

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang di peroleh dari subyek Ny. L berusia 55 tahun pada tanggal 10 April 2024 pukul 10.00 WITA diperoleh data bahwa Ny. L di rawat di Ruang Oleg RSD Mangusada Badung dengan keluhan tangan dan kaki, terasa lemas dan sulit untuk menggerakkan bagian kanan.

Pasien mengatakan pada tanggal 9 April 2024 pukul 07.30 WITA pasien datang ke IGD dengan keluhan separuh tubuh bagian kanan mendadak keram pada saat pasien sedang berbelanja di sekitar pasar sekitar pukul 06.00 WITA, dan pasien tampak lemas, merasa berat tangan dan kaki kanannya. Pasien juga merasa bicara cadel/pelo yang timbul bersamaan dengan lemas separuh tubuh kanan, keluhan lainnya seperti, pasien merasa kesemutan, sulit menggerakkan kaki dan tangannya, nyeri saat melakukan pergerakan, sakit pada bagian kepala, penglihatan double, mual, muntah. Dilakukan pengukuran TTV dengan hasil TD: 180/108 mmHg, N: 60 x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36°C, SpO2: 98%. Pasien mendapatkan terapi IVFD NaCl 0,9% 28 tpm. Kemudian pada pukul 00.00 WITA pasien dipindahkan dari IGD RSD Mangusada ke Ruang Oleg RSD Mangusada Badung. Pasien tampak lemas, separuh tubuh bagian kanan terasa keram dan sulit untuk digerakkan. Pasien di diagnose dengan SNH. Dilakukan TTV di ruangan dengan hasil TD: 202/108 mmHg, N: 60x/menit, RR: 20 x/menit, S: 36°C, SpO2: 98%. Pasien diberikan terapi berupa Citicolin 500 mg / 12 jam, Asetorsal 80 mg / 8 jam, CPG 70 mg / 24 jam, Atorvastin 40 mg / 24 jam.

Pada saat pengkajian tanggal 10 April 2024 pukul 10.00 WITA, pasien dilaporkan mengalami kesulitan dalam menggerakkan tangan dan kaki pada sisi kanan dan kiri tubuhnya. Pasien juga menunjukkan gejala kelemahan otot, dengan skor kekuatan otot sebesar 3 pada ekstremitas sebelah kanan dan 5 pada ekstremitas sebelah kiri. Selain itu, terdapat penurunan rentang gerak (ROM) pada kedua sisi tubuh. Parameter vital pasien menunjukkan tekanan darah yang tinggi, dengan nilai 180/108 mmHg, denyut nadi 78x/menit, pernapasan 23 kali per menit, suhu tubuh 36°C, dan kadar oksigen dalam darah (SaO₂) sebesar 98%

Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki Riwayat Hipertensi dan keluarga pasien mengatakan bahwa pasien suka mengonsumsi makanan tinggi lemak yaitu daging babi, dan suka mengonsumsi makanan tinggi garam seperti makanan cepat saji. Keluarga pasien juga mengatakan, anggota keluarga pasien yang lain ada yang menderita penyakit keturunan seperti DM dan Hipertensi.

Hasil pengkajian kasus kelolaan pada Ny. L dengan Stroke Non Hemoragik di dapatkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Pada saat pengkajian, pasien mengatakan separuh tubuh bagian kanan terasa kram dan sulit untuk digerakkan, nyeri saat digerakkan dan sendi kaku. Pasien juga mengatakan tidak ada cemas. Pada saat pemeriksaan fisik didapatkan penurunan kekuatan otot dengan nilai 333/555/333/555.

2. Diagnosis Keperawatan

Pada Analisa data, didapatkan data subyektif pasien mengatakan separuh tubuh bagian kanan terasa kram dan sulit untuk digerakkan, pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan nyeri ketika digerakkan, pasien mengatakan sendi tangan kanan dan kaki kanan kaku. Data obyektif didapatkan pasien tampak lemah,

pasien tampak meringis kesakitan pada ekstremitas kanan saat digerakkan, terjadi penurunan kekuatan otot dengan 333/555/333/555.

