

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini, peneliti menguraikan secara komprehensif mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga yang diaplikasikan pada kediaman Tn. R, dengan target perawatan utama ditujukan kepada Ny. D. Melalui pendekatan penelitian deskriptif dengan rancangan studi kasus, pembahasan ini akan membedah secara mendalam penerapan intervensi berupa latihan terapi genggam bola karet. Tindakan tersebut dirancang secara spesifik guna menstimulasi pemulihan dan mendongkrak kekuatan otot ekstremitas atas pada klien yang mengalami kelumpuhan akibat stroke. Seluruh siklus asuhan keperawatan ini dibahas yang keseluruhan prosesnya dilaksanakan di wilayah Desa Katong, Kecamatan Toroh, Kabupaten Grobogan.

A. Hasil Penelitian dan Pembahasan

1. Pengkajian

pengkajian keperawatan merupakan langkah observasi komprehensif terhadap kondisi individu guna menghimpun pangkalan data klien secara utuh. Proses ini bertujuan untuk memvalidasi status patologis, merumuskan diagnosis masalah klinis, memetakan potensi pemulihan, serta mengidentifikasi kebutuhan promosi kesehatan pasien (Christaputri & Anam, 2023). Secara teknis, tahapan pengumpulan data lapangan ini dieksekusi selama dua hari berturut-turut, yakni pada Senin hingga Selasa (9–10 Februari 2026). Peneliti melakukan kunjungan langsung (*home visit*) ke kediaman Ny. D untuk melaksanakan sesi wawancara mendalam

dengan seluruh anggota keluarga yang menetap di bawah satu atap. Selain itu, serangkaian pemeriksaan fisik beserta pengukuran tanda-tanda vital (TTV) juga diaplikasikan kepada seluruh penghuni rumah guna memastikan keakuratan data klinis. Terkait struktur silsilahnya, keluarga Tn. R diklasifikasikan ke dalam tipe keluarga dengan anak dewasa. Komposisi penghuni rumah terdiri atas figur suami, istri, dan anak kandung, di mana siklus kehidupan keluarga ini tengah menapaki transisi fase perkembangan dengan anak usia remaja menuju dewasa.

Tn. R sebagai suami yang mencari nafkah dan Ny. D sebagai istri hanya dirumah saja mengerjakan pekerjaan rumah. Tn. R dan Ny. D menikah sudah dikaruniai 2 anak, yaitu 2 anak Laki-laki Tn. S dan Tn. A , Tn. S dan Tn.A sudah berkeluarga dan meninggalkan rumah, Kedua orang tua Tn. R sudah meninggal dan Ny. D sudah meninggal, Tn. R mengatakan pola komunikasi dengan Ny. D terjalin dengan baik, jika memiliki permasalahan atau merencanakan sesuatu maka akan berdiskusi. Dalam mengambil Keputusan, mengatur serta mengelola keuangan dilakukan Bersama Tn.R dan Ny.D, Tn. R mengatakan kebutuhan anggota keluarga telah terpenuhi, didalam keluarga saling kasih sayang, perhatian, rukun, dan saling mendukung. Tn. R dan Ny. D menjalin hubungan yang harmonis dengan anak, saudara, serta tetangganya. Sering mengunjungi rumah satu sama lain, berbagi makanan, saling gotong royong, dan menghadiri pengajian dan hajatan. Saat dilakukan pengkajian Ny. D riwayat stroke 3 tahun yang lalu dan mengalami kelemahan anggota gerak, kekuatan otot

menurun dan tidak mengetahui tentang pencegahan penyakit stroke dengan cara terapi genggam bola karet.

Lingkungan tempat tinggal Ny. D yaitu, Desa Katong, dibelakang rumahnya terdapat kebun, disamping timur dan barat terdapat perumahan tetangga, Ny. D menempati rumahnya sendiri, jenis rumah non permanen yang terbuat dari kayu jati, beratap genting, berlantai paving, dengan luas 9 x 11 m². Pencahayaan didalam rumah baik, dengan jendela dibuka setiap pagi hari. Sumber air yang digunakan keluarga Ny. D adalah sumur, menggunakan toilet jongkok dan pembuangan tinja menggunakan septic tank, pembuangan air lancar, dan sampah kering dibakar dibelakang rumah. Rumah Ny. D tampak bersih, rapi, dan nyaman sehingga mendukung dalam peningkatan kesehatan keluarga. Cara pemeliharaan lingkungan yang sehat pada rumah Ny.D yaitu dengan disapu setiap hari oleh Tn.R membuka jendela setiap pagi, menguras penampungan air minimal 1 kali dalam seminggu. Dari data yang telah didapat keluarga Ny.D telah mencerminkan rumah yang sehat karena memenuhi kriteria yaitu memiliki sirkulasi udara yang baik, penerangan atau pencahayaan yang cukup serta air bersih terpenuhi, saluran pembuangan limbah tidak menimbulkan pencemaran dan diatur dengan baik, serta ruang gerak cukup, lantai kamar mandi licin dan lembab (Viadion & Betan, 2017)

