

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN TEKNIK LATIHAN PENGUATAN
OTOT TERHADAP LANSIA PASCA STROKE DENGAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI PUSKESMAS
JEMBATAN KECIL KOTA BENGKULU**



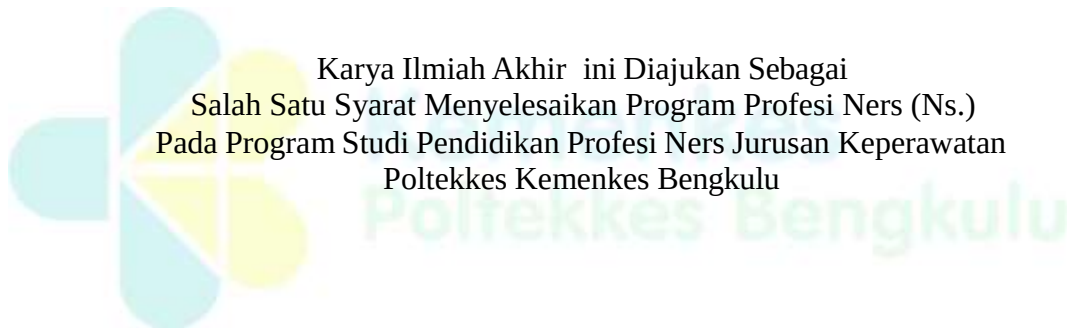
DISUSUN OLEH :

**MIFTAHUL HUDA
P01720425047**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
PENDIDIKAN PROFESI NERS
2026**

KARYA ILMIAH AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN TEKNIK LATIHAN PENGUATAN OTOT TERHADAP LANSIA PASCA STROKE DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI PUSKESMAS JEMBATAN KECIL KOTA BENGKULU



Karya Ilmiah Akhir ini Diajukan Sebagai
Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Profesi Ners (Ns.)
Pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Disusun Oleh :

MIFTAHUL HUDA
P01720425047

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
PENDIDIKAN PROFESI NERS
2026**

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Miftahul Huda
NIM : P01720425047
Judul Skripsi : Asuhan keperawatan teknik latihan penguatan otot terhadap lansia pasca stroke dengan gangguan mobilitas fisik di Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa karya ilmiah akhir ini adalah hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain. Demikian pernyataan ini dan apabila kelak dikemudian hari terbukti dalam karya ilmiah hasil ini ada unsur penjiplakan maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Bengkulu, Juli 2026
Yang menyatakan,

Miftahul Huda
NIM : P01720425047

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN TEKNIK LATIHAN PENGUATAN
OTOT TERHADAP LANSIA PASCA STROKE DENGAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI PUSKESMAS
JEMBATAN KECIL KOTA BENGKULU

Dipersiapkan oleh:

MIFTAHUL HUDA
NIM P01720425047



Telah diperiksa dan disetujui untuk dipublikasikan pada tanggal 13 Juli 2026

Pembimbing

Ns. Agung Riyadi, S.Kep.,M.Kes
NIP. 196810071988031005

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR
ASUHAN KEPERAWATAN TEKNIK LATIHAN PENGUATAN
OTOT TERHADAP LANSIA PASCA STROKE DENGAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI PUSKESMAS
JEMBATAN KECIL KOTA BENGKULU

Dipersiapkan oleh:

MIFTAHUL HUDA
NIM P01720425047

Telah dinilai pada tanggal 13 Juli 2026 dan dinyatakan

LULUS

Pembimbing

Ns. Agung Riyadi, S.Kep.,M.Kes
NIP. 196810071988031005

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Program Profesi
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Ns. Hermansyah, S.Kep.,M.Kep
NIP 197507161997031002

BIODATA



Nama : Miftahul Huda

Tempat, tanggal lahir : Gunung Mesir, 04 September 2003

Agama : Islam

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Anak ke : 3 (Tiga)

Alamat : Jl.Kapten Bukhari, Kelurahan Gunung Mesir
Kecamatan Pasar Manna, Kabupaten Bengkulu Selatan

Riwayat Pendidikan : 1. TK Melati Gunung Mesir, Bengkulu Selatan
2. SD Negri 10 Bengkulu Selatan
3. SMP Negri 04 Bengkulu Selatan
4. SMA Negri 01 Bengkulu Selatan
5. Perguruan Tinggi Sarjana Terapan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Email : miftahulh174@Gmail.com

Jumlah Saudara : 2 (Dua)

Nama saudara : Dewi Ratna Handayani dan Sela Nanda Lika

Nama orang tua : 1. Ayah : Syahril
2. Ibu : Desi Maryanti

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Asuhan keperawatan teknik latihan penguatan otot pada lansia pasca stroke dengan gangguan mobilitas fisik di Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu”

Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dari berbagai pihak, Karya Ilmiah Akhir ini tidak dapat diselesaikan. Penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Linda Sitompul, SST., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Bengkulu.
2. Ibu Ns. Erni Buston, SST., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Bapak Ns. Hermansyah., S.Kep., M.Kep, selaku Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Bengkulu
4. Ns Agung Riyadi, S.Kep.,M.Kes Selaku Pembimbing saya yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran, memberikan bimbingan dan arahan dengan penuh kesabaran dalam penulisan dan penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
5. Seluruh tenaga pendidik dan kependidikan Jurusan Keperawatan yang telah sabar mendidik dan membimbing selama proses pendidikan.

Penulis menyadari ketidaksempurnaan dalam penulisan ini oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang. Penulis berharap semoga ini dapat bermanfaat bagi semua pihak terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa jurusan keperawatan lainnya.

Bengkulu, Juli 2026

Miftahul Huda

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN BIODATA.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Studi Kasus.....	6
D. Manfaat Studi Kasus.....	7
E. Target Luaran	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Anatomi Fisiologi otak	9
B. Konsep Diabetes Stroke	11
C. Konsep Lansia	16
D. Konsep Kebutuhan Aktivitas.....	23
E. Konsep Teknik Latihan Penguatan Otot.....	24
F. Penelitian Terkait.....	26
G. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Penderita Stroke dengan gangguan mobilitas fisik.....	35
BAB III METODE PENULISAN	
A. Desain Studi Kasus.....	52
B. Subyek Studi Kasus.....	52
C. Fokus Studi Kasus	53
D. Defenisi Operasional	53
E. Tempat dan Waktu	54
F. Metode Pengumpulan Data	54
G. Peyajian Data.....	54
H. Etika Studi Kasus	54

BAB IV HASIL STUDI KASUS

A. Pengkajian Keperawatan	53
B. Diagnosa Keperawatan	58
C. Perencanaan Keperawatan	60
D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	63

BAB V PEMBAHASAN

A. Gambaran Pengkajian Keperawatan	88
B. Gambaran Diagnosa Keperawatan	90
C. Gambaran Perencanaan Keperawatan	92
D. Gambaran Implementasi Keperawatan	94
E. Gambaran Evaluasi Keperawatan	97
F. Keterbatasan Studi Kasus	98

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan	100
B. Saran	102

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penelitian Terkait	33
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.....	45
Tabel 2.3 SPMSQ	39
Tabel 2.4 Indeks Katz.....	40
Tabel 2.5 Pengkajian MMSE	41
Tabel 2.6 APGAR Keluarga.....	42
Tabel 4.1 Data Demografi Pasien	53
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan.....	54
Tabel 4.3 Pemeriksaan Fisik	55
Tabel 4.4 Indeks Katz/Pengkajian Fungsional	56
Tabel 4.5 Pengkajian SPMSQ.....	57
Tabel 4.6 Riwayat Psikososial dan Spiritual	57
Tabel 4.7 Analisa Data	58
Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan.....	59
Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan.....	60
Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Anatomi Otak.....	9
-------------------------------	---



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Standar Operational Prosedur *Stretching Exercis*

Lampiran 2 Standar Operational Prosedur Tali-Temali

Lampiran 3 Standar Operational Prosedur *Dumbbell Exercise*

Lampiran 4 Pengukuran Kekuatan Otot (MMT)

Lampiran 5 Informed Concent

Lampiran 6 Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 7 Surat selesai Penelitian

Lampiran 8 Surat Kesbangpol

Lampiran 9 Dokumentasi Penelitian

Lampiran 10 Lembar Observasi



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Organisasi kesehatan dunia (WHO), mendefinisikan stroke sebagai kondisi klinis yang timbul secara mendadak dan ditandai dengan gangguan fungsi otak yang bersifat fokal atau global, berlangsung lebih dari 24 jam dan dapat menyebabkan kematian. Dalam pengertian konvensional, stroke merupakan gangguan neurologis akibat kerusakan fokal akut pada sistem saraf pusat yang disebabkan oleh infark serebri atau perdarahan, baik intraserebral maupun subaraknoid (Adi *et al.*, 2022). Stroke terjadi ketika pembuluh darah yang membawa oksigen dan nutrisi ke otak tersumbat oleh bekuan darah (*ischemic*) atau pecah (*hemorrhagic*) (Rakhma *et al.*, 2023), Stroke dapat menyebabkan berbagai kecacatan fisik yang berakibat pada penurunan kemampuan mobilitas, seperti kelemahan atau kelumpuhan ekstremitas, gangguan keseimbangan, dan keterbatasan gerak (Sciences & Indonesia, 2021).

Stroke merupakan salah satu penyakit neurologis yang dapat menimbulkan berbagai gangguan fungsi tubuh, seperti kelemahan otot hingga kelumpuhan yang berpotensi menyebabkan kecacatan permanen. Kondisi ini berdampak pada keterbatasan kemampuan individu dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga penderita menjadi bergantung pada bantuan orang lain. Ketergantungan tersebut menyebabkan hilangnya kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar, yang pada akhirnya berpengaruh terhadap penurunan kualitas hidup secara signifikan (Kasrin *et al.*, 2024). Dampak fungsional stroke sejalan dengan meningkatnya jumlah kasus secara global, nasional, hingga daerah, sehingga keterbatasan aktivitas dan ketergantungan pasien pasca stroke menjadi isu kesehatan yang perlu mendapat perhatian.

Prevalensi stroke secara global menunjukkan tren peningkatan yang signifikan. Berdasarkan data World Stroke Organization (WSO) tahun 2022, jumlah kasus stroke pada tahun 2019 tercatat sebanyak 13,7 juta kasus dan meningkat tajam pada tahun 2022 menjadi 101 juta kasus, dengan kenaikan sebesar 86,4% (Anggreini *et al.*, 2024). Selain itu, World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa setiap tahunnya terdapat sekitar 15 juta orang di dunia yang mengalami stroke, dengan 5 juta di antaranya meninggal dunia dan 5 juta lainnya mengalami kecacatan permanen (Siagian *et al.*, 2024). Jika dibandingkan dengan rata-rata angka kematian di Amerika Serikat, Eropa, dan Australia. Di kawasan Asia insidensi stroke menjadi masalah kesehatan yang serius karena tingginya angka kematian. Angka kematian akibat stroke bervariasi, mulai dari yang terendah di Jepang sebesar 43,3 per 100.000 penduduk per tahun, hingga yang tertinggi di Mongolia sebesar 222,6 per 100.000 penduduk per tahun. Di Indonesia, diperkirakan setiap tahunnya ada sekitar 500 ribu penduduk terkena serangan (WSO, 2022).

Di Indonesia, angka kejadian stroke menunjukkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2022, stroke menempati posisi ketiga sebagai penyakit terbanyak dengan jumlah kasus mencapai 2.536.620. Kondisi ini masih berlanjut pada tahun 2023, di mana stroke tetap berada pada peringkat ketiga dengan peningkatan jumlah kasus menjadi 3.461.563. Selanjutnya, pada tahun 2024 terjadi peningkatan yang lebih signifikan, sehingga stroke naik ke peringkat kedua setelah penyakit jantung dengan total kasus sebanyak 3.899.305. Selain itu, hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 melaporkan bahwa prevalensi stroke sebesar 8,3% dengan jumlah penderita mencapai 638.178 kasus.

Tingginya angka kejadian tersebut mendorong perlunya kajian lebih lanjut secara spesifik di tingkat daerah guna memperoleh gambaran

yang lebih komprehensif terkait kejadian stroke dan upaya penanganannya.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Bengkulu tahun 2024, jumlah kejadian stroke tercatat sekitar 11,5 ribu kasus, dengan $\pm 2,9\%$ penderita mengalami kelemahan otot sebagai salah satu dampak klinis yang sering terjadi. Pada tingkat pelayanan primer, kasus stroke di Kota Bengkulu menunjukkan, Puskesmas Jembata Kecil 7,9% dari total kasus stroke di Kota Bengkulu, Puskesmas Sawah Lebar sebesar 6,1% dan Puskesmas Lingkar Timur 5,7 % pada tahun 2024 (Dinas Kesehatan Kota Bengkulu, 2024). Tingginya jumlah kasus stroke tersebut tidak hanya mencerminkan beban penyakit yang besar, tetapi juga berkaitan erat dengan berbagai komplikasi neurologis yang dialami oleh pasien pasca stroke.

Kerusakan pada sistem saraf pusat menyebabkan gangguan penghantaran impuls saraf ke otot yang berdampak pada penurunan kekuatan otot, mulai dari kelemahan ringan hingga kelumpuhan, yang umumnya terjadi pada satu sisi tubuh. Kondisi ini menyebabkan penurunan kemampuan fungsional serta keterbatasan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, yang dapat memicu terjadinya kekakuan dan deformitas sendi serta memperburuk fungsi anggota gerak. Dampak tersebut berpotensi menimbulkan kecacatan permanen, menurunkan tingkat mobilitas pasien, dan meningkatkan ketergantungan terhadap bantuan orang lain (Jamaluddin *et al.*, 2020). Apabila tidak ditangani secara optimal, gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke dapat berlangsung dalam jangka panjang dan berisiko meningkatkan tingkat ketergantungan pasien secara menyeluruh terhadap bantuan dan perawatan (Permadhi *et al.*, 2022).

Dalam praktik keperawatan, masalah yang sering muncul pada pasien pascastroke, khususnya lansia, adalah gangguan mobilitas fisik yang disertai dengan kelemahan otot. Kondisi ini memerlukan intervensi keperawatan yang tepat untuk meningkatkan kemampuan fungsional

dan kemandirian pasien. Salah satu intervensi utama yang direkomendasikan adalah teknik latihan penguatan otot. Teknik latihan penguatan otot merupakan tindakan keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan dan daya tahan otot, memperbaiki koordinasi gerak, serta mendukung peningkatan kemampuan mobilisasi pasien. Intervensi ini meliputi latihan aktif dan pasif, latihan resistif ringan, serta latihan fungsional yang disesuaikan dengan kondisi dan toleransi pasien (SIKI, 2018). Selain itu, beberapa intervensi berbasis bukti (evidence-based nursing) juga dapat diterapkan untuk meningkatkan kekuatan otot dan mobilitas pada pasien pascastroke, antara lain latihan, *Stretching Exercise*, Terapi genggam bola karet, terapi ROM, terapi tali-temali, Dumbel exercise

Stretching exercise merupakan terapi fisik yang dilakukan untuk meningkatkan fleksibilitas otot dan rentang gerak sendi pada pasien pasca stroke. Peregangan dilakukan secara terkontrol pada ekstremitas yang mengalami hemiparesis untuk mengurangi kekakuan otot, mencegah kontraktur, serta meningkatkan mobilitas dan fungsi motorik pasien. Terapi ini bekerja dengan merangsang reseptor proprioseptif pada otot dan tendon sehingga meningkatkan kontrol neuromuskular dan mengurangi spastisitas (Cahya & Sari, 2022).

Berdasarkan penelitian (Rahayu dkk., 2024), stretching exercise terbukti signifikan meningkatkan rentang gerak sendi dan menurunkan spastisitas pada pasien pasca stroke. Hasil penelitian menunjukkan penurunan skor spastisitas dari 3,12 menjadi 1,85 dan peningkatan rentang gerak dari 65,4° menjadi 78,9° setelah 4 minggu intervensi ($p < 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa stretching exercise dapat menjadi intervensi rehabilitasi yang efektif untuk meningkatkan fungsi motorik pasien pasca stroke.

Terapi genggam bola karet merupakan latihan rehabilitasi sederhana yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien pasca stroke melalui stimulasi motorik dan kontraksi

otot berulang. Latihan ini membantu meningkatkan respon saraf motorik dan fungsi gerak tangan yang mengalami kelemahan. Berdasarkan hasil penelitian, terapi genggam bola karet terbukti memberikan pengaruh signifikan terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke dengan nilai p-value 0,000 ($p < 0,05$), sehingga dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi rehabilitasi yang efektif pada pasien pasca stroke (Asmawita *et al.*, 2022)

Terapi *Range of Motion* (ROM) merupakan latihan rehabilitasi yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot dan mempertahankan fleksibilitas sendi pada pasien pasca stroke melalui pergerakan sendi secara aktif maupun pasif. Latihan ini membantu meningkatkan respon saraf motorik serta memperbaiki fungsi gerak ekstremitas atas yang mengalami kelemahan (Olviani *et al.*, 2017). Berdasarkan hasil penelitian (Xie & Huang, 2020), terapi ROM terbukti memberikan pengaruh signifikan terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke dengan nilai p-value 0,000 ($p < 0,05$), sehingga dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi rehabilitasi yang efektif pada pasien pasca stroke.

Terapi tali temali adalah salah satu latihan rehabilitasi yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot dan koordinasi gerak pada pasien pasca stroke melalui aktivitas manipulatif menggunakan tali. Latihan ini membantu merangsang respon saraf motorik, meningkatkan keterampilan motorik halus, serta memperbaiki fungsi gerak ekstremitas atas yang mengalami kelemahan (Xie dan Huang 2020), Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Jamaluddin *et al.*, (2020), terapi tali temali terbukti memberikan pengaruh signifikan terhadap peningkatan kekuatan otot dan fungsi motorik ekstremitas atas pada pasien stroke dengan nilai p-value 0,000 ($p < 0,05$), sehingga dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi rehabilitasi yang efektif pada pasien pasca stroke.

Berdasarkan survei awal yang dilakukan peneliti di wilayah kerja UPTD Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu terdapat data pasien paca stroke sebanyak 22 orang yang mengalami kelemahan otot. Upaya untuk memberikan program rehabilitasi kepada pasien stroke yang menderita kelemahan otot ekstremitas atas masih kurang. Hasil survei didapatkan bahwa tindakan keperawatan yang biasa digunakan untuk mengurangi kelemahan otot ialah dengan merendam tangan dengan air hangat dan melakukan beberapa pergerakan kecil. Oleh karena itu penulis tertarik untuk melakukan penelitian studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Teknik Latihan Penguatan Otot Pada Pasien Lansia Pasca Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu ”.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran Asuhan Keperawatan Teknik Latihan Penguatan otot Pada Lansia Penderita Pasca Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Diketahui Asuhan Keperawatan Teknik Penguatan Otot Pada Lansia Penderita Pasca Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui Gambaran Pengkajian Gangguan Mobilitas Fisik Pada Lansia Penderita Pasca Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Jembatan Kecil.
- b. Diketahui Gambaran Diagnosis Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Lansia Penderita Pasca Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Jembatan Kecil.

- c. Diketahui gambaran rencana keperawatan Teknik Latihan Penguatan Otot pada Lansia penderita Pasca Stroke di wilayah kerja Puskesmas Jembatan Kecil.
- d. Diketahui gambaran implementasi keperawatan Teknik Latihan Penguatan Otot pada Lansia penderita Pasca Stroke di wilayah kerja Puskesmas Jembatan Kecil.
- e. Diketahui gambaran evaluasi keperawatan Teknik Latihan Penguatan Otot pada Lansia penderita Pasca Stroke di wilayah kerja Puskesmas Jembatan Kecil.
- f. Diketahui pendokumentasian keperawatan Teknik Latihan Penguatan Otot pada Lansia penderita Pasca Stroke di wilayah kerja Puskesmas Jembatan Kecil.

D. Manfaat

1. Bagi Mahasiswa

Untuk meningkatkan kemampuan menerapkan asuhan keperawatan gerontik pada lansia penderita pasca stroke dengan menggunakan berbagai tindakan intervensi berdasarkan *Evidence Based Nursing*.

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Dapat menjadi masukan dan sumber informasi bagi tenaga kesehatan khususnya perawat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya asuhan keperawatan pada lansia penderita pasca stroke.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menambah berbagai referensi ilmu pengetahuan khususnya pengetahuan intervensi dalam keperawatan gerontik dengan gangguan mobilitas fisik pada lansia penderita pasca stroke.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Hasil penulisan diharapkan dapat memberikan tambahan informasi kepada lansia dan keluarga dalam menghadapi masalah gangguan mobilitas fisik pada lansia penderita pasca stroke.

E. Target Luaran

Rencana target luaran studi kasus asuhan keperawatan Teknik latihan penguatan otot pada Lansia Penderita pasca stroke adalah monograf



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Anatomi Fisiologi

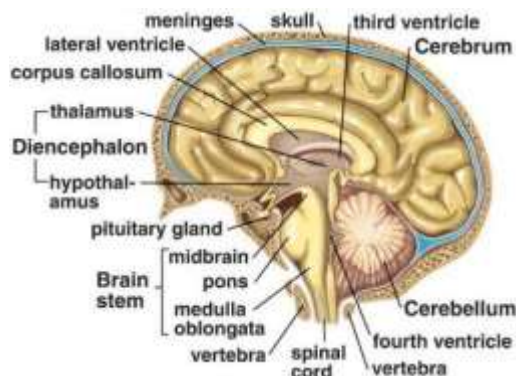
1. Otak

Otak diidentifikasi sebagai pusat pengatur yang sangat kompleks yang memproses dan mengintegrasikan informasi dari seluruh tubuh. Penelitian ini menekankan pentingnya otak dalam pengaturan homeostasis tubuh, termasuk pengaturan suhu tubuh, kadar gula darah, dan bahkan respons terhadap stres. Dalam konteks keperawatan, pemahaman tentang bagaimana otak berperan dalam menjaga keseimbangan tubuh ini penting untuk perawatan pasien dengan gangguan neurologis salah satunya stroke (Cui *et al.*, 2025).

Menurut (Fitri, 2022), Otak berbentuk seperti lipatan lipatan dimana lipatan yang menuju kebawah disebut sulcus, dan yang menonjol keatas adalah gyrus, sedangkan retakan yang dalam disebut fissure. Otak dipisahkan menjadi dua hemisphere kanan dan kiri oleh fissure longitudinal. Anatomi utama otak manusia dapat dibagi menjadi tiga bagian besar berdasarkan perkembangan embrionik dan struktur fungsionalnya: otak depan (prosencefalon), otak tengah (mesencefalon), dan otak belakang (rhombencefalon). Berikut penjelasan singkat mengenai masing-masing bagian.

Gambar 2.1 Sistem otak manusia

Sumber gambar: (Rahayu, 2023)



a. Otak depan (Prosensefalon)

Otak depan terdiri dari dua bagian utama:

1) Telensefalon: Merupakan bagian terbesar dari otak, terdiri dari dua belahan otak (hemisfer) yang dihubungkan oleh korpus kalosum.

Bagian ini mencakup korteks serebral yang terbagi menjadi beberapa lobus:

- a) Lobus frontal: Mengatur fungsi eksekutif, seperti perencanaan, pengambilan keputusan, dan kontrol motorik.
- b) Lobus parietal: Memproses informasi sensorik seperti sentuhan, tekanan, dan rasa sakit.
- c) Lobus temporal: Terlibat dalam pemrosesan pendengaran dan memori.
- d) Lobus oksipital: Bertanggung jawab atas pemrosesan visual.

1) Diesefalon: terdiri dari thalamus dan hipotalamus. Thalamus berfungsi sebagai pusat relay untuk informasi sensorik, sedangkan hipotalamus mengatur fungsi otonom seperti suhu tubuh, rasa lapar, dan ritme sirkadian.

a. Otak Tengah (Mesensefalon)

Otak tengah berfungsi sebagai penghubung antara otak depan dan otak belakang.

b. Otak Belakang (Rhombensefalon)

Otak belakang terdiri dari:

- 1) Serebelum (otak kecil) : mengatur koordinasi gerakan, keseimbangan, dan postur tubuh.
- 2) Pons : menghubungkan berbagai bagian otak dan terlibat dalam pengaturan pernapasan.
- 3) Medula Oblongata : mengontrol fungsi vital seperti detak jantung, pernapasan, dan tekanan darah.

B. Konsep Stroke

1. Pengertian

Stroke didefinisikan sebagai gangguan suplai darah ke otak yang biasanya disebabkan adanya sumbatan oleh gumpalan darah. Hal ini menyebabkan gangguan pasokan oksigen dan nutrisi di otak sehingga terjadi kerusakan jaringan otak. Stroke juga dikatakan sebagai gangguan fungsi syaraf akut yang disebabkan karena gangguan peredaran darah otak secara mendadak (dalam hitungan detik) atau secara cepat (dalam hitungan jam) timbul gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah fokal yang terganggu (Puspitasari, 2020).

2. Etiologi

Menurut (Adi *et al.*, 2022), ada 4 macam penyebab stroke, yaitu :

- a. Iskemik Trombosis (bekuan cairan di dalam pembuluh darah otak)
- b. Embolisme cerebral (bekuan darah atau material lain)
- c. Iskemia (Penurunan aliran darah ke area otak)
- d. Hemoragi serebral yaitu pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang sekitar otak. Akibatnya adalah penghentian suplai darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir, memori, bicara atau sensasi

3. Klasifikasi Stroke

Secara garis besar stroke dibedakan menjadi dua jenis berdasarkan patologisnya yaitu: stroke iskemik juga dikenal sebagai infark atau stroke non hemoragik disebabkan oleh pembekuan darah atau penyumbatan pada arteri yang menyebabkan otak mengalami aterosklerosis. Jenis kedua adalah stroke hemoragik adalah terjadinya kerusakan atau pecahnya pembuluh darah di otak, yang disebabkan oleh lamanya tekanan darah tinggi dan aneurisma serebral (Siti, 2021).

