



Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Ny.K Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Deikea Roujinhom Ikedaen Okinawa Jepang

Farhatun Nisa^{1*}, Tri Sumarni², Suci Khasanah³

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

Abstract

Received: 22 Juli 2026
Revised: 29 Juli 2026
Accepted: 5 Agustus 2026

Hemorrhagic stroke is a leading cause of disability that often results in impaired physical mobility. This case study aims to describe nursing care for Mrs. K (63 years old) with a diagnosis of hemorrhagic stroke in the Deikea Roujinhom Ikedaen Ward, Okinawa, Japan. The primary focus of this study is to address physical mobility barriers caused by left-sided weakness (hemiparesis) with muscle strength scores of 1 for the upper extremity and 2 for the lower extremity. The method used is descriptive with a nursing process approach including assessment to evaluation over three days. The primary nursing diagnosis established is impaired physical mobility related to neuromuscular disorders. Interventions provided include passive and active Range of Motion (ROM) exercises, ambulation support using a wheelchair, and monitoring vital signs. Evaluation results showed a slight increase in functional ability, characterized by reduced pain and minimal ability to use left-hand exercise tools. In conclusion, providing regular ROM exercises and mobilization support proved beneficial in maintaining joint flexibility and preventing further complications in post-stroke patients.

Keywords: Hemorrhagic Stroke, Physical Mobility Impairment, Range of Motion (ROM), Nursing Care

(*) Corresponding Author: farkhatunnissa22@gmail.com, trisumarni@uhb.ac.id, sucikhasanah13977@gmail.com

How to Cite: Nisa, F., Sumarni, T., & Khasanah, S. (2026). ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA NY.K DENGAN STROKE HEMORAGIK DI RUANG DEIKEA ROUJINHOM IKEDAEN OKINAWA JEPANG. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 12(8.C), 99-107. Retrieved from <https://jurnal.peneliti.net/index.php/JIWP/article/view/13902>.

PENDAHULUAN

Stroke adalah suatu kondisi yang ditandai dengan gejala klinis yang dapat berkembang begitu pesat berupa defisit neurologis fokal yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan/atau menyebabkan kematian tanpa penyebab yang jelas selain vaskular (WHO, 2020). Stroke menjadi penyebab kematian ketiga setelah penyakit jantung koroner dan kanker dimana baik di negara berkembang ataupun negara maju, satu dari 10 kematian terjadi karena stroke (Benjamin et al., 2017). Prevalensi stroke menurut data World Stroke Organization menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru stroke, dan sekitar 5,5 juta kematian terjadi akibat penyakit stroke. Sekitar 70% penyakit stroke dan 87% kematian dan disabilitas akibat stroke terjadi pada negara berpendapatan rendah dan menengah. Selama 15 tahun terakhir, rata-rata stroke terjadi dan menyebabkan kematian lebih banyak pada negara berpendapatan rendah dan menengah dibandingkan dengan negara berpendapatan tinggi.

Prevalensi stroke bervariasi di berbagai belahan dunia. Prevalensi stroke di Amerika Serikat adalah sekitar 7 juta (3,0%), sedangkan di Cina prevalensi stroke berkisar antara (1,8%) (pedesaan) dan (9,4%) (perkotaan). Di seluruh dunia, Cina merupakan negara dengan tingkat kematian cukup tinggi akibat stroke (19,9% dari seluruh kematian di Cina), bersama dengan Afrika dan Amerika Utara (Mutiarasari, 2019).

Di Jepang ditemukan 1.400.000 juta penderita stroke yang terdiri atas 61% iskemia, 25% perdarahan intraserebral (PIS), 11% perdarahan subaraknoid, dan hampir 132.000 orang meninggal dunia setiap tahun (WHO (World Health Organizations, 2021). Di negara Indonesia sendiri berdasarkan hasil Rikesdas tahun 2018 prevalensi penyakit stroke meningkat dibandingkan tahun 2013 yaitu dari (7%) menjadi (10,9%). Secara nasional, prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Berdasarkan kelompok umur kejadian penyakit stroke terjadi lebih banyak pada kelompok umur 55-64 tahun (33,3%) dan proporsi penderita stroke paling sedikit adalah kelompok umur 15-24 tahun. Laki-laki dan perempuan memiliki proporsi kejadian stroke yang hampir sama. Sebagian besar penduduk yang terkena stroke memiliki pendidikan tamat SD (29,5%). Prevalensi penyakit stroke yang tinggal di daerah perkotaan lebih besar yaitu (63,9%) dibandingkan dengan yang tinggal di pedesaan sebesar (36,1%). Di DI Yogyakarta sendiri pada tahun 2018 prevalensi terjadinya penyakit stroke yaitu sebesar (14,6 %) (Kemenkes RI, 2018).