Berdasarkan analisis data yang didapat, diagnosis keperawatan pada pasien Ny. L dengan Stroke Non Hemoragik yaitu gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan gangguan neuromuscular dibuktikan dengan pasien mengatakan separuh tubuh bagian kanan sulit untuk digerakkan, pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan nyeri ketika digerakkan, pasien mengatakan sendi tangan kanan dan kaki kanan kaku, pasien tampak lemah, pasien juga mengalami penurunan kekuatan otot yaitu 3 pada sisi ekstremitas sebelah kanan, dan 5 pada sisi ekstremitas sebelah kiri.

3. Perencanaan Keperawatan

Pada perencanaan keperawatan yang diberikan kepada Ny. L dalam penelitian ini yaitu gangguan mobilitas fisik terdapat tujuan dan kriteria hasil sesuai dengan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019), yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat (L.05042) dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, dan rentang gerak (ROM) meningkat. Intervensi gangguan mobilitas fisik menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) terdiri dari intervensi utama dan intervensi pendukung dengan label dukungan mobilisasi, dukungan ambulasi, dan Teknik latihan penguatan otot, dengan tindakan observasi terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Pada intervensi utama dengan kode I.05173, yaitu Dukungan Mobilisasi, berbagai langkah observasi dan terapeutik diterapkan untuk memfasilitasi pergerakan pasien. Observasi meliputi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik

lainnya, identifikasi toleransi fisik terhadap pergerakan, serta pemantauan frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum dan selama mobilisasi. Terapeutiknya mencakup fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menggunakan alat bantu seperti pagar tempat tidur, melibatkan keluarga untuk membantu pasien, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan mobilisasi dini, serta mengajarkan pergerakan sederhana seperti duduk di tempat tidur atau pindah dari tempat tidur ke kursi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan intervensi keperawatan gangguan mobilitas fisik menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), dengan observasi; mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik pasien terhadap pergerakan, serta pemantauan frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, dan pemantauan kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Selain itu, dari segi terapeutik, fasilitasi pergerakan dilakukan, dan bila diperlukan, keluarga juga dilibatkan untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Selain itu, edukasi juga merupakan bagian penting dari intervensi ini, yang bertujuan untuk memberikan pemahaman kepada pasien dan keluarganya mengenai pentingnya mobilisasi dan langkah-langkah yang dapat mereka lakukan untuk meningkatkan pergerakan dengan aman dan efektif menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dan menganjurkan melakukan mobilisasi dini. Implementasi keperawatan dilakukan dalam 2 kali dalam 24 jam.

Hari pertama implementasi dilakukan pada hari Rabu tanggal 10 April 2024 pukul 10.00 WITA dengan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik

lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi (ROM), memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memotivasi dan mengajarkan pasien melakukan ROM Pasif (adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, memfasilitasi pasien untuk melakukan mobilisasi dini (ROM pasif), memonitor kondisi selama melakukan mobilisasi dan memonitor pergerakan pasien dan memantau hasil nilai kekuatan otot pasien menggunakan alat ukur *manual muscle testing* (adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi). Pada pukul 17.00 WITA melakukan implementasi sebagai berikut mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi (ROM), memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memotivasi dan mengajarkan pasien melakukan ROM Pasif (adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, memfasilitasi pasien untuk melakukan mobilisasi dini (ROM pasif), memonitor kondisi selama melakukan mobilisasi dan memonitor pergerakan pasien dan memantau hasil nilai kekuatan otot pasien menggunakan alat ukur manual muscle testing (adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi).

Hari kedua implementasi dilakukan pada hari Kamis tanggal 11 April 2024 pukul 09.00 WITA dengan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor

frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi (ROM), memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memotivasi dan mengajarkan pasien melakukan ROM Pasif (adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, memfasilitasi pasien untuk melakukan mobilisasi dini (ROM pasif), memonitor kondisi selama melakukan mobilisasi dan memonitor pergerakan pasien dan memantau hasil nilai kekuatan otot pasien menggunakan alat ukur manual muscle testing (adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi). Pada pukul 17.00 WITA melakukan implementasi sebagai berikut mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi (ROM), memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memotivasi dan mengajarkan pasien melakukan ROM Pasif (adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, memfasilitasi pasien untuk melakukan mobilisasi dini (ROM pasif), memonitor kondisi selama melakukan mobilisasi dan memonitor pergerakan pasien dan memantau hasil nilai kekuatan otot pasien menggunakan alat ukur manual muscle testing (adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi).

