

Asuhan Keperawatan pada Lansia Stroke dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Desa Pasirbiru Kelurahan Pasirbiru Kota Bandung

Siti Rahayu¹, Tiarmaida Sitio²
^{1,2}Akademi Keperawatan Kebonjati
Email: sitirahayu@akperkebonjati.ac.id

Abstrak

Stroke pada lansia dapat menimbulkan kelemahan ekstremitas, penurunan kekuatan otot, keterbatasan rentang gerak, gangguan keseimbangan, dan ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari. Studi ini bertujuan menggambarkan asuhan keperawatan pada lansia stroke dengan gangguan mobilitas fisik di Desa Pasirbiru Kelurahan Pasirbiru Kota Bandung. Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan. Partisipan terdiri atas dua lansia perempuan dengan riwayat stroke. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi. Intervensi berfokus pada dukungan mobilisasi, latihan *Range of Motion* (ROM), pemantauan kondisi umum dan tanda vital, edukasi keluarga, stimulasi memori, serta pencegahan risiko jatuh. Hasil pengkajian menunjukkan Ny. P berusia 67 tahun dan Ny. W berusia 73 tahun, keduanya memiliki riwayat hipertensi, kelemahan ekstremitas, keterbatasan rentang gerak, gangguan keseimbangan, dan kebutuhan bantuan keluarga pada sebagian aktivitas. Diagnosis utama pada kedua klien adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, disertai gangguan memori dan risiko jatuh. Setelah implementasi, kedua klien mampu mengikuti latihan ROM dan menunjukkan respons kooperatif, tetapi kekuatan otot, rentang gerak, dan kemandirian belum meningkat optimal. Masalah gangguan mobilitas fisik dinilai teratasi sebagian. Kesimpulannya, dukungan mobilisasi dan latihan ROM dapat digunakan sebagai bagian dari asuhan keperawatan lansia stroke untuk mempertahankan fungsi gerak dan mencegah komplikasi imobilisasi, dengan kebutuhan latihan berkelanjutan serta keterlibatan keluarga.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Lansia, Stroke, Gangguan Mobilitas Fisik, *Range of Motion*

Abstract

Stroke in older adults may cause limb weakness, reduced muscle strength, limited Range of Motion, impaired balance, and dependence in daily activities. This study aimed to describe nursing care for older adults with stroke and physical mobility impairment in Pasirbiru Village, Pasirbiru, Bandung. A descriptive case-study design using the nursing process approach was applied. Two older women with a history of stroke participated. Data were collected through interviews, observation, physical examination, and documentation. Nursing care focused on mobility support, Range of Motion (ROM) exercises, monitoring of vital signs and general condition, family education, cognitive stimulation, and fall prevention. The assessment showed that Client 1 was 67 years old and Client 2 was 73 years old; both had a history of hypertension, limb weakness, limited Range of Motion, balance impairment, and required family assistance for some daily activities. The main nursing diagnosis was physical mobility impairment related to decreased muscle strength, accompanied by memory impairment and risk of falls. After implementation, both clients were able to participate in ROM exercises and showed cooperative responses, although muscle strength, Range of Motion, and independence had not improved optimally. The mobility problem was therefore considered partially resolved. Continuous ROM exercises, mobility support, and family involvement are recommended as components of home-based nursing care for older adults after stroke.

Keywords: Nursing Care, Older Adults, Stroke, Physical Mobility Impairment, *Range of Motion*

1. PENDAHULUAN

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan yang berdampak besar terhadap fungsi dan kemandirian lansia. Pada kelompok usia lanjut, stroke dapat disertai kelemahan ekstremitas, gangguan keseimbangan, keterbatasan gerak, serta penurunan kemampuan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Kondisi tersebut menjadi masalah penting karena keterbatasan mobilitas dapat meningkatkan ketergantungan dan risiko komplikasi akibat imobilisasi.

Gangguan mobilitas fisik merupakan masalah keperawatan yang menonjol pada lansia *pasca-stroke*. Kerusakan area motorik dapat menyebabkan hemiparesis, penurunan kekuatan otot, keterbatasan rentang gerak, dan kesulitan berpindah posisi. Latihan ROM secara terstruktur dapat membantu mempertahankan *fleksibilitas* sendi, mencegah kekakuan dan kontraktur, serta mendukung pemulihan fungsi gerak (Amal et al., 2025; Fadlilah et al., 2026). Dukungan keluarga juga penting karena latihan dan mobilisasi di rumah memerlukan pendampingan serta kesinambungan (Andriani & Agustriyani, 2021).

