

1. Lampiran Lembar Informed Consent

LAMPIRAN 1



**KEMENTERIAN
KESIHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

**POLTEKKES KEMENKES TANJUNGPURANG
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPURANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**
J.L. BOEKARNO HATTA NO. 1 HARMEDHA BANDAR LAMPUNG TELP. (0721) 703380 FAX. (0721) 703380



INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tn. S (inisial)

Umur : 35 tahun

Jenis Kelamin : (Laki-Laki / Perempuan *)

dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan di atas dan yang telah dijelaskan oleh tim peneliti.
2. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek dalam penelitian yang berjudul **"Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Oksigen Pada Pasien Paru Obstruktif Kronik Di Ruang Paru RSUD Jendral Ahmad Yani Metro"**

Bandar Lampung, 20 Februari 2020

Peneliti,  (Tika Octavia)	Saksi,  (<u>Tn. P</u>)	Subjek,  (<u>Tn. S</u>)
---	--	---

Keterangan *): Coret yang tidak perlu

2.Lampiran Format Pengkajian

STATUS KEPERAWATAN MAHASISWA



Nama

NIM

POLTEKKES TANJUNGPURA KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPURA
2019

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN

I. PENGKAJIAN

Nama Mahasiswa : _____

NIM : _____

Tgl Pengkajian : _____

Ruang rawat : _____

No. Register : _____

A. IDENTITAS KLIEN

1. Nama : _____

2. Umur : _____ tahun

3. Jenis kelamin : L/P*

4. Pendidikan : _____

5. Pekerjaan : _____

6. Tgl masuk RS : _____ Waktu : WIB

7. Dx. Medis : _____

8. Alamat : _____

B. RIWAYAT KESEHATAN

Cara Masuk : () Melalui IGD () Melalui Poliklinik () Transfer ruangan _____

Masuk ke Ruangan pada tanggal : _____ Waktu : _____ WIB

Diantar Oleh : () sendiri () Keluarga () Petugas Kesehatan () Lainnya _____

Masuk dengan menggunakan : () Berjalan () Kursi Roda () Brankar () Kruk () Walker

() Tripod () Lainnya, Jelaskan _____

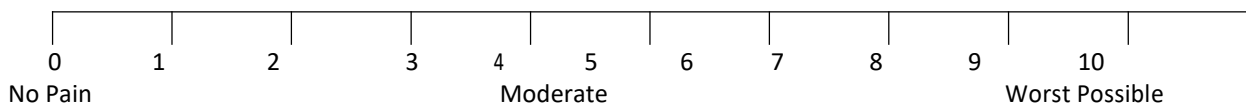
Status Mental saat masuk : () Kesadaran : _____ () GCS : E _____ M _____ V _____

Tanda Vital Saat Masuk : TD _____ mmHg, Nadi _____ x/menit () teratur () Tidak teratur () Lemah

() kuat RR _____ x/menit () teratur () Tidak teratur

Nyeri :

