

UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE DENGAN HEMIPARESE



Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Diploma III pada
Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan

Oleh:

ARI ANDRIYANI

J 200 140 087

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

2017

HALAMAN PERSETUJUAN

**UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN
STROKE HEMIPARESE**

PUBLIKASI ILMIAH


Oleh:

ARI ANDRIYANI

J 200 140 087

Telah diperiksa dan disetujui oleh:

Dosen pembimbing

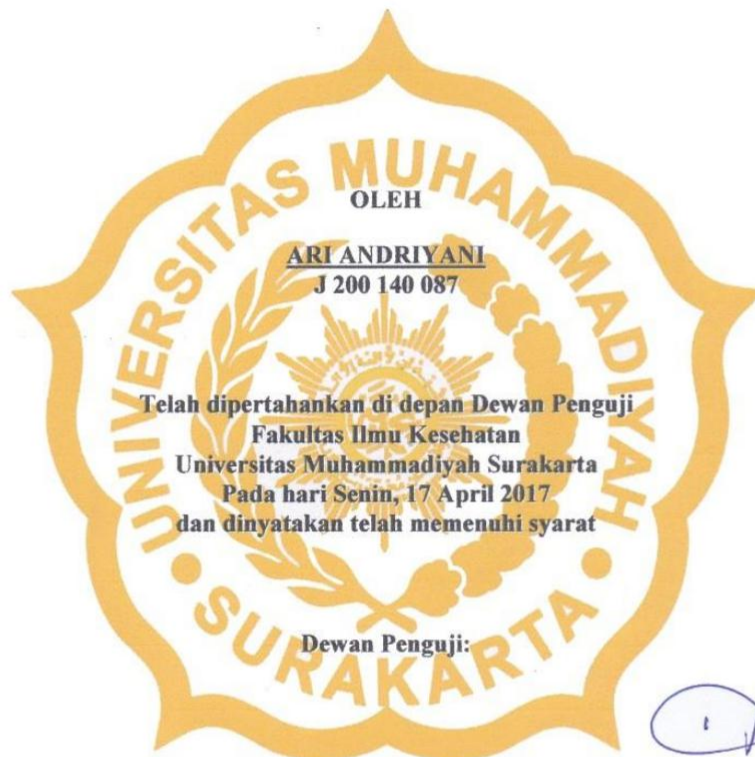
A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized loop followed by a vertical stroke and a small flourish.

Dian Hudiawati S.Kep, Ns., M.Kep



NIK. 1272


HALAMAN PENGESAHAN

UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN
STROKE DENGAN HEMIPARESE



1. Dian Hudiyawati, S.Kep., Ns., M.Kep
(Ketua Dewan Penguji)
2. Arina Maliya, S.Kep., Ns., M.Si.Med.
(Anggota Dewan Penguji)


(.....)

(.....)


Dekan,

Dr. Suwaji, M. Kes.
NIP. 19531123198303100

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam naskah publikasi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar diploma di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 7 April 2017

Penulis



ARI ANDRIYANI

J 200 140 087

UPAYA PENINGKATAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE DENGAN HEMIPARESE

Abstrak

Latar belakang : Menurut Dinkes Provinsi Jawa Tengah (2012), prevalensi stroke di Jawa Tengah tahun 2012 adalah 0,07 lebih tinggi dari tahun 2011 (0,03%). Masalah yang sering muncul pada pasien stroke adalah gangguan gerak. Pasien mengalami gangguan atau kesulitan saat berjalan karena mengalami gangguan pada kekuatan otot dan keseimbangan tubuh. Untuk meningkatkan kekuatan otot perlu dilakukan latihan mobilisasi atau rehabilitasi, yang bertujuan untuk memperbaiki fungsi neurologis dan mencegah terjadinya kontraktur atau kekakuan otot dengan terapi fisik dan tehnik-tehnik lain. **Tujuan:** Untuk memberikan gambaran upaya peningkatan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik dan untuk mencegah terjadinya kekakuan otot pada pasien stroke. **Metode:** Metode yang digunakan yaitu deskriptif dengan pendekatan studi kasus pada pasien stroke yang dilakukan pada tanggal 10 sampai 12 Februari 2017 yang meliputi 5 proses keperawatan mulai dari pengkajian, menentukan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Data diperoleh dari melihat rekam medis, observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi dari jurnal maupun buku. **Hasil:** Pasien menunjukkan peningkatan mobilitas fisik setelah dilakukan tindakan. Adapun pengaruh tindakan *Range Of Motion (ROM)* dan Alih Baring untuk meningkatkan mobilitas fisik. **Kesimpulan:** Satu masalah keperawatan berupa hambatan mobilitas fisik sudah teratasi sebagian sehingga membutuhkan perawatan atau latihan mobilisasi lebih lanjut. Belum ada masalah keperawatan yang sudah teratasi, sehingga memerlukan tindakan keperawatan yang lebih lanjut. **Kata Kunci:** Stroke, mobilitas fisik, *range of motion*, alih baring.

