

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Kajian Pustaka

Berdasarkan dari hasil beberapa penelitian didapatkan bahwa Latihan *Lateral Prehension Grip* berpengaruh terhadap luas gerak sendi, dibuktikan dengan hasil penelitian (Nugroho & Chabibi, 2020) yang berjudul “*Lateral Prehension Grip Exercise* meningkatkan Kekuatan Otot Penderita Stroke” didapatkan bahwa *Lateral Prehension Grip* dapat meningkatkan fungsi otot. Terapi dilakukan selama 15-20 menit, setiap gerakan dipertahankan 15-20 detik, dan dilakukan 1 kali selama 3 hari, serta dapat diulang kembali oleh pasien dengan dibantu keluarga.

2.2. Konsep Stroke

2.2.1. Definisi

Stroke adalah terhentinya aliran darah ke otak yang terjadi secara tiba-tiba. Terhentinya aliran darah ini dapat terjadi karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah di otak. Berbeda dengan bagian lain di tubuh, otak sangat tergantung dengan aliran dari luar otak. Otak tidak mampu menghasilkan energi untuk kepentingan kerja otak. Karena itu terhentinya aliran darah ke otak menyebabkan terhentinya suplai oksigen dengan energi ke otak (Risdianto, 2018).

Stroke adalah kondisi perubahan neurologis karena gangguan suplai darah ke otak. Stroke juga merupakan kematian jaringan otak (infark serebral) karena berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak (Maria, 2021).

2.2.2. Klasifikasi

1. Stroke Non Hemoragik (Iskemik)

Stroke Non Hemoragik yang biasanya dikenal dengan stroke iskemik yaitu stroke yang diakibatkan adanya penurunan fungsi otak yang disebabkan karena gangguan suplai darah ke bagian otak tidak lancar bahkan terhambat akibat penyumbatan atau penyempitan pembuluh darah (Jeini, 2020). Stroke iskemik disebabkan oleh trombus yang menyebabkan oklusi menetap, mencegah adanya reperfusi pada organ yang infark sehingga menyebabkan terjadinya keadaannya anemia secara patologi didapatkan atau iskemik. infiltrasi leukosit selama beberapa hari terutama pada daerah tepi infark. Makrofag menginvasi daerah infark dan aktif bekerja sampai produk- produk infark telah dibersihkan selama periode waktu tertentu (beberapa minggu) eritrosit sangat jarang ditemukan. Hampir 85%. stroke iskemik disebabkan oleh sumbatan bekuan darah, penyempitan arteri/beberapa arteri yang mengarah ke otak, embolus yang terlepas dari jantung atau arteri ekstra kranium yang menyebabkan sumbatan di satu atau beberapa arteri ekstra kranium (Kusyani.asri, 2021).

2. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik terjadi akibat adanya perdarahan. Perdarahan tersebut dapat terjadi apabila arteri di otak pecah, darah tumpah ke otak atau rongga antara permukaan luar otak dan tengkorak. Perdarahan intraserebral, Stroke pendarahan intraserebral adalah ekstrasvasi darah yang berlangsung spontan dan mendadak ke dalam parenkim otak yang bukan disebabkan oleh trauma (non traumatis). Mekanisme perdarahan intraserebral yang sering terjadi adalah faktor hemodinamika yang berupa peningkatan tekanan darah. Hipertensi kronis menyebabkan pembuluh darah arteriol yang diameter 100-400 mikrometer mengalami perubahan yang patologik. Perubahan tersebut berupa *lipohyalinosis*, *fragmentasi*, *nekrosis*, *fibrinoid*, *mikroaneurisme* (Cahrot Bouchard) pada arteria perforans kecil di otak (Kusyani.asri, 2021).

2.2.3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala stroke (Ferawati *et al*, 2020) adalah sebagai berikut:

1. Ketidakmampuan untuk berbicara jelas atau mengalami kesulitan berbicara
2. Mati rasa tiba-tiba yang bersifat sementara
3. Penglihatan kabur secara tiba-tiba
4. Sakit kepala yang parah secara tiba-tiba

5. Gangguan keseimbangan tubuh

6. *Inkontinensia*

2.2.4. Etiologi

Stroke terjadi melalui proses yang menyebabkan terbatasnya atau berhentinya aliran darah ke otak, meliputi trombotik embolisme ekstra atau intra kranial, thrombosis in situ, atau *hipoperfusi relative*. Saat aliran darah turun, neuron akan berhenti berfungsi normal. Meskipun jarak batas sudah dijelaskan sebelumnya, jejas iskemik neuronal irreversibel umumnya dimulai saat aliran darah (Budianto *et al.*, 2021). Stroke juga dapat disebabkan oleh faktor dibawah ini (Siregar, 2021):

1. Trombosis Serebral

Ketika ini terjadi, gumpalan darah (trombus) terbentuk, yang dapat menghentikan aliran darah ke otak yang disuplai melalui arteri sehingga menyebabkan infark akut pada jaringan otak.

