

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DEWASA DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK

### *NURSING CARE FOR ADULT PATIENTS WITH NON-HEMORRHAGIC STROKE WITH NURSING PROBLEMS PHYSICAL MOBILITY IMPAIRMENT*

Fitri Aprilia<sup>1</sup>, Dwi Rahayu<sup>2\*</sup>

1, 2 STIKes Pamenang

\*Korespondensi Penulis : ns.dwirahayu@gmail.com

#### Abstrak

**Introduksi** : Stroke non hemoragik (SNH) merupakan penyakit yang terjadi karena penyumbatan pembuluh darah yang berakibat aliran darah yang menuju ke otak terhenti yang merupakan masalah patologi yang hampir mencakup 80% masalah stroke yang sering terjadi. Gangguan Mobilitas Fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Tujuan dari penulisan ini adalah untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien SNH dengan gangguan mobilitas fisik. **Metode** : Asuhan keperawatan medikal bedah dilakukan di Ruang IRNA Flamboyan pada bulan November 2023 dan Ruang IRNA Cendana pada bulan Januari 2024 di Rumah Sakit Kabupaten Kediri selama 4 hari. Metode yang dilakukan yaitu pemecahan masalah (*problem solving*) dengan pendekatan proses keperawatan menggunakan metode deskriptif. **Hasil** : Hasil pengkajian didapatkan bahwa terdapat 2 pasien Stroke Non Hemoragik mengalami masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dengan tindakan keperawatan yang dilakukan adalah dukungan mobilisasi dan latihan ROM (*Range of Motion*) dengan melakukan latihan rentang gerak pasif, memonitor keluhan nyeri serta memantau kekuatan otot. **Analisis** : Hasil pengkajian didapatkan bahwa adanya kelemahan pada ekstremitas sebelah kiri, penurunan rentang gerak, menurunnya kekuatan otot, pasien tirah baring dan lemah. **Discuss** : Asuhan keperawatan medikal bedah diharapkan dapat memodifikasi pengetahuan, peran keluarga dan individu dalam upaya peningkatan timbulnya kecacatan yang berkelanjutan dan risiko stroke.

**Kata Kunci** : Stroke Non Hemoragik, gangguan mobilitas fisik, ROM

#### Abstract

**Introduction:** *Non-hemorrhagic stroke (SNH) is a disease that occurs due to blockage of blood vessels which results in blood flow to the brain stopping, which is a pathological problem that accounts for almost 80% of frequent strokes. Physical Mobility Impairment is a limitation in the physical movement of one or more extremities independently. The purpose of this writing is to provide nursing care for SNH patients with physical mobility disorders. Method:* Medical surgical nursing care was carried out in the IRNA Flamboyan Room in November 2023 and the IRNA Cendana Room in January 2024 at the Kediri Regency Hospital for 4 days. The method used is *problem solving with a nursing process approach using descriptive methods. Results:* The results of the study showed that there were 2 Non-Hemorrhagic Stroke patients experiencing nursing problems, physical mobility disorders related to neuromuscular disorders, the nursing actions taken were mobilization support and ROM (*Range of Motion*) exercises by doing passive range of motion exercises, monitoring pain complaints and monitoring muscle strength. Analysis: The results of the assessment showed that there was weakness in the left extremity, decreased range of motion, decreased muscle strength, the patient was on bed rest and weak. **Discuss:** Medical surgical nursing care is expected to modify knowledge, the role of the family and the individual in an effort to increase the incidence of ongoing disability and the risk of stroke.

**Keywords:** *Non-Hemorrhagic Stroke, physical mobility impairment, ROM*

## Pendahuluan

Dewasa ini dilihat dari perkembangan dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi menyebabkan perubahan gaya hidup masyarakat menjadi lebih modern serba instan dan praktis. Dimulai dari perubahan pola makan (tinggi kalori, rendah serat, tinggi garam, gula dan lemak, ditambah kurangnya aktivitas fisik, stress, dan kurangnya istirahat) memicu timbulnya berbagai macam penyakit salah satunya yaitu Penyakit Tidak Menular (PTM). Dalam kurun waktu dua dekade terakhir, PTM menjadi penyebab utama dari beban penyakit salah satunya adalah stroke yang masih menempati urutan teratas (Kemenkes, 2022).

Menurut WHO stroke merupakan penyakit yang terjadi di pembuluh darah otak dan merupakan suatu keadaan dimana tanda gejala yang ditemukan dapat berkembang dengan cepat seperti defisit neurologik global dan fokal, yang bisa memperberat dan terjadi selama 24 jam bahkan lebih dan bisa menyebabkan kematian, dan tidak adanya penyebab lain yang jelas selain vascular (Kemenkes, 2018). Masalah keperawatan yang muncul dan memerlukan penanganan lebih lanjut lagi pada pasien SNH adalah gangguan mobilitas fisik, dimana pasien mengalami penurunan kekuatan pada sebagian atau salah satu anggota gerak karena kelemahan otot ekstremitas (Wicaksono, 2017 dalam (Lusy Dwi Kusumawati, 2022)). Dengan adanya kelemahan otot ekstremitas ini menunjukkan informasi dimana area otak yang mengalami gangguan. Adanya kelemahan pada ekstremitas kiri menunjukkan adanya stroke di hemisfer kanan dikarenakan serabut saraf motorik menyilang dibagian medulla sebelum memasuki spinal cord (Nurshiyam et al., 2020).

