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, memfasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, memberikan tablet kombinasi calcopa L100, meminimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi atau berpindah tempat, menginformasikan saat akan dilakukan perubahan posisi, mengubah posisi setiap 2 jam, melakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan, mengkolaborasikan dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan (memberikan latihan gerak pasif).

b. Hari kedua tanggal 04 Mei 2024

Tindakan yang dilakukan penulis pada hari kedua meliputi menyediakan lingkungan yang terapiutik, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, memberikan obat tablet kombinasi dovacol 1100, memberikan bantal yang tepat pada leher, memonitor adanya luka baring, memfasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit ketahanan dan mobilitas sendi, mengkolaborasikan dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan (memotivasi ROM pasif), mengganti posisi pasien dari miring kanan ke miring kiri, mengukur tanda-tanda vital, memberikan tablet E Keppra 500mg.

c. Hari ketiga tanggal 05 Mei 2024

Tindakan yang dilakukan penulis pada hari ketiga meliputi Memonitor adanya luka baring, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, meminimalkan gesekan dan tarikan saat memindahkan pasien, mengukur tanda-tanda vital pasien, memberikan tablet kombinasi Dovacol L.100, mengkolaborasikan dengan staff rehabilitasi untuk mengurangi kekakuan sendi dan memperbaiki postur, memberikan obat e keppra tablet 500mg, meninggikan tempat

tidur bagian kepala, memotivasi melakukan ROM pasif, menginformasikan saat akan dilakukan perubahan posisi, memotivasi terlibat dalam perubahan posisi.

Tindakan yang sudah dilakukan yaitu dengan pemberian obat tablet kombinasi Dovacol L100 dengan cara kerjanya untuk mengurangi tremor dan kekakuan yang disebabkan oleh kekurangan dopamine, pemberian obat E Keppra 500mg dengan cara kerjanya untuk menenangkan eksistensi saraf yang berlebihan di otak dan menekan serangan epilepsi. Meninggikan tempat tidur bagian kepala atau diberikan posisi semi fowler bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan dan memberikan ruang pada pernafasan pasien. Memberikan ROM pasif yang bertujuan untuk menjaga kelenturan otot-otot, melancarkan peredaran darah dan persendian dengan menggerakkan otot pasien secara pasif. Sendi yang digerakkan pada ROM pasif adalah seluruh persendian tubuh atau hanya pada ekstremitas yang terganggu dan klien tidak mampu melaksanakannya secara mandiri (Indriani, 2019). Tindakan ROM pasif ini diberikan ke pasien G dikarenakan pasien G memiliki gangguan di mobilitas fisik seperti kekakuan sendi, kekuatan otot menurun, pergerakan ekstremitas terbatas sehingga perlu dilakukan tindakan tersebut.

Tindakan yang belum dilakukan adalah memberikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif. Karena menurut (DeLaune & Ladner, 2013) memberikan posisi tubuh optimal dengan posisi 180° untuk gerak pasif dan aktif. Sedangkan postur tubuh pasien yang cenderung membungkuk ke depan dan kekakuan sendi serta melemahnya kekuatan otot menyebabkan pasien tidak bisa melakukan posisi tubuh 180°, tidak dapat melakukan posisi berdiri maupun supinasi yang sempurna.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Luthfia, E, 2023) menyimpulkan bahwa jika pasien dilatih mobilitas fisik/latihan rentang gerak secara berkala dapat mempertahankan elastisitas otot pasien serta dapat mengurangi bahkan tidak akan terjadi kekakuan pada otot pasien, sehingga peredaran darah pasien dapat mengalir dengan sempurna dan tidak terjadi kekakuan pada anggota gerak pasien.

Penelitian Yudha dan Amatiria, ROM memiliki pengaruh peningkatan kekuatan otot tangan serta kaki. Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan membuktikan bahwa Latihan ROM dapat berpengaruh terhadap peningkatan kekuatan otot secara signifikan. Peneliti menganalisis peningkatan kedua ekstremitas yaitu kekuatan otot pada tangan dan kaki (Yudha & Amatiria, 2017).

Penelitian lain oleh Hermina dkk, ROM berpengaruh terhadap mobilitas fisik lansia, terjadi peningkatan rentang gerak terjadi pada leher, siku, pergelangan tangan, tangan dan jari serta lutut dan berkurangnya kekakuan sendi (Hermina dkk., 2017).

5. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi implementasi yang telah dilakukan yaitu:

a. Hari pertama 03 Mei 2024

Hasil evaluasi data objektif adalah pergerakan ekstremitas masih terbatas, sendi pada bagian leher, bahu, lengan, panggul dan kaki masih kaku, skala kekuatan otot pasien masih lemah dengan nilai ekstremitas atas 2 dan ekstremitas bawah 1, seluruh aktivitas pasien dibantu oleh perawat. Pada tabel indikator mobilitas fisik masih tampak ada keluhan berat di indikator pergerakan ekstremitas, keluhan cukup berat di kekuatan otot, keluhan berat di kaku sendi, dan keluhan berat di gerakan terbatas.

b. Hari kedua 04 Mei 2024

Hasil evaluasi data objektif masih sama yaitu pergerakan ekstremitas masih terbatas, sendi pada bagian leher, bahu, lengan, panggul dan kaki masih kaku, skala kekuatan otot pasien masih lemah dengan nilai ekstremitas atas 2 dan ekstremitas bawah 1, seluruh aktivitas pasien dibantu oleh perawat. Pada tabel indikator mobilitas fisik masih sama tampak ada keluhan berat di indikator pergerakan ekstremitas, keluhan cukup berat di kekuatan otot, keluhan berat di kaku sendi, dan keluhan berat di gerakan terbatas.

c. Hari ketiga 05 Mei 2024

Hasil evaluasi data objektif masih sama yaitu pergerakan ekstremitas masih terbatas, sendi pada bagian leher, bahu, lengan, panggul dan kaki masih kaku, skala kekuatan otot pasien masih lemah dengan nilai ekstremitas atas 2 dan ekstremitas bawah 1, seluruh aktivitas pasien dibantu oleh perawat. Pada tabel indikator mobilitas fisik masih sama tampak ada keluhan berat di indikator pergerakan ekstremitas, keluhan cukup berat di kekuatan otot, keluhan berat di kaku sendi, dan keluhan berat di gerakan terbatas.

Evaluasi hasil dari kasus asuhan keperawatan yang diberikan selama 3 hari masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas masih menurun, kekuatan otot masih cukup menurun, kaku sendi masih meningkat, dan gerakan terbatas masih meningkat. Hal itu dikarenakan masalah gangguan mobilitas fisik yang sudah kronis dan memerlukan waktu yang lama untuk setidaknya meringankan gangguan mobilitas fisik pasien. Untuk tindakan lebih lanjut tetap kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan (ROM pasif).

KESIMPULAN

Asuhan keperawatan pada Tn. G dimulai dengan pengkajian menyeluruh yang mencakup riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pola aktivitas sehari-hari. Hasil pengkajian menunjukkan bahwa pasien mengalami keterbatasan rentang gerak (ROM), kelemahan otot ekstremitas, kekakuan sendi, tremor, gangguan menelan, dan penurunan berat badan. Diagnosa utama yang ditegakkan adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi. Intervensi keperawatan yang dilakukan mencakup identifikasi nyeri, pemantauan kondisi selama mobilisasi, penggunaan alat bantu, pengaturan posisi, latihan ROM pasif dan aktif, serta kolaborasi dengan fisioterapi. Implementasi keperawatan melibatkan berbagai upaya rehabilitasi untuk meningkatkan mobilitas pasien. Namun, hasil evaluasi menunjukkan bahwa gangguan mobilitas fisik belum teratasi sepenuhnya, dengan tubuh pasien yang masih kaku dan sulit digerakkan, sehingga diperlukan intervensi berkelanjutan untuk mencapai perbaikan yang lebih signifikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alia, S., Hidayati, H. B., Hamdan, M., Nugraha, P., Fahmi, A., Turchan, A., & Haryono, Y. (2021a). Penyakit Parkinson: Tinjauan Tentang Salah Satu Penyakit Neurodegeneratif Yang Paling Umum. *Jurnal Aksona*, 1(2), 95-99.