Menurut penelitian dari seseorang yang pernah mengalami stroke harus melalui proses rehabilitasi yang dapat mengembalikan fungsi motorik pasien guna meningkatkan kemandirian pasien dalam aktivitas sehari-hari, ketergantungan pasien terhadap keluarga dapat berkurang, sehingga self esteem dan mekanisme coping pasien dapat meningkat salah satunya adalah dengan melakukan latihan ROM aktif atau pasif di mana hasil penelitian menunjukkan bahwa latihan ROM efektif dalam meningkatkan kekuatan otot. Latihan ROM yang diberikan sebanyak dua kali sehari dengan waktu 15-35 menit dan dilakukan beberapa kali pengulangan setiap gerakan. Terapi ROM tersebut direkomendasikan karena tekniknya sederhana, tidak membutuhkan alat dan bahan, tidak memerlukan keterampilan khusus untuk menerapkannya dan dapat diimplementasikan pada semua pasien yang mengalami kelemahan otot (Azmi N et al., 2024). Rehabilitasi pada pasien stroke salah satunya latihan ROM merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitasi. Manfaat ROM sendiri yaitu memperbaiki tonus otot, mencegah kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, dan meningkatkan mobilisasi sendi (Sasongko & Khasanah, 2023).

Tujuan utama dari penerapan ROM pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik adalah mempertahankan fleksibilitas otot dan sendi gerakan yang teratur dan terkendali pada sendi yang terkena stroke dapat membantu menjaga fleksibilitas otot dan sendi (Maelani et al., 2022). Mencegah kontraktur otot merupakan kondisi dimana otot menjadi kaku dan sulit diperpanjang. Hal ini dapat terjadi jika otot tidak digerakkan secara teratur dan lengkap setelah stroke. Dengan melakukan latihan ROM secara teratur, risiko kontraktur otot dapat dikurangi. Meningkatkan kualitas hidup melalui penerapan ROM yang konsisten, pasien stroke dapat memperoleh manfaat seperti peningkatan mobilitas, kemandirian

dalam aktivitas sehari-hari, dan meningkatnya partisipasi dalam kegiatan sosial. Ini akan berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup secara keseluruhan.

Penerapan ROM pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik harus dilakukan di bawah pengawasan profesional kesehatan, seperti fisioterapis atau tenaga medis terlatih lainnya (Suprpto et al., 2023). Jepang adalah negara yang dikenal sebagai super aging nation, dengan populasi lansia 65 tahun ke atas yang melaju pesat dan diprediksi tahun 2060 mencapai 39.9%. Okinawa menjadi tempat di mana penduduk centenarian (100 tahun keatas) tertinggi di dunia (Data Kementerian Kesehatan Jepang, 2025). Di Jepang semakin banyak pendirian Roujinhomes. Salah satunya yakni roujinhomes Ikedaen disebut juga sebagai panti jompo atau tempat untuk para lansia yang sakit ataupun sehat. Berdasarkan hasil pra survei di panti jompo roujinhomes Ikedaen, panti ini menampung rata-rata 60 hingga 100 lansia per lantai. Tempat penelitian ini berada di ruang Deikea lantai satu yang menampung jumlah pasien 96 lansia. Pasien di roujinhomes Ikedaen rata-rata tidak memiliki penyakit, tetapi terdapat sebagian pasien memiliki masalah pada mobilitas fisik. Pada pasien stroke hemoragik di ruang Deikea roujinhomes Ikedaen gangguan mobilitas fisiknya menjadi hal yang harus diperhatikan oleh perawat.