Berdasarkan data WHO stroke adalah penyebab utama kecatatan yang terjadi di seluruh dunia dan penyebab kematian nomor dua. Lembar Fakta Stroke Global yang diterbitkan pada tahun 2022 menyatakan bahwa risiko seumur hidup terkena stroke telah meningkat sebesar 50% selama 17 tahun terakhir dan kini 1 dari 4 orang diperkirakan terkena stroke seumur hidupnya. Sejak tahun 1990 sampai 2019, terjadi peningkatan kejadian stroke sebesar 70%, peningkatan kematian akibat stroke sebesar 43%, peningkatan prevalensi stroke sebesar 102%, dan peningkatan *Disability Adjusted Life*

*Years* (DALY) sebesar 143%. Hal yang paling mencolok adalah sebagian besar beban stroke global (86% kematian akibat stroke dan 89% DALY) terjadi di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah ke bawah. (WHO, 2022). Menurut Kemenkes RI di Indonesia tahun 2019, terjadi perubahan penyebab utama *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) lost yaitu stroke (4,0%; 3.280 per 1000 penduduk) dan ischaemic heart disease (2,8%; 2.330 per 1000 penduduk). Hampir sama dengan di dunia, lebih dari setengah DALYs lost di Indonesia disebabkan oleh penyakit tidak menular (69%) diantaranya 10,9% disebabkan oleh stroke, 8,6% *malignant neoplasms* dan 7,7% *ischaemic heart disease* (GDB 2019; WHO 2019). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan adanya peningkatan prevalensi PTM dibandingkan dengan Riskesdas 2013, PTM yang mengalami peningkatan salah satunya adalah stroke. Prevalensi stroke naik dari 7% menjadi 10,9%. (P2PM, 2022). Menurut Kemenkes RI tahun 2018, prevelensi kasus stroke di Jawa Timur sebesar 1,24 per 1.000 penduduk, nilai prevelensi ini mengalami penurunan yang cukup banyak dibandingkan tahun sebelumnya (Putri, 2023). Angka kejadian stroke di Kabupaten Kediri sebesar 1.431 jiwa (0,6 %) dari 286.796 total jumlah penduduk di Kabupaten Kediri. Data hipertensi merupakan salah satu faktor risiko stroke di Kota Kediri sejumlah 29.362 orang (Badan Pusat Statistik Kota Kediri, 2019) dalam (Rachmania et al., 2022). Sedangkan prevelensi kasus stroke di RSUD Kabupaten Kediri adalah sebanyak 565 pasien dengan rentang Januari – Maret 2021, dengan keterangan 22 pasien rawat inap dan 343 pasien rawat jalan (Khaerotib & Indasah, 2022).

Penyakit stroke non hemoragik (SNH) bisa terjadi pada siapapun baik wanita maupun laki-laki bisa muda ataupun tua, dengan usia kurang lebih 35 tahun sampai 85 tahun. Terjadinya stroke ini salah satunya karena pembuluh darah yang membawa darah ke otak tersumbat sehingga terjadi gangguan sirkulasi pembuluh darah yang berakibat tidak adanya darah ke otak (Azizah & Wahyuningsih, 2020 dalam (Maelani et al., 2022). Penderita SNH (Stroke Non Hemoragik) sering terjadi masalah neuro-muskuloskeletal yang bisa mempengaruhi

kemampuan mobilitas klien. Kelumpuhan adalah satu gejala yang ditimbulkan oleh penyakit stroke. Masalah yang biasanya ditemukan merupakan gangguan mobilitas merupakan keterbatasan dalam gerak fisik satu bahkan lebih ekstremitas (alat gerak tubuh) secara sendirinya (Hermand, 2015 dalam (Nurshiyam et al., 2020).

Masalah yang muncul pada penderita stroke yaitu adanya masalah pada anggota gerak sehingga, kemampuan seseorang dalam bergerak tidak bisa bebas dan terbatas yang disebut dengan masalah gangguan mobilitas fisik (Azizah & Wahyuningsih, 2020) dalam (Maelani et al., 2022). Selain menyebabkan kecatatan dan kematian dampak lain yang sering terlihat dan jarang menjadi asuhan adalah dampak psikologis seperti stress berkepanjangan sampai dengan depresi. Stroke juga terjadi serangan terhadap kesehatan psikologis seperti harga diri, ketekunan dan kesabaran, daya tahan dalam menghadapi stressor, penyesuaian diri. Marah, sedih, menyalahkan diri sendiri dan merasa tidak berdaya, sering kali menurunkan semangat hidup penderita stroke sehingga muncul dampak emosional yang lebih berbahaya, dimana penderita mengalami kesulitan mengendalikan emosi. Penderita mudah takut, gelisah, marah, dan sedih atas kekurangan fisik dan mental yang mereka alami. Tanda-tanda depresi klinis antar lain sulit tidur, kehilangan nafsu makan atau ingin makan terus, lesu, menarik diri dari pergaulan, mudah patuh, cepat letih, membenci diri sendiri dan berpikir untuk bunih diri. Spiritualitas menjadi sangat penting agar penderita stroke mampu menerima kenyataan, mampu mengambil hikmah, dapat mengisi setiap kesempatan dengan sesuatu yang bermakna, bersabar dan bertawakal, berpikir positif serta semakin mencintai Allah SWT (Petty, 2021).