4. Manifestasi Klinis

Ada beberapa tanda dan gejala pada penderita stroke menurut (Turap *et al.*, 2021.)

a. Defisit lapang penglihatan

- 1) Homonymous hemianopsia (kehilangan setengah lapang penglihatan). Tidak menyadari orang atau obyek ditempat kehilangan penglihatan, mengabaikan salah satu sisi tubuh, kesulitan menilai jarak.
- 2) Kesulitan penglihatan perifer Kesulitan penglihatan pada malam hari, tidak menyadari obyek atau batas obyek.
- 3) Diplopia Penglihatan ganda

b. Defisit Motorik

- 1) Hemiparese Kelemahan wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama. Paralisis wajah (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan)
- 2) Ataksia, Berjalan tidak mantap tegak tidak mampu menyatukan kaki, perlu dasar berdiri yang luas.
- 3) Disfasia Kesulitan membentuk dalam kata. Disfasia Kesulitan dalam menelan.

c. Defisit Verbal

- 1) Afasia ekspresif Tidak mampu membentuk kata yang mampu dipahami, mungkin mampu bicara dalam respon kata tunggal.

2) Afasia reseptif Tidak mampu memahami kata yang dibicarakan, mampu bicara tetapi tidak masuk akal.

3) Afasia global Kombinasi baik afasia ekspresif dan afasia reseptif

d. Defisit Kognitif

Pada penderita stroke akan kehilangan memori jangka pendek dan panjang, penurunan lapang perhatian, kerusakan kemampuan untuk berkonsentrasi, alasan abstrak buruk, perubahan penilaian.

e. Defisit emosional

Penderita akan mengalami kehilangan kontrol diri, labilitas emosional, penurunan toleransi pada situasi yang menimbulkan stress, depresi, menarik diri, rasa takut, bermusuhan atau marah, perasaan isolasi.

5. Patofisiologi

Stroke terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak yang disebabkan oleh sumbatan pembuluh darah (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Gangguan aliran darah tersebut menyebabkan penurunan suplai oksigen dan glukosa ke jaringan otak sehingga mengakibatkan hipoksia dan iskemia. Kekurangan oksigen memicu kegagalan metabolisme sel saraf, penurunan produksi adenosin trifosfat (ATP), serta gangguan fungsi pompa ion sel. Kondisi ini menyebabkan depolarisasi membran, masuknya ion kalsium secara berlebihan, pelepasan neurotransmitter eksitatorik, dan terjadinya kerusakan serta kematian sel neuron (Kinantaka *et al.*, 2023).

Pada stroke hemoragik, pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perdarahan yang menimbulkan peningkatan tekanan intrakranial, penekanan jaringan otak, serta gangguan perfusi serebral. Proses tersebut memicu edema otak dan respon inflamasi yang memperberat kerusakan jaringan. Kerusakan sel saraf akibat

gangguan perfusi dan perdarahan ini menimbulkan defisit neurologis berupa gangguan motorik, sensorik, bicara, maupun penurunan kesadaran sesuai dengan lokasi dan luas area otak yang terdampak (Adi *et al.*, 2022).

6. Faktor Risiko Stroke

Adapun menurut Siti (2021) faktor-faktor terjadinya stroke :

a. Usia

Stroke menyerang semua usia, namun sebagian besar menyerang orang berusia diatas 55 tahun. Insiden stroke terbukti meningkat secara eksponensial seiring bertambahnya usia dengan peningkatan 100 kali lipat pada orang berusia 80-90 tahun.

b. Jenis Kelamin

Laki-laki mempunyai risiko lebih tinggi terkena stroke dibandingkan perempuan. Sebelum menopause, laki-laki lebih banyak terkena stroke dibandingkan perempuan, namun setelah menopause keduanya memiliki resiko yang sama.

c. Keturunan

Faktor genetik berperan besar dalam penyakit stroke. Seperti halnya hipertensi, jantung, diabetes melitus dan deformitas pembuluh darah. Selain itu pola hidup dan kebiasaan keluarga juga dapat meningkatkan risiko stroke.

7. Komplikasi

Menurut Anita, (2022) adapun berbagai macam komplikasi Stroke antar lain:

a) Bekuan darah

Bekuan darah mudah terbentuk pada ekstremitas yang mengalami kelumpuhan akibat imobilisasi, sehingga menyebabkan penimbunan cairan dan pembengkakan. Kondisi ini juga dapat menimbulkan emboli paru, yaitu perpindahan bekuan darah yang me-

nyumbat arteri pulmonalis dan mengganggu aliran darah ke paru-paru.

b) Dekubitus

Luka tekan umumnya terjadi pada area tubuh yang mengalami tekanan berkepanjangan, seperti pinggul, pantat, sendi kaki, dan tumit. Apabila tidak mendapatkan perawatan yang adekuat, luka tekan dapat berkembang menjadi infeksi.

c) Pneumonia

Pada pasien stroke, gangguan refleks batuk dan kemampuan menelan dapat menyebabkan akumulasi cairan atau aspirasi sekret dalam paru-paru. Kondisi ini meningkatkan risiko terjadinya pneumonia.

d) Artrofi atau kekakuan sendi

Atrofi otot dan kekakuan sendi terjadi akibat kurangnya aktivitas fisik dan mobilisasi dalam waktu lama, sehingga menyebabkan penurunan kekuatan otot dan keterbatasan rentang gerak sendi.

8. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Wirastuti *et al.*, (2023) pemeriksaan penunjang pada pasien stroke meliputi :

- a) Ultrasonografi Doppler digunakan untuk mengidentifikasi kelainan arteri dan vena, khususnya pada sistem arteri karotis, seperti adanya penyempitan pembuluh darah atau pembentukan plak.
- b) Angiografi serebral membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik, termasuk gangguan peredaran darah, lokasi obstruksi arteri, maupun adanya ruptur pembuluh darah.
- c) CT Scan digunakan untuk memperlihatkan adanya edema serebri, hematoma, iskemia, serta area infark pada jaringan otak.
- d) Pungsi lumbal dilakukan untuk mengetahui tekanan cairan serebrospinal dan mendeteksi adanya perdarahan atau kelainan vaskular seperti malformasi arteriovena (MAV).
- e) Foto rontgen (sinar X) tengkorak dapat menggambarkan

pergeseran kelenjar pineal ke arah yang berlawanan akibat adanya massa atau lesi luas di dalam otak.

- f) Elektroensefalografi (EEG) digunakan untuk mengidentifikasi gangguan fungsi otak berdasarkan aktivitas gelombang otak serta dapat menunjukkan lokasi lesi tertentu.

9. Penatalaksanaan Stroke

Menurut Roboth *et al.*,(2020) penatalaksanaan stroke sebagai berikut:

a) Penatalaksanaan Medis

Tindakan medis terhadap pasien stroke meliputi diuretik untuk menurunkan edema serebral, yang mencapai tingkat maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral. Antikoagulan dapat diresepkan untuk mencegah terjadinya atau memberatnya trombotik atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskular. Medikasi antitrombotik dapat diresepkan karena trombotik memainkan peran sangat penting dalam pembentukan trombus dan embolisasi.

b) Penatalaksanaan Keperawatan

Terdapat berbagai macam terapi alternatif non farmakologis yang dapat diberikan kepada pasien stroke terutama untuk membantu memulihkan kondisi pasien stroke karena hampir seluruh pasien yang mengalami stroke akan mengalami banyak perubahan yang dapat menghambat aktivitas sehari-hari, sehingga diperlukannya terapi alternatif non farmakologis yang dapat dilakukan oleh pasien dan keluarga di rumah. Beberapa terapi non farmakologis yang sudah banyak dilakukan diantaranya : *Stretching Exercise*, terapi genggam bola karet, terapi *range of motion (Room)*, terapi Tali-temali, terapi *Dumbbel exercise*.

C. Konsep Dasar Lansia

1. Pengertian Lansia

Lansia atau menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alami, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa dan tua (Nadiyah, 2022).

Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh (Wulandari *et al.*, 2023).

2. Batas Lansia

Menurut WHO, (2013) lansia berdasarkan usia biologis digolongkan menjadi 4 kelompok yaitu :

- a) Usia pertengahan (middle age) antara usia 45 sampai 59 tahun
- b) Lanjut usia (elderly) berusia antara 60 sampai 74 tahun
- c) Lanjut usia tua (old) berusia 75 sampai 90 tahun
- d) Usia sangat tua (very old) berusia lebih dari 90 tahun

3. Ciri-Ciri Lansia

Menurut Wulandari *et al.*, (2023) ciri-ciri lansia yaitu :

- a) Lansia merupakan periode kemunduran. Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang

memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi

b) Lansia memiliki status kelompok minoritas.

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

c) Menua membutuhkan perubahan peran.

Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia, sebagai ketua RW karena usianya.

d) Penyesuaian yang buruk pada lansia.

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah

4. Perubahan Fisiologis Pada Lansia

Kinantaka *et al.*, (2023) mengatakan bahwa seseorang yang mengalami lanjut usia akan mengalami beberapa perubahan fisiologis, yaitu:

c) Perubahan Fisik

SelJumlah lebih sedikit, ukuran lebih besar, mekanisme perbaikan sel terganggu, menurunnya proporsi protein di otak, otot, darah, ginjal dan hati

d) Sistem Persyarafan

Lambat dalam respons dan waktu untuk bereaksi, mengecilnya saraf panca indera, kurang sensitif terhadap sentuhan, hubungan persyarafan menurun

e) Sistem Pendengaran

Gangguan pendengaran atau presbiakusis, terjadi penumpukan seruman dan mengeras, hilang kemampuan pendengaran pada telinga dalam terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tidak jelas dan tinggi dan sulit mengerti kata-kata.

f) Sistem Penglihatan

Spingter pupil timbul sklerosis, hilang respons terhadap sinar, kornea lebih berbentuk sferis (bola), kekeruhan pada lensa dan menurunnya lapang pandang.

e) Sistem Kardiovaskuler

Menurunnya elastisitas dinding aorta, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% pertahun, katub jantung menebal dan menjadi kaku, tekanan darah meningkat dan kehilangan elastisitas pembuluh darah.

f) Sistem Pengaturan Suhu Tubuh

Temperatur tubuh menurun secara fisiologis, keterbatasan reflek menggigit dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi penurunan aktivitas otot.

g) Sistem Respirasi

Menurunnya aktivitas dari silia-silia paru-paru dan kehilangan elastisitas kekuatan otot pernafasan, menurunkan O₂ pada arteri menjadi 75 mmHg, alveoli ukurannya melebar, menurunnya batuk

h) Sistem Gastrointestinal

Terjadi penurunan selera makan dan rasa haus, mudah terjadi konstipasi, terjadi penurunan produksi saliva, karies gigi, penambahan waktu pengosongan lambung dan gerak peristaltik usus

i) Sistem Muskuloskeletal

Tulang makin rapuh dan kehilangan cairan, tafosis, tubuh menjadi lebih pendek, persendian kaku dan membesar, tendon mengerut dan sklerosis, atrofi serabut otot, pembengkakan persendian dan pembengkakan akibat penumpukan kristal asam urat.

5. Perubahan Psikososial

Seorang lansia akan mengalami penurunan produktivitas dan identitas dalam pekerjaannya. Pada lansia akan mengalami kehilangan-kehilangan seperti berikut (Kinantaka *et al.*, 2023) :

- a) Kehilangan finansial (income berkurang).
- b) Kehilangan status.
- c) Kehilangan teman/kenalan/relasi.
- d) Kehilangan pekerjaan/kegiatan.
- e) Merasakan atau sadar akan kematian (sense of awareness of mortality).
- f) Perubahan dalam hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.
- g) Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan. Meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan.
- h) Penyakit kronis dan ketidakmampuan.
- i) Gangguan syaraf panca indra, timbul kebutaan dan ketulian.
- j) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.
- k) Kehilangan hubungan dengan teman-teman dan keluarga besar.

- l) Kehilangan kekuatan dan ketegangan fisik, perubahan terhadap gambaran diri dan perubahan konsep diri

6. Perubahan Spiritual

- a) Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya.
- b) Lansia makin teratur dalam kehidupan keagamaan, hal ini terlihat dalam bertindak dan berpikir dalam sehari-hari.
- c) Perkembangan spiritual pada usia 70 tahun adalah universalizing, perkembangan yang telah dicapai adalah bertindak dan berpikir dengan cara memberikan contoh cara mencintai dan keadilan (Okvitasari *et al.*, 2024).

7. Perubahan Mental

Perubahan mental lansia dipengaruhi oleh adalah (Riza, 2021) :

- a) Perubahan fisik, terutama pada organ perasa
- b) Kesehatan umum
- c) Hereditas (keturunan)
- d) Lingkungan
- e) Tingkat pendidikan

8. Perubahan *Intelegensia Quantion* (IQ)

Intelegensia Dasar (Fluid intelligence) yang berarti penurunan fungsi otak bagian kanan yang antara lain berupa pemecahan masalah, kesulitan dalam komunikasi nonverbal, mengenal wajah orang, kesulitan dalam pemusatan konsentrasi dan perhatian (Rasniah *et al.*, 2021).

9. Perubahan Ingatan (*memory*)

Secara fisiologis, ingatan tertentu hanya berlangsung beberapa detik, dan yang lainnya berlangsung beberapa jam, hari, minggu, bulan atau bahkan bertahun-tahun. Untuk itu ingatan (*memory*) dapat diklasifikasikan menjadi 3 yaitu ingatan jangka pendek, ingatan jangka menengah dan ingatan jangka panjang (Nadiyah, 2022).

10. Perubahan Psikologis Pada Lansia

Adapun perubahan psikologis yang dialami lansia menurut Riza, (2021) yaitu :

a) Kesepian

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sesik terutama pendengaran

b) Duka cita

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, atau bahkan hewan kesayangan dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia. Hal tersebut dapat memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan

d) Depresi

Duka cita yang berlarut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi, depresi juga dapat disebabkan karena stress lingkungan dan menurunnya kemampuan adaptasi.

e) Gangguan cemas

Dibagi dalam beberapa golongan yaitu fobia, panik, gangguan obsesif kompulsif, gangguan-gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi, efek samping obat, atau gejala penghentian mendadak dari suatu obat

f) Parafreia

Suatu bentuk skizofrenia pada lansia, ditandai dengan waham (curiga), lansia sering merasa tetangga mencuri barang-barang atau berniat membutuhkannya. Biasanya terjadi pada lansia yang terisolasi/dislasi atau menarik diri dengan sosial.

g) Sindroma Diogenes

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilmilam perilaku sangat mengganggu. Rumah atau kamar tidur bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urinnnya, sering menumpuk barang dengan tidak teratur. Walaupun telah dibersihkan, keadaan tersebut dapat terulang kembali.

D. Konsep Kebutuhan Aktivitas

1. Definisi

Activities of Daily Living (ADLs) merupakan aktivitas dasar yang dilakukan individu dalam kehidupan sehari-hari, meliputi mandi, berpakaian, makan, mobilitas, serta menjaga kebersihan diri. Sementara itu, *Instrumental Activities of Daily Living* (IADLs) mencakup aktivitas yang lebih kompleks dan berperan dalam menunjang kemandirian individu, seperti memasak, mengelola keuangan, berbelanja, mengurus rumah tangga, berkomunikasi, dan menggunakan sarana transportasi. Dalam praktik terapi okupasi, aktivitas dipandang sebagai kegiatan yang memiliki makna dan bertujuan untuk mendukung fungsi kehidupan sehari-hari pasien, yang dikelompokkan ke dalam beberapa aspek, antara lain pekerjaan, perawatan diri, dan rekreasi (Karam *et al.*, 2021)

2. Tujuan dan fungsi kebutuhan aktivitas :

- a) Mempertahankan atau memulihkan kemandirian melalui partisipasi dalam ADL/IADL. Aktivitas yang bermakna berpengaruh positif pada motivasi dan komitmen pasien.
- b) Meningkatkan mobilitas fisik, kekuatan otot, dan kualitas hidup pasien melalui intervensi berbasis aktivitas, terutama pada lansia atau pasien dengan kondisi kronis
- c) Menghindari disfungsi, seperti kontraktur sendi dan penurunan kognitif, yang dapat muncul akibat imobilisasi atau ketidakaktifan

3. Langkah-langkah kebutuhan aktivitas

Menurut prinsip perawatan terpadu dan kerangka kerja terapi okupasi (Tammy & Thayer, 2025):

a) Assessment kebutuhan aktivitas

evaluasi fungsi ADL/IADL menggunakan tools/observasi dan diskusi pasien/keluarga terkait apa yang dibutuhkan dan bermakna.

b) Diagnosis aktivitas

rumuskan masalah spesifik seperti ketergantungan ADL atau hambatan partisipasi.

c) Perencanaan intervensi

rancang intervensi berdasarkan temuan, mencakup aktivitas latihan, edukasi, dan adaptasi lingkungan.

d) Implementasi

lakukan aktivitas seperti latihan fungsional, aktivitas kreatif, ADL terbimbing, dan aktivitas berbasis komunitas.

e) Evaluasi & dokumentasi

pantau hasil intervensi dengan pengukuran fungsi, catat perubahan pasien, dan sesuaikan rencana lebih lanjut.

E. Konsep Teknik Latihan penguatan otot

1. Definisi

Latihan penguatan otot dalam praktik keperawatan merupakan salah satu intervensi yang direkomendasikan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk mengatasi berbagai masalah keperawatan, seperti penurunan kekuatan otot dan gangguan mobilitas fisik sebagaimana tercantum dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Intervensi ini diarahkan untuk membantu pasien meningkatkan kemampuan kontraksi otot secara optimal, mempertahankan massa dan tonus otot, serta mencegah terjadinya atrofi akibat imobilisasi atau keterbatasan aktivitas da-

lam jangka waktu tertentu. Selain itu, latihan penguatan otot juga berperan penting dalam mendukung proses pemulihan fungsi gerak pasien secara bertahap dan aman, sehingga pasien mampu kembali melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya (Wangko, 2014)

2. Teknik latihan penguatan otot.

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), latihan penguatan otot merupakan intervensi keperawatan yang dilakukan secara terencana dan bertahap untuk meningkatkan kekuatan, daya tahan, serta fungsi otot pasien. Teknik pelaksanaan terapi ini disesuaikan dengan kondisi fisik, tingkat kemampuan, dan toleransi pasien, sehingga latihan dapat dilakukan secara aman dan efektif.

Pelaksanaan latihan penguatan otot diawali dengan pengkajian keperawatan yang komprehensif, meliputi penilaian kekuatan otot dengan skala (*MMT*), rentang gerak sendi, tingkat nyeri, serta kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas. Hasil pengkajian tersebut menjadi dasar bagi perawat dalam menentukan jenis latihan yang sesuai serta intensitas latihan yang dapat ditoleransi oleh pasien.

3. Teknik latihan penguatan otot menurut SIKI dapat dilakukan melalui beberapa bentuk latihan

- a) Melakukan gerakan fleksi dan ekstensi ekstremitas atas sesuai kemampuan dan rentang gerak pasien
- b) Melakukan gerakan fleksi dan ekstensi ekstremitas bawah secara bertahap untuk mempertahankan kekuatan otot
- c) Melakukan gerakan abduksi dan adduksi ekstremitas guna menjaga fungsi otot serta stabilitas sendi
- d) Mempertahankan posisi ekstremitas dalam waktu tertentu sesuai toleransi untuk mendukung kontraksi otot
- e) Melakukan gerakan dengan tahanan ringan menggunakan berat tubuh atau alat bantu sederhana

- f) Melakukan pengulangan gerakan secara terkontrol untuk meningkatkan daya tahan otot
- g) Menyesuaikan intensitas, durasi, dan frekuensi latihan berdasarkan kondisi fisik serta respons pasien

Selain penerapan beberapa teknik latihan penguatan otot tersebut, keberhasilan intervensi keperawatan perlu didukung oleh terapi berbasis Evidence-Based Nursing (EBN) yang relevan dan terintegrasi, sehingga intervensi yang diberikan tidak hanya sesuai standar, tetapi juga terbukti efektif dalam meningkatkan kekuatan otot, fungsi motorik, dan kemandirian pasien secara optimal, terapi yang dapat dilakukan antara lain : *Stretching Exercise*, Terapi genggam bola karet, terapi ROM, terapi tali-temali, Dumbbel exercise

F. Penelitian Terkait Intervensi Keperawatan Pada Lansia Penderita Pasca stroke dengan gangguan mobilitas fisik

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan saat ini semakin pesat, sehingga berbagai penelitian telah dilakukan terkait aktivitas keperawatan untuk penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik pada kelompok intervensi perawatan teknik latihan penguatan otot pada lansia penderita pasca stroke (kelemahan otot) dengan gangguan mobilitas fisik. Kondisi tersebut dapat menyebabkan keterbatasan gerak dan penurunan kemampuan fungsional apabila tidak ditangani secara optimal. Oleh karena itu, intervensi keperawatan rehabilitatif melalui latihan penguatan otot diperlukan untuk meningkatkan kekuatan otot, memperbaiki mobilitas, serta menunjang kemandirian pasien. Adapun langkah-langkah intervensi yang dilakukan antara lain :

1. Pengaruh *Stretching exercise* Terhadap Peningkatan kekuatan otot Pada Lansia Penderita pasca stroke

Keterbatasan fleksibilitas dan rentang gerak sendi pada pasien pasca stroke dapat mengakibatkan peningkatan tonus otot,

kekakuan, serta risiko kontraktur yang berujung pada penurunan fungsi motorik dan kemandirian dalam aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, diperlukan intervensi rehabilitasi yang efektif untuk mengembalikan mobilitas, mengurangi spastisitas, serta meningkatkan kemampuan fungsional pasien pasca stroke. *Stretching exercise* atau latihan peregangan merupakan teknik terapi fisik yang dirancang untuk meningkatkan fleksibilitas otot dan rentang gerak sendi melalui peregangan otot secara terstruktur dan terkontrol (Cahya & Sari, 2022).

Menurut (Shumway-Cook & Woollacott, 2021), *stretching exercise* bekerja dengan merangsang reseptor proprioseptif pada otot dan tendon, sehingga meningkatkan kontrol neuromuskular dan mengurangi spastisitas. Peregangan yang dilakukan secara konsisten dapat memperbaiki elastisitas jaringan otot dan tendon, memperlancar aliran darah, serta meningkatkan kemampuan otot untuk berkontraksi dan relaksasi secara optimal. Dengan demikian, latihan peregangan berkontribusi terhadap peningkatan fungsi motorik dan mobilitas pasien pasca stroke.

Penelitian yang dilakukan oleh (Rahayu dan Handayani, 2021) menunjukkan bahwa *stretching exercise* secara signifikan meningkatkan rentang gerak sendi dan menurunkan spastisitas pada pasien pasca stroke iskemik. Latihan peregangan membantu otot yang mengalami kekakuan untuk kembali pada panjang normalnya, sehingga memperbaiki pola gerak dan meningkatkan kemampuan melakukan aktivitas fungsional secara bertahap.

Penelitian serupa juga dilakukan oleh (Imelda, Mulyatsih, dan susilo 2022) meneliti pengaruh *stretching exercise* terhadap kondisi pasien pasca stroke. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan quasi eksperimental menggunakan desain pre-test dan post-test pada kelompok intervensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan signifikan pada rentang gerak dan

penurunan spastisitas pada pasien pasca stroke setelah diberikan *stretching exercise* secara terstruktur. Data hasil analisis statistik menunjukkan bahwa nilai $p\text{-value} < 0,05$, yang menunjukkan bahwa intervensi *stretching exercise* berpengaruh signifikan terhadap peningkatan fungsi motorik pasien.

2. Pengaruh Terapi genggam bola karet Terhadap peningkatan kekuatan otot dan menggenggam Pada Lansia Penderita pasca stroke

Kelemahan otot tangan pada pasien pasca stroke menyebabkan penurunan kemampuan menggenggam, memegang benda, serta menghambat aktivitas sehari-hari. Kondisi ini memerlukan intervensi rehabilitasi yang sederhana, aman, dan efektif untuk meningkatkan kekuatan otot serta fungsi motorik pasien pasca stroke. Terapi genggam bola karet merupakan salah satu bentuk latihan aktif yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot tangan melalui kontraksi otot berulang. Latihan ini dilakukan dengan cara menggenggam bola karet secara berulang menggunakan tangan yang mengalami kelemahan. Aktivitas menggenggam dapat merangsang kerja otot fleksor tangan, meningkatkan tonus otot, serta memperbaiki koordinasi neuromuskular (Putri & Wahyuni, 2022). Terapi ini mudah dilakukan, biaya rendah, dan dapat diterapkan sebagai bagian dari intervensi keperawatan rehabilitatif.

Latihan genggam bola karet mampu meningkatkan aliran darah ke jaringan otot dan saraf perifer sehingga membantu proses pemulihan fungsi motorik. Kontraksi otot yang terjadi secara berulang dapat meningkatkan rekrutmen unit motorik dan memperkuat otot tangan secara bertahap. Selain itu, stimulasi sensorik dari bola karet juga berperan dalam meningkatkan respons saraf sensorimotor, yang penting dalam proses rehabilitasi pasien pasca stroke (Rahmawati *et al.*, 2023).

Penelitian yang dilakukan oleh (Sari *et al* 2023) pada pasien pasca stroke menunjukkan bahwa terapi genggam bola karet yang dilakukan selama 15–20 menit per sesi, sebanyak 2 kali sehari selama 7 hari, memberikan peningkatan signifikan pada kekuatan otot tangan. Hasil uji statistik menunjukkan nilai p value $< 0,05$, yang menandakan adanya perbedaan bermakna antara kekuatan otot sebelum dan sesudah diberikan terapi genggam bola karet. Temuan ini sejalan dengan penelitian (Wulandari dan Prasetyo 2024) yang menyatakan bahwa latihan genggam bola karet efektif meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien pasca stroke. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, dapat disimpulkan bahwa terapi genggam bola karet memiliki pengaruh positif terhadap peningkatan kekuatan otot tangan pada pasien pasca stroke.

3. Pengaruh *Range of motion* Terhadap Peningkatan kekuatan otot dan rentan gerak Pada Penderita pasca stroke

Latihan ROM merupakan suatu teknik untuk mengembalikan rentang gerak dan kekuatan otot agar dapat bergerak kembali dalam aktivitas sehari-hari ROM dibagi dalam dua kelompok yaitu aktif dan pasif, perbedaan keduanya pada bantuan orang lain, dimana ROM aktif mengerakkan sendi dengan menggunakan otot tanpa bantuan, sedangkan ROM pasif dibantu oleh orang lain (Wulandari *et al.*, 2022).