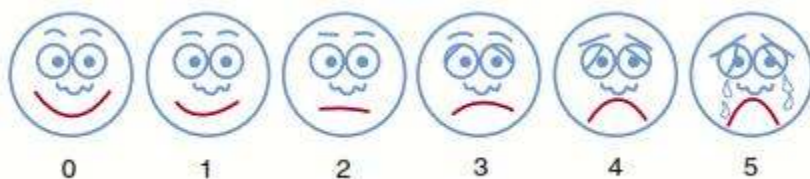
Numeric Rating Scale



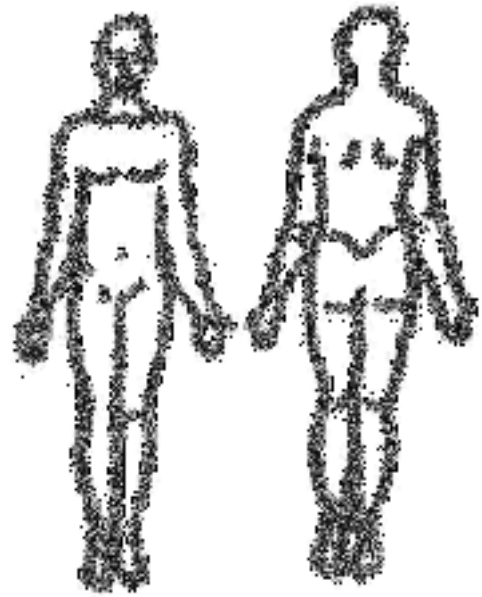
Verbal Rating Scale



Wong & Baker Faces Rating Scale



Status Lokalis :



Penyakit

Gejala:

Penilaian Risiko Jatuh

NO	PENGKAJIAN	SKALA		INTERPRETASI
1	Riwayat jatuh yang baru atau < 3 bulan terakhir	Tidak	0	0 - 24 : Tidak berisiko (kode hijau) 25 – 50 : risiko rendah (kuning) ≥ 51 : risiko tinggi (merah)
		Ya	25	
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	
		Ya	15	
3	Alat Bantu Jalan a. Bedrest dibantu perawat b. Penopang / Tongkat / Walker c. Berpegangan pd benda sekitar / furniture			
			0	
			15	
			30	
4	Apakah pasien menggunakan infus	Tidak	0	
		Ya	20	
5	Gaya berjalan / pindah a. Normal / Bedrest / immobile tdk dpt bergerak sendiri b. Lemah tidak bertenaga c. Gangguan / tidak normal (pincang / diseret)			
			0	
			10	
			20	
6	Status Mental a. Sadar penuh / komposmentis b. Kesadaran menurun			
			0	
			15	
	JUMLAH SKOR			

1. Keluhan utama saat pengkajian : _____

2. Riwayat penyakit Sekarang :

Riwayat Alergi (Obat, Makanan, dll) : _____

Bentuk reaksi alergi yg dialami : _____

3. Daftar obat/Herbal yang sering digunakan sebelum masuk RS :

NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI	NAMA OBAT/HERBAL	FREKUENSI
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. Apakah obat / herbal tersebut masih dikonsumsi hingga saat ini ?

() Ya, Alasan : _____

() Tidak, Alasan : _____

5. Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan penyakit sekarang :

6. Riwayat penyakit keluarga :

Buat genogram bila diperlukan yang berhubungan dengan genetik

C. ANAMNESIS PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL

1. Pola Manajemen Kesehatan-Persepsi Kesehatan



Kondisi Kesehatan Umum Klien

() Tampak Sehat () Tampak Sakit Ringan () Tampak sakit sedang

() Tampak Sakit Berat

Catatan lain :



Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yg selama ini dilakukan

() Olahraga : teratur / tidak teratur / tidak pernah. Jika olahraga, jenisnya : _____

() Minum air putih : L/hari () Kopi () teh () Soda () Minuman bersuplemen

Frekuensi konsumsi jenis minuman tsb :x/hr () Makanan, diet tertentu : _____

() Merokok, Jenis..... Jumlahbtg/hari Merokok sejak usia..... thn, lama thn

Jenis rokok : Keinginan berhenti merokok : () Ada () Tidak ada

Upaya Berhenti merokok : () Pernah () Belum pernah Jika pernah : () berhasil () Tidak berhasil

kendala : _____

Jika mengalami tekanan/masalah, cara melampiaskan stress : () Marah-marah () Merusak barang-barang

() Memukul, mencubit, menciderai, meninju orang lain maupun diri sendiri. () Menangis () Memendam

perasaan () Mengatakannya secara baik-baik / menceritakan pada orang lain



Upaya Perlindungan Kesehatan yang dilakukan klien

- () Melakukan medical check up : () rutin () Kadang² Jenis Medical Check Up yg dilakukan :
- () Kunjungan ke Faskes : () rutin () Kadang² Jenis Faskes yg dikunjungi :
- () Memiliki jaminan kesehatan/asuransi Jenis Jamkes yg dimiliki :



