

GAMBARAN PEMENUHAN KEBUTUHAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN SNH DI RUANGAN PENYAKIT DALAM III RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ENDE

ABSTRAK

Yustina Pacifica Maria Paschalia¹

**¹Program Studi Keperawatan Ende, ²Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Korespondensi penulis: yustinapaschalia@gmail.com**

Stroke merupakan masalah yang perlu diberikan perhatian khusus karena stroke dapat menimbulkan kematian dan kecacatan akibat kerusakan saraf. Kerusakan saraf mengakibatkan kehilangan kemampuan untuk bergerak sehingga berdampak pada tingkat ketergantungan individu dan ini membutuhkan tindakan keperawatan berupa mobilisasi pasif dan aktif untuk meningkatkan kemandirian diri. Tujuan penelitian adalah untuk menggambarkan pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada pasien SNH.

Jenis penelitian studi kasus deskriptif. Subyek penelitian pada dua pasien SNH yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik dengan tingkat ketergantungan yang sama yaitu partial care Tempat /lokasi dilakukannya studi kasus ini adalah di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende pada tanggal 11-13 Juli 2017.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden mengalami hemiparase yaitu kekakuan dan kelemahan pada anggota gerak sehingga mengalami kesulitan untuk melakukan gerakan atau mobilisasi. Strategi pemenuhan mobilitas fisik pada responden dilakukan dengan ROM pasif dan ROM aktif. Dampak dari tindakan pengaturan mobilitas fisik tersebut adalah responden mengalami peningkatan kekuatan otot karena tindakan ROM yang dilakukan tersebut secara baik dan optimal.

Kesimpulan bahwa gangguan mobilitas fisik pada pasien SNH antara lain mengalami kekakuan dan kelemahan pada anggota gerak yang mengalami hemiparase, kesulitan untuk mengubah posisi tidur, kesulitan untuk bangun dari tempat tidur, kesulitan untuk duduk, kesulitan untuk berdiri dan berjalan. Disarankan bagi pasien SNH dan keluarga untuk selalu melakukan tindakan mobilitas fisik berupa ROM pasif maupun aktif di rumah, sehingga dapat meningkatkan kembali kekuatan otot yang mengalami kelemahan, dan diharapkan keluarga juga untuk selalu memberikan dukungan dan motivasi pada pasien dalam melakukan ROM.

Kata Kunci : Mobilitas fisik

ABSTRACT

Stroke is a problem that needs special attention because stroke can cause death and disability due to nerve damage. Nerve damage because it requires freedom to move at the level of individual needs and this requires nursing care in the form of passive and active mobilization to increase self-independence. The purpose of the study was to research the fulfillment of physical needs in SNH patients.

Type of descriptive case study research. The research subjects in two SNH patients who corrected the problem of meeting the needs of physical mobility with the same level of trust, namely partial care. The place / location that requires this case study was Indoor Disease III Ende Regional Hospital on 11-13 July 2017.

The results of the study prove how respondents increase hemiparase, which is stiffness and weakness in the limbs making it difficult to make movements or mobilization. Strategies for fulfilling physical mobility in respondents were carried out with passive ROM and active ROM. The impact of these physical mobility control measures is that respondents increase work motivation because ROM is done well and optimally.

Conclusions about physical mobility in SNH patients include overcoming stiffness and weakness in the limbs that improves hemiparase, difficulty in changing sleep positions, getting out of bed, sitting, opening and walking. It is expected that SNH patients and families always take physical mobility to form passive and active ROM at home, so that they can increase strengths that increase weaknesses, and it is also expected that families will always provide support and motivation to patients in doing ROM.

Keywords: Physical Mobility

PENDAHULUAN

Stroke merupakan sindrom klinik yang awal timbulnya mendadak, progresif cepat berupa defisit neurologis fokal dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian, yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik (Brunner and Suddarth, 2001). *Stroke Non Hemoragik* (SNH) adalah gangguan neurologik akut yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah ke otak yang diakibatkan oleh sumbatan/penyempitan pembuluh darah otak. Secara klinik SNH terbagi atas *Transient Iskemik Attack* (TIA), *Reversible Ischemic Neurologis Defisit* (RIND), *Progresif Stroke and Completed Stroke*. Penyebab dari SNH yaitu di sebabkan oleh trombosis/trombo emboli, emboli serebral dan ischemia (Tarwoto, 2007).

Stroke merupakan masalah yang perlu diberikan perhatian khusus karena stroke dapat menimbulkan kematian dan kecacatan akibat kerusakan saraf. Kerusakan saraf mengakibatkan kehilangan kemampuan untuk bergerak sehingga berdampak pada tingkat ketergantungan individu dan ini membutuhkan tindakan keperawatan berupa mobilisasi pasif dan aktif untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesejahteraan dan memperlambat proses penyakitkesejahteraan ibu dan anak. Faktor ketidaksempurnaan pelayanan kesehatan maupun kurang memadainya pelayanan kehamilan dan pertolongan persalinan diidentifikasi sebagai salah satu penyebab utama tingginya angka kematian ibu dan bayi di Indonesia (Moordiningsih, 2004). Mobilisasi sangat penting bagi pasien SNH karena mobilisasi merupakan suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas dalam rangka mempertahankan kesehatannya (Alimul, 2006). Imobilitas dapat menyebabkan perubahan baik dalam segi fisik

maupun psikologis. Menurut Saputra (2013) dampak imobilitas terhadap seseorang antara lain dampak terhadap perilaku, sistem muskuloskeletal, sistem perkemihan, sistem respirasi, sistem kardiovaskuler, sistem gastrointestinal, sistem integumen dan sistem metabolisme tubuh.

