

**IMPLEMENTASI *RANGE OF MOTION* (ROM) PADA KLIEN PASCA
STROKE DI RUANG GARDENIA RUMAH PELAYANAN SOSIAL
LANJUT USIA PUCANG GADING SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



**Disusun oleh :
RABBIYANA IQLILA HASNI
40902200046**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2025

**IMPLEMENTASI *RANGE OF MOTION* (ROM) PADA KLIEN PASCA
STROKE DI RUANG GARDENIA RUMAH PELAYANAN SOSIAL
LANJUT USIA PUCANG GADING SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun oleh :

RABBIYANA IQLILA HASNI

40902200046

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2025

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung.

Semarang, 14 Mei 2025

Yang menyatakan,

Rabbiyana Iqlila Hasni



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji

Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula

pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 14 Mei 2025

Semarang, 14 Mei 2025

Pembimbing



Ns. Moch Aspihan, M.Kep., Sp.Kep.Kom

NIDN. 06-1305-7602



HALAMAN PENGESAHAN

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula pada hari Selasa, 02 Juli 2025 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 02 Juli 2025

Penguji I

Dr. Iskim Luthfa, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN. 06-2006-8402

(.....)

Penguji II

Ns. Moch Aspihan, M.Kep., Sp.Kep.Kom
NIDN. 06-1305-7602

(.....)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardian, SKM., S.Kep., M.Kep
NIDN.06-2208-7403

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Alhamdulillahilahirabilalamin, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan ridha-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul " **Implementasi *Range Of Motion (Rom)* Pada Klien Pasca Stroke Di Ruang Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang** ". Proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari berbagai tantangan dan kesulitan. Namun, berkat dukungan, bimbingan, saran, serta kerja sama dari berbagai pihak, penulis akhirnya mampu menyelesaikannya dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:

1. Allah SWT yang telah memberikan kesehatan dan kekuatan sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Prof. Dr. H. Gunarto, S.H.,M.H. Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Dr. Iwan Ardian, SKM., S.Kep., M.Kep. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep, Sp. Kep.An. Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ns. Moch Aspihan, M.Kep., Sp.Kep.Kom. selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang senantiasa bijaksana dan sabar dalam memberikan bimbingan, semangat, motivasi, nasehat, kepercayaan, dan waktunya selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Dr. Iskim Luthfa, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Penguji I yang telah berkenan untuk menguji, dan memberikan pengarahan untuk membantu menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah saya.
7. Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep selaku dosen pembimbing akademik, atas bimbingan, arahan, dan motivasi yang diberikan selama masa studi.
8. Kepada seluruh dosen pengajar dan staf Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah membantu penulis selama melakukan aktivitas akademik.

9. Ucapan terima kasih yang tulus saya sampaikan kepada Pahlawan yang hebat dan kuat yaitu ayah saya, Bapak Arbainor dan Pintu Surgaku ibu saya, Ibu Siti Wahdaniah atas segala doa, usaha, motivasi dukungan, serta kasih sayang yang senantiasa mengiringi setiap langkah saya, termasuk dalam proses penyusunan karya tulis ini. Kehadiran beliau berdua menjadi sumber kekuatan dan inspirasi terbesar dalam perjalanan hidup saya.
10. Ucapan terima kasih saya sampaikan kepada kakak kandung saya, Ali Akbar, S.H., M.H., atas segala dukungan, motivasi, serta semangat yang diberikan selama proses penyusunan karya tulis ini. Kehadirannya menjadi sumber inspirasi dan dorongan tersendiri bagi saya.
11. Saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada keluarga saya, khususnya Bapak Ahmad Rabani, S.Pd. dan Ibu Siti Rusdaniah, atas doa, dukungan, dan kasih sayang yang selalu diberikan selama proses penyusunan karya tulis ini.
12. Saya mengucapkan rasa terima kasih kepada sahabat-sahabat saya, Putri Sahila Sari, Annisa Fatma Rasyidtha dan Nur Afipah yang selalu memberikan dukungan dan kebersamaan yang tulus dan berarti sepanjang proses ini.
13. Terima Kasih kepada teman-teman DIII Keperawatan 2022 yang telah kebersamaian sejak awal perkuliahan hingga akhir.
14. Terakhir, terima kasih kepada wanita sederhana yang memiliki impian besar, namun terkadang sulit dimengerti isi kepalanya, yaitu penulis diriku sendiri, Rabbiana Iqlila Hasni. Terima kasih telah berusaha keras untuk meyakinkan dan menguatkan diri sendiri bahwa kamu dapat menyelesaikan studi ini sampai selesai. Berbahagialah selalu dengan dirimu sendiri, Iqlila. Rayakan kehadiranmu sebagai berkah di mana pun kamu menjejakkan kaki. Jangan sia-siakan usaha dan doa yang selalu kamu panjatkan. Allah sudah merencanakan dan memberikan porsi terbaik untuk perjalanan hidupmu. Semoga langkah kebaikan selalu menyertaimu, dan semoga Allah selalu

meridhai setiap langkahmu serta menjagamu dalam lindungan-Nya. Aamiin.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih memiliki banyak kekurangan. Oleh karena itu, kritik dan saran yang konstruktif dari semua pihak sangat dibutuhkan demi penyempurnaannya. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi penulis dan pembaca, serta dapat berkontribusi dalam meningkatkan pelayanan keperawatan di masa yang akan datang. Terima kasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Semarang, 9 Mei 2025

Penulis,



Rabbiyana Iqlila Hasni



IMPLEMENTASI *RANGE OF MOTION* (ROM) PADA KLIEN PASCA STROKE DI RUANG GARDENIA RUMAH PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA PUCANG GADING SEMARANG

Rabbiyana Iqlila Hasni_40902200046

Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Islam Sultan Agung

Email : rabbiyanaiqlilahasni@gmail.com

ABSTRAK

Lanjut usia merupakan fase akhir kehidupan yang ditandai dengan proses degeneratif, salah satunya adalah meningkatnya risiko stroke. Stroke pada lansia sering menyebabkan gangguan mobilitas, kelemahan otot, hingga ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari. Latihan *Range of Motion* (ROM) merupakan salah satu intervensi keperawatan yang bertujuan untuk mempertahankan fleksibilitas sendi, meningkatkan kekuatan otot, serta mencegah komplikasi akibat imobilisasi. Penulisan karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi implementasi latihan ROM pada klien pasca stroke di ruang Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang. Metode yang digunakan adalah studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan gerontik yang mencakup pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Hasil studi menunjukkan bahwa pemberian latihan ROM secara rutin mampu meningkatkan kekuatan otot ekstremitas, memperbaiki kemampuan bergerak, dan mengurangi ketergantungan klien dalam melakukan aktivitas dasar. Kesimpulannya, implementasi latihan ROM terbukti efektif sebagai bagian dari rehabilitasi keperawatan pada lansia pasca stroke. Studi ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam pemberian intervensi mobilisasi pada populasi lansia dengan keterbatasan fisik.

Kata Kunci: lanjut usia, stroke, gangguan mobilitas, *Range of Motion* (ROM), keperawatan gerontik.

IMPLEMENTATION OF RANGE OF MOTION (ROM) IN POST-STROKE CLIENTS IN GARDENIA WARD, PUCANG GADING ELDERLY SOCIAL SERVICE HOME, SEMARANG

Rabbiyana Iqlila Hasni_40902200046

Faculty of Nursing, Sultan Agung Islamic University

Email : rabbiyanaiqlilahasni@gmail.com

ABSTRACT

Elderly individuals represent the final stage of life, marked by degenerative processes, one of which is an increased risk of stroke. Stroke in the elderly often results in impaired mobility, muscle weakness, and dependence in performing daily activities. Range of Motion (ROM) exercises are one of the nursing interventions aimed at maintaining joint flexibility, improving muscle strength, and preventing complications due to immobility. This scientific paper aims to identify and evaluate the implementation of ROM exercises in post-stroke clients at the Gardenia Ward of the Pucang Gading Elderly Social Service Home in Semarang. The method used is a case study approach based on gerontic nursing care, covering assessment, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation. The results show that regular ROM exercises can improve muscle strength in the affected extremities, enhance mobility, and reduce client dependence in performing basic activities. In conclusion, the implementation of ROM exercises proves to be effective as part of nursing rehabilitation for elderly post-stroke clients. This study is expected to serve as a reference for providing mobility interventions in elderly populations with physical limitations.

Keywords: elderly, stroke, impaired mobility, Range of Motion (ROM), gerontic nursing.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penulisan	7
D. Manfaat Penulisan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Konsep Dasar Lanjut Usia	10
1. Pengertian.....	10
2. Batasan Usia Lansia.....	11
3. Ciri-Ciri Lansia.....	12
4. Perubahan yang Terjadi Pada Lansia.....	13
5. Proses Menua	19
B. Konsep Dasar Penyakit.....	23
1. Pengertian.....	23
2. Etiologi.....	23
3. Klasifikasi	27
4. Tanda dan Gejala	28
5. Patofisiologi.....	28
6. Komplikasi	30
7. Penatalaksanaan.....	31
C. Konsep Asuhan Keperawatan	34
1. Pengkajian Keperawatan.....	34
2. Diagnosa Keperawatan	39
3. Intervensi Keperawatan.....	40

4. Tindakan Keperawatan	52
BAB III METODE STUDI KASUS	60
A. Rancangan Studi Kasus.....	60
B. Subyek Studi Kasus	61
C. Fokus Studi	61
D. Definisi Operasional Fokus Studi.....	61
E. Instrumen Studi Kasus	63
F. Metode Pengumpulan Data	65
1. Wawancara.....	65
2. Observasi dan Pemeriksaan fisik.....	65
3. Dokumentasi dan Format Asuhan Keperawatan Gerontik.....	65
G. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	66
H. Analisis Data dan Penyajian Data	66
I. Etika Studi Kasus	67
1. <i>Inform Consent</i> (Persetujuan Menjadi Klien)	67
2. <i>Anonimity</i> (Tanpa Nama)	67
3. Confidentiality (Kerahasiaan).....	67
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	69
A. Hasil Studi Kasus	69
1. Pengkajian Keperawatan.....	69
2. Analisa Data	79
3. Diagnosa Keperawatan	80
4. Intervensi Keperawatan.....	81
5. Implementasi Keperawatan	84
6. Evaluasi Keperawatan.....	95
B. Pembahasan.....	110
1. Pengkajian	111
2. Diagnosa Keperawatan	125
3. Intervensi Keperawatan.....	133
4. Implementasi Keperawatan	140
5. Evaluasi Keperawatan.....	149
C. Keterbatasan Studi Kasus.....	158
1. Masalah Keterbatasan Prosedur di Panti.....	162
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	165

A. Kesimpulan	165
B. Saran	167
DAFTAR PUSTAKA	170
LAMPIRAN	172



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar catatan hasil konsultasi KTI

Lampiran 2. Lembar persetujuan (*Informed consent*)

Lampiran 3. Asuhan Keperawatan (Askep)



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lansia merupakan seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut Aging Process atau proses penuaan. Usia lanjut sebagai tahap akhir siklus kehidupan merupakan tahap perkembangan normal yang akan dialami oleh setiap individu yang mencapai usia lanjut. Hal tersebut merupakan suatu kenyataan yang tidak dapat dihindari oleh setiap manusia (Raudhoh & Pramudiani, n.d. 2021). Proses penuaan pada lanjut usia dapat meningkatkan risiko terjadinya berbagai penyakit, salah satunya adalah stroke, yang cukup sering dialami oleh lansia di Indonesia. Kondisi ini dapat menyebabkan perubahan dalam aspek fisik, psikologis, maupun sosial pada lansia (Mardiah, 2021).

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan utama yang sering terjadi pada kelompok lanjut usia. Lansia memiliki risiko lebih tinggi mengalami stroke karena adanya perubahan fisiologis akibat proses penuaan, seperti penurunan elastisitas pembuluh darah, peningkatan tekanan darah, serta gangguan metabolisme lemak. Menurut Setiati, Setyawati, dan Wulandari (2022), prevalensi stroke meningkat seiring bertambahnya usia, dengan lansia usia di atas 60 tahun memiliki insiden stroke yang jauh lebih tinggi dibandingkan kelompok usia muda. Kondisi ini menyebabkan

penurunan kualitas hidup secara signifikan, karena stroke dapat mengakibatkan kecacatan fisik, gangguan mobilitas, dan ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari.

Selain berdampak secara individu, masalah stroke pada lansia juga menjadi beban sosial dan ekonomi yang cukup besar. Data dari World Health Organization (WHO, 2021) menunjukkan bahwa sekitar 70% kasus stroke terjadi pada kelompok usia lanjut, dengan lebih dari separuh penderitanya mengalami kecacatan jangka panjang. Di Indonesia, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi stroke mencapai 10,9 per 1.000 penduduk, dengan proporsi terbesar dialami oleh lansia. Tingginya angka kejadian ini menunjukkan bahwa stroke bukan hanya masalah medis, tetapi juga masalah sosial yang memerlukan perhatian serius, terutama dalam hal penanganan dan rehabilitasi pasca stroke untuk meningkatkan kualitas hidup lansia.

Menurut World Health Organization yang dikutip oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020), setiap tahun terdapat sekitar 13,7 juta kasus baru stroke di seluruh dunia, dan sekitar 5,5 juta kematian disebabkan oleh penyakit stroke. Stroke menjadi penyebab kematian kedua terbanyak secara global, dan sekitar 70% kasus terjadi pada individu usia lanjut (Feigin et al., 2020). Selain risiko kematian, stroke juga menyebabkan kecacatan, di mana lebih dari 50% klien pasca stroke mengalami kecacatan sedang hingga berat, sehingga meningkatkan ketergantungan terhadap orang lain dalam aktivitas sehari-hari (World Stroke Organization, 2022). Kondisi ini turut

memicu masalah psikologis, dengan sekitar 30–50% pasien stroke mengalami stres psikologis berupa depresi pasca stroke (Lee et al., 2020). Dalam proses pemulihan, peran keluarga menjadi sangat penting, di mana keberhasilan rehabilitasi pasien stroke dipengaruhi hingga 70% oleh dukungan keluarga (Purnamasari & Utami, 2022). Tidak hanya pasien dan keluarga, perawat juga menghadapi beban yang cukup besar dalam merawat pasien stroke lansia, dengan 60% perawat mengalami tingkat kelelahan kerja sedang hingga tinggi akibat tuntutan fisik dan emosional yang tinggi (Kusuma & Widodo, 2021). Berbagai data ini menunjukkan bahwa stroke pada lansia tidak hanya berdampak pada individu yang terkena, tetapi juga memberikan beban besar secara psikososial dan ekonomi bagi keluarga, tenaga kesehatan, serta masyarakat luas.

Informasi dari profil kesehatan Kota Semarang, prevalensi penyakit stroke tahun 2016 ialah 0,22% pada tahun 2017 sebesar 0,19%. Sebaliknya bersumber pada informasi yang didapat langsung dari petugas bidang penangkalan serta pengendalian penyakit tidak menular (P2PTM). Dinas Kesehatan Kota Semarang Prevalensi stroke ialah 0,26%. Kebanyakan seseorang yang mengidap stroke terletak pada usia 45-60 tahun keatas, hal tersebut disebabkan pada usia tersebut seorang banyak melaksanakan kegiatan namun tidak diimbangi dengan konsumsi makanan yang sehat, berolahraga secara teratur serta tertib, membiasakan mengecek kesehatan secara berkala, menghindari rokok serta asap rokok (Dinkes, 2021).

Proses penuaan (*aging process*) adalah perubahan fisiologis yang alami pada tubuh manusia seiring bertambahnya usia. Pada lansia, proses ini meningkatkan kerentanannya terhadap berbagai penyakit degeneratif, salah satunya adalah stroke. Stroke terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak, baik karena penyumbatan maupun pecahnya pembuluh darah. Gangguan ini mengurangi pasokan oksigen dan nutrisi ke otak, yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak. Akibatnya, lansia pasca stroke seringkali mengalami kelumpuhan, gangguan bicara, kesulitan bergerak, dan ketergantungan pada orang lain dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Kondisi ini tidak hanya mempengaruhi status kesehatan mereka, tetapi juga menurunkan kualitas hidup secara keseluruhan (Utama & Nainggolan, 2022).

Stroke merupakan penyebab ketiga kecacatan di dunia akibat gangguan fungsi saraf, seperti gangguan penglihatan, bicara pelo, gangguan mobilitas, serta kelumpuhan pada wajah maupun ekstremitas. Kondisi ini menyebabkan penderita stroke memiliki ketergantungan yang tinggi dalam melakukan aktivitas sehari-hari pada orang lain. Permasalahan ini tidak hanya berdampak terhadap status kesehatan, tetapi juga mempengaruhi kualitas hidup penderita. Stroke disebabkan oleh gaya hidup manusia modern yang tidak sehat, seperti konsumsi makanan tinggi kolesterol dan rendah serat, kurangnya aktivitas fisik, stres atau kelelahan, konsumsi alkohol berlebihan, serta kebiasaan merokok (Oktarina et al., 2021). Salah satu dampak yang dialami oleh pasien stroke adalah melemahnya salah satu sisi tubuh, sehingga mengakibatkan gangguan keseimbangan. Gangguan ini menyebabkan pasien

mengalami kesulitan berjalan akibat lemahnya kekuatan otot, terganggunya koordinasi gerak, serta keseimbangan tubuh (Pradesti & Indriyani, 2020). Pada penderita stroke yang mengalami kelumpuhan, pemenuhan kebutuhan mobilisasi terganggu karena adanya penurunan kekuatan otot, yang berdampak pada kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Gangguan aktivitas ini disebabkan oleh kelemahan fisik akibat gangguan neuromuskuler, yang kemudian menimbulkan masalah keperawatan berupa gangguan mobilitas fisik (Anjany, 2022). Jika mobilisasi tidak dilakukan secara optimal, dapat terjadi kontraktur atau kekakuan sendi. Kontraktur ini akan menyebabkan gangguan fungsional, gangguan aktivitas sehari-hari, hingga cacat seumur hidup. Komplikasi lain yang mungkin terjadi meliputi komplikasi ortopedik, atrofi otot, bahkan kelumpuhan saraf akibat tekanan yang berlangsung dalam waktu lama. Pada lansia, proses degeneratif akibat penuaan memperparah kondisi ini, karena adanya penurunan fungsi organ tubuh secara alami. Selain itu, keterbatasan peran keluarga dalam merawat lansia yang mengalami stroke seringkali menjadi alasan klien dirujuk ke panti sosial. Namun, fasilitas dan pelayanan di panti sosial masih memiliki keterbatasan, baik dari segi tenaga kesehatan maupun sarana rehabilitasi. Hal ini menyebabkan kebutuhan rehabilitasi mobilitas seperti latihan *Range of Motion* (ROM) pada lansia pasca-stroke belum optimal, sehingga risiko komplikasi akibat imobilisasi semakin tinggi.

Salah satu masalah utama yang perlu mendapatkan perhatian lebih lanjut pada pasien stroke adalah gangguan mobilitas fisik. Kondisi ini terjadi

akibat hilangnya kekuatan atau kelemahan pada anggota gerak, sehingga pasien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari akibat keterbatasan ruang gerak. Salah satu metode yang dapat diterapkan untuk meningkatkan mobilitas fisik pada pasien stroke adalah latihan rentang gerak atau *Range of Motion* (ROM) serta latihan mobilisasi. Latihan ini terbukti efektif dalam mencegah kekakuan otot dan membantu mempertahankan kelenturan sendi. Selain itu, edukasi mengenai pentingnya peningkatan mobilitas fisik juga berperan dalam mendukung proses pemulihan pasien. Penanganan stroke melalui terapi *Range of Motion* (ROM) bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan sendi agar dapat bergerak secara normal dan optimal. Pemberian latihan ROM secara dini dapat meningkatkan kekuatan serta tonus otot, sehingga mengurangi risiko hemiparese yang dapat menyebabkan kecacatan permanen jika tidak ditangani dengan tepat (Kusuma, 2020). Oleh karena itu, pemahaman mengenai perjalanan penyakit stroke, metode penanganannya, serta dampak jangka panjangnya menjadi hal yang sangat penting.

Berdasarkan masalah diatas, maka dilakukan studi kasus yang berjudul “Implementasi *Range of Motion* (ROM) pada klien pasca stroke di ruang gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, penulis ingin meneliti implementasi latihan *Range of Motion* (ROM) pada klien pasca stroke di

ruang Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang. Oleh karena itu, permasalahan yang dirumuskan adalah "Bagaimanakah implementasi latihan *Range of Motion* (ROM) pada klien pasca stroke di ruang Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang?".

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari karya tulis ilmiah ini adalah mengidentifikasi dan menjelaskan implementasi asuhan keperawatan gerontik pada pasien lansia dengan stroke melalui latihan *Range of Motion* (ROM) di ruang Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan pengkajian kondisi klien lansia dengan stroke sebelum diberikan latihan *Range of Motion* (ROM) di ruang Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.
- b. Mendeskripsikan diagnosis keperawatan dan menentukan prioritas masalah pada lansia dengan stroke yang menjalani latihan *Range of Motion* (ROM).
- c. Mendeskripsikan intervensi keperawatan yang tepat dalam penerapan latihan *Range of Motion* (ROM) pada klien lansia dengan stroke.

- d. Mendeskripsikan implementasi asuhan keperawatan gerontik melalui latihan *Range of Motion* (ROM) pada klien lansia dengan stroke.
- e. Mendeskripsikan efektivitas latihan *Range of Motion* (ROM) dalam meningkatkan kekuatan otot klien lansia dengan stroke di ruang Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.

D. Manfaat Penulisan

1. Bagi Penulis

Penulis dapat menambah pengetahuan serta pengalaman secara nyata dalam melaksanakan dan mengelola asuhan keperawatan pada klien pasca stroke.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Karya tulis ilmiah ini mampu menjadikan bahan referensi untuk institusi pendidikan dalam meningkatkan pemahaman serta cara pengelolaan asuhan keperawatan pada klien pasca stroke.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil studi kasus ini mampu meningkatkan pengetahuan, pemahaman, dan pengelolaan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien stroke. Serta menjadikan bahan pertimbangan dalam meningkatkan mutu keperawatan.

4. Bagi Rumah Pelayanan Sosial

Hasil studi kasus ini mampu menjadi salah satu dari contoh dilakukannya asuhan keperawatan pada klien pasca stroke.

5. Bagi Masyarakat

Hasil studi kasus ini diharapkan masyarakat mampu memahami dan menambah pengetahuan sekilas tentang stroke serta mampu mengaplikasikan implementasi tersebut secara mandiri.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam Bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit stroke dan asuhan keperawatan gerontik pada klien pasca stroke. Konsep penyakit akan dibahas mencakup definisi, etiologi, faktor risiko, serta dampaknya terhadap fungsi tubuh. Selain itu, pembahasan juga mencakup masalah-masalah yang sering muncul pada lansia pasca stroke, serta implementasi latihan *Range of Motion* (ROM) dalam meningkatkan mobilitas dan mencegah komplikasi akibat imobilisasi. Asuhan keperawatan akan dijelaskan dalam tahapan pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, dengan fokus pada terapi ROM sebagai bagian dari rehabilitasi pasien pasca stroke.

A. Konsep Dasar Lanjut Usia

1. Pengertian

Menurut World Health Organization (WHO), lanjut usia adalah individu yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Lansia termasuk dalam kelompok usia yang berada pada tahap akhir kehidupan. Pada tahap ini, seseorang mengalami proses penuaan atau *aging process*.

Lanjut usia adalah proses alami yang terjadi pada seseorang karena telah memasuki tahap akhir dalam siklus kehidupan manusia yang ditandai dengan berbagai perubahan baik secara fisik, mental, maupun sosial. Perkembangan manusia terdiri dari beberapa tahap, mulai dari bayi hingga masa tua. Proses penuaan terjadi secara bertahap dan alami, yang menyebabkan penurunan fungsi jaringan tubuh, sehingga

kemampuan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan fungsi organ semakin berkurang. Seiring bertambahnya usia, individu mengalami perubahan dalam berbagai sistem tubuh, seperti sistem saraf, kardiovaskular, pernapasan, dan muskuloskeletal, yang dapat memengaruhi aktivitas sehari-hari dan kualitas hidup. Dengan demikian, lanjut usia merupakan fase kehidupan yang tidak dapat dihindari dan memerlukan adaptasi baik secara fisik maupun psikososial untuk menjaga kualitas hidup (Putri, 2021).

Pada usia 60 tahun ke atas, seseorang memasuki fase akhir proses penuaan yang berpengaruh pada aspek biologis, ekonomi, dan sosial. Secara biologis, lansia mengalami penuaan berkelanjutan yang ditandai dengan melemahnya daya tahan tubuh serta meningkatnya risiko terkena penyakit.

2. Batasan Usia Lansia

Menurut Riadi (2020), terdapat beberapa versi klasifikasi kelompok lanjut usia. Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization atau WHO) membagi lansia ke dalam empat kelompok berdasarkan rentang usia, yaitu:

- a. Usia pertengahan (middle age): 45–59 tahun.
- b. Lanjut usia (elderly): 60–74 tahun.
- c. Lanjut usia tua (old): 75–90 tahun.
- d. Usia sangat tua (very old): 90 tahun ke atas.

Sementara itu, menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, lanjut usia dikategorikan ke dalam tiga kelompok, yaitu:

a. Virilitas (prasenium)

Masa persiapan menuju lanjut usia yang ditandai dengan kematangan jiwa, biasanya terjadi pada usia 55–59 tahun.

b. Usia lanjut dini (senences)

Kelompok individu yang baru memasuki tahap lanjut usia, yaitu 60–64 tahun.

c. Lansia berisiko tinggi

Kelompok usia di atas 64 tahun yang rentan mengalami penyakit degeneratif.

3. Ciri-Ciri Lansia

Menurut Pakki et al. (2022), terdapat beberapa ciri utama yang menggambarkan kondisi lansia:

a. Mengalami Kemunduran Fisik dan Psikologis

Lansia umumnya mengalami penurunan fungsi fisik dan mental. Tingkat kemunduran ini dipengaruhi oleh motivasi individu, di mana lansia dengan motivasi rendah cenderung mengalami kemunduran lebih cepat, sedangkan lansia yang tetap memiliki semangat hidup dapat memperlambat proses penuaan.

b. Menjadi Bagian dari Kelompok Minoritas

Lansia sering dianggap sebagai kelompok minoritas dalam masyarakat. Kurangnya tenggang rasa terhadap mereka dapat menimbulkan pandangan negatif dari lingkungan sekitar.

c. Mengalami Perubahan Peran Sosial

Seiring bertambahnya usia, lansia diharapkan mampu menyesuaikan peran mereka dalam masyarakat. Jika sebelumnya mereka memiliki posisi penting, maka dengan menurunnya kemampuan fisik dan mental, mereka perlu menyesuaikan peran tersebut secara sadar dan sukarela.

d. Kesulitan dalam Penyesuaian Diri

Sikap dan perlakuan kurang baik dari lingkungan sekitar dapat membuat lansia memiliki konsep diri yang negatif. Misalnya, ketika mereka tidak dilibatkan dalam pengambilan keputusan dalam keluarga karena dianggap memiliki pandangan yang sudah ketinggalan zaman, hal ini dapat menyebabkan perasaan terasing dan kecenderungan untuk menarik diri dari interaksi sosial.

4. Perubahan yang Terjadi Pada Lansia

Penuaan pada lansia berdampak pada berbagai aspek kehidupan mereka. Menurut Susanto et al. (2023), perubahan yang terjadi pada lansia meliputi aspek fisik, psikososial, dan kognitif:

a. Perubahan Fisik

1) Sel

Jumlah sel mengalami penurunan, ukurannya membesar, serta terjadi pengurangan cairan tubuh dan cairan intraseluler.

2) Sistem Pernapasan

Otot pernapasan melemah dan menjadi kaku, elastisitas paru menurun, serta kapasitas residu meningkat sehingga bernapas menjadi lebih sulit. Selain itu, terjadi pelebaran dan pengurangan jumlah alveoli, kemampuan batuk melemah, dan penyempitan bronkus.

3) Sistem Kardiovaskular

Katup jantung menjadi lebih tebal dan kaku, kemampuan jantung dalam memompa darah menurun, elastisitas pembuluh darah berkurang, serta terjadi peningkatan resistensi pembuluh darah perifer yang berkontribusi pada meningkatnya tekanan darah.

Sistem kardiovaskuler dengan melihat ada atau tidaknya nyeri dada, ada atau tidaknya sesak napas, ada atau tidaknya edema. Seiring bertambahnya usia, struktur dan fungsi sistem kardiovaskular mengalami perubahan signifikan, seperti dinding pembuluh darah yang menjadi lebih kaku dan tekanan darah yang meningkat. Kapasitas jantung dalam memompa darah pun menurun, sehingga meningkatkan risiko gagal jantung. Lansia juga

memiliki risiko lebih tinggi mengalami hipertensi dan penyakit jantung koroner akibat penurunan elastisitas arteri dan perubahan pada miokardium. Faktor-faktor risiko seperti merokok, kurang olahraga, dan pola makan yang tidak sehat memperparah kondisi ini. Pencegahan melalui kontrol tekanan darah, diet sehat, dan aktivitas fisik rutin menjadi langkah penting menjaga kesehatan kardiovaskular lansia (Mizuhashi et al., 2020).

4) Sistem Saraf

Ukuran saraf pada panca indera mengecil sehingga respons terhadap rangsangan menjadi lebih lambat, terutama dalam menghadapi stres. Hilangnya lapisan myelin pada akson menyebabkan penurunan respons motorik dan refleks. Penuaan sistem saraf pusat dan perifer menyebabkan berkurangnya kecepatan transmisi impuls saraf serta penurunan jumlah dan fungsi neuron. Akibatnya, lansia mengalami perlambatan reaksi, gangguan keseimbangan, dan penurunan fungsi kognitif. Perubahan neurodegeneratif alami ini meningkatkan kerentanan terhadap penyakit seperti Alzheimer dan Parkinson, serta memperburuk kemampuan fungsional lansia. Selain itu, lansia menjadi lebih rentan terhadap depresi dan gangguan mood akibat perubahan neurotransmitter di otak, yang berdampak besar terhadap kualitas hidup sosial dan emosional mereka (Gauthier et al., 2020).

5) Pendengaran

Membran timpani mengalami penyusutan, yang berdampak pada gangguan pendengaran dan kekakuan tulang pendengaran.

