

1. Lampiran-Lampiran
Lampiran 1 Uraian Jadwal kegiatan Penyusunan Proposal KTI

URAIAN JADWAL KEGIATAN PENYUSUNAN PROPOSAL KTI

[illegible]

Lampiran 2 Uraian jadwal kegiatan

HARI	KEGIATAN	NO. INTERVENSI
1	1. Observasi & wawancara awal. 2. Edukasi prosedur & tujuan mobilisasi. 3. Penandatanganan Informed Consent. 4. Monitor TTV & identifikasi nyeri. 5. Pre-test: Ukur kekuatan otot & rentang gerak awal. 6. Latihan ROM Aktif dan pasif (lengkap) melibatkan keluarga Dilakukan 2 kali sehari (pagi dan sore/malam) berkisar antara 15–30 menit per sesi.	(1), (2), (3), (8)
2	1. Monitor TTV & keluhan fisik. 2. Latihan ROM Aktif dan pasif (lengkap) melibatkan keluarga Dilakukan 2 kali sehari (pagi dan sore/malam) berkisar antara 15–30 menit per sesi 3. Identifikasi toleransi fisik terhadap gerakan. 4. Fasilitasi pengaman pagar tempat tidur. 5. Ukur ulang kekuatan otot jari & tangan.	(1), (3), (4), (6)
3	1. Monitor TTV & tingkat kelelahan. 2. Latihan ROM Aktif dan pasif (lengkap) melibatkan keluarga Dilakukan 2 kali sehari (pagi dan sore/malam) berkisar antara 15–30 menit per sesi 3. Libatkan keluarga dalam latihan gerak. 4. Evaluasi adanya tanda-tanda kekakuan sendi. 5. Ukur rentang gerak sendi kaki.	(1), (2), (6), (7)
4	1. Monitor TTV sebelum mobilisasi. 2. Latihan Penguatan Otot: Menggenggam bola karet. 3. Melatih posisi duduk Semi-Fowler (45 derajat). 4. Anjurkan mobilisasi mandiri pada sisi yang sehat. 5. Ukur skala kekuatan otot secara detail. 6. Latihan ROM Aktif dan pasif (lengkap) melibatkan keluarga Dilakukan 2 kali sehari (pagi dan sore/malam) berkisar antara 15–30 menit per sesi	(3), (6), (9), (10)
5	1. Monitor TTV & cek pusing saat posisi tegak. 2. Melatih pasien duduk tegak (90 derajat). 3. Mengajari keluarga cara membantu pasien duduk. 4. Latihan ROM Aktif dan pasif (lengkap) melibatkan keluarga Dilakukan 2 kali sehari (pagi dan sore/malam) berkisar antara 15–30 menit per sesi 5. Evaluasi kenyamanan pasien.	(1), (4), (7), (10)
6	1. Monitor TTV & keluhan fisik. 2. Latihan pindah dari tempat tidur ke kursi. 3. Fasilitasi penggunaan alat bantu/pegangan. 4. Identifikasi toleransi fisik saat pindah posisi. 5. Ukur kembali rentang gerak sendi seluruh tubuh. 6. Latihan ROM Aktif dan pasif (lengkap) melibatkan keluarga Dilakukan 2 kali sehari (pagi dan sore/malam) berkisar antara 15–30 menit per sesi	(2), (5), (10)
7	1. Monitor TTV akhir.	(1), (4), (8)

	2. Review edukasi latihan mandiri di rumah. 3. Evaluasi keberhasilan 3 Luaran yaitu latihan ROM, rentang gerak sendi, dan kekuatan otot. 4. Terminasi & dokumentasi.	
--	--	--

Lampiran 3 Surat Permohonan Ijin penelitian



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Malang
 Jalan Besar Ijen 77C
 Malang, Jawa Timur 65112
 (0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

Ponorogo, 6 Februari 2026

Nomor : PP.06.02/F.XIII.15.6/92/2026
 Hal : Permohonan Ijin Rekomendasi Penelitian (Studi Kasus).
 Yth : Direktur RSUD dr Harjono Ponorogo

Dengan hormat,

Sesuai dengan kurikulum Poltekkes Kemenkes Malang Program Studi D3 Keperawatan (Kampus Kab. Ponorogo) mahasiswa tingkat III semester VI tahun akademik 2025/2026 diharapkan memiliki kompetensi penyusunan laporan tugas akhir berupa Karya Tulis Ilmiah (KTI) melalui pendekatan studi kasus di Rumah Sakit.

Sehubungan dengan hal tersebut maka kami mengajukan permohonan agar mahasiswa tingkat III semester VI tahun akademik 2025/2026 mendapatkan rekomendasi untuk melaksanakan penelitian (studi kasus) di RSUD dr. Harjono Ponorogo yang akan dilaksanakan selama 1 (satu) minggu pada periode bulan April sampai dengan bulan Mei 2026 sesuai target kompetensi yang akan dicapai. Adapun nama mahasiswa dan judul studi kasus adalah sebagai berikut:

No	Nama	NIM	Judul
1.	Dindah Arsita Lia	P17250234063	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Stadium Recovery Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Diruang Aster Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono Ponorogo

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Ponorogo
 Poltekkes Kemenkes Malang,



ENDANG PURWANINGSIH, S.Kep, Ns, M.Kep.
 NIP 197104171998032006

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.



Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

Lampiran 4 Penjelasan dan informasi (Informed Consent)

SURAT PENGANTAR

Kepada Yth,

.....