Upaya pemeriksaan kesehatan mandiri ()
Pemeriksaan payudara sendiri

- () Pemeriksaan testis sendiri (khusus pria) ()
Pemeriksaan Tekanan Darah sendiri
() Pemeriksaan Gula Darah mandiri ()
Pemeriksaan Kolesterol mandiri ()
Pemeriksaan Asam Urat mandiri
() Pemeriksaan mandiri lainnya, sebutkan

Catatan lain :



Riwayat Medis, hospitalisasi & Pembedahan

Pernahkah klien dirawat di RS sebelumnya ?, Jika pernah, kapan,.....Dirawat karena

Pernahkah klien menjalani operasi ?.....Jika pernah, kapan,..... Jenis operasi

Catatan lain :



Obat, Jamu, Herbal atau terapi lain yg dijalani sebelum masuk RS

Obat Yg sering dikonsumsi : Jamu Yg sering dikonsumsi :

Terapi lain yg dijalani :(Cth : Accupresure, bekam, akupuntur, dll)

Tujuan mengkonsumsi obat, jamu, herbal atau terapi tersebut adalah

Jika obat, jamu, herbal atau terapi tersebut masih dijalani hingga saat ini, Alasannya :

Catatan lain :

2. Pola Metabolik – Nutrisi



Kebiasaan Jumlah Makanan dan Kudapan

Makanan utama : () Nasi Putih () Nasi Merah () Ubi & Olahannya () Roti Berapa banyak ?

Konsumsi Sayur Mayur : () Selalu () Kadang kadang () Sangat Jarang Jenis Sayur Yg paling disukai :

Jenis Sayur yg dihindari/tidak disukai :

Olahan sayur yg sering : () rebus () masak santan () tumis () bakar () Goreng

Konsumsi Lauk : () Selalu () Kadang kadang Jenis lauk Yg paling disukai :

Jenis lauk Yg paling sering dikonsumsi :

Olahan lauk yg sering dikonsumsi : () rebus () masak santan () tumis () bakar () Goreng

Jenis lauk yg dihindari/tidak disukai :

Frekuensi makan makanan utama & pelengkap : () 1-2 x/hr () 3 x/hr () > 3 x/hr

Kudapan/Camilan : () Selalu () Kadang kadang Rasa kudapan yg paling disukai : () manis () asin

Frekuensi makan kudapan dlm sehari : () 1-2 x/hr () 3 x/hr () > 3 x/hr.

Jenis kudapan/camilan yg sering : () Permen / coklat () kue/roti/donat () bakso/somay/mi & sejenisnya ()

kacang/krupuk/kripik/pilus dan sejenisnya () es krim/es campur/soda & minuman sejenisnya

Catatan lain :

Pola Makan 3 hari terakhir atau 24 jam terakhir (Jika klien dirawat > 3 hari, maka lakukan pengkajian pola makan 3 hr terakhir) : () 3 hari terakhir () 24 jam terakhir

Jenis diet : (Lih. di catatan medis)

Bentuk makanan yg diberikan : () padat () Bubur biasa () Bubur saring () Cair

Cara Pemberian : () Oral () Sonde () Parenteral

Frekuensi pemberian :x/hari Kudapan/camilan :x / hari

Kemampuan makan : () mandiri () bantuan () tergantung total

Porsi yg dihabiskan dari makanan yg disediakan : () satu porsi habis setiap kali makan () ½ - ¾ porsi

() < ½ porsi Alasan tidak menghabiskan makan :

Makanan lain diluar diet yg dikonsumsi :

Catatan lain :



Masalah yg berhubungan dengan pola konsumsi makanan

☐ Gangguan menelan ☐ Gangguan mengunyah ☐ Gangguan mengecap ☐ Mual
☐ Muntah ☐ Nyeri gigi/caries ☐ Terpasang peralatan medis ☐ Penurunan kesadaran ☐ Anoreksia
/ tidak nafsu mkn ☐ Gangguan penciuman/tidak dpt mencium aroma makanan ☐ Perasaan tidak
nyaman di abdomen; yaitu
☐ Tidak ada keinginan untuk makan yg berhubungan dg masalah psikologis (marah, depresi,
sedih, putus asa)
Catatan lain :