Abstract

Background: According to the Central Java Provincial Health Office (2012), the prevalence of stroke in Central Java in 2012 was 0.07 higher than in 2011 (0.03%). Problems often arise in stroke patients is the occurrence of physical mobility disorder mainly occurs hemiplegia or hemiparesis. Someone who experience movement disorders or disturbances in muscle strength will have an impact on daily activities. To increase muscle strength necessary mobilization exercises, which aim to improve neurological function and prevent contractures or stiffness of muscles with physical therapy and other techniques. **Objective:** To provide an overview of nursing care efforts to increase physical mobility in and to prevent muscle stiffness in patients with stroke. **Methods:** The method used is descriptive case studies in stroke patients conducted on the 10th until February 12th, 2017 covering five nursing process ranging from assessment, determine a diagnosis, intervention, implementation and evaluation. Data were obtained from medical records, observation, interview, physical examination and documentation of journals also books. **Results:** Patients showed increased physical mobility after give the nursing care. The effect of the action *Range Of Motion (ROM)* and reposition improve physical mobility. **Conclusion:** The issue is resolved physical mobility constraints partly because of the right limb was able to be moved, but not maximized. Thus require treatment or further mobilization exercises in order to achieve the expected outcomes.

Keywords: Stroke, physical mobility, *range of motion*, reposition.

1. PENDAHULUAN

Menurut WHO, setiap tahun di perkirakan 15 juta orang tersebar di seluruh dunia menderita stroke, dimana kurang lebih 5 juta orang meninggal dan 5 juta orang mengalami cacat permanen (Sikawin. *etal*, 2013). Secara epidemiologi, stroke merupakan suatu keadaan dengan insiden yang tertinggi yaitu sebesar 150-250 per100.000 penduduk didunia yang beresiko dan prevalensi sebesar 300-700 per100.000 penduduk beresiko.

Stroke menempati urutan ketiga penyebab kematian di Indonesia, diperkirakan ada sekitar 500.000 penduduk yang terkena stroke. Dari jumlah tersebut sepertiganya bisa pulih kembali, sepertiga lainnya mengalami gangguan fungsional ringan sampai sedang dan sepertiga sisanya mengalami gangguan fungsional berat yang mengharuskan penderita untuk melakukan tirah baring terus-menerus (Mawarti, 2012). Menurut riset kesehatan daerah Departemen kesehatan Republik Indonesia 2011, dalam laporannya di Indonesia, setiap 1000 orang, 8 orang di antaranya terkena stroke. Stroke merupakan penyebab utama kematian pada semua umur, dengan proporsi 15,4%. Setiap 7 orang yang meninggal di Indonesia, 1 diantaranya karena stroke (Sikawin. *etal*, 2013).

Menurut Dinkes Provinsi Jawa Tengah (2012), prevalensi stroke hemoragik pada tahun 2012 sebesar 0,07% lebih tinggi dibanding tahun 2011 (0,03%). Prevalensi tertinggi tahun 2012 adalah Kabupaten Kudus sebesar 1,84%. Sedangkan prevalensi stroke non hemoragik pada tahun 2012 sebesar 0,07 lebih rendah dibandingkan dengan tahun 2011 (0,09%). Prevalensi tertinggi terjadi di kota Salatiga sebesar 1,16%.

Stroke merupakan kondisi hilangnya fungsi neurologi secara cepat karena adanya gangguan perfusi pembuluh darah di otak. Stroke umumnya di klasifikasikan menjadi dua macam, yaitu iskemik dan hemoragik (perdarahan). Stroke iskemik terjadi akibat adanya sumbatan pada lumen pembuluh darah otak dan memiliki prevalensi tertinggi, yaitu 88% dari semua stroke dan sisinyanya merupakan stroke hemoragik (stroke

perdarahan) yang terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak. Gangguan vaskularisasi otak ini memunculkan berbagai manifestasi klinis seperti kesulitan bicara, kesulitan berjalan dan kesulitan mengkoordinasi bagian-bagian tubuhnya, sakit kepala, kelemahan otot wajah, gangguan penglihatan, gangguan keseimbangan, gangguan sensori, gangguan pada proses berpikir dan hilangnya kontrol terhadap gerakan motorik yang secara umum dapat dimanifestasikan dengan disfungsi motorik seperti hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh) atau hemiparesis (kelemahan yang terjadi pada salah satu sisi tubuh) dan yang paling parah terjadi kelumpuhan secara permanen (Mawarti. *et al*, 2012).

Disfungsi motorik yang terjadi mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga meningkatkan resiko terjadinya komplikasi. Komplikasi akibat imobilisasi dapat menyebabkan kematian 51% kematian pada 30 hari pertama setelah terjadi serangan stroke iskemik. Imobilitas juga dapat mengakibatkan kekakuan sendi (kontraktur), komplikasi ortopedik, atrofi otot, dan kelumpuhan saraf akibat adanya penekanan yang lama (Sari. *et al*, 2015).

