

## LAMPIRAN

### Lampiran 1 Formulir Pengajuan Judul Karya Tulis Ilmiah

Lampiran 1a: Contoh Formulir Penentuan Judul Karya Tulis Ilmiah

#### FORMULIR PENENTUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa: SKI NUR ANI  
NIM : P032114401037  
Judul KTI yang diusulkan berdasarkan prioritas:

No	Bidang/departemen	Judul
1	GERONTIK	Penerapan Teknik Range of Motion (ROM) pada Lansia Stroke Hemoragik dengan Masalah Gangguan Mobilitas fisik di Puskesmas x
2	KMB	Penerapan Kompres Hangat Rebusan Air Secai untuk menurunkan nyeri sendi dengan obat Analgesik di Puskesmas x
3	KMB	Acuhan keperawatan Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Gangguan Mobilitas fisik di Rumah Sakit x

*[Handwritten signature]*  
Aca 12/2-20

Usulan nama pembimbing:

1. NS. Syarifah Meri Agribubella, S.Kep. M.Kep
2. R. Sakhnan, SKM. M.Kes

Hari/Tanggal Pengumpulan Senin, 12 Februari 2024  
Pukul : 19.00 WIB

Judul KTI yang disetujui: Penerapan Teknik Range of Motion (ROM) Pada Lansia Stroke Hemoragik Dengan Masalah Gangguan Mobilitas fisik

Mengetahui  
Kaprosdi D3 Keperawatan

*[Handwritten signature]*  
(Idayanti, S.Pd, M.Kes)  
NIP. 196910221994032002

Pekanbaru, 07 Maret 2024  
Koordinator MK KTI  
Program Studi D3 Keperawatan

*[Handwritten signature]*  
(NS. Melly, SST, S.Kep. M.Kes)  
NIP. 197401022002122002

## Lampiran 2 Formulir Kesiediaan Pembimbing 1

Lampiran 1: Contoh Formulir Pemilihan Pembimbing

### FORMULIR KESEDIAAN PEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : Syarifasari Meri Agribubella
2. NIP : 198702192018012001
3. Pangkat/golongan : Penata III C
4. Jabatan : Dosen (Lektor)
5. Asal institusi : Poltekkes Riau
6. Pendidikan terakhir : S2 Keperawatan
7. Kontak person
  - a) Alamat rumah : Jl. Sapat Besar No. 99 / 101 / 104
  - b) Telp/ Hp : 085356729393
  - c) Alamat kantor : Jl. Melur 103 Sukagandi
  - d) Telp kantor :

Menyatakan (bersedia/tidak bersedia\*) menjadi pembimbing bagi mahasiswa:

- Nama : Sri Nuraini
- NIM : 0032114401037
- Dengan Judul : Penerapan Teknik Range Of Motion (ROM) Pada Lansia Stroke Hemoragik Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik

\*) coret yang tidak dipilih

Pekanbaru, .....

  
(Syarifasari Meri Agribubella)

## Lampiran 3 Formulir Kesiediaan Pembimbing 2

Lampiran 1: Contoh Formulir Pemilihan Pembimbing

### FORMULIR KESEDIAAN PEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : R. Sakhnan, SKM., M. Kes
2. NIP : 096406091989031003
3. Pangkat/golongan : Penata Tingkat I
4. Jabatan : Dosen
5. Asal institusi : Poltekkes Kemenkes Riau
6. Pendidikan terakhir : S1
7. Kontak person
  - a) Alamat rumah : Jl. Hamjebek
  - b) Telp/HP : 081378970527
  - c) Alamat kantor : Jl. Makur, Sukajadi
  - d) Telp kantor : -

Menyatakan (bersedia/tidak bersedia\*) menjadi pembimbing bagi mahasiswa:

- Nama : Sri Nuraini
- NIM : P032114901037
- Dengan Judul : Penerapan Teknik Range Of Motion (ROM) Pada Lansia Stroke Hemoragik Dengan Masalah Gangguan Mobilisasi Fisik

\*) coret yang tidak dipilih

Pekanbaru, 08 Maret 2024

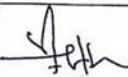




(.....)

