Jurnal Ekonomi, Akuntansi, Dan Sosial (JIKAS)
Volume. 4, Nomor. 4, November 2026
E-ISSN .: 2964-3155; P-ISSN: 2964-3120, Hal. 316-330
DOI: https://doi.org/10.61132/jeap.v4i4.2561
Tersedia: https://ejournal.areai.or.id/index.php/JEAP

Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Tn. K dengan Stroke di Roujin Home Kosei Sofia Iwakikai

Difa Zaki Adhiatha[1*], Wasis Eko Kurniawan[2], Ita Apriliyani[3]
[1-3]Program Studi Keperawatan, Universitas Harapan Bangsa, Indonesia
Email: adhiathadifa@gmail.com[1], wasisekokurniawan@uhb.ac.id[2], itaapriliyani@uhb.ac.id[3]
**Penulis Koespondensi: adhiathadifa@gmail.com*

Abstract. *This study aimed to describe the implementation of nursing care for a patient with hemorrhagic stroke experiencing impaired physical mobility through ROM exercises at Rojin Home Kosei Sofia Iwakikai, Okinawa, Japan. A case study method was used with a nursing process approach consisting of assessment, nursing diagnosis, intervention, implementation, and evaluation. The subject was Mr. K, a 67-year-old male diagnosed with hemorrhagic stroke. Assessment findings showed weakness of the right extremities with muscle strength graded 1, limited ROM, stiffness and hypertonia of the right extremities, impaired balance, and dependence on a wheelchair and staff assistance for daily activities. The primary nursing diagnosis was impaired physical mobility related to decreased muscle strength, with two accompanying diagnoses, namely risk of pressure injury related to immobility and self-care deficit related to physical weakness. Interventions included passive and active-assisted ROM exercises, gradual sitting and standing exercises, repositioning, activity tolerance monitoring, and collaboration with rehabilitation staff. Implementation was conducted in 12 sessions from September 1 to 26, 2025. Evaluation showed improved mobility, indicated by increased muscle strength in the right extremities from grade 1 to grade 2. The patient was able to maintain a standing position for approximately 3 minutes and transfer to a wheelchair with assistance from one person. Gradual and consistent ROM exercises demonstrated positive progress in the patient's physical mobility.*

Keywords: *Case Study; Physical Mobility Impairment; Range Of Motion;Rehabilitation; Stroke.*

Abstrak. Studi ini bertujuan menggambarkan penerapan asuhan keperawatan pada pasien *stroke* hemoragik dengan masalah gangguan mobilitas fisik melalui latihan ROM di *Rojin Home Kosei Sofia Iwakikai*, Okinawa, Jepang. Metode yang digunakan adalah studi kasus (*case study*) dengan pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Subjek studi adalah Tn. K, laki-laki berusia 67 tahun dengan diagnosis medis *stroke* hemoragik. Hasil pengkajian menunjukkan kelemahan ekstremitas kanan dengan kekuatan otot skala 1, keterbatasan ROM, kekakuan dan hipertonia ekstremitas kanan, gangguan keseimbangan, serta ketergantungan terhadap kursi roda dan bantuan petugas dalam aktivitas sehari-hari. Diagnosis keperawatan utama adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, disertai dua diagnosis penyerta, yaitu risiko luka tekan berhubungan dengan imobilitas dan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik. Intervensi meliputi latihan ROM pasif dan aktif terbantu, latihan duduk dan berdiri bertahap, perubahan posisi, pemantauan toleransi aktivitas, serta kolaborasi dengan staf rehabilitasi. Implementasi dilakukan dalam 12 sesi pada 1–26 September 2025. Hasil evaluasi menunjukkan peningkatan kemampuan mobilisasi, ditandai dengan peningkatan kekuatan otot ekstremitas kanan dari skala 1 menjadi 2. Pasien mampu mempertahankan posisi berdiri selama ±3 menit dan berpindah ke kursi roda dengan bantuan satu orang. Latihan ROM secara bertahap dan konsisten menunjukkan perkembangan positif terhadap kemampuan mobilitas pasien.

Kata Kunci: Gangguan Mobilitas Fisik; Rehabilitasi; Studi Kasus; Rentang Gerak; Stroke.

1. LATAR BELAKANG

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan global yang menjadi penyebab utama kecacatan dan kematian di seluruh dunia. *World Stroke Organization* (WSO) melalui *Global Stroke Fact Sheet* 2025 melaporkan bahwa *stroke* tetap menduduki posisi kedua sebagai penyebab kematian dan ketiga sebagai penyebab kematian serta disabilitas gabungan di dunia, dengan biaya penanganan global melebihi 890 miliar dolar Amerika Serikat per tahun (Feigin dkk., 2025). Data *Global Burden of Disease* (GBD) turut mencatat peningkatan beban *stroke*

Naskah Masuk: 24 Juli 2026; Revisi: 28 September 2026; Diterima: 05 Oktober 2026; Terbit 01 November 2026

secara substansial dari tahun 1990 hingga 2021, meliputi kenaikan 70% pada insiden *stroke* baru, 86% pada prevalensi, dan 44% pada kematian akibat *stroke*. Di kawasan Asia Tenggara, angka kematian akibat *stroke* tertinggi tercatat di Indonesia, yaitu sebesar 331.349 jiwa (Nur Anisa, 2024). Kondisi ini menegaskan bahwa *stroke* bukan hanya masalah klinis semata, tetapi juga merupakan krisis kesehatan masyarakat yang membutuhkan perhatian serius dari berbagai pihak.

Jepang merupakan salah satu negara dengan populasi lansia tertinggi di dunia dan menghadapi beban *stroke* yang signifikan meskipun telah terjadi penurunan insiden dalam beberapa dekade terakhir. Studi CIRCS (*Circulatory Risk in Communities Study*) melaporkan penurunan insiden *stroke* yang terstandarisasi usia di komunitas perkotaan Jepang dari 6,60 menjadi 1,15 per 1.000 per tahun pada pria, namun insiden di komunitas pedesaan tetap lebih tinggi dibandingkan negara-negara barat (Li dkk., 2023). Tingginya jumlah penyintas *stroke* ini berimplikasi langsung pada meningkatnya kebutuhan layanan rehabilitasi dan asuhan keperawatan jangka panjang, terutama dalam menangani gangguan fungsional yang menjadi dominan pascastroke.