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi stroke harus bersifat umum, khusus, rehabilitasi dan adanya rencana pemulangan klien (Pradana, 2016) dalam (Amalia & Yudhono, 2022). Penyakit stroke non hemoragik (SNH) memerlukan pemantauan perawatan pada setiap perkembangannya, sehingga perawat memiliki peran sebagai pemberi edukasi kesehatan kepada klien dan keluarga klien mengenai

pemulihan, pencegahan, dan memberikan informasi yang tepat tentang stroke non hemoragik (Oxyandi & Utami, 2020) dalam (Maelani et al., 2022). Penderita stroke post serangan memerlukan waktu yang cukup lama untuk memulihkan dan memperoleh fungsi penyesuaian diri secara maksimal. Salah satu hal yang dapat diberikan kepada klien stroke yaitu mobilisasi persendian dengan latihan rentang gerak *range of motion* (ROM) (Andarwati, A., dkk. 2013) dalam (Bella et al., 2021). Latihan *range of motion* (ROM) adalah salah satu bentuk latihan dalam proses yang dinilai cukup efektif dalam mencegah terjadinya kecacatan pada klien penderita stroke. Latihan ini merupakan salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang bisa dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi klien dan merupakan salah satu upaya (Murtaqib, M. 2013) dalam (Bella et al., 2021).

Menurut (Kemenkes, 2019) klasifikasi stroke sendiri dibagi menjadi dua yaitu, stroke Iskemik (stroke emboli dan stroke trombolik) dan stroke hemoragik (perdarahan intraserebral dan perdarahan subaracnoid). Tanda dan gejala yang muncul pada pasien stroke tergantung bagian mana yang diserang dan terkena rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada kondisi stroke akut biasanya muncul tanda dan gejala yaitu hemiparesis, penurunan kesadaran, afasia, disatria, gangguan penglihatan, ataksia, mual muntah dan nyeri kepala (Rahmadani & Rustandi, 2019). Pemeriksaan penunjang yang bisa dilakukan meliputi MRI, EEG, CT-Scan dan angiografi serebral (Lusy Dwi Kusumawati, 2022).

Patofisiologi dari stroke non hemoragik sendiri menurut (Juan Nggebu, 2019) Berkurangnya aliran darah ke daerah tertentu di dalam otak atau disebut dengan infark serebral. Luas dari infark tidak tentu tergantung pada faktor-faktornya seperti besarnya pembuluh darah dan lokasi serta adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap daerah yang dialiri oleh pembuluh darah yang tersumbat. Aliran darah yang menuju ke otak bisa berubah (makin cepat atau lambat) pada gangguan lokal (spasme vaskular, trombus, perdarahan dan emboli) atau disebabkan gangguan umum (terjadi hipoksia karena

gangguan pada jantung dan paru). Penyempitan pembuluh darah (aterosklerotik) sering menjadi penyebab terjadinya infark pada otak. Trombus bisa terjadi karena plak aterosklerotik, atau darah yang dapat beku di area stenosis, atau pada tempat aliran darah terjadi pelambatan atau terjadi trombolisis.

### Metode

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode pemecahan masalah (*problem solving*) rancangan deskriptif dengan pendekatan keperawatan studi kasus. Subyek yang digunakan yaitu dua klien yang menderita stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 20 November 2023 di ruang Flamboyan dan pada tanggal 08 Januari 2024 di ruang Cendana Tempat penelitian pada kasus ini adalah di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kediri.

### Hasil

Hasil penelitian ditemukan dua pasien dengan diagnosa medis yang saya yaitu stroke non hemoragik. Dimana pasien 1 (Tn. B) berjenis kelamin laki-laki, berusia 61 tahun, pendidikan terakhir SD dan bekerja sebagai buruh tani. Sedangkan pasien 2 Tn. S berjenis kelamin laki-laki, berusia 68 tahun, pendidikan terakhir SMP dan bekerja sebagai karyawan swasta. Dari kedua pasien mengatakan keluhanannya yaitu Pasien mengatakan kaki dan tangan sebelah kiri lemah. Dari riwayat penyakit yang pernah dialami Tn. B memiliki riwayat hipertensi dan baru tahu pada tahun 2018 dan rutin meminum obat hipertensi yaitu amlodipine 5 mg dengan pemakaian secara PO. Sedangkan Keluarga Tn. S mengatakan bahwa pasien tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, diabetes melitus atau yang lainnya, tapi keluarga mengatakan bahwa pasien pernah mengalami kelemahan kaki dan tangan kirinya tapi untuk tahunnya pasien dan keluarga sudah lupa.

