

BAB IV PEMBAHASAN

A. Analisa Asuhan Keperawatan Pasien dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik dengan Konsep *Evidence Based Practice* dan Konsep Kasus Terkait

1. Pengkajian keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada hari Sabtu, 11 April 2026 pada pukul 09.30 WITA di Ruang Sandat RSUD Bali Mandara. Data ini dihimpun berdasarkan sumber dari (pasien, keluarga, perawat, rekam medis, dan observasi). Diketahui subjek berinisial Ny. Z dengan umur 41 tahun, jenis kelamin Perempuan, pasien tidak bekerja, beragama Islam, status perkawinan menikah, Pendidikan terakhir D3 Akutansi. Keluhan utama Ny. Z adalah mengeluh sulit untuk menggerakkan tangan kananya, keluarga Ny. Z mengatakan pasien enggan untuk melakukan pergerakan. Riwayat kesehatan pasien terdahulu, keluarga mengatakan Ny. Z memiliki Riwayat Hipertensi saat melahirkan anak yang ke 4, dan tidak rutin mengkonsumsi obat. Jika dilihat dari faktor keluarga Ny. Z ternyata dahulu ibunya memiliki riwayat tekanan darah tinggi. Berdasarkan hasil wawancara dan rekam medis Ny. Z diagnosis medis SNH ec trombus dd tromboemboli + HT *emergency*.

Hipertensi yang tidak terkontrol dalam jangka waktu lama menyebabkan peningkatan tekanan pada dinding pembuluh darah, sehingga terjadi kerusakan endotel, penebalan, dan penyempitan lumen pembuluh darah. Kondisi ini memicu terbentuknya plak aterosklerotik yang dapat menjadi tempat terbentuknya trombus (Diontama et al., 2025). Trombus yang terbentuk dapat menetap di pembuluh darah otak atau terlepas menjadi emboli yang kemudian menyumbat pembuluh darah

serebral, sehingga menghambat aliran darah ke jaringan otak. Selain itu, kondisi hipertensi *emergency* yang ditandai dengan peningkatan tekanan darah secara drastis semakin memperberat kerusakan pembuluh darah dan meningkatkan risiko terjadinya sumbatan. Kombinasi antara tromboemboli dan hipertensi emergensi ini menyebabkan gangguan perfusi serebral yang berujung pada iskemia dan infark jaringan otak, yang dikenal sebagai stroke non hemoragik (Saifullah et al., 2024).

Hasil pemeriksaan fisik pada Ny. Z didapatkan hasil tekanan darah: 173/85 mmHg, Nadi: 76 x/menit, RR: 26x/menit, Suhu: 36,9°C, Spo2: 96% (NC 2Lpm). Saat dilakukan pemeriksaan ekstremitas didapatkan hasil ekstremitas atas dan bawah (tangan dan kaki kanan) mengalami kelemahan. Setelah di ukur menggunakan *manual muscle testing* (MMT) dikategorikan ke skala 3 pada ekstremitas atas dan skala 4 pada ekstremitas bawah, dan rentang gerak terbatas dapat dibuktikan dengan Ny. Z kurang mampu untuk menggenggam jari (fleksi), membuka genggaman (ekstensi), meregangkan jari (abduksi), dan merapatkan jari (adduksi).

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan tanda gejala mayor dan minor pada Ny. Z yang mengacu pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) gejala dan tanda mayor subjektif didapatkan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas kanan atas dan ekstremitas bawah kanan, data objektif didapatkan bahwa kekuatan otot menurun dengan nilai $\frac{333}{444} \left| \frac{555}{555} \right.$, rentang gerak (ROM) menurun sebagian, dan didapatkan gejala dan tanda minor subjektif Ny.Z enggan untuk melakukan pergerakan data objektif fisik Ny. Z tampak lemah. Berdasarkan data pengkajian diatas didapatkan tanda dan gejala mayor yaitu, mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM)

menurun. Dan didapatkan tanda dan gejala minor yaitu, fisik lemah. Dengan data tersebut, berdasarkan acuan teori masuk kedalam masalah gangguan mobilitas fisik.