Gangguan mobilitas fisik merupakan masalah keperawatan yang paling sering ditemukan pada pasien *stroke*. Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, gangguan mobilitas fisik didefinisikan sebagai keterbatasan dalam melakukan gerakan fisik secara mandiri pada satu atau lebih ekstremitas (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Penelitian terhadap 121 pasien *stroke* menemukan bahwa 90% atau sebanyak 109 pasien mengalami masalah gangguan mobilitas fisik (Hidayah dkk., 2022). Kondisi tersebut terjadi karena *stroke* menyebabkan kerusakan pada korteks motorik dan jalur saraf yang menghambat pengiriman sinyal penggerak otot, sehingga pasien mengalami hemiparesis atau hemiplegia (Mauliddiyah dkk., 2022). Gangguan mobilitas yang tidak ditangani secara optimal dapat memicu komplikasi serius seperti kontraktur, trombosis vena dalam, dekubitus, serta penurunan kualitas hidup secara keseluruhan.

Latihan *Range of Motion* (ROM) terbukti efektif dalam meningkatkan kekuatan otot dan memperbaiki mobilitas pasien *stroke*. Studi kasus di Indonesia melaporkan bahwa penerapan terapi ROM selama tiga hari berturut-turut secara konsisten meningkatkan skala kekuatan otot pasien *stroke* hemoragik (Sasongko & Khasanah, 2023). Di Jepang, sistem perawatan *stroke* yang terpadu melalui unit *stroke* khusus telah diintegrasikan dalam kebijakan nasional pengendalian penyakit serebrovaskular sejak diundangkannya *Stroke and Cardiovascular Disease Control Act* pada tahun 2020 (Wada dkk., 2023). *Rojin Home Kosei Sofia Iwakikai* di Okinawa, Jepang, merupakan fasilitas perawatan lansia jangka panjang yang

banyak merawat penyintas *stroke* dengan keterbatasan mobilitas. Salah satu pasien, yaitu Tn. K berusia 67 tahun dengan diagnosis medis *stroke* hemoragik, mengalami kelemahan ekstremitas kanan, keterbatasan rentang gerak, kekakuan sendi, gangguan keseimbangan, serta ketergantungan pada kursi roda dan bantuan petugas dalam aktivitas sehari-hari. Kondisi tersebut menuntut asuhan keperawatan yang terstruktur dan berbasis bukti agar kemampuan mobilitas pasien dapat ditingkatkan secara bertahap.

Berdasarkan uraian tersebut, penulis tertarik untuk menggambarkan penerapan asuhan keperawatan pada pasien *stroke* hemoragik dengan masalah gangguan mobilitas fisik melalui latihan *Range of Motion* (ROM) di *Rojin Home Kosei Sofia Iwakikai*. Studi kasus ini bertujuan mendeskripsikan proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosis, penyusunan intervensi, implementasi, hingga evaluasi terhadap perkembangan kemampuan mobilitas pasien.

2. KAJIAN TEORITIS

Stroke adalah sindrom klinis yang ditandai hilangnya fungsi otak secara fokal maupun global secara mendadak, berlangsung lebih dari 24 jam, yang disebabkan oleh gangguan vaskular berupa *stroke* iskemik akibat oklusi pembuluh darah maupun *stroke* hemoragik akibat pecahnya pembuluh darah (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Pada *stroke* hemoragik, kerusakan korteks motorik dan traktus kortikospinal mengganggu transmisi impuls saraf menuju otot rangka sehingga bermanifestasi sebagai hemiparesis atau hemiplegia (Mauliddiyah dkk., 2022). Kondisi inilah yang menjadi dasar munculnya masalah gangguan mobilitas fisik, yaitu keterbatasan gerakan fisik pada satu atau lebih ekstremitas secara mandiri, yang ditandai penurunan kekuatan otot dan penurunan rentang gerak sendi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Penatalaksanaan *stroke* hemoragik pada fase akut difokuskan pada pengendalian tekanan darah dan tekanan intrakranial, sedangkan pada fase rehabilitasi ditekankan pada mobilisasi dini dan latihan fisik terstruktur (Greenberg dkk., 2022).

Latihan *Range of Motion* (ROM) merupakan intervensi keperawatan utama pada gangguan mobilitas fisik yang bertujuan mempertahankan fleksibilitas sendi, meningkatkan kekuatan otot, mencegah kontraktur, serta merangsang neuroplastisitas untuk pemulihan fungsi motorik (Agusrianto & Rantesigi, 2020). ROM terbagi menjadi ROM pasif yang seluruh gerakannya dilakukan perawat pada pasien dengan kekuatan otot 0–2, ROM aktif-asistif yang dilakukan pasien dengan bantuan sebagian, serta ROM aktif yang dilakukan secara mandiri saat kekuatan otot mencapai derajat 3 atau lebih (Isnainia dkk., 2022). Penilaian kekuatan otot menggunakan skala *Medical Research Council* (MRC) dengan rentang 0–5, dan peningkatan

satu derajat memiliki makna klinis yang signifikan karena menandai kemampuan pasien melawan gravitasi serta terjadinya reorganisasi saraf (Saputri dkk., 2023). Berbagai penelitian membuktikan bahwa penerapan ROM secara bertahap dan konsisten mampu meningkatkan kekuatan otot ekstremitas serta memperbaiki kemampuan mobilisasi pasien *stroke* (Sasongko & Khasanah, 2023).

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus (*case study*) dengan pendekatan proses keperawatan yang bersifat deskriptif. Studi kasus tidak mengenal populasi dan sampel, melainkan berfokus pada subjek studi kasus, yaitu satu orang pasien—Tn. K, laki-laki berusia 67 tahun dengan diagnosis medis *stroke* hemoragik dan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik—yang dirawat di *Rojin Home Kosei Sofia Iwakikai*, Okinawa, Jepang. Instrumen yang digunakan meliputi format pengkajian asuhan keperawatan, lembar observasi, penilaian kekuatan otot dengan skala *Medical Research Council* (MRC) 0–5, serta pengukuran rentang gerak sendi. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik *head to toe*, dan dokumentasi rekam medis pasien (Polit & Beck, 2023).