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama/NIM : Dindah Arsita Lia /P17250234063 Alamat

: Ds. Pulung Kec. Pulung Kab. Ponorogo Telp

: 0823-3404-2616

Saya mahasiswa Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Ponorogo sedang melakukan penelitian dalam rangka menyusun Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul: **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE ISKEMIK DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DIRUANG ASTER RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. HARJONO PONOROGO”**

Tujuan penelitian ini untuk Meningkatkan pemulihan kekuatan otot pada pasien post stroke iskemik melalui penerapan latihan ROM pasif yang terencana dan berkelanjutan yang sudah dilakukan dan upaya peningkatan mutu penelitian maka anda diperbolehkan mengundurkan diri dari kegiatan penelitian ini dengan menghubungi penulis pada nomor yang telah tercantum

Jika anda menyetujui maka saya mohon kesediaanya menandatangani lembar persetujuan. Atas ketersediaanya dan kerjasamanya dalam proposal karya tulis ilmiah (penelitian saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya

Dindah Arsita Lia

Lampiran 5 Lembar Persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bersedia dan bekerjasama dalam Karya Tulis Ilmiah (Penelitian) yang berjudul : **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE STADIUM RECOVERY DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DIRUANG ASTER RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. HARJONO PONOROGO”**

Setelah membaca dan memahami surat pengantar persetujuan maka saya menyatakan bersedia bekerja sama dalam kegiatan ini. Saya menyadari bahwa data yang dihasilkan merupakan rahasia dan hanya digunakan untuk keperluan karya tulis dan pengembangan ilmu keperawatan. Saya juga memahami bahwa kegiatan ini tidak merugikan dan tidak berdampak pada diri saya namun saya yakin bahwa kegiatan ini akan memberikan manfaat pada peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

Pernyataan Kesediaan

Dengan ini saya menyatakan:

☒ **Ya**, bersedia menjadi responden penelitian

☐ **Tidak**, bersedia menjadi responden

Ponorogo, 06 April 2026

Responden


(...SABRINA...)

Lampiran 6 Lembar Izin Penelitian



Ponorogo, 27 Februari 2026

Nomor : 800.2.2.6/KH/ 183.1 /405.09.01/2026
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Jawaban Permohonan
Ijin Penelitian

Yth. Ketua Prodi D-III Keperawatan Ponorogo

Poltekkes Kemenkes Malang

di-

PONOROGO

Menindaklanjuti surat permohonan dari Ketua Prodi D-III Keperawatan Ponorogo Poltekkes Kemenkes Malang Nomor : PP.06.02/F.XIII.15.6/92/2026 Tanggal 6 Februari 2026 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data Penelitian. Sehubungan dengan hal tersebut, kami dapat memberikan ijin penelitian kepada :

Nama : **DINDAH ARSITA LIA**
 Mhs. D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang

Alamat : Dukuh Kebon, Desa Pulung, Kec. Pulung, Kab. Ponorogo

Judul Penelitian : **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE STADIUM RECOVERY DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG ASTER RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. HARJONO PONOROGO"**

Tempat Penelitian : RSUD Dr HARJONO S. PONOROGO

Waktu Penelitian : April-Mei 2026

No Telepon : 0823-3404-2616

Dengan catatan tidak mengganggu pelayanan RSUD Dr. Harjono S. Kabupaten Ponorogo dan perlu diinformasikan bahwa sebelum melaksanakan penelitian, kami mohon menyelesaikan administrasi sebesar Rp. 250.000,- sesuai dengan Peraturan Bupati Nomor 72 Tahun 2024.

Demikian untuk menjadikan periksa dan atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

Plh. Direktur RSUD Dr. Harjono S.
Kabupaten Ponorogo



dr. Made Jeren, Sp.THT
Pembina Utama Madya
NIP. 19620323 198803 1 011

Tembusan disampaikan kepada :

1. Wadir Administrasi RSUD Dr. Harjono S Kab. Ponorogo
2. Wadir Pelayanan RSUD Dr. Harjono S Kab. Ponorogo
3. Ka. Bid Pelayanan Keperawatan RSUD Dr. Harjono S Kab. Ponorogo
4. Ka. Bid Humas RSUD Dr. Harjono S Kab. Ponorogo
5. Ka. Instalasi Diklat RSUD Dr. Harjono S Kab. Ponorogo
6. Rekam Medis dan Info Med RSUD Dr. Harjono S Kab. Ponorogo
7. Arsip

Lampiran 7 Keterangan Lolos Uji Etik

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. HARJONO S. PONOROGO
REGIONAL GENERAL HOSPITALS Dr. HARJONO S. PONOROGO

KETERANGAN LOLOS UJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ ETHICAL APPROVAL “

NOMOR : 0054213502212112026031600020 / IV / KEPK / 2026

Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :
Health Research Ethics Committee RSUD Dr. Harjono S. Ponorogo in the effort to protect the rights and welfare of research subjects of health, has reviewed carefully the protocol entitled :

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Stadium Recovery Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Diruang Aster Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono Ponorogo “

Peneliti Utama : Dindah Arsita Lia
Principal Investigator

Nama Program Studi : D3 Keperawatan (Kampus Ponorogo) Poltekkes Kemenkes Malang
Name of Major

Nama Penguji : 1. dr Andri Nurdyana Sari, Sp.KJ
 2. dr. Riza Mazidu Sholihin, Sp.U
 3. Muhammadu Nawa Adi, S.Kom
 4. Wahyu Ria Wijayanti, S.Gz
 5. Evy Njoman EW, S.Tr.Keb
 6. Agus Suryono, S.Kep.Ns.,MM.Kes
Name of examine

Dan telah menyetujui protocol di atas
And approved the above-mentioned protocol.

