

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Analisis Asuhan Keperawatan

4.1.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari suatu proses keperawatan, kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah pengumpulan data seperti riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan data sekunder meliputi catatan, hasil pemeriksaan diagnostic dan literature (deswani,2023). Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian dalam menangani masalah-masalah klien sehingga dapat menentukan tindakan keperawatan yang tepat. Keberhasilan proses keperawatan sangat tergantung pada tahap ini (Muttaqim,2024). Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medic (Herdman,2025).

Pada tahap pengkajian, perawat melakukan pengumpulan data subjektif dan objektif secara sistematis. Data subjektif yang didapat meliputi keluhan pasien seperti lemah pada sisi tubuh bagian kanan, tidak bisa diajak bicara,lemas, nyeri otot akibat imobilisasi,terkadang nyeri kepala,pasien cenderung banyak tidur, serta perasaan tidak berdaya atau cemas terhadap kondisi yang dialami. Pasien juga memiliki ketergantungan pada keluarga dalam memenuhi kebutuhan dasar seperti mandi, berpakaian, dan berpindah posisi. Dari aspek kualitas hidup, pasien mungkin menyatakan adanya perubahan peran dalam keluarga, keterbatasan bersosialisasi, serta penurunan rasa percaya diri.

Data objektif yang ditemukan pada pengkajian meliputi adanya penurunan kekuatan otot 5/0 dan 5/0, keterbatasan rentang gerak (range of motion), tonus otot yang menurun, gangguan koordinasi, serta hasil pemeriksaan neurologis seperti refleks patologis atau deviasi wajah menunjukkan hasil yang tidak normal. Selain itu, dapat ditemukan gangguan keseimbangan saat duduk,serta ketergantungan

dalam aktivitas sehari-hari berdasarkan pengukuran indeks Barthel atau instrumen kualitas hidup yang relevan. Kondisi kulit juga perlu dikaji untuk mencegah risiko dekubitus akibat imobilisasi.

Menurut sudut pandang peneliti dalam konteks penerapan terapi **Range of Motion (ROM)** merupakan intervensi keperawatan nonfarmakologis yang penting dalam penatalaksanaan pasien CVA infark dengan gangguan mobilitas fisik. Terapi ROM tidak hanya berperan dalam mempertahankan rentang gerak sendi, tetapi juga membantu meningkatkan kekuatan otot, mencegah kontraktur, memperbaiki sirkulasi darah, serta mempertahankan fungsi ekstremitas yang mengalami kelemahan. Pelaksanaan terapi ROM secara teratur dan bertahap sesuai kondisi pasien memberikan kesempatan bagi sistem neuromuskular untuk beradaptasi sehingga proses pemulihan fungsi motorik dapat berlangsung lebih optimal. Dengan demikian, pengkajian awal menjadi dasar untuk mengevaluasi perubahan setelah intervensi, baik dari segi peningkatan mobilitas fisik maupun perbaikan kualitas hidup pasien. Secara keseluruhan, pengkajian keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik harus dilakukan secara holistik dan berkesinambungan. Data yang terkumpul menjadi landasan dalam merencanakan intervensi keperawatan, termasuk penerapan effleurage massage sebagai terapi komplementer, guna mendukung peningkatan fungsi fisik dan kualitas hidup pasien secara optimal.

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan utama yang muncul pada pasien Cva infark dalam penelitian ini adalah gangguan mobilitas fisik. Cva Infark merupakan kondisi akibat terhambatnya aliran darah ke otak sehingga menyebabkan hipoksia jaringan dan kematian sel saraf. Kondisi ini menimbulkan kelemahan otot (hemiparesis/hemiplegi), penurunan kekuatan otot, gangguan koordinasi, serta keterbatasan rentang gerak. Pada pasien berikut, gangguan mobilitas fisik ditandai dengan ketidakmampuan menggerakkan ekstremitas secara mandiri, penurunan tonus otot, gangguan keseimbangan, serta ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari seperti berpindah posisi, berjalan, maupun melakukan perawatan diri. Secara

patofisiologis, kerusakan area motorik di otak menyebabkan terputusnya impuls saraf menuju otot sehingga kontraksi otot menjadi tidak efektif dan berakibat pada penurunan fungsi gerak (Ratnasari, S. 2020)