6) Sistem Muskuloskeletal

Cairan dalam tulang berkurang sehingga tulang menjadi lebih rapuh, postur tubuh membungkuk, sendi membesar dan kaku, serta terjadi kram, tremor, dan pengerasan tendon. Seiring bertambahnya usia, terjadi penurunan massa dan kekuatan otot yang dikenal sebagai sarkopenia. Penurunan ini menyebabkan gangguan pada fungsi fisik lansia, seperti keterbatasan gerak, mudah jatuh, hingga ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri. Selain itu, proses degenerasi tulang seperti osteoporosis juga sering terjadi, meningkatkan risiko patah tulang akibat trauma kecil. Faktor-faktor yang mempercepat sarkopenia meliputi imobilisasi, malnutrisi, dan penyakit kronis. Prevalensi sarkopenia meningkat tajam setelah usia 60 tahun, dan berkontribusi terhadap meningkatnya angka kecacatan dan ketergantungan lansia. Pencegahan dini dengan aktivitas fisik teratur dan asupan protein yang adekuat sangat dianjurkan untuk memperlambat proses ini (Connolly et al., 2021). Sistem muskuloskeletal dengan melihat ada atau tidaknya fraktur, nyeri sendi, deformitas, dan mengukur skala kekuatan otot. Mengukur skala kekuatan otot dengan interpretasi : 5 = kekuatan otot normal,

4 = kekuatan otot mampu melakukan gerakan normal tetapi tidak bisa melawan tahanan maksimal, 3 = kekuatan otot mampu melakukan gerakan mengangkat ekstermitas / badan tetapi tidak bisa melawan tahanan sedang, 2 = kekuatan otot mampu melakukan gerakan dua sendi /lebih tetapi tidak bisa melawan tahanan minimal, 1 = kekuatan otot hanya bisa menggerakkan ujung jari, 0 = kekuatan otot sama sekali tidak bisa digerakkan.

7) Penglihatan

Respon terhadap cahaya melemah, kemampuan beradaptasi dalam gelap menurun, akomodasi mata berkurang, lapang pandang menyempit, serta berisiko mengalami katarak.

8) Sistem Pencernaan

Esofagus melebar, produksi asam lambung berkurang, peristaltik usus menurun sehingga daya serap tubuh terhadap nutrisi juga berkurang. Lambung mengecil, dan fungsi organ pencernaan lainnya melemah, sehingga produksi hormon dan enzim berkurang.

9) Kulit

Kulit kehilangan elastisitasnya, produksi keringat menurun, serta rambut mulai memutih.

b. Perubahan Psikososial

1) Perubahan Peran Sosial

Penurunan kemampuan fisik, pendengaran, dan penglihatan dapat membuat lansia merasa terisolasi, menghindari interaksi sosial, bahkan cenderung mengurung diri, mudah menangis, dan mengalami kesepian.

2) Perubahan Kepribadian

Penurunan fungsi kognitif dan psikomotor menyebabkan perubahan dalam kepribadian lansia.

3) Perubahan Minat

Berbagai perubahan fisik berdampak pada minat lansia terhadap berbagai hal, seperti penampilan, kejadian di sekitar mereka, dan aktivitas rekreasi.

c. Perubahan Kognitif

1) Pemahaman

Kemampuan memahami informasi mengalami penurunan, yang berdampak pada konsentrasi dan fungsi pendengaran.

2) Daya Ingat

Proses penerimaan informasi melemah sehingga daya ingat berkurang, terutama pada memori jangka pendek, sementara memori jangka panjang tidak mengalami perubahan yang signifikan.

5. Proses Menua

Penuaan merupakan suatu perubahan bertahap yang terjadi secara alami sepanjang kehidupan manusia. Dalam proses ini, kemampuan jaringan tubuh untuk memperbaiki diri, menggantikan sel yang rusak, dan mempertahankan fungsi normalnya semakin menurun. Akibatnya, tubuh menjadi lebih rentan terhadap infeksi serta mengalami kesulitan dalam memulihkan kerusakan. Penuaan adalah proses yang tidak dapat dihindari, berlangsung terus-menerus, dan dialami oleh semua makhluk hidup, meskipun tingkat keparahannya dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti stres dan kondisi lingkungan (Ruswadi et al, 2022).

Proses menua ini dapat dijelaskan melalui berbagai teori yang menguraikan mekanismenya, diantaranya :

a. Teori Biologi

1) Teori Jam Genetik (*Genetic Clock Theory*)

Teori ini menyatakan bahwa penuaan terjadi akibat adanya mekanisme jam biologis dalam inti sel yang mengatur siklus kehidupan sel. Setiap spesies memiliki batas usia yang telah ditentukan secara genetik, dan ketika siklus ini mencapai akhirnya, sel kehilangan kemampuannya untuk melakukan pembelahan (mitosis). Akibatnya, fungsi sel menurun hingga akhirnya mati.

2) Teori Kesalahan (*Error Theory*)

Penuaan dapat disebabkan oleh kesalahan yang terjadi dalam proses metabolisme dan sintesis protein selama kehidupan individu. Kesalahan ini dapat berupa mutasi somatik yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan yang buruk. Gangguan dalam proses transkripsi DNA atau RNA serta sintesis protein dapat menyebabkan penurunan kualitas sel, yang pada akhirnya berdampak pada penurunan fungsi tubuh secara keseluruhan.

3) Teori Autoimun (*Autoimmune Theory*)

Seiring bertambahnya usia, sistem kekebalan tubuh mengalami penurunan fungsi. Mutasi yang terjadi berulang kali dapat menyebabkan sistem imun kehilangan kemampuannya dalam mengenali sel tubuh sendiri, sehingga meningkatkan risiko penyakit autoimun. Selain itu, perubahan pada sel limfosit-T dan limfosit-B juga menyebabkan penurunan kekebalan tubuh, membuat lansia lebih rentan terhadap infeksi, penyakit degeneratif, dan pertumbuhan sel kanker.

4) Teori Radikal Bebas (*Free Radical Theory*)

Radikal bebas, yang merupakan hasil sampingan dari proses metabolisme tubuh, memiliki dampak signifikan dalam mempercepat penuaan. Molekul ini memiliki elektron tidak berpasangan sehingga sangat reaktif, yang dapat merusak struktur DNA, protein, dan lemak dalam tubuh. Akumulasi

kerusakan akibat radikal bebas dapat menyebabkan degenerasi sel dan jaringan, yang pada akhirnya mempercepat proses penuaan.

5) Teori Rantai Silang (*Cross-Link Theory*)

Penuaan juga dikaitkan dengan adanya reaksi kimia yang mengakibatkan perubahan struktur seluler. Lemak, protein, karbohidrat, dan asam nukleat dapat mengalami perubahan akibat paparan zat kimia dan radiasi. Akibatnya, jaringan tubuh menjadi lebih kaku, elastisitasnya berkurang, dan fungsinya terganggu. Faktor stres dan beban kerja yang berlebihan juga berkontribusi terhadap percepatan proses penuaan.

6) Teori Penuaan Akibat Metabolisme (*Metabolic Theory of Aging*)

Proses penuaan juga dapat dipengaruhi oleh tingkat metabolisme tubuh. Penurunan asupan kalori dapat memperlambat laju metabolisme, yang berkontribusi pada perpanjangan usia. Selain itu, berkurangnya kadar hormon tertentu, seperti insulin dan hormon pertumbuhan, juga berperan dalam menghambat proliferasi sel serta memperlambat proses degenerasi tubuh.

b. Teori Kejiwaan Sosial

1) Teori Aktivitas (*Activity Theory*)

Menurut teori ini, lansia yang tetap aktif dan terlibat dalam berbagai aktivitas sosial akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Penuaan yang sukses terjadi ketika individu tetap mempertahankan interaksi sosial serta melanjutkan pola hidup yang stabil dan bermanfaat bagi kesejahteraan psikososialnya.

2) Teori Keberlanjutan (*Continuity Theory*)

Teori ini menjelaskan bahwa dasar kepribadian seseorang tidak banyak berubah seiring bertambahnya usia. Lansia akan menghadapi penuaan dengan cara yang sesuai dengan kepribadian serta pola perilaku yang telah mereka bentuk sepanjang hidupnya. Oleh karena itu, bagaimana seorang lansia menghadapi perubahan dalam kehidupannya sangat dipengaruhi oleh karakteristik kepribadian yang telah ada sebelumnya.

3) Teori Pelepasan (*Disengagement Theory*)

Teori ini mengungkapkan bahwa seiring bertambahnya usia, individu secara bertahap mulai menarik diri dari kehidupan sosial. Interaksi sosial mereka menurun, baik dari segi kualitas maupun kuantitas, yang dapat menyebabkan perasaan kehilangan peran, hambatan dalam membangun kontak sosial, serta berkurangnya keterlibatan dalam komunitas.

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Stroke adalah kondisi di mana aliran darah ke otak terhenti, biasanya akibat pecahnya atau tersumbatnya pembuluh darah otak, yang mengakibatkan berkurangnya pasokan oksigen dan nutrisi ke otak. Stroke ditandai dengan munculnya gejala klinis yang berkembang dengan cepat, berupa gangguan neurologis fokal maupun global, yang dapat memburuk dan berlangsung lebih dari 24 jam tanpa adanya penyebab lain selain faktor vascular (Dewi & Fitraneti, n.d. 2024). Stroke merupakan penyakit yang menyerang otak dan sangat berbahaya, karena otak berperan sebagai pusat pengendali seluruh fungsi tubuh. Kondisi ini dapat mengganggu sistem motorik manusia, menyebabkan gangguan dalam pergerakan dan koordinasi tubuh (Sutejo et al., 2023).

2. Etiologi

Stroke terjadi akibat penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah di otak, yang menghambat aliran darah dan oksigen menuju area tersebut. Kondisi ini dapat menyebabkan kerusakan hingga kematian sel saraf karena kekurangan suplai oksigen, sehingga bagian tubuh yang dikendalikan oleh saraf tersebut mengalami gangguan pergerakan. Stroke dapat berkembang secara tiba-tiba, bersifat progresif, dan berlangsung cepat, ditandai dengan defisit neurologis fokal akibat gangguan aliran darah atau pecahnya pembuluh darah di otak (Susilo et al., 2023).

Menurut American Heart Association (2021), faktor risiko stroke terbagi menjadi dua, yaitu yang dapat dikendalikan dan yang tidak dapat dikendalikan:

a. Faktor yang dapat dikendalikan

1) Hipertensi (tekanan darah tinggi)

Tekanan darah tinggi merupakan faktor utama terjadinya stroke. Peningkatan tekanan darah secara terus-menerus dapat menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah, sehingga meningkatkan risiko pecah atau sumbatan arteri di otak.

2) Kebiasaan merokok

Merokok merusak pembuluh darah dan mempercepat proses aterosklerosis (pengerasan pembuluh darah). Nikotin dan karbon monoksida juga dapat meningkatkan tekanan darah dan risiko penggumpalan darah.

3) Diabetes

Diabetes meningkatkan risiko stroke karena kadar gula darah yang tinggi dapat merusak pembuluh darah dari waktu ke waktu dan mempercepat terjadinya aterosklerosis.

4) Kolesterol tinggi

Kadar kolesterol total dan LDL yang tinggi memicu akumulasi plak lemak di dinding arteri (aterosklerosis). Hal ini mempersempit pembuluh darah otak dan mengurangi aliran darah, yang dapat menyebabkan stroke iskemik.

5) Kurangnya aktivitas fisik dan obesitas

Kurangnya aktivitas fisik menurunkan kebugaran jantung dan memperburuk kontrol metabolik. Obesitas juga berkaitan erat dengan hipertensi, dislipidemia, dan resistensi insulin, yang kesemuanya merupakan faktor risiko stroke.

6) Penyakit arteri karotis atau gangguan arteri lainnya

Penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah utama menuju otak, seperti arteri karotis, dapat mengganggu suplai darah dan memicu kejadian stroke, terutama jika disertai dengan bekuan darah.

7) Serangan iskemik sementara (TIA)

TIA adalah gangguan sementara aliran darah ke otak. Meskipun gejala dapat hilang sendiri, TIA merupakan tanda peringatan stroke yang lebih berat.

8) Penggunaan narkoba

Obat-obatan terlarang seperti kokain dan metamfetamin menimbulkan perubahan mendadak pada tekanan darah dan irama jantung, serta dapat menyebabkan vasospasme, yang semuanya berisiko memicu stroke akut.

9) Konsumsi alkohol

Minum alkohol secara berlebihan dapat mengganggu keseimbangan tekanan darah dan menimbulkan gangguan jantung

seperti fibrilasi atrium, yang berkontribusi pada peningkatan risiko stroke.

b. Faktor yang tidak dapat dikendalikan

1) Pertambahan usia

Seiring bertambahnya usia, struktur pembuluh darah menjadi lebih rapuh dan rentan terhadap kerusakan. Oleh karena itu, insiden stroke meningkat secara signifikan pada individu berusia lanjut.

2) Jenis kelamin

Perbedaan hormonal dan faktor biologis membuat pria cenderung menderita stroke pada usia muda, sementara pada wanita, risiko komplikasi dan mortalitas pasca stroke lebih tinggi, khususnya setelah menopause.

3) Faktor keturunan atau ras

Genetik keluarga mempengaruhi struktur dan respon pembuluh darah terhadap stres oksidatif; pada beberapa etnis tertentu, predisposisi genetik dan faktor sosial dan ekonomi turut berperan memperbesar insiden stroke.

4) Riwayat stroke sebelumnya

Kejadian stroke atau serangan iskemik transien di masa lalu menandakan adanya gangguan vaskular kronis, tanpa intervensi pencegahan sekunder yang memadai, risiko kambuhnya stroke akan jauh lebih tinggi.

3. Klasifikasi

Menurut Dwi Retnaningsih (2023), stroke terbagi menjadi dua jenis, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik.

a. Stroke Iskemik (Stroke Non-Hemoragik)

Stroke iskemik, atau yang juga disebut stroke non-hemoragik, terjadi akibat terganggunya aliran darah ke otak karena penyumbatan pembuluh darah tanpa adanya perdarahan. Jenis stroke ini paling sering terjadi dan terbagi menjadi dua:

1) Stroke Embolik

Terjadi ketika bekuan darah atau plak yang terbentuk di jantung atau arteri besar terbawa ke otak, menyebabkan penyumbatan.

2) Stroke Trombotik

Disebabkan oleh terbentuknya bekuan darah atau plak di dalam pembuluh arteri yang berfungsi mengalirkan darah ke otak.

b. Stroke Hemoragik (Stroke Berdarah)

Stroke hemoragik terjadi akibat perdarahan di otak yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah. Jenisnya meliputi:

1) Perdarahan Intracerebral

Terjadi ketika pembuluh darah pecah, menyebabkan darah memasuki jaringan otak. Hal ini mengakibatkan kematian sel otak dan dapat mengganggu fungsi otak. Hipertensi merupakan penyebab utama kondisi ini.

2) Perdarahan Subaraknoid

Terjadi ketika pembuluh darah yang berada di dekat permukaan otak pecah, sehingga darah mengalir di antara otak dan tulang tengkorak. Kondisi ini sering kali disebabkan oleh pecahnya aneurisma.

4. Tanda dan Gejala

Menurut (Maratning et al. 2021), tanda dan gejala stroke yaitu :

- a. Wajah tampak tidak simetris atau tertarik ke satu sisi.
- b. Sakit kepala hebat yang dapat disertai muntah.
- c. Mati rasa pada satu sisi tubuh atau sekitar mulut.
- d. Kelemahan atau kelumpuhan pada tangan dan kaki.
- e. Bicara pelo atau tidak jelas.
- f. Kehilangan keseimbangan saat berjalan.
- g. Senyum yang tampak miring.
- h. Kesulitan atau ketidakmampuan berbicara.
- i. Gangguan penglihatan mendadak pada salah satu atau kedua mata.

5. Patofisiologi

Faktor pencetus terjadinya stroke antara lain hipertensi, diabetes mellitus (DM), penyakit jantung, serta beberapa faktor lain seperti merokok, stres, gaya hidup yang tidak sehat, obesitas, dan peningkatan kadar kolesterol. Faktor-faktor tersebut dapat menyebabkan penumpukan lemak dalam darah, sehingga pembuluh darah mengalami penyumbatan yang berujung pada infark dan iskemik. Infark merupakan kondisi

kematian jaringan, sedangkan iskemik adalah keadaan di mana suplai oksigen ke jaringan berkurang. Hal ini dapat menyebabkan aterosklerosis, yaitu penyempitan pembuluh darah yang menghambat aliran darah ke otak dan berisiko menyebabkan stroke non-hemoragik. Selain itu, kekakuan pembuluh darah akibat aterosklerosis juga dapat meningkatkan risiko pecahnya pembuluh darah, yang dapat memicu stroke hemoragik.

Stroke terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak yang menyebabkan kekurangan oksigen dan nutrisi, sehingga memicu kematian sel dan gangguan fungsi neurologis. Aliran darah ke otak dikendalikan oleh arteri karotis interna dan arteri vertebralis yang membentuk sirkulus willis. Gangguan ini dapat berupa penyumbatan pembuluh darah atau pecahnya pembuluh darah. Stroke iskemik disebabkan oleh sumbatan akibat trombus atau emboli yang menghambat aliran darah ke otak. Trombus terjadi karena aterosklerosis yang menyebabkan penyempitan pembuluh darah, sedangkan emboli berasal dari bekuan darah atau material lain yang berpindah dari bagian tubuh lain ke otak. Kondisi ini mengakibatkan jaringan otak mengalami hipoksia, stres oksidatif, gangguan keseimbangan ion, dan eksitotoksisitas glutamat, yang berujung pada kematian sel saraf dan peradangan. Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah pecah, menyebabkan perdarahan yang meningkatkan tekanan di dalam otak dan merusak jaringan saraf. Perdarahan ini dapat terjadi di dalam otak atau di ruang subaraknoid. Faktor utama yang memicu kondisi ini adalah tekanan darah tinggi, kelainan pembuluh darah,

dan penggunaan obat pengencer darah. Perdarahan yang terjadi dapat menimbulkan efek toksik pada jaringan saraf, mengganggu sawar darah-otak, dan memicu reaksi inflamasi yang semakin memperparah kerusakan otak. Baik stroke iskemik maupun hemoragik menyebabkan serangkaian proses patologis yang kompleks, termasuk gangguan metabolisme energi, peradangan, serta disfungsi sawar darah-otak, yang berkontribusi terhadap kerusakan jaringan otak dan gangguan fungsi neurologis (Kuriakose & Xiao, 2020).

6. Komplikasi

Menurut Maria (2021), komplikasi stroke meliputi:

- a. Hemiparesis dan hemiplegia : Kelemahan atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh yang dapat terjadi setelah stroke.
- b. Afasia : Gangguan dalam kemampuan berkomunikasi.
- c. Disartria : Gangguan artikulasi yang menyebabkan kesulitan dalam berbicara.
- d. Disfagia : Kesulitan menelan akibat gangguan pada saraf kranial yang berperan dalam membuka mulut, menggerakkan lidah, serta mengenali jumlah dan kualitas makanan yang ditelan.
- e. Apraksia : Gangguan yang memengaruhi kemampuan melakukan gerakan motorik kompleks.
- f. Gangguan penglihatan : Termasuk hemianopia homonim dan sindrom horner.

- g. Agnosia : Gangguan dalam mengenali objek melalui indera penglihatan atau pendengaran.
- h. Negleksi unilateral : Ketidakmampuan merespons rangsangan pada sisi tubuh yang berlawanan dengan bagian otak yang mengalami infark.
- i. Gangguan sensorik : Seperti kebas, kesemutan, dan hilangnya sensasi pada bagian tubuh tertentu.
- j. Perubahan perilaku dan komplikasi lain : Termasuk inkontinensia, trombosis vena dalam (TVD), serta risiko penggumpalan darah pada tungkai yang mengalami kelumpuhan.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Medis menurut Larissa P, et al. (2022), Penatalaksanaan medis stroke terdiri dari penanganan umum dan tindakan pembedahan, yaitu :

a. Penanganan Umum

1) Fase Akut

- a) Menjaga jalan napas tetap terbuka, memberikan oksigen, serta menggunakan ventilator jika diperlukan.
- b) Memantau tekanan intrakranial untuk menghindari peningkatan yang dapat memperburuk kondisi pasien.
- c) Mengawasi fungsi pernapasan melalui analisis gas darah.
- d) Memeriksa kondisi jantung dan tanda-tanda vital, serta melakukan pemeriksaan elektrokardiografi (EKG).

- e) Mengevaluasi keseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh.
- f) Mengendalikan kejang dengan pemberian obat antikonvulsan serta mencegah risiko cedera akibat kejang.
- g) Memasang selang nasogastrik (NGT) guna mengurangi tekanan pada lambung dan memastikan pasien mendapatkan nutrisi yang cukup.
- h) Mencegah terbentuknya emboli paru dan tromboflebitis dengan pemberian antikoagulan.
- i) Memantau kondisi neurologis, seperti tingkat kesadaran, respons pupil, fungsi motorik dan sensorik, saraf kranial, serta refleks tubuh.

2) Fase Rehabilitasi

- a) Memastikan pasien mendapatkan nutrisi yang cukup untuk mendukung pemulihan.
- b) Mengelola fungsi kandung kemih dan usus agar tetap optimal.
- c) Menjaga keseimbangan tubuh serta melakukan latihan gerakan sendi (Range of Motion/ROM) guna mencegah kekakuan otot.
- d) Mencegah tekan dengan menjaga kebersihan dan kesehatan kulit.
- e) Membantu pasien dalam berkomunikasi secara efektif.
- f) Memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari pasien.
- g) Mempersiapkan pasien agar dapat kembali ke rumah dengan perawatan yang sesuai.

b. Tindakan Pembedahan

Pembedahan dilakukan pada pasien dengan perdarahan otak yang berukuran lebih dari 3 cm atau memiliki volume lebih dari 50 ml. Tindakan ini bertujuan untuk mengurangi tekanan di dalam otak (dekompresi). Selain itu, prosedur pemasangan pintasan ventrikulo-peritoneal dapat dilakukan pada pasien dengan hidrosefalus obstruktif akut.

1) Terapi Medis

Terapi obat yang diberikan bergantung pada jenis stroke yang dialami pasien.

a) Stroke Iskemik

(1) Menggunakan trombolitik rt-PA (recombinant tissue plasminogen activator) untuk membantu melarutkan bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah otak.

(2) Memberikan obat jantung seperti digoksin untuk mengatasi aritmia, serta antihipertensi seperti kaptopril, beta-blocker, dan antagonis kalsium pada pasien dengan tekanan darah tinggi.

b) Stroke Hemoragik

(1) Memberikan obat antihipertensi, seperti kaptopril dan antagonis kalsium, guna mengontrol tekanan darah.

(2) Menggunakan diuretik seperti manitol 20% dan furosemid untuk mengurangi tekanan dalam otak.

- (3) Memberikan antikonvulsan seperti fenitoin untuk mengatasi kejang pada pasien stroke hemoragik.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengkajian Keperawatan

1) Identitas

Data identitas mencakup nama pasien, usia, agama, tingkat pendidikan terakhir, kontak keluarga terdekat, alamat, nomor telepon, serta tanggal masuk ke panti pelayanan sosial.

2) Keluhan utama

Klien sering mencari pertolongan medis karena mengalami keluhan utama, seperti kesulitan bergerak, gangguan bicara, hambatan komunikasi, atau penurunan kesadaran, yang dianggap sebagai masalah kesehatan paling mengganggu.

3) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar. selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi.

4) Riwayat kesehatan yang lalu

Riwayat kesehatan terdahulu meliputi hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, dan anemia. Selain itu, terdapat faktor lain seperti

riwayat trauma kepala, penggunaan kontrasepsi oral dalam jangka waktu lama, serta konsumsi obat-obatan seperti antikoagulan, aspirin, vasodilator, dan zat adiktif. Kegemukan juga dapat menjadi faktor yang memengaruhi kondisi kesehatan klien.

5) Riwayat kesehatan keluarga

Pada umumnya, anggota keluarga dari generasi sebelumnya memiliki riwayat hipertensi, diabetes melitus, atau stroke.

6) Riwayat psikososial

Kondisi ini membutuhkan biaya yang besar untuk pengobatan secara menyeluruh, mencakup pemeriksaan, pengobatan, serta perawatan berkelanjutan. Beban finansial yang tinggi dapat memengaruhi stabilitas emosional dan mental lansia serta keluarganya, yang berpotensi berdampak pada kesejahteraan dan kualitas hidup mereka.

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Kesadaran : klien biasanya mengalami kesadaran composmentis.
- 2) TTV (tanda-tanda vital) : Tanda-tanda vital (TTV) meliputi suhu, tekanan darah, nadi, dan pernapasan.
- 3) Pemeriksaan dan kebersihan perorangan : mencakup kondisi klien saat dilakukan pengkajian dan pemeriksaan, serta kebersihan lingkungan sekitar klien.

4) Pemeriksaan sistem tubuh

- a) Pemeriksaan sistem persyarafan : mencakup kesimetrisan wajah dan tingkat kesadaran.
- b) Mata: kejernihan penglihatan, pergerakan mata, serta tidak adanya katarak.
- c) Pupil : ketajaman penglihatan dan kesamaan ukuran
- d) Pendengaran : Menggunakan alat bantu atau tidak, adanya rasa nyeri atau tidak, serta keberadaan serumen dan tinnitus atau tidak.
- e) Sistem kardiovaskular : menilai ada atau tidaknya pembengkakan vena jugularis serta keberadaan edema.
- f) Pemeriksaan sistem gastrointestinal : kondisi gigi dan rongga mulut, auskultasi bising usus, palpasi perut untuk menilai ada atau tidaknya kembung, keberadaan diare atau konstipasi, status gizi, serta adanya mual, muntah, atau kesulitan mengunyah dan menelan.
- g) Pemeriksaan sistem genitourinaria : mencakup warna dan bau urine, frekuensi berkemih, keseimbangan cairan (intake dan output), serta keberadaan nyeri saat buang air kecil.
- h) Sistem integumen atau kulit : pemeriksaan kulit meliputi suhu, tingkat kelembapan, perubahan pigmen, kondisi kuku, kondisi rambut, serta ada atau tidaknya luka.

- i) Sistem musculoskeletal : mencakup penilaian kekuatan kaki, kelancaran pergerakan sendi, penggunaan alat bantu gerak, adanya keterbatasan gerak, kekuatan otot, kemampuan berjalan, serta adanya kelumpuhan.

c. Pemeriksaan Psikologis

Pertanyaan pemeriksaan psikologis menurut Ayu M. P. & Dody S. (2020) meliputi:

- 1) Bagaimana sikap lansia terhadap masa depan.
- 2) Apakah lansia memiliki pandangan optimis terhadap kehidupan.
- 3) Apakah lansia mudah beradaptasi dengan lingkungan dan perubahan.
- 4) Apa harapan lansia untuk saat ini dan di masa mendatang.
- 5) Pengkajian fungsi kognitif juga diperlukan, mencakup daya ingat, proses berpikir, orientasi, suasana perasaan, dan kemampuan dalam menyelesaikan masalah.

d. Pemeriksaan Sosial Ekonomi

Pertanyaan pemeriksaan sosial ekonomi menurut Ayu M. P. & Dody S. (2020) meliputi:

- 1) Bagaimana pendapat lansia mengenai lingkungan sekitarnya.
- 2) Seberapa sering lansia berinteraksi dengan orang lain.
- 3) Seberapa besar tingkat ketergantungan lansia terhadap orang lain.

e. Pemeriksaan Spiritual

Pertanyaan pemeriksaan spiritual menurut Nansy D. P. & Gitalia P. M. (2022) meliputi:

- 1) Apakah lansia secara teratur menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinannya.
- 2) Apakah lansia rutin mengikuti atau aktif dalam kegiatan keagamaan.

f. Pengkajian Status Fungsional dan Pengkajian Status Kognitif

1) Pengkajian status fungsional

a) Indeks katz

berfokus pada aktivitas kehidupan sehari-hari lansia di lingkungan rumah pelayanan sosial, yang mencakup mandi, berpakaian, berpindah tempat, toileting, kontinensia, dan makan. Kemandirian berarti mampu melakukan semua aktivitas tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan aktif dari orang lain. Pengkajian ini dapat mengevaluasi kemampuan fungsional lansia dalam menjalani kehidupan sehari-hari (Sulaiha et al., 2022).

b) Pengkajian status kognitif

SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire) adalah salah satu alat pemeriksaan sederhana yang digunakan secara luas untuk menilai status mental. Pemeriksaan ini terdiri dari 10 pertanyaan yang berkaitan dengan orientasi, riwayat

pribadi, ingatan jangka pendek, ingatan jangka panjang, dan kemampuan berhitung (Nansy D P, & Gitalia P M, 2022).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, ringkas, dan pasti mengenai kondisi kesehatan klien yang dapat diatasi melalui intervensi keperawatan. Dengan demikian, diagnosa keperawatan memberikan gambaran tentang masalah dan status kesehatan klien, baik yang sedang terjadi (aktual) maupun yang berisiko terjadi (potensial). Penentuan diagnosa ini didasarkan pada hasil pengkajian dan penelitian yang merujuk pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) terkait masalah stroke (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan menjadi landasan penting dalam pemberian asuhan keperawatan yang tepat untuk membantu klien mencapai kondisi kesehatan yang optimal. Oleh karena itu, diperlukan standar diagnosis keperawatan yang berlaku secara nasional, berdasarkan pedoman yang telah ditetapkan dan diakui secara resmi (Khotimah et al., 2023).

Diagnosa keperawatan yang ditemukan berdasarkan penelitian oleh Khotimah et al. (2023) adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
- b. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan.
- c. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular.

- d. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.
- e. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
- f. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan hipertensi.
- g. Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (proses penyakit).

3. Intervensi Keperawatan

Kriteria hasil dan Intervensi keperawatan berdasarkan SDKI dan SIKI (PPNI, 2018)

a. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)

Definisi : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri.

Tujuan : Mobilitas fisik meningkat

Kriteria Hasil :

- 1) Pergerakan ekstermitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Nyeri menurun
- 5) Kecemasan menurun
- 6) Kaku sendi menurun
- 7) Gerakan tidak terkoordinasi

- 8) Gerakan terbatas
- 9) Kelemahan fisik menurun

Intervensi : Dukungan Mobilisasi (05173)

Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.
- 5) Terapeutik
- 6) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur).
- 7) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.
- 8) Edukasi
- 9) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.
- 10) Anjurkan mobilisasi dini.
- 11) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur kekursi.

**b. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
(D.0055)**

Definisi : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

Tujuan : Pola tidur membaik

Kriteria Hasil :

- 1) Keluhan sulit tidur meningkat
- 2) Keluhan sering terjaga meningkat
- 3) Keluhan tidak puas tidur meningkat
- 4) Keluhan pola tidur berubah meningkat
- 5) Keluhan istirahat tidak cukup meningkat

Intervensi : Dukungan Tidur (1.05174)

Observasi

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur.
- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologis).
- 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur).
- 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi.

Terapeutik

- 1) Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur).
- 2) Batasi waktu tidur siang.

- 3) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur
- 4) Tetapkan jadwal tidur rutin.
- 5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan.
- 6) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan tindakan untuk menunjang siklus tidur.

Edukasi

- 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.
- 2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.
- 3) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.
- 4) Anjurkan penggunaan obat tidur yang mengandung supresor terhadap tidur REM.
- 5) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap pola tidur.
- 6) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologis lainnya.

c. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular (D.0109)

Definisi : ketidakmampuan dalam melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Tujuan : Perawatan diri meningkat

Kriteria Hasil :

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat

- 3) Kemampuan makan meningkat
- 4) Kemampuan ketoilet (BAB/BAK) meningkat
- 5) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat
- 6) Mempertahankan kebersihan mulut meningkat

Intervensi : Dukungan Perawatan Diri (1.11348)

Objektif

- 1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.
- 2) Monitor tingkat kemandirian.
- 3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan.

Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)
- 2) Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi dan sabun mandi).
- 3) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.
- 4) Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan.
- 5) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.
- 6) Jadwalkan rutinitas perawatan diri.

