**LEMBAR PERMOHONAN KESEDIAAN**

**MENJADI RESPONDEN DALAM PENELITIAN**

Banjarmasin, Juli 2017

Kepada Yth,

Bapak/Ibu

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Hans Putra

NIM : 13.IK.344

Judul Penelitian : Pemberian Informasi tentang *Range Of Motion* (ROM) pada Pasien Stroke di Ruang Seruni RSUD Ulin Banjarmasin

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pemberian informasi tentang *range of motion* (ROM) pada pasien stroke di Ruang Seruni RSUD Ulin Banjarmasin. Prosedur penelitian yang akan dilakukan adalah mengisi kuesioner yang akan dilakukan oleh Bapak/Ibu sebelum dan setelah diberikan pendidikan kesehatan secara individual, yang berisi pertanyaan mengenai biodata dan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan dukungan orang tua dan guru serta kemandirian pada anak dengan retardasi mental.

Hormat Saya yang Memohon,

Peneliti

**LEMBAR PERNYATAAN KESEDIAAN**

**MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, setelah membaca dan memahami penjelasan pada lembar pertama, saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang akan dilakukan oleh Hans Putra, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Stikes Sari Mulia Banjarmasin dengan judul **“Pemberian Informasi tentang *Range Of Motion* (ROM) pada Pasien Stroke di Ruang Seruni RSUD Ulin Banjarmasin”.** Saya memahami penelitian ini tidak akan berdampak negatif terhadap saya, oleh karena itu saya menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian ini. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Banjarmasin, Juli 2017

Responden

Saksi

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

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

**KISI-KISI KUESIONER PENELITIAN**

**INFORMASI TENTANG *RANGE OF MOTION* (ROM)**

**PADA PASIEN STROKE DI RUANG SERUNI**

**RSUD ULIN BANJARMASIN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Pertanyaan | No. Soal | Jumlah Pertanyaan |
| 1 | Tujuan dan Manfaat ROM | 1,2,3,4,5 | 5 |
| 2 | Cara ROM | 6,7,8,9 | 4 |
| 3 | Gerakan ROM | 10,11,12,13 | 4 |
| 4 | Waktu/Frekuensi ROM | 14,15 | 4 |
| Total | | | 17 |

**KUESIONER PENELITIAN**

**PEMBERIAN INFORMASI TENTANG *RANGE OF MOTION* (ROM)**

**PADA PASIEN STROKE DI RUANG SERUNI**

**RSUD ULIN BANJARMASIN**

No. Responden : ....................................................... (Diisi Peneliti)

1. **Karakteristik Responden**
2. Umur : .......................................................
3. Pendidikan : .......................................................
4. Jenis Kelamin : .......................................................
5. Pekerjaan : .......................................................
6. **Kuesioner tentang informasi mengenai *Range Of Motion* (ROM) pada pasien stroke di Ruang Seruni RSUD Ulin Banjarmasin**