Data menunjukkan bahwa stroke masih menjadi masalah kesehatan penting di Indonesia dan Jawa Barat. Studi pendahuluan di wilayah kerja UPTD Puskesmas Cibiru juga menunjukkan adanya beban kasus yang perlu mendapat perhatian. Pada tingkat komunitas, pendekatan keperawatan yang menggabungkan pemantauan kondisi, latihan mobilisasi, edukasi keluarga, dan pencegahan jatuh menjadi relevan untuk mempertahankan kemampuan fungsional lansia.

Berdasarkan kondisi tersebut, penelitian ini bertujuan menggambarkan pelaksanaan asuhan keperawatan pada lansia stroke dengan gangguan mobilitas fisik di Desa Pasirbiru Kelurahan Pasirbiru Kota Bandung, meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

2. KAJIAN PUSTAKA

a. Risiko Jatuh dan Peran Keluarga

Gangguan keseimbangan, kelemahan otot, dan keterbatasan mobilitas membuat lansia stroke memiliki risiko jatuh yang lebih tinggi. Oleh karena itu, pencegahan jatuh perlu mencakup identifikasi faktor risiko, pendampingan mobilisasi dan *transfer*, pengamanan lingkungan, penggunaan alas kaki yang sesuai, serta edukasi keluarga. Keluarga juga berperan dalam membantu latihan, aktivitas sehari-hari, dan menjaga kesinambungan perawatan di rumah. Kerangka konseptual studi ini menempatkan stroke pada lansia sebagai kondisi yang dapat menimbulkan kelemahan otot dan keterbatasan gerak. Masalah tersebut kemudian diidentifikasi sebagai gangguan mobilitas fisik dan ditangani melalui dukungan mobilisasi serta latihan ROM, dengan dukungan keluarga dan pencegahan jatuh sebagai komponen pendukung. *Outcome* yang diharapkan adalah meningkatnya kemampuan gerak dan terpeliharanya kemandirian klien sesuai kondisi klinis.

b. Range of Motion (ROM)

Range of Motion (ROM) adalah latihan untuk mempertahankan atau memperbaiki kemampuan pergerakan sendi secara normal dan lengkap. Dalam KTI sumber, ROM dijelaskan bermanfaat untuk mempertahankan kekuatan dan tonus otot, memelihara mobilitas sendi, merangsang sirkulasi, dan mencegah kelainan bentuk. Prinsip pelaksanaan ROM dalam sumber meliputi gerakan yang dilakukan secara perlahan dan hati-hati, mempertimbangkan usia, diagnosis, tanda vital, dan lama tirah baring, serta menyesuaikan bagian tubuh yang mengalami keterbatasan. Sumber juga mencantumkan latihan dilakukan berulang sesuai toleransi pasien dan dijadwalkan secara teratur.

Manfaat ROM meliputi penilaian kemampuan sendi, tulang, dan otot dalam melakukan gerakan; mempertahankan tonus otot agar tidak terjadi kekakuan; meningkatkan mobilisasi

sendi dan massa otot; serta memperbaiki toleransi otot terhadap latihan. ROM dapat diberikan secara aktif ketika klien mampu menggerakkan anggota tubuh secara mandiri atau secara pasif ketika gerakan dilakukan dengan bantuan perawat atau tenaga kesehatan.

c. Asuhan Keperawatan pada Lansia Stroke

Asuhan keperawatan dilaksanakan melalui tahapan pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Pada kasus lansia stroke dengan gangguan mobilitas fisik, pengkajian perlu mencakup kemampuan menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot, rentang gerak, keseimbangan, kemampuan aktivitas sehari-hari, risiko jatuh, status kognitif, serta dukungan keluarga. Diagnosis utama pada studi sumber mengacu pada gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan didukung oleh data mayor-minor sesuai SDKI. Intervensi yang relevan meliputi dukungan mobilisasi, latihan ROM, latihan penguatan otot, pengaturan posisi, pemantauan tanda vital dan toleransi aktivitas, edukasi, serta pelibatan keluarga. Pendekatan tersebut diarahkan untuk mempertahankan fungsi gerak, mencegah komplikasi imobilisasi, dan meningkatkan kemampuan klien melakukan aktivitas secara aman.