Dari riwayat penyakit keturunan kedua pasien yaitu Tn. B dan keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan dari keluarga, sedangkan Tn. S dan keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan dari keluarga. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil Tn. S

dengan tekanan darah 163/93 mmHg, nadi 62 x/menit, suhu 36,6<sup>o</sup>c, *respiratory rate* 20x/menit, SpO<sub>2</sub> 98%, dengan kesadaran composmentis dan GCS E4V5M6. Selanjutnya pada Tn. S didapatkan hasil tekanan darah 166/98 mmHg, nadi 73 x/menit, suhu 36,6<sup>o</sup>c, *respiratory rate* 20x/menit, SpO<sub>2</sub> 99%, dengan kesadaran composmentis dan GCS E4V5M6.

Dalam pola aktivitas latihan kedua pasien didapatkan hasil Tn. B mengatakan bekerja sebagai buruh tani dan kegiatan saat ini hanya tirah baring. Saat dikaji pasien mengatakan bahwa kegiatannya harus dibantu dan pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri, Tn. B mengatakan tidak menggunakan alat bantu apapun. Tn. B mengatakan kegiatannya dibantu oleh anaknya untuk mandi, makan, toileting dan berpakaian. Sebelum sakit Tn. B mengatakan bahwa tidak ada kebiasaan olahraga. Sedangkan pada Tn. S mengatakan bekerja sebagai karyawan swasta sejak menikah dan kegiatan saat ini hanya tirah baring. Saat dikaji pasien mengatakan bahwa kegiatannya harus dibantu dan pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri, Tn. S mengatakan tidak menggunakan alat bantu apapun. Tn. S mengatakan kegiatannya dibantu oleh anaknya untuk mandi, makan, toileting dan berpakaian. Sebelum sakit Tn. B mengatakan tidak ada kebiasaan olahraga.

Dalam pemeriksaan sistem muskuloskeletal didapatkan hasil pada Tn. B saat dilakukan pengkajian didapatkan tidak adanya kelainan bawaan, tidak ada deformitas, tidak adanya edema, terdapat kelemahan pada ekstremitas kiri dengan kekuatan otot 5, 5, 3, 3. Selanjutnya pada Tn. S saat dilakukan pengkajian didapatkan tidak adanya kelainan bawaan, tidak ada deformitas, tidak adanya edema, terdapat kelemahan pada ekstremitas kiri dengan kekuatan otot 5, 5, 3, 3.

Dari pengelompokan data didapatkan 3 urutan diagnosa keperawatan, berdasarkan prioritas diantaranya Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan kekuatan otot yang menurun, rentang gerak (ROM) menurun. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan dibuktikan dengan tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri. Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan dibuktikan dengan Penurunan Mobilitas.

Dalam perencanaannya kedua pasien dengan diagnosis yang sama yaitu pada diagnosis gangguan mobilitas fisik yaitu dukungan mobilisasi dan latihan ROM. Pada diagnosis defisit perawatan diri yaitu dukungan perawatan diri. Pada diagnosis risiko gangguan integritas kulit/jaringan yaitu perawatan tirah baring.

Dalam pelaksanaannya kedua pasien mendapatkan tindakan yang sama dimana pada diagnosis gangguan mobilitas fisik tindakan yang diberikan adalah melakukan latihan ROM pasif, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, memfasilitasi pasien dalam melakukan pergerakan, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dan menganjurkan melakukan mobilisasi dini.

Pada diagnosis defisit perawatan diri tindakan yang diberikan yaitu memonitor tingkat kemandirian, mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, menyediakan lingkungan yang terapeutik, memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan dan fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. Pada diagnosis risiko gangguan integritas kulit/jaringan tindakan yang diberikan yaitu memonitor komplikasi tirah baring, memposisikan pasien senyaman mungkin, memberikan latihan gerak aktif atau pasif, mengubah posisi setiap 2 jam.

Evaluasi pada Tn. B tanggal 20-11-2023 dengan diagnosis pertama gangguan mobilitas fisik yaitu data subjektif : Pasien mengatakan tangan dan kaki kiri masih lemah, keluarga pasien mengatakan sudah memahami tindakan yang akan dilakukan, data objektif : pasien tampak lemah, tidak ada keluhan nyeri saat dilakukan ROM, Pasien terlihat nyaman dan tidak gelisah saat dilakukan rentang gerak pasif, Pergerakkan pasien masih terbatas dan harus dibantu, kekuatan otot 5, 5, 3, 3. Selanjutnya diagnosis kedua defisit perawatan diri yaitu data subjektif : pasien mengatakan bahwa belum kuat untuk melakukan perawatan diri seperti mandi, pasien mengatakan untuk BAK masih harus dengan pispot, data objektif : pasien tampak lemah, pasien tidak mampu melakukan ADL secara mandiri. Selanjutnya diagnosis ketiga risiko gangguan integritas kulit/jaringan yaitu data subjektif : pasien dan keluarga mengatakan paham akan penjelasan yang diberikan, data

objektif : kondisi kulit sedikit lembab, pasien tirah baring, pergerakan pasien terbatas.