Berdasarkan hasil wawancara dengan keluarga pasien, pasien mengalami kekakuan pada tangan dan kaki kiri sulit menggerakkan ekstremitas kiri, dan seluruh aktivitas sebagian dibantu keluarganya. Berdasarkan latar belakang itulah penulis tertarik untuk membuat Laporan Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Ny K Dengan Stroke Hemoragik Di Ruang Deikea Ikedaen Okinawa Jepang”.

METODE

Desain penelitian yang digunakan dalam studi ini adalah studi kasus deskriptif. Menurut Rahardjo (2017), studi kasus merupakan serangkaian kegiatan ilmiah yang dilakukan secara intensif, mendalam, dan mendetail mengenai suatu peristiwa aktual (real-life events) pada tingkat individu. Pendekatan deskriptif dipilih untuk memaparkan peristiwa penting secara sistematis dengan menekankan pada data faktual (Nursalam, 2016). Subjek studi kasus ini adalah seorang pasien lansia (Ny. K) yang didiagnosa menderita stroke hemoragik dengan masalah keperawatan utama berupa gangguan mobilitas fisik. Penelitian dilakukan di Ruang Deikea, Roujinhomes Ikedaen, Okinawa, Jepang. Peneliti mengumpulkan data dan menginterpretasikannya secara benar untuk menjawab status terakhir subjek penelitian (Purba et al., 2021):

HASIL & PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 20 Mei 2025 di Ruang Ikeda Roujinhomes Ikedaen Okinawa, memperoleh data pasien berinisial Ny.K berjenis kelamin perempuan, berumur 63 tahun, beragama Shinto, pendidikan terakhir SMA, dan beralamat di Nishihara cho Okinawa dengan diagnosis medis Stroke Hemoragik. Penanggungjawab pasien berinisial Tn. H berusia 65 tahun, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan sebagai wiraswasta, hubungan dengan pasien yaitu sebagai suami pasien, beralamat di Nishihara cho Okinawa. Hasil pengkajian pada Ny. K menunjukkan keluhan utama berupa kekakuan pada ekstremitas sebelah

kiri yang menyebabkan keterbatasan mobilisasi, sehingga pasien memerlukan kursi roda dan bantuan dalam perawatan diri. Pasien masuk ke *Roujinhome* Ikedaen pada 17 Oktober 2024 dengan tingkat kesadaran *compos mentis*, namun mengalami defisit neurologis berupa hemiparesis kiri, nyeri ringan pada bahu dan pergelangan tangan, serta disartria (kesulitan bicara). Pemeriksaan fisik menunjukkan penurunan kekuatan otot yang signifikan pada sisi kiri, dengan nilai ekstremitas atas 1 dan ekstremitas bawah 2, disertai penurunan *Range of Motion* (ROM) pada sendi peluru dan sendi engsel kiri.

Dalam riwayat kesehatan terdahulu, pasien memiliki riwayat hipertensi, kelainan lipid, serta disfungsi hati yang dipicu oleh konsumsi alkohol dan rokok dalam jangka panjang. Meskipun demikian, pihak keluarga menyatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan dalam keluarga pasien. Kumpulan data objektif dan subjektif ini menegaskan adanya gangguan mobilitas fisik yang memerlukan intervensi keperawatan intensif untuk mencegah komplikasi lebih lanjut.

Hasil pengkajian Riwayat kesehatan Ny. K didapatkan data sebagai berikut ini:

Tabel 1.1 Pengkajian Riwayat Kesehatan

Teori	Kasus
Kekuatan otot	Ny K mengalami rentang gerak (ROM) yang terbatas. Pada lengan kirip pasien sangat menggerakkan fleksi hiperekstensi dan semua gerakan ROM. Pada jari tangan kiri tidak bisa menggerakkan gerakan abduksi, aduksi, oposisi. Pada kaki kiri sulit menggerakkan fleksi, ekstensi, abduksi, aduksi. ROM pasien buruk/menurun.
Sendi/otot kaku	Kekuatan otot tangan kiri pasien mengalami penurunan menjadi (1), kekuatan otot kaki kiri pasien mengalami penurunan menjadi (2).
Gerakan tidak terkoordinasi	Sendi peluru pada bagian bahu lengan kiri, panggul kiri, dan kaki kiri mengalami kekakuan sendi.
Tanda dan gejala lainnya yang berhubungan dengan hemoragik	Pasien mengalami tremor pada tangan dan kaki kiri.
Kelemahan/kelumpuhan	Pasien mengalami lumpuh pada tubuh bagian kiri.
Gangguan bicara	Pasien berbicara cadel

