

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Studi Kasus

IMPLEMENTASI LATIHAN *RANGE OF MOTION* PADA MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK PASIEN OA

No	Kegiatan	Jadwal																				
		Januari 2024				Februari 2024				Maret 2024				April 2024				Mei 2024				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	Penyusunan Proposal		■	■	■	■																
2	Pengumpulan Proposal					■	■	■	■													
3	Seminar Proposal					■	■	■	■													
4	Revisi proposal									■	■	■	■									
5	Pengurusan izin penelitian									■	■	■	■									
6	Pengumpulan data													■	■	■	■					
7	Pengolahan data													■	■	■	■					
8	Penyusunan laporan													■	■	■	■					
9	Pengumpulan Laporan																	■	■	■	■	
10	Sidang hasil penelitian																	■	■	■	■	
11	Revisi laporan																			■	■	
12	Pengumpulan KTI																				■	

Lampiran 2 Relasi Biaya Studi Kasus

IMPLEMENTASI LATIHAN *RANGE OF MOTION* PADA MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK PASIEN OA

Tahap Persiapan				
No	Jenis Anggaran	Rincian	Biaya	Jumlah
1	Proposal BW	250 lembar	Rp.500/lembar	Rp.125.000
2	Print Berwarna	4 lembar	Rp.2000/lembar	Rp.8.000
3	ATK untuk Proposal	1 set	Rp.70.000	Rp.70.000
4	Map	4 pcs	Rp.2.000	Rp.8.000
5	Materai	1 pcs	Rp.12.000	Rp.12.000

Tahap Pelaksanaan				
No	Jenis Anggaran	Rincian	Biaya	Jumlah
1	Lembar SOP	6 lembar	Rp.500/lembar	Rp.3.000
2	Transportasi peneliti	-	Rp.100.000	Rp.100.000
3	Lembar persetujuan	4 lembar	Rp.500/lembar	Rp.2.000
4	Sarung tangan handscoon	1 kotak	Rp.50.000	Rp.50.000

Tahap Akhir				
No	Jenis Anggaran	Rincian	Biaya	Jumlah
1	Penyusunan laporan	-	Rp.200.000	Rp.120.000
2	Pengadaan laporan	-	Rp.200.000	Rp.200.000
3	Jilid laporan	-	Rp.150.000	Rp.150.000
Total Biaya				Rp. 873.000

Lampiran 3 Surat Persetujuan Menjadi Subyek

**SURAT PERSETUJUAN MENJADI SUBYEK
PENELITIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

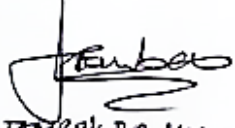
Tempat/tanggal Lahir :

Pekerjaan :

Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia menjadi subyek penelitian atas penelitian yang akan dilakukan oleh Gangga Depryatna Putri Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Denpasar Prodi D-III Jurusan Keperawatan berjudul: “Implementasi Latihan *Range Of Motion* (ROM) Pada Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien *Osteoarthritis* di Wilayah Kerja Puskesmas II Denpasar Selatan Kota Denpasar Tahun 2024”. Saya mengerti data mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan data ini dijamin legal dan aman, serta semua data yang ada diberkas ini akan dicantumkan pada subyek penelitian yang akan digunakan dalam data penelitian. Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari manapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 21 April2024


TAPBAK RUA MAS 11170

Lampiran 4 permohonan
menjadi subyek

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI
SUBYEK PENELITIAN**

Kepada

Yth. Saudara Calon Subyek Penelitian

Di-

Wilayah Kerja UPTD Puskesmas II Denpasar Selatan Kota Denpasar

Dengan hormat,

Saya mahasiswa D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar semester VI bermaksud melakukan penelitian tentang “Implementasi Latihan *Range Of Motion* (ROM) Pada Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien *Osteoarthritis* di Wilayah Kerja Puskesmas II Denpasar Selatan Kota Denpasar Tahun 2024”, sebagai persyaratan untuk menyelesaikan program studi Diploma Tiga Keperawatan. Berkaitan dengan hal tersebut, saya mohon kesediaan saudara untuk menjadi subyek penelitian yang merupakan sumber informasi dan sampel bagi penelitian ini. Informasi yang saudara berikan akan dijaga kerahasiaannya.

