

LAMPIRAN

Lampiran 1: Surat permohonan data awal



Kementerian Kesehatan

Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oebobo,
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111
(0380) 8800256
<https://poltekkeskupang.ac.id>

Nomor : DP.04.03/F.XXXVII/20.4/ I⁵ /2024
Hal : Permohonan Data Awal

13 Januari 2024

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat Daya
di-

Tempat

Sehubungan dengan akan dilaksanakan penyusunan proposal karya tulis ilmiah oleh Mahasiswa D.III Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Waikabubak Tahun Akademik 2024/2025, maka kami mohon bapak berkenan membantu mahasiswa kami (nama terlampir) dalam pengambilan data awal yang berkaitan dengan Angka Kejadian Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular, ibu hamil, ibu melahirkan, bayi dan balita serta stunting dalam 3 (tiga) Tahun terakhir 2021 – 2024.

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerja samanya disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D III Keperawatan
Waikabubak

Uly Agustine, S.Kep., M.Kep.
NIP.197508102001122001

DATA KASUS STROKE DI KABUPATEN SUMBA BARAT DAYA

Data Stroke	2022	2023	2024
Sumba Barat Daya	184	737	837
Puskesmas waimangura	42	62	87

Lampiran 2 : *Informed Consent*

PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN (INFORMED CONSENT)

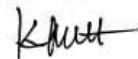
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tn. k
Umur : 60 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Petani
Alamat : Tawonera.

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta mengetahui manfaat dan resiko penelitian yang berjudul “ Penerapan terapi genggam bola karet untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien pasca stroke iskemik di wilayah kerja Puskesmas Waimangura ” menyatakan SETUJU/TIDAK SETUJU ikut serta dalam penelitian, dengan catatan bila sewaktu-waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini. Saya jamin informasi yang saya berikan dijamin kerahasiaannya.

Waimangura, 01 Mei 2025

Responden



(..... Tn. k.)

PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN (INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tn. D
Umur : 58 Tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Waimangura.

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta mengetahui manfaat dan resiko penelitian yang berjudul “ Penerapan terapi genggam bola karet untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien pasca stroke iskemik di wilayah kerja Puskesmas Waimangura ” menyatakan SETUJU/TIDAK SETUJU ikut serta dalam penelitian, dengan catatan bila sewaktu-waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini. Saya jamin informasi yang saya berikan dijamin kerahasiaannya.

Waimangura, 03 Mei 2025

Responden



(..... Tn. D.)

Lampiran 3. Penjelasan Sebelum Persetujuan

PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN (PSP) UNTUK MENJADI RESPONDEN

Perkenalkan nama saya YUSTINA WETU D-III Keperawatan Waikabubak yang akan melakukan Penelitian tentang " Penerapan terapi genggam bola karet untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien pasca stroke iskemik diwilayah kerja Puskesmas Waimangura Kabupaten Sumba Barat Daya”

Judul Penelitian

Penerapan terapi genggam bola karet untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien pasca stroke iskemik diwilayah kerja puskesmas Waimangura kabupaten Sumba Barat Daya.

Tujuan Penelitian

Melaksanakan Penerapan terapi genggam bola karet untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke di wilayah kerja Puskesmas Waimangura kabupaten Sumba Barat Daya Perlakuan yang diterapkan pada responden Tindakan perlakuan yang diberikan pada responden adalah:

1. Ketika pertama kali bertemu dengan pasien Stroke akan diajukan permohonan menjadi responden apabila bersedia akan diberikan penjelasan penelitian dan *informed consent*
2. Penelitian melakukan pemeriksaan kelemahan otot tangan pada pasien saat awal. Pengumpulan data yang dilakukan dengan menanyakan keadaan pasien
3. Setelah dilakukan pemeriksaan kelemahan otot tangan pada pasien stroke yang akan diberikan terapi genggam bola karet
4. Intervensi pertama kali diberikan pertama pasien di rumah dilakukan 7 kali sehari selama 10-15 menit.
5. Penelitian melakukan pemeriksaan rentang gerak pada pasien selama 6 hari.

Manfaat

Bapak/ibu yang terlibat dalam penelitian ini memperoleh tambahan pengetahuan dalam mengurangi kelemahan otot pada pasien Stroke sehingga meningkatkan

kemampuan beraktivitas dengan penatalaksanaan non farmakologis yaitu terapi genggam bola karet yang dilakukan penelitian.

Bahasa Potensial

Tidak ada bahasa potensial yang diakibatkan dan keterlibatan Bapak/ibu dalam penelitian ini karena bapak/ibu hanya melihat bagaimana cara penelitian melakukan beberapa terapi

Hak Untuk Mengundurkan Diri

Keikutsertaan Bapak/ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela dan berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan.

Adanya Intensif Untuk Responden

Partisipan dan kerjasama yang baik dalam menjawab pertanyaan pada penelitian ini, Bapak/ibu akan diberikan bingkisan buah.

Kerahasiaan Responden

Keterangan yang akan disampaikan bapak/ibu akan dijaga kerahasiaannya dengan cara pengkodean identitas dan hanya digunakan untuk penelitian ini.