Menurut *World Health Organisation* (WHO), tahun 2011 terdapat 15.000.000 orang di dunia yang mengalami stroke. Dari jumlah tersebut 5 juta jiwa meninggal dunia dan 5 juta mengalami cacat total permanen. Di Amerika Serikat stroke merupakan penyebab kematian nomor 4 setelah penyakit jantung dan saluran pernapasan bawah (Minino, dkk 2011), sedangkan di Australia stroke merupakan penyebab kematian nomor 2 setelah penyakit jantung koroner dengan 8.300 kematian pada tahun 2009 (Refshauge, 2012). Demikian halnya di Indonesia stroke merupakan penyebab kematian tertinggi pada usia > 45 tahun (15,4%) dari seluruh kematian baik di desa maupun perkotaan (Depkes, 2008). Berdasarkan hasil Riskesdas (2013) sebanyak 57,9 persen penyakit stroke telah terdiagnosis oleh nakes. Prevalensi penyakit jantung koroner, gagal jantung, dan stroke terlihat meningkat seiring peningkatan umur responden. Prevalensi stroke sama banyak pada pria dan wanita (Kemenkes, 2013).

Hasil penelitian oleh Astrid, dkk tentang pengaruh latihan *range of motion* (ROM) terhadap kekuatan otot, luas gerak dan kemampuan fungsional pasien stroke di RS Sint Carolus Jakarta (2012) menunjukkan bahwa nilai kekuatan otot pada pasien yang tidak dilakukan intervensi berbeda dengan kekuatan otot pada pasien yang dilakukan intervensi. Mengacu pada penelitian di atas asuhan keperawatan pasien stroke harus mencakup latihan ROM yang merupakan salah satu intervensi mandiri perawat yang bertujuan membantu pasien untuk mendapatkan kemandirian maksimal dan rasa aman saat

melakukan aktivitas ROM. Latihan ROM ini merupakan latihan pergerakan rentang semua sendi dalam rentang normalnya yang perlu dilakukan secara intensif untuk mempertahankan tonus otot dan fungsi otot, mencegah disabilitas sendi dan membantu perbaikan fungsi motorik (Maria,dkk 2012).

Hasil penelitian oleh Solihuddin Harahap (2016) tentang kemampuan aktivitas pasien SNH di RSUD Dr. Pirngadi Medan dengan populasi pasien SNH dari tahun 2015-2016 berjumlah 248 orang, sampel dari penelitian tersebut berjumlah 37 orang menunjukkan bahwa mayoritas pasien SNH mandiri dalam melakukan aktivitas, seperti makan 19 orang (51,4%), membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas mandi sebanyak 25 orang (67,6%), mandiri dalam perawatan diri 26 orang (70,36%), membutuhkan bantuan dalam berpakaian sebanyak 21 orang (56,8%), mengalami kontensia dalam melakukan aktivitas BAK sebanyak 22 orang (59,5%), mengalami kontensia dalam melakukan aktivitas BAB sebanyak 25 orang (67,6%), membutuhkan bantuan dalam penggunaan toilet sebanyak 21 orang (56,8%), mandiri dalam aktivitas transfer sebanyak 16 orang (43,2%), mandiri dalam aktivitas mobilitas 20 orang (54,10%).

Dari hasil penelitian tersebut, menunjukkan bahwa mayoritas pasien SNH mengalami ketergantungan ringan dalam melakukan aktivitas sehari-hari yaitu sebanyak 43,2% dengan frekuensi 16 orang. Jadi, tingkat keberhasilan penderita SNH dalam melakukan aktivitas sehari-hari dapat dinilai dengan kemampuan makan, mandi, perawatan diri, berpakaian, BAB, BAK, berpindah dan mobilitas.

Kekuatan otot pada pasien SNH yang dilakukan intervensi akan berbeda pada pasien yang tidak dilakukan intervensi. Pasien yang dilakukan mobilitas fisik kekuatan ototnya mengalami peningkatan dan sirkulasi darah

menjadi lancar sedangkan pasien yang tidak melakukan mobilitas fisik tidak akan mengalami peningkatan kekuatan otot (Maria dkk,2012).

Melihat beratnya masalah maka penulis melakukan studi kasus ini dengan harapan agar bisa memberikan gambaran pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada pasien SNH.

METODE

Rancangan/desain yang digunakan dalam studi kasus ini yaitu desain studi kasus deskriptif untuk menggambarkan suatu keadaan secara objektif, dimana pada penelitian ini peneliti akan menggambarkan asuhan keperawatan pasien SNH dalam pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik. Subjek studi kasus ini yaitu pada dua pasien SNH yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik dengan tingkat ketergantungan yang sama yaitu partial care yang dirawat di Ruang Penyakit Dalam III RSUD Ende pada tanggal 11-13 Juli 2017. Kriteria inklusifnya yaitu pasien SNH yang mengalami keterbatasan gerak, tremor saat bergerak, menurunnya kekuatan otot, kesulitan membolak-balik posisi. Kriteria eksklusifnya pada pasien SNH yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan penurunan kesadaran dan tidak bersedia menjadi responden.

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini yaitu wawancara terbuka dengan menggunakan pedoman wawancara dan lembar observasi untuk mendapatkan data dan gambaran mobilitas fisik pada pasien SNH dan menilai tingkat kemampuan mobilitas fisik pada responden A dan B melalui ROM pasif dan ROM aktif yang dilakukan pada dua pasien yang akan dibedakan dengan menggunakan inisial A dan B.