Prosedur penelitian diawali dengan pengkajian pada tanggal 30 Agustus 2025 untuk memperoleh data kondisi pasien, dilanjutkan penegakan diagnosis keperawatan serta penyusunan rencana intervensi berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019). Implementasi berupa latihan ROM pasif dan aktif-asistif, latihan duduk dan berdiri bertahap, perubahan posisi, pemantauan toleransi aktivitas, serta kolaborasi dengan staf rehabilitasi dilaksanakan dalam 12 sesi dengan interval setiap dua hari sejak 1 hingga 26 September 2025. Evaluasi dilakukan menggunakan metode SOAP dengan membandingkan kondisi pasien sebelum dan sesudah intervensi. Analisis data dilakukan secara deskriptif dengan menyajikan data dalam bentuk narasi dan tabel, kemudian membandingkan temuan pada pasien dengan konsep teori dan hasil penelitian terdahulu. Penelitian memperhatikan prinsip etika berupa *informed consent*, *anonymity*, dan *confidentiality* dengan nomor kelaikan etik B.LPPM-UHB/988/07/2026 (Polit & Beck, 2023).

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian

Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 30 Agustus 2025 di *Rojin Home Kosei Sofia Iwakikai*, Okinawa, memperoleh data pasien berinisial Tn. K, berjenis kelamin laki-laki, berusia 67 tahun, suku bangsa *Yamato* Jepang, pendidikan terakhir *koutou gakkou* (setingkat

SMA), dengan diagnosis medis *stroke* hemoragik. Penanggung jawab pasien adalah petugas *Rojin Home* yang bertugas merawat lansia di fasilitas tersebut.

Tabel 1. Hasil Pengkajian Riwayat Kesehatan pada Tn. K.

No	Riwayat Kesehatan	Hasil Pengkajian
1	Keluhan utama	Pasien mengalami kelemahan pada anggota gerak kanan atas dan kanan bawah sejak mengalami stroke.
2	Riwayat penyakit sekarang	Pasca-stroke dengan gangguan mobilitas fisik; tubuh tampak kaku dan terdapat tremor pada ekstremitas kanan. Gerak sendi lutut kanan terbatas (fleksi ±80°, ekstensi −20°), tidak mampu mengubah posisi secara mandiri, tidak stabil berdiri, dan mudah kehilangan keseimbangan. Ditemukan bekas luka tekan (dekubitus) pada gluteal kiri yang sudah mengering. Pasien menggunakan kursi roda, cepat lelah, serta dibantu dalam berpindah posisi, mandi, dan toileting.
3	Riwayat penyakit dahulu	Pasien memiliki riwayat hipertensi yang merupakan faktor risiko terjadinya stroke.
4	Riwayat penyakit keluarga	Tidak terdapat riwayat penyakit yang sama dalam keluarga.

Hasil pengkajian riwayat kesehatan menunjukkan bahwa keluhan utama Tn. K adalah kelemahan pada anggota gerak kanan sejak mengalami *stroke*. Pada saat pengkajian, tubuh pasien tampak kaku dengan tremor pada ekstremitas kanan dan keterbatasan gerak sendi lutut kanan (fleksi ±80°, ekstensi −20°), sehingga pasien tidak mampu mengubah posisi secara mandiri, tidak stabil ketika berdiri, dan mudah kehilangan keseimbangan. Ditemukannya bekas luka tekan pada area gluteal kiri mengindikasikan imobilisasi yang berlangsung lama, sementara riwayat hipertensi yang dimiliki pasien merupakan faktor risiko utama terjadinya *stroke* hemoragik.

Tabel 2. Hasil Pemeriksaan Fisik pada Tn. K.

No	Pemeriksaan	Hasil
1	Tanda-tanda vital	Tekanan darah 148/84 mmHg; suhu 36,3°C; nadi 83 x/menit; pernapasan 22 x/menit; SpO_2 99%.
2	Kesadaran	Apatis (compos mentis pada pemeriksaan lanjutan).
3	Kulit dan kuku	Kulit putih, turgor tidak elastis; terdapat bekas luka tekan (dekubitus) pada gluteal kiri yang sudah mengering.
4	Kepala dan wajah	Mesosefal, tidak ada lesi, rambut beruban dan bersih.
5	Mata	Penglihatan jelas, sklera putih, konjungtiva anemis, pupil isokor.
6	Mulut	Mukosa lembap, gigi berlubang dan kurang bersih.
7	Pernapasan	Pengembangan dada simetris, perkusi sonor, auskultasi vesikuler.
8	Kardiovaskuler	Nadi 83 x/menit teraba kuat dan teratur, bunyi jantung reguler.
9	Muskuloskeletal	Tubuh kaku dan tremor pada ekstremitas kanan. Kekuatan otot ekstremitas kanan skala 1 (atas dan bawah) dan kiri skala 3. ROM ekstremitas kanan terbatas, sendi kaku (lengan, bahu, panggul, kaki kanan), gerakan terbatas, tidak stabil berdiri, dan mudah kehilangan keseimbangan.
10	*Personal hygiene*	Mandi 3 kali seminggu, gosok gigi 3 kali sehari, dan ganti pakaian 1 kali sehari, seluruhnya dibantu petugas.

Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan tanda-tanda vital dalam batas hampir normal dengan tekanan darah cenderung tinggi (148/84 mmHg), sedangkan temuan paling menonjol terdapat pada sistem muskuloskeletal. Kekuatan otot ekstremitas kanan berada pada skala 1, yaitu hanya tampak atau teraba kontraksi otot tanpa menghasilkan gerakan sendi, sementara ekstremitas kiri berada pada skala 3. Pasien juga mengalami keterbatasan ROM, kekakuan sendi, tremor, serta hipertonia pada ekstremitas kanan, disertai ketidakstabilan saat berdiri. Temuan ini menegaskan adanya gangguan mobilitas fisik yang berat sehingga seluruh aktivitas perawatan diri, termasuk mandi, berpakaian, dan toileting, masih memerlukan bantuan petugas.

Tabel 3. Perbandingan Tanda dan Gejala Gangguan Mobilitas Fisik antara Teori dan Temuan Kasus.