d. Gangguan Mobilitas Fisik

Mobilitas adalah kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, teratur, dan bertujuan memenuhi kebutuhan hidup. Gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan kemampuan melakukan pergerakan fisik secara mandiri pada satu atau lebih ekstremitas. Pada pasien stroke, gangguan tersebut dapat berkaitan dengan kelemahan otot dan gangguan kontrol motorik akibat kerusakan jaringan otak. Gangguan mobilitas fisik pada lansia stroke dapat menimbulkan konsekuensi berupa kontraktur, atrofi otot, trombosis vena dalam, komplikasi respirasi, peningkatan ketergantungan aktivitas sehari-hari, risiko jatuh, dan penurunan kemandirian. Karena itu, mobilitas perlu menjadi salah satu fokus utama asuhan keperawatan *pasca-stroke*.

e. Stroke pada Lansia

Hipertensi merupakan salah satu penyakit penyerta yang penting pada lansia dengan stroke. Selain meningkatkan risiko terjadinya stroke, komorbiditas seperti hipertensi dan diabetes dapat memperberat proses pemulihan dan rehabilitasi sehingga pengelolaan lansia *pasca-stroke* perlu mempertimbangkan kondisi penyerta secara bersamaan (Ko, 2026). Stroke merupakan gangguan neurologis yang dapat menyebabkan perubahan fungsi motorik, sensorik, komunikasi, keseimbangan, dan kognitif. Pada lansia, dampak tersebut dapat menjadi lebih kompleks karena proses penuaan sendiri telah menyebabkan penurunan fungsi muskuloskeletal dan sistem saraf. KTI menjelaskan bahwa perubahan muskuloskeletal pada lansia dapat memperberat keterbatasan gerak dan risiko jatuh setelah stroke, sedangkan penurunan fungsi sistem saraf dapat memengaruhi koordinasi, refleks, fungsi kognitif, dan kemampuan motorik.

f. Lansia

Lansia merupakan kelompok usia yang mengalami proses penuaan dengan perubahan bertahap pada fungsi fisiologis, psikologis, kognitif, dan sosial. Pada proses penuaan terjadi penurunan kemampuan adaptasi tubuh sehingga lansia lebih rentan terhadap penyakit kronis, gangguan keseimbangan, keterbatasan aktivitas, dan ketergantungan. KTI sumber juga menjelaskan bahwa lansia sering mengalami *Multiple morbidities*, antara lain hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung koroner, PPOK, artritis, dan osteoporosis. Kondisi penyerta tersebut membuat pengelolaan kesehatan lansia memerlukan pendekatan yang holistik.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian menggunakan studi kasus deskriptif dengan pendekatan proses keperawatan. Partisipan terdiri atas dua lansia perempuan dengan riwayat stroke dan gangguan mobilitas fisik, yaitu Ny. P berusia 67 tahun dan Ny. W berusia 73 tahun. Asuhan dilakukan di rumah klien di wilayah kerja Puskesmas Cibiru. Pengambilan data awal dilaksanakan pada 12 Desember 2025, sedangkan rangkaian kunjungan dan implementasi berlangsung dalam periode yang ditetapkan peneliti.

Data diperoleh melalui wawancara dengan klien dan keluarga, observasi, pemeriksaan fisik, serta dokumentasi yang tersedia. Pengkajian mencakup kondisi umum, kemampuan mobilisasi, kekuatan otot, rentang gerak, keseimbangan, aktivitas sehari-hari, status kognitif, risiko jatuh, dukungan keluarga, dan lingkungan rumah. Instrumen yang digunakan dalam proses pengkajian antara lain pengukuran kekuatan otot, *Morse Fall Scale*, dan instrumen fungsional yang tercantum dalam KTI. Diagnosis mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), intervensi pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), dan evaluasi pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Tahapan penelitian meliputi persiapan, pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Latihan ROM diberikan dengan gerakan *fleksi*, *ekstensi*, dan *hiperekstensi* sesuai toleransi klien. Pemantauan tanda vital, kondisi umum, kekuatan otot, kemampuan mengikuti latihan, serta risiko jatuh dilakukan selama proses asuhan. Persetujuan tindakan (*informed consent*) disiapkan dan dipahami oleh klien atau keluarga sebelum asuhan diberikan. Data klien disajikan menggunakan inisial untuk menjaga kerahasiaan.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