HASIL

Studi kasus dilaksanakan pada tanggal 11 - 13 Juli 2017 (3 hari) di ruangan penyakit dalam III RSUD Ende, dilakukan pada 2 responden yaitu responden A dan B dalam waktu yang bersamaan. Studi kasus ini dilakukan melalui wawancara dan observasi terhadap ROM pasif dan ROM aktif. Hasil studi kasus pada responden A dan B, sebagai berikut :

1. Gangguan mobilitas fisik pada pasien SNH

a. Responden A

Responden A pernah dirawat di RSUD Ende dengan riwayat hipertensi. Responden A belum pernah mengalami penyakit stroke, namun 10 jam sebelum responden dibawa ke Rumah sakit, responden sudah mulai merasakan kekakuan dan kelemahan pada anggota gerak bagian kanan. Saat dirawat di Rumah sakit responden didiagnosa penyakit SNH, dimana responden A mengalami hemiparesis, yaitu kekakuan dan kelemahan untuk melakukan gerakan atau mobilisasi pada setiap anggota gerak bagian kanan, dengan derajat kekuatan otot : leher 75, bahu 25, siku 50, lengan bawah 50, pergelangan tangan 25, jari tangan 50, pinggul 25, lutut 25, tumit (pergelangan kaki) 50, mata kaki 50, telapak kaki 50, jari kaki 25. Responden mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur, kesulitan berdiri dan berjalan, namun responden mampu untuk miring ke arah anggota gerak yang lemah, dan mampu untuk duduk. Responden juga mengalami kesulitan untuk mengubah posisi tidur seperti posisi telungkup, dan sims, namun responden mampu untuk mengubah posisi tidur seperti posisi telentang dan lateral.

b. Responden B

Responden B mulai mengalami stroke

sekitar 2 bulan yang lalu, dan baru pertama kali dirawat di Rumah sakit, sebelumnya responden belum pernah dirawat di Rumah sakit, dan responden tidak pernah mengalami penyakit stroke. Saat dirawat di Rumah sakit responden didiagnosa penyakit SNH, dimana responden mengalami hemiparase yaitu kekakuan dan kelemahan untuk melakukan gerakan atau mobilisasi pada setiap anggota gerak bagian kiri, dengan derajat kekuatan otot : leher 50, bahu 25, siku 25, lengan bawah 50, pergelangan tangan 25, jari tangan 50, pinggul 25, lutut 25, tumit (pergelangan kaki) 50, mata kaki 25, telapak kaki 50, jari kaki 50. Responden mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur, kesulitan untuk duduk, berdiri dan berjalan, namun responden mampu untuk miring ke arah anggota gerak yang lemah. Responden juga mengalami kesulitan untuk mengubah posisi tidur diantaranya posisi telungkup, lateral dan sims, responden hanya mampu untuk mengubah posisi tidur telentang.

2. Strategi Pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada pasien SNH

Strategi pemenuhan mobilitas fisik pada responden A dan B melalui ROM Pasif yang dilakukan oleh peneliti sebanyak 3 kali dalam sehari, dan ROM aktif dilakukan oleh responden sendiri tanpa bantuan peneliti maupun keluarga.

a. ROM pasif

Peneliti melakukan gerakan pada setiap anggota gerak responden A yang mengalami kekakuan dan kelemahan diantaranya leher, bahu, siku, lengan bawah, pergelangan tangan, jari tangan, pinggul, lutut,

Studi kasus dilaksanakan pada tanggal 11 - 13 Juli 2017 (3 hari) di ruangan penyakit dalam III RSUD Ende, dilakukan pada 2 responden yaitu responden A dan B dalam waktu yang bersamaan. Studi kasus ini dilakukan melalui wawancara dan observasi terhadap ROM pasif dan ROM aktif. Hasil studi kasus pada responden A dan B, sebagai berikut :

1. Gangguan mobilitas fisik pada pasien SNH

a. Responden A

Responden A pernah dirawat di RSUD Ende dengan riwayat hipertensi. Responden A belum pernah mengalami penyakit stroke, namun 10 jam sebelum responden dibawa ke Rumah sakit, responden sudah mulai merasakan kekakuan dan kelemahan pada anggota gerak bagian kanan. Saat dirawat di Rumah sakit responden didiagnosa penyakit SNH, dimana responden A mengalami hemiparesis, yaitu kekakuan dan kelemahan untuk melakukan gerakan atau mobilisasi pada setiap anggota gerak bagian kanan, dengan derajat kekuatan otot : leher 75, bahu 25, siku 50, lengan bawah 50, pergelangan tangan 25, jari tangan 50, pinggul 25, lutut 25, tumit (pergelangan kaki) 50, mata kaki 50, telapak kaki 50, jari kaki 25. Responden mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur, kesulitan berdiri dan berjalan, namun responden mampu untuk miring ke arah anggota gerak yang lemah, dan mampu untuk duduk. Responden juga mengalami kesulitan untuk mengubah posisi tidur seperti posisi telungkup, dan sims, namun responden mampu untuk mengubah posisi tidur seperti posisi telentang dan lateral.

b. Responden B

Responden B mulai mengalami stroke

sekitar 2 bulan yang lalu, dan baru pertama kali dirawat di Rumah sakit, sebelumnya responden belum pernah dirawat di Rumah sakit, dan responden tidak pernah mengalami penyakit stroke. Saat dirawat di Rumah sakit responden didiagnosa penyakit SNH, dimana responden mengalami hemiparase yaitu kekakuan dan kelemahan untuk melakukan gerakan atau mobilisasi pada setiap anggota gerak bagian kiri, dengan derajat kekuatan otot : leher 50, bahu 25, siku 25, lengan bawah 50, pergelangan tangan 25, jari tangan 50, pinggul 25, lutut 25, tumit (pergelangan kaki) 50, mata kaki 25, telapak kaki 50, jari kaki 50. Responden mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur, kesulitan untuk duduk, berdiri dan berjalan, namun responden mampu untuk miring ke arah anggota gerak yang lemah. Responden juga mengalami kesulitan untuk mengubah posisi tidur diantaranya posisi telungkup, lateral dan sims, responden hanya mampu untuk mengubah posisi tidur telentang.