Edukasi

- 1) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan.

d. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral (D.0119)

Definisi : Penurunan, perlambatan, atau ketiadaan kemampuan untuk menerima, memproses, mengirim, dan/atau menggunakan sistem simbol.

Tujuan : Kemampuan komunikasi verbal meningkat

Kriteria Hasil :

- 1) Afasia menurun
- 2) Disfasia menurun
- 3) Apraksia menurun
- 4) Pelo menurun

Intervensi : Defisit bicara (I.13492)

Observasi

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara
- 2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa)
- 3) Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
- 4) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

Terapeutik

- 1) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
 - 2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri didepan pasien, dengarkan dengan seksama tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
 - 3) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
 - 4) Ulangi apa yang disampaikan pasien
 - 5) Berikan dukungan psikologis
 - 6) Gunakan juru bicara, jika perlu
- Edukasi
- 1) Anjurkan berbicara perlahan.
 - 2) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara.
- Kolaborasi

e. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak

atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Tujuan : Tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil :

- 1) Frekuensi nadi membaik
- 2) Pola nafas membaik
- 3) Keluhan nyeri menurun
- 4) Meringis menurun
- 5) Gelisah menurun
- 6) Kesulitan tidur menurun

Intervensi : Manajemen nyeri (I.08238)

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- 2) Identifikasi skala nyeri.
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal.
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik.

Terapeutik

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain).
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur.
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri.
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

f. **Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan hipertensi (D.0017)**

Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

Tujuan : tidak terjadi risiko perfusi serebral tidak efektif.

Kriteria Hasil :

- 1) Tekanan intrakranial menurun
- 2) Sakit kepala menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Kecemasan menurun
- 5) Agitasi menurun

Intervensi : Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial
(I.09325)

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral).
- 2) Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun).
- 3) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure).
- 4) Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu.
- 5) Monitor PAWP, jika perlu.
- 6) Monitor PAP, jika perlu.
- 7) Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia.
- 8) Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure).
- 9) Monitor gelombang ICP.
- 10) Monitor status pernapasan.
- 11) Monitor intake dan output cairan.
- 12) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi).

Terapeutik

- 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang.
- 2) Berikan posisi semi Fowler.
- 3) Hindari manuver Valsava.
- 4) Cegah terjadinya kejang.
- 5) Hindari penggunaan PEEP.
- 6) Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- 7) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal
- 8) Pertahankan suhu tubuh normal

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
- 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

g. Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (proses penyakit).

Definisi : Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu.

Tujuan : citra tubuh meningkat

Kriteria Hasil :

- 1) Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun.
- 2) Verbalisasi kekhawatiran pada reaksi oranglain menurun.
- 3) Melihat bagian tubuh membaik.

- 4) Menyentuh bagian tubuh membaik.

Intervensi : Promosi Citra Tubuh (I.09305)

Observasi

- 1) Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan
- 2) Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait citra tubuh

- 3) Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial

- 4) Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri

- 5) Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah

Terapeutik

- 1) Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya
- 2) Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri
- 3) Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan dan penuaan
- 4) Diskusikan kondisi stress yang mempengaruhi citra tubuh (mis. penyakit, pembedahan)

- 5) Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis

- 6) Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh

Edukasi

- 1) Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh

- 2) Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh
- 3) Anjurkan menggunakan alat bantu (mis. pakaian, wig, kosmetik)
- 4) Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis. kelompok sebaya)
- 5) Latih fungsi tubuh yang dimiliki
- 6) Latih peningkatan penampilan diri (mis. berdandan)
- 7) Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok.

4. Tindakan Keperawatan

Latihan *Range of Motion* (ROM) merupakan serangkaian gerakan yang dilakukan secara sistematis pada bagian sendi dengan tujuan untuk meningkatkan kekuatan otot serta mempertahankan fungsi gerak. ROM dapat diterapkan secara aman sebagai salah satu bentuk terapi pada klien pascastroke karena memberikan dampak positif secara fisik. Selain itu, latihan ini bersifat ringan, mudah dipelajari dan diingat oleh klien, serta dapat dilakukan secara mandiri. Hal ini menjadikan ROM sebagai salah satu intervensi keperawatan yang efektif dalam proses rehabilitasi klien pascastroke (Setyawati & Retnaningsih, 2024).

Latihan *Range of Motion* (ROM) dapat mencegah penurunan fleksibilitas dan kekakuan pada sendi. Latihan fisik sangat penting dilakukan oleh pasien pascastroke, dengan tujuan untuk mengevaluasi kemampuan sendi, tulang, dan otot dalam melakukan gerakan, memperbaiki tonus otot, mempersiapkan otot untuk latihan, mencegah

kekakuan sendi, memperlancar sirkulasi darah, serta mencegah terjadinya kelainan bentuk tubuh (Mauliddiyah et al., 2022).

Latihan *Range of Motion* (ROM) terbukti efektif dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke. ROM merupakan latihan yang dilakukan dengan tujuan mempertahankan atau meningkatkan kemampuan menggerakkan sendi secara normal dan maksimal. Melalui latihan ini, massa otot dan tonus otot dapat ditingkatkan, sehingga berkontribusi pada proses pemulihan fungsi motorik klien (Faridah et al. 2022).

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa latihan *Range of Motion* (ROM) merupakan suatu tindakan keperawatan nonfarmakologis yang dilakukan melalui serangkaian gerakan sistematis pada persendian. Latihan ini bertujuan untuk mempertahankan dan meningkatkan fungsi gerak, kekuatan otot, serta mencegah kekakuan sendi, khususnya pada pasien pascastroke. ROM dapat dilakukan secara aman, mandiri, dan berulang, sehingga menjadi salah satu intervensi efektif dalam proses rehabilitasi untuk mendukung pemulihan fungsi motorik klien.

a. Indikasi penting latihan *Range of Motion* (ROM) yaitu:

- 1) Pasien pascastroke yang mengalami kelemahan atau kelumpuhan anggota gerak.
- 2) Pasien tirah baring lama untuk mencegah kekakuan sendi dan atrofi otot.

- 3) Pasien lansia dengan penurunan mobilitas akibat proses degeneratif.
- 4) Pasien dengan keterbatasan gerak sendi akibat cedera atau penyakit sistem otot dan saraf.
- 5) Pasien dalam program rehabilitasi untuk meningkatkan fungsi motorik dan kemandirian.

b. Prinsip dasar Latihan ROM yaitu:

- 1) ROM harus diulang sekitar 8 kali dan dikerjakan minimal 2 kali sehari.
- 2) ROM dilakukan perlahan dan hati-hati sehingga tidak melelahkan klien.
- 3) Dalam merencanakan program Latihan ROM, perhatikan umur klien, diagnosis, tanda vital dan lamanya tirah baring.
- 4) Bagian-bagian tubuh yang dapat dilakukan latihan ROM adalah leher, jari, lengan, siku, bahu, tumit, kaki dan pergelangan kaki.
- 5) ROM dapat dilakukan pada semua persendian atau hanya pada bagian-bagian yang dicurigai mengalami proses penyakit.

c. Prosedur Intervensi

Standar operasional prosedur latihan *Range of Motion* (ROM) adalah sebagai berikut :

1) **Tahap Pra Intraksi**

- a) Mencek program terapi
- b) Mencuci tangan

- c) Mengidentifikasi pasien dengan benar
- d) Menyiapkan dan mendekatkan alat

2) Tahap Orientasi

- a) Salam, sapa, perkenalan diri
- b) Melakukan kontrak
- c) Menjelaskan tujuan
- d) Menjelaskan prosedur
- e) Menanyakan kesiapan dan Kerjasama

3) Tahap Kerja

- a) Menjaga privacy
- b) Mengajak pasien membaca basmallah
- c) Menghangatkan sendi yang akan dilatih
- d) Gerakan bahu

(1) Flexi dan extensikan bahu

Gerakkan lengan ke atas menuju kepala tempat tidur, kembalikan ke posisi sebelumnya.

(2) Abduksikan bahu

Gerakkan lengan menjauhi tubuh dan menuju kepala pasien sampai lengan di atas kepala.

(3) Addukasikan bahu

Gerakkan lengan pasien ke atas tubuhnya sampai tangan yang bersangkutan menyentuh tangan di sebelahnya.

(4) Rotasikan bahu internal dan eksternal

Letakkan lengan di samping tubuh pasien sejajar dengan bahu siku membentuk sudut 90° dengan Kasur. Gerakkan lengan ke bawah hingga telapak tangan menyentuh kasur, kemudian gerakkan ke atas hingga punggung tangan menyentuh bed.

e) Gerakan siku

(1) Flexi dan extensikan siku

Bengkokkan siku hingga jari-jari tangan menyentuh dagu, kemudian luruskan kembali ke tempat semula.

(2) Pronasi dan supinasikan siku

Genggam tangan pasien seperti orang yang sedang berjabat tangan. Kemudian putar telapak tangan pasien ke bawah dan ke atas, pastikan hanya terjadi pergerakan siku, bukan bahu.

f) Gerakan pergelangan tangan

(1) Flexi pergelangan tangan

Genggam telapak dengan satu tangan, tangan yang lainnya menyangga lengan bawah. Bengkokkan pergelangan tangan ke depan.

(2) Extensi pergelangan tangan

Dari posisi fleksi, tegakkan kembali pergelangan tangan ke posisi semula. Jika melewati posisi lurus maka disebut hiperextensi.

(3) Flexi radial/radial deviation (abduksi)

Bengkokkan pergelangan tangan secara lateral menuju ibu jari.

(4) Flexi ulnar/ulnar deviation (adduksi)

Bengkokkan pergelangan tangan secara lateral menuju jari kelingking.

g) Gerakan jari-jari tangan

(1) Flexi

(2) Extensi

(3) Hiperextensi

(4) Abduksi

(5) Adduksi

(6) Oposisi

h) Gerakan pinggul dan lutut

(1) Flexi dan extensi lutut dan pinggul

(2) Abduksi dan adduksi kaki

(3) Rotasi pinggul internal dan eksternal

i) Gerakan telapak dan pergelangan kaki

(1) Dorsalflexi telapak kaki

Letakkan satu tangan di bawah tumit. Tekan kakipasien dengan lengan perawat untuk menggerakkannya ke arah kaki.

(2) Plantar flexi telapak kaki

Letakkan satu tangan pada punggung kaki dan tangan yang lainnya berada pada tumit. Dorong telapak kaki menjauh dari kaki.

(3) Flexi dan extensi jari-jari kaki

Letakkan satu tangan pada punggung kaki pasien, letakkan tangan yang lainnya pada pergelangan kaki. Bengkokkan jari-jari kaki ke bawah, kembalikan lag pada posisi semula.

(4) Inversi dan eversi telapak kaki

Letakkan satu tangan di bawah tumit, dan tangan yang lainnya di atas punggung kaki. Putar telapak kaki ke dalam kemudian keluar.

j) Gerakan leher

(1) Flexi dan extensikan leher

Letakkan satu tangan di bawah kepala pasien dan tangan yang lainnya diatas dagu. Gerakkan kepala ke depan sampai menyentuh dada, kemudian kembalikan ke posisi semula tanpa disangga oleh bantal.

(2) Flexi lateral leher

Letakkan kedua tangan pada pipi pasien. Gerakkan kepala pasien ke arah kanan dan kiri.

k) Gerakan-gerakan hiperextensi

(1) Hiperextensi leher

Letakkan satu tangan di atas dahi, tangan lainnya pada kepala bagian belakang. Gerakkan kepala ke belakang.

(2) Hiperextensi bahu

Letakkan satu tangan di atas bahu pasien dan tangan yang lainnya di di bawah siku. Tarik lengan atas ke atas dan ke belakang.

(3) Hiperextensi pinggul

Letakkan satu tangan di atas pinggul, tangan yang lainnya menyangga kaki bagian bawah. Gerakkan kaki ke belakang dari persendian pinggul.

4) **Tahap Terminasi**

- a) Mengevaluasi tindakan yang dilakukan.
- b) Menyampaikan rencana tindak lanjut.
- c) Mengajak pasien membaca hamdalah.
- d) Berpamitan dan menyampaikan kontrak.
- e) Membereskan dan mengembalikan alat.
- f) Mencuci tangan.
- g) Mencatat dalam catatan keperawatan.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan Studi Kasus

Studi kasus adalah metode penelitian di mana peneliti mendalami suatu fenomena (kasus) yang terjadi dalam kurun waktu tertentu serta dalam konteks suatu aktivitas (seperti program, peristiwa, proses, institusi, atau kelompok sosial). Peneliti mengumpulkan data secara rinci dan mendalam dengan berbagai teknik selama periode waktu yang telah ditetapkan. Tujuan studi kasus adalah untuk memahami individu secara mendalam untuk membantu individu mencapai penyesuaian (Assyakurrohim et al., 2022).

Studi kasus memiliki beberapa karakteristik utama, yaitu: dilakukan dalam latar alamiah tanpa intervensi terhadap subjek atau lingkungan, bersifat holistik dengan pengumpulan data secara menyeluruh, eksploratif untuk menggali makna tersembunyi di balik fenomena, serta memusatkan perhatian pada satu objek yang khas. Data dikumpulkan secara mendalam melalui wawancara, observasi, catatan harian, hingga riwayat hidup subjek penelitian. Dengan pendekatan ini, peneliti mampu memahami objek penelitian secara utuh dan terintegrasi (Assyakurrohim et al., 2022).

Karya tulis ini menggunakan pendekatan studi kasus deskriptif mendalam sebagai strategi dalam metode penelitiannya. Desain studi kasus deskriptif mendalam dimaknai sebagai suatu bentuk penelitian yang menyajikan gambaran secara rinci mengenai suatu kasus, meliputi proses

pelaksanaan, hasil asuhan keperawatan, serta analisis keperawatan yang dilakukan.

B. Subyek Studi Kasus

Studi kasus karya tulis ilmiah ini berfokus pada keadaan dua klien pasca stroke yang mengalami kelemahan otot di ruang Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.

C. Fokus Studi

Implementasi *Range Of Motion* (ROM) pada klien pasca stroke di Ruang Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.

D. Definisi Operasional Fokus Studi

1. Asuhan Keperawatan Gerontik adalah proses atau tahapan kegiatan dalam praktik keperawatan yang dilakukan secara langsung kepada lansia melalui pendekatan sistematis, mencakup pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan intervensi, serta evaluasi keperawatan, yang difokuskan pada pemenuhan kebutuhan dasar dan peningkatan kualitas hidup lansia, baik secara fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual, khususnya di lingkungan pelayanan sosial seperti Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.
2. Lanjut Usia (Lansia) adalah individu yang telah berusia 60 tahun ke atas dan menjadi penghuni tetap di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang.

3. Klien Pasca Stroke adalah lansia yang telah mengalami serangan stroke sebelumnya dan berada dalam fase pemulihan, dengan gejala sisa seperti hemiparesis (kelemahan satu sisi tubuh) serta keterbatasan dalam aktivitas fisik, dan menjalani perawatan atau pembinaan di lingkungan pelayanan sosial.
4. Pemberian Latihan *Range of Motion* (ROM) adalah tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien pasca stroke dengan tujuan mempertahankan dan meningkatkan mobilitas sendi, mencegah kekakuan otot, serta mendukung kemandirian fungsional, yang dilaksanakan secara aktif maupun pasif selama 15–20 menit setiap hari, disesuaikan dengan kondisi dan toleransi fisik klien.

Gangguan mobilitas fisik merupakan kondisi ketika individu tidak dapat menggerakkan satu atau lebih anggota tubuhnya secara mandiri. Namun, beberapa pandangan menyebutkan bahwa penurunan mobilitas fisik juga dapat diartikan sebagai kondisi relatif, di mana kemampuan seseorang untuk bergerak menurun dibandingkan dengan tingkat aktivitas normalnya. Latihan rentang gerak *Range of Motion* (ROM) berperan dalam membangun massa dan tonus otot, sehingga membantu tubuh dalam mempertahankan atau meningkatkan fleksibilitas sendi agar tetap kuat dan berfungsi normal. ROM terbagi menjadi dua jenis, yaitu ROM pasif, gerakan yang dilakukan dengan bantuan orang lain atau alat bantu (seperti kursi roda, walker dan kruk) dengan sekitar 50% kekuatan otot, dan ROM aktif, gerakan yang dilakukan secara mandiri menggunakan energi tubuh sendiri, dengan

kontribusi sekitar 75% kekuatan otot. Pada umumnya, klien dengan keterbatasan aktivitas fisik menjalani latihan ROM pasif.

E. Instrumen Studi Kasus

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data studi kasus ini adalah format pengkajian asuhan keperawatan yang telah disesuaikan dengan pedoman dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Format ini dirancang untuk memperoleh data secara komprehensif mengenai kondisi klien lansia pasca stroke, mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan fungsional. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara terstruktur, observasi langsung, serta telaah dokumentasi yang tersedia di institusi tempat klien dirawat, yaitu Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia. Pengkajian ini bertujuan untuk memperoleh informasi menyeluruh untuk menetapkan diagnosa keperawatan dan merancang intervensi yang tepat.

Salah satu fokus utama dalam pengkajian adalah penilaian kekuatan otot, karena kelemahan otot merupakan dampak umum pasca stroke yang sangat memengaruhi tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Penilaian kekuatan otot dilakukan dengan menggunakan metode Manual Muscle Testing (MMT). MMT adalah alat ukur klinis standar yang digunakan untuk menilai kemampuan otot dalam melakukan gerakan terhadap gravitasi dan tahanan dari pemeriksa. Penilaian dilakukan dengan cara meminta klien untuk menggerakkan bagian tubuh tertentu, lalu menilai sejauh mana otot tersebut mampu melakukan gerakan tersebut baik dengan atau tanpa bantuan. Skala penilaian MMT terdiri dari enam tingkatan, yaitu:

1. 0 (Zero): Tidak terdapat kontraksi otot sama sekali.
2. 1 (Trace): Terlihat atau teraba kontraksi otot, tetapi tidak ada gerakan yang terjadi.
3. 2 (Poor): Dapat melakukan gerakan penuh hanya jika tidak melawan gravitasi.
4. 3 (Fair): Dapat melakukan gerakan penuh melawan gravitasi, tetapi tanpa tahanan.
5. 4 (Good): Dapat melakukan gerakan penuh melawan gravitasi dan menahan sedikit hingga sedang tahanan.
6. 5 (Normal): Dapat melakukan gerakan penuh melawan gravitasi dan tahanan kuat, menandakan kekuatan otot normal.

Hasil pengukuran kekuatan otot dicatat secara sistematis dalam format pengkajian klien harian. Data ini digunakan sebagai dasar dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan, seperti latihan rentang gerak *Range of Motion* (ROM), latihan kekuatan otot, serta intervensi lain yang ditujukan untuk meningkatkan fungsi fisik dan kemandirian klien. Dengan penggunaan instrumen ini, diharapkan pengkajian yang dilakukan dapat memberikan gambaran yang akurat mengenai kondisi klien lansia pasca stroke, sehingga mendukung proses pengambilan keputusan keperawatan yang tepat dan berkesinambungan.

F. Metode Pengumpulan Data

1. Wawancara

Pendekatan komunikasi yang digunakan peneliti dalam memperoleh data dari responden adalah melalui wawancara. Pertanyaan yang diajukan mencakup identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit saat ini, riwayat kesehatan sebelumnya, riwayat keluarga, serta kondisi psikologis. Wawancara ini dilakukan untuk mengumpulkan informasi yang dibutuhkan dalam penegakan diagnosis keperawatan.

2. Observasi dan Pemeriksaan fisik

Observasi merupakan metode pengumpulan data yang dilakukan untuk menarik kesimpulan dan menetapkan diagnosis suatu kasus. Dalam penelitian ini, observasi dilakukan dengan mengamati efektivitas latihan ROM terhadap peningkatan kekuatan otot pada klien pasca stroke. Dalam proses evaluasi keperawatan, pemeriksaan fisik dilakukan guna memperoleh data objektif mengenai kondisi klien. Tujuan dari pemeriksaan ini adalah untuk menilai status kesehatan terkini, mengidentifikasi potensi masalah kesehatan, serta mengumpulkan informasi yang diperlukan dalam penyusunan rencana asuhan keperawatan.

3. Dokumentasi dan Format Asuhan Keperawatan Gerontik

Peneliti menggunakan metode pengumpulan data dengan dokumentasi dan format asuhan keperawatan gerontik dengan

Mengajarkan Latihan ROM (*Range Of Motion*) agar menguatkan sendi yang kaku dan otot yang lemah.

G. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang, dengan sasaran penelitian yaitu lansia yang menjadi penghuni tetap di panti tersebut. Pelaksanaan studi kasus berlangsung pada bulan Desember 2024.

H. Analisis Data dan Penyajian Data

Analisis data merupakan proses pengolahan data dengan cara mengelompokkan, mengurutkan, dan mengkategorikan informasi sehingga diperoleh hasil akhir yang relevan dengan fokus penelitian. Tujuan dari analisis data adalah untuk membandingkan teori yang telah dikaji dalam tinjauan pustaka dengan hasil penerapannya pada klien. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi langsung, dan telaah dokumen sebelum dilakukan proses analisis. Setelah itu, dilakukan identifikasi masalah, penetapan diagnosa keperawatan, serta penyusunan rencana tindakan. Rencana tersebut kemudian dilaksanakan dan diakhiri dengan evaluasi kondisi klien setelah intervensi keperawatan diberikan (Aditya et al., 2020).

Analisis data dilakukan terhadap informasi yang diperoleh sejak tahap awal hingga selesainya proses pengumpulan data, yang berfokus pada pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan mobilitas fisik. Tahapan analisis meliputi penyajian data secara faktual, perbandingan dengan hipotesis atau teori yang ada, serta penarikan kesimpulan berdasarkan

hasil temuan di lapangan. Metode yang digunakan mencakup analisis wawancara mendalam untuk menggali informasi sesuai dengan fokus studi. Pendekatan dokumentasi dan observasi juga digunakan untuk mengidentifikasi pola-pola data yang kemudian dianalisis dan dibandingkan dengan landasan teori guna menghasilkan rekomendasi intervensi keperawatan yang tepat.

I. Etika Studi Kasus

Etika penelitian merupakan aspek penting yang harus dipenuhi sebelum memulai suatu penelitian, dengan tujuan untuk menjaga kerahasiaan data serta memberikan rasa aman dan nyaman bagi klien.

1. ***Inform Consent* (Persetujuan Menjadi Klien)**

Informed consent merupakan bentuk persetujuan yang diberikan oleh subjek sebagai tanda kesediaannya untuk terlibat dalam studi kasus. Lembar persetujuan memuat hak dan kewajiban responden, termasuk hak untuk memilih berpartisipasi ataupun menolak keterlibatan dalam penelitian (Vikas et al., 2021).

2. ***Anonimity* (Tanpa Nama)**

Anonimitas merupakan prinsip etika dalam studi kasus yang bertujuan menjaga kerahasiaan identitas subjek dan hasil penelitian, dengan hanya mencantumkan inisial pada lembar data atau hasil, serta menghindari penulisan nama lengkap responden pada instrumen pengumpulan data (Hoft, 2021).

3. ***Confidentiality* (Kerahasiaan)**

Kerahasiaan (*confidentiality*) merupakan prinsip etika dalam studi kasus yang menekankan perlindungan terhadap data dan permasalahan yang diperoleh selama penelitian. Peneliti menjamin bahwa seluruh informasi yang

dikumpulkan akan tetap bersifat rahasia, dan hasil studi hanya akan memuat data yang relevan tanpa mengungkapkan identitas atau informasi pribadi subjek (Bos, 2020).



BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian asuhan keperawatan gerontik pada Tn. A dan Tn. H dengan pasca stroke dilakukan tanggal 16 Desember 2024 pukul 11.00 WIB di ruang Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang. Asuhan keperawatan ini mencakup lima tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Berikut merupakan pengkajian ini didapatkan data sebagai berikut :

a. Identitas

Klien 1 (Tn.A)

Klien bernama Tn. A berusia 62 tahun, beragama islam, berjenis kelamin laki-laki, status perkawinan belum pernah menikah, hubungan dengan kerabat tidak dekat, Tn. A masuk ke Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia tanggal 11 November 2024.

Klien 2 (Tn. H)

Klien bernama Tn. H berusia 65 tahun, beragama islam, berjenis kelamin laki-laki, klien sudah tidak memiliki keluarga, Tn. H masuk ke Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia tanggal 6 September 2024.

b. Riwayat Kesehatan

Klien 1 (Tn. A)

Keluhan utama : klien mengeluhkan sering sakit kepala, ekstermitas sebelah kanan mengalami kelemahan dan sulit digerakkan.

Riwayat kesehatan yang lalu : klien mengatakan memiliki riwayat asam urat dan hipertensi.

Riwayat kesehatan sekarang : klien mengatakan mengalami stroke.

Riwayat kesehatan keluarga : klien mengatakan keluarganya memiliki riwayat hipertensi.

Klien 2 (Tn.H)

Keluhan utama : klien mengatakan kaki sebelah kiri lemah atau sulit digerakkan.

Riwayat kesehatan yang lalu : klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit seperti diabetes melitus (DM), hipertensi atau penyakit kronis lainnya.

Riwayat Kesehatan sekarang : klien mengatakan mengalami stroke.

Riwayat kesehatan keluarga : klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit yang sama.

c. Kebiasaan Sehari-hari

Klien 1 (Tn.A)

Biologi : Pola makan dan minum, klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi normal dengan habis, dengan menu yang dikonsumsi

yaitu nasi, sayur dan lauk pauk. Klien minum kurang lebih 750 ml/hari.

Pola tidur, klien mengatakan sulit tidur, hanya bisa tidur 2-3 jam, dan sering terbangun setelahnya. Pola eliminasi, klien mengatakan BAK 3-4x sehari, BAB 1x sehari ditempat tidur, klien menggunakan popok/pampers karena klien kesulitan ke kamar mandi sendiri. Aktivitas dan istirahat, klien mengatakan aktivitasnya terbatas hanya diatas tempat tidur, aktivitas harian biasanya dilakukan dengan bantuan petugas atau menggunakan alat bantu berupa *walker* dan untuk istirahat sepenuhnya ditempat tidur. Rekreasi, klien mengatakan selama di panti belum pernah rekreasi dan hanya berkomunikasi dengan teman sekamar.

Psikologis : keadaan emosi, saat melakukan pengkajian klien mengatakan emosinya dapat terkontrol dengan baik.

Hubungan sosial : Hubungan dengan anggota kelompok, klien mengatakan hubungan dengan teman sekamar terjalin dengan baik, tetapi belum sepenuhnya akrab karena klien baru disana. Hubungan dengan keluarga, klien mengatakan belum pernah menikah, dan tidak dekat dengan keluarganya.

Spiritual/kultur : Pelaksanaan ibadah, klien mengatakan sebelum mengalami sakit, klien rutin menjalankan ibadah. Tetapi, saat pasca stroke tetap melaksanakan ibadah seperti sholat dengan tayamum, karena keterbatasan gerak sering jadi hambatan. Keyakinan terhadap

kesehatan, klien mengatakan sudah pasrah terhadap kondisinya, meskipun demikian, klien tetap berusaha menjalani aktivitas sehari-hari sesuai kemampuannya.

Klien 2 (Tn.H)

Biologi : Pola makan dan minum, klien mengatakan makan 3x sehari, setiap makan selalu dihabiskan, dengan menu yang dikonsumsi nasi, sayur dan lauk pauk. Klien minum kurang lebih 800 ml/hari. Pola tidur, klien mengatakan sulit tidur, hanya bisa tidur 3-4 jam, dan sering terbangun. Pola eliminasi, klien mengatakan BAK kurang lebih 3x sehari, BAB 1x sehari dan klien tidak mengalami kesulitan dalam BAK dan BAB. Aktivitas dan istirahat, klien aktivitas harian biasanya dilakukan dengan mandiri menggunakan alat bantu berupa kruk dan untuk istirahat sepenuhnya ditempat tidur.. Rekreasi, klien mengatakan selama di panti belum pernah rekreasi, dan hanya berkomunikasi dengan teman sekamar.

Psikologi : Keadaan emosi, saat melakukan pengkajian klien mengatakan emosinya dapat terkontrol dengan baik.

Hubungan sosial : Hubungan dengan anggota kelompok, klien mengatakan hubungannya dengan teman-teman di ruang gardenia terjalin dengan baik. Hubungan dengan keluarga, klien mengatakan keluarganya tidak pernah menghubunginya lagi.

Spiritual/kultur : Pelaksanaan ibadah, klien mengatakan tetap menjalankan ibadah sholat 5 waktu. Keyakinan terhadap kesehatan,

klien mengatakan ingin sehat kembali agar tidak mengalami keterbatasan gerak dalam aktivitasnya.

d. Pemeriksaan Fisik

Klien 1 (Tn.A)

Tingkat kesadaran composmentis, tanda-tanda vital TD 150/90 mmHg, Nadi 97x/menit, Suhu 36°C, Pernapasan 20x/menit, Berat Badan 58 kg, Tinggi Badan 162 cm, Pemeriksaan dan kebersihan perorangan : kondisi klien saat dilakukan pengkajian atau pemeriksaan dalam kondisi bersih, tetapi untuk kebersihan tubuh perorangan seperti mandi masih memerlukan bantuan karena keterbatasan gerak dalam aktivitasnya. Keadaan umum klien baik, integument (kulit) : warna kulit klien sawo matang, kulit terlihat tampak kering, tidak ada kelainan kulit, tidak ada infeksi atau luka. Kepala : bentuk mesocephal, tidak ada benjolan, tidak ada luka, dan warna rambut beruban. Mata : bentuknya simetris kanan dan kiri, sklera putih, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, tidak ada luka, dan klien mengatakan penglihatannya masih jelas dan normal. Telinga : bentuk simetris kanan dan kiri, keadaan normal masih mendengar dengan baik, tidak ada serumen, dan tidak ada gangguan pendengaran. Hidung dan sinus : hidung klien bersih, tidak ditemukan penyumbatan atau gangguan pernapasan, tidak ada nyeri tekan atau pembengkakan, tidak ada polip, tidak ada luka. Mulut dan tenggorokan : kondisi mulut klien bersih, tidak ada sariawan, tenggorokan klien tidak ada peradangan

atau kesulitan untuk menelan. Leher : leher klien tidak ada pembengkakan, tidak ada luka, tidak terdapat pembesaran thyroid.

Payudara : Tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri atau perubahan bentuk, kulit payudara tampak normal, tidak ada infeksi dan kelainan.

Pernapasan (paru-paru) : frekuensi dan pola pernapasan normal, tidak mengalami kesulitan bernapas. Inspeksi : pergerakan dada simetris dan tidak ada luka. Palpasi : pergerakan simetris, tidak terdapat nyeri tekan. Perkusi : bunyi sonor. Auskultasi : suara vesikuler.

Kardiovaskular (jantung) : Inspeksi : iktus kordis tidak terlihat. Palpasi : iktus kordis teraba di ICS ke 6. Perkusi : bunyi pekak. Auskultasi : S1 S2 tunggal regular, S3 S4 tidak terdengar murmur.

Gastrointestinal (abdomen) : Inspeksi : umbilikus tampak datar masuk kedalam, tidak ada luka. Auskultasi : bising usus normal 8x/menit. Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba hepar. Perkusi : suara timpani.