Sekitar 90% pasien yang terserang stroke tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan sebagian anggota badan. Kelemahan atau kelumpuhan ini sering kali masih dialami pasien sewaktu keluar dari rumah sakit dan biasanya kelemahan tangan lebih berat di bandingkan kelemahan kaki. Dampak yang sering muncul dari stroke adalah terjadinya gangguan mobilitas fisiknya terutama terjadi hemiplegia dan hemiparese. Seseorang yang mengalami gangguan gerak atau gangguan pada kekuatan ototnya akan berdampak pada aktivitas sehari-harinya (Mawarti. *etal*, 2012).

Untuk mencegah terjadinya komplikasi penyakit lain maka perlu dilakukan latihan mobilisasi. Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat

proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh) (Mubarak. *et al*, 2015).

Berdasarkan penelitian oleh herin marwati dan farid mengenai pengaruh latihan ROM (*Range Of Motion*) pasif terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke pada tahun 2013, terbukti telah terjadi pengaruh yang signifikan dari Latihan ROM pasif terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke (Mawati. *et al*, 2013). Penderita stroke dapat mengalami kesulitan saat berjalan karena gangguan pada kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak, sehingga kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Latihan gerak mempercepat penyembuhan pasien stroke, karena dapat mempengaruhi sensasi gerak di otak (Sikawin. *etal*, 2013). Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan diatas mengenai gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke hemiparese yang harus segera ditangani maka penulis mengambil kasus untuk Naskah Publikasi dengan judul “Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke dengan Hemiparese”.

2. METODE

Metode publikasi ilmiah yang digunakan yaitu deskriptif dengan pendekatan studi kasus pada pasien stroke pada tanggal 10 sampai 12 Februari 2017. Cara yang digunakan penulis untuk mengumpulkan data yaitu dengan observasi langsung ke pasien, wawancara langsung dengan pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik, dan didukung jurnal-jurnal dan buku-buku yang menyangkut tentang penyakit stroke. Setelah memperoleh data, penulis menganalisa dan mengklasifikasikan data menjadi unit-unit yang dapat dikelola. Data dapat dianalisa secara kronologis dan analisa data dilakukan sejak penulis di lapangan atau sejak semua data terkumpul. Setelah itu penulis menentukan diagnosa penyakit kemudian membuat intervensi dan melakukan implementasi terhadap pasien.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Hasil

Pasien berusia 62 tahun, berjenis kelamin perempuan dan sebagai ibu rumah tangga. Pasien masuk dengan diagnosa medis yaitu Stroke. Riwayat kesehatan sekarang pada hari jumat 09 februari 2017 pukul 20.30 WIB pasien merasa pusing ketika selesai berwudu dan akan melakukan salat isya, tiba-tiba badan terasa lemas dan terjadi penurunan kesadaran. Keluarga kemudian membawa pasien ke IGD dengan keluhan mual, muntah, pusing, ekstremitas kanan sulit digerakkan dan bicaranya tidak begitu jelas. Di IGD dengan kondisi sudah membaik, GCS (*Glasglow Coma Scale*) E₃V₃M₄. Pasien mendapat injeksi ranitidin 50 mg/12 jam, antrain 500 mg/12 jam dan mendapat terapi oksigenasi 3l/menit. Pasien dipindah ke ruang HCU pukul 02.00 WIB dengan terpasang infus RL 20 tpm ditangan kiri. Riwayat penyakit dahulu pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan pernah dirawat di rumah sakit karena stroke sekitar 7 bulan yang lalu. Riwayat kesehatan keluarga, tidak ada keluarga yang menderita penyakit stroke, hipertensi, DM dan penyakit menular atau menurun lainnya. Pasien dipindahkan ke HCU pada hari sabtu tanggal 10 Februari 2017 pada jam 02.15 WIB dengan kesadaran mulai meningkat, GCS E₄V₃M₅, keadaan umum pasien lemah.

Pada tanggal 10 Februari 2017 atau pada hari pertama pasien dirawat di ruang HCU, penulis melakukan pengkajian. Dari pengkajian yang sudah dilakukan didapatkan data yaitu keluarga pasien mengatakan ekstremitas bagian kanan sulit digerakkan. Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien pernah dirawat di rumah sakit dengan diagnosa yang sama yaitu stroke, sekitar 7 bulan yang lalu. Pasien tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan yang berhubungan dengan stroke seperti hipertensi, Diabetes Melitus, pasien juga tidak memiliki penyakit menular. Berdasarkan 11 pola fungsi Gordon didapatkan data pada pola aktifitas dan latihan selama sakit, keluarga mengatakan makan, mandi, *Range Of Motion* (ROM) dengan bantuan, berpindah dengan bantuan orang lain dan toileting ketergantungan dengan selang kateter yang sudah terpasang.