Contact Person

Bapak/ibu dapat menghubungi peneliti setiap saat apabila ada yang ingin ditanyakan dalam penelitian ini **YUSTINA WETU/ 081378636781**

Lampiran 4 . Surat Ijin Penelitian Ke Satu Pintu

	Kementerian Kesehatan Poltekkes Kupang Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oebobo, Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111 (0380) 8800256 https://poltekkeskupang.ac.id
Nomor : PP.06.02/F/XXIX.19.4/474/2025	11 April 2025
Hal : Permohonan Ijin Penelitian	
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Sumba Barat Daya di Tempat	
Sehubungan dengan penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) oleh mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Waikabubak Poltekkes Kemenkes Kupang sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan Program Pendidikan Ahli Madya Keperawatan Waikabubak, maka dengan ini kami mohon kiranya diberikan ijin untuk melaksanakan penelitian kepada mahasiswa (daftar nama terlampir) : Demikian permohonan kami, atas bantuan dan kerja samanya diucapkan terima kasih.	
Ketua Prodi D III Keperawatan Waikabubak  Uly Agustine, S.Kp., M.Kep NIP.197508102001122001	
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 	
14 Apr 2025 08.43	

Lampiran
Nomor : PP.06.02/F.XXIX.19.4/ /2025
Tanggal : 10 April 2025

**Daftar Nama Mahasiswa
Prodi D-III Keperawatan Waikabubak**

No	Nama	NIM	Judul Karya Tulis	Tempat Penelitian	Waktu Penelitian
1	Yustina Wetu	PO5303212220409	Penerapan Terapi Metode Swiss Ball Exercise Untuk Mengatasi Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Pasca Stroke Iskemik Di Puskesmas Waimangura	Puskesmas Waimangura	11 April – 30 Mei 2025
2					
3					

Ketua Prodi D III Keperawatan Waikabubak



Uly Agustine, S.Kp., M.Kep
NIP. 197508102001122001

Lampiran 5. Surat Ijin Penelitian

	PEMERINTAH KABUPATEN SUMBA BARAT DAYA DINAS KESEHATAN <i>Jl. Ir. Soekarno Puspem Kadul</i> TAMBOLAKA											
<u>Surat Ijin Penelitian</u> Nomor : Dinkes.440.01/554/53.18/IV/2025												
Yang bertandatangan di bawah ini : <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>Nama</td><td>: drg. Yulianus Kaleka</td></tr><tr><td>NIP</td><td>: 19680725 200003 1 005</td></tr><tr><td>Jabatan</td><td>: Kepala Dinas Kesehatan</td></tr></table>			Nama	: drg. Yulianus Kaleka	NIP	: 19680725 200003 1 005	Jabatan	: Kepala Dinas Kesehatan				
Nama	: drg. Yulianus Kaleka											
NIP	: 19680725 200003 1 005											
Jabatan	: Kepala Dinas Kesehatan											
Dengan ini memberikan izin: <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>Nama</td><td>: Yustina Wetu</td></tr><tr><td>NIM</td><td>: PO53032122200409</td></tr><tr><td>Jurusan</td><td>: D3 Keperawatan</td></tr><tr><td>Judul</td><td>: "Penerapan Terapi Swiss Ball Exercise untuk Mengatasi Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Pasca Stroke Iskemik d Wilayah kerja Puskesmas Waimangura Kabupaten Sumba Barat Daya"</td></tr><tr><td>Waktu Penelitian</td><td>: 11 April 2025 - 30 Mei 2025</td></tr></table>			Nama	: Yustina Wetu	NIM	: PO53032122200409	Jurusan	: D3 Keperawatan	Judul	: "Penerapan Terapi Swiss Ball Exercise untuk Mengatasi Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Pasca Stroke Iskemik d Wilayah kerja Puskesmas Waimangura Kabupaten Sumba Barat Daya"	Waktu Penelitian	: 11 April 2025 - 30 Mei 2025
Nama	: Yustina Wetu											
NIM	: PO53032122200409											
Jurusan	: D3 Keperawatan											
Judul	: "Penerapan Terapi Swiss Ball Exercise untuk Mengatasi Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Pasca Stroke Iskemik d Wilayah kerja Puskesmas Waimangura Kabupaten Sumba Barat Daya"											
Waktu Penelitian	: 11 April 2025 - 30 Mei 2025											
Dengan Ketentuan yang harus ditaati sebagai berikut : 1. Mematuhi ketentuan peraturan yang berlaku di Dinas Kesehatan/Puskesmas 2. Tidak dibenarkan melakukan praktek/Penelitian yang materinya bertentangan dengan judul praktek/Penelitian sebagaimana dimaksud diatas. 3. Surat Ijin ini dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Demikian Surat ini dibuat, agar yang bersangkutan diberikan ijin dan difasilitasi.												
Tambolaka, 22 April 2025 Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat Daya  drg. Yulianus Kaleka Pembina Utama Muda NIP. 19680725 200003 1 005												

5 Apr 2025 09:19

Lampiran 6. Surat Selesai Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN SUMBA BARAT DAYA
KECAMATAN WEWEWA BARAT
UPTD PUSKESMAS WAIMANGURA
Jln. W.R. Supratman, No.-,Desa Waimangura, Kec. Wewewa Barat
Email : puskwaimangura@gmail.com



SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN
Nomor : 221/UPTDPWGR / SKSP /VI/2025

Yang Bertandatangan di bawah ini :

Nama : Natalia T. Ina Kaleka, A.Md.Keb
Nip : 19801225 200501 2 017
Pangkat/gol : Penata Tk. 1 III/d
Jabatan : Kepala UPTD Puskesmas Waimangura

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Yustina Wetu
NIM : P05303212220409
Program study : DIII Keperawatan
Instansi : Prodi Keperawatan Waikabubak
Waktu Penelitian : 11 April 2025 – 30 Mei 2025

Telah melakukan penelitian di UPTD Puskesmas Waimangura, Kecamatan Wewewa Barat, Kabupaten Sumba Barat Daya.

Dengan judul :

“Penerapan Terapi Genggam Bola Karet Untuk Mengatasi Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien *Pasca Stroke Iskemik* Di Wilayah Puskesmas Waimangura Kabupaten Sumba Barat Daya ”.

Demikian surat keterangan ini, di buat agar dapat di pergunakan sebagaimana mestinya.