Terapi *Range of Motion* (ROM) merupakan latihan yang bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan gerak sendi dan kekuatan otot melalui pergerakan sendi secara aktif maupun pasif. Latihan ROM dilakukan dengan menggerakkan sendi sesuai dengan rentang geraknya tanpa menimbulkan nyeri. Terapi ini dapat membantu mencegah kekakuan sendi, kontraktur, serta mempertahankan elastisitas otot pada pasien pasca stroke (Putri & Handayani, 2022).

Latihan ROM dapat meningkatkan sirkulasi darah ke jaringan otot dan saraf sehingga membantu meningkatkan suplai oksigen dan nutrisi ke sel-sel otot. Pergerakan sendi secara teratur dapat merangsang kontraksi otot, meningkatkan tonus otot, serta memperbaiki koordinasi neuromuskular. Selain itu, latihan ROM juga berperan dalam merangsang sistem saraf pusat untuk mengaktifkan kembali jalur motorik yang mengalami gangguan akibat stroke (Rahmawati *et al.*, 2023).

Penelitian yang dilakukan oleh Wulandari *et al.* (2023) menunjukkan bahwa pemberian terapi ROM selama 10–15 menit, dua kali sehari selama 7 hari pada pasien pasca stroke memberikan peningkatan yang signifikan terhadap kekuatan otot. Hasil uji statistik menunjukkan nilai p value $< 0,05$, yang menandakan adanya perbedaan bermakna antara kekuatan otot sebelum dan sesudah diberikan terapi ROM. Hasil serupa juga ditemukan dalam penelitian Siregar dan Lestari (2024) yang menyatakan bahwa latihan ROM efektif dalam meningkatkan kekuatan otot ekstremitas pada pasien pasca stroke. Oleh karena itu, terapi ROM direkomendasikan untuk diterapkan secara rutin sebagai bagian dari program rehabilitasi pasien pasca stroke.

4. Pengaruh terapi Tali-temali Terhadap Peningkatan kekuatan otot dan fleksibilitas sendi Pada Penderita pasca stroke

Kelemahan otot tangan menghambat aktivitas seperti menggenggam dan mengoordinasikan gerakan jari, sehingga diperlukan intervensi rehabilitasi untuk meningkatkan kekuatan dan koordinasi otot secara bertahap. Terapi tali temali merupakan salah satu latihan motorik halus yang dilakukan dengan aktivitas mengikat, memasukkan, atau menarik tali menggunakan tangan yang mengalami kelemahan. Aktivitas ini melibatkan otot-otot kecil tangan dan jari serta melatih koordinasi mata dan tangan. Latihan tali temali dapat merangsang kontraksi otot berulang, meningkatkan tonus otot, serta

memperbaiki kontrol gerak pada pasien pasca stroke (Jamaluddin *et al.*, 2020)

Latihan tali-temali juga berperan dalam meningkatkan stimulasi sensorimotor dan aktivasi saraf motorik. Gerakan berulang yang dilakukan secara terarah dapat membantu meningkatkan rekrutmen unit motorik serta memperbaiki jalur saraf yang terganggu akibat stroke. Dengan latihan yang dilakukan secara rutin, kekuatan otot tangan dan ketangkasan jari dapat meningkat secara bertahap (Rahayu, 2023).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan (Jamaluddin *et al.*, 2020), terapi tali temali menunjukkan pengaruh positif terhadap peningkatan kekuatan otot dan fungsi motorik halus pada pasien pasca stroke dengan nilai signifikansi $p < 0,05$. Oleh karena itu, terapi tali temali dapat direkomendasikan sebagai intervensi non-farmakologis dalam asuhan keperawatan rehabilitatif untuk membantu meningkatkan kekuatan otot dan kemandirian pasien pasca stroke.

Penelitian serupa yang dilakukan (Lestari, 2020) tentang *improving skills motorial skill through rigging activities* yang dilakukan selama 2 siklus, dengan setiap siklus terdiri dari 4 kali pembelajaran, selama 2 bulan menunjukkan adanya peningkatan keterampilan motorik halus anak dari rata-rata 46,66% pada pratindakan, menjadi 85,29% pada Siklus I, dan mencapai 93,93% pada Siklus II. Hasil ini menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam keterampilan motorik halus pada anak.

5. Pengaruh terapi *Dumbbell Exercise* terhadap peningkatan kekuatan otot pada lansia penderita pasca stroke

Terapi *dumbbell exercise* merupakan salah satu bentuk latihan penguatan otot yang dilakukan dengan menggunakan beban dumbbell ringan. Latihan ini melibatkan gerakan otot-otot besar dan kecil pada tangan serta lengan, sehingga dapat meningkatkan

kemampuan kontraksi otot dan stabilitas sendi. Latihan *dumbbell exercise* juga berperan dalam meningkatkan stimulasi sensorimotor dan aktivasi saraf motorik. Gerakan berulang dengan beban yang terkontrol dapat membantu meningkatkan rekrutmen unit motorik serta memperbaiki jalur saraf yang terganggu akibat stroke.

Dengan latihan yang dilakukan secara rutin, kekuatan otot lengan dan fleksibilitas sendi dapat meningkat secara bertahap. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Hidayat & Munandar.,(2022) terapi *dumbbell exercise* menunjukkan pengaruh positif terhadap peningkatan kekuatan otot dan fungsi motorik pada pasien pasca stroke dengan nilai signifikansi $p < 0,05$.

Penelitian serupa juga dilakukan oleh Rusfendi, Shalli Shavira, Buston Erni, Sahran (2024) menunjukan Kombinasi *dumbbell exercise* dan *mirror therapy* secara signifikan meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien pasca stroke ($p = 0,035$), hal tersebut menunjukkan bahwa latihan beban ringan seperti dumbbell efektif dalam rehabilitasi kekuatan otot pasien pasca stroke. Oleh karena itu, terapi *dumbbell exercise* dapat direkomendasikan sebagai intervensi nonfarmakologis dalam asuhan keperawatan rehabilitatif untuk membantu meningkatkan kekuatan otot dan kemandirian pasien pasca stroke.

Tabel 2.1 Penelitian Terkait Intervensi Keperawatan

No	Penulis dan Judul	Jurnal dan Tahun Terbit	Sampel Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Imelda, Mulyatsih, Susilo Pengaruh <i>Stretching Exercise</i> terhadap Peningkatan Rentang Gerak dan Penurunan kekuatan otot pada Pasien Pasca Stroke	Jurnal Keperawatan / Rehabilitasi Medik (tahun publikasi: 2023/2024) Volume X, Nomor Y, halaman xx-xx	Sampel penelitian terdiri dari 28 pasien pasca stroke yang memenuhi kriteria inklusi.	Penelitian ini menggunakan desain quasi eksperimental dengan pendekatan pre-test dan post-test pada satu kelompok intervensi.	Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan signifikan pada rentang gerak dan penurunan spastisitas pasien setelah diberikan <i>stretching exercise</i> . Rata-rata skor spastisitas menurun dari 3,20 menjadi 1,90 ($p = 0,003$), sedangkan rata-rata rentang gerak meningkat dari $64,5^\circ$ menjadi $79,8^\circ$ ($p = 0,001$). Nilai $p < 0,05$ menunjukkan bahwa <i>stretching exercise</i> berpengaruh signifikan terhadap peningkatan fungsi motorik pada pasien pasca stroke.
2.	Andriani Mei Astuti, Rakha Krisna, Mursudarinah Pengaruh Terapi Genggam Bola Karet terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke di RSUD Pandan Arang Boyolali	Jurnal Kesehatan Tambusai, Volume 5 No. 3, Tahun publikasi 2024	Subjek penelitian sebanyak 28 responden dengan stroke non hemoragik dengan kelemahan otot, Teknik pengambilan sampel menggunakan purposive sampling.	Kuantitatif quasi-eksperimental dengan one-group pre-test post-test design. Sampel diambil secara simple random sampling; dan dianalisis dengan uji statistik (Wilcoxon).	Hasil penelitian pada jurnal terbaru menunjukkan bahwa terapi genggam bola karet memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien pasca stroke. Sebelum diberikan intervensi, rata-rata kekuatan otot responden masih berada pada kategori lemah dengan nilai sekitar 1,54, namun setelah dilakukan latihan genggam bola karet secara terjadwal, kekuatan otot meningkat menjadi 3,83 yang termasuk kategori sedang. Uji statistik menggunakan Wilcoxon menunjukkan nilai $p < 0,05$,
3.	M. Jamaluddin, Widiyaningsih, dan Zulfatun Nadhifah “Peningkatan Fleksibilitas Sendi pada Pasien Stroke dengan Terapi Tali Temali	Journal of Health Science (Jurnal Ilmu Kesehatan) ISSN 2356-5284 (Print) 2356-5543 (Online)	Jumlah sampel sebanyak 20 responden, dengan teknik pengambilan sampel purposive sampling.	Penelitian kuantitatif dengan desain Pre-Experimental Design menggunakan one group pretest–	Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata fleksibilitas sendi sebelum diberikan terapi tali temali adalah 51,75 dan meningkat menjadi 76,50 setelah intervensi. Hasil uji statistik Paired T-Test diperoleh nilai p-value = 0,000 ($< 0,05$), yang berarti terdapat pengaruh sig-

		Volume V, Nomor II, Tahun 2020		posttest design. Analisis data menggunakan uji Paired T-Test.	nifikan terapi tali temali terhadap peningkatan fleksibilitas sendi pada pasien stroke
4.	Nanda Masraini Daulay, Arinil Hidayah, Hari Santoso Pengaruh Latihan Range of Motion (ROM) Pasif terhadap Kekuatan Otot dan Rentang Gerak Sendi Ekstremitas pada Pasien Pasca Stroke	Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal) Volume 6 Nomor 1, Juni 2021	Jumlah sampel sebanyak 17 responden dengan teknik pengambilan sampel purposive sampling sesuai kriteria inklusi dan eksklusi.	Penelitian kuantitatif dengan desain quasi experiment menggunakan one group pretest-posttest design. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat menggunakan uji Wilcoxon.	Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh signifikan latihan ROM pasif terhadap kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah pada pasien pasca stroke dengan nilai $p\text{-value} = 0,001$ ($p < 0,05$). Latihan ROM pasif juga berpengaruh signifikan terhadap peningkatan rentang gerak sendi ekstremitas atas dan bawah dengan nilai $p\text{-value} = 0,001$, sehingga ROM pasif dapat direkomendasikan sebagai bagian dari intervensi rehabilitasi keperawatan pada pasien pasca stroke.
5.	Taufiq Hidayat & Rizky Aris Munandar Pengaruh Pelatihan Dumbbell Curl dan Shoulder Press terhadap Peningkatan Power Otot Lengan dan Kekuatan Otot Lengan	Ainara Journal (Jurnal Penelitian dan PKM Bidang Ilmu Pendidikan), Vol. 3 No. 3, 2022 (August 14)	Sample pada penelitian ini berjumlah 40 orang dengan kriteria pasca stroke dan mengalami kelemahan anggota gerak atau bawah dan atau kiri kanan ekstremitas	Desain penelitian True Experiment dengan pre test-post test with Control group yang dilakukan randomisasi/ Randomized	Terdapat peningkatan kekuatan otot lengan dan power otot lengan setelah latihan. Hasil menunjukkan bahwa program <i>shoulder press</i> lebih efektif dalam meningkatkan power dan kekuatan otot lengan dibandingkan program <i>dumbbell curl</i> dan kelompok kontrol.

G. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Penderita Stroke dengan Gangguan mobilitas fisik

1. Pengkajian

Pengkajian Pengkajian ini menyangkut perawat mengkaji adanya gangguan mobilitas fisik berdasarkan data mayor dan minor. Data mayor gangguan mobilitas fisik yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun. Data minor gangguan mobilitas fisik yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018).

a. Anamnesis

Unsur-unsur yang harus diperhatikan dalam anamnesis antara lain yaitu:

a. Identitas

- 1) Identitas Lansia
- 2) Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa
- 3) sIdentitas Penanggung Jawab
Meliputi nama, alamat, hubungan dengan Lansia, nomor telepon.

b. Riwayat Kesehatan

1) Status Kesehatan Saat Ini

Meliputi:

- (1) Sumber kecelakaan penyebab permasalahan.
- (2) Gambaran yang mendalam bagaimana risiko jatuh terjadi
- (3) pasien dapat menjelaskan bagaimana terjadinya jatuh.
- (4) Faktor yang dapat mempengaruhi seperti alkohol, dan obat- obatan.
- (5) Kondisi fisik lingkungan seperti lantai yang licin atau pen-
erangan yang kurang.

(6) Peristiwa-peristiwa yang terjadi sebelum jatuh sampai terjadinya jatuh.

(7) Beberapa kondisi lain yang memperberat berjalan.

2) Masalah Kesehatan Kronis

Penyakit kronis seperti stroke merupakan penyakit yang berlangsung lama dan kecil kemungkinannya untuk dapat sembuh total. Meskipun tidak semua penyakit kronis mengancam jiwa, tetapi penyakit ini memberikan beban ekonomi pada individu, keluarga, dan seluruh komunitas. Penyakit kronis dapat menyebabkan masalah medis, sosial dan psikologis yang membatasi aktifitas Lansia sehingga memperburuk kualitas hidup mereka.

3) Riwayat penyakit dahulu

Didapatkan riwayat penyakit penyerta seperti hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, stroke berulang, serta kebiasaan merokok dan konsumsi alkohol. Penting untuk mengetahui apakah pasien mempunyai penyakit yang dapat mengubah kemampuan berjalan dan menyebabkan risiko jatuh, serta apakah Lansia mempunyai riwayat jatuh atau kecelakaan.

Riwayat jatuh Anamnesis ini mencakup :

- 1) Seputar jatuh : mencari penyebab jatuh misalnya terpeleset, tersandung, berjalan, berganti posisi, makan, BAB/BAK, batuk atau bersin.
- 2) Gejala penyerta : lemas, mudah haus, sering BAK, berkeringat, gemetar, berdebar-debar, mudah lapar.
- 3) Gejala penyerta yang berhubungan : stroke sebelumnya, penyakit jantung, rematik, depresi, gangguan sensorik.
- 4) Riwiew penggunaan obat-obatan : antihipertensi, diuretik, autonomic bloker, antidepresan, analgetik, psikotropika.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita anggota keluarga yang menjadi faktor risiko seperti hipertensi atau stroke.

d) Riwayat psikososial dan spiritual

Klien tetap menjalankan aktivitas spiritual sesuai keyakinan, namun dapat memerlukan bantuan atau penyesuaian akibat keterbatasan fisik.

e) Aktivitas dan istirahat

Klien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari akibat kelemahan ekstremitas pasca stroke dan gangguan eliminasi urine. Klien memerlukan bantuan dalam pemenuhan aktivitas dasar. Pengkajian tingkat kemandirian dapat menggunakan Indeks KATZ

f) Keamanan (spesifikasi pada Lansia di rumah)

Gangguan keamanan saat terjatuh di rumah sangat umum terjadi pada Lansia dengan riwayat stroke, banyak dari Lansia dengan stroke tersebut terkadang mengalami cedera serius bahkan kematian. Bahaya penyebab terjatuh biasanya mudah dikenali namun sulit untuk diperbaiki, sehingga perlu pengkajian tentang keadaan rumah dan lingkungan sekitar secara spesifik dan terstruktur.

c. Pemeriksaan fisik

1) Status mental

Tingkat kesadaran merupakan ukuran dari kesadaran dan respon seseorang terhadap rangsangan lingkungan, tingkat kesadaran diklasifikasikan menjadi: composmentis, apatis, delirium, samnolen, stupor, dan koma.

2) Tanda tanda vital

Tekanan darah cenderung meningkat, nadi dapat normal atau meningkat, frekuensi napas dalam batas normal, dan suhu tubuh normal.

3) Pemeriksaan fisik fokus

Pemeriksaan fokus lanjut usia yang berisiko jatuh meliputi pemeriksaan mata, pemeriksaan telinga dan pemeriksaan ekstermitas. Seiring bertambahnya usia, fungsi pendengaran dan penglihatan secara bertahap akan menurun dan dapat me-

nyebabkan jatuh. Pemeriksaan dapat dilakukan dengan menggunakan Indeks Katz, Indeks Barthel dan Pengkajian keseimbangan untuk Lansia.

4) Pemeriksaan Sistem muskuloskeletal

Pada lansia pasca stroke umumnya ditemukan kelemahan otot ekstremitas, kekakuan sendi, rentang gerak terbatas, mobilitas menurun, kondisi ini menyebabkan pasien sulit mencapai toilet tepat waktu sehingga meningkatkan risiko inkontinensia urine.

Penilaian kekuatan otot dilakukan dengan skala 0–5 yaitu:

1. Skala 0: tidak ada kontraksi otot
2. Skala 1: terdapat kontraksi otot ringan tanpa gerakan
3. Skala 2: gerakan penuh tanpa melawan gravitasi
4. Skala 3: gerakan penuh melawan gravitasi
5. Skala 4: gerakan melawan sebagian resistensi
6. Skala 5: gerakan melawan resistensi penuh pemeriksa

5) Integritas dan ego

Gejala : faktor-faktor stres akut dan kronis : misal faktor ekonomi, pekerjaan, ketidakmampuan, faktor-faktor hubungan, keputusan dan ketidakberdayaan (situasi tidak berdaya) ancaman terhadap konsep diri, citra tubuh, identitas pribadi (misalnya ketergantungan pada orang lain).

6) Makanan dan cairan

Gejala : ketidakmampuan memproduksi atau mengonsumsi cukup makanan dan cairan adekuat : mual, anoreksia, kesulitan mengunyah. Tanda : penurunan berat badan, membran mukosa kering.

7) Gejala Hygiene : Lansia dengan stroke biasanya mengalami berbagai kesulitan dalam melakukan aktivitas kebersihan diri, ketergantungan pada orang lain, ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

- 8) Gejala neurosensory : Kaji adanya hilang gerakan/sensasi, spasme otot, terlihat kelemahan/hilang fungsi. Pergerakan mata/kejelasan melihat, dilatasi pupil. Agitasi (mungkin berhubungan dengan nyeri/ansietas)
- 9) Gejala nyeri atau ketidaknyamanan : fase nyeri akut (tidak disertai pembengkakan jaringan lunak di dalam sendi).
- 10) Gejala keamanan : kulit mengkilat, kencang, nodul sukutan, le-si kulit, ulkus kaki. Kesulitan menyelesaikan pekerjaan dan pemeliharaan rumah tangga.
- 11) Gejala interaksi sosial : gangguan interaksi sosial karena gejala yang ditimbulkan seperti bicara pelo yang membuat pasien stroke mengalami hambatan berinteraksi dengan keluarga dan orang lain.

d. Pengkajian Khusus

1) Fungsi Kognitif SMPSQ

Menurut Penelitian yang dilakukan oleh Lisnawati, (2023) pasien mengalami kebingungan, sulit berkonsentrasi, kehilangan minat dan motivasi, pelupa, ketidakmampuan menyelesaikan tugas, mudah tersinggung, disorientasi. Untuk mengetahui status mental pasien dapat dilakukan pengkajian dengan menggunakan Short Portable Mental Status Quesionere (SPSMQ)

Tabel 2.3 SPMSQ

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)		
Skor	Pertanyaan	Jawaban
	Tanggal berapa hari ini?	
	Hari apa sekarang ini? (hari, tanggal, tahun)	
	Apa nama tempat ini?	
	Berapa nomor telpon Anda?	
	Dimana alamat Anda? (tanyakan hanya bila klien tidak mempunyai telepon)	
	Berapa umur Anda?	
	Kapan Anda lahir?	
	Siapa presiden Indonesia sekarang?	
	Siapa presiden sebelumnya?	
	Siapa nama kecil ibu Anda	
	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun	
Jumlah Kesalahan Total		

Penilaian SPMSQ

Kesalahan 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Kesalahan 3-4 : Fungsi intelektual ringan

Kesalahan 5-7 : Fungsi intelektual sedang

Kesalahan 8-10 : Fungsi intelektual berat

- Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan bila subjek hanya berpendidikan sekolah dasar.
- Bisa dimaklumi bila kurang dari satu kesalahan bila subjek mempunyai pendidikan di atas sekolah menengah atas
- Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan untuk subjek kulit hitam dengan menggunakan kriteria pendidikan yang sama

2) Status Fungsional (Katz Indeks)

Lansia kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari karena menurunnya minat. Pengkajian terhadap kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari dapat dilakukan dengan menggunakan Indeks Katz (Rathnayake *et al.*, 2023).

Tabel 2.4 Indeks Katz

INDEKS KATZ	
Skor	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, inkontensia, berjalan, toileting, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam segala aktivitas kehidupan sehari-hari kecuali salah satu fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam seluruh aktivitas kehidupan sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam seluruh aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam seluruh aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, toileting dan fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam segala aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, berpindah dan fungsi tambahan
G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut
Lain-lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi, kecuali C, D, E, F dan G

3) MMSE

Pemeriksaan fungsi kognitif awal biasa menggunakan Mini-mental-state examination (MMSE) dari skor maksimal 30. Jika skor kurang dari 24, pasien kemungkinan mengalami demensia (Komala *et al.*, 2021).

Tabel 2.5 Pengkajian MMSE

Mini Mental State Exam	
Nilai Max	Pertanyaan
Orientasi	
5	(tahun) (musim) (tanggal) (hari) (bulan) apa sekarang?
5	Dimana kita: (Negara bagian) (wilayah) (kota) (rumah sakit) (lantai)
Registrasi	
3	Nama 3 objek: 1 detik mengucapkan setiap benda. Kemudian setelah mengucapkannya ucapan yang ketiga tanyakan kepada klien tentang benda tersebut. Berikan 1 poin untuk setiap jawaban yang benar. Ulangi sampai klien mempelajari ketiganya. Hitung dan catat jumlah percobaan.
Perhatian dan Kalkulasi	
5	Kurangi 100 dari 7 secara berurutan, 1 poin untuk setiap kebenaran. Berhenti setelah 5 jawaban.
Mengingat	
3	Minta untuk mengulang ketiga objek di atas Berikan 1 poin untuk setiap kebenaran
Bahasa	
9	Beri nama pensil, dan lihatlah (2 poin) ulangi

	langkah berikut: "tak ada jika, dan, atau tetapi" (1 poin) Ikuti petunjuk 3 langkah: "ambil kertas di tangan kanan anda, lipat dua, dan taruh di lantai" (3 poin) Baca dan turuti hal berikut: "tutup mata Anda" (1 poin) Tulis satu kalimat (1 poin) Menyalin gambar (1 poin)
30	Nilai Total

Analisa hasil: Nilai 24-30 : Normal

Nilai 17-23 : Gangguan kognitif ringan

Nilai 0-16 : Gangguan kognitif berat

4) Apgar Keluarga

Menggambarkan dan mengetahui hubungan klien dan keluarga serta perannya dalam masyarakat dimana mereka tinggal, bekerja, dan masalah ekonomi (Sarumi *et al.*, 2021).

Tabel 2.6 APGAR Keluarga

APGAR Keluarga			
No	Fungsi	Uraian	Skor
1.	Adaptasi	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	
2.	Hubungan	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saat berdiskusi dengan saya dan menceritakan masalahnya kepada saya	
3.	Pertumbuhan	Saya puas bahwa keluarga menerima dan mendukung keinginan terhadap kegiatan saya	
4.	Afeksi	Saya puas dengan cara keluarga saya mengungkapkan kasih sayang dan menanggapi emosi saya seperti marah, sedih dan cinta.	
5.	Pemecahan	Saya puas dengan cara menghabiskan waktu	

Penilaian: jika pertanyaan-pertanyaan yang dijawab selalu (poin 2), kadangkadang (poin 1), hampir tidak pernah (poin 0)

e. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada Lansia yang mengalami kelemahan otot pasca stroke yaitu dengan melakukan penilaian kekuatan otot dengan skala (MMT).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau padaproses kehidupan (SDKI, 2017).

Diagnosa keperawatan ditegakkan dengan pola PES, yaitu problem sebagai inti dari respon klien, Etiologi sebagai penyebab dari suatu masalah yang muncul, *Sign and symptom* sebagai tanda dan gejala dari suatu masalah. Diagnosa yang dapat ditegakkan pada pasien Pasca stroke yaitu Gangguan mobilitas Fisik (0054).

Gangguan Mobilitas Fisik.

Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

Penyebab :

1. Kerusakan integritas struktur tulang
2. Perubahan metabolisme
3. Ketidakbugaran fisik
4. Penurunan kendali otot
5. Penurunan massa otot
6. Penurunan kekuatan otot
7. Keterlambatan perkembangan
8. Kekakuan sendi
9. Kontraktur
10. Malnutrisi
11. Gangguan muskuloskeletal

12. Gangguan neuromuscular
13. Indeks masa tubuh diatas presentil ke-75 sesuai usia
14. Efek agen farmakologis
15. Program pembatasan gerak
16. Nyeri

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif :

- 1) Mengeluh sulit meng-
gerakan ekstremitas

Objektif :

- 1) Kekuatan otot menurun
- 2) Rentan gerak (ROM) menurun

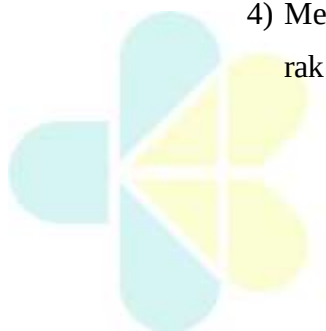
Gejala dan tanda Minor :

Subjektif :

- 2) Nyeri saat bergerak
- 3) Enggan melakukan per-
gerakan
- 4) Merasa cemas saat berge-
rak

Objektif :

- 3) Sendi kaku
- 4) Gerakan tidak terkoordinasi
- 5) Gerakan terbatas
- 6) Fisik lemah



Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)	RASIONAL
1.	Gangguan mobilitas fisik (0054) Gejala dan tanda mayor Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentan gerak (ROM) menurun Gejala dan tanda minor Subjektif : 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif : 4. Sendi kaku 5. Gerakan tidak terkoordinas 6. Gerakan terbatas 7. Fisik lemah	SLKI : Mobilitas Fisik Meningkat L.05042 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mampu : Ekspetasi : Meningkatkan Keterangan Level : 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup Meningkatkan 5. Meningkatkan Dengan Kriteria Hasil : 6. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat (4) 7. Kekuatan otot cukup meningkat (4) 8. Rentan gerak (ROOM) cukup meningkat (4)	SIKI : Teknik latihan penguatan otot Observasi 1. Identifikasi kemampuan dan keterbatasan kekuatan otot 2. Monitor respons pasien terhadap latihan (nyeri, kelelahan, tanda vital) 3. Observasi adanya tremor, spastisitas, atau kelelahan otot Tarapeutik 4. Atur posisi tubuh yang tepat dan aman sebelum latihan 5. Lakukan latihan penguatan otot secara bertahap sesuai toleransi pasien 6. Latih kontraksi otot ekstremitas atas dan/atau bawah 7. Lakukan latihan aktif, aktif-asistif, atau pasif sesuai kondisi pasien 8. Gunakan alat bantu latihan bila diperlukan (bola karet, dumbbell ringan) 9. Berikan waktu istirahat yang cukup di antara sesi latihan Edukasi	1. Untuk mengetahui tingkat kemampuan dan keterbatasan bergerak pasien 2. Mengetahui respon pasien terhadap latihan yang diberikan 3. Mengetahui ada atau tidaknya tremor atau keluhan lain seperti kelemahan otot Tarapeutik 4. Posisi yang tepat dan nyaman dapat memudahkan klien memulai latihan 5. Latihan yang dilakukan secara bertahap memungkinkan adaptasi otot dan mengurangi risiko kelelahan berlebih. 6. Kontraksi otot yang dilakukan secara teratur dapat meningkatkan kekuatan dan fungsi motorik. 7. Penyesuaian jenis latihan dengan kemampuan pasien membantu mempercepat pemulihan dan meningkatkan efektivitas rehabilitasi. 8. Penggunaan alat bantu latihan dapat meningkatkan resistensi sehingga proses penguatan otot lebih optimal. 9. Waktu istirahat yang cukup diperlukan untuk pemulihan otot dan mencegah

			10. Jelaskan tujuan dan manfaat latihan penguatan otot 11. Ajarkan teknik latihan penguatan otot yang benar 12. Anjurkan latihan dilakukan secara rutin dan bertahap 13. Edukasi keluarga untuk membantu dan memotivasi pasien Kalaborasi 14. Kolaborasi dengan fisioterapis dalam penyusunan program latihan 15. Kolaborasi dengan tim medis terkait kondisi pasien EBN 16. <i>Stretching Excercise</i> (Imelda,mulyati dan susilo,2024) 17. Latihan genggam bola karet (Andriani mei,<i>et,al</i> 2024) 18. Tali-temali (Jamaluddin, Widiyaningsih & Nadhifah 2020) 19. ROM (Nanda masrraini daulay, Arini hidayah, Hari santoso, 2021) 20. <i>Dumbbel Excerise</i> (Taufik Hidayat et,al 2022)	overuse. Edukasi 10. Pemahaman pasien mengenai tujuan dan manfaat latihan dapat meningkatkan motivasi dan kepatuhan. 11. Teknik latihan yang benar membantu mencegah cedera dan memaksimalkan hasil latihan. 12. Latihan yang dilakukan secara rutin dan bertahap dapat mempertahankan serta meningkatkan kekuatan otot 13. Dukungan keluarga berperan penting dalam keberhasilan program rehabilitasi pasien. Kalaborasi 14. Kerja sama dengan fisioterapis membantu memastikan latihan sesuai dengan standar rehabilitasi dan kondisi pasien. 15. Kolaborasi dengan tim medis diperlukan untuk menjamin keamanan latihan sesuai dengan kondisi klinis pasien EBN : 16. Untuk mengurangi kekakuan, meningkatkan fleksibilitas dan mencegah kontraktur. 17. Untuk meningkatkan kekuatan genggam dan fungsi otot tangan pasca stroke. 18. Untuk melatih motorik halus, koordinasi jari, dan kekuatan tangan. 19. Untuk mempertahankan rentang gerak sendi dan mencegah kekakuan.
--	--	--	--	--

				20. Untuk meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas melalui latihan beban ringan.
--	--	--	--	---



4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang lebih baik sehingga menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan Implementasi juga menerapkan rencana asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien. Perawat melakukan intervensi yang spesifik, tujuan dari implementasi adalah membantu klien mencapai hasil kesehatan yang lebih baik secara mandiri atau melalui kolaborasi dan rujukan (Potter & Perry, 2022)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan evaluasi akhir proses keperawatan berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditetapkan. Keberhasilan suatu asuhan keperawatan dinilai berdasarkan kriteria hasil yang telah ditentukan yaitu adaptasi pada individu (Aqinah, 2022).

BAB III

METODE PENULISAN

A. Desain Studi Kasus

Studi kasus ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan proses asuhan keperawatan. Penulis mencoba mendeskripsikan asuhan keperawatan pada lansia dengan diabetes melitus secara sistematis, aktual dan akurat mengenai asuhan asuhan keperawatan Teknik latihan penguatan otot pada lansia penderita pasca stroke dengan gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja puskesmas jembatan kecil kota bengkulu tahun 2026. Pendekatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek pada penelitian karya ilmiah ini adalah dua orang lansia penderita Pasca stroke di wilayah kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu dengan ketentuan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi
 - a. Pasien pasca stroke dengan gangguan mobilitas fisik disertai kelemahan otot.
 - b. Pasien yang mengalami penurunan kekuatan otot 3-4
 - c. Pasien lansia (> 60 tahun)
 - d. Pasien yang mampu berkomunikasi dan mendengar dengan baik.
 - e. Pasien yang bersedia menjadi responden penelitian.
2. Kriteria Eksklusi
 - a. Pasien yang mengalami luka, ulkus, yang membatasi pelaksanaan latihan.
 - b. Pasien yang mengalami penurunan tingkat kesadaran.
 - c. Pasien yang mengalami kondisi klinis memburuk selama atau setelah diberikan terapi.

- d. Pasien dengan gangguan kognitif yang menghambat partisipasi dalam penelitian.

C. Fokus Studi Kasus

Fokus studi kasus pada karya ilmiah akhir ini ialah asuhan keperawatan Teknik latihan penguatan otot pada lansia penderita pasca stroke dengan gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu.

D. Definisi Operasional

1. Asuhan keperawatan pada studi kasus ini didefinisikan sebagai sebuah serangkaian proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan pada lansia penderita pasca stroke di wilayah kerja jembatan kecil.
2. Gangguan mobilitas fisik pada studi kasus ini didefinisikan sebagai keterbatasan kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan tubuh secara mandiri dan efektif, yang dinilai berdasarkan hambatan dalam berpindah posisi, berjalan, serta melakukan aktivitas fungsional sehari-hari akibat kondisi yang dialami.
3. Latihan teknik penguatan otot merupakan intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan dan fungsi otot melalui latihan terstruktur dan bertahap sesuai dengan kemampuan pasien. Latihan penguatan otot meliputi latihan kontraksi otot aktif, aktif-asistif, atau pasif, serta penggunaan alat bantu latihan seperti bola karet atau *mirror therapy*. Intervensi ini dilaksanakan pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik akibat kelemahan otot untuk meningkatkan kemampuan gerak dan kemandirian aktivitas sehari-hari. Diperjelas latihanya brp lama, dimana?

E. Tempat dan Waktu

Lokasi penelitian akan dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu. Proses pengumpulan data dilakukan pada bulan April 2026.

F. Metode Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer merupakan data yang dikumpulkan oleh peneliti melalui wawancara dan observasi mengenai identitas klien, keluhan utama, riwayat kesehatan saat ini dan riwayat keluarga, riwayat psikologi dan pemeriksaan fisik mengenai aktivitas fisik dan keseharian lansia. Sumber data bisa didapatkan melalui klien, keluarga serta perawat puskesmas.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data lansia yang didapatkan peneliti melalui data puskesmas seperti jumlah lansia pasca stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

G. Penyajian Data

Penyajian data pada penelitian ini bersifat tekstual, naratif dan terstruktur yang meliputi proses asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

H. Etika Studi Kasus

Etika penelitian merupakan pedoman moral yang digunakan dalam seluruh rangkaian kegiatan penelitian, baik yang melibatkan peneliti, subjek penelitian, maupun masyarakat yang terdampak oleh penelitian tersebut (Putra *et al.*, 2023). Berdasarkan pendapat Putra *et al.*, (2023), pada penelitian ini penulis menerapkan dan memperhatikan beberapa prinsip etika penelitian sebagai berikut:

1) *Self Determinant*

Dalam penelitian ini responden diberikan kebebasan pada saat memilih dan memutuskan untuk ikut berpartisipasi atau tidak tanpa adanya paksaan.

2) *Tanpa Nama (Anonymity)*

Nama responden dicantumkan dengan inisial pada hasil penelitian dan peneliti hanya menggunakan kode nomor.

3) *Kerahasiaan (Confidentialy)*

Semua informasi yang didapatkan dari responden dijamin kerahasiaannya dan tidak disebarkan/diberitahukan kepada orang lain. Peneliti menyimpan data tersebut dalam bentuk *soft file* di laptop peneliti dan hanya ada di *drive* peneliti.

4) *Keadilan (Justice)*

Peneliti memperlakukan responden secara adil, tanpa memihak ataupun memberikan perlakuan khusus pada responden tertentu dengan memberikan intervensi yang sama.

5) *Asas Kebermanfaatan (Beneficiency)*

Responden yang ikut dalam penelitian ini mendapatkan pengetahuan mengenai pengaruh *zinc oxide garlic* yang dapat membantu mempercepat penyembuhan ulkus diabetikum.

6) *Nonmalaficience*

Menjamin bahwa penelitian ini tidak menimbulkan ketidaknyamanan, menyakiti atau membahayakan responden baik secara fisik atau psikologi

BAB IV

HASIL STUDI KASUS

Bab ini menjelaskan tentang studi kasus teknik latihan penguatan otot terhadap gangguan mobilitas fisik pada lansia pasca stroke di Wilayah Kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu Tahun 2026. Asuhan keperawatan dilakukan pada Tn. H dan Tn.T dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan dengan metode autoanamnesa (wawancara langsung dengan pasien), alloanamnesa (wawancara dengan anggota keluarga atau orang terdekat), observasi, pemeriksaan fisik, dan catatan kesehatan pasien.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data Demografi

Tabel 4.1
Data Demografi Pasien Lansia Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas
Jembatan Kecil Kota Bengkulu

Karakteristik	Tn.H	Tn.T
Identitas Klien	Klien berinisial Tn. H, berusia 67 tahun, berjenis kelamin laki-laki, beragama Islam, pendidikan terakhir SD, pekerjaan petani (pensiun), sehari-hari menggunakan bahasa Bengkulu dan beralamat di Jl. Jembatan Kecil RT. 08 RW. 02 Kelurahan Jembatan Kecil, Kecamatan Singaran Pati, Kota Bengkulu.	Klien berinisial Tn. T, berusia 69 tahun, berjenis kelamin laki-laki, beragama Islam, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan petani, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa Bengkulu dan klien beralamat di Jl. Jembatan Kecil RT. 10 RW. 03 Kelurahan Jembatan Kecil, Kecamatan Singaran Pati, Kota Bengkulu.

2. Riwayat Kesehatan

Pada pengkajian riwayat kesehatan perawat melakukan pengkajian yang meliputi keluhan utama, keluhan saat ini, riwayat kesehatan lalu, riwayat keluarga, riwayat psikososial, riwayat spiritual, dan pemeriksaan

fisik untuk menegaskan diagnosa keperawatan dan perencanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien dalam penelitian.

Tabel 4.2
Riwayat Kesehatan

Karakteristik	Tn.H	Tn.T
Keluhan utama	Klien mengeluhkan tangan dan kaki kanan terasa lemah sejak mengalami stroke sehingga mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.	Klien mengeluhkan lengan dan tungkai kiri terasa lemah sejak mengalami stroke sehingga berjalan menjadi kurang seimbang dan aktivitas sehari-hari menjadi lebih lambat.
Status Kesehatan Sekarang	Saat dilakukan pengkajian, Tn. H mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah sehingga aktivitas sehari-hari menjadi terganggu. Klien mengatakan kelemahan bertambah saat berjalan dan melakukan aktivitas, namun berkurang setelah beristirahat. Klien juga mengeluhkan kesulitan menggenggam benda menggunakan tangan kanan dan tidak disertai nyeri. Kelemahan dirasakan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan dengan nilai kekuatan otot 3/5. Keluhan mulai dirasakan sejak mengalami stroke dan masih menetap hingga saat ini.	Saat dilakukan pengkajian, Tn. T mengatakan lengan dan tungkai kiri terasa lemah sehingga berjalan menjadi kurang seimbang dan membutuhkan pegangan saat berpindah tempat. Klien mengatakan kelemahan bertambah saat berjalan dan beraktivitas, namun berkurang setelah beristirahat. Klien tidak mengeluhkan nyeri. Kelemahan dirasakan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri dengan nilai kekuatan otot 3/5. Keluhan mulai dirasakan sejak mengalami stroke dan masih menetap hingga saat ini.
Status Kesehatan Masa Lalu	Tn.H mengidap Stroke selama ± 2 tahun yang menyebabkan sering mengeluhkan lengan dan tungkai sebelah kanan terasa lemah sehingga mengalami kesulitan saat berjalan, berpindah posisi, dan melakukan aktivitas sehari-hari.	Tn.T mengidap Stroke selama ± 1 yang menyebabkan klien Sejak mengalami stroke, klien mengeluhkan tungkai sebelah kiri terasa lemah sehingga berjalan menjadi lebih lambat dan keseimbangan berkurang.
Riwayat Kesehatan Keluarga	Klien dan keluarga mengatakan ayah dari Tn.H menderita penyakit hipertensi dan jantung.	Klien dan keluarga mengatakan ayah dari Tn.T mengidap penyakit stroke yang sama

3. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.3
Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik (Tinjauan Sistem)	Tn.H	Tn.T
Umum	Klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan	Klien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kiri
Pengkajian Kekuatan Otot	• Nilai kekuatan otot 5555 3333 5555 3333 • Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah • Gerakan terbatas • Rentang gerak (ROM) menurun • Sendi tangan dan kaki lemah Esktremitas atas dan bawah bagian kanan bisa digerakan namun terbatas	• Nilai kekuatan otot 3333 5555 3333 5555 • Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah • Gerakan terbatas • Rentang gerak (ROM) menurun • Sendi tangan dan kaki kaku Esktremitas atas dan bawah bagian kiri bisa digerakan namun terbatas
Tanda-Tanda Vital	TD : 153/100 mmHg, nadi : 101 x/menit, RR : 20 x/menit, suhu : 36,7°C, SPO2 98%	TD : 143/108 mmHg, nadi : 90 x/menit, RR : 18 x/menit, suhu : 36,9°C, SPO2 98%
Sistem Penglihatan	Posisi mata pasien simetris, kelopak mata tidak ada lesi, tidak ada ptosis, tidak ada exophthalmus, bola mata dapat mengikuti gerakan, ketajaman penglihatan mengalami penurunan, konjungtiva ananemis, sklera anikterik, pupil isokor dan pupil mengecil saat terkena cahaya, dan pasien menggunakan kacamata.	Posisi mata pasien simetris, kelopak mata tidak ada lesi, tidak ada ptosis, tidak ada exophthalmus, bola mata dapat mengikuti gerakan, ketajaman penglihatan mengalami penurunan, konjungtiva ananemis, sklera anikterik, pupil isokor dan pupil mengecil saat terkena cahaya, dan tidak memakai lensa kontak ataupun kacamata
Sistem Pendengaran	Daun telinga pasien simetris, tidak ada lesi, terdapat sedikit serumen, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada perasaan penuh di telinga ataupun tinnitus, fungsi pendengaran baik, tidak memakai alat bantu pendengaran	Daun telinga pasien simetris, tidak ada lesi, terdapat sedikit serumen, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada perasaan penuh di telinga ataupun tinnitus, fungsi pendengaran baik, tidak memakai alat bantu pendengaran
Sistem Pernapasan	Tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, tidak terdapat retraksi dinding dada, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak ada sianosis, RR: 20 x/menit, ekspansi paru simetris kiri dan kanan, perkusi sonokor pada ICS 1-4 dextra, sonokor pada ICS 5 dextra, sonokor pada ICS 1- 2 sinistra, sonokor pada ICS 3-5 sinistra, suara napas vesikuler.	Tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, tidak terdapat retraksi dinding dada, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak ada sianosis, RR: 24 x/menit, ekspansi paru simetris kiri dan kanan, perkusi sonokor pada ICS 1-4 dextra, sonokor pada ICS 5 dextra, sonokor pada ICS 1- 2 sinistra, sonokor pada ICS 3-5 sinistra, suara

		napas vesikuler.
Sistem Kardiovaskuler	Bentuk dada normochest, tidak ada sianosis, nadi 101 x/menit, nadi teraba kuat dan irama teratur, tekanan darah 153/100 mmHg, akral teraba hangat, CRT kembali < 3 detik, bunyi jantung BJ I dan BJ II, irama tertatur, tidak ada sakit dada.	Bentuk dada normochest, tidak ada sianosis, nadi 110 x/menit, nadi teraba kuat dan irama teratur, tekanan darah 140/103 mmHg, akral teraba hangat, CRT kembali < 3 detik, bunyi jantung BJ I dan BJ II, irama tertatur, tidak ada sakit dada
Sistem Hematologi	Pasien tampak tidak pucat, tidak ada perdarahan	Pasien tampak tidak pucat, tidak ada perdarahan
Sistem Pencernaan	Keadaan mulut pasien bersih, tidak terdapat caries, ada penggunaan gigi palsu, tidak ada stomatitis, membran mukosa bibir lembab, tidak ada distensi abdomen, bising usus 5x/menit	Keadaan mulut pasien bersih, tidak terdapat caries, ada penggunaan gigi palsu, tidak ada stomatitis, membran mukosa bibir lembab, tidak ada distensi abdomen, bising usus 7x/menit, limfe
Sistem Endokrin	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat luka ganggren	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat luka ganggren
Sistem Urogenital	Jumlah urine $\pm$ 500 cc/6 jam, warna kuning, tidak ada distensi kandung kemih, pasien menggunakan pempers, tidak ada hematuria.	Jumlah urine $\pm$ 450 cc/6 jam, warna kuning, tidak ada distensi kandung kemih, pasien tidak menggunakan kateter, tidak ada hematuria
Sistem Integumen	Turgor kulit kembali < 3 detik, tidak terdapat edema.	Turgor kulit kembali < 3 detik, tidak terdapat edema.
Sistem Muskuloskeletal	Terdapat kelemahan pada anggota gerak kanan, kekuatan otot 5555 3333 Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan	Terdapat kelemahan pada anggota gerak kiri, kekuatan otot 3333 5555 Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri
Genitalia	Tidak ada luka pada genitalia, tidak terdapat nyeri dan infeksi	Tidak ada luka pada genitalia, tidak terdapat nyeri dan infeksi

4. Pengkajian Fungsional

Tabel 4.4
Pengkajian Fungsional

	Tn.H	Tn.T
Pengkajian fungsional	Jumlah skoring pengkajian fungsional Tn. H didapatkan skor yang menunjukkan ketergantungan ringan-sedang, dimana Tn. H masih mampu melakukan sebagian besar aktivitas sehari-hari secara mandiri, namun memerlukan bantuan pada aktivitas yang membu-	Jumlah skoring pengkajian fungsional Tn. T didapatkan skor yang menunjukkan ketergantungan ringan-sedang, dimana Tn. T masih dapat melakukan sebagian besar aktivitas sehari-hari secara mandiri, tetapi memerlukan bantuan atau pengawasan saat berpindah dari

tuhkan mobilitas lebih, seperti berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi, berjalan dalam jarak yang cukup jauh, mandi, serta mengenakan pakaian terutama pada bagian yang melibatkan anggota gerak kiri yang mengalami kelemahan.	tempat tidur ke kursi, berjalan di luar rumah, mandi, dan mengenakan pakaian karena kelemahan pada anggota gerak kanan menyebabkan aktivitas dilakukan lebih lambat dan mudah lelah.
--	--

5. Pengkajian Status Mental Lansia

Tabel 4.5

Pengkajian Status Mental Gerontik
Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan
Short Portable Mental Status Quisioner (SPMSQ)

	Tn.H	Tn.T
Portable Mental Status Quisioner (SPMSQ)	Pada pengkajian SPMSQ Tn.H mampu menjawab 7 dari 10 pertanyaan. Tn.H tidak mampu menjawab nomor telepon, tidak mampu menjawab tanggal lahir dan soal perhitungan.	Pada pengkajian SPMSQ Tn.T mampu menjawab 8 dari 10 pertanyaan. Tn.T tidak mampu menjawab nomor telepon dan soal perhitungan

6. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Tabel 4.6

Riwayat Psikososial dan Spiritual

	Tn.H	Tn.T
Riwayat Psikososial	Selama interaksi klien menunjukkan sikap kooperatif dan perilaku baik dilingkungan sekitar	Selama interaksi klien menunjukkan sikap kooperatif dan perilaku baik dilingkungan sekitar
Riwayat Spiritual	Klien mengatakan beragama islam sholat 5 waktu dan sering mengaji	Klien mengatakan beragama islam sholat 5 waktu dan sering mengaji

B. Diagnosa Keperawatan

Sebelum mengangkat diagnosa keperawatan, perawat mengumpulkan data hasil pengkajian untuk di analisa sehingga dapat ditegakkan diagnosa :

1. Analisa Data

Tabel 4.7

Analisa Data

PASIEN	DATA SENJANG	ETIOLOGI	MASALAH
Tn.H	DS : - Klien mengatakan lengan dan tungkai sebelah kiri terasa lemah sejak mengalami stroke ringan ± 2 tahun yang lalu. - Klien mengatakan berjalan menjadi lebih lambat dan mudah lelah saat melakukan aktivitas. - Klien mengatakan kesulitan melakukan aktivitas seperti naik turun tangga dan berpindah posisi. DO: - TD: 150/100 mmHg - N: 101 x/menit RR: 20 x/menit - Kekuatan otot ekstremitas kiri 3/5, ekstremitas kanan 5/5. - Rentang gerak ekstremitas kiri menurun. - Klien tampak berjalan lambat dan membutuhkan waktu lebih lama saat mobilisasi.	Penurunan Kekuatan Otot	Gangguan Mobilitas Fisik
Tn.T	DS : - Klien mengatakan lengan dan tungkai sebelah kanan terasa lemah sejak mengalami stroke ringan ± 1 tahun yang lalu. - Klien mengatakan mudah lelah saat berjalan dalam jarak yang cukup jauh. - Klien mengatakan aktivitas sehari-hari menjadi lebih lambat karena kelemahan pada anggota gerak kanan. DO : - TD : 143/108 mmHg N : 90x/m RR : 21x/m - Kekuatan otot ekstremitas kanan 3/5, ekstremitas kiri 5/5. - Klien tampak mengalami penurunan keseimbangan saat berjalan. - Mobilisasi tampak lebih lambat dibandingkan kondisi normal.	Penurunan Kekuatan Otot	Gangguan Mobilitas Fisik

2. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8

Diagnosa Keperawatan Pasien Stroke Di Wilayah
Kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu Tahun 2026

Tn.H	Tn.T
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, ditandai dengan : DS : 1. Klien mengatakan lengan dan tungkai sebelah kiri terasa lemah sejak mengalami stroke ringan ± 2 tahun yang lalu. 2. Klien mengatakan berjalan menjadi lebih lambat dan mudah lelah saat melakukan aktivitas. 3. Klien mengatakan kesulitan melakukan aktivitas seperti naik turun tangga dan berpindah posisi DO: 1. Kekuatan otot ekstremitas kiri 3/5, ekstremitas kanan 5/5. 2. Rentang gerak ekstremitas kiri menurun. 3. Klien tampak berjalan lambat dan membutuhkan waktu lebih lama saat mobilisasi.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, ditandai dengan : DS : 1. Klien mengatakan lengan dan tungkai sebelah kanan terasa lemah sejak mengalami stroke ringan ± 1 tahun yang lalu. 2. Klien mengatakan mudah lelah saat berjalan dalam jarak yang cukup jauh. 3. Klien mengatakan aktivitas sehari-hari menjadi lebih lambat karena kelemahan pada anggota gerak kanan. DO : 1. Kekuatan otot ekstremitas kanan 3/5, ekstremitas kiri 5/5. 2. Klien tampak mengalami penurunan keseimbangan saat berjalan. 3. Mobilisasi tampak lebih lambat dibandingkan kondisi normal.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 4.9

Perencanaan Keperawatan Pasien Diabetes melitus Di Wilayah Kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu Tahun 2026

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	KRITERIA HASIL (SLKI)	INTERVENSI KEPERAWATAN (SIKI)	RASIONAL
1.	Gangguan mobilitas fisik (0054) Gejala dan tanda mayor Subjektif : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentan gerak (ROM) menurun Gejala dan tanda minor Subjektif : 3. Nyeri saat bergerak 4. Enggan melakukan pergerakan 5. Merasa cemas saat bergerak Objektif : 6. Sendi kaku 7. Gerakan tidak terkoordinas 8. Gerakan terbatas 9. Fisik lemah	SLKI : Mobilitas Fisik Meningkat L.05042 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mampu : Ekspetasi : Meningkatkan Keterangan Level : 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup Meningkatkan 5. Meningkatkan Dengan Kriteria Hasil : 6. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat (4) 7. Kekuatan otot cukup meningkat (4) 8. Rentan gerak (ROOM) cukup meningkat (4)	SIKI : Teknik latihan penguatan otot Observasi 1. Identifikasi kemampuan dan keterbatasan kekuatan otot 2. Monitor respons pasien terhadap latihan (nyeri, kelelahan, tanda vital) 3. Observasi adanya tremor, spastisitas, atau kelelahan otot Tarapeutik 4. Atur posisi tubuh yang tepat dan aman sebelum latihan 5. Lakukan latihan penguatan otot secara bertahap sesuai toleransi pasien 6. Latih kontraksi otot ekstremitas atas dan/atau bawah 7. Lakukan latihan aktif, aktif-asistif, atau pasif sesuai kondisi pasien 8. Gunakan alat bantu latihan bila diperlukan (bola karet, dumbbell ringan)	1. Untuk mengetahui tingkat kemampuan dan keterbatasan bergerak pasien 2. Mengetahui respon pasien terhadap latihan yang diberikan 3. Mengetahui ada atau tidaknya tremor atau keluhan lain seperti kelemahan otot Tarapeutik 4. Posisi yang tepat dan nyaman dapat memudahkan klien memulai latihan 5. Latihan yang dilakukan secara bertahap memungkinkan adaptasi otot dan mengurangi risiko kelelahan berlebih. 6. Kontraksi otot yang dilakukan secara teratur dapat meningkatkan kekuatan dan fungsi motorik. 7. Penyesuaian jenis latihan dengan kemampuan pasien membantu mempercepat pemulihan dan meningkatkan efektivitas rehabilitasi.