Pemeriksaan fisik keadaan umum pasien lemah, Tingkat kesadaran composmentis dan saat dilakukan pemeriksaan GCS E₄V₃M₅. Tanda-tanda vital (10 Februari jam 02.15 WIB) TD 110/70 mmHg, nadi 110 x/menit, suhu 36,7 °C, pernafasan 20 x/menit, Tinggi Badan 155 cm, berat badan 65 kg, IMT 24. Mukosa bibir kering, lidah bersih, sulit menelan, tidak ada sariawan. Wajah terlihat pucat dan

tidak ada odema. Pada pemeriksaan leher tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid dan vena jugularis tidak teraba. Warna kulit sawo matang, turgor kulit kembali < 2 detik.

Pemeriksaan dada didapatkan Inspeksi simetris, tidak ada lesi dan otot bantu nafas, perkusi pengembangan paru kanan dan kiri sama, tidak ada nyeri tekan, perkusi sonor, auskultasi suara nafas normal, tidak ada wheezing. Pemeriksaan jantung Inspeksi ictus cordis tak tampak, palpasi ictus cordis kuat angkat, Perkusi pekak, Auskultasi versikuler. Pemeriksaan abdomen Inspeksi simetris dan tidak ada bekas luka, auskultasi peristaltik usus 15 x/menit, perkusi timpani, palpasi tidak ada nyeri tekan, pemeriksaan genitalia bersih, pemeriksaan ekstremitas terpasang infus RL 20 tpm pada tangan kiri, tidak ada odema, ekstremitas kanan sulit digerakkan, kekuatan otot pada ekstremitas kiri 4 dan ekstremitas kanan 1.

Pemeriksaan penunjang laboratorium dengan hasil : hemoglobin : 11,7 g/dL (N : 12,2 - 18,1 g/dL), leucocyte 17,700 (N : 5.000-10.000/mm), Eritrosit : 4,19 juta/mm (N : 4,04 - 6,13 juta/mm), Trombosit : 75 ribu/mm³ (N : 1500 - 4000000/mm³), Hematokrit : 31,5 % (N : 37,7 - 53,7 %), glukosa sewaktu 98,8 mg/dL (<160 mg/dL), ureum 85,5 mg/dL (10-50 mg/dL), kreatinin 2,81 mg/dL (N : 0,5-0,9 mg/dL), asam urat 75 mg/dL (N : 2,4-5,7). Program terapi injeksi : ranitidin 50 mg/12 jam, antrain 1000 mg/12 jam, ketorolac 1 ml/8 jam, antasida 3x1 tablet, O2 3l nasal kanul, infus RL 50 ml 20 tpm.

Analisa data didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan ekstremitas kanan sulit untuk digerakkan, badan terasa lemas, keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat stroke, hipertensi dan sebelumnya pernah dirawat di rumah sakit ± 7 bulan yang lalu, pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri. Data obyektif didapatkan pasien tampak lemah, tanda-tana vital (10 Februari jam 02.15 WIB) TD 110/70 mmHg, R : 20 x/menit, N 110 x/menit, S 36,7 °C, terpasang infus RL 20 tpm ditangan kiri, terpasang dower kateter, kekuatan otot pada ekstremitas kiri 4 dan ekstremitas kanan 1, dalam melakukan aktivitas pasien terlihat dibantu oleh keluarga. Dari data yang didapat pada kasus diatas maka diagnosa keperawatan yang muncul yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Intervensi keperawatan dari diagnosa diatas adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien mengalami peningkatan mobilitas fisik, dengan kriteria hasil pasien meningkat

dalam aktivitas fisik, mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas, mengalami peningkatan kekuatan otot dari 1 menjadi 2 pada ekstremitas kanan. Intervensi yang dapat dilakukan yaitu monitoring tanda-tanda vital dan lihat respon pasien saat latihan, ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan alih baring,, ajarkan pasien dan keluarga dalam melakukan ROM aktif dan pasifdikerjakan minimal 2 kali sehari.

Tahap selanjutnya yaitu implementasi. Tindakan implementasi dilakukan pada tanggal 10 sampai 12 Februari 2017 dan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan. Tindakan pertama yang dilakukan yaitu mengkaji tanda-tanda vital. Pengkajian tanda-tanda vital dilakukan pada hari sabtu, 10 Februari pukul07.00 WIB dan pengkajian selanjutnya dilakukan pada setiap pagi pukul 07.00. Hasil yang didapatkan dari pengkajian yaitu TD 70/40 mmHg, N 110 x/menit, R 22 x/menit dan S 36,8 °C.