Waimangura, 30 Mei 2025
Kepala UPTD Puskesmas Waimangura



Natalia T. Ina Kaleka, A.Md.Keb
NIP.19801225 200501 2 017

Lampiran 7. Format Pengkajian



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG

Direktorat : Jln. Piet A Tallo – Liliba – Kupang, Telp. : (0380)

8800256

Fax (0380) 8800256; Email : poltekkeskupang@yahoo.com

Format Pengkajian Keperawatan Keluarga

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA

Nama Perawat yang Mengkaji :

Tanggal Pengkajian :

Data Umum :

Nama Kepala Keluarga :

Pekerjaan Kepala Keluarga :

Pendidikan Kepala Keluarga :

Alamat dan Telepon :

Komposisi Keluarga

No	Nama	Sex	Hub. Dg kel KK	Umur	Pendidikan/Pekerjaan	Status Gizi (TB, BB, BMI)	TTV (TD, N, S, P)	Alat Bantu/Protesa	Analisis masalah kesehatan Individu

Genogram :

1. Tipe Keluarga
2. Suku bangsa
3. Agama
4. Bahasa Sehari-hari

Status Sosial Ekonomi Keluarga

5. Penghasilan keluarga
 - a. < Rp. 1.000.000 / bln
 - b. Rp. 1.000.000 – Rp. 2.000.000
 - c. Rp. 2.000.000 – Rp. 3.000.000
 - d. Rp. 3.000.000
6. Pengeluaran keluarga per bulan untuk kebutuhan harian:
 - a. < Rp. 1.500.000 / bln
 - b. Rp. 1.500.000/bln
7. Apakah keluarga mempunyai tabungan :

☐ Ya
 ☐ Tidak

Aktivitas Rekreasi Keluarga

8. Apakah keluarga menyediakan waktu untuk rekreasi bersama :

☐ Ya
 ☐ Tidak

Bila ya , jelaskan jenis rekreasinya....., frekuensi rekreasi :

☐ 1 x / minggu
 ☐ 1 x / bulan

☐ 1 x / tahun
 ☐ Lain-lain
9. Apakah keluarga memiliki waktu luang:

☐ Ya
 ☐ Tidak
10. Apakah yang dilakukan untuk mengisi waktu luang :

☐ ☐ Nonton TV

☐ ☐ Mendengarkan radio

☐ ☐ Olah raga

☐ ☐ Lainnya (pengambil data menuliskan jenis kegiatan tersebut)

Riwayat Tahap Perkembangan Keluarga :

11. Tahap perkembangan keluarga saat ini : (pilih)

- a. Pasangan baru
- b. Keluarga chilbearing (kelahiran anak pertama)
- c. Keluarga dengan anak pra sekolah
- d. Keluarga dengan anak sekolah
- e. Keluarga dengan anak remaja
- f. Keluarga dengan anak dewasa
- g. Keluarga dengan usia pertengahan
- h. Keluarga dengan usia lanjut

12. Tahap perkembangan keluarga :

Tugas perkembangan keluarga saat ini yang belum terpenuhi

- a.....
- b.....

13. Riwayat kesehatan keluarga inti :

No.	Nama (status dalam keluarga)	Riwayat penyakit keturunan	Riwayat penyakit lain yang pernah diderita	Riwayat penyakit Alergi	Pelayanan kesehatan yang digunakan untuk mengatasi penyakit
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Data Individu yang sakit (Terlampir)

2. Rumah dan Sanitasi Lingkungan

Karakteristik rumah:

13. Status kepemilikan rumah

- ☐ Rumah sendiri
- ☐ Rumah dinas
- ☐ Rumah kontrakan
- ☐ Lain-lain

14. Type rumah :

- ☐ Permanen
- ☐ Semi permanen
- ☐ Tidak permanen

15. Ventilasi (10% luas lantai)

☐ ☐ Ya

☐ ☐ Tidak

16. Luas kamar tidur (syarat 3 x 3 untuk 2 orang) :

☐ ☐ Memenuhi syarat

☐ ☐ Tak memenuhi syarat

17. Pencayahaan rumah oleh cahaya matahari :

☐ ☐ Baik

☐ ☐ Cukup

☐ ☐ Kurang

18. Pemanfaatan pekarangan / halaman rumah :

☐ ☐ Ya

☐ ☐ Tidak

Jika ya pemanfaatan halaman rumah :

☐ ☐ Sayur-sayuran

☐ ☐ Buah-buahan

☐ ☐ Toga

☐ ☐ Taman

☐ ☐ Tidak ditanami

☐ ☐ Lainnya (jelaskan.....)

19. Penyediaan air bersih :

☐ ☐ PDAM

☐ ☐ Sumur

☐ ☐ Sungai

☐ ☐ PAH

☐ ☐ Mata Air

☐ ☐ Lainnya

20. Apakah air minum dimasak :

☐ ☐ Selalu

☐ ☐ Kadang-kadang

☐ ☐ Tidak pernah

21. Penyediaan jamban :

☐ ☐ Ada

☐ ☐ Tidak

22. Jenis jamban

☐ ☐ Septic tank

☐ ☐ Sumur

☐ ☐ Sumur dengan resapan

Kalau tidak mempunyai jamban BAB / BAK dimana :

☐ ☐ WC umum

☐ ☐ Jamban tetangga

☐ ☐ Lainnya

☐ ☐ Sungai

☐ ☐ Sawah

23. Jarak jamban dengan sumur / sumber air minum

☐ ☐ < 10 m

☐ ☐ > 10 m

24. Rasio Luas Bangunan Rumah dengan Jumlah Anggota Keluarga 8 M²/orang :

☐ ☐ Ya

☐ ☐ Tidak

3. **Bila tidak, berapa luas bangunan**

.....