Dalam sudut pandang peneliti gangguan mobilitas fisik yang tidak ditangani secara optimal dapat berdampak luas terhadap kualitas hidup pasien. Keterbatasan gerak menyebabkan penurunan kemandirian, meningkatnya risiko komplikasi seperti dekubitus, kontraktur, atrofi otot, hingga trombosis vena dalam. Selain itu, imobilitas berkepanjangan juga dapat memicu masalah psikososial seperti perasaan tidak berdaya, rendah diri, dan depresi, yang pada akhirnya memperburuk persepsi pasien terhadap kualitas hidupnya. Oleh karena itu, intervensi keperawatan yang komprehensif sangat diperlukan untuk meningkatkan fungsi fisik sekaligus mendukung aspek psikologis pasien.

Dengan demikian, analisis asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik menekankan pentingnya intervensi yang tidak hanya berfokus pada pemulihan fungsi gerak, tetapi juga pada peningkatan kualitas hidup secara menyeluruh. Penerapan terapi **Range of Motion (ROM)** sebagai bagian dari intervensi keperawatan diharapkan mampu meningkatkan kekuatan otot, mempertahankan dan meningkatkan rentang gerak sendi, mencegah terjadinya kontraktur, serta mempercepat proses rehabilitasi. Melalui pelaksanaan terapi ROM yang dilakukan secara teratur dan berkesinambungan, pasien diharapkan dapat meningkatkan kemampuan fungsional, mencapai kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari, serta memperbaiki aspek fisik, psikologis, dan sosial sehingga kualitas hidup pasien menjadi lebih baik.

4.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien Tn. S difokuskan pada upaya peningkatan kualitas hidup melalui pendekatan rehabilitatif dan terapi komplementer berupa terapi **Range of Motion (ROM)** merupakan latihan menggerakkan bagian tubuh untuk memelihara fleksibilitas dan kemampuan sendi. Dalam asuhan keperawatan, terapi ROM bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot, mempertahankan dan

meningkatkan rentang gerak sendi, memperbaiki tonus otot, merangsang saraf motorik, serta mencegah terjadinya kekakuan sendi dan kontraktur. Secara fisiologis, latihan ROM memberikan rangsangan pada sistem neuromuskular dan muskular sehingga meningkatkan aktivitas serabut saraf, terutama saraf parasimpatis, yang merangsang produksi asetilkolin dan memicu kontraksi otot. Selain itu, latihan ROM(Range Of Motion) meningkatkan metabolisme pada mitokondria sehingga menghasilkan adenosin trifosfat (ATP) yang digunakan sebagai sumber energi untuk kontraksi otot. Mekanisme tersebut berperan dalam meningkatkan tonus otot, kekuatan otot, serta kemampuan mobilisasi pasien secara bertahap. Oleh karena itu, penerapan terapi ROM(Range Of Motion)secara rutin dan sesuai kondisi pasien diharapkan mampu mempercepat proses rehabilitasi, meningkatkan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari, serta mencegah komplikasi akibat imobilisasi pada pasien CVA infark (Kusyairi A., 2024; Mukhtar, Supu, & Rauf, 2024).