2. Emboli

Emboli yang terjadi menyebabkan tersumbatnya pembuluh darah oleh bekuan darah. Sebagian besar emboli serebral disebabkan oleh kelainan jantung seperti fibrilasi atrium, infark miokard dengan trombosis dinding, segmen dinding jantung yang tidak bergerak, *endokarditis*, dan lain-lain dari aorta atau arteri

kranial besar atau dari *foramen ovale* yang terfiksasi, yang berasal dari aorta.

2.2.5. Patofisiologi

Stroke merupakan kondisi yang terjadi saat pasokan darah ke otak terganggu atau berkurang karena penyumbatan (stroke iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (stroke hemoragik). Otak sangat *sensitive* terhadap penurunan atau hilangnya suplai darah. Hipoksia bisa mengakibatkan iskemik serebral karena tidak seperti jaringan dalam bagian tubuh lain, contohnya otot, otak tidak mampu memetabolisme anaerobik apabila terjadi kekurangan oksigen atau glukosa. Otak diperfusi dengan jumlah yang relatif banyak dibanding organ lain yang kurang penting untuk mempertahankan metabolisme serebral. Iskemik jangka pendek bisa menunjuk pada penurunan sistem neurologis sementara. Apabila aliran darah tidak diperbaiki, akan terjadi kerusakan yang tidak bisa diperbaiki oleh jaringan otak atau infark pada hitungan menit. Luasnya infark bergantung dalam lokasi dan ukuran arteri yang tersumbat serta kekuatan peredaran kolateral ke arah yang disuplai.

Iskemia dapat dengan cepat mengganggu metabolisme. Kematian sel dan perubahan permanen dapat terjadi dalam 3-10 menit. Tingkat oksigen dasar pasien dan kapasitas kompensasi menentukan tingkat di mana perubahan ireversibel terjadi. Aliran darah dapat terganggu oleh masalah perfusi lokal seperti stroke, atau gangguan perfusi umum seperti hipotensi dan henti jantung. Pasien yang kehilangan kompensasi *autoregulasi* dalam waktu singkat akan mengalami gangguan neuropati.

Penurunan perfusi serebral biasanya karena obstruksi arteri serebral atau perdarahan intraserebral. Obstruksi yang terjadi menyebabkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh arteri yang rusak dan pembengkakan jaringan di sekitarnya (Maria, 2021).

2.2.6. Komplikasi

Stroke dapat menyebabkan munculnya masalah kesehatan lain (Ferawati *et al*, 2020), diantaranya:

1. *Deep vein thrombosis*

Sebagian orang akan mengalami *deep vein thrombosis* yang disebabkan oleh terhentinya gerakan otot tungkai sehingga aliran di dalam pembuluh darah vena tungkai terganggu. Hal ini menyebabkan terjadinya penggumpalan darah.

2. *Hidrosefalus*

Sebagian penderita stroke hemoragik dapat mengalami penumpukan cairan di otak di dalam rongga otak (ventrikel) yang juga disebut hidrocefalus.

3. *Disfagia*

Kondisi pasca serangan stroke dapat mengganggu refleks menelan sehingga mengalami kesulitan untuk mengunyah dan menelan makanan atau minuman. Akibatnya makanan dan minuman beresiko masuk ke dalam saluran pernafasan atau disebut juga dengan *disfagia*.

4. *Epilepsi*

Epilepsi atau kejang merupakan kondisi yang ditandai oleh gerakan tubuh yang tidak terkendali disertai dengan hilangnya kesadaran. Kejang dapat menjadi tanda adanya penyakit pada otak atau kondisi lain yang mempengaruhi fungsi otak akibat gangguan aktivitas listrik di otak.

5. Inkontinensia Urin

Kondisi seseorang yang sulit menahan buang air kecil.

