

# PENERAPAN TERAPI GENGAM BOLA KARET PADA PASIEN STROKE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK

*by* 04021381924062 Irfana Lita Anggraini

---

**Submission date:** 23-Jun-2025 01:47PM (UTC+0700)

**Submission ID:** 2704546267

**File name:** Masalah\_Keperawatan\_Gangguan\_Mobilitas\_fisik\_-\_Irfana\_lita.docx (184.62K)

**Word count:** 10887

**Character count:** 70846

## BAB I PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Penyakit degeneratif telah menjadi salah satu penyakit yang ditakuti oleh publik. Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan pasling serius di seluruh dunia. Stroke menduduki urutan kedua selaku pemicu kecacatan dan kematian di dunia setelah penyakit jantung (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Stroke adalah hilangnya fungsi otak, disebabkan oleh pasokan darah ke bagian otak berhenti (Ardiansyah, Astuti & Mursudarinah, 2024).

Menurut WHO, stroke didefinisikan sebagai kondisi yang ditandai dengan ditemukan tanda klinis yang berkembang cepat berupa defisit neurologik focal dan global, yang dapat memburuk dan berlangsung selama 24 jam atau lebih serta berpotensi menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain yang jelas selain yang bersifat vaskuler. Stroke disebabkan oleh penyumbatan dan pecahnya pembuluh darah di otak yang menyebabkan sebagian otak tidak menerima pasokan darah yang membawa oksigen yang diperlukan sehingga mengakibatkan kematian sel/jaringan (Kemenkes RI, 2019).

Data *World Stroke Organization* (WSO) tahun 2019, 13,7 juta kasus stroke baru terjadi setiap tahun, dengan sekitar 5,5 juta kematian. Insiden stroke meningkat seiring bertambahnya usia, dengan hampir dua pertiganya adalah mereka yang berusia diatas 65 tahun (Togu, Lisda & Sitorus 2021). Berdasarkan prevalensi stroke di Indonesia 10,9 % setiap tahunnya terjadi 567.000 penduduk yang terkena stroke, dan sekitar 25% atau 320.000 orang meninggal dan sisanya mengalami kecacatan (Riskesdas, 2018).

Manifestasi klinis yang paling spesifik adalah gangguan pada kesadaran, kehilangan penglihatan di satu sisi atau mengalami kebutaan, bibir tidak simetris, kehilangan sensasi di muka, sulit bicara/bicara tidak jelas (afasia), kelemahan anggota badan yang menyebabkan kelumpuhan, sulit menelan, mual dan muntah, pusing/nyeri kepala (Asmawita, Ahyana, & Kamal, 2022). Selain keluhan ini, pasien stroke mengalami gangguan mobilitas fisik, terjadi hemiparesis 70%-80%, terjadi kenaikan fungsi motorik sebanyak 20%, dan terjadi gejala yang dapat mengarah pada hambatan fungsi motorik/kelemahan otot ekstremitas atas dan ekstermitas bawah jika tidak menerima

terapi yang baik dalam intervensi keperawatan maupun rehabilitasi pasca stroke kurang lebih 50% (Handayani & Dominica 2020).

Stroke terjadi karena adanya sumbatan pada pembuluh darah baik total maupun parsial sehingga aliran darah ke otak terganggu yang berpengaruh pada sistem muskuloskeletal yang menyebabkan ataksia dan kelemahan pada satu atau empat alat gerak (Dewi & Sembiring, 2024). Kelemahan otot jika tidak segera mendapatkan penanganan mengakibatkan kontraktur, yang nantinya mobilisasi jadi terhambat, kesulitan dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari, serta berpotensi menimbulkan kecacatan (Ningsih & Sentana, 2022).

Melemahnya otot ekstermitas atas bisa menghambat aktivitas seperti mandi, minum, makan, mengenakan pakaian dan serta mengakibatkan inkontinensia. Individu yang mengalami kelemahan otot cenderung sangat bergantung pada orang di sekitarnya (Widyanto, Maisyarah & Kurnianto, 2022). Penerapan latihan mobilisasi sejak dini sangat penting untuk mencegah terjadinya kecacatan permanen pada pasien yang mengalami stroke. Salah satu metode yang dianjurkan adalah latihan ROM dengan tujuan untuk memperbaiki atau menjaga fleksibilitas serta kekuatan otot (Syahrim *et al.*, 2019). Pelaksanaan latihan ROM yang lebih dulu dapat merangsang unit motorik, sehingga berkontribusi pada peningkatan kekuatan otot (Anggriani *et al.*, 2018). Selain itu, untuk melatih kemampuan genggam pasien, dilakukan latihan rentang gerak yang dipadukan dengan penerapan bola karet. Fungsi dari latihan yang menstimulasi gerakan seperti latihan pergerakan tangan mencengkeram/menggenggam adalah melatih otot-otot tangan dan membantu otak mendapatkan kembali kendali atas otot-otot tersebut (Faridah, *et al.*, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Yuliani, Hartutik dan Sutarto (2023) dengan judul "Penerapan Terapi Genggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Dibangsal Anyelir Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri" diperoleh hasil terdapat perbedaan yang signifikan dalam perkembangan kekuatan otot motorik pada lansia yang mengalami stroke, baik sebelum maupun setelah penerapan terapi menggenggam bola karet. Sebelum terapi genggam bola karet kekuatan otot 3, dan sesudah terapi genggam bola karet kekuatan otot pasien stroke meningkat yaitu 4. Hasil ini menunjukkan bahwa terapi menggenggam bola karet selama 10 sampai

15 menit dapat menghasilkan perbedaan yang jelas dalam kekuatan otot genggam tangan pasien..

Terapi genggam bola karet merupakan terapi sederhana yang bisa dilakukan di rumah sebagai proses rehabilitasi (Pomalango 2023). Aktivitas mengepalkan/mengenggam tangan dengan kuat yang dilakukan pada terapi mengenggam bola karet bisa menstimulasi meningkatnya aktivitas kimiawi pada sistem neoromuskuler dan muskuler. Proses ini akan menstimulasi serat saraf otot pada ekstremitas, khususnya saraf parasimpatis yang memproduksi asetilkolin. Akibatnya terjadi kontraksi otot yang dapat meningkatkan kekuatan otot dan fungsi motorik pasien (Rismawati 2022).

Untuk membantu pemulihan bagian lengan atau bagian ekstremitas atas diperlukan teknik untuk merangsang tangan seperti dengan latihan *spherical grip* yang merupakan latihan fungsional tangan dengan cara mengenggam sebuah benda berbentuk bulat seperti bola pada telapak tangan. Gerak pada tangan dapat distimulasi dengan latihan fungsi mengenggam yang dilakukan melalui tiga tahap yaitu membuka tangan, menutup jari-jari untuk mengenggam objek dan mengatur kekuatan mengenggam (Appulembang & Sudarta, 2022).

Permasalahan neurosensori pada pasien stroke umumnya meliputi gangguan sensasi seperti kebas, kesemutan, dan penurunan kemampuan persepsi sensorik akibat kerusakan pada area otak yang mengontrol fungsi sensorik. kerusakan ini dapat terjadi pada berbagai lobus otak yang berperan dalam sensasi somatik, seperti lobus parietalis yang berfungsi untuk sensasi perabaan, nyeri, dan tekanan akibatnya pasien stroke mengalami gangguan sensorik yang mempengaruhi kemampuan motorik dan koordinasi (Utomo, 2022).

Terapi genggam bola karet diberikan sebagai intervensi untuk mengatasi kelemahan otot dan gangguan motorik halus yang sering menyertai gangguan neurosensori pada pasien stroke. Terapi ini bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot tangan, koordinasi motorik halus, dan meabilitas fungsional pasien. Penelitian menunjukkan bahwa terapi genggam bola karet efektif dalam meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke setelah beberapa hari intervensi, sehingga membantu mengurangi dampak gangguan neurosensori dan meningkatkan fungsi motorik pasien (Margiyati,

Rahmanti, & Prasetyo, 2022).

Berdasarkan fenomena yang ditemukan di ruang NHCU RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang bahwa mayoritas pasien dengan kelemahan fisik dan mengalami keterbatasan melakukan aktivitas sehari-hari seperti makan, minum, mandi, berpakaian, berpindah dan lain sebagainya. Kondisi tersebut mengakibatkan pasien mengalami ketergantungan total terhadap anggota keluarga maupun perawat. Jika kondisi ini berlangsung lama akan menyebabkan otot menjadi kaku dan sulit untuk digerakkan bahkan dapat menyebabkan cacat permanen. Oleh karena itu untuk mencegah terjadinya kecacatan permanen dapat diberikan latihan gerak dengan genggam bola karet yang bertujuan untuk menstimulasi motorik pada tangan.

Berdasarkan latar belakang diatas, intervensi terapi genggam bola karet penting diberikan pada pasien stroke.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Memberikan Gambaran hasil praktik asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien stroke sesuai dengan telaah jurnal di ruang NHCU Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Mohammad Hoesin Palembang.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menyajikan gambaran pengkajian pada pasien stroke yang diberikan terapi ROM yang dikombinasikan dengan terapi genggam bola karet di ruang NHCU RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang.
- b. Menyajikan gambaran diagnosis keperawatan yang ditemukan pada pasien stroke di ruang NHCU RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang.
- c. Menyajikan gambaran rencana asuhan keperawatan pada pasien stroke di ruang NHCU RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang
- d. Menyajikan gambaran implementasi asuhan keperawatan pada pasien stroke di ruang NHCU RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang
- e. Menyajikan gambaran *Evidence Based* dalam bidang keperawatan gawat darurat terkait penerapan terapi genggam bola karet terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke di ruang NHCU RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang

### C. Manfaat Penulisan

#### 1. Bagi Pasien

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada keluarga dan pasien yang mengalami stroke mengenai manfaat penerapan terapi genggam bola karet untuk pasien stroke.

#### 2. Bagi Mahasiswa Keperawatan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi suatu pengetahuan baru menambah wawasan dan meningkatkan kemampuan berpikir kritis terkait penatalaksanaan terapi genggam bola karet terhadap perubahan kekuatan otot pada pasien stroke.

#### 3. Bagi Profesi Keperawatan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi ilmu pengetahuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan untuk meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke menggunakan terapi genggam bola karet.

#### 4. Bagi Institusi Pendidikan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat menambah referensi sebagai upaya peningkatan pengetahuan tentang pengaruh terapi genggam bola karet terhadap perubahan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke.

### D. Metode Penelitian

Penulisan karya ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yang dilakukan melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

1. Penerapan terapi genggam bola karet dalam asuhan keperawatan yang diberikan pada tiga pasien stroke di ruang NHCU RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang.
2. Tahapan dalam pelaksanaan studi kasus:
  - 1) Melakukan analisis teoritis terhadap potensi permasalahan pada pasien stroke melalui kajian pustaka dengan mengumpulkan sepuluh artikel penelitian tentang terapi genggam bola karet yang akan diterapkan kepada pasien dengan menggunakan konsep *Evidence Based Practice*.
  - 2) Menggunakan format asuhan keperawatan gawat darurat yang meliputi pengkajian, analisa data, penegakkan diagnosis keperawatan, perencanaan

intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan yang sesuai dengan konsep permasalahan pada pasien stroke.