			gan) 9. Berikan waktu istirahat yang cukup di antara sesi latihan Edukasi 10. Jelaskan tujuan dan manfaat latihan penguatan otot 11. Ajarkan teknik latihan penguatan otot yang benar 12. Anjurkan latihan dilakukan secara rutin dan bertahap 13. Edukasi keluarga untuk membantu dan memotivasi pasien. Kalaborasi 14. Kolaborasi dengan fisioterapis dalam penyusunan program latihan 15. Kolaborasi dengan tim medis terkait kondisi pasien EBN 16. <i>Stretching Excercise</i> (Imelda,mulyati dan susilo,2024) 17. Latihan genggam bola karet (Andriani mei,<i>et,al</i> 2024) 18. Tali-temali (Jamaluddin, Widiyaningsih & Nadhifah 2020) 19. ROM (Nanda masrraini daulay, Arini hidayah, Hari santoso, 2021) 20. <i>Dumbbel Excerise</i> (Taufik Hidayat et,al 2022)	8. Penggunaan alat bantu latihan dapat meningkatkan resistensi sehingga proses penguatan otot lebih optimal. 9. Waktu istirahat yang cukup diperlukan untuk pemulihan otot dan mencegah overuse. Edukasi 10. Pemahaman pasien mengenai tujuan dan manfaat latihan dapat meningkatkan motivasi dan kepatuhan. 11. Teknik latihan yang benar membantu mencegah cedera dan memaksimalkan hasil latihan. 12. Latihan yang dilakukan secara rutin dan bertahap dapat mempertahankan serta meningkatkan kekuatan otot 13. Dukungan keluarga berperan penting dalam keberhasilan program rehabilitasi pasien. Kalaborasi 14. Kerja sama dengan fisioterapis membantu memastikan latihan sesuai dengan standar rehabilitasi dan kondisi pasien. 15. Kolaborasi dengan tim medis diperlukan untuk menjamin keamanan latihan sesuai dengan kondisi klinis pasien EBN 16. Untuk mengurangi kekakuan, meningkatkan fleksibilitas dan mencegah kontraktur.
--	--	--	---	--

				17. Untuk meningkatkan kekuatan genggam dan fungsi otot tangan pasca stroke. 18. Untuk melatih motorik halus, koordinasi jari, dan kekuatan tangan. 19. Untuk mempertahankan rentang gerak sendi dan mencegah kekakuan. 20. Untuk meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas melalui latihan beban ringan.
--	--	--	--	---



D. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.11

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pasien pasca stroke Di Wilayah Kerja
Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu Tahun 2026

Nama	:	Tn.H	Diagnosa Keperawatan :
Hari/Tanggal	:	Minggu, 01 Maret 2026	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
Pertemuan	:	Ke-1	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul 08.00 WIB S : 1. Tn. H mengatakan tangan dan kaki sebelah yang mengalami stroke terasa lemah. 2. Tn. H mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas saat melakukan aktivitas. 3. Tn. H mengatakan membutuhkan bantuan saat berpindah posisi dan melakukan latihan. O : 4. Klien tampak mengalami keterbatasan pergerakan ekstremitas. 5. Klien tampak membutuhkan bantuan saat melakukan	Pukul 08.30 WIB 1. Mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan kekuatan otot pasien. 2. Memonitor respons pasien terhadap latihan (nyeri, kelelahan, tanda vital). 3. Mengobservasi adanya tremor, spastisitas, atau kelelahan otot. Pukul 09.15 WIB 4. Mengatur posisi tubuh yang tepat dan aman sebelum latihan. 5. Melakukan latihan penguatan otot ekstremitas secara bertahap sesuai toleransi pasien. 6. Melatih kontraksi otot	1. Kekuatan otot ekstremitas yang mengalami kelemahan teridentifikasi 3/5, pasien masih mampu menggerakkan ekstremitas namun belum dapat melawan tahanan secara maksimal. 2. Pasien tidak mengeluhkan nyeri selama latihan, tampak sedikit lelah, dan tanda vital dalam batas stabil. 3. Tidak ditemukan tremor maupun spastisitas, pasien tampak mengalami kelelahan ringan setelah latihan. 4. Pasien berada pada posisi yang nyaman dan aman serta mampu mempertahankan posisi selama latihan. 5. Pasien mampu mengikuti latihan penguatan otot secara bertahap sesuai toleransi dan	Pukul 13.00 WIB S : 1. Tn. H mengatakan masih merasa lemah pada ekstremitas yang mengalami gangguan. 2. Tn. H mengatakan latihan yang diberikan membantu tubuh terasa lebih rileks. 3. Tn. H mengatakan masih membutuhkan bantuan saat melakukan gerakan. O : 4. Klien masih tampak menguap terus menerus 5. Klien tampak mampu mengikuti latihan penguatan otot dengan arahan. 6. Klien tampak melakukan kontraksi otot sederhana.

aktivitas. 6. Kekuatan otot ekstremitas 3/5. 7. Rentang gerak tampak terbatas. A : Gangguan Mobilitas Fisik berada di level 3 (sedang) P : Intervensi Teknik Latihan Penguatan Otot <i>evidence based</i> 1-3 dilakukan	ekstremitas atas sesuai kemampuan pasien. Pukul 10.00 WIB Mengajarkan terapi ROM 7. Melakukan latihan ROM pada ekstremitas yang mengalami kelemahan.. 8. Membimbing pasien melakukan gerakan ROM secara perlahan dan benar.. Pukul 11.00 Mengajarkan Genggam bola karet 9. Mengajarkan latihan menggenggam bola karet untuk meningkatkan kekuatan otot tangan. 10. Membimbing pasien melakukan genggam dan lepas bola karet secara bertahap Pukul 12.00 Mengajarkan terapi Tali temali. 11. Mengajarkan latihan tali-temali menggunakan pulley untuk meningkatkan rentang gerak ekstremitas atas. 12. Membimbing pasien melakukan latihan pulley	tampak kooperatif. 6. Pasien mampu melakukan latihan kontraksi otot ekstremitas atas sesuai kemampuan dengan bantuan dan arahan perawat. 7. Pasien masih memerlukan bantuan, rentang gerak masih terbatas. 8. Pasien mampu mengikuti instruksi, namun gerakan masih kaku dan belum ada peningkatan mobilitas. 9. Pasien mampu mencoba menggenggam bola karet, kekuatan genggamannya masih lemah. 10. Pasien melakukan latihan dengan bantuan, belum tampak peningkatan kekuatan tangan. 11. Pasien masih memerlukan arahan dalam melakukan gerakan tarik-lepas tali. 12. Pasien mampu mengikuti latihan dengan bantuan, gerakan masih terbatas dan belum ada perubahan bermakna	7. Klien tampak mengalami kelelahan ringan setelah latihan. Kekuatan otot masih 3/5. A : Gangguan Mobilitas Fisik berada di level 3 (sedang) P: Intervensi Teknik Latihan Penguatan Otot <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan
--	---	---	---

	sesuai kemampuan.		
--	-------------------	--	--



Nama	:	Tn. T	Diagnosa Keperawatan :
Hari/Tanggal	:	Minggu, 01 Februari 2026	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
Pertemuan	:	Ke-1	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul 14.00 WIB S : 1. Tn. T mengatakan tangan dan kaki yang mengalami kelemahan terasa berat saat digerakkan. 2. Tn. T mengatakan kesulitan melakukan aktivitas seperti berpindah posisi dan latihan gerak. 3. Tn. T mengatakan membutuhkan bantuan karena kekuatan tubuh belum seperti sebelumnya. O : 4. Klien tampak mengalami keterbatasan dalam melakukan pergerakan. 5. Klien tampak lambat saat menggerakkan ekstremitas. 6. Kekuatan otot ekstremitas	Pukul 04.30 WIB 1. Melakukan pengkajian kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan ekstremitas dan menilai kekuatan otot. 2. Mengamati respons pasien selama diberikan latihan penguatan otot. 3. Mengidentifikasi keluhan nyeri, kelelahan, atau hambatan saat melakukan aktivitas latihan. 4. Mengatur posisi pasien agar aman dan nyaman sebelum latihan dimulai. 5. Memberikan latihan penguatan otot secara bertahap sesuai kondisi pasien. Pukul 15.30 WIB Mengajar-kan terapi ROM	1. Hasil pengkajian menunjukkan kekuatan otot pasien masih berada pada skala 3, pasien mampu menggerakkan ekstremitas tetapi belum mampu memberikan tahanan yang kuat. 2. Pasien tampak mengalami kelemahan pada sisi yang terdampak stroke dan masih membutuhkan bantuan saat melakukan latihan. 3. Pasien mampu mengikuti instruksi perawat, namun gerakan masih terbatas dan dilakukan secara perlahan. 4. Selama latihan pasien tidak mengalami nyeri, tanda vital dalam batas stabil, tetapi tampak lelah setelah aktivitas. 5. Latihan dapat dilakukan sesuai kemampuan pasien, namun belum terlihat peningkatan kekuatan otot.	Pukul 14.00 WIB S : 1. Tn. T mengatakan masih merasa lemah pada bagian tubuh yang terkena stroke. 2. Tn. T mengatakan latihan cukup membantu, tetapi masih sulit mempertahankan gerakan. O : 3. Klien tampak mampu mengikuti latihan dengan arahan. 4. Klien tampak melakukan kontraksi otot namun kekuatan masih rendah. 5. Klien tampak sedikit lelah setelah latihan. 6. Kekuatan otot masih 3/5. A : Mobilitas Fisik berada di level 3 (sedang). P: Intervensi Latihan penguatan otot dan

tas 3/5. 7. Klien membutuhkan bantuan saat latihan. A: Gangguan Mobilitas Fisik berada di level 3 (sedang) P: Intervensi Teknik latihan penguatan otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilakukan	6. Melakukan latihan ROM pada ekstremitas yang mengalami kelemahan. 7. Membantu pasien melakukan ROM secara perlahan sesuai kemampuan. Pukul 16.10 WIB Mengajarkan terapi genggam bola karet 8. Mengajarkan latihan menggenggam bola karet untuk melatih kekuatan otot tangan 9. Membimbing pasien melakukan gerakan menggenggam dan melepaskan bola karet. Pukul 12.00 Mengajarkan terapi tali-temali 10. Mengenalkan latihan tali-temali menggunakan pulley untuk melatih gerak ekstremitas atas. 11. Membantu pasien melakukan latihan pulley secara bertahap.	6. Pasien masih memerlukan bantuan, rentang gerak masih terbatas. 7. Pasien mampu mengikuti instruksi, namun gerakan masih kaku dan belum ada peningkatan mobilitas 8. Pasien mampu menggenggam karet, tetapi tekanan gengaman masih lemah. 9. Pasien mampu melakukan latihan dengan bantuan, koordinasi tangan masih kurang baik. 10. Pasien diberikan penjelasan mengenai penggunaan pulley dan mampu mengikuti instruksi sederhana 11. Pasien masih membutuhkan bantuan saat menarik tali pulley, gerakan belum maksimal.	<i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan
--	---	--	--

Nama	:	Tn. H	Diagnosa Keperawatan :
Hari/Tanggal	:	Senin, 02 Maret 2026	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
Pertemuan	:	Ke-2	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul 08.30 WIB S : 1. Tn. H mengatakan masih merasa anggota tubuhnya lemah. 2. Tn. H mengatakan belum mampu melakukan aktivitas secara mandiri. 3. Tn. H mengatakan masih merasa cepat lelah ketika bergerak. O : 4. Klien tampak masih membutuhkan bantuan dalam mobilisasi. 5. Klien tampak pergerakan ekstremitas lambat. 6. Kekuatan otot 3/5. 7. Tidak tampak tremor	Pukul 10.00 WIB 1. Mengkaji kembali kemampuan gerak dan kekuatan otot pasien. 2. Memonitor respons pasien selama latihan penguatan otot. 3. Melakukan latihan aktif-asistif sesuai kondisi pasien. 4. Melatih kontraksi otot ekstremitas secara bertahap. 5. Menjelaskan tujuan dan manfaat latihan penguatan otot kepada pasien. Pukul 10.30 WIB Mengajarkan terapi ROM 6. Melanjutkan latihan ROM sesuai toleransi pasien..	1. Kekuatan otot pasien masih skala 3, kemampuan gerak belum menunjukkan peningkatan yang bermakna. 2. Pasien dapat mengikuti latihan dengan baik, tetapi masih membutuhkan arahan dalam melakukan gerakan. 3. Pasien mampu melakukan latihan aktif-asistif dengan bantuan minimal dari perawat. 4. Pasien mengikuti latihan, belum ada peningkatan bermakna. 5. Pasien mampu mengikuti instruksi dengan pengawasan. 6. Pasien mampu mengikuti latihan ROM sesuai toleransi	Pukul 13.00 WIB S : 1. Tn. H mengatakan sudah lebih memahami cara melakukan latihan. 2. Tn. H mengatakan masih merasa lemah tetapi mampu mengikuti latihan sampai selesai. O : 3. Klien tampak lebih kooperatif saat latihan. 4. Klien mampu melakukan latihan aktif-asistif dengan bantuan. 5. Kontraksi otot mulai tampak namun belum maksimal. 6. Kekuatan otot tetap 3/5. A : Mobilitas Fisik berada di level 3 (sedang)

atau spastisitas. A: Mobilitas Fisik berada di level 3 (sedang) P: Intervensi Teknik Latihan peningkatan kekuatan otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan	7. Mengarahkan pasien mempertahankan gerakan ROM dengan benar. Pukul 11.30 Mengajarkan terapi Genggam bola karet 8. Melakukan latihan genggam bola karet 9. Memantau respons latihan bola karet. Pukul 12.00 WIB Mengajarkan terapi tali-temali 10. Melanjutkan latihan pulley sesuai SOP 11. Membimbing penggunaan pulley.	tanpa keluhan nyeri dan tampak kooperatif selama latihan. 7. Pasien mampu mempertahankan gerakan ROM dengan teknik yang benar setelah diberikan arahan dan mengikuti instruksi dengan baik. 8. Latihan dilakukan, kekuatan genggam masih sama. 9. pasien kooperatif, tampak lelah ringan 10. Pasien mampu mengikuti latihan, gerakan masih terbatas. 11. Pasien masih membutuhkan bantuan.	P: Intervensi Teknik Latihan penguatan otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan
---	--	--	---

Nama	:	Tn. T	Diagnosa Keperawatan :
Hari/Tanggal	:	Senin, 02 Maret 2026	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
Pertemuan	:	Ke-2	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul 14.00 WIB S : 1. Tn. T mengatakan masih merasa kesulitan menggerakkan tangan dan kaki yang lemah. 2. Tn. T mengatakan aktivitas masih membutuhkan bantuan. 3. Tn. T mengatakan cepat merasa lelah ketika mencoba bergerak lebih banyak. O : 4. Klien tampak masih terbatas dalam melakukan gerakan. 5. Klien tampak memerlukan pendampingan saat latihan. 6. Kekuatan otot 3/5. 7. Tidak ditemukan tremor maupun spastisitas.	Pukul 14.30 WIB 1. Melakukan pemeriksaan ulang kemampuan kekuatan otot sebelum latihan dimulai. 2. Memonitor toleransi pasien selama proses latihan penguatan otot. 3. Melakukan latihan aktif-asistif sesuai kemampuan ekstremitas pasien. 4. Melatih pasien melakukan kontraksi otot secara berulang sesuai toleransi. 5. Memberikan waktu istirahat di antara latihan untuk mencegah kelelahan. 6. Memberikan edukasi mengenai manfaat latihan penguatan otot secara rutin. Pukul 15.10 WIB Mengajar-	1. Kekuatan otot masih berada pada skala 3, belum terdapat peningkatan dibandingkan pengkajian sebelumnya. 2. Pasien mampu mengikuti latihan, namun masih membutuhkan pengawasan karena gerakan belum stabil. 3. Pasien mampu melakukan latihan aktif-asistif dengan bantuan perawat. 4. Kontraksi otot dapat dilakukan, tetapi kekuatan masih belum optimal. 5. Pasien mampu beristirahat setelah latihan dan kondisi kembali stabil. 6. Pasien memahami manfaat latihan untuk membantu meningkatkan kekuatan otot. 7. untuk mempertahankan	Pukul 17.00 WIB S : 1. Tn. T mengatakan sudah mulai memahami gerakan latihan yang diajarkan. 2. Tn. T mengatakan masih merasa lemah tetapi lebih nyaman saat latihan. O : 3. Klien tampak mengikuti latihan dengan lebih baik. 4. Klien mampu melakukan beberapa gerakan dengan bantuan perawat. 5. Kontraksi otot mulai meningkat tetapi belum maksimal. 6. Kekuatan otot masih 3/5. A : Mobilitas Fisik berada di level 3 (sedang) P: Intervensi Teknik Latihan Penguatan otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan

A: Mobilitas Fisik berada di level 3 (sedang) P: Intervensi Teknik Latihan Penguatan otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan	kan terapi ROM 7. Melanjutkan latihan ROM sesuai toleransi. 8. Mengarahkan pasien mempertahankan posisi saat ROM.. Pukul 16.00 WIB Mengajarkan terapi genggam bola karet 9. Melakukan latihan genggam bola karet 10. Memantau respons selama latihan bola karet. Pukul 16.45 Mengajarkan terapi tali-temali 11. Melakukan latihan pulley secara bertahap. Melihat batas kemampuan klien dalam melakukan terapi	posisi yang tepat. 8. Klien tampak masih kurang mengerti cara melakukan terapi tersebut 9. Klien tampak belum terlalu rileks 10. Pasien dapat mengikuti gerakan dengan bantuan perawat. 11. Pasien masih memerlukan koreksi saat melakukan gerakan.	
---	---	--	--

Nama	:	Tn. H	Diagnosa Keperawatan :
Hari/Tanggal	:	Selasa, 03 Maret 2026	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
Pertemuan	:	Ke-3	

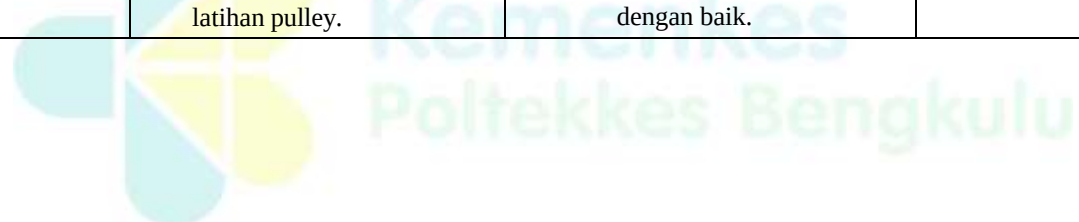
PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul 08.00 WIB S : 1. Tn. H mengatakan lengan dan tungkai kiri masih terasa lemah, namun sudah lebih mudah digerakkan dibandingkan hari sebelumnya. 2. Klien mengatakan masih memerlukan waktu lebih lama saat berjalan di dalam rumah. 3. Klien mengatakan sudah mulai terbiasa melakukan latihan yang diajarkan perawat. 4. Klien mengatakan rasa cepat lelah saat beraktivitas mulai berkurang. O : 5. Kekuatan otot ekstremitas	Pukul 08.30 WIB 1. Memantau perubahan kemampuan gerak setelah latihan penguatan otot. 2. Melakukan latihan aktif-asistif pada ekstremitas yang mengalami kelemahan. 3. Menggunakan alat bantu bola karet untuk meningkatkan kekuatan tangan. 4. Melatih kontraksi otot secara berulang sesuai toleransi pasien. 5. Mengajarkan teknik latihan penguatan otot yang benar. Puku : 09.15 Mengajarkan terapi ROM 6. Melakukan latihan ROM aktif terbantu. 7. Mengobservasi kemampuan	1. Pasien mulai menunjukkan peningkatan kontrol gerakan dibandingkan hari sebelumnya. 2. Pasien mampu melakukan sebagian gerakan aktif-asistif dengan bantuan yang lebih sedikit. 3. Pasien mampu menggenggam bola karet, meskipun tekanan genggamannya masih belum maksimal. 4. Kemampuan mempertahankan kontraksi otot mulai meningkat saat latihan dilakukan. 5. Pasien mampu mengikuti teknik latihan yang diberikan dengan arahan perawat. 6. Pasien mulai mampu menggerakkan ekstremitas dengan	Pukul 13.00 WIB S : 1. Tn. H mengatakan latihan hari ini terasa lebih ringan dibandingkan kemarin. 2. Klien mengatakan tangan kiri mulai lebih kuat saat digunakan menggenggam benda ringan. 3. Klien mengatakan lebih percaya diri saat berdiri dari posisi duduk. O : 4. Klien mengikuti latihan sesuai instruksi. 5. Kekuatan otot ekstremitas kiri tetap 3/5 dengan peningkatan kemampuan kontraksi otot. 6. Klien mampu berdiri dari kursi dengan bantuan minimal.

tas kiri 3/5, ekstremitas kanan 5/5. 6. Rentang gerak ekstremitas kiri meningkat dibanding hari sebelumnya. 7. Klien mampu menggerakkan ekstremitas kiri secara aktif dengan bantuan minimal. 8. Klien tampak berjalan perlahan dengan pengawasan. A: Mobilitas Fisik berada di level 4 (cukup meningkat) P: Intervensi Teknik Latihan penguatan otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan	an gerak pasien.. Pukul 10.30 WIB Mengajarkan terapi genggam bola karet 8. Melatih genggam bola karet. 9. Membimbing latihan membuka dan menutup genggaman. Pukul 11.30 Mengajarkan terapi tali-temali 10. Mengajarkan klien cara melakukan Melakukan latihan pulley. 11. Mengevaluasi toleransi latihan pulley.	bantuan lebih sedikit. 7. Pergerakan tampak lebih baik dibandingkan hari sebelumnya. 8. Kontrol gerakan tangan mulai membaik. 9. Pasien mampu melakukan gerakan dengan arahan minimal 10. Pasien mampu melakukan latihan dengan arahan minimal. 11. Pasien mampu menyelesaikan latihan tanpa keluhan bermakna	7. Keseimbangan tubuh mulai membaik. 8. Klien tampak lebih lancar saat berpindah posisi. A : Mobilitas Fisik berada di level 4 (cukup meningkat) P: Intervensi Teknik Latihan penguatan otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan
---	---	---	--

Nama	:	Tn.T	Diagnosa Keperawatan :
Hari/Tanggal	:	Selasa, 03Maret 2026	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
Pertemuan	:	Ke-3	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul 14.30 WIB S : 1. Tn. T mengatakan geng-gaman tangan mulai tera-sa lebih kuat. 2. Tn. T mengatakan latihan yang dilakukan mulai terasa lebih mudah O : 3. Klien tampak lebih aktif saat melakukan latihan. 4. Klien tampak mampu mengikuti gerakan sesuai instruksi. 5. Kekuatan otot 3/5. 6. Koordinasi gerakan mulai membaik. A: Mobilitas Fisik berada di level 4 (cukup meningkat) P: Intervensi Teknik Latihan Pen-guatan Otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan	Pukul 15.00 WIB 1. Menilai kemampuan pasien mempertahankan gerakan ekstremitas saat latihan. 2. Melakukan latihan pen-guatan otot secara aktif-asistif. 3. Menggunakan alat bantu bola karet untuk melatih kekuatan otot tangan. 4. Mengamati kemampuan pasien saat menggenggam dan melepaskan bola karet. 5. Membimbing pasien melakukan teknik latihan dengan gerakan yang benar. Pukul 15.30 WIB Mengajar-kan terapi ROM 6. Melanjutkan latihan ROM aktif terbantu. 7. Mengukur kemampuan pergerakanekstremitas.	1. Pasien mulai mampu mempertahankan gerakan lebih lama dibandingkan hari sebelumnya. 2. Pasien dapat melakukan latihan aktif-asistif dengan bantuan yang lebih sedi-kit, namun kekuatan otot masih skala 3. 3. Pasien mampu menggunakan bola karet dan melakukan geng-gaman dengan kontrol lebih baik. 4. Gerakan menggenggam dan melepaskan bola karet mulai lebih terkoordinasi. 5. Pasien mampu mengikuti teknik latihan yang diajar-kan dan melakukan gerakan lebih tepat. 6. Pasien mulai mampu melakukan gerakan dengan bantuan yang lebih sedikit. 7. Mobilitas pasien mulai	Pukul 17.00 WIB S : 1. Tn. T mengatakan tangan terasa lebih mudah digunakan saat latihan. 2. Tn. T mengatakan tidak terlalu cepat lelah seperti sebelumnya. O : 3. Klien tampak mampu melakukan latihan dengan ban-tuan minimal. 4. Klien mampu menggenggam bola karet lebih baik. 5. Gerakan ekstremitas tampak lebih terarah. 6. Kekuatan otot masih 3/5 A : Mobilitas Fisik berada di level 4 (cukup meningkat) P: Intervensi Teknik Latihan Penguatan Otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan

	Pukul 16.00 WIB Mengajar-kan terapi genggam bola ka-ret 8. Melatih genggam bola ka-ret secara rutin. 9. Membimbing latihan mem-buka dan menutup geng-gaman. Pukul 16.30 Mengajarkan terapi Tali-temali 10. Melakukan latihan pulley sesuai program. 11. Mengevaluasi toleransi latihan pulley.	mengalami peningkatan dibanding hari sebe-lumnya. 8. Pasien mampu melakukan latihan dengan jumlah gerakan lebih banyak. 9. Kontrol jari tangan mulai membaik. 10. Pasien mampu melakukan gerakan tarik pulley dengan lebih lancar. 11. pasien dapat me-nyelesaikan latihan dengan baik.	
--	--	--	--



