

UPAYA PENYELESAIAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN STROKE MELALUI TINDAKAN TEKNIK LATIHAN PENGUATAN SENDI

Safira Nafi'ah¹, Parmilah², Ratna Kurniawati³
^{1,2,3} Program Studi D-III Keperawatan Alkautsar Temanggung
Email: safiranafiah@gmail.com, mila25774@gmail.com,
ratnaummudzaky@gmail.com

ABSTRAK

Stroke merupakan salah satu penyakit yang memiliki dampak jangka panjang bagi orang yang mengalaminya secara tiba-tiba. Tanda- tanda stroke yang sering dijumpai yaitu tubuh yang sulit digerakan dan hilang keseimbangan, sakit kepala hebat secara tiba-tiba, cara bicara yang tidak jelas dan bahkan tidak mampu berbicara sama sekali, mulut terjadi *bells palsy*, kehilangan penglihatan atau penglihatan ganda, memori daya ingat menurun. Sebagian dari gejala yang muncul dapat diterapkan cara mengatasi hilang keseimbangan pada tubuh yaitu dengan teknik latihan penguatan sendi agar tidak terjadi kekakuan pada anggota tubuh dalam jangka waktu yang lama. Tujuan dalam kasus ini yaitu menguraikan tentang pengaruh dari tindakan latihan penguatan sendi pada pasien stroke. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dengan tipe studi kasus, menggunakan desain deskriptif dengan strategi *case study research*. Simpulan pada kasus ini yaitu pemberian dukungan mobilisasi pada klien stroke dapat memberikan perubahan pada mobilitas fisik klien.

Kata Kunci : Mobilitas Fisik, Penguatan Sendi, Stroke.

PENDAHULUAN

Menurut Profil Kesehatan Jawa Tengah pada tahun 2018, jumlah pasien penyakit stroke di RSUP dr. Kariadi Semarang terus meningkat, namun sangat disayangkan sebagian besar yang datang sudah terlambat, padahal penyakit stroke perlu penanganan cepat sedangkan macam- macam stroke berdasarkan waktu meliputi *Transient Ischemic Attack* (TIA), gangguan neurologis lokal yang terjadi selama beberapa menit sampai satu jam saja. *Reversible Ischemic Neurologic Defisit* (RIND), terjadi lebih lama dari pada TIA, gejala hilang lebih dari 24

jam tetapi tidak lebih dari 1 minggu. Kemudian *Stroke In Evolution* (SIE), perkembangan stroke perlahan- lahan sampai alur munculnya gejala makin lama semakin buruk, proses progresif beberapa jam sampai beberapa hari. Serta *Complete Stroke*, yaitu Gangguan neurologis yang timbul sudah menetap atau permanen.

Dari penelitian badan kesehatan dunia *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa, sebanyak 20,5 juta jiwa di dunia 85% mengalami stroke iskemik dari jumlah stroke yang ada. Penyakit

hipertensi menyumbang 17,5 juta kasus stroke di dunia. Berdasarkan prevalensi stroke Indonesia 10,9 permil setiap tahunnya terjadi 567.000 penduduk yang terkena stroke, dan sekitar 25% atau 320.000 orang meninggal dan sisanya mengalami kecacatan (RISKESDAS, 2018). Data Kementerian Kesehatan RI, di Jawa Timur kasusnya stroke mencapai 44,74% dari total keluhan gangguan kesehatan, melonjak menjadi 75,1% pada tahun 2017 (KEMENKES, 2018). Data studi pada bulan Januari di RSUD Bangil Pasuruan pada tahun 2019 terdapat 635 penderita stroke non hemorogik, dari data tersebut yang mengalami masalah perfusi jaringan serebral sebanyak 258 penderita. (DINKES Pasuruan, 2019).

