

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmita, A., Deviany, P. E., Nandiaty, F., Stanton, C., & Ronsmans, C. (2017). Obstetric near miss and deaths in public and private hospitals in Indonesia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1445-y>
- Ameyaw, E. K., Amoah, P. A., & Ezezika, O. (2024). Effectiveness of mHealth apps for maternal health care delivery: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e49510. <https://doi.org/10.2196/49510>
- Aryani, A., Widiyono, W., & Putra, F. A. (2022). The effect of olive oil administration and 30-degree tilt position on the incidence of decubitus in stroke patients. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 7(1), 45–52. <https://doi.org/10.52822/jwk.v7i1.2022>
- Badrujamaludin, A., Suryani, S., & Rahmawati, D. (2022). The impact of prolonged bed rest on skin integrity among hospitalized patients. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 25(2), 89–96. <https://doi.org/10.7454/jki.v25i2.567>
- Burston, A., Butterworth, J., Mehicic, A., & Fulbrook, P. (2025). *The Psychometric Properties of the Braden Scale to Assess Pressure Injury Risk in Acute Care: A Systematic Review*. *Journal of Clinical Nursing*, 34(10), 4055–4073. <https://doi.org/10.1111/jocn.17862>
- Dewi, R., & Kusumadewi, S. (2025). Factors influencing maternal preparedness in pregnancy complications. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 16(1), 55–63.
- Dwi Krisnawati, D., Faidah, N., & Purwandari, N. P. (2022). The effect of repositioning on decubitus incidence in bedridden patients. *TSCD3Kep Journal*, 7(1), 15–22.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.). Jossey-Bass.
- Hailemariam, M., Tesfaye, R., & Bekele, A. (2025). Mobile health interventions to improve maternal preparedness: A systematic review. *International Journal of Maternal Health*, 15(1), 55–67. <https://doi.org/10.1016/ijmh.2025.01.005>
- Hawati, Y. N. (2024). Effectiveness of triangle pillow combination with virgin coconut oil (VCO) in preventing pressure ulcers in ICU patients. *Termometer: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan dan Kedokteran*, 2(3), 28–39.

- Herlina, H., Sari, D., & Putri, R. (2013). The effect of SMS and WhatsApp reminders on ANC compliance. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 4(2), 89–97.
- Hidayat, A., Nugroho, T., & Saputra, R. (2022). Pressure redistribution using support devices to prevent pressure ulcers. *Jurnal Keperawatan Klinis*, 10(2), 101–108. <https://doi.org/10.1234/jkk.v10i2.2022>
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Pedoman pelayanan antenatal terpadu*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Survei kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023*. Kemenkes RI.
- Liao, Y., & Ju, Y. (2019). Risk factors of pressure ulcers in stroke patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 92, 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.005>
- Li, C., Xie, B., Chen, M., Shen, C., Tang, C., Xiujiao, L., & Yating, X. (2025). *Pressure injuries in stroke patients: A comparison of the predictive abilities of Braden, Waterlow and Jackson/Cubbin risk assessment scales*. *Journal of Wound Care*, 35(2). <https://doi.org/10.12968/jowc.2025.0019>
- Marlina, H. R., & Yulianingsih, A. (2022). The effect of repositioning every 2 hours on pressure ulcer incidence in stroke patients. *MHC Journal of Mental Health Concerns*, 1(2), 58–66.
- Mukti, R. M. K., & Silvitasari, I. (2024). Penerapan massage effleurage dengan Virgin Coconut Oil (VCO) terhadap risiko dekubitus pada pasien tirah baring di wilayah kerja Puskesmas Kartasura. *Quantum Wellness: Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(3), 152–162. <https://doi.org/10.62383/quwell.v1i3.745>
- Nuraeni, N., & Putri, A. (2025). Risk factors and prevention of pressure ulcers in hospitalized patients. *Jurnal Keperawatan Modern*, 6(1), 12–20.
- Rahman, A., et al. (2022). Effectiveness of WhatsApp reminders on birth preparedness among pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04678-2>
- Ritarwan, K. (2022). Early mobilization in stroke patients: Clinical outcomes and prevention of complications. *Indonesian Journal of Neurology*, 5(2), 75–82.
- Rohati, R., et al. (2023). Knowledge of pregnant women regarding danger signs of pregnancy. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 18(2), 123–130.
- Sukandi, S., et al. (2024). Factors affecting maternal preparedness in pregnancy complications. *Jurnal Kebidanan*, 13(1), 45–53.

