

Implementasi Mobilisasi Dini terhadap Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien *Stroke* di RSD Kalisat

Sitti Aisah¹, Ginanjar Sasmito Adi²

^{1,2}Universitas Muhammadiyah Jember

Email: sittiaisah133@gmail.com

Article Info

Article history:

Received July 15, 2026

Revised July 20, 2026

Accepted July 29, 2026

Keywords:

CVA, Early Mobilization, Physical Mobility Disorder, Stroke

ABSTRACT

Background: Stroke or CVA (Cerebrovascular Accident) is a neurological emergency characterized by impaired brain function due to disruption of blood supply, which can cause motor deficits in the form of hemiparesis or weakness of half the body. Limb weakness resulting from stroke directly impacts the patient's ability to perform daily activities, leading to physical mobility disorders. Nursing interventions in the form of early mobilization need to be provided from the acute phase to stimulate neuroplasticity, prevent immobilization complications, and gradually restore motor function.

Objective: To examine the provision of early mobilization interventions in reducing physical mobility disorders in stroke patients at RSD Kalisat Jember. **Method:** This case study uses a descriptive method through a nursing care approach on Mrs. T (89 years old) in the Bangau Room RSD Kalisat. Mobilization Support implementation was carried out for 3 consecutive days, including identification of physical tolerance, monitoring of general condition, facilitation of movement, family involvement, education, and early mobilization exercises. Data were collected through anamnesis, direct observation, physical examination, and muscle strength assessment using the MRC (Medical Research Council) scale. **Results:** At the initial assessment, the patient experienced right extremity weakness with muscle strength of 3 and all activities were fully assisted by the family. After three days of intervention, muscle strength gradually improved from 3 on the first day, to 4 on the second day, and 4 on the third day. The patient's activity independence also increased from fully assisted to being able to perform some activities independently. **Conclusion:** Structured early mobilization interventions involving the family proved effective in improving muscle strength and functional independence in stroke patients with physical mobility disorders.

This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.



Article Info

Article history:

Received July 15, 2026

Revised July 20, 2026

Accepted July 29, 2026

Keywords:

CVA, Gangguan Mobilitas Fisik, Mobilisasi Dini, Stroke.

ABSTRACT

Latar belakang: Stroke atau CVA (Cerebrovascular Accident) merupakan kondisi kegawatan neurologis yang ditandai dengan gangguan fungsi otak akibat gangguan suplai darah, yang dapat menyebabkan defisit motorik berupa hemiparesis atau kelemahan separuh tubuh. Kelemahan ekstremitas yang terjadi akibat stroke berdampak langsung pada kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga menimbulkan gangguan mobilitas fisik. Intervensi keperawatan berupa mobilisasi dini perlu diberikan sejak fase akut untuk merangsang neuroplastisitas, mencegah komplikasi imobilisasi, dan memulihkan fungsi motorik secara bertahap. **Tujuan:** Menelaah pemberian intervensi mobilisasi dini dalam mengurangi gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke di RSD Kalisat Jember. **Metode:** Studi kasus ini menggunakan metode deskriptif melalui

pendekatan asuhan keperawatan pada Ny. T (89 tahun) di Ruang Bangau RSD Kalisat. Implementasi Dukungan Mobilisasi dilakukan selama 3 hari berturut-turut, mencakup identifikasi toleransi fisik, pemantauan kondisi umum, fasilitasi pergerakan, pelibatan keluarga, edukasi, serta latihan mobilisasi dini. Data dihimpun melalui anamnesis, observasi langsung, pemeriksaan fisik, dan penilaian kekuatan otot menggunakan skala MRC (*Medical Research Council*). **Hasil:** Saat awal dikaji, pasien mengalami kelemahan ekstremitas kanan dengan kekuatan otot 3 dan seluruh aktivitas dibantu penuh oleh keluarga. Pascaintervensi selama 3 hari, kekuatan otot meningkat secara bertahap dari 3 pada hari pertama, menjadi 4 pada hari kedua, hingga 4 pada hari ketiga. Kemandirian aktivitas pasien juga meningkat dari dibantu penuh menjadi mampu melakukan sebagian aktivitas secara mandiri. **Kesimpulan:** Intervensi mobilisasi dini yang dilakukan secara terstruktur dan melibatkan keluarga terbukti efektif dalam meningkatkan kekuatan otot dan kemandirian fungsional pada pasien *stroke* dengan gangguan mobilitas fisik.

This is an open access article under the [CC BY-SA](#) license.