## Lampiran 4 Lembar Knsultasi Pembimbing 1

Lampiran 2: Contoh Lembar Konsultasi

### LEMBAR KONSULTASI

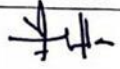

Nama Mahasiswa : SR1 NUR AINI  
 NIM : 2032114401037  
 Nama Pembimbing : SYAFRISAH MEKI AGRI TUBELLA

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1.	Senin 05/02/2024	-Bimbingan judul KTI	Pilih judul dengan menjabarkan masalah keperawatan	
2.	Senin 12/02/2024	- Acc judul KTI	ACC	
3.	Rabu 21/02/2024	- Bimbingan Revisi Bab I	Perbaiki BAB I lanjut BAB II	
4.	Jumat 23/02/24	Bimbingan BAB II	Pelajari cara pengutipan lampirkan artikel penelitian sebelumnya ikuti EYD	
5.	Kamis/ 26/02/24	BAB II	Tambahkan teori ROM langkah 2 ROM gunakan gambar / wajah sendiri lalu lampirkan sop ROM Buat cover kata pengantar Bisi. D. pustaka lanjut BAB II	

Lampiran 2: Contoh Lembar Konsultasi

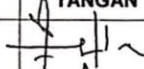
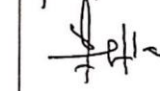
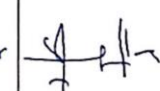

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : SKI NUFANI  
 NIM : 202114401037  
 Nama Pembimbing : Ns. Syafiqah Marni Agribubella, M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
6.	13 Maret 2024	Bimbingan Bab II dan BAB III	<p>Perbaiki lampiran SOP dan pengukuran masa otot untuk mengetahui kekuatan otot.</p> <p>Perbaiki BAB III di alat/instrumen</p> <p>Perbaiki cara pengutipan dan Daftar pustaka, Gariskan mandalay, edit manual.</p> <p>Perbaiki sesuai saran.</p>	
7	Kamis 14 Maret 2024	Bimbingan Revisi Bab III	<p>Perbaiki analisis BAB III Daftar isi, dan lengkapi kata pengantar</p>	
8	Jumat 15/03-2024	Bimbingan lengkap	Ace Ujian prop	

## LEMBAR KONSULTASI


Nama Mahasiswa : Sri Nur Aini  
 NIM : 2022114401037  
 Nama Pembimbing : N.S. Syafiqar Masi AgriFebella S.Kep. M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1.	25 April 2024 15.30	Hasil Penelitian	Perbaiki Hasil sesuai tujuan penelitian	
2.	07 Mei 2024	Revisi Hasil Penelitian	Tabel instrumen tidak usah masuk ke hasil, cukup tabel score <del>ditulis saja</del> buat 3 tabel : sebelum, sesudah dan perbandingan <del>dan</del> setelah peningkatan kekuatan otot.	
3.	13 Mei 2024	Revisi BAB IV (Hasil dan Pembahasan)	Tabel 4.3 perbaikan skor kekuatan otot sebelum dan setelah ROM Hanj ke 4.	
4.	15 Mei 2024	BAB IV pembahasan	Lanjut ke BAB V Penutup dan lampiran	

Lampiran 2: Contoh Lembar Konsultasi

### LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Sri Nur Aini  
NIM : 20321144101037  
Nama Pembimbing : F. Sulhman, S.KM., M.Kes

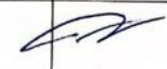

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
6	21 Mei 2024	Revisi KTI Lengkap	Acc Ujian	

## Lampiran 5 Lembar Knsultasi Pembimbing 2

Lampiran 2: Contoh Lembar Konsultasi

### LEMBAR KONSULTASI



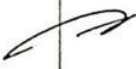
Nama Mahasiswa : SRI NURAINI  
NIM : 00224401037  
Nama Pembimbing : P. Saekban, SKM., M. Kes