Ponorogo, 01 April 2026

KETUA
 KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. HARJONO S.
 KABUPATEN PONOROGO


dr. ANDRI NURDIYANA SARI, Sp.KJ
 NIP. 19791205 200604 2 029

Lampiran 8 Surat Melaksanakan Penelitian



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
RSUD Dr. HARJONO S
PONOROGO**

Jl. Raya Ponorogo – Pacitan Telp. (0352) 489262. Fax (0352) 485051
www.rsudrharjono.co.id, E-mail drharjono@pdpersi.co.id
PONOROGO KodePos 634416



Kepada:
Yth. Ka. Unit
Di Tempat

Dengan hormat,

Mohon diperkenankan mahasiswa tersebut :

Nama : Dindah Arsita Lia
Jurusan : D3 Keperawatan (Kampus Ponorogo) Poltekkes Kemenkes Malang
Judul Penelitian : *“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Stadium Recovery Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Diruang Aster Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Harjono Ponorogo”*
Kepentingan : Melaksanakan Penelitian

Demikian surat pengantar ini dibuat, sekaligus sebagai bentuk pengawasan untuk kegiatan tersebut.

Ponorogo, 01 April 2026



dr. Andri Nurdiana Sari, Sp.KJ

Lampiran 9 Surat Selesai Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. HARJONO S.

Jalan Ponorogo-Pacitan, Ponorogo, Jawa Timur 63419 Telepon 0352-489262,
481218, 489136, Faksimile 0352-485051
Laman rsudharjono.ponorogo.go.id, Pos-el rsudharjono@ponorogo.go.id



SURAT KETERANGAN

NOMOR : 800.2.2.6/KH/ 731 /405.09.01/2026

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **dr. MADE JEREN, Sp.THT**
Jabatan : **Plt. Direktur RSUD Dr. Harjono S. Kabupaten Ponorogo**
Alamat : **Jl. Raya Ponorogo – Pacitan Kecamatan Ponorogo
Kabupaten Ponorogo**

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama : **DINDAH ARSITA LIA**
NIM : **P17250234063**
Program Studi : **D-3 Keperawatan**
Institusi : **Poltekkes Kemenkes Malang**

Yang namanya tersebut diatas adalah benar telah selesai melaksanakan kegiatan penelitian di Ruang Aster RSUD Dr. Harjono S. Kab. Ponorogo, pada bulan April-Mei 2026.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Ponorogo, 2 April 2026

Plt. DITEKTUR RSUD Dr. HARJONO S.
KABUPATEN PONOROGO

dr. Made Jeren, Sp.THT
Pembina Utama Madya
NIP. 19620323 198803 1011

Lampiran 10 Lembar Pengawasan Penelitian

LEMBAR PENGAWASAN PENELITIAN

NO.	TGL/WAKTU	NAMA PENELITI	EC	IC	SID	PROTOKOL	INSIDEN KESELAMATAN PASIEN					KETERANGAN
							KPC	KTC	KTD	KNC	SENTINEL	
1.	06 April 2026	Dindah Arsita Lia	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	Penelitian
2.	07 April 2026	Dindah Arsita Lia	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	Penelitian
3.	08 April 2026	Dindah Arsita Lia	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	Penelitian
4.	09 April 2026	Dindah Arsita Lia	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	Penelitian
5.	10 April 2026	Dindah Arsita Lia	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	Penelitian
6.	11 April 2026	Dindah Arsita Lia	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	Penelitian
7.	12 April 2026	Dindah Arsita Lia	✓	✓	✓	✓	-	-	-	-	-	Penelitian

KET :

EC : ETHICAL CLEARANCE

IC : INFORMED CONSENT

SID : SURAT IJIN DIREKTUR

KPC : KEJADIAN POTENSIAL CEDERA

KTC : KEJADIAN TIDAK CEDERA

KTD : KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN

KNC : KEJADIAN NYARIS CEDERA

NAMA PENGAWAS	UNIT KERJA	TANDA TANGAN
RETNO FITRIANINGSIH, S. Kep. Ners NIP. 19790828 201406 2 003	RUANG ASTER RSUD Dr. HARJONO PONOROGO	

Lampiran 11 Daftar Pertanyaan Wawancara

Nama :

Umur / Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

No. RM :

A. Identitas & Keluhan Utama

1. Apa keluhan utama yang Ibu/Bapak rasakan saat ini?
2. Sejak kapan mengalami kelemahan pada tangan/kaki?
3. Bagian tubuh mana yang terasa lemah atau sulit digerakkan?
4. Apakah kelemahan dirasakan tiba-tiba atau bertahap?
5. Apakah ada keluhan lain seperti sulit berbicara atau menelan?

B. Riwayat Mobilitas Fisik

1. Apakah Ibu/Bapak dapat menggerakkan tangan dan kaki secara mandiri?
2. Apakah mengalami kesulitan saat duduk, berdiri, atau berjalan?
3. Apakah memerlukan bantuan saat berpindah posisi (misalnya dari tempat tidur ke kursi)?
4. Apakah pernah mengalami jatuh sejak terkena stroke?
5. Apakah terdapat kekakuan atau spastisitas pada ekstremitas?

C. Fungsi Motorik & Kekuatan Otot

6. Apakah tangan terasa lemah saat menggenggam benda?
7. Apakah kaki terasa berat saat mencoba berdiri atau melangkah?
8. Apakah terdapat perbedaan kekuatan antara sisi kanan dan kiri tubuh?
9. Apakah muncul tremor atau gerakan tidak terkontrol?
10. Apakah sendi terasa nyeri saat digerakkan?

D. Aktivitas Sehari-hari (ADL)

11. Apakah Ibu/Bapak mampu makan sendiri?

- 12. Apakah mampu mandi dan berpakaian tanpa bantuan?
- 13. Apakah mampu ke kamar mandi secara mandiri?
- 14. Apakah membutuhkan alat bantu (tongkat, walker, kursi roda)?