Keluarga Ny. D sudah memenuhi fungsi afektif dengan saling menyayangi, perhatian, rukun, dan saling mendukung. Kemudian fungsi sosialisasi juga terpenuhi dengan saling gotong royong dan mengunjungi

rumah satu sama lain, menghadiri pengajian dan hajatan. Sebagai mekanisme koping dalam menyikapi setiap persoalan, keluarga Ny. D mengedepankan pendekatan musyawarah atau diskusi interaktif, serta senantiasa merawat keharmonisan hubungan sosial dengan anak, kerabat, hingga lingkungan bertetangga. Peran aktif dan dukungan dari keluarga terbukti krusial dalam menjaga stabilitas kondisi fisik sekaligus merawat kesejahteraan psikologis pasien. Hal ini direalisasikan melalui penanaman rasa saling memiliki, upaya peningkatan harga diri klien, serta penekanan terhadap pemicu stres. Sejalan dengan konsep tersebut, peneliti menarik asumsi bahwa eksistensi *support system* yang solid dari pihak keluarga memegang peranan yang amat vital, serta memberikan dampak positif yang sangat signifikan terhadap progres pemulihan penderita (Viadion & Betan, 2017).

Harapan keluarga Tn. R dan Ny. D berharap tidak mengalami stroke lagi dan tidak jatuh saat beraktivitas. Tn. R dan keluarganya mengatakan mereka berharap Ny. D mendapatkan pengobatan terbaik dan hidup sehat. Pasien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya dan meningkatkan kesehatan dikeluarganya. Keluarga Ny. D tampak siap dan mampu untuk hidup bersih dan sehat.

Berdasarkan hasil pengkajian, bahwa kondisi kesehatan Ny. D dipengaruhi oleh dukungan keluarga yang baik, lingkungan tempat tinggal, serta motivasi keluarga. Namun, Hasil pengkajian juga menyingkap adanya defisit literasi pada keluarga terkait langkah-langkah preventif untuk

menangkal serangan stroke lanjutan. Secara teoretis, intervensi latihan menggenggam bola berbahan karet telah terbukti sebagai salah satu modalitas rehabilitasi yang sangat manjur dalam memulihkan kelemahan otot (Galih Saputra et al., 2022). Berbagai bukti klinis menegaskan bahwa pengaplikasian stimulasi ini secara terjadwal dan konsisten mampu mendongkrak kemampuan motorik pada area ekstremitas atas penderita stroke. Menyikapi temuan tersebut, pemberian edukasi kesehatan terpadu seputar pencegahan stroke berulang sekaligus panduan praktik terapi genggam bola karet menjadi sangat urgen untuk diberikan kepada Ny. D beserta keluarganya. Langkah ini merupakan pilar esensial dalam rancangan asuhan keperawatan keluarga guna memandirikan mereka agar tanggap melangsungkan perawatan lanjutan di lingkungan rumah (Christaputri & Anam, 2023).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada dasarnya merupakan sebuah terminologi klinis yang diaplikasikan untuk merepresentasikan status kesehatan pasien secara komprehensif. Kondisi yang dipetakan ini dapat berupa manifestasi masalah yang sudah benar-benar terjadi (aktual) maupun kerentanan yang berisiko muncul di masa depan (potensial) (Atmanto et al., 2020). Sejalan dengan hal tersebut, penetapan diagnosis ini juga menjadi wujud justifikasi atau penilaian klinis perawat dalam menelaah reaksi klien menghadapi dinamika siklus hidup maupun problematika kesehatannya. Muara dari perumusan diagnosis ini tidak lain adalah untuk mengidentifikasi secara

presisi bagaimana pola perilaku dan respons adaptasi dari individu, pihak keluarga, hingga lingkup komunitas dalam menyikapi setiap tantangan kesehatan (PPNI, 2017).