No	Tanda dan Gejala (Teori)	Temuan pada Kasus
1	Keterbatasan rentang gerak sendi (ROM) menurun	ROM kaki kanan terbatas: fleksi ±80°, ekstensi −20°.
2	Penurunan kekuatan otot	Kekuatan otot ekstremitas kanan skala 1; kiri skala 3; pasien makan mandiri dengan tangan kiri.
3	Ketidakmampuan mempertahankan posisi tubuh saat berdiri	Pasien tidak stabil berdiri dan mudah kehilangan keseimbangan.
4	Ketergantungan alat bantu mobilisasi	Pasien menggunakan kursi roda untuk berpindah dan mobilisasi.
5	Intoleransi aktivitas: cepat lelah	Pasien cepat lelah dan aktivitas berhenti beberapa kali.
6	Penurunan aktivitas kehidupan sehari-hari (ADL)	Berpindah posisi, mandi, dan toileting dibantu petugas.
7	Risiko jatuh meningkat akibat kelemahan dan instabilitas	Gaya berjalan tidak stabil; petugas harus menjaga saat berdiri.

Perbandingan antara tanda dan gejala menurut teori dengan temuan pada kasus menunjukkan kesesuaian yang jelas. Seluruh batasan karakteristik mayor gangguan mobilitas fisik, yaitu penurunan kekuatan otot, penurunan rentang gerak, dan kesulitan menggerakkan ekstremitas, ditemukan pada Tn. K, disertai tanda minor berupa cepat lelah, ketidakstabilan berdiri, dan ketergantungan pada kursi roda serta bantuan petugas dalam aktivitas sehari-hari. Kesesuaian ini memperkuat penegakan diagnosis gangguan mobilitas fisik sebagai masalah keperawatan utama pada pasien. Pengkajian pola aktivitas sehari-hari memperlihatkan bahwa Tn. K makan tiga kali sehari dengan makanan yang diblender kasar dan minum sekitar enam gelas per hari secara mandiri, meskipun sebagian aktivitas memerlukan bantuan posisi. Pola eliminasi buang air besar satu kali sehari dan buang air kecil sekitar lima kali sehari, keduanya dibantu petugas untuk toileting. Pasien tidur sekitar enam jam dengan keluhan insomnia. Untuk *personal hygiene*, mandi dilakukan tiga kali seminggu, gosok gigi tiga kali sehari, dan penggantian pakaian satu kali sehari yang seluruhnya dibantu petugas. Aktivitas latihan yang

dijalani pasien berupa latihan ROM bersama petugas *Rojin Home* serta senam ringan yang difasilitasi fasilitas.

Tabel 4. Program Terapi Obat pada Tn. K.

No	Nama Obat	Dosis	Rute	Kegunaan
1	Telmisartan 40 mg	2 × 80 mg	Oral	Penurun tekanan darah.
2	Lansoprazole OD 15 mg	1 × 15 mg	Oral	Pereda nyeri dan sakit dada.
3	Magnesium oksida 500 mg	2 × 1000 mg	Oral	Pereda asam lambung.
4	Itopride hidroklorida 50 mg	3 × 150 mg	Oral	Pereda mual dan muntah akibat gastritis.
5	Nitrazepam 5 mg	1 × 5 mg	Oral	Menekan kejang dan memperbaiki gangguan tidur.
6	Olanzapine OD 1,25 mg	1 × 1,25 mg	Oral	Menekan halusinasi.
7	Sennoside 12 mg	1 × 12 mg	Oral	Memperbaiki gerakan usus dan mencegah konstipasi akibat imobilisasi.

Program terapi obat yang diterima Tn. K meliputi telmisartan sebagai antihipertensi untuk mengendalikan tekanan darah yang menjadi faktor risiko *stroke*, serta sejumlah obat penunjang seperti lansoprazole, magnesium oksida, dan itopride untuk mengatasi keluhan saluran cerna. Nitrazepam dan olanzapine diberikan untuk memperbaiki gangguan tidur dan gejala neuropsikiatri, sedangkan sennoside digunakan untuk mencegah konstipasi akibat imobilisasi. Pemberian terapi farmakologis ini mendukung stabilitas kondisi umum pasien selama pelaksanaan latihan mobilisasi dan ROM.

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, penulis menegakkan tiga diagnosis keperawatan, yaitu diagnosis utama gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054), serta dua diagnosis penyerta berupa risiko luka tekan berhubungan dengan imobilitas (D.0143) dan defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik (D.0109). Ketiganya saling berkaitan sebagai dampak *stroke* hemoragik dengan imobilisasi berkepanjangan. Data subjektif dan objektif yang mendukung penegakan ketiga diagnosis tersebut disajikan pada tabel berikut.

Tabel 5. Analisa Data Keperawatan pada Tn. K.

Tanggal	Data	Masalah	Etiologi
30 Agustus 2025	Data Subjektif: (1) pasien mengatakan mengalami kelemahan pada anggota gerak kanan sejak stroke; (2) sulit menggerakkan kaki dan tangan kanan; (3) tidak semua aktivitas dapat dilakukan mandiri. Data Objektif: (1) tampak menggunakan kursi roda; (2) kekuatan otot ekstremitas kanan skala 1, kiri skala 3; (3) tonus otot abnormal (hipertonia); (4) tidak mampu mengubah posisi secara mandiri; (5) aktivitas sehari-hari sebagian besar dibantu; (6) ROM kaki kanan terbatas (fleksi ±80°, ekstensi	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Penurunan kekuatan otot berhubungan dengan kerusakan neuromuskular akibat stroke hemoragik.