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang diperoleh, diagnosis keperawatan utama yang ditegakkan adalah Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Diagnosis ini didukung oleh data subjektif pasien yang mengeluhkan kaku dan berat pada sisi kiri tubuh serta tidak mampu melakukan gerakan secara mandiri, dan nyeri saat bergerak. Data objektif mendukung berupa kekuatan otot 1 pada tangan kiri dan kekuatan otot 2 pada kaki kiri, keterbatasan rentang gerak, adanya kelemahan fisik, sendi kaku, gerakan terbatas dan gerakan tidak terkoordinasi.

Menurut SDKI (PPNI, 2019a), gangguan mobilitas fisik didefinisikan sebagai keterbatasan gerak mandiri dari satu atau lebih ekstremitas. Gejala mayor yang mendukung diagnosa ini meliputi ketidakmampuan bergerak, keterbatasan rentang gerak, dan kelemahan otot. (Zendrato & Barus, 2021), juga menjelaskan bahwa pasien pasca-stroke sering kali mengalami penurunan fungsi motorik berupa kelemahan hingga kelumpuhan, yang berpengaruh pada mobilitas sehari-hari.

Data mayor yang tidak ada pada pasien yaitu enggan melakukan pergerakan dan pasien tidak cemas saat bergerak dikarenakan semangat dan motivasi dari diri pasien sendiri yang berjuang untuk sembuh. (Nafi & Kurniawati, 2022), menjelaskan bahwa beberapa tanda-tanda umum gangguan mobilitas fisik yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan sendi menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

Dengan demikian, diagnosis gangguan mobilitas fisik pada pasien ini sesuai dengan teori dan standar diagnosis keperawatan yang berlaku. Penegakan diagnosis tersebut menjadi dasar dalam merencanakan intervensi keperawatan yang tepat sasaran untuk mempertahankan dan meningkatkan fungsi mobilisasi pasien.

3. Intervensi Keperawatan

Penulis menyusun rencana keperawatan (I. 05173, I. 06171 I. 05185) dengan tujuan dan kriteria hasil sebagai berikut (L. 05042): setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas sedang, kekuatan otot sedang, rentang gerak (ROM) sedang, nyeri cukup menurun, kaku sendi sedang, gerakan terbatas sedang.

Intervensi utama yang penulis terapkan yaitu memfasilitasi gerakan mobilisasi dan ambulasi menggunakan alat bantu. Intervensi ini dipilih berdasarkan SIKI (PPNI, 2019c) yang merekomendasikan dukungan mobilisasi (I. 05173) dan dukungan ambulasi (I. 06171) untuk pasien dengan gangguan mobilitas fisik.

Seperti pada penelitian (Aditama & Muntamah, 2024), yang menyebutkan intervensi yang pertama adalah dukungan ambulasi, pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik, intervensi utama yang dilakukan adalah dukungan ambulasi dan mobilisasi. Dukungan ambulasi yang dilakukan adalah membantu pasien berpindah menggunakan kursi roda. Hal ini dilakukan untuk membantu pasien berpindah dari satu tempat ke tempat lain. Sedangkan dukungan mobilisasi yang dilakukan adalah melakukan mobilisasi sederhana, seperti menggerakkan jari-jari tangan dan menggerakkan pergelangan kaki. Tujuan dari

mobilisasi ini adalah untuk meningkatkan aktivitas gerakan fisik pasien. Selain itu, ambulasi juga membantu pasien merasa lebih mandiri dan meningkatkan motivasi serta kepercayaan diri mereka (Hartati, 2020).