Penelitian yang dilakukan oleh Wang et al., (2024) menyatakan bahwa Stroke Non Hemoragik terjadi akibat adanya sumbatan aliran darah ke otak oleh trombus atau emboli, sehingga menimbulkan iskemia jaringan dan kerusakan sel saraf. Kondisi ini dapat menyebabkan kelemahan (hemiparase) hingga kelumpuhan pada anggota tubuh yang berdampak pada gangguan mobilitas fisik. Selain itu, penelitian tersebut menekankan pentingnya intervensi keperawatan dalam upaya meningkatkan mobilitas fisik pasien. Berdasarkan hasil pengkajian, terdapat kesesuaian antara teori dan kondisi Ny. Z yang mengalami stroke nonhemoragik ec trombus dengan diagnosis banding tromboemboli akibat gangguan aliran darah pada pembuluh serebral. Kondisi ini diperberat oleh hipertensi yang tidak terkontrol sehingga menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah, meningkatkan risiko aterosklerosis, dan mempercepat pembentukan trombus. Dampaknya adalah gangguan perfusi jaringan otak yang menurunkan fungsi neurologis, yang ditandai dengan gangguan mobilitas fisik berupa kelemahan ekstremitas kanan atas, penurunan kekuatan otot, serta penurunan rentang gerak (ROM).

Data ini sejalan dengan hasil penelitian Agustin et al., (2022) mengenai gejala hemiparese yang ada dalam teori muncul pada kasus Ny. Z mengalami kelemahan pada ekstremitas kanan atas (tangan kanan). Menurut (Brunner & Smeltzer, 2010) hemiparase adalah kelemahan salah satu sisi tubuh. Hemiparesis pada anggota tubuh 2 disebabkan oleh kerusakan pada saraf homonkulus motorik. Jumlah sel saraf (neuron) berkurang, dan akibatnya sintesis berbagai neurotransmitter berkurang. Kecepatan konduksi neuron efektor dan kapasitas transmisi impuls

keduanya menurun dengan berkurangnya neurotransmitter. Hemiparesis ekstremitas motorik yang memengaruhi kedua ekstremitas baik itu ekstremitas atas maupun bawah, atau separuh tubuh, disebabkan oleh kerusakan saraf pada daerah Brodman 4-6 (Price & Wilson, 2006). Oleh karena itu, temuan pengkajian yang diperoleh dapat dinyatakan konsisten dengan landasan teoritis serta standar diagnosis keperawatan yang berlaku.

2. Diagnosis keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan tanda gejala mayor dan minor pada Ny. Z yang mengacu pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) gejala dan tanda mayor subjektif didapatkan pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas kanan atas dan ekstremitas bawah kanan, data objektif didapatkan bahwa kekuatan otot menurun dengan nilai $\frac{333}{444} | \frac{555}{555}$, rentang gerak (ROM) menurun sebagian, dan didapatkan gejala dan tanda minor subjektif Ny.Z enggan untuk melakukan pergerakan data objektif fisik Ny.Z tampak lemah.

Diagnosis keperawatan pada kasus ini termasuk dalam diagnosis aktual yang mencakup etiologi serta tanda dan gejala. Masalah keperawatan yang ditetapkan adalah gangguan mobilitas fisik, sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Secara teori, gangguan mobilitas fisik merupakan kondisi keterbatasan individu dalam melakukan gerakan tubuh secara mandiri pada satu atau lebih ekstremitas, yang dapat menghambat aktivitas sehari-hari hingga menyebabkan imobilisasi. Kondisi ini dapat disebabkan oleh penurunan kontrol otot, berkurangnya massa dan kekuatan otot, serta gangguan pada sistem muskuloskeletal, neuromuskular, atau saraf sensorik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Gangguan neuromuskular dipilih sebagai etiologi utama pada diagnosis gangguan mobilitas fisik pada pasien Stroke Non Hemoragik, karena stroke menyebabkan kerusakan pada otak yang mengganggu jalur saraf pengendali gerakan. Akibatnya, timbul kelemahan hingga kelumpuhan otot sebagai manifestasi gangguan fungsi neuromuskular. Dibandingkan dengan penyebab lain dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), seperti nyeri, gangguan muskuloskeletal, malnutrisi, atau kecemasan, kondisi tersebut tidak secara langsung berkaitan dengan kerusakan saraf pusat seperti pada stroke. Oleh karena itu, gangguan neuromuskular merupakan penyebab yang paling tepat dan sesuai dengan kondisi klinis pasien.

Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik ini selaras dengan penelitian (Basuki, 2018) mengenai pasien stroke non hemoragik mengalami masalah gangguan mobilitas fisik. Hal ini juga selaras dengan teori standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) PPNI (2017) bahwa diagnosis tegakkan berdasarkan tanda dan gejala mayor yang ditemukan sebanyak 80% sampai 100% untuk validasi dimana pada kasus Ny. Z diagnosis gangguan mobilitas fisik ditemukan 100% tanda dan gejala mayor yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, dan rentang gerak (ROM) menurun. Dan ditemukan 28% tanda dan gejala minor yaitu, enggan melakukan pergerakan, fisik lemah.

Berdasarkan uraian diatas penulis dapat menyimpulkan bahwa data pengkajian pada Ny. Z sejalan dengan teori pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) yang tanda dan gejala mayor ditemukan 100% sehingga diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat ditegakkan.

3. Perencanaan keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian dan penetapan diagnosis keperawatan, tahap selanjutnya adalah menyusun rencana keperawatan dengan menetapkan intervensi yang tepat untuk mengatasi masalah yang telah diidentifikasi. Perencanaan ini disusun berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Pada Ny. Z, asuhan keperawatan dilaksanakan dalam 4 x 24 jam dengan 2 kali sehari durasi selama 10–15 menit, dengan kriteria hasil berupa mobilitas fisik (L.05042) diharapkan meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang Gerak (ROM) meningkat, dan kelemahan fisik menurun. Perencanaan dilakukan pada tanggal 11-15 April 2026, dengan intervensi utama dukungan mobilisasi (I.05173), didukung oleh intervensi pendukung pengaturan posisi (I.01019), serta intervensi nonfarmakologis berupa terapi genggam bola karet bergerigi sebagai inovasi.

Intervensi utama dukungan mobilisasi (I.05173), dilakukan melalui observasi terhadap identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Secara terapeutik, fasilitasi aktivitas mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Pada aspek edukasi, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan melakukan mobilisasi dini, ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan seperti duduk di tempat tidur (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Intervensi dukungan ambulasi tidak penulis prioritaskan karena pasien masih mengalami hemiparesis dengan kekuatan otot ekstremitas kanan skala 3 dan rentang gerak yang menurun. Secara ilmiah, ambulasi diberikan ketika pasien sudah

memiliki kemampuan mempertahankan keseimbangan dan kekuatan otot yang cukup untuk berjalan. Oleh karena itu, penulis lebih memfokuskan intervensi pada dukungan mobilisasi, pengaturan posisi, dan latihan ROM genggam bola karet bergerigi untuk meningkatkan fungsi motorik terlebih dahulu sebelum pasien melakukan ambulasi secara optimal. Berdasarkan penelitian (Nita et al., 2024), pasien stroke dengan kelemahan ekstremitas lebih tepat diberikan latihan ROM untuk meningkatkan kekuatan otot dan fungsi motorik terlebih dahulu.

Intervensi pendukung pengaturan posisi (I.01019) dilakukan melalui observasi terhadap monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah posisi. Secara terapeutik, atur posisi tidur yang disukai, atur posisi tidak untuk mengurangi sesak (semi-fowler), motivasi melakukan ROM aktif atau ROM pasif. Pada aspek edukasi informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Genggam bola karet bergerigi merupakan latihan yang bertujuan untuk meningkatkan mobilitas fisik, khususnya fungsi otot dan sendi pada ekstremitas atas yang mengalami gangguan akibat stroke, seperti pada kondisi hemiparesis. Latihan menggenggam bola karet adalah terapi yang bermanfaat untuk meningkatkan kekuatan otot (Faridah et al., 2018). Meremas bola karet dapat merangsang gerakan jari-jari tangan dan memulihkan kendali otak terhadap otot (Asmawita et al., 2022). Untuk menerapkan menggenggam bola, pertama-tama harus memposisikan pasien, memberikan latihan pemanasan yang meliputi menggenggam jari (fleksi), membuka genggam (ekstensi), meregangkan jari (abduksi), dan merapatkan jari (adduksi), dan terakhir meminta pasien untuk menggenggam bola kembali (Azizah & Wahyuningsih, 2020).