Perubahan pola hidup seperti makan tidak teratur, kurang olahraga, jam kerja berlebihan serta konsumsi makanan cepat saji sudah menjadi kebiasaan lazim yang berpotensi menimbulkan serangan stroke (Anita et.al., 2018). Adanya sejumlah penelitian yang menunjukkan bahwa jika anggota badan sulit bergerak, maka stimulasi klinis dan relaksasi sendi membantu membuat mereka bergerak dengan mudah. Perawatan rehabilitasi dapat dilakukan dirumah untuk pemulihan setelah terapi rawat inap secara singkat dan berulang sehingga aktivitas rutin dapat membantu meningkatkan kontrol dan fleksibilitas membangun kembali sirkuit saraf (*National Stroke Association*, 2017).

Gangguan mobilitas fisik dapat diatasi dengan penerapan metode latihan penguatan sendi. Dengan

penerapan latihan kekuatan sendi ini salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitasi yang dinilai masih cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada pasien dengan stroke (Wakhidah Asyrofi, dan Prasetya, 2019). Gangguan Mobilitas Fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI, 2018). Beberapa tanda-tanda umum gangguan mobilitas fisik yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan sendi menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

Latihan kekuatan sendi adalah suatu jenis latihan tubuh yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan sendi pada pasien stroke yang dapat bermanfaat untuk membangun sendi, seluruh latihan kekuatan akan meningkatkan kekuatan sendi. Kemudian, menurut Smeltzer dan Bare dalam Wakhidah, Asyrofi, dan Prasetya (2019) latihan kekuatan sendi sendiri dapat melatih penguatan/pengencangan sendi gluteal dan kuadrisep serta latihan pergerakan sendi yang dilakukan sebelum tindakan operasi dengan tujuan memelihara kekuatan sendi yang diperlukan untuk berjalan. Kelemahan tangan maupun kaki pada pasien stroke akan mempengaruhi kontraksi sendi, berkurangnya kontraksi sendi disebabkan karena suplai darah ke otak berkurang, hal ini menyebabkan kerusakan jaringan otak bertambah banyak.

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Stroke

Stroke atau *cerebrovascular accident*, merupakan kematian mendadak jaringan otak yang disebabkan oleh kekurangan oksigen akibat pasokan darah yang terganggu. (Jennifer P. Kowalak, 2011). Stroke adalah sindroma klinis yang berkembang cepat akibat gangguan otak fokal maupun global dengan gejala-gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih dan dapat menyebabkan kematian tanpa ada penyebab lain yang jelas selain kelainan vascular (Rahmawati, 2015). Stroke adalah gangguan sirkulasi darah yang terjadi secara tiba-tiba di otak (Kimberly. A. J. Bilotta et.al, 2011). Dapat disimpulkan bahwa, stroke adalah suatu penyakit yang terjadi gangguan putusnya aliran darah sehingga dapat menyerang otak secara tiba-tiba.

Penyebab stroke dibagi menjadi 4, yaitu menurut Kimberly A. J. Bilotta et.al (2011) adalah:

1. Trombosis serebral
 - Penyebab stroke paling sering
 - Obstruksi pembuluh darah di pembuluh ekstraserebral
 - Kemungkinan terjadi di area intraserebral
2. Emboli serebral
 - Penyebab utama stroke yang kedua
 - Riwayat penyakit jantung reumatik
 - Endokarditis
 - Penyakit valvular pascatraumatik
 - Aritmia jantung
 - Pasca pembedahan jantung terbuka

3. Perdarahan serebral

- Penyebab utama stroke yang ketiga
- Hipertensi kronis
- Aneurisma serebral
- Malformasi arteriovenosa

Menurut PPNI (2016) manifestasi klinis pada pasien stroke diantaranya :

- a. Gejala dan Tanda Mayor
 - Subjektif* : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - Objektif* : kekuatan sendi menurun, rentang gerak (ROM) menurun
- b. Gejala dan Tanda Minor
 - Subjektif* : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak
 - Objektif* : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah

Secara patologi stroke dibedakan menjadi dua, sebagai berikut :