6. Konstipasi

Penurunan kerja usus yang ditandai dengan keluhan susah buang air besar atau BAB tidak lancar dalam jangka waktu tertentu.

7. Emboli

Penyumbatan pada pembuluh darah di paru-paru disebabkan oleh gumpalan darah yang terbentuk di bagian tubuh lain pada awalnya, terutama pada kaki. Gumpalan ini akan menghambat aliran darah dan menyumbat pembuluh darah ke jaringan paru-paru sehingga akan mengakibatkan kematian jaringan paru.

2.2.7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan diagnostik yang bisa dilakukan yaitu (Reicha, 2019):

1. Angiografi Serebral

Pemeriksaan dengan menggunakan sinar rontgen untuk mengetahui pembuluh darah yang tidak mendapat aliran oksigen adekuat pada arteri dan vena. Dalam prosedur angiografi pasien akan disuntikkan zat pewarna (kontras) ke pembuluh darah dan aliran darah bisa terlihat jelas dilayar monitor dan masalah yang ada dipembuluh darah dapat diketahui seperti penyempitan atau penyumbatan oklusi atau aneurisma.

2. *Elektro Encefalografi* (EEG)

Pemeriksaan dengan memperlihatkan dan mengidentifikasi suatu penyebab yang ditentukan dari gelombang otak, yaitu

ditunjukkan adanya peralambatan gelombang pada spektra sinyal EEG (terdapat aktivitas sinyal delta) dan berkurangnya volume serebral saat aliran darah di otak menurun dan terjadi perlambatan frekuensi dibagian otak yang mengalami kematian.

3. *Computed Tomography Scanning* (CT Scan)

Pemeriksaan dengan memperlihatkan secara spesifik letak edema, jaringan otak yang iskemik. Pada 24-48 jam terlihat dibagian otak berwarna lebih gelap, berwarna gelap atau hipodens (hitam ringan sampai berat) akibat kurangnya asupan oksigen di jaringan otak.

4. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Pemeriksaan menunjukkan hasil seperti adanya peningkatan TIK, tekanan yang abnormal, didapatkan area yang mengalami iskemik. Pada stroke non hemoragik terdapat gambaran karakteristik sinyal MRI Hipointens (hitam) dan hiperintens (putih).

5. *Ultrasonografi Doppler*

Pemeriksaan untuk mengetahui pembuluh darah intrakranial dan ekstra kranial dengan menentukan apakah terdapat stenosis arteri karotis.

6. Pemeriksaan Laboratorium

2.3. Konsep *Lateral Prehension Grip*

2.3.1. Definisi

Lateral Prehension Grip adalah keterampilan (mencengkeram), sebagian besar dihasilkan dari kemampuan ibu jari untuk melawan jari. Dua jenis pegangan dapat dijelaskan, 'presisi' yang melibatkan ibu jari dan jari dan 'kekuatan', yang melibatkan seluruh tangan (Retnaningsih, 2019).

2.3.2. Tujuan

Tujuan dari *Lateral Prehension Grip* adalah untuk meningkatkan fungsi motorik kasar dan motorik halus tangan (fungsi menggenggam). Terapi ini dilakukan dengan menggerakkan jari-jari yang mengalami kelemahan gerak sehingga dapat meningkatkan luas gerak sendi (Retnaningsih, 2019).

2.3.3. Fungsi

Fungsi tangan sangat penting dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan bagian yang paling aktif, lesi di bagian otak yang menyebabkan kelemahan secara signifikan mengganggu dan mengganggu keterampilan dan aktivitas sehari-hari seseorang. Tangan juga merupakan organ refleks dengan fungsi yang sangat istimewa.

Fungsi tangan sangat beragam, yaitu fungsi *tactile* dan *grip* yang paling penting, dan tangan memiliki fungsi lainnya. Yaitu, dalam kehidupan, kemampuan mengekspresikan gerak

tubuh, kemampuan memasukkan makanan ke dalam mulut, fungsi emosional dan seksual.