Bola karet bergerigi berfungsi sebagai alat bantu yang memberikan stimulasi tambahan pada otot dan sendi yang terlibat (Appulembang & Sudarta, 2022). Menurut teori Giovanni Maciocia, penggunaan bola karet sebagai alat latihan dapat merangsang titik akupresur di tangan seperti titik PC-8 yang terletak di tengah telapak tangan dan titik LI-4 yang terletak diantara ibu jari dan telunjuk melalui tonjolan kecil pada permukaannya. Stimulasi tersebut diteruskan melalui sistem saraf sensorik menuju otak dan menghasilkan respons motorik. Rangsangan tersebut memicu serabut saraf otot ekstremitas, terutama melalui sistem saraf parasimpatis, untuk menghasilkan asetilkolin sehingga terjadi kontraksi otot. (Yuliyani dkk., 2023). Apabila latihan menggenggam bola dilakukan secara berkelanjutan, kekuatan otot dapat meningkat serta membantu merangsang saraf yang sebelumnya kurang aktif atau kaku menjadi lebih fleksibel.

Efektifitas intervensi inovasi yang telah dilakukan dengan latihan ROM menggunakan bola karet ini telah dibuktikan oleh hasil jurnal penelitian (Wedri et al., 2017), (Faridah et al., 2018) dan (Rahmawati & Yuda, 2022) yang hasil penelitiannya menunjukkan dampak positif terhadap peningkatan kekuatan otot pada ekstremitas pada pasien stroke non hemoragik. Hasil penelitian (Rismawati et al., 2022) menunjukkan dampak positif terhadap peningkatan rentang gerak aktif pada ekstremitas. Perkembangan ini terlihat dari perbandingan kemampuan awal dengan hasil setelah diberikan intervensi latihan ROM menggunakan bola karet.

Intervensi keperawatan ini disusun dengan memberikan intervensi latihan ROM menggunakan bola karet bergerigi untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik yang dialami oleh Ny. Z di RSUD Bali Mandara dengan acuan SOP terapi genggam bola karet dan penelitian terkait.

4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan implementasi dalam penelitian ini mengacu pada rencana keperawatan yang telah di susun sesuai kebutuhan pasien. Pada kasus Ny.Z dengan masalah gangguan mobilitas fisik, intervensi dilakukan selama 4x24 jam, yaitu pada tanggal 11-15 April 2026 di Ruang Sandat RSUD Bali Mandara. Dukungan mobilisasi (I.05173) menjadi implementasi utama dilakukan melalui observasi mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Secara terapeutik memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Pada aspek edukasi menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi). Sedangkan intervensi pendukung pengaturan posisi (I.01019) dilakukan melalui observasi terhadap monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah posisi. Secara terapeutik, atur posisi tidur yang disukai, atur posisi tidak untuk mengurangi sesak (semi-fowler), motivasi melakukan ROM aktif atau ROM pasif. Pada aspek edukasi informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Implementasi inovasi dilakukan melalui terapi genggam bola karet bergerigi. Intervensi ini diberikan selama 4 hari (4x24 jam) dengan frekuensi 2 kali sehari, masing-masing selama $\pm 10-15$ menit, latihan di mulai dari pemanasan yang meliputi menggenggam jari (fleksio), membuka genggam (ekstensi), meregangkan jari (abduksi), dan merapatkan jari (adduksi), dan terakhir meminta

pasien untuk menggenggam bola karet dilakukan dengan meletakkan bola karet bergerigi diatas telapak tangan pasien kemudian menggenggam kuat atau mencengkram bola karet dengan posisi lengan 45 ° (*wrist joint*) (Wedri et al., 2017) sebanyak 60 kali dibagi menjadi 3 step yaitu sebanyak 20 kali pertama setelah itu istirahat selama 1-2 menit, dilanjutkan sebanyak 20 kali bila pasien mengalami kelelahan bisa istirahat, dan kembali dilanjutkan sebanyak 20 kali dan dilakukan sesering mungkin untuk mendapatkan hasil yang optimal dan pelaksanaannya disesuaikan dengan SOP serta kondisi klinis pasien.