Menurut sudut pandang peneliti, dalam pelaksanaannya terapi **Range of Motion (ROM)** dilakukan setelah pengkajian menyeluruh terhadap kondisi pasien yang meliputi tingkat kesadaran, kekuatan otot, rentang gerak sendi, kemampuan mobilisasi, tanda-tanda vital, serta stabilitas hemodinamik. Sebelum tindakan dilakukan, perawat memastikan bahwa tidak terdapat kontraindikasi pemberian terapi ROM, seperti adanya fraktur yang belum stabil, nyeri hebat saat digerakkan, cedera muskuloskeletal akut, atau kondisi lain yang dapat memperburuk keadaan pasien. Terapi ROM diberikan pada ekstremitas yang mengalami kelemahan dengan melakukan gerakan secara pasif maupun aktif sesuai kemampuan pasien dan dilakukan secara bertahap mengikuti rentang gerak fisiologis setiap sendi. Pada kasus Tn.S, terapi ROM dilaksanakan **1 kali sehari selama 3 hari berturut-turut** sesuai toleransi pasien, dengan tujuan meningkatkan kekuatan otot, mempertahankan fleksibilitas sendi, mencegah kontraktur, serta meningkatkan kemampuan mobilisasi.

Secara keseluruhan, implementasi Terapi ROM(Range Of Motion) sebagai bagian dari intervensi keperawatan di Ruang Edelweis RSUD Ibnu Sina Gresik

menunjukkan bahwa terapi komplementer yang dilakukan secara sistematis dan berbasis evidence dapat menjadi strategi efektif dalam meningkatkan kualitas hidup pasien Cva dengan gangguan mobilitas fisik. Intervensi ini memperkuat peran perawat dalam memberikan asuhan yang promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara terpadu.

4.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada kasus pasien Tn. S dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Edelweis RSUD Ibnu Sina Gresik berfokus pada peningkatan kualitas hidup melalui intervensi mandiri dan kolaboratif, salah satunya penerapan Terapi ROM(Range Of Motion). Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), diagnosis utama yang diangkat adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuskular akibat stroke non hemoragik. Implementasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut, dengan durasi 10–15 menit setiap sesi, satu kali per hari. Terapi ROM(Range Of Motion) diterapkan pada kedua ekstremitas namun berfokus pada yang mengalami kelemahan, menggunakan teknik ROM(Range Of Motion) guna untuk meningkatkan kekuatan otot, mempertahankan fleksibilitas sendi, mencegah kontraktur, serta meningkatkan kemampuan mobilisasi. Sebelum tindakan, perawat melakukan identifikasi pasien, menjelaskan prosedur, mengkaji kekuatan otot, serta memastikan tidak terdapat kontraindikasi seperti adanya fraktur. Selama tindakan, respon pasien dipantau melalui ekspresi wajah, skala nyeri, dan kenyamanan, kemudian didokumentasikan dalam catatan perkembangan keperawatan.

Selain penerapan Terapi ROM(Range Of Motion) sebagai intervensi inovatif, implementasi keperawatan yang umum dilakukan di rumah sakit sesuai SDKI dan prosedur standar meliputi pemantauan tanda-tanda vital, pengkajian status neurologis (kesadaran, kekuatan otot, refleks), latihan rentang gerak (Range of Motion/ROM) pasif maupun aktif sesuai kemampuan pasien, reposisi setiap 2 jam untuk mencegah dekubitus, serta kolaborasi dengan fisioterapis dalam program rehabilitasi medik. Peneliti juga memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya mobilisasi dini, latihan mandiri sederhana, serta pencegahan

komplikasi seperti kontraktur dan atrofi otot. Implementasi ini dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan selama tiga hari, dengan evaluasi harian terhadap peningkatan toleransi aktivitas, penurunan kekakuan otot, dan kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan sederhana. Menurut sudut pandang peneliti, kombinasi intervensi standar rumah sakit dan Terapi ROM(Range Of Motion) menunjukkan pendekatan holistik yang berfokus pada perbaikan fungsi fisik,serta berkontribusi terhadap peningkatan kenyamanan, relaksasi, dan kualitas hidup pasien cva infark.