a. Karakteristik Klien

Kedua klien merupakan lansia perempuan dengan riwayat stroke dan hipertensi. Keduanya mengalami masalah mobilitas yang ditandai kelemahan ekstremitas, penurunan kekuatan otot, keterbatasan rentang gerak, dan gangguan keseimbangan. Pada salah satu klien ditemukan bicara pelo ringan. Kondisi tersebut berdampak pada kemampuan berjalan dan pemenuhan aktivitas sehari-hari.

Tabel 1. Karakteristik Klien

Karakteristik	Ny. P	Ny. W
Usia	67 tahun.	73 tahun.
Jenis kelamin	Perempuan.	Perempuan.
Diagnosis medis	Riwayat stroke ringan, hipertensi.	Riwayat stroke, hipertensi.
Keluhan utama	Pegal, kesemutan, kelemahan, sulit berjalan.	Pegal, kesemutan, kelemahan, keterbatasan mobilitas.
Dukungan aktivitas	Sebagian aktivitas dibantu keluarga.	Membutuhkan dukungan keluarga pada aktivitas tertentu.
Temuan utama	ROM dan kekuatan otot menurun; keseimbangan terganggu.	ROM dan kekuatan otot menurun; keseimbangan terganggu.

b. Diagnosis Keperawatan

Gangguan mobilitas fisik menjadi diagnosis prioritas karena data paling menonjol berupa kelemahan ekstremitas, rentang gerak menurun, kesulitan berjalan, dan ketergantungan pada keluarga.

- 1). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
- 2). Gangguan memori berhubungan dengan gangguan sirkulasi ke otak.
- 3). Risiko jatuh berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan gangguan keseimbangan.

c. Intervensi dan Implementasi

Intervensi utama meliputi dukungan mobilisasi, latihan ROM, latihan penguatan otot, pemantauan tekanan darah dan frekuensi jantung sebelum mobilisasi, edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi, pelibatan keluarga, latihan memori, dan pencegahan jatuh. Implementasi dilakukan melalui pemantauan tanda vital dan kondisi umum, pengukuran kekuatan otot, latihan ROM pasif berupa *fleksi*, *ekstensi*, dan *hiperekstensi*, observasi toleransi latihan, edukasi lingkungan aman, serta pendampingan keluarga. Kedua klien dapat mengikuti latihan ROM dan menunjukkan respons kooperatif. Sebagian gerakan dapat dilakukan dengan bantuan keluarga. Keluarga juga berperan dalam membantu aktivitas harian dan memastikan keamanan saat *transfer* atau menuju kamar mandi.

d. Evaluasi

Evaluasi menunjukkan bahwa gangguan mobilitas fisik belum sepenuhnya teratasi. Klien masih mengalami kelemahan, keluhan pegal dan kesemutan, keterbatasan rentang gerak, serta ketergantungan pada keluarga. Namun, terdapat perkembangan berupa kemampuan mengikuti latihan ROM dan sedikit peningkatan kemampuan menggerakkan kaki. Gangguan memori juga belum sepenuhnya teratasi, sedangkan risiko jatuh masih memerlukan pencegahan dan pendampingan. Dengan demikian, status yang paling sesuai adalah teratasi sebagian dan intervensi perlu dilanjutkan.

e. Sintesis Hasil Asuhan Keperawatan

Hasil studi kasus memperlihatkan bahwa kedua klien memiliki pola masalah yang relatif serupa, yaitu keterbatasan mobilitas fisik sebagai masalah dominan setelah stroke. Kedua klien berjenis kelamin perempuan dan berada pada kelompok usia lanjut. Ny. P berusia 67 tahun, sedangkan Ny. W berusia 73 tahun. Keduanya mempunyai riwayat hipertensi dan stroke serta menunjukkan kelemahan ekstremitas, keterbatasan rentang gerak, gangguan keseimbangan, dan kebutuhan bantuan keluarga dalam aktivitas tertentu. Temuan tersebut merupakan dasar kuat untuk menempatkan gangguan mobilitas fisik sebagai diagnosis prioritas.

f. Ringkasan Masalah dan Intervensi

Dari sisi aktivitas rekreasi, kedua klien mengalami penyempitan aktivitas setelah stroke. Aktivitas yang sebelumnya dilakukan seperti berkebun, membaca, mengikuti kegiatan lingkungan, dan bepergian menjadi berkurang. Aktivitas di rumah kemudian lebih banyak berupa istirahat, menonton televisi, interaksi keluarga, dan latihan gerak ringan. Perubahan ini penting diperhatikan karena mobilitas fisik tidak hanya berkaitan dengan kemampuan berjalan, tetapi juga kesempatan lansia mempertahankan partisipasi sosial dan aktivitas yang bermakna.