Denpasar, Mei 2024

Peneliti

Gangga Depryatna Putri
NIM.P07120121092

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)
SEBAGAI PESERTA PENELITIAN**

Yang terhormat Bapak/Ibu, kami meminta kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Keikutsertaan dari penelitian ini bersifat sukarela/tidak memaksa. Mohon untuk dibaca penjelasan dibawah ini dengan seksama dan silahkan bertanya jika ada yang belum dimengerti.

Judul Penelitian	Implementasi Latihan <i>Range Of Motion</i> Pada Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Pasien <i>OA</i>
Peneliti Utama	Gangga Depryatna Putri
Institusi	Poltekkes Kemenkes Denpasar Jurusan Keperawatan
Peneliti Lain	-
Lokasi Penelitian	Wilayah kerja Puskesmas II Denpasar Selatan Kota Denpasar
Sumber Pendanaan	Pribadi

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas implementasi latihan *range of motion* (ROM) pada pasien *OA* untuk meningkatkan mobilitas fisik pasien *OA*. Peserta dalam studi kasus ini adalah satu orang dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien *OA* di wilayah kerja Puskesmas II Denpasar Selatan Kota Denpasar, dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi, sebagai berikut:
 - a. Pasien berusia diatas 61 tahun
 - b. Pasien bersedia menjadi responden
 - c. Pasien tidak mengkonsumsi obat *osteoarthritis*

2. Kriteria eksklusi, sebagai berikut:
 - a. Pasien sedang menjalani perawatan di RS
 - b. Pasien memiliki penyakit menular
 - c. Keluarga menolak untuk melanjutkan intervensi.

Subjek akan diwawancara untuk mengetahui masalah kesehatan yang dihadapi, kemudian akan diberikan latihan *range of motion* (ROM) untuk meningkatkan mobilitas fisik pasien OA.

Kepesertaan dalam penelitian ini tidak secara langsung memberikan manfaat kepada penelitian. Akan tetapi, dapat memberikan gambaran informasi yang lebih banyak mengenai implementasi latihan, *range of motion* dalam meningkatkan mobilitas fisik akibat OA. Atas kesediaan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, maka akan diberikan imbalan sebagai pengganti waktu yang diluangkan untuk penelitian ini. Peneliti menjamin kerahasiaan seluruh data peserta penelitian ini dengan melakukan penyimpanan data sebaik-baiknya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini.

Kepesertaan Bapak/Ibu ini bersifat sukarela. Peserta didalam penelitian berhak menolak memberikan jawaban terkait pertanyaan yang diajukan dalam penelitian ini atau berhenti dalam keikutsertaan dari penelitian ini kapan saja tanpa dikenakan sanksi. Untuk setiap keputusan peserta didalam penelitian tidak mempengaruhi mutu dan akses kelanjutan penelitian. Jika setuju untuk menjadi peserta dalam penelitian ini, diharapkan Bapak/Ibu diminta untuk menandatangani formulir “Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)” sebagai bukti bahwa peserta penelitian benar memahami tentang penelitian ini. Peneliti menyampaikan hal ini secara langsung kepada peserta dalam penelitian.

Jika ada pertanyaan yang perlu disampaikan kepada peneliti, silahkan menghubungi peneliti: **Gangga Depryatna Putri dengan No HP 081236730425**

Tanda tangan Bapak/Ibu dibawah ini menunjukkan bahwa Bapak/Ibu telah membaca, telah memahami, dan telah mendapat kesempatan untuk bertanya kepada peneliti mengenai penelitian ini dan menyetujui untuk menjadi peseta peneliti/Wali.

Denpasar.....,2024

Peseta/Subjek Penelitian

Peneliti,

(.....)