2. Strategi Pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada pasien SNH

Strategi pemenuhan mobilitas fisik pada responden A dan B melalui ROM Pasif yang dilakukan oleh peneliti sebanyak 3 kali dalam sehari, dan ROM aktif dilakukan oleh responden sendiri tanpa bantuan peneliti maupun keluarga.

a. ROM pasif

Peneliti melakukan gerakan pada setiap anggota gerak responden A yang mengalami kekakuan dan kelemahan diantaranya leher, bahu, siku, lengan bawah, pergelangan tangan, jari tangan, pinggul, lutut,

tumit (pergelangan kaki), mata kaki, telapak kaki, dan jari kaki.

Hari pertama peneliti melakukan gerakan pada leher responden meliputi gerakan hiperekstensi, lateral fleksi dan lateral rotasi, responden belum bisa mengikuti gerakan tersebut sedangkan gerakan fleksi dan ekstensi responden sudah bisa mengikutinya. Setelah itu melakukan gerakan pada bahu, meliputi gerakan rotasi internal, dan rotasi eksternal, gerakan tersebut responden belum bisa mengikutinya sedangkan gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, responden bisa mengikutinya, setelah itu melakukan gerakan pada siku, meliputi gerakan fleksi dan ekstensi, responden bisa mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada lengan bawah meliputi gerakan pronasi dan supinasi, responden bisa mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada pergelangan tangan meliputi gerakan deviasi radial, deviasi ulnar dan sirkumduksi, responden tidak bisa mengikuti gerakan tersebut, sedangkan gerakan fleksi, ekstensi responden bisa mengikutinya, setelah itu melakukan gerakan pada jari tangan meliputi gerakan sirkumduksi, dan oposisi, responden tidak bisa mengikuti gerakan tersebut, gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, responden bisa mengikuti, selanjutnya melakukan gerakan pada anggota gerak pinggul meliputi gerakan abduksi, adduksi, rotasi dalam, rotasi luar dan sirkumduksi responden tidak bisa mengikuti gerakan tersebut, sedangkan gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi responden belum bisa mengikutinya. Setelah itu melakukan

gerakan pada lutut meliputi gerakan fleksi dan ekstensi, responden bisa mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada tumit (pergelangan kaki) meliputi gerakan fleksi dan ekstensi, responden mampu untuk mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada mata kaki meliputi gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi, responden mampu mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada telapak kaki meliputi gerakan inversi dan eversi, responden mampu mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada jari kaki meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, dan adduksi, responden mampu mengikuti gerakan tersebut.

Hari kedua peneliti melakukan gerakan pada leher yaitu gerakan hiperekstensi, lateral fleksi dan lateral rotasi, responden sudah bisa mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada gerakan pada bahu, meliputi gerakan rotasi internal, dan rotasi eksternal, responden sudah bisa mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada pergelangan tangan meliputi gerakan deviasi radial, deviasi ulnar dan sirkumduksi, responden sudah bisa mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada jari tangan meliputi gerakan sirkumduksi, dan oposisi, responden sudah bisa mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada pinggul meliputi gerakan abduksi, adduksi, rotasi dalam, rotasi luar dan sirkumduksi responden sudah bisa mengikuti gerakan tersebut. Gerakan pada anggota gerak yang lain tidak

dilakukan karena responden sudah bisa mengikutinya.

Hari ketiga responden sudah bisa mengikuti gerakan pada setiap anggota gerak leher, bahu, siku, lengan bawah, pergelangan tangan, jari tangan, pinggul, lutut, tumit (pergelangan kaki), mata kaki, telapak kaki, dan jari kaki, sehingga peneliti tidak melakukan lagi gerakan tersebut pada responden A. Peneliti membantu responden untuk miring pada anggota gerak yang lemah, membantu responden untuk bangun dari tempat tidur, kemudian duduk, berdiri, tetapi responden masih mengalami kekakuan untuk berjalan. Peneliti juga membantu responden dalam perubahan posisi tidur setiap 2 jam meliputi posisi telungkup, dan sims, sedangkan posisi lateral dan telentang bisa dilakukan responden sendiri.

Peneliti juga melakukan gerakan pada setiap anggota gerak responden B yang mengalami kekakuan dan kelemahan diantaranya leher, bahu, siku, lengan bawah, pergelangan tangan, jari tangan, pinggul, lutut, tumit (pergelangan kaki), mata kaki, telapak kaki, dan jari kaki.

Hari pertama Peneliti melakukan gerakan pada leher responden meliputi gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, lateral fleksi dan lateral rotasi, responden mampu untuk mengikuti gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, dan lateral fleksi, namun responden tidak mampu mengikuti gerakan lateral rotasi, setelah itu melakukan gerakan pada bahu, meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi internal, dan rotasi eksternal, responden mampu untuk mengikuti gerakan tersebut, setelah itu

melakukan gerakan pada siku, meliputi gerakan fleksi dan ekstensi, responden mampu untuk mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada lengan bawah meliputi gerakan pronasi dan supinasi, responden mampu untuk mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada pergelangan tangan meliputi gerakan fleksi, ekstensi, deviasi radial, deviasi ulnar dan sirkumduksi, responden mampu mengikuti gerakan fleksi, ekstensi, deviasi radial, deviasi ulnar, namun responden tidak mampu mengikuti gerakan sirkumduksi, setelah itu melakukan gerakan pada jari tangan meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, sirkumduksi, dan oposisi, responden mampu mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada pinggul meliputi gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, rotasi dalam, rotasi luar dan sirkumduksi, responden mampu untuk mengikuti gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, rotasi dalam dan rotasi luar, namun responden tidak bisa mengikuti gerakan sirkumduksi, setelah itu melakukan gerakan pada lutut meliputi gerakan fleksi dan ekstensi, responden mampu untuk mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada tumit (pergelangan kaki) meliputi gerakan fleksi dan ekstensi, responden mampu untuk mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada mata kaki meliputi gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi, responden mampu untuk mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada telapak kaki

meliputi gerakan infersi dan efersi, responden mampu untuk mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada jari kaki meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, dan adduksi, responden mampu untuk mengikuti gerakan tersebut.