Denah Rumah :

4. PHBS di Rumah Tangga

25. Apakah di dalam keluarga ada Ibu Nifas?
☐ Ya ☐ Tidak
26. Apakah persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan :
☐ Ya ☐ Tidak
Bila ya / Tidak, jelaskan
27. Apakah di dalam keluarga ada bayi,
☐ Ya ☐ Tidak
28. Apakah pemberian ASI eksklusif dilakukan:
☐ Ya ☐ Tidak, jelaskan.....
29. Apakah di dalam keluarga ada balita, bila YA berapa kali keluarga menimbang balita tiap bulan
☐ Ya ☐ Tidak ☐ 1 Kali
☐ 2 Kali ☐ < 1 Kali bila tidak pernah / jarang menimbang
jelaskan.....
30. Apakah Menggunakan air bersih untuk makan & minum:
☐ Ya ☐ Tidak, jelaskan
31. Apakah Menggunakan air bersih untuk kebersihan diri:
☐ Ya ☐ Tidak, jelaskan.....
32. Mencuci tangan dengan air bersih & sabun :
☐ Ya ☐ Tidak, jelaskan.....
33. Melakukan pembuangan sampah pada tempatnya :
☐ Ya ☐ Tidak, jelaskan.....
34. Menjaga lingkungan rumah tampak bersih :
☐ Ya ☐ Tidak, jelaskan.....
35. Mengonsumsi lauk dan pauk tiap hari :
☐ Ya ☐ Tidak, jelaskan.....
36. Menggunakan jamban sehat :
☐ Ya ☐ Tidak, jelaskan.....
37. Memberantas jentik dirumah sekali seminggu :
☐ Ya ☐ Tidak, jelaskan.....

38. Makan buah dan sayur setiap hari :

☐ Ya ☐ Tidak,

Bila ya jelaskan.....

39. Melakukan aktivitas fisik setiap hari :

☐ Ya ☐ Tidak,

Bila ya jelaskan.....

40. Tidak merokok di dalam rumah :

☐ Ya ☐ Tidak,

Bila ya jelaskan.....

41. Karakteristik tetangga dan komunitas :

Adakah kegiatan di masyarakat (arisan, pengajian, kelompok doa, PKK, dll)

☐ Arisan ☐ Pengajian

☐ PKK ☐ Karang Taruna

☐ Senam ☐ Kelompok Doa ☐ Lainnya. Jelaskan

Bila ya kapan dilakukan

☐ 1x/minggu ☐ 1x /bulan

☐ Lain-lain, sebutkan.....

Bagaimana keterlibatan keluarga dalam kegiatan tersebut :

☐ Tidak pernah ☐ Kadang-kadang ☐ Selalu

Sistem pendukung keluarga :

42. Fasilitas transportasi yang dimiliki keluarga :

☐ Tidak punya ☐ Mobil

☐ Sepeda motor ☐ Lain-lain

43. Fasilitas komunikasi yang dimiliki keluarga :

☐ Radio

☐ Telepon / handphone

☐ Televisi

☐ Majalah, koran

☐ computer/Internet

☐ Lain-lain

5. Struktur Keluarga

44. Adakah anggota yang berperan sebagai Aparat pemerintah di lingkungan tempat tinggal:

☐ Ya

☐ Tidak

Bila ya sebagai apa

45. Adakah anggota keluarga yang berperan sebagai tokoh masyarakat ?

☐ Ya

☐ Tidak

Bila ya sebagai apa

46. Apakah keluarga mempunyai kebiasaan untuk berdiskusi bersama

☐ Ya

☐ Tidak

47. Bila ya, kapan hal tersebut dilaksanakan :

☐ Secara rutin

☐ Sewaktu-waktu

☐ Bila ada masalah

48. Bagaimana cara keluarga membuat keputusan :

☐ Musyawarah seluruh anggota keluarga

☐ Musyawarah dengan anggota keluarga tertentu

☐ Tanpa musyawarah / secara sepihak (oleh siapa)

49. Bagaimana keluarga mengatasi masalah yang timbul:

☐ Musyawarah seluruh anggota keluarga

☐ Musyawarah dengan anggota keluarga tertentu

☐ Tanpa musyawarah/ secara sepihak (oleh siapa)

50. Adakah tradisi keluarga yang dipertahankan :

☐ Ada Jelaskan.....

☐ Tidak ada

51. Bagaimana hubungan antara anggota keluarga

☐ Ada

☐ Tidak ada

6. Fungsi keluarga

52. Fungsi Afektif

Bagaimana respon anggota keluarga apabila ada anggota keluarga yang berprestasi, berulang tahun, menikah dan lain-lain

☐ Acuh tak acuh

☐ Biasa-biasa saja

☐ Ikut merasakan

53. Bagaimana respon anggota keluarga apabila ada anggota keluarga yang mengalami masalah; sakit, mengalami kegagalan:

☐ Acuh tak acuh

☐ Biasa-biasa saja

☐ Ikut merasakan

54. Apakah keluarga memiliki norma-norma dalam melaksanakan interaksi antara anggota keluarga

☐ Ada

☐ Tidak ada

55. Fungsi sosialisasi :

Apakah ada norma yang diberlakukan bagi setiap anggota keluarga

☐ Ya

☐ Tidak

Bila ada sebutkan

Apakah ada sanksi bila norma tersebut dilanggar oleh anggota keluarga ?

☐ Ya

☐ Tidak

Bila ya sebutkan

56. Fungsi perawatan kesehatan :

Apakah keluarga mengetahui masalah kesehatan yang sedang dihadapi keluarga?

☐ Ya

☐ Tidak

Bila ya, sebutkan

57. Apakah keluarga mengetahui cara mengatasi masalah kesehatan keluarga ?

☐ Ya

☐ Tidak

Bila ya upaya apa yang sudah dilakukan

58. Apakah keluarga mengetahui penyebab masalah kesehatan yang dialami keluarganya ?

☐ Ya ☐ Tidak

59. Apakah keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit ?

☐ Ya

☐ Tidak

Bila ya, bagaimana saudara merawat

.....

60. Apakah keluarga mengetahui tanda dan gejala masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya :

☐ Ya ☐ Tidak

61. Apakah keluarga mengetahui akibat masalah kesehatan yang dialami anggota dalam keluarganya bila tidak diobati/dirawat :

☐ Ya ☐ Tidak

62. Keyakinan keluarga tentang masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya: ☐ Tidak perlu ditangani karena akan sembuh sendiri biasanya

☐ Perlu berobat ke fasilitas yankes ☐ Tidak terpikir

63. Apakah keluarga melakukan upaya peningkatan kesehatan yang dialami anggota keluarganya secara aktif :

☐ Ya ☐ Tidak,

Bila ya jelaskan

64. Apakah keluarga mengetahui kebutuhan pengobatan masalah kesehatan yang dialami yang dialami anggota keluarganya :

☐ Ya ☐ Tidak ,

Bila ya Jelaskan.....

