

# **PENERAPAN TERAPI GENGAM BOLA KARET TERHADAP PENINGKATAN KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG SADEWA RSUD JOMBANG**

**Hawana Halimatus Sakdiah<sup>1\*</sup>, Tiara Fatma Pratiwi<sup>2</sup>, Dina Camelia<sup>3</sup>, Arif Wijaya<sup>4</sup>,  
Erna Ts. Fitriyah<sup>5</sup>**

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bahrul Ulum Jombang<sup>1,3,4,5</sup>, Akademi Keperawatan Bahrul Ulum  
Jombang<sup>2</sup>

*\*Corresponding Author : hawanahalimatussakdiah@gmail.com*

## **ABSTRAK**

Stroke adalah sebuah penyakit yang dikarenakan penyempitan di pembuluh darah pada otak, yang dapat menghalangi aliran darah dan juga oksigen pada otak, dan juga bisa berhenti. Jika terjadi penyumbatan bisa membuat sistem saraf terhenti, suplai pada darah dan juga oksigen akan mati, yang membuat organ dalam tubuh yang terhubung dengan sistem saraf akan kesulitan atau bahkan tidak dapat bergerak. Salah satu cara untuk meningkatkan kekuatan otot adalah dengan menerapkan terapi genggam bola karet. Tujuan dari penelitian ini yaitu pasien mampu melakukan penerapan terapi genggam bola untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Jenis penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan, subyek yang digunakan yaitu dua pasien dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Penelitian dilakukan selama 3 hari berturut-turut dengan frekuensi 1 kali sehari selama 7 menit dengan menggunakan metode pengumpulan data meliputi pengkajian, menentukan diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan kekuatan otot pada hari ketiga, dengan kekuatan otot 3 menjadi 4 dan kekuatan otot 2 menjadi 3. Kesimpulan dari hasil yang didapatkan terkait terapi genggam bola pada pasien stroke non hemoragik dapat diterapkan dengan adanya peningkatan kekuatan otot.

**Kata kunci** : gangguan mobilitas fisik, stroke non hemoragik, terapi genggam bola

## **ABSTRACT**

*Stroke is a disease caused by the narrowing of blood vessels in the brain, which can obstruct the flow of blood and oxygen to the brain, and can also lead to a complete stop. If a blockage occurs, it can cause the nervous system to cease functioning, and the supply of blood and oxygen will be cut off, making the internal organs connected to the nervous system struggle or even become unable to move. One way to increase muscle strength is by applying rubber ball grip therapy. The aim of this research is for patients to be able to implement ball grip therapy to improve muscle strength in non-hemorrhagic stroke patients with nursing issues related to physical mobility disorders. The type of research used is a case study approach with a nursing care perspective, and the subjects involved are two patients with nursing problems related to physical mobility disorders. The research was conducted over 3 consecutive days with a frequency of once a day for 7 minutes, using a data collection method that included assessment, diagnosis determination, intervention, implementation, and evaluation. The results showed an increase in muscle strength on the third day, with muscle strength 3 to 4 and muscle strength 2 to 3. The conclusion from the results obtained regarding ball grip therapy for non-hemorrhagic stroke patients can be applied with the presence of increased muscle strength.*

**Keywords** : non-hemorrhagic stroke, ball grip therapy, physical mobility disorder

## **PENDAHULUAN**

Stroke adalah sebuah penyakit yang dikarenakan penyempitan di pembuluh darah pada otak, yang dapat menghalangi aliran darah dan juga oksigen pada otak, dan juga bisa berhenti.

Jika terjadi penyumbatan bisa membuat sistem saraf terhenti, suplai pada darah dan juga oksigen akan mati, yang membuat organ dalam tubuh yang terhubung dengan sistem saraf akan kesulitan atau bahkan tidak dapat bergerak (Faridah dkk, 2018). Dampak dari imobilitas dalam tubuh dapat mempengaruhi sistem tubuh, seperti perubahan pada metabolisme tubuh, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistem pernapasan, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit, perubahan eliminasi (buang air besar dan kecil), dan perubahan perilaku (Hidayat, 2009).

Prevalensi Stroke menurut *World Health Organization* (WHO) menyatakan sebanyak 20,5 juta jiwa di dunia 85% mengalami stroke iskemik dari jumlah stroke 21 yang ada. Penyakit hipertensi menyumbang 17,5 juta kasus stroke di dunia. Berdasarkan Riskesdas (2018) kejadian stroke di Indonesia angka kejadian penyakit ini terus bertambah sekitar 15%, sejak tahun 2013 dari 9%. Provinsi paling tinggi yaitu Kalimantan Timur sejumlah 15% sedangkan untuk provinsi paling sedikit yaitu Papua sejumlah 4,1%. Tahun 2018 prevalensi kasus stroke di Jawa Timur sebesar 1,24 per 1.000 penduduk, angka ini mengalami penurunan yang begitu banyak dibandingkan tahun sebelumnya (Kemenkes RI, 2018). Di RSUD Jombang sendiri pada tahun 2023 terhitung sejak bulan Januari-Oktober telah mendapat kasus stroke sebanyak 417 kasus, dan di Ruang Sadewa pada 1 bulan terakhir November 2023 sebanyak 55 kasus.

Faktor resiko metabolis (tekanan darah tinggi, obesitas, kadar gula darah tinggi, kolesterol tinggi, kerusakan fungsi ginjal), faktor kebiasaan (merokok, diet yang buruk, aktivitas fisik yang rendah), dan faktor lingkungan (polusi) menjadi penyebab terbanyak kejadian stroke di dunia. Sedangkan faktor tertinggi penyebab kejadian stroke di dunia adalah tekanan darah tinggi, obesitas, dan kadar gula darah tinggi (WHO, 2022). Penelitian oleh Margiyati et al (2022) menyatakan setelah dilakukan terapi latihan genggam bola karet dengan alat ukur kekuatan otot menggunakan handgrip dynamometer terjadi peningkatan nilai kekuatan otot yang dilakukan selama 1 hari sekali selama 4 hari berturut-turut. Latihan genggam bola jika dilakukan secara terus menerus kekuatan otot akan meningkat dan merangsang saraf-saraf yang tidak bekerja atau kaku akan menjadi fleksibel (Margiyati et al, 2022).

Solusi dari penurunan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik berdasarkan hasil penelitian oleh Nurani & Lestari (2022) menyatakan latihan genggam bola karet efektif untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien lansia dengan stroke, setelah dilakukan intervensi latihan genggam bola karet selama 3 hari kekuatan otot dapat meningkat dari skala 2 menjadi 3 (Nurani & Lestari, 2022). Penelitian terkait efektivitas penerapan terapi genggam bola karet terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik masih terbatas dan belum populer di kalangan masyarakat luas, dibandingkan dengan latihan rentang gerak yang biasa dilakukan di fasilitas kesehatan, padahal keduanya dapat meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas. Sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai penerapan terapi genggam bola karet terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mampu melakukan penerapan terapi genggam bola untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

## METODE

Desain penelitian adalah panduan yang digunakan untuk membangun strategi dan metode penelitian. Penelitian ini menggunakan desain studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan, yang berfokus pada penanganan masalah melalui penelitian intensif terhadap satu unit, seperti pasien atau kelompok. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi

penerapan terapi genggam bola karet dalam meningkatkan kekuatan otot pasien stroke non-hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di RSUD Jombang. Penelitian ini dilakukan di Ruang Sadewa RSUD Jombang pada bulan Desember 2023, selama 3 hari, dengan frekuensi terapi sekali sehari selama 7 menit. Subjek penelitian terdiri dari dua pasien yang didiagnosa stroke non-hemoragik dan mengalami gangguan mobilitas fisik akibat penurunan kekuatan otot pada ekstremitas atas.

