

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Menurut hasil pengkajian yang dilakukan peneliti pada tanggal 10 April 2025, didapatkan bahwa Tn. S didiagnosis mengalami stroke sejak 2 bulan yang lalu. Sementara itu, keluhan utama yang dialami saat ini oleh Tn. S adalah kelemahan anggota gerak, baik ekstremitas bagian atas maupun ekstremitas bagian bawah. Hal ini selaras dengan penelitian Crisanto, et. al. (2022) yang menyebutkan bahwa salah satu gejala dari stroke adalah kelumpuhan anggota gerak, baik sebagian yang disebut hemiparase ataupun keseluruhan yang biasa disebut dengan hemiplegia.

Kelemahan anggota gerak Tn. S juga didukung oleh hasil pengukuran kekuatan otot menggunakan instrumen *Manual Muscle Test* (MMT) dimana didapatkan hasil bahwa seluruh anggota gerak Tn. S memiliki skor masing-masing 2. Skor 2 dalam MMT berarti pasien dapat menggerakkan otot dan sendi, tetapi tidak dapat menahan gravitasi (Yuniati & Sari, 2021).

Adanya penurunan kekuatan otot yang dialami Tn. S menyebabkan pemenuhan kebutuhan sehari-hari harus bergantung pada orang lain. Hal ini didukung dengan skor total *Activity Daily Livings* Tn. S adalah 0 yang berarti bergantung total pada orang lain (*dependent*). Kondisi Tn. S ini sejalan dengan teori bahwa orang dengan diagnosis stroke yang mengalami kelemahan anggota gerak tidak dapat memenuhi kebutuhan sehari-harinya secara mandiri (Nurhidayat, et. al., 2021).

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian dan analisis data dilakukan, didapatkan bahwa terdapat 3 diagnosa keperawatan yang muncul. Sesuai prioritas, diagnosa utama adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Sementara itu, diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan sebagai diagnosa kedua, dan gangguan komunikasi verbal

berhubungan dengan gangguan neuromuskuler adalah diagnosa yang ketiga. Diagnosa keperawatan yang diangkat sudah sesuai dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI). Dimana Tn. S mengalami tanda mayor maupun minor yang mendukung diangkatnya diagnosa tersebut, seperti kekuatan otot menurun, rentang gerak terbatas, dan fisik lemah. Diagnosa yang diangkat tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan Nurrani & Lestari (2023) pada pasien penderita stroke di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, dimana diagnosa keperawatan prioritas yang muncul adalah gangguan mobilitas fisik. Selain itu, dalam penelitian lain yang dilakukan oleh Wulandari (2025) juga mengangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik sebagai diagnosa utama pasien stroke.

C. Intervensi

Dalam upaya untuk mengatasi masalah keperawatan yang dialami Tn. S, penulis merumuskan luaran keperawatan yang akan dicapai adalah mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, serta rentang gerak meningkat. Penentuan luaran keperawatan ini disesuaikan dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Sementara itu, intervensi keperawatan disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi yang diambil adalah dukungan mobilisasi.

Penulis merencanakan intervensi yang meliputi komponen intervensi observasi, terapeutik, dan edukasi. Untuk intervensi observasi terdiri dari identifikasi toleransi fisik dan monitor kondisi umum selama mobilisasi. Sementara itu, untuk tindakan terapeutiknya adalah fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, fasilitasi melakukan pergerakan, berikan latihan rentang gerak, dan libatkan keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan. Kemudian untuk intervensi edukasi yang diberikan berupa jelaskan prosedur dan tujuan dukungan mobilisasi, anjurkan mobilisasi dini, serta ajarkan mobilisasi sederhana

Intervensi utama yang diberikan kepada Tn. S yaitu latihan rentang gerak atau latihan *Range of Motion* (ROM) dengan salah satu bagiannya adalah terapi

genggam bola karet. Intervensi keperawatan ini serupa dengan penelitian Nurrani dan Lestari (2023), dimana pada pasien stroke yang dikelola diberikan intervensi latihan ROM dengan salah satu caranya adalah pemberian terapi genggam bola karet. Dalam penelitian tersebut, pemberian terapi genggam bola karet direncanakan berturut-turut selama 3 hari.

Terapi genggam bola karet merupakan salah satu bagian atau cara dari latihan ROM yang bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot karena latihan ini memberikan stimulasi pada otot-otot tangan dan jari, terutama melalui gerakan menggenggam dan melepaskan bola. Rangsangan ini memicu kontraksi otot secara berulang, yang pada akhirnya dapat menyebabkan peningkatan kekuatan otot (Munifah, et. al., 2024).

Terapi genggam bola karet ini direncanakan akan diberikan pada Tn. S selama 3 hari berturut-turut. Adapun tahap kerja pelaksanaan terapi genggam bola karet yang akan diberikan pada Tn. S, yaitu: 1. Posisikan klien di tempat yang nyaman; 2. Letakkan bola karet di atas telapak tangan yang mengalami kelemahan dengan posisi pergelangan tangan 45 derajat (sesuaikan dengan kemampuan klien); 3. Ajarkan klien untuk mencengkeram atau menggenggam bola karet. Kemudian, kendurkan genggamannya atau cengkramannya; 4. Selanjutnya, minta klien untuk mengulangi gerakan ini selama 7–10 kali atau selama satu hingga dua menit.. Dalam pelaksanaannya, penulis tetap memperhatikan kondisi umum serta toleransi pergerakan Tn. S.