65. Apakah keluarga dapat melakukan pencegahan masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya:

☐ Ya ☐ Tidak,

Bila ya jelaskan.....

66. Apakah keluarga mampu menggali dan memanfaatkan sumber di masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan anggota keluarganya :

☐ Ya ☐ Tidak,

Bila ya jelaskan.....

67. Apakah keluarga mampu memelihara atau memodifikasi lingkungan yang mendukung kesehatan anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan :

☐ Ya ☐ Tidak

Bila ya bagaimana anda memelihara lingkungan
.....

68. Apakah keluarga mampu menggunakan fasilitas / pelayanan kesehatan di masyarakat

☐Ya ☐Tidak

Bila ya pelayanan kesehatan apa yang saudara gunakan

☐ RS ☐ PKM ☐ Dokter Praktek ☐lainnya,

Jelaskan.....

69. Pada siapa keluarga biasa menggali informasi tentang masalah kesehatan yang dialami anggota keluarganya:

☐ Keluarga ☐ Tetangga ☐ Kader

☐ Tenaga kesehatan, yaitu.....

70. Fungsi reproduksi :

Berapa jumlah anak yang dimiliki keluarga ?

71. Apakah keluarga menjadi akseptor KB ?

☐Ya ☐Tidak

Bila ya jenis KB apa yang digunakan :

72. Fungsi ekonomi :

Apakah keluarga dapat memenuhi kebutuhan makan anggota keluarga ?

☐Ya ☐Tidak

Apakah keluarga dapat memenuhi kebutuhan sandang anggota keluarga?

☐Ya ☐Tidak

Apakah keluarga dapat memenuhi kebutuhan perumahan anggota keluarga ?

☐Ya ☐Tidak

7. Stres dan Koping Keluarga

73. Stressor jangka pendek dan panjang :

Apakah keluarga mengalami masalah dalam jangka waktu 6 bulan terakhir ini?

☐Ya ☐Tidak

Bila ya, apakah masalah tersebut sudah diatasi ?

Apakah keluarga mengalami masalah dalam jangka waktu 1 tahun terakhir ini?

Bila ya, apakah masalah tersebut sudah diatasi ?

Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor :

Apakah keluarga mampu mengatasi masalah yang dihadapi

☐ Ya

☐ Tidak

74. Strategi Koping yang digunakan:

Bagaimana keluarga mengetahui masalah yang dihadapi

75. Strategi adaptasi disfungsional :

Apakah keluarga menggunakan cara-cara yang tidak bermanfaat dalam mengatasi masalah ?

☐ Ya

☐ Tidak

Bila ya bagaimana cara mengatasi

8. Pemeriksaan Fisik

Melakukan pemeriksaan fisik terhadap seluruh anggota keluarga

9. No	10. Nama Anggota Keluarga	11. T D	12. R R	13. Nadi	14. Suhu
15.	16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.	26.
27.	28.	29.	30.	31.	32.
33.	34.	35.	36.	37.	38.
39.	40.	41.	42.	43.	44.

45. Harapan Keluarga

Harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada?

PENGKAJIAN FISIK KELUARGA

(Sesuaikan dg kasusnya)

Nama Individu Sumber dana kesehatan:
yang sakit :
Usia : Fasilitas kesehatan yang
digunakan:

A. I. RIWAYAT KESEHATAN MEDIS

1. Penyakit yang pernah diderita :
2. Penyakit yang diderita sekarang :
3. Tindakan kesehatan untuk menanganinya :

II. PEMERIKSAAN FISIK (Pada keluarga yang sakit)

1. Tanda – tanda vital
 - Tekanan darah : MmHg
 - Nadi : x / menit
 - Pernafasan : x / menit
 - Suhu : Derajat celcius
 - Berat Badan : Kg
 - Tinggi Badan : Cm
2. Kulit
 - Warna :
 - Gatal : () ada () tidak ada
Kalau ada bagian mana
 - Luka : () ada () tidak ada
Kalau ada bagian mana
 - Petechiae : () ada () tidak ada
 - Perubahan pada kuku
 - Cianosis ()
 - Clubbing ()
 - Keadaan rambut ;

- Rambut rontok : () ya () tidak
- Warna rambut :
- Kekebalan :
- Alopecia () botak () ketombe () lesi () kutu
- Lain - lain

3. Mata Kanan Kiri

a. Kelopak Mata

- Sembab () ()
- Peradangan () ()
- Koreng () ()
- Lain – lain

b. Konjungtiva dan sklera

- | | Kanan | Kiri |
|---------------|-------|------|
| - Peradangan | () | () |
| - Anemia | () | () |
| - Ikteri | () | () |
| - Lain – lain | | |

c. Kornea

- | | Kanan | Kiri |
|---------------|-------|------|
| - Peradangan | () | () |
| - Lain – lain | | |

d. Pergerakan Bola Mata

- | | Kanan | Kiri |
|---------------|-------|------|
| - Eksoftalmus | () | () |
| - Endotalmus | () | () |
| - Strabismus | () | () |
| - Nistasmus | () | () |
| - Lain – lain | | |

4. Telinga

Kanan	Kiri
-------	------

- Pendengaran :
- Tinnitus () ()
- Purulen () ()
- Seruman () ()
- Nyeri () ()
- Lain – lain, sebutkan

5. Hidung dan Sinus

- | | Kanan | Kiri |
|-------------------------------|-------|------|
| - Kelainan bentuk | () | () |
| - Epistaksis | () | () |
| - Sinusitis | () | () |
| - Nyeri | () | () |
| - Alergi | () | () |
| - Lain – lain, sebutkan | | |