Perkemihan : klien mengatakan tidak ada keluhan nyeri saat BAK, klien menggunakan popok/pampers untuk buang air. Genitourinaria : klien mengatakan tidak ada keluhan sistem genitourinaria dan tidak terpasang kateter. Muskuloskeletal : klien mengatakan ekstermitas kanan bagian atas dan bawah sebelah kanan sulit digerakkan dan kekuatan otot menurun. Sistem saraf pusat : klien mengalami gangguan motorik pada tubuh bagian kanan akibat stroke. Tidak ditemukan tanda-tanda kelainan lain pada sistem saraf pusat. Sistem

endokrin : klien mengalami penurunan fungsi sistem endokrin yang disebabkan oleh faktor usia.

Klien 2 (Tn.H)

Tingkat kesadaran composmentis, tanda-tanda vital TD 130/80 mmHg, Nadi 98x/menit, Suhu 36°C, Pernapasan 20x/menit, Berat Badan 60 kg, Tinggi Badan 170 cm, Pemeriksaan dan kebersihan perorangan : kondisi klien saat dilakukan pengkajian atau pemeriksaan dalam kondisi bersih, klien selalu membersihkan tempat tidur. Keadaan umum klien baik, integument (kulit) : warna kulit klien berwarna sawo matang, kulit terlihat keriput, tidak ada kelainan kulit, tidak ada infeksi atau luka. Kepala : bentuk mesocephal, tidak ada benjolan, tidak ada luka, dan warna rambut beruban. Mata : bentuknya simetris kanan dan kiri, sklera putih, pipil isokor, konjungtiva tidak anemis, tidak ada luka, dan klien mengatakan penglihatannya masih jelas dan normal. Telinga : bentuk simetris kanan dan kiri, keadaan normal masih mendengar dengan baik, tidak ada serumen, dan tidak ada gangguan pendengaran. Hidung dan sinus : hidung klien bersih, tidak ditemukan penyumbatan atau gangguan pernapasan, tidak ada nyeri tekan atau pembengkakan, tidak ada polip, tidak ada luka. Mulut dan tenggorokan : kondisi mulut klien bersih, tidak ada sariawan, tenggorokan klien tidak ada peradangan atau kesulitan untuk menelan. Leher : leher klien tidak ada pembengkakan, tidak ada luka, tidak terdapat pembesaran thyroid. Payudara : Tidak ada pembengkakan,

tidak ada nyeri atau perubahan bentuk, kulit payudara tampak normal, tidak ada infeksi dan kelainan. Pernapasan (paru-paru) : frekuensi dan pola pernapasan normal, tidak mengalami kesulitan bernapas. Inspeksi : pergerakan dada simetris. Palpasi : pergerakan simetris, tidak terdapat nyeri tekan. Perkusi : bunyi sonor. Auskultasi : suara vesikuler. Kardiovaskular (jantung) : Inspeksi : iktus kordis tidak terlihat. Palpasi : iktus kordis teraba di ICS ke 6. Perkusi : bunyi pekak. Auskultasi : S1 S2 tunggal regular, S3 S4 tidak terdengar murmur. Gastrointestinal (abdomen) : Inspeksi : umbilicus tampak datar masuk kedalam, tidak ada luka. Auskultasi : bising usus normal 8x/menit. Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba hepar. Perkusi : suara timpani. Perkemihan : klien mengatakan tidak ada keluhan nyeri saat BAK. Genitourinaria : klien mengatakan tidak ada keluhan system genitourinaria dan tidak terpasang kateter. Muskuloskeletal : klien mengatakan kaki kiri kadang terasa nyeri, susah digerakkan dan kekutan otot menurun. Sistem saraf pusat : Tidak ditemukan tanda-tanda kelainan pada sistem saraf pusat. Sistem endokrin : klien mengalami penurunan fungsi sistem endokrin yang disebabkan oleh faktor usia.

e. Pemeriksaan (psikososial/spiritual)

Klien 1 (Tn.A)

Psikososial : pemeriksaan psikososial pada klien menunjukkan bahwa klien merasa kesepian dan kurang puas dengan hidupnya akibat keterbatasan fisik pasca stroke dan hubungan dengan keluarga yang tidak dekat. Meskipun demikian, klien tetap menjalin hubungan sosial yang baik dengan teman sekamarnya. Spiritual : klien mengatakan tetap menjalankan ibadah seperti sholat dengan tayamum, dan selama masuk panti klien tidak pernah ikut kajian agama.

1) Pengkajian Indeks Katz

Pada pengkajian fungsional indeks katz didapatkan hasil klien adalah indeks katz F yang termasuk kategori klien mandiri kecuali bathing, dressing, toileting, transferring dan satu fungsi yang lain.

2) Pengkajian Status Mental

Pada pengkajian status mental (SPSMQ) klien bisa menjawab pertanyaan dengan benar 10, jadi interpretasi hasil dari pengkajian SPSMQ pada klien salah 0-3, ini menunjukkan bahwa fungsi intelektual utuh.

3) Pengkajian Depresi pada Lansia

Klien mendapatkan hasil nilai 1 dari 15 aspek yang dinilai. Dengan kesimpulan klien tidak depresi. Hal tersebut sesuai dengan

ketentuan hasil nilai 0-5 tidak ada depresi, nilai 6-10 depresi ringan, 10-15 depresi berat.

Klien 2 (Tn.H)

Psikososial : Klien merasa nyaman berada di lingkungan panti dan tidak memiliki keluhan. Klien mengatakan bahwa kondisi dirinya dalam keadaan baik. Klien menunjukkan sikap yang ramah dan terbuka terhadap teman satu ruangan. Spiritual : pelaksanaan ibadah, klien mengatakan tetap menjalankan ibadah sholat 5 waktu dan berzikir.

1) Pengkajian Indeks Katz

Pada pengkajian fungsional indeks katz didapatkan hasil klien adalah indeks katz C yang termasuk kategori klien mandiri kecuali bathing dan salah satu fungsi lain.

2) Pengkajian Status Mental

Pada pengkajian status mental (SPSMQ) klien bisa menjawab pertanyaan dengan benar 7 salah 3, jadi interpretasi hasil dari pengkajian SPSMQ pada klien salah 0-3, ini menunjukkan bahwa fungsi intelektual utuh.

3) Pengkajian Depresi pada Lansia

Klien mendapatkan hasil nilai 8 dari 15 aspek yang dinilai. Dengan kesimpulan klien mengalami depresi ringan. Hal tersebut sesuai dengan ketentuan hasil nilai 0-5 tidak ada depresi, nilai 6-10 depresi ringan, 10-15 depresi berat.

2. Analisa Data

Klien 1 (Tn.A)

Pada tanggal 16 Desember 2024, didapatkan hasil pengkajian data *subjektif* klien mengatakan kesulitan bergerak pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kanan. Data *objektif* klien tampak kesulitan menggerakkan ekstermitas sebelah kanan, kekuatan otot menurun. Maka, diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan sulit menggerakkan ekstermitas sebelah kanan.

Selanjutnya, didapatkan hasil pengkajian data *subjektif* klien mengatakan susah tidur, hanya bisa tidur 2-3 jam, dan sering terbangun setelahnya. Data *Objektif* klien tampak gelisah, TD 150/90 mmHg, Nadi 97x/menit, Suhu 36°C, Pernapasan 20x/menit. Maka diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan klien mengalami sulit tidur.

Hasil analisa data yang ketiga, klien mengatakan jarang mandi dan membersihkan kukunya. Biasanya melakukan aktivitas seperti mandi, toileting, dan aktivitas lainnya dengan bantuan. Klien hanya mampu makan sendiri tanpa bantuan. Klien tampak mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Berdasarkan hasil pengkajian indeks katz, klien masuk kategori F, yaitu mandiri kecuali dalam aktivitas seperti mandi, berpakaian (*dressing*), toileting, berpindah tempat (*transferring*), dan satu fungsi lainnya. Dengan demikian, diagnosa keperawatan yang

dapat ditegakkan adalah defisit perawatan diri yang berhubungan dengan gangguan neuromuskular, dibuktikan dari hasil pengkajian indeks katz yang menunjukkan bahwa klien termasuk dalam kategori F yaitu mandiri kecuali pada aktivitas bathing, dressing, toileting, transferring, dan satu fungsi lainnya.

Klien 2 (Tn.H)

Pada tanggal 16 Desember 2024, didapatkan hasil pengkajian data *subjektif* klien mengatakan ekstermitas bawah sebelah kiri lemah atau sulit digerakkan. Data *objektif* klien tampak kesulitan menggerakkan ekstermitas bawah sebelah kiri, kekuatan otot menurun. Maka, diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah gangguan mobilitas fisik dibuktikan dengan sulit menggerakkan ekstermitas bawah sebelah kiri.

Selanjutnya, didapatkan hasil pengkajian data *subjektif* klien mengatakan sulit tidur, hanya bisa tidur 3-4 jam, dan sering terbangun. Data *Objektif* klien tampak gelisah, TD 130/80 mmHg, Nadi 98x/menit, Suhu 36°C, Pernapasan 20x/menit. Maka, diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan klien mengalami sulit tidur.

3. Diagnosa Keperawatan

Hasil dari analisa yang didapatkan dari 2 klien yaitu :

Klien 1 (Tn.A)

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan

sulit menggerakkan ekstermitas bawah sebelah kiri. Selanjutnya, diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan klien mengalami sulit tidur. Dan yang ketiga, defisit perawatan diri yang berhubungan dengan gangguan neuromuskular, ditunjukkan oleh hasil pengkajian menggunakan *indeks katz* yang menunjukkan klien berada pada kategori F, yaitu masih mampu mandiri kecuali dalam aktivitas mandi, berpakaian, toileting, berpindah posisi, dan satu fungsi lainnya.

Klien 2 (Tn.H)

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular dibuktikan dengan sulit menggerakkan ekstermitas sebelah kanan. Selanjutnya, diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dibuktikan klien mengalami sulit tidur.

4. Intervensi Keperawatan

Klien 1 (Tn.A)

Penulis memilih diagnosis ini sebagai acuan dalam memberikan asuhan keperawatan karena sesuai dengan kondisi klien yang ditunjukkan melalui penurunan kekuatan otot dan keterbatasan mobilitas. Intervensi yang dirancang bertujuan untuk mendukung peningkatan fungsi fisik klien melalui berbagai tindakan, antara lain melakukan identifikasi terhadap keluhan nyeri atau ketidaknyamanan yang dirasakan, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor tekanan darah sebelum memulai

mobilisasi, fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, memberikan edukasi mengenai latihan gerak *Range of Motion* (ROM), serta menjelaskan pentingnya pelaksanaan latihan tersebut beserta metode pelaksanaannya secara tepat.

Diagnosis keperawatan kedua yang ditetapkan adalah gangguan pola tidur yang berhubungan dengan hambatan lingkungan, yang dibuktikan melalui keluhan sulit tidur. Tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan setelah dilakukan intervensi selama tiga kali dalam delapan jam adalah adanya perbaikan pola tidur, dengan indikator keberhasilan berupa berkurangnya kesulitan tidur dan menurunnya keluhan kurang istirahat. Intervensi yang dilakukan meliputi: mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur klien, mengidentifikasi faktor-faktor yang mengganggu tidur baik dari aspek fisik maupun psikologis, melakukan modifikasi terhadap lingkungan tidur (seperti pencahayaan, tingkat kebisingan, suhu ruangan, kenyamanan kasur, dan tempat tidur), membatasi waktu tidur siang, serta memberikan edukasi mengenai pentingnya tidur yang cukup selama masa pemulihan.

Diagnosis keperawatan ketiga yang ditetapkan adalah defisit perawatan diri yang berhubungan dengan gangguan neuromuskular, sebagaimana ditunjukkan oleh hasil pengkajian menggunakan indeks katz, dimana klien masuk dalam kategori F, yaitu mandiri dalam semua aspek kecuali mandi, berpakaian, menggunakan toilet, berpindah tempat, dan satu fungsi lainnya. Tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai setelah

dilakukan intervensi selama tiga kali dalam delapan jam adalah adanya peningkatan kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri. Kriteria keberhasilannya mencakup meningkatnya kemampuan klien dalam berpakaian dan makan secara mandiri. Intervensi keperawatan yang dilakukan mencakup: mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, memantau tingkat kemandirian klien, mengidentifikasi kebutuhan alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, serta memfasilitasi kemandirian dengan memberikan bantuan hanya bila klien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri.

Klien 2 (Tn.H)

Diagnosis keperawatan pertama yang ditetapkan adalah gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan neuromuskular, sebagaimana dibuktikan dengan kesulitan dalam menggerakkan ekstremitas sebelah kanan. Tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai setelah dilakukan intervensi sebanyak tiga kali dalam delapan jam adalah meningkatnya kemampuan mobilitas fisik klien. Indikator keberhasilannya mencakup meningkatnya pergerakan ekstremitas dan membaiknya rentang gerak sendi. Intervensi keperawatan yang dilakukan dalam mendukung mobilitas antara lain: mengidentifikasi adanya keluhan nyeri atau gangguan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan monitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, memantau kondisi umum klien selama proses mobilisasi, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan bantuan alat bantu (seperti pagar tempat tidur),

Diagnosis keperawatan kedua yang ditegakkan adalah gangguan pola tidur yang berkaitan dengan faktor penghambat dari lingkungan, sebagaimana ditunjukkan oleh keluhan klien berupa kesulitan tidur. Sasaran dan tolak ukur keberhasilan yang ingin dicapai setelah pelaksanaan intervensi selama tiga kali dalam delapan jam adalah tercapainya perbaikan dalam pola tidur klien. Indikator keberhasilannya meliputi berkurangnya gangguan tidur dan menurunnya keluhan terkait kurang istirahat. Tindakan keperawatan yang dilakukan antara lain: mengidentifikasi rutinitas aktivitas harian dan pola tidur klien, mengenali berbagai faktor yang berpotensi mengganggu tidur baik secara fisik maupun psikologis, melakukan penyesuaian terhadap lingkungan tidur (misalnya pencahayaan, tingkat kebisingan, suhu kamar, serta kenyamanan kasur dan tempat tidur), membatasi durasi tidur siang, tetapkan jadwal rutin tidur serta memberikan edukasi mengenai pentingnya tidur yang cukup selama proses penyembuhan.

5. Implementasi Keperawatan

Klien 1 (Tn.A)

Pada hari Selasa, 17 Desember 2024 pukul 10.15, penulis melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular dengan tindakan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Klien mengatakan kadang merasa nyeri pada ekstremitas kanan, dan tampak tidak nyaman. Pada pukul 10.20 WIB, penulis memonitor tekanan darah, dengan hasil tekanan darah 158/80

mmHg, nadi 98 x/menit, suhu 36°C, dan laju pernapasan 20 x/menit. Pada pukul 10.30 WIB, penulis melaksanakan latihan ROM (*Range of Motion*) dengan klien. Klien menyatakan bersedia melakukan latihan rentang gerak dan tampak kooperatif saat mengikuti instruksi. Hasil pengukuran kekuatan otot ekstremitas kanan menunjukkan nilai 3 (gerakan dapat dilakukan melawan gravitasi, meskipun pelan dan memerlukan sedikit usaha). Pada pukul 11.00 WIB, penulis melaksanakan tindakan memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menggunakan alat bantu. Klien mengatakan siap berjalan dan berpindah menggunakan walker, dan tampak mampu menggunakan alat bantu tersebut dengan baik. Pada pukul 11.10 WIB, penulis mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur klien. Klien mengungkapkan bahwa ia mengalami kesulitan tidur, hanya bisa tidur selama 2–3 jam dan sering terbangun di malam hari, tampak gelisah saat evaluasi. Masih pada pukul 11.10 WIB, penulis melakukan identifikasi faktor pengganggu tidur. Klien mengeluhkan sulit tidur karena tubuhnya terasa sakit dan adanya kekhawatiran terhadap proses penyembuhan, serta tampak gelisah dan cemas. Pada pukul 11.15 WIB, penulis melakukan tindakan membatasi waktu tidur siang. Klien menyatakan bahwa jika tidur siang terlalu lama, maka di malam hari ia mengalami kesulitan tidur, dan klien tampak mengikuti arahan yang diberikan. Pada pukul 11.30 WIB, penulis melanjutkan implementasi pada diagnosa defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular dengan tindakan mengidentifikasi kebiasaan perawatan diri. Klien menyampaikan kesulitan dalam melakukan aktivitas

perawatan diri seperti mandi, berpakaian, dan berhias, serta tampak ketergantungan pada bantuan orang lain. Masih pada pukul yang sama, penulis memberikan bantuan dalam melakukan perawatan diri, seperti membantu memotong kuku. Klien menyatakan keinginannya untuk bisa merawat diri sendiri, tetapi merasa belum mampu melakukannya, dan klien tampak kooperatif dalam menerima bantuan.

Pada hari Rabu, 18 Desember 2024 pukul 10.30, penulis melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik, dimulai dengan mengidentifikasi toleransi fisik klien dalam melakukan pergerakan. Klien mengatakan bahwa ia sudah mulai berlatih menggerakkan tangan dan kaki secara perlahan agar bisa lebih mandiri, meskipun masih terasa berat. Klien tampak tenang dan berusaha mengikuti instruksi dengan hati-hati. Hasil pengukuran kekuatan otot ekstremitas kanan menunjukkan nilai 3, yaitu klien mampu menggerakkan tangan dan kaki melawan gravitasi, tetapi belum dapat melawan tahanan luar. Hal ini menunjukkan bahwa kekuatan otot masih belum optimal dan klien memerlukan dukungan selama latihan pergerakan. Masih pada pukul 10.30 WIB, penulis memonitor kondisi umum klien dan menanyakan adanya keluhan fisik. Klien mengatakan kadang masih merasa nyeri pada bagian tangan kanan, terutama saat digunakan untuk menopang tubuh. Klien tampak duduk dengan posisi tenang dan tidak menunjukkan tanda ketidaknyamanan yang berat. Pada pukul 11.00 WIB, penulis memberikan latihan rentang gerak (ROM) secara pasif dan aktif terbantu. Klien

mengatakan bersedia melakukan latihan untuk membantu kelenturan tubuh. Penulis memandu gerakan tangan dan kaki secara perlahan, dan klien mengikuti instruksi dengan usaha yang baik. Klien tampak kooperatif meskipun beberapa kali menunjukkan ekspresi menahan rasa tidak nyaman. Pada pukul 11.20 WIB, penulis melanjutkan implementasi pada diagnosa gangguan pola tidur, dengan mengidentifikasi pola tidur klien. Klien mengatakan masih kesulitan untuk tidur langsung saat malam dan sering terbangun beberapa kali. Klien tampak gelisah dan beberapa kali merubah posisi duduk. Masih pada pukul 11.20 WIB, penulis memodifikasi lingkungan sekitar klien untuk mendukung kenyamanan tidur, seperti menyesuaikan pencahayaan dan mengurangi suara dari luar ruangan. Klien mengatakan kadang merasa suasana terlalu terang dan berisik, sehingga sulit tidur nyenyak. Klien tampak lebih tenang setelah dilakukan pengaturan lingkungan. Pada pukul 11.25 WIB, penulis memberikan edukasi mengenai pentingnya tidur yang cukup selama pemulihan, dan bagaimana tidur yang berkualitas dapat mempercepat proses penyembuhan. Klien mengatakan memahami penjelasan tersebut dan akan berusaha tidur lebih awal. Klien tampak memperhatikan dan menunjukkan respons yang kooperatif. Pada pukul 11.30 WIB, penulis melakukan implementasi pada diagnosa defisit perawatan diri, dengan mengidentifikasi aktivitas perawatan diri yang dapat dilakukan secara mandiri. Klien mengatakan sudah mulai berusaha mandi sendiri, tetapi masih memerlukan bantuan saat membas tubuh bagian belakang. Klien

tampak berusaha dan memiliki semangat untuk mandiri. Pada pukul 11.35 WIB, penulis mengajarkan serta memperagakan cara mencuci tangan yang benar sebelum makan, dan menjelaskan pentingnya kebersihan diri dalam proses pemulihan. Klien mengatakan akan berusaha mencuci tangan sebelum makan dan menyadari manfaatnya. Klien tampak kooperatif dan mengikuti instruksi dengan baik. Masih pada pukul 11.35 WIB, penulis mengidentifikasi kebutuhan alat bantu untuk perawatan diri, terutama dalam aktivitas mandi dan kebersihan harian. Klien mengatakan masih merasa kesulitan berdiri terlalu lama saat mandi dan merasa lelah setelahnya. Klien tampak gelisah saat menceritakan kesulitan tersebut, tetapi tetap menunjukkan kemauan untuk melatih kemandirian.

Pada hari Kamis, 19 Desember 2024 pukul 10.20, penulis melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik, dimulai dengan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Klien menyatakan bahwa hari ini tidak merasakan nyeri pada anggota tubuhnya. Selama observasi, klien tampak tenang, tidak menunjukkan ekspresi kesakitan, dan duduk dengan nyaman di tempat duduknya. Masih pada pukul 10.20 WIB, penulis mengidentifikasi toleransi fisik klien dalam melakukan pergerakan. Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan tangan dan kaki secara perlahan, serta telah berlatih berjalan menggunakan alat bantu. Klien tampak lebih percaya diri dan aktif dalam mencoba pergerakan. Hasil pengukuran kekuatan otot ekstremitas kanan menunjukkan nilai 4, yang berarti klien mampu

menggerakkan anggota tubuh dengan melawan gravitasi dan sedikit tahanan. Ini menunjukkan adanya peningkatan kekuatan otot dan kemajuan dalam kemampuan mobilitas klien. Pada pukul 10.30 WIB, penulis mengajarkan klien untuk melakukan latihan rentang gerak (ROM). Latihan ini difokuskan pada gerakan sendi dan otot di tangan dan kaki yang masih lemah. Klien mengatakan bahwa latihan ini membantu mengurangi rasa kaku dan membuat tangan serta kaki terasa lebih ringan. Klien mengikuti instruksi dengan baik dan tampak kooperatif sepanjang latihan berlangsung. Kemudian pada pukul 10.50 WIB, penulis memfasilitasi klien untuk melakukan mobilisasi menggunakan alat bantu walker. Klien mengatakan merasa lebih aman berjalan menggunakan walker. Klien tampak mampu berpindah dari tempat tidur ke tempat duduk di luar ruangan dengan hati-hati, menunjukkan bahwa ia sudah memiliki kendali tubuh yang lebih baik dibandingkan hari-hari sebelumnya. Pada pukul 11.00 WIB, implementasi dilanjutkan pada diagnosa gangguan pola tidur, dengan menanyakan pola istirahat klien. Klien mengatakan sudah dapat tidur dengan cukup pada malam hari dan tidak sering terbangun. Selama wawancara, klien tampak segar dan tidak menunjukkan tanda-tanda mengantuk atau kelelahan. Pukul 11.10 WIB, penulis memberikan edukasi kepada klien mengenai pentingnya tidur yang cukup selama masa pemulihan. Penulis menjelaskan bahwa tidur yang berkualitas membantu mempercepat penyembuhan dan menjaga daya tahan tubuh. Klien mengatakan akan berusaha tidur cukup dan menghindari kebiasaan tidur

larut malam. Klien tampak mendengarkan dengan baik dan menerima informasi dengan sikap positif. Pada pukul 11.30 WIB, penulis melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa defisit perawatan diri, dengan memantau sejauh mana kemandirian klien dalam aktivitas sehari-hari. Klien mengatakan sudah bisa mandi sendiri di kamar mandi, namun masih memerlukan bantuan kecil untuk mengambil perlengkapan mandi dan saat membasil bagian tubuh tertentu. Klien tampak semangat dalam menjaga kebersihan diri, dan merasa lebih mandiri dibanding hari-hari sebelumnya. Masih pada pukul 11.30 WIB, penulis mengingatkan dan mengajarkan klien untuk selalu mencuci tangan sebelum makan, guna mencegah penyebaran kuman dan menjaga kesehatan. Klien mengatakan akan terus melakukannya karena tahu bahwa itu penting. Klien tampak kooperatif dan menunjukkan kesadaran tentang pentingnya kebersihan pribadi. Pada pukul 11.40 WIB, penulis memfasilitasi klien untuk lebih mandiri dalam aktivitas perawatan diri, namun tetap siap membantu bila diperlukan. Klien mengatakan bahwa ia masih membutuhkan bantuan dalam beberapa aktivitas dasar seperti memakai pakaian, tetapi sudah berusaha semaksimal mungkin untuk melakukannya sendiri. Klien tampak tenang dan tidak merasa cemas meski masih memerlukan bantuan, serta menunjukkan motivasi untuk terus berlatih agar lebih mandiri.

Klien 2 (Tn.H)

Pada hari Selasa, 17 Desember 2024 pukul 10.30, penulis melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa keperawatan pertama, yaitu

gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lain yang dialami klien. Tanggapan subjektif klien mengatakan merasakan nyeri di kaki sebelah kiri. Tanggapan objektif klien tampak tidak nyaman dan gelisah. Pada pengukuran, kekuatan otot ekstremitas kiri menunjukkan nilai 2 (gerakan terbatas meskipun masih bisa dilakukan dengan sedikit usaha). Masih pada pukul 10.30, penulis memonitor kondisi umum klien. Tanggapan subjektif klien mengatakan mengalami kelemahan otot dan kaki kirinya sulit digerakkan. Tanggapan objektif menunjukkan tanda-tanda vital sebagai berikut: tekanan darah 136/80 mmHg, nadi 97 kali per menit, suhu tubuh 36°C, dan frekuensi pernapasan 20 kali per menit. Kondisi umum klien relatif stabil, meskipun kelemahan otot masih terdeteksi. Pada pukul 10.40, penulis melakukan latihan rentang gerak (ROM) kepada klien. Tanggapan subjektif klien mengatakan mau melakukan latihan rentang gerak. Tanggapan objektif klien tampak kooperatif dalam mengikuti instruksi latihan, meskipun gerakan dilakukan secara perlahan. Setelah latihan, nilai pengukuran kekuatan otot ekstremitas kiri menunjukkan nilai 3 (gerakan dapat dilakukan melawan gravitasi, meskipun perlahan). Kemudian pada pukul 11.00, penulis memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menggunakan alat bantu. Tanggapan subjektif klien mengatakan dapat berpindah tempat dan berjalan menggunakan kruk. Tanggapan objektif klien tampak menggunakan alat bantu dengan baik. Klien dapat berjalan beberapa

langkah dengan kruk, meskipun tampak sedikit hati-hati dan lambat. Pada pukul 11.05, penulis melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa keperawatan kedua, yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Penulis mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi pola tidur klien. Tanggapan subjektif klien mengatakan mengalami susah tidur, hanya dapat tidur 2–3 jam dan sering terbangun di malam hari. Tanggapan objektif klien tampak gelisah dan kelelahan. Klien mengeluhkan adanya gangguan tidur yang berlanjut dengan ketidakmampuan untuk tidur nyenyak sepanjang malam. Pada pukul 11.07, penulis mengidentifikasi faktor-faktor yang mengganggu tidur klien (baik faktor fisik maupun psikologis). Tanggapan subjektif klien mengatakan sulit tidur karena kadang kakinya terasa nyeri dan merasa cemas. Tanggapan objektif klien tampak sering terbangun dan tampak gelisah. Klien mengaku merasa cemas mengenai proses penyembuhan dan ketidaknyamanan fisik yang masih dialami.

Pada hari Rabu, 18 Desember 2024 pukul 10.20, penulis melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa keperawatan pertama, yaitu mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan. Tanggapan subjektif klien menyatakan bahwa ia bisa tidur pada malam hari dan merasa mampu melakukan pergerakan, meskipun masih merasakan nyeri ringan. Tanggapan objektif menunjukkan bahwa klien tampak mampu melakukan pergerakan dengan bantuan, duduk tenang di tempat tidur, dan tampak kooperatif. Pada pukul 10.30, penulis mengajarkan latihan rentang

gerak (ROM) kepada klien. Tanggapan subjektif klien mengatakan ia bersedia melakukan latihan menggerakkan badan, terutama pada tangan dan kaki. Tanggapan objektif klien menunjukkan bahwa ia tampak kooperatif dan aktif mengikuti latihan. Pengukuran kekuatan otot ekstremitas kanan dan kiri menunjukkan nilai 3, yang berarti gerakan dapat dilakukan melawan gravitasi meskipun perlahan. Pada pukul 10.50, penulis memonitor kondisi umum klien. Tanggapan subjektif klien mengatakan ia merasa panas di dalam ruangan. Tanggapan objektif menunjukkan klien tampak duduk tenang dan tidak mengalami kesulitan dalam pernapasan. Pada pukul 10.50 juga, penulis melakukan implementasi pada diagnosa keperawatan kedua, yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Tanggapan subjektif klien mengatakan bahwa ia sudah bisa tidur pada malam hari, namun masih mengalami gangguan tidur. Tanggapan objektif menunjukkan klien tampak gelisah, terlihat sering menggerakkan kaki, dan tampak sedikit terjaga. Penulis mencatat pola tidur klien yang masih belum optimal. Pada pukul 10.55, penulis memodifikasi lingkungan untuk mendukung tidur klien. Tanggapan subjektif klien mengatakan merasa panas dalam ruangan. Tanggapan objektif menunjukkan klien tampak gelisah. Penulis mengatur suhu ruangan dan mematikan lampu terang untuk menciptakan suasana yang lebih nyaman bagi klien. Pada pukul 11.00, penulis menjelaskan pentingnya tidur yang cukup selama proses pemulihan. Tanggapan subjektif klien menunjukkan bahwa ia memahami penjelasan tersebut.

Tanggapan objektif klien tampak kooperatif dan mendengarkan dengan seksama. Pada pukul 11.05, penulis menetapkan jadwal rutin tidur dan aktivitas kepada klien. Tanggapan subjektif klien mengatakan siap mengikuti jadwal yang dibuat. Tanggapan objektif menunjukkan klien tampak kooperatif dan lebih tenang setelah diberikan jadwal yang jelas.

Pada hari Kamis, 19 Desember 2024 pukul 11.00, penulis melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular dengan tindakan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Klien mengatakan bahwa kakinya hari ini tidak merasa nyeri, dan tampak tenang saat evaluasi. Masih pada pukul 11.00, penulis mengimplementasikan tindakan mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan. Klien mengatakan dapat melakukan latihan berjalan dan menggerakkan kaki kirinya dengan menggunakan alat bantu, serta tampak kooperatif. Pengukuran kekuatan otot ekstremitas kiri menunjukkan nilai 4 (gerakan dapat dilakukan melawan gravitasi dengan kecepatan normal), meskipun masih ada kelemahan otot yang membuat pergerakan menjadi lebih lambat. Pada pukul 11.05, penulis melakukan tindakan monitoring tekanan darah. Hasil pengukuran yang didapatkan adalah tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 97 x/menit, suhu 36°C, dan laju pernapasan 20 x/menit. Klien tampak tenang selama proses pemeriksaan. Pada pukul 11.15, penulis melaksanakan tindakan mengajarkan latihan rentang gerak (Range of Motion/ROM). Klien menyatakan bahwa latihan ini membantu melatih gerakan kakinya dan tampak kooperatif dalam

mengikuti instruksi yang diberikan. Pengukuran kekuatan otot ekstremitas kiri menunjukkan nilai 4, menunjukkan adanya perbaikan meski otot masih dalam kondisi lemah. Pada pukul 11.35, dilakukan tindakan memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. Klien mengatakan bahwa berjalan menggunakan alat bantu lebih mudah dan tampak menggunakan alat bantu tersebut dengan baik serta mandiri, meskipun membutuhkan sedikit dukungan untuk menjaga keseimbangan. Selanjutnya, pada pukul 11.40, penulis mengimplementasikan tindakan keperawatan pada diagnosa gangguan pola tidur b.d gangguan mobilitas fisik dengan tindakan mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Klien mengungkapkan bahwa ia sudah bisa tidur pada malam hari dan tampak tenang. Pada pukul 11.50, dilakukan tindakan menetapkan jadwal rutin tidur dan menjelaskan pentingnya tidur cukup. Klien menyatakan akan berusaha melakukannya dan tampak kooperatif dalam menerima edukasi.