- 3) Menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan panduan SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia), tujuan dan kriteria hasil berdasarkan panduan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia), serta rencana keperawatan dan implementasi berdasarkan panduan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).
- 4) Menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan panduan SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia), tujuan dan kriteria hasil berdasarkan panduan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia), serta rencana keperawatan dan implementasi berdasarkan panduan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).
- 5) Mengaplikasikan asuhan keperawatan pada 3 pasien kelolaan yang mengalami stroke dengan memberikan intervensi keperawatan berupa terapi genggam bola karet dan melakukan evaluasi keperawatan pada ketiga kasus serta mengevaluasi keefektifan asuhan keperawatan yang diberikan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Stroke**

##### **1. Definisi Stroke**

Stroke adalah suatu kondisi neurologis yang terjadi secara tiba-tiba dan berlangsung dengan cepat, yang disebabkan oleh gangguan suplai darah ke bagian otak. Terdapat dua penyebab utama gangguan aliran darah ini yaitu adanya penyumbatan pada pembuluh darah atau pecahnya pembuluh darah. Gangguan pada pembuluh darah dapat mengakibatkan hilangnya fungsi otak yang disebabkan oleh terhentinya suplai darah ke bagian otak tersebut (Sari, Ayubana, & Atika, 2022).

Stroke atau cedera vaskular (CVA) serebral adalah terhentinya pasokan darah menuju otak, mengakibatkan kurangnya darah, nutrisi atau oksigen di otak, yang menyebabkan sel mati dalam waktu singkat (Kusumaningrum & Wulandari, 2023).

##### **2. Klasifikasi Stroke**

###### **a. Stroke Iskemik**

Stroke iskemik, yang juga dikenal sebagai stroke non hemoragik, terjadi ketika pembuluh darah yang menyuplai darah ke otak mengalami penyumbatan. Dari seluruh kasus stroke hampir 90% tergolong iskemik. Aterosklerosis atau pengendapan lemak pada dinding pembuluh darah, merupakan penyebab utama stroke iskemik. Zat-zat seperti kolesterol dan homosistein bisa menempel pada dinding arteri dan membentuk plak. Seiring berjalannya waktu, plak ini akan menumpuk, sehingga menghambat aliran darah dan berpotensi menyebabkan pembentukan bekuan darah (trombus). Gejala yang muncul akibat stroke iskemik bermacam-macam pada setiap individu, tergantung pada lokasi arteri di otak yang terpegaruh.

###### **b. Stroke hemoragik**

Pecahnya pembuluh darah di dalam atau disekitar otak menyebabkan terjadinya stroke hemoragik. Hal ini mengakibatkan terhambatnya aliran darah ke jaringan otak yang seharusnya menerima suplai darah tersebut. Selain itu, darah yang mengalir ke area tersebut akan menekan jaringan otak disekitarnya, yang dapat mengganggu atau bahkan menghentikan fungsi normal jaringan otak tersebut. Penyebab Stroke hemoragik yaitu:

1) Perdarahan Intra Serebral (PIS)

Pendarahan otak yang di kenal sebagai intracerebral hemorrhage (ICH) terjadi ketika arteri darah di otak pecah, yang memungkinkan darah mengalir keluar dan masuk ke jaringan otak (Junaidi, 2011). Salah satu penyebab ICH adalah kerusakan dinding pembuluh darah yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi kronis, yang dapat menyebabkan terjadinya mikroaneurisma. Selain itu, faktor pemicu lainnya meliputi stres fisik, emosi, lonjakan tekanan darah yang mendadak, yang dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah. Sekitar 60-70% ICH disebabkan oleh hipertensi. Penyebab lain yang dapat berkontribusi adalah deformitas kongenital pada pembuluh darah dan koagulopati. Faktanya sekitar 70% kasus ICH berakibat fatal, terutama jika volume perdarahan yang terjadi cukup besar (Rahmadhani *et al.*, 2020)

2) Perdarahan Ekstra Serebral/Perdarahan Sub Arachnoid (PSA)

Perdarahan subarachnoid (PSA) merupakan kondisi dimana darah mengalir ke dalam ruang subarachnoid yang dapat berasal dari berbagai sumber, baik yang bersifat sekunder maupun primer (Rahmadhani *et al.*, 2020). Penyebab paling umum dari PSA primer yaitu ruptur aneurisma yang menyumbang antara (51-75%) dari kasus. Sekitar 90% Aneurisma yang menyebabkan PSA adalah aneurisma sakular kongenital. Selain itu, faktor lain yang dapat menyebabkan PSA meliputi hemangioma (6-20%),

koagulopati yang bersifat iatrogenik atau akibat penggunaan antikoagulan, serta kelainan abnormal hematologi seperti, trombositopenia, leukemia, anemia aplastik. Penyebab lainnya termasuk tumor, infeksi seperti vaskulitis, sifilis, ensefalitis, herpes simpleks, mikosis, tuberkulosis, serta kasus yang bersifat idiopatik atau tidak diketahui (25%), dan trauma kepala (Junaidi, 2011). Sebagian besar kasus PSA terjadi tanpa penyebab eksternal, tetapi sepertiga kasus terkait dengan stres mental dan fisik. aktivitas fisik Menonjol, misalnya: angkat beban, membungkuk, batuk atau bersin Terlalu keras, tegang, dan melakukan hubungan seksual (intercourse).

### 3. Etiologi Stroke

a. Faktor risiko yang tidak dapat diubah yaitu usia, jenis kelamin dan faktor keturunan.

b. Faktor risiko yang dapat diubah adalah

#### 1) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko utama yang signifikan dalam terjadinya stroke. Kondisi ini menyebabkan gangguan aliran darah, dimana diameter pembuluh darah menyusut, sehingga mengurangi jumlah darah yang mengalir ke otak. Akibat dari pengurangan aliran darah ini, otak mengalami kekurangan suplai oksigen dan glukosa. Seiring berjalannya waktu, kondisi tersebut dapat menyebabkan kematian jaringan otak.

#### 2) Penyakit jantung

Jantung berfungsi sebagai pusat aliran darah dalam tubuh. Apabila pusat pengaturan ini mengalami kerusakan, maka aliran darah ke seluruh tubuh, termasuk ke otak, akan terganggu. Gangguan aliran darah tersebut dapat menyebabkan kematian jaringan otak, baik secara mendadak maupun secara bertahap.

### 3) Diabetes melitus

Pembuluh darah pada individu yang menderita diabetes melitus cenderung mengalami peningkatan kekakuan dan kehilangan elastisitas. Fenomena ini disebabkan oleh fluktuasi kadar glukosa darah yang dapat terjadi secara mendadak, yang berpotensi mengakibatkan kematian sel-sel otak.

### 4) Hiperkolesterolemia

Hiperkolesterolemia merupakan suatu kondisi yang ditandai oleh tingginya kadar kolesterol dalam darah. Kelebihan LDL dapat menyebabkan pembentukan plak di dalam pembuluh darah. Seiring berjalannya waktu, kondisi ini dapat mengganggu aliran darah, termasuk aliran darah yang menuju otak.

### 5) Obesitas

Merupakan salah satu faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya stroke. Hal ini berkaitan erat dengan tingginya kadar kolesterol dalam darah. Pada individu yang mengalami obesitas, umumnya kadar *Low-Density Lipoprotein* (LDL) lebih tinggi dibandingkan dengan kadar *High-Density Lipoprotein* (HDL). Di Indonesia, seseorang dikategorikan sebagai obesitas jika indeks massa tubuhnya melebihi 25 kg/m.

### 6) Merokok

Menurut berbagai penelitian diketahui bahwa orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibanding orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku yang dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

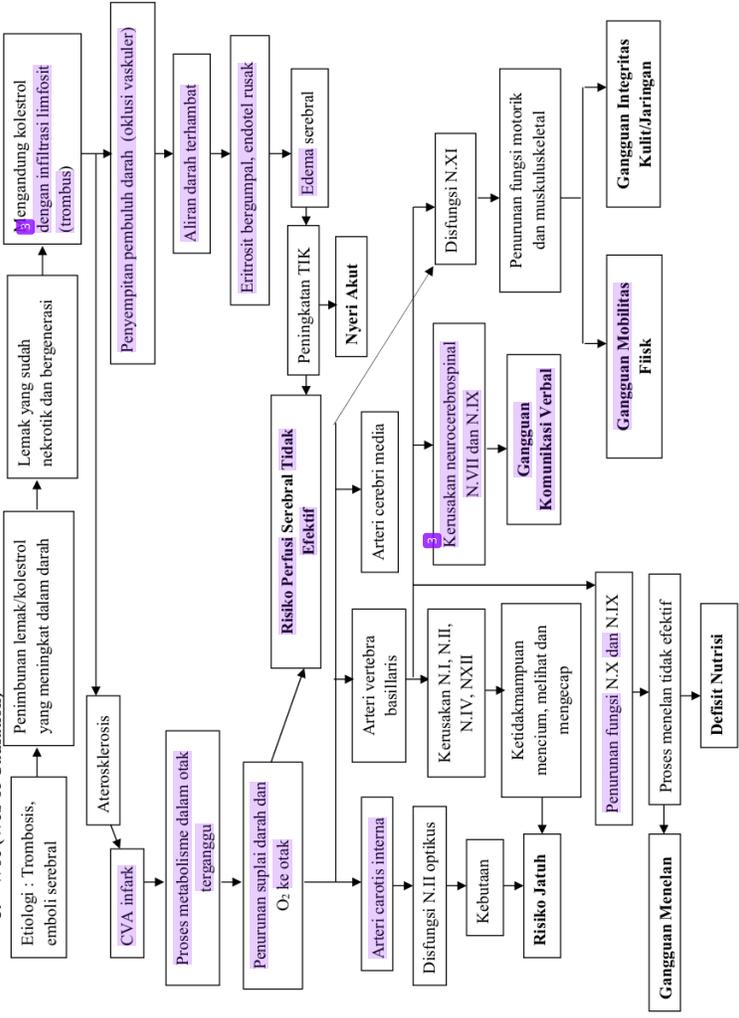
## 4. Patofisiologi

Stroke terjadi karena darah menggumpal didalam pembuluh darah

otak akibat trombosis plak aterosklerotik atau oleh gumpalan darah yang berasal dari luar otak karena menyumbat arteri serebral. Pembentukan plak fibrosis (ateroma) yang terjadi dilokasi terbatas, seperti pada percabangan arteri, akan menyebabkan trombosit melekat di permukaan plak bersamaan dengan fibrinogen. Adhesi trombosit menyebabkan plak bertambah besar secara progresif, sehingga mengakibatkan terbentuknya trombus (Mega, 2019).

Trombus dan emboli yang terbentuk di dalam pembuluh darah dapat terlepas dan terbawa aliran darah hingga terperangkap dalam pembuluh darah distal. Hal ini mengakibatkan aliran darah yang menuju otak berkurang, akibatnya terjadi kekurangan oksigen dan nutrisi pada sel-sel otak. kurangnya oksigen dan glukosa dalam sel-sel otak mengakibatkan asidosis, yang memungkinkan natrium klorida dan air memasuki sel-sel otak sementara kalium keluar meninggalkan sel otak. Proses ini mengakibatkan terjadinya edema lokal. Selain itu, kalium yang masuk ke dalam sel otak dapat memicu pembentukan radikal bebas, yang berpotensi merusak membran sel. Akibatnya, sel-sel otak akan mengalami kerusakan dan mengkerut, yang pada akhirnya menyebabkan defisit neurologis (Margiyati., Rahmanti, & Prasetyo, 2022).