1. Stroke Iskemik (Non Hemoragik)
 - Infark* iskemik serebri, sangat erat hubungannya dengan aterosklerosis (terbentuknya ateroma) dan arteriolosklerosis. Aterosklerosis dapat menimbulkan bermacam-macam manifestasi klinik dengan cara :
 - a. Menyempitnya lumen pembuluh darah dan mengakibatkan insufisiensi aliran darah
 - b. Oklusi mendadak pembuluh darah karena terjadinya thrombus atau perdarahan aterom
 - c. Merupakan terbentuknya thrombus yang kemudian terlepas sebagai emboli

- d. Menyebabkan dinding pembuluh menjadi lemah dan terjadi aneurisma yang kemudian dapat robek.
2. Stroke Hemoragik
- Menurut Nasution (2017), mekanisme pada stroke hemoragik yaitu pemakaian kokain atau amfetamin, karena zat-zat ini dapat menyebabkan hipertensi berat dan perdarahan intraserebrum atau subarakhnoid. Perdarahan intraserebrum ke dalam jaringan otak (parenkim) paling sering terjadi akibat cedera vaskular yang dipicu oleh hipertensi dan ruptur salah satu dari banyak arteri kecil yang menembus jauh ke dalam jaringan otak. Biasanya perdarahan di bagian dalam jaringan otak menyebabkan defisit neurologik focal yang cepat dan memburuk secara progresif dalam beberapa menit sampai kurang dari 2 jam. Hemiparesis di sisi yang berlawanan dari letak perdarahan merupakan tanda khas pertama pada keterlibatan kapsula interna.

B. Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan Mobilitas Fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI,2018). Hambatan Mobilitas Fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (NANDA, 2018). Jadi, kesimpulan dari gangguan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu gerakan atau lebih baik secara mandiri ataupun terarah.

Menurut (PPNI,2018) tanda dan gejala mayor minor pada gangguan mobilitas fisik antara lain :

- a) Tanda Mayor
- Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
 - Objektif : kekuatan sendi menurun, rentang gerak (ROM) menurun
- b) Tanda Minor
- Subjektif :
 - 1) Nyeri saat bergerak
 - 2) Enggan melakukan pergerakan
 - 3) Merasa cemas saat bergerak
 - Objektif :
 - 4) Sendi kaku
 - 5) Gerakan tidak terkoordinasi
 - 6) Gerakan terbatas
 - 7) Fisik lemah

C. Konsep Teknik Latihan Penguatan Sendi

Teknik Penguatan Sendi adalah teknik menggunakan gerakan tubuh aktif atau pasif untuk mempertahankan atau mengembalikan fleksibilitas sendi. (SIKI PPNI, 2018). Teknik latihan penguatan sendi & sendi diindikasikan pada klien yang mengalami gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke. Dampak diberikan latihan penguatan sendi pada pasien Stroke dengan masalah gangguan mobilitas fisik mempunyai dampak positif yaitu dengan latihan penguatan sendi dimana kedua kaki dan tangan dengan posisi supine untuk mempertahankan atau meningkatkan kekuatan dan kelenturan sendi.

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dengan tipe studi kasus. Metode kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat post positivisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah dengan peneliti sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan datanya dilakukan secara triangulasi, analisis datanya bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi (Sugiyono, 2016). Peneliti menggunakan desain deskriptif dengan strategi *case study research* untuk mengetahui gambaran upaya penyelesaian masalah gangguan mobilitas fisik dengan menerapkan teknik latihan penguatan sendi pada pasien stroke. Subjek studi kasus ini adalah penderita stroke non hemoragik yang mengalami masalah gangguan mobilitas fisik. yang menjadi fokus studi dalam penelitian ini adalah pemberian latihan pergerakan sendi pada pasien stroke yang mengalami masalah gangguan mobilitas fisik. Instrumen penelitian ini adalah instrumen tentang pengkajian stroke adalah, kuisioner tentang masalah mobilitas fisik, kuisioner tentang luaran tingkat mobilitas fisik, dan format sop latihan pergerakan sendi.

Instrumen studi kasus yang digunakan penulis adalah lembar wawancara dan format observasi berupa: pengkajian stroke, batasan karakteristik Stroke dan juga menggunakan SOP latihan retang pergerakan sendi (RPS), format SLKI yang digunakan untuk

mengumpulkan data dan memastikan kebenaran prosedur yang dilakukan penulis dan mengevaluasi hasil penyelesaian gangguan mobilitas fisik menggunakan instrumen pedoman wawancara dan observasi.