Corresponding Author:

Sitti Aisah
Universitas Muhammadiyah Jember
Email: sittiaisah133@gmail.com

Pendahuluan

Stroke merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi penyebab utama kecacatan dan kematian di berbagai negara. Penyakit ini terjadi akibat terganggunya aliran darah ke otak, baik karena adanya penyumbatan pembuluh darah (*stroke* iskemik) maupun pecahnya pembuluh darah (*stroke* hemoragik), yang mengakibatkan kerusakan jaringan otak. Kondisi tersebut dapat menimbulkan berbagai gangguan neurologis, seperti gangguan bicara, penurunan kesadaran, serta gangguan mobilitas fisik berupa kelemahan atau kelumpuhan pada anggota tubuh tertentu (Owolabi et al., 2022).

Stroke masih menjadi salah satu masalah kesehatan utama di Indonesia karena angka kejadian, kematian, dan kecacatan yang ditimbulkannya masih tinggi. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020, hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi *stroke* yang didiagnosis dokter pada penduduk usia ≥ 15 tahun mencapai 10,9 per mil (1,09%), meningkat dibandingkan tahun 2013 yang sebesar 7 per mil (0,7%). Selain itu, di Provinsi Jawa Timur prevalensi *stroke* mencapai 12,4 per mil (1,24%), lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional. Tingginya angka kejadian *stroke* tersebut menunjukkan bahwa *stroke* masih menjadi masalah kesehatan yang serius dan memerlukan upaya pencegahan, pengobatan, serta rehabilitasi yang optimal untuk mengurangi kecacatan dan meningkatkan kualitas hidup pasien pascastroke (Sutarwi et al., 2020).

Salah satu masalah keperawatan yang sering ditemukan pada pasien *stroke* adalah gangguan mobilitas fisik. Gangguan ini ditandai dengan keterbatasan kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan secara mandiri akibat penurunan kekuatan otot dan fungsi motorik. Jika tidak segera ditangani, gangguan mobilitas fisik dapat menyebabkan berbagai komplikasi, seperti kontraktur, dekubitus, trombosis, serta meningkatnya ketergantungan

pasien terhadap bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Kondisi tersebut juga dapat memperlambat proses rehabilitasi dan pemulihan pasien (Witte et al., 2021).

Untuk mengatasi permasalahan tersebut, diperlukan intervensi keperawatan yang efektif guna meningkatkan kemampuan mobilitas pasien. Salah satu intervensi yang dapat dilakukan adalah mobilisasi dini. Mobilisasi dini merupakan tindakan keperawatan yang diberikan segera setelah kondisi pasien stabil dengan tujuan meningkatkan kemampuan bergerak, memperbaiki sirkulasi darah, serta mencegah komplikasi akibat tirah baring berkepanjangan. Pelaksanaan mobilisasi dini dilakukan secara bertahap sesuai kondisi pasien, mulai dari latihan rentang gerak (*Range of Motion/ROM*), latihan duduk, berdiri, hingga berjalan (Setyawati & Retnaningsih, 2024).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa mobilisasi dini memiliki manfaat yang signifikan dalam meningkatkan kekuatan otot, memperbaiki kemampuan mobilitas fisik, serta mempercepat proses pemulihan pasien *stroke*. Selain itu, intervensi ini juga berperan dalam menurunkan risiko komplikasi dan meningkatkan kemandirian pasien dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari (Aditama & Muntamah, 2024).

Berdasarkan uraian tersebut, mobilisasi dini merupakan salah satu intervensi keperawatan yang penting dalam upaya meminimalkan gangguan mobilitas fisik pada pasien *stroke*. Oleh sebab itu, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus mengenai penerapan mobilisasi dini pada pasien *stroke* di RSD Kalisat.

Metode

Studi kasus ini menggunakan desain deskriptif dengan pendekatan asuhan keperawatan. Metode ini bertujuan untuk memberikan gambaran secara mendalam mengenai implementasi mobilisasi dini dalam mengurangi gangguan mobilitas fisik pada pasien *stroke*. Pendekatan ini dipilih karena memungkinkan penulis melaksanakan proses asuhan keperawatan secara komprehensif, meliputi tahap pengkajian, penegakan diagnosis, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi pada satu subjek penelitian. Adapun metode pengumpulan data yang digunakan dalam studi ini adalah sebagai berikut:

1. Anamnesis, dalam pelaksanaan penelitian dilakukan kepada pasien dan/atau keluarga untuk memperoleh data subjektif terkait kondisi pasien, seperti keluhan utama, riwayat penyakit, serta hambatan dalam mobilitas fisik.
2. Observasi dan pemeriksaan fisik, dilakukan untuk mengamati kondisi umum pasien, kemampuan mobilitas, kekuatan otot, serta respon pasien terhadap intervensi mobilisasi dini yang diberikan.
3. Dokumentasi, dilakukan dengan menelaah catatan keperawatan atau data pendukung lain yang relevan dengan kondisi pasien, seperti rekam medis dan hasil pemeriksaan penunjang.