Adapun penelitian lain yang juga menggunakan latihan ROM menggunakan bola karet yaitu penelitian (Azizah & Wahyuningsih, 2020) tentang latihan genggam bola untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik untuk meningkatkan kemampuan otot dan meningkatkan rentang gerak yang dilihat ketika pasien mampu menggerakkan tangan secara fleksi dan ekstensi. Penelitian (Wulan et al., 2026) latihan genggam bola karet ini digunakan untuk meningkatkan kekuatan otot yang diukur dengan menggunakan *Manual Muscle Testing* (MMT), Setelah dilakukan terapi menggenggam bola karet, terjadi peningkatan kekuatan otot genggam dari nilai MMT rendah menuju nilai yang lebih baik, disertai peningkatan rentang gerak dan penurunan kekakuan sendi, yang dilakukan selama 3 hari dengan frekuensi 2 kali sehari selama 10–15 menit.

Berdasarkan implementasi yang diberikan kepada Ny.Z, penulis menyimpulkan bahwa dukungan mobilisasi, pengaturan posisi dan terapi genggam bola karet bergerigi mampu meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik, terbukti dari hasil penilaian kekuatan otot meningkat dari 3 menjadi 4.

5. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi yang diperoleh setelah implementasi keperawatan selama 4x24 jam diperoleh data subjektif dari Ny. Z yang mengatakan setelah mendapat intervensi latihan ROM menggunakan bola karet terdapat perubahan yang Ny. Z alami seperti tangannya sudah mulai terasa tidak lemah lagi, lebih mudah untuk mengepal atau menggenggam, dan jari tangannya sudah tidak begitu kaku, mampu melakukan pergerakan secara bertahap. Secara objektif kekuatan otot Ny. Z cukup meningkat setelah diukur kembali menggunakan *manual muscle testing* (MMT) dikategorikan ke skala 4, hal ini menunjukkan terjadi peningkatan kekuatan otot dari sebelumnya. Selain itu, Ny. Z juga mengalami peningkatan rentang gerak (ROM) karena mampu untuk menggenggam jari (fleksi), membuka genggaman (ekstensi), meregangkan jari (abduksi), dan merapatkan jari (adduksi), fisik Ny. Z tampak baik. Sehingga hasil *assessment* adalah masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. *Planning* yang diberikan adalah melanjutkan intervensi dengan menganjurkan Ny. Z untuk melakukan latihan ROM menggunakan bola karet guna untuk meningkatkan pergerakan ekstremitas, kekuatan otot dan rentang gerak (ROM).

Evaluasi ini sejalan dengan hasil penelitian (Azizah & Wahyuningsih, 2020), (Wedri et al., 2017), (Faridah et al., 2018), (Rahmawati & Yuda, 2022), (Rismawati et al., 2022), dan (Pomalango, 2023) mengenai latihan ROM menggunakan bola karet yang bertujuan untuk meningkatkan pergerakan, meningkatkan kekuatan otot dan meningkatkan rentang gerak (ROM). Namun diperlukan tambahan waktu untuk mendapatkan hasil yang maksimal dalam hal ini diperlukan bantuan keluarga

khususnya orang untuk melatih ROM menggunakan bola karet agar kemampuan otot, rentang gerak (ROM) dan kemampuan pergerakan ekstremitas meningkat.