Tanggal	Data	Masalah	Etiologi
	−20°); (7) klien tampak kaku terutama pada ekstremitas kanan.		
30 Agustus 2025	Data Subjektif: pasien mengatakan lebih banyak berbaring dan duduk di kursi roda serta belum mampu mengubah posisi secara mandiri. Data Objektif: (1) terdapat bekas luka tekan (dekubitus) pada area gluteal kiri yang sudah mengering; (2) imobilisasi total dengan kekuatan otot kanan skala 1; (3) turgor kulit tidak elastis; (4) skor Braden Scale 12 (risiko tinggi); (5) perubahan posisi masih bergantung pada bantuan petugas.	Risiko Luka Tekan (D.0143)	Imobilitas fisik akibat kelemahan ekstremitas pascastroke hemoragik.
30 Agustus 2025	Data Subjektif: pasien mengatakan tidak mampu mandi, berpakaian, dan ke toilet secara mandiri. Data Objektif: (1) mandi, berpakaian, dan toileting seluruhnya dibantu penuh oleh petugas; (2) kekuatan otot ekstremitas kanan skala 1; (3) pasien menggunakan kursi roda dan cepat lelah saat beraktivitas.	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	Kelemahan fisik akibat penurunan kekuatan otot pascastroke hemoragik.

Analisa data menunjukkan bahwa ketiga diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan data yang saling berkaitan. Diagnosis utama gangguan mobilitas fisik didasarkan pada penurunan kekuatan otot ekstremitas kanan skala 1, hipertonia, keterbatasan ROM, ketidakmampuan mengubah posisi secara mandiri, dan ketergantungan pada kursi roda. Diagnosis risiko luka tekan ditegakkan atas dasar adanya bekas luka tekan pada gluteal kiri, imobilisasi total, turgor kulit tidak elastis, dan skor Braden Scale 12 yang menunjukkan risiko tinggi, sedangkan diagnosis defisit perawatan diri didasarkan pada ketergantungan penuh pasien dalam aktivitas mandi, berpakaian, dan toileting. Penetapan ketiga diagnosis ini sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia dan menjadikan gangguan mobilitas fisik sebagai prioritas utama karena menjadi akar dari kedua diagnosis penyerta lainnya (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Intervensi Keperawatan

Tabel 6. Rencana Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Tn. K.

Diagnosis (SDKI)	Luaran (SLKI, L.05042)	Intervensi (SIKI)
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054).	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 12 × 8 jam, mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas dari skor 2 menjadi 4, kekuatan otot dari skor 1 menjadi 4, dan rentang gerak (ROM) dari skor 2 menjadi 4.	Dukungan Mobilisasi (I.05173): identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, fasilitasi pergerakan, dan ajarkan mobilisasi sederhana. Teknik Latihan Penguatan Sendi (I.05185): identifikasi keterbatasan gerak sendi, berikan posisi optimal untuk gerakan sendi pasif/aktif, susun jadwal latihan rentang gerak, berikan penguatan positif, ajarkan latihan ROM aktif dan pasif secara sistematis, serta kolaborasi dengan fisioterapis.

Rencana intervensi keperawatan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik disusun mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, yaitu Dukungan Mobilisasi (I.05173) dan Teknik Latihan Penguatan Sendi (I.05185), dengan target luaran Mobilitas Fisik (L.05042) berupa peningkatan pergerakan ekstremitas, kekuatan otot, dan rentang gerak sendi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019). Intervensi berfokus pada latihan *Range of Motion* pasif dan aktif-asistif, fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu, latihan duduk dan berdiri bertahap, pemantauan toleransi aktivitas, serta kolaborasi dengan staf rehabilitasi. Pemilihan intervensi ini disesuaikan dengan kondisi pasien yang mengalami kelemahan ekstremitas kanan sehingga latihan diberikan secara bertahap sesuai kemampuan dan toleransi pasien. Sementara itu, diagnosis penyerta risiko luka tekan dan defisit perawatan diri turut diatasi melalui perubahan posisi secara berkala serta pemberian bantuan dalam aktivitas perawatan diri, sejalan dengan fokus utama peningkatan mobilitas.

Implementasi Keperawatan

Tabel 7. Ringkasan Implementasi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Tn. K (12 Sesi).

Tanggal/Sesi	Tindakan Utama	Respons
Senin, 1 Sep 2025 (Sesi 1)	Fasilitasi mobilisasi dengan kursi roda, identifikasi toleransi fisik, monitor tanda vital, kolaborasi latihan ROM pasif pada ekstremitas kanan, dan perubahan posisi tiap 2 jam.	Pasien kooperatif menggunakan kursi roda; cepat lelah; hipertonia pada ekstremitas kanan; kekuatan otot skala 1; TD 148/84 mmHg, SpO_2 99%.
Rabu, 3 Sep 2025 (Sesi 2)	Latihan ROM pasif dan aktif terbantu (5–6 repetisi), latihan duduk di tepi tempat tidur dan berdiri dengan bantuan dua perawat.	Gerakan aktif terbantu mulai tampak; mampu berdiri ±2 menit dan duduk ±5 menit dengan bantuan; kekuatan otot skala 1.
Jumat, 5 Sep 2025 (Sesi 3)	Latihan ROM pasif dan aktif terbantu (5–7 repetisi), latihan duduk dan berdiri dengan bantuan.	Pasien lebih bersemangat; gerakan aktif terbantu tampak; kekuatan otot skala 1.
Senin, 8 Sep 2025 (Sesi 4)	Fasilitasi mobilisasi, kolaborasi latihan ROM pasif pada ekstremitas kanan, dan perubahan posisi tiap 2 jam.	Tangan dan kaki kanan masih kaku dan sedikit nyeri; hipertonia masih tampak; gerakan dengan bantuan penuh.
Rabu, 10 Sep 2025 (Sesi 5)	Latihan ROM pasif dan aktif terbantu (8–10 repetisi), latihan duduk dan berdiri, serta edukasi pentingnya latihan rutin.	Ekstremitas kanan terasa lebih ringan; hipertonia berkurang; mampu duduk ±10 menit dan berdiri ±2 menit dengan bantuan; kekuatan otot skala 1.
Jumat, 12 Sep 2025 (Sesi 6)	Fasilitasi mobilisasi, latihan ROM pasif dan aktif terbantu, perubahan posisi, dan pemantauan tanda vital.	Pasien merasa sedikit lebih baik; mampu berdiri ±2 menit; luka dekubitus tidak meluas; TD 146/82 mmHg; kekuatan otot skala 1.
Minggu, 14 Sep 2025 (Sesi 7)	Identifikasi keluhan fisik, latihan ROM aktif terbantu, dan fasilitasi mobilisasi sesuai toleransi.	Gerakan aktif terbantu lebih tampak; pasien ingin lebih banyak bergerak; kekuatan otot sekitar skala 1.