Selanjutnya evaluasi pada Tn. S tanggal 08-01-2024 dengan diagnosis pertama gangguan mobilitas fisik yaitu data subjektif : pasien mengatakan tangan dan kaki kiri masih lemah, keluarga pasien mengatakan sudah memahami tindakan yang akan dilakukan, data objektif : pasien tampak lemah, pasien tampak lesu, tidak ada keluhan nyeri saat dilakukan ROM, pasien terlihat nyaman dan tidak gelisah saat dilakukan rentang gerak pasif, pergerakkan pasien masih terbatas dan harus dibantu, kekuatan otot 5,5,3,3. Selanjutnya diagnosis kedua defisit perawatan diri yaitu data subjektif : pasien mengatakan bahwa untuk mandi harus diseka, data objektif : pasien tampak lemah, pasien tidak mampu melakukan ADL secara mandiri, pasien terpasang kateter. Selanjutnya diagnosis ketiga risiko gangguan integritas kulit/jaringan yaitu data subjektif : pasien dan keluarga mengatakan paham akan penjelasan yang diberikan, data objektif : pasien tampak lemah, pasien tampak lesu, kondisi kulit sedikit lembab, pasien tirah baring, pergerakan pasien terbatas.

### **Pembahasan**

Berdasarkan data yang ditemukan saat pengkajian didapati kesamaan pada identitas klien yaitu berjenis kelamin laki-laki. Menurut (M. Moh. Adib & Lucia Retnowati 2019 dalam (Martono et al., 2022)) didapatkan hasil bahwa faktor jenis kelamin tidak berhubungan dengan terjadinya serangan stroke secara parsial. Serangan stroke bisa terjadi pada laki-laki maupun perempuan karena faktor risiko stroke bersifat multifaktor, dimana pada laki-laki karna kebiasaannya seperti merokok dan konsumsi alkohol. Sementara itu, pada wanita yang sudah pasca menopause memiliki risiko lebih tinggi terkena serangan stroke karena adanya penurunan produksi hormon estrogen. Menurut asumsi penulis, laki-laki memiliki faktor risiko lebih tinggi karena pola aktivitas hidup yang kurang sehat seperti merokok dan konsumsi alkohol dibandingkan dengan perempuan tapi, perempuan juga memiliki faktor risiko.

Berdasarkan data yang didapatkan ditemukan perbedaan usia antara Tn. B (61 Tahun) dan TN. S (68 Tahun). Menurut (M. Moh. Adib & Lucia Retnowati 2019 dalam

(Martono et al., 2022)) didapatkan hasil bahwa faktor umur tidak berhubungan dengan kejadian serangan stroke secara parsial. Kejadian stroke dapat terjadi pada usia muda maupun lansia. Terlepas dari faktor umur yang tidak berhubungan dengan kejadian stroke, sehingga diperlukan faktor lain seperti hipertensi, diabetes, dan penyakit jantung agar faktor risiko umur berhubungan dengan kejadian stroke. Akan tetapi menurut (Manurung, Minarti & Diani (2015) dalam (Martono et al., 2022)) menunjukkan bahwa umur seseorang yang meningkat mengakibatkan risiko mengalami stroke meningkat pula. Salah satunya karna penuaan yang menyebabkan penurunan elastisitas pembuluh darah sehingga meningkatkan risiko aterosklerosis yang merupakan penyebab stroke. Menurut asumsi penulis, stroke bisa menyerang siapa saja baik pada usia muda dan lansia, hal ini juga dipengaruhi oleh pola hidup, pola aktivitas dan sudah adanya penyakit yang menyertai penderita.

Berdasarkan data yang didapatkan ditemukan perbedaan data dari pasien 1 (Tn. B) dan 2 (Tn. S) dimana, pasien 1 (Tn. B) memiliki riwayat hipertensi dan pasien 2 (tn. S) tidak memiliki penyakit hipertensi. Menurut (Sofiana & Rahmawati (2019) dalam (Martono et al., 2022) didapatkan hasil bahwa faktor hipertensi memiliki hubungan dengan kejadian stroke secara parsial. Peningkatan tekanan darah yang abnormal dan terus-menerus menyebabkan kerusakan pada dinding arteri mendorong pengendapan plak di arteri dan mengganggu aliran darah ke otak sehingga dapat menyumbat atau memecahkan pembuluh darah otak dan menyebabkan stroke. Menurut (Sulistiyawati, 2020) orang yang tidak menderita hipertensi, risiko stroke meningkat terus hingga usia 90 tahun, menyamai risiko stroke pada orang yang menderita hipertensi. Penggunaan obat-obatan hipertensi dapat mengurangi risiko stroke sebesar 38 persen dan pengurangan angka kematian karena terjadi stroke sebesar 40 persen. Menurut asumsi penulis, bahwa penderita stroke yang memiliki riwayat hipertensi memiliki potensi lebih tinggi untuk terserang stroke. Berdasarkan data yang didapatkan ditemukan perbedaan riwayat penyakit yang pernah dialami, yaitu pada pasien pertama (Tn. B) merupakan serangan stroke pertama sedangkan pada pasien kedua (Tn. S) merupakan serangan kedua. Yang