Setiap makhluk memiliki fungsi pegangan yang berbeda, yang dapat dibagi menjadi empat jenis: mencubit, meremas, meremas, dan meraih, cubit (merah muda), dll. Fungsi baca dapat didefinisikan sebagai fungsi apa pun yang dilakukan ketika objek genggam dipindahkan. Fungsi pegangan melewati tiga tahap:

1. Membuka tangan
2. Menutup jari untuk mengambil benda
3. Sesuaikan kekuatan genggaman (Retnaningsih, 2019).

2.3.4. Klasifikasi

Adapun secara umum prehension dapat dibagi menjadi dua (Fatimah, 2018) yaitu:

1. Power grip terdiri dari:

- 1) *Cylindrical grip*

Otot-otot yang berperan dalam melakukan fungsi cylindrical grip adalah *M. Fleksor digitorum profundus* dan *M. Fleksor polisis longus*, dan juga dibantu oleh *M. Fleksor digitorum super fisialis* dan *interossei*.

- 2) *Spherical Grip*

Kadang sulit membedakan antara *Cylindrical grip* dan *Spherical grip*. Perbedaan utama antara keduanya biasanya tergantung dari ukuran objeknya. Untuk ukuran yang lebih besar menggunakan *spherical grip* karena jarak antara jari-jari juga semakin luas. Dan otot yang berpengaruh dalam hal ini yaitu abduktor dan adduktor jari – jari, selain fleksor jari-jari.

3) *Hook Grip*

Hook grip juga hampir sama dengan *cylindrical grip* dengan pengecualian ibu jari tidak termasuk dalam tipe ini. M. *Fleksor digitorum profundus* dan *super-ficialis* menjadi otot utama yang berperan dalam melakukan fungsi ini.

4) *Lateral Prehension Grip*

Otot–otot yang berperan dalam *lateral prehension grip* juga antara lain abduktor dan adduktor jari-jari, namun tidak termasuk fleksor jari-jari. Otot utamanya adalah interossei dan termasuk otot-otot ekstensor (*M. Ekstensor digitorum communis* dan *lumbricales*).

2. *Precision handling*

Precision Handling cocok digunakan untuk keterampilan motorik halus dengan menekankan pada sensasi yang cukup adekuat pada tangan. *Precision Handling* Terdiri dari:

1) *Pad to pad*

Pad to Pad Kebanyakan *precision handling* terjadi Pada gerakan *pad to pad*. Otot – otot yang berperan antara lain: salah satu *M. Fleksor digitorum profundus* atau *super-ficialis* dengan *M. Fleksor polisis longus* dan *brevis*, *opponens pollisis* dan abduktor *pollisis brevis* ibu jari.

2) *Tip to tip*

Melakukan *tip- to tip* jauh laebih sulit dibanding yang lainnya, karena biasanya memegang objek yang sangat kecil atau halus. Oleh karena itu otot–otot distal fleksor (*fleksi interphalangeal*) sangat penting dalam melakukan fungsi ini.

3) *Lateral pinch*

Dalam hal ini permukaan ibu jari memegang objek sepanjang sisi *lateral* dari jari – jari baik itu proksimal, *middle* atau *distal phalanx*. Contoh: memegang kunci.

2.3.5. Prosedur

Menurut (Irfan, 2017), teknik dalam melakukan tindakan ini diantaranya:

1. Gunakan benda berupa pensil atau sejenisnya.
2. Beberapa alat yang dapat digunakan sebagai media dalam latihan ini diantaranya pensil, bola kecil dan kertas.
3. Tempatkan pada sela-sela jari.
4. Benda yang diletakkan pada sela-sela jari tangan dapat menambah rentang gerak pasien.
5. Pertahankan selama 7 hitungan kemudian lepaskan kembali.
6. Adanya tahanan selama 7 hitungan diharapkan otot dapat terstimulasi untuk menahan beban yang ada.
7. Lakukan beberapa pengulangan juga di beberapa sela-sela jari lainnya.

Prinsip rehabilitasi stroke adalah dilakukan terus menerus/berkesinambungan karena dengan ada latihan terus menerus dapat meningkatkan aktifitas otot.

2.4. Konsep Luas Gerak Sendi (LGS)

1.4.1. Definisi

Luas Gerak Sendi (LGS) adalah rentang gerak yang dapat dilakukan oleh suatu sendi. LGS juga dapat didefinisikan sebagai rentang gerak kontraksi otot atau batas latihan saat melakukan gerakan apakah otot dapat memendek atau memanjang sepenuhnya (Fatimah, 2018). Rentang Gerak Sendi merupakan

teknik dasar yang digunakan dalam pemeriksaan gerak dan memasukkannya dalam program intervensi terapeutik (Kisner & Allen, 2017).