- Alia, S., Hidayati, H. B., Hamdan, M., Nugraha, P., Fahmi, A., Turchan, A., & Haryono, Y. (2021b). Penyakit Parkinson: Tinjauan Tentang Salah Satu Penyakit Neurodegeneratif Yang Paling Umum. *Jurnal Aksona*, 1(2), 95-99.
- Armstrong, M. J., & Okun, M. S. (2020). Diagnosis and treatment of Parkinson disease: a review. *Jama*, 323(6), 548-560.
- Bachtiar, I., & Silvitasari, I. (2023). Penerapan Range Of Motion Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Ruang Anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 2(8), 52-70.
- Chang, K. H., & Chen, C. M. (2020). The role of oxidative stress in Parkinson's disease. *Antioxidants*, 9(7), 597.
- Chaudhuri, K. R. et al., (2024) 'Economic Burden of Parkinson's Disease: A Multinational, Real-World, Cost-of-Illness Study', *Drugs -Real World Outcomes*, 11(1)
- Darmilakasih, D., Imamah, I. N., & Hidayat, A. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Di Ruang Seroja Rsud Abdul Wahab Sjahrane Samarinda.
- Depkes RI, 2017. Analisis Lansia DI Indonesia, Pusat Data Dan Informasi Kemenkes RI, Jakarta.
- Halli-Tierney, A. D., Luker, J., & Carroll, D. G. (2020). Parkinson Disease. *American Family Physician*, 102(11), 679-691. <https://doi.org/10.55606/jurrike.v2i2.1701>
- Handayani, J. N., & Iskandar, K. (2021). Analisis Sistem Dukungan Keluarga terhadap Warga Lanjut Usia di Jepang. *IDEA: Jurnal Studi Jepang*, 3(1), 12-21.
- Iskandar, A. (2023). Sistem Pakar Dalam Mendiagnosa Penyakit Parkinson Menerapkan Metode Dempster-Shafer. *Journal of Information System Research (JOSH)*, 4(3), 847-854.
- Janssen Daalen, J. M., Schootemeijer, S., Richard, E., Darweesh, S. K., & Bloem, B. R. (2022). Lifestyle interventions for the prevention of Parkinson disease: a recipe for action. *Neurology*, 99(7_Supplement_1), 42-51.
- Lister, I. N. E., Sembiring, R., Ainun, H., Zamili, D., & Firyaa, S. (2022). Pelatihan Tentang Deteksi Dini Penyakit Parkinson. *Mitra Keperawatan dan Kebidanan Prima*, 4(1).
- Maeda, T., Shimo, Y., Chiu, S. W., Yamaguchi, T., Kashihara, K., Tsuboi, Y., ... & Saiki, H. (2017). Clinical manifestations of nonmotor symptoms in 1021 Japanese Parkinson's disease patients from 35 medical centers. *Parkinsonism & related disorders*, 38, 54-60.
- Magrinelli, F., Picelli, A., Tocco, P., Federico, A., Roncari, L., Smania, N., ... & Tamburin, S. (2016). Pathophysiology of motor dysfunction in Parkinson's disease as the rationale for drug treatment and rehabilitation. *Parkinson's disease*, 2016(1), 9832839.
- Melinda, N.S.D. & N. Anggriani, 2021. Aplikasi Pendekatan Healing Environment pada Rancangan Parkinson Center. Widyastana, *Jurnal Mahasiswa Arsitektur*. Vol.2 No.1.

- Milne-Ives, M., Carroll, C., & Meinert, E. (2022). Self-Management interventions for people with Parkinson disease: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 24(8), e40181.
- Muliawan, E., Jehosua, S., & Tumewah, R. (2018). Diagnosis Dan Terapi Deep Brain Stimulation Pada Penyakit Parkinson: Diagnosis And Therapy Deep Brain Stimulation In Parkinson Disease. *Jurnal Sinaps*, 1(1), 67-84.
- Ou Z, Pan J, Tang S, Duan D, Yu D, Nong H, et al. Global trends in the incidence, prevalence, and years lived with disability of Parkinson's disease in 204 countries/territories from 1990 to 2019. *Front Public Health*. (2021).
- Riri Juni Wartati, R. J. W. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Tn. A dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Rawat Neorologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi* (Doctoral dissertation, STIKes PERINTIS PADANG).
- Rizek, P., Kumar, N., & Jog, M. S. (2016). An update on the diagnosis and treatment of Parkinson disease. *Cmaj*, 188(16), 1157-1165.
- Sugiyono, *Metode Penelitian Kualitatif*, (Bandung: Alfabeta, 2017).
- Tarakad, A., & Jankovic, J. (2017, April). Diagnosis and management of Parkinson's disease. In *Seminars in neurology* (Vol. 37, No. 02, pp. 118-126). Thieme Medical Publishers.
- Wikandikta, I. P. G., Samatra, D. P. G. P., & Meidiary, A. A. A. (2020). Prevalensi gangguan tidur pada penderita parkinson di Poli Saraf RSUD Wangaya Denpasar tahun 2017. *Intisari Sains Medis*, 11(3), 1085-1090.