Berpijak pada hasil pengkajian lapangan yang telah dilaksanakan selama dua hari beruntun (Senin hingga Selasa, 9–10 Februari 2026), peneliti kemudian mengolah dan mensintesis seluruh pangkalan data yang terkumpul. Berdasarkan analisis mendalam tersebut, berhasil ditarik kesimpulan dan ditegakkan tiga rumusan diagnosis keperawatan utama yang dialami oleh pasien, yaitu:

a. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Diagnosis keperawatan yang disebut Gangguan Mobilitas fisik mengacu pada kemungkinan mengalami kerusakan fisik dan masalah kesehatan. (PPNI, 2017). Pasien mengalami kesulitan berjalan sulit berjalan pasien mempunyai riwayat stroke yang ia derita 3 tahun yang lalu. Setelah dilakukan pengecekan kekuatan otot, kekuatan otot pasien adalah 3 Faktor resiko Ny. D lebih dari 65 tahun (D.0054) karena sudah memenuhi Faktor Resiko (PPNI, 2017).

b. Defisit pengetahuan (D.01111)

Diagnosis defisit pengetahuan pada dasarnya dimaknai sebagai kondisi kelangkaan atau tidak memadainya wawasan kognitif yang dimiliki oleh klien terkait suatu subjek maupun materi edukasi spesifik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Berpijak pada pangkalan data yang berhasil dihimpun oleh peneliti melalui pengkajian di lapangan, Ny. D

mengatakan belum mengetahui bagaimana cara pencegahan Stroke dengan terapi genggam bola karet. Sehingga peneliti menegaskan diagnosis Defisit Pengetahuan (D.01111). Karena memenuhi gejala dan tanda mayor yaitu menunjukkan persepsi yang keliru dan perilaku yang tidak sesuai anjuran sedangkan tanda minor yaitu menunjukkan perilaku berlebihan.

c. Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan (D.0112)

Diagnosis Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan secara konseptual merujuk pada sebuah pola kapabilitas klien dalam mengelola sekaligus meleburkan berbagai regimen perawatan ke dalam rutinitas hidupnya sehari-hari. Penetapan diagnosis ini mengindikasikan bahwa manajemen kesehatan yang dijalankan sebenarnya sudah cukup mumpuni untuk memfasilitasi pencapaian target kesehatan, namun masih memiliki peluang terbuka untuk dieksplorasi dan dioptimalkan lagi ke taraf yang jauh lebih baik. Keluarga Ny. D ingin meningkatkan kesehatan keluarganya. Ny. D mengatakan dia mampu memenuhi kebutuhan keluarganya dan tidak mengalami kesulitan saat menjalankan program kesehatan. Keluarga Ny. D telah menunjukkan keinginan mereka untuk meningkatkan kesehatan mereka dengan menjaga kebersihan rumah, menjalani gaya hidup yang bersih dan sehat, dan mematuhi program perawatan kesehatan yang ditawarkan tenaga kesehatan. Berpijak pada pangkalan data tersebut, peneliti secara meyakinkan mengangkat diagnosis kesiapan peningkatan manajemen

kesehatan (D.0112). Keputusan klinis ini dilandasi oleh terpenuhinya kriteria tanda dan gejala mayor pada klien, yakni terekspresikannya kehendak serta antusiasme yang kuat untuk meregulasi kondisi medisnya sekaligus melakukan langkah-langkah preventif secara mandiri. Di samping itu, temuan di lapangan juga membuktikan absennya rintangan atau hambatan berarti yang dapat mendistorsi upaya pemeliharaan kesehatan klien tersebut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Peneliti menemukan 3 diagnosis keperawatan pada keluarga Ny. D sehingga pada hari Selasa, 10 Februari 2026 melakukan proses scoring yang didapatkan diagnosis Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) sebagai prioritas 1 dengan skor 5 , diagnosis defisit pengetahuan sebagai prioritas 2 dengan skor 4 1/6, sedangkan diagnosis kesiapan peningkatan manajemen kesehatan sebagai prioritas 3 dengan skor 4.

Berdasarkan hasil penegakan diagnosis, bahwa gangguan mobilitas fisik menjadi prioritas utama karena memengaruhi kemampuan aktivitas sehari-hari pada pasien pasca stroke. Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan respons pasien terhadap kondisi kesehatan yang dialami sehingga menjadi dasar dalam menentukan prioritas intervensi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa gangguan mobilitas dan kurangnya pengetahuan mengenai pencegahan stroke berhubungan dengan peningkatan risiko ketergantungan dan kekambuhan, sedangkan

keterlibatan keluarga dalam manajemen kesehatan dapat meningkatkan keberhasilan dan kualitas hidup pasien pasca stroke (Christaputri & Anam, 2023).