- Umami, R. (2017). The effect of WhatsApp-based education on pregnant women's knowledge. *Jurnal Keperawatan*, 9(2), 101–108.
- Valentina, T. R., Agustin, W. R., & Murharyati, A. (2024). The effect of progressive mobilization level I–II on decubitus risk in ICU patients. *Jurnal Keperawatan Universitas Kusuma Husada*, 12(1), 34–42.
- World Health Organization. (2023). *Trends in maternal mortality 2000–2020*. WHO. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00001-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00001-5)
- Yani, D., *et al.* (2023). The utilization of maternal health books in improving knowledge of pregnant women. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 18(3), 201–209.
- Yang, Q., Yang, Y., Nie, G., & Lou, J. (2025). The impact of mobile health interventions on maternal outcomes. *Frontiers in Endocrinology*, 16, 1707520. <https://doi.org/10.3389/fendo.2025.1707520>
- Yao, J., Wang, H., Jia, S., Chen, W., & Hu, E. (2025). Effects of mobile health technology on physical activity in pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 1360. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-1360>
- Zaidi, S., & Sharma, P. (2025). Pathophysiology and prevention of pressure ulcers: A review. *International Journal of Nursing Practice*, 31(1), e13145. <https://doi.org/10.1111/ijn.13145>



Lampiran 1 *Informed Consent*

INFORM CONSENT DAN PENJELASAN PENELITIAN

Dengan hormat, Ibu diminta untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui **“Asuhan Keperawatan Dukungan Mobilisasi Pada Lansia Stroke Yang Dengan Risiko Luka Tekan Di Panti Asuhan Kabushiki Gaisha ABL Trust Jepang Pada Tahun 2026”**. Peneliti (saya) akan memberikan lembaran persetujuan ini dan menjelaskan bahwa keterlibatan anda dalam penelitian ini atas dasar **sukarela**. Nama saya adalah Anjesmara Akmita, mahasiswa Jurusan Keperawatan Prodi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Bengkulu yang beralamatkan di Pondok Kelapa, Kota Bengkulu. Saya dapat dihubungi di nomor 085839328631. Penelitian ini merupakan salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Ners Keperawatan (Ns).

Melalui penelitian ini, responden diharapkan memperoleh manfaat berupa peningkatan pengetahuan mengenai dukungan mobilisasi dan pencegahan luka tekan pada lansia stroke. Selain itu, sebagai bentuk apresiasi atas kesediaan berpartisipasi, responden akan memperoleh kompensasi berupa satu set alat makan. Pemberian kompensasi tersebut tidak akan memengaruhi hak responden untuk mengundurkan diri dari penelitian kapan saja tanpa konsekuensi apa pun.

Apabila terdapat pertanyaan terkait penelitian ini, responden dapat menghubungi peneliti melalui nomor yang tertera diatas . Setelah membaca dan memahami penjelasan penelitian ini, saya menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian.

Jepang, 2026

(.....)

Lampiran 2 Surat Permohonan Menjadi Responden

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan Hormat,

Saya yang bertandatangan dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Bengkulu:

Nama : Anjesmara Akmita

NIM : P01720425005

Saya akan melakukan penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Dukungan Mobilisasi Pada Lansia Stroke Yang Dengan Risiko Luka Tekan Di Panti Asuhan Kabushiki Gaisha ABL Trust Jepang Pada Tahun 2026”.

Sehubungan dengan maksud tersebut, maka dengan kerendahan hati saya mohon partisipasi Saudara/Ibu untuk menjadi responden penelitian ini. Data yang diperoleh dari penelitian ini dapat bermanfaat bagi masyarakat, tenaga kesehatan, dan institusi pendidikan. Informasi tentang data yang diperoleh akan dijamin kerahasiaanya dan hanya digunakan untuk data penelitian. Demikian permohonan ini, atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Jepang, 2026

Hormat saya,

Anjesmara Akmita

Lampiran 3 Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Umur :
Nama Responden :
Umur :
Jenis Kelamin :
Alamat :

Dengan ini saya bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudari Anjesmara Akmita Mahasiswa Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Bengkulu dengan judul “Asuhan Keperawatan Dukungan Mobilisasi Pada Lansia Stroke Yang Dengan Risiko Luka Tekan Di Panti Asuhan Kabushiki Gaisha ABL Trust Jepang Pada Tahun 2026”.

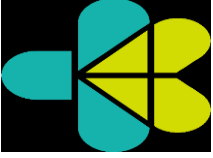
Penelitian ini tidak akan merugikan saya ataupun berakibat buruk bagi saya dan keluarga saya, maka saya bersedia menjadi responden. Demikian surat persetujuan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jepang, 2026

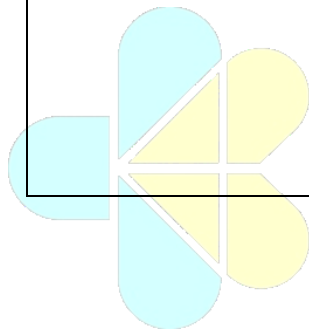
(.....)