Hari kedua peneliti melakukan gerakan pada responden meliputi leher yaitu gerakan lateral rotasi, responden tidak bisa mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada pergelangan tangan yaitu gerakan sirkumduksi responden tidak bisa mengikuti gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada pinggul yaitu gerakan sirkumduksi responden tidak bisa mengikuti gerakan tersebut. Peneliti membantu responden B untuk bangun dari tempat tidur, duduk, namun responden masih mengalami kesulitan untuk berdiri dan masih kaku untuk berjalan. Peneliti juga membantu responden dalam perubahan posisi tidur setiap 2 jam diantaranya posisi telungkup, lateral dan sims, sedangkan posisi telentang dilakukan oleh responden sendiri. Hari ketiga peneliti tidak melakukan ROM pasif karena responden mengalami kejang.

b. ROM aktif

ROM aktif dilakukan oleh Responden sendiri tanpa bantuan peneliti maupun keluarga. Hari pertama peneliti mengobservasi ROM aktif yang dilakukan oleh responden A pada anggota gerak yang mengalami kelemahan diantaranya anggota gerak leher meliputi gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, lateral fleksi dan lateral rotasi, responden mampu untuk melakukan semua gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada bahu meliputi gerakan fleksi, ekstensi,

abduksi, adduksi, rotasi internal dan rotasi ekstenal, responden tidak bisa melakukan gerakan tersebut. Setelah itu melakukan gerakan pada siku meliputi gerakan fleksi dan ekstensi, responden mampu untuk melakukan gerakan ekstensi, sedangkan gerakan fleksi belum bisa dilakukan. Setelah itu melakukan gerakan pada lengan bawah meliputi gerakan pronasi dan supinasi, responden tidak mampu melakukan untuk gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada pergelangan tangan meliputi gerakan fleksi, ekstensi, deviasi radial, deviasi urinal, dan sirkumduksi, responden tidak mampu untuk melakukan gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada jari tangan meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, sirkumduksi, dan oposisi, responden tidak mampu untuk melakukan gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada pinggul meliputi gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, rotasi dalam, rotasi luar dan sirkumduksi, responden mampu untuk melakukan gerakan fleksi, ekstensi, namun responden tidak mampu untuk melakukan gerakan hiperekstensi, rotasi dalam, rotasi luar, abduksi, adduksi dan sirkumduksi, setelah itu melakukan gerakan pada lutut meliputi gerakan fleksi dan ekstensi, responden tidak mampu untuk melakukan gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada tumit (pergelangan kaki) meliputi gerakan fleksi dan ekstensi, responden mampu untuk melakukan gerakan ekstensi dan tidak mampu melakukan gerakan

fleksi, setelah itu melakukan gerakan pada mata kaki meliputi gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi, responden mampu untuk melakukan gerakan dorsofleksi dan tidak mampu untuk melakukan gerakan plantarfleksi, setelah itu melakukan gerakan pada telapak kaki meliputi gerakan infersi dan efersi, responden mampu untuk melakukan gerakan efersi dan tidak mampu untuk melakukan gerakan infersi, setelah itu melakukan gerakan pada jari kaki meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, dan adduksi, responden mampu untuk melakukan semua gerakan tersebut.

Hari kedua peneliti mengobservasi ROM yang dilakukan peneliti pada anggota gerak bahu. Responden hanya bisa melakukan gerakan fleksi dan ekstensi, sedangkan gerakan yang lain belum bisa dilakukan oleh responden, setelah itu melakukan gerakan fleksi pada siku, responden bisa melakukannya. Setelah itu melakukan gerakan pada lengan bawah yaitu supinasi dan pronasi responden bisa melakukan gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada pergelangan tangan responden bisa melakukan gerakan fleksi dan ekstensi sedangkan gerakan yang lain tidak bisa, setelah itu melakukan gerakan pada jari tangan, responden tidak mampu melakukan gerakan sirkumduksi, sedangkan gerakan lain responden bisa melakukannya, setelah itu melakukan gerakan pada pinggul responden hanya bisa melakukan gerakan fleksi, ekstensi, abduksi dan adduksi, sedangkan gerakan lain belum bisa dilakukan. Setelah itu melakukan gerakan pada lutut, responden bisa melakukan gerakan ekstensi, sedangkan gerakan lain tidak bisa. Setelah itu melakukan gerakan pada tumit responden hanya

melakukan gerakan fleksi. Setelah itu melakukan gerakan pada mata kaki responden hanya bisa melakukan gerakan dorsofleksi, sedangkan jari kaki responden mampu melakukan semua gerakan tersebut.

Hari ketiga peneliti mengobservasi ROM yang dilakukan responden pada anggota gerak yang mengalami kelemahan ternyata hari ketiga tidak mengalami perubahan artinya perubahan yang terjadi pada hari kedua tetap sama pada hari ketiga.