3. Intervensi

Secara konseptual, intervensi keperawatan direpresentasikan sebagai keseluruhan rangkaian penatalaksanaan dan modalitas terapi yang dieksekusi oleh perawat. Rencana tindakan ini murni diramu berdasarkan kapabilitas keilmuan serta ketajaman justifikasi klinis, yang berorientasi pada upaya promosi (peningkatan), prevensi (pencegahan), hingga kurasi (pemulihan) status kesehatan pasien, lingkup keluarga, maupun tatanan komunitas, demi merealisasikan luaran medis yang telah ditargetkan sebelumnya (Tim Pokja DPP PPNI, 2018).

a. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Dalam rangka mengintervensi problematika klinis berupa Gangguan Mobilitas Fisik yang menimpa Ny. D, rancangan asuhan disusun sedemikian rupa guna memfasilitasi pencapaian target luaran Mobilitas Fisik (L.05042). Adapun rincian cetak biru tindakan keperawatan yang diaplikasikan meliputi Melakukan penelusuran (identifikasi) secara komprehensif terkait sensasi nyeri maupun manifestasi keluhan jasmani lain yang mungkin dirasakan oleh klien, Mengkaji dan mengukur sejauh mana kapasitas serta tingkat toleransi fisik pasien dalam menjalani proses ambulasi (pergerakan/perpindahan), Mengobservasi secara ketat status hemodinamik pasien, dengan memprioritaskan pemantauan pada

parameter frekuensi denyut jantung dan tekanan darah, sesaat sebelum aktivitas ambulasi diinisiasi, Terapi Genggam Bola Karet, Mempermudah berjalan dengan alat bantu (seperti kruk atau tongkat), Libatkan keluarga pasien dalam membantunya menjadi lebih mahir bangun dari tempat tidur, Mempromosikan jalan kaki pada usia dini. Ajari mereka cara bangun dari tempat tidur dengan melakukan olahraga sederhana seperti berjalan ke kamar mandi, menggunakan kursi roda, atau sejauh yang mereka bisa toleransi.

Sebagai intervensi unggulan, peneliti mengaplikasikan terapi genggam bola karet yang dirancang secara spesifik untuk mendongkrak tonus dan kekuatan otot pada anggota keluarga yang mengalami kelemahan ekstremitas (anggota gerak). Proyeksinya, pasca-pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan secara intensif selama empat kali siklus kunjungan (*home visit*), problematika klinis berupa Gangguan Mobilitas Fisik tersebut dapat tertangani dengan baik. Keberhasilan intervensi ini merujuk pada standar luaran Mobilitas Fisik (L.05042) dengan ekspektasi capaian 'Meningkat'. Pemenuhan target tersebut diukur melalui indikator kriteria hasil yang diupayakan mencapai skor optimal (skala 5), yang mencakup: terjadinya optimalisasi pada pergerakan ekstremitas, peningkatan kekuatan otot secara terukur, perluasan rentang gerak sendi atau *Range of Motion* (ROM), serta tereduksinya tingkat kekakuan pada area persendian.

b. Defisit pengetahuan (D.0111)

Sebagai upaya penatalaksanaan klinis guna merespons diagnosis Defisit Pengetahuan yang dialami oleh Ny. D, rancangan intervensi akan dipusatkan pada pilar Edukasi Kesehatan (I.12383). Adapun kerangka operasional tindakan yang akan dieksekusi mencakup tahapan berikut:

- 1) Melakukan asesmen awal guna menakar tingkat kesiapan serta kapasitas kognitif klien dalam menyerap informasi baru.
- 2) Memetakan ragam determinan (faktor) yang berpotensi mendongkrak maupun mendegradasi motivasi klien dalam mengadopsi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
- 3) Memfasilitasi ketersediaan instrumen edukasi beserta media promosi kesehatan yang relevan dan komunikatif.
- 4) Merancang jadwal pelaksanaan penyuluhan kesehatan yang diselaraskan dengan hasil kesepakatan bersama klien beserta keluarga.
- 5) Mengalokasikan ruang diskusi secara terbuka dan memberikan keleluasaan bagi pasien untuk mengajukan pertanyaan atau klarifikasi.
- 6) Menguraikan secara komprehensif mengenai variabel-variabel yang dapat memengaruhi status kesehatan klien.
- 7) Memberikan panduan praktis dan mendemonstrasikan implementasi gaya hidup bersih serta sehat (PHBS).

Melalui pengaplikasian asuhan keperawatan yang didistribusikan ke dalam empat kali siklus kunjungan, diproyeksikan bahwa problematika krisis informasi ini mampu tertangani secara paripurna dengan capaian luaran Tingkat Pengetahuan (L.12111) berada pada ekspektasi 'Membaik'. Indikator keberhasilan tersebut diukur melalui pergeseran kriteria hasil menuju skor optimal (skala 5), yang dijabarkan sebagai berikut: wujud perilaku yang selaras dengan anjuran medis mengalami peningkatan (dari skala 3 menjadi 5), tindakan yang berlandaskan pemahaman kognitif meningkat pesat (dari skala 3 menjadi 5), miskonsepsi atau persepsi yang keliru terhadap suatu problem kesehatan tereduksi secara signifikan (dari skala 3 menurun hingga skala 5 yang berarti makin baik), serta terekspresikannya (verbalisasi) antusiasme dan minat yang tinggi terhadap proses pembelajaran (dari skala 3 menjadi 5).

c. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (D.0112)

kerangka intervensi keperawatan yang diaplikasikan pada Ny. D bertumpu pada intervensi Promosi Dukungan Keluarga (I.12104). Adapun penjabaran langkah-langkah operasional dari intervensi tersebut meliputi:

- 1) Menelusuri secara mendalam (mengidentifikasi) seputar ekspektasi serta kebutuhan spesifik dari pihak keluarga.
- 2) Memetakan faktor pemicu stres (*stressor*) situasional yang mungkin turut dialami oleh anggota keluarga lainnya.