(Gangga Depryatna Putri)

NIM. P07120121092

D. Hubungan dengan Klien/Subjek Penelitian

(Wali dibutuhkan bila calon peserta adalah anak umur < 14 tahun, lansia, tunagrahita, pasien dengan kesadaran kurang-koma)

E. Peneliti

Tanda Tangan dan Nama

Tanggal

Format Asuhan Keperawatan

**IMPLEMENTASI LATIHAN *RANGE OF MOTION*
PADAMASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK
PASIEN *OSTEOARTHRITIS***

PENGKAJIAN

Identitas Diri Pasien

Nama :
Tanggal Masuk RS :
Tempat/Tanggal Lahir :
Sumber Informasi :
Umur :
Agama :
Jenis Kelamin :
Status Perkawinan :
Pendidikan :
Suku :
Pekerjaan :
Lama Bekerja :
Alamat :
.....
.....

Keluhan Utama:
.....

Riwayat Penyakit:
.....

1. Keluarga terdekat yang dapat dihubungi (orang tua, wali, suami, istri, dan lain- lain)

Pekerjaan :

Pendidikan :

Alamat :

2. Alergi :

Tipe	Reaksi	Tindakan
------	--------	----------

.....

3. Kebiasaan

Merokok / kopi / obat / alkohol / lain-lain

Jika ya, jelaskan

4. Pola nutrisi :

Frekuensi/porsi makan:.....

Berat Badan : kg Tinggi Badan:cm

Jenis makanan :

Makanan yang disukai :

Makanan tidak disukai :

Makanan pantangan :

Nafsu makan : baik

sedang, alasan :
mual/muntah/sariawan/dll

kurang, alasan :
mual/muntah/sariawan/dll

Perubahan BB 3 bulan terakhir :

bertambah.....kg

tetap

berkurang.....kg

5. Pola eliminasi :

a. Buang air besar

Frekuensi : Waktu : pagi/siang/sore/malam

Warna : Konsistensi :

Penggunaan Pencahar :

b. Buang air kecil

Frekuensi : Warna:..... Bau :

6. Pola tidur dan istirahat :

Waktu tidur (jam) :

Lama tidur/hari :

Kebiasaan pengantar tidur :

Kebiasaan saat tidur :

Kesulitan dalam hal tidur : menjelang tidur

sering/mudah terbangun

merasa tidak puas setelah bangun
tidur

7. Pola aktivitas dan latihan :

a. Kegiatan dalam pekerjaan :

b. Olah raga :

c. Kegiatan di waktu luang :

d. Kesulitan/keluhan dalam hal ini :

pergerakan tubuh

bersolek

mandi, berhajat

mudah merasa kelelahan

mengenakan pakaian

sesak nafas setelah aktivitas

8. Pola kerja :

Jenis pekerjaan : lamanya

.....

Jumlah jam kerja : lamanya

.....

Jadwal kerja :

Riwayat Keluarga

.....

Lain-lain (sebutkan) :

.....

Genogram :

Riwayat Lingkungan

.....

Lain-lain (sebutkan) :
.....

Riwayat Keluarga

Genogram :

Riwayat Lingkungan

Kebersihan Lingkungan :
.....

Bahaya :
.....

Polusi :
.....

Aspek Psikososial

9. Pola pikir dan persepsi

- a. Alat bantu yang digunakan :
 kaca mata alat bantu pendengaran
- b. Kesulitan yang dialami :
 sering pusing
 menurunnya sensitifitas terhadap panas dingin
 membaca/menulis

10. Persepsi diri

Hal yang dipikirkan saat ini :
.....

Harapan setelah menjalani perawatan:
.....

Perubahan yang dirasa setelah sakit :
.....

11. Suasana hati :

.....

13. Kebiasaan seksual

- a. Gangguan hubungan seksual disebabkan kondisi sebagai berikut : fertilitas menstruasi
 libido kehamilan
 ereksi alat kontrasepsi
- b. Pemahaman terhadap fungsi seksual:
.....