ROM aktif yang dilakukan oleh responden B pada anggota gerak yang mengalami kelemahan diantaranya anggota gerak leher meliputi gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, lateral fleksi dan lateral rotasi, responden mampu untuk melakukan gerakan fleksi dan ekstensi, namun tidak bisa untuk melakukan gerakan hiperekstensi, lateral fleksi dan lateral rotasi, setelah itu melakukan gerakan pada bahu meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi internal dan rotasi eksternal, responden tidak bisa untuk melakukan semua gerakan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada siku meliputi fleksi dan ekstensi, responden tidak bisa untuk melakukan gerakan fleksi, responden hanya mampu untuk melakukan gerakan ekstensi, setelah itu melakukan gerakan pada lengan bawah meliputi gerakan pronasi dan supinasi, responden tidak bisa untuk melakukan gerakan pronasi, responden hanya mampu melakukan gerakan supinasi, setelah itu

melakukan gerakan pada pergelangan tangan meliputi gerakan fleksi, ekstensi, deviasi radial, deviasi ulnar, dan sirkumduksi, responden mampu untuk melakukan gerakan fleksi dan ekstensi serta tidak mampu untuk melakukan gerakan deviasi radial, deviasi ulnar dan sirkumduksi, setelah itu melakukan gerakan pada jari tangan meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, sirkumduksi, dan oposisi, responden mampu untuk melakukan gerakan fleksi dan ekstensi, dan oposisi serta tidak mampu untuk melakukan gerakan abduksi, adduksi, dan sirkumduksi, setelah itu melakukan gerakan pada pinggul meliputi gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, rotasi dalam, rotasi luar dan sirkumduksi, responden mampu untuk melakukan gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, serta tidak mampu melakukan gerakan abduksi, adduksi, rotasi dalam, rotasi luar, dan sirkumduksi, setelah itu melakukan gerakan pada anggota gerak lutut meliputi gerakan fleksi dan ekstensi, responden tidak mampu untuk melakukan tersebut, setelah itu melakukan gerakan pada tumit (pergelangan kaki) meliputi gerakan fleksi dan ekstensi, responden mampu untuk melakukan gerakan ekstensi, namun tidak bisa untuk melakukan gerakan fleksi, setelah itu melakukan gerakan pada mata kaki meliputi gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi, responden mampu untuk melakukan gerakan dorsofleksi, namun responden tidak mampu untuk melakukan gerakan plantarfleksi, setelah itu melakukan gerakan pada telapak kaki meliputi gerakan infersi dan eversi, responden mampu untuk melakukan gerakan eversi, namun responden tidak mampu melakukan gerakan infersi, setelah itu melakukan gerakan pada jari kaki meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, dan adduksi, responden mampu untuk melakukan gerakan fleksi dan ekstensi, namun responden tidak mampu melakukan gerakan abduksi dan adduksi.

Hari kedua peneliti mengobservasi tindakan ROM yang dilakukan oleh peneliti ternyata hari kedua tidak mengalami perubahan artinya tetap sama pada hari pertama, sedangkan hari ketiga ROM tidak dilakukan oleh responden karena responden mengalami kejang.

3. Dampak pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada pasien SNH

Setelah peneliti melakukan tindakan strategi pemenuhan mobilitas fisik pada responden A dan B selama 3 hari baik ROM pasif dan aktif, peneliti menemukan dampak dari tindakan pengaturan mobilitas fisik tersebut antara lain sebagai berikut :

a. Responden A

1) Hari pertama

Responden A mengalami peningkatan kekuatan otot dibuktikan bahwa derajat kekuatan otot pada setiap anggota gerak antara lain leher 75, bahu 50, siku 75, lengan bawah 50, pergelangan tangan 50, jari tangan 50, pinggul 50, lutut 25, tumit 50, mata kaki 50, telapak kaki 25, jari kaki 50.

2) Hari kedua

Responden A mengalami peningkatan kekuatan otot dibuktikan bahwa derajat kekuatan otot pada setiap anggota gerak antara lain leher 100, bahu, 50, siku

75, lengan bawah 75, pergelangan tangan 50, jari tangan 75, pinggul 50, lutut 50, tumit 50, mata kaki 50, telapak kaki 50, jari kaki 75.

3) Hari ketiga

Responden A mengalami peningkatan kekuatan otot dibuktikan bahwa derajat kekuatan otot pada setiap anggota gerak antara lain leher 100, bahu 75 siku 75, lengan bawah 75, pergelangan tangan 75, jari tangan 75, pinggul 75, lutut 75, tumit 75, mata kaki 50, telapak kaki 50, jari kaki 75. Pada hari pertama, kedua dan ketiga responden juga mampu untuk miring sendiri pada anggota gerak yang lemah, dapat bangun, dan duduk, responden masih sedikit kaku untuk berdiri dan berjalan, mampu untuk mengubah sendiri posisi tidur yaitu posisi telentang, telungkup, lateral dan sims. Responden A mengalami peningkatan kekuatan otot, karena tindakan ROM dilakukan oleh responden secara baik dan optimal.

b. Responden B

1) Hari pertama

Responden tidak mengalami peningkatan kekuatan otot dengan dibuktikan derajat kekuatan otot pada anggota gerak leher 50, bahu 25, siku 25, lengan bawah 50, pergelangan tangan 50, jari tangan 50, pinggul 25, lutut 25, tumit 50, mata kaki 25, telapak kaki 50, jari kaki 50.

2) Hari kedua

Responden tidak mengalami peningkatan kekuatan otot dengan dibuktikan derajat kekuatan otot pada setiap anggota gerak nilainya sama, dengan hari pertama. Pada hari pertama dan kedua responden

juga masih mengalami kesulitan untuk bangun sendiri, duduk, berdiri dan berjalan, hanya bisa miring pada anggota gerak yang lemah, masih sulit mengubah posisi tidur sendiri seperti posisi telungkup, sims, hanya bisa telentang dan lateral. Responden B tidak mengalami peningkatan kekuatan otot, karena tindakan ROM tidak dilakukan dengan baik dan optimal dengan alasan bahwa, responden B pada hari ke 3 mengalami kejang sehingga ROM hanya dilakukan 2 hari saja.