Hari ketiga implementasi dilakukan pada hari Jumat tanggal 12 April 2024 pukul 10.00 WITA dengan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, menjelaskan

tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi (ROM), memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memotivasi dan mengajarkan pasien melakukan ROM Pasif (adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, memfasilitasi pasien untuk melakukan mobilisasi dini (ROM pasif), memonitor kondisi selama melakukan mobilisasi dan memonitor pergerakan pasien dan memantau hasil nilai kekuatan otot pasien menggunakan alat ukur manual muscle testing (adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi). Pada pukul 17.00 WITA melakukan implementasi sebagai berikut mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi (ROM), memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memotivasi dan mengajarkan pasien melakukan ROM Pasif (adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, memfasilitasi pasien untuk melakukan mobilisasi dini (ROM pasif), memonitor kondisi selama melakukan mobilisasi dan memonitor pergerakan pasien dan memantau hasil nilai kekuatan otot pasien menggunakan alat ukur manual muscle testing (adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi).

Hari keempat implementasi dilakukan pada hari Sabtu tanggal 13 April 2024 pukul 11.00 WITA dengan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi (ROM),

memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memotivasi dan mengajarkan pasien melakukan ROM Pasif (adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, memfasilitasi pasien untuk melakukan mobilisasi dini (ROM pasif), memonitor kondisi selama melakukan mobilisasi dan memonitor pergerakan pasien dan memantau hasil nilai kekuatan otot pasien menggunakan alat ukur manual muscle testing (adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi).

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi yang didapatkan dari implementasi kepada Ny. L dalam 3x pertemuan selama 2 kali pertemuan selama 30 menit diperoleh dengan data subyektif, pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan dan mengangkat tangan dan kaki kanannya, juga tangan dan kakinya sekarang sudah cukup kuat menahan tekanan atau beban. Pada data obyektif didapatkan pasien tampak mampu menggerakkan ekstremitas kanan, kekuatan otot 4 pada ekstremitas kanan dan pada ekstremitas kiri kekuatan otot 5, kondisi fisik pasien baik, pasien tampak adanya kontraksi otot, dan adanya pergerakan sendi full ROM dan mampu melawan gravitasi dan tahanan minimal dengan hasil nilai kekuatan otot 444/555/444/555. Dengan assessment masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi, mobilitas fisik meningkat dengan kriteria nilai kekuatan otot meningkat. Dan planning tingkatkan kondisi pasien, lanjutkan latihan melakukan ROM aktif dan mobilisasi sederhana yang dilakukan (mis. duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

B. Pembahasan

1. Pengkajian Keperawatan

Dilakukan pengkajian pada hari Rabu tanggal 10 April 2024, pasien Ny. L berusia 55 tahun dengan Stroke Non Hemoragik. Penelitian yang dilakukan oleh Geneva & Usman (2023), menyebutkan bahwa mayoritas responden, sebanyak 30 orang (55.5%), dalam penelitian ini berusia antara 55 hingga 64 tahun. Hal ini konsisten dengan temuan bahwa stroke paling sering terjadi pada usia lanjut. Penting untuk dicatat bahwa usia merupakan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi pada penyakit stroke, dengan gejala klinis yang sangat dipengaruhi oleh faktor usia. Berbagai penelitian, termasuk studi post-mortem pada manusia, menunjukkan bahwa otak mengalami perubahan selama proses penuaan. Misalnya, berat otak cenderung menurun seiring bertambahnya usia, sementara volume otak menurun dengan tingkat yang berbeda-beda tergantung pada rentang usia. Perubahan patologis seperti leukoaraiosis, yang merupakan tanda perubahan pada materi putih otak, sering terlihat pada populasi usia lanjut dan telah terkait dengan penurunan kinerja motorik, risiko demensia, dan penurunan fungsional global. Leukoaraiosis juga telah terkait dengan risiko stroke berulang, dengan tingkat keparahan yang berkorelasi dengan risiko yang lebih tinggi. Temuan ini menggarisbawahi pentingnya memahami hubungan antara usia, perubahan otak, dan risiko stroke dalam konteks perawatan pasien. Pada tahap pasca menopause, risiko perempuan terhadap serangan stroke dan penyakit jantung menjadi sebanding dengan risiko yang dialami oleh laki-laki. Fakta ini penting, terutama mengingat jumlah wanita pasca menopause di Kanada yang meninggal akibat serangan stroke dan penyakit jantung setiap tahunnya melebihi jumlah kematian akibat penyakit

kanker. Sehingga dapat disimpulkan terdapat kesesuaian pada teori tinjauan Pustaka dengan studi kasus.