Nama	:	Tn.H	Diagnosa Keperawatan :
Hari/Tanggal	:	Rabu, 04 Maret 2026	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
Pertemuan	:	Ke-4	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul 08.00 WIB S : 1. Tn. H mengatakan tangan dan kaki terasa lebih mudah digerakkan dibandingkan hari sebelumnya. 2. Tn. H mengatakan masih merasa sedikit lemah saat melakukan aktivitas. 3. Tn. H mengatakan sudah mampu mencoba latihan dengan bantuan lebih sedikit. O : 4. Klien tampak mengalami peningkatan kemampuan bergerak. 5. Klien tampak mampu mengikuti latihan dengan arahan minimal. 6. Gerakan ekstremitas mulai lebih aktif.	Pukul 09.00 WIB 1. Melakukan latihan penguatan otot sesuai toleransi pasien. 2. Melatih gerakan aktif ekstremitas secara bertahap. 3. Menggunakan alat bantu latihan untuk mendukung peningkatan kekuatan otot. 4. Menganjurkan pasien melakukan latihan secara rutin. Pukul 09.30 Mengajarkan terapi ROM 5. Melanjutkan latihan ROM.. 6. Melatih gerakan sendi sesuai rentang kemampuan.. Pukul 10.10 WIB Mengajarkan terapi genggam bola karet 7. Melanjutkan latihan bola karet.	1. Pasien mampu melakukan latihan dengan kemampuan yang lebih baik dibandingkan awal latihan. 2. Gerakan ekstremitas tampak lebih aktif dan pasien mulai mampu mengontrol pergerakan. 3. Pasien mampu menggunakan alat bantu latihan dengan pengawasan minimal. 4. Pasien memahami pentingnya latihan rutin untuk mempertahankan perkembangan kekuatan otot. 5. Pasien mulai lebih aktif dalam melakukan gerakan. 6. Rentang gerak meningkat secara perlahan. 7. Genggaman pasien tampak lebih kuat. 8. Genggaman pasien tampak stabil 9. Pasien lebih mampu men-	Pukul 12.30 WIB S : 1. Tn. H mengatakan latihan hari ini terasa lebih ringan dibandingkan sebelumnya. 2. Tn. H mengatakan lebih mampu menggerakkan anggota tubuh yang lemah. O : 3. Klien tampak mampu melakukan latihan aktif dengan bantuan minimal. 4. Klien tampak mempertahankan gerakan lebih lama saat latihan. 5. Rentang gerak ekstremitas meningkat. 6. Pasien tidak mengalami nyeri maupun kelelahan berlebih. 7. Kekuatan otot masih 3/5. A : Mobilitas Fisik berada di level 4 (cukup meningkat)

7. Kekuatan otot 3/5. A: Mobilitas Fisik berada di level 4 (cukup meningkat) P: Intervensi Teknik Latihan penguatan otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan	8. Mengatur peningkatan latihan sesuai kemampuan. Pukul 11.30 Mengajarkan terapi tali-temali 9. Melakukan latihan pulley. 10. Mengevaluasi gerakan	gontrol gerakan alat. 10. Koordinasi gerakan mulai membaik	P: Intervensi Teknik Latihan penguatan otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan
---	---	--	---



Nama	:	Tn.T	Diagnosa Keperawatan :
Hari/Tanggal	:	Rabu, 04 maret 2026	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
Pertemuan	:	Ke-4	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul 14.00 WIB S : 1. Tn. T mengatakan tubuh terasa lebih ringan saat digerakkan. 2. Tn. T mengatakan sudah lebih percaya diri melakukan latihan. O : 3. Klien tampak mampu melakukan gerakan aktif dengan lebih baik. 4. Klien tampak membutuhkan bantuan minimal. 5. Kekuatan otot mulai meningkat. A: Mobilitas Fisik berada di level 4 (cukup meningkat) P: Intervensi Teknik Latihan Penguatan Otot dan <i>evidence based</i> 1-3	Pukul 14.30 WIB 1. Melanjutkan latihan penguatan otot sesuai kemampuan pasien. 2. Melatih gerakan aktif ekstremitas dengan pengawasan. 3. Menggunakan alat bantu latihan untuk meningkatkan kekuatan otot tangan. 4. Mengevaluasi kemampuan pasien setelah melakukan latihan. Pukul 15.00 WIB Mengajar-kan terapi ROM 5. Melakukan latihan ROM secara bertahap 6. Mengarahkan pasien melakukan gerakan sesuai rentang sendi. Pukul 15.45 WIB Mengajar-	1. Pasien mampu melakukan latihan penguatan dengan respons yang lebih baik dibandingkan hari sebelumnya. 2. Pasien mulai mampu melakukan gerakan aktif dengan bantuan minimal. 3. Penggunaan alat bantu dapat dilakukan lebih baik dan kontrol tangan meningkat. 4. Setelah latihan pasien menunjukkan peningkatan kemampuan gerak dan toleransi aktivitas. 5. Pasien tampak lebih aktif saat melakukan gerakan ekstremitas. 6. Gerakan pasien lebih fleksibel dibanding sebelumnya.	Pukul 16.00 WIB S : 1. Tn. T mengatakan latihan sore ini berjalan lancar dan gerakan tangan terasa lebih ringan. 2. Tn. T mengatakan tidak merasa lelah yang berlebihan setelah melakukan latihan aktif. O : 3. Klien tampak mampu mengulang gerakan latihan dengan arahan minimal. 4. Klien tampak lebih mandiri saat menggerakkan ekstremitas atas. 5. Kekuatan otot masih di angka 3/5 (menuju peningkatan). A : Mobilitas Fisik berada di level 4 (cukup meningkat) P: Intervensi Teknik Latihan Penguatan Otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan

dilanjutkan	kan terapi genggam bola karet 7. Melanjutkan latihan bola karet. 8. Meningkatkan latihan sesuai kemampuan pasien. Pukul 16.20 WIB Mengajar-kan terapi tali-temali 9. Mengajarkan klien cara melakukan Melakukan latihan pulley sesuai SOP 10. Mengoreksi teknik latihan pulley.	7. Genggaman pasien lebih baik 8. Pasien mampu melakukan latihan tanpa banyak bantuan. 9. Pasien mampu mengontrol gerakan tangan dengan lebih baik. 10. Pasien mulai melakukan latihan dengan teknik yang tepat.	
-------------	---	---	--

Nama	:	Tn. H	Diagnosa Keperawatan :
Hari/Tanggal	:	Kamis, 05 maret 2026	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan kekuatan otot
Pertemuan	:	Ke-5	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul 08.00 WIB S : 1. Tn. H mengatakan tubuh terasa lebih kuat saat melakukan pergerakan. 2. Tn. H mengatakan sudah lebih nyaman melakukan latihan tanpa banyak bantuan. O : 3. Klien tampak lebih aktif dalam melakukan latihan. 4. Klien tampak mampu melakukan gerakan melawan tahanan ringan. 5. Kontrol gerakan ekstremitas membaik. 6. Kekuatan otot 4/5.	Pukul 09.00 WIB 1. Melakukan latihan penguatan otot dengan peningkatan aktivitas secara bertahap. 2. Memantau respons pasien setelah melakukan latihan. 3. Melatih kontraksi otot dengan tahanan ringan sesuai kemampuan pasien. 4. Memberikan edukasi keluarga untuk membantu dan memotivasi pasien. Pukul 09.30 WIB Mengajar-kan terapi ROM 5. Melakukan latihan ROM dengan supervisi.. 6. Menilai perkembangan mobilitas. Pukul 10.00 WIB Mengajar-kan terapi genggam bola ka-	1. Pasien mampu melakukan latihan dengan lebih aktif dibandingkan hari sebelumnya. 2. Pasien mampu mengikuti latihan tanpa mengalami kelelahan berlebihan. 3. Kekuatan otot meningkat menjadi skala 4 dan pasien mulai mampu melawan tahanan ringan. 4. Keluarga memahami cara memberikan dukungan selama proses latihan. 5. Pasien mampu melakukan sebagian gerakan secara mandiri. 6. Kemampuan bergerak mengalami peningkatan. 7. Pasien mampu melakukan latihan dengan kekuatan lebih	Pukul 13.00 WIB S : 1. Tn. H mengatakan tangan dan kaki terasa lebih kuat dibandingkan awal latihan. 2. Tn. H mengatakan lebih mudah melakukan aktivitas sederhana. O : 3. Klien tampak mampu melakukan latihan dengan mandiri sebagian. 4. Klien tampak mampu menggenggam dan melakukan gerakan ekstremitas lebih baik 5. Kekuatan otot 4/5. 6. Tidak ditemukan tremor maupun spastisitas. A : Mobilitas Fisik berada di level 4 (cukup meningkat)

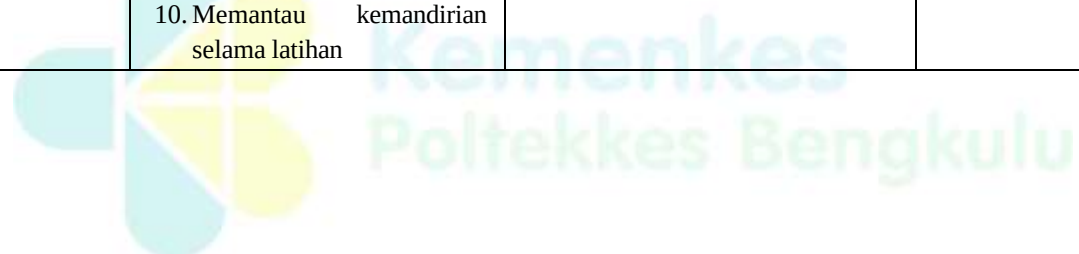
A: Mobilitas Fisik berada di level 4 (cukup meningkat) P: Intervensi Latihan Autogenik dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan	ret 7. Melakukan latihan genggam bola karet. 8. Mengobservasi fungsi tangan. Pukul 11.00 WIB Mengajarkan terapi tali-temali 9. Melakukan latihan pulley. 10. Mengevaluasi kemampuan latihan.	baik. 8. Pengendalian gerakan tangan semaki membaik 9. Pasien mampu mengikuti latihan dengan sedikit bantuan. 10. Pasien tampak lebih percaya diri dalam melakukan latihan	P: Intervensi Teknik Latihan Penguatan Otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan
--	--	---	---



Nama	:	Ny. T	Diagnosa Keperawatan :
Hari/Tanggal	:	Kamis, 05 Februari 2026	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
Pertemuan	:	Ke-5	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul 14.00 WIB S : 1. Tn. T mengatakan aktivitas terasa lebih mudah dilakukan. 2. Tn. T mengatakan kekuatan tangan mulai meningkat. O : 3. Klien tampak lebih mandiri saat latihan. 4. Klien mampu melawan tahanan ringan. 5. Kekuatan otot 4/5. A: Mobilitas Fisik berada di level 4 (cukup Meningkat) P: Intervensi Teknik Latihan penguatan otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan	Pukul 14.30 WIB 1. Melakukan latihan penguatan otot dengan peningkatan aktivitas secara bertahap. 2. Melatih kontraksi otot menggunakan tahanan ringan sesuai kemampuan pasien. 3. Memantau kemampuan pasien mempertahankan gerakan selama latihan. 4. Memberikan edukasi keluarga untuk mendukung dan memotivasi pasien melakukan latihan. Pukul 15.00 WIB Mengajar-kan terapi ROM 5. Melakukan latihan ROM dengan pemantauan. 6. Mengevaluasi perubahan	1. Pasien mampu melakukan latihan dengan intensitas lebih baik dibandingkan awal intervensi. 2. Pasien mulai mampu melawan tahanan ringan dan kekuatan otot meningkat menjadi skala 4. 3. Pasien mampu mempertahankan gerakan lebih lama tanpa cepat mengalami kelelahan. 4. Keluarga memahami cara membantu dan memberikan dukungan selama latihan. 5. Pasien mampu melakukan latihan dengan arahan minimal. 6. Kemampuan mobilisasi meningkat dibanding awal perawatan.	Pukul 15.30 WIB S : 1. Tn. T mengatakan sudah lebih yakin melakukan latihan sendiri O : 2. Klien tampak lemah berkurang 3. Klien tampak mampu melakukan latihan dengan bantuan minimal. 4. Gerakan ekstremitas lebih kuat dan terkontrol. 5. Kekuatan otot 4/5. A : Mobilitas Fisik berada di level 4 (cukup Meningkat) P: Intervensi Teknik Latihan Penguatan Otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan

	kemampuan gerak.. Pukul 16.00 WIB Mengajar-kan terapi genggam bola karet 7. Melakukan latihan genggam bola karet. 8. Menilai kekuatan tangan setelah latihan. Pukul 16.30 WIB Mengajar-kan terapi tali-temali 9. Melakukan latihan pulley secara rutin. 10. Memantau kemandirian selama latihan	7. Pasien dapat melakukan latihan secara lebih mandiri. 8. Kekuatan genggaman dan koordinasi membaik. 9. Pasien mampu menggunakan pulley dengan lebih baik. 10. Klien tampak bisa melakukan secara mandiri	
--	--	--	--



Nama	:	Tn.H	Diagnosa Keperawatan :
Hari/Tanggal	:	Jumat, 06 Februari 2026	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
Pertemuan	:	Ke-6	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul 08.00 WIB S : 1. Tn. H mengatakan sudah lebih percaya diri dalam melakukan latihan. 2. Tn. H mengatakan pergerakan tubuh lebih mudah dibandingkan saat awal masuk. O : 3. Klien tampak mampu melakukan gerakan ekstremitas dengan kontrol lebih baik. 4. Klien tampak aktif mengikuti latihan. 5. Kekuatan otot 4/5 A: Mobilitas Fisik berada di level 5 (Meningkat)	Pukul 09.00 WIB 1. Mengevaluasi perkembangan kekuatan otot pasien setelah program latihan. 2. Melanjutkan latihan penguatan otot sesuai kemampuan pasien. 3. Mengevaluasi kemampuan pasien melakukan latihan secara mandiri. 4. Memberikan motivasi kepada pasien dan keluarga untuk mempertahankan latihan. Pukul 09.30 WIB Mengajar-kan terapi ROM 5. Melanjutkan latihan ROM. 6. Mengevaluasi fungsi ekstremitas..	1. Hasil evaluasi menunjukkan kekuatan otot meningkat dari skala 3 menjadi skala 4 setelah dilakukan latihan penguatan otot. 2. Pasien mampu melakukan gerakan ekstremitas dengan kekuatan dan koordinasi yang lebih baik. 3. Pasien mampu melakukan latihan dengan bantuan minimal dan lebih percaya diri. 4. Pasien dan keluarga memahami cara melanjutkan latihan secara bertahap di rumah. 5. Pasien mampu melakukan gerakan secara mandiri 6. Kemampuan mobilitas meningkat dibanding awal latihan.	Pukul 13.00 WIB S : 1. Tn. H mengatakan kemampuan bergerak sudah jauh lebih baik dibandingkan awal latihan. 2. Tn. H mengatakan mampu melakukan latihan dengan bantuan yang minimal. 3. Tn. H mengatakan akan melanjutkan latihan secara rutin. O : 4. Klien tampak mampu melakukan latihan penguatan otot secara lebih mandiri. 5. Klien tampak lebih aktif dalam melakukan aktivitas. 6. Kekuatan otot meningkat dari 3/5 menjadi 4/5. 7. Gerakan ekstremitas lebih

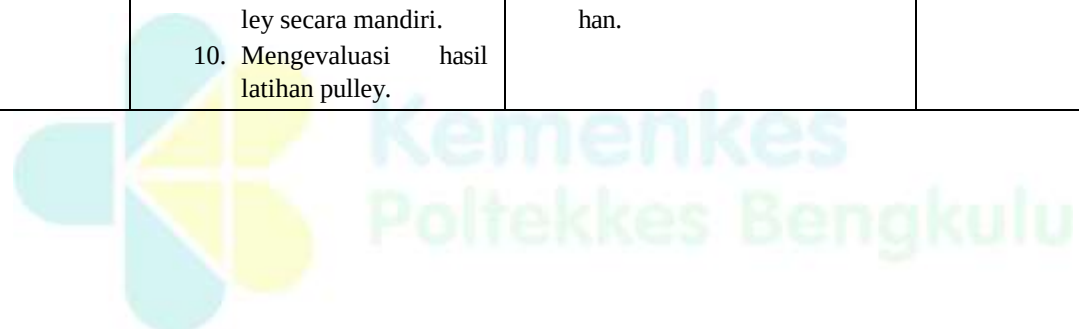
P: Intervensi Teknik Latihan Penguatan Otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan	Pukul 10.00 WIB Mengajar-kan terapi genggam bola karet 7. Melakukan latihan genggam bola karet. 8. Mengevaluasi kekuatan tangan. Pukul 11.45 WIB Mengajar-kan terapi tali-temali 9. Mengajarkan klien cara melakukan Melakukan latihan tali-temali sesuai SOP 10. Menilai hasil latihan	7. Pasien mampu menggenggam lebih kuat dan terkontrol Klien tampak rileks 8. Terdapat peningkatan kekuatan dan koordinasi tangan. 9. Pasien mampu melakukan latihan dengan bantuan minimal. 10. Rentang gerak ekstremitas atas membaik dan pasien lebih mandiri.	kuat dan terkoordinasi. 8. Tidak ditemukan tremor, spastisitas, maupun kelelahan berlebih. A : Mobilitas Fisik berada di level 5 (Meningkat) P: Intervensi Teknik Latihan Penguatan otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dihentikan
---	---	---	---



Nama	:	Tn.T	Diagnosa Keperawatan :
Hari/Tanggal	:	Jumat, 06 Februari 2026	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
Pertemuan	:	Ke-6	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul 14.00 WIB S : 1. Tn. T mengatakan kondisi tubuh jauh lebih baik dibanding awal latihan. 2. Tn. T mengatakan lebih mampu melakukan aktivitas ringan. O : 3. Klien tampak aktif mengikuti latihan. 4. Klien mampu melakukan gerakan ekstremitas dengan baik. 5. Kekuatan otot 4/5. A: Mobilitas Fisik berada di level 5 (Meningkat) P: Intervensi Teknik Latihan Penguatan Otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dilanjutkan	Pukul 15.00 WIB 1. Melakukan evaluasi akhir kemampuan kekuatan otot pasien. 2. Melanjutkan latihan penguatan otot sesuai kemampuan yang telah dicapai. 3. Menilai tingkat kemandirian pasien dalam melakukan latihan. 4. Memberikan motivasi untuk mempertahankan latihan secara rutin. Pukul 15.30 WIB Mengajar-kan terapi ROM 5. Melanjutkan latihan ROM untuk meningkatkan fungsi gerak. 6. Mengevaluasi kemampuan ekstremitas setelah latihan..	1. Hasil evaluasi menunjukkan kekuatan otot meningkat dari skala 3 menjadi skala 4. 2. Pasien mampu melakukan latihan penguatan otot dengan gerakan lebih kuat dan terkontrol. 3. Pasien lebih mandiri dalam melakukan latihan dan hanya membutuhkan sedikit bantuan. 4. Pasien dan keluarga mampu memahami pentingnya latihan rutin untuk mempertahankan fungsi otot. 5. Pasien mampu melakukan ROM secara mandiri dengan gerakan lebih luas. 6. Terjadi peningkatan kemampuan bergerak dibanding hari pertama.	Pukul 17.00 WIB S : 1. Tn. T mengatakan lebih mudah bergerak dan melakukan aktivitas dibandingkan awal perawatan. 2. Tn. T mengatakan akan melanjutkan latihan secara rutin. O : 3. Klien tampak mampu melakukan latihan secara mandiri. 4. Klien tampak lebih aktif dan percaya diri bergerak. 5. Kekuatan otot meningkat dari 3/5 menjadi 4/5. 6. Tidak ditemukan tremor, spastisitas, maupun kelelahan berlebih. A : Mobilitas Fisik berada di level 5 (Meningkat) P: Intervensi Teknik Latihan Penguatan Otot dan <i>evidence based</i> 1-3 dihentikan

	Pukul 15.45 WIB Mengajar-kan terapi genggam bola karet 7. Melakukan latihan genggam bola karet secara mandiri. 8. Menilai koordinasi dan kekuatan tangan. Pukul 16.10 WIB Mengajar-kan terapi tali-temali 9. Melakukan latihan pulley secara mandiri. 10. Mengevaluasi hasil latihan pulley.	7. Pasien mampu menggenggam dan melepas bola karet dengan kekuatan lebih baik 8. Fungsi tangan meningkat dan gerakan lebih terkontrol. 9. Pasien mampu melakukan latihan tanpa bantuan. 10. Rentang gerak lengan meningkat dan pasien lebih mandiri dalam aktivitas latihan.	
--	--	---	--



BAB V

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis menjelaskan kesenjangan antara konsep teoritis dan tindakan dalam proses asuhan keperawatan pada pasien lansia dengan penyakit Stroke yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu Tahun 2026. Penerapan proses keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk klien merupakan salah satu bentuk keperawatan yang terdiri dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan (A. Potter & Perry, 2021).

A. Gambaran Pengkajian Keperawatan Pada Pasien Pasca stroke

Hasil pengkajian pada kedua responden di wilayah kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu menunjukkan bahwa Tn. H berusia 67 tahun dan Tn. T berusia 69 tahun. Kedua responden berjenis kelamin laki-laki, merupakan pasien lansia dengan riwayat stroke ringan, serta mengalami gangguan mobilitas fisik. Temuan tersebut sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa lanjut usia merupakan salah satu faktor risiko utama terjadinya stroke. Seiring bertambahnya usia, terjadi penurunan elastisitas pembuluh darah, proses aterosklerosis, serta perubahan degeneratif pada sistem kardiovaskular yang dapat meningkatkan risiko terjadinya stroke (Siti, 2021).

Selain itu, jenis kelamin laki-laki memiliki risiko lebih tinggi mengalami stroke dibandingkan perempuan, terutama sebelum usia lanjut, karena dipengaruhi oleh faktor hormonal dan gaya hidup yang berhubungan dengan faktor risiko stroke (Siti, 2021). Menurut Adi *et al.* (2022), stroke merupakan gangguan neurologis akibat terganggunya aliran darah ke otak yang menyebabkan kerusakan jaringan otak dan dapat menimbulkan berbagai gangguan neurologis, salah satunya kelemahan otot yang berakhir pada gangguan mobilitas fisik. Oleh karena itu, usia lanjut dan jenis kelamin pada kedua responden merupakan faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya stroke serta gangguan mobilitas fisik yang dialami.

Hasil pengkajian pada Tn. H menunjukkan bahwa pasien mengeluhkan kelemahan pada ekstremitas kanan sejak mengalami stroke ringan. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah sehingga mengalami kesulitan saat berjalan, berdiri dalam waktu lama, berpindah posisi, dan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Hasil pemeriksaan menunjukkan kesadaran *compos mentis*, tekanan darah dalam batas terkontrol, serta kekuatan otot ekstremitas yang mengalami kelemahan berada pada skala 3 (Manual Muscle Testing/MMT). Sedangkan pada Tn. T, pasien mengeluhkan kelemahan pada ekstremitas kiri disertai mudah lelah saat beraktivitas, keseimbangan tubuh yang belum optimal, serta kesulitan menggenggam benda dalam waktu lama. Hasil pemeriksaan menunjukkan kekuatan otot ekstremitas berada pada skala 3 MMT, sehingga kedua responden mengalami gangguan mobilitas fisik akibat stroke ringan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Andriani Mei Astuti *et al.* (2024) yang menunjukkan bahwa pasien pasca stroke non-hemoragik dengan kelemahan otot mengalami penurunan kekuatan otot ekstremitas sehingga memerlukan latihan rehabilitasi untuk meningkatkan kemampuan motorik. Menurut Turap *et al.* (2021), manifestasi klinis yang sering ditemukan pada pasien stroke meliputi hemiparesis atau kelemahan pada salah satu sisi tubuh, gangguan keseimbangan, penurunan koordinasi gerak, kesulitan berjalan, serta keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari akibat gangguan fungsi neurologis.

Perbedaan tanda dan gejala yang dialami oleh kedua responden yaitu Tn. H mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan disertai kesulitan saat berjalan dan berpindah posisi, namun pasien masih mampu melakukan beberapa aktivitas ringan secara mandiri. Sementara itu, Tn. T mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri yang disertai penurunan keseimbangan tubuh, mudah lelah saat beraktivitas, serta kesulitan menggenggam benda sehingga memerlukan bantuan keluarga dalam beberapa aktivitas sehari-hari. Perbedaan kondisi tersebut dipengaruhi oleh tingkat keparahan gangguan neurologis, kemampuan adaptasi pasien, kepatuhan dalam melakukan latihan fisik, serta dukungan keluarga selama proses rehabilitasi. Hal ini sejalan dengan

penelitian Andriani Mei Astuti *et al.* (2024) yang menyatakan bahwa respons pasien pasca stroke terhadap intervensi rehabilitasi dapat berbeda-beda bergantung pada kondisi klinis, kekuatan otot awal, motivasi pasien, dan keteraturan dalam menjalankan latihan.

Selain itu, menurut Kinantaka *et al.* (2023), pemulihan fungsi motorik pada pasien stroke dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, luas dan lokasi kerusakan otak, kondisi fisik sebelum sakit, penyakit penyerta, serta intensitas rehabilitasi yang dilakukan. Oleh karena itu, setiap pasien pasca stroke memiliki respons yang berbeda terhadap penyakit maupun intervensi yang diberikan, sehingga program latihan penguatan otot perlu disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan masing-masing pasien.

B. Gambaran Diagnosa Keperawatan Pada Pasien Pasca Stroke

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan maupun proses kehidupan yang dialaminya, baik yang bersifat aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Berdasarkan hasil pengkajian pada kedua responden, ditemukan bahwa Tn. H dan Tn. T sama-sama mengalami gangguan mobilitas fisik yang ditandai dengan penurunan kekuatan otot ekstremitas (3 nilai MMT), kelemahan pada salah satu sisi tubuh (hemiparesis), keterbatasan dalam berjalan dan berpindah posisi, serta kesulitan melakukan beberapa aktivitas sehari-hari secara mandiri.