14. Pertahanan koping

- a. Pengambilan keputusan
 sendiri
 dibantu orang lain; sebutkan
.....
- b. Yang disukai tentang diri sendiri :
.....
- c. Yang ingin dirubah dari kehidupan :
.....
- d. Yang dilakukan jika sedang stress :
 pemecahan masalah cari pertolongan
 makan makan obat
 tidur
 lain-lain (misalnya marah, diam dll) sebutkan
.....

15. Sistem nilai – kepercayaan

- a. Siapa atau apa yang menjadi sumber kekuatan :
.....
- b. Apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan penting untuk anda : ya tidak
- c. Kegiatan Agama atau Kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekuensi)
Sebutkan :
.....

d. Kegiatan Agama atau Kepercayaan yang ingin dilakukan selama di rumah sakit,

Sebutkan :

.....

16. Pengkajian Fisik

A. Vital Sign

Tekanan darah :

Suhu :

Nadi :

Pernafasan :

B. Kesadaran :..... GCS :

.....

Eye :

.....

Motorik :

.....

Verbal :

.....

Keadaan umum :

Sakit/ nyeri : 1. ringan 2. sedang 3. Berat

Skala nyeri : Nyeri di daerah :.....

Status gizi : 1. gemuk 2. normal 3. Kurus

BB : TB :

Sikap : 1. tenang 2. Gelisah 3. menahan nyeri

Personal hygiene : 1. bersih 2. kotor 3. lain- lain...

Orientasi waktu/ tempat/ orang : 1. Baik 2. Terganggu

Pemeriksaan Fisik Head To Toe

1. Kepala

Bentuk : 1. Mesocephale 2. mikrocephale 3. hidrocephale

4. lain- lain

Lesi/ luka : 1. hematoma 2. perdarahan 3. luka sobek

4. Lain -lain.....

2. Rambut

Warna:

Kelainan: rontok/ dll.....

3. Mata

Penglihatan : 1. normal 2. kaca mata/ lensa 3. lain-

lain... Sklera : 1. ikterik 2. tidak ikterik

Konjungtiva : 1. anemis 2. tidak anemis

Pupil : 1. isokor 2. anisokor 3. midriasis

4. katarak

Kelainan : kebutaan kanak/kiri.....Data

tambahan.....

4. Hidung

Penghidu : 1. normal 2. ada gangguan... ..Sekret/

darah/ polip :

Tarikan caping hidung : 1. ya 2. tidak

5. Telinga

Pendengaran : 1. normal 2. kerusakan

3. tuli kanan/kiri 4. tinnitus 5. alat bantu dengar

6. lainnya

Sekret/ cairan/ darah : 1. ada/tidak 2. bau..... 3. warna.....

Mulut Dan Gigi

Bibir : 1. lembab 2. kering 3. cianosis 4. pecah-pacah

Mulut dan tenggorokan : 1. Normal 2. Lesi 3. Stomatitis

Gigi : 1. penuh/normal 2. Ompong 3. lain-lain.....

6. Leher

Pembesaran tyroid : 1. ya 2. tidak

Lesi : 1. tidak 2. ya, di sebelah.....
Nadi karotis : 1. teraba 2. tidak

Thorax

Jantung : 1. nadix/ menit, 2. kekuatan: kuat/ lemah
2. irama : teratur/ tidak 4.lain-lain.....
Paru : 1. frekwensi nafas : teratur/ tidak
2. kualitas : normal/ dalam/ dangkal
3. suara nafas : vesikuler/ ronchi/ wheezing
4. batuk : ya/ tidak
5. sumbatan jalan nafas: sputum/ lendir/ darah/ ludah
6. Retraksi dada : 1. ada 2. tidak ada

7. Abdomen

Peristaltik usus : 1. ada;.....x/menit 2. tidak ada
3. hiperperistaltik 4. lain-lain...
Kembung : 1. ya 2. tidak
Nyeri tekan Ascites : 1. Tidak 2. ya di kuadran...../bagian

8. Genetalia

Pimosis : 1. Ya 2. tidak
Alat Bantu : 1. ya 2. tidak
Kelainan : 1. Tidak 2. ya, berupa.....