Dalam mengumpulkan data, penelitian ini menggunakan wawancara, observasi fisik, dan studi dokumentasi. Wawancara dilakukan dengan pasien dan keluarga untuk mendapatkan informasi langsung mengenai kondisi mereka menggunakan format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. Observasi dilakukan dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (IPPA) untuk memantau kondisi fisik pasien. Selain itu, dokumentasi digunakan untuk mengumpulkan data dari literatur, hasil pemeriksaan diagnostik, dan jurnal terkait. Keabsahan data diuji melalui beberapa cara, seperti kredibilitas, transferabilitas, dependabilitas, dan confirmabilitas. Kredibilitas diuji dengan triangulasi yang melibatkan pemeriksaan data melalui berbagai sumber, teknik, dan waktu. Transferabilitas menguji sejauh mana hasil penelitian dapat diterapkan di situasi lain. Dependabilitas diuji dengan audit independen terhadap keseluruhan proses penelitian, dan confirmabilitas diuji untuk memastikan hasil penelitian objektif dan sesuai dengan proses yang telah dilakukan.

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan model Miles and Huberman yang meliputi reduksi data, penyajian data, dan verifikasi data. Reduksi data bertujuan untuk menyaring informasi yang relevan dan penting, sementara penyajian data membantu menggambarkan temuan dalam bentuk naratif atau grafik. Verifikasi data dilakukan untuk memastikan kesimpulan yang diambil benar dan didukung oleh bukti yang valid. Dalam hal etika penelitian, prinsip-prinsip yang diikuti meliputi persetujuan (inform consent) dari subjek penelitian sebelum data diambil, serta menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas responden. Peneliti memastikan bahwa seluruh data yang diperoleh disimpan dengan aman dan digunakan hanya untuk keperluan penelitian. Selain itu, peneliti berkomitmen untuk melakukan penelitian dengan cara yang bermanfaat bagi subjek dan masyarakat, serta menghormati martabat manusia dengan memastikan bahwa subjek penelitian terlibat dengan sukarela tanpa ada paksaan. Semua responden diperlakukan dengan adil dan memiliki hak yang sama sebelum, selama, dan setelah partisipasi mereka dalam penelitian.

## HASIL

### Data Asuhan Keperawatan

#### Pengkajian

#### Identitas

**Tabel 1. Identitas Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sadewa RSUD Jombang**

<b>Masuk Rumah Sakit</b>	<b>20 Juli 2024</b>	<b>21 Juli 2024</b>
<b>Waktu Pengkajian</b>	21 Juli 2024, 09.00 WIB	22 Juli 2024, 08.00 WIB
<b>Identitas Pasien</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
<b>Nama</b>	Ny. M	Ny. M
<b>Umur</b>	59 tahun	56 tahun
<b>Jenis Kelamin</b>	Perempuan	Perempuan
<b>Suku/Bangsa</b>	Jawa	Jawa
<b>Agama</b>	Islam	Islam
<b>Pekerjaan</b>	IRT	IRT
<b>Pendidikan</b>	SD	SMP

Alamat	Sumber Bendo, Jogoroto, Kaliwungu Mlaras, Sumobito, Kab. Kab. Jombang	Jombang
Diagnosa Medis	CVA Infark	CVA Infark

## Riwayat Penyakit

**Tabel 2. Pengkajian Riwayat Penyakit Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Gangguan Fisik di Ruang Sadewa RSUD Jombang**

Riwayat Penyakit	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan Utama	Px mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas dan tidak bisa digerakkan	Px mengatakan anggota badan sebelah kanan tidak dapat digerakkan
Riwayat penyakit sekarang	Px mengatakan dia terjatuh saat bangun tidur di pagi hari karena badan sebelah kanan terasa lemas dan tidak bisa digerakkan, mengeluh pusing, dibawa ke RSK Mojowarno kemudian dirujuk ke RSUD Jombang, selama di IGD dilakukan tindakan pemasangan infus, pemeriksaan EKG dan CT Scan, dipindahkan ke Ruang Abimanyu selama 1 hari kemudian dipindahkan ke Ruang Sadewa	Px mengatakan tangan dan kaki terasa lemah sejak 2 hari lalu, disertai pusing dan nyeri kepala, mual muntah serta demam, nafas sesak, mengeluh batuk sejak 1 minggu lalu, berdahak. Dibawa ke PKM Sumobito lalu dirujuk ke RSUD Jombang, di IGD dilakukan pemasangan infus, pemeriksaan EKG dan CT Scan kemudian dipindah ke ruang Abimanyu selama 1 hari lalu dipindahkan ke Ruang Sadewa
Riwayat penyakit dahulu	Tidak ada, px mengatakan baru pertama kali masuk RS	Px mengatakan pernah stroke 3 tahun yang lalu, px juga memiliki riwayat hipertensi dan DM Obat : glibenclamide (setiap pagi sebelum makan)
Riwayat keluarga	Px mengatakan tidak memiliki penyakit turunan dalam keluarganya, px mengatakan adiknya juga pernah terkena stroke	Px mengatakan ayahnya memiliki riwayat hipertensi dan ibunya memiliki riwayat DM

## Observasi dan Pemeriksaan Fisik

**Tabel 3. Observasi dan Pemeriksaan Fisik Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sadewa RSUD Jombang**

Observasi	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan Umum	KU Cukup, bedrest TD : 130/80 mmHg Nadi : 88 x/menit Suhu : 36,8°C RR : 26 x/menit BB : 90 kg TB : 150 cm IMT : 40 (Obesitas II)	KU Cukup, bedrest TD : 140/90 mmHg Nadi : 90 x/menit Suhu : 36,7°C RR : 26 x/menit BB : 70 kg TB : 150 cm IMT : 31 (Obesitas II)
B1 Breathing	Inspeksi : Bentuk dada simetris Nafas cepat (takipnea) Tidak ada jejas Tidak ada pernapasan cubing hidung Auskultasi : Suara napas vesikuler RR 26 x/menit Palpasi : Tidak ada edema Tidak ada pembesaran tiroid	Inspeksi : Bentuk dada simetris Nafas cepat (takipnea) Tidak ada jejas Ada retraksi dada Batuk berdahak, darah (-) Auskultasi : Terdengar ronchi (+/-) RR 26 x/menit Palpasi : Tidak ada edema Tidak ada pembesaran tiroid