- 3) Menciptakan sekaligus memfasilitasi modifikasi lingkungan fisik yang terapeutik dan nyaman.
- 4) Memfasilitasi serta mendampingi keberlangsungan program terapi medis dan pengobatan yang tengah dijalani oleh klien.
- 5) Membangun diskusi interaktif mengenai ragam modalitas perawatan yang dapat diaplikasikan secara mandiri di rumah (*home care*).
- 6) Menggali solusi kolaboratif guna meretas berbagai kendala atau kesulitan selama proses perawatan berlangsung.
- 7) Memberikan afirmasi untuk menonjolkan dan meningkatkan aspek-aspek positif dari dinamika situasi yang tengah dihadapi oleh pasien.

Melalui implementasi asuhan keperawatan yang ditargetkan dalam satu kali siklus kunjungan, diharapkan luaran pada Manajemen Kesehatan (L.12104) ini mampu mencapai ekspektasi 'Meningkat'. Indikasi keberhasilan ini diparameterkan melalui pergeseran kriteria hasil menuju skor ideal (skala 5), yang dijabarkan sebagai berikut: kapabilitas dalam mengeksekusi tindakan reduksi faktor risiko meningkat tajam (dari skor 3 ke 5), kepatuhan dalam mengaplikasikan program perawatan membaik (dari skala 3 ke 5), efektivitas aktivitas harian (ADL) dalam merealisasikan tujuan kesehatan melonjak (dari skala 3 ke 5), serta tereduksinya ungkapan (verbalisasi) keluhan terkait hambatan selama menjalani regimen pengobatan (dari skala 3 menurun drastis menjadi skor 5 yang berarti optimal/sangat baik).

Secara holistik, perpaduan trilogi tindakan yakni terapi genggam bola karet, edukasi kesehatan, dan promosi dukungan keluarga dinilai sangat representatif dan berkesinambungan dengan realitas klinis Ny. D. Integrasi ketiga pilar ini diformulasikan tidak sekadar untuk mengentaskan defisit mobilitas dan mendongkrak literasi, melainkan juga untuk menstimulasi kemandirian keluarga sebagai *support system* utama dalam merawat klien pasca-stroke (Galih Saputra et al., 2022). Pendekatan ini selaras dengan kaidah Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), di mana seluruh desain tindakan harus memiliki korelasi absolut dengan diagnosis klinis dan luaran yang diproyeksikan. Lebih jauh, basis bukti ilmiah (*evidence-based*) mempertegas bahwa latihan mekanik menggenggam bola karet amat krusial dalam merekonstruksi kekuatan otot ekstremitas atas pasien stroke. Di sisi lain, injeksi edukasi kesehatan yang diiringi dengan optimalisasi dukungan keluarga terbukti sukses mengeskalasi tingkat kepatuhan rehabilitasi, meredam risiko stroke berulang, sekaligus mengangkat taraf kualitas hidup penderita ke arah yang jauh lebih progresif (Gumilang Fortuna dkk, 2024).

4. Implementasi

Tahap implementasi keperawatan pada esensinya merupakan perwujudan konkret dari rancangan aksi terapeutik yang dieksekusi oleh tenaga perawat. Tindakan proaktif ini diabdikan sepenuhnya untuk mendampingi pasien dalam melewati masa krisis kesehatannya menuju fase

pemulihan yang paling optimal, sehingga seluruh parameter luaran (kriteria hasil) yang telah diproyeksikan dapat terealisasi. Poros utama dari fase eksekusi ini wajib diorientasikan secara mutlak pada pemenuhan kebutuhan spesifik klien. Lebih jauh lagi, proses operasional ini juga menuntut perawat untuk bersikap tajam dan peka terhadap ragam determinan yang memengaruhi dinamika kebutuhan asuhan, menerapkan metodologi intervensi yang paling representatif, serta senantiasa mengintegrasikan kecakapan komunikasi terapeutik di setiap langkah penanganan (Dinarti & Muryanti, 2017).

a. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Peneliti mengimplementasikan Terapi genggam bola karet 1 kali dalam 4 hari berturut-turut dan melakukan pengukuran kemampuan mobilitas fisik untuk mengetahui perkembangan kondisi yang dialami Ny.D mengatakan sudah mulai memahami tujuan latihan yang diberikan setelah mendapatkan edukasi. Hari pertama dilakukan edukasi mengenai latihan genggam bola karet, mengidentifikasi faktor yang memengaruhi mobilitas, menganjurkan latihan secara teratur, serta memotivasi pasien untuk meningkatkan aktivitas sesuai kemampuan (Gumilang Fortuna dkk, 2024)

Setelah dilakukan hari ke 1 setelah itu hari ke-2 dilakukan tindakan yang sama dilakukan edukasi mengenai latihan genggam bola karet, mengidentifikasi faktor yang memengaruhi mobilitas, menganjurkan latihan secara teratur, serta memotivasi pasien untuk

meningkatkan aktivitas sesuai kemampuan. Hari ke-3 peneliti mengimplementasikan Terapi genggam bola karet pada Ny. D tampak lebih memahami manfaat latihan dan mampu melakukan latihan secara mandiri. Pada Hari ke-4 terapi dan edukasi dilanjutkan kemudian dilakukan pengukuran kekuatan otot.

Berdasarkan pembuktian klinis di lapangan, implementasi asuhan ini sukses memicu progresivitas yang nyata pada kapasitas mobilitas fisik Ny. D. Catatan observasi mengindikasikan bahwa pada kunjungan perdana, klien masih mengalami defisit kekuatan tonus otot dengan perolehan skor awal di angka 3. Namun, setelah melewati serangkaian intervensi hingga hari keempat, terjadi eskalasi yang signifikan, baik pada parameter kekuatan otot maupun pada kapabilitas fungsional ekstremitas pasien. Pencapaian positif ini merupakan implikasi langsung dari efektivitas stimulasi mekanik melalui terapi genggam bola karet, yang secara klinis memang terbukti ampuh dalam merekonstruksi daya cengkeram serta kekuatan otot area tangan (Galih Saputra et al., 2022). Injeksi edukasi kesehatan yang diberikan secara simultan turut memegang peranan krusial dalam mendongkrak literasi kognitif sekaligus memantik motivasi intrinsik klien untuk melangsungkan latihan secara konsisten. Pemulihan tonus otot dan pengembalian mobilitas jasmani semacam ini memiliki urgensi yang sangat tinggi, khususnya pada demografi lanjut usia (lansia). Pasalnya, kemunduran atau kelemahan otot yang tidak teratasi akan bermuara

pada restriksi gerak (keterbatasan aktivitas), yang pada akhirnya akan memicu tingginya rasio ketergantungan lansia terhadap orang lain dalam mengeksekusi rutinitas *Activity of Daily Living* (ADL) atau pemenuhan kebutuhan hariannya (Christaputri & Anam, 2023).

b. Defisit pengetahuan (D.0111)

Tindakan yang dilakukan untuk menyelesaikan diagnosis deficit pengetahuan pada Ny. D yaitu pada tanggal 10-14 Februari 2026 mengidentifikasi pengetahuan Ny. D tentang edukasi Pencegahan Stroke dengan terapi genggam bola karet Ny. D mengatakan bersedia dan sangat antusias dijadwalkan untuk pendidikan kesehatan. Perlu memperhatikan latar belakang pendidikan dan tingkat usia produktif dengan pemilihan media edukasi yang efektif sebagai penentu dalam kemampuan komunikasi terapeutik perawat (M. Mustikasari, 2020).

Pada hari kedua, peneliti memberikan pendidikan kesehatan tentang Edukasi Pencegahan Stroke /kelemahan dengan terapi genggam bola karet setelah dijelaskan Ny. D mengatakan memahami penjelasan yang telah disampaikan tentang Pencegahan stroke dengan dan mampu menjelaskannya kembali.

Memasuki fase kunjungan hari ketiga, peneliti memfokuskan intervensi pada pemberian edukasi terstruktur mengenai pilar Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), sekaligus membedah ragam determinan (faktor risiko) yang berpotensi memicu degradasi status kesehatan. Sebagai bentuk respons kognitif yang positif, Ny. D

mengonfirmasi bahwa dirinya telah mampu menginternalisasi wawasan terkait PHBS yang disuluhkan dan mengenali dengan baik ancaman dari faktor-faktor risiko tersebut. pada termin evaluasi klinis di hari keempat, peneliti kembali melakukan asesmen diagnostik guna meninjau efektivitas intervensi. Hasilnya, klien memvalidasi bahwa ia telah sukses mengintegrasikan prinsip-prinsip gaya hidup bersih dan sehat ke dalam rutinitas aktivitasnya sehari-hari. Ny. D juga menegaskan bahwa keseluruhan substansi materi edukasi telah dipahami secara komprehensif, sehingga sama sekali tidak ada lagi kerancuan kognitif maupun indikasi kebutuhan untuk klarifikasi/pertanyaan lanjutan dari pihak pasien (Munifah dkk, 2024).