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada pasien Tn.S dengan diagnosis medis stroke non hemoragik dan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik (berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia/SDKI) difokuskan pada pencapaian luaran peningkatan mobilitas, pencegahan komplikasi imobilisasi, serta peningkatan kualitas hidup melalui penerapan terapi ROM(Range Of Motion) sebagai terapi komplementer.Evaluasi dilakukan di Ruang Edelweis RSUD Ibnu Sina Gresiksesuai prosedur operasional standar(SPO) rumah sakit, meliputi pemantauan tanda vital, status neurologis, kekuatan otot, rentang gerak (ROM), tingkat ketergantungan aktivitas sehari-hari (ADL), serta respon pasien terhadap intervensi terapi ROM (Range Of Motion)yang dilakukan secara terjadwal selama tiga hari perawatan.

Pada hari pertama perawatan, evaluasi menunjukkan bahwa pasien masih mengalami kelemahan ekstremitas sisi hemiparese dengan kekuatan otot5/0 5/0, ROM terbatas, dan memerlukan bantuan penuh dalam mobilisasi di tempat tidur. Setelah dilakukan intervensi berupa pemantauan hemodinamik, latihan ROM pasif, edukasi keluarga,selama $\pm 10-15$ menit pada ekstremitas yang mengalami kelemahan sesuai prosedur rumah sakit, respon pasien masih belum menunjukkan adanya perubahan rentang gerak,dalam format SOAP:S: Keluarga pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan tidak bisa digerakkan,O:keadaan pasien lemah,Kesadaran (GCS E4,V1,M6) Afasia Broca, Pasien terbaring di atas tempat tidur dan kebutuhan dibantu penuh oleh keluarga (Tirah Baring),Hemiparese

Dextra, Kekuatan otot 5/0 5/0, Rentang Gerak ROM Leher: normal, Bahu Kanan: Rentan 0 derajat Kiri: Fleksi 180 derajat, Ekstensi, 180, Hiperekstensi 45 derajat, Abduksi 180, adduksi 180 derajat Lengan bawah: Kanan: 0 Derajat Kiri : Supinasi 90 derajat, Pronasi 90 derajat, Pergelangan tangan: Kanan: 0 Derajat Kiri : Fleksi 80, Ekstensi 80, Hiperekstensi 80, Abduksi 30, Adduksi 30 derajat, Jari tangan: Kanan: 0 derajat Kiri : Fleksi 90, Ekstensi 90, Hiperekstensi 30, Abduksi 30, Adduksi 30, Ibu Jari: Kanan: 0 derajat Kiri : Fleksi 90, Ekstensi 90, Abduksi 30, Adduksi 30, Tungkai: Kanan: 0 Derajat Kiri: Fleksi 90, Ekstensi 90, Hiperekstensi 30, Abduksi 30, Adduksi 30, Lutut: Kanan: 0 Derajat Kiri: Fleksi 120, Ekstensi 120, Mata kaki: Kanan: 0 Derajat Kiri: Dorsifleks 20, Plantarfleksi 45 derajat, Kaki: Kanan: 0 Derajat Kiri: Inversi 10, Eversi 10 derajat, Jari Kaki: Kanan: 0 Derajat Kiri : Fleksi 30, ekstensi 30, abduksi 15, Adduksi 15 derajat, Terpasang O2 Nasal canul 4 lpm Hasil TTV TD: 150/83 mmHg, N : 68 x/menit, S : 36 C, RR 20 x/ menit, SPO : 100 %, A: Masalah pergerakan ekstremitas belum teratasi, P: Intervensi dilanjutkan, Monitor kekuatan otot, Monitor kemampuan aktivitas fungsional (duduk, miring kanan/kiri), Monitor tanda vital sebelum dan sesudah mobilisasi, Identifikasi adanya nyeri atau spastisitas, Kolaborasi pemberian terapi medis dan diit halus.