mana Tn.S saat serangan pertama memiliki keluhan kelemahan pada ekstremitas kiri, sedangkan pada serangan kedua memiliki keluhan kelemahan pada ekstremitas kiri, kekakuan leher dan kativitas harus dibantu semua. Menurut (Hassa et al., 2017) dalam penelitiannya didapati hasil perbedaan yang cukup bermakna antara rata-rata skor kualitas hidup pasien stroke iskemik serangan pertama dan serangan kedua dalam domain fungsi dan peranan fisik, energi. Risiko kematian dan ketidakmampuan setelah stroke meningkat dengan adanya kejadian stroke berulang tersebut, adanya peningkatan ketidakmampuan tersebut juga menunjukkan adanya peningkatan risiko penurunan kualitas hidup pada pasien serangan stroke berulang. Menurut asumsi penulis, serangan stroke berulang juga dapat dipengaruhi oleh usia dan pola hidup yang tidak sehat yang menyebabkan serangan stroke berulang.

Berdasarkan data yang didapatkan, ditemukan hasil pemeriksaan kesadaran pada kedua pasien sama yaitu dengan kesadaran composmentis GCS E4V5M6. Menurut (Wulandari, 2018) memaparkan bahwa pada pasien Stroke Non Hemoragik mengalami tingkat kesadaran pasien mengantuk namun dapat sadar saat dirangsang (sommolen), apatis, sopor, sopor coma hingga penurunan kesadaran (coma). Dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Namun didapati juga beberapa pasien stroke non hemoragik memiliki kesadaran yang penuh atau composmentis dengan nilai GCS E4V5M6 dan hanya memiliki keluhan pada ekstremitas. Menurut asumsi penulis, pada pasien stroke mengalami penurunan kesadaran dikarenakan terganggunya pasokan darah sehingga menyebabkan pasokan darah menuju otak tidak adekuat sehingga menyebabkan pasien stroke non hemoragik mengalami penurunan kesadaran.

Berdasarkan data yang ditemukan pada pemeriksaan muskuloskeletal ditemukan bahwa pasien pertama (Tn. B) dan pasien kedua (Tn. S) mengalami gangguan kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri. Dengan hasil pasien pertama (Tn. B) 5, 5, 3, 3 dan pasien kedua (Tn. S) 5, 5, 3, 3. Dalam (Rahmadani & Rustandi, 2019) menunjukkan bahwa manifestasi klinis dari stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Namun gejala

klinis yang sering muncul adalah kelemahan pada ekstremitas. Hal ini sesuai dengan teori dimana hemiparese/hemiplegia tersebut disebabkan oleh vasospasme arteri serebral (Nurarif dan Hardhi, 2016 dalam (Sulistiyawati, 2020)). Menurut asumsi penulis, bahwa pada pasien stroke pasti akan mengalami kelemahan pada ekstremitas.

Berdasarkan data yang didapatkan pada Tn. B dan Tn. S dilakukan intervensi dukungan mobilisasi dengan implementasi yang sama yaitu dilakukan dukungan mobilisasi dan tindakan ROM. Progres perawatan hari pertama pada Tn. B yaitu didapatkan hasil kekuatan otot 5, 5, 3, 3 dan pada Tn. S dengan hasil kekuatan otot 5, 5, 3, 3. Pada hari kedua didapatkan hasil kekuatan otot pada Tn. B 5, 5, 4, 3 dan pada Tn. S 5, 5, 3, 3. Pada hari ketiga didapatkan hasil kekuatan otot 5, 5, 4, 4 dan pada Tn. S 5, 5, 4, 3. Pada hari keempat didapatkan hasil kekuatan otot 5, 5, 4, 4 dan pada Tn. S 5, 5, 4, 4. Menurut (Bella et al., 2021) Latihan range of motion (ROM) merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses yang dinilai cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada penderita stroke. Menurut (Aditama & Muntamah, 2024) Latihan ROM dapat meningkatkan aktivitas neuromuskuler dan muskuler dengan cara merangsang produksi asetilkolin dan kontraksi pada serat saraf otot, serta meningkatkan metabolisme pada mitokondria untuk menghasilkan energi ATP yang diperlukan untuk kontraksi otot dan meningkatkan tonus otot polos ekstremitas. ROM dapat dilakukan sesegera mungkin setelah kondisi pasien dianggap stabil. Menurut (Sulistiyorini, 2014) kondisi stabil ketika kondisi klinis neurologis dan hemodinamik penderita sudah mulai stabil (komponen antara lain tekanan darah, nadi, heart rate, pernapasan, indikator perfusi perifer, produksi urin, saturasi oksigen, dan GCS).