6. Evaluasi Keperawatan

Klien 1 (Tn.A)

Evaluasi Hari Selasa, 17 Desember 2024 pukul 10.15, penulis melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular dengan tindakan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Data subjektif menunjukkan bahwa klien mengatakan kadang merasa nyeri pada ekstremitas sebelah kanan dan tampak tidak nyaman. Data objektif menunjukkan ekspresi wajah klien tampak tegang dan sesekali memegang lengan kanan.

Berdasarkan data tersebut, penulis menyimpulkan bahwa masalah nyeri belum sepenuhnya teratasi, sehingga intervensi keperawatan perlu dilanjutkan dengan pemantauan nyeri dan keluhan fisik lainnya secara berkala serta melanjutkan latihan rentang gerak (ROM) untuk mempertahankan dan meningkatkan fungsi fisik klien. Pukul 10.20, dilakukan tindakan monitoring tanda-tanda vital, yaitu tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan. Hasil pengukuran menunjukkan tekanan darah 158/80 mmHg, nadi 98 x/menit, suhu tubuh 36°C, dan laju pernapasan 20 x/menit. Evaluasi menunjukkan tekanan darah klien sedikit tinggi dari batas normal, namun tidak disertai keluhan pusing, nyeri dada, atau keluhan lain yang menyertai. Penulis menyimpulkan bahwa kondisi hemodinamik klien relatif stabil dan akan terus dilakukan pemantauan berkala serta mempertahankan intervensi lanjutan yang telah direncanakan. Pukul 10.30, penulis melakukan latihan terapi *Range of Motion* (ROM) pada ekstremitas kanan. Klien memberikan tanggapan subjektif bahwa ia bersedia melakukan latihan, dan tampak kooperatif dalam mengikuti instruksi yang diberikan. Dari aspek objektif, klien mengikuti setiap gerakan dengan penuh perhatian dan berusaha aktif, walaupun terlihat sedikit lambat dalam pelaksanaannya. Hasil pengukuran kekuatan otot ekstremitas kanan menunjukkan nilai 3, yaitu klien mampu melakukan gerakan melawan gravitasi meskipun lambat dan memerlukan sedikit usaha. Penulis menyimpulkan bahwa latihan ROM memberikan dampak positif terhadap kekuatan otot klien, dan perlu dilanjutkan secara rutin dan

bertahap untuk meningkatkan fungsi otot serta mencegah kekakuan. Pukul 11.00, dilakukan implementasi keperawatan berupa memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan menggunakan alat bantu jalan. Klien mengatakan siap untuk berjalan dan berpindah posisi menggunakan walker. Klien tampak mampu mengoordinasikan gerakannya dan menggunakan walker dengan baik tanpa kehilangan keseimbangan. Evaluasi menunjukkan bahwa aktivitas mobilisasi berjalan dengan lancar, dan klien menunjukkan kemajuan dalam kemampuan berpindah tempat. Namun demikian, pelaksanaan intervensi tetap akan dilanjutkan disertai pemantauan rutin untuk menghindari risiko jatuh dan meningkatkan kepercayaan diri klien. Pukul 11.10, penulis melaksanakan tindakan keperawatan dengan mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur klien. Klien melaporkan kesulitan tidur di malam hari, hanya bisa tidur selama 2–3 jam, serta sering terbangun. Data objektif menunjukkan bahwa klien tampak gelisah dan lingkaran mata tampak menghitam. Penulis menyimpulkan bahwa masalah tidur belum teratasi dan akan melanjutkan intervensi dengan membatasi waktu tidur siang dan menciptakan lingkungan tidur yang nyaman serta mendukung istirahat yang berkualitas. Masih pada pukul 11.10, penulis mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Klien mengeluhkan kesulitan tidur karena merasakan nyeri pada tubuh dan kekhawatiran terhadap proses penyembuhan luka. Klien tampak cemas dan menarik napas panjang berulang kali. Berdasarkan data ini, penulis menyimpulkan bahwa masalah tidur yang dialami berkaitan dengan kondisi fisik dan psikologis

klien. Intervensi selanjutnya akan difokuskan pada tindakan relaksasi, memberikan dukungan emosional, serta mengurangi stimulasi yang dapat mengganggu tidur. Pukul 11.15, dilakukan tindakan membatasi waktu tidur siang sebagai bagian dari intervensi untuk mengatasi gangguan pola tidur. Klien menyatakan bahwa tidur siang terlalu lama menyebabkan kesulitan tidur pada malam hari. Klien tampak menerima arahan dengan baik dan bersedia mencoba untuk membatasi tidur siang. Evaluasi menunjukkan bahwa klien sudah mulai menyadari pentingnya pengaturan waktu tidur untuk mendapatkan istirahat yang lebih efektif. Pukul 11.30, penulis melanjutkan implementasi pada diagnosa defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular dengan tindakan mengidentifikasi kebiasaan dan kemampuan klien dalam merawat diri. Klien menyampaikan bahwa ia merasa kesulitan dalam melakukan aktivitas seperti mandi, berpakaian, dan berhias, serta lebih sering bergantung pada bantuan dari orang lain. Data objektif menunjukkan bahwa klien belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Penulis menyimpulkan bahwa masalah ini belum teratasi dan intervensi akan difokuskan pada pemberian edukasi, dukungan motivasi, dan latihan bertahap untuk meningkatkan kemandirian. Masih pada pukul yang sama, penulis memberikan bantuan dalam perawatan diri dengan membantu klien memotong kuku tangan. Klien menyatakan keinginannya untuk bisa merawat diri secara mandiri namun merasa belum mampu karena kondisi fisiknya. Klien tampak kooperatif selama proses berlangsung. Evaluasi menunjukkan bahwa klien

mulai terbuka terhadap proses pemulihan dan memiliki keinginan untuk mandiri, namun tetap memerlukan bantuan serta dukungan emosional dan fisik secara berkelanjutan. masih memerlukan dukungan untuk kemandirian dalam perawatan diri.

Pada hari Rabu, 18 Desember 2024 pukul 10.30, penulis melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular, dengan tindakan mengidentifikasi toleransi fisik klien dalam melakukan pergerakan. Klien menyatakan bahwa ia telah mulai berlatih menggerakkan tangan dan kaki secara perlahan agar dapat bergerak lebih mandiri, meskipun masih terasa berat. Klien tampak tenang dan berusaha mengikuti instruksi dengan hati-hati. Hasil pengukuran kekuatan otot menunjukkan nilai 3, yang berarti klien mampu melakukan gerakan melawan gravitasi namun belum dapat melawan tahanan luar. Hal ini menunjukkan bahwa kekuatan otot klien masih terbatas dan klien memerlukan dukungan dalam melakukan aktivitas fisik sehari-hari. Masih pada pukul 10.30, penulis memonitor kondisi umum klien serta mengevaluasi adanya keluhan fisik. Klien menyampaikan bahwa ia masih merasakan nyeri, terutama pada tangan kanan ketika digunakan untuk menopang tubuh. Secara objektif, klien tampak duduk dalam posisi tenang, tidak menunjukkan ekspresi nyeri berat. Berdasarkan evaluasi, keluhan nyeri ringan masih dirasakan, namun tidak menghambat aktivitas ringan. Intervensi pengelolaan nyeri akan dilanjutkan secara bertahap. Pukul 11.00, penulis melaksanakan tindakan pemberian latihan rentang gerak

Range of Motion (ROM) secara pasif dan aktif terbantu. Klien mengatakan bersedia untuk melakukan latihan demi membantu kelenturan tubuh. Penulis memandu gerakan tangan dan kaki dengan perlahan, dan klien mengikuti instruksi dengan upaya yang baik. Klien tampak kooperatif, meskipun beberapa kali menunjukkan ekspresi menahan rasa tidak nyaman. Evaluasi menunjukkan bahwa latihan ROM perlu terus dilakukan secara bertahap dan terpantau untuk mencegah kekakuan sendi serta meningkatkan kekuatan otot. Pukul 11.20, penulis melanjutkan implementasi keperawatan pada diagnosa gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan, dimulai dengan mengidentifikasi pola tidur klien. Klien menyatakan masih mengalami kesulitan tidur saat malam hari dan sering terbangun beberapa kali. Secara objektif, klien tampak gelisah dan beberapa kali mengubah posisi duduk. Evaluasi menunjukkan bahwa pola tidur klien masih terganggu dan belum membaik secara signifikan. Masih pada pukul 11.20, penulis memodifikasi lingkungan tidur dengan menyesuaikan pencahayaan serta mengurangi kebisingan dari luar ruangan. Klien menyatakan bahwa ia sering merasa ruangan terlalu terang dan berisik, yang menyebabkan tidur menjadi tidak nyenyak. Setelah modifikasi lingkungan dilakukan, klien tampak lebih tenang. Evaluasi menunjukkan bahwa pengaturan lingkungan tidur berpengaruh terhadap kenyamanan klien dan perlu terus dioptimalkan. Pukul 11.25, penulis memberikan edukasi kepada klien mengenai pentingnya tidur yang cukup selama proses pemulihan, serta dampaknya terhadap percepatan

penyembuhan. Klien menyatakan memahami penjelasan dan akan berusaha tidur lebih awal. Klien tampak memperhatikan penjelasan dengan baik dan menunjukkan sikap kooperatif. Evaluasi menunjukkan bahwa klien memiliki pemahaman yang baik mengenai pentingnya tidur dan bersedia menerapkan anjuran yang diberikan. Pukul 11.30, implementasi dilanjutkan pada diagnosa defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskular, dengan tindakan mengidentifikasi aktivitas perawatan diri yang dapat dilakukan secara mandiri. Klien mengatakan bahwa ia telah mulai berusaha untuk mandi sendiri, namun masih memerlukan bantuan saat membas tubuh bagian belakang. Klien tampak berusaha dan menunjukkan semangat untuk mandiri. Evaluasi menunjukkan bahwa klien mengalami peningkatan motivasi untuk melakukan perawatan diri, meskipun masih membutuhkan dukungan fisik ringan. Pukul 11.35, penulis memberikan edukasi serta memperagakan cara mencuci tangan yang benar sebelum makan, dan menjelaskan pentingnya menjaga kebersihan diri selama masa pemulihan. Klien menyatakan bahwa ia akan berusaha untuk mencuci tangan sebelum makan dan menyadari manfaatnya. Klien tampak kooperatif dan melaksanakan instruksi dengan baik. Evaluasi menunjukkan bahwa klien memahami pentingnya kebersihan pribadi dan mulai menerapkannya secara mandiri. Masih pada pukul 11.35, penulis melakukan identifikasi kebutuhan alat bantu untuk mendukung aktivitas perawatan diri, khususnya saat mandi dan menjaga kebersihan harian. Klien menyampaikan bahwa ia masih merasa kesulitan

berdiri terlalu lama saat mandi dan merasa lelah setelahnya. Klien tampak sedikit gelisah saat menceritakan kesulitan tersebut, namun tetap menunjukkan motivasi untuk melatih kemandirian. Evaluasi menunjukkan bahwa klien memerlukan dukungan tambahan berupa alat bantu sederhana guna mendukung kenyamanan dalam aktivitas perawatan diri.

Evaluasi Hari Kamis, 19 Desember 2024, pada pukul 10.20, penulis melakukan evaluasi terhadap implementasi keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, dimulai dengan tindakan mengidentifikasi adanya nyeri. Klien menyatakan bahwa pada hari ini tidak merasakan nyeri dan tampak tenang. Evaluasi ini menunjukkan adanya perbaikan kondisi fisik. Berdasarkan hasil evaluasi, penulis menyimpulkan bahwa masalah nyeri telah teratasi, sehingga intervensi ini dihentikan. Masih pada pukul 10.20, penulis mengevaluasi tindakan mengidentifikasi toleransi fisik klien dalam melakukan pergerakan. Klien menyatakan telah dapat menggerakkan tangan dan kaki secara perlahan serta berjalan dengan menggunakan alat bantu. Hasil pengukuran menunjukkan bahwa nilai kekuatan otot ekstremitas kanan adalah 4, yang berarti klien mampu melawan gravitasi dan sedikit tahanan. Evaluasi ini menunjukkan adanya peningkatan signifikan dalam kekuatan otot dan kemampuan mobilitas klien. Oleh karena itu, intervensi pemantauan toleransi fisik dihentikan. Pada pukul 10.30, penulis mengevaluasi tindakan mengajarkan latihan rentang gerak *range of motion* atau (ROM). Klien menyatakan bahwa latihan ini membantu melatih

kekuatan kaki dan tangan. Klien tampak kooperatif dalam mengikuti instruksi. Penulis menyimpulkan bahwa klien telah mampu melakukan latihan ROM secara mandiri, sehingga intervensi ini dihentikan. Pukul 10.50, penulis melakukan evaluasi terhadap tindakan memfasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu. Klien menyatakan siap dan mampu berjalan dengan walker secara mandiri. Evaluasi menunjukkan bahwa klien telah mandiri dalam menggunakan alat bantu mobilisasi, sehingga intervensi ini dihentikan. Pukul 11.00, penulis mengevaluasi implementasi pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik, dengan tindakan mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Klien menyatakan telah dapat tidur pada malam hari. Evaluasi ini menunjukkan adanya peningkatan kualitas tidur klien. Berdasarkan hasil evaluasi, intervensi pemantauan pola tidur dihentikan. Pukul 11.10, penulis mengevaluasi tindakan edukasi mengenai pentingnya tidur yang cukup selama masa pemulihan. Klien menyatakan memahami dan akan berupaya memenuhi kebutuhan tidurnya. Penulis menyimpulkan bahwa edukasi telah diterima dengan baik, sehingga intervensi ini dihentikan. Pukul 11.30, penulis melakukan evaluasi terhadap diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular, melalui tindakan mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri dan memantau tingkat kemandirian klien. Klien menyatakan telah mampu mandi sendiri dengan sedikit bantuan. Evaluasi menunjukkan adanya kemajuan dalam kemandirian klien. Oleh karena itu, intervensi ini

dihentikan. Masih pada pukul 11.30, penulis mengevaluasi tindakan mengingatkan klien untuk mencuci tangan sebelum makan. Klien tampak kooperatif dan menyatakan akan terus membiasakan diri mencuci tangan. Penulis menyimpulkan bahwa edukasi telah diterima dengan baik, sehingga intervensi ini dihentikan. Pukul 11.40, penulis mengevaluasi tindakan memfasilitasi peningkatan kemandirian dalam perawatan diri. Klien menyatakan masih membutuhkan sedikit bantuan, namun telah menunjukkan peningkatan kemandirian. Berdasarkan evaluasi ini, penulis menyimpulkan bahwa klien dapat melanjutkan aktivitas perawatan diri dengan bantuan minimal, sehingga intervensi ini dihentikan.

Klien 2 (Tn.H)

Evaluasi Hari Selasa, 17 Desember 2024, pukul 10.30, penulis melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Penulis mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Klien mengatakan merasakan nyeri di kaki kiri. Klien tampak tidak nyaman dan gelisah. Hasil pengukuran kekuatan otot ekstremitas kiri menunjukkan nilai 2, yang berarti gerakan sangat terbatas dan hanya dapat dilakukan dengan sedikit usaha. Berdasarkan data tersebut, penulis menyimpulkan bahwa masalah nyeri belum teratasi dan perlu dilakukan intervensi lanjutan berupa pemantauan nyeri dan latihan fisik ringan. Masih pada pukul 10.30, dilakukan pemantauan kondisi umum klien. Klien mengatakan mengalami kelemahan otot dan kesulitan menggerakkan kaki

kiri. Hasil pengukuran tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 136/80 mmHg, nadi 97 kali per menit, suhu tubuh 36°C, dan frekuensi pernapasan 20 kali per menit. Klien tampak stabil secara hemodinamik, tetapi kondisi fisik masih lemah. Evaluasi menunjukkan perlunya latihan fisik bertahap dan pemantauan lanjut terhadap kemampuan motorik. Pukul 10.40, penulis melaksanakan tindakan latihan rentang gerak (ROM). Klien mengatakan bersedia melakukan latihan dan tampak kooperatif mengikuti instruksi, meskipun gerakan dilakukan secara perlahan. Setelah latihan, hasil pengukuran kekuatan otot ekstremitas kiri meningkat menjadi nilai 3, yang berarti klien mampu melakukan gerakan melawan gravitasi meskipun masih terbatas. Evaluasi menunjukkan respon positif terhadap latihan ROM, meskipun latihan harus tetap dilakukan secara rutin dan disesuaikan dengan toleransi klien. Pada pukul 11.00, dilakukan tindakan fasilitasi aktivitas mobilisasi menggunakan alat bantu. Klien mengatakan dapat berpindah tempat dan berjalan menggunakan kruk. Secara objektif, klien tampak dapat menggunakan alat bantu dengan baik dan mampu berjalan beberapa langkah meskipun sedikit lambat dan hati-hati. Penulis menyimpulkan bahwa mobilisasi klien menunjukkan kemajuan, namun masih memerlukan pengawasan dan pendampingan dalam aktivitas berpindah dan berjalan. Pukul 11.05, implementasi keperawatan dilanjutkan pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Penulis mengidentifikasi pola tidur klien. Klien mengeluhkan susah tidur, hanya tidur selama 2–3 jam dan sering

terbangun pada malam hari. Klien tampak gelisah dan lelah. Evaluasi menunjukkan bahwa masalah gangguan tidur belum teratasi dan intervensi perlu difokuskan pada peningkatan kenyamanan dan kualitas tidur. Pukul 11.07, penulis mengidentifikasi faktor-faktor yang mengganggu tidur. Klien menyebut nyeri di kaki dan perasaan cemas terhadap proses pemulihan sebagai penyebab utama. Klien tampak sering terbangun dan menunjukkan gelisah secara emosional. Berdasarkan data tersebut, penulis menyimpulkan bahwa gangguan tidur masih berlanjut dan memerlukan intervensi lanjutan, seperti teknik relaksasi dan pengurangan nyeri untuk mendukung tidur yang lebih berkualitas.

Evaluasi Hari Rabu, 18 Desember 2024, pukul 10.20, penulis melakukan implementasi keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, difokuskan pada identifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan. Klien menyatakan bisa tidur pada malam hari dan merasa mampu bergerak meskipun masih merasakan nyeri ringan. Klien tampak mampu melakukan pergerakan dengan bantuan, duduk tenang di tempat tidur, serta menunjukkan sikap kooperatif. Berdasarkan evaluasi tersebut, toleransi aktivitas klien mulai menunjukkan peningkatan, namun masih perlu didukung dengan latihan fisik yang teratur dan sesuai kemampuan. Pada pukul 10.30, penulis melaksanakan latihan rentang gerak (ROM). Klien menyatakan bersedia melakukan latihan untuk menggerakkan badan, terutama tangan dan kaki. Klien tampak aktif dan kooperatif selama latihan berlangsung. Hasil

pengukuran menunjukkan nilai kekuatan otot ekstremitas kiri adalah 3, yang berarti klien mampu melakukan gerakan melawan gravitasi, meskipun secara perlahan. Evaluasi menunjukkan bahwa kekuatan otot klien mengalami peningkatan dibandingkan hari sebelumnya dan menunjukkan perkembangan positif, namun tetap perlu dilanjutkan secara bertahap dan terstruktur. Pada pukul 10.50, dilakukan pemantauan terhadap kondisi umum klien. Klien mengeluh merasa panas di dalam ruangan, tetapi tampak duduk tenang dan tidak mengalami gangguan pernapasan. Hasil pengukuran tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 138/80 mmHg, nadi 95 kali/ menit, suhu tubuh 36,5°C, dan frekuensi pernapasan 20 kali per menit. Evaluasi menunjukkan kondisi umum klien masih dalam batas normal dan stabil, meskipun perlu perhatian terhadap kenyamanan lingkungan. Masih pada pukul 10.50, dilakukan implementasi pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan. Klien mengatakan sudah dapat tidur pada malam hari namun masih mengalami gangguan tidur. Klien tampak gelisah dan sering menggerakkan kaki serta tidak sepenuhnya tenang. Evaluasi menunjukkan bahwa meskipun ada perbaikan dalam pola tidur, kualitas tidur klien masih belum optimal dan perlu strategi tambahan untuk meningkatkan kenyamanan tidur. Pukul 10.55, penulis memodifikasi lingkungan tidur dengan menyesuaikan suhu ruangan dan mematikan lampu terang. Klien mengeluh merasa panas, dan tampak gelisah sebelumnya. Setelah dilakukan intervensi, kondisi klien mulai lebih

tenang. Evaluasi menunjukkan bahwa modifikasi lingkungan memberikan efek positif terhadap kenyamanan klien dan berpotensi memperbaiki kualitas tidur. Pukul 11.00, penulis memberikan edukasi mengenai pentingnya tidur yang cukup selama masa pemulihan. Klien menunjukkan pemahaman dengan baik, tampak kooperatif dan mendengarkan penjelasan secara aktif. Evaluasi menunjukkan klien memiliki motivasi untuk memperbaiki pola tidurnya. Pukul 11.05, penulis menetapkan jadwal rutin tidur dan aktivitas. Klien mengatakan siap untuk mengikuti jadwal tersebut. Secara objektif, klien tampak kooperatif dan menunjukkan sikap lebih tenang. Evaluasi menunjukkan bahwa intervensi perencanaan aktivitas dan istirahat memberikan dampak positif terhadap kesiapan klien dalam mengatur rutinitas harian secara mandiri.

Evaluasi Hari Kamis, 19 Desember 2024, pada pukul 11.00, penulis melakukan evaluasi terhadap implementasi keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, dengan tindakan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Klien mengatakan bahwa kakinya hari ini tidak merasa nyeri dan tampak tenang selama evaluasi. Berdasarkan data tersebut, penulis menyimpulkan bahwa masalah nyeri sudah teratasi, sehingga intervensi ini dihentikan. Masih pada pukul 11.00, penulis mengevaluasi tindakan mengidentifikasi toleransi fisik dalam melakukan pergerakan. Klien menyatakan dapat berlatih berjalan dan menggerakkan kaki kirinya menggunakan alat bantu serta tampak kooperatif selama latihan. Pengukuran kekuatan otot

menunjukkan nilai 4 pada ekstremitas kiri, yang berarti klien mampu melakukan gerakan melawan gravitasi dengan kecepatan normal, meskipun gerakan masih sedikit lambat. Berdasarkan evaluasi ini, penulis menyimpulkan bahwa klien sudah menunjukkan kemajuan signifikan dalam mobilisasi, sehingga intervensi ini dihentikan. Pada pukul 11.05, penulis melakukan monitoring tanda-tanda vital. Hasil pengukuran menunjukkan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 97 kali/menit, suhu tubuh 36°C, dan laju pernapasan 20 kali per menit. Klien tampak tenang selama pemeriksaan. Dengan hasil tanda vital yang berada dalam batas normal dan stabil, penulis menyimpulkan bahwa pemantauan tanda vital rutin dapat dihentikan. Pukul 11.15, penulis mengevaluasi implementasi latihan rentang gerak (ROM). Klien menyatakan bahwa latihan ini membantu meningkatkan gerakan kaki kirinya, dan ia tampak kooperatif dalam mengikuti instruksi. Pengukuran kekuatan otot ekstremitas kiri tetap menunjukkan nilai 4, menunjukkan adanya kemajuan dan kemampuan otot untuk berfungsi lebih baik. Penulis menyimpulkan bahwa latihan ROM sudah dapat dilanjutkan secara mandiri oleh klien, sehingga intervensi langsung dihentikan. Pada pukul 11.35, penulis melakukan evaluasi terhadap aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. Klien mengatakan bahwa berjalan menggunakan alat bantu menjadi lebih mudah, dan ia tampak mandiri dalam penggunaannya, meskipun masih memerlukan sedikit dukungan untuk menjaga keseimbangan. Berdasarkan hasil tersebut, penulis menyimpulkan bahwa fasilitasi mobilisasi dapat dihentikan, dan

klien dianjurkan untuk terus berlatih secara mandiri. Pukul 11.40, penulis mengevaluasi implementasi keperawatan pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan gangguan mobilitas fisik, yaitu dengan tindakan mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. Klien mengungkapkan bahwa ia sudah bisa tidur pada malam hari dan tampak tenang saat diwawancarai. Penulis menyimpulkan bahwa pola tidur klien sudah membaik, sehingga intervensi pemantauan pola tidur dihentikan. Pada pukul 11.50, dilakukan evaluasi terhadap tindakan edukasi menetapkan jadwal rutin tidur dan menjelaskan pentingnya tidur cukup selama proses pemulihan. Klien menyatakan akan berusaha mengikuti jadwal tidur yang telah dibuat dan tampak kooperatif dalam menerima edukasi. Berdasarkan data ini, penulis menyimpulkan bahwa edukasi telah diterima dengan baik, sehingga intervensi dihentikan.

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis akan memaparkan hasil analisa asuhan keperawatan pada Tn. A dan Tn. H dengan pasca stroke. Dikelola tiga hari pada tanggal 17 Desember 2024 sampai dengan 19 Agustus 2024 di ruang Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang. Pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan penulis mendapatkan hasil sebagai berikut.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang berfungsi sebagai dasar dalam penyusunan diagnosis, intervensi, implementasi, hingga evaluasi. Pengkajian terhadap dua klien pasca stroke di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang menunjukkan kesamaan dan perbedaan kondisi yang menjadi dasar identifikasi masalah keperawatan. Selain itu, penting juga untuk mengevaluasi kelengkapan data pengkajian berdasarkan teori dan standar yang berlaku, serta meninjau keterkaitan dengan kebijakan institusi. Dari segi identitas, kedua klien sama-sama berjenis kelamin laki-laki, beragama Islam, dan tinggal di panti sosial. Namun terdapat perbedaan usia, yaitu Tn. A berusia 62 tahun dan Tn. H berusia 65 tahun. Riwayat hubungan keluarga menunjukkan bahwa keduanya mengalami keterbatasan dukungan sosial dari keluarga, namun Tn. H bahkan menyatakan tidak memiliki keluarga sama sekali, sedangkan Tn. A masih memiliki keluarga meskipun hubungannya tidak dekat. Dalam aspek riwayat kesehatan, kedua klien sama-sama mengalami stroke, namun Tn. A memiliki riwayat penyakit penyerta berupa hipertensi dan asam urat, serta memiliki faktor risiko keluarga dengan riwayat hipertensi. Hal ini menunjukkan adanya faktor predisposisi yang lebih kuat pada Tn. A. Sebaliknya, Tn. H tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya maupun anggota keluarga yang mengalami penyakit serupa. Keluhan utama yang disampaikan oleh Tn. A adalah kelemahan pada ekstremitas kanan serta sakit kepala, sementara Tn.

H mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri. Pengkajian terhadap kebiasaan sehari-hari menunjukkan bahwa kedua klien masih mengonsumsi makanan secara teratur sebanyak tiga kali sehari dengan menu yang hampir serupa. Namun, asupan cairan harian keduanya masih tergolong kurang dari kebutuhan ideal. Pola tidur keduanya juga terganggu, dengan lama tidur hanya berkisar 2–4 jam per malam dan sering terbangun. Dalam hal aktivitas, Tn. A menunjukkan ketergantungan lebih tinggi dibandingkan Tn. H. Tn. A memerlukan bantuan untuk sebagian besar aktivitas sehari-hari dan menggunakan popok untuk eliminasi, sementara Tn. H masih dapat melakukan sebagian besar aktivitas secara mandiri dengan alat bantu berupa kruk. Hubungan sosial keduanya terbatas pada teman sekamar, dan keduanya belum pernah mengikuti kegiatan rekreasi selama berada di panti. Dari segi spiritual, kedua klien masih menjalankan ibadah, meskipun Tn. A melaksanakan sholat dengan tayamum karena keterbatasan gerak, sedangkan Tn. H tetap menjalankan ibadah sholat lima waktu secara penuh (Nansy D P, & Gitalia P M, 2022). Pada pemeriksaan fisik, kedua klien berada dalam kondisi umum yang baik, dengan kesadaran composmentis dan tanda-tanda vital dalam batas normal. Tn. A memiliki tekanan darah yang lebih tinggi (150/90 mmHg), konsisten dengan riwayat hipertensinya. Pemeriksaan sistem integumen, kepala, mata, telinga, hidung, mulut, dan leher menunjukkan hasil normal pada kedua klien. Fungsi respirasi, kardiovaskular, gastrointestinal, perkemihan, dan genitourinaria tidak

menunjukkan kelainan signifikan. Namun, terdapat perbedaan mencolok pada sistem muskuloskeletal dan saraf pusat. Tn. A mengalami kelemahan ekstremitas kanan atas dan bawah yang signifikan, sedangkan Tn. H mengalami kelemahan yang lebih ringan pada kaki kiri. Penurunan fungsi sistem endokrin terlihat pada kedua klien sebagai dampak proses penuaan fisiologis. Dari aspek psikososial dan spiritual, Tn. A menunjukkan adanya rasa kesepian dan ketidakpuasan terhadap kehidupannya akibat keterbatasan fisik dan kurangnya dukungan keluarga. Meskipun demikian, ia tetap mampu menjalin hubungan yang cukup baik dengan teman sekamarnya. Sementara itu, Tn. H menunjukkan sikap yang lebih terbuka dan merasa nyaman tinggal di panti, dengan interaksi sosial yang lebih stabil.

Hasil pengkajian fungsional menggunakan indeks Katz menunjukkan bahwa Tn. A berada pada kategori F, yaitu mandiri hanya pada satu fungsi aktivitas dasar sehari-hari, sedangkan Tn. H berada pada kategori C, menunjukkan tingkat kemandirian yang lebih tinggi (Sulaiha et al., 2022). Pengkajian status mental melalui instrumen SPSMQ menunjukkan bahwa kedua klien memiliki fungsi kognitif yang utuh, meskipun Tn. H melakukan tiga kesalahan saat menjawab. Pada pengkajian depresi lansia menggunakan GDS (Geriatric Depression Scale), Tn. A tidak menunjukkan gejala depresi, sedangkan Tn. H menunjukkan gejala depresi ringan (Nansy D P, & Gitalia P M, 2022).