Tindakan yang kedua yaitu pada pukul 08.15 WIB melatih pasien dan mengajarkan kepada keluarga untuk melakukan ROM aktif dan pasif. Didapatkan respon subjektifpasien mengatakan lebih rileks setelah dilakukan latihan ROM dan keluarga mengerti bagaimana cara melakukan ROM aktif dan pasif . Respon objektif pasien terlihat dapat melakukan ROM aktif secara mandiri pada ekstremitas kiri dan melakukan ROM pasif pada ekstremitas kanan dengan dibantuoleh perawat. Hari berikutnya pasien melakukan ROM aktif dan pasif dengan dibantu oleh keluarga.

Tindakan yang ketiga yaitu alih baring atau perubahan posisi. Tindakan alih baring dilakukan setelah pasien melakukan ROM aktif dan pasif.Alih baring dilakukan setiap hari setelah melakukan ROM aktif dan pasif. Dimulai dari tidur terlentang, miring kekiri maupun miring kekanan. Pasien mengatakan bersedia melakukan alih baring. Pasien terlihat miring kanan dan kiri dengan dibantu oleh keluarga.

Evaluasi dilakukan setiap hari dengan menggunakan metode SOAP. Evaluasi hari pertama dengan didapatkan respon subjektif keluarga pasien mengatakan ekstremitas kanan sangat lemah untuk digerakkan, respon objektif pasien tampak berbaring ditempat tidur dan kekuatan otot ekstremitas kanan yaitu 1, pengkajian masalah mobilitas fisik belum teratasi, planning lanjutkan intervensi (melatih ROM, mengubah posisi pasien setiap 2 jam, memotivasi pasien untuk melakukan ROM aktif dan pasif dikerjakan minimal 2 kali sehari dan alih baring setiap 2 jam sekali).

Evaluasi hari ke dua dengan didapatkan respon subjektif keluarga mengatakan bahwa ekstremitas kanan pasien terlihat sudah ada perkembangan walaupun sedikit-dikit, respon objektif pasien terlihat sudah membaik dengan mengalami peningkatan kekuatan otot ekstremitas kanan dari 1 menjadi 2, assesment masalah mobilitas fisik teratasi sebagian, planning lanjutkan intervensi (memotivasi pasien untuk melakukan ROM aktif, pasif dikerjakan minimal 2 kali sehari dan alih baring setiap 2 jam sekali).

Evaluasi hari ke tiga dengan didapatkan respon subjektif keluarga pasien mengatakan bahwa ekstremitas kanan pasien terlihat sudah bisa digerakkan namun belum maksimal, respon objektif kekuatan otot ekstremitas kanan pasien 2, assesment masalah mobilitas fisik teratasi sebagian, planning lanjutkan intervensi di bangsal teratai (memotivasi pasien untuk melakukan ROM aktif dan pasifdikerjakan minimal 2 kali sehari dan alih baring setiap 2 jam sekali).

b. Pembahasan

1) Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dan pemeriksaan fisik. Dalam melakukan pengkajian dibutuhkan kecermatan dan ketelitian agar data yang terkumpul lebih akurat, sehingga dapat dikelompokkan dan dianalisis untuk mengetahui masalah dan kebutuhan pasien terhadap perawatan (Mitayani, 2009). Berdasarkan pengkajian yang dilakukan didapatkan data seorang pasien menderita stroke. Stroke dapat menyebabkan kelumpuhan. Kelumpuhan dapat terjadi pada ekstremitas karena ketidakefektifan perfusi jaringan yang disebabkan oleh trombus dan emboli sehingga menyebabkan iskemia pada jaringan yang tidak dialiri oleh darah, jika hal ini berlanjut terus-menerus maka jaringan tersebut akan mengalami infark dan kemudian akan mengganggu sistem persyarafan yang ada ditubuh seperti penurunan kontrol volunter yang akan menyebabkan hemiplegia atau hemiparese sehingga tubuh akan mengalami hambatan mobilitas(Price, 2007).

Pengkajian dengan menggunakan pola fungsional Gordon yang terdiri dari 11 pola. Pola tersebut antara lain pola pengelolaan kesehatan, pola nutrisi, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola persepsi kognitif, pola istirahat tidur, pola konsep diri, pola hubungan, pola reproduksi seksualitas, pola toleransi *stress* dan koping, serta pola kepercayaan dan nilai-nilai (Deswani, 2009).

Berdasarkan pengkajian pola fungsional Gordon pada Ny. S didapatkan masalah pada pola aktivitas dan latihan karena ekstremitas bagian kanan sulit digerakkan. Data yang didapat yaitu pasien dan keluarga mengatakan makan, mandi, *Range Of Motion* (ROM) dengan bantuan, berpindah dengan bantuan orang lain dan toileting ketergantungan dengan selang kateter yang sudah terpasang.