1.4.2. Manfaat

Manfaat dilakukannya LGS yaitu untuk mempertahankan mobilitas sendi dan jaringan lunak guna mengurangi hilangnya fleksibilitas jaringan dan pembentukan kontraktur (Kisner & Allen, 2017).

1.4.3. Indikasi dan Kontra Indikasi

Dibawah ini adalah indikasi dan kontra indikasi dilakukan Luas Gerak sendi (LGS) (Kisner & Allen, 2017):

1. Indikasi

- 1) Klien yang mempunyai keterbatasan mobilitas sendi karena penyakit.
- 2) Klien yang tidak mampu melakukan mobilisasi karena trauma.

2. Kontra Indikasi

- 1) Terapi LGS tidak boleh diberikan jika gerakan mengganggu proses penyembuhan cedera. Peningkatan nyeri dan inflamasi adalah tanda dari gerakan yang salah atau gerakan yang terlalu banyak.
- 2) LGS tidak boleh dilakukan bila respon atau kondisi pasien membahayakan keselamatan. Pada keadaan setelah bedah

pirau arteri koroner atau *angioplasty* koroner transluminal perkutan, infark otot jantung, AROM pada ekstremitas atas dan pembatasan aktivitas berjalan boleh dilakukan terapi dibawah pengawasan gejala yang seksama.

1.4.4. Pemeriksaan, Perencanaan Terapi dan Evaluasi

1. Periksa dan evaluasi gangguan dan tingkat fungsi pasien, tentukan tindakan kewaspadaan, prognosis, kemudian rencanakan intervensi.
2. Tentukan kemampuan pasien berpartisipasi pada aktivitas ROM baik PROM, A-AROM atau AROM untuk memenuhi tujuan secara langsung.
3. Tentukan jumlah gerakan yang dapat dilakukan dalam terapi, dilakukan secara aman sesuai dengan kesehatan individu dan kondisi jaringan.
4. Tentukan pola yang sesuai agar dapat memenuhi tujuan
Teknik ROM dapat dilakukan dalam:
 - 1) Lingkup elongasi otot: berlawanan dengan garis tarikan otot.
 - 2) Bidang gerak anatomi: frontal, sagital, transversal.
 - 3) Pola fungsional: gerakan yang digunakan dalam kehidupan sehari-hari (*activities of daily living*, ADL).
 - 4) Kombinasi pola: gerakan yang menggabungkan beberapa bidang gerak atau gerakan diagonal.

- 5) Awasi kondisi umum serta respon pasien selama dan setelah pemeriksaan serta intervensi; catat setiap perubahan tanda vital, warna dan kehangatan pada kulit, kualitas gerak atau nyeri.
- 6) Dokumentasikan serta komunikasikan temuan dan intervensi.
- 7) Evaluasi ulang dan modifikasi sesuai kebutuhan (Kisner & Allen, 2017).

1.4.5. Pelaksanaan pemeriksaan Luas Gerak Sendi dengan *Goniometri*

Pengukuran rentang gerak sendi dapat dilakukan sesuai prosedur berikut (Fatimah, 2018):

1. Persiapan alat dan kelengkapan
 - 1) *Universal Goniometer*
 - 2) Formulir hasil pengukuran/ lembar observasi
 - 3) Pensil/bola atau sejenisnya
2. Pelaksanaan pengukuran
 - 1) Persiapan alat
 - a. Menyiapkan meja/ bed/ kursi untuk pemeriksaan.

- b. Menyiapkan *goniometer*
- c. Menyiapkan alat pencatat hasil pengukuran LGS.

2) Persiapan pemeriksa

- a. Membersihkan tangan sebelum melakukan pengukuran
- b. Melepas semua perhiasan/aksesoris yang ada di tangan.
- c. Memakai pakaian yang bersih dan rapih.

3) Persiapan klien

Mengatur posisi pasien yang nyaman, segmen tubuh yang diperiksa mudah dijangkau pemeriksa. Segmen tubuh yang akan diperiksa bebas dari pakaian, tetapi secara umum pasien masih berpakaian sesuai dengan kesopanan.

3. Pelaksanaan pemeriksaan

- 1) Mengucapkan salam, memperkenalkan diri dan meminta persetujuan pasien secara lisan.
- 2) Menjelaskan prosedur & kegunaan hasil pengukuran LGS kepada pasien.
- 3) Memposisikan pasien pada posisi tubuh yang benar (anatomis), kecuali gerak rotasi (bahu dan lengan bawah).