Secara keseluruhan, hasil pengkajian menunjukkan bahwa kedua klien mengalami gangguan fisik akibat stroke, namun dengan tingkat keparahan dan dampak yang berbeda. Tn. A menunjukkan ketergantungan yang lebih tinggi dalam aktivitas sehari-hari dan memiliki lebih banyak faktor risiko kesehatan, sedangkan Tn. H relatif lebih mandiri secara fungsional tetapi menunjukkan gejala gangguan emosional ringan. Perbedaan ini menjadi landasan penting dalam perencanaan keperawatan individual, sesuai dengan kebutuhan dan kondisi masing-masing klien.

a. Perbandingan Kondisi Fisik dan Fungsional Klien

Berdasarkan hasil pengkajian, Tn. A mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan dan menggunakan walker, sedangkan Tn. H mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri dan menggunakan kruk. Perbedaan lokasi kelemahan berpengaruh pada tingkat kemandirian, di mana Tn. A cenderung lebih tergantung dibandingkan Tn. H. Tn. A termasuk dalam kategori F pada indeks kemandirian Katz, yang menunjukkan ketergantungan tinggi, sedangkan Tn. H berada pada kategori C yang menunjukkan ketergantungan sedang. Kelemahan dalam pengukuran kekuatan otot: Meskipun data menunjukkan informasi umum tentang kemampuan gerak, pengkajian ini tidak melibatkan instrumen objektif seperti pengukuran kekuatan otot menggunakan skala 0–5 atau alat seperti dinamometer. Ini menjadi penting karena pengukuran kekuatan otot merupakan parameter penting dalam merencanakan rehabilitasi fisik pasca stroke (Nugroho et al.,

2022). Tidak adanya pengukuran yang objektif mengurangi akurasi dan efektivitas dalam menyusun rencana asuhan. Selain itu, tidak digunakan alat ukur standar mobilitas lansia seperti *Timed Up and Go Test* atau *Berg Balance Scale* yang direkomendasikan dalam pengkajian geriatri. Tanpa instrumen standar ini, pengkajian mobilitas menjadi kurang valid dan tidak memberikan gambaran yang tepat tentang risiko jatuh dan kebutuhan rehabilitasi lebih lanjut.

b. Perbandingan Aspek Psikologis dan Sosial

Secara psikososial, Tn. A menunjukkan ekspresi sedih dan menyatakan ketidaknyamanan tinggal di panti serta memiliki hubungan keluarga yang kurang erat, sedangkan Tn. H tidak menunjukkan gangguan emosional dan merasa nyaman meski tidak memiliki keluarga. Hal ini menunjukkan bahwa kehadiran keluarga tidak selalu menjamin kestabilan psikologis lansia, karena adaptasi terhadap lingkungan dan relasi sosial juga berperan penting dalam kesejahteraan emosional lansia. Namun, pengkajian psikologis terbatas hanya menggunakan Geriatric Depression Scale (GDS) tanpa penelusuran lebih lanjut terhadap aspek lain seperti kecemasan, stres, atau mekanisme koping. Pengkajian ini perlu dilengkapi dengan penilaian mendalam mengenai kemampuan klien dalam mengelola stres dan harapan masa depan. Padahal, pendekatan keperawatan holistik pada lansia pasca stroke mengharuskan pengkajian menyeluruh terhadap aspek afektif, kognitif, dan psikodinamik (Wulandari et al., 2021).

c. Perbandingan Aspek Spiritual dan Religius

Kedua klien masih menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinan masing-masing, yang menunjukkan bahwa aspek spiritual masih terpelihara. Namun, pengkajian spiritual hanya sebatas identifikasi aktivitas ibadah, tidak menyentuh dimensi makna hidup, nilai spiritual pribadi, harapan, atau perasaan damai. Aspek ini penting terutama bagi lansia yang tinggal di institusi sosial, karena spiritualitas sering menjadi sumber ketahanan psikologis dan kekuatan batin dalam menghadapi penyakit kronik seperti stroke (Kemenkes RI, 2020). Penguatan pengkajian spiritual, penting untuk mengembangkan pengkajian spiritual dengan menggali lebih dalam tentang pandangan hidup, nilai-nilai yang dijunjung tinggi oleh klien, serta pengalaman spiritual yang memberikan kedamaian batin. Hal ini akan sangat membantu dalam memberikan dukungan emosional dan psikologis yang lebih personal dan holistik bagi klien.

d. Kurangnya Data Lingkungan Fisik dan Sosial Panti

Pengkajian tidak mencakup informasi tentang kondisi fisik lingkungan panti seperti ventilasi, pencahayaan, kebersihan ruangan, keamanan area berjalan, dan aksesibilitas fasilitas. Padahal, faktor-faktor tersebut sangat berpengaruh terhadap keselamatan, kenyamanan, dan pemulihan klien lansia. Lingkungan yang mendukung dapat mengurangi risiko jatuh dan mempercepat rehabilitasi. Lingkungan sosial panti, selain itu, interaksi sosial klien di panti, seperti hubungan

dengan petugas, sesama penghuni, serta keterlibatan dalam aktivitas kelompok, tidak dikaji secara rinci. Aspek ini sangat penting dalam keperawatan komunitas berbasis institusi, karena dukungan sosial yang kuat terbukti meningkatkan kualitas hidup lansia (PERDOSSI, 2021).

e. Kelemahan dalam Proses dan Cakupan Pengkajian

Meskipun pengkajian telah dilakukan dengan pendekatan menyeluruh, terdapat beberapa keterbatasan penting yang perlu dikritisi untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

1) Keterbatasan dalam Data Objektif dan Penggunaan Alat Ukur

Tidak dilakukannya pengukuran kekuatan otot menggunakan dinamometer menyebabkan data kekuatan otot tidak terukur secara kuantitatif, yang mengurangi akurasi dalam perencanaan intervensi keperawatan fisik. Pengkajian mobilitas tidak menggunakan instrumen standar seperti Timed Up and Go Test atau Berg Balance Scale, padahal alat ini direkomendasikan dalam pengkajian lansia dengan gangguan mobilitas (Nugroho et al., 2022). Penilaian kualitas hidup tidak disertai instrumen seperti WHOQOL-OLD, sehingga aspek kesejahteraan lansia secara keseluruhan tidak dapat dinilai dengan tepat.

2) Pengkajian Psikologis dan Spiritual Kurang Mendalam

Penilaian psikologis terbatas hanya pada GDS tanpa pengkajian lebih lanjut mengenai kecemasan, stres, atau strategi koping. Pengkajian spiritual hanya berupa identifikasi aktivitas ibadah

tanpa mendalami nilai-nilai spiritual yang berpengaruh pada makna hidup klien, padahal hal ini penting untuk pendekatan keperawatan holistik (Kemenkes RI, 2020).

3) Kurangnya Pengkajian terhadap Lingkungan Fisik dan Sosial di Panti Sosial

Informasi tentang kondisi lingkungan fisik panti seperti kebersihan, ventilasi, pencahayaan, dan aksesibilitas ruang tidak dikaji, padahal dapat mempengaruhi kenyamanan dan keselamatan klien. Interaksi klien dengan petugas, penghuni lain, dan rutinitas panti belum tergambarkan secara detail. Padahal, faktor ini sangat penting dalam keperawatan komunitas berbasis institusi (PERDOSSI, 2021).

f. Ketidakeleengkapan Pengkajian terhadap Kebijakan dan Prosedur Panti

Tidak terdapat informasi mengenai kebijakan panti dalam mendukung aktivitas keperawatan seperti keberadaan program rehabilitasi fisik, jadwal kegiatan harian, atau prosedur penanganan darurat. Tidak disebutkan apakah ada keterlibatan petugas sosial, pendamping lansia, atau tenaga kesehatan lain dalam mendukung keseharian klien. Hal ini menyulitkan perawat dalam menyusun rencana asuhan yang sesuai dengan sumber daya yang tersedia di institusi. Menurut Permensos No. 5 Tahun 2021 tentang Standar Pelayanan Minimal Lanjut Usia, panti wajib menyediakan program

pembinaan, dukungan sosial, dan layanan kesehatan dasar. Tanpa informasi ini, pengkajian menjadi kurang kontekstual terhadap kebijakan dan kapasitas layanan institusi.

g. Kurangnya Kolaborasi Antarpihak dalam Pengkajian

Pengkajian hanya mengandalkan observasi dan wawancara langsung dengan klien tanpa pelibatan aktif dari petugas panti. Hal ini mengurangi akurasi data karena informasi penting terkait respons klien terhadap intervensi sebelumnya, pola perilaku harian, dan perubahan kondisi jangka panjang sering kali lebih diketahui oleh petugas panti. Pendekatan kolaboratif merupakan prinsip penting dalam pelayanan keperawatan institusional yang berfokus pada keberlanjutan perawatan (Wulandari et al., 2021).

h. Penyesuaian konteks pengkajian di lingkungan panti sosial

Pengkajian keperawatan di panti sosial memiliki kondisi yang berbeda dengan pengkajian di rumah sakit. Di panti sosial, alat pemeriksaan dan tenaga kesehatan sering kali terbatas. Hal ini membuat proses pengkajian menjadi tidak sekomprehensif di rumah sakit, terutama jika memerlukan alat khusus atau kerja sama dengan banyak tenaga kesehatan lainnya. Selain itu, sistem pencatatan dan dokumentasi di panti sosial belum sebaik di rumah sakit. Catatan kondisi kesehatan klien kadang tidak lengkap, sehingga menyulitkan perawat dalam mengetahui perkembangan klien dari waktu ke waktu. Hal ini perlu menjadi perhatian dalam proses pengkajian. Kehidupan

di panti sosial juga berbeda karena bersifat komunal (tinggal bersama). Klien lansia tinggal dengan banyak orang dan berinteraksi setiap hari, sehingga perawat harus memperhatikan aspek sosial dan hubungan antarpribadi dalam melakukan pengkajian. Misalnya, bagaimana klien menyesuaikan diri, apakah ia merasa nyaman, atau justru mengalami kesepian dan stres. Untuk mengatasi keterbatasan yang ada, perawat perlu lebih teliti dalam mengamati perilaku klien setiap hari, melakukan tanya jawab secara mendalam, dan bekerja sama dengan petugas panti. Pengkajian tidak hanya fokus pada fisik, tetapi juga harus melihat kondisi psikologis, sosial, dan spiritual secara menyeluruh. Di samping itu, perawat juga bisa memberi masukan kepada pengelola panti sosial agar mendukung kegiatan pengkajian, seperti menyediakan pelatihan dasar bagi petugas dan mencatat kondisi klien secara rutin. Dengan cara ini, walaupun sumber daya terbatas, pengkajian keperawatan tetap bisa dilakukan dengan baik dan bermanfaat bagi klien lansia pasca stroke. Keterbatasan sumber daya tenaga kesehatan

Di panti sosial, kehadiran tenaga kesehatan seperti perawat atau fisioterapis sering kali terbatas, dan beban kerja mencakup populasi lansia yang cukup besar. Hal ini berdampak pada keterbatasan waktu untuk melakukan pengkajian secara mendalam dan berulang. Selain itu, pelatihan petugas sosial mengenai pengamatan klinis dan dukungan emosional juga belum tentu optimal. Oleh karena itu,

pengkajian multidisiplin menjadi tantangan yang harus diatasi dengan penguatan koordinasi dan pelibatan lintas sektor.

Berdasarkan uraian di atas, dapat ditegaskan bahwa pengkajian keperawatan yang dilakukan terhadap dua klien pasca stroke di panti sosial telah mencakup aspek dasar kondisi fisik, psikologis, dan spiritual. Pengkajian juga berhasil mengidentifikasi perbedaan tingkat kemandirian fungsional antara klien, yang menjadi dasar penting dalam penyusunan rencana asuhan keperawatan. Namun demikian, pengkajian belum sepenuhnya memenuhi prinsip pengukuran objektif, karena sebagian besar data yang diperoleh bersifat subjektif dan belum menggunakan instrumen standar yang direkomendasikan dalam praktik keperawatan gerontik. Selain itu, pengkajian belum menjangkau dimensi penting lainnya seperti kondisi lingkungan fisik panti, dukungan sosial internal institusi, serta kebijakan dan prosedur yang berlaku di lingkungan pelayanan sosial. Hal ini menunjukkan adanya kebutuhan untuk meningkatkan mutu pengkajian melalui pendekatan multidimensi dan kolaboratif, serta integrasi dengan konteks institusi sosial tempat lansia berada. Mengingat bahwa pengkajian dilakukan di panti sosial, pendekatan yang digunakan perlu disesuaikan dengan keterbatasan sumber daya, termasuk minimnya alat kesehatan dan tenaga profesional. Dalam konteks ini, keterlibatan petugas non-medis, seperti pendamping lansia atau pekerja sosial, menjadi bagian penting dari proses pengkajian.

Meskipun penilaian kekuatan otot telah dilakukan secara manual menggunakan skala 0–5, dibutuhkan pengembangan instrumen yang lebih praktis dan terstandardisasi agar tetap dapat menjamin validitas data dalam keterbatasan fasilitas. Penting pula untuk membangun sistem dokumentasi yang sistematis dan berkelanjutan di lingkungan panti, guna memastikan bahwa setiap aspek kondisi klien tercatat secara menyeluruh dan dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan keperawatan yang tepat. Dengan demikian, pelayanan keperawatan gerontik di panti sosial dapat berjalan sesuai prinsip holistik, humanistik, dan berbasis kebutuhan individual lansia.

i. Prosedur Persiapan Latihan *Range Of Motion* (ROM)

Sebelum latihan *Range of Motion* (ROM) dilakukan pada klien pasca stroke, terdapat beberapa tahapan persiapan sederhana yang dilakukan oleh pendamping dan mahasiswa praktik. Prosedur ini bertujuan untuk menunjang kenyamanan dan keamanan klien lansia yang memiliki keterbatasan fisik akibat stroke. Pelaksanaan kegiatan disesuaikan dengan kondisi nyata di panti sosial, di mana keterbatasan tenaga dan sarana menjadi pertimbangan utama.

Adapun tahapan persiapan yang dilakukan di Ruang Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang adalah sebagai berikut:

1) Menyesuaikan Jadwal Latihan dengan Kondisi Klien

Sebelum latihan dimulai, mahasiswa praktik terlebih dahulu mengevaluasi kondisi umum klien, seperti tingkat kesadaran dan kemampuan berkomunikasi. Apabila klien tampak lelah, mengantuk, atau kurang kooperatif, maka latihan ditunda atau dilakukan dengan pendekatan yang lebih perlahan dan fleksibel. Latihan umumnya dilaksanakan pada pagi hari setelah klien mandi dan sarapan, karena pada waktu tersebut kondisi fisik klien relatif lebih stabil dan bertenaga.

2) Menyiapkan Tempat Latihan Seadanya

Latihan dilakukan di kamar atau di sekitar tempat tidur klien. Penyesuaian posisi tubuh klien dilakukan dengan bantuan bantal atau sandaran agar posisi latihan aman dan nyaman. Lingkungan dijaga tetap tenang dan tertib untuk meminimalkan gangguan yang dapat mengurangi fokus klien selama latihan berlangsung.

3) Memastikan Pakaian Tidak Menghambat Gerakan

Klien dibantu untuk mengenakan pakaian yang longgar dan tidak membatasi pergerakan sendi. Jika pakaian yang digunakan terlalu ketat atau tidak sesuai, maka bagian tersebut disesuaikan untuk memastikan kebebasan gerak selama latihan dilakukan.

4) Melakukan Pemanasan Sederhana

Sebelum latihan dimulai, dilakukan pemanasan ringan dengan cara mengusap atau memijat secara perlahan pada area tangan atau kaki yang akan digerakkan, terutama pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan. Pemanasan dilakukan selama 1–2 menit guna meningkatkan sirkulasi darah dan mengurangi risiko cedera otot.

5) Melakukan Observasi Fisik Sebelum Latihan

Mahasiswa menanyakan kepada klien apakah terdapat keluhan seperti nyeri, pegal, atau tidak nyaman pada area tubuh yang akan dilatih. Apabila terdapat keluhan, maka latihan dilakukan secara hati-hati atau dibatasi hanya pada bagian tubuh yang memungkinkan. Pemeriksaan tanda vital tidak dilakukan secara lengkap karena keterbatasan alat, namun observasi subjektif dilakukan melalui komunikasi dan pengamatan langsung terhadap kondisi fisik klien.

6) Memberikan Edukasi Singkat kepada Klien

Sebelum latihan dilakukan, mahasiswa praktik memberikan penjelasan singkat mengenai tujuan latihan ROM, yaitu untuk mengurangi kekakuan sendi, mempertahankan kekuatan dan massa otot, dan meningkatkan kemampuan klien dalam melakukan aktivitas mandiri. Edukasi disampaikan dengan bahasa yang

sederhana dan mudah dipahami, serta disertai pendekatan yang tenang agar klien merasa nyaman dan kooperatif.

2. Diagnosa Keperawatan

a. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Diagnosa utama yang ditetapkan adalah gangguan mobilitas fisik pada klien lansia pasca stroke, yaitu Tn. A dan Tn. H. Gangguan ini berhubungan dengan kelemahan otot yang disebabkan oleh kerusakan pada sistem neuromuskular. Berdasarkan hasil pengkajian, Tn. A mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan, sementara Tn. H mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri. Kedua klien menunjukkan keterbatasan dalam melakukan aktivitas dasar sehari-hari secara mandiri, seperti berjalan, berpindah posisi dari duduk ke berdiri, dan melakukan perawatan diri. Gangguan ini menyebabkan ketergantungan tinggi pada bantuan eksternal untuk mobilisasi dan perawatan diri. Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), gangguan mobilitas fisik ditandai dengan gejala seperti penurunan kemampuan bergerak secara mandiri, kelemahan otot, serta gangguan koordinasi (Dewi & Sari, 2020). Dalam kasus ini, Tn. A dan Tn. H menunjukkan gejala tersebut dengan jelas dan berulang. Tn. A membutuhkan bantuan walker untuk berpindah tempat, sementara Tn. H menggunakan kruk untuk menopang pergerakannya. Keduanya mengalami kesulitan berjalan, dan penurunan kekuatan otot mereka

terlihat secara konsisten sepanjang proses pengkajian. Gangguan mobilitas fisik pada lansia pasca stroke sering kali disebabkan oleh kerusakan pada sistem saraf pusat, yang mengganggu integritas neuromuskular. Salah satu dampak utama adalah hemiparesis, yaitu kelemahan otot pada satu sisi tubuh yang terjadi akibat gangguan neurologis. Hal ini menyebabkan penurunan kemandirian pada lansia dan meningkatkan ketergantungan pada bantuan eksternal untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Menurut Putri & Sari (2021), gangguan mobilitas dapat memperburuk proses disabilitas, meningkatkan risiko jatuh, dan berdampak pada aspek psikososial seperti harga diri dan motivasi. Dalam praktik keperawatan, intervensi yang sesuai untuk menangani gangguan mobilitas ini meliputi latihan rentang gerak *Range of Motion* (ROM), dukungan mobilisasi terjadwal, serta edukasi tentang penggunaan alat bantu yang tepat. Latihan ROM, baik secara aktif maupun pasif, dapat membantu mempertahankan fleksibilitas sendi, mencegah kekakuan, serta meningkatkan sirkulasi darah pada area yang mengalami imobilisasi. Selain itu, mobilisasi secara bertahap dengan pengawasan berperan penting dalam meningkatkan kekuatan otot, serta memberikan rasa percaya diri kepada klien dalam bergerak. Namun, praktik pengkajian di panti sosial tempat Tn. A dan Tn. H dirawat menunjukkan ketidaksesuaian dengan pendekatan teoritis yang dijelaskan dalam Bab 2. Dalam teori keperawatan, penilaian gangguan mobilitas biasanya dilakukan menggunakan alat ukur standar, seperti

skala Barthel atau Manual Muscle Testing (MMT), untuk memperoleh data objektif mengenai tingkat kemandirian klien. Alat ukur ini memungkinkan tenaga keperawatan untuk mengidentifikasi tingkat gangguan mobilitas secara kuantitatif, sehingga perencanaan intervensi bisa lebih tepat dan spesifik. Tetapi, di lapangan, pengkajian yang dilakukan masih bersifat deskriptif dan subjektif, tanpa menggunakan alat ukur kuantitatif yang standar. Hal ini menyulitkan perawat dalam menentukan target intervensi secara tepat serta dalam mengevaluasi efektivitas tindakan yang diberikan. Ke depannya, penggunaan alat ukur kuantitatif akan sangat membantu dalam merencanakan intervensi yang lebih tepat sasaran dan memudahkan evaluasi hasilnya. Lebih lanjut, teori keperawatan gerontik menekankan pentingnya perencanaan intervensi yang bersifat individual, dengan mempertimbangkan kondisi fisik dan kemampuan setiap klien. Dalam hal ini, meskipun terdapat perbedaan signifikan antara Tn. A dan Tn. H, seperti sisi tubuh yang terdampak serta jenis alat bantu yang digunakan, intervensi yang diberikan cenderung seragam dan belum sepenuhnya menyesuaikan dengan kondisi masing-masing klien. Hal ini bertentangan dengan prinsip dasar asuhan keperawatan yang menuntut pendekatan personal dan berbasis bukti. Perawatan yang tidak disesuaikan dengan kebutuhan spesifik klien dapat memperlambat proses pemulihan dan meningkatkan risiko komplikasi sekunder, seperti dekubitus atau atrofi otot. Oleh karena itu, meskipun diagnosa gangguan mobilitas fisik yang telah

ditetapkan sudah tepat dan sesuai dengan SDKI, praktik pelaksanaannya masih menunjukkan kelemahan dalam aspek pengkajian objektif dan personalisasi intervensi. Untuk meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan, disarankan untuk menggunakan alat ukur kuantitatif dalam pengkajian, melakukan pencatatan kekuatan otot secara berkala, serta merancang rencana intervensi yang sesuai dengan kondisi fisik spesifik klien. Langkah-langkah ini akan mendukung tercapainya tujuan asuhan keperawatan yang optimal dan mempercepat pemulihan fungsi mobilitas pada lansia pasca stroke.

b. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan

Diagnosa keperawatan kedua yang ditetapkan adalah gangguan pola tidur, yang berhubungan dengan hambatan lingkungan. Diagnosa ini berdasarkan pengkajian terhadap dua klien lansia pasca stroke, yaitu Tn. A dan Tn. H. Kedua klien mengeluhkan kesulitan tidur, sering terbangun di malam hari, dan merasa tidak segar saat bangun pagi. Keluhan ini didukung oleh kondisi lingkungan panti sosial yang kurang mendukung tidur, seperti adanya suara bising dari penghuni lain, pencahayaan berlebihan pada malam hari, serta tidak adanya rutinitas tidur yang terstruktur. Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), gangguan pola tidur dapat dikenali melalui tanda mayor seperti kesulitan tidur, tidur yang terputus-putus, dan kualitas tidur yang buruk. Kedua klien memenuhi indikator ini, di mana mereka sulit memulai tidur, tidur mereka terputus-putus, dan mengeluh lelah di

pagi hari. Hal ini menunjukkan bahwa diagnosa keperawatan ini tepat untuk diterapkan. Teori dalam Bab 2 menjelaskan bahwa tidur yang berkualitas sangat penting bagi pemulihan lansia pasca stroke. Putri & Lestari (2022) mengungkapkan bahwa tidur yang tidak memadai dapat menghambat penyembuhan, meningkatkan kelelahan kronis, dan memperburuk kondisi psikologis, seperti mudah marah dan cemas. Gangguan tidur pada lansia bisa disebabkan oleh faktor fisiologis, psikologis, atau lingkungan yang tidak mendukung. Dalam hal ini, gangguan tidur pada Tn. A dan Tn. H lebih disebabkan oleh faktor eksternal lingkungan, bukan faktor internal seperti nyeri atau gangguan metabolik. Namun, terdapat perbedaan antara teori dan praktik di lapangan. Teori menyarankan penggunaan intervensi nonfarmakologis, seperti terapi relaksasi, pengaturan rutinitas tidur, teknik pernapasan, dan edukasi sleep hygiene untuk menangani gangguan tidur. Namun, dalam praktik di panti sosial, intervensi ini belum dilakukan secara optimal. Penanganan gangguan tidur masih bersifat pasif, terbatas pada saran untuk tidur lebih awal atau menghindari kafein, tanpa adanya tindakan terstruktur atau berbasis bukti. Selain itu, teori keperawatan juga menyarankan penggunaan alat ukur kuantitatif, seperti Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), untuk menilai kualitas tidur secara objektif. Dalam pengkajian terhadap Tn. A dan Tn. H, pengukuran tersebut belum dilakukan. Gangguan tidur hanya dinilai berdasarkan laporan subjektif, yang memiliki keterbatasan dalam akurasi. Kondisi lingkungan panti

yang tidak ramah tidur juga berkontribusi pada gangguan pola tidur. Pencahayaan yang tidak direduksi di malam hari, aktivitas penghuni lain yang berlanjut hingga larut malam, serta tidak adanya kebijakan jam tenang bertentangan dengan prinsip sleep hygiene. Lingkungan tidur yang tenang, gelap, dan aman sangat penting bagi lansia. Gangguan tidur dapat menyebabkan dampak fisik, seperti kelelahan atau penurunan daya tahan tubuh, serta dampak emosional, seperti perubahan mood dan kesulitan konsentrasi. Klien yang kurang tidur juga cenderung menarik diri dari interaksi sosial. Oleh karena itu, perbaikan lingkungan fisik, kebijakan internal panti, serta penguatan intervensi berbasis bukti sangat diperlukan untuk meningkatkan kualitas tidur klien. Meskipun diagnosa gangguan pola tidur yang diterapkan pada Tn. A dan Tn. H sudah sesuai dengan kriteria SDKI, implementasi penanganannya di panti sosial masih belum optimal. Diperlukan intervensi yang lebih terstruktur, berbasis bukti ilmiah, serta melibatkan pengukuran objektif untuk meningkatkan kualitas tidur klien dan mendukung pemulihan mereka secara menyeluruh.

c. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Diagnosa ketiga yang ditetapkan adalah defisit perawatan diri yang berhubungan dengan gangguan neuromuskular. Diagnosa ini berdasarkan hasil pengkajian terhadap dua klien lansia pasca stroke, yaitu Tn. A dan Tn. H. Pada Tn. A, pengkajian menggunakan Indeks

Katz menunjukkan bahwa klien berada pada kategori F. Ini berarti Tn. A masih mampu melakukan beberapa aktivitas mandiri, namun membutuhkan bantuan dalam aktivitas penting seperti mandi, berpakaian, menggunakan toilet, dan berpindah posisi. Sementara itu, pada Tn. H, meskipun mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri, dampaknya terhadap aktivitas perawatan diri lebih ringan dibandingkan Tn. A. Namun, Tn. H masih menunjukkan keterbatasan dalam melakukan aktivitas secara optimal. Defisit perawatan diri adalah kondisi di mana individu tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari secara mandiri, seperti mandi, makan, berpakaian, dan menjaga kebersihan diri. Dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), tanda mayor defisit perawatan diri meliputi ketergantungan dalam aktivitas ADL (Activities of Daily Living). Sementara tanda minor dapat mencakup waktu yang lebih lama dalam melaksanakan ADL, ketidakefisienan dalam pergerakan, atau ketidakmampuan menggunakan alat bantu secara efektif. Pada Tn. A dan Tn. H, tanda mayor ini jelas terlihat dalam kesulitan mereka untuk melakukan aktivitas mandi, berpakaian, dan berpindah posisi secara mandiri. Jika dibandingkan dengan teori yang diuraikan dalam Bab 2, seharusnya klien pasca stroke mengikuti program rehabilitasi yang mendukung kemandirian progresif. Program ini mencakup latihan keterampilan motorik, stimulasi adaptasi lingkungan, dan pelatihan penggunaan alat bantu. Namun, di panti sosial tempat klien tinggal, tidak

ditemukan intervensi fisioterapi rutin ataupun dukungan fasilitas adaptif seperti kursi mandi, pegangan toilet, atau pelatihan mandiri secara berkala. Hal ini bertentangan dengan teori yang menyarankan pemberdayaan klien dalam merawat dirinya sebagai kunci peningkatan kualitas hidup pasca stroke. Kondisi nyata di panti sosial juga menunjukkan keterbatasan dalam fasilitas dan dukungan sumber daya manusia. Sebagai contoh, tidak tersedianya alat bantu yang memadai, terbatasnya tenaga pendamping yang terlatih, serta kurangnya program peningkatan kapasitas mandiri bagi lansia. Hal ini mengindikasikan kesenjangan antara teori dan kenyataan. Meskipun demikian, secara klinis, tanda dan gejala pada klien telah sesuai dengan indikator SDKI, yaitu adanya hambatan dalam mandi, berpakaian, dan berpindah posisi secara mandiri, yang menguatkan diagnosa defisit perawatan diri. Namun, pengelolaan masalah ini belum sepenuhnya optimal. Teori dalam Bab 2 menekankan pendekatan holistik, lingkungan adaptif, serta peran tim multidisiplin dalam mendukung kemandirian klien. Dampak dari defisit perawatan diri ini tidak hanya bersifat fisik, tetapi juga menyentuh aspek psikologis. Ketergantungan jangka panjang dapat menimbulkan perasaan rendah diri, kehilangan harga diri, dan bahkan depresi ringan. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan intervensi keperawatan yang tidak hanya berfokus pada bantuan langsung, tetapi juga penguatan kapasitas klien, seperti melalui latihan rentang gerak aktif terbantu, penguatan otot, serta edukasi kemandirian secara

bertahap. Secara keseluruhan, kondisi defisit perawatan diri yang dialami oleh Tn. A dan Tn. H sesuai dengan kriteria diagnosa SDKI. Namun, jika dibandingkan dengan teori keperawatan gerontik dalam Bab 2, ditemukan ketidaksesuaian dalam aspek pendukung lingkungan dan intervensi rehabilitatif. Oleh karena itu, upaya perbaikan harus difokuskan pada penyediaan fasilitas yang memadai dan program yang mendukung pemulihan fungsi perawatan diri secara maksimal.

3. Intervensi Keperawatan

Penulis menetapkan intervensi keperawatan untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan neuromuskular, berdasarkan hasil pengkajian terhadap dua klien lansia pasca stroke di panti sosial. Klien pertama, Tn. A, mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan, sedangkan klien kedua, Tn. H, mengalami kelemahan pada ekstremitas bawah sebelah kiri. Keduanya menunjukkan keterbatasan dalam menggerakkan anggota tubuh secara optimal dan mengalami penurunan kemampuan untuk bergerak mandiri, yang berdampak pada aktivitas sehari-hari seperti berpindah posisi dan berjalan. Intervensi keperawatan difokuskan pada pelaksanaan latihan *Range of Motion* (ROM) secara rutin dan terarah. Latihan ini dilakukan secara bertahap dengan melibatkan klien sesuai kemampuan, kondisi fisik, dan kenyamanan masing-masing. Tujuan dari latihan ROM adalah untuk melatih kekuatan otot yang melemah, meningkatkan fleksibilitas sendi, memperlancar sirkulasi darah, serta mempertahankan fungsi gerak tubuh.