9. Kulit

Turgor : 1. elastis 2. kering 3. lain-lain
Laserasi : 1. luka 2. memar 3.lain-lain Di daerah...
Warna kulit : 1. normal (putih/sawo matang/ hitam)
2. pucat 3. cianosis 4. ikterik
5. lain-lain.....

10. Ekstremitas

Kekuatan otot :

R O M : 1. penuh 2. terbatas

Hemiplegi/parese : 1. tidak 2. ya, kanan/kiri

Akral : 1. hangat 2. dingin

Capillary refill time : 1. < 3 detik 2. > 3 detik

Edema : 1. tidak ada 2. ada di daerah

Lain-lain :
.....

Data pemeriksaan fisik neurologis :
.....

Data Penunjang

- a. Pemeriksaan Penunjang: Laboratorium, rongent, USG, MRI, dll
- b. Program Terapi:

ANALISIS DATA

Data focus	Analisis	Masalah
Data Subyektif :	Analisis dengan pohon masalah	
Data Obyektif :		

DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS MASALAH (SDKI)

PERENCANAAN (SLKI)

No. Dx	Tujuan	Intervensi	Rasional

PELAKSANAAN

No	Tgl/ jam	Implementasi	Respon	Paraf

EVALUASI

No	Tgl/ jam	Catatan Perkembangan	Paraf

Lampiran 7 Lembar Wawancara

LEMBAR WAWANCARA IMPLEMENTASI LATIHAN *RANGE OF MOTION (ROM)* PADA MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN *OSTEOARTRHITIS*

Nama Responden :

Umur :

Alamat :

Berikan tanda centang (✓) sesuai dengan kondisi Anda saat ini.

No	Pertanyaan	Tidak	Kadang-kadang	Ya
1.	Apakah kesulitan dalam melakukan gerakan sehari-hari yang melibatkan sendi yang terkena OA?			
2.	Apakah anda mengalami rasa nyeri atau ketidaknyamanan saat melakukan gerakan pada sendi yang terkena OA?			
3.	Apakah anda dapat melakukan gerakan dengan penuh rentang gerak pada sendi?			
4.	Apakah anda dapat melakukan aktivitas sehari-hari meskipun mengalami sedikit keterbatasan dalam gerakan pada sendi?			
5.	Apakah anda memerlukan bantuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari karena keterbatasan gerakan pada sendi?			
6.	Apakah anda dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti berjalan dan jongkok?			
7.	Apakah anda merasakan kekakuan pada sendi di pagi hari?			
8.	Seberapa sering anda memerlukan bantuan dari orang lain untuk melakukan aktivitas sehari-hari?			

9.	Apakah anda dapat melakukan sebagian besar aktivitas sehari-hari meskipun mengalami keterbatasan gerakan pada sendi?			
10.	Apakah anda merasa sangat terpengaruh dalam melakukan aktivitas sehari-hari karena keterbatasan gerakan pada sendi?			

Lampiran 8 Standar Oprasional Prosedur

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PEMIJATAN TELAPAK KAKI**

No	Sub Judul	Penjelasan
1	Definisi	Pemijatan telapak kaki adalah gabungan dari beberapa Teknik pijat yaitu mengusap (effleurage), memijit (petrissage), menggosok (friction), menggetarkan atau mengguncang (vibration) sehingga menyebabkan stimulus ke otak lebih cepat daripada nyeri yang dirasakan ini dilakukan dengan sadar dan digunakan untuk meningkatkan kesehatan
2	Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Menimbulkan relaksasi yang dalam.2. Memperbaiki sirkulasi darah pada otot sehingga mengurangi nyeri dan inflamasi.3. Memperbaiki secara langsung maupun tidak langsung fungsi setiap organ internal.4. Membantu memperbaiki mobilitas5. Menurunkan gejala OA
3	Diagnosis Keperawatan	Klien dengan Gangguan mobilitas fisik pafa pasien OA
4	Kontraindikasi	Klien yang menderita luka bakar hebat dan fraktur
5	Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none">1. Minyak kelapa/minyak zaitun2. Handuk3. Lembar observasi
6	Prosedur	<ol style="list-style-type: none">1. Letakan alas yang cukup besar dibawah kaki klien.2. Tangkupkan telapak tangankita disekitar sisi kaki kanannya3. Rilekskan jari-jari serta gerakan tangan kedepan dan kebelakang dengan cepat, ini akan membuat kaki rileks.4. Biarkan tangan tetap memegang bagian atas kaki.5. Geser tangan kiri kebawah tumit kaki, dengan lembut tarik kaki kearah pemijat mulai dari tumit. Dengan