Data tersebut mendukung penegakan diagnosis keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik. Hal ini sejalan dengan penelitian Nanda Masraini Daulay *et al.* (2021) yang menyatakan bahwa pasien pasca stroke umumnya mengalami penurunan kekuatan otot dan keterbatasan rentang gerak sendi sehingga menyebabkan gangguan mobilitas fisik. Selain itu, Turap *et al.* (2021) menjelaskan bahwa salah satu manifestasi klinis utama stroke adalah hemiparesis atau kelemahan pada salah satu sisi tubuh yang mengakibatkan penurunan kemampuan bergerak dan melakukan aktivitas sehari-hari.

Pada kondisi stroke, terjadi gangguan aliran darah ke otak yang disebabkan oleh sumbatan pembuluh darah (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik), sehingga mengakibatkan berkurangnya suplai oksigen dan glukosa ke jaringan otak. Kondisi tersebut menyebabkan kerusakan sel-sel saraf dan mengganggu fungsi neurologis, termasuk fungsi motorik, sehingga pasien mengalami kelemahan otot, gangguan koordinasi, dan keterbatasan mobilitas (Kinantaka *et al.*, 2023). Oleh karena itu, pasien pasca stroke memerlukan rehabilitasi secara bertahap, salah satunya melalui latihan penguatan otot, untuk membantu meningkatkan kekuatan otot, memperbaiki fungsi motorik, serta meningkatkan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Tanda dan gejala klinis pada pasien stroke meliputi kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparesis/hemiplegia), gangguan keseimbangan dan koordinasi, kesulitan berjalan, gangguan bicara (disartria atau afasia), gangguan menelan (disfagia), penurunan fungsi sensorik, gangguan lapang pandang, serta penurunan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Pada beberapa pasien juga dapat ditemukan gangguan kognitif, perubahan emosi, hingga penurunan kesadaran sesuai dengan lokasi dan luasnya kerusakan jaringan otak (Turap *et al.*, 2021). Selain itu, menurut Kinantaka *et al.* (2023), defisit neurologis akibat stroke dapat menyebabkan penurunan kekuatan otot, keterbatasan rentang gerak, dan gangguan mobilitas fisik yang berdampak pada menurunnya tingkat kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Data yang didapatkan penulis menjadi dasar dalam mengangkat diagnosis keperawatan pada kedua kasus tersebut. Penulis mengangkat diagnosis keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan penurunan kekuatan otot. Diagnosis tersebut ditegakkan berdasarkan adanya kelemahan otot ekstremitas, keterbatasan rentang gerak, kesulitan berjalan, serta penurunan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari pada kedua responden. Sehingga dalam penelitian ini penulis menemukan kesesuaian antara studi kasus dengan teori.

C. Gambaran Intervensi Keperawatan Teknik Latihan Penguatan Otot Pada Pasien Pasca Stroke

Berdasarkan tahap perencanaan penulis mengacu pada perencanaan berdasarkan landasan teori dan perencanaan dibagi menjadi tiga tahap yaitu menentukan prioritas masalah, menentukan tujuan, menentukan kriteria hasil dan merencanakan tindakan keperawatan. Dalam pembuatan rencana penulis bekerja sama dengan keluarga klien dan perawat untuk memberikan kesempatan dalam menyelesaikan permasalahan yang dialami klien sehingga kebutuhan klien terpenuhi sesuai perencanaan keperawatan yang dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) prinsip secara umum rencana keperawatan yang penulis lakukan pada Tn.H dan Tn.T

Pada kasus Tn. H dan Tn. T penulis berencana mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik dengan tujuan yang diharapkan yaitu mobilitas fisik meningkat. Intervensi pada kasus ini sesuai dengan intervensi pada teoritis dan rencana dapat dilaksanakan berdasarkan intervensi dari diagnosis pada tinjauan kasus. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang digunakan adalah latihan penguatan otot dengan aktivitas keperawatan yang dilakukan yaitu mengidentifikasi keterbatasan mobilitas fisik, memonitor kekuatan otot dan toleransi aktivitas, membantu pasien melakukan latihan penguatan otot secara bertahap, mengajarkan latihan sesuai kemampuan pasien, menganjurkan latihan secara rutin, memberikan motivasi selama latihan, serta melibatkan keluarga dalam mendukung proses rehabilitasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Beberapa Evidence Based Nursing (EBN) digunakan dalam membantu mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik pada pasien lansia pasca stroke, seperti memberikan stretching exercise, terapi genggam bola karet, terapi *range of motion* (ROM), terapi tali-temali, dan *dumbbell exercise*.

Peneliti hanya menggunakan tiga Evidence Based Nursing (EBN), yaitu terapi Range of Motion (ROM), terapi genggam bola karet, dan terapi tali-

temali, karena peneliti menemukan bahwa ketiga intervensi tersebut memiliki bukti yang kuat dalam meningkatkan kekuatan otot, rentang gerak sendi, fungsi motorik, serta mobilitas fisik pada pasien lansia pasca stroke. Hal ini sejalan dengan penelitian Wulandari *et al.* (2023) yang menunjukkan bahwa terapi ROM efektif meningkatkan kekuatan otot dan rentang gerak pada pasien pasca stroke. Selain itu, penelitian Andriani Mei Astuti, Rakha Krisna, dan Mursudarinah (2024) membuktikan bahwa terapi genggam bola karet memberikan peningkatan yang signifikan terhadap kekuatan otot tangan pasien pasca stroke. Penelitian Jamaluddin *et al.* (2020) juga menunjukkan bahwa terapi tali-temali berpengaruh terhadap peningkatan fleksibilitas sendi dan fungsi motorik pasien pasca stroke. Dengan demikian, ketiga intervensi tersebut dapat digunakan sebagai terapi pendukung dalam meningkatkan mobilitas fisik dan kemandirian pasien lansia pasca stroke.

Efektivitas penerapan terapi *Range of Motion* (ROM), terapi genggam bola karet, dan terapi tali-temali dalam meningkatkan mobilitas fisik pada pasien pasca stroke telah didukung oleh berbagai hasil penelitian. Penelitian Wulandari *et al.* (2023) menunjukkan bahwa pemberian terapi *Range of Motion* (ROM) selama 10–15 menit sebanyak dua kali sehari selama 7 hari terbukti meningkatkan kekuatan otot pada pasien pasca stroke dengan nilai $p\text{-value} < 0,05$. Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Andriani Mei Astuti, Rakha Krisna, dan Mursudarinah (2024) menunjukkan bahwa terapi genggam bola karet memberikan peningkatan yang signifikan terhadap kekuatan otot tangan pasien pasca stroke, ditandai dengan peningkatan rata-rata kekuatan otot dari 1,54 menjadi 3,83 dengan hasil uji statistik $p\text{-value} < 0,05$. Penelitian lain oleh Jamaluddin *et al.* (2020) juga membuktikan bahwa terapi tali-temali berpengaruh terhadap peningkatan fleksibilitas sendi dan fungsi motorik pasien stroke dengan $p\text{-value} = 0,000 (<0,05)$.

Peneliti memfokuskan pada tiga intervensi, yaitu terapi *Range of Motion* (ROM), terapi genggam bola karet, dan terapi tali-temali, sehingga dapat mengurangi kompleksitas penelitian serta meningkatkan efektivitas pelaksanaan intervensi. Peneliti memprioritaskan ketiga intervensi tersebut karena

sesuai dengan kebutuhan pasien pasca stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik dan telah terbukti memberikan dampak yang signifikan terhadap peningkatan kekuatan otot, rentang gerak, fungsi motorik, serta kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

D. Gambaran Implementasi Keperawatan

Berdasarkan tahap implementasi, keperawatan sangat penting untuk membangun hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga agar tindakan keperawatan yang telah direncanakan dapat diterima serta dilaksanakan secara optimal. Implementasi yang dilakukan penulis pada kedua responden berlangsung selama 6 hari, dimulai pada tanggal 1 maret-6 maret 2026 Implementasi pada Tn. H dilaksanakan di kediaman pasien sesuai jadwal yang telah disepakati, kemudian dilanjutkan pada Tn. T di kediamannya masing-masing. Pada studi kasus ini, penulis melaksanakan implementasi berupa latihan penguatan otot yang dipadukan dengan terapi *Range of Motion* (ROM), terapi genggam bola karet, dan terapi tali-temali, serta melakukan evaluasi perkembangan pasien setiap hari. Selama proses implementasi, penulis tidak menemukan kendala yang berarti.

Seluruh rangkaian kegiatan mulai dari perizinan, pengkajian, pelaksanaan intervensi, hingga evaluasi dapat berjalan dengan baik karena pasien dan keluarga bersikap kooperatif, sehingga intervensi yang diberikan dapat terlaksana secara optimal sesuai rencana. Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik meliputi mengidentifikasi keterbatasan mobilitas dan kekuatan otot pasien, memonitor kemampuan melakukan aktivitas fisik, membantu pasien melakukan latihan penguatan otot secara bertahap sesuai toleransi, memberikan edukasi mengenai pentingnya latihan fisik secara rutin, memotivasi pasien untuk berpartisipasi aktif selama latihan, serta melibatkan keluarga dalam mendampingi proses rehabilitasi. Pada saat pelaksanaan implementasi, peneliti juga menerapkan *Evidence Based Nursing* (EBN) pada kedua kasus, yaitu terapi *Range of Motion* (ROM) (Wulandari *et al.*, 2023), terapi genggam bola karet (Andriani Mei Astuti, Rakha Krisna, & Mursudarinah, 2024), dan terapi tali-temali (Jamaluddin et

al., 2020), yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot, rentang gerak sendi, fungsi motorik, serta mobilitas fisik pasien pasca stroke.

Pada evidence based pertama, peneliti memberikan terapi *Range of Motion* (ROM) yang dilakukan bersamaan dengan terapi genggam bola karet kepada Tn. H dan Tn. T untuk meningkatkan kekuatan otot dan mobilitas fisik pasien pasca stroke. Hal ini sejalan dengan penelitian Wulandari *et al.* (2023) yang menunjukkan bahwa terapi ROM efektif meningkatkan kekuatan otot pada pasien pasca stroke dengan $p\text{-value} < 0,05$.

Terapi ROM berperan dalam mempertahankan dan meningkatkan rentang gerak sendi, mencegah kekakuan dan kontraktur, serta merangsang kontraksi otot sehingga fungsi motorik pasien dapat meningkat secara bertahap. Hasil penelitian tersebut mendukung penerapan terapi ROM sebagai intervensi utama, sedangkan terapi genggam bola karet diberikan sebagai terapi pendukung untuk mengoptimalkan peningkatan kekuatan otot dan mobilitas fisik pasien pasca stroke.

Pada evidence based kedua, peneliti memberikan terapi genggam bola karet secara bergantian dengan intervensi EBN lainnya selama periode implementasi kepada Tn. H dan Tn. T untuk meningkatkan kekuatan otot tangan dan fungsi motorik pasien pasca stroke. Hal ini sejalan dengan penelitian Andriani Mei Astuti, Rakha Krisna, dan Mursudarinah (2024) yang menunjukkan bahwa terapi genggam bola karet berpengaruh signifikan terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien pasca stroke. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata kekuatan otot meningkat dari 1,54 menjadi 3,83 dengan $p\text{-value} < 0,05$, sehingga terapi genggam bola karet efektif diterapkan sebagai intervensi rehabilitatif pada pasien pasca stroke.

Manfaat terapi genggam bola karet pada pasien pasca stroke yaitu dapat meningkatkan kekuatan otot tangan, merangsang kontraksi otot secara berulang, meningkatkan koordinasi neuromuskular, serta memperbaiki fungsi motorik ekstremitas atas. Latihan menggenggam bola karet secara teratur juga dapat meningkatkan kemampuan menggenggam, ketangkasan jari, dan ke-

mandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Andriani Mei Astuti, Rakha Krisna, & Mursudarinah, 2024).

Pada evidence based ketiga, peneliti memberikan terapi tali-temali kepada Tn. H dan Tn. T untuk meningkatkan kekuatan otot tangan, koordinasi motorik halus, dan fleksibilitas sendi pada pasien pasca stroke. Hal ini didukung oleh penelitian Jamaluddin *et al.* (2020) yang menunjukkan bahwa terapi tali-temali berpengaruh signifikan terhadap peningkatan fleksibilitas sendi pada pasien stroke. Hasil uji statistik menggunakan Paired T-Test diperoleh $p\text{-value} = 0,000$ ($p < 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa terapi tali-temali efektif meningkatkan fungsi motorik dan fleksibilitas sendi pada pasien pasca stroke.

Seluruh Evidence Based Nursing (EBN) yang diterapkan selama 6 hari diberikan dengan prosedur, urutan, frekuensi, dan waktu pelaksanaan yang sama sesuai dengan standar pelaksanaan terapi. terbukti memberikan peningkatan kekuatan otot dan mobilitas fisik pada kedua pasien sesuai dengan teori dan penelitian sebelumnya. Dari ketiga Evidence Based Nursing yang diterapkan, yaitu terapi *Range of Motion* (ROM), terapi genggam bola karet, dan terapi tali-temali, masing-masing berperan dalam meningkatkan kekuatan otot, rentang gerak sendi, koordinasi motorik, serta kemampuan fungsional pasien pasca stroke.

Faktor pendukung yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. H dan Tn. T adalah seluruh implementasi dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun. Hal tersebut didukung oleh kerja sama pasien dan keluarga yang kooperatif, ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai, serta dukungan dari petugas puskesmas yang turut memberikan bantuan dan bekerja sama selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan.

E. Gambaran Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tindakan intelektual dalam menyelesaikan proses keperawatan dan menentukan seberapa jauh diagnosa, intervensi dan implementasi sudah berhasil dicapai berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana asuhan keperawatan (A. Potter & Perry, 2021). Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subjektif), O (objektif), A (analisa), P (rencana analisis).

Selama penelitian, kedua klien memperoleh *Evidence Based Nursing* (EBN) yang sama, yaitu terapi *Range of Motion* (ROM), terapi genggam bola karet, dan terapi tali-temali. Ketiga intervensi tersebut diberikan dengan prosedur, urutan, frekuensi, dan waktu pelaksanaan yang sama sesuai dengan standar pelaksanaan terapi. Evaluasi pada kedua kasus dilakukan secara bertahap setiap hari dan dievaluasi secara menyeluruh pada hari keenam setelah seluruh rangkaian intervensi selesai diberikan. Hasil evaluasi pada hari keenam menunjukkan adanya peningkatan kekuatan otot dan kemampuan mobilitas fisik pada kedua klien setelah diberikan intervensi keperawatan menggunakan SIKI latihan penguatan otot yang dipadukan dengan *Evidence Based Nursing* berupa terapi *Range of Motion* (ROM), terapi genggam bola karet, dan terapi tali-temali. Kombinasi ketiga terapi tersebut membantu meningkatkan kekuatan otot ekstremitas, mempertahankan rentang gerak sendi, melatih koordinasi gerakan, serta meningkatkan kemampuan fungsional pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara bertahap.

Evaluasi keperawatan pada Tn.H selama perawatan menunjukkan adanya peningkatan mobilitas fisik pada Tn. H. Peningkatan tersebut ditandai dengan meningkatnya kekuatan otot ekstremitas, kemampuan melakukan pergerakan secara mandiri, serta berkurangnya keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Tn. H mampu mengikuti seluruh rangkaian latihan dengan baik meskipun pada awal pertemuan masih memerlukan arahan dan bantuan dalam melakukan beberapa gerakan. Seiring pelaksanaan intervensi, pasien menunjukkan peningkatan kemampuan dalam melakukan latihan secara mandiri.

Hal ini sejalan dengan penelitian Wulandari *et al.* (2023) yang menyatakan bahwa latihan ROM dapat meningkatkan kekuatan otot dan rentang gerak sendi pada pasien pasca stroke, serta penelitian Andriani Mei Astuti, Rakha Krisna, dan Mursudarinah (2024) yang membuktikan bahwa terapi genggam bola karet efektif meningkatkan kekuatan otot tangan pada pasien pasca stroke. Selain itu, terapi tali-temali juga membantu meningkatkan koordinasi motorik halus dan fleksibilitas sendi sehingga mendukung peningkatan mobilitas fisik pasien.

Selanjutnya evaluasi keperawatan pada Evaluasi pada hari keenam setelah diberikan intervensi keperawatan menunjukkan adanya peningkatan mobilitas fisik pada Tn. T. Peningkatan tersebut ditandai dengan meningkatnya kekuatan otot dari skala 3 menjadi skala 4, meningkatnya kemampuan menggerakkan ekstremitas, serta berkurangnya keluhan mudah lelah saat beraktivitas. Tn. T mampu melakukan setiap gerakan dengan arahan dan dapat mengulang kembali latihan yang diajarkan tanpa perlu peragaan ulang. Kemampuan tersebut menunjukkan adanya peningkatan koordinasi gerak, kekuatan otot, dan kemandirian dalam melakukan latihan.

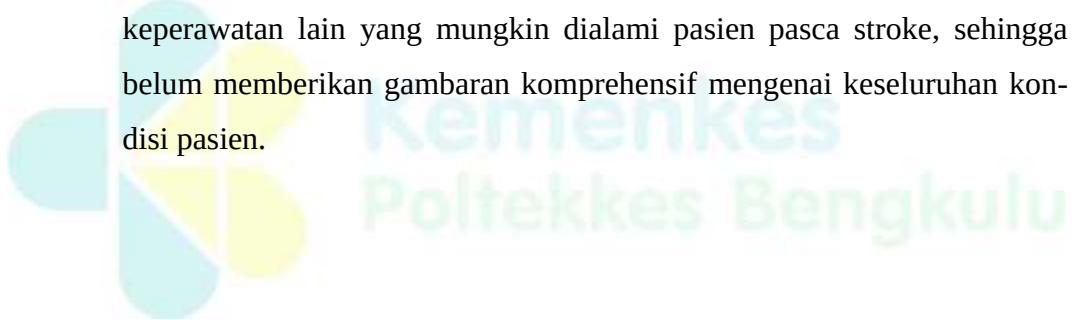
Hasil ini sejalan dengan penelitian Wulandari *et al.* (2023) yang menyatakan bahwa terapi ROM efektif meningkatkan kekuatan otot pada pasien pasca stroke, serta penelitian Andriani Mei Astuti, Rakha Krisna, dan Mursudarinah (2024) yang menunjukkan bahwa terapi genggam bola karet berpengaruh signifikan terhadap peningkatan kekuatan otot tangan pada pasien pasca stroke.

F. Keterbatasan Penulisan

Dalam penelitian ini, tidak juga terlepas dari keterbatasan-keterbatasan yang terjadi, yaitu:

1. Studi kasus ini hanya diterapkan pada dua pasien lansia pasca stroke dengan diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik, sehingga hasil yang diperoleh belum dapat digeneralisasikan pada seluruh pasien pasca stroke dengan kondisi yang berbeda..

2. Pelaksanaan *Evidence Based Nursing* (EBN) pada studi kasus ini memiliki keterbatasan, yaitu pendampingan keluarga tidak selalu dapat dilakukan secara optimal pada setiap sesi intervensi karena keterbatasan waktu dan kesibukan keluarga. Padahal, kehadiran keluarga diperlukan untuk mendampingi, memotivasi, serta membantu pasien dalam melakukan latihan secara benar dan berkelanjutan. Kondisi tersebut berpotensi memengaruhi konsistensi pelaksanaan terapi dan hasil intervensi yang diperoleh.
3. Studi kasus ini hanya berfokus pada diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik dan tidak membahas secara menyeluruh diagnosis keperawatan lain yang mungkin dialami pasien pasca stroke, sehingga belum memberikan gambaran komprehensif mengenai keseluruhan kondisi pasien.



BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Simpulan yang dapat penulis buat berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien pasca stroke Tn.H dan Tn.T di wilayah kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu dengan mengimplementasikan teknik latihan penguatan otot adalah sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil pengkajian, kedua klien sama-sama mengalami gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat riwayat stroke ringan. Kedua klien mengeluhkan kelemahan pada salah satu sisi tubuh yang menyebabkan aktivitas sehari-hari menjadi lebih lambat, mudah lelah saat berjalan, serta mengalami kesulitan dalam melakukan mobilisasi. Data objektif pada kedua klien menunjukkan kekuatan otot pada ekstremitas yang mengalami kelemahan sebesar 3/5, sedangkan ekstremitas sisi yang tidak mengalami gangguan memiliki kekuatan otot 5/5. Selain itu, kedua klien tampak mengalami perlambatan saat mobilisasi. Perbedaannya, klien pertama mengalami kelemahan pada lengan dan tungkai sebelah kiri yang disertai penurunan rentang gerak ekstremitas kiri serta kesulitan naik turun tangga dan berpindah posisi. Sementara itu, klien kedua mengalami kelemahan pada lengan dan tungkai sebelah kanan, dengan gangguan yang lebih dominan berupa penurunan keseimbangan saat berjalan dan aktivitas sehari-hari yang menjadi lebih lambat akibat kelemahan pada anggota gerak kanan.
2. Ditegakkannya diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular akibat stroke pada kedua pasien didukung oleh data subjektif dan objektif yang ditemukan, seperti kelemahan otot, keterbatasan rentang gerak, penurunan kekuatan otot, serta kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari..

3. Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan SDKI, SLKI, dan SIKI dengan tujuan meningkatkan mobilitas fisik pasien. Luaran yang diharapkan adalah mobilitas fisik meningkat dari kondisi sedang menjadi cukup meningkat, yang ditandai dengan meningkatnya kekuatan otot pada ekstremitas yang mengalami kelemahan, meningkatnya rentang gerak, meningkatnya kemampuan berjalan dan berpindah posisi, berkurangnya keluhan mudah lelah saat beraktivitas, serta meningkatnya kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa tujuan tersebut dapat tercapai pada kedua pasien setelah enam hari pemberian intervensi keperawatan yang dipadukan dengan *Evidence Based Nursing* (EBN) berupa latihan *Range of Motion* (ROM), terapi genggam bola karet, dan terapi tali-temali, yang ditunjukkan dengan adanya peningkatan kekuatan otot, perbaikan kemampuan mobilisasi, serta peningkatan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari.
4. Implementasi keperawatan pada kedua pasien telah dilaksanakan sesuai dengan rencana tindakan yang disusun oleh penulis. Selama pelaksanaan intervensi tidak ditemukan hambatan yang berarti karena kedua pasien dan keluarga bersikap kooperatif serta aktif mengikuti setiap latihan yang diberikan. Penerapan *Evidence Based Nursing* berupa terapi ROM, terapi genggam bola karet, dan terapi tali-temali dapat dilaksanakan dengan baik dan saling mendukung dalam meningkatkan kekuatan otot, koordinasi gerak, serta mobilitas fisik pasien pasca stroke.
5. Implementasi keperawatan dilaksanakan selama enam hari sesuai dengan rencana tindakan yang telah disusun, meliputi pengkajian kemampuan dan keterbatasan mobilitas, pemantauan respons pasien selama latihan, pengaturan posisi tubuh yang aman, edukasi kepada pasien dan keluarga, serta penerapan tiga intervensi *Evidence-Based Nursing* (EBN), yaitu latihan *Range of Motion* (ROM), terapi genggam bola karet, dan terapi tali-temali. Penerapan ketiga intervensi ter-

sebut mendukung tercapainya tujuan khusus penelitian, yaitu meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas yang mengalami kelemahan, meningkatkan rentang gerak sendi, memperbaiki kemampuan mobilitasi, serta meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari pada kedua pasien. Berdasarkan respons kedua pasien, terapi genggam bola karet dan terapi tali-temali merupakan intervensi yang mudah dilakukan, dapat dipraktikkan secara mandiri di rumah dengan pendampingan keluarga, serta memberikan manfaat dalam meningkatkan kekuatan otot dan koordinasi gerakan tangan selama proses rehabilitasi.

B. Saran

1. Bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga diharapkan dapat mengaplikasikan latihan *Range of Motion* (ROM), terapi genggam bola karet, dan terapi tali-temali sebagai latihan mandiri yang dilakukan secara rutin di rumah untuk membantu meningkatkan kekuatan otot, rentang gerak sendi, koordinasi motorik, serta mempertahankan mobilitas fisik dan kemandirian pasien pasca stroke.

2. Bagi pelayanan kesehatan Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu

diharapkan dapat menggunakan SOP *evidence based* sebagai tindakan mandiri dalam mengatasi kelemahan otot yang dialami lansia dengan pasca stroke.

3. Bagi Institusi Pendidikan (Prodi Pendidikan Profesi Ners dan Mahasiswa Keperawatan)

Hasil Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini diharapkan mampu menjadi sumber bahan ajar atau literatur dalam mata kuliah keperawatan gerontik dan diterapkan dalam praktek PPN Gerontik.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini diharapkan dapat menjadi referensi dan perbandingan untuk penelitian lainnya serta sebagai bahan pertimbangan untuk memperdalam penelitian selanjutnya. Agar mem-

peroleh hasil yang lebih baik, diharapkan peneliti berikutnya dapat mengambil kasus lebih dari dua pasien dan tidak hanya mengumpulkan data dari saat melakukan pertemuan yang berfokus pada masalah kelemahan otot pada pasien pasca stroke.