❖ Energi Metabolik
☐ merasa lemah ☐ merasa tenaga menurun ☐ mudah lelah ☐ tidak mampu melakukan aktifitas
☐ tidak ada tenaga
Catatan lain :

❖ Persepsi klien tentang BB nya (*Hanya untuk klien dg kesadaran penuh*)
☐ Merasa BB normal ☐ Merasa BB Lebih ☐ Merasa sangat gemuk ☐ Merasa kurus ☐ merasa BB turun
Catatan lain :

3. POLA ELIMINASI

❖ Eliminasi buang air kecil (b.a.k)
☐ Tidak di kateterisasi urine (*jika pasien di kateter maka pertanyaan langsung ke bag dilakukan kateterisasi urine*)
☐ Frekuensi b.a.k dalam 24 jam : x/hr ☐ Penggunaan bedpan / urinal diatas TT
☐ Ke toilet : ☐ mandiri ☐ dengan bantuan
Apakah klien diinstruksikan untuk tampung urine 24 jam
☐ Ya, untuk keperluan
☐ Tidak, karena
Warna urine : ☐ kuning jernih ☐ Keruh ☐ berbusa ☐ Merah terang ☐ Merah pekat ☐ bekuan darah
Bau urine : ☐ normal ☐ busuk ☐ anyir
Masalah dalam pengeluaran urine : ☐ Nyeri ☐ Aliran tersendat ☐ enuresis ☐ Incontinensia
☐ retensi parsial/total ☐ urine menetes ☐ mengedan ☐ keluar pasir-pasir
☐ Dilakukan kateterisasi urine, jenisnya Lama kateter terpasang :hari
Kebersihan kateter : ☐ bersih ☐ tampak kotor
Keluhan klien terhadap kateter terpasang : ☐ nyeri ☐ panas ☐ perih ☐ tidak nyaman
Aliran urine dlm selang kateter : ☐ lancar ☐ tersendat
Warna urine dalam urine bag/selang kateter : ☐ kuning jernih ☐ kuning pekat ☐ keruh
☐ berkabut/granulasi ☐ merah terang ☐ merah pekat
Volume *urine bag* dalam 3 jam terakhir :ml
Volume *urine bag* dalam 6 jam terakhir :ml
Volume *urine bag* dalam 8 jam terakhir :ml
Volume *urine bag* dalam 24 jam terakhir : ml
Volume cairan irigasi (*jika dilakukan irigasi blas*) dalam 24 jam terakhir :ml. Tetesan irigasi : tts/menit
Catatan lain :

4. POLA AKTIFITAS SEHARI-HARI

❖ Aktifitas sehari-hari
Pekerjaan : Kegiatan Sosial/kemasyarakatan :
Masalah kesehatan anggota gerak :
☐ kelemahan ekstremitas..... ☐
kekakuan ekstremitas..... ☐
kontraktur area.....

☐ mandiri ☐ bantuan sebagian ☐ bantuan penuh
Penggunaan alat bantu gerak : ☐ kruk ☐ walker ☐ tripod ☐ tongkat
Catatan lain :

5. POLA ISTIRAHAT – TIDUR

❖ Kebiasaan tidur
Kebiasaan tidur sehari-hari : ☐ 6 – 8 jam/hari ☐ < 6 – 8 jam/hari ☐ > 6 – 8 jam/hari.
Tingkat kesegaran setelah bangun tidur : ☐ segar ☐ tidak segar.