**Petunjuk:**

Berikan tanda  **√ (contreng/checklist)** pada salah satu jawaban yang anda anggap benar sesuai dengan apa yang anda alami dan rasakan!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Pertanyaan | Ya | Tidak |
| 1 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) memberikan informasi mengenai *Range Of Motion* (ROM) dan tujuan dilakukannya ROM? |  |  |
| 2 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) memberikan informasi mengenaitujuan dilakukannya ROM? |  |  |
| 3 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) menjelaskan kepada anda bahwa ROM dapat melancarkan suplai darah? |  |  |
| 4 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) memberitahu anda bahwa salah satu manfaat ROM adalah untuk mengurangi keparahan stroke. |  |  |
| 5 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) memberitahu anda bahwa ROM dapat mencegah kekakuan otot dan sendi? |  |  |
| 6 | Apakah petugas kesehatan pernah memberikan contoh gerakan *Range Of Motion* (ROM) pada anda? |  |  |
| 7 | Apakah *Range Of Motion* (ROM) anda dilakukan setiap hari? |  |  |
| 8 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) memberitahu anda bahwa *Range Of Motion* (ROM) dilakukan bukan hanya pada anggota badan yang terkena stroke tetapi juga pada seluruh anggota badan? |  |  |
| 9 | Apakah petugas kesehatan (perawat/dokter) menjelaskan tentang *Range Of Motion* (ROM) dapat dilakukan sendiri atau dibantu oleh orang lain bagi pasien stroke yang tidak mampu melakukan sendiri? |  |  |
| 10 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) menjelaskan *Range Of Motion* (ROM) sebaiknya dilakukan sendiri oleh pasien stroke dengan cara berbaring, duduk atau berdiri? |  |  |
| 11 | Apakah petugas kesehatan (perawat/dokter) pernah menjelaskan tentang gerakan *Range Of Motion* (ROM) seperti: gerakan memutar kepala, menunduk dan memiringkan kepala? |  |  |
| 12 | Apakah petugas kesehatan (perawat/dokter) pernah menjelaskan tentang gerakan *Range Of Motion* (ROM) seperti: menurun dan menaikkan bagian lengan, mengepal dan membuka bagian telapak tangan? |  |  |
| 13 | Apakah petugas kesehatan (perawat/dokter) pernah menjelaskan tentang gerakan *Range Of Motion* (ROM) seperti: gerakan pada kaki dilakukan dengan cara menggerakkan tungkai ke depan dan ke atas serta memutar telapak kaki ke atas dan ke bawah? |  |  |
| 14 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) menjelaskan bahwa *Range Of Motion* (ROM) dilakukan 1-2 kali sehari? |  |  |
| 15 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) menjelaskanbahwa *Range Of Motion* (ROM) dapat dilakukan kapan saja? |  |  |

Sumber: modifikasi Suratun, dkk (2008)

1. **Kunci Jawaban Kuesioner**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Pertanyaan | Ya | Tidak |
| 1 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) memberikan informasi mengenai *Range Of Motion* (ROM) dan tujuan dilakukannya ROM? | √ |  |
| 2 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) memberikan informasi mengenaitujuan dilakukannya RO√M? | √ |  |
| 3 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) menjelaskan kepada anda bahwa ROM dapat melancarkan suplai darah? | √ |  |
| 4 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) memberitahu anda bahwa salah satu manfaat ROM adalah untuk mengurangi keparahan stroke. | √ |  |
| 5 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) memberitahu anda bahwa ROM dapat mencegah kekakuan otot dan sendi? | √ |  |
| 6 | Apakah petugas kesehatan pernah memberikan contoh gerakan *Range Of Motion* (ROM) pada anda? | √ |  |
| 7 | Apakah *Range Of Motion* (ROM) anda dilakukan setiap hari? | √ |  |
| 8 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) memberitahu anda bahwa *Range Of Motion* (ROM) dilakukan bukan hanya pada anggota badan yang terkena stroke tetapi juga pada seluruh anggota badan? | √ |  |
| 9 | Apakah petugas kesehatan (perawat/dokter) menjelaskan tentang *Range Of Motion* (ROM) dapat dilakukan sendiri atau dibantu oleh orang lain bagi pasien stroke yang tidak mampu melakukan sendiri? | √ |  |
| 10 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) menjelaskan *Range Of Motion* (ROM) sebaiknya dilakukan sendiri oleh pasien stroke dengan cara berbaring, duduk atau berdiri? | √ |  |
| 11 | Apakah petugas kesehatan (perawat/dokter) pernah menjelaskan tentang gerakan *Range Of Motion* (ROM) seperti: gerakan memutar kepala, menunduk dan memiringkan kepala? | √ |  |
| 12 | Apakah petugas kesehatan (perawat/dokter) pernah menjelaskan tentang gerakan *Range Of Motion* (ROM) seperti: menurun dan menaikkan bagian lengan, mengepal dan membuka bagian telapak tangan? | √ |  |
| 13 | Apakah petugas kesehatan (perawat/dokter) pernah menjelaskan tentang gerakan *Range Of Motion* (ROM) seperti: gerakan pada kaki dilakukan dengan cara menggerakkan tungkai ke depan dan ke atas serta memutar telapak kaki ke atas dan ke bawah? | √ |  |
| 14 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) menjelaskan bahwa *Range Of Motion* (ROM) dilakukan 1-2 kali sehari? | √ |  |
| 15 | Apakah petugas kesehatan (perawat atau dokter) menjelaskanbahwa *Range Of Motion* (ROM) dapat dilakukan kapan saja? | √ |  |