Lampiran 4 SOP MOBILISASI PROGRESIF LEVEL I-II

SOP MOBILISASI PROGRESIF LEVEL I-II

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) MOBILISASI PROGRESIF LEVEL I-II
Pengertian	Mobilisasi progresif level I-II merupakan intervensi keperawatan berupa latihan pergerakan bertahap pada pasien dengan keterbatasan mobilitas, dimulai dari perubahan posisi di tempat tidur hingga aktivitas sederhana seperti duduk, dengan tujuan mencegah komplikasi akibat tirah baring seperti luka tekan, penurunan fungsi otot, dan gangguan sirkulasi.
Tujuan	- Mencegah terjadinya luka tekan (dekubitus) akibat tekanan berkepanjangan - Meningkatkan sirkulasi darah dan perfusi jaringan - Mempertahankan kekuatan otot dan rentang gerak sendi - Meningkatkan toleransi aktivitas dan kemandirian pasien - Mencegah komplikasi akibat imobilisasi seperti trombosis dan kekakuan sendi
Persiapan Perawat	Melakukan kontrak topik, waktu, tempat, dan tujuan tindakan mobilisasi kepada pasien dan keluarga, serta menjelaskan prosedur yang akan dilakukan dan manfaatnya.
Alat-Alat	- Tempat tidur dengan pengaman (bed rail) - Bantal penyangga - Selimut (jika diperlukan) - Alat bantu mobilisasi (jika diperlukan) - Lembar observasi
Langkah-Langkah	Tahap orientasi - Mencuci tangan - Mengucapkan salam - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi kepada pasien - Melakukan kontrak waktu dan memastikan kesiapan pasien - Menjaga privasi dan kenyamanan pasien Tahap kerja Level I (Mobilisasi di tempat tidur) - Atur posisi pasien dalam posisi nyaman (supine/semi-Fowler)

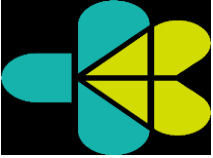
	2. Lakukan perubahan posisi (miring kanan dan kiri) setiap 2 jam 3. Gunakan bantal untuk menyangga area tubuh (punggung, tumit, siku) 4. Lakukan latihan ROM pasif atau aktif sesuai kemampuan pasien 5. Observasi respon pasien selama tindakan Level II (Mobilisasi lanjutan) 6. Tinggikan head of bed secara bertahap (30–45°) 7. Bantu pasien duduk di tempat tidur 8. Bantu pasien duduk di sisi tempat tidur (dangling) 9. Anjurkan pasien melakukan latihan pernapasan selama duduk 10. Monitor tanda vital dan toleransi pasien selama mobilisasi c. Tahap terminasi 1. Kembalikan pasien ke posisi yang nyaman 2. Rapihan alat 3. Catat hasil tindakan pada lembar observasi 4. Catat respon pasien terhadap mobilisasi 5. Mengucapkan salam 6. Cuci tangan setelah tindakan Sumber: (Valentina <i>et al.</i>, 2024; Riskawaty <i>et al.</i>, 2022)
--	--

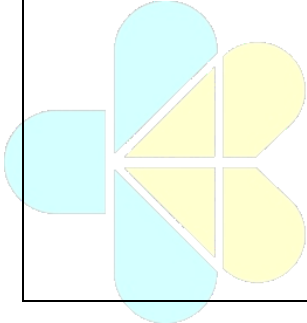


PT. KEMENIKES
POLTEKKES BENGKULU

Lampiran 5 SOP TERAPI PERUBAHAN POSISI (REPOSITIONING)

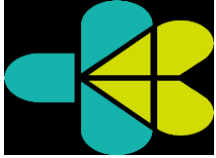
SOP TERAPI PERUBAHAN POSISI (REPOSITIONING)