Pelaksanaan latihan dilakukan secara pasif maupun aktif terbantu, bergantung pada kemampuan klien, dan selalu berada dalam pengawasan serta bimbingan petugas panti. Dalam praktik di panti sosial, latihan ROM dilaksanakan setiap hari. Petugas berperan aktif dalam membantu klien menggerakkan anggota tubuh dengan pendekatan yang sabar dan komunikatif, sehingga klien merasa didukung secara emosional dan termotivasi untuk berpartisipasi. Intervensi ini juga disesuaikan dengan jadwal harian di panti sosial agar tidak membebani klien secara fisik maupun psikologis. Sebelum latihan dilakukan, tekanan darah klien diperiksa untuk memastikan kondisi tubuh dalam keadaan stabil. Klien juga difasilitasi dengan alat bantu yang aman, seperti pagar tempat tidur, meja sandar, dan kursi berpenyangga, guna mendukung proses mobilisasi secara perlahan dan bertahap. Edukasi ringan mengenai pentingnya latihan gerak dan manfaatnya dalam mencegah kekakuan sendi serta mempertahankan fungsi tubuh diberikan secara rutin untuk meningkatkan partisipasi klien. Namun, bila dibandingkan dengan teori keperawatan gerontik, terdapat beberapa perbedaan antara praktik dan prinsip ideal. Teori menyarankan latihan ROM dilakukan secara aktif dan partisipatif oleh klien dengan frekuensi dua hingga tiga kali per hari agar manfaat terapeutik lebih optimal. Selain itu, teori juga menekankan pentingnya pemantauan berkala terhadap perkembangan kekuatan otot dan kemampuan fungsional klien. Di lapangan, latihan ROM hanya dilakukan satu kali per hari dan sebagian besar masih bersifat pasif, karena klien

merasa lelah, takut mengalami nyeri, atau kurang percaya diri untuk bergerak sendiri. Kondisi ini mencerminkan adanya kesenjangan antara pendekatan rehabilitatif aktif menurut teori dengan pendekatan suportif pasif yang masih dominan di panti sosial. Meskipun demikian, praktik di lapangan tetap memiliki kekuatan, yaitu adanya konsistensi pelaksanaan oleh petugas serta komitmen dalam melibatkan klien meskipun secara terbatas. Petugas menunjukkan sikap empatik dan sabar, yang merupakan komponen penting dalam perawatan lansia pasca stroke. Kendala lainnya terletak pada lingkungan panti yang bersifat non-medis, kurangnya sarana rehabilitasi, serta minimnya tenaga terlatih di bidang fisioterapi geriatri. Sebagai solusi, disarankan agar petugas diberikan pelatihan dasar mengenai prinsip rehabilitasi stroke, khususnya dalam teknik memfasilitasi gerakan aktif terbantu. Panti juga dapat menyusun program latihan sederhana yang disesuaikan dengan kondisi masing-masing klien, seperti latihan menggenggam bola karet, mengangkat tangan perlahan, atau menggerakkan kaki saat duduk. Dukungan motivasi secara verbal dan emosional perlu terus diberikan. Bila memungkinkan, kerja sama dengan relawan atau keluarga klien dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan keterlibatan dan frekuensi latihan. Dengan intervensi yang konsisten, pendekatan empatik, serta adaptasi terhadap keterbatasan lingkungan panti, diharapkan klien dapat mengalami peningkatan kekuatan otot secara bertahap serta memperoleh kembali sebagian kemampuan mobilitas. Peningkatan ini diharapkan berkontribusi pada tercapainya kemandirian

klien dalam beraktivitas sehari-hari dan berdampak positif terhadap kualitas hidup secara fisik maupun psikososial selama berada di panti sosial.

Penulis menetapkan intervensi keperawatan untuk diagnosa gangguan pola tidur yang berhubungan dengan hambatan lingkungan, berdasarkan hasil pengkajian terhadap dua klien lansia pasca stroke di panti sosial, yaitu Tn. A dan Tn. H. Kedua klien mengeluhkan kesulitan tidur pada malam hari, seperti sering terbangun, sulit kembali terlelap, serta merasa tidak segar saat bangun pagi. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara, gangguan tidur ini dipengaruhi oleh kondisi lingkungan kamar yang belum mendukung istirahat optimal. Pencahayaannya yang terlalu terang dan suara dari penghuni lain, seperti percakapan atau batuk, menjadi faktor pengganggu utama. Intervensi keperawatan difokuskan pada penyesuaian lingkungan fisik kamar serta pembentukan rutinitas tidur yang konsisten. Petugas meredupkan pencahayaannya menjelang malam dengan menggunakan lampu berintensitas rendah atau menutup sebagian sumber cahaya menggunakan kain yang aman. Posisi tidur klien juga diatur agar nyaman, dengan penyesuaian bantal, selimut, serta postur tubuh sesuai kebutuhan masing-masing. Petugas memastikan tempat tidur selalu dalam kondisi bersih dan rapi, karena kenyamanan tempat tidur memengaruhi kualitas tidur lansia. Selain itu, petugas memberikan edukasi ringan secara berulang tentang pentingnya menjaga rutinitas tidur yang konsisten, seperti pergi tidur dan bangun pada waktu yang sama setiap hari. Waktu

tidur siang dibatasi agar tidak mengganggu tidur malam, dan klien dianjurkan melakukan aktivitas ringan di pagi atau siang hari, seperti latihan gerak atau berpindah posisi duduk, agar tubuh merasa cukup lelah secara alami. Menjelang waktu tidur, petugas melakukan pendekatan empatik dan menenangkan dengan berbicara lembut dan menjaga ketenangan suasana kamar. Jika muncul gangguan suara dari penghuni lain, petugas memberikan pengingat secara sopan agar lingkungan tetap kondusif untuk istirahat. Saat klien merasa gelisah, petugas memberikan pendampingan hingga suasana hati klien menjadi lebih tenang. Pelaksanaan intervensi ini dilakukan secara bertahap dan menyesuaikan kondisi lingkungan panti sosial yang memiliki keterbatasan, seperti jumlah penghuni dalam satu kamar dan pencahayaan umum. Meskipun demikian, konsistensi dalam penyesuaian lingkungan dan pendekatan yang empatik terbukti membantu meningkatkan kenyamanan tidur klien.

Jika dibandingkan dengan teori keperawatan gerontik, pelaksanaan ideal mengharuskan ruang tidur dalam kondisi sunyi dan gelap total, serta pemantauan pola tidur yang lebih terstruktur. Namun, praktik di panti sosial menyesuaikan diri dengan keterbatasan yang ada. Upaya nyata petugas dalam menjaga suasana kamar tetap tenang dan memberikan dukungan emosional menunjukkan komitmen terhadap kualitas istirahat klien. Melalui intervensi ini, klien diharapkan dapat mengalami peningkatan kualitas tidur, yang akan berdampak positif terhadap stabilitas emosi, daya tahan tubuh, dan pemulihan fisik pasca stroke. Tidur yang

cukup dan berkualitas juga berperan penting dalam mempertahankan fungsi kognitif serta semangat hidup lansia selama menjalani masa tinggal di panti sosial.

Penulis menetapkan intervensi keperawatan untuk diagnosa defisit perawatan diri yang berhubungan dengan gangguan neuromuskular, berdasarkan hasil pengkajian terhadap dua klien lansia pasca stroke di panti sosial, yaitu Tn. A dan Tn. H. Kedua klien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berpakaian, dan makan, akibat kelemahan otot, penurunan koordinasi, serta gangguan mobilitas pada satu sisi tubuh pasca stroke. Intervensi keperawatan difokuskan pada pemberdayaan klien agar dapat meningkatkan kemandirian dalam melakukan perawatan diri secara bertahap. Pendekatan yang digunakan bersifat individual dan adaptif, menyesuaikan dengan tingkat kemampuan serta kesiapan masing-masing klien. Klien dilibatkan secara aktif dalam rutinitas kebersihan diri, dengan diberikan kesempatan untuk mencoba melakukan aktivitas secara mandiri sebelum petugas memberikan bantuan. Strategi ini tidak hanya berfungsi melatih otot dan koordinasi motorik, tetapi juga membantu membangun kembali rasa percaya diri klien yang umumnya menurun akibat ketergantungan setelah stroke. Selama pelaksanaan intervensi, petugas memperhatikan keseimbangan antara bantuan dan dorongan kemandirian. Misalnya, ketika klien tampak kesulitan saat menyikat gigi atau mengenakan pakaian, petugas terlebih dahulu memberikan instruksi secara verbal, lalu

memberikan bantuan fisik hanya jika diperlukan. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip “bantuan minimal”, yaitu memberikan bantuan seminimal mungkin agar klien tetap menjadi pelaku utama dalam aktivitas perawatan dirinya sendiri. Edukasi mengenai pentingnya kemandirian dalam perawatan diri juga diberikan secara berulang dan bertahap. Klien dijelaskan bahwa kemampuan untuk merawat diri bukan hanya penting dari sisi fisik, tetapi juga berperan dalam memperkuat harga diri, mempercepat proses rehabilitasi, serta meningkatkan adaptasi sosial di lingkungan panti. Petugas dan pendamping diarahkan untuk tidak langsung mengambil alih aktivitas klien, melainkan berperan sebagai fasilitator dan pemberi motivasi secara konsisten. Dalam praktiknya, intervensi menghadapi beberapa tantangan, seperti keterbatasan alat bantu adaptif, jumlah petugas yang terbatas, serta kondisi psikologis klien yang tidak stabil dan memengaruhi semangat mereka dalam berlatih. Meski demikian, terdapat kekuatan dari sisi rutinitas harian yang teratur, lingkungan panti yang suportif, serta hubungan interpersonal yang baik antara klien dan petugas, yang dapat dimanfaatkan untuk membangun motivasi dan kepercayaan klien terhadap proses rehabilitasi. Jika dibandingkan dengan teori rehabilitasi holistik yang menekankan pada aspek fisik, emosional, dan sosial secara terpadu, pelaksanaan intervensi di panti sosial perlu disesuaikan dengan kenyataan di lapangan. Keterbatasan sumber daya, waktu, serta jumlah petugas membuat pelaksanaan tidak selalu ideal. Oleh karena itu, solusi yang diambil adalah dengan

memaksimalkan potensi yang tersedia, seperti menyusun jadwal aktivitas harian klien agar lebih fleksibel dan melibatkan mereka dalam perawatan diri pada waktu-waktu tertentu, terutama saat energi dan kesiapan mereka optimal. Dengan pendekatan yang sabar, konsisten, dan berorientasi pada dukungan psikososial, kemampuan klien dalam merawat diri diharapkan dapat meningkat secara perlahan namun berkelanjutan. Intervensi ini tidak hanya menekankan pada pencapaian kemandirian penuh, tetapi juga menghargai setiap kemajuan kecil yang berhasil dicapai. Proses peningkatan harga diri, penyesuaian emosional, serta perbaikan kualitas hidup menjadi bagian integral dari tujuan intervensi secara menyeluruh.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik pada klien pasca stroke difokuskan pada pemberian latihan rentang gerak *Range of Motion* (ROM) yang bertujuan untuk mempertahankan kekuatan dan fungsi otot serta mencegah kekakuan sendi akibat keterbatasan pergerakan. Latihan ROM diberikan secara bertahap, dengan memperhatikan kondisi fisik dan kemampuan masing-masing klien. Pada Tn. A, yang mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan (tangan dan kaki kanan), latihan ROM difokuskan pada sisi kanan tubuh yang mengalami penurunan kekuatan. Sedangkan pada Tn. H, yang mengalami kelemahan pada ekstremitas bawah kiri, latihan ROM dilakukan terutama pada kaki kiri dan bagian tubuh yang terkena dampak. Dalam pelaksanaannya, penulis melakukan latihan ROM baik secara pasif

maupun aktif terbantu, sesuai dengan tingkat kemampuan klien. Latihan pasif dilakukan oleh petugas panti, sedangkan latihan aktif terbantu melibatkan partisipasi klien yang disesuaikan dengan kenyamanan dan kemampuan fisiknya. Gerakan yang dilakukan antara lain mengangkat tangan secara perlahan, menekuk dan meluruskan lutut, serta menggerakkan pergelangan tangan dan kaki. Untuk Tn. A, latihan berjalan ringan dengan menggunakan alat bantu walker juga dilakukan dengan pendampingan dari penulis untuk memastikan keamanan dan menghindari risiko jatuh. Pada Tn. H, latihan ROM difokuskan pada pergelangan kaki, paha, dan latihan berjalan ringan dengan menggunakan kruk. Penulis memberikan edukasi mengenai cara berjalan yang aman menggunakan kruk dan mengatur posisi tubuh saat beristirahat agar kaki tidak kaku. Latihan dilakukan secara konsisten pada pagi dan sore hari, dengan evaluasi rutin terhadap respons klien, seperti peningkatan pergerakan, berkurangnya kekakuan sendi, dan adanya rasa nyeri. Referensi dari berbagai literatur mendukung bahwa latihan ROM yang dilakukan secara teratur dapat meningkatkan pemulihan motorik pada klien pasca stroke, serta membantu mencegah komplikasi sekunder seperti kontraktur sendi dan penurunan fungsi muskuloskeletal (Hidayat, 2020; Parwati, 2021). Hal ini sejalan dengan teori yang dijelaskan dalam Bab II bahwa latihan ROM harus dilakukan secara bertahap dan disesuaikan dengan kondisi fisik individu klien. Namun, kendala yang dihadapi dalam implementasi intervensi ini adalah keterbatasan alat bantu yang digunakan klien dan

fasilitas yang tersedia di panti sosial. Alat bantu yang terbatas, seperti penggunaan walker dan kruk, hanya memberikan dukungan dasar dalam kegiatan mobilisasi. Selain itu, keterbatasan ruang latihan yang sempit menjadi tantangan dalam pelaksanaan latihan ROM yang optimal. Oleh karena itu, penulis melakukan penyesuaian dengan memanfaatkan ruang kamar yang ada sebagai tempat latihan, serta memberikan edukasi kepada klien untuk melakukan latihan dengan benar meskipun dalam kondisi terbatas. Penulis juga mengidentifikasi pentingnya pendekatan psikososial dalam proses rehabilitasi fisik. Menurut Widodo et al. (2020), dukungan emosional dan motivasi yang diberikan kepada klien dapat mempengaruhi tingkat keberhasilan latihan fisik. Oleh karena itu, selama latihan ROM, penulis memberikan dukungan verbal dan motivasi untuk menjaga semangat klien agar tidak merasa tertekan dan tetap termotivasi meskipun mengalami kesulitan. Pendekatan ini sangat penting, mengingat faktor emosional seperti kecemasan dan depresi dapat memperlambat proses pemulihan fisik pada pasien pasca stroke. Evaluasi yang dilakukan setelah setiap sesi latihan menunjukkan hasil positif, dengan adanya peningkatan kekuatan otot pada ekstremitas yang terdampak, berkurangnya kekakuan sendi, dan peningkatan mobilitas secara bertahap. Dengan implementasi latihan ROM yang terarah dan konsisten, diharapkan kemampuan mobilitas klien dapat meningkat, dan kualitas hidup mereka dapat terjaga meskipun dalam keterbatasan kondisi di panti sosial. Secara keseluruhan, implementasi latihan ROM pada klien pasca stroke ini menunjukkan

pentingnya penyesuaian intervensi keperawatan dengan kondisi lingkungan yang ada. Meskipun terdapat kendala dalam pelaksanaan, pendekatan yang berbasis pada teori, pengawasan yang cermat, serta dukungan emosional yang diberikan, memungkinkan klien untuk tetap memperoleh manfaat maksimal dari intervensi yang dilakukan.

Gangguan pola tidur merupakan masalah yang sering dialami oleh lansia, terutama bagi mereka yang mengalami kondisi pasca stroke, seperti yang dialami oleh Tn. A dan Tn. H. Dalam pengkajian terhadap kedua klien tersebut, ditemukan adanya keluhan mengenai kesulitan tidur, sering terbangun di malam hari, dan tidur yang tidak nyenyak. Gangguan tidur pada lansia sering kali terkait dengan beberapa faktor yang saling berinteraksi, seperti perubahan fisiologis yang berkaitan dengan proses penuaan, kondisi fisik yang terganggu akibat stroke, serta faktor psikologis, seperti kecemasan tentang pemulihan fisik dan ketidakpastian mengenai kondisi kesehatan mereka. Rasa nyeri pasca-stroke juga menjadi faktor penghambat tidur yang baik, terutama pada sisi tubuh yang mengalami kelemahan. Selain itu, lingkungan tidur yang tidak kondusif, seperti pencahayaan yang terang atau suhu ruangan yang tidak nyaman, juga dapat memperburuk kualitas tidur lansia. Gangguan tidur yang berkepanjangan tidak hanya mempengaruhi kualitas tidur, tetapi juga dapat berdampak pada kondisi fisik dan psikologis lansia, seperti peningkatan rasa lelah, gangguan suasana hati, penurunan konsentrasi, serta memperlambat proses pemulihan fisik dan psikologis pasien. Dalam upaya

mengatasi gangguan pola tidur ini di panti sosial, penting untuk melakukan intervensi yang mempertimbangkan berbagai faktor yang mempengaruhi kualitas tidur klien. Sebagai langkah pertama, pendekatan yang digunakan harus bersifat holistik, yaitu tidak hanya memperhatikan kondisi fisik klien, tetapi juga faktor psikologis dan lingkungan di sekitar mereka. Salah satu intervensi utama yang diterapkan adalah modifikasi lingkungan tidur. Pencahayaan yang redup pada malam hari dapat membantu tubuh mempersiapkan diri untuk tidur dan menciptakan suasana yang lebih nyaman dan menenangkan. Pengaturan suhu ruangan yang tepat, tidak terlalu panas atau dingin, juga sangat penting untuk mendukung kenyamanan tidur klien. Kebersihan tempat tidur juga menjadi aspek yang tidak kalah penting, karena tempat tidur yang bersih dan nyaman dapat meningkatkan kualitas tidur seseorang. Selain itu, pemberian edukasi mengenai kebiasaan tidur yang sehat juga menjadi bagian yang tak terpisahkan dalam intervensi ini. Edukasi ini berfokus pada pentingnya menjaga waktu tidur yang konsisten setiap hari. Konsistensi waktu tidur dapat membantu mengatur ritme tubuh dan mempermudah tubuh untuk masuk dalam siklus tidur yang lebih teratur. Klien juga diberikan pengetahuan mengenai dampak negatif tidur siang yang terlalu panjang, yang dapat mengganggu kualitas tidur malam. Di samping itu, teknik relaksasi ringan seperti latihan pernapasan dalam atau meditasi juga diajarkan untuk membantu menenangkan tubuh dan pikiran sebelum tidur. Teknik relaksasi ini dapat mengurangi tingkat kecemasan yang sering

dirasakan oleh lansia pasca-stroke, yang berperan dalam gangguan pola tidur mereka. Edukasi ini disampaikan dengan cara yang mudah dipahami, dengan memperhatikan kondisi fisik dan psikologis klien yang mungkin memiliki keterbatasan dalam memahami informasi. Selama tiga hari implementasi, Tn. A dan Tn. H menunjukkan perbaikan yang cukup signifikan dalam kualitas tidur mereka. Kedua klien melaporkan perasaan yang lebih tenang pada malam hari, merasa mengantuk pada waktu tidur yang telah ditentukan, dan melaporkan tidur yang lebih nyenyak dengan lebih jarang terbangun di tengah malam. Mereka juga merasakan peningkatan kenyamanan tidur, yang sangat penting bagi proses pemulihan mereka. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi non-farmakologis, seperti modifikasi lingkungan tidur dan edukasi mengenai kebiasaan tidur yang sehat, dapat memberikan dampak positif dalam meningkatkan kualitas tidur lansia pasca-stroke tanpa perlu bergantung pada penggunaan obat tidur yang berisiko. Keberhasilan dari intervensi ini menggarisbawahi pentingnya peran petugas panti sosial dalam menciptakan lingkungan yang mendukung kenyamanan tidur, serta memberikan edukasi yang sesuai dengan pemahaman dan kondisi klien. Meskipun perawat tidak secara langsung terlibat dalam panti sosial, peran petugas panti yang memahami kebutuhan dasar klien, serta mampu mengimplementasikan langkah-langkah sederhana untuk menciptakan suasana tidur yang nyaman, sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup klien. Dengan pendekatan yang holistik dan empatik, masalah gangguan pola tidur pada lansia pasca-

stroke dapat dikelola dengan lebih baik, dan kualitas tidur mereka pun dapat meningkat. Oleh karena itu, penting bagi setiap panti sosial untuk terus mengedepankan perhatian terhadap kebutuhan tidur klien sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas hidup lansia yang tinggal di fasilitas tersebut. Intervensi yang dilakukan ini menunjukkan bahwa dengan perhatian terhadap aspek lingkungan tidur dan kebiasaan tidur yang sehat, masalah tidur pada lansia pasca-stroke dapat teratasi dengan baik tanpa memerlukan obat tidur yang berisiko. Selain itu, pendekatan ini juga mencerminkan pentingnya keterlibatan petugas panti sosial dalam menciptakan lingkungan yang mendukung kesejahteraan fisik dan psikologis klien, sehingga dapat membantu mereka dalam menjalani proses pemulihan yang lebih baik dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan.

Defisit perawatan diri pada lansia pasca-stroke merupakan salah satu tantangan terbesar yang dihadapi dalam perawatan gerontik. Penurunan fungsi motorik dan kelemahan ekstremitas yang terjadi setelah stroke menyebabkan banyak lansia mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas perawatan diri yang biasanya dilakukan secara mandiri. Pada kasus Tn. A dan Tn. H, keduanya mengalami kesulitan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, seperti mandi, berpakaian, dan merawat kebersihan diri. Tn. A mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan, sementara Tn. H mengalami kelemahan pada ekstremitas kiri, yang mengakibatkan keterbatasan dalam gerakan mereka, dan berpengaruh terhadap

kemandirian dalam perawatan diri. Dalam praktik keperawatan gerontik di panti sosial, intervensi yang dilakukan bertujuan untuk meminimalkan ketergantungan klien terhadap orang lain, sembari meningkatkan kemandirian mereka dalam menjalankan aktivitas perawatan diri. Salah satu pendekatan utama dalam implementasi ini adalah pemberian alat bantu yang sesuai dengan kebutuhan masing-masing klien, seperti alat bantu mandi, alat bantu berpakaian, serta alat bantu lainnya yang dapat membantu klien melakukan aktivitas dengan lebih mudah dan aman. Selain itu, pendekatan yang lebih holistik juga diperkenalkan, yaitu pemberian pelatihan dan bimbingan dalam melakukan aktivitas sederhana yang penting bagi kehidupan sehari-hari, seperti mencuci tangan, merawat kuku, dan menjaga kebersihan tubuh. Pendekatan edukatif juga merupakan bagian yang sangat penting dalam intervensi ini. Edukasi yang diberikan kepada klien bertujuan untuk mengajarkan mereka cara-cara aman dan efisien dalam melakukan aktivitas perawatan diri, serta membimbing mereka untuk memahami pentingnya menjaga kebersihan tubuh dan merawat diri secara mandiri. Dalam proses edukasi ini, perawat memberikan informasi yang jelas mengenai teknik perawatan diri yang bisa dilakukan dengan mengutamakan kenyamanan dan keselamatan klien, serta memberikan dorongan yang diperlukan agar klien tetap berusaha dan tidak merasa putus asa. Selama masa implementasi, Tn. A dan Tn. H mulai menunjukkan perkembangan yang cukup menggembirakan. Kedua klien melaporkan upaya mereka untuk melakukan aktivitas perawatan diri secara

mandiri, meskipun masih terbatas. Tn. A mulai mencoba mengambil perlengkapan mandi sendiri dan melakukan beberapa aktivitas perawatan diri lainnya meskipun dengan bantuan alat bantu, sedangkan Tn. H mulai menyisir rambut dan merapikan pakaian dengan sedikit bantuan. Meskipun keterbatasan fisik akibat stroke masih ada, proses pembelajaran dan motivasi yang terus diberikan ternyata berdampak positif terhadap peningkatan kemandirian mereka dalam perawatan diri. Pendekatan yang berbasis pada pemberdayaan dan edukasi ini terbukti efektif dalam meningkatkan kemandirian Tn. A dan Tn. H. Keduanya mulai merasa lebih percaya diri, merasa dihargai, dan memiliki kontrol terhadap kehidupan mereka, meskipun keterbatasan fisik masih ada. Dengan intervensi yang tepat, baik dari sisi alat bantu yang disediakan maupun dukungan edukasi yang diberikan, kedua klien menunjukkan peningkatan dalam kemampuan mereka untuk melakukan perawatan diri secara mandiri. Keberhasilan ini tidak hanya memberikan dampak positif bagi kemandirian fisik mereka, tetapi juga meningkatkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan. Penting untuk dicatat bahwa dalam keperawatan gerontik, tidak hanya sekadar memberikan bantuan fisik, tetapi juga memastikan bahwa lansia merasa dihargai dan mampu menjalani kehidupan yang bermakna meskipun ada keterbatasan. Pendekatan yang berbasis pada pemberdayaan dan motivasi terbukti efektif dalam menciptakan lansia yang lebih mandiri, yang dapat merasakan harga diri mereka meningkat dan merasa lebih produktif dalam kehidupan sehari-

hari. Dengan demikian, implementasi yang mengutamakan aspek edukatif, motivasional, serta pemberian alat bantu yang tepat memiliki peran yang sangat besar dalam meningkatkan kualitas hidup lansia pasca stroke di panti sosial.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi berupa latihan ROM (*Range of Motion*) dan mobilisasi dengan alat bantu, kondisi mobilitas fisik pada Tn. A dan Tn. H menunjukkan perkembangan yang cukup positif. Namun jika dibandingkan dengan teori atau standar asuhan keperawatan yang berlaku, masih ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar asuhan keperawatan yang diberikan bisa lebih maksimal dan sesuai dengan standar yang seharusnya. Dari segi teori, penatalaksanaan klien dengan gangguan mobilitas fisik akibat stroke umumnya mencakup latihan ROM secara rutin, latihan ambulasi bertahap, penggunaan alat bantu sesuai kebutuhan klien, serta pemantauan kekuatan otot dan fungsi sendi. Dalam teori, latihan ROM sebaiknya dilakukan minimal dua kali sehari dan secara konsisten, dengan pengawasan tenaga kesehatan agar hasil yang diperoleh lebih optimal. Selain itu, pemantauan objektif terhadap kekuatan otot dengan menggunakan skala seperti *Manual Muscle Testing* (MMT) juga penting dilakukan untuk menilai sejauh mana perkembangan klien dari hari ke hari. Jika dibandingkan dengan kondisi lapangan, khususnya di panti sosial tempat klien dirawat, terdapat beberapa perbedaan antara teori dan praktik: Pertama, latihan ROM hanya dilakukan satu kali sehari karena

keterbatasan waktu dan tenaga pendamping. Padahal secara teori, frekuensi latihan yang lebih sering akan memberikan hasil yang lebih baik, terutama dalam mencegah kekakuan dan mempercepat pemulihan otot. Ini menjadi kekurangan yang cukup penting, karena dengan latihan yang kurang intensif, proses pemulihan bisa berlangsung lebih lambat. Solusinya, bisa dilakukan edukasi kepada klien dan pendamping untuk melakukan latihan secara mandiri di luar jadwal yang telah ditentukan, tentunya dengan gerakan yang aman dan sesuai kemampuan. Kedua, pemantauan kekuatan otot belum dilakukan secara terstandar. Di lapangan, kekuatan otot hanya dinilai berdasarkan pengamatan umum seperti "sudah bisa mengangkat kaki" atau "masih lemas", tanpa menggunakan skala objektif seperti MMT. Akibatnya, kemajuan klien tidak bisa dicatat secara spesifik, dan perawat sulit menentukan apakah intervensi yang diberikan sudah efektif atau belum. Solusinya, sebaiknya dibuat format evaluasi sederhana menggunakan skala penilaian otot (misalnya 0–5) agar perkembangan klien bisa dipantau secara terukur. Ketiga, penggunaan alat bantu sudah sesuai dengan kondisi klien, di mana Tn. A menggunakan walker dan Tn. H menggunakan kruk. Namun, edukasi tentang cara penggunaan alat bantu belum dilakukan secara optimal. Klien hanya dibantu saat memakai alat, tetapi tidak dijelaskan bagaimana cara menggunakannya dengan benar agar lebih aman dan nyaman. Padahal dalam teori, edukasi penggunaan alat bantu sangat penting untuk mencegah risiko jatuh dan meningkatkan kemandirian. Solusinya, bisa

dibuat sesi edukasi ringan tentang cara pakai alat bantu jalan yang disampaikan dengan bahasa yang mudah dipahami oleh lansia. Keempat, intervensi masih diberikan secara umum, belum terlalu disesuaikan dengan kondisi masing-masing klien. Misalnya, Tn. A yang memiliki kelemahan di sisi kanan dan Tn. H yang lemah di sisi kiri memiliki tantangan yang berbeda, namun program latihannya hampir sama. Padahal dalam teori, intervensi sebaiknya disesuaikan dengan kekuatan dan kemampuan klien masing-masing agar hasilnya lebih efektif. Solusinya, intervensi perlu lebih dipersonalisasi, misalnya fokus latihan yang lebih intensif pada ekstremitas yang lemah atau pemberian latihan keseimbangan tambahan untuk klien yang masih tampak goyah saat berjalan. Terakhir, dokumentasi evaluasi harian belum detail. Catatan hanya berisi "klien ada peningkatan" atau "masih lemah", padahal dalam standar, dokumentasi seharusnya mencantumkan data lebih spesifik seperti sejauh mana klien mampu berjalan, bagaimana postur tubuh saat latihan, serta reaksi fisik yang timbul. Solusinya, perawat atau pendamping bisa dilatih membuat catatan sederhana tapi spesifik setiap harinya agar perkembangan klien bisa dievaluasi lebih akurat. Kesimpulannya, implementasi keperawatan untuk gangguan mobilitas fisik yang dilakukan di lapangan sudah cukup tepat dan memberikan hasil positif, namun masih ada beberapa aspek yang belum sepenuhnya sesuai dengan standar teori. Kekurangan-kekurangan tersebut sebagian besar terjadi karena keterbatasan sumber daya di panti sosial. Dengan perbaikan pada frekuensi latihan, penggunaan metode

evaluasi objektif, peningkatan edukasi alat bantu, dan dokumentasi yang lebih spesifik, kualitas asuhan keperawatan bisa ditingkatkan dan pemulihan klien bisa berlangsung lebih maksimal.