<b>B2 Bleeding</b>	Inspeksi : Bentuk dada simetris Tidak ada jejas Auskultasi : Bunyi jantung normal Palpasi : CRT <2 detik Nadi : 88 x/menit Nadi kuat dan teratur Perkusi : Tidak ada nyeri dada	Inspeksi : Bentuk dada simetris Tidak ada jejas Auskultasi : Bunyi jantung normal Palpasi : CRT <2 detik Nadi : 88 x/menit Nadi kuat dan teratur Perkusi : Tidak ada nyeri dada
<b>B3 Brain</b>	Kesadaran composmentis Refleks pupil +/- Persepsi sensoris : pendengaran baik, pengecapan baik, penglihatan baik, perabaan baik	Kesadaran composmentis Refleks pupil +/- Persepsi sensoris : pendengaran baik, pengecapan baik, penglihatan baik, perabaan baik
<b>B4 Bladder</b>	Produksi urine : 500 ml/12 jam Warna urine kuning jernih Terpasang kateter	Produksi urine : 500 ml/12 jam Warna urine kuning jernih Terpasang kateter
<b>B5 Bowel</b>	Inspeksi : Mulut bersih, tidak ada lesi Abdomen simetris, tidak ada jejas Rectum normal Auskultasi : Terdengar bising usus Palpasi : Tidak ada nyeri abdomen Perkusi : Tympani	Inspeksi : Mulut bersih, tidak ada lesi Abdomen simetris, tidak ada jejas Rectum normal Auskultasi : Terdengar bising usus Palpasi : Tidak ada nyeri abdomen Perkusi : Tympani
<b>B6 Bone</b>	Inspeksi : Parese pada kaki dan tangan kanan Tangan kanan tidak mampu melawan tahanan ringan yg diberikan Tampak bekas luka bakar di kaki kanan Tidak ada kelainan tulang belakang Palpasi : Turgor kulit cukup Tidak ada edema Kekuatan otot (ka $\frac{3/5}{2/5}$ ki) Perkusi : Tidak ada kelainan  Ket : 0 = tidak ada kontraksi otot 1 = teraba kontraksi otot 2 = mampu bergerak, tidak mampu melawan gravitasi 3 = mampu melawan gravitasi tidak mampu melawan tahanan ringan yg diberikan 4 = mampu melawan gravitasi dan melawan tahanan ringan dan sedang yg diberikan 5 = kekuatan otot normal	Inspeksi : Parese pada kaki dan tangan kanan Tangan dan kaki tidak mampu melawan gravitasi Tidak ada kelainan tulang belakang Palpasi : Turgor kulit cukup Tidak ada edema Kekuatan otot (ka $\frac{2/5}{2/5}$ ki) Perkusi : Tidak ada kelainan  Ket : 0 = tidak ada kontraksi otot 1 = teraba kontraksi otot 2 = mampu bergerak, tidak mampu melawan gravitasi 3 = mampu melawa gravitasi tidak mampu melawan tahanan ringan yg diberikan 4 = mampu melawan gravitasi dan melawan tahanan ringan dan sedang yg diberikan 5 = kekuatan otot normal

## Pola Aktivitas

**Tabel 4. Pengkajian Pola Aktivitas Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sadewa RSUD Jombang**

Pola Aktivitas	Pasien 1	Pasien 2
<b>Makan</b>	Rumah : Frekuensi : 1-2 x 1 hari Porsi : 150 gram Alergi : tidak ada Menu : nasi putih Rumah Sakit : Frekuensi : 3 x 1 hari Porsi : 100 gram Alergi : tidak ada Menu : TKTP rendah garam	Rumah : Frekuensi : 1-2 x 1 hari Porsi : 150 gram Alergi : tidak ada Menu : nasi putih Rumah Sakit : Frekuensi : 3 x 1 hari Porsi : 100 gram Alergi : tidak ada Menu : TKTP DM
<b>Minum</b>	Rumah : Frekuensi : jarang Jumlah : 500 ml Jenis : air putih Rumah Sakit : Frekuensi : jarang Jumlah : 300 ml Jenis : air putih	Rumah : Frekuensi : jarang Jumlah : 500 ml Jenis : air putih Rumah Sakit : Frekuensi : jarang Jumlah : 300 ml Jenis : air putih
<b>Kebersihan Diri</b>	Rumah : Mandi : 1 x 1 hari Keramas : 1 x 2 hari Sikat gigi : 2 x 1 hari Ganti pakaian : 2 x 1 hari Memotong kuku : 1 x 1 minggu Rumah Sakit : Mandi : 1 x 1 hari seka Keramas : tidak Sikat gigi : 1 x 1 hari Ganti pakaian : 1 x 1 hari Memotong kuku : tidak	Rumah : Mandi : 1 x 1 hari Keramas : 1 x 2 hari Sikat gigi : 2 x 1 hari Ganti pakaian : 2 x 1 hari Memotong kuku : 1 x 1 minggu Rumah Sakit : Mandi : 1 x 1 hari seka Keramas : tidak Sikat gigi : tidak Ganti pakaian : 1 x 1 hari Memotong kuku : tidak
<b>Istirahat</b>	Rumah : Tidur siang : tidak Tidur malam : 00.00 – 04.00 Gangguan tidur : px mengatakan sulit tidur Rumah Sakit : Tidur siang : tidak Tidur malam : 22.00 – 04.00 Gangguan tidur : sering terbangun	Rumah : Tidur siang : tidak Tidur malam : 21.00 – 05.00 Gangguan tidur : tidak ada Rumah Sakit : Tidur siang : tidak Tidur malam : 20.00 – 06.00 Gangguan tidur : sering terbangun
<b>Aktivitas</b>	Rumah : Jenis aktivitas : sebagai IRT Tingkat ketergantungan : mandiri Rumah Sakit : Jenis aktivitas : sebagai pasien Tingkat ketergantungan : ketergantungan sebagian	Rumah : Jenis aktivitas : sebagai IRT Tingkat ketergantungan : mandiri Rumah Sakit : Jenis aktivitas : sebagai pasien Tingkat ketergantungan : ketergantungan sebagian



## Pemeriksaan Penunjang

**Tabel 5. Pemeriksaan Penunjang Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sadewa RSUD Jombang**

Pemeriksaan Penunjang	Pasien 1	Pasien 2
Laboratorium	Hemoglobin : 11.2 Leukosit : 9.87 Hematokrit : 33.6 (L) Eritrosit : 3.82 RDW-CV : 16.7 (H) Kreatinin : 2.77 (H) Urea : 97.2 (H) Kalium : 8.52 (H)	Hemoglobin : 14.9 Leukosit : 5.84 Hematokrit : 40.5 Eritrosit : 5.03 MCV : 80.5 (L) MCH : 29.6 MCHC : 36.8 (H) Trombosit : 221 GDS : 332 (H) Natrium : 133 (L)
X-Ray	Infark di Lobus Temporalis Sin	Lacunar Infark di Lobus Temporalis Vaskular patern meningkat

## Diagnosis Keperawatan

**Tabel 6. Analisa Data Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sadewa RSUD Jombang**

Analisa Data	Etiologi	Masalah
<b>Pasien 1</b>		
DS : Px mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas dan tidak bisa digerakkan	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik
DO : KU Cukup GCS 456 (composmentis) TTV : TD = 130/80 mmHg N = 88 x/menit S = 36,8°C RR = 26 x/menit Parese ekstremitas kanan Tangan kanan tidak mampu melawan tahanan ringan yg diberikan Kekuatan otot $\frac{3/5}{2/5}$ CT Scan : infark di lobus temporalis sin		
DS : Px mengatakan dirinya seorang IRT	Kurang aktivitas harian	Obesitas fisik
DO : KU Cukup GCS 456 (composmentis) TTV : TD = 130/80 mmHg N = 88 x/menit S = 36,8°C RR = 26 x/menit BB = 90 kg TB = 150 cm IMT = 40 (Obesitas II)		