Tanggal/Sesi	Tindakan Utama	Respons
Selasa, 16 Sep 2025 (Sesi 8)	Latihan ROM aktif terbantu, latihan duduk dengan bantuan minimal, dan pemantauan toleransi aktivitas.	Mampu duduk dengan bantuan minimal; kekuatan otot ekstremitas kanan meningkat menjadi 1+.
Kamis, 18 Sep 2025 (Sesi 9)	Latihan ROM aktif terbantu, latihan duduk dan berdiri dengan bantuan.	Tangan dan kaki kanan lebih mudah digerakkan; gerakan aktif terbantu semakin jelas; kekuatan otot 1+.
Sabtu, 20 Sep 2025 (Sesi 10)	Latihan ROM aktif terbantu, latihan berdiri dan berpindah, serta pemantauan toleransi aktivitas.	Pasien berpartisipasi aktif; bantuan pada beberapa gerakan berkurang; kekuatan otot mendekati skala 2.
Senin, 22 Sep 2025 (Sesi 11)	Latihan ROM aktif terbantu, fasilitasi mobilisasi sesuai kemampuan, dan pemantauan keamanan latihan.	Mampu membantu sebagian gerakan ekstremitas kanan dan berdiri dengan bantuan; kekuatan otot mendekati skala 2.
Jumat, 26 Sep 2025 (Sesi 12)	Latihan ROM aktif terbantu (10 repetisi), latihan berdiri dan berpindah ke kursi roda, serta evaluasi akhir.	Pasien ceria dan aktif; mampu berdiri ±3 menit dan berpindah ke kursi roda dengan bantuan 1 orang; kekuatan otot meningkat dari skala 1 menjadi skala 2; TD 144/80 mmHg, SpO_2 99%.

Implementasi keperawatan dilaksanakan dalam 12 sesi dengan interval setiap dua hari sejak 1 hingga 26 September 2025 dan berfokus pada latihan *Range of Motion* serta mobilisasi bertahap. Pada minggu pertama, latihan diawali dengan ROM pasif pada seluruh sendi ekstremitas kanan yang kemudian dikembangkan menjadi ROM pasif dan aktif-asistif sebanyak 5–7 repetisi, disertai latihan duduk dan berdiri dengan bantuan, sementara kekuatan otot masih berada pada skala 1. Pada minggu kedua, jumlah repetisi ditingkatkan menjadi 8–10 kali, kekakuan otot (hipertonia) mulai berkurang, dan pasien mampu duduk hingga sekitar 10 menit. Pada minggu ketiga, pasien semakin mampu membantu pergerakan ekstremitas kanan sehingga kebutuhan bantuan berkurang dan kekuatan otot mendekati skala 2. Pada minggu keempat, keterlibatan pasien semakin meningkat hingga pada evaluasi tanggal 26 September 2025 kekuatan otot ekstremitas kanan meningkat dari skala 1 menuju skala 2. Seluruh implementasi dilakukan dengan memperhatikan toleransi aktivitas, kondisi hemodinamik, dan keamanan pasien, serta berkolaborasi dengan staf rehabilitasi.

Evaluasi Keperawatan

Tabel 8. Evaluasi Perkembangan Kemampuan Mobilisasi Tn. K.

Tanggal/ Sesi	Kekuatan Otot & Kemampuan Fungsional	Analisis (SOAP)
1–5 Sep 2025 (Sesi 1–3)	Kekuatan otot ekstremitas kanan skala 1; mampu berdiri ±2 menit dan duduk ±5 menit dengan bantuan; gerakan aktif terbantu mulai tampak.	Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, tetapi mulai menunjukkan respons terhadap latihan; intervensi ROM dan mobilisasi dilanjutkan.
8–14 Sep 2025 (Sesi 4–7)	Kekuatan otot skala 1; hipertonia berkurang; mampu duduk ±10 menit dengan bantuan minimal; gerakan aktif terbantu semakin jelas.	Belum teratasi, namun terdapat perkembangan kemampuan fungsional; latihan ROM aktif terbantu dan mobilisasi dilanjutkan.

Tanggal/ Sesi	Kekuatan Otot & Kemampuan Fungsional	Analisis (SOAP)
16–22 Sep 2025 (Sesi 8–11)	Kekuatan otot meningkat menjadi 1+ hingga mendekati skala 2; mampu membantu sebagian gerakan dan berdiri dengan bantuan.	Belum teratasi, tetapi terdapat peningkatan kekuatan otot dan partisipasi; intervensi dilanjutkan dengan penekanan pada latihan berdiri dan berpindah.
26 Sep 2025 (Sesi 12)	Kekuatan otot meningkat dari skala 1 menjadi skala 2; mampu berdiri ±3 menit dan berpindah ke kursi roda dengan bantuan 1 orang; TD 144/80 mmHg, SpO_2 99%.	Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian; intervensi 12 × 8 jam dihentikan; latihan ROM dilanjutkan oleh petugas home care.

Evaluasi keperawatan dilakukan menggunakan metode SOAP dengan membandingkan kondisi pasien sebelum dan sesudah intervensi selama 12 sesi. Pada sesi awal, kekuatan otot ekstremitas kanan masih berada pada skala 1 dengan seluruh aktivitas dibantu perawat, namun pasien mulai menunjukkan gerakan aktif terbantu dan kemampuan duduk serta berdiri dengan bantuan. Seiring berjalannya latihan, kekuatan otot meningkat menjadi 1+ pada tanggal 16 September 2025 dan mendekati skala 2 pada pertengahan hingga akhir intervensi. Pada evaluasi akhir tanggal 26 September 2025, kekuatan otot ekstremitas kanan meningkat dari skala 1 menjadi skala 2, pasien mampu mempertahankan posisi berdiri selama ±3 menit dan berpindah ke kursi roda dengan bantuan satu orang, dengan kondisi hemodinamik stabil. Berdasarkan indikator luaran, pergerakan ekstremitas meningkat dari skor 2 menjadi 4, kekuatan otot dari skor 1 menjadi 4, dan rentang gerak (ROM) dari skor 2 menjadi 4, sehingga masalah gangguan mobilitas fisik dinyatakan teratasi dan pasien direkomendasikan melanjutkan latihan ROM secara rutin dengan pendampingan petugas *home care* serta kolaborasi tim rehabilitasi.