-
- gerakan oval putar kaki beberapa kalikesetiap arah.
6. Pegang kaki pasangan dengan ibu jari kita berada diatas dan telunjuk dibagian bawah.
 7. Kemudian dengan menggunakan ibu jari, tekanan urat-urat otot mulai dari jaringan antara ibu jari dan telunjuk kaki. Tekan diantaranya urat-urat otot dengan ibu jari . ulangi gerakan ini pada tiap lekukan.
 8. Pegang tumit kaki dengan tangan kanan, gunakan ibu jari dan telunjuk tangan kiri pemijat untuk menarik kaki dan meremas jari kaki. Pertama : letakkan ibu jari pemijat diatas ibu jari kaki dan telunjuk dibawahnya. Lalu pijat dan tarik ujungnya dengan gerakan yang sama pijat sisi-sisi jari. Lakukan gerakan ini pada jari yang lain

7 Evaluasi

1. Tanyakan pada klien bagaimana perasaannya

Sumber: DPP PPNI, Buku Pedoman Standar Operasional Keperawatan, 2021

SURAT IZIN STUDI PENDAHULUAN



PEMERINTAH KOTA DENPASAR
DINAS KESEHATAN
Jl. Maruti No. 8 Denpasar, Kode Pos 80111
Telepon (0361) 424801, Fax (0361) 425369
www.denpasarkota.go.id email: kesehatan@denpasarkota.go.id

No. Surat : 000.9.6.1 / 610 / Dikes

Sifat : Biasa

Lampiran : -

Perihal : **Mohon Izin Pengambilan
Data Study Pendahuluan**

Denpasar, 17 Januari 2024

Kepada

Yth Kepala UPTD Puskesmas II

Dinas Kesehatan

Kec. Denpasar Selatan

Di

Tempat

Menindaklanjuti surat dari Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Denpasar Nomor : KH.03.03/F.XXXII.13/0069/2024 tanggal 8 Januari 2024, perihal mohon izin pengambilan data study pendahuluan dalam rangka tugas akhir mahasiswa, atas nama :

Nama : Gangga Depryatna Putri

NIM : P07120121092

Maka dengan ini kami sampaikan agar saudara Kepala UPTD Puskesmas dapat membantu dan memfasilitasi penelitian dimaksud sesuai ketentuan yang berlaku. Demikian disampaikan, atas kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Dokumen ini ditandatangani secara elektronik oleh:

Kepala Dinas Kesehatan Kota Denpasar



dr. Anak Agung Ayu Agung Candrawati, M.Kes

Pembina Tk I

NIP. 196709151998032003

Tembusan Disampaikan Kepada :

1. Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Denpasar
2. Yang bersangkutan



Dokumen ini ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSrE. Cetak dokumen ini merupakan salinan dari file dokumen bertandatangan digital yang resmi dan sah yang keabsahannya dapat diakses di alamat: https://esurat.denpasarkota.go.id/files/terhnde_surat_keluar_sign/te-003849-SRT-0120241_conv.pdf

PERSETUJUAN ETIK/ETHICAL APPROVAL



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Denpasar

📍 Jalan Sanitasi No.1, Sidakarya,
Denpasar Selatan, Bali 80224
☎ (0361) 710447
🌐 <https://poltekkes-denpasar.ac.id>