Perbedaan kondisi fungsional antar klien tetap terlihat. Data sosial dan aktivitas menunjukkan bahwa Ny. P lebih banyak memerlukan bantuan dalam aktivitas sehari-hari, sedangkan Ny. W pada beberapa aktivitas dasar masih dapat melakukan mobilisasi secara lebih mandiri meskipun dukungan keluarga tetap diperlukan. Perbedaan tersebut memperlihatkan bahwa riwayat stroke tidak selalu menghasilkan tingkat ketergantungan yang sama pada setiap lansia. Faktor usia, kondisi fisik, kemampuan beradaptasi, dukungan keluarga, serta lingkungan rumah dapat memengaruhi kemampuan fungsional klien.

Pembahasan

a. Pengkajian

Temuan pada kedua klien menunjukkan pola yang konsisten dengan dampak stroke terhadap fungsi motorik. Kelemahan ekstremitas, penurunan kekuatan otot, keterbatasan rentang gerak, gangguan keseimbangan, dan ketergantungan aktivitas merupakan masalah yang relevan dalam pengkajian lansia *pasca-stroke*. Hasil ini sejalan dengan uraian teori dalam KTI

bahwa kerusakan area motorik dapat mengganggu pengiriman impuls ke otot sehingga memunculkan hemiparesis dan gangguan mobilitas.

Tidak terdapat kesenjangan bermakna antara teori dan temuan klinis utama. Kesenjangan terutama terdapat pada kelengkapan data penunjang, karena asuhan dilakukan di rumah dan tidak seluruh hasil radiologi atau laboratorium tersedia. Oleh sebab itu, interpretasi lebih banyak didasarkan pada wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, status fungsional, keseimbangan, dan respons terhadap intervensi.

Tabel 2. Ringkasan Masalah Keperawatan dan Respons Klien

Masalah Utama	Data Pendukung	Intervensi Utama	Respons/Evaluasi
Gangguan mobilitas fisik	Kelemahan ekstremitas, ROM menurun, berjalan, keseimbangan terganggu.	Dukungan mobilisasi, ROM, pemantauan toleransi, edukasi keluarga.	Klien mampu mengikuti ROM; masih lemah dan memerlukan bantuan; teratasi sebagian.
Gangguan memori	Keluhan lupa/pikun dan kebutuhan orientasi.	Stimulasi memori, orientasi waktu dan tempat, latihan mengingat informasi sederhana.	Mulai mampu mengingat hari, tanggal, dan jam secara sederhana; teratasi sebagian.
Risiko jatuh	Kelemahan, gangguan keseimbangan, takut jatuh, riwayat jatuh pada salah satu klien.	Pendampingan <i>transfer</i> , lingkungan aman, alas anti licin, edukasi keluarga.	Keluarga memahami <i>transfer</i> aman; risiko masih ada sehingga intervensi dilanjutkan.

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot sesuai dengan data mayor dan minor yang ditemukan pada kedua klien. Diagnosis tambahan berupa gangguan memori dan risiko jatuh menggambarkan bahwa dampak stroke pada lansia tidak hanya bersifat motorik, tetapi juga dapat memengaruhi fungsi kognitif dan keamanan aktivitas. Penetapan diagnosis utama tetap diarahkan pada masalah mobilitas karena keterbatasan gerak merupakan masalah paling dominan pada kasus.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi dukungan mobilisasi dan ROM sesuai dengan fokus masalah. ROM dapat digunakan untuk mempertahankan *fleksibilitas* sendi dan mencegah kekakuan, sedangkan dukungan mobilisasi membantu klien beradaptasi dengan keterbatasan fisik. Keterlibatan keluarga merupakan komponen penting dalam konteks perawatan berbasis rumah karena keberlanjutan latihan sangat bergantung pada pendampingan setelah kunjungan tenaga kesehatan. Temuan ini sejalan dengan penelitian yang menempatkan dukungan keluarga sebagai faktor penting dalam motivasi pasien *pasca-stroke* melakukan latihan ROM (Andriani & Agustriyani, 2021).