Pemeriksaan fisik pada pengkajian data dasar dimulai dari kepala sampai kaki (Deswani, 2009). Pemeriksaan fisik pada pasien didapatkan masalah pada ekstremitas sebelah kanan sulit untuk digerakkan, kekuatan otot pada ekstremitas kiri yaitu 4 dan ekstremitas kanan yaitu 1. Untuk skor 0 keterangannya tidak ada pergerakan atau tidak ada kontraksi, skor 1 ada pergerakan yang tampak atau terdapat sedikit kontraksi, skor 2 gerakan tidak dapat melawan gravitasi, tapi dapat melakukan gerakan horizontal dalam satu bidang sendi, skor 3 gerakan otot hanya dapat melawan gravitasi, skor 4 gerakan otot dapat melawan gravitasi dan tahanan ringan, skor 5 tidak ada kelumpuhan otot atau otot normal (Chaidir. *etal*, 2014).

2) Diagnosa

Setelah data terkumpul dan kemudian dianalisis, lalu ditegakkan suatu diagnosa. Tahap diagnosa keperawatan memungkinkan perawat menganalisis dan mensintesis data, diagnosa didapatkan dari penilaian klinik tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (Allen. *etal*, 2010). Setelah penulis melakukan analisa data didapatkan diagnosa utama yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Mobilisasi merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh) (Mubarak. *etal*, 2015). Masalah mobilisasi dapat disebabkan karena beberapa faktor. Faktor tersebut antara lain karena gaya hidup yang dapat berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari, kelemahan fisik dan mental, proses penyakit atau cedera yang dapat mempengaruhi fungsi sistem

tubuh, tingkat energi, sistem neuromuskuler, usia dan status perkembangan (Mubarok. *etal*, 2015).

3) **Intervensi**

Tahap selanjutnya yaitu perencanaan, perencanaan keperawatan merupakan tugas lanjut dari perawat setelah mengumpulkan data yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan pengkajian yang telah dilakukan. Tahap ini ditetapkan tujuan dan alternatif tindakan yang akan dilakukan pada tahap implementasi dalam upaya memecahkan masalah atau mengurangi masalah yang terjadi pada pasien (Mitayani, 2009). Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien mengalami peningkatan mobilitas fisik, dengan kriteria hasil pasien meningkat dalam aktivitas fisik, mengerti tujuan dan peningkatan mobilitas, mengalami peningkatan kekuatan otot dari 1 menjadi 2 pada ekstremitas kanan.

Intervensi yang dapat dilakukan yaitu monitoring tanda-tanda vital dan lihat respon pasien saat latihan, tindakan ini dilakukan untuk mengetahui kondisi pasien dan melanjutkan intervensi. Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan alih baring atau perubahan posisi setiap 2 jam sekali, pengaturan atau perubahan posisi ini bertujuan untuk mempertahankan atau menjaga postur tubuh dengan baik dan menghindari komplikasi yang mungkin timbul akibat tirah baring seperti luka tekan (dekubitus), luka tekan dapat terjadi dalam waktu 3 hari sejak terpaparnya kulit akan tekanan. Jika penekanan ini berlangsung dalam waktu yang lama, maka akan ada akibat-akibat yang merugikan bagi aliran darah, akan timbul masalah dalam peredaran zat-zat makanan dan zat asam yang harus disalurkan pada bagian-bagian kulit yang mengalami penekanan, jaringan-jaringan yang tidak mendapat cukup makan dan zat-zat asam perlahan-lahan akan mati, dari sinilah kemudian akan menimbulkan luka tekan (dekubitus) (Ginsbreg, 2008). Ajarkan pasien dan keluarga untuk melakukan ROM aktif dan pasif minimal 2 kali sehari, ROM baik pasif maupun aktif memberikan efek pada fungsi motorik pada anggota ekstremitas atas pada pasien pasca stroke (Chaidir. *etal*, 2014). Rentang gerak pasif ini berguna untuk menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan menggerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan menggerakkan kaki pasien, sedangkan rentang gerak aktif berguna untuk melatih kelenturan dan kekuatan otot serta sendi dengan cara menggunakan

otot-ototnya secara aktif misalnya saat pasien berbaring pasien menggerakkan tangan atau kakinya sendiri tanpa bantuan (Mubarak. *etal*, 2015). Berikan motivasi pada pasien dan keluarga untuk melakukan perubahan posisi setiap 2 jam sekali, motivasi ini diberikan agar pasien bersedia untuk melakukan perubahan posisi atau alih baring setiap 2 jam sekali. Berikan motivasi pada pasien dan keluarga untuk melakukan ROM aktif dan pasif dikerjakan minimal 2 kali sehari, motivasi ini diberikan agar pasien bersedia untuk melakukan ROM aktif dan pasif dikerjakan minimal 2 kali sehari.

4) Implementasi

Setelah rencana keperawatan tersusun, tahap selanjutnya yaitu implementasi. Implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008). Tindakan implementasi dilakukan pada tanggal 10 sampai 12 Februari 2017 dan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan. Tindakan pertama yang dilakukan yaitu mengkaji tanda-tanda vital. Pengkajian tanda-tanda vital dilakukan pada hari sabtu, 10 Februari pukul 07.00 WIB dan pengkajian selanjutnya dilakukan pada setiap pagi pukul 07.00 WIB. Hasil yang didapatkan dari pengkajian yaitu TD 70/40 mmHg, N 110 x/menit, R 22 x/menit dan S 36,8 °C.