Pada hari kedua, evaluasi menunjukkan bahwa pasien masih mengalami kelemahan ekstremitas sisi hemiparese dengan kekuatan otot 5/0 5/0, ROM terbatas, dan memerlukan bantuan penuh dalam mobilisasi di tempat tidur. Setelah dilakukan intervensi berupa pemantauan hemodinamik, latihan ROM pasif, edukasi keluarga, selama $\pm 10-15$ menit pada ekstremitas yang mengalami kelemahan sesuai prosedur rumah sakit, respon pasien masih belum menunjukkan adanya perubahan rentang gerak, dalam format SOAP: S: Keluarga pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan pasien masih lemas dan tidak bisa digerakkan namun kakunya sudah agak berkurang, O: keadaan pasien lemah, Kesadaran (GCS E4, V1, M6) Afasia Broca, Pasien terbaring di atas tempat tidur dan kebutuhan dibantu penuh oleh keluarga (Tirah Baring), Hemiparese Dextra, Kekuatan otot 5/0 5/0, Rentang Gerak ROM Leher: normal, Bahu Kanan: Rentan 0 derajat Kiri: Fleksi 180 derajat, Ekstensi, 180, Hiperekstensi 45 derajat, Abduksi 180, adduksi 180 derajat Lengan

bawah:Kanan:0 Derajat Kiri :Supinasi 90 derajat,Pronasi 90 derajat,Pergelangan tangan:Kanan:0 Derajat Kiri :Fleksi 80,Ekstensi 80,Hipperekstensi 80,Abduksi 30,Adduksi 30derajat,Jari tangan:Kanan: 0 derajat Kiri :Fleksi 90,Ekstensi 90,Hipperekstensi 30,Abduksi 30,Adduksi 30,Ibu Jari:Kanan:0 derajat Kiri :Fleksi 90,Ekstensi 90,Abduksi 30,Adduksi 30,Tungkai:Kanan: 0 Derajat Kiri:Fleksi 90,Ekstensi 90,Hiperekstensi 30,Abduksi 30,Adduksi 30,Lutut:Kanan:0 Derajat Kiri:Fleksi 120,Ekstensi 120,Mata kaki:Kanan:0 Derajat Kiri:Dorsifleksi 20,Plantarfleksi 45 derajat,Kaki:Kanan:0 Derajat Kiri:Inversi 10,Eversi 10 derajat,Jari Kaki:Kanan:0 Derajat Kiri : Fleksi 30,ekstensi 30,abduksi 15,Adduksi 15 derajat,Terpasang O2 Nasal canul 4 lpm Hasil TTV TD:145/84 mmHg,N : 65 x/menit,S : 36 C,RR 21 x/ menit,SPO :100%,A:Masalah pergerakan ekstremitas belum teratasi,P:Intervensi dilanjutkan,Monitor kekuatan otot,Monitor kemampuan aktivitas fungsional (duduk, miring kanan/kiri),Monitor tanda vital sebelum dan sesudah mobilisasi,Identifikasi adanya nyeri atau spastisitas,Kolaborasi pemberian terapi medis dan diit halus.

Pada hari ketiga perawatan, evaluasi menunjukkan bahwa pasien masih mengalami kelemahan ekstremitas sisi hemiparese dengan kekuatan otot 5/0 5/0, ROM terbatas, dan memerlukan bantuan penuh dalam mobilisasi di tempat tidur. Setelah dilakukan intervensi berupa pemantauan hemodinamik, latihan ROM pasif, edukasi keluarga, selama $\pm 10-15$ menit pada ekstremitas yang mengalami kelemahan sesuai prosedur rumah sakit, respon pasien masih belum menunjukkan adanya perubahan rentang gerak, dalam format SOAP: S: Keluarga pasien mengatakan pasien masih belum bisa menggerakkan kaki kanannya, namun ibu jari sudah bisa digerakkan, O: keadaan pasien lemah, Kesadaran (GCS E4, V1, M6) Afasia Broca, Pasien terbaring di atas tempat tidur dan kebutuhan dibantu penuh oleh keluarga (Tirah Baring), Hemiparese Dextra, Kekuatan otot 5/0 5/0, Rentang Gerak ROM Leher: normal, Bahu Kanan: Rentan 0 derajat Kiri: Fleksi 180 derajat, Ekstensi, 180, Hiperekstensi 45 derajat, Abduksi 180, adduksi 180 derajat Lengan bawah: Kanan: 0 Derajat Kiri : Supinasi 90 derajat, Pronasi 90 derajat, Pergelangan tangan: Kanan: 0 Derajat Kiri : Fleksi 80, Ekstensi 80, Hipperekstensi 80, Abduksi 30, Adduksi 30 derajat, Jari tangan: Kanan: 20 derajat