Evaluasi terhadap implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi gangguan pola tidur pada dua klien lansia pasca stroke, yaitu Tn. A dan Tn. H, menunjukkan hasil yang berbeda. Tn. A menunjukkan respons positif terhadap intervensi yang telah diberikan, sementara Tn. H belum mengalami perbaikan yang signifikan. Intervensi yang diberikan kepada keduanya meliputi pengaturan waktu tidur yang konsisten, pengurangan stimulasi sebelum tidur seperti cahaya terang dan suara bising, serta penerapan teknik relaksasi sederhana yang bertujuan untuk membantu tubuh dan pikiran mencapai kondisi rileks sebelum tidur. Pada Tn. A, hasil evaluasi menunjukkan bahwa klien mulai dapat tidur dengan lebih nyenyak, tidak lagi sering terbangun di malam hari, dan merasa lebih segar serta bersemangat ketika bangun tidur di pagi hari. Perkembangan ini menggambarkan bahwa intervensi yang diberikan berjalan efektif dan selaras dengan teori keperawatan gerontik yang menekankan pentingnya pendekatan non-farmakologis terlebih dahulu dalam menangani gangguan tidur pada lansia. Teori tersebut menekankan bahwa rutinitas tidur yang konsisten, suasana lingkungan yang mendukung, serta pendekatan relaksasi dapat membantu lansia mengatasi masalah tidur akibat perubahan fisiologis dan psikologis yang terjadi seiring bertambahnya usia. Dalam konteks ini, keberhasilan pada Tn. A juga dapat dikaitkan dengan kondisi

fisik dan mentalnya yang lebih stabil dibandingkan klien lainnya, sehingga lebih mudah merespons intervensi. Berbeda dengan Tn. A, Tn. H menunjukkan hasil yang tidak sebaik itu. Meski intervensi yang sama telah diterapkan, Tn. H masih mengalami gangguan tidur berupa sering terbangun di malam hari, sulit untuk kembali tidur setelah terjaga, serta merasa lelah saat bangun tidur. Kondisi ini menunjukkan bahwa masalah tidur yang dialami Tn. H tidak hanya disebabkan oleh faktor lingkungan atau pola kebiasaan, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor fisik dan psikologis yang lebih kompleks. Berdasarkan hasil pengkajian, diketahui bahwa Tn. H masih merasakan nyeri di bagian tubuh yang mengalami kelemahan akibat stroke, yaitu ekstremitas kiri, dan hal ini tampaknya belum sepenuhnya tertangani. Rasa nyeri yang terus-menerus dapat menjadi penyebab gangguan tidur karena membuat tubuh tidak nyaman saat berbaring atau berpindah posisi tidur. Selain itu, Tn. H juga mengalami kecemasan yang cukup tinggi akibat ketergantungannya pada alat bantu jalan, dan kondisi ini menyebabkan kekhawatiran berlebihan yang berlanjut hingga malam hari. Apabila dibandingkan dengan teori, kondisi Tn. H menunjukkan adanya kesenjangan antara praktik dan pendekatan ideal dalam keperawatan lansia. Dalam teori disebutkan bahwa penanganan gangguan tidur sebaiknya juga mempertimbangkan faktor psikososial dan fisik yang mendasari, namun dalam pelaksanaan di lapangan belum sepenuhnya mencakup pendekatan holistik tersebut. Penanganan terhadap nyeri dan kecemasan masih bersifat terbatas,

sehingga tidak cukup membantu dalam mengurangi gangguan tidur yang dialami klien. Evaluasi ini menunjukkan bahwa perawatan terhadap Tn. H masih perlu dikembangkan dengan intervensi tambahan yang lebih spesifik, seperti pemberian terapi pengurang nyeri yang sesuai untuk lansia atau pendekatan psikologis seperti sesi konseling singkat dan aktivitas yang menenangkan menjelang tidur. Pendekatan ini diharapkan dapat mengurangi faktor-faktor penyebab gangguan tidur yang belum tertangani, dan pada akhirnya meningkatkan kualitas tidur klien. Kondisi ini juga menunjukkan pentingnya personalisasi intervensi berdasarkan kondisi dan kebutuhan masing-masing klien. Meskipun intervensi yang sama diberikan kepada kedua klien, namun hasil yang diperoleh sangat berbeda karena latar belakang kondisi fisik dan psikologis mereka tidak serupa. Oleh karena itu, dalam praktik keperawatan, pendekatan individual sangat dibutuhkan agar perencanaan intervensi benar-benar disesuaikan dengan penyebab utama masalah yang dihadapi klien. Selain itu, evaluasi terhadap kualitas tidur klien juga perlu dilengkapi dengan dokumentasi yang terstandar dan sistematis, agar perubahan yang terjadi bisa dipantau lebih akurat dan menjadi dasar dalam menyusun intervensi lanjutan yang lebih efektif. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa intervensi yang diberikan kepada Tn. A telah menunjukkan hasil positif yang sejalan dengan teori, sedangkan intervensi pada Tn. H belum efektif karena belum sepenuhnya menyentuh akar penyebab gangguan tidurnya. Perlu adanya penyesuaian pendekatan dan pemantauan yang lebih intensif terhadap Tn.

H, agar kualitas tidur klien dapat ditingkatkan dan secara umum berdampak positif terhadap proses pemulihan pasca stroke.

Setelah dilakukan implementasi intervensi keperawatan selama tiga hari pada Tn. A dan Tn. H yang mengalami defisit perawatan diri pasca stroke, terlihat adanya perbedaan tingkat kemandirian antara kedua klien. Intervensi yang dilakukan mencakup pendampingan aktivitas perawatan diri, pemberian edukasi sederhana, dan dukungan verbal dalam meningkatkan motivasi klien untuk melakukan aktivitas secara mandiri. Secara umum, hasil evaluasi menunjukkan bahwa Tn. H mengalami peningkatan kemampuan dalam merawat diri, sementara Tn. A masih membutuhkan bantuan penuh dalam aktivitas sehari-hari. Namun, jika dibandingkan dengan teori atau standar asuhan keperawatan yang berlaku, terdapat beberapa kesenjangan antara praktik di lapangan dan pedoman teoretis yang ideal. Dalam teori, penatalaksanaan defisit perawatan diri pada lansia pasca stroke menekankan pentingnya pendekatan individual, latihan fungsi tubuh secara bertahap, penggunaan teknik kompensasi sesuai lokasi kelemahan, serta pemberian motivasi dan edukasi yang terencana dan berulang. Klien dianjurkan untuk secara aktif dilibatkan dalam aktivitas sehari-hari agar otot dan keterampilannya tetap terlatih, dan ini harus didampingi dengan catatan evaluasi yang terukur mengenai perkembangan tingkat kemandirian. Dalam standar praktik, perawat diharapkan membuat rencana keperawatan yang dipersonalisasi dan menetapkan target harian, seperti kemampuan makan sendiri, memakai

pakaian dengan bantuan minimal, atau menyikat gigi secara mandiri. Selain itu, pelibatan keluarga atau pendamping dalam mendukung perawatan diri klien juga ditekankan dalam teori. Namun, dalam kondisi nyata di lapangan, terutama di panti sosial tempat klien tinggal, implementasi teori tersebut belum sepenuhnya dapat dijalankan. Pertama, dari segi **pendampingan**, keterbatasan jumlah tenaga pendamping menyebabkan pendampingan untuk setiap klien tidak maksimal. Seharusnya klien diberi waktu dan dorongan untuk melakukan aktivitas sendiri secara perlahan, namun karena keterbatasan waktu dan jumlah personel, aktivitas perawatan diri cenderung langsung dibantu penuh agar lebih cepat selesai. Hal ini berdampak pada lambatnya proses adaptasi dan pemulihan keterampilan klien, khususnya pada Tn. A yang cenderung pasif dan tidak diberi cukup ruang untuk mencoba melakukan aktivitas secara mandiri. Kedua, **tidak adanya target atau parameter terukur** mengenai tingkat kemandirian klien juga menjadi kekurangan. Penilaian kemajuan hanya dilakukan secara subjektif berdasarkan pengamatan, seperti “sudah bisa makan sendiri” atau “masih dibantu saat mandi”, tanpa menggunakan instrumen yang standar seperti skala Barthel Index atau formulir evaluasi mandiri lainnya. Akibatnya, sulit untuk menilai sejauh mana peningkatan telah terjadi dan intervensi apa yang masih diperlukan. Dalam teori, penggunaan instrumen seperti ini membantu perawat atau pendamping untuk mengukur efektivitas intervensi dan menetapkan langkah selanjutnya secara lebih tepat. Ketiga, dari sisi **edukasi**, belum

ada pendekatan yang sistematis untuk melatih klien melakukan aktivitas perawatan diri. Klien tidak diberikan pembelajaran langkah demi langkah, misalnya cara memegang sendok dengan tangan yang sehat, atau cara memakai baju dengan teknik tertentu untuk mengurangi kesulitan akibat kelemahan fisik. Dalam teori, pelatihan tersebut penting untuk membantu klien membangun kembali kepercayaan diri dan keterampilan motorik. Tanpa edukasi yang memadai, klien cenderung menjadi bergantung dan kurang termotivasi untuk mencoba, seperti yang tampak pada Tn. A yang menunggu bantuan tanpa inisiatif. Keempat, **motivasi klien** belum sepenuhnya digali dan dikembangkan. Tn. H menunjukkan motivasi yang lebih baik, tetapi hal ini lebih karena dorongan dari dirinya sendiri, bukan hasil dari intervensi psikososial yang terencana. Sementara Tn. A tampak tidak memiliki dorongan untuk mandiri, yang seharusnya menjadi perhatian dalam intervensi. Teori keperawatan menyarankan adanya dukungan emosional dan pemberian penghargaan atas kemajuan kecil sebagai bentuk penguatan positif agar klien merasa dihargai dan termotivasi. Solusi dari berbagai kekurangan ini dapat dilakukan melalui beberapa langkah sederhana namun terarah. Pertama, **membuat format evaluasi sederhana** mengenai tingkat kemandirian dalam aktivitas perawatan diri, misalnya melalui tabel harian yang memuat aktivitas seperti makan, mandi, berpakaian, dan menggunakan toilet, dengan kolom apakah dilakukan sendiri, dibantu sebagian, atau dibantu penuh. Ini akan membantu pendamping dalam mencatat kemajuan klien secara objektif.

Kedua, **edukasi sederhana dan berulang** dapat dilakukan kepada klien menggunakan pendekatan visual atau demonstratif, agar lansia lebih mudah memahami. Edukasi bisa dilakukan saat aktivitas berlangsung, bukan dalam sesi formal, agar tidak membebani klien. Ketiga, perlu ada **dukungan verbal dan motivasi positif** yang konsisten dari pendamping agar klien tidak merasa minder atau takut mencoba melakukan aktivitasnya sendiri. Pujian atas upaya klien, meskipun hasilnya belum sempurna, bisa membantu meningkatkan semangat. Kesimpulannya, implementasi keperawatan terhadap diagnosis defisit perawatan diri di panti sosial sudah memberikan dampak yang cukup baik, khususnya pada klien yang memiliki motivasi dan kemampuan fisik lebih mendukung seperti Tn. H. Namun, terdapat beberapa kesenjangan antara praktik lapangan dan teori standar, terutama pada aspek pendampingan, evaluasi terukur, edukasi, dan pengembangan motivasi. Dengan melakukan beberapa perbaikan sederhana seperti peningkatan edukasi, penggunaan evaluasi objektif, dan pendekatan motivasional, diharapkan kualitas asuhan keperawatan pada klien pasca stroke di panti sosial dapat ditingkatkan secara bertahap dan berkelanjutan.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan sebagai bagian dari proses refleksi dan evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan. Salah satu keterbatasan utama adalah terbatasnya waktu pelaksanaan intervensi, yang hanya berlangsung selama tiga hari. Waktu yang

singkat ini membuat hasil intervensi belum dapat terlihat secara maksimal, terutama pada aspek yang memerlukan proses pemulihan bertahap seperti peningkatan kemampuan mobilitas fisik, perbaikan pola tidur, dan peningkatan kemampuan perawatan diri. Intervensi jangka pendek hanya mampu memberikan gambaran awal tentang respons klien terhadap tindakan keperawatan, tetapi tidak cukup untuk mengevaluasi hasil jangka panjang atau perubahan signifikan dalam kondisi klien. Oleh karena itu, perlu adanya studi lanjutan dengan periode intervensi yang lebih panjang untuk mendapatkan hasil yang lebih komprehensif. Selain itu, keterbatasan juga ditemukan pada fasilitas yang tersedia di panti sosial. Tidak seperti di rumah sakit atau pusat rehabilitasi, panti sosial tempat dilakukannya studi ini memiliki sarana dan prasarana yang terbatas. Alat bantu latihan fisik, kamar mandi yang mendukung kebutuhan lansia, serta ruang khusus untuk kegiatan terapi tidak tersedia secara lengkap, sehingga intervensi yang dilakukan disesuaikan dengan kondisi lingkungan seadanya. Situasi ini menuntut perawat untuk melakukan modifikasi intervensi agar tetap aman dan efektif, meskipun dengan peralatan dan fasilitas yang minim. Ketidaksesuaian lingkungan ini juga dapat menghambat pencapaian tujuan keperawatan secara optimal, terutama bagi klien pasca stroke yang memerlukan lingkungan yang mendukung pemulihan neuromuskular. Kendala lainnya adalah pada sumber daya manusia. Sebagian besar petugas yang bekerja di panti bukan berasal dari tenaga kesehatan, melainkan dari latar belakang pekerja sosial. Hal ini menyebabkan keterbatasan dalam pengawasan dan pemantauan kondisi

kesehatan lansia secara spesifik. Petugas belum memiliki kemampuan untuk mengenali tanda-tanda klinis yang penting atau melakukan intervensi keperawatan secara tepat. Akibatnya, pemenuhan kebutuhan dasar lansia dilakukan tanpa pendekatan medis atau keperawatan yang terarah. Kondisi ini berisiko menyebabkan keterlambatan deteksi dini terhadap komplikasi stroke, seperti infeksi saluran kemih, dekubitus, atau perubahan kesadaran. Ketiadaan tenaga medis profesional secara permanen di panti sosial juga memperbesar kemungkinan terjadinya kesenjangan dalam kontinuitas perawatan. Riwayat kesehatan klien yang tidak lengkap juga menjadi hambatan dalam proses pengkajian. Data medis seperti catatan laboratorium, hasil pemeriksaan penunjang, serta riwayat penyakit sebelumnya tidak tersedia secara detail. Hal ini membuat proses penetapan diagnosis keperawatan harus mengandalkan observasi langsung dan komunikasi dengan klien, yang dalam beberapa kasus mengalami gangguan bicara akibat stroke, serta informasi dari petugas yang bersifat umum dan tidak mendalam. Keterbatasan data ini dapat memengaruhi objektivitas dalam proses pengambilan keputusan klinis, serta membatasi keakuratan diagnosis keperawatan dan efektivitas intervensi yang dirancang. Kurangnya keterlibatan keluarga juga menjadi faktor pembatas. Banyak lansia yang tinggal di panti tidak memiliki dukungan keluarga yang aktif, sehingga intervensi yang melibatkan aspek sosial dan emosional menjadi terbatas. Keterlibatan keluarga dalam mendukung proses pemulihan dan motivasi klien sangat dibutuhkan, terutama dalam mendorong partisipasi klien dalam latihan fisik dan kegiatan perawatan diri. Keluarga juga dapat

berperan sebagai sumber informasi tambahan tentang riwayat kesehatan klien, preferensi individu, serta kebiasaan harian sebelum masuk ke panti. Ketidakhadiran mereka menyebabkan intervensi bersifat lebih umum dan tidak personal, serta berpotensi mengurangi efektivitas dukungan emosional yang sangat dibutuhkan oleh lansia pasca stroke. Selain faktor-faktor tersebut, keterbatasan lainnya adalah kurangnya pelatihan khusus bagi perawat yang melaksanakan intervensi di lingkungan panti sosial. Situasi ini membuat pendekatan yang digunakan masih mengandalkan prinsip-prinsip umum keperawatan gerontik, tanpa modul pelatihan spesifik yang disesuaikan dengan kondisi pasca stroke di lingkungan non-medis. Aspek etika dan budaya di panti sosial pun kadang menjadi tantangan tersendiri, terutama dalam hal menjaga privasi, memberikan perawatan personal, dan menjalin hubungan terapeutik dalam konteks yang lebih terbuka dan kolektif. Dengan berbagai keterbatasan tersebut, hasil studi kasus ini tidak dapat digeneralisasikan secara menyeluruh untuk seluruh lansia pasca stroke. Namun, studi ini tetap memberikan gambaran nyata mengenai kondisi klien lansia pasca stroke di panti sosial serta tantangan dalam pemberian asuhan keperawatan pada lingkungan dengan sumber daya dan tenaga kesehatan yang terbatas. Hasil ini juga menjadi masukan berharga untuk pengembangan kebijakan peningkatan kualitas layanan di panti sosial, serta pentingnya kolaborasi lintas profesi dalam upaya meningkatkan kesejahteraan lansia. Studi ini menekankan perlunya intervensi keperawatan yang lebih adaptif, pelatihan khusus bagi tenaga panti, serta dukungan sistemik yang lebih kuat

dalam pemenuhan kebutuhan lansia pasca stroke di luar lingkungan rumah sakit.

1. Masalah Keterbatasan Prosedur di Panti

Pelaksanaan latihan *Range of Motion* (ROM) di panti sosial memiliki peran penting dalam mendukung rehabilitasi fisik klien pasca stroke. Namun, dalam praktiknya, terdapat berbagai kendala yang memengaruhi efektivitas pelaksanaan prosedur tersebut. Keterbatasan ini tidak hanya berasal dari kondisi klien secara individual, tetapi juga dari sistem pelayanan dan sarana yang tersedia di panti. Adapun masalah keterbatasan prosedur yang ditemukan di Ruang Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang antara lain:

a. Keterbatasan Tenaga Pendamping yang Terlatih

Mayoritas pendamping di panti tidak memiliki latar belakang keperawatan atau fisioterapi. Hal ini menyebabkan pelaksanaan latihan ROM tidak dapat dilakukan secara optimal karena tidak semua pendamping memahami teknik, batas gerakan, serta posisi yang aman dalam melakukan latihan. Pelaksanaan latihan ROM sangat bergantung pada kehadiran mahasiswa praktik atau relawan yang memiliki dasar pengetahuan keperawatan. Apabila tidak ada mahasiswa yang sedang praktik, latihan ROM umumnya tidak dilakukan.

b. Minimnya Alat Bantu Latihan

Di panti tidak tersedia alat bantu latihan gerak seperti handgrip, resistance band, meja latihan sendi, atau matras khusus terapi, sehingga latihan hanya mengandalkan gerakan manual oleh pendamping. Klien yang membutuhkan latihan intensif untuk bagian tubuh tertentu tidak bisa mendapatkan variasi gerakan karena alat penunjang tidak tersedia. Akibatnya, latihan menjadi monoton dan perkembangan motorik klien terbatas.

c. Waktu Pelaksanaan yang Tidak Konsisten

Jadwal pelaksanaan latihan sangat dipengaruhi oleh kondisi fisik klien serta ketersediaan waktu pendamping atau mahasiswa praktik. Apabila klien dalam keadaan lelah, mengantuk, atau mengalami nyeri, latihan sering kali ditunda atau ditiadakan. Selain itu, aktivitas harian di panti cukup padat seperti jadwal mandi, makan, ibadah, dan istirahat, sehingga latihan hanya dapat dilakukan jika kondisi dan waktu memungkinkan. Hal ini berdampak pada ketidakteraturan frekuensi latihan yang semestinya dilakukan secara rutin.

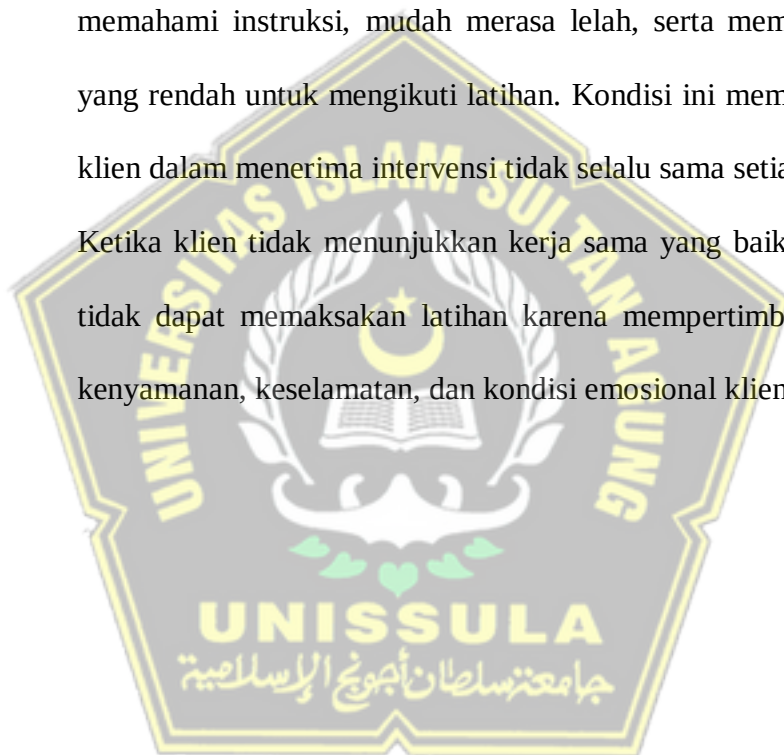
d. Kurangnya Pencatatan dan Evaluasi Berkala

Belum terdapat sistem pencatatan khusus yang digunakan untuk mendokumentasikan frekuensi latihan, kekuatan otot, serta perkembangan mobilitas klien secara terstandar. Mahasiswa praktik biasanya melakukan pencatatan dalam format asuhan keperawatan

masing-masing, namun data tersebut tidak dilanjutkan atau diserahkan kepada pengelola panti setelah masa praktik berakhir. Akibatnya, keberlanjutan intervensi tidak terpantau dan evaluasi terhadap efektivitas latihan tidak dapat dilakukan secara sistematis.

e. Kondisi Fisik dan Psikologis Klien yang Tidak Stabil

Beberapa klien pasca stroke mengalami keterbatasan dalam memahami instruksi, mudah merasa lelah, serta memiliki motivasi yang rendah untuk mengikuti latihan. Kondisi ini membuat kesiapan klien dalam menerima intervensi tidak selalu sama setiap harinya. Ketika klien tidak menunjukkan kerja sama yang baik, pendamping tidak dapat memaksakan latihan karena mempertimbangkan aspek kenyamanan, keselamatan, dan kondisi emosional klien.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pengkajian Kondisi Klien Lansia dengan Stroke Sebelum Latihan ROM

Sebelum diberikan latihan *Range of Motion* (ROM), klien lansia pasca stroke menunjukkan kelemahan pada ekstremitas yang menyebabkan gangguan mobilitas. Klien mengalami kesulitan dalam aktivitas sehari-hari, seperti berjalan, berpindah tempat, dan melakukan kegiatan mandiri lainnya. Pengkajian awal ini mengungkapkan adanya penurunan kekuatan otot dan keterbatasan dalam rentang gerak ekstremitas yang terpengaruh oleh stroke, yang menjadi dasar penting untuk menentukan intervensi yang tepat.

2. Diagnosis Keperawatan dan Prioritas Masalah

Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada klien lansia pasca stroke meliputi gangguan mobilitas fisik, gangguan pola tidur, dan defisit perawatan diri. Gangguan mobilitas menjadi masalah yang paling mendesak dan prioritas pertama dalam asuhan keperawatan. Intervensi yang disarankan untuk mengatasi masalah ini adalah latihan ROM, yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot, memperbaiki rentang gerak, dan mengurangi kelemahan ekstremitas yang terkena stroke.

3. Intervensi Keperawatan yang Tepat

Pelaksanaan latihan ROM dilakukan secara bertahap, dengan fokus pada gerakan yang membantu meningkatkan fleksibilitas dan kekuatan

otot pada ekstremitas yang lemah. Latihan dilakukan melalui gerakan pasif dan aktif sesuai dengan kemampuan klien, dengan memperhatikan kenyamanan dan batas toleransi. Selain itu, edukasi kepada petugas sosial dan keluarga klien mengenai pentingnya ROM juga dilaksanakan untuk mendukung mobilitas dan kualitas hidup klien.

4. Implementasi Asuhan Keperawatan Gerontik Melalui Latihan ROM

Implementasi latihan ROM dilakukan secara konsisten sesuai dengan prosedur yang telah disusun, dengan memperhatikan kondisi fisik klien. Latihan ini bertujuan untuk meningkatkan rentang gerak sendi, mengurangi kekakuan otot, serta meningkatkan kekuatan otot yang terpengaruh oleh stroke. Meskipun fasilitas di panti sosial terbatas, latihan dilakukan dengan pengawasan dan dukungan dari petugas sosial, yang memberikan dampak positif terhadap pemulihan klien. Hasil implementasi menunjukkan adanya perkembangan dalam peningkatan mobilitas, meskipun dengan kecepatan yang bervariasi tergantung pada kondisi masing-masing klien.

5. Efektivitas Latihan ROM dalam Meningkatkan Kekuatan Otot Klien Lansia dengan Stroke

Evaluasi terhadap efektivitas latihan ROM menunjukkan bahwa latihan ini memberikan dampak positif terhadap peningkatan kekuatan otot dan rentang gerak klien lansia dengan stroke. Pada klien Tn. A, meskipun mengalami progres yang lebih lambat, ada peningkatan signifikan dalam kekuatan otot dan kemampuan untuk bergerak. Sementara itu, klien Tn. H

menunjukkan perbaikan yang lebih cepat dan signifikan dalam hal mobilitas dan kekuatan otot. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun setiap klien memiliki kondisi yang berbeda, latihan ROM dapat meningkatkan kemampuan fisik mereka secara bertahap.

Secara keseluruhan, *Range of Motion* (ROM) terbukti efektif dalam membantu klien lansia pasca stroke untuk meningkatkan kekuatan otot dan mobilitas mereka. Meskipun tantangan dan keterbatasan fasilitas ada, penerapan ROM yang terstruktur dan pengawasan yang tepat dapat memberikan manfaat yang signifikan bagi klien. Oleh karena itu, latihan ROM merupakan salah satu intervensi penting dalam asuhan keperawatan gerontik untuk klien lansia pasca stroke di panti sosial.

B. Saran

1. Bagi Klien

Klien diharapkan dapat berpartisipasi secara aktif dan konsisten dalam mengikuti latihan *Range of Motion* (ROM) yang dibimbing oleh petugas panti. Meskipun mengalami keterbatasan fisik akibat stroke, partisipasi aktif dalam latihan dapat membantu meningkatkan kekuatan otot dan mempertahankan fungsi gerak sendi. Selain itu, penting bagi klien untuk tetap menjaga asupan makan dan minum agar kondisi fisik tetap stabil.

2. Bagi Petugas Panti Sosial

- a. Petugas panti sosial, meskipun bukan tenaga kesehatan, diharapkan dapat meningkatkan pemahaman dan keterampilan dasar dalam

merawat lansia dengan gangguan mobilitas, khususnya melalui pelatihan mengenai pelaksanaan latihan ROM secara aman dan efektif.

- b. Diharapkan petugas rutin memantau perkembangan kondisi klien, khususnya kemampuan fisik dan respons terhadap latihan ROM, agar intervensi yang diberikan tetap tepat sasaran.
 - c. Petugas juga disarankan memberikan dukungan emosional kepada klien lansia selama proses latihan, karena motivasi dan kenyamanan klien berperan penting dalam keberhasilan terapi.
3. Bagi Pihak Pengelola Panti Sosial
- a. Pengelola diharapkan menyediakan fasilitas dan ruang yang memadai untuk pelaksanaan latihan ROM secara rutin, termasuk alat bantu sederhana seperti matras, kursi stabil, atau alat pegangan tangan.
 - b. Perlu dilakukan pelatihan berkala bagi petugas panti mengenai perawatan lansia pasca stroke, terutama dalam bidang mobilitas, perawatan diri, dan pencegahan komplikasi.
 - c. Diharapkan pengelola dapat menjalin kerja sama dengan instansi pendidikan atau tenaga medis untuk memberikan pendampingan dan supervisi dalam implementasi program perawatan lansia yang lebih optimal.

4. Bagi Penulis

Penulis diharapkan dapat menjadikan pengalaman ini sebagai landasan untuk terus mengembangkan pengetahuan dan keterampilan dalam keperawatan gerontik, khususnya dalam menangani klien lansia

pasca stroke di lingkungan non-medis seperti panti sosial. Penulis juga disarankan untuk terus mengevaluasi praktik di lapangan dan mengembangkan karya ilmiah lain yang lebih mendalam agar dapat memberikan kontribusi positif bagi peningkatan mutu pelayanan lansia di panti sosial.



DAFTAR PUSTAKA

- Anjany, M. rahayu. (2022). *Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Stroke Di Uptd Griya Wredha Surabaya*.
- Assyakurrohim, D., Ikhrum, D., Sirodj, R. A., & Afgani, M. W. (2022). Metode Studi Kasus dalam Penelitian Kualitatif. *Jurnal Pendidikan Sains Dan Komputer*, 3(01), 1–9. <https://doi.org/10.47709/jpsk.v3i01.1951>
- Connolly, T., Coats, H., Desanto, K., & Jones, J. (2021). The experience of uncertainty for patients, families and healthcare providers in post-stroke palliative and end-of-life care: A qualitative meta-synthesis. *Age and Ageing*, 50(2), 534–545. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa229>
- Dewi, L., & Fitraneti, E. (n.d.). *Stroke Iskemik*. 379–388.
- Khotimah, N. K., Azhar, M. U., & Musdalifah, M. (2023). Studi Deskriptif Karakteristik dan Diagnosis Keperawatan pada Pasien Stroke Berbasis SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia). *Jurnal Kesehatan*, 16(1), 1180–1186. <https://doi.org/10.32763/xy2cpv68>
- Kuriakose, D., & Xiao, Z. (2020). IMP para qué es el ictus, tipos y causas. También para datos epidemiológicos y tratamientos. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(20), 1–24.
- Mauliddiyah, D., Ulfah, M., & Siwi, A. S. (2022). Asuhan Keperawatan dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH). *Journal of Management Nursing*, 2(1), 168–172. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i1.74>
- Mizuhashi, F., Morita, T., Toya, S., Sato, R., Watarai, Y., & Koide, K. (2020). Protein ingredient in saliva on oral dryness patients caused by calcium blocker. *Geriatrics (Switzerland)*, 5(4), 1–8. <https://doi.org/10.3390/geriatrics5040070>
- Oktarina, Y., Nurhusna, N., Kamariyah, K., & Mulyani, S. (2021). Edukasi Kesehatan Penyakit Stroke Pada Lansia. *Medical Dedication (Medic) : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat FKIK UNJA*, 3(2), 106–109. <https://doi.org/10.22437/medicaldedication.v3i2.11220>
- Pradesti, A., & Indriyani, P. (2020). Pengaruh Latihan Range of Motion Terhadap Kekuatan Otot Pada Lansia Dengan Stroke. *Journal of Nursing and Health*, 5(2), 95–99. <https://doi.org/10.52488/jnh.v5i2.122>
- Raudhoh, S., & Pramudiani, D. (n.d.). *LANSIA ASIK, LANSIA AKTIF, LANSIA PODUKTIF*.

- Setyawati, V. Y., & Retnaningsih, D. (2024). Penerapan Range Of Motion pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik. *Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan*, 8(1), 18–24. <https://doi.org/10.33655/mak.v8i1.179>
- Sulaiha, S., Faizah, I., & Soleha, U. (2022). “Intrumen Pengukuran Activity Daily Living (ADL) Pada Pasien Stroke.” *Jurnal Keperawatan*, 14, 1065–1072.
- Susilo, T. E., Hastuti, N., Widyastuti, A., Hidayat, R. P., Zahra, I. V. A., Ayininggar, L., & Pristianto, A. (2023). Edukasi Program Latihan Fisioterapi Pada Penderita Stroke Di Posyandu Lansia Desa Sanggung. *Community : Jurnal Pengabdian Pada Masyarakat*, 3(3), 01–09. <https://doi.org/10.51903/community.v3i3.371>
- Sutejo, P. M., Hasanah, U., Dewi, N. R., Dharma, A. K., & Metro, W. (2023). Penerapan Rom Spherical Grip Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Atas Pada Pasien Stroke Di Ruang Syaraf Rsud Jend. Ahmad Yani Metro. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(4), 521–528. <https://www.jurnal.akperdharmawacana.ac.id/index.php/JWC/article/view/500/333>
- Utama, Y. A., & Nainggolan, S. S. (2022). Faktor Resiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke: Sebuah Tinjauan Sistematis. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 22(1), 549. <https://doi.org/10.33087/jiubj.v22i1.1950>