E. Evaluasi Tindakan Rehabilitasi / Latihan Mobilisasi

- 15. Bagaimana perasaan Ibu/Bapak setelah dilakukan latihan rentang gerak (ROM)?
- 16. Apakah terasa lebih ringan atau lebih mudah digerakkan setelah latihan?
- 17. Apakah mengalami nyeri atau kelelahan setelah latihan?
- 18. Apakah bersedia melakukan latihan secara rutin sesuai anjuran?

F. Toleransi Aktivitas

- 19. Apakah cepat merasa lelah saat melakukan latihan ringan?
- 20. Apakah muncul sesak, pusing, atau jantung berdebar saat aktivitas?
- 21. Berapa lama mampu duduk atau berdiri tanpa bantuan?

G. Sensasi & Persepsi

- 22. Apakah terdapat mati rasa atau kesemutan pada sisi tubuh yang lemah?
- 23. Apakah dapat merasakan sentuhan dengan jelas pada ekstremitas yang terkena?
- 24. Apakah ada gangguan keseimbangan saat duduk atau berdiri?

H. Psikososial & Edukasi

- 25. Apakah merasa cemas atau takut untuk bergerak?
- 26. Apakah keluarga membantu dalam proses mobilisasi?
- 27. Apakah Ibu/Bapak memahami pentingnya latihan mobilitas pada fase pemulihan stroke?
- 28. Apakah bersedia mengikuti program rehabilitasi secara bertahap?

Lampiran 12 Lembar Evaluasi Penilaian Kekuatan Otot Ekstremitas

<i>Evaluasi Penilaian Kekuatan Otot Ekstremitas</i>								
Ekstremitas	Skala	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3	Hari ke-4	Hari ke-5	Hari ke-6	Hari ke-7
Ekstremitas kanan atas	0-5							
Ekstremitas kiri atas	0-5							
Ekstremitas kanan bawah	0-5							
Ekstremitas kiri bawah	0-5							

SUMBER : (Fadilah et al., 2025).

Keterangan:

Skala Kekuatan Otot (MMT):

- 0** : Lumpuh total (tidak ada kontraksi).
- 1** : Ada kontraksi otot, tetapi tidak ada gerakan sendi.
- 2** : Mampu bergerak miring/geser, namun tidak kuat melawan gravitasi (tidak bisa angkat).
- 3** : Mampu mengangkat tangan/kaki melawan gravitasi (bisa angkat ke atas).
- 4** : Mampu mengangkat dan menahan tekanan ringan dari perawat.
- 5** : Normal (Sangat kuat)

Lampiran 13 Evaluasi Penilaian Rentang Gerak Sendi Ekstremitas

Lembar Evaluasi Penilaian Rentang Gerak Sendi Ekstremitas										
NO	Sendi	Nilai Normal	Gerakan	H-1	H-2	H-3	H-4	H-5	H-6	H-7
1	Bahu	90°-170°	Fleksi							
2	Bahu	60°-90°	Ekstensi							
3	Siku	40°-130°	Fleksi							
4	Pergelangan Tangan	80°-90°	Fleksi							
5	Pergelangan Tangan	80°-90°	Ekstensi							
6	Jari Tangan	-30°-0°	Fleksi							
7	Jari Tangan	0°-90°	Ekstensi							
8	Panggul	90°-120°	Fleksi							
9	Panggul	90°-120°	Ekstensi							
10	Lutut	20°-130°	Fleksi							
11	Pergelangan Kaki	50°-90°	Platar Fleksi							
12	Pergelangan Kaki	90°-180°	Dorsi Fleksi							

SUMBER : (Daulay et al., 2021).

Lampiran 14 Instrumen Penelitian

Tabel 1 Standart Operasional prosedur ROM

SOP	SOP RANGE OF MOTION
Pengertian	Latihan gerak aktif-pasif atau range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap.
Tujuan	1. Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien. 2. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot.
Indikasi	1. Pasien yang mengalami hambatan mobilitas fisik 2. Pasien yang mengalami rentang gerak 3. Pasien yang telah memasuki masa pemulihan stroke 4. Pasien yang telah mendapatkan izin dokter

Prosedur Kerja	Tahap kerja: Gerakan ROM 1. Leher Tekuk kepala kebawah dan keatas lalu menoleh kesamping kanan dan kiri 2. Lengan/pundak Angkat tangan keatas lalu kembali kebawah, setelah itu ke samping dan ke bawah lagi 3. Siku Dengan menekuk lengan, gerakkan lengan ke atas dan ke bawah 4. Pergelangan tangan Tekuk pergelangan tangan kedalam dan keluar lalu samping kiri dan kanan 5. Jari tangan Tekuk keempat jari tangan ke arah dalam lalu regangkan kembali. Kepalkan seluruh jari lalu dibuka. Tekuk tiap jari satu persatu. 6. Lutut Angkat kaki ke atas lalu ditekuk kemudian diturunkan lagi. Gerakan kaki ke samping kanan dan kiri lalu putar kearah dalam dan luar. 7. Pergelangan kaki Tekuk pergelangan kaki keatas lalu luruskan. Tekuk jari kaki ke atas dan ke bawah 8. Jika mampu berdiri lakukan gerakan badan Membungkuk kemudian putar pinggang ke samping kanan dan kiri. INGAT. Tidak dipaksakan dalam latihan, lakukan seringan mungkin. 9. Jika mampu berdiri lakukan gerakan badan
Evaluasi	a. Respon Respon verbal: klien mengatakan tidak kaku lagi Respon non verbal: klien tidak terlihat sulit untuk menggerakkan sisi tubuhnya yang kaku. b. Berisi reinforcement positif c. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya d. Mengakhiri kegiatan dengan baik

SUMBER : (Setyawati & Retnaningsih, 2024).