Kiri : Fleksi 90, Ekstensi 90, Hiperekstensi 30, Abduksi 30, Adduksi 30, Ibu Jari: Kanan: 20 derajat Kiri : Fleksi 90, Ekstensi 90, Abduksi 30, Adduksi 30, Tungkai: Kanan: 0 Derajat Kiri: Fleksi 90, Ekstensi 90, Hiperekstensi 30, Abduksi 30, Adduksi 30, Lutut: Kanan: 0 Derajat Kiri: Fleksi 120, Ekstensi 120, Mata kaki: Kanan: 0 Derajat Kiri: Dorsifleksi 20, Plantarfleksi 45 derajat, Kaki: Kanan: 0 Derajat Kiri: Inversi 10, Eversi 10 derajat, Jari Kaki: Kanan: 0 Derajat Kiri : Fleksi 30, ekstensi 30, abduksi 15, Adduksi 15 derajat, Terpasang O2 Nasal canul 4 lpm Hasil TTV TD: 151/79 mmHg, N : 74 x/menit, S : 36 C, RR 20 x/ menit, SPO : 100 %, A: Masalah pergerakan ekstremitas belum teratasi, P: Intervensi dilanjutkan, Monitor kekuatan otot, Monitor kemampuan aktivitas fungsional (duduk, miring kanan/kiri), Monitor tanda vital sebelum dan sesudah mobilisasi, Identifikasi adanya nyeri atau spastisitas, Kolaborasi pemberian terapi medis dan diit halus.

Menurut sudut pandang peneliti, evaluasi selama tiga hari menunjukkan bahwa asuhan keperawatan komprehensif berbasis SDKI yang dikombinasikan dengan penerapan terapi Rom (Range Of Motion) sesuai SPO berkontribusi terhadap peningkatan mobilitas fisik dan kenyamanan pasien cva. Perbaikan mobilitas, penurunan kekakuan, serta peningkatan partisipasi pasien menjadi indikator positif terhadap peningkatan kualitas hidup selama perawatan di rumah sakit. Intervensi ini dapat dipertimbangkan sebagai terapi komplementer yang aman dan efektif dalam mendukung rehabilitasi dini cva infark.

4.2 Analisis Pemberian Terapi ROM (Range Of Motion)

Analisis pemberian terapi ROM (Range Of Motion) selama tiga hari perawatan pada pasien Tn. S yang mengalami stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik di Ruang Edelweis RSUD Ibnu Sina Gresik dapat ditinjau dari dua perspektif, yaitu perspektif teoritis dan sudut pandang peneliti berdasarkan hasil observasi klinis.

Secara perspektif teoritis, cva menyebabkan gangguan perfusi serebral yang berujung pada kerusakan neuron motorik dan menimbulkan hemiparesis, spastisitas, penurunan kekuatan otot, serta keterbatasan rentang gerak. Kondisi ini berdampak langsung pada kualitas hidup pasien karena terganggunya aktivitas sehari-hari