<p>DS :</p> <p>Px mengeluh sulit tidur</p> <p>DO :</p> <p>KU Cukup</p> <p>GCS 456 (composmentis)</p> <p>TTV : TD := 130/80 mmHg</p> <p>N = 88 x/menit</p> <p>S = 36,8°C</p> <p>RR = 26 x/menit</p> <p>Sering terbangun</p>	Hambatan lingkungan	Gangguan tidur	pola
<b>Pasien 2</b>			
<p>DS :</p> <p>Px mengatakan anggota badan sebelah kanan tidak dapat digerakkan</p> <p>DO :</p> <p>KU Cukup</p> <p>GCS 456 (composmentis)</p> <p>TTV : TD = 140/90 mmHg</p> <p>N := 90 x/menit</p> <p>S = 36,7°C</p> <p>RR = 26 x/menit</p> <p>Parese ekstremitas kanan</p> <p>Tangan dan kaki kanan tidak mampu melawan gravitasi</p> <p>Kekuatan otot <math>\frac{2/5}{2/5}</math></p> <p>CT Scan : lacunar infark di lobus temporalis</p>	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik	
<p>DS :</p> <p>Px mengatakan memiliki riwayat DM</p> <p>DO :</p> <p>KU Cukup</p> <p>GCS 456 (composmentis)</p> <p>TTV : TD = 140/90 mmHg</p> <p>N := 90 x/menit</p> <p>S = 36,7°C</p> <p>RR = 26 x/menit</p> <p>GDS = 332 md/dl</p> <p>GDP = 260 md/dl</p>	Hiperglikemia	Perfusi perifer tidak efektif	
<p>DS :</p> <p>Px mengeluh sesak</p> <p>DO :</p> <p>KU Cukup</p> <p>GCS 456 (composmentis)</p> <p>TTV : TD = 140/90 mmHg</p> <p>N := 90 x/menit</p> <p>S = 36,7°C</p> <p>RR = 26 x/menit</p> <p>Tampak retraksi dada</p> <p>Takipnea</p> <p>Ronchi +/-</p> <p>Batuk berdahak</p> <p>Darah (-)</p>	Depresi pusat pernapasan	Pola napas tidak efektif	



## Diagnosis Keperawatan

### Pasien 1

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054) ditandai dengan parese pada ekstremitas kanan, kekuatan otot ekstremitas atas kanan 4 dan ekstremitas kanan bawah 2, hasil CT Scan infark di lobus temporalis sin. Obesitas berhubungan dengan kurang aktivitas harian (D.0030) ditandai dengan IMT = 40 (Obesitas II). Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055) ditandai dengan pasien sering terbangun dan aktivitas dibantu sebagian.

### Pasien 2

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054) ditandai dengan parese pada ekstremitas kanan, kekuatan otot ekstremitas atas kanan 1 dan ekstremitas kanan bawah 1, hasil CT Scan lacunar infark di lobus temporalis. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D.0009) ditandai dengan hasil gula darah sewaktu 332 mg/dl. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan (D.0005) ditandai dengan tampak retraksi dada, takipnea, ronchi +/-.

## Intervensi Keperawatan

### Pasien 1

**Tabel 7. Intervensi Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sadewa RSUD Jombang 21-23 Juli 2024**

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
21/07/24	<b>D.0054</b> Gangguan Mobilitas Fisik b.d. penurunan kekuatan otot	<b>L.05042</b> <b>Mobilitas Fisik</b> Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan  <b>Kriteria hasil :</b> Kekuatan otot meningkat (5)	<b>1.05173</b> <b>Dukungan Mobilisasi</b> 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 bola karet Fasilitasi melakukan pergerakan Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
22/07/24	<b>D.0054</b> Gangguan Mobilitas Fisik b.d. penurunan kekuatan otot	<b>L.05042</b> <b>Mobilitas Fisik</b> Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24	<b>1.05173</b> <b>Dukungan Mobilisasi</b> Memonitor tanda-tanda vital pasien Memonitor kepatuhan terapi genggaman Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

		jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan	
		<b>Kriteria hasil :</b> Kekuatan otot meningkat (5)	
23/07/24	<b>D.0054</b> Gangguan Mobilitas Fisik b.d. penurunan kekuatan otot	<b>L.05042</b> <b>Mobilitas Fisik</b> Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan	<b>1.05173</b> <b>Dukungan Mobilisasi</b> Memonitor tanda-tanda vital pasien Memonitor kepatuhan terapi genggam Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
		<b>Kriteria hasil :</b> Kekuatan otot meningkat (5)	

## Pasien 2

**Tabel 8. Intervensi Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sadewa RSUD Jombang 22-24 Juli 2024**

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
22/07/24	<b>D.0054</b> Gangguan Mobilitas Fisik pPnurunan kekuatan otot	<b>L.05042</b> <b>Mobilitas Fisik</b> Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan	<b>1.05173</b> <b>Dukungan Mobilisasi</b> 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
		<b>Kriteria hasil :</b> Kekuatan otot meningkat (5)	Terapeutik : Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu bola karet Fasilitasi melakukan pergerakan Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Anjurkan melakukan mobilisasi dini Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
23/07/24	<b>D.0054</b> Gangguan Mobilitas Fisik b.d. penurunan kekuatan otot	<b>L.05042</b> <b>Mobilitas Fisik</b> Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam	<b>1.05173</b> <b>Dukungan Mobilisasi</b> Memonitor tanda-tanda vital pasien Memonitor kepatuhan terapi genggam Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

		diharapkan mobilitas fisik membaik dengan	
		<b>Kriteria hasil :</b> Kekuatan otot meningkat (5)	
24/07/24	<b>D.0054</b> Gangguan Mobilitas Fisik b.d. penurunan kekuatan otot	<b>L.05042</b> <b>Mobilitas Fisik</b> Definisi : Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan	<b>1.05173</b> <b>Dukungan Mobilisasi</b> Memonitor tanda-tanda vital pasien Memonitor kepatuhan terapi genggam Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
		<b>Kriteria hasil :</b> Kekuatan otot meningkat (5)	