Namun, dokumentasi latihan dalam kasus masih belum cukup rinci dalam mencatat frekuensi, durasi, jumlah pengulangan, bagian ekstremitas yang dilatih, dan respons setelah latihan. Untuk publikasi ilmiah, aspek tersebut perlu diperjelas agar perubahan klinis dapat dinilai secara lebih objektif. Kolaborasi dengan fisioterapis juga dapat dipertimbangkan untuk mendukung rehabilitasi yang lebih terarah.

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi berupa pemantauan tanda vital, observasi kondisi umum, pengukuran kekuatan otot, latihan ROM, edukasi keluarga, dan pencegahan jatuh telah sesuai dengan diagnosis yang ditetapkan. Kedua klien dapat mengikuti latihan, tetapi masih memerlukan bantuan. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi di rumah tidak hanya berorientasi pada tindakan terapeutik, tetapi juga membangun kemampuan keluarga untuk melanjutkan perawatan.

Keterbatasan utama implementasi adalah waktu yang relatif singkat dan dokumentasi yang belum kuantitatif. Kondisi ini dapat menjelaskan mengapa peningkatan kekuatan otot dan kemandirian belum terlihat secara optimal. Program ROM yang lebih lama, konsisten, dan terukur berpotensi memberikan gambaran perubahan yang lebih jelas.

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi menunjukkan adanya perkembangan tetapi belum mencapai target optimal. Kedua klien mampu mengikuti latihan ROM dan sedikit mampu menggerakkan kaki, tetapi masih terdapat kelemahan, keterbatasan rentang gerak, dan ketergantungan aktivitas. Oleh karena itu, penyebutan 'teratasi sebagian' lebih tepat daripada 'teratasi'. Hasil ini menegaskan bahwa pemulihan mobilitas lansia *pasca-stroke* membutuhkan proses bertahap, berkelanjutan, dan melibatkan keluarga.

f. Implikasi Klinis dan Keperawatan Komunitas

Ringkasan tersebut menunjukkan bahwa intervensi tidak berdiri sendiri. Dukungan mobilisasi perlu dilakukan bersama pengawasan risiko jatuh, sedangkan latihan ROM perlu disertai pemantauan kondisi umum dan keterlibatan keluarga. Dalam kasus berbasis rumah, keluarga menjadi bagian penting dari sistem perawatan karena sebagian besar aktivitas klien berlangsung di lingkungan rumah dan keberlanjutan latihan tidak hanya bergantung pada kunjungan perawat.

Temuan tersebut mendukung hasil penelitian yang menunjukkan pentingnya latihan ROM dan rehabilitasi terstruktur dalam mempertahankan fungsi motorik *pasca-stroke*. Dalam konteks pelayanan komunitas, kesinambungan latihan, pemantauan risiko jatuh, pengendalian faktor risiko seperti hipertensi, serta rujukan fisioterapi bila tersedia menjadi bagian penting dari tindak lanjut.

g. Kualitas Dokumentasi dan Evaluasi

Pertama, pengkajian awal harus menempatkan mobilitas sebagai bagian dari penilaian fungsi keseluruhan, bukan sekadar menilai kemampuan berjalan. Kekuatan otot, rentang gerak, keseimbangan, kemampuan berpindah, kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari, dan rasa takut jatuh perlu dinilai secara terpadu. Data kasus menunjukkan bahwa kelemahan dan keterbatasan gerak berhubungan dengan kebutuhan bantuan keluarga sehingga pengkajian fungsional mempunyai nilai praktis dalam menentukan prioritas intervensi.

Kedua, latihan ROM perlu diposisikan sebagai latihan yang berkesinambungan. Dalam kasus ini, kedua klien dapat mengikuti ROM dan sebagian gerakan dilakukan dengan bantuan keluarga. Implementasi yang terdokumentasi meliputi gerakan *fleksi*, *ekstensi*, dan *hiperekstensi* serta observasi kemampuan mengikuti gerakan. Hal tersebut memperlihatkan bahwa ROM dapat diterapkan dalam konteks perawatan rumah, tetapi dokumentasinya masih perlu dibuat lebih terukur.