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1	Jumat 08 Maret 2024	- Bimbingan konsultasi Bab 1-3, Periapan Pembuatan PPT	-	
2			ke	



**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : GT Nur Aini  
 NIM : P032114401057  
 Nama Pembimbing : Ns. Syarif Sar Wen Agribubella, M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1.	21 Mei 2024	Hasil Penelitian	Perbaiki Hasil sesuai Saran	
2.	21 Mei 2024	Hasil Penelitian	Revisi bab 4	
3.		Hasil Penelitian	Revisi BAB 5 kece/uyi	

### LEMBAR REVISI

Nama : Sri Nuraini  
Nim : P032114401037

No.	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
1.	lokasi dan waktu Hal. 31	Perisi sesuai saran ada penambahan garis miring
2.	Pemngaran subyek Hal. 36	Ganti tabel
3.	Keterbatasan Hal. 42	Tambahkan keterbatasan

Pekanbaru, 30 Mei 2024  
Sebelum Direvisi



Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep. M.Kep  
NIP. 197410081997032001

Pekanbaru, 2024  
Sudah Direvisi




Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep. M.Kep  
NIP. 197410081997032001

## LEMBAR REVISI

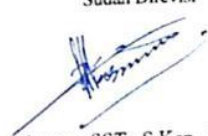
Nama : Sri Nuraini  
Nim : P032114401037

No.	BAB/ HALAMAN	REVISI PENGUJI
1.	Lembar Persetujuan, ABSTRAK	Mengganti Tulisan ROM menjadi Rom
2.	DAFTAR LAMPIRAN	Halaman
3.	Tujuan & masalah Hal. 6	Tambahkan kata
4.	Manfaat Hal. 7	Perbaiki tulisan ROM menjadi Rom
5.	Definisi Operasional Hal. 28	menggunakan Tabel
6.	Instrumen, kecak hal. 29	Kata akan dihapus

Pekanbaru, 30 Mei 2024  
Sebelum Direvisi

  
Ns. Masnun, SST., S.Kep., M.Biomed  
NIP. 196412211985032003

Pekanbaru, 04 Juni 2024  
Sudah Direvisi

  
Ns. Masnun, SST., S.Kep., M.Biomed  
NIP. 196412211985032003

**Lampiran 6 Jadwal Kegiatan**

Kegiatan	Bulan															
	Februari				Maret				April				Mei			
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Penyusunan proposal studi kasus	■															
Seminar proposal studi kasus							■									
Revisi proposal studi kasus								■								
Pelaksanaan penelitian studi kasus									■	■						
Penyusunan hasil studi kasus											■	■	■	■	■	
Seminar hasil studi kasus																■

## Lampiran 7 Formulir Informed Consent

Lembar Persetujuan Responden (*Informed Consent*)

Lembar Persetujuan Responden (*Informed Consent*)

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan  
Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Riau :

Nama : Sri Nuraini

NIM : P032114401037

Bermaksud melakukan penelitian dengan Judul "Penerapan *Teknik Range Of Motion (ROM)* Pada Lansia Stroke Hemoragik Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Limapuluh Kota Pekanbaru". Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya mohon kesediaan bapak/ibu berkenan, saya memohon bapak/ibu untuk terlebih dahulu bersedia mendatangi lembar persetujuan menjadi responden (*Informed Consent*). Demikianlah permohonan saya, atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

Sri Nuraini

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

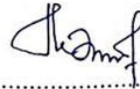
Nama : Tn. H

Alamat : Jalan Pokan Gg. Nempiki

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian dan bersedia mengisi kuesioner penelitian.

Pekanbaru, 20 April 2024

Responden



(.....)