Tindakan yang kedua yaitu pada pukul 08.15 WIB melatih pasien dan mengajarkan kepada keluarga untuk melakukan ROM aktif dan pasif. Berdasarkan penelitian oleh herin marwati dan farid mengenai pengaruh latihan ROM (*Range Of Motion*) pasif terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke pada tahun 2013, terbukti telah terjadi pengaruh yang signifikan. Latihan gerak mempercepat penyembuhan pasien stroke, karena dapat mempengaruhi sensasi gerak di otak (irdawati, 2008). Prinsip dasar latihan ROM antarlain yaitu ROM dikerjakan minimal 2 kali sehari, ROM dilakukan perlahan dan hati-hati agar pasien tidak merasa lemah, dalam melakukan ROM perhatikan umur pasien, diagnosa, tanda vital, dan lamanya tirah baring (Sager. *etal*, 2014). bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki, dan pergelangan kaki, ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit, melakukan ROM harus

sesuai dengan waktunya, misalnya setelah mandi atau perawatan rutin telah dilakukan (Anderst. *etal*, 2013).

Cara melatih *range of motion* pada ekstremitas yaitu bahu, gerakan lengan abduksi adduksi (geser lengan menjauh menyamping dari badan, biarkan lengan berputar dan berbalik), fleksi-ekstensi (angkat lengan lurus melewati kepala pasien, istirahatkan lengan terlentang diatas kepala ditempat tidur). Kemudian bagian siku menggerakkan lengan bawah fleksi-ekstensi (tekuk lengan pasien sehingga lengan menyentuh ke bahu, luruskan lengan ke depan), pergelangan tangan (tekuk pergelangan tangan kedepan dan menggenggam, tekuk pergelangan tangan kebelakang dan tegakkan jari-jari, gerakkan pergelangan tangan kelateral), kemudian jari-jari fleksi-ekstensi (memegang telapak tangan, tekuk semua jari sekali, luruskan semua jari sekali). Pada latihan ekstremitas ini dapat dilakukan tangan kanan ataupun tangan kiri terlebih dahulu. Jika pasien terdapat kesulitan melakukan latihan ROM, keluarga atau perawat dapat membantunya. Tindakan selanjutnya melatih ROM pada ekstremitas bawah. Yang pertama panggul yaitu menggerakkan kaki fleksi-ekstensi (angkat lutut mengarah kedepan, tekuk pinggul sedapat mungkin, biarkan lutut menekuk sedikit), kemudian rotasi keluar-kedalam (geser kaki mengarah kesamping badan kemudian putar kaki dari luar kedalam). Lutut, menggerakkan lengan bawah fleksi-ekstensi (tekuk keatas dan luruskan sampai lurus), jari kaki fleksi-ekstensi (tekuk semua jari menurun dan mendorong semua jari kebelakang) (Maliya, 2015).

Tindakan yang ketiga yaitu alih baring atau perubahan posisi. Tindakan alih baring dilakukan setelah pasien melakukan ROM aktif dan pasif. Alih baring dilakukan setiap hari setelah melakukan ROM aktif dan pasif. Dimulai dari tidur terlentang, miring ke kiri maupun miring ke kanan. Pengaturan atau perubahan posisi ini bertujuan untuk mempertahankan atau menjaga postur tubuh dengan baik dan menghindari komplikasi yang mungkin timbul akibat tirah baring seperti luka tekan (dekubitus), luka tekan dapat terjadi dalam waktu 3 hari sejak terpaparnya kulit akan tekanan. Jika penekanan ini berlangsung dalam waktu yang lama, maka akan ada akibat-akibat yang merugikan bagi aliran darah, akan timbul masalah dalam peredaran zat-zat makanan dan zat asam yang harus disalurkan pada bagian-bagian kulit yang mengalami penekanan, jaringan-jaringan yang tidak mendapat

cukup makan dan zat-zat asam perlahan akan mati, dari sinilah kemudian akan menimbulkan luka tekan (dekubitus) (Ginsbreg, 2008).

5) Evaluasi

Tahap yang terakhir adalah proses evaluasi yaitu pernyataan kesimpulan yang menunjukkan tujuan dan memberikan indikator kualitas dan ketepatan perawatan yang menghasilkan hasil pasien yang positif (Tucker. Et al, 2008). Hasil evaluasi hari senin 12 Februari pukul 14.00 WIB dengan didapatkan respon subjektif keluarga pasien mengatakan bahwa ekstremitas kanan pasien terlihat sudah bisa digerakkan namun belum maksimal, respon objektif kekuatan otot ekstremitas kanan pasien 2, pengkajian masalah mobilitas fisik teratasi sebagian, planning lanjutkan intervensi di bangsal teratai (memotivasi pasien untuk melakukan ROM aktif dan pasif dikerjakan minimal 2 kali sehari dan alih baring setiap 2 jam sekali). (pasien pindah ke bangsal teratai pada tanggal 12 Februari 2017 pukul 16.45 WIB).