D. Implementasi dan Evaluasi

Implementasi keperawatan dukungan mobilisasi diberikan kepada Tn. S selama 3 hari. Pada hari pertama, penulis menjelaskan maksud dan tujuan dari dukungan mobilisasi kepada Tn. S. Keluarga pasien memahami maksud dan tujuan dari dukungan mobilisasi. Dukungan mobilisasi yang diberikan adalah latihan *Range of Motion* (ROM) pasif.. Latihan ROM pasif bertujuan untuk menjaga atau meningkatkan kekuatan otot, mempertahankan kelancaran gerakan sendi, mendorong aliran darah, serta mencegah terjadinya perubahan bentuk. Saat melakukan latihan ROM, otot yang terasa kaku akan mulai

memanjang secara perlahan, dan otot akan mulai beradaptasi untuk kembali ke ukuran normalnya (Permatasari, et. al., 2024). ROM dilakukan pada keempat anggota gerak dari Tn. S serta dilakukan di pagi serta sore hari.

Selama dilakukan ROM, penulis juga memperhatikan kondisi umum pasien serta toleransi gerakan yang dapat dilakukan Tn. S. Nampak beberapa kali Tn. S merasa sakit dengan menunjukkan ekspresi meringis dan mengerang. Sendi-sendi anggota gerak Tn. S mengalami kekakuan karena tidak dilatih untuk digerakkan selama Tn. S menderita stroke dan *bedrest* total. Selain pemberian latihan ROM, penulis juga menganjurkan serta mengajarkan keluarga untuk memberikan ambulasi dini kepada Tn. S, yaitu dengan merubah posisi pasien untuk miring ke kanan dan ke kiri secara bergantian setiap 2 jam. Salah satu tujuan dilakukannya ambulasi dini pada pasien *bedrest* total adalah untuk mencegah adanya luka tekan atau dekubitus (Herly, et. al., 2023).

Pada hari kedua dan ketiga penulis juga melakukan latihan ROM pada Tn. S di pagi dan sore hari. Selain itu, penulis juga menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan ambulasi dini kepada Tn. S. Penulis juga melibatkan keluarga dalam setiap latihan yang diberikan dengan harapan setelah penulis tidak mendampingi pasien, keluarga dapat memberikan dukungan mobilisasi kepada Tn. S secara mandiri. Setelah dilakukan latihan ROM selama 3 hari, rentang gerak Tn. S masih cukup terbatas meskipun sudah lebih baik daripada sebelum dilakukan latihan. Penulis menganjurkan keluarga untuk terus memberikan latihan secara rutin agar otot dan sendi-sendi Tn. S tidak mengalami kekakuan.

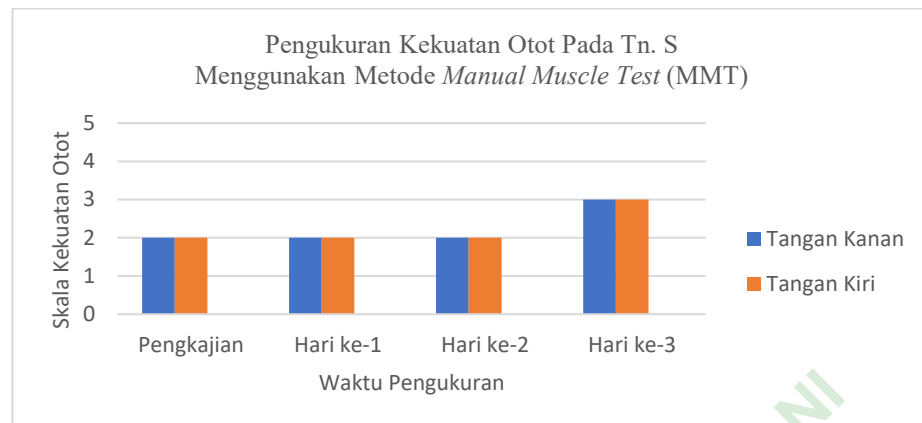
Sementara itu, penerapan terapi genggam bola karet juga dilakukan pada Tn. S selama tiga hari berturut-turut yang dilaksanakan pada pagi dan sore hari. Dalam penerapannya, bola karet bergerigi digenggam oleh Tn. S menggunakan salah satu tangan selama 5 detik kemudian rileks, ini diulangi sebanyak tujuh kali. Terapi dilakukan pada kedua sisi tangan karena Tn. S mengalami kelemahan otot pada keduanya. Penulis memastikan bahwa ketika menggenggam bola karet pergelangan Tn. S membentuk sudut 45° agar hasilnya dapat optimal. Selain itu, penulis juga memperhatikan keterlibatan keluarga dengan harapan keluarga dapat memberikan terapi secara rutin pada Tn. S.