Ketiga, keluarga perlu memperoleh edukasi yang operasional. Edukasi tidak cukup hanya menjelaskan bahwa latihan penting, tetapi juga perlu mencakup cara membantu perubahan posisi, cara mendampingi *transfer*, pengaturan lingkungan, penggunaan alas kaki yang aman, dan tanda-tanda intoleransi aktivitas. Pada kasus Ny. P dan Ny. W, keluarga terlibat

dalam membantu aktivitas harian dan latihan. Keterlibatan tersebut merupakan kekuatan utama dari model asuhan berbasis rumah.

Keempat, pencegahan jatuh harus menjadi komponen tetap. Data perkembangan menunjukkan bahwa salah satu klien masih takut jatuh saat menuju kamar mandi dan memiliki riwayat jatuh di kamar mandi. Keluarga telah memahami kebutuhan alas anti licin, pendampingan *transfer*, modifikasi kamar mandi, dan pengawasan. Temuan ini menegaskan bahwa keberhasilan mobilisasi tidak hanya diukur dari peningkatan gerakan, tetapi juga dari kemampuan melakukan aktivitas secara aman.

Secara keseluruhan, studi kasus ini menunjukkan nilai penting pendekatan keperawatan yang berkesinambungan: pengkajian yang komprehensif, diagnosis yang tepat, intervensi ROM dan mobilisasi yang sesuai toleransi, edukasi keluarga, pencegahan jatuh, serta evaluasi yang konsisten. Fokus tersebut relevan untuk pelayanan lansia stroke di komunitas karena tujuan utamanya bukan hanya meningkatkan gerakan, tetapi juga mempertahankan keamanan, kemandirian, dan kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas sehari-hari.

Pengembangan berikutnya juga dapat memasukkan kolaborasi dengan fisioterapis. KTI mencatat bahwa intervensi pada kedua klien lebih banyak dilakukan oleh mahasiswa/perawat dan keluarga karena asuhan berlangsung di rumah. Kolaborasi atau rujukan fisioterapi dapat dipertimbangkan apabila tersedia agar latihan lebih terarah dan sesuai kebutuhan motorik klien.

Penelitian berikutnya dapat mempertahankan desain studi kasus tetapi memperkuat pengukuran *Outcome*. Kekuatan otot sebaiknya dicatat secara serial, rentang gerak dicatat dengan alat ukur yang konsisten, dan kemampuan aktivitas sehari-hari dinilai dengan instrumen fungsional yang sama pada awal dan akhir intervensi. Frekuensi dan durasi ROM juga perlu ditetapkan serta dicatat pada setiap sesi. Dengan demikian, perubahan klinis dapat dibedakan dari sekadar respons subjektif.

Dokumentasi dosis latihan ROM belum cukup rinci sehingga perubahan sebelum dan sesudah intervensi tidak dapat dihitung secara kuantitatif. Keempat, terdapat kemungkinan pengaruh faktor lain seperti dukungan keluarga, kondisi lingkungan, riwayat hipertensi, dan tingkat kemandirian awal. Kelima, durasi pengamatan yang terbatas membuat perubahan fungsi motorik jangka panjang belum dapat dinilai. Keterbatasan tersebut perlu dipertimbangkan saat membaca hasil dan menjadi dasar perbaikan penelitian berikutnya.

Studi ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, jumlah partisipan hanya dua orang sehingga hasil tidak dapat digeneralisasikan kepada seluruh lansia stroke. Kedua, asuhan dilakukan di lingkungan rumah sehingga data pemeriksaan penunjang medis seperti radiologi atau laboratorium tidak tersedia secara lengkap. KTI juga menyebutkan bahwa pembahasan lebih banyak bertumpu pada wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, status fungsional, risiko jatuh, dan respons klien terhadap intervensi.