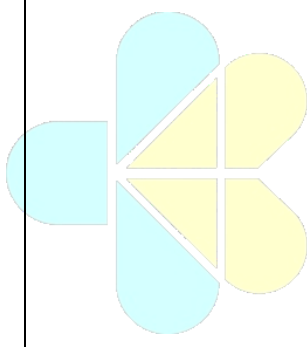
	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI PERUBAHAN POSISI (REPOSITIONING)
Pengertian	Terapi perubahan posisi (repositioning) merupakan tindakan keperawatan dengan memindahkan posisi tubuh pasien secara berkala, seperti posisi miring kanan, miring kiri, dan terlentang, yang dilakukan secara terjadwal (umumnya setiap 2 jam) untuk mencegah terjadinya luka tekan serta meningkatkan sirkulasi darah.
Tujuan	- Mencegah terjadinya luka tekan akibat tekanan berkepanjangan - Meningkatkan sirkulasi darah dan oksigenasi jaringan - Mengurangi tekanan pada area tonjolan tulang - Meningkatkan kenyamanan pasien - Mencegah komplikasi akibat tirah baring
Persiapan Perawat	Melakukan kontrak topik, waktu, tempat, dan tujuan tindakan kepada pasien dan keluarga, serta menjelaskan prosedur perubahan posisi yang akan dilakukan.
Alat-Alat	- Tempat tidur dengan pengaman - Bantal atau penyangga - Selimut (jika diperlukan) - Sarung tangan (jika diperlukan) - Lembar observasi
Langkah-Langkah	Tahap orientasi - Mencuci tangan - Mengucapkan salam - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan kepada pasien - Memastikan kesiapan pasien - Menjaga privasi dan kenyamanan pasien Tahap kerja - Atur posisi awal pasien dalam keadaan nyaman (terlentang) - Jelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien - Posisikan pasien miring ke kanan dengan

	bantuan bantal sebagai penyangga pada punggung, kepala, dan di antara lutut 4. Pastikan tidak ada lipatan pada seprai yang dapat menimbulkan tekanan tambahan 5. Setelah 2 jam, ubah posisi pasien menjadi miring ke kiri dengan teknik yang sama 6. Gunakan bantal untuk menyangga area tonjolan tulang (tumit, siku, sakrum) 7. Hindari gesekan dan tarikan saat memindahkan posisi pasien 8. Lakukan perubahan posisi secara teratur setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 9. Observasi kondisi kulit terutama pada area berisiko (kemerahan, lecet, atau luka) 10. Monitor respon pasien selama dan setelah tindakan c. Tahap terminasi 1. Pastikan pasien dalam posisi yang nyaman dan aman 2. Rapihan alat 3. Catat tindakan yang telah dilakukan pada lembar observasi 4. Catat respon pasien dan kondisi kulit 5. Mengucapkan salam 6. Cuci tangan setelah tindakan Sumber: (Krisnawati <i>et al.</i>, 2022; Riskawaty <i>et al.</i>, 2022)
--	---

Lampiran 6 SOP TERAPI PENGGUNAAN SUPPORT (TRIANGLE PILLOW)

SOP TERAPI PENGGUNAAN SUPPORT (TRIANGLE PILLOW)

	STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TERAPI PENGGUNAAN SUPPORT (TRIANGLE PILLOW)
Pengertian	Terapi penggunaan support (triangle pillow) merupakan intervensi keperawatan dengan menggunakan bantal berbentuk segitiga sebagai penyangga tubuh pasien untuk mendistribusikan tekanan secara merata dan mengurangi tekanan pada area tonjolan tulang, sehingga mencegah terjadinya luka tekan.
Tujuan	- Mengurangi tekanan pada area berisiko seperti sakrum, tumit, dan punggung - Mendistribusikan tekanan tubuh secara merata - Meningkatkan kenyamanan pasien selama tirah baring - Mencegah terjadinya luka tekan - Membantu mempertahankan posisi tubuh yang optimal
Persiapan Perawat	Melakukan kontrak topik, waktu, tempat, dan tujuan tindakan kepada pasien dan keluarga, serta menjelaskan prosedur penggunaan triangle pillow.
Alat-Alat	- Triangle pillow (bantal segitiga) - Tempat tidur pasien - Selimut (jika diperlukan) - Sarung tangan (jika diperlukan) - Lembar observasi
Langkah-Langkah	Tahap orientasi - Mencuci tangan - Mengucapkan salam - Memperkenalkan diri - Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan kepada pasien - Memastikan kesiapan pasien - Menjaga privasi dan kenyamanan pasien Tahap kerja - Atur posisi pasien dalam keadaan nyaman (terlentang atau miring) - Identifikasi area berisiko tinggi mengalami tekanan (sakrum, tumit, siku, punggung) - Tempatkan triangle pillow pada bagian tubuh

	yang membutuhkan penyangga (misalnya di punggung saat posisi miring atau di bawah tungkai) 4. Pastikan posisi tubuh pasien sejajar dan tidak menekan satu titik secara berlebihan 5. Gunakan tambahan bantal jika diperlukan untuk menopang kepala atau ekstremitas 6. Pastikan tidak ada lipatan pada seprai yang dapat meningkatkan tekanan 7. Evaluasi kenyamanan pasien setelah pemasangan 8. Lakukan penyesuaian posisi support sesuai kebutuhan pasien 9. Kombinasikan dengan perubahan posisi secara berkala setiap 2 jam 10. Observasi kondisi kulit terutama pada area yang diberi penyangga c. Tahap terminasi 1. Pastikan pasien dalam posisi nyaman dan aman 2. Rapikan alat 3. Catat tindakan yang telah dilakukan pada lembar observasi 4. Catat respon pasien dan kondisi kulit 5. Mengucapkan salam 6. Cuci tangan setelah tindakan Sumber: (Hawati, 2024)
--	--