Hasil dan Pembahasan

Hasil studi kasus yang telah dilaksanakan pada tanggal 8 Juni 2026 terhadap Ny. T usia 89 tahun dengan diagnosis medis CVA dextra di Ruang Bangau RSD Kalisat. Pasien masuk rumah sakit dengan keluhan tangan dan kaki sebelah kanan sulit digerakkan serta lemah. Hasil pengkajian menunjukkan pasien masih mengalami kelemahan pada ekstremitas

kanan sehingga aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga. Pasien memiliki riwayat hipertensi dan tidak rutin mengonsumsi obat. Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum lemah, kesadaran *compos mentis* (GCS E4V5M6), serta kekuatan otot ekstremitas kanan 3 dan kiri 5. Hasil CT-Scan menunjukkan adanya *acute thrombotic cerebral infarction* di *centrum semiovale* kiri tanpa perdarahan maupun efek desak massa. Berdasarkan data subjektif dan objektif tersebut, ditegakkan diagnosis keperawatan yaitu Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular akibat *stroke*.

Intervensi yang direncanakan meliputi identifikasi toleransi fisik pasien terhadap pergerakan, pemantauan kondisi umum selama mobilisasi, fasilitasi pasien melakukan pergerakan sesuai kemampuan, pelibatan keluarga dalam membantu proses mobilisasi, pemberian edukasi mengenai tujuan dan prosedur mobilisasi, serta latihan mobilisasi dini secara bertahap sesuai kondisi pasien. Mobilisasi dini direncanakan dilakukan melalui latihan perubahan posisi, latihan duduk, latihan berdiri, dan latihan berjalan dengan bantuan apabila kondisi pasien memungkinkan.

Tabel 1. SOP Mobilisasi Dini

Tanggal, jam	Tindakan
08 Juni 2026 (11.30)	1. Indenifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan R: Pasien mampu mengikuti pergerakan sederhana dengan bantuan dan tidak tampak sesak atau pusing. 2. Monitor kondisi unum selama melakukan mobilisasi R: Kondisi umum pasien stabil selama mobilisasi, pasien tampak kooperatif 3. Fasilitasi melakukan pergerakan R: Pasien mampu menggerakkan ekstremitas kanan sesuai kemampuan dengan bantuan perawat. 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R: Keluarga bersedia dan berpartisipasi membantu mobilisasi pasien. 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R: Pasien dan keluarga memahami tujuan serta prosedur mobilisasi yang diberikan 6. Ajarkan melakukan mobilisasi dini R: Pasien dan keluarga mampu mempraktikkan mobilisasi dini sesuai instruksi yang diberikan.
09 Juni 202 (11.00)	1. Indenifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan R: Pasien mampu melakukan pergerakan dengan toleransi yang lebih baik. 2. Monitor kondisi unum selama melakukan mobilisasi R: Kondisi umum pasien tetap stabil selama mobilisasi. 3. Fasilitasi melakukan pergerakan R: Pasien mampu menggerakkan ekstremitas kanan dengan bantuan minimal. 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R: Keluarga aktif membantu latihan mobilisasi pasien 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R: Pasien dan keluarga dapat mengulang kembali tujuan mobilisasi. 6. Ajarkan melakukan mobilisasi dini R: Pasien mampu melakukan latihan mobilisasi dini sesuai arahan
10 Juni 202 (11.00)	1. Indenifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan R: Toleransi aktivitas pasien meningkat.