(ADL), meningkatnya ketergantungan, serta munculnya masalah psikologis seperti kecemasan dan penurunan motivasi. Berdasarkan teori fisiologi muskuloskeletal dan neurologis, teknik ROM(Range Of Motion)latihan ROM memberikan rangsangan pada sistem neuromuskular dan muskular sehingga meningkatkan aktivitas serabut saraf, terutama saraf parasimpatis, yang merangsang produksi asetilkolin dan memicu kontraksi otot. Selain itu, latihan ROM meningkatkan metabolisme pada mitokondria sehingga menghasilkan adenosin trifosfat (ATP) yang digunakan sebagai sumber energi untuk kontraksi otot. Mekanisme tersebut berperan dalam meningkatkan tonus otot, kekuatan otot, serta kemampuan mobilisasi pasien secara bertahap. Oleh karena itu, penerapan terapi ROM secara rutin dan sesuai kondisi pasien diharapkan mampu mempercepat proses rehabilitasi, meningkatkan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari, serta mencegah komplikasi akibat imobilisasi pada pasien CVA infark (Kusyairi A., 2024; Mukhtar, Supu, & Rauf, 2024).

Selama hari pertama perawatan, fase akut–subakut stroke masih ditandai dengan kelemahan otot dan kekakuan. Pemberian terapi ROM(Range Of Motion) pada tahap ini berfokus pada peningkatan sirkulasi dan pencegahan komplikasi imobilisasi. Dari sudut pandang peneliti, respons awal pasien masih belum menunjukkan adanya perubahan yang belum signifikan, pasien kooperatif dalam latihan ROM. Pada hari kedua, terjadi adaptasi neuromuskular terhadap stimulasi berulang.Peningkatan aliran darah dan stimulasi sensorik yang konsisten membantu mengurangi kekakuan dan meningkatkan elastisitas jaringan lunak.Peneliti mengamati adanya peningkatan toleransi aktivitas, di mana pasien mulai mampu melakukan gerakan aktif terbantu dengan lebih baik dibandingkan hari pertama. Dari aspek kualitas hidup, pasien menunjukkan peningkatan motivasi dan rasa percaya diri, yang mengindikasikan adanya dampak positif tidak hanya secara fisik tetapi juga psikologis. Pada hari ketiga, teori rehabilitasi menyebutkan bahwa intervensi yang dilakukan secara konsisten dapat mempercepat proses adaptasi fungsional.Terapi ROM(Range Of Motion) memberikan efek sinergis terhadap peningkatan kekuatan otot dan koordinasi sederhana. Dari sudut pandang peneliti, terlihat adanya progres pada kemampuan menggerakkan jari tangan duduk dengan bantuan minimal dan

penurunan keluhan kaku. Peneliti menilai bahwa sentuhan terapeutik memberikan efek holistik karena mencakup aspek bio-psiko-sosial, terutama dalam meningkatkan rasa diperhatikan dan dukungan emosional selama perawatan (Indriyana, M. N. 2024).

4.3 Implikasi Keperawatan

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), gangguan mobilitas fisik memerlukan intervensi yang berfokus pada latihan rentang gerak (ROM) dan pencegahan komplikasi imobilisasi, melalui Terapi ROM (Range Of Motion) sebagian dari intervensi keperawatan memberikan implikasi bahwa perawat memiliki peran strategis dalam mengoptimalkan ROM secara dini, teratur, dan sesuai kondisi klinis pasien dapat membantu mempertahankan serta meningkatkan rentang gerak sendi, kekuatan otot, memperlancar sirkulasi darah, dan mencegah komplikasi akibat imobilisasi seperti kontraktur, atrofi otot, dekubitus, serta penurunan kemampuan fungsional. (Erlina, L. 2021).