5. KESIMPULAN

Asuhan keperawatan pada dua lansia stroke di Desa Pasirbiru menunjukkan bahwa gangguan mobilitas fisik merupakan masalah utama yang ditandai kelemahan ekstremitas, penurunan kekuatan otot, keterbatasan rentang gerak, gangguan keseimbangan, dan ketergantungan aktivitas. Diagnosis tambahan yang ditemukan adalah gangguan memori dan risiko jatuh. Intervensi berupa dukungan mobilisasi, latihan ROM, pemantauan kondisi, edukasi keluarga, stimulasi memori, dan pencegahan jatuh dapat dilaksanakan dan diterima oleh kedua klien. Evaluasi menunjukkan adanya perkembangan dalam kemampuan mengikuti ROM, tetapi masalah mobilitas belum teratasi sepenuhnya. Dengan demikian, latihan ROM dan dukungan mobilisasi perlu dilanjutkan secara terstruktur dengan keterlibatan keluarga serta pemantauan tenaga kesehatan.

6. DAFTAR PUSTAKA

- [1]. Adnyana, I. M. O. (2020). Stroke Iskemik. PT Intisari Sains Medis.
- [2]. Amal, S., Dwi, C. S., Andini, A., & Purbasari, D. (2025). Implementation of Intervention Through *Range of Motion* (ROM) Exercises to Overcome Physical Activity Mobility Impairment in Mrs. R in the Stroke Unit of RSD Gunung Jati, Cirebon City. INDOGENIUS.
- [3]. Andriani, M., & Agustriyani, F. (2021). Hubungan dukungan keluarga dengan motivasi pasien pasca stroke melakukan ROM aktif di RSUD DR. A Dadi Tjokrodipo. *Journal of Current Health Sciences*, 1(1), 7–12. <https://doi.org/10.47679/jchs.v1i1.2>
- [4]. Anggraini, A., Rahmasari, I., & Firdaus, I. (2025). Peran perawat dalam proses tindakan rehabilitatif pasien pasca stroke di RSUD dr. Moewardi Surakarta. *Empiricism Journal*, 6(3), 1606–1615.
- [5]. Ekaputri, M., Susanto, G., Kusumaningtyas, D. P. H., Aisyah, & Al Farisi, M. F. (2024). Proses Keperawatan: Konsep, Implementasi dan Evaluasi.
- [6]. Fadlilah, N., Septianingrum, Y., Wijayanti, L., & Soleha, U. (2026). Applying *Range of Motion* to Overcome Physical Mobility Disorders in Ischemic Stroke Patients: A Case Study. *Literasi Kesehatan Husada: Jurnal Informasi Ilmu Kesehatan*.
- [7]. Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., & Hacke, W. (2022). World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18–29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>
- [8]. Gao, N., Li, Y., Sang, C., He, J., & Chen, C. (2023). Effect of high-quality nursing on neurological function, psychological moods, and quality of life of elderly patients with stroke. *Frontiers in Neurology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1259737>
- [9]. Ivo Wulandari, D., Kurniawati, T., & Wahyuningtyas, B. (2024). Penerapan latihan *Range of Motion* pasif untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik di ruang Ayyub 2 RS Roemani Muhammadiyah Semarang. *Kajen: Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pembangunan*, 134–143.
- [10]. Kanata, Y., Uchiyama, Y., Matsushima, S., Kanatani, M., Koyama, T., & Domen, K. (2026). Prediction of Stroke *Outcomes* in a Super-aged Society: Different Effects Among Predictive Variables. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.104580>
- [11]. Ko, C. L. (2026). Nursing Experience in Discharge Planning and Transitional Reablement Care for a Stroke Patient. *Macau Journal of Nursing*, 24(2), 61–67. [https://doi.org/10.6729/MJN.202604_24\(2\).007](https://doi.org/10.6729/MJN.202604_24(2).007)
- [12]. Putra, I. G. Y., Muryani, N. M. S., & Artawan, I. K. (2025). Tingkat kemandirian lansia dengan stroke dalam melakukan aktivitas sehari-hari di RSAD Tk. II Udayana. *Bali Health Published Journal*, 7(1), 1–14. <https://doi.org/10.47859/bhbj.v7i1.601>
- [13]. Ristmägi, A., Heikkilä, H., & Airaksinen, O. (2026). Impact of multidisciplinary rehabilitation on functioning and quality of life in stroke survivors: a longitudinal retrospective analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 58, jrm42921. <https://doi.org/10.2340/jrm.v58.42921>
- [14]. Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (Edisi 1, Cetakan III). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- [15]. Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (Edisi 1). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- [16]. WHO. (2025). World mental health today: Latest data.