Lembar Persetujuan Responden (*Informed Consent*)

Lembar Persetujuan Responden (*Informed Consent*)

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, Mahasiswa Prodi DIII Keperawatan  
Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Riau :

Nama : Sri Nuraini

NIM : P032114401037

Bermaksud melakukan penelitian dengan Judul "Penerapan *Teknik Range Of Motion* (ROM) Pada Lansia Stroke Hemoragik Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Limapuluh Kota Pekanbaru". Untuk terlaksananya kegiatan tersebut, saya mohon kesediaan bapak/ibu berkenan, saya memohon bapak/ibu untuk terlebih dahulu bersedia mendatangi lembar persetujuan menjadi responden (*Informed Consent*). Demikianlah permohonan saya, atas perhatian dan kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Peneliti

Sri Nuraini

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tr. M

Alamat : Jman Sumber Sari Gunung Arafah RT 06, RW 05

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian dan bersedia mengisi kuesioner penelitian.

Pekanbaru, 20 April 2024.....

Responden

(.....  
  
.....)

## Lampiran 8 SOP *Range of Motion*



<b>STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)</b> <b>MELATIH RANGE OF MOTION (ROM)</b>
---

<b>PENGERTIAN</b>	Tindakan melatih otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit, disabilitas, atau trauma, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif maupun pasif yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kemampuan menggerakkan persendian secara normal.
<b>TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan</li> <li>2. Mengkaji tulang, sendi, otot</li> <li>3. Mencegah terjadinya kekakuan sendi</li> <li>4. Memperlancar sirkulasi darah</li> <li>5. Memperbaiki tonus otot</li> <li>6. Meningkatkan mobilisasi sendi</li> <li>7. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan</li> </ol>
<b>INDIKASI</b>	<p><b>ROM Pasif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dengan penurunan kesadaran, kelumpuhan, atau bed res total</li> <li>2. Pasien memiliki kelemahan otot dan tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya</li> </ol> <p><b>ROM aktif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada saat pasien dapat melakukan kontraksi otot secara aktif dan menggerakkan ruas sendinya baik dengan bantuan atau tidak.</li> <li>2. Pada saat pasien memiliki kelemahan otot dan tidak dapat menggerakkan persendian sepenuhnya.</li> </ol>
<b>KONTRAINDIKASI</b>	<p><b>ROM Pasif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Emboli dan peradangan pada pembuluh darah</li> <li>2. Kelainan sendi</li> </ol> <p><b>ROM aktif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri berat</li> <li>2. Sendi kaku atau tidak dapat bergerak.</li> </ol>
<b>PROSEDUR PELAKSANAAN</b>	
<b>Tahapan Kegiatan</b>	Ilustrasi Gambar
<b>Tahap Pra-Interaksi</b>	

	<p><b>A. Tahap Pra-Interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan verifikasi kebutuhan keluarga/klien untuk Tindakan ROM</li> <li>2. Mencuci tangan</li> </ol> <p><b>B. Tahap Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan salam sebagai pendekatan terapeutik</li> <li>2. Menjelaskan tujuan, kontrak waktu dan prosedur tindakan pada klien / keluarga</li> <li>3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien sebelum prosedur dilakukan</li> </ol>
	<p><b>C. Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tutup pintu dan jendela atau pasang sampiran untuk menjaga privacy klien</li> <li>2. Atur ketinggian tempat tidur yang sesuai agar memudahkan perawat dalam bekerja dan pergunkan selalu prinsip-prinsip mekanika tubuh</li> <li>3. Posisikan klien dengan posisi supinasi dekat dengan perawat.</li> <li>4. Kaji denyut nadi sebelum Latihan Gerakan leher</li> </ol> <p>Letakkan kepala klien tanpa bantal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Fleksi dan ekstensi leher</li> </ol> <div data-bbox="719 1115 1102 1346" data-label="Image"> </div> <p>Caranya :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. letakkan satu tangan dibawah kepala klien dan tangan yang lainnya diatas dagu klien</li> <li>b. gerakkan kepala ke depan sampai menyentuh dada, kemudian kembalikan ke posisi semula tanpa disangga dengan bantal.</li> </ol> <div data-bbox="707 1653 930 1883" data-label="Image"> </div> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Fleksi lateral leher</li> </ol> <p>Caranya :</p>



a. Letakkan kedua tangan pada pipi klien

b. Gerakkan kepala klien ke arah kanan dan kiri



7. Hiperekstensi : menekuk kepala ke belakang sejauh mungkin



Gerakan bahu

8. Fleksi dan ekstensi bahu



Gerakkan lengan ke atas menuju kepala tempat tidur.  
Kembalikan ke posisi sebelumnya.