Sesuai dengan teori yang telah dijabarkan di atas, peneliti melakukan pengkajian pada Ny. L dengan menggunakan metode wawancara dengan pasien, keluarga dan tenaga medis, observasi dan pemeriksaan fisik untuk melengkapi data yang diperlukan. Pada saat pengkajian pasien mengeluh separuh tubuh bagian kanan terasa kram dan sulit untuk digerakkan, pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan nyeri Ketika digerakkan, pasien mengatakan sendi tangan kanan dan kaki kanan kaku dan lemas. Menurut peneliti, semua tanda dan gejala yang di rasakan oleh Ny. L didapatkan masalah keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik. Hasil data pengkajian tersebut menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2018) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Gangguan mobilitas fisik merupakan suatu kondisi yang dicirikan oleh keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Beberapa faktor yang dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik termasuk gangguan neuromuscular. Tanda dan gejala mayor subjektif yang dapat muncul adalah keluhan sulitnya melakukan gerakan ekstremitas. Sementara itu, tanda dan gejala minor subjektif mencakup keluhan nyeri saat melakukan gerakan, ketidakinginan untuk bergerak, dan rasa cemas saat bergerak. Dalam hal tanda dan gejala mayor objektif, biasanya terjadi penurunan kekuatan otot dan rentang gerak (ROM) yang berkurang. Sedangkan pada tanda dan gejala minor objektif, dapat terlihat sendi yang kaku, gerakan yang tidak terkoordinasi, gerakan yang terbatas, dan kelemahan fisik.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan dalam penelitian ini diperoleh dari Setelah mengumpulkan data dan melakukan analisis, langkah selanjutnya adalah menegakkan diagnosis keperawatan yang sesuai. Proses diagnosis keperawatan memungkinkan perawat untuk menganalisis dan menyintesis data yang terkumpul, yang pada akhirnya menghasilkan diagnosis berdasarkan penilaian klinis tentang respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual atau potensial. Dalam konteks ini, penulis telah menetapkan diagnosis utama sebagai gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan yang sedang ditangani neuromuscular (Aziz trimardani & Ditasari, 2022).

Kemampuan bergerak memegang peran krusial dalam menjaga kesejahteraan manusia. Aktivitas fisik tidak hanya menghasilkan reaksi anabolik yang mendukung regenerasi sel, tetapi juga mendukung fungsi optimal tubuh. Sebaliknya, kondisi tirah baring yang berkepanjangan dapat mengakibatkan sindrom dekondisi, di mana tubuh secara bertahap mengalami penurunan fungsi sistematis. Adaptasi metabolik yang terjadi dalam 24-48 jam pertama setelah tirah baring dimulai memicu penurunan aktivitas fungsi organ, mulai dari sistem kardiorespirasi hingga penghancuran protein otot dan berkurangnya massa tulang dalam beberapa minggu hingga bulan pertama. Seluruh proses ini merupakan reaksi katabolik, dan mengembalikannya ke arah proses anabolik tidaklah mudah.

Menurut peneliti, berdasarkan data-data pengkajian diatas didapatkan diagnosis keperawatan Perencanaan Keperawatan gangguan mobilitas fisik yang terkait dengan gangguan neuromuscular pada pasien terindikasi oleh serangkaian

gejala dan tanda yang teramati. Pasien melaporkan kesulitan dalam menggerakkan separuh tubuh bagian kanan, dengan keluhan nyeri pada tangan dan kaki kanan ketika bergerak serta kekakuan pada sendi-sendi tersebut. Observasi juga menunjukkan kelemahan umum pada pasien, serta penurunan signifikan dalam kekuatan otot, dengan skor kekuatan otot mencapai 3 pada sisi ekstremitas kanan dan 5 pada sisi ekstremitas kiri.