Lampiran 15 Prosedur ROM Aktif

1. Latihan Aktif Anggota Gerak Atas dan Bawah
 - A. Latihan 1
 1. Angkat tangan yang kontraktur menggunakan tangan yang sehat keatas
 2. Letakkan kedua tangan diatas kepala
 3. Kembalikan tangan ke posisi semula
 - B. Latihan II
 1. Tekuk siku yang kontraktur menggunakan tangan yang sehat
 2. Luruskan siku kemudian angkat keatas
 3. Letakkan kembali tangan yang kontraktur ditempat tidur
 - C. Latihan III
 1. Pegang pergelangan tangan yang kontraktur menggunakan tangan yang sehat kemudian angkat ke atas dada
 2. Putar pergelangan tangan ke arah dalam dan ke arah luar
 - D. Latihan IV
 1. Tekuk jari-jari yang kontraktur dengan tangan yang sehat kemudian luruskan
 2. Putar jari yang lemah
 - E. Latihan V
 1. Angkat kedua kaki ke atas sekitar 30cm kemudian turunkan
 - F. Latihan VI
 1. Anjurkan pasien untuk menekuk lututnya
 - G. Latihan VII
 1. Anjurkan pasien untuk memutar pergelangan kakinya

SUMBER : (Pangripta et al., 2025).

Lampiran 16 Standar Operasional Manual Muscle Testing

A. Definisi

Manual Muscle Testing (MMT) adalah salah satu usaha untuk menentukan atau mengetahui kemampuan seseorang dalam mengontraksikan otot atau group otot secara voluntary.

B. Tujuan

1. Untuk memperoleh data yang berguna dalam menegakkan diagnosa keperawatan
2. Untuk menentukan jenis jenis terapi atau terapi apa yang harus diberikan
3. Untuk menentukan jenis jenis alat bantu yang diperlukan oleh pasien misalnya ortoses, splin atau alat bantu ambulasi

F. Persiapan Lingkungan

1. Jaga privasi pasien, pasang penutup jika memang diperlukan

G. Salam Terapeutik

1. Berikan salam, identifikasi klien
2. Jelaskan tindakan yang akan dilakukan dan tujuannya
3. Berikan kesempatan klien bertanya

H. Langkah Kegiatan

Lampiran 17 Standar Operasional Prosedur Manual Muscle Testing

NO	Jenis Pemeriksaan	Prosedur
1.	Sternokleidomastoideus (otot leher)	1. Meminta klien menengok ke salah satu sisi dengan melawan tahanan tangan pemeriksa. 2. Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5.
2.	Prapezius (otot punggung)	1. Letakkan kedua tangan pada bahu klien lalu minta klien menaikkan bahu melawan pemeriksa tahanan tangan. 2. Nilai kekuatan otot dengan menggunakan skala 0-5.
3.	Deltoideus (otot bahu)	1. Meminta klien mengangkat kedua lengan dan melawan dorongan tangan pemeriksa ke arah bawah. 2. Nilai kekuatan otot dengan skala 0-5.
4.	Otot panggul	1. Posisikan pasien terlentang dengan kedua tungkai ekstensi, letakkan kedua tangan diantara kedua lutut klien. 2. Nilai kekuatan otot klien dengan skala 0-5
5.	Abduksi panggul	1. Posisikan klien terlentang dengan kedua tungkai ekstensi letakkan tangan pada [permukaan lateral masing masing lutut klien 2. Minta klien meregangkan kedua tungkai melawan tahanan pemeriksa. 3. Nilai kekuatan otot dengan skala 0-5.
6.	Adduksi panggul	1. Posisikan klien terlentang dengan kedua tungkai ekstensi, letakkan tangan diantara kedua lutut klien. 2. Minta klien merapatkan kedua tungkai melawan tahanan pemeriksa, palpasi otot apakah ada kelainan. 3. Nilai kekuatan otot dengan skala 0-5.
7.	Bisep	1. Minta klien merentangkan kedua tangan pemeriksa menahan lengan agar tetap ekstensi. 2. Nilai kekuatan otot dengan skala 0-5.
8.	Trisep	1. Minta klien menekuk kedua lengan, mencoba merentangkan melawan usaha pemeriksa untuk membuat lengan klien tetap fleksi. 2. Nilai kekuatan otot dengan skala 0-5.

9.	Otot pergelangan tangan dan jari-jari	3. Minta klien untuk merentangkan kelima jari dan melawan usaha pemeriksa untuk mengumpulkan lima jari. 4. Nilai kekuatan otot dengan skala 0-5.
10.	Kekuatan genggam tangan	1. Minta klien menggenggam jari telunjuk dan jari tengah pemeriksa, tarik kedua jari dari genggam. 2. Nilai kekuatan otot dengan skala 0-5.
11.	Hamstring	1. Posisikan klien terlentang kedua lutut ditekuk, minta klien meluruskan tungkai melawan tahanan tangan pemeriksa. 2. Nilai kekuatan otot dengan skala 0-5.
12.	Kuadrisep	1. Posisikan klien terlentang lutut setengah ekstensi klien menahan usaha pemeriksa untuk memfleksikan lutut. 2. Nilai kekuatan otot dengan skala 0-5.

SUMBER : (Sarah Fauziah Ali et al., 2025).