Lampiran 7

Pengkajian Risiko Luka Tekan Menggunakan Skala Braden pada Pasien Lansia Stroke dengan Risiko Luka Tekan di Panti Asuhan Kabushiki Gaisha ABL Trust Jepang Tahun 2026

Faktor Risiko	Skor Ny. O	Deskripsi Ny. O	Skor Ny. Y	Deskripsi Ny. Y
Persepsi Sensori	3	Sedikit terbatas. Klien mampu merespon secara verbal, namun mengalami gangguan sensori ringan pada ekstremitas kiri akibat stroke sehingga sensasi terhadap tekanan sedikit menurun.	4	Tidak ada gangguan. Klien mampu merasakan nyeri dan ketidaknyamanan serta dapat merespon secara verbal dengan baik.
Kelembaban	3	Sesekali basah. Kulit kadang lembab sehingga memerlukan penggantian pakaian atau linen sekitar satu kali sehari.	4	Jarang basah. Kulit umumnya kering dan bersih, penggantian linen dilakukan sesuai jadwal rutin.
Aktivitas	2	Aktivitas sangat terbatas. Klien menggunakan kursi roda dan tidak mampu berpindah secara mandiri sehingga sebagian besar waktu berada di tempat tidur atau kursi roda.	3	Berjalan sesekali menggunakan alat bantu jalan dengan bantuan perawat untuk jarak pendek, namun sebagian besar waktu tetap duduk atau beristirahat.
Mobilitas	2	Sangat terbatas. Klien hanya mampu melakukan perubahan posisi kecil dan memerlukan bantuan perawat saat reposisi.	2	Sangat terbatas. Klien mampu mengubah posisi tubuh secara terbatas tetapi masih membutuhkan bantuan saat berpindah posisi.
Nutrisi	3	Adekuat. Klien mengonsumsi makanan tiga kali sehari dengan menu seimbang yang disediakan panti sehingga kebutuhan nutrisi sebagian besar terpenuhi.	3	Adekuat. Klien mengonsumsi makanan sesuai diet rendah garam dengan asupan nutrisi yang cukup setiap hari.
Gesekan/Pergeseran	1	Masalah. Klien memerlukan bantuan penuh saat berpindah posisi sehingga berisiko mengalami gesekan dan pergeseran pada kulit.	2	Potensi masalah. Klien mampu membantu saat berpindah posisi tetapi masih memerlukan bantuan minimal sehingga masih terdapat risiko gesekan.
Total Skor	14	Risiko Sedang	18	Risiko Ringan

Total Skor	Kategori
19–23	Tidak berisiko
15–18	Risiko ringan
13–14	Risiko sedang
10–12	Risiko tinggi
6–9	Risiko berat

Interpretasi

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa Ny. O memperoleh skor Braden 14 sehingga termasuk risiko sedang mengalami luka tekan. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan mobilitas, penggunaan kursi roda, kelemahan ekstremitas kiri, serta adanya gesekan dan tekanan berkepanjangan pada daerah sakrum.

Sedangkan Ny. Y memperoleh skor Braden 18 yang menunjukkan risiko ringan mengalami luka tekan. Risiko tersebut dipengaruhi oleh keterbatasan aktivitas akibat stroke dan hipertensi meskipun kondisi nutrisi serta kelembaban kulit masih baik.

Pengkajian Status Fungsional Menggunakan *Indeks Barthel* pada Pasien Lansia Stroke dengan Risiko Luka Tekan di Panti Asuhan Kabushiki Gaisha ABL Trust Jepang Tahun 2026

Aktivitas	Ny. O	Ny. Y
Makan	Mandiri	Mandiri
Minum	Mandiri	Mandiri
Berpindah dari tempat tidur ke kursi	Memerlukan bantuan	Memerlukan bantuan
Berjalan	Menggunakan kursi roda dan bantuan perawat	Menggunakan alat bantu jalan
Naik turun tangga	Tidak mampu	Memerlukan bantuan
Mandi	Dibantu perawat	Dibantu perawat
Berpakaian	Dibantu perawat	Dibantu sebagian
Perawatan diri (grooming)	Dibantu	Dibantu sebagian
Kontrol BAB	Mandiri	Mandiri
Kontrol BAK	Mandiri	Mandiri
Total Skor	13	15
Kategori	Ketergantungan Sedang (Kategori C)	Ketergantungan Sedang (Kategori C)