3. Perencanaan Keperawatan

Langkah berikutnya dalam proses perawatan adalah perencanaan, dimana perawat bertugas mengatur strategi untuk memenuhi kebutuhan pasien sejalan dengan data yang telah terkumpul selama pengkajian. Pada tahap ini, tujuan spesifik ditetapkan dan alternatif tindakan dipertimbangkan untuk tahap implementasi selanjutnya, dengan tujuan mengatasi atau mengurangi masalah yang dialami pasien (Saksono dkk., 2022).

Dalam upaya mencapai peningkatan mobilitas fisik pasien, tujuan utama dari tindakan keperawatan yang direncanakan adalah untuk mencapai peningkatan dalam aktivitas fisik, memastikan pemahaman pasien tentang tujuan dan peningkatan mobilitas, serta mencapai peningkatan dalam kekuatan otot dari skor 3 menjadi 5 pada ekstremitas kanan. Pendekatan intervensi gangguan mobilitas fisik, sebagaimana disarankan oleh Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), melibatkan strategi utama dan pendukung yang termasuk dukungan mobilisasi, ambulasi, dan Teknik latihan penguatan otot, yang didukung oleh tindakan observasi terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Dengan mengintegrasikan strategi ini, diharapkan hasil perawatan dapat memberikan dampak positif yang signifikan dalam meningkatkan mobilitas fisik pasien.

Intervensi utama yaitu Dukungan Mobilisasi (I.05173) dengan observasi; identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik; fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur, fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

Intervensi utama yang kedua yaitu Dukungan Ambulasi (I.06171) dengan observasi ; identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi, monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, Terapeutik; fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk), fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi. Edukasi; jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, anjurkan melakukan ambulasi dini, ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).

Intervensi pendukung yaitu Teknik Latihan Penguatan Otot (I.05184) dengan observasi; identifikasi risiko Latihan. Terapeutik; lakukan latihan sesuai program yang ditentukan, fasilitasi menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka Panjang yang realistis dalam menentukan rencana Latihan, fasilitasi

mengembangkan program latihan yang sesuai dengan tingkat kebugaran otot, kendala musculoskeletal, tujuan fungsional kesehatan, sumber daya peralatan olahraga, dan dukungan social, berikan instruksi tertulis tentang pedoman dan bentuk gerakan untuk setiap gerakan otot. Edukasi; jelaskan fungsi otot, fisiologi olahraga, dan konsekuensi tidak digunakannya otot, ajarkan tanda dan gejala intoleransi selama dan setelah sesi latihan (mis. kelemahan, kelelahan ekstrem, angina, palpitasi). Kolaborasi; tetapkan jadwal tindak lanjut untuk mempertahankan motivasi, memfasilitasi pemecahan, kolaborasi dengan tim kesehatan lain (mis. terapis aktivitas, ahli fisiologis olahraga, terapis okupasi, terapis rekreasi, terapis fisik) dalam perencanaan, pengajaran dan memonitor program latihan otot (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi *Range of Motion* (ROM) Pasif dengan melakukan penilaian kekuatan otot dengan menggunakan *Manual Muscle Testing* (MMT) berlangsung selama 30 menit 2 kali sehari dalam 3 x 24 jam.

Hal ini Konsep luaran keperawatan, yang didasarkan pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), menjadi landasan dalam mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan. Dalam SLKI, luaran keperawatan digambarkan sebagai status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi. Terdapat dua jenis luaran keperawatan, yaitu luaran positif (yang memerlukan peningkatan) dan luaran negatif (yang memerlukan penurunan). Setiap luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama: label (nama luaran keperawatan yang menggambarkan informasi kunci), ekspektasi (penilaian terhadap hasil yang diharapkan, seperti peningkatan, penurunan, atau perbaikan), dan kriteria hasil (karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan). Dalam konteks ini, label "mobilitas fisik" termasuk dalam jenis

luaran keperawatan positif dengan ekspektasi meningkat (Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019).