9. Abduksikan bahu



Gerakkan lengan menjauhi tubuh dan menuju kepala  
klien sampai tangan diatas kepala

10. Adduksikan bahu



Gerakkan lengan klien ke atas tubuhnya sampai tangan yang bersangkutan menyentuh tangan pada sisi sebelahnya.

#### 11. Rotasikan bahu eksternal dan internal

- a. Letakkan lengan disamping tubuh klien sejajar dengan bahu
- b. Siku membentuk sudut  $90^0$  dengan Kasur
- c. Gerakkan lengan ke bawah hingga telapak tangan menyentuh Kasur, kemudian gerakkan ke atas hingga punggung tangan menyentuh tempat tidur.

#### Gerakan Siku

##### 9. Fleksi dan ekstensi siku



- a. Bengkokkan siku hingga jari-jari tangan menyentuh dagu
- b. Luruskan Kembali ke tempat semula

##### 10. Pronasi dan supinasi siku



- a. Genggam tangan klien seperti orang yang sedang berjabat tangan Putar telapak tangan klien ke bawah dan ke atas, pastikan hanya terjadi

pergerakan siku, bukan bahu.

Gerakkan Pergelangan tangan

11. Fleksi pergelangan tangan



- a. Genggam telapak tangan dengan satu tangan, tangan yang lainnya menyangga lengan bawah
- b. Bengkokkan pergelangan tangan ke depan

12. Ekstensi pergelangan tangan



- a. Dari posisi fleksi, tegakkan Kembali pergelangan tangan ke posisi semula

13. Fleksi radial/radial deviation (abduksi)



Caranya :

Bengkokkan pergelangan tangan secara lateral menuju ibu jari

14. Fleksi ulnar/ ulnar deviation (adduksi)



Caranya :

Bengkokkan pergelangan tangan secara lateral ke arah jari kelima

Gerakkan jari-jari tangan

#### 15. Fleksi



Caranya :

Bengkokkan jari-jari tangan dan ibu jari ke arah telapak tangan (tangan menggenggam)

#### 16. Ekstensi



Caranya :

Dari posisi fleksi, kembalikan ke posisi semula (buka genggam tangan)

#### 17. Hiperekstensi



Caranya :

Bengkokkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin

#### 18. Abduksi



Caranya :

Buka dan pisahkan jari-jari tangan

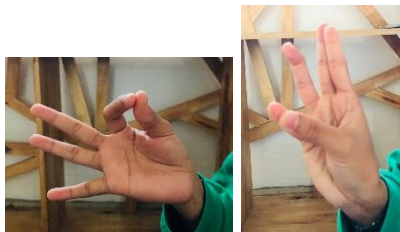
#### 19. Adduksi



Caranya :

Dari posisi abduksi kembalikan ke posisi semula

#### 20. Oposisi



Caranya :

Sentuhkan masing-masing jari tangan dengan ibu jari

Gerakkan pinggul dan lutut

Untuk melakukan Gerakan ini, letakkan satu tangan dibawah lutut klien dan tangan lainnya dibawah mata kaki klien

#### 21. Fleksi dan ekstensi lutut dan pinggul



Caranya :

- a. Angkat kaki dan bengkokkan lutut
- b. Gerakkan lutut ke atas menuju dada sejauh mungkin
- c. Kembalikan lutut ke bawah, tegakkan lutut, rendahkan kaki sampai pada Kasur.