6. Mulut, faring dan laring

- | | | | |
|----------------------|-----|---------------------|-----|
| - Gusi berdarah | () | - Bau mulut | () |
| - Nyeri | () | - Bentuk bibir | () |
| - Caries | () | - Peradangan | () |
| - Lidah kotor | () | - Kesulitan menelan | () |
| - Sakit kerongkongan | () | | |

7. Payudara

- | | Kanan | Kiri |
|-----------------|-------|------|
| - Nyeri | () | () |
| - Keluar cairan | () | () |
| - Bernanah | () | () |
| - Sinusitis | () | () |
| - Tumor | () | () |

8. Abdomen

- Bentuk permukaan :
- Keadaan kulit perut :
 - Tegang () - Striae ()

- | | | | |
|---------|-----|------------|-----|
| - Tipis | () | - Benjolan | () |
| - Edema | () | - Asites | () |
| - Licin | () | - Lesi | () |

9. Ekstremitas

- Adakah kelainan bentuk atau luka

10. Thorak

a. Jantung

- Bunyi jantung :

b. Paru – paru

- Ronchi ()
- Stidor ()
- Whezing ()
- Krepitasi ()

-Kelainan lain:

11. Struktur dan bentuk tulang belakang

- Kifosis ()
- Lordosis ()
- Skoliosis ()
- Tidak ada kelainan ()

12. Lain-Lain

13. Pemeriksaan GCS.....

14. Sistem Persyarafan

15. (pemeriksaan saraf cranial lengkap, reflex babinski, troseaux, schovteks, brudzinski I dan II, GCS, kepekaan terhadap stimulasi, tandadan gejala TIK, dll)

B. DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA

I. Analisis dan sintesis data

No	Data	Masalah	Penyebab
1	Subjektif : Objektif :		
2	Subjektif : Objektif :		
3	Subjektif : Objektif :		

II. Perumusan diagnosis keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan (PES)
1	
2	
3	
4	

III. Penilaian (scoring) diagnosis keperawatan

No	Kriteria	Skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
1.	Sifat masalah				
	a. Aktual	3			
	b. Resiko	2	1		

	c. Potensial	1			
2.	Kemungkinan masalah dapat di ubah a. Mudah b. Sebagian c. Tidak dapat	2 1 0	2		
3.	Potensial untuk dicegah a. Tinggi b. Cukup c. Rendah	3 2 1	1		
4.	Menonjolnya masalah a. Segera b. Tidak perlu segera c. Tidak dirasakan	2 1 0	1		
	Total				
No	Kriteria	Skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
1.	Sifat masalah d. Aktual e. Resiko f. Potensial	3 2 1	1		

2.	Kemungkinan masalah dapat di ubah d. Mudah e. Sebagian f. Tidak dapat	2 1 0	2		
3.	Potensial untuk dicegah d. Tinggi e. Cukup f. Rendah	3 2 1	1		
4.	Menonjolnya masalah d. Segera e. Tidak perlu segera f. Tidak dirasakan	2 1 0	1		
	Total				

Prioritas Diagnosis Keperawatan

Prioritas	Diagnosis keperawatan	Skor
1		
2		
3		

C. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Diag. keperawatan:.....

Tujuan	Kriteria	Hasil / standar	Intervensi

D. IMPLEMENTASI

No. tanggal & waktu	Diag. keperawatan	Implementasi
	1	
	2	
	3	

E. EVALUASI

Tanggal & waktu	No. diag, kep	Evaluasi
	1	S : O : A : P :

	2	S : O : A : P :
--	---	--------------------------

MENGETAHUI :

Nama perawat		Tanggal/ Tandatangan	
--------------	--	----------------------	--

Catatan :

Pada setiap tahap perlu dituliskan dengan jelas dan benar tentang tempat, tanggal, nama perawat sebagai bukti identifikasi.

Lampiran 8. Poster
kunjungan hari ke 1



AYO!!! KENALI STROKE

◆ Apa Itu Stroke?

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi secara mendadak akibat aliran darah ke otak terganggu, bisa karena sumbatan (iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (hemoragik).

◆ Jenis-Jenis Stroke

1 Stroke Iskemik
Disebabkan oleh sumbatan pembuluh darah. Jenis stroke paling sering terjadi.

2 Stroke Hemoragik
Terjadi karena pecahnya pembuluh darah di otak. Lebih berisiko menyebabkan kematian.

◆ Tanda dan Gejala Stroke

1 
Senyum tidak simetris

2 
Sulit mengangkat salah satu lengan

3 
Bicara pelo atau tidak jelas

◆ Pencegahan Stroke

- Kontrol tekanan darah** 
- Hentikan merokok** 
- Pola makan sehat dan rendah garam** 
- Rutin olahraga** 
- Periksa kesehatan secara berkala** 
- Kelola stres dengan baik** 

Faktor Risiko Stroke

- Tekanan darah tinggi (hipertensi)
- Merokok dan alkohol
- Diabetes
- Kolesterol tinggi
- Obesitas
- Kurang aktivitas fisik
- Stres

Referensi :

1 Benjamin E. J., Virani S.S., Colla P.W., Chamberlain A.M., Chang A.R., Cheng S., ... & Muntner P. (2019). Heart disease and stroke statistics—2019 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 139(10), e47–e67. Setiap napas yang kita ambil, membawa oksigen yang dibutuhkan oleh sel-sel tubuh untuk menghasilkan energi.

2 Feigin V.L., Brainin M., Norving B., Gorkeck P.B., Dichgans M., Howard V.L., & Pearson T.D. (2014). World Stroke Organization (WSO). Global stroke fact sheet 2014. *International Journal of Stroke*, 9(1), 18–29. Setiap napas yang kita ambil membawa oksigen yang dibutuhkan oleh sel-sel tubuh untuk menghasilkan energi.

Kunjungan ke 2



Yukkk Kenali!!!!

Terapi Genggam Bola Karet



Apa Itu Bola Karet Terapi?

Bola bertekstur lembut, elastis, dan fleksibel, dirancang khusus untuk latihan tangan pasien stroke.