Intervensi selanjutnya yang penulis rencanakan yaitu latihan ROM, baik pasif pada sisi kiri maupun aktif pada sisi kanan, disertai dengan tindakan pendukung berupa edukasi kepada pasien serta keluarga. Intervensi ini dipilih berdasarkan SIKI (PPNI, 2019c) yang merekomendasikan intervensi latihan penguatan sendi (I.05185) untuk pasien dengan keterbatasan gerak.

Penerapan latihan ROM di jadwal rutin dua kali sehari pagi dan sore hari selama enam hari dengan waktu pemberian 15-20 menit. Hal ini bertujuan meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertahankan fungsi jantung dan pernapasan, mencegah kekakuan pada sendi, merangsang sirkulasi darah, dan mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur. Dalam melakukan gerakan ROM harus diulang sekitar 8 kali gerakan dan dikerjakan minimal 2 kali sehari, dilakukan secara perlahan dan hati-hati agar tidak menyebabkan kelelahan (Agusrianto & Rantesigi, 2020).

Penelitian lain oleh (Wulan & Wahyuni, 2022b), tujuan latihan ROM yaitu mempertahankan atau memelihara fleksibilitas dan kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian dan mencegah kelainan bentuk, kekakuan dan kontraktur. Nilai kekuatan otot yang meningkat menunjukkan efek terapi tindakan tersebut. Pada penderita stroke ekstremitas dapat mengalami kelemahan atau kelumpuhan dalam derajat yang berbeda, tergantung pada bagian yang terkena dan seberapa luas sirkulasi serebral yang terganggu. Pasien stroke yang mengalami kondisi imobilisasi dalam jangka waktu lama akan memudahkan terjadinya berbagai komplikasi, diantaranya pembentukan DVT, atrofi otot, kontraktur dan nyeri sendi, dan dekubitus.

Intervensi yang ketiga adalah pemantauan tanda-tanda vital. Pemantauan tanda-tanda vital atau TTV merupakan metode yang digunakan untuk menilai dasar kesehatan seseorang, pemeriksaan ini juga berperan dalam memperkuat diagnosis suatu penyakit dan membantu dalam merencanakan intervensi medis yang sesuai (Aditama & Muntamah, 2024).

Dengan demikian, intervensi yang dilakukan pada pasien ini sudah sesuai dengan teori dan standar keperawatan, serta relevan untuk mencapai tujuan keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi dilakukan selama 3 hari dan sesuai dengan intervensi yang sudah dijelaskan. Tindakan yang sudah dilakukan yaitu dengan memfasilitasi aktivitas mobilisasi dan ambulasi pasien menggunakan alat bantu yang bertujuan agar pasien melatih anggota gerak tubuhnya lagi supaya bisa beraktivitas seperti dahulu secara bertahap. Seperti pada penelitian (Sari, 2021), yang menyimpulkan bahwa penerapan ambulasi dapat meningkatkan kekuatan otot pada klien stroke.

Implementasi yang sudah dilakukan selanjutnya yaitu memberikan ROM pasif yang bertujuan untuk menjaga kelenturan otot-otot, melancarkan peredaran darah dan persendian dengan menggerakkan otot pasien secara pasif. Tindakan ROM pasif ini diberikan kepada Ny K dikarenakan Ny K memiliki gangguan di mobilitas fisik seperti kekakuan sendi, kekuatan otot menurun, pergerakan ekstremitas terbatas sehingga perlu dilakukan tindakan tersebut, hal ini sejalan dengan

penelitian (Anggriani et al., 2018) menyimpulkan bahwa jika ada perbedaan kekuatan otot ekstremitas pada tangan dan kaki sebelum dan sesudah dilakukan ROM pasif pada responden. Hal ini membuktikan bahwa ROM pasif berpengaruh terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas pada tangan dan kaki.

Implementasi selanjutnya yang sudah dilakukan adalah pemantauan tanda-tanda vital. Pengendalian tekanan darah yang ketat penting bagi pasien dengan stroke iskemik atau hemoragik untuk mencegah transformasi hemoragik atau perluasan hematoma. TTV juga sangat penting dalam mendeteksi perubahan yang dapat mengindikasikan kemungkinan komplikasi atau perburukan kondisi pasien (Aditama & Muntamah, 2024).