Lampiran 18 Standar Operasional Prosedur Rentang Gerak Sendi

STANDART OPERASIONAL PROSEDUR	PEMERIKSAAN RENTANG GERAK SENDI
Pengertian	Merupakan pengukuran lingkup gerak sendi yang dilakukan oleh fisioterapis sebagai upaya pengumpulan data untuk mengetahui keadaan pasien/klien khususnya pada masalah jarak gerak sendi
Tujuan	1. Untuk menegaskan diagnosis fisioterapi. 2. Untuk menentukan teknik dan metode intervensi secara tepat sehingga diperoleh hasil yang maksimal.
Kebijakan	Pemeriksaan dilakukan oleh fisioterapis
Prosedur	1. Siapkan alat ukur berupa goniometer atau meteran. 2. Tentukan posisi anatomis pasien/zero starting position sesuai dengan sendi yang diukur. 3. Tempatkan alat ukur pada objek/axis sendi yang diukur dengan memperhatikan lever aktif, lever pasif, posisi anatomis, dan beberapa titik acuan. 4. Tempatkan lever aktif goniometer pada disebelah distal dari sendi yang diukur. 5. Lever pasif pada sebelah proximal sendi yang akan diukur. 6. Gerakkan anggota gerak yang diukur bersama sama menggunakan dengan lever aktif goniometer sampai gerakan maksimal. 7. Dokumentasikan hasil pengukuran dengan menggunakan ISOM (International Standart Orthopedic Measurement) yaitu: 1. Tulis nama sendi yang diukur. 2. Tulis bidang gerak yang dibentuk pada sendi yang diukur. 3. Jika terdapat jarak gerak sendi maka penulisan dilakukan dengan tiga angka. Diawali dengan angka yang menunjukkan posisi yang menjauhi tubuh, dilanjutkan dengan nol yang menunjukkan posisi netral, diakhiri dengan angka yang menunjukkan posisi mendekati tubuh. 4. Jika mengalami kekakuan maka penulisan dilakukan dengan 2 angka yang diikuti dengan angka 0 serta angka yang sesuai dengan posisi sendinya.

SUMBER : (Indri Priyana et al., 2025).

Lampiran 19 Cara Mengukur Rentang Gerak Sendi

A. Pelaksanaan Pengukuran Rentang Gerak Sendi Anggota Gerak Atas

1. Sendi Bahu

a) Gerakan Fleksi

Normal LGS : 90-170°

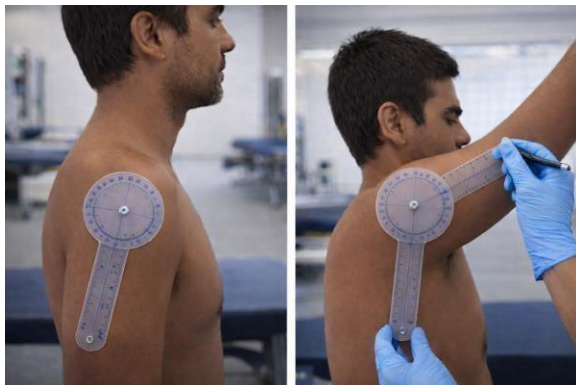
Posisi pasien : duduk atau tidur telentang

Posisi goniometer : axis pada tengah caput humeri

Pelaksanaan:

1. Pasien melakukan gerakan fleksi
2. Palang bergerak goniometer digerakkan mengikuti pergerakan dari humerus (sejajar humerus) sedangkan palang diam sejajar trunk
3. Usahakan agar torso (badan) dari pasien tegap. Hal ini untuk menghindari gerak asosiasi

Gambar 1 Fleksi bahu



b) Gerakan Ekstensi

Normal LGS : 60-90°

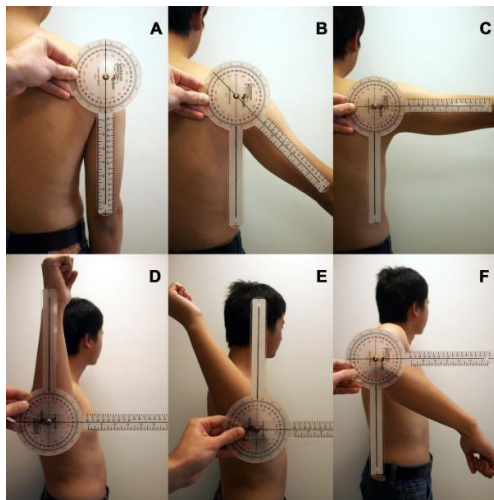
Posisi pasien : duduk atau tidur tengkurap

Posisi goniometer : axis pada tengah caput humeri

Pelaksanaan :

1. Pasien melakukan gerakan ekstensi
2. Palang bergerak sejajar humerus (mengikuti humerus) sedangkan palang diam sejajar trunk

Gambar 2 Ekstensi Bahu



2. Sendi Siku

a) Gerakan Fleksi

Normal LGS : 40-130°

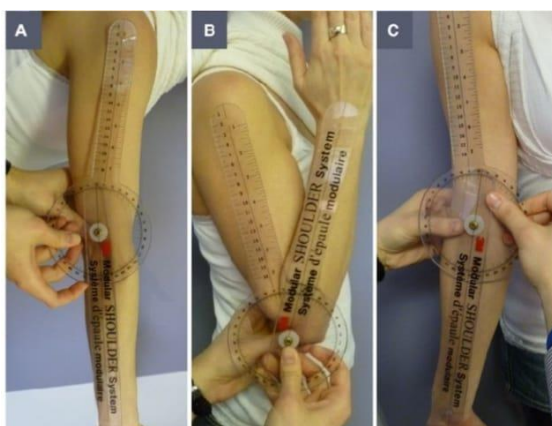
Posisi pasien : duduk/berdiri/ tidur telentang, lengan dalam posisi netral

Posisi goniometer : sedikit agak ke atas dari radius epicondylus lateralis

Pelaksanaan:

1. Pasien melakukan gerakan fleksi
2. Palang bergerak sejajar radius sedangkan palang diam sejajar humerus

Gambar 3 Fleksi Siku



3. Sendi Pergelangan Tangan dan Jari Jari Tangan

a) Gerakan Fleksi Pergelangan

b) Tangan Normal LGS : 80-90°

Posisi pasien : pasien dalam posisi lengan abduksi 90° dan fleksi siku 90°. Posisi tidak mutlak, pasien dapat memposisikan lengannya disamping tubuh

Posisi goniometer : axis goniometer pada pergelangan tangan

Pelaksanaan:

1. Pasien melakukan gerakan fleksi pergelangan tangan
2. Palang diam sejajar dengan radius sedangkan palang bergerak sejajar dengan ibu jari

Gambar 4 Fleksi Pergelangan Tangan



c) Gerakan Ekstensi Pergelangan

Tangan Normal LGS : 80-90°

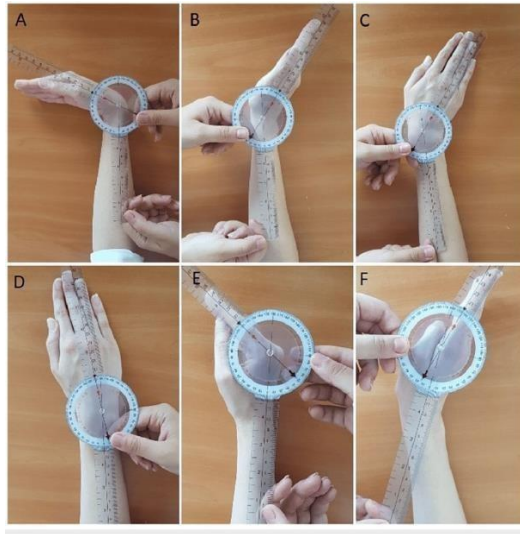
Posisi pasien : pasien dalam posisi lengan abduksi 90° dan fleksi siku 90° Posisi tidak mutlak, pasien dapat memposisikan lengannya disamping tubuh

Posisi goniometer : axis goniometer pada pergelangan tangan

Pelaksanaan:

1. Pasien melakukan gerakan ekstensi pergelangan tangan
2. Palang diam sejajar dengan radius sedangkan palang bergerak sejajar dengan ibu jari

Gambar 5 Ekstensi Pergelangan Tangan



d) Gerakan Fleksi dan Ekstensi Jari Jari

Tangan Normal LGS Fleksi : -

30° - 0°

Normal LGS Ekstensi : 0° - 90°

Posisi pasien : duduk/tidur dengan tangan terstabilisasi

Posisi goniometer : pada permukaan dorsal tangan

Pelaksanaan:

1. Letakkan goniometer pada permukaan dorsal
2. Pastikan goniometer dalam posisi yang benar (titik netral digoniometer)
3. Pasien melakukan gerakan ekstensi
4. Palang bergerak pada goniometer mengikuti pergerakan dan jari jari



Gambar 6 Fleksi dan Ekstensi Jari Tangan

Pelaksanaan Pengukuran Rentang Gerak Sendi Anggota Gerak Bawah

2. Sendi Panggul

a) Gerakan Fleksi Panggul

Normal LGS : 90° - 120°

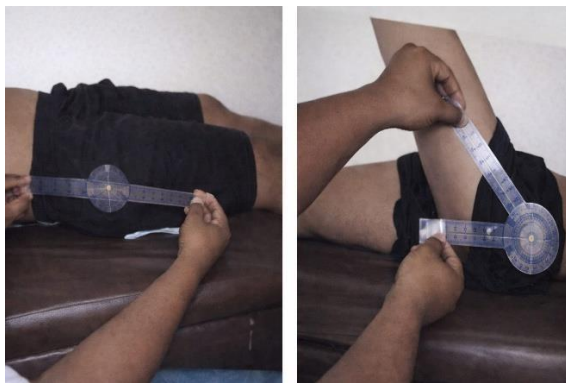
Posisi pasien : tidur telentang

Posisi goniometer : axis pada sisi lateral panggul berada di atas trochter major

Pelaksanaan :

1. Pasien melakukan gerakan fleksi
2. Palang bergerak sejajar femur dan palang diam sejajar trunk

Gambar 6 Fleksi Panggul



b) Gerakan Ekstensi

Panggul Normal LGS : 90° - 120°

Posisi pasien : tidur tengkurap

Posisi goniometer : axis pada lateral panggul berada di atas trochanter major

Pelaksanaan:

1. Pasien melakukan gerakan ekstensi
2. Palang bergerak sejajar femur dan palang diam sejajar trunk

Gambar 7 Ekstensi Panggul



3. Sendi lutut

a) Normal LGS : 20°-130°

Posisi pasien : tidur tengkurap, lutut dalam posisi lurus

Posisi goniometer : sisi lateral dari lutut

Pelaksanaan :

1. Pasien melakukan gerakan fleksi lutut
2. Palang diam sejajar femur dan palang bergerak sejajar fibula

Gambar 8 Fleksi Lutut



3. Sendi Pergelangan Kaki

a) Gerakan Plantar Fleksi

Normal LGS : 50°-90°

Posisi pasien : tidur telentang, kaki (ankle dalam posisi 90°

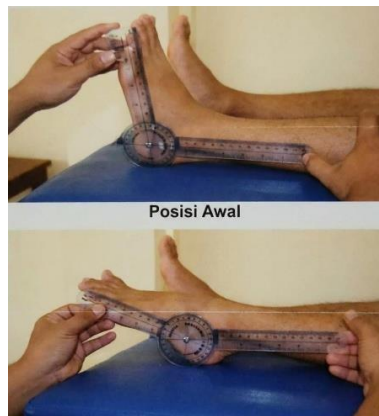
Posisi goniometer : malleolus lateralis

Pelaksanaan:

1. Pasien melakukan gerakan plantar fleksi

2. Palang diam sejajar fibula dan palang bergerak sejajar metatarsal lima

Gambar 9 Platar Fleksi kaki



b) Gerakan Dorsi Fleksi

Normal LGS : 90-180°

Posisi pasien : tidur telentang, kaki (ankle) dalam posisi 90°

Posisi goniometer : malleolus lateralis

Pelaksanaan:

1. Pasien melakukan gerakan dorsi fleksi
2. Palang diam sejajar fibula dan palang bergerak sejajar metatarsal lima

Gambar 10 Dorsi Fleksi Kaki

SUMBER : (Fauziyah Susilawati et al., 2021).