Mengapa Latihan Ini Penting?

Setelah stroke, banyak pasien mengalami kelemahan otot tangan dan jari.



- Latihan genggam bola karet membantu:
- Meningkatkan kekuatan otot tangan
- Melatih koordinasi motorik halus
- Mengurangi kekakuan sendi
- Menstimulasi saraf sensorik



Cara Melakukan Latihan

(Lakukan secara bertahap sesuai kemampuan)

- Posisi Awal: Duduk tegak di kursi, rileks, letakkan tangan di atas paha.
- Genggam Bola: Pegang bola dengan satu tangan, genggam erat selama 3–5 detik.
- Lepaskan Perlahan: Buka jari perlahan hingga tangan terbuka penuh.
- Ulangi: Lakukan 10–15 kali, 2–3 sesi per hari.

Hal yang Perlu Diperhatikan

- ❖ Jangan memaksakan jika terasa nyeri
- ❖ Lakukan perlahan dan konsisten
- ❖ Dapat dilakukan sambil menonton TV atau duduk santai



Latihan Kecil, Dampak Besar!

Referensi :

1. Rahmawati, I., Dewi, R., Budi Pertami, S., Budiono, & Pasaribu, E. (2021). Hand exercise using a rubber ball increases grip strength in patients with non-haemorrhagic stroke. *The Malaysian Journal of Nursing*, 12(3), 32–40.
2. Rhyon Wulaningsih, A., Hudyawati, D., & Subrata, S. A. (2025). Range of motion and rubber ball grasping therapy for improving upper limb function in patient with ischaemic stroke. *Malahayati International Journal of Nursing and Health Science*, 8(3), 381–388.
3. Puspita, T., & Nuraeni, S. H. (2022). An analysis of a rubber ball hand exercise on stroke patient: Case study. *Jurnal EduHealth*, 13(2), 836–838

Kunjungan ke 3





Ayooo!!!

Demonstrasi Latihan Terapi Genggam Bola Karet





Tujuan Latihan

- **Menguatkan otot tangan dan jari**
- **Mengurangi kekakuan dan kejang otot**
- **Melatih koordinasi dan motorik halus**
- **Meningkatkan kemandirian pasien**





Peran Keluarga Sangat Penting!

- ◆ **Membimbing pasien saat latihan**
- ◆ **Memberi semangat dan motivasi**
- ◆ **Membantu menjaga konsistensi latihan setiap hari**
- ◆ **Mengamati dan mencatat kemajuan**

Langkah-Langkah Demonstrasi

(Siapkan kursi yang nyaman dan bola karet terapi)

Posisi Awal	Genggam Bola	Lepaskan Secara Perlahan	Ulangi
Duduk tegak, lengan disangga, telapak tangan terbuka.	Pegang bola dengan tangan yang lemah. Tekan perlahan dan erat selama 3-5 detik.	Kendurkan genggamannya hingga jari-jari terbuka sepenuhnya.	Lakukan 7 kali sehari, selama 15 menit secara teratur.

PERHATIAN!!!
Jangan memaksa jika terasa nyeri

Referensi:
1. Rahmawati, L., Dewi, R., Budi Peranti, S., Budiono, & Pesaribu, E. (2021). Hand exercise using a rubber ball increases grip strength in patients with non-haemorrhagic stroke. *The Malaysian Journal of Nursing*, 12(3), 32-40.
2. Puspita, T., & Nur'een, S. H. (2022). An analysis of a rubber ball hand exercise on stroke patient: Case study. *Jurnal EduHealth*, 13(2), 836-838.

 Universitas
Pottokkes Kupang

Aktifitas Fisik Untuk Mengatasi Stroke



Aktivitas fisik untuk mengatasi stroke adalah gerakan tubuh yang dilakukan secara teratur untuk membantu pemulihan, meningkatkan kekuatan otot, keseimbangan, dan mencegah stroke berulang.

Mengapa Aktivitas Fisik Penting Setelah Stroke?

- Meningkatkan aliran darah ke otak
- Mengontrol tekanan darah
- Meningkatkan kekuatan dan koordinasi tubuh
- Meningkatkan keseimbangan dan mencegah jatuh
- Mengurangi stres dan depresi



Contoh Aktivitas Fisik Aman untuk Pasien Pasca Stroke

Jalan kaki ringan 10-30 menit/hari



Senam peregangan (leher, bahu, lengan, tungkai)



Latihan duduk-berdiri dari kursi



Latihan keseimbangan berdiri (dengan bantuan jika perlu)



Latihan tangan seperti meremas bola karet atau membuka jari



Tips Aman Berolahraga untuk Pasien Stroke



- Lakukan pemanasan dan pendinginan
- Latihan diawasi keluarga
- Gunakan alat bantu bila perlu
- Jangan dipaksakan bila lelah atau nyeri

Hindari Aktivitas Ini Tanpa Pengawasan:

- Angkat beban berat
- Gerakan cepat atau tiba-tiba
- Berolahraga sendiri tanpa pantauan



Referensi:

1. Rahmawati, I., Dewi, R., Budi Peranti, S., Budiana, & Pasaribu, F. (2021). Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 52(8), 2532-2553. Hand exercise using a rubber ball increases grip strength in patients with non-haemorrhagic stroke. *The Malaysian Journal of Nursing*, 12(3), 32-40.

2. Pujipto, T., & Alur'eni, S. H. (2023). An analysis of a rubber ball hand exercise on stroke patient: Case study. *Jurnal EduHealth*, 13(2), 838-838.

Kunjungan ke 5



Ayoo Kenali!!! Makanan Sehat Untuk Pasien Stroke



Makanan sehat untuk pasien stroke adalah : Makanan bergizi seimbang yang membantu pemulihan, menjaga tekanan darah, dan mencegah stroke berulang. Biasanya rendah garam, rendah lemak, dan kaya serat, seperti sayur, buah, ikan, dan biji-bijian.