Implementasi yang belum dilakukan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik adalah menjelaskan prosedur mobilisasi, ambulasi dan ROM secara detail karena keterbatasan Bahasa yang masih awam oleh peneliti.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahapan evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan yang melibatkan perbandingan sistematis dan terencana antara hasil pengamatan dengan tujuan dan kriteria yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan (Aditama & Muntamah, 2024).

Pada tanggal 31 Mei 2025, setelah melakukan tahap selama 3x24 jam, penulis melakukan evaluasi terhadap catatan perkembangan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik yang disebabkan oleh gangguan neuromuskular. Berdasarkan tindakan keperawatan yang diberikan dengan masalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular di buktikan dengan kekuatan otot menurun dan rentang gerak ROM menurun. Hal ini sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan yaitu, Pergerakan ekstremitas dari skala menurun (1) menjadi cukup menurun (2), Kekuatan otot dari skala menurun (1) menjadi cukup menurun (2), Rentang gerak (ROM) dari skala menurun (1) menjadi cukup menurun (2) nyeri yang awalnya cukup meningkat (2) menjadi cukup menurun (4).

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa Subyektif: Pasien mengatakan kaki kanannya sudah bisa digerakkan sedikit. Obyektif: Hemiparesis pada tubuh bagian kiri, kekuatan otot tangan kanan yang sebelumnya 1 menjadi 2 dan kaki kanan yang sebelumnya 2 menjadi 3. Peningkatan kekuatan otot yang lambat atau sedikit pada pasien stroke umumnya terjadi karena kerusakan saraf di otak bersifat menetap dan membutuhkan waktu lama untuk reorganisasi (neuroplastisitas), bukan sekadar masalah pada otot itu sendiri. Selain itu, atrofi otot akibat imobilitas (jarang digerakkan) membuat jaringan otot menyusut dan melemah signifikan. Pada pasien sendiri, pasien hanya melakukan ROM jika ada yang membantu atau jika berada di roujinhome. Oleh karena itu, masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian dan tindakan keperawatan yang dilakukan penulis adalah melanjutkan intervensi dukungan ambulasi dan teknik latihan penguatan sendi dengan melakukan rentang gerak aktif secara sistematis.

KESIMPULAN

Proses asuhan keperawatan pada Ny. K diawali dengan pengkajian komprehensif yang meliputi riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik head to toe, serta observasi pola aktivitas sehari-hari. Hasil pengkajian awal menunjukkan adanya

defisit neurologis yang signifikan berupa hambatan rentang gerak (ROM) dan kelemahan pada tubuh bagian kiri (hemiparesis). Data objektif mencatat kekuatan otot ekstremitas kiri atas berada pada nilai 1 (hanya kontraksi) dan ekstremitas kiri bawah pada nilai 2 (mampu bergeser namun tidak mampu melawan gravitasi). Selain itu, ditemukan kekakuan pada sendi peluru dan engsel yang meliputi bahu, lengan, panggul, dan kaki, disertai tremor pada tangan dan kaki kiri, bicara cadel, serta ketergantungan bantuan fisik saat berdiri.

Berdasarkan data klinis tersebut, diagnosa keperawatan utama yang ditegakkan adalah gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054). Sebagai langkah tindak lanjut, disusun intervensi keperawatan yang bertujuan memfasilitasi gerakan mobilisasi dan ambulasi. Strategi yang diterapkan meliputi penggunaan alat bantu Ankle Foot Orthosis (AFO) dan tesuri (pegangan tangan), pemberian latihan gerak ROM baik pasif maupun aktif, serta pemantauan tanda-tanda vital secara berkala untuk memastikan keamanan pasien selama aktivitas fisik.