Gambar 12 Latihan ROM Aktif



Gambar 13 Latihan ROM Pasif

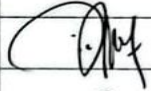
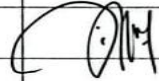


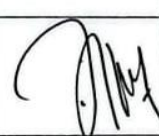
Lampiran 21 Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Dindah Arsita Lia
 Nim : P17250234063
 Dosen Pembimbing : Agus Wiwit Suwanto, S.Kep, Ns, M. Kep
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik
 Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Diruang Aster Rumah
 Sakit Umum Daerah Dr. Harjono Ponorogo

NO	TANGGAL	BAB	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	02, Januari 2026		1. Pengajuan judul 2. ACC judul 3. Menyusun BAB 1 4. Mencari instrumen penilaian	
2.	02, Januari 2026	BAB I	1. Mengurutkan isi LBM mulai dari introduksi, justifikasi, kronologi, dampak dan solusi 2. Angka prevalensi minimal 5 tahun terakhir 3. Memperbaiki tujuan khusus dan tujuan umum 4. Disarankan menggunakan mendeley untuk mempermudah penyusunan sitasi dan daftar pustaka yang akurat	
3.	05, Januari 2025	BAB I	1. Direkomendasikan justifikasi dari jurnal internasional 2. Direkomendasikan mencari tindakan intervensi 3. Perhatikan penulisan rata kanan kiri 4. Melanjutkan BAB II	
4.	06, Januari 2026	BAB I-II	1. Memperbaiki batasan istilah 2. Merapikan paragraf dan penulisan 3. Disarankan memperdalam sub bab materi tentang stroke iskemik 4. Disarankan memperdalam materi hubungan antara	

			stroke dengan gangguan mobilitas fisik	
5.	08, Januari 2026	BAB II-III	1. Memperbaiki spasi daftar pustaka 2. Menambahkan lampiran Lembar Evaluasi Penilaian Kekuatan Otot Ekstremitas Kiri 3. Menambahkan Lembar Evaluasi Penilaian Rentang Gerak Sendi Ekstremitas Kiri 4. Daftar rencana tindakan harian	
6.	10, Januari 2026	BAB I-III	1. ACC siap seminar proposal	
7.	12, Januari 2026	BAB 1 & III	1. Revisi bab-1 menambahkan introduction tentang stadium recovery 2. Menambahkan jumlah pasien yang stroke di RSUD 3. Menambahkan kronologi pada bab-1 4. Pada bab-III dibagian kriteria inklusi menambahkan tentang stadiumnya 5. Menambahkan dibagian daftar rencana mengenai latihan ROM aktif dan pasif 6. ACC ketua penguji	
8.	03, Februari 2026	BAB I&III	1. ACC siap uji etik dan penelitian	
9.	20, April 2026	BAB IV	1. Menyusun implementasi tindakan keperawatan (ROM dan mobilisasi) 2. Menyusun evaluasi berdasarkan SLKI Mobilitas Fisik 3. Membuat tabel hasil kekuatan otot dan rentang gerak 4. Memperbaiki sistematika penulisan BAB IV	
10.	21, April 2026	BAB IV	1. Mendeskripsikan karakteristik responden (umur, jenis kelamin) dalam bentuk tabel dan narasi 2. Menghubungkan hasil penelitian dengan teori	

			fisiologis (neuroplastisitas) 3. Menganalisis penyebab peningkatan kekuatan otot dan mobilitas	
11.	28, April 2026	BAB IV	1. Memperbaiki analisis pengaruh latihan ROM terhadap peningkatan mobilitas fisik 2. Memperdalam pembahasan fisiologis peningkatan kekuatan otot dan rentang gerak	
12.	29, April 2026	BAB IV & V	1. Membuat abstrak dalam bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris 2. ACC KTI siap Seminar Hasil KTI	
13.	06, Mei 2026	BAB IV	1. Revisi bab- IV menambahkan opini 2. Memperbaiki tulisan 3. Memberikan tanggal Insklusi Penelitian 4. ACC ketua penguji	
14.	07, Mei 2026	BAB IV	1. Memperbaiki abstrak 2. Menambahkan tindakan yang dilakukan hari 1-7 3. ACC Pembimbing	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Dindah Arsita Lia
 Nim : P17250234063
 Tempat Lahir : Ponorogo
 Tanggal Lahir : 26 April 2005
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Alamat Rumah : Rt/Rw 02/03 Ds. Pulung, Kec.
 Pulung, Kab. Ponorogo.
 No. Tlp/WA : 082334042616
 E-mail : sitaarsita68@gmail.com

Riwayat Pendidikan

Sedang menyelesaikan pendidikan program studi D3 Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Ponorogo	2023-Sekarang
SMAN 1 Pulung	2020-2023
SMPN 1 Pulung	2017-2020
SDN 3 Pulung	2011-2017