Berdasarkan hasil evaluasi diagnosis gangguan mobilitas fisik hari terakhir yaitu Kamis, 23 November 2023 pukul 17.00 WIB pada pasien 1 (Tn. B) dan Kamis, 11 Januari 2024 pukul 12.00 WIB pada pasien 2 (Tn. S) dapat disimpulkan data subjektif bahwa tangan dan kaki kiri sudah mulai bertenaga jika dibandingkan dengan keadaan saat awal pasien MRS, data objektifnya sudah tidak tampak lemah, tidak ada keluhan nyeri saat dilakukan ROM, pasien tampak nyaman dan

tidak gelisah saat dilakukan tindakan rentang gerak pasif, pergerakan sudah bebas tapi ada beberapa yang masih harus dibantu, dan mendapatkan hasil akhir kekuatan otot 5, 5, 4, 4 pada kedua pasien. Menurut (Nurshiyam et al., 2020) Pasien stroke non hemoragik sering mengalami masalah pada neuro-muskuloskeletal yang dapat berpengaruh terhadap kemampuan mobilitas pasien. Kelumpuhan merupakan salah satu gejala klinis yang ditimbulkan oleh penyakit stroke. Sekitar 90% pasien yang mengalami serangan stroke tiba-tiba akan mengalami kelemahan atau kelumpuhan anggota badan. Kelemahan atau kelumpuhan ini masih dialami pasien sampai pasien keluar dari rumah sakit. Akibat dari kelemahan atau kelumpuhan akan menimbulkan gangguan mobilitas fisik dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Menurut hasil penelitian dari (Aditama & Muntamah, 2024) intervensi keperawatan yang diterapkan yaitu latihan Range Of Motion (ROM) sebagai salah satu metode yang efektif untuk meningkatkan mobilitas fisik pasien. Latihan ROM dilakukan secara teratur 2 kali sehari selama 15-35 menit selama minimal 4 minggu. meskipun terdapat peningkatan kekuatan otot tangan kanan dari skor 2 menjadi 3 dan kaki kanan dari skor 1 menjadi 3 setelah 3 hari pengelolaan, masalah gangguan mobilitas fisik belum sepenuhnya teratasi. Menurut asumsi penulis didapati hasil evaluasi akhir pada kedua pasien memiliki hasil yang sama yaitu kekuatan otot 5, 5, 4, 4 yang mana hasil tersebut menunjukkan bahwa adanya peningkatan pada kekuatan otot.

### Kesimpulan

Berdasarkan hasil evaluasi hari terakhir, pada diagnosis gangguan mobilitas fisik didapati hasil pada pasien 1 (Tn. B) data subjektif bahwa tangan dan kaki kiri sudah mulai bertenaga jika dibandingkan dengan keadaan saat awal pasien MRS, data objektifnya sudah tidak tampak lemah, tidak ada keluhan nyeri saat dilakukan ROM, pasien tampak nyaman dan tidak gelisah saat dilakukan tindakan rentang gerak pasif, pasien sudah bisa berjalan ke kamar mandi sendiri, pergerakan sudah bebas tapi ada beberapa yang masih harus dibantu, pasien sudah mulai bergerak aktif (mampu melakukan toileting mandiri, mampu makan sendiri, mampu berpakaian mandiri dan sudah mampu berjalan dengan mandiri), pergerakan sudah

normal dan mendapatkan hasil akhir kekuatan otot 5, 5, 4, 4. Sedangkan didapati hasil pada pasien 2 (Tn. S) data subjektif bahwa tangan dan kaki kiri sudah mulai bertenaga jika dibandingkan dengan keadaan saat awal pasien MRS, data objektifnya sudah tidak tampak lemah, tidak ada keluhan nyeri saat dilakukan ROM, pasien tampak nyaman dan tidak gelisah saat dilakukan tindakan rentang gerak pasif, pergerakan pasien masih harus dibantu oleh anaknya, pergerakan pasien masih terbatas (masih tirah baring dan susah dalam bergerak, belum bisa duduk sendiri jika tidak dibantu, belum mampu melakukan toileting secara mandiri masih terpasang kateter) dan mendapatkan hasil akhir kekuatan otot 5, 5, 4, 4.

### Ucapan Terima Kasih

Peneliti sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan support dan yang sudah terlibat dalam penelitian ini. Kepada institut STIKES Pamenang Kediri, orang tua, dosen pembimbing, pasien dan keluarga yang terlibat didalam penyusunan.