Analisa data alisa studi kasus ini menggunakan *content material analysis* satu dengan cara membandingkan teori dengan fakta yang ditemukan pada klien. Penyajian data yang peneliti akan sampaikan yaitu berupa penjelasan deskriptif disertai beberapa bukti *check list* yang telah diisi oleh peneliti berdasarkan kondisi serta keluhan dari responden itu sendiri

PEMBAHASAN

A. Hasil studi kasus

1. Identifikasi Subjek studi kasus

Identifikasi subjek studi kasus dilakukan dengan menggunakan focus pengkajian stroke yang dikembangkan oleh (Kimberly. A.J. Bilotta, 2011). Fokus pengkajian stroke meliputi: 1. Berbagai gambaran klinis bergantung pada arteri yang terkena, tingkat kerusakan, luasnya sirkulasi kolateral, 2. Satu atau lebih factor risiko yang ada, 3. Awitan bertahap rasa pening, gangguan mental, atau kejang, 4. Penurunan kesadaran atau afasia yang terjadi tiba-tiba. Pengkajian data pada kedua studi kasus yaitu Tn. B berusia mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas bagian tangan kanan dan kaki kanan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas tangan kanan kaki kanan, mengalami rasa cemas saat bergerak, subjek studi kasus mempunyai riwayat hipertensi ±2 tahun lalu

dengan TD $\geq 140/100$ mmHg, kekuatan otot menurun, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi. Sedangkan Tn.M berusia 58 tahun dengan identifikasi subjek sulit menggerakkan ekstremitas tangan kanan dan kaki kanan, tampak sulit untuk berbicara, enggan melakukan pergerakan, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi dan disebabkan karena keletihan setelah beraktivitas bersepeda seminggu 2x subjek studi kasus mengalami kekakuan pada tangan dan kaki kanannya. Hasil pengkajian pada kedua subjek studi kasus diperoleh data sebagai berikut:

a. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dengan gangguan saraf sensorik. Mekanisme munculnya gangguan sensibilitas pada pasien stroke timbul gangguan saraf dan hilangnya kontrol gerakan motoric. Gangguan pada fungsi motoric yang umum terjadi adalah kelumpuhan satu sisi tubuh yang disebabkan karena adanya lesi pada sisi yang berlawanan dari jaringan otak (Moritz DJ et.al 2006).

b. Hemiparesis kelumpuhan wajah atau anggota badan

Hemiparesis adalah salah satu sisi tubuh dari kepala hingga kaki, mengalami kelemahan sehingga sulit digerakkan. Hemiparesis bisa juga disebut paralisis parsial atau setengah lumpuh. Pasien hemiparesis masih bisa menggerakkan sisi tubuh yang mengalami gangguan, tapi hanya berupa gerakan kecil yang lemah. Mekanisme munculnya hemiparesis

pada satu sisi tubuh dapat diidentifikasi pada awal terjadinya stroke ketika kondisi berulang kembali muncul maka dapat disertai dengan peningkatan gangguan pada otot ekstremitas di sisi yang terkena (Siparky PN et.al 2015).

c. Afasia atau berbicara tidak lancar dan kesulitan memahami pengucapan Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia yang terjadi pada pasien stroke biasanya terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kananan biasan dalam membaca, menulis memahami bahasa. Afasia yang terjadi pada pasien stroke biasanya terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya ada gangguan pada arteri middle serebral kiri. (Kabi, Tumewah & Kembuan, 2018)

2. Hasil Pengkajian

Hasil pengkajian masalah keperawatan pada kedua pasien ditemukan data sebagai berikut:

a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas yang terjadi karena hemiparesis adanya kerusakan jaringan pada salah satu sisi [otak](#) otak kiri mengalami kerusakan karena stroke, maka sisi tubuh sebelah kanan akan mengalami kelemahan

b. Kekuatan otot menurun yang terjadi karena lesi pada *Upper Motor Neuron* (UMN) dimana serabut otot yang mengatur gerakan terletak pada area broadman 4 (motorik primer) dan area broadman 6 (premotorik).