**5. Woc (Web of Causation)**



## 6. **Manifestasi Klinis**

Tanda dan gejala neurologis yang muncul pada stroke bervariasi tergantung pada tingkat keparahan gangguan pembuluh darah serta lokasi terjadinya. Beberapa gejala yang dapat diidentifikasi meliputi (Gofir, 2021):

- a. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis) yang muncul secara mendadak.
- b. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemisensorik).
- c. Perubahan mendadak dalam status mental, yang dapat berupa konvusi, delirium, letargi, stupor, atau koma.
- d. Afasia, yang ditandai dengan kesulitan dalam berbicara, berkurangnya kemampuan berucap, atau kesulitan dalam memahami ucapan.
- e. Disartria, yang ditandai dengan kesulitan dalam pengucapan (bicara pelo/cadel).
- f. Gangguan penglihatan, seperti hemianopia atau monokuler, serta diplopia.
- g. Ataksia, yang merupakan gangguan dalam gerakan anggota badan akibat kerusakan pada otak, saraf dan otot.
- h. Gejala vertigo, mual dan muntah atau nyeri kepala.

## 7. **Penatalaksanaan**

- a. Farmakologi
  - 1) Pemberian alteplase dengan dosis 0.6-0.9 ,g/kkBB dengan onset < 6 jam sebagai trombolisis intravena
  - 2) Pemberian obat-obatan seperti inhibitor ACE, nicardipin, diuretik, beta blocker, dan antagonis kalsium merupakan bagian dari pengobatan hipertensi.

- 3) Pengelolaan kadar gula darah dapat dilakukan melalui pemberian obat-obatan, baik berupa antidiabetik oral maupun insulin.
  - 4) Trombolitik adalah penggunaan obat-obatan yang bertujuan untuk melarutkan gumpalan darah, yang merupakan penyebab utama serangan stroke non hemoragik.
  - 5) Pemberian obat-obatan antikoagulan bertujuan untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi risiko emboli. Contoh obat dalam kategori ini termasuk dabigatran, dan warfarin.
  - 6) Antiplatelet merupakan jenis obat yang umumnya diresepkan kepada pasien stroke untuk menghindari stroke berulang dengan cara menghambat agresi platelet. Salah satu antiplatelet yang diindikasikan untuk pasien stroke adalah aspirin.
  - 7) Penggunaan obat-obatan neuroprotektor, seperti piracetam, citicholin, dan pentoxifyline bertujuan untuk menghambat terjadinya infark di otak akibat iskemik penumbra.
- b. Nonfarmakologi
- Penatalaksanaan non farmakologi pada pasien stroke mencakup berbagai intervensi, antara lain: terapi *music movement*, terapi rangsangan taktil, pemberian terapi ROM, mobilisasi dini, terapi cermin, dukungan dalam ambulasi serta terapi genggam bola karet.

#### **8. Komplikasi Stroke**

Menurut Mutiara (2019) komplikasi stroke hemoragik, meliputi:

- a. Hipoksia serebral, yaitu kondisi yang terjadi ketika oksigenasi darah yang adekuat di otak berkurang.
- b. Penurunan aliran darah otak bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah
- c. Emboli serebral, yaitu kondisi yang dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium dan disebabkan oleh penggunaan katup jantung mekanis.

d. Disritimia, bisa mengakibatkan perubahan curah jantung dan henti trombotik lokal.

Adapun komplikasi pada fase pemulihan atau lanjut biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urine dan bowl. Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktifitas listrik otak. Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala clauster. Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat.

#### 9. Pemeriksaan Penunjang

- a. CT-Scan, pemindaian ini memberikan gambaran spesifik mengenai posisi hematoma, lokasi edema, serta keberadaan jaringan otak yang mengalami infark atau iskemik, dan menentukan letaknya secara tepat.
- b. MRI, untuk menilai lokasi dan jumlah perdarahan otak digunakan gelombang magnetik. Hasilnya menunjukkan area lesi, infark, dan perdarahan (hemoragik).
- c. Ekokardiografi, untuk mendeteksi adanya sumber emboli dari jantung. Pada pasien, ekokardiografi transesofageal memberikan hasil yang lebih mendetail, terutama kondisi atrium kiri dan arkus aorta, serta lebih sensitif untuk mendeteksi trombus mural atau vegetasi katup.
- d. Angiografi serebral, pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan penyebab stroke secara spesifik, apakah disebabkan oleh perdarahan atau obstruksi arteri (Catur, 2019).
- e. Pemeriksaan darah rutin, meliputi pengukuran glukosa, elektrolit, ureum, dan kreatinin.
- f. Pemeriksaan kimia darah, pada strok akut dapat terjadi hiperglikemia dimana kadar gula darah dapat mencapai 250 mg/dL dalam serum dan kemudian berangsur turun kembali.
- g. Pemeriksaan darah lengkap, dilakukan untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri (Mutiatasari, 2019).

## B. Konsep Genggam Bola Karet

### 1. Definisi Genggam Bola Karet

Terapi genggam bola karet adalah aktivitas yang melibatkan tiga tahap gerakan genggam yakni membuka tangan, menutup jari untuk genggam, dan menyesuaikan kekuatan otot genggam. (Rusmeni, Dewi & suryanto, 2022).

Latihan genggam bola karet ini termasuk bagian dari *Range of Motion* (ROM) yang berupaya meningkatkan kekuatan otot melalui aktivitas genggam bola karet. Latihan ini juga merangsang gerakan jari dengan mgepalkan atau genggam tangan dengan kuat, yang mengaktifkan otot dan membantu menghidupkan kembali kontrol otak atas otot-otot tersebut (Saputra, Dewi, & Ayubana, 2022).

### 2. Tujuan Menggenggam Bola Karet

Menurut Adi & Kartika (2019), tujuan dari **terapi latihan genggam bola karet** meliputi:

#### a. Meningkatkan tonus otot

Latihan ini bertujuan untuk meningkatkan kekuatan dan tonus otot yang mungkin mengalami penurunan akibat kondisi tertentu.

#### b. Memulihkan tonus otot dan refleks tendon yang lemah

#### c. Merangsang saraf motorik tangan yang akan di kirim ke otak

Latihan ini bertujuan untuk menstimulasi saraf motorik di tangan, yang kemudian akan mengirimkan sinyal ke otak untuk meningkatkan kontrol motorik

#### d. Membantu membangkitkan kembali kendali otak terhadap otot

### 3. Manfaat Menggenggam Bola Karet

Latihan genggam bola karet merangsang peningkatan aktivitas kimiawi neoromuskuler dan muskuler. Proses ini meningkatkan rangsangan serat saraf otot ekstremitas, terutama saraf parasimpatis, untuk memproduksi asetilkolin yang menyebabkan terjadinya kontraksi

otot. Gerakan menggenggam atau mengepalkan tangan akan menggerakkan otot-otot, sehingga membantu membangkitkan kendali otak terhadap otot tersebut. Respon dari gerakan ini akan disalurkan ke korteks sensorik melalui badan sel saraf yang letaknya di segmen C7-T1. Akibatnya, akan timbul respon saraf yang melakukan tindakan atas rangsangan tersebut dan meningkatkan kekuatan otot pada pasien yang mengalami stroke (Retno, 2020).

#### 4. Indikasi Genggam Bola Karet

- a. Pasien yang masih memiliki kontraksi otot
- b. Pasien dengan kelemahan otot dan membutuhkan bantuan terapi (Suwartana, 2022).

#### 5. Kontraindikasi Genggam Bola Karet

- a. Jika mengganggu proses penyembuhan, tidak boleh diberikan
- b. Pasien dengan kondisi post infark, operasi arteri koronaria
- c. Terdapat peradangan dan peningkatan rasa nyeri (Suwartana, 2022).

#### 6. Mekanisme Terapi Genggam Bola Karet pada Pasien Stroke

Latihan gerak sendi memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien melakukan gerakan pada persendiannya sesuai dengan pola gerakan normal baik secara aktif maupun pasif (Nurbaeni, Sudiana, & Harmayetty, 2018). Untuk mengoptimalkan latihan ini bisa menggunakan alat bantu seperti bola karet. Bola yang dipakai terbuat dari karet yang elastis dan bisa ditekan menggunakan kekuatan minimal. Fungsi dari latihan genggam bola karet yaitu untuk merangsang meningkatnya aktivitas kimiawi dalam sistem neoromuskuler dan muskuler. Proses ini berkontribusi pada peningkatan rangsangan serat saraf pada ekstermitas, khususnya saraf parasimpatis, yang berperan dalam produksi asetilkolin, sehingga memicu kontraksi otot. Gerakan menggenggam atau mengepalkan tangan akan menggerakkan otot, yang membantu meningkatkan kontrol otak atas otot tersebut. Respon dari

aktivitas ini akan disalurkan ke korteks sensorik melalui badan sel saraf yang letaknya di segmen C7-T1. Akibatnya, akan terjadi respon saraf yang menghasilkan tindakan sebagai respon terhadap rangsangan tersebut (Margiyati, Rahmanti, & Prasetyo, 2022).

Terapi menggenggam bola karet dilakukan dengan meletakkan bola karet diatas telapak tangan pasien yang mengalami kelemahan selanjutnya instruksikan pasien untuk menggenggam bola karet dan menahannya selama 5 detik lalu kendurkan genggamannya pada bola, instruksikan pasien untuk mengulangi menggenggam bola karet dan dilakukan secara berulang-ulang selama durasi 10 menit (Sari & Kustriyani, 2023). Indikator keberhasilan diberikan terapi ROM dan terapi genggam bola karet pada studi kasus ini yaitu pasien stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik sesuai dengan standar luaran kepeawatan indonesia yaitu kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat dan pergerakan ekstremitas meningkat.

#### 7. Faktor yang Mempengaruhi Kekuatan Otot

Dalam penelitian Putri, Widodo, dan Adjie (2019), mengidentifikasi sejumlah faktor yang dapat memengaruhi kekuatan otot. Faktor-faktor tersebut meliputi jenis kelamin, usia, jenis serabut otot, peningkatan rekrutmen unit motorik yang berkontribusi pada meningkatnya kekuatan otot, serta ketersediaan energi.

#### 8. Pengukuran Kekuatan Otot

Pengukuran kekuatan otot secara manual (MMT) dapat menggunakan derajat sebagai berikut (Rakhman & Khodijah, 2019):

Tabel 1.1 Kekuatan Otot

Score	Keterangan
0	Tidak terdapat pergerakan atau kontraksi otot tidak ada (lumpuh)
1	Terdapat kontraksi otot, tetapi tidak ada pergerakan sendi
2	Pergerakan otot tidak mampu melawan gravitasi, tetapi

	tidak dapat melawan tahanan
3	Pergerakan otot mampu melawan gravitasi, tetapi tidak mampu melawan tahanan ringan
4	Pergerakan otot mampu melawan gravitasi dan mampu melawan tahanan ringan
5	Kekuatan otot normal atau bergerak normal

### C. Konsep Asuhan Keperawatan

#### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan, di mana pengumpulan data dilakukan untuk menentukan status kesehatan pasien dan merencanakan tindakan keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari tiga langkah yaitu pengumpulan data, pengelompokan data, dan merumuskan tindakan keperawatan (Prastiwi, *et al*, 2023).

##### a. Identitas Pasien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, status perkawinan, alamat, agama, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, tanggal masuk rumah sakit, nomor rekam medik, diagnosa medis.

##### b. Keluhan Utama

Keluhan yang sering dirasakan oleh orang dengan stroke meliputi kelemahan anggota gerak sebelah badan maupun keseluruhan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran.