### Implementasi Keperawatan Pasien 1

**Tabel 9. Implementasi Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sadewa RSUD Jombang 21-23 Juli 2024**

Diagnosa Keperawatan	Tanggal Jam	Implementasi
<b>D.0054</b>  <b>Gangguan Mobilitas Fisik b.d. penurunan kekuatan otot</b>	21/07/24 15.00 WIB	15.00 : Mengidentifikasi adanya nyeri Respon : pasien tidak mengeluh nyeri pada ekstremitas 15.05 : Memonitor tekanan darah Hasil : TD = 130/80, Nadi = 88 x/menit 15.10 : Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu berupa bola karet selama 7 menit Respon : pasien bersedia dilakukan terapi menggenggam bola karet Hasil : mampu menggenggam sendiri namun genggamannya tidak kuat 15.17 : Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon : Keluarga pasien kooperatif
	22/07/24 15.00 WIB	15.00 : Memonitor tanda-tanda vital pasien Hasil : TD = 120/80 mmHg; Nadi = 80 x/menit; Suhu = 36,5°C; Respirasi = 26 x/menit. 15.10 : Memonitor kepatuhan terapi genggam bola karet Respon : pasien dibantu oleh keluarga melakukan terapi genggam bola karet Hasil : pasien mampu menggenggam bola karet sendiri 15.17 : Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon : Keluarga pasien kooperatif
	23/07/24 15.00 WIB	15.00 : Memonitor tanda-tanda vital pasien Hasil : TD = 130/80 mmHg; Nadi = 82 x/menit; Suhu = 36,6°C; Respirasi = 26 x/menit. 15.10 : Memonitor kepatuhan terapi genggam bola karet Hasil : pasien mampu menggenggam bola karet sendiri

15.17 : Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Respon : Keluarga pasien kooperatif

## Pasien 2

**Tabel 10. Implementasi Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sadewa RSUD Jombang 22-24 Juli 2024**

Diagnosa Keperawatan	Tanggal Jam	Implementasi
D.0054  Gangguan Mobilitas Fisik b.d. penurunan kekuatan otot	22/07/24 17.00 WIB	17.00 : Mengidentifikasi adanya nyeri Respon : pasien tidak mengeluh nyeri pada ekstremitas 17.05 : Memonitor tekanan darah Hasil : TD = 140/90 mmHg, Nadi = 90 x/menit 17.10 : Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu berupa bola karet selama 7 menit Respon : pasien bersedia dilakukan terapi menggenggam dengan bola karet Hasil : tidak mampu menggenggam sendiri, perlu bantuan untuk menggenggam 17.17 : Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon : keluarga pasien kooperatif
	23/07/24 17.00 WIB	17.00 : Memonitor tanda-tanda vital pasien Hasil : TD = 140/80 mmHg; Nadi = 86 x/menit; Suhu = 36,7°C; Respirasi = 26 x/menit. 17.10 : Memonitor kepatuhan terapi genggam Respon : Pasien dibantu oleh keluarga melakukan terapi genggam bola karet Hasil : Tidak mampu menggenggam sendiri 17.17 : Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon : Keluarga pasien kooperatif
	24/07/24 17.00 WIB	17.00 : Memonitor tanda-tanda vital pasien Hasil : TD =130/80 mmHg; Nadi = 86 x/menit; Suhu = 36,8°C; Respirasi = 26 x/menit. 17.10 : Memonitor kepatuhan terapi genggam bola karet Respon : Pasien dibantu oleh keluarga melakukan terapi genggam Hasil : Pasien mampu menggenggam bola karet sendiri 17.17 : Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Respon : Keluarga pasien kooperatif

## Evaluasi Keperawatan Pasien 1

**Tabel 11. Evaluasi Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sadewa RSUD Jombang 21-23 Juli 2024**

Diagnosa Keperawatan	Tanggal Jam	Evaluasi
D.0054  Gangguan Mobilitas Fisik	21/07/24 16.00 WIB	S : Pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kanan terasa lemas dan tidak bisa digerakkan O : KU Cukup

**b.d. penurunan  
kekuatan otot**

GCS = 456 (composmentis)

TTV : TD = 130/80 mmHg

Nadi = 88 x/menit

Suhu = 36,8°C

Respirasi = 26 x/menit

Parese ekstremitas kanan

Kekuatan otot  $\frac{3/5}{2/5}$ 

Mampu menggenggam bola karet sendiri namun genggamannya tidak kuat

Tidak mampu melawan tahanan ringan yang diberikan

A :

Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, tidak ada peningkatan kekuatan otot

P :

Memonitor tanda-tanda vital pasien

Memonitor kepatuhan terapi genggam

Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

22/07/24

16.00 WIB

S :

Pasien mengatakan tangan dan kaki masih lemas

O :

KU Cukup

GCS = 456 (composmentis)

TTV : TD = 120/80 mmHg

Nadi = 86 x/menit

Suhu = 36,5°C

Respirasi = 26 x/menit

Parese ekstremitas kanan

Kekuatan otot  $\frac{3/5}{2/5}$ 

Mampu menggenggam bola karet sendiri, genggamannya lebih kuat

Tidak mampu melawan tahanan ringan yang diberikan

A :

Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, tidak ada peningkatan kekuatan otot

P :

Memonitor tanda-tanda vital pasien

Memonitor kepatuhan terapi genggam

Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

23/07/24

16.00 WIB

S :

Pasien mengatakan mampu menggerakkan tangan kanan

O :

KU Cukup

GCS = 456 (composmentis)

TTV : TD = 130/80 mmHg

Nadi = 84 x/menit

Suhu = 36,6°C

Respirasi = 26 x/menit

Parese ekstremitas kanan

Kekuatan otot  $\frac{4/5}{2/5}$ 

Mampu menggenggam bola karet sendiri, genggamannya lebih kuat

Mampu melawan tahanan ringan yang diberikan

A :

Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi, ada peningkatan kekuatan otot

P :

Pasien direncanakan KRS, Mengedukasi pasien untuk terus melakukan latihan genggam

## Pasien 2

**Tabel 12. Evaluasi Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sadewa RSUD Jombang 22-24 Juli 2024**

Diagnosa Keperawatan	Tanggal Jam	Evaluasi
D.0054  Gangguan Mobilitas Fisik b.d. penurunan kekuatan otot	22/07/24 18.00 WIB	<p>S : Pasien mengatakan tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan</p> <p>O : KU Cukup GCS = 456 (composmentis) TTV : TD = 140/90 mmHg Nadi = 90 x/menit Suhu = 36,7°C Respirasi = 26 x/menit Parese ekstremitas kanan Kekuatan otot <math>\frac{2/5}{2/5}</math> Tidak mampu menggenggam bola karet sendiri Tidak mampu melawan gravitasi</p> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, tidak ada peningkatan kekuatan otot</p> <p>P : Memonitor tanda-tanda vital pasien Memonitor kepatuhan terapi genggam Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>
	23/07/24 18.00 WIB	<p>S : Pasien mengatakan tidak mampu mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan</p> <p>O : KU Cukup GCS = 456 (composmentis) TTV : TD = 140/80 mmHg Nadi = 88 x/menit Suhu = 36,7°C Respirasi = 26 x/menit Parese ekstremitas kanan Kekuatan otot <math>\frac{2/5}{2/5}</math> Tidak mampu menggenggam sendiri Tangan dan kaki tidak mampu melawan gravitasi</p> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, tidak ada peningkatan kekuatan otot</p> <p>P : Memonitor tanda-tanda vital pasien Memonitor kepatuhan latihan genggam Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>

---

24/07/24	S :
18.00 WIB	Pasien mengatakan sudah mampu menggenggam bola dan mengangkat tangan
	O :
	KU Cukup
	GCS = 456 (composmentis)
	TTV : TD = 130/80 mmHg
	Nadi = 88 x/menit
	Suhu = 36,8°C
	Respirasi = 26 x/menit
	Parese ekstremitas kanan
	Kekuatan otot $\frac{3/5}{2/5}$
	Mampu menggenggam bola karet sendiri
	Mampu melawan gravitasi
	Tidak mampu melawan tahanan ringan yang diberikan
	A :
	Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, ada peningkatan kekuatan otot
	P :
	Mengedukasi keluarga untuk membantu pasien melakukan terapi genggam bola karet