Acuan teori Dalam menentukan intervensi keperawatan, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) menjadi dasar teoretis yang digunakan. SIKI menguraikan intervensi keperawatan dalam tiga komponen utama: label, definisi, dan tindakan. Label berperan sebagai kata kunci yang memberikan informasi tentang intervensi keperawatan yang diberikan. Definisi menjelaskan makna dari label intervensi keperawatan tersebut. Sedangkan tindakan adalah serangkaian perilaku atau aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk menerapkan intervensi keperawatan. Tindakan dalam intervensi keperawatan mencakup observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi, sesuai dengan pedoman yang diberikan oleh PPNI (2018). Dengan menggunakan SIKI sebagai landasan teoretis, intervensi keperawatan dapat direncanakan dan diimplementasikan secara efektif sesuai dengan kebutuhan pasien.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan dari intervensi yang sudah ditetapkan dengan tujuan yang sama yaitu memenuhi kebutuhan pasien dan meningkatkan kesehatannya (Lingga, 2013). Dilakukannya implementasi pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik selama 3 x 24 jam dengan intervensi dukungan mobilisasi.

Dalam praktik keperawatan, tindakan observasi melibatkan serangkaian langkah yang esensial untuk memantau dan mengevaluasi kondisi pasien secara holistik. Langkah-langkah tersebut mencakup mengidentifikasi keluhan nyeri atau gangguan fisik lainnya, menilai toleransi fisik terhadap pergerakan, serta memantau

kondisi kardiovaskular sebelum dan selama mobilisasi. Selain itu, penjelasan tentang tujuan dan prosedur mobilisasi, anjuran untuk melakukan mobilisasi (Range of Motion/RoM), serta keterlibatan keluarga dalam mendukung pasien juga menjadi bagian dari tindakan observasi. Memfasilitasi pasien dalam melakukan RoM pasif, memotivasi, dan mengajarnya, serta memonitor kondisi selama mobilisasi dan pergerakan pasien, termasuk evaluasi kekuatan otot menggunakan alat ukur manual muscle testing, juga merupakan langkah penting dalam merawat pasien secara komprehensif, sebagaimana disarankan oleh Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). Dengan mengintegrasikan langkah-langkah ini, perawatan yang efektif dan individual dapat dipastikan sesuai dengan kebutuhan unik masing-masing pasien (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Mobilisasi dini dilakukan untuk pentingnya pencegahan komplikasi, peningkatan mobilitas, dan penurunan tingkat kewaspadaan menjadi fokus utama dalam perawatan pasien. Berbagai aktivitas dapat dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut, mulai dari perubahan posisi secara berkala setiap 2 jam hingga melibatkan aktivitas yang merangsang gerakan tulang panjang seperti Range of Motion (ROM). (Clarissa et al., 2019). Hal ini sejalan juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Purba et al. (2022), memberikan dukungan pada pendekatan ini, menunjukkan bahwa pelaksanaan latihan Range of Motion dapat meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke hemoragik yang mengalami kelemahan otot. Dengan demikian, penerapan strategi ini sesuai dengan prinsip-prinsip perawatan yang holistik dan terarah. Prosedur untuk melakukan Range of Motion (ROM) pasif melibatkan serangkaian pedoman yang penting untuk diikuti. Pertama, idealnya latihan ini dilakukan sekali sehari. Kedua, setiap gerakan dilakukan sebanyak 10 hitungan,

dengan total latihan berlangsung selama 30 menit. Ketiga, latihan dimulai secara perlahan dan dilakukan secara bertahap. Keempat, meskipun diupayakan mencapai gerakan penuh, namun tidak boleh memaksakan gerakan pada pasien. Kelima, penting untuk tidak memaksa gerakan pada pasien dan hanya melakukan gerakan sesuai dengan batas toleransi pasien. Keenam, pastikan bahwa tungkai dan lengan pasien mendukung seluruh gerakan yang dilakukan. Ketujuh, jika pasien merasakan nyeri, latihan harus dihentikan dan segera konsultasikan ke tenaga kesehatan. Terakhir, lakukan latihan dengan pelan dan hati-hati untuk memastikan keamanan dan efektivitasnya. Dengan mengikuti pedoman ini, latihan ROM pasif dapat dilakukan dengan aman dan optimal bagi pasien (Anggriani et al., 2018).