DISKUSI

1. Gangguan mobilitas fisik pada pasien SNH

Responden A dan B mengalami gangguan mobilitas fisik antara lain responden A mengalami kekakuan dan kelemahan pada anggota gerak bagian kanan. Responden mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur, kesulitan berdiri dan berjalan, hanya mampu untuk miring ke arah anggota gerak yang lemah, dan mampu untuk duduk. Responden juga mengalami kesulitan untuk mengubah posisi tidur seperti posisi telungkup, dan sims, responden hanya mampu untuk mengubah posisi tidur seperti posisi telentang dan lateral. Responden B juga mengalami kekakuan dan kelemahan pada anggota gerak bagian kiri. Responden mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur, kesulitan untuk duduk, berdiri dan berjalan, namun responden mampu untuk miring ke arah anggota gerak yang lemah. Responden juga mengalami kesulitan untuk mengubah posisi tidur diantaranya posisi telungkup, lateral dan sims. Responden hanya mampu untuk

mengubah posisi tidur telentang.

Gambaran gangguan mobilitas fisik pada responden A dan B sesuai dengan pendapat Budi Ana Keliat dalam Nanda (2015) mengatakan bahwa penderita SNH yang mengalami hemiparase, biasanya ditemukan gangguan mobilitas fisik yang meliputi kelemahan otot, kekakuan pada anggota gerak yang mengalami hemiparase, keterbatasan rentang gerak, kesulitan membolak balik posisi, tremor, dan tidak mampu merawat diri secara mandiri.

Hasil studi kasus ini didukung dengan hasil studi kasus oleh Niken Laras Gray Kusuma (2012) dengan judul studi kasus asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan mobilisasi pada pasien SNH di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Studi kasus tersebut dilakukan pada pasien SNH yang mengalami hemiparase pada anggota gerak bagian kanan. Responden mengalami kelemahan otot dan kekakuan pada anggota gerak, kesulitan untuk mengubah posisi tidur, tremor, dan kesulitan untuk bangun, duduk, berjalan, dan tidak mampu merawat diri secara mandiri, kecuali dibantu oleh keluarga. Pada responden A dan B mengalami kekakuan dan kelemahan otot pada anggota gerak yang mengalami hemiparase, yang disebabkan karena gangguan peredaran darah ke otak yang diakibatkan oleh sumbatan atau penyempitan pembuluh darah otak. Oleh karena itu responden sangat membutuhkan dukungan dan motivasi dari keluarga, perawat dan ahli fisioterapi dalam melakukan mobilisasi.

2. Strategi pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada pasien SNH

Pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik dilakukan pada responden A dan B melalui ROM pasif dan aktif pada setiap anggota gerak yang mengalami kekakuan

dan kelemahan antara lain leher meliputi gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, lateral fleksi dan lateral rotasi. Bahu meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi internal dan rotasi eksternal. Siku meliputi gerakan fleksi dan ekstensi. Lengan bawah meliputi gerakan pronasi dan supinasi. Pergelangan tangan meliputi gerakan fleksi, ekstensi, deviasi radial, deviasi ulnar dan sirkumduksi. Jari tangan meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, sirkumduksi dan oposisi. Pinggul meliputi gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, rotasi dalam, rotasi luar dan sirkumduksi. Lutut meliputi gerakan fleksi dan ekstensi. Tumit (pergelangan kaki) meliputi gerakan fleksi dan ekstensi. Mata kaki meliputi gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi. Telapak kaki meliputi gerakan inferi dan eferi. Jari kaki meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi dan adduksi.

Strategi pemenuhan mobilitas fisik pada responden A dan B sesuai dengan pendapat Saputra (2013) yang menyatakan bahwa pemenuhan mobilitas pasien SNH meliputi ROM pasif dan aktif pada anggota gerak yang mengalami kelemahan otot, yang meliputi leher yaitu gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, lateral fleksi dan lateral rotasi. Bahu meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi internal dan rotasi eksternal. Siku meliputi gerakan fleksi dan ekstensi. Lengan bawah meliputi gerakan pronasi dan supinasi. Pergelangan tangan meliputi gerakan fleksi, ekstensi, deviasi radial, deviasi ulnar dan sirkumduksi. Jari tangan meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, sirkumduksi dan oposisi. Pinggul meliputi gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, rotasi dalam, rotasi luar dan sirkumduksi. Lutut meliputi gerakan fleksi dan ekstensi. Tumit (pergelangan

kaki) meliputi gerakan fleksi dan ekstensi. Mata kaki meliputi gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi. Telapak kaki meliputi gerakan infersi dan efersi. Jari kaki meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi dan adduksi.

Hasil studi kasus ini didukung oleh hasil penelitian Judi Nurbaeni di RSUD dr. Soedono Madiun (2016) dengan judul upaya peningkatan mobilitas fisik pada pasien SNH. Peningkatan mobilitas pasien SNH dilakukan melalui ROM pasif dan aktif pada anggota gerak yang mengalami kelemahan yang meliputi leher yaitu gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, lateral fleksi dan lateral rotasi. Bahu meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi internal dan rotasi eksternal. Siku meliputi gerakan fleksi dan ekstensi. Lengan bawah meliputi gerakan pronasi dan supinasi. Pergelangan tangan meliputi gerakan fleksi, ekstensi, deviasi radial, deviasi ulnar dan sirkumduksi. Jari tangan meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, sirkumduksi dan oposisi. Pinggul meliputi gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, rotasi dalam, rotasi luar dan sirkumduksi. Lutut meliputi gerakan fleksi dan ekstensi. Tumit (pergelangan kaki) meliputi gerakan fleksi dan ekstensi. Mata kaki meliputi gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi. Telapak kaki meliputi gerakan infersi dan efersi. Jari kaki meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi dan adduksi. Responden A dan B mengalami kekakuan pada anggota gerak yang mengalami hemiparase, yang diakibatkan oleh sumbatan atau penyempitan pembuluh darah otak, oleh karena itu tindakan mobilisasi perlu dilakukan pada responden yaitu berupa ROM pasif, dimana ROM pasif dilakukan peneliti dan keluarga, sedangkan ROM aktif dilakukan oleh responden sendiri. Diharapkan kepada keluarga dan responden untuk selalu

melakukan latihan mobilitas fisik di rumah sehingga dapat meningkatkan kembali kekuatan otot yang mengalami kelemahan.