Interpretasi Indeks Barthel

Skor	Kategori
20	Mandiri
12–19	Ketergantungan ringan–sedang
9–11	Ketergantungan berat
5–8	Ketergantungan sangat berat
0–4	Ketergantungan total

Interpretasi

Hasil pengkajian status fungsional menunjukkan bahwa Ny. O memperoleh skor 13 dan Ny. Y memperoleh skor 15, sehingga keduanya termasuk kategori ketergantungan sedang (Kategori C). Kedua klien masih mampu makan dan minum secara mandiri, namun memerlukan bantuan dalam

aktivitas berpindah tempat, berjalan, mandi, berpakaian, dan aktivitas sehari-hari lainnya akibat keterbatasan mobilitas yang disebabkan oleh stroke.

Pengkajian Status Mental Menggunakan *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) pada Pasien Lansia Stroke dengan Risiko Luka Tekan di Panti Asuhan Kabushiki Gaisha ABL Trust Jepang Tahun 2026

Komponen Penilaian	Ny. O	Ny. Y
Mengetahui tanggal	Salah	Benar
Mengetahui hari	Benar	Benar
Mengetahui tempat saat ini	Benar	Benar
Mengetahui nomor telepon/alamat	Benar	Benar
Mengetahui umur	Benar	Benar
Mengetahui tanggal lahir	Benar	Benar
Mengetahui nama presiden/perdana menteri	Benar	Benar
Mengetahui nama ibu kandung	Benar	Benar
Menghitung mundur sederhana	Salah	Salah
Mengingat informasi sederhana	Benar	Benar
Jumlah Jawaban Benar	8 dari 10	9 dari 10
Interpretasi	Gangguan kognitif ringan	Fungsi kognitif normal

Interpretasi SPMSQ

Jumlah Jawaban Benar	Interpretasi
8–10	Fungsi kognitif normal/gangguan ringan
5–7	Gangguan kognitif sedang
3–4	Gangguan kognitif berat
0–2	Gangguan kognitif sangat berat

Interpretasi

Berdasarkan hasil pengkajian menggunakan *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ), Ny. O mampu menjawab 8 dari 10 pertanyaan dengan benar, dengan kesalahan pada pertanyaan mengenai tanggal dan perhitungan sederhana sehingga menunjukkan gangguan kognitif ringan yang berhubungan dengan proses penuaan. Sementara itu, Ny. Y mampu menjawab 9 dari 10 pertanyaan dengan benar, hanya mengalami kesulitan pada perhitungan sederhana, sehingga fungsi kognitif masih dalam batas normal dan klien tetap mampu berorientasi terhadap waktu, tempat, dan orang.

Lampiran 8 Pengukuran Risiko Luka Tekan

Penilaian risiko dekubitus Skor Braden dalam (Morison, 2020)

Pasien 1

Nama Pasien : Ny. O

Umur : 72 tahun

Diagnosa Medis : Stroke dengan hemiparesis sinistra

Tanggal Pengkajian : 12–14 Maret 2026

Tabel Pengukuran Risiko Luka Tekan Sebelum dan Sesudah Intervensi

Hari	Waktu Pengukuran	Skor Braden	Kategori Risiko
Hari ke-1	Pre Intervensi	14	Risiko Sedang
Hari ke-1	Post Intervensi	14	Risiko Sedang
Hari ke-2	Pre Intervensi	14	Risiko Sedang
Hari ke-2	Post Intervensi	14	Risiko Sedang
Hari ke-3	Pre Intervensi	14	Risiko Sedang
Hari ke-3	Post Intervensi	16	Risiko Ringan

Rincian Skor Braden Ny. O

Komponen Penilaian	Hari 1 Pre	Hari 1 Post	Hari 2 Pre	Hari 2 Post	Hari 3 Pre	Hari 3 Post
Persepsi sensori	4	4	4	4	4	4
Kelembaban	4	4	4	4	4	4
Aktivitas	2	2	2	2	2	3
Mobilitas	2	2	2	2	2	3
Nutrisi	3	3	3	3	3	3
Gesekan/Pergeseran	1	1	1	1	1	1
Total Skor	14	14	14	14	14	16

Keterangan:

Ny. O mengalami peningkatan skor Braden setelah dilakukan intervensi berupa alih baring setiap 2 jam, penggunaan *Triangle Pillow*, pemberian *Virgin Coconut Oil* (VCO), dan mobilisasi progresif. Peningkatan terutama terjadi pada komponen aktivitas dan mobilitas karena pasien mulai mampu mengikuti latihan gerak dengan bantuan.