Pembahasan

Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian tanggal 30 Agustus 2025 menunjukkan Tn. K (67 tahun) dengan diagnosis stroke hemoragik mengalami kelemahan ekstremitas kanan dengan kekuatan otot skala 1, kesulitan mobilisasi mandiri, ketergantungan pada kursi roda, serta kebutuhan bantuan penuh dalam aktivitas sehari-hari. Temuan ini sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia yang menyatakan gangguan mobilitas fisik ditandai dengan keterbatasan pergerakan, penurunan kekuatan otot, penurunan rentang gerak, dan kelemahan fisik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Pada pasien stroke, gangguan mobilitas fisik terjadi akibat kerusakan area motorik otak yang mengganggu transmisi impuls saraf menuju otot (Mauliddiyah dkk., 2022), sementara riwayat hipertensi Tn. K sejalan dengan teori bahwa hipertensi merupakan faktor risiko utama stroke hemoragik karena menyebabkan perubahan struktur pembuluh darah serebral dan meningkatkan risiko perdarahan intrakranial (Li dkk., 2023).

Temuan ini juga sejalan dengan penelitian bahwa 90% pasien stroke mengalami gangguan mobilitas fisik sebagai diagnosis keperawatan utama (Hidayah dkk., 2022). Dengan demikian, pengkajian pada Tn. K telah mencerminkan gambaran klinis yang komprehensif dan menjadi fondasi utama yang menentukan kualitas seluruh proses asuhan keperawatan selanjutnya, khususnya dalam penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke lansia dengan imobilisasi berkepanjangan.

Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, penulis menegakkan tiga diagnosis keperawatan. Diagnosis pertama, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (D.0054), yaitu kondisi keterbatasan gerak fisik satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), didukung data penurunan kekuatan otot ekstremitas kanan skala 1, keterbatasan ROM, hipertonia, ketidakstabilan berdiri, ketergantungan pada kursi roda, serta ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri (Isnainia dkk., 2022). Diagnosis kedua, risiko luka tekan berhubungan dengan imobilitas (D.0143), ditetapkan berdasarkan bekas luka tekan pada gluteal kiri, imobilisasi total, turgor kulit tidak elastis, kekuatan otot kanan skala 1, dan skor Braden Scale 12; diagnosis ketiga, defisit perawatan diri (mandi, berpakaian, toileting) berhubungan dengan kelemahan fisik (D.0109), ditegakkan karena seluruh perawatan diri masih memerlukan bantuan penuh.

Penetapan ketiga diagnosis sudah tepat dan sesuai data. Diagnosis risiko luka tekan dan defisit perawatan diri sebagai penyerta penting karena ketiga masalah saling memperkuat: imobilisasi memperburuk risiko luka tekan, kelemahan fisik memperparah defisit perawatan diri, dan ketiganya menurunkan kualitas hidup pasien. Apabila hanya diagnosis mobilitas yang ditangani, asuhan tidak akan holistik dan komprehensif, sehingga pendekatan tiga diagnosis secara simultan menjadi dasar asuhan pada Tn. K.

Intervensi Keperawatan

Intervensi utama untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada Tn. K adalah latihan Range of Motion (ROM) yang dilengkapi fasilitasi mobilisasi bertahap, dipilih berdasarkan hasil pengkajian berupa kelemahan anggota gerak kanan, kesulitan menggerakkan ekstremitas, dan kebutuhan bantuan dalam aktivitas. Latihan ROM bertujuan mempertahankan fleksibilitas sendi, meningkatkan kekuatan otot, mencegah kontraktur, dan merangsang pemulihan fungsi motorik (Agusrianto & Rantesigi, 2020). Rencana intervensi mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, yaitu Dukungan Mobilisasi (I.05173) dan Teknik Latihan Penguatan Sendi (I.05185), dengan target peningkatan pergerakan ekstremitas, kekuatan otot, dan rentang gerak sendi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019).

Latihan diberikan bertahap dari ROM pasif kemudian dikembangkan menjadi ROM aktif-asistif seiring peningkatan kemampuan pasien, disertai latihan duduk dan berdiri, pemantauan toleransi aktivitas, serta kolaborasi dengan staf rehabilitasi. Pentahapan ini sejalan dengan konsep bahwa ROM pasif diberikan pada kekuatan otot 0–2, ROM aktif-asistif pada kemampuan gerak sebagian, dan ROM aktif ketika kekuatan otot mencapai derajat 3 atau lebih (Isnainia dkk., 2022), sehingga intervensi telah disesuaikan dengan kondisi klinis dan toleransi pasien agar aman dan efektif.

Implementasi Keperawatan

Implementasi untuk diagnosis gangguan mobilitas fisik mengacu pada Dukungan Mobilisasi (I.05173) dan Teknik Latihan Penguatan Sendi (I.05185), dengan target luaran Mobilitas Fisik (L.05042) berupa peningkatan pergerakan ekstremitas, kekuatan otot, dan rentang gerak sendi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019). Pelaksanaan dilakukan selama 12 sesi dengan interval setiap dua hari, dimulai dari ROM pasif pada sesi awal dan ditingkatkan menjadi ROM aktif-asistif seiring perkembangan pasien. Pada sesi awal kekuatan otot ekstremitas kanan masih skala 1, tetapi pasien mulai menunjukkan gerakan aktif terbantu dan semakin kooperatif; pada pertengahan intervensi pasien mampu duduk sekitar 10 menit dengan bantuan minimal dan berdiri dengan bantuan.

Perkembangan ini menunjukkan keberhasilan intervensi tidak hanya diukur dari kekuatan otot, tetapi juga peningkatan partisipasi pasien dalam mobilisasi. Pada sesi akhir tanggal 26 September 2025, kekuatan otot ekstremitas kanan meningkat dari skala 1 menjadi mendekati skala 2, dan pasien mampu berdiri sekitar 3 menit serta berpindah ke kursi roda dengan bantuan satu orang. Hasil ini sejalan dengan penelitian bahwa penerapan latihan ROM secara bertahap dan konsisten mampu meningkatkan kekuatan otot ekstremitas pada pasien stroke hemoragik (Sasongko & Khasanah, 2023).

Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan menggunakan metode SOAP sepanjang 12 sesi dengan membandingkan kondisi sebelum dan setelah intervensi, meliputi kemampuan pergerakan ekstremitas, kekuatan otot, rentang gerak, kemampuan mempertahankan posisi, kemampuan berdiri, dan toleransi aktivitas. Pada evaluasi awal, kekuatan otot ekstremitas kanan berada pada skala 1 dengan seluruh aktivitas dibantu perawat sehingga masalah gangguan mobilitas fisik dinilai belum teratasi. Selama sesi awal hingga pertengahan, perubahan kekuatan otot belum bermakna, tetapi kemampuan fungsional meningkat dengan munculnya gerakan aktif terbantu serta kemampuan duduk dan berdiri dengan bantuan, kemudian kekuatan otot meningkat menjadi 1+ hingga mendekati skala 2 (Saputri dkk., 2023).

Pada evaluasi akhir tanggal 26 September 2025, kekuatan otot ekstremitas kanan meningkat dari skala 1 menjadi skala 2, pasien mampu berdiri sekitar 3 menit dan berpindah ke kursi roda dengan bantuan satu orang. Hasil ini mendukung temuan bahwa latihan ROM tiga hari berturut-turut maupun berkelanjutan dapat meningkatkan kekuatan otot pasien stroke (Sasongko & Khasanah, 2023). Meskipun telah menunjukkan perkembangan positif, pasien tetap direkomendasikan melanjutkan latihan ROM secara rutin dengan pendampingan petugas home care dan kolaborasi tim rehabilitasi agar kemampuan mobilitas yang dicapai dapat dipertahankan dan ditingkatkan.

5. KESIMPULAN DAN SARAN

Penerapan asuhan keperawatan pada Tn. K, laki-laki berusia 67 tahun dengan diagnosis medis *stroke* hemoragik dan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot di *Rojin Home Kosei Sofia Iwakikai*, Okinawa, Jepang, menunjukkan bahwa hasil pengkajian ditemukan kelemahan ekstremitas kanan dengan kekuatan otot skala 1, keterbatasan ROM, kekakuan dan hipertonia, gangguan keseimbangan, serta ketergantungan pada kursi roda dan bantuan petugas; intervensi yang disusun berupa latihan *Range of Motion* pasif dan aktif terbantu, latihan duduk dan berdiri bertahap, perubahan posisi, pemantauan toleransi aktivitas, dan kolaborasi dengan staf rehabilitasi yang diimplementasikan dalam 12 sesi pada 1–26 September 2025. Hasil evaluasi menunjukkan peningkatan kemampuan mobilisasi yang ditandai dengan peningkatan kekuatan otot ekstremitas kanan dari skala 1 menjadi skala 2, kemampuan berdiri selama ±3 menit, dan berpindah ke kursi roda dengan bantuan satu orang, sehingga dapat disimpulkan bahwa latihan ROM yang dilakukan secara bertahap dan konsisten memberikan perkembangan positif terhadap kemampuan mobilitas fisik pasien *stroke* hemoragik.

DAFTAR REFERENSI

Agusrianto, & Rantesigi, N. (2020). Penerapan latihan range of motion (ROM) pasif terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas pada pasien dengan kasus stroke. *Jurnal Ilmu Kesehatan, 2*(2), 61–66.

Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S. O., Pandian, J., & Lindsay, P. (2025). World Stroke Organization: Global stroke fact sheet 2025. *International Journal of Stroke, 20*(2), 132–144. https://doi.org/10.1177/17474930241308142

Greenberg, S. M., Ziai, W. C., Cordonnier, C., et al. (2022). 2022 guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke, 53*(7), e282–e361. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000407

Hidayah, N., Sari, N. M., & Pradana, K. A. (2022). Gambaran perawatan pada pasien stroke dengan masalah gangguan mobilitas fisik. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan, 13*(1), 100–108. https://doi.org/10.47134/phms.v1i3.44

Isnainia, M., Achwandi, M., & Wahyuni, L. (2022). Studi kasus dengan implementasi berbasis bukti: Range of motion (ROM) aktif asistif spherical grip pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik. *BMC Public Health, 5*(1), 1–8.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Pedoman nasional pelayanan kedokteran: Stroke*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Li, J., Imano, H., Kitamura, A., Kiyama, M., Yamagishi, K., Tanaka, M., & Iso, H. (2023). Trends in stroke incidence and its subtypes from 1963 to 2018 in an urban and rural Japanese community: CIRCS. *International Journal of Stroke, 18*(6), 657–662. https://doi.org/10.1177/17474930221135531

Mauliddiyah, D., Ulfah, M., & Siwi, A. S. (2022). Asuhan pengobatan dengan masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke nonhemoragik. *Jurnal Keperawatan Manajemen, 2*(1), 168–170. https://doi.org/10.53801/jmn.v2i1.74

Nur Anisa, R. C. (2024). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian stroke di RS MH Thamrin Cileungsi* [Karya tulis ilmiah sarjana keperawatan, Universitas MH Thamrin].

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2023). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer Health.

Saputri, S. A. F., Fitriana, A., & Afifah, N. H. (2023). Gambaran perawatan medikal bedah terhadap mobilitas fisik pasien CVA nonhemoragik. *Prosiding Konferensi Nasional Ilmu Kesehatan STIKES Adi Husada, 3*(1), 68–81. https://doi.org/10.37036/prosiding.v3i1.675

Sasongko, D., & Khasanah, S. (2023). Penerapan range of motion (ROM) pada pemeliharaan gangguan mobilitas fisik pasien stroke hemoragik. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional, 5*(4), 1507–1514.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: Definisi dan indikator diagnostik* (Edisi 1). DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2019). *Standar intervensi keperawatan Indonesia: Definisi dan tindakan keperawatan* (Edisi 1). DPP PPNI.

Wada, S., Yoshimura, S., Miwa, K., Iwanaga, Y., Koga, M., & Toyoda, K. (2023). Current status and future aspects of the Japan Stroke Data Bank. *Frontiers in Neurology, 14*, 1090136. https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1090136