3. Dampak pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada pasien SNH

Dampak pemenuhan mobilitas fisik pada responden A dan B setelah dilakukan ROM, antara lain dimana responden A mengalami peningkatan kekuatan otot pada anggota gerak yang mengalami kelemahan sedangkan responden B tidak mengalami peningkatan kekuatan otot pada anggota gerak yang mengalami kelemahan.

Dampak pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada responden A dan B sesuai dengan pendapat Maria, dkk (2012) mengatakan bahwa pasien yang melakukan ROM pasif dan aktif kekuatan ototnya akan mengalami peningkatan dan sirkulasi darah menjadi lancar, sedangkan pasien yang tidak melakukan mobilitas fisik tidak akan mengalami peningkatan kekuatan otot.

Hasil studi kasus ini didukung oleh hasil penelitian Dona Kurniawan (2015) dengan judul pengaruh latihan ROM terhadap kemampuan mobilisasi pada lansia, menunjukkan bahwa ROM pasif dan aktif yang dilakukan pada responden terjadi peningkatan rentang gerak sendi, serta mengalami peningkatan kekuatan otot dengan skala 4 nilai kekuatan otot 75. Responden A mengalami peningkatan kekuatan otot, karena tindakan ROM dilakukan oleh responden secara baik dan optimal. Responden B tidak mengalami peningkatan kekuatan otot, karena tindakan ROM tidak dilakukan dengan baik dan optimal dengan alasan bahwa, responden B pada hari ke 3 mengalami kejang sehingga ROM hanya dilakukan 2 hari saja. Diharapkan kepada responden, perawat dan ahli fisioterapi untuk melakukan mobilitas fisik pada responden berupa ROM, secara

baik dan optimal serta selalu memberikan edukasi atau penyuluhan kesehatan pada responden tentang pentingnya ROM.

SIMPULAN

1. Gangguan mobilitas fisik pada pasien SNH antara lain mengalami kekakuan dan kelemahan pada anggota gerak yang mengalami hemiparase, kesulitan untuk megubah posisi tidur, kesulitan untuk bangun dari tempat tidur, kesulitan untuk duduk, kesulitan untuk berdiri dan berjalan.
2. Strategi Pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada pasien SNH meliputi ROM pasif dan aktif pada setiap anggota gerak yang mengalami kekakuan dan kelemahan antara lain leher meliputi gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, lateral fleksi dan lateral rotasi. Bahu meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, rotasi internal dan rotasi eksternal. Siku meliputi gerakan fleksi dan ekstensi. Lengan bawah meliputi gerakan pronasi dan supinasi. Pergelangan tangan meliputi gerakan fleksi, ekstensi, deviasi radial, deviasi ulnar dan sirkumduksi. Jari tangan meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, sirkumduksi dan oposisi. Pinggul meliputi gerakan fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, rotasi dalam, rotasi luar dan sirkumduksi. Lutut meliputi gerakan fleksi dan ekstensi, Tumit (pergelangan kaki) meliputi gerakan fleksi dan ekstensi. Mata kaki meliputi gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi. Telapak kaki meliputi gerakan inversi dan eversi. Jari kaki meliputi gerakan fleksi, ekstensi, abduksi dan adduksi.
3. Dampak pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik pada pasien SNH yaitu mengalami peningkatan kekuatan otot pada anggota gerak yang mengalami kelemahan, karena tindakan ROM yang dilakukan tersebut

secara baik dan optimal. Sedangkan dampak pemenuhan mobilitas fisik pada pasien SNH yang tidak mengalami peningkatan kekuatan otot, karena tindakan ROM yang dilakukan tersebut tidak secara baik dan optimal, dengan alasan responden mengalami kejang sehingga hari ketiga ROM tidak dilakukan, namun ROM hanya dilakukan dua hari saja.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul Hidayat Aziz. A, 2006, *Buku Saku Pratikum Kebutuhan Dasar Manusia*, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Astrid Maria, 2012, *Pengaruh latihan Range Of Motion (ROM) Terhadap Kekuatan Otot, Luas Gerak Sendi dan Kemampuan Fungsional Pasien Stroke di RS Sint Carolus Jakarta* (Online), Tersedia dalam : [http : // google.com/search?hl=en&as](http://google.com/search?hl=en&as)
- Brunner & Suddart , 2001, *Keperawatan Medikal Bedah*, Edisi 8, Jakarta, EGC.
- Budi Anna Keliat, 2015, *NANDA Internasional "Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi"*, Penerjemah Made Sumarwati, dkk, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Dona Kurniawan (2015), *Studi Kasus :Pengaruh Latihan ROM terhadap kemampuan mobilisasi pada lansia*, RSUD dr. Soedirman Kebumen, tersedia dalam : jkk.ub.ac.id.
- Judi Nurbaeni (2016) *dengan judul penelitian upaya peningkatan mobilitas fisik pada pasien SNH*, di RSUD dr. Soedono Madiun
- Kemenkes, 2013, *Pedoman Interpretasi Data Klinik*.
- Mansjoer, Arif, *Kapita Selekta Kedokteran*, (2000). Edisi 3, FKUI, Jakarta.
- Niken Laras Gray Kusuma (2012), studi kasus: **Asuhan keperawatan pemenuhan**

- kebutuhan mobilisasi pada pasien SNH di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, Tersedia dalam:** [http:// google.com/search? hl = en&as](http://google.com/search?hl=en&as)
- Nursalam, 2003, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Edisi I, Jakarta, Salemba Medika.
- Potter dan Perry, 2005, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktek*, Edisi 4, Voleme 2, Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Saputra, 2013, *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*, Jakarta, EGC.
- Tarwoto, 2007, *Kebutuhan Dasar Manusia Dalam Proses Keperawatan*, Jakarta, Salemba Medika.