##### c. Riwayat Penyakit Sekarang

Merupakan pengkajian pendukung keluhan utama menjelaskan kronologi timbulnya keluhan utama. Gejala tambahan yang sering terjadi meliputi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai dengan perkembangan penyakit, dapat terjadi latergi, tidak responsif dan koma.

##### d. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat penyakit yang sama seperti yang diderita sekarang

(stroke), atau adanya penyakit lain yang dialami seperti penyakit ginjal, penyakit jantung, diabetes melitus, hipertensi, anemia. Melakukan pengkajian obat-obatan yang pernah di minum serta ada tidaknya alergi terhadap obat. Adanya trauma kepala, riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral yang lama.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Kaji anggota dalam keluarga yang terkena penyakit sejenis dengan pasien, dan adanya penyakit lain yang diderita oleh anggota keluarga seperti hipertensi, TBC, HIV, diabetes melitus, asma, dan lain sebagainya.

f. Riwayat Psikososial-spiritual

Pengkajian psikologis pasien stroke meliputi beberapa aspek yang memungkinkan perawat untuk memperoleh pemahaman yang jelas terkait status emosi, kognitif, dan perilaku pasien. Pengkajian ini penting dilakukan untuk mengetahui respons emosi pasien terhadap penyakitnya dan perubahan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat serta pengaruh dalam kehidupan sehari-hari.

g. Pola Kesehatan Sehari-hari (ADL)

1) Pengkajian primer

Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara sistematis (B1-B6), dengan fokus pemeriksaan pada B3 (Brain) yang terarah dan terkait dengan keluhan pasien.

a) Sistem pernafasan (B1/*Breathing*)

Pasien biasanya mengalami batuk, sesak nafas, peningkatan produksi sputum, penggunaan otot bantu nafas, dan kedalaman nafas. Adanya ronchi akibat peningkatan produksi sekret dan penurunan kesadaran. Pada pasien yang sadar sering kali tidak didapati kelainan pada pemeriksaan sistem respirasi.

b) Sistem peredaran darah (B2/*Blood*)

Dapat terjadi hipotensi atau hipertensi, denyut jantung irreguler, adanya murmur. Syok hipovolemik, adalah gejala yang sering terjadi pada pasien yang mengalami stroke.

c) Sistem persyarafan (B3/*Brain*)

Pemeriksaan tambahan seperti pemeriksaan radiologi dan laboratorium, serta pemeriksaan kekuatan otot, kesadaran, dan tonus harus dilakukan pada pasien yang mengalami stroke.

Pemeriksaan saraf kranial:

N I: biasanya pada pasien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman

N II: Disfungsi persepsi visual karena gangguan sensori primer diantara mata dan korteks visual

N III, IV dan VI: Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis pada satu sisi, otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit

N V: Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigeminus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpanan rahang, serta kelumpuhan

N VII: Persepsi pengecap dalam batas normal

N VIII: Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi

N IX dan X: Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut

N XI: Tidak ada atrofi otot bahu

N XII: Biasanya pada penderita stroke terdapat gangguan pada saraf ini. Lidah tidak simetris, dengan deviasi ke satu sisi dan fasikulasi. Indra perasa normal.

d) Sistem perkemihan (B4/*Bladder*)

Terjadi inkontinensia ketidakmampuan urine sementara mengkomunikasikan karena kebutuhan, konfusi, dan

ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang, sehingga selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologi yang dignifikan

e) Sistem pencernaan (*B5/Bowel*)

Pada tahap akut, adanya kesulitan menelan, kehilangan nafsu makan, mual dan muntah. Adanya gangguan pada saraf V yaitu mengakibatkan kelumpuhan pada saraf trigeminus, sehingga menyebabkan menurunnya kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, rahang bawah menyimpang di sisi ipsilateral serta kelumpuhan pada otot seisin pterigoideus, demikian pula pada saraf IX dan X mengakibatkan kemampuan menelan menurun, dan kesulitan membuka mulut. Peningkatan produksi asam lambung yang mengganggu pemenuhan nutrisi menyebabkan mual hingga muntah. Konstipasi pada pola defekasi terjadi karena penurunan peristaltik usus.

f) Sistem muskuloskeletal dan integumen (*B6/Bone*)

Lesi biasanya menyebabkan hemiparesis, atau paralisis pada salah satu sisi otak, serta penurunan kekuatan otot dan peningkatan tonus otot. Selain itu, tanda-tanda dekubitus harus diperhatikan karena hambatan mobilitas.

2) Pengkajian Sekunder

a) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Data subjektif: hipertensi, penyakit jantung bawaan, stroke, dan kebiasaan merokok dan alkohol

Data objektif: hipertensi arterial akibat embolisme

b) Pola nutrisi dan metabolik

Data subjektif: terdapat penurunan nafsu makan, disertai mual

dan muntah yang terjadi selama fase akut, yang berkaitan dengan peningkatan tekanan intrakranial. Kehilangan sensasi pada lidah, pipi, dan tenggorokan, serta mengalami disfagia, riwayat diabetes, dan peningkatan kadar lemak dalam darah.

Data objektif: kesulitan menelan, berat badan berlebih, dan tidak mempunyai kemampuan untuk memulai kebutuhan dasar secara mandiri.

c) Pola eliminasi

Data subjektif: terdapat perubahan pola berkemih, termasuk inkontinensia urin, anuria, distensi abdomen, dan bunyi usus yang negatif.

d) Pola aktivitas dan latihan

Data subjektif: kelemahan, hemiplegia, kelelahan, dan kesulitan untuk beristirahat

Data objektif: Penurunan kesadaran, gangguan penglihatan, dan hemiplegi

e) Pola tidur dan istirahat

Data subjektif: sulit untuk beristirahat yang diakibatkan oleh kejang otot atau merasa nyeri pada otot

Data objektif: merasa gelisah, tonus tegang

f) Pola persepsi kognitif

Data subjektif: pusing sebelum dan selama serangan, sakit kepala, kelemahan atau kesemutan, penglihatan kabur atau penglihatan ganda, kehilangan daya lihat, dan perdarahan intra serebral, subaraknoid, dan sakit kepala yang sangat berat karena perdarahan kepala.

Data objektif: tingkat kesadaran dan kondisi mental menurun, paralisis atau paresis pada wajah, dan ini biasanya terjadi pada tahap awal hemoragik.

g) Pola persepsi dan konsep diri

Data subjektif: ketidakberdayaan dan perasaan putus asa

Data objektif: emosi yang tidak stabil dan ketidaksiapan untuk marah, sedih, gembira, dan berbicara

- 2  
h) Pola peran dan hubungan dengan sesama

Data subjektif: masalah berbicara, kesulitan berkomunikasi dengan orang lain. Data objektif: adanya gangguan fungsi komunikasi atau bahasa

- i) Pola reproduksi dan seksualitas

Data subjektif: gairah seksual tidak ada

Data objektif: persepsi seksual terganggu dan kelemahan fisik

- 2  
j) Pola mekanisme dan toleransi terhadap stress

Data subjektif: merasa putus asa dan tidak berdaya

Data objektif: emosi yang berlebihan, ketidaksiapan untuk marah, dan kesulitan untuk berkomunikasi

- k) Pola sistem nilai dan kepercayaan, masalah persepsi, kesulitan berbicara (Mediarti et al., 2022).

4  
h. Pemeriksaan fisik

- 1) Kesadaran, pada pasien yang mengalami stroke, umumnya terdapat tingkat kesadaran somnolen dengan skor GCS berkisar antara 10 hingga 12 pada tahap awal serangan stroke.
- 2) Rambut, kondisi rambut pasien sering kali menunjukkan kebersihan yang kurang, dengan kepala yang kotor, adanya ketombe, serta distribusi rambut yang tidak merata
- 3) Wajah, pasien stroke umumnya mengalami nyeri di satu sisi wajah, yang terlihat miring dan pucat.
- 4) Mata, pada pasien stroke, sklera tidak ikterik, pupil tidak isokor, konjungtiva umumnya tidak menunjukkan anemia, serta tidak terdapat edema pada kelopak mata.

- 5) Hidung, ketajaman penciuman hidung kanan dan kiri seringkali berbeda. Terkadang pasien stroke mengalami kesulitan dalam menyebutkan bau yang diberikan oleh perawat, meskipun ada juga yang melakukannya. Selain itu, ketajaman penciuman pada hidung kiri dan kanan sering kali berbeda.
- 6) Mulut dan gigi, permasalahan pada pasien stroke biasanya gigi yang kotor, bau mulut, peradangan pada gusi serta mukosa bibir yang kering. Meskipun pasien bisa menjulurkan lidah dan menggerakkan ke kiri dan ke kanan, artikulasi saat berbicara biasanya kurang jelas.
- 7) Telinga, kondisi telinga pasien biasanya terlihat kotor.
- 8) Leher, biasanya pada pemeriksaan kaku kuduk menunjukkan hasil positif, pasien stroke sering mengalami gangguan dalam menelan.
- 9) Abdomen, umumnya simetris, bising usus tidak terdengar, dan tidak terdapat asites
- 10) Ekstremitas, umumnya terjadi kelemahan atau kelumpuhan pada ekstremitas (Rosjidi, 2017).

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien stroke dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia yaitu:

- a. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun
- b. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun
- c. Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral d.d tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai

- d. Gangguan integritas kulit b.d penurunan mobilitas d.d kerusakan jaringan
- e. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
- f. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan d.d berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal
- g. Gangguan menelan b.d gangguan serebrovaskular d.d mengeluh sulit menelan, batuk sebelum menelan batuk setelah makan atau minum, tersedak, makanan tertinggal di rongga mulut
- h. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d embolisme
- i. Risiko jatuh d.d kekuatan otot menurun

**3. Intervensi Keperawatan**

Tahap intervensi dalam proses keperawatan digunakan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan, masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien agar efektif dan efisien (Prastiwi, et al. 2023).