---

## PEMBAHASAN

### Pengkajian

Hasil pengkajian terdapat beberapa pembahasan di antaranya identitas (jenis kelamin, usia, dan pendidikan), keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit keluarga dan pemeriksaan fisik. Hasil pengkajian identitas ditemukan kedua pasien berjenis kelamin perempuan dengan usia pasien pertama 59 tahun dan pasien kedua 56 tahun. Keduanya sebagai ibu rumah tangga. Pendidikan pasien pertama adalah SD dan pasien kedua adalah SMP. *American Heart Association* mengungkapkan bahwa serangan stroke lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan (Tamburian, dkk, 2020). Angka kejadian stroke menunjukkan lebih banyak pria dibandingkan wanita sebelum menopause, namun setelah menopause keduanya memiliki risiko sebanding. Bila dibandingkan menurut subtype stroke yang terjadi adalah, pria lebih banyak terkena infark serebri dibanding wanita, demikian juga pada perdarahan intraserebral sedangkan pada perdarahan subaraktinoidal wanita lebih banyak.

Menurut Kemenkes (2019) faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi antara lain umur (>55 tahun), jenis kelamin, ras, dan genetik (riwayat keluarga). (Suwaryo, Widodo, & Setianingsih, 2019) Stroke yang terjadi pada usia diatas 50 tahun dapat disebabkan karena semakin bertambahnya usia maka ada kecenderungan pembuluh darah akan mengeras atau kaku. Apabila pembuluh darah mengeras hal ini akan mengakibatkan jantung bekerja lebih keras. Hal ini lama-lama akan membuat tekanan darah pada usia lanjut menjadi lebih tinggi. Tekanan darah yang tinggi inilah yang bisa menyebabkan terjadinya stroke. Pengetahuan tentang stroke didapatkan dari berbagai media seperti buku, media massa, penyuluhan atau pendidikan atau melalui kerabat. Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap pengetahuan seseorang, semakin banyak informasi dapat mempengaruhi atau meningkatkan pengetahuan seseorang sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki (Notoatmodjo, 2014). Hal ini sejalan dengan penelitian Sari et al, (2020) dimana sebagian besar responden, yakni 40 orang, mempunyai latar belakang pendidikan terakhirnya pada tingkat SD (56,3%) (Sari et al., 2020). Sejalan dengan Rahmina et al., (2017) berpendapat bahwa pendidikan merupakan salah satu bentuk upaya untuk merubah perilaku atau kualitas dan pola pikir seseorang, termasuk



dalam perilaku kesehatan untuk mencegah terjadinya stroke. Jika pendidikannya rendah maka pengetahuan akan tanda dan gejala serta faktor risiko stroke akan rendah juga. Sedangkan menurut Jessyca & Sasmita, (2021) Meskipun tingkat pendidikan tidak menjadi faktor utama atau tidak berkaitan langsung dengan kejadian stroke, Akan tetapi dengan pendidikan yang lebih tinggi memudahkan akses untuk masyarakat awam untuk mendapatkan informasi mengenai stroke.

Menurut peneliti terdapat kesamaan antara fakta dan teori bahwa kedua pasien memiliki usia di atas 55 tahun, dimana pada usia tersebut banyak mengalami penurunan fungsi fisiologis. Kedua pasien berjenis kelamin perempuan dimana pada masa menopause faktor risiko untuk mengalami stroke pada perempuan telah setara dengan laki-laki. Pendidikan kedua pasien yaitu SD dan SMP dimana tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan seseorang. Hasil pengkajian riwayat penyakit pada pasien pertama adalah pasien terjatuh saat bangun tidur pada pagi hari karena badan sebelah kanan terasa lemas dan tidak bisa digerakkan, dan juga mengeluh pusing, tidak ada riwayat penyakit terdahulu dan penyakit turunan. Sedangkan riwayat penyakit pasien kedua yaitu pasien mengeluh badan sebelah kanan terasa lemas, pusing, mual muntah, demam, disertai batuk dan sesak, pasien juga memiliki riwayat hipertensi dan diabetes mellitus disertai penyakit turunan hipertensi dan diabetes dari kedua orang tuanya. Keluhan utama pada kedua pasien yaitu keduanya mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan.

Menurut Kemenkes (2023) faktor risiko stroke yang tidak dapat dimodifikasi antara lain riwayat keluarga, umur, dan jenis kelamin. Sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi yaitu merokok, diet tidak sehat, kurang aktivitas fisik, konsumsi minuman beralkohol, obesitas, hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia dan gangguan irama jantung. Hipertensi merupakan faktor resiko utama pada kejadian stroke, makin tinggi tekanan darah makin tinggi kemungkinan mengalami stroke baik pendarahan atau penyumbatan didalam pembuluh darah otak, jika terjadi pendarahan akan mengakibatkan interupsi aliran darah sebagian distal disamping itu darah ekstrasval akan tertimbun sehingga akan meningkatkan tekanan intrakranial sedangkan jika otak terjadi penyempitan pembuluh darah akan menimbulkan terganggunya aliran darah ke otak dan sel sel otak akan mengalami kematian dan mengakibatkan stroke (Purqoti, 2020). Penderita diabetes mellitus dan yang terkena stroke dapat disebabkan oleh riwayat keluarga yang memiliki diabetes dan di perparah dengan gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat seperti mengkonsumsi makanan yang manis, makan makanan cepat saji dan tidak ada proporsional untuk olahraga atau cenderung tidak aktif.

Aktivitas fisik merupakan faktor resiko pertama untuk terjadinya serangan stroke yang ditandai dengan penumpukan substansi lemak, kolesterol, dan unsur lain dalam menyuplai darah ke otot jantung dan otak, yang berdampak pada penurunan aliran darah ke otak maupun jantung. Serangan stroke akan lebih cepat terjadi apabila dikombinasi faktor resiko lain yaitu obesitas, aktifitas, kolesterol dan diabetes mellitus. Aktifitas fisik yang tidak teratur kurang beraktifitas fisik atau berolahraga cenderung akan mengakibatkan tekanan darah menjadi lebih tinggi dikarenakan aliran darah yang mengalir secara perlahan dan akan lebih mempermudah terjadinya penimbunan lemak di pembuluh darah lambat laun dan akan mengakibatkan aterosklerosis karena dengan beraktifitas fisik dapat menjaga kesehatan jantung dan pembuluh darah (Masriana, et al., 2021). Tingkat aktivitas rendah bisa mengalami beberapa resiko timbulnya penyakit karena rendahnya aktivitas fisik seperti tekanan darah menjadi lebih tinggi dikarenakan aliran darah yang mengalir secara perlahan dan akan lebih mempermudah terjadinya penumpukan lemak di pembuluh darah dan akan terjadi aterosklerosis jika sudah mengalami waktu lama Permatasari & Wijayanti, (2022).