c. Rentang gerak (ROM) menurun yang terjadi karena suatu gangguan gerak dimana pasien mengalami ketidakmampuan berpindah posisi selama tiga hari atau lebih, dengan gerak anatomi tubuh menghilang akibat perubahan fungsi fisiologik. Seseorang yang mengalami gangguan gerak atau gangguan pada kekuatan ototnya akan berdampak pada aktivitas sehari-harinya. Efek dari imobilisasi dapat menyebabkan terjadinya penurunan fleksibilitas sendi. (Rahayu, 2015)

Dari hasil pengkajian tersebut berapa dari berapa tanda gejala yang diperlukan untuk menegakkan masalah keperawatan mobilitas fisik terpenuhi sehingga pada kedua subjek studi kasus ditegakan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal ditandai dengan mengeluh sulit menggerrakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas. (SDKI, D.0054, 2016).

3. Pelaksanaan tindakan

Teknik penguatan sendi adalah teknik menggunakan gerakan tubuh aktif atau pasif untuk mempertahankan atau mengembalikan fleksibilitas sendi (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018). Tindakan yang dilakukan pada kedua subjek studi kasus adalah : 1.Memberi salam/ menyapa klien yang bertujuan untuk perkenalan satu sama lain

dengan cara menyapa mengucapkan salam 2.Memperkenalkan diri untuk memudahkan pasien berinteraksi dengan perawat dengan cara menyebutkan nama,asal institusi 3.Menyebutkan tujuan tindakan untuk mengetahui untuk pasien mengerti akan tindakan yang akan dilakukan dengan cara menjelaskan tujuan tindakan latihan penguatan sendi, 4.Menjelaskan langkah prosedur tindakan yang bertujuan agar pasien dapat mengerti tindakan yang akan diberikan,caranya menjelaskan tindakan dan manfaat yang akan dilakukan, 5.Menanyakan kesiapan pasien untuk memastikan apakah pasien bersedia menjadi subjek studi kasus, dengan cara menanyakan kesiapan kepada pasien, 6.Membimbing pasien untuk berdoa yang bertujuan supaya tindakan berjalan dengan lancar dengan cara berdoa sesuai agama dan keyakinan, 7.Mencuci tangan untuk menjaga kebersihan dan memastikan supaya tangan terhindar dari kuman dengan cara mencuci tangan 6 langkah, 8.Oleskan minyak ke tangan anda untuk menghangatkan area sendi, 9.Mengukur TTV (TD, suhu, RR dan nadi) untuk memastikan pasien dalam keadaan baik/sehat , 10.Letakkan klien dalam posisi semula setelah setiap pergerakan. Ulangi setiap pergerakan sebanyak 3 kali bertujuan untuk memastikan apakah pasien telah benar paham dengan apa yang sudah diajarkan dengan melakukan tindakan ulang dan melatih pasien untuk melakukan secara mandiri, 11.Selama latihan pergerakan, kaji kemampuan klien

untuk menoleransi pergerakan dan rentang pergerakan dari setiap sendi untuk agar terhindar dari cedera pada waktu tindakan dilakukan dengan cara menanyakan apakah terasa nyeri atau tidaknya ketika dilakukan tindakan tersebut, 12. Setelah latihan, kaji denyut nadi dan daya tahan tubuh klien terhadap latihan untuk mengetahui keadaan pasien setelah dilakukan tindakan dengan keadaan stabil atau abnormal dengan cara tangan diraba putar pergelangan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas, tempatkan jari telunjuk dan jari tengah di pergelangan tangan bagian dalam yang dilewati pembuluh darah arteri tekan bagian tersebut sampai merasakan denyut nadi, hitung denyut nadi ± 60 menit, 13. Catat dan laporkan setiap masalah yang tidak diharapkan atau perubahan pada pergerakan klien, misal adanya kekakuan dan kontraktur untuk mengetahui apakah ada tidaknya cedera setelah dilakukan tindakan, 14. Menanyakan posisi sudah nyaman untuk menjaga kenyamanan pasien setelah dilakukan tindakan dengan cara menanyakan apakah posisi pasien sekarang sudah nyaman, 15. Melakukan evaluasi untuk mengumpulkan data dan membandingkannya dengan standar tujuan yang ingin di capai dengan cara 16. Melakukan rencana tindak lanjut untuk memberi jadwal tindakan hari berikutnya, 17. Berpamitan. (Eni Kusyati et.al.2012).