Penerapan terapi genggam bola karet ini penulis berikan dengan panduan SOP dan berdasarkan artikel penelitian EBN dari penelitian yang dilakukan oleh Nurrani & Lestari (2023) pada pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Pada hari pertama, Tn. S diberikan terapi genggam bola karet pada pagi dan sore hari. Sebelum melakukan terapi, penulis menjelaskan tujuan dan manfaat dari terapi yang akan diberikan. Keluarga pasien mengatakan bahwa sebelumnya belum pernah mengetahui maupun mendapatkan terapi genggam bola karet. Penulis juga meminta keluarga untuk menandatangani lembar *inform consent* sebelum terapi dilakukan. Pada hari pertama ini, Tn. S masih sedikit kesulitan dalam menggenggam bola karet. Penulis meminta keluarga pasien untuk ikut membantu Tn. S dalam melakukan terapi genggam bola karet. Pada hari pertama ini belum terdapat peningkatan kekuatan otot, dimana kekuatan ekstremitas Tn. S masih berada di skala 2.

Implementasi dilanjutkan di hari kedua yang juga dilaksanakan pada pagi dan sore hari. Di hari kedua ini Tn. S masih kurang erat dalam menggenggam bola karet. Keluarga juga menyampaikan bahwa meskipun tidak didampingi penulis, Tn. S juga tetap melakukan terapi genggam bola karet dibantu keluarga. Evaluasi di hari kedua ini kekuatan otot Tn. S masih belum meningkat dari hari sebelumnya, yaitu pada skala 2.

Penerapan terapi genggam bola karet hari ketiga atau hari terakhir nampak Tn. S lebih erat dalam menggenggam bola karet. Terapi dilakukan pada pagi dan sore hari, sekaligus dilakukan evaluasi hasil penerapan terapi selama 3 hari. Evaluasi dilakukan menggunakan instrument *Manual Muscle Test* (MMT) dengan rentang skor 0-5. Hasil evaluasi akhir menunjukkan bahwa setelah dilakukan terapi selama 3 hari, kekuatan otot ekstremitas atas kanan dan kiri mengalami peningkatan 1 skala, dari yang sebelumnya skala 2 menjadi skala 3. Skala 3 dalam MMT menunjukkan bahwa Tn. S dapat menggerakkan otot dan sendi serta menahan gravitasi, tetapi belum dapat menahan tahanan eksternal (Yuniati & Sari, 2021).



Gambar 5.1 Grafik Pengukuran Kekuatan Otot

Hasil yang didapatkan ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurrani & Lestari (2023) dimana mendapatkan hasil adanya peningkatan kekuatan otot pasien penderita stroke yang berada di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta setelah dilakukan terapi genggam bola karet selama 3 hari secara berturut-turut. Peningkatan kekuatan otot yang terjadi dapat diakibatkan karena adanya sentuhan dari bola karet yang terasa kasar, sehingga memberi sinyal saraf di tangan yang kemudian mengirimkannya ke otak serta membantu memperbaiki ketegangan otot dan tendon yang lemah (Pradnyani, et. al., 2022).

Penelitian lain yang dilakukan Pamolango (2023) juga menunjukkan hasil bahwa 90% pasien stroke di Wilayah Puskesmas Batudaa yang dilakukan terapi genggam bola karet skor kekuatan ototnya dapat meningkat. Salah satu faktor yang dapat mengembalikan kondisi anggota gerak yang mengalami kelemahan adalah lamanya latihan. Semakin lama dilatih, maka akan semakin memberikan hasil yang optimal. Gerakan Latihan yang dilakukan berulang akan menciptakan konsentrasi untuk melakukan gerakan dengan kualitas yang terbaik. Gerakan yang terfokus serta berulang dapat meningkatkan kualitas sistem motorik serta mengaktifkan motorik tulang belakang sebagai upaya dasar dalam pemulihan pasien stroke khususnya dengan kelemahan anggota gerak (Santoso & Puspita, 2021).

Penulis berpendapat bahwa terapi genggam bola karet efektif dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke dengan kelemahan anggota gerak. Perlu adanya latihan berulang dan berkelanjutan untuk mendapatkan

hasil yang lebih optimal. Latihan genggam bola karet merupakan Latihan sederhana yang dapat dilakukan dimana saja, baik pasien yang berada di rumah sakit maupun pasien yang dilakukan perawatan mandiri oleh keluarga di rumah serta tidak memerlukan biaya yang banyak untuk menerapkannya.

Salah satu kriteria hasil dalam luaran keperawatan yang disusun, yaitu meningkatkannya kekuatan otot dapat dicapai dengan adanya hasil meningkatnya kekuatan otot pada Tn. S dari yang sebelumnya memiliki skala 2 menjadi skala 3. Meskipun terdapat peningkatan kekuatan otot, mobilitas fisik Tn. S belum sepenuhnya teratasi karena rentang gerak dan pergerakan ekstremitas Tn. S masih terbatas.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANUWIR
YOGYAKARTA