Setelah stroke, tubuh membutuhkan nutrisi yang tepat untuk:

- Menjaga tekanan darah
- Menurunkan kolesterol
- Mencegah stroke berulang
- Mendukung fungsi otak dan pembuluh darah

Mengapa Penting?

Contoh Makanan Yang Sehat

Sayuran dan buah-buahan segar Kaya antioksidan dan serat → bantu perbaiki sel otak Contoh: bayam, brokoli, wortel, jeruk, apel	Sumber protein tanpa lemak Ikan berlemak (sarden), tahu, tempe → bantu regenerasi sel	Karbohidrat kompleks Nasi merah, oat, ubi → menjaga kadar gula darah stabil	Lemak sehat Alpukat, kacang-kacangan → baik untuk jantung	Air Putih Minum 6-8 gelas per hari untuk hidrasi dan sirkulasi darah
---	---	---	---	--

Contoh Makanan Yang Harus Di Hindari

Makanan tinggi garam (mie instan, keripik, makanan cepat saji) 	Makanan berlemak jenuh dan kolesterol tinggi (gorengan, jeroan) 	Gula berlebih (minuman manis, kue) 	Alkohol dan rokok 
--	---	---	---

Referensi

1. Mozaffarian, D., et al. (2011). Dietary and lifestyle guidelines for the prevention of cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals. *Circulation*, 123(4), 287-291. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31820b3660>

2. Tongney, C. C., & Scarmeas, N. (2014). The Mediterranean diet and cognitive decline: a review of current evidence. *Journal of Alzheimer's Disease*, 39(2), 253-269. <https://doi.org/10.3233/JAD-130830>

Lampiran 9. Dokumentasi

Pasien 1



Melakukan terapi genggam bola karet



Mengukur tekanan darah



Mengukur kekuatan otot

Pasien 2

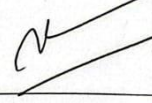
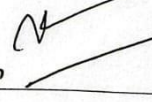
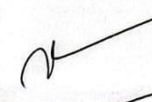
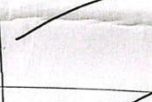


Melakukan terapi genggam bola karet



Mengukur kekuatan otot

Lampiran 10. Lembar Konsul

No	Hari/Tanggal	Materi konsultasi	Saran yang diberikan	Nama dan paraf pembimbing
1.	Rabu 19 Februari 2025	konsultasi Latar belakang	Perbaiki Latar belakang sesuai mstr	
2.	Jumat 21 Februari 2025	konsultasi Pathway stroke	perbaiki lagi Pathway dan perhatikan sitasi dan kepatutan tulisan	
3.	Sabtu 22 Februari 2025	konsultasi perbaikan Pathway dan Evidence based.	perhatikan sitasi dan lengkap: Jurnal penulisan	
4.	Rabu 26 Februari 2025	konsultasi Evidence dan metodologi Penulisan.	Lengkap: keabsahan responden.	
5.	Sabtu 3 Juni 2025	Konsultasi abstrak dan kepatutan penulisan.	perbaiki abstrak dan perbaiki juga pengkajian kepatutan	
6.	Jumat 06 Juni 2025	Pengkajian kepatutan Gonogram dan Denah Rumah.)	Tambahkan keterangan Gonogram dan jelaskan secara narasi	
7.	Sabtu 9 Juni 2025	konsultasi perbaikan Gonogram	perbaiki pembahasan dan studi kasus perhatikan kepatutan penulisan	
8.	Rabu 11 Juni 2025	konsultasi perbaikan dan Survei, daftar pustaka	Lengkap: daftar Lampiran.	
9.				

Lampiran 11. Lembar Revisi

DOSEN PENGUJI 1 : Shelfi Dwi Retnani Putri Santoso, S.Kep., Ns., M.Kep				
NO	Hari/tanggal	Materi konsultasi	Saran yang diberikan	Nama & paraf pembimbing
1	Selasa 18 Februari 2025	konsultasi Latar Belakang	Perbaiki Latar Belakang dan Tambahkan paragraf	
2	Jedasa 20 Februari 2025	konsultasi Anatomi Stroke	Perbaiki anatomi dan cari Gambar Yang lebih Jelas	
3	Senin 28 Februari 2025.	Penjelasan Evidensi based Nursing	Tambahkan Penjelasan terdahulu dan Perhatikan sitasinya	
4	Rabu 2 Maret.	konsultasi subyek Penelitian dan Poster	Tambahkan subyek Penelitian dgn umur pasien dan ubah poster.	
5	Rabu 12 Juni 2025	Revisi Pengantar Keparawatan	Perbaiki Gambaran, Pengkajian dan Judul penelitian	
6	Jumat 14 Juni 2025.	Revisi Diagnosa Keparawatan	ubah data subyektif dan tambahkan data objektif.	
7	Senin 16 Juni 2025	Revisi Pembahasan Studi kasus	Perbaiki Pembahasan Dengan konsep FTG dan Perhatikan citasi	
8	Kamis 19 Juni 2025	Revisi Kesimpulan dan Lampiran.	Perbaiki kesimpulan dan lengkapi Lampiran.	

Lampiran 12 surat bebas plagiat



Kementerian Kesehatan

Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oebobo,
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111
(0380) 8800256
<https://poltekkeskupang.ac.id>

PERPUSTAKAAN TERPADU

<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/> ; e-mail: perpustakaanterpadu61@gmail.com

SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Yustina wetu
Nomor Induk Mahasiswa : PO 5303212220409
Dosen Pembimbing : Wanto Paju, S.Kep.Ns., M.Kep
Dosen Penguji : Shelfi Dwi Retnani Putri Santoso, S.Kep.Ns., M.Kep
Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan Waikabubak
Judul Karya Ilmiah : **PENERAPAN TERAPI SWISS BALL EXERCISE**

**UNTUK MENGATASI GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA PASIEN PASCA
STROKE ISKEMIK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WAIMANGURA SUMBA
BARAT DAYA**

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar **18,15%** Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 10 Juni 2025

Admin Strike Plagiarism


Murry Vermias Kale SST
NIP. 19850704201012100