2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R: Kondisi umum pasien stabil selama mobilisasi.
3. Fasilitasi melakukan pergerakan
R: Pasien mampu melakukan sebagian pergerakan secara mandiri.
4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
R: Keluarga konsisten membantu mobilisasi pasien
5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
R: Pasien memahami pentingnya mobilisasi dalam proses pemulihan
6. Ajarkan melakukan mobilisasi dini
R: Pasien mampu melakukan mobilisasi dini dengan lebih baik dibanding hari sebelumnya

Berdasarkan serangkaian tindakan mobilisasi dini yang dilakukan, diperoleh data sebagai berikut:

Tabel 2. Hasil Kekuatan Otot Ekstremitas Kanan

Hari ke	Skor Sebelum Dilakukan Mobilisasi Dini	Skor Sesudah Dilakukan Mobilisasi Dini
1	3	3
2	3	4
3	4	4

Tabel 2 di atas menunjukkan adanya peningkatan kekuatan otot ekstremitas kanan dari skala 3 pada hari pertama menjadi 4 pada hari kedua dan meningkat menjadi 4 pada hari ketiga setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari berturut-turut. Pada hari pertama, hasil menunjukkan bahwa pasien masih mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan dengan kekuatan otot 3. Pasien belum mampu menggerakkan tangan dan kaki kanan secara aktif dan seluruh aktivitas sehari-hari masih dibantu penuh oleh keluarga. Setelah dilakukan implementasi mobilisasi dini, pasien mampu mengikuti pergerakan sederhana dengan bantuan perawat dan keluarga bersedia terlibat aktif dalam latihan.

Pada hari kedua, kondisi pasien mulai menunjukkan peningkatan yang lebih baik. Kekuatan otot ekstremitas kanan meningkat dari 3 menjadi 4, yang berarti pasien sudah mampu menggerakkan sendi melawan gravitasi dan melawan sedikit tahanan. Pasien juga sudah memerlukan bantuan yang lebih minimal dibandingkan hari sebelumnya. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi yang dilakukan tidak hanya membantu meningkatkan kekuatan motorik, tetapi juga memotivasi pasien untuk berpartisipasi aktif dalam proses pemulihannya.

Pada hari ketiga, keadaan pasien semakin membaik. Kekuatan otot ekstremitas kanan meningkat menjadi 4 dan pasien sudah mampu melakukan sebagian aktivitas secara mandiri tanpa bantuan penuh dari keluarga. Pasien juga tampak lebih aktif dan kooperatif. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi keperawatan Dukungan Mobilisasi yang dilakukan secara terstruktur dan melibatkan keluarga dapat membantu meningkatkan mobilitas fisik pada pasien CVA.

Intervensi yang direncanakan meliputi identifikasi toleransi fisik pasien terhadap pergerakan, pemantauan kondisi umum selama mobilisasi, pengkajian kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas, serta pemberian mobilisasi dini secara bertahap sesuai kondisi pasien. Mobilisasi dini dilakukan melalui latihan perubahan posisi, latihan duduk di tepi

tempat tidur, latihan berdiri, dan latihan berjalan dengan bantuan apabila kondisi pasien memungkinkan. Selain itu, keluarga dilibatkan dalam membantu proses mobilisasi serta diberikan edukasi mengenai pentingnya mobilisasi dini untuk mendukung proses pemulihan pasien (Mayrani, 2023).

Perencanaan tersebut sesuai dengan penelitian (Mayrani, 2023) yang menyatakan bahwa mobilisasi dini dengan latihan ROM dapat meningkatkan kekuatan otot pada pasien pasca *stroke* iskemik. Penelitian (Nurjanah et al., 2024) juga menjelaskan bahwa penerapan mobilisasi dini secara bertahap mampu meningkatkan kemampuan fungsional dan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, mobilisasi dini menjadi salah satu intervensi yang penting dalam mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien *stroke* non hemoragik (Mayrani, 2023; Nurjanah et al., 2024).

Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan pada Ny. T, intervensi keperawatan yang diberikan adalah Dukungan Mobilisasi (SIKI I.05173) yang dilaksanakan selama tiga hari berturut-turut. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi pengkajian toleransi fisik pasien terhadap aktivitas, pemantauan kondisi umum selama proses mobilisasi, fasilitasi pergerakan, pelibatan keluarga dalam perawatan, pemberian edukasi mengenai tujuan dan prosedur mobilisasi, serta pelaksanaan latihan mobilisasi dini secara bertahap. Selama pelaksanaan intervensi, pasien menunjukkan sikap kooperatif dan mampu mengikuti program yang diberikan dengan baik. Selain itu, terdapat peningkatan kemampuan pergerakan yang terlihat secara bertahap selama periode intervensi.