Dalam pelaksanaan tindakan terdapat hambatan pada kedua

subjek studi kasus yaitu pada subjek studi kasus 1 tidak adanya keterlibatan keluarga solusinya dengan memberikan leaflet tentang tindakan latihan penguatan sendi, sedangkan pada subjek studi kasus ke 2 terdapat hambatan komunikasi solusinya dengan melibatkan keluarga.

4. Evaluasi hasil

Evaluasi perkembangan masalah gangguan mobilitas fisik dinilai dengan lembar evaluasi mobilitas fisik pasien yang merujuk pada SLKI PPNI (2018). Mobilitas Fisik adalah kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SLKI PPNI, 2018) . Untuk menilai mobilitas fisik pasien menggunakan 5 tingkat yaitu: 1: Menurun, 2: Cukup menurun, 3: Sedang, 4: Cukup meningkat, 5: Meningkat. Indikator mobilitas fisik meliputi: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat. Hasil evaluasi pada kedua subjek studi kasus didapatkan sebagai berikut:

Untuk tindakan teknik latihan penguatan sendi pada akhir intervensi ditemukan meningkat sehingga dapat disimpulkan bahwa mobilitas fisik subjek studi kasus mengalami peningkatan dari 3 (sedang) menjadi 5 (meningkat). Pergerakan ekstremitas ditemukan hasil dari sedang menjadi meningkat. Kekuatan otot meningkat sehingga dapat disimpulkan bahwa mobilitas fisik subjek studi kasus mengalami peningkatan dari sedang menjadi meningkat. Rentang gerak (ROM)

meningkat sehingga dapat disimpulkan bahwa mobilitas fisik subjek studi kasus mengalami peningkatan dari sedang menjadi meningkat.

Hasil pencapaian mobilitas fisik pada kedua subjek studi kasus rata – rata berkisar 3 sampai 5 yang artinya pergerakan ekstrmitas meningkat. sehingga dapat disimpulkan bahwa mobilitas fisik pada kedua subjek studi kasus menangani meningkat. Hal ini terdapat peningkatan mobilitas fisik pada pasien stroke dari sedang menjadi meningkat. Sehingga dapat dikatakan bahwa pemberian dukungan mobilisasi pada klien stroke dapat memberikan perubahan pada mobilitas fisik klien. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rahmadani dkk (2019) menyatakan bahwa pemberian teknik latihan penguatan sendi dapat memberikan hasil yang positif bagi pasien stroke. Leniwita et al., (2020) bahwa ada pengaruh yang signifikan dari tindakan teknik latihan penguatan sendi terhadap mobilitas fisik pada penderita stroke yang bertujuan untuk meningkatkan fleksibilitas dan kekuatan otot.

SIMPULAN

1. Stroke yaitu suatu penyakit yang terjadi gangguan putusnya aliran darah sehingga dapat menyerang otak secara tiba-tiba. Biasanya muncul tanda gejala seperti kehilangan kekuatan pada salah satu sisi tubuh, bingung, sulit bicara atau sulit memahami, ada masalah pada penglihatan, sulit

berjalan, sakit kepala, dan hilang keseimbangan.