Keluhan utama pasien stroke didapatkan penurunan kesadaran (60%), kelemahan anggota gerak (40%) dan nyeri kepala (38%) dan hasil pelayanan pada pasien diperoleh 97% pulang

dengan rawat jalan, 2% dengan kondisi sembuh dan 1% meninggal (Charismah & Putri, 2021). Tanda dan gejala stroke cukup beragam bergantung pada arteri yang terkena serta daerah otak yang diperdarahi, intensitas kerusakan, dan luas sirkulasi kolateral yang terbentuk, diantaranya kehilangan kontrol terhadap gerakan motorik, kehilangan komunikasi yang ditunjukkan dengan bicara sulit dimengerti, dan gangguan persepsi (Kowalak, Welsh and Mayer, 2017). Stroke dapat menimbulkan berbagai tingkat gangguan, seperti kelemahan pada satu sisi anggota tubuh disebabkan oleh penurunan tonus otot, sehingga tidak mampu menggerakkan tubuhnya atau biasa disebut imobilisasi (Resty Dewi, 2017). Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut peneliti terdapat kesamaan antara fakta dan teori dimana pasien pertama kurang aktivitas fisik, dan pada pasien kedua memiliki riwayat penyakit keluarga hipertensi dan diabetes. Kesamaan lain antara fakta dan teori adalah terdapat keluhan kelemahan separuh badan. Hasil pengkajian pemeriksaan fisik pada pasien pertama adalah berat badan pasien yang masuk dalam kriteria obesitas, pernapasan takipnea, kekuatan otot pada ekstremitas kanan yaitu tangan kanan 3 dan kaki kanan 2, pasien juga sering terbangun dan sulit tidur. Sedangkan pemeriksaan fisik pada pasien kedua adalah berat badan pasien yang juga masuk dalam kriteria obesitas, pernapasan takipnea, terdapat ronchi pada lapang paru kanan, dan kekuatan otot pada ekstremitas kanan yaitu tangan kanan 2 dan kaki kanan 2.

Menurut Kesuma et al., (2019) berat badan berlebih dan obesitas lebih dominan daripada berat normal pada pasien stroke dan terdapat hubungan indeks massa tubuh dengan tingkat resiko. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Jeki, (2017) mengatakan jika indeks massa tubuh lebih besar daripada 27,8 kg memiliki resiko yang lebih besar untuk kejadian stroke dengan demikian kegemukan merupakan salah satu faktor utama untuk resiko stroke. Menurut Antillon (2011) dalam Ikhwan, dkk (2019) menyatakan terdapat kemungkinan mekanisme obesitas menyebabkan stroke adalah efek pleiotropik yang menyebabkan sekresi beberapa sitokin dan jaringan adiposa yang dapat mempengaruhi terjadinya resisten insulin, inflamasi dan mempengaruhi dinding pembuluh darah. Hal ini menyebabkan perubahan pada tonus miogenik pada pembuluh darah bahkan strukturnya. Pada penelitian yang dilakukan di Jerman, melaporkan bahwa obesitas memiliki hubungan yang kuat dengan resiko stroke.

Sekitar 80% pasien stroke mengalami hemiparese atau kelemahan pada salah satu sisi tubuhnya. Kelemahan tangan dan kaki pada pasien stroke akan mempengaruhi kekuatan otot (Gorman et al., 2018). Penurunan kekuatan otot merupakan salah satu tanda dan gejala dari stroke non hemoragik. Penurunan kekuatan otot terjadi karena imobilisasi atau ketidakmampuan bergerak akibat kelemahan yang dialami oleh penderita stroke non hemoragik (Bakara & Warsito, 2020). Menurut peneliti terdapat kesamaan antara fakta dan teori dimana kedua pasien memiliki berat badan dengan kriteria obesitas, dimana pada seseorang dengan berat badan obesitas memiliki faktor risiko tinggi untuk terkena stroke karena timbunan lemak pada tubuh dapat menyebabkan stroke. Persamaan lain antara fakta dan teori adalah adanya penurunan kekuatan otot pada kedua pasien.

### **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang didapat pada pasien pertama yaitu gangguan mobilitas fisik, obesitas, dan gangguan pola tidur. Sedangkan diagnosa keperawatan pasien kedua yaitu gangguan mobilitas fisik, perfusi perifer tidak efektif, dan pola napas tidak efektif. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018), diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus stroke non hemoragik antara lain gangguan mobilitas fisik, risiko perfusi serebral tidak efektif, risiko jatuh, nyeri akut, defisit nutrisi, gangguan persepsi sensori, dan gangguan integritas kulit/jaringan. Dampak stroke tergantung dari bagian otak yang mengalami kerusakan. Berikut dampak dari stroke: kelumpuhan atau kelemahan ekstermitas (hemiplegia/ hemiparese),

kehilangan rasa separuh badan, gangguan penglihatan, aphasia dan disatria, kesulitan menelan (disphagia), berkurangnya kemampuan kognitif, dan perubahan emosional seperti cemas dan depresi (Sugiyah et al., 2021). Selain keluhan tersebut pasien stroke juga mengalami gangguan mobilitas fisik 70-80% pasien mengalami hemiparesis (kelemahan otot pada satu sisi bagian tubuh) dengan 20% dapat mengalami peningkatan fungsi motorik dan sekitar 50% mengalami gejala bisa berupa gangguan fungsi motorik/ kelemahan otot pada anggota ekstremitas baik atas maupun ekstermitas bawah bila tidak mendapatkan pilihan terapi yang baik dalam intervensi keperawatan maupun rehabilitasi pasca stroke (Handayani, 2019)

Menurut peneliti terdapat kesamaan antara fakta dan teori dimana kedua pasien dengan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik yang ditandai dengan penurunan kekuatan otot.

### **Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan yang diberikan adalah terapi genggam bola karet pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah gangguan mobilitas fisik. Tujuan yang diharapkan yaitu peningkatan kekuatan otot serta dapat melakukan terapi genggam bola secara mandiri. Kriteria hasil yang diharapkan yaitu kekuatan otot membaik. Intervensi yang dilakukan adalah melakukan observasi seperti adanya nyeri, frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum dilakukan mobilisasi. Melakukan terapeutik seperti fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

Secara teori dari Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), bahwa intervensi yang diberikan kepada pasien dengan gangguan mobilitas fisik adalah dukungan mobilisasi. Salah satu ROM yang dapat melatih fungsi tangan adalah dengan Latihan genggam bola. Latihan menggenggam bola merupakan suatu terapi yang berguna untuk mengoptimalkan kekuatan otot dengan meremas bola karet. Latihan untuk menstimulasi gerak jari-jari tangan dapat berupa latihan fungsi menggenggam dimana gerakan mengepal/ menggenggam tangan rapat-rapat akan menggerakkan otot-otot untuk membantu membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot-otot tersebut (Faridah, 2019). Berdasarkan fakta dan teori di atas terdapat kesamaan karena memiliki penerapan tindakan perencanaan yang sesuai dengan kondisi kedua pasien dan intervensi tersebut disusun berdasarkan diagnosa prioritas yaitu gangguan mobilitas fisik. Namun terdapat beberapa pengurangan rencana tindakan, karena disesuaikan dengan kondisi kedua pasien yang ada. Sehingga intervensi yang dilaksanakan lebih terarah karena pada dasarnya merupakan cara terbaik untuk mencapai tujuan pada kriteria hasil.