22. Abduksi dan adduksi kaki



Caranya :

- a. Gerakkan kaki ke samping menjauhi klien
- b. Kembalikan kaki mendekati tubuh klien

23. Rotasikan pinggul internal dan eksternal

- a. Putar kaki ke arah dalam
- b. Putar kaki ke arah luar

Gerakkan telapak kaki dan pergelangan kaki

24. Dorsofleksi telapak kaki



Caranya :

- a. Letakkan satu tangan dibawah tumit

Tahan kaki klien dengan lengan anda untuk menggerakannya kearah kaki

25. Fleksi plantar telapak kaki



Caranya :

- a. Letakkan satu tangan pada punggung dan tangan yang lainnya berada pada tumit
- b. Dorong telapak kaki menjauh dari kaki.

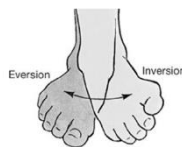
#### 26. Fleksi dan ekstensi jari-jari kaki



Caranya :

- a. Letakkan satu tangan pada punggung kaki klien, letakkan satu tangan yang lainnya pada pergelangan kaki
- b. Bengkokkan jari-jari ke bawah
- c. Kembalikan lagi pada posisi semula

#### 27. Inversi dan eversi telapak kaki



Caranya :

- a. Letakkan satu tangan dibawah tumit dan tangan yang lainnya diatas punggung kaki
- b. Putar telapak kaki ke dalam kemudian putar ke luar

#### **D. Tahap Terminasi**

1. Mengevaluasi hasil tindakan dan respon klien
2. Berikan Pendidikan Kesehatan terkait hasil
3. Menjelaskan bahwa Tindakan sudah selesai dilakukan pada klien/keluarga dan pamit.
4. Mendokumentasikan Tindakan.

**Lampiran 9 Lembar Observasi Skor Kekuatan Otot**

<b>Tanggal</b>	<b>Anggota Tubuh</b>	<b>Pukul</b>	<b>Pre</b>	<b>Pukul</b>	<b>Post</b>
<b>Pemeriksaan</b>		<b>(WIB)</b>		<b>(WIB)</b>	
	Ekstremitas Kiri Atas				
	Ekstremitas Kiri Bawah				
	Ekstremitas Kiri Atas				
	Ekstremitas Kiri Bawah				
	Ekstremitas Kiri Atas				
	Ekstremitas Kiri Bawah				
	Ekstremitas Kiri Atas				
	Ekstremitas Kiri Bawah				

**Keterangan :**

- 5 = Kekuatan otot normal dimana seluruh gerakan dapat dilakukan otot dengan tahanan maksimal dari proses yang dilakukan berulang-ulang tanpa menimbulkan kelelahan
- 4 = Dapat melakukan ROM secara penuh dan dapat melawan tahanan ringan
- 3 = Dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gaya berat (gravitasi), tetapi tidak dapat melawan tahanan
- 2 = Dengan bantuan atau dengan menyangga sendi dapat melakukan ROM secara penuh
- 1 = Kontraksi otot minimal terasa/teraba pada otot bersangkutan tanpa menimbulkan gerakan.
- 0 = Tidak ada kontraksi otot sama sekali



## Lampiran 10 Surat Izin Penelitian



### PEMERINTAH KOTA PEKANBARU DINAS KESEHATAN

Perkantoran Tenayan Raya Jl. Abdul Rahman Hamid  
Gedung B-2 Lantai 1 – 2  
Pekanbaru

Nomor : B.000.9/Dinkes-Umum/  
Sifat : 354/2024  
Lampiran : Biasa  
Hal : -  
Riset An Sri Nuraini

Pekanbaru, 17 Maret 2024  
Kepada  
Yth. Kepala Puskesmas LimaPuluh  
di -  
Pekanbaru

Menindaklanjuti surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor : BL.04.00/Kesbangpol/597/2024 tanggal 26 Februari 2024, tentang rekomendasi penelitian kepada :

Nama : Sri Nuraini  
NIM : P032114401037  
Instansi : Poltekkes Kemenkes Riau  
Fakultas/jurusan : Keperawatan  
Judul : Penerapan Teknik Range Of Motion (ROM) Pada Lansia Stroke Hemoragik Dengan Masalah Gangguan Mibolitas Fisik

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, kami mengharapkan kepada Saudara untuk dapat membantu kelancaran pengumpulan data dan penilaian kepada yang bersangkutan di atas.