Mobilisasi dini pada pasien *stroke* dapat menstimulasi terjadinya neuroplastisitas, yaitu kemampuan otak untuk membentuk jalur saraf baru sebagai mekanisme kompensasi terhadap kerusakan jaringan otak. Proses tersebut berperan dalam membantu pemulihan fungsi motorik yang terganggu akibat *stroke*. Selain mendukung pemulihan neurologis, mobilisasi dini juga dapat mencegah berbagai komplikasi yang berhubungan dengan imobilisasi berkepanjangan serta meningkatkan kemampuan fungsional pasien. Sejalan dengan hal tersebut, (Hisni et al., 2022) menyatakan bahwa keterlibatan keluarga dalam proses rehabilitasi berkontribusi terhadap peningkatan kepatuhan pasien dalam menjalankan program latihan sehingga dapat mempercepat pemulihan fungsi motorik. Selain itu, Perdossi (2019) menyebutkan bahwa mobilisasi dini yang dilakukan dalam rentang 24–72 jam setelah serangan *stroke* dapat membantu meningkatkan tingkat kemandirian pasien serta menurunkan risiko komplikasi akibat imobilisasi.

Berdasarkan hasil implementasi yang telah dilakukan, penulis (Arif, 2022) berpendapat bahwa pemberian mobilisasi dini memberikan dampak positif terhadap peningkatan kemampuan mobilitas fisik Ny. T. Hal tersebut ditunjukkan dengan meningkatnya kemampuan pasien dalam menggerakkan ekstremitas kanan yang mengalami kelemahan serta berkurangnya ketergantungan pasien terhadap bantuan keluarga dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Keberhasilan intervensi ini juga didukung oleh partisipasi aktif keluarga selama proses latihan mobilisasi, sehingga pasien menjadi lebih termotivasi dan mampu mengikuti program rehabilitasi yang telah direncanakan secara optimal.

Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan selama tiga hari pelaksanaan mobilisasi dini, ditemukan adanya peningkatan kemampuan mobilitas fisik pada Ny. T. Pada hari pertama, kekuatan otot ekstremitas kanan berada pada skala 3 dan pasien masih memerlukan

bantuan keluarga dalam memenuhi aktivitas sehari-hari. Pada hari kedua, kekuatan otot masih berada pada skala yang sama, namun pasien mulai menunjukkan peningkatan kemampuan dalam menggerakkan ekstremitas kanan. Selanjutnya, pada hari ketiga terjadi peningkatan kekuatan otot menjadi skala 4 dan pasien mulai mampu melakukan beberapa aktivitas secara mandiri dengan tingkat ketergantungan yang lebih rendah dibandingkan sebelumnya.

Hasil evaluasi tersebut sesuai dengan pendapat (Rifka Alkhilyatul Ma'rifat, I Made Suraharta, 2024) yang menyatakan bahwa program rehabilitasi yang diberikan secara dini, bertahap, dan berkesinambungan dapat meningkatkan fungsi motorik serta kemandirian pasien *stroke*. Selain itu, mobilisasi dini juga berkontribusi dalam mempercepat pemulihan kemampuan fungsional, meningkatkan kapasitas aktivitas, serta mengurangi berbagai komplikasi yang dapat timbul akibat imobilisasi berkepanjangan (Owolabi et al., 2022).

Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus yang telah dilakukan pada Ny. T dengan masalah gangguan mobilitas fisik akibat CVA (*Stroke*) di Ruang Bangau RSD Kalisat Jember, disimpulkan bahwa implementasi keperawatan berupa Dukungan Mobilisasi (SIKI 1.05173) selama 3 hari berturut-turut meliputi identifikasi toleransi fisik, pemantauan kondisi umum selama mobilisasi, fasilitasi pergerakan, pelibatan keluarga, edukasi mengenai tujuan dan prosedur mobilisasi, serta latihan mobilisasi dini berhasil dilaksanakan dengan baik. Selama pelaksanaan intervensi, pasien menunjukkan respons yang baik dan mampu mengikuti program mobilisasi secara bertahap.