PERSETUJUAN ETIK/ *ETHICAL APPROVAL*

Nomor : DP.04.02/F.XXXII.25/ 0595 /2024

Yang bertandatangan di bawah ini Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Poltekkes Denpasar, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang berjudul :

Impelementasi Latihan Range Of Motion Pada Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Pasien Osteoarthritis (Studi Kasus Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas II Denpasar Selatan Kota Denpasar)

yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek penelitian, dengan Ketua Pelaksana/Peneliti Utama :

Gangga Depryatna Putri

LAIK ETIK. Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol dengan masa maksimum selama 1 (satu) tahun

Pada akhir penelitian, peneliti menyerahkan laporan akhir kepada KEPK-Poltekkes Denpasar. Dalam pelaksanaan penelitian, jika ada perubahan dan/atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kaji etik penelitian (amandemen protokol)

Denpasar, 21 Mei 2024

Ketua Komisi Etik Poltekkes Kemenkes Denpasar



Dr. Ni Komang Yuni Rahyani, S.Si.T., M.Kes

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



Lampiran 11 Bukti Penyelesaian Administrasi



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR

Alamat : Jalan Sanitasi No. 1 Sidakarya, Denpasar

Telp : (0361) 710447, Faksimile : (0361) 710448

Laman (Website) : <http://www.poltekkes-denpasar.ac.id>

Email : info@poltekkes-denpasar.ac.id



Kemendes
Poltekkes Denpasar

**BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI
SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D III KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES DENPASAR**

Nama Mahasiswa : Gangga Depryatna Putri
NIM : P07120121092

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	Kamis. 16 Mei 2021		G. Depryatna Putri
2	Perpustakaan	Kamis. 16 Mei 2021		Dewa Triwijaya
3	Laboratorium	Kamis. 16 Mei 2021		Sunarini
4	HMJ	Kamis. 16 Mei 2021		I A Suabdi B
5	Kecamatan	Kamis. 16 Mei 2021		M. Sudira
6	Administrasi umum/ perlengkapan	Kamis. 16 Mei 2021		M. Sudira

Keterangan:

Mahasiswa dapat mengikuti Ujian Karya Tulis Ilmiah jika seluruh persyaratan diatas terpenuhi.

Denpasar, 16 Mei 2021
Ketua Jurusan Keperawatan,

I Made Suharja S.Kep..Ners., M.Kep
NIP.1968/231/1992031020

Lampiran 12 Dokumentasi Kegiatan



IMPLEMENTASI LATIHAN RANGE OF MOTION PADA MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK PASIEN OSTEOARTHRITIS

ORIGINALITY REPORT

28% SIMILARITY INDEX	17% INTERNET SOURCES	7% PUBLICATIONS	22% STUDENT PAPERS
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------	------------------------------

PRIMARY SOURCES

1	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	18%
2	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	1%
3	repositori.uin-alaudhin.ac.id Internet Source	1%
4	eprints.ums.ac.id Internet Source	1%
5	penelitimuda.com Internet Source	1%
6	Submitted to Universitas Andalas Student Paper	1%
7	repository.stikessaptabakti.ac.id Internet Source	1%
8	Submitted to UPN Veteran Jakarta Student Paper	1%
	jurnal.unismuhpalu.ac.id	1%

A. Ratna

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Gangga Depryatna Putri
NIM : P07120121092
Program Studi : Diploma III
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2023/2024
Alamat : Aspol sasih Batubulan Gianyar
No HP/Email : 081236730425 / ganggaputri03@gmail.com

Dengan ini menyerahkan Karya Tulis Ilmiah berupa tugas akhir dengan judul :
Implementasi Latihan Range Of Motion Pada Masalah Gangguan Mobilitas Fisik
Pasien Osteoarthritis.

1. Dan menyetujuinya menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialihkan, mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan publikasinya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.
2. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari ada bukti pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam karya ilmiah ini, maka segala tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 20 Mei 2024

Yang menyatakan



Gangga Depryatna Putri
NIM. P07120121092