**Tabel 1.2 Tujuan dan Intervensi Keperawatan**

No.	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan mobilisasi <i>Observasi</i> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi <i>Terapeutik</i> - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan

			<i>Edukasi</i> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
2.	Gangguan komunikasi verbal b.d penurutan sirkulasi serebral d.d tidak mampu berbicara atau mendengar, menunjukkan respon tidak sesuai	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil;; 1. Kemampuan berbicara meningkat 2. Kemampuan mendengar meningkat 3. Afasia menurun 4. Pemahaman komunikasi membaik	Promosi komunikasi: defisit bicara <i>Observasi</i> - Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara - Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <i>Terapeutik</i> - Gunakan metode komunikasi alternatif - Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan - Ulangi apa yang disampaikan pascain <i>Edukasi</i> - Anjurkan berbicara perlahan
3.	Gangguan integritas kulit b.d penurutan mobilitas d.d kerusakan jaringan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakn lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan menurun	Perawatan luka <i>Observasi</i> - Monitor karakteristik luka - Monitor tanda-tanda infeksi <i>Terapeutik</i> - Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan - Berikan salep yang sesuai ke kulit - Pasang balutan sesuai jenis luka <i>Edukasi</i> - Ajarkan keluarga prosdur perawatan luka secara mandiri <i>Kolaborasi</i> - Kolaborasi pemberian antibio
4.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis d.d mengeluh nyeri, tampak meringsis,	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun,	Manajemen nyeri <i>Observasi</i> - Identifikasi lokasi, durasi, karakteristik, kualitas, intensitas, frekuensi nyeri

	bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.	dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	- Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <i>Terapeutik</i> - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat dan tidur\ <i>Edukasi</i> - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <i>Kolaborasi</i> - Kolaborasi pemberian analgetik
5.	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan d.d berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tus nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. IMT membaik	Manajemen nutrisi <i>Observasi</i> - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Monitor asupan makanan - Monintr berat badan <i>Terapeutik</i> - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan protein - Berikan suplemen makanan, jika perlu <i>Edukasi</i> - Ajarkan posisi duduk, jika mampu <i>Kolaborasi</i> - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu
6.	ngguan menelan b.d gangguan serebrovaskular d.d mengeluh	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan	Pencegahan aspirasi <i>Observasi</i> - Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah dan

	sulit menelan, batuk sebelum menelan atau tersedak, makanan tertinggal di rongga mulut	2 tus menelan membaik, dengan kriteria hasil: 1. Reflek menelan meningkat 2. Reflek tersedak menurun 3. Batuk menurun	kemampuan menelan <i>Terapeutik</i> - Posisikan semi fowler 30 menit sebelum memberi asupan oral - Pertahankan posisi semi fowler pada pasien tidak sadar - Pertahankan kepatenan jalan napas - Berikan makanan dengan ukuran kecil dan lunak <i>Edukasi</i> - Ajarkan makan secara perlahan
7.	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d embolisme	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan intrakranial menurun 3. Sakit kepala menurun 4. Nilai rata-rata tekanan darah membaik	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial <i>Observasi</i> - Identifikasi penyebab peningkatan TIK - Monitor tanda gejala peningkatan TIK - Monitor MAP - Monitor status pernapasan <i>Terapeutik</i> - Berikan posisi semi fowler - Cegah terjadinya kejang - Pertahankan suhu tubuh normal <i>Kolaborasi</i> - Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu - Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
8.	Risiko jatuh d.d penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan masalah tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat duduk	Pencegahan jatuh <i>Observasi</i> - Identifikasi faktor risiko jatuh - Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh

		<p>menurun</p> <p>3. Jatuh saat berjalan menurun</p> <p>4. Jatuh saat berdiri menurun</p> <p>5. Jatuh saat dipindahkan saat menurun</p>	<p>- Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>- Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>- Pasang handrail tempat tidur</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>- Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>
--	--	---	--

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merujuk pada pengelolaan dan realisasi dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap intervensi. Tujuan dari tahap implementasi adalah untuk mendukung klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Tujuan implementasi keperawatan mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Prastiwi, *et al.* 2023).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan proses penilaian yang dilakukan dengan membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana keperawatan atau menghentikan rencana keperawatan. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya (Prastiwi, *et al.* 2023). Menurut Utami (2022), evaluasi keperawatan ada dua yaitu :

- a. Evaluasi proses (formatif), adalah jenis evaluasi yang dilakukan setelah setiap tindakan, dengan fokus pada etiologi. Proses ini dilakukan secara berkelanjutan hingga tujuan yang telah ditetapkan

tercapai. Evaluasi ini bertujuan untuk memberikan umpan balik yang dapat digunakan untuk memperbaiki dan menyesuaikan intervensi keperawatan yang sedang dilaksanakan. Evaluasi formatif harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan dan setelah diimplementasikan untuk membantu menilai efektivitas intervensi tersebut.

b. Evaluasi hasil (sumatif)

Evaluasi sumatif adalah rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan. Fokus evaluasi sumatif adalah untuk menilai perubahan perilaku atau status kesehatan pasien di akhir periode asuhan keperawatan. Hasil dari evaluasi pada konteks asuhan keperawatan dapat dikategorikan sebagai berikut yaitu tercapainya tujuan atau masalah teratasi: apabila pasien menunjukkan perubahan yang sesuai pada standar yang sudah ditetapkan, sebagian tujuan tercapai atau masalah teratasi sebagian: apabila pasien menunjukkan perubahan sebagian dari standar dan kriteria yang sudah ditetapkan. Tidak tercapainya tujuan atau masalah tidak teratasi: apabila pasien tidak menunjukkan perubahan atau kemajuan sama sekali bahkan muncul masalah baru.

Menentukan apakah suatu masalah terselesaikan, terselesaikan sebagian, atau belum terselesaikan melibatkan perbandingan SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang diidentifikasi. Perumusan evaluasi sumatif terdiri dari empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yaitu:

- S (subjektif): Data subjektif didapatkan dari hasil keluhan pasien.
- O (objektif): Data objektif didapatkan dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- A (analisis): Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.

- P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien

D. Penelitian Terkait

No.	Judul Artikel	Population	Intervention	Compare	Outcome
1.	Penerapan Terapi Bola Genggam terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke di Bangsal Anyelir RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri  <b>Peneliti:</b> Yuliyanti, F. I., Hartutik, S., & Sutarto, A. (2023)	Subjek penelitian terdiri dari dua responden, yaitu pasien pasca stroke. Kriteria inklusi yang ditetapkan mencakup pasien pasca stroke non-hemoragik, baik pria maupun wanita, dengan rentang usia antara 50 sampai 80 tahun. Para pasi tersebut dirawat di Bangsal Anyelir RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso,	Penelitian ini dilaksanakan dengan durasi 10 sampai 15 menit setiap hari sekali dalam sehari, selama empat hari. Intervensi yang diterapkan melibatkan mengenggam secara rapat yang diterapkan dalam latihan genggam bola karet.	Tidak ada kelompok pembandingan dalam penelitian ini	Terdapat perbedaan yang signifikan dalam perkembangan pasien sebelum dan setelah menerima terapi genggam bola karet pada lansia yang mengalami stroke. Terapi ini menunjukkan peningkatan kekuatan otot motorik pada pasien lansia. Sebelum terapi dilakukan, skala kekuatan otot pasien stroke yaitu 3. Setelah menjalani terapi genggam bola karet, skala kekuatan otot pasien meningkat yaitu 4.
2.	Penerapan Latihan Bola Genggam terhadap Kekuatan Otot pada Klien Stroke Non Hemoragik  <b>Peneliti:</b> Margiyati., Rahmanti, A., &	Populasi dalam penelitian ini terdiri dari penderita stroke yang terdaftar di Puskesmas Rowosari Semarang pada tahun 2018, dengan total 24 individu. Peneliti menerapkan teknik	Peneliti menerapkan perlakuan dengan memberikan terapi bola karet berdiameter 6,0 cm kepada subjek untuk di genggam pada ekstremitas atas. Aktivitas ini dilakukan sebanyak 15 kali genggam, dilaksanakan sekali sehari	Tidak ada kelompok pembandingan dalam penelitian ini	Setelah pelaksanaan intervensi keperawatan yang melibatkan terapi latihan genggam bola karet, terdapat peningkatan nilai kekuatan otot pada pasien yang mengalami stroke non hemoragik

<p>Prasetyo, E. (2022)  <b>Artikel:</b>  Jurnal Jurdikikes Vol 4 No. 1</p> <p>3. Penerapan Genggam Bola Untuk Mengatasi Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik</p> <p><b>Peneliti:</b>  Sari, D. M., &amp; Kustriyani, M</p> <p><b>Artikel:</b>  Posiding Semiar Nasional Hasil Penelitian dan Pengabdian Masyarakat, Vol 5, No. 1</p>	<p>purposive sampling untuk menentukan subjek penelitian. Dalam studi ini, jumlah subjek yang digunakan adalah 2 individu.</p> <p>Subjek dalam penelitian ini adalah pasien stroke non hemoragik yang di rawat di RS Muhammadiyah Darul Istiqomah, dengan jumlah dua responde. Kriteria yang ditetapkan untuk subjek yaitu pasien dengan kelemahan otot pada tangan.</p>	<p>selama empat hari berturut-turut.</p> <p>9 Implementasi terapi genggam bola di jelaskan bahwa yang di lakukan sebelum melakukan terapi genggam bola yaitu persiapan pasien, pastikan pasien berada dalam posisi nyaman. meletakkan bola karet di atas telapak tangan pasien yang lemah, lalu perintahkan pasien untuk mengenggam atau mencengkram bola karet, setelah itu, minta pasien untuk mengendurkan tangan, selanjutnya, perintahkan pasien 9 untuk mengenggam bola karet kembali dan lakukan berulang-ulang sebanyak 15 kali genggamannya. Setelah selesai, perintahkan pasien untuk melepaskan genggamannya bola karet pada tangan.</p>	<p>Tidak ada kelompok pembandingan dalam penelitian ini</p>	<p>Subjek 1 dan 2 menunjukkan adanya peningkatan kekuatan otot sesudah menjalani terapi genggam bola selama empat hari. Penilaian skala kekuatan otot untuk subjek 1 menunjukkan bahwa sebelum terapi, pada hari pertama kekuatan otot 2, namun sesudah terapi pada hari ketiga dan keempat kekuatan otot meningkat menjadi 3. Sementara itu, subjek 2 juga menunjukkan peningkatan kekuatan otot yang signifikan. Sebelum terapi pada hari pertama kekuatan otot 2 dan pada hari kedua meningkat menjadi 3 serta hari ketiga dan keempat</p>
---	--	---	---	---

4.	<p><b>5</b> <b>Case Report:</b> Implementasi Terapi Genggam Bola Karet dalam Asuhan Keperawatan pada Pasien Lansia dengan Stroke</p> <p><b>Peneliti:</b> Nurani, D. E., &amp; Lestari, N. D. (2023).</p> <p><b>Artikel:</b> Jurnal Medika Nusantara Vol. 1, No. 2</p>	<p>Sampel pada penelitian laporan kasus ini terdiri dari individu lansia yang mengalami stroke.</p>	<p>Latihan ini dilaksanakan sekali sehari dengan 15 kali gengaman, yang diharapkan kekuatan otot dan membantu mengatasi gangguan mobilitas fisik.</p> <p><b>5</b> Intervensi berupa latihan genggam bola karet pada lansia yang mengalami stroke dengan kelemahan otot, dilaksanakan selama tiga hari berturut-turut. Latihan ini dilakukan dengan posisi sendi pergelangan tangan pada sudut 45 derajat. Pasien di perintahkan untuk menahan genggam selama 5 detik, kemudian melakukan relaksasi. Proses ini diulang sebanyak tujuh kali.</p>	<p>Tidak ada kelompok pembandingan dalam penelitian ini</p>	<p>4. Peningkatan kekuatan otot ini menunjukkan efektivitas terapi genggam bola dalam meningkatkan kekuatan otot pada kedua subjek penelitian.</p> <p><b>5</b> Sudah pelaksanaan intervensi latihan genggam bola karet selama tiga hari, terdapat peningkatan kekuatan otot yang signifikan, dari skala 2 menjadi skala 3. Hal ini menunjukkan bahwa latihan genggam bola karet efektif dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien lansia yang mengalami stroke.</p>
5.	<p>Pengaruh Genggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Di Rumah Sakit Murni Teguh Tuban Bali</p>	<p>Jumlah sampel 13 pasien stroke. Besarnya sampel ditentukan dengan menggunakan rumus sampel Dua Mean</p>	<p>Pasien diberikan terapi genggam bola karet dimana mengenggam dan membuka tangan yang mengalami penurunan</p>	<p>Tidak ada kelompok pembandingan dalam penelitian ini</p>	<p>Terdapat pengaruh genggam bola karet terhadap kekuatan otot pasien stroke di Rumah Sakit Murni Teguh Tuban Bali</p>