Daftar Pustaka

- Aditama, M. A., & Muntamah, U. (2024). *Pengelolaan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Dengan Hematemesis*. 2(1), 2986–8548.
<http://jurnal.unw.ac.id/index.php/JKBS>
- Arif, T. R. H. F. S. G. M. S. E. (2022). Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Post Operative Nausea and Vomiting Pasca Operasi Menggunakan General Anestesi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 11(2), 26–33.
<file:///C:/Users/asus/Downloads/document.pdf>
- Cumming, T. B., Churilov, L., Collier, J., Donnan, G., Ellery, F., Dewey, H., Langhorne, P., Lindley, R. I., Moodie, M., Thrift, A. G., & Bernhardt, J. (2019). Early mobilization and quality of life after *stroke*: Findings from AVERT. *Neurology*, 93(7), E717E728. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000007937>
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S. O., Pandian, J., Lindsay, P., F Grupper, M., & Rautalin, I. (2025). World *Stroke* Organization: Global *Stroke* Fact Sheet 2025. *International Journal of Stroke*, 20(2), 132–144.
<https://doi.org/10.1177/17474930241308142>
- Firdarany, F., Saudi, L., & Rahmawati, A. L. D. (2022). *Disease Stroke Iskemik Berdasarkan SDKI Dan SIKI DI Pendahuluan Stroke iskemik merupakan stroke yang mempunyai tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang*

disebabkan karena adanya penumpukan suatu plak sehingga terjadinya (SIKI) salah satu. 2(1), 26–33.

- Hisni, D., Saputri, M. E., & Sujarni, S. (2022). Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian *Stroke* Iskemik Di Instalasi Fisioterapi Rumah Sakit Pluit Jakarta Utara Periode Tahun 2021. *Jurnal Penelitian Keperawatan Kontemporer*, 2(1), 140–149. <https://doi.org/10.59894/jpkk.v2i1.333>
- Mayrani. (2023). Mobilisasi Dini Dengan Latihan Gerakan Rom (Range of Motion) Kekuatan Otot Pasien Pasca *Stroke* Iskemik Di Rumah Sakit Tk Ii Putri Hijau Medan Jurnal Riset Ilmiah Vol.2, No.12 Desember 2023 ejournal.nusantaraglobal.ac.id/index.php/sentri. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(12), 5273–5280.
- Mita Putri Sugiyanto, Anjar Nurrohmah, & Alfida Fitri Hapsari. (2023). Penerapan Teknik Mobilisasi Dini terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Pasien Post Sectio Caesarea RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Medika Nusantara*, 1(2), 252–263. <https://doi.org/10.59680/medika.v1i2.486>
- Nadif, M. Z. (2023). Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Puskesmas Kalisat 2023. 000(2504), 1–9. <https://eprints.umm.ac.id/65932/2/BAB> I Rohidatul Aisy D3 PerbankanKeuangan %28006%29.pdf
- Nurjanah, A., Nurlaily, A. P., & Teguh, S. (2024). Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Stroke* Iskemik: Gangguan Mobilitas Fisik Dengan Intervensi Mobilisasi Dini Motor Relearning Programme. *Universitas Kusuma Husada Surakarta*, 38, 1–11. <https://eprints.ukh.ac.id/>
- Owolabi, M. O., Thrift, A. G., Martins, S., Johnson, W., Pandian, J., Abd-allah, F., Varghese, C., Mahal, A., Yaria, J., Phan, H. T., Roth, G., Gall, S. L., Beare, R., Phan, T. G., Mikulik, R., Norrving, B., Feigin, V. L., Experts, S., & Group, C. (2022). The state of stroke services across the globe: Report of World Stroke Organization–World Health Organization surveys. 16(8), 889–901. <https://doi.org/10.1177/17474930211019568.The>
- Setyawati, V. Y., & Retnaningsih, D. (2024). Penerapan Range Of Motion pada pasien *stroke* dengan gangguan mobilitas fisik. *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan*, 8(1), 18–24. <https://doi.org/10.33655/mak.v8i1.179>
- Sutarwi, S., Bakhtiar, Y., & Rochana, N. (2020). Sensitivitas dan Spesifitas Skor *Stroke* Literature Review. *Gaster*, 18(2), 186. <https://doi.org/10.30787/gaster.v18i2.521>
- Witte, K. K., Tsivgoulis, G., Reynolds, M. R., Tsintzos, S. I., Eggington, S., Ismyrloglou, E., Lyon, J., Huynh, M., Egea, M., de Brouwer, B., Ziegler, P. D., Franco, N., Joglekar, R., Rosemas, S. C., Liu, S., & Thijs, V. (2021). Burden of oral anticoagulation in embolic *stroke* of undetermined source without atrial fibrillation. *BMC Cardiovascular Disorders*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12872-021-01967-x>
- Yoesdyanto, K., Tertia, C., Irfani, I., & Nara, M. G. (2018). Laporan Kasus Seri: *Stroke* Kardioemboli Pada Pasien Dengan Atrial Fibrilasi. *Callosum Neurology*, 1(1), 49–69. <https://doi.org/10.29342/cnj.v1i1.7>