### **Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan yang diberikan kepada kedua pasien untuk masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik yaitu memonitor tanda-tanda vital pasien, memonitor kepatuhan latihan genggam yang dilakukan pasien selama 7 menit, dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Implementasi yang diberikan sesuai dengan SIKI yang telah direncanakan. Implementasi merupakan pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping (Maria, 2021). Kegiatan terapi mengepal bola karet mampu memperkuat otot tangan. Terapi tersebut bertujuan merangsang motorik tangan dengan mengepalkan bola karet (Azizah & Wahyuningsih, 2020). Cara ini dapat meningkatkan kekuatan otot sehingga merangsang serat otot untuk kembali berkontraksi. Kelebihan terapi ini yaitu bahan mudah didapatkan serta bisa dilakukan dimana saja (Siswanti & Hartinah, 2021).

Menurut fakta dan teori di atas terdapat kesamaan dalam pelaksanaan intervensi, karena peneliti mengurutkan sesuai dengan kebutuhan pasien serta sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan.

### Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi dari kedua pasien selama 3 hari dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah pada kedua pasien terdapat peningkatan pada kekuatan otot. Hasil subjektif pada pasien pertama yaitu pasien mengatakan mampu menggerakkan tangan kanan dan pada pasien kedua mengatakan sudah mampu menggenggam bola dan mengangkat tangan. Hasil objektif pada pasien pertama nilai kekuatan otot 4 dan pada pasien kedua nilai kekuatan otot 3. Hasil analisis pada pasien pertama gangguan mobilitas fisik teratasi dan pada pasien kedua gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. *Planning* yang diberikan untuk pasien pertama pada hari ke-3 yaitu mengedukasi pasien untuk terus melakukan terapi genggam bola karet dan untuk pasien kedua yaitu mengedukasi keluarga untuk membantu pasien melakukan terapi genggam bola karet.

Menurut teori Nurarif & Kusuma (2017), evaluasi dengan menggunakan komponen subjektif, objektif, analisis dan *planning* (SOAP) adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, intervensi dan implementasinya. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurrani & Lestari (2023), menunjukkan hasil terapi genggam bola karet efektif untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien dengan stroke. Menurut peneliti intervensi yang telah dilakukan menunjukkan adanya keberhasilan tindakan pada evaluasi dengan adanya peningkatan kemampuan mobilisasi yang membaik pada kedua pasien, serta adanya peningkatan kekuatan otot di hari ketiga pada pasien pertama 3 menjadi 4, dan pasien kedua 2 menjadi 3.

### KESIMPULAN

Pada tahap pengkajian, ditemukan bahwa kedua pasien berusia lebih dari 55 tahun, berjenis kelamin perempuan, dengan diagnosa medis CVA Infark. Kedua pasien mengeluhkan kelemahan pada bagian tubuh sebelah kanan. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan bahwa kondisi umum kedua pasien cukup dengan kategori IMT obesitas II, parese pada kaki dan tangan kanan, serta kekuatan otot ekstremitas kanan atas pasien pertama adalah 3 dan pasien kedua 2. Pemeriksaan penunjang menunjukkan adanya infark di Lobus Temporalis Sinistra. Dalam diagnosis keperawatan, diagnosis utama yang ditegakkan pada kedua pasien menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) adalah gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Hal ini ditandai dengan keluhan pasien yang kesulitan menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot yang menurun, rentang gerak (ROM) yang terbatas, keluhan nyeri saat bergerak, rasa cemas saat bergerak, sendi yang kaku, gerakan yang tidak terkoordinasi, gerakan yang terbatas, dan kondisi fisik yang lemah.

Pada tahap intervensi keperawatan, dilakukan dukungan mobilisasi yang meliputi identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan, pemantauan kondisi umum selama mobilisasi, serta fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menggunakan alat bantu bola karet. Selain itu, keluarga dilibatkan untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, dan penjelasan tentang tujuan serta prosedur mobilisasi diberikan. Pasien juga dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini serta melakukan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan. Implementasi keperawatan dilakukan selama 3 hari dengan durasi 17 menit setiap pertemuan, dengan pemantauan tanda-tanda vital, kepatuhan terhadap terapi genggam bola karet, serta melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Evaluasi keperawatan menunjukkan bahwa pasien pertama mengalami peningkatan, yaitu mampu menggerakkan tangan kanan, dengan perubahan kekuatan otot tangan kanan dari 3 menjadi 4. Sementara itu, pasien kedua melaporkan sudah mampu menggenggam bola dan mengangkat tangan, dengan perubahan kekuatan otot tangan kanan dari 2 menjadi 3.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kepada semua pihak yang telah mendukung dan memberikan kontribusi dalam penerbitan artikel ini. Semoga artikel ini dapat bermanfaat dan memberikan wawasan yang berguna bagi pembaca.

## DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Subcommittee.* (2021). *Heart disease and stroke statistics-2021 update: A report from the American Heart Association. Circulation, 143*(8), e254-e743.
- Azizah, N., & Wahyuningsih, W. (2020). 'Genggam bola untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik pada pasien stroke non hemoragik'.
- Dewi, R. T. A. (2017). *Pengaruh latihan bola lunak bergerigi dengan kekuatan genggam tangan pada pasien stroke nonhemoragik di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Purwokerto).
- Faridah, U., Sukarmin, & Kuati, S. (2018). 'Pengaruh ROM exercise bola karet terhadap kekuatan otot genggam pasien stroke di RSUD Raa Soewondo Pati'. *Indonesia Jurnal Perawat, 3*, 37.
- Ikhwan, M. F., Nugraha, D. P., & Bebasari, E. (2019). 'Gambaran obesitas pada pasien stroke akut di Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau periode Januari-Desember 2019'. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala, 20*, 13-17.
- Margiyati, M., Rahmanti, A., & Prasetyo, E. D. (2022). 'Penerapan latihan genggam bola karet terhadap kekuatan otot pada klien stroke non hemoragik'. *Jurnal Fisioterapi Dan Ilmu Kesehatan Sishthana, 4*(1), 1-6. <https://doi.org/10.55606/jufdikes.v4i1.1>
- Riskesdas, K. (2018). 'Hasil utama riset kesehatan dasar (RISKESDAS)'. *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical, 44*(8), 1-200. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/08521>
- Siswanti Heny, Dewi, H., & Susanti, H. D. (2021). 'Pengaruh latihan menggenggam bola karet terhadap kekuatan otot pasien stroke non hemoragik'. *University Research Colloquium 2021, 1*, 806-809.
- Suwaryo, P. A., Widodo, W. T., & Setianingsih, E. (2019). 'Faktor risiko yang mempengaruhi kejadian stroke'. *Jurnal Keperawatan, 11*(4), 251-260.
- Tamburian, A. G., Ratag, B. T., & Nelwan, J. E. (2020). 'Hubungan antara hipertensi, diabetes melitus, dan hiperkolesterolemia dengan kejadian stroke iskemik'. *Jpublic Heal Community Med, 1*, 27-33.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI)* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). *Standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI)* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI)* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- World Health Organization.* (2018). *Stroke statistics*. Retrieved on April 14, 2021, from <http://www.strokecenter.org/patients/about-stroke/stroke-statistics>