Atas perhatian dan kerja sama Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Pekanbaru, 17 Maret 2024



Tembusan :  
Yth. Wakil Direktur I Poltekkes Kemenkes Riau

## Surat Izin Penelitian



**PEMERINTAH PROVINSI RIAU**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
Gedung Menara Lancang Kuning Lantai I dan II Komp. Kantor Gubernur Riau  
Jl. Jend. Sudirman No. 460 Telp. (0761) 39064 Fax. (0761) 39117 **PEKANBARU**  
Email : [dpmtsp@riau.go.id](mailto:dpmtsp@riau.go.id)

### REKOMENDASI

Nomor : 503/DPMPTSP/NON IZIN-RISET/63093  
TENTANG



**PELAKSANAAN KEGIATAN RISET/PRA RISET  
DAN PENGUMPULAN DATA UNTUK BAHAN KTI**

1.04.02.01

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Riau, setelah membaca Surat Permohonan Pra Riset dari : **Wakil Direktur I Poltekkes Kemenkes Riau, Nomor : PP.03.03/F.LII/432/2024 Tanggal 21 Februari 2024**, dengan ini memberikan rekomendasi kepada:

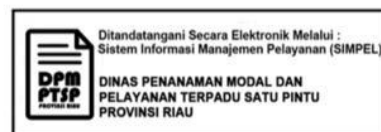
- |                      |   |  |
|----------------------|---|--|
| 1. Nama              | : | <b>SRI NUR AINI</b>  |
| 2. NIM / KTP         | : | 032114401037   |
| 3. Program Studi     | : | KEPERAWATAN  |
| 4. Jenjang           | : | DIII   |
| 5. Alamat            | : | JL. DAHLIA UJUNG   |
| 6. Judul Penelitian  | : | <b>PENERAPAN TEKNIK RANGE OF MOTION (ROM) PADA LANSIA STROKE HEMORAGIK DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK</b> |
| 7. Lokasi Penelitian | : | PUSKESMAS  |

Dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Tidak melakukan kegiatan yang menyimpang dari ketentuan yang telah ditetapkan.
2. Pelaksanaan Kegiatan Penelitian dan Pengumpulan Data ini berlangsung selama 6 (enam) bulan terhitung mulai tanggal rekomendasi ini diterbitkan.
3. Kepada pihak yang terkait diharapkan dapat memberikan kemudahan serta membantu kelancaran kegiatan Penelitian dan Pengumpulan Data dimaksud.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Dibuat di : Pekanbaru  
Pada Tanggal : 23 Februari 2024



#### **Tembusan :**

#### **Disampaikan Kepada Yth :**

1. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Riau di Pekanbaru
2. Walikota Pekanbaru  
Up. Kaban Kesbangpol dan Linmas di Pekanbaru
3. Wakil Direktur I Poltekkes Kemenkes Riau di Pekanbaru
4. Yang Bersangkutan

## Lampiran 11 Surat Keterangan Selesai Penelitian



PEMERINTAH KOTA PEKANBARU  
DINAS KESEHATAN  
**UPT PUSKESMAS LIMAPULUH**  
Jalan. Sumber Sari No. 118 Telp.(0761) 36436 Pekanbaru  
Email : puskesmaslimapuluh@gmail.com



Pekanbaru, 20 Mei 2024  
Kepada Yth  
Bapak/ Ibu Pimpinan  
Poltekkes Kemenkes Riau  
di  
Pekanbaru

Nomor : 400.7.22.1/PKM-LMP/464/N/2024  
Lampiran : -  
Perihal : Selesai Melaksanakan Penelitian

Dengan Hormat,  
Yang Bertanda tangan dibawah ini Kepala Tata Usaha Puskesmas Limapuluh Kota Pekanbaru menerangkan bahwa :