Manual Muscle Testing (MMT) merupakan suatu metode pemeriksaan yang digunakan untuk menilai kekuatan otot atau kemampuan kontraksi otot secara sukarela. Tujuan dari penggunaan MMT adalah untuk membantu dalam menegakkan diagnosis terkait kondisi otot dan sistem muskuloskeletal secara keseluruhan. Dengan melakukan pengukuran kekuatan otot melalui MMT, tenaga kesehatan dapat memperoleh informasi yang penting untuk menentukan prognosis, merencanakan intervensi terapeutik yang tepat, serta memonitor perkembangan pasien selama proses pemulihan atau pengobatan. Sehingga diperlukan pemeriksaan MMT untuk memantau perkembangan kekuatan otot pada pasien dengan Stroke Non Hemoragik (Abdurachman, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Roman et al. (2022), yang berjudul “Customized Manual Muscle Testing For Post-Stroke Upper Extremity Assesment” dengan hasil bahwa metode pengukuran menggunakan *Manual Muscle Testing* (MMT) untuk mengetahui nilai kekuatan otot pada pasien yang mengenai stroke non hemoragik. Hal ini sesuai dengan

penelitian yang dilakukan oleh Shahrulnizam (2020), yang berjudul “Reability of Manual Muscle Test Examination of Stroke Patient in Sardjito Hospital”, menyebutkan bahwa secara keseluruhan *Manual Muscle Test* (MMT) memiliki reliabilitas yang sangat baik. Pengujian konvensional tidak memerlukan alat khusus, hanya pendidikan dan pengetahuan. Mudah untuk dikelola dan dapat digunakan pada populasi yang sangat besar. Ini memberikan informasi yang bermanfaat dalam mendiagnosis kondisi. Dengan skor MMSE menurun seiring bertambahnya usia, dari median skor MMSE 28 pada pasien berusia kurang dari 40 tahun menjadi 15 pada pasien berusia 80 tahun ke atas. Skor MMSE juga sedikit menurun pada pasien stroke diabetes (dari rerata skor MMSE 24,39 menjadi 22,82), hipertensi (dari 24,71 menjadi 24,08) dan pasien stroke dengan hiperkolesterolemia menunjukkan peningkatan (dari 23,86 menjadi 25,73).

Pada dilakukan implementasi hari pertama hari Rabu tanggal 10 April 2024 pukul 10.00 WITA pasien mengeluh sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan, mengeluh nyeri pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan pada saat digerakkan, setelah dilakukan ROM pasif. Hal ini sesuai dengan penelitian Nurshiyam dkk. (2020), pasien yang mengalami serangan stroke secara tiba-tiba akan mengalami kelemahan atau kelumpuhan anggota badan. Akibat dari kelemahan atau kelumpuhan akan menyebabkan pasien sulit menggerakkan ekstremitas dan menimbulkan gangguan mobilitas fisik dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Nyeri saat bergerak terjadi ketika ATP terurai dan akan menimbulkan kontraksi karena adanya penurunan kekuatan otot, otot menjadi lemah, sendi kaku, ROM menurun dan pada keadaan lebih lanjut dapat terjadi kontraktur. Akibat adanya kontraksi akan menyebabkan timbulnya rasa nyeri saat bergerak sehingga

menimbulkan rasa enggan untuk melakukan sebuah pergerakan dan menyebabkan keterbatasan pada saat menggerakkan bagian tubuhnya.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan didefinisikan sebagai suatu proses mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan serta mengkaji ulang asuhan keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien untuk mengukur seberapa efektif intervensi yang sudah dilakukan dalam menyelesaikan masalah keperawatan. Kegiatan evaluasi keperawatan keluarga pemeriksaan kemajuan status kesehatan individu dalam konteks keluarga adalah bagian penting dari evaluasi keperawatan. Ini melibatkan mengumpulkan informasi tentang bagaimana individu merespons perawatan dalam lingkungan keluarga mereka. Selanjutnya, perawat membandingkan respon individu dan keluarga dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya. Dengan menggunakan data ini, perawat dapat menyimpulkan kemajuan masalah kesehatan dan pencapaian tujuan keperawatan yang telah ditetapkan. Dengan demikian, evaluasi ini memungkinkan perawat untuk menilai efektivitas intervensi keperawatan dan membuat rencana perawatan yang lebih terarah.

Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan pada pasien Ny. L kasus Stroke Non Hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik pada hari Sabtu tanggal 13 April 2024 pukul 15.00 WITA didapatkan data subjektif sebagai berikut, pasien mengatakan sudah bisa menggerakkan dan mengangkat tangan dan kaki kanannya, juga tangan dan kakinya sekarang sudah cukup kuat menahan tekanan atau beban. Pada data obyektif didapatkan pasien tampak mampu menggerakkan ekstremitas kanan, kekuatan otot 4 pada ekstremitas kanan dan pada

ekstremitas kiri kekuatan otot 5, kondisi fisik pasien baik, pasien tampak adanya kontraksi otot, dan adanya pergerakan sendi full ROM dan mampu melawan gravitasi dan tahanan minimal dengan hasil nilai kekuatan otot: 444/555/444/555. Dengan assessment masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi, mobilitas fisik meningkat dengan kriteria nilai kekuatan otot meningkat. Dan planning tingkatkan kondisi pasien, lanjutkan latihan melakukan ROM aktif dan mobilisasi sederhana yang dilakukan (mis. duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Widya Nalaria dkk., (2023), yang berjudul “Studi Kasus: Penerapan Range of Motion (ROM) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Lansia Stroke” dengan hasil skala kekuatan otot responden 1 sebelum diberikan intervensi ROM berada pada skala 3 untuk ekstremitas atas, dan skala 2 untuk ekstemitas bawah. Peneliti melakukan penilaian skala kekuatan otot satu hari sebelum diintervensi. Kondisi responden 1 sebelum dilakukan intervensi ROM pasif ialah responden merasakan tangan bagian sebelah kanan terasa kaku, lemah walau dapat digerakkan dan melawan grafitasi, namun kekuatannya tidak kuat dan belum bisa melawan tahanan minimal. Pada ekstremitas bawah, kaki bagian sebelah kanan terasa lemah saat digerakkan tetapi tidak dapat melawan gravitasi. Responden mengalami hemiparase pada ekstremitas atas dan bawah bagian kanan. Setelah diberikan intervensi ROM pasif selama 5 hari, diperoleh bahwa terdapat perubahan skala kekuatan otot pada kedua ekstremitas Responden I. Ekstremitas atas mengalami perubahan skala kekuatan otot dari skala 3 menjadi skala 4. Skala 4 kekuatan otot pada ekstremitas atas ialah responden telah mampu mengangkat ekstremitas atas dan diberikan tahanan minimal. Ekstremitas

bawah mengalami perubahan skala kekuatan otot dari skala 2 menjadi skala 3. Skala 3 kekuatan otot pada ekstremitas bawah adalah telah mampu mengangkat kaki selama beberapa detik pada hari kelima intervensi. Peneliti melakukan penilaian skala kekuatan otot pada hari terakhir intervensi.

Penelitian yang dilakukan oleh Nur et al., (2020), menyajikan temuan yang mendukung efektivitas terapi ROM dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa mayoritas responden berusia lebih dari 60 tahun (60%), dengan distribusi jenis kelamin yang merata antara laki-laki (50%) dan perempuan (50%), serta semuanya menderita stroke non-hemoragik. Sebelum menjalani terapi ROM, derajat kekuatan otot pasien berada dalam kategori 0 hingga 2. Namun, setelah dilakukan terapi ROM, derajat kekuatan otot pasien meningkat menjadi kategori 2 hingga 4. Temuan ini menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan dalam derajat kekuatan otot pasien sebelum dan sesudah terapi ROM, dengan nilai $p < 0,05$. Dari hasil ini, dapat disimpulkan bahwa terapi ROM terbukti efektif dalam meningkatkan kekuatan otot ekstremitas pada pasien stroke.

C. Keterbatasan Pelaksanaan Studi Kasus

Keterbatasan yang ditemukan selama pelaksanaan studi kasus hingga penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah keterbatasan waktu dikarenakan peneliti harus mampu mengefisienkan waktu yang tersedia dengan sebaik mungkin mulai dari pengambilan dan pengumpulan data, pemberian implementasi keperawatan hingga proses penyusunan karya tulis ilmiah.