### Daftar Pustaka

- Aditama, M. A., & Muntamah, U. (2024). Pengelolaan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Hemiparesis dengan Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat*, 2(1).
- Amalia, J. K., & Yudhono, D. T. (2022). Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Pola Nafas Tidak Efektif, Nyeri Akut dan Gangguan Mobilitas Fisik. *JKM: Jurnal Keperawatan Merdeka*, 2(2), 108–112. <https://doi.org/10.36086/jkm.v2i2.1225>
- Bella, C., Inayati, A., & Immawati, I. (2021). Penerapan Range of Motion (Rom) Pasif Untuk Mengatasi Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Kota Metro. *Jurnal Cendikia Muda*, 1(2), 216–222. <http://jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/203>
- Hassa, N., Eko, J., Hartono, B., & Pudjonarko, D. (2017). Artikel Penelitian Perbedaan Kualitas Hidup Berdasarkan Short Form-36 Antara Penderita Stroke Iskemik Serangan Pertama Dengan Kedua Differences Quality Of Life Based On Short Form-36 Between First And Second Attack Ischemic Stroke Patients. *Desember*, 35(1), 63.
- Juan Nggebu. (2019). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Ruang Cempaka RSUD. PROF. DR. W. Z. Johannes Kupang. In *Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang*. [http://repository.poltekeskupang.ac.id/917/1/KTI\\_STROKE\\_NON\\_HEMORAGI..pdf](http://repository.poltekeskupang.ac.id/917/1/KTI_STROKE_NON_HEMORAGI..pdf)
- Kemenkes, R. (2018). *Apa itu Stroke?* Kemenkes RI.
- Kemenkes, R. (2019). *Jenis Jenis Stroke*. Kemenkes RI. <https://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/stroke/jenis-jenis-stroke>
- Kemenkes, R. (2022). *Masalah dan Tantangan Kesehatan Indonesia Saat Ini*. Kemenkes RI.
- Khaerotib, K., & Indasah, I. (2022). Analisis Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Risiko Jatuh pada Keluarga Yang Memiliki Pasien Pasca Stroke di poli Saraf RSUD Kabupaten Kediri. *Journal of Nursing Care and Biomoleculer*, 7(1), 15–30. <https://doi.org/10.32700/jnc.v7i1.251>
- Lusy Dwi Kusumawati. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Tindakan Rom Dalam Upaya Peningkatan Kekuatan Otot Di Rsud Dr. Moewardi Surakarta. In *Politeknik Kesehatan Surakarta*.
- Maelani, W. S., Fitriyah, E. T., Camelia, D., & Roni, F. (2022). Penerapan Intervensi Range Of Motion (Rom) Pasif Ekstermitas Kiri Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dalam Mengatasi Masalah Gangguan Mobilitas Fisik. *Journal Well Being*, 7(2), 48–54.
- Martono, M., Editya Darmawan, R., Nur Anggraeni, D., Keperawatan, J., & Kemenkes Surakarta, P. (2022). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stroke Pada Usia Produktif. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 7(1), 2022.
- Nurshiyam, N., Ardi, M., & Basri, M. (2020). Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di Rskd Dadi Makassar. *Media Keperawatan: Politeknik Kesehatan Makassar*, 11(1), 90. <https://doi.org/10.32382/jmk.v11i1.1555>

- P2PM. (2022). Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. *Kemkes*, 1–114. <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-465827-3tahunan-768.pdf>
- Petty, J. (2021). *Psikologis Penderita Stroke*. RSUD Bumiayu Kabupaten Brebes. <https://rsudbumiayu.brebeskab.go.id/2021/11/08/psikologis-penderita-stroke>
- Putri, A. A. N. (2023). Gambaran Epidemiologi Stroke Di Jawa Timur Tahun 2019-2021. *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(1), 1030–1037. <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/prepotif/article/view/13680>
- Rachmania, D., Widayati, D., Studi, P., & Keperawatan, S. (2022). Family Empowerment dalam Deteksi Dini Stroke pada Keluarga Pasien dengan Hipertensi. *Jurnal TRI DHARMA MANDIRI*, 2(1), 10–19.
- Rahmadani, E., & Rustandi, H. (2019). Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Hemiparese melalui Latihan Range of Motion (ROM) Pasif. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 1(2), 354–363. <https://doi.org/10.31539/joting.v1i2.985>
- Sulistiyawati. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik Yang Di Rawat Di Rumah Sakit*. [http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1079/1/KTI\\_SULISTIYAWATI.pdf](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1079/1/KTI_SULISTIYAWATI.pdf)
- Sulistiyorini, L. (2014). Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 9, No.1. *Perbedaan Prestasi Belajar Anak Obesitas Dan Tidak Obesitas Di Sekolah Dasar Kabupaten Jember*, 9(1), 38–44. <http://www.jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/97>
- WHO. (2022). *World Stroke Day 2022*. World Health Organization.
- Wulandari, N. K. V. (2018). *Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pasca Stroke Non Hemoragik Dengan Gangguan Pemenuhan Mobilitas Fisik*. [http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/1.\\_ahmed-affective\\_economies\\_0.pdf](http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/1._ahmed-affective_economies_0.pdf)