B. Analisis Terapi Genggam Bola Karet Bergerigi pada Asuhan Keperawatan Pasien dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik

Penderita stroke umumnya mengalami kelemahan otot pada salah satu sisi tubuh (hemiparesis) akibat penurunan tonus otot, yang menyebabkan ketidakmampuan untuk bergerak. Jika tidak ditangani dengan baik dan segera, kondisi ini dapat menimbulkan komplikasi yang lebih buruk seperti hipotensi ortostatik kontraktur dan lain sebagainya. Penanganan yang dapat dilakukan untuk mengurangi hal tersebut yaitu dengan terapi latihan untuk mempercepat pemulihan pasien (Appulembang & Sudarta, 2022).

Pada kasus Ny. Z diatas intervensi inovasi yang telah diberikan dengan masalah gangguan mobilitas fisik yaitu terapi genggam bola karet bergerigi. Dan setelah intervensi diberikan selama 4 hari yang dilakukan sebanyak 2 kali sehari yaitu pagi dan sore hari selama 10-15 menit didapatkan bahwa kekuatan otot pasien meningkat dari 3 menjadi 4.

Penelitian yang mendukung penelitian ini yaitu penelitian dari Appulembang & Sudarta (2022) yang menyatakan bahwa pemulihan fungsi ekstremitas atas dapat didukung melalui latihan dengan teknik spherical grip, salah satunya menggunakan bola karet bergerigi. Latihan ini merupakan bentuk latihan fungsional tangan yang dilakukan dengan cara menggenggam bola di telapak tangan. Menurut teori Linberg, penggunaan bola karet dengan permukaan bertonjol dapat memberikan rangsangan pada saraf sensorik di permukaan tangan, yang kemudian diteruskan ke

otak. Latihan menggenggam bola karet ini dapat meningkatkan aktivitas kimia pada sistem neuromuskular dan otot. Rangsangan tersebut memicu serabut saraf otot, khususnya saraf parasimpatis, untuk menghasilkan asetilkolin yang kemudian menimbulkan kontraksi otot (Yuliyani dkk., 2023).

Penelitian yang dilakukan oleh Kusuma dkk., (2022) yang menunjukkan bahwa terapi genggam bola karet bergerigi dapat meningkatkan kekuatan otot setelah diberikan terapi selama 7 hari dengan frekuensi 2 kali sehari. Penelitian serupa dilakukan oleh Syamsuddin dkk., (2025), dengan terapi genggam bola karet bergerigi pada pasien stroke non hemoragik dengan masalah gangguan mobilitas fisik menunjukkan bahwa adanya peningkatan kekuatan otot dari 3 menjadi 4 pada ekstremitas pasien setelah diberikan terapi selama 10 menit. Didukung oleh penelitian oleh Munifah dkk., (2024) yang menyatakan bahwa terdapat peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik dari nilai 4 menjadi 5 pada pasien pertama dan nilai 3 menjadi 4 pada pasien kedua setelah diberikan terapi genggam bola karet bergerigi selama 3 hari dengan durasi 10-15 menit. Hal ini sejalan dengan hasil penilaian oleh penulis yaitu mendapatkan hasil adanya peningkatan kekuatan otot pada Ny. Z setelah diberikan terapi genggam bola karet bergerigi selama 10-15 menit dari kekuatan otot bernilai 3 menjadi 4 selama 4 hari.

Berdasarkan uraian diatas penulis berpendapat bahwa terapi genggam bola karet bergerigi terbukti efektif dalam meningkatkan kekuatan otot, khususnya pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik seperti Stroke Non Hemoragik. Temuan tersebut diperkuat oleh hasil penelitian penulis yang menunjukkan adanya peningkatan kekuatan otot pada pasien Ny. Z dari nilai 3 menjadi 4 setelah diberikan terapi genggam bola karet bergerigi selama 10–15 menit selama 4 hari berturut-

turut. Hal ini menunjukkan bahwa terapi sederhana namun terarah ini dapat memberikan efek terapeutik yang signifikan dalam waktu relatif singkat. Dengan demikian, penulis berpendapat bahwa terapi genggam bola karet bergerigi dapat dijadikan sebagai salah satu intervensi nonfarmakologis yang efektif untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien Stroke Non Hemoragik, serta layak untuk diterapkan secara rutin dalam praktik keperawatan.