- 4) Sendi yang diukur diupayakan terbebas dari pakaian yang menghambat gerakan.
- 5) Menjelaskan dan memperagakan gerakan yang hendak dilakukan pengukuran kepada pasien.
- 6) Melakukan gerakan pasif dua atau tiga kali pada sendi yang diukur, untuk mengantisipasi gerakan kompensasi.
- 7) Memberikan stabilisasi pada segmen bagian proksimal sendi yang diukur, bila diperlukan.
- 8) Menentukan aksis gerakan sendi yang akan diukur.
- 9) Meletakkan *goniometer*:
 - a. Aksis goniometer pada aksis gerak sendi.
 - b. Tangkai statik *goniometer* sejajar terhadap aksis longitudinal segmen tubuh yang statik.
 - c. Tangkai dinamik *goniometer* sejajar terhadap aksis longitudinal:
 - a) Membaca besaran LGS pada posisi awal pengukuran dan mendokumentasikannya.
 - b) Menggerakkan sendi yang diukur secara pasif, sampai LGS maksimal yang ada. Memposisikan *goniometer* pada LGS maksimal sebagai berikut:
 - Aksis *goniometer* pada aksis gerak sendi.

- Tangkai statik *goniometer* sejajar terhadap aksis longitudinal segmen tubuh yang statik.
- Tangkai dinamik *goniometer* sejajar terhadap aksis longitudinal segmen tubuh yang bergerak.
- Membaca besaran LGS pada posisi LGS maksimal dan mendokumentasikannya.

1.5. Neurologi yang terganggu akibat stroke

1. Motorik

Stroke dapat menyebabkan defisit neurologis, baik ringan maupun berat, tergantung seberapa berat lokasi kerusakan, daerah yang mengalami defisit perfusi, dan fungsi area yang terkena. Defisiensi neurologis hemiplegia sering muncul, hemiplegia di sisi lain tubuh di sisi yang rusak (lesi berlawanan) (Olivia & Dwi, 2021).

2. Kognitif

Sebuah studi menyatakan bahwa penurunan fungsi kognitif pasca stroke terjadi akibat terganggunya fungsi memori, atensi dan memori (Dwi, 2021).

Stroke

1. Hemoragik
2. Non Hemoragik

b. Bahasa dan berbicara

Gangguan fungsi Bahasa mencakup berbicara, memahami

Terapi Lateral
Prehension Grip

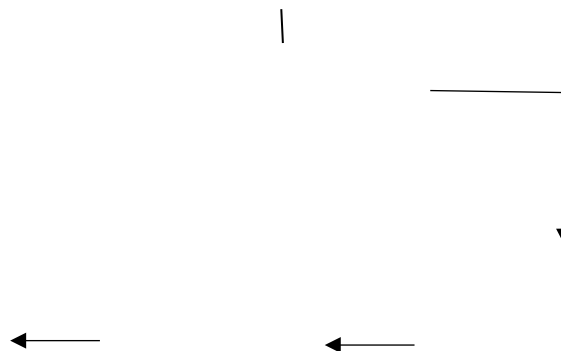
Rehabilitasi
stroke

Neurologi yang
terganggu:

1. Fungsi motorik
2. Fungsi kognitif
3. Fungsi bahasa dan berbicara

an, gangguan bahasa motorik, suara (al, 2018). Penderita stroke yang mempengaruhi kemampuan dalam evaluasi (2017).

1.6. Kerangka Konseptual



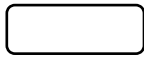
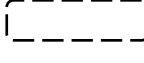
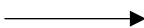


Lateral prehension grip dapat menormalisasikan luas gerak sendi *metacarpophalangeal* (MCP) yang kemudian dapat mengakibatkan permukaan kartilago antara kedua tulang saling bergesekan sehingga adanya penekanan pada kartilago. Akibat pergesekan ini akan mendesak air keluar dari matrik kartilago ke cairan sinovial, cairan ini akan berfungsi sebagai pelumas sendi sehingga sendi dapat bergerak secara maksimal.

2.1. Kerangka Konseptual Pengaruh Latihan *Lateral Prehension Grip*

Terh
Ekstremitas
D
Keterangan.

Peningkatan Luas Gerak Sendi

-  : Variabel diteliti
 : Variabel tidak diteliti
 : Berhubungan

Sumber: (Kurnilam *et al*, 2021),

(Jeini, 2020), (Olivia & Dwi, 2021), (Heha *et al*, 2017).