<p>Tuban Bali</p> <p><b>Peneliti:</b> Dewi, N. P. R. P., &amp; Sembiring, H. (2024)</p> <p><b>Artikel:</b> BEST JOURNAL (Biology Education Science &amp; Technology). Vol. 7 No. 2</p>	<p>kekuatan otot dengan menggunakan media bola karet yaitu bola yang terbuat dari karet dengan tekstur yang halus, berukuran sekepal tangan, diberikan pada pasien stroke selama 20 menit satu kali dalam sehari dilakukan 3 kali selama 1 minggu. Data kekuatan otot dikumpulkan menggunakan <i>Manual Muscle Testing</i>.</p>	<p>kekuatan otot dengan menggunakan media bola karet yaitu bola yang terbuat dari karet dengan tekstur yang halus, berukuran sekepal tangan, diberikan pada pasien stroke selama 20 menit satu kali dalam sehari dilakukan 3 kali selama 1 minggu. Data kekuatan otot dikumpulkan menggunakan <i>Manual Muscle Testing</i>.</p>	<p>Tidak ada kelompok pembandingan dalam penelitian ini</p>	<p>dengan p-value 0,001. Kekuatan otot ekstermitas atas diberikan genggam bola karet dengan rata-rata 2,69 dan terjadi peningkatan kekuatan otot ekstermitas atas sesudah diberikan genggam bola karet dengan rata-rata 3,92.</p>
<p>6. Penerapan Terapi Genggam Bola Karet Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Sadewa RSUD Jombang</p> <p><b>Peneliti:</b> Sakdiah, H. H., Pratiwi, T. F., Cannella, D., Wijaya, A., &amp;</p>	<p>Subjek penelitian terdiri dari dua pasien yang didiagnosa stroke non-hemoragik dan mengalami gangguan mobilitas fisik akibat penurunan kekuatan otot pada ekstremitas atas.</p>	<p>Implementasi 10 Keperawatan dilakukan selama 3 hari dengan durasi 17 menit setiap pertemuan, dengan penantauan tanda-tanda vital, kepatuhan terhadap terapi genggam bola karet, serta melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.</p>	<p>Hasil evaluasi dari kedua pasien selama 3 hari dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik adalah pada kedua pasien terdapat peningkatan pada kekuatan otot. Pasien pertama mengalami peningkatan, yaitu mampu menggerakkan tangan kanan, dengan perubahan kekuatan otot tangan kanan dari 3 menjadi 4. Sememara itu, pasien kedua melaporkan sudah mampu</p>	

<p>Fitriyah, E. (2025) <b>Artikel:</b> Jurnal Kesehatan Masyarakat, Volume 9, No. 1</p>	<p>Penerapan Terapi Genggam Bola Karet terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke di RSUD Pandan Arang Boyolali</p> <p><b>Peneliti:</b> Ardiansyah, R. K., Astuti, A. M., &amp; Mursudarinah</p> <p><b>Artikel:</b> Jurnal Kesehatan Tambusai, Volume 5, Nomor 3</p>	<p>Populasi pada penelitian ini mencakup seluruh pasien yang terdaftar di Rumah Sakit Pandan Arang Boyolali. Dari populasi tersebut, sampel yang digunakan pada penelitian ini terdiri dari 35 responden.</p>	<p>Intervensi genggam bola karet diberikan selama 3 hari dengan durasi selama 10 menit. Alat yang digunakan yaitu bola karet yang elastis.</p>	<p>Tidak ada kelompok pembandingan dalam penelitian ini</p>	<p>menggenggam bola dan mengangkat tangan, dengan perubahan kekuatan otot tangan kanan dari 2 menjadi 3.</p> <p>Ada pengaruh yang signifikan pada skor kekuatan otot sebelum dan setelah intervensi. Hasil rata-rata skala kekuatan otot kelompok intervensi menunjukkan bahwa sebelum dilakukan terapi genggam bola karet nilai rata-rata adalah 1,54 yang tergolong dalam kategori lemah. Setelah diberikan terapi, nilai rata-rata meningkat menjadi 3,83 yang termasuk dalam kategori sedang.</p>
<p>7.</p>					
<p>8.</p>	<p>Pengaruh Terapi Genggam Bola Karet terhadap Peningkatan Kekuatan Otot pada Pasien Stroke Non Hemoragik di RSUD Kardimah</p>	<p>Suby<sup>6</sup> penelitian pada studi kasus ini terdiri dari 2 pasien yang didiagnosis dengan stroke non hemoragik, yang dirawat di ruang perawatan RSUD</p>	<p>Prosedur penerapan terapi genggam bola karet dilakukan dengan frekuensi latihan teratur, yaitu dua kali sehari, baik pagi maupun sore hari. Setiap sesi latihan dilakukan selama 10</p>	<p>Tidak ada kelompok pembandingan dalam penelitian ini</p>	<p>Hasil penerapan terapi genggam bola karet pada kedua pasien menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam kekuatan tonus otot ekstremitas atas.</p>

<p>Kota Tegal</p> <p><b>Peneliti:</b> Mumifah, S., Ratumaningsih, A., &amp; Safii, I. (2024)</p> <p><b>Artikel:</b> NAJ : Nursing Applied Journal Vol.1, No.3</p>	<p>Kardinah Tegal.</p> <p>Kota</p>	<p>sampai 15 menit dan dilaksanakan selama 3 hari berturut-turut.</p>	<p>Pasien 1, sebelum dilakukan terapi, otot kekuatan ekstremitas atas kanan yaitu 4 dan setelah menjalani terapi selama tiga hari kekuatan tonus otot ekstremitas atas kanan meningkat menjadi 5. Pasien 2, sebelum diberikan terapi kekuatan tonus ott ekstremitas atas kanan yaitu 3 dan setelah menjalani terapi meningkat menjadi 4.</p>	<p>Pasien 1, sebelum dilakukan terapi, otot kekuatan ekstremitas atas kanan yaitu 4 dan setelah menjalani terapi selama tiga hari kekuatan tonus otot ekstremitas atas kanan meningkat menjadi 5. Pasien 2, sebelum diberikan terapi kekuatan tonus ott ekstremitas atas kanan yaitu 3 dan setelah menjalani terapi meningkat menjadi 4.</p>
<p>9. Efektivitas ROM (Range of Motion) terhadap Kekuatan Otot pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Royal Prima Tahun 2021</p> <p><b>Peneliti:</b> Purba, S. D., Sidiq, B., Purba, I. K., Hutapea, E., Kristina, L., Silahahi, K. L., Sucahyo, S., &amp; Dian. (2022)</p>	<p>Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 20 orang.</p>	<p>Latihan ROM dilakukan di pagi dan sore hari untuk melenturkan otot-otot yang kaku. Latihan ROM ini dilakukan berkali-kali dalam satu hari. Semakin sering pasien melakukan latihan ROM, semakin kecil kemungkinan pasien mengalami defisit kemampuan. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan fleksibilitas otot dan meminimalkan kekakuan yang dapat mengganggu pemulihan</p>	<p>Tidak ada kelompok pembandingan dalam penelitian ini</p>	<p>Dalam pelaksanaan latihan <i>range of motion</i> pada pasien stroke non hemoragik, terdapat peningkatan kekuatan otot pada pasien yang mengalami kelemahan otot. Hasil uji wilcoxon menunjukkan nilai p-value sebesar 0,004, yang lebih kecil dari nilai alpha 0,05. Hal ini mengindikasikan bahwa terdapat</p>

	<p><b>Artikel:</b> Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan, Vol 7, No 1</p>		<p>fungsi motorik</p>		<p>yang signifikan dari latihan ROM terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke.</p>
10.	<p>Kombinasi Latihan ROM dan Bola Karet pada Pasien Stroke Iskemik dengan hemiparesis</p> <p>Studi Kasus</p> <p><b>Peneliti:</b> Asmawita, H., Ahyana., &amp; Kamal, A. (2022)</p> <p><b>Artikel:</b> Studi Kasus. Jim Fkep, Vol 1, No. 3</p>	<p>Subjek pada studi kasus ini yaitu satu pasien dengan hemiparesis</p>	<p>Implementasi yang diterapkan meliputi latihan ROM pasif sebanyak sehari dua kali dengan durasi sekitar 7-10 menit selama empat hari perawatan. Latihan ini dimodifikasi dengan tambahan penggunaan bola karet kecil untuk latihan mengganggam tangan serta menstimulasi gerakan jari-jari tangan. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan fungsi motorik dan fleksibilitas ekstremitas atas pasien.</p>	<p>Tidak ada kelompok pembandingan dalam penelitian ini</p>	<p>Hasil evaluasi menunjukkan bahwa pergerakan ekstremitas dan kekuatan otot pasien mengalami peningkatan. Setelah 4 hari diberikan terapi ROM, kekuatan otot ekstremitas kanan pasien meningkat dari nilai 2 menjadi 3. Selain itu keadaan umum pasien juga menunjukkan perbaikan yang signifikan pada hari ketiga perawatan. Peningkatan ini mencerminkan efektivitas terapi ROM dalam rehabilitasi pasien stroke.</p>

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Kasus Berdasarkan Teori dan Jurnal**

Stroke adalah kondisi yang terjadi ketika sirkulasi di otak terhambat, akibat gangguan peredaran darah di otak, yang menyebabkan jaringan otak mati. Hal ini dapat membuat individu mengalami paralisis samapai berpotensi mengakibatkan meninggal dunia (Riskesdas, 2018). Hasil pengkajian terhadap tiga pasien kelolaan di ruang NHCU RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang, didapatkan tiga pasien dengan jenis kelamin wanita . Pasien pertama, Ny. Rt usia 50 tahun dibawa kerumah sakit karena mengalami penurunan kesadaran dan penurunan pada anggota gerak secara perlahan-lahan. Pada pasien kedua, Ny. Rs usia 57 tahun dibawa kerumah sakit karena mengalami penurunan kesadaran secara tiba-tiba saat aktivitas dan mengalami kelemahan pada kedua sisi tubuh namun lebih berat pada sisi tubuh sebelah kanan. Pasien ketiga, Ny. S usia 62 tahun dibawa kerumah sakit karena mengalami kelemahan pada kedua kaki dan semakin memberat sejak enam hari sebelum masuk rumah sakit diikuti kelemahan pada ekstremitas atas. Ketiga pasien kelolaan memiliki riwayat hipertensi.

Sebagian besar penderita stroke cenderung akan mengalami gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik didefinisikan sebagai keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (SDKI, 2018). Pasien stroke yang mengalami gangguan mobilisasi sering kali hanya dapat berbaring tanpa kemampuan untuk mengubah posisi. Keterbatasan ini menyebabkan timbul masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Menurut Suwaryo, Lavia & Waladani (2021), sekitar 70-80 % pasien stroke mengalami hemiparesis yaitu kelemahan pada satu sisi tubuh.