4. PENUTUP

a. Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan diatas maka dapat diambil kesimpulan tindakan ROM yang dikerjakan minimal 2 kali sehari dan pengubahan posisi setiap 2 jam terbukti efektif untuk meningkatkan mobilitas fisik dan kekuatan otot pada pasien stroke. Dengan cepat dan tepat melakukan tindakan ROM atau tindakan latihan mobilisasi maka dapat mencegah timbulnya komplikasi.

b. Saran

Saran penulis yaitu diharapkan tindakan tersebut dapat diaplikasikan di rumah sakit sebagai tindakan keperawatan yang efektif untuk pasien dengan gangguan stroke. Bagi keluarga pasien diharapkan ikut serta dalam upaya peningkatan mobilitas fisik dengan melatih range of motion dirumah. Penulis juga berharap hasil karya ilmiah ini dapat dijadikan sebagai referensi serta acuan untuk dapat dikembangkan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien stroke hemiparese dengan gangguan mobilitas fisik.

PERSANTUNAN

Karya tulis ini tidak akan terwujud tanpa adanya bimbingan, pengarahan serta dukungan dari berbagai pihak sehingga mampu menghasilkan suatu pemikiran yang diharapkan akan bermanfaat bagi petugas kesehatan dan penelitian selanjutnya.

Maka demikian dengan segala kerendahan hati dan ketulusan hati penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Bambang Setiadji, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surakarta
2. Bapak Dr. Suwaji, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
3. Ibu Okti Sri Purwanti, S.Kep, Ns, M.Kep, Ns. Sp. Kep. MB, selaku Kaprodi Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
4. Ibu Dian Hudiyawati, S.Kep, Ns., M.Kepselaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan dukungan sampai terselesainya karya tulis ini.
5. Segenap dosen keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
6. Seluruh pegawai rumah sakit atas bimbingan dan motivasinya selama pengambilan kasus karya tulis ilmiah.
7. Keluarga pasien selaku narasumber dari penulisan karya tulis ilmiah ini
8. Kedua orang tua, serta keluarga besar atas do'a dan dukungannya.
9. Semua pihak yang telah membantu dalam memberikan dukungan moril yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

DAFTAR PUSTAKA

Allen, C. V. (2010). *Memahami Proses Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Anderst, W. J., Lee, J. Y., Donaldson, W. F., & Kang, J. D. (2013). Six-Degrees-of-Freedom Cervical Spine Range of Motion During Dynamic Flexion-Extension After Single-Level Anterior Arthrodesis. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American*, 95(6), 497–506.

Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta. EGC

- Chaidir, R., & Zuardi, I. M. (2014). Dengan Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragi Di Ruang Rawat Stroke Rssn Bukittinggi Tahun 2012, *I(I)*, 1–6.
- Deswani. (2009). *Asuhan keperawatan dan Berfikir Kritis*. Jakarta: Salemba Medika
- Ginsberg, L. (2008). *Lecture Notes Neurologi*. Jakarta. Erlangga.
- Maliya, A., (2015). *Penuntun Praktek Laboratorium KMB IIIB*. Surakarta. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Mawarti, H., & Farid. (2012). Pengaruh Latihan Rom (Range Of Motion) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Dengan Hemiparase. *Journal Eduhealth*, 2(2), 1–7.
- Medika. Deswani (2009). *Proses Keperawatan dengan Berfikir Kritis*. Jakarta: Salemba. Medika.
- Mubarak, W. I., Lilis I.,& Joko S., (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar Buku 1*. Jakarta. Salemba Medika.
- Price, S.A. (2007). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta : EGC
- Rasyid, A., & Soertidewi, L. (2015). *Unit Stroke: Manajemen Stroke Secara Komprehensif*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran.
- Sager, M., Sylvain G., (2014). Comparison Of Yoga Versus Static Stretching For Increasing Hip and Shoulder Range Of Motion. *International Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation*.

Sari, S. H., Agianto., & Wahid, A. (2015). Batasan Karakteristik dan Faktor yang Berhubungan (Etiologi) Diagnosa Keperawatan: Hambatan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke. *DK*, 3(1), 12–21.

Sikawin, C. A., Mulyadi., & Palandeng, H. (2013). Pengaruh Latihan *Range Of Motion* (Rom) Terhadap kekuatan Otot Pada Pasien Strokedidi Irina F Neurologi Blu RSUP Prof. Dr. R. D. Kandoumanado. *ejurnal Keperawatan(E-Kp)*, 1(1), 1–7.