Dalam tahap implementasi, peneliti melakukan kolaborasi interdisipliner dengan fisioterapis untuk mengembangkan dan melaksanakan program latihan yang terstruktur bagi Ny. K. Sinergi ini bertujuan untuk mengoptimalkan pemulihan fungsi motorik pasien. Pada tahap evaluasi akhir, ditemukan bahwa masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. Meskipun tubuh pasien dilaporkan masih mengalami sedikit kekakuan, namun terdapat kemajuan klinis di mana anggota gerak pasien menjadi lebih mudah untuk digerakkan dibandingkan kondisi awal sebelum dilakukan intervensi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Aditama, M. A., & Muntamah, U. (2024). Pengelolaan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Hemiparesis dengan Stroke Non Hemoragik (Vol. 2, Number 1). <http://jurnal.unw.ac.id/index.php/JKBS> [1] Azizah, N., & Wahyuningsih. (2020). Genggam bola untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke hemoragik. In *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan* (Vol. 4, Number 1).
2. Azmi, N. N., Wahyuni, U., Wulandari, A., Puspitasari, M., & Risdiyanto, N. (2024). Asuhan Keperawatan Pada Pasien TN. T Dengan Diagnosa Medis Stroke Hemoragik. *MEJORA : Medical Journal Awatara*, 2(3), 19–25.
3. Bachtiar, I., Silvitasari, I., & Wardiyatmi. (2023). Penerapan Range of Motion Pasif terhadap Peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke di ruang anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi Surakarta. <https://journal-mandiracendikia.com/jikmc>.
4. Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., Deo, R., De Ferranti, S. D., Floyd, J., Fornage, M., Gillespie, C., Isasi, C. R., Jim'nez, M. C., Jordan, L. C., Judd, S. E., Lackland, D., Lichtman, J. H., Lisabeth, L., Liu, S., Longenecker, C. T., ... Muntner, P. (2017). Heart Disease and Stroke Statistics'2017 Update: A Report from the American Heart Association. In *Circulation* (Vol. 135, Number 10, pp. e146–e603). Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000485>
5. Haryono. (2019). Keperawatan medikal bedah 2. Keperawatan Medikal Bedah (2).

6. Hemanika. (2023). Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang Seroja RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Kemenkes RI. (2018).
7. Kemenkes Republik Indonesia.
8. Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2020). Pathophysiology and treatment of stroke: Present status and future perspectives. In *International Journal of Molecular Sciences* (Vol. 21, Number 20, pp. 1–24). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijms21207609>
9. Maelani, W. S., Fitriyah, E. T., Camelia, D., Roni, F., & Wijaya, A. (2022). Penerapan Intervensi Range Of Motion (ROM) Pasif Ekstermitas Kiri Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dalam Mengatasi Masalah Gangguan Mobilitas Fisik. In *Journal Well Being* (Vol. 7, Number 2). <http://journal.stikes-bu.ac.id/>
10. Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, And Prevention. In *Jurnal Ilmiah Kedokteran* (Vol. 6, Number 1)
11. Sasongko, D. P., & Khasanah, S. (2023). Penerapan Range of Motion (Rom) pada asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pasien stroke hemoragik. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP>
12. Sinulingga. (2019). Pengkajian Keperawatan Dan Tahapannya Dalam Proses Keperawatan.
13. Sugiyono. (2018). Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan R & D. Alfabeta, Bandung, 4.
14. Suprpto, S., Mulat, T. C., Asmi, A. S., & Muridah, M. (2023). Application of Range of Motion in Stroke Patients with Impaired Physical Mobility. *Jurnal Edukasi Ilmiah Kesehatan*, 1(2), 43–48. <https://doi.org/10.61099/junedik.v1i2.13>,
15. WHO. (2020). WHO .
16. WHO (World Health Organizations. (2021). WHO.
17. Wulan, E. S., & Wahyuni, S. (2022b). Pengaruh Range of Motion (Rom) terhadap Kekuatan otot pasien Stroke di Rumah sakit Mardi Rahayu Kudus. *Jurnal Profesi Keperawatan*, 9(2). <http://jurnal.akperkridahusada.ac.id>
18. Yonata, A., Satria, A., & Pratama, P. (2016). Arif Satria Putra Pratama dan Ade Yonata | Hipertensi sebagai Faktor Pencetus Terjadinya Stroke Majority (Vol. 5, Number 3).
19. Zandrato, A. C., & Barus, N. (2021). Gambaran Tatalaksana Stroke Iskemik Pasien Rawat Inap di RSU Royal Prima Medan tahun 2019.