Hasil pengkajian yang dilakukan pada ketiga pasien kelolaan dengan stroke terdapat persamaan dalam keluhan pasien yaitu mengalami penurunan kekuatan otot yang mengakibatkan ketidakmampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Hal ini sesuai dengan penelitian Syamsuddin & Adam

(2023), yang menjelaskan bahwa stroke menyebabkan berbagai defisit neurologis salah satunya terjadi pada defisit motorik dimana terjadi penurunan kekuatan otot sehingga menyebabkan pasien stroke menjadi tergantung dengan orang lain dan menjadi tidak mandiri dalam memenuhi kebutuhannya dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

Salah satu cara untuk meminimalkan kecacatan setelah serangan stroke adalah dengan melakukan rehabilitasi dini. Rehabilitasi dini bagi pasien dapat dilakukan melalui terapi latihan. Terapi latihan merupakan metode yang digunakan untuk mempercepat pemulihan pasien dari cedera dan penyakit dengan melibatkan gerakan aktif maupun pasif. Gerak aktif adalah gerak yang dihasilkan oleh kontraksi otot sendiri. Salah satu latihan gerak aktif dapat dilakukan adalah terapi latihan menggenggam bola karet (Supriani *et al.*, 2022). Latihan ini tidak hanya membantu meningkatkan kekuatan otot, tetapi juga berkontribusi pada pemulihan fungsi motorik dan koordinasi, yang sangat penting bagi pasien stroke dalam proses rehabilitasi mereka.

Pemberian terapi genggam bola karet <sup>10</sup> pada ketiga pasien kelolaan dilakukan selama tiga hari berturut-turut diberikan satu hari dua kali di pagi dan sore. Terapi dilakukan selama sepuluh menit yang dimulai dari meletakkan bola karet diatas telapak tangan pasien yang mengalami kelemahan selanjutnya instruksikan pasien untuk menggenggam bola karet dan menahannya selama lima detik lalu kendurkan genggamannya pada bola, instruksikan pasien untuk mengulangi menggenggam bola karet dan dilakukan secara berulang-ulang selama durasi sepuluh menit. Kemudian pasien beristirahat selama lima menit lalu diukur kekuatan ototnya menggunakan *manual muscle test*. Latihan ini di lakukan sehari satu kali. Penelitian oleh Nurrani & Lestari (2023), yang menyatakan gerakan menggenggam diterapkan dalam latihan genggam bola karet merangsang peningkatan aktivitas kimiawi neoromuskuler dan muskuler. Hal ini akan merangsang serat saraf otot ekstermitas terutama saraf parasimpatis untuk memproduksi asetilcholin, sehingga muncul kontraksi. Menggenggamkan tangan akan

mengerakkan otot sehingga membangkitkan kendali otak terhadap otot tersebut (Rismawati, 2022).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Jamren *et.al.*, (2019) memperoleh hasil terapi genggam bola karet efektif meningkatkan kekuatan otot tangan dan lengan ketika diimplementasikan dalam program latihan, yang akan berkontribusi pada meningkatnya kemampuan dalam menjalankan kegiatan sehari-hari. Selain itu, aktivitas meremas bola karet adalah bentuk pergerakan aktif yang melibatkan kontraksi otot, sehingga dapat menghindari terjadinya komplikasi yang disebabkan oleh melemahnya otot (Pangaribuan *et.al.*, 2020).

Penelitian Sari & Kustriyani (2023), mendapatkan hasil latihan genggam bola karet sekali sehari dilakukan lima belas kali genggaman terjadi peningkatan kekuatan otot dan berhasil dalam mengatasi gangguan mobilitas fisik. Selain itu, penelitian oleh Azizah (2020) yang berjudul "Genggam Bola untuk Mengatasi Hambatan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik" mengindikasikan ada dampak positif dari terapi genggam bola pada kekuatan otot pasien stroke. Sesudah menerima terapi selama enam hari, memperlihatkan meningkatnya skala kekuatan otot, dimana skala kekuatan otot meningkat dari 1 ke 3, dan dari 2 ke 4. Latihan ini dilaksanakan selama tiga hingga sepuluh menit setiap harinya (Azizah & Wahyuningsih, 2020).

Berdasarkan hasil evaluasi pada ketiga pasien stroke sesudah dilakukan terapi genggam bola karet mengalami perubahan kekuatan otot. Pasien pertama Ny. R sebelum diberikan intervensi kekuatan ototnya adalah 3,2,2,1 sedangkan setelah diberikan intervensi menjadi 4,2,3,1. Kekuatan otot Ny. R mengalami perubahan setelah diberikan intervensi terapi genggam bola karet. Pasien kedua, Ny. R sebelum diberikan intervensi kekuatan ototnya adalah 2,2,3,2 sedangkan setelah diberikan intervensi menjadi 3,2,3,2. Kekuatan otot Ny. R mengalami perubahan setelah diberikan intervensi terapi genggam bola karet. Pasien ketiga Ny. S sebelum diberikan intervensi kekuatan ototnya adalah 3,2,2,2 sedangkan setelah diberikan intervensi menjadi 3,2,3,2. Kekuatan otot Ny. S mengalami perubahan sesudah

dilakukan intervensi terapi genggam bola karet.

Latihan menggenggam bola yang memiliki tekstur halus dan lentur bisa menstimulasi kontraksi fibril otot. Kontraksi otot tangan akan meningkatkan kekuatan otot tersebut. Hal ini disebabkan oleh adanya kontraksi yang ditimbulkan melalui kenaikan aktivitas motorik. Latihan ringan seperti menggenggam bola mempunyai sejumlah kelebihan, diantaranya dalam pemahaman dan pengingatan oleh pasien serta keluarganya. Selain itu, latihan ini mudah dilakukan dan merupakan intervensi keperawatan yang memiliki biaya rendah, sehingga bisa dilakukan oleh penderita stroke (Sahrani, Sukmaningtyas, & Khasanah, 2023).

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa dua dari pasien kelolaan mengalami gangguan integritas kulit. Penelitian oleh Nilasanti & Suharto (2022) menjelaskan bahwa masalah utama pada pasien stroke adalah penurunan fungsi motorik, yang mengakibatkan kelemahan pada anggota gerak dan menyebabkan hemiparesis. Kondisi ini mengharuskan pasien untuk berbaring dalam waktu yang lama. Durasi tirah baring yang berkepanjangan dapat mengakibatkan tekanan pada area tubuh yang menonjol dan tekanan yang terus menerus ini mengakibatkan penurunan aliran darah, sehingga berpotensi menyebabkan kerusakan integritas kulit, yaitu luka tekan. Gangguan integritas kulit menjadi masalah keperawatan yang paling sering terjadi pada pasien stroke yang mengalami tirah baring lama. Dampak gangguan integritas kulit jika tidak teratasi dapat mengakibatkan terjadinya infeksi, rasa nyeri pada area luka tekan, dan dampak psikologis pada pasien maupun keluarga (Djamaludin, Chrisanto & Risnarita, 2024).

Terdapat satu pasien kelolaan yang mengalami gangguan menelan yaitu Ny. R. Penelitian oleh Jaya, Rosa & Megawati (2024), menjelaskan penderita stroke sering mengalami kesulitan menelan. Hal ini disebabkan oleh adanya lesi pada otak yang mengganggu fungsi mengunyah. Lesi pada otak juga dapat memengaruhi fungsi kognitif, seperti konsentrasi yang berperan penting dalam proses menelan. Selain itu, kerusakan pada batang otak dapat

mengakibatkan perubahan sensasi di mulut, lidah, dan pipi, serta mengganggu sistem menelan yang mencakup proses menelan di faring dan laring, penutupan epiglottis, serta relaksasi krikofaringeal dan esofagus. Semua ini terjadi akibat gangguan pada sistem pernapasan yang dipengaruhi oleh saraf vagus, yang dapat menyebabkan disfagia. Penderita stroke dengan disfagia berat berisiko mengalami malnutrisi, oleh karena itu pada Ny. R diberikan intervensi pemberian makan enteral dengan diberikan diet cair susu dan bubur saring 5x200 cc.

Berdasarkan pengkajian didapatkan masalah keperawatan risiko infeksi pada Ny. R dengan adanya luka pada bokong. Risiko infeksi didefinisikan sebagai mengalami peningkatan terinfeksi organisme patogenik (SDKI, 2016). Mencuci tangan dengan sabun antiseptik dan air bersih atau handrub alkohol adalah salah satu cara terbaik untuk mencegah berbagai penyakit (*World Health Organization*, 2020). Sebelum dan setelah kontak dengan pasien di rumah sakit hand hygiene harus dilakukan (Shuker *et al.*, 2015). Membatasi jumlah pengunjung juga membantu mencegah penularan infeksi dari orang lain dan membantu pasien mendapatkan waktu tidur yang baik, yang memungkinkan sekresi hormon pertumbuhan dan peningkatan kekebalan, yang dapat mengurangi risiko infeksi. (Elvira, 2019).

Berdasarkan pengukuran risiko jatuh menggunakan skala morse pada ketiga pasien kelolaan memiliki risiko jatuh tinggi dengan nilai > 50. Gangguan keseimbangan yang disebabkan oleh penurunan fungsi motorik membuat pasien stroke rentan terhadap risiko jatuh. Faktor penyebab risiko jatuh dapat dibedakan menjadi menjadi dua kategori, yaitu faktor intrinsik yang mencakup riwayat jatuh sebelumnya, penurunan ketajaman penglihatan, perilaku dan sikap saat berjalan, kondisi sistem muskuloskeletal, status mental, serta adanya penyakit akut dan kronis. Sementara itu, faktor ekstrinsik meliputi pengobatan, kondisi kamar mandi, desain bangunan, keadaan permukaan lantai dan pencahayaan yang minim (Fatmawati & Syahlema, 2022). Penurunan fungsi dan kekuatan otot akan mengakibatkan penurunan

kemampuan mempertahankan keseimbangan tubuh manusia (Masruri, Kusyairi & Widhiyanto, 2023)

#### **B. Implikasi Keperawatan**

Stroke merupakan salah satu penyakit Neurologi yang dapat menyebabkan kelemahan pada sebagian atau seluruh anggota ekstremitas, sehingga perlu dilakukan tindakan keperawatan guna meningkatkan kekuatan otot pasien. Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik dapat dilakukan dengan farmakologi dan nonfarmakologi. Tujuan dari terapi farmakologi yang melibatkan pemberian obat pengencer darah yang juga dikenal sebagai antikoagulan, digunakan untuk menghindari penyumbatan baru di pembuluh darah otak. Penggunaan antikoagulan ini penting dalam mengurangi risiko komplikasi yang dapat terjadi akibat pembekuan darah, sehingga mendukung pemulihan pasien. Nonfarmakologi dapat diberikan fisioterapi dan latihan ROM salah satunya dengan terapi genggam bola (Permatasari, *et al*, 2024). Pada ketiga pasien kelolaan didapatkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik ditandai dengan adanya penurunan kekuatan otot. Intervensi yang diberikan adalah terapi nonfarmakologis berupa **terapi genggam bola karet**. Terapi latihan **menggenggam bola karet** melibatkan gerakan **tangan yang** terdiri dari tiga tahap, yaitu membuka tangan, menutup jari-jari untuk menggenggam, dan mengatur kekuatan otot tangan saat melakukan genggam. Tujuan dari latihan ini adalah supaya menstimulasi fungsi motorik tangan melalui aktivitas menggenggam bola. Penggunaan bola yang halus dan bertekstur lentur mampu menstimulasi serat-serat otot supaya berkontraksi. Kontraksi otot yang terjadi menghasilkan kekuatan otot tangan meningkat. Hal ini disebabkan oleh peningkatan unit motorik yang di produksi oleh asetilkolin, yaitu **zat kimia yang dilepaskan oleh neuron motorik dalam sistem saraf untuk merangsang otot** (Sari & Kustriyani, 2023).