Secara praktik keperawatan, hasil ini menunjukkan bahwa terapi ROM perlu menjadi bagian dari intervensi rutin pada pasien CVA infark yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Perawat memiliki peran penting dalam melakukan pengkajian sebelum tindakan, melaksanakan latihan ROM sesuai standar operasional prosedur (SOP), memantau respons pasien selama terapi, serta mengevaluasi perkembangan kekuatan otot dan kemampuan mobilisasi pasien secara berkala. Bagi pasien, penerapan terapi ROM secara konsisten dapat meningkatkan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari (Activity of Daily Living/ADL), mempercepat proses rehabilitasi, meningkatkan kemandirian, serta memperbaiki kualitas hidup setelah mengalami stroke. Bagi keluarga, hasil analisis ini memberikan implikasi bahwa keterlibatan keluarga dalam membantu latihan ROM selama masa perawatan maupun setelah pasien pulang ke rumah sangat penting untuk mempertahankan keberhasilan terapi. Oleh karena itu, edukasi kepada keluarga mengenai teknik pelaksanaan ROM yang benar perlu diberikan agar latihan dapat dilakukan secara aman, teratur, dan berkesinambungan. Bagi institusi pelayanan kesehatan, hasil analisis ini dapat dijadikan sebagai salah satu dasar dalam meningkatkan mutu

pelayanan keperawatan melalui penerapan intervensi berbasis bukti (evidence-based nursing), penyusunan standar pelaksanaan terapi ROM, serta peningkatan kompetensi perawat dalam rehabilitasi dini pasien stroke. Bagi pengembangan ilmu keperawatan, hasil analisis ini diharapkan dapat menjadi referensi dalam pengembangan praktik keperawatan medikal bedah, khususnya mengenai efektivitas terapi ROM pada pasien CVA infark dengan gangguan mobilitas fisik. Selain itu, penelitian selanjutnya diharapkan dapat mengkaji efektivitas terapi ROM dengan durasi yang lebih panjang, jumlah sampel yang lebih besar, maupun kombinasi dengan intervensi rehabilitatif lainnya sehingga diperoleh bukti ilmiah yang lebih kuat.

4.4 Keterbatasan Penelitian

Ada beberapa keterbatasan yang muncul selama penelitian berlangsung atau dilaksanakan. Pertama, Salah satu keterbatasan dalam penelitian ini adalah pelaksanaan terapi ROM(Range Of Motion) pada pasien cva dengan gangguan mobilitas fisik yang dilakukan tanpa pendampingan atau supervisi langsung dari tenaga rehabilitasi medis maupun fisioterapis. Kondisi ini menyebabkan peneliti tidak dapat memperoleh evaluasi yang lebih komprehensif terkait ketepatan teknik, intensitas, dan efektivitas terapi yang diberikan berdasarkan standar rehabilitasi stroke. Selain itu, tidak adanya keterlibatan fisioterapis juga membatasi kemampuan peneliti dalam mengidentifikasi perubahan fungsi mobilitas secara lebih spesifik dan objektif. Oleh karena itu, hasil penelitian ini perlu diinterpretasikan dengan hati-hati karena efektivitas terapi yang diperoleh mungkin berbeda apabila intervensi dilakukan dengan pendampingan dan pemantauan langsung oleh tenaga rehabilitasi atau fisioterapis yang kompeten di bidangnya.

Keterbatasan yang kedua yaitu terkait adanya hambatan komunikasi verbal pada pasien stroke yang menjadi subjek penelitian. Kondisi tersebut menyebabkan peneliti mengalami kesulitan dalam menggali informasi secara langsung terkait keluhan, kenyamanan, serta respons subjektif pasien terhadap pemberian terapi ROM(Range Of Motion). Akibatnya, penilaian efektivitas terapi lebih banyak didasarkan pada hasil observasi dan data objektif yang diperoleh selama proses penelitian. Selain itu,

keterbatasan kemampuan komunikasi pasien juga dapat memengaruhi keakuratan pengukuran tingkat kenyamanan dan persepsi pasien terhadap intervensi yang diberikan. Peneliti harus mengandalkan bantuan keluarga, pendamping, atau tenaga kesehatan lain dalam memperoleh informasi tambahan, sehingga berpotensi menimbulkan bias informasi. Kondisi ini dapat memengaruhi validitas data yang diperoleh dan membatasi generalisasi hasil penelitian pada populasi pasien stroke dengan karakteristik yang berbeda.