Nama : Sri Nuraini  
NIM : P032114401037  
Instansi : Poltekkes Kemenkes Riau  
Program : DIII Keperawatan  
Judul Penelitian : Penerapan Teknik *Range Of Motion* (ROM) Pada Lansia Stroke Hemoragik Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Limapuluh Kota Pekanbaru




Benar telah selesai melaksanakan penelitian dimulai tanggal 20 April s.d 24 April 2024 di Puskesmas Limapuluh kota Pekanbaru berdasarkan Surat Riset dari Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru dengan Nomor B.000.9/Dinkes-umum/354/2024 pada 17 Maret 2024. Dalam rangka memenuhi kewajiban tugas untuk menyelesaikan Skripsi Jurusan DIII Keperawatan.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Tata Usaha Puskesmas Limapuluh

Melita Siadat, AMK., S.M  
NIP. 197708182006042003

**Lampiran 12 Dokumentasi Penelitian**

No	Tanggal	Gambar
1	20 April 2024 09.00 WIB	<p data-bbox="603 416 719 452">Subyek 1</p>  <p data-bbox="603 860 719 896">Subyek 2</p> 
2	21 April 2024 09.00 WIB	<p data-bbox="603 1312 719 1348">Subyek 1</p>  <p data-bbox="603 1760 719 1796">Subyek 2</p>

			
<p><b>3</b></p>	<p><b>22 April 2024</b> <b>09.00 WIB</b></p>	<p>Subyek 1</p>   <p>Subyek 2</p>  	
<p><b>4</b></p>	<p><b>23 April 2024</b> <b>09.00 WIB</b></p>	<p>Subyek 1</p>  	

		<p>Subyek 2</p> 
<p><b>5</b></p>	<p><b>24 April 2024</b> <b>09.00 WIB</b></p>	<p>Subyek 1 &amp; 2</p> 

## Lampiran 13 Lembar Lolos Kaji Etik



**Kementerian Kesehatan**  
Poltekkes Riau

Jalan Melur No.103, Harjosari, Sukajadi,  
Pekanbaru, Riau 28122  
(0761) 36581  
<https://pkr.ac.id>

**Komisi Etik Penelitian Penelitian Kesehatan**

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK  
*ETHICAL APPROVAL*

No : LB.02.03/EA/KEPK-PKR/44/2024

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Poltekkes Kemenkes Riau, setelah membaca dan menelaah dengan teliti, menyatakan bahwa  
*The Health Research Ethics Committee (KEPK) of Poltekkes Kemenkes Riau, has carefully readed and reviewed, States that*

Judul Penelitian <i>Title of Reseach Protocol</i>	: Penerapan Teknik Range Of Motion (ROM) pada Lansia Stroke Hemoragik dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Puskesmas Limapuluh Kota Pekanbaru.
Peneliti Utama <i>Principle Investigator</i>	: Sri Nuraini
Anggota Peneliti <i>Participating Investigator (s)</i>	: -
Pembimbing <i>Supervisor</i>	: 1. Ns. Syafrisari Meri Agritubella, M.Kep 2. R. Sakhnan, SKM, M.Kes
Institusi Peneliti <i>Institution(s) of Investigator</i>	: Poltekkes Kemenkes Riau
Tanggal Persetujuan <i>Date of Approval</i>	: 02 April 2024 ( <i>valid for one year beginning from the date of approval</i> )

Telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki tahun 2008 dan dapat dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.  
*Has fulfilled the ethical principle outline in the Declaration of Helsinki 2008 and therefor can be carried out.*

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.  
*The Health Research Ethics Committee (KEPK) has the right to monitor the research activities.*

Pekanbaru, April 02, 2024  
Ketua KEPK Poltekkes Kemenkes Riau  
*Principal of KEPK Poltekkes Kemenkes Riau*



Alkatusyari Aziz, SKM, M.Kes  
NIP. 197107252000031001