Pasien 2

Nama Pasien : Ny. Y

Umur : 75 tahun

Diagnosa Medis : Stroke dengan kelemahan fisik dan hipertensi

Tanggal Pengkajian : 12–14 Maret 2026

Tabel Pengukuran Risiko Luka Tekan Sebelum dan Sesudah Intervensi

Hari	Waktu Pengukuran	Skor Braden	Kategori Risiko
------	------------------	-------------	-----------------

Hari ke-1	Pre Intervensi	18	Risiko Ringan
Hari ke-1	Post Intervensi	18	Risiko Ringan
Hari ke-2	Pre Intervensi	18	Risiko Ringan
Hari ke-2	Post Intervensi	18	Risiko Ringan
Hari ke-3	Pre Intervensi	18	Risiko Ringan
Hari ke-3	Post Intervensi	19	Tidak Berisiko

Rincian Skor Braden Ny. Y

Komponen Penilaian	Hari 1 Pre	Hari 1 Post	Hari 2 Pre	Hari 2 Post	Hari 3 Pre	Hari 3 Post
Persepsi sensori	4	4	4	4	4	4
Kelembaban	4	4	4	4	4	4
Aktivitas	3	3	3	3	3	4
Mobilitas	3	3	3	3	3	3
Nutrisi	3	3	3	3	3	3
Gesekan/Pergeseran	1	1	1	1	1	1
Total Skor	18	18	18	18	18	19

Keterangan:

Ny. Y mengalami peningkatan skor Braden dari 18 menjadi 19 setelah diberikan intervensi mobilisasi progresif Level II, penggunaan *Triangle Pillow*, aplikasi *Virgin Coconut Oil* (VCO), serta perubahan posisi secara berkala. Peningkatan terutama dipengaruhi oleh kemampuan aktivitas pasien yang meningkat karena pasien mampu berjalan menggunakan *walker* dengan bantuan minimal.

Kesimpulan Perbandingan Risiko Luka Tekan

Pasien	Skor Awal	Skor Akhir	Perubahan Risiko
Ny. O	14	16	Risiko sedang menjadi risiko ringan
Ny. Y	18	19	Risiko ringan menjadi tidak berisiko

Berdasarkan hasil pengukuran Skala Braden, kedua pasien mengalami peningkatan kondisi setelah diberikan intervensi pencegahan luka tekan. Ny. O mengalami peningkatan skor sebesar 2 poin karena sebelumnya memiliki keterbatasan mobilitas yang lebih berat akibat penggunaan kursi roda dan hemiparesis. Sementara itu, Ny. Y mengalami peningkatan sebesar 1 poin karena sejak awal memiliki kemampuan mobilisasi yang lebih baik dengan penggunaan alat bantu jalan.

Tabel Penilaian Skala Braden

Faktor Risiko	Skor & Deskripsi			
	1	2	3	4
Persepsi Sensori Kemampuan untuk:	<u>Benar-benar terbatas</u> Tidak respon terhadap rangsangan	<u>Sangat terbatas</u> Respon hanya ada rangsangan nyeri atau mengerang ATAU gangguan	<u>Agak terbatas</u> Respon verbal tetapi tidak selalu dapat berkomunikasi	<u>Tidak ada gangguan</u> Respon verbal tidak mempunyaig