2. Gangguan Mobilitas Fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Terdapat tanda gejala yang muncul pada gangguan mobilitas fisik yaitu kesulitan menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, kekuatan otot menurun, enggan melakukan pergerakan.
3. Teknik Latihan Penguatan Sendi merupakan teknik gerakan tubuh aktif atau pasif untuk mempertahankan atau mengembalikan meningkatkan fleksibilitas sendi.
4. Mobilitas Fisik adalah kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.
5. Tindakan teknik latihan penguatan sendi dapat mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik dengan pencapaian mobilitas fisik dari 3 (sedang) menjadi 5 (meningkat).

UCAPAN TERIMAKASIH

Pada kesempatan ini, peneliti ingin mengucapkan terimakasih kepada responden penelitian

REFERENSI

- Anita, F., Pongantung, H., ada, P. V.,& Hingkam, V. (2018). *Pengaruh Latihan Range Of Motion Terhadap Gerak Sendi Ekstremitas Atas Pada Pasien Pasca Stroke di Makassar. JOIN (Journal Of Islamic Nursing)*,3(1),97-105. <https://doi.org/10.34008/jurnah esti.v3i2.46>

- DINKES Pasuruan, 2019. *Data Penderita Stroke Kota Pasuruan*. Pasuruan :Dinas Kesehatan
- Eni Kusyati et.al, (2012). *Keterampilan & Prosedur Laboraturium Keperawatan Dasar*. Edisi 2. Jakarta : EGC
- Kabi, G. Y. C. R., Tumewah, R. and Kembuan, M. A. H. N. (2018) : *Gambaran Faktor Risiko Pada Penderita Stroke Iskemik Yang Dirawat Inap Neurologi RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado* Periode Juli 2012-Juni 2013, e-Clinic, 3(1),pp. 1-6.doi:10.35790/ecl.3.1.2018.74 04.
- Kimberly A. J. Billota, Dwi Widiarti et.al (2011) : *Kapita Selekta Penyakit dengan Implikasi Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta : EGC
- Kementrian Kesehatan RI, 2018. *Rencana Strategi Kementrian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta : Kementrian Kesehatan.
- Kemenkes RI, 2018. *Riset Kesehatan Dasar : RISKESDAS*. Jakarta : Balitbang.
- Leniwita, H. L., Prabawati, D.P., & Susilo, W. H. (2020). Pengaruh Latihan Range of Motion (ROM) Terhadap Perubahan Aktivitas Fungsional Pada Pasien Stroke Rawat Inap di RSU UKI Jakarta. *Jurnal JKFT*, 4(2), 72-77. <http://doi.org/10.31000/JKFT.V412.2504.G1497>
- Nasution L. F., (2017). *Stroke Non Hemorogik Pada Laki-laki Usia 65 Tahun*. *Medula Unila*, 1(3), 1-9.
- National Stroke Association (NSA). (2017). *Hemiparasis*. Diperoleh tanggal 11 Mei 2017 dari <http://www.stroke.org/>.
- Rahayu, K. I. N. (2015). Pengaruh Pemberian Latihan Range Of Motion (ROM) Terhadap Kemampuan Motorik Pada Pasien Post Stroke di RSUD Gambiran. *Jurnal Keperawatan*, 6(2), 102-107
- Rahmawati, (2015). *Pravelensi Stroke Iskemik Pada Pasien Rawat Inap di RSUP Fatmawati*, (Skripsi). Jakarta Selatan.
- Siparky PN, Kirkendall DT, Garrett WE. *Muscle Changes in Aging : Understanding Sarcopenia*. *Sport Health*.2015;6(1):36-40.
- Sugiyono, (2016). *Metode Penelitian Studi Kasus*. Bandung : Alfabeta.
- Tim Pokja. *SDKI DPP PPNI (2018). Standar Diagnosi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Tim Pokja. *SIKI DPP PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawata*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Tim Pokja. *SLKI DPP PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia :Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Jenifer P. Kowalak, (2011). *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta : EGC
- Wakhidah N, Asyrofi A, Prasetya H (2019). *Perbedaan Latihan*

Kekuatan Otot Pasien Pasca Stroke Yang Memperoleh Berbagai Dukungan Keluarga. Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal

[Internet]. 17Jul.2019 [cited13Jul.2022];9(3):249-58. <https://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM/article/view/519>