Setelah terjadi serangan stroke, mengakibatkan otot melemah, sehingga kemampuan pasien untuk menggerakkan satu atau lebih anggota

tubuh menjadi terbatas. Untuk mengurangi komplikasi yang mungkin terjadi, tindakan keperawatan yang diberikan kepada ketiga pasien kelolaan meliputi latihan ROM. Latihan ROM yang diterapkan terdiri dari dua jenis, yaitu ROM pasif dan aktif. Selain itu, keluarga pasien juga diajarkan cara melakukan latihan ini, sehingga dapat menerapkannya secara mandiri pada pasien dirumah. ROM aktif salah satunya dengan latihan menggenggam bola. Hal tersebut untuk membantu pemulihan bagian lengan atau bagian ekstremitas atas sehingga diperlukan teknik untuk merangsang tangan seperti latihan fungsional dengan cara menggenggam sebuah bola pada telapak tangan (Prok, Gessal, & Angliadi, 2016). Dalam penerapan latihan ROM pada pasien kelolaan, penulis melibatkan keluarga dan kemudian meminta keluarga untuk mengulangi latihan tersebut pada pasien dengan penulis yang memberi pengawasan serta arahan.

Latihan ROM dirancang untuk meningkatkan tonus otot dan gerak sendi. Melakukan latihan ROM pada pasien stroke sejak dini membantu merangsang unit motorik dan meningkatkan kekuatan otot. Kekuatan otot meningkat seiring dengan jumlah neuron motorik yang terlibat (Anggriani *et al.*, 2018). Studi kasus yang dilakukan oleh Kristiani (2018), menemukan bahwa latihan ROM yang sudah diberikan selama satu bulan berpengaruh signifikan dalam meningkatkan kekuatan otot pasien stroke, yang awalnya kekuatan otot 3 meningkat 4 dan kemudian dari kekuatan otot 4 meningkat jadi 5. Pelaksanaan latihan ini sebanyak dua kali dalam satu hari. Latihan ROM dapat menimbulkan rangsangan sehingga meningkatkan aktivitas dari kimiawi neuromuskuler dan muskuler. Rangsangan melalui neuromuskuler akan meningkatkan rangsangan pada serat saraf otot ekstremitas terutama saraf parasimpatis yang merangsang untuk produksi asetilcholin, sehingga mengakibatkan kontraksi (Merdiyanti, Ayyubana, & Sari, 2021).

Tujuan diberikan terapi latihan dengan menggunakan *rubber ball grip* adalah untuk memperkuat, meningkatkan serta mempertahankan fungsi motorik melalui latihan motorik. Latihan ini menstimulasi tangan untuk

bergerak atau otot berkontraksi, yang dapat membantu pemulihan fungsi motorik ekstremitas atas (Santoso, 2018). Sebagai metode untuk melatih kemampuan genggam pasien, penulis mengkombinasikan latihan ROM dengan penggunaan bola karet. Latihan menggenggam dapat membantu menstimulasi mobilitas jari. Mengepalkan atau menggenggam tangan selama latihan ini berfungsi untuk melatih otot-otot tangan. Selain itu, latihan ini berperan dalam mengaktifkan kembali kontrol otak atas otot-otot ini (Farida, *et al.*, 2019). Dengan melakukan latihan menggunakan bola karet, otot akan terstimulasi untuk berkontraksi, yang mengakibatkan hipertrofi serat otot. Proses pembesaran otot tidak akan mencapai hasil maksimal jika latihan tidak dilakukan secara rutin, dilakukan latihan ini tanpa menyebabkan kelelahan. Dengan demikian, penting untuk melakukan latihan secara rutin agar proses pembesaran otot dapat berjalan dengan baik, yang akan berkontribusi pada peningkatan kekuatan otot (Becker *et al.*, 2015).

Peneliti berasumsi bahwa penerapan terapi ROM yang dikombinasikan dengan terapi genggam bola karet efektif dalam meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke. Pada studi kasus ini diperoleh perubahan kekuatan otot pada pasien stroke setelah pemberian intervensi terapi ROM dan terapi genggam bola karet selama 10 menit dalam waktu 3 hari berturut-turut. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Permatasari, *et al.*, (2024) yang menunjukkan bahwa terapi menggenggam bola karet terbukti efektif dalam meningkatkan kekuatan otot pasien stroke. Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah menjalani terapi ini terdapat peningkatan kekuatan otot pada responden yang awalnya memiliki kekuatan otot dengan nilai 2 naik mengalami peningkatan menjadi 3 pada hari ketiga terapi.

Latihan terapi menggenggam bola karet, yang dilakukan dengan cara menggenggam secara berulang-ulang atau dapat dilaksanakan selama tujuh hingga sepuluh menit setiap hari selama tiga hari berturut-turut, dapat memberikan stimulus otot yang konsisten, yang merangsang pertumbuhan dan

penguatan otot. Penelitian oleh Faridah *et al*, (2019) juga menjelaskan bahwa latihan menggunakan bola secara teratur menghasilkan pembesaran fibril otot, yang artinya otot menjadi lebih besar dan lebih kuat. Latihan menggenggam bola karet ini merupakan intervensi keperawatan dengan biaya murah dan mudah dipahami, mudah untuk diterapkan dan diingat oleh pasien dan keluarga (Nurartianti, & Wahyuni, 2020).

### **C. Dukungan dan Hambatan Selama Profesi**

Selama menjalani pendidikan Profesi Ners, penulis menerima banyak sekali dukungan dan bantuan dari orang tua, keluarga, orang terdekat, pembimbing akademik dan pembimbing klinik. Penulis juga berterima kasih banyak terutama pada pembimbing klinik di Ruang NHCU RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang dalam menyelesaikan penyusunan laporan karya ilmiah akhir ini. Penulis juga memperoleh banyak sekali pengetahuan dan pengalaman baru yang belum pernah penulis dapatkan sebelumnya selama penulis menjalani praktik Profesi Ners di lingkungan Rumah Sakit Mohammad Hoesin Palembang. Selain itu, hambatan yang ditemui penulis selama pemberian intervensi yaitu izin dari keluarga, dimana terdapat keluarga yang tidak mengizinkan untuk dilakukan terapi genggam bola karet kepada pasien. Hal tersebut yang mengharuskan penulis mencari pasien lain.

**BAB V**  
**PENUTUP**

**A. Kesimpulan**

1. Hasil pengkajian yang didapatkan dari ketiga pasien kelolaan didapatkan hasil ketiganya memiliki keluhan yang sama yaitu mengalami kelemahan pada ekstremitas atas.
2. Pada ketiga pasien kelolaan, ditemukan enam diagnosis keperawatan yaitu pasien pertama Ny. Rt ditemukan gangguan mobilitas fisik b.d menurunnya kekuatan otot d.d mengeluh kesulitan menggerakkan ekstremitas kiri atas, penurunan kekuatan 3,2,2,1, rentang gerak menurun. Gangguan integritas kulit b.d kerusakan jaringan/lapisan kulit d.d terdapat luka pada bokong pasien dengan luas luka kurang lebih 5 cm. Risiko infeksi d.d kerusakan integritas kulit dan risiko jatuh d.d kekuatan otot menurun. Pasien kedua, Ny. Rs ditemukan gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d sulit menggerakkan ekstremitas kanan atas, kekuatan otot menurun 2,2,3,2, rentang gerak menurun. Gangguan menelan b.d gangguan saraf kranialis d.d mengatakan kesulitan menelan, tersedak, makanan tertinggal di mulut, batuk sebelum menelan, dan batuk setelah makan atau minum, pasien terpasang NGT. Risiko jatuh d.d kekuatan otot menurun. Pada hari ketiga implementasi Ny. Rs ditemukan diagnosis tambahan yaitu hipertermia b.d proses penyakit d.d suhu tubuh diatas nilai normal T: 38,3°C. Pasien ketiga, Ny. S ditemukan gangguan mobilitas fisik b.d menurunnya kekuatan otot d.d mengeluh kesulitan menggerakkan ekstremitas kanan atas, penurunan kekuatan otot 3,2,2,2, rentang gerak menurun. Gangguan integritas kulit b.d kerusakan jaringan/lapisan kulit d.d terdapat luka pada bokong pasien dengan luas luka kurang lebih 3 cm. Risiko jatuh d.d kekuatan otot menurun. Pasien muncul diagnosis hipertermia b.d dehidrasi pada hari ketiga implementasi.
3. Ketiga pasien kelolaan mendapatkan intervensi dan implementasi keperawatan berupa adalah terapi ROM yang dikombinasikan dengan terapi genggam bola karet pada pasien stroke dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik yang diberikan dua kali sehari selama tiga hari berturut-turut dengan durasi 10 menit.

4. Hasil evaluasi keperawatan menunjukkan bahwa dari 6 masalah keperawatan yang diperoleh 1 masalah teratasi dan 5 masalah teratasi sebagian. Evaluasi terhadap masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik pada ketiga pasien yang telah diberi terapi ROM dan terapi genggam bola karet selama 3 hari berturut-turut, dengan frekuensi dua kali sehari dan durasi 10 menit, menunjukkan adanya perubahan yang signifikan berupa meningkatnya kekuatan otot pasien stroke. Dengan demikian, pemberian ROM dan terapi genggam bola karet terbukti efektif dalam meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke.
5. Hasil telaah dari 10 artikel jurnal mengenai penerapan terapi genggam bola karet pada pasien stroke menunjukkan bahwa terapi ini efektif dalam meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Profesi Keperawatan**

Hasil karya ilmiah ini diharapkan dapat dijadikan sebagai sumber informasi dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan melakukan penerapan terapi genggam bola karet.

### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil karya ilmiah ini diharapkan dapat menjadi landasan bagi kemajuan ilmu keperawatan, khususnya di bidang keperawatan gawat darurat dalam melaksanakan praktik asuhan keperawatan pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan melakukan penerapan terapi genggam bola karet

# PENERAPAN TERAPI GENGAM BOLA KARET PADA PASIEN STROKE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK

## ORIGINALITY REPORT

9%

SIMILARITY INDEX

12%

INTERNET SOURCES

9%

PUBLICATIONS

9%

STUDENT PAPERS

## PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Sriwijaya University Student Paper	2%
2	repository.stikstellamarismks.ac.id Internet Source	1%
3	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	1%
4	repository.unar.ac.id Internet Source	1%
5	jurnal.stikeskesdam4dip.ac.id Internet Source	1%
6	jurnal.stikeskesosi.ac.id Internet Source	1%
7	prin.or.id Internet Source	1%
8	repository.stikessaptabakti.ac.id Internet Source	1%
9	prosiding.d3per.uwhs.ac.id Internet Source	1%
10	library.poltekkes-surabaya.ac.id Internet Source	1%

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On

## SURAT KETERANGAN PENGECEKAN SIMILARITY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Irfana Lita Anggraini  
Nim : 04064882427023  
Prodi : Profesi Ners  
Fakultas : Kedokteran

Menyatakan bahwa benar hasil pengecekan similarity Skripsi/Tesis/Disertasi/Lap. Penelitian yang berjudul **Penerapan Terapi Genggam Bola Karet pada Pasien Stroke dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik** adalah 9 %.

Dicek oleh operator \*: 1. Dosen Pembimbing

2. UPT Perpustakaan

Demikianlah surat keterangan ini saya buat dengan sebenarnya dan dapat saya pertanggung jawabkan.

Indralaya, Juni 2025

Menyetujui  
Dosen pembimbing,



Dhona Andhini, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIP 198306082008122002

Yang menyatakan,



Irfana Lita Anggraini  
NIM: 04064882427023

\*Lingkari salah satu jawaban tempat anda melakukan pengecekan Similarity