Merespon rasa tidak nyaman yang berhubungan dengan tekanan	nyeri karena kesadaran ATAU terbatas untuk merasakan nyeri pada seluruh tubuh	sensori untuk merasakan nyeri pada lebih sebagian tubuh.	ATAU gangguan sensori untuk merasakan sakit pada 1 atau 2 ekstremitas.	angguhan sensori dan mampu merasakan nyeri atau tidak nyaman
<u>Kelambaban</u> Tingkat paparan Kulit terkena Cairan	<u>Terus menerus basah</u> Kulit basah hampir terus Menerus terkena keringat.Urine terdeteksi saat <i>repositioning</i> .	<u>Sering basah</u> Kulit sering basah tapi tidak Selalu. Linen harus diganti Setidaknya setiap <i>repositioning</i> .	<u>Sesekali basah</u> Kulit kadang-kadang basah yang memerlukan Penggantian linen kira-kira 1x/hari	<u>Jarang basah</u> Kulit biasanya kering. Linen diganti sesuai jadwal rutin
<u>Aktifitas</u> Tingkat aktifitas Fisik	<u>Terbatas ditempat tidur</u> Aktifitas terbatas ditempat Tidur	<u>Tidak mampu berpindah ke kursi sendiri</u> Kemampuan berjalan sangat terbatas atau tidak ada. Tidak dapat berpindah ke kursi roda sendiri dan atau harus dibantu ke kursi atau ke kursi roda	<u>Berjalan sesekali</u> Berjalan sesekali sehari untuk jarak yang pendek dengan atau tanpa bantuan. Mayoritas berada dikursi atau tempat tidur setiap shift.	<u>Berjalan sering</u> Berjalan diluar ruangan Setidaknya 2x/hari diluar ruangan paling tidak setiap 2 jam
<u>Mobilitas</u> Kemampuan Untuk mengubah dan mengendalikan osisi tubuh	<u>Benar-benar tidak ada Pergerakan</u> Tidak ada <i>repositioning</i> Tubuhsedikit pun atau ekstremitas sendiri	<u>Sangat terbatas</u> Kadang-kadang melakukan perubahan kecil pada posisi tubuhnya atau ekstremitas tetapi tidak mampu membuat perubahan yang penting	<u>Agak terbatas</u> Sering melakukan perubahan pada posisi tubuh meskipun sedikit atau ekstremitas secara mandiri.	<u>Tidak ada batasan</u> Sering melakukan perubahan Pada posisi bantuan
<u>Nutrisi</u> Pola asupan nutrisi	<u>Sangat buruk</u> Tidak pernah makan makanan lengkap. jarang makan >1/3 dari setiap makaan yang ditawarkan. Makan 2 atau kurang protein	<u>Kemungkinan adekuat</u> Jarang makan makanan lengkap dan saat makan hanya sekitar 1 ½ dari setiap makanan yang ditawarkan. Asupan protein	<u>Adekuat</u> Makan >1/2 dari porsi. Makan dengan total 4 protein (daging,produk susu) setiap hari. Kadang kadang menolak snack, tetapi	<u>Sangat baik</u> Makan setiap kali makan. Tidak pernah menolak makan. Biasanya makan dengan total

	yang disajikan (daging atau susu) perhari. Kebutuhan cairan buruk Tidak diberikan suplemen diet cair, ATAU puasa dan minum air putih atau hanya dengan cairan IV selama >5 hari.	mencakup 3 produk daging atau susu perhari.kadang-kadang memerlukan makanan suplemen ATAU menerima <jumlah yang optimal dari makanan cair atau makanan melalui pipa saluran makanan.	biasanya akan mengambil jika ditawarkan ATAU pada pipa saluran makanan yang memenuhi sebagian besar kebutuhan gizi.	4 atau > daging dan produk susu. Kadang kadang makan diantara Waktu makan. Tidak memerlukan suplemen.
Gesekan pada pergeseran	<u>Masalah</u> Membutuhkan Seseorang sampai maksimal dalam bergerak. Mengangkat dengan linen. Sering merosot dari tempat tidur atau kursi, sering memperbaiki posisi dengan bantuan penuh. Spastic, kontraktur atau mengarah agitasi.	<u>Potensi masalah</u> Bergerak bebas membutuhkan minimal. Selama memindahkan, kulit mungkin tergesek pada linen,kursi, restrain atau perangkat lainnya. mempertahankan posisi yang baik di tempat tidur tapi kadang-kadang merosot.	<u>Tidak ada masalah</u> Bergerak di tempat tidur dan kursi secara mandiri dan memiliki kekuatan otot yang cukup untuk mengangkat selama bergerak mempertahankan posisi yang baik di tempat tidur atau kursi setiap saat.	
Total Score				

Keterangan :

Tidak berisiko : 19-23

Risiko ringan : 15-18

Risiko sedang : 13-14

Risiko tinggi : 10-12

Risiko berat : 6-9
(Mayangsari, 2020)

Lampiran 9 Dokumentasi Penelitian



Lampiran 10

SURAT PENELITIAN DARI JEPANG

証明番号：2026-0302-07

2026年3月2日

研究終了証明書

下記の者が、当施設において研究活動を実施し、
所定の研究を終了したことを証明いたします。

氏名 : ANJESMARA AKMITA
学生番号 : P 0 1 7 2 0 4 2 5 0 0 5
所属機関 : ポリテクニク・ケセハタン・クメンテリアン・ケセハタン・ベンクル
学科 : 看護学科
研究題目 : 日本株式会社ショウエイ保健施設における身体可動性障害を有する脳卒中
後高齢者に対する身体運動促進の看護
研究実施施設 : 有限会社 尚栄
研究終了日 : 2026年 3月 7日

以上、証明いたします。

有限会社 尚栄



インターンシップ指導員 柴崎静佳