c. Kesipan peningkatan manajemen kesehatan (D.0112)

Pada hari keempat tanggal 14 Februari 2026, peneliti mengidentifikasi harapan anggota keluarga Ny. D dan ingin sembuh dari penyakitnya dan mendapatkan pengobatan terbaik dan dapat hidup sehat. Peneliti mengajak keluarga Ny. D untuk memodifikasi lingkungan, menganjurkan untuk selalu membersihkan lingkungan dan rumah. Peneliti bersama keluarga Ny. D mendiskusikan tentang kemampuan keluarga dalam perawatan jenis perawatan di rumah. Peneliti menjelaskan tentang perawatan dan pengobatan yang dijalani Ny. D

Peneliti menganjurkan keluarga Ny. D untuk saling mendukung, saling perhatian dalam menjalani perawatan. Partisipasi keluarga juga menjadi tonggak utama untuk mencapai keberhasilan perawatan dan pengobatan anggota keluarga (M. Mustikasari, 2020). Memotivasi keluarga dalam peningkatan manajemen kesehatan berpengaruh besar dalam mencapai harapan.

Berdasarkan implementasi yang telah dilakukan, bahwa terapi genggam bola karet, edukasi kesehatan, dan dukungan keluarga dapat meningkatkan kekuatan otot, pengetahuan, serta kemandirian Ny. D dalam menjalani perawatan. Menurut teori, implementasi keperawatan dilakukan sesuai intervensi yang telah direncanakan untuk mencapai luaran yang diharapkan.

5. Evaluasi

Fase evaluasi pada hakikatnya merupakan sebuah proses komparasi yang terstruktur dan sistematis antara perkembangan status klinis pasien dengan parameter target luaran yang telah dirumuskan sebelumnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan tahapan penilaian akhir ini wajib diaplikasikan secara berkesinambungan melalui kolaborasi aktif yang melibatkan pasien, sistem pendukung (keluarga), beserta tim tenaga kesehatan profesional. Esensi utama dari tahapan ini adalah untuk meninjau secara kritis sejauh mana progresivitas klien dalam merealisasikan indikator kriteria hasil yang sudah dipatok pada cetak biru

perencanaan (intervensi) (Harahap, 2019).

Berpijak pada implementasi asuhan yang telah digulirkan, rincian hasil evaluasi klinis dapat dijabarkan sebagai berikut:

b. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Terkait diagnosis Gangguan Mobilitas Fisik, asesmen evaluatif yang dilaksanakan pada hari Rabu, 11 Februari 2026, menunjukkan temuan yang cukup positif. Ny. D terpantau sudah mulai menguasai pemahaman, baik secara kognitif maupun teknis, mengenai tata cara pengaplikasian terapi genggam bola karet sebagai upaya menstimulasi kekuatan ototnya. Berdasarkan hasil pengukuran motorik pasca-tindakan, diperoleh pemetaan skor kekuatan otot (*muscle tone*) klien yang menunjukkan disparitas antara area yang terdampak dan yang sehat, yakni: ekstremitas atas (tangan) kanan bernilai 3, ekstremitas atas (tangan) kiri bernilai 5, ekstremitas bawah (kaki) kanan bernilai 3, serta ekstremitas bawah (kaki) kiri mencetak skor 5.

Pada hari ke-2 Kamis, 12 Februari 2026 didapatkan, Ny. D mengatakan setelah mendapatkan di Edukasi dan implementasi terapi genggam bola karet pada hari sebelumnya, Ny.D sudah mulai melakukan latihan secara mandiri sesuai anjuran yang diberikan. Setelah dilakukan edukasi kembali, Ny.D tampak memahami materi yang disampaikan dan mampu mengikuti terapi genggam bola karet dengan baik.

Pada hari ke-3 Jumat, 13 Februari 2026 Ny. D mengatakan setelah

mendapatkan edukasi dan implementasi terapi genggam bola karet pada hari sebelumnya, ia telah melakukan latihan sesuai anjuran yang diberikan. Setelah dilakukan edukasi kembali Ny.D tampak memahami materi yang disampaikan dan mampu mempraktikkan terapi genggam bola karet dengan baik.

Pada hari ke-4 Sabtu, 14 Februari 2026 Ny. D mengatakan sudah memahami materi yang disampaikan serta cara untuk meningkatkan kualitas hidup melalui edukasi dan implementasi terapi genggam bola karet. Setelah evaluasi Ny.D menunjukkan peningkatan dalam melakukan terapi genggam bola karet yang telah di ajarkan.