DAFTAR PUSTAKA

- adi, M. A., Asarafat, R., & Irwan, M. (2022). Faktor Risiko Stroke Pada Usia Muda: Literatur Review Risk Factors For Stroke At Young Age: Literature Review. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal Of Nursing)*, 8(1), 7–14.
- Anggreini, A. P., Kristiyawati, S. P., & Yono, N. H. (2024). *Hubungan Derajat Disabilitas terhadap Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Puskesmas Kedungmundo Semarang*. 3, 188–202.
- Anita, F. (2018). Pengaruh Latihan Range of Motion terhadap Rentang Gerak Sendi Ekstremitas Atas pada Pasien Pasca Stroke di Makassar. *Journal of Islamic Nursing*, 3(1), 97–99.
- Asmawita, H., Ahyana, & Kamal, A. (2022). Kombinasi Latihan ROM dan Bola Karet Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Hemiparesis: Suatu Studi Kasus. *JIM FKep*, 1(3), 108–113.
- Hermawan, S. M., & Wihardja, H. (2020). Hubungan Karakteristik Individu dan Riwayat Stroke dengan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke. *Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 8(3), 406. <https://doi.org/10.20527/dk.v8i3.7818>
- Jamaluddin, M., Widiyaningsih, W., & Nadhifah, Z. (2020). Peningkatan Fleksibilitas Sendi pada Pasien Stroke dengan Terapi Tali Temali. *Journal Of Health Science (Jurnal Ilmu Kesehatan)*, 5(2), 74–78. <https://doi.org/10.24929/jik.v5i2.1076>
- Kasrin, R., Suryati, I., Jafri, Y., & Murni, L. (2024). Pendampingan Keluarga Sebagai Caregiver Dalam Pelaksanaan Rehabilitasi Stroke Di Rumah. *Journal of Human And Education*, 4(3), 415–421.
- Kinantaka, A. F. D., Tri, S. W., & Parmilah. (2023). Upaya Mengatasi Masalah Keperawatan Nyeri Akut Pada Penderita Hipertensi Melalui Terapi Musik Mozart. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Dan Kesehatan Alkautsar*, 3(1), 2964–9042.
- Komala, Widia, D., Novitasari, D., Sugiharti, R. K., & Awaludin, S. (2021). *Jurnal Keperawatan Malang Volume 6 , No . 2 , Desember 2021 Available Online At <https://Jurnal.Stikespantiwaluya.Ac.Id/> Mini-Mental State Examination Untuk Mengkaji Fungsi Kognitif Lansia Mini-Mental State Examination To Assess Cognitive Function In Elder*. 6(2), 95–107.
- Lisnawati, I. (2023). *Shortm Portable Mental Status Questionnaire (Spmsq) In The Elderly In The Working UPT area of Sungai Tabuk 3 Community Health Center Banjar District I*. 5(1), 1–7.
- Nadiyah, F. (2022). Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. S Masalah Utama Gangguan Rasa Nyaman Dengan Diagnosa Medis Hipertensi Di Uptd Griya Wreda Jambangan Surabaya. *Braz Dent J.*, 33(1), 1–12.

- Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis* (P. P. Lestari (ed.)).
- Okvitasari, Y., Kliviana, O., & Hamidah, W. (2024). *Pengkajian Mini Mental Status Examination (Mmse) Pada Lansia Di Musholla Al-Anshor Rt 15. 03(01)*, 31–36.
- Olviani, Y., Mahdalena, & Rahmawati, I. (2017). Pengaruh Latihan Range of Motion (Rom) Aktif-Asistif (Spherical Grip) Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ekstremitas Atas pada Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Penyakit Syaraf (Seruni) RSUD Ulin Banjarmasin. *Dinamika Kesehatan*, 8(1), 250–257.
<https://ojs.dinamikakesehatan.unism.ac.id/index.php/dksm/article/view/249/192>
- Permadhi, B. A., Ludiana, & Ayubbana, S. (2022). Penerapan Rom pasif terhadap peningkatan kekuatan otot pasien dengan stroke non hemoragik. *Jurnal Cendekia Muda*, 2(4), 443–446.
<http://www.jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/370/231>
- Potter & Perry, P. &. (2017). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik Volume I*.
- Puspitasari, P. N. (2020). Hubungan Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 12(2), 922–926.
<https://doi.org/10.35816/jiskh.v12i2.435>
- Rahayu, T. G. (2023). Analisis Faktor Risiko Terjadinya Stroke Serta Tipe Stroke. *Faletehan Health Journal*, 10(01), 48–53.
<https://doi.org/10.33746/fhj.v10i01.410>
- Rakhma, T., Dewi, L. M., Putri, N. M., Ruspita, W. S., Madania, M., Khusna, S. A., Fadhillah, N., & Feriyanto, D. D. (2023). Penyuluhan Pencegahan Stroke Dan Faktor Risikonya Pada Lansia. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Medika*, 23–28. <https://doi.org/10.23917/jpmmmedika.v3i1.1316>
- Rasniah, S., Muhammad, K. A., & Arman. (2021). The Relationship between Family Functions and the Apgar Method on the Quality of Life of the Elderly. *Miracle Journal Of Public Health*, 4(1), 62–71.
<https://doi.org/10.36566/mjph/vol4.iss1/217>
- Rathnayake, N., Karunadasa, R., Abeygunasekara, T., & Zoysa, W. De. (2023). Dialogues in Health Katz index of activities of daily living in assessing functional status of older people : Reliability and validity of Sinhala version. *Dialogues in Health*, 2(December 2022), 100134.
<https://doi.org/10.1016/j.dialog.2023.100134>
- Riza, A. L. (2021). Gambaran fungsi kognitif pada lansia di Desa Karangkendal

- Kecamatan Kapetakan Kabupaten Cirebon. *Nursing Inside Community*, 3(2), 49–54.
- Sarumi, R., Alwy, M. K., & Arman. (2021). *Hubungan antara Fungsi Keluarga dengan Metode APGAR terhadap Kualitas Hidup Lansia The Relationship between Family Functions and the APGAR Method on the Quality of Life of the Elderly Politeknik Karya Persada Muna*, 2 Universitas Muslim Indonesia Makassar. 4(1), 62–71. <https://doi.org/10.36566/mjph/Vol4.Iss1/217>
- Sciences, N., & Indonesia, U. I. (2021). *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Indonesia*. 1(3), 168–174.
- Siagian, E. D., Saragih, J., Otot, K., & Iskemik, S. (2024). *Implementasi Terapi Genggam Bola*. 1(3), 385–390.
- Wangko, S. (2014). Jaringan Otot Rangka Sistem membran dan struktur halus unit kontraktil. *Jurnal Biomedik (Jbm)*, 6(3). <https://doi.org/10.35790/jbm.6.3.2014.6330>
- WHO, (World Health Organization). (2013). *Usia Lansia Berdasarkan Biologis*.
- Wirastuti, K., Sofi, N., Djannah, D., & Silvia, M. (2023). *Upaya Pencegahan Stroke melalui Skrining Skor Risiko Stroke dengan Intervensi Penyuluhan dan Pemeriksaan Faktor Risiko Stroke di Kelurahan Bojong Salaman Kecamatan Pusponjolo Selatan Semarang Barat*. 02(01), 23–29.
- Wulandari, S. R., Winarsih, W., & Istichomah, I. (2023). Peningkatan Derajat Kesehatan Lansia Melalui Penyuluhan Dan Pemeriksaan Kesehatan Lansia Di Dusun Mrisi Yogyakarta. *Pengabdian Masyarakat Cendekia (PMC)*, 2(2), 58–61. <https://doi.org/10.55426/pmc.v2i2.258>
- Xie, L., & Huang, L. (2020). Wire-rope-driven exoskeleton to assist lower-limb rehabilitation of hemiplegic patients by using motion capture. *Assembly Automation*, 40(1), 48–54. <https://doi.org/10.1108/AA-11-2018-0221>

LAMPIRAN

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN BENGKULU Jl. Indragiri No.03 Padang Harapan Bengkulu-38225 Telp. (0736) 341212, Fax. (0736) 21514 E-mail : poltekkes26@gmail.com Website : www.poltekkesbengkulu.ac.id	Nomor : Tanggal : Revisi :
---	--	---

Lampiran 1

SOP *Stretching Exercise*

Pengertian	Stretching Exercise adalah latihan peregangan otot secara terstruktur dan terkontrol untuk meningkatkan fleksibilitas, rentang gerak sendi, serta mengurangi kekakuan otot (spastisitas) pada pasien pasca stroke.
Tujuan	1. Meningkatkan kekuatan otot. 2. Meningkatkan fleksibilitas otot. 3. Meningkatkan rentang gerak sendi dan 4. Mengurangi spastisitas pada pasien pasca stroke melalui latihan peregangan yang terstruktur.
Alat dan bahan	1. Ruangan yang tenang, bersih, dan nyaman. 2. Matras/alas empuk 3. Bantal penyangga (jika diperlukan) 4. Stopwatch 5. Sarung tangan (opsional) 6. Kursi atau pegangan untuk stabilisas
Waktu	1. Dilakukan 2–3 kali sehari. 2. Setiap sesi terdiri dari 10–15 kontraksi 3. 20–30 menit per sesi 4. Dilakukan secara rutin dan berkelanjutan.
	Persiapan Klien dan Lingkungan 1. Pastikan pasien dalam kondisi stabil (tidak nyeri hebat, tidak pusing, tidak sesak). 2. Jelaskan tujuan dan manfaat latihan kepada pasien.

	3. Pastikan ruang latihan aman dan tidak licin. 4. Lakukan pemanasan ringan selama 3–5 menit (misalnya gerak sendi ringan) Tahap Orientasi 1. Sambut dan sapa klien dengan ramah dan sopan. 2. Selaskan prosedur senam Kegel secara singkat dan jelas. 3. Minta persetujuan dan kesiapan klien sebelum memulai latihan. 4. Jaga kenyamanan dan privasi klien selama tindakan. Prosedur Tindakan a) Peregangan Leher 1. Posisi duduk tegak pada kursi atau berdiri tergantung dengan kondisi klien 2. Gerakan: fleksi, ekstensi, lateral fleksi kanan-kiri 3. Tahan: 15–30 detik 4. Ulangi: 2–3 kali b) Peregangan Bahu 1. Gerakan: abductio, adduktio, rotasi 2. Tahan: 15–30 detik 3. Ulangi: 2–3 kali c) Peregangan Lengan 1. Gerakan: ekstensi dan fleksi siku 2. Tahan: 15–30 detik 3. Ulangi: 2–3 kali d) Peregangan Paha depan 1. Posisi berdiri atau berbaring 2. Tahan: 15–30 detik 3. Ulangi: 2–3 kali e) Peregangan Paha belakang 1. Posisi duduk atau berbaring 2. Tahan: 15–30 detik 3. Ulangi: 2–3 kali f) Peregangan Betis 1. Gerakan: dorsofleksi pergelangan kaki 2. Tahan: 15–30 detik 3. Ulangi: 2–3 kali g) Peregangan Punggung bawah 1. Posisi berbaring 2. Tarik lutut ke dada 3. Tahan: 15–30 detik 4. Ulangi: 2–3 kali Evaluasi
--	---

	1. Observasi kemampuan klien melakukan gerakan dengan benar. 2. Pantau respon klien selama dan setelah latihan. 3. Evaluasi peningkatan kontrol rentan gerak dan kenyamanan 4. Lakukan evaluasi berkala untuk menilai efektivitas latihan. 5. Lakukan evaluasi berkala untuk menilai kemajuan dan penyesuaian program. Dokumentasi 1. Catat waktu dan frekuensi pelaksanaan latihan. 2. Dokumentasikan respon klien dan tingkat keberhasilan latihan. 3. Catat perubahan rentan gerak dan kekuatan otot.
--	--

Sumber : Margiyati, Ainnur Rahmanti, Enggar Dwi Prasetyo (2021)



Lampiran 2

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN BENGKULU Jl. Indragiri No.03 Padang Harapan Bengkulu-38225 Telp. (0736) 341212, Fax. (0736) 21514 E-mail : poltekkes26@gmail.com Website : www.poltekkesbengkulu.ac.id	Nomor : Tanggal : Revisi :
---	--	---

SOP TALI-TEMALI

Pengertian	Terapi tali temali adalah konsep kegiatan yang biasa dilakukan dengan cara bermain yang dipadukan dengan tali paracord dan dipadukan dengan Penyangga, pulley yang akan membantu pasien bergerak aktif dengan bantuan gerakan yang terkoordinasi oleh Tali temali tersebut, metode ini sesuai dengan prinsip pengembangan motorik halus yaitu dengan menggunakan gerakan aktif untuk melatih kekuatan otot ekstremitas atas.
Tujuan	1. Untuk meningkatkan kinerja otot 2. Untuk memperluas ruang gerak pada sendi 3. Untuk merangsang nutrisi pada kartilago 4. Untuk meningkatkan pergerakan otot 5. Untuk meningkatkan kelenturan sendi dan jaringan 6. Untuk mempertahankan, memperbaiki, dan meningkatkan kemampuan fungsi ekstremitas atas 7. Untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot
Alat dan bahan	1. Kursi 2. Penyangga 3. Pulley 4. Tali paracode 5. Stopper tali
Waktu	Interval awal berkemih disesuaikan dengan kondisi pasien (misalnya setiap 1–2 jam).
	Persiapan Klien dan Lingkungan 1. Pastikan lingkungan aman, bersih, dan dekat dengan toilet.

	2. Edukasi pasien dan keluarga mengenai tujuan dan manfaat terapi tali-temali 3. Anjurkan pasien menghindari minuman iritan (kopi, teh, alkohol). 4. Pastikan pasien dalam kondisi fisik dan mental yang siap. Tahap Orientasi 1. Sapa pasien dengan sopan dan ramah. 2. Pastikan pasien bersedia dan kooperatif. 3. Jaga privasi dan kenyamanan pasien. 4. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga tentang prosedur tindakan Prosedur Tindakan 1. Atur posisi pasien senyaman mungkin, pastikan posisi pasien nyaman dan rileks 2. Pasangkan sarung tangan penguat pasien 3. Minta pasien rileks sebelum memulai latihan 4. Gerakan 1 : Meminta klien untuk menarik untai tali yang telah disangga, dengan satu tangan (tangan yang tidak mengalami kelemahan) 5. Selanjutnya tangan yang lainnya digunakan untuk memberi dukungan atau untuk melakukan gerakan secara bergantian 6. Gerakan 2 : posisikan kedua tangan lurus kedepan kemudian diikuti dengan gerakan membuka dan menutup mengarah kanan dan kiri, dilakukakn kedua tangan secara bersamaan 7. Gerakan 3 : posisikan kedua tangan lurus kedepan lalu tangan kanan dan kiri bergantian mengayunkan atau mendorong tangan kanan kedepan 8. Gerakan 4 : sama seperti gerakan sebelumnya akan tetapi tangan kiri dan kanan secara bersamaan mendorong atau mengayunkan tangan kedepan Evaluasi . 1. Evaluasi peningkatan koordinasi gerakan 2. Peningkatan kekuatan dengan skala MMT otot 3. Peningkatan fleksibilitas sendi. 4. Nilai tingkat kenyamanan dan kepatuhan pasien. Dokumentasi
--	--

	1. Catat waktu dan frekuensi pelaksanaan latihan. 2. Dokumentasikan respon klien dan tingkat keberhasilan latihan. 3. Catat perubahan rentan gerak dan kekuatan otot. 4. Tuliskan evaluasi dan rencana tindak lanjut pada catatan keperawatan.
--	---



Lampiran 3

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) <i>DUMBBELL EXERCISE</i>
Pengertian	<i>Dumbbell Exercise</i> merupakan latihan progresif untuk memulihkan dan meningkatkan kekuatan otot dengan menggunakan dumbbell sebagai tahanan beban sehingga mampu membuat kontraksi otot-otot lengan
Tujuan/Kebijakan	1. Meningkatkan massa otot 2. membesarkan otot biceps 3. membantu memulihkan tensi otot 4. memperbaiki struktur/kontur tulang 5. meningkatkan kepercayaan diri 6. mencegah osteoporosis 7. meningkatkan rentang gerakan dan fleksibilitas sendi, membakar lemak 8. meningkatkan metabolisme
Persiapan Perawat	Kontrak topik, waktu, tempat dan tujuan dilaksanakan <i>Dumbbell Exercise</i>
Alat-Alat	1. Dumbbell (1kg dan 0,5 kg) 2. Lembar pengukuran kekuatan otot (MMT)
Langkah-Langkah	a. Tahap orientasi b. Mengucapkan salam 1. Perkenalkan diri 2. Kontrak waktu dan tempat dengan pasien 3. Menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilaksanakan

	c. Tahap kerja 1. Atur klien dengan posisi duduk dan rileks 2. Gerakan dengan mengangkat Dumbbell ke atas kepala kemudian turunkan, ulangi sebanyak 3x 3. Pegang dumbbell di tangan. Jaga lengan tetap lurus, angkat lengan ke samping setinggi bahu kemudian turunkan ulangi sebanyak 3x. 4. Condongkan badan sedikit ke depan, tahan siku di belakang, luruskan siku sambil mengangkat beban di belakang, lalu tekuk siku. Pastikan siku tetap berada di belakang, hanya menggerakkan lengan dari siku ke bawah ulangi sebanyak 3x 5. Pegang beban di tangan, Tekuk siku kemudian luruskan siku, ulangi sebanyak 3x atau dapat dilakukan kedua siku secara bersamaan 6. Dorong lengan ke atas dan kembali ke bawah, kedua tangan memegang dumbbell 7. Beri waktu pasien untuk beristirahat d. Tahap terminasi 1. Catat respon pasien 2. Mengucapkan salam 3. Cuci tangan setelah kontak dengan lingkungan pasien
--	--

Sumber : Nadialista Kurniawan, (2021)

Lampiran 4

PENGUKURAN KEKUATAN OTOT

MANUAL MUSCLE TESTING (MMT) PADA TN.H

Petunjuk :

- 1) Ukur kekuatan otot dengan memberikan instruksi kepada responden untuk menggerakkan tangan (test kekuatan otot)
- 2) Berikan penilaian sesuai dengan hasil pengukuran berdasarkan skala 0-5

NILAI	PENILAIAN KEKUATAN OTOT
0 (0%)	Paralisis, tidak ada kontraksi otot sama sekali
1 (10%)	Terlihat/ teraba getaran kontraksi otot tetapi tidak ada gerakan ekstremitas sama sekali
2 (25%)	Dapat menggerakkan anggota gerak tanpa gravitasi
3 (50%)	Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi)
4 (75%)	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif dan melawan tahanan dengan minimal
5 (100%)	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif dan melawan tahanan dengan maksimal/kekuatan normal

Sumber : Hermawan & Wihardja, (2020)

Lampiran 4

PENGUKURAN KEKUATAN OTOT

MANUAL MUSCLE TESTING (MMT) PADA TN.T

Petunjuk :

- 3) Ukur kekuatan otot dengan memberikan instruksi kepada responden untuk menggerakkan tangan (test kekuatan otot)
- 4) Berikan penilaian sesuai dengan hasil pengukuran berdasarkan skala 0-5

NILAI	PENILAIAN KEKUATAN OTOT
0 (0%)	Paralisis, tidak ada kontraksi otot sama sekali
1 (10%)	Terlihat/ teraba getaran kontraksi otot tetapi tidak ada gerakan ekstremitas sama sekali
2 (25%)	Dapat menggerakkan anggota gerak tanpa gravitasi
3 (50%)	Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi)
4 (75%)	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif dan melawan tahanan dengan minimal
5 (100%)	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif dan melawan tahanan dengan maksimal/kekuatan normal

Sumber : Hermawan & Wihardja,(2020)

Lampiran 5

INFORM CONSENT DAN PENJELASAN PENELITIAN

Dengan hormat, Bapak/Ibu diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui **“Asuhan Keperawatan Teknik Latihan Penguatan otot Pada Lansia Penderita Pasca Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu 2026”** Peneliti (saya) akan memberikan lembar persetujuan ini dan menjelaskan bahwa keterlibatan anda dalam penelitian ini atas dasar sukarela. Nama saya adalah Miftahul Huda, mahasiswa Jurusan Keperawatan Prodi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang beralamatkan di Jln Museum, Kota Bengkulu. Saya dapat dihubungi di nomor **083809440649**. Penelitian ini merupakan salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Ners Keperawatan (Ns).

Saya akan menjaga kerahasiaan responden dalam penelitian ini. Nama pasien tidak akan dicatat di manapun. Keterlibatan dalam penelitian ini dapat memberikan keuntungan langsung pada responden, hasil penelitian ini dapat bermanfaat untuk menambah pengetahuan responden mengenai **Asuhan Keperawatan Teknik Latihan Penguatan otot Pada Lansia Penderita Pasca Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu Tahun 2026**. Apabila setelah terlibat dalam penelitian ini, responden masih punya pertanyaan, responden dapat menghubungi saya pada nomor diatas.

Setelah membaca informasi dan memahami tujuan penelitian dan peran yang diharapkan dalam penelitian ini, saya setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian.

Bengkulu,

2026

(.....)

Lampiran 6

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini setelah mendengar penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan konsekuensi dari penelitian menyatakan bersedia menjadi responden atas penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Miftahul Huda

Alamat : Jl. Timur indah, Kota Bengkulu

No. Telp. 083809440649

Judul penelitian : Asuhan Keperawatan Teknik Latihan Penguatan otot Pada Lansia Penderita Pasca Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu Tahun 2026

Saya memahami bahwa data yang dihasilkan merupakan rahasia dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan dan tidak merugikan bagi saya.

Bengkulu, 2026

Saksi/Peneliti

Responden

(.....)

(.....)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini setelah mendengar penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan konsekuensi dari penelitian menyatakan bersedia menjadi responden atas penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Miftahul Huda

Alamat : Jl. Timur indah Kota Bengkulu

No. Telp. 083809440649

Judul penelitian : Asuhan Keperawatan Teknik Latihan Penguatan otot Pada Lansia Penderita Pasca Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu Tahun 2026

Saya memahami bahwa data yang dihasilkan merupakan rahasia dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan dan tidak merugikan bagi saya.

Bengkulu, 2026

Saksi/Peneliti

Responden

(.....)

(.....)

Lampiran 7 Surat selesai penelitian

	PEMERINTAH KOTA BENGKULU DINAS KESEHATAN UPTD PUSKESMAS JEMBATAN KECIL (Badan Layanan Umum Daerah)	
Alamat : Jalan Rirjani RT XI Kel. Jembatan Kecil, Telp : 085608770840 Email : puskesmasjembatankecil@gmail.com		
 SURAT KETERANGAN NOMOR : 400.7.22.1/20/PKM-JK/SKET/2026		
 Yang bertanda tangan di bawah ini :		
Nama	:	drg. Ayu Silvia Norita
NIP	:	198209112009032010
Pangkat/golongan	:	Penata TK I-III/d
Jabatan	:	Kepala Puskesmas Jembatan Kecil
 dengan ini menerangkan bahwa :		
Nama	:	Miftahul Huda
NPM	:	P01720425047
Program Studi	:	Keperawatan
Judul penelitian	:	Asuhan Keperawatan Teknik Latihan Penguatan Otot Terhadap Lansia Pasca Stroke dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Puskesmas Jembatan Kecil Bengkulu
 Dengan ini menerangkan bahwa nama yang tersebut diatas memang benar telah melakukan Penelitian dalam wilayah kerja Puskesmas Jembatan Kecil Kecamatan Singaran Pati Kota Bengkulu sesuai dengan Surat Permohonan Penelitian dari Wakil Direktur I Bidang Akademik Poltekkes Bengkulu Nomor : PP.01.01/F.XXIII.1/1771/2026 Tanggal 18 Februari 2026 dan Rekomendasi Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu Nomor :000.9.2/468/KESBANGPOL-REK/2026 Tanggal 25 Februari 2026 dan Rekomendasi Dinas Kesehatan Kota Bengkulu Nomor : 000.9.2/ 939 /D.Kes/2026 bulan Maret 2026, yang mana penelitiannya dilaksanakan terhitung mulai 01 Maret 2026 s.d 07 Maret 2026		
Demikian Surat Keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.		
 Bengkulu, 7 Mei 2026 Pimpinan BLUD Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu		
		
 drg. AYU SILVIA NORITA Pembina TK. I (III.d) NIP. 198209112009032010		

Lampiran 9 Dokumentasi penelitian

Tn.H Melakukan terapi ROM 	Tn.T Melakukan terapi ROM 
Melakukan terapi Genggam bola karet 	Melakukan terapi Genggam bola karet 
Melakukan terapi tali-temali 	Melakukan terapi tali-temali 

Lampiran 10 Lembar observasi

Nama : Tn. H
Usia : Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Jembatan Kecil, Kota Bengkulu
Pendidikan : SD

Nama Re-sponden	Pre Tanggal	Hasil MMT	Post Tanggal	Hasil MMT
Tn.T	01-03-2026		01-03-2026	
Tn.T	02-03-2026		02-03-2026	
Tn.T	03-03-2026		03-03-2026	
Tn.T	04-03-2026		04-03-2026	
Tn.T	05-03-2026		05-03-2026	
Tn.T	06-03-2026		05-03-2026	

Nama : Tn. T

Usia :

Jenis Kelamin : Laki-laki

Alamat : Jembatan Kecil, Kota Bengkulu

Pendidikan : SMP

Nama Re-sponden	Pre Tanggal	Hasil MMT	Post Tanggal	Hasil MMT
Tn.T	01-03-2026		01-03-2026	
Tn.T	02-03-2026		02-03-2026	
Tn.T	03-03-2026		03-03-2026	
Tn.T	04-03-2026		04-03-2026	
Tn.T	05-03-2026		05-03-2026	
Tn.T	06-03-2026		05-03-2026	

Lampiran 8 Surat Kesbangpol



PEMERINTAH KOTA BENGKULU BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Alamat : Jl. Melur No.1 Kelurahan Nusa Indah
Email : bkesbangpolkotabengkulu@gmail.com

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 000.9.2/468/KESBANGPOL-REK/2026

- Dasar : Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian
- Memperhatikan : Surat dari Wakil Direktur I Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor : PP.01.01/F.XXIII.1/1771/2026 Tanggal 18 Februari 2026 perihal Izin Penelitian

DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA

Nama : Miftahul Huda
NIM : P01720425047
Pekerjaan : Mahasiswa
Prodi/ Fakultas : Profesi ners keperawatan
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Teknik Latihan Penguatan Otot Terhadap Lansia Pasca Stroke Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Puskesmas Jembatan kecil Kota Bengkulu Tahun 2026

Tempat Penelitian : Puskesmas Jembatan Kecil Kota Bengkulu
Waktu Penelitian : 01 Maret 2026 s.d 07 Maret 2026
Penanggung Jawab : Wakil Direktur I Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu

- Dengan Ketentuan :
- 1 Tidak dibenarkan mengadakan kegiatan yang tidak sesuai dengan penelitian yang dimaksud.
 - 2 Harus mentaati peraturan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
 - 3 Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian ini sudah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka yang bersangkutan harus mengajukan surat perpanjangan Rekomendasi Penelitian.
 - 4 Surat Rekomendasi Penelitian ini akan dicabut kembali dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat ini tidak mentaati ketentuan seperti tersebut diatas.

Demikianlah Rekomendasi Penelitian ini dikeluarkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bengkulu, 25 Februari 2026

a.n. WALI KOTA BENGKULU
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Bengkulu,



Syofyan Tosoni, SE, MM
Pembina Utama Muda (IVc)
NIP. 197009021993031006