Dari data evaluasi yang telah dilakukan oleh peneliti. Lansia menunjukkan peningkatan kemampuan dalam melakukan latihan secara mandiri, memahami materi yang diberikan, serta mengalami peningkatan kekuatan genggam tangan yang dapat mendukung aktivitas sehari-hari dan meningkatkan kualitas hidup.

c. Defisit pengetahuan (D.0111)

Diagnosa defisit pengetahuan (D.0111) pada hari pertama Rabu, 11 Februari 2026 Didapatkan data bahwa Ny. D mengatakan bersedia dijadwalkan untuk mengikuti pendidikan kesehatan mengenai edukasi dan implementasi terapi genggam bola karet. Intervensi dilanjutkan dengan memberikan pendidikan kesehatan.

Diagnosa deficit pengetahuan (D.0111) pada hari kedua Kamis, 12 Februari 2026 Didapatkan data bahwa Ny.D mengatakan sudah

memahami penjelasan dari perawat mengenai edukasi dan implementasi terapi genggam bola karet. Ny. D tampak mengerti materi yang telah diberikan serta mampu mempraktikkan terapi sesuai dengan anjuran. Merujuk pada capaian indikator tersebut, dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan baru teratasi sebagian (parsial). Sebagai tindak lanjut (*planning*), rencana asuhan keperawatan tetap dipertahankan. Fokus intervensi diarahkan pada pemberian motivasi dan anjuran agar Ny. D konsisten mengaplikasikan terapi stimulasi genggam bola karet secara mandiri di rumah. Kontinuitas latihan ini diproyeksikan sangat esensial guna mendongkrak daya cengkeram motorik ekstremitas, sekaligus merawat stabilitas kemampuan fungsional klien dalam mengeksekusi rutinitas kesehariannya (*Activity of Daily Living*) secara mandiri.

Diagnosa deficit pengetahuan (D.0111) pada hari ketiga Jumat, 13 Februari 2026. Berdasarkan evaluasi pada hari keempat (Sabtu, 14 Februari 2026), diperoleh data bahwa Ny. D telah memahami dan mengaplikasikan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam kesehariannya. Klien juga mampu mengidentifikasi faktor risiko yang memengaruhi kesehatan dan mengonfirmasi tidak ada lagi materi yang perlu diklarifikasi. Mengacu pada respons kognitif dan perilaku yang optimal tersebut, masalah keperawatan dinyatakan teratasi sepenuhnya sehingga intervensi dihentikan.

d. Kesiapan peningkatan manajemen kesehatan

Diagnosa kesiapan peningkatan manajemen kesehatan (D.0112) pada hari keempat Sabtu, 14 Februari 2026 didapatkan, Keluarga Ny. D mengatakan ingin meningkatkan kesehatan dikeluarganya, dan bersedia untuk melakukan perilaku hidup bersih dan sehat sesuai program yang telah di diskusikan. Keluarga Ny. D tampak sudah mengerti dengan program yang telah disusun dan sudah menerapkannya (cuci tangan, olahraga setiap hari jalan kaki dan senam diabetic, membuka jendela setiap pagi, menjaga kebersihan rumah, mengurangi konsumsi gula, patuh minum obat setiap hari). Masalah teratasi dan hentikan intervensi.

Berdasarkan hasil evaluasi, bahwa terapi genggam bola karet, edukasi kesehatan, dan keterlibatan keluarga berkontribusi terhadap peningkatan kekuatan otot, pengetahuan, serta kemampuan keluarga dalam mengelola kesehatan Ny. D. Menurut teori, evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai ketercapaian tujuan dan efektivitas intervensi yang telah diberikan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa latihan genggam bola karet yang disertai edukasi dan dukungan keluarga dapat meningkatkan kemampuan fungsional pasien pasca stroke serta mendukung keberhasilan perawatan di rumah (Christaputri & Anam, 2023).

B. Keterbatasan

Selama proses pelaksanaannya, peneliti mengidentifikasi sejumlah keterbatasan dalam studi ini. Kendala tersebut diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi sekaligus acuan bagi peneliti selanjutnya guna menyempurnakan riset sejenis di masa mendatang. Adapun keterbatasan dalam penelitian ini meliputi:

1. Mencari data penelitian dari dinas kesehatan menunggu hasilnya terlalu lama
2. Mencari waktu pasien untuk melakukan proses pengkajian dan mencari artikel dari beberapa jurnal.
3. Diagnosis keperawatan yang terdapat dalam teori atau Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tidak semua dapat ditegakkan pada kasus ini. Hal tersebut disebabkan karena diagnosis keperawatan harus didukung oleh data subjektif dan objektif yang memenuhi batasan karakteristik serta etiologi. Pada pasien ini, beberapa tanda dan gejala yang menjadi dasar penegakan diagnosis tidak ditemukan selama proses pengkajian, sehingga diagnosis tersebut tidak dapat diangkat.