Kebiasaan tidur saat ini : () 6 – 8 jam/hari () < 6 – 8 jam/hari () > 6 – 8 jam/hari.
 Masalah gangguan tidur : () mimpi buruk () pikiran tidak tenang () nyeri
 () lingkungan bising/berisik () pencahayaan ruangan () suhu ruangan tdk nyaman ()
 pengunjung/pembezuk banyak
 Penggunaan alat/zat bantu tidur : () musik relaksasi () hypnoterapi ()
 obat-obatan, jenisnya.....
 Catatan lain :

POLA PERSEPSI KOGNITIF

❖ Gambaran tentang indera khusus

() penurunan tajam penglihatan () kacamata bantu () penurunan tajam pendengaran () alat bantu dengar () penurunan tajam penciuman
 () rasa baal indera perabaan (telapak tangan, telapak kaki) : kiri / kanan
 () rasa kebas, kesemutan area.....
 () rasa nyeri, karakteristik

❖ Kognitif

Tingkat pendidikan terakhir.....

Kemampuan mengambil keputusan : () mampu () ragu-ragu () tidak mampu mengambil keputusan

() buta aksara () buta angka () buta warna

Kemampuan mengingat : Jangka pendek : () mampu () Tidak mampu,

Jangka Panjang : () mampu () tidak mampu

Catatan lain :

6. POLA KONSEPSI DIRI – PERSEPSI DIRI

Kedudukan sosial

❖ Penghasilan : () cukup () tidak cukup untuk kebutuhan sehari-hari
 ❖ Situasi keluarga : () baik () bercerai ()
 ❖ Keanggotaan kelompok sosial :
 ❖ Identitas personal (penjelasan ttg kekuatan & kelemahan diri sendiri) :
 ❖ Kedudukan fisik yg disukai & tidak disukai :
 ❖ Harga diri (perasaan klien thd dirinya sendiri).....

Catatan lain :

7. POLA HUBUNGAN PERAN

❖ Gambaran Tentang Peran

❖ Peran klien dalam keluarga :
 ❖ Peran klien dalam masyarakat :
 ❖ Peran klien dalam pekerjaan :

❖ Kepuasan terhadap peran : () puas () tidak puas

❖ Perubahan peran : () tidak () ya, yaitu.....

Jika ya, apakah perubahan peran tersebut dirasakan membuat klien merasa tidak nyaman ? () Tidak () Ya, uraikan.....

❖ Pola hubungan

❖ Hubungan dengan keluarga : () baik () masalah,

❖ Hubungan dengan masyarakat : () baik () masalah,

❖ Hubungan dengan pekerjaan : () baik () masalah,

❖ Hubungan dengan petugas kesehatan (perawat, dokter, dll) : () baik

() masalah,

Catatan lain :

8. POLA REPRODUKTIF – SEKSUALITAS

Reproduksi & Seksualitas

❖ Apakah klien saat ini mengalami : () Menopause () amenorrhea () dishmenorhea
 () impotensi () penurunan libido () Nyeri

❖ Apakah klien saat ini menggunakan kontrasepsi : () tidak () Ya, jika ya, jenis kontrasepsi
 dan telah digunakan selama Bln / tahun.

❖ Apakah klien mengalami masalah fungsi reproduksi ? () Tidak () Ya, jelaskan

❖ Apakah klien mengalami masalah fungsi seksual ? () Tidak () Ya, jelaskan

Catatan lain :

9. POLA TOLERANSI TERHADAP STRESS – KOPING

Toleransi terhadap stress – koping

Adakah kejadian yang pernah dialami oleh klien hingga saat ini yang sangat menimbulkan stress ? ()

tidak ada () ada, yaitu.....

❖ Apakah klien belakangan ini merasakan perasaan : () Kecemasan () Takut
() Sedih () Bingung () Kehilangan harapan / putus asa () tertekan

❖ Apakah strategi yang biasanya digunakan oleh klien untuk menghilangkan perasaan diatas ?

uraikan.....

❖ Apakah strategi tersebut dirasakan efektif oleh klien ? () selalu efektif () tidak
selalu efektif () tidak efektif

❖ Apakah klien mengetahui beberapa teknik relaksasi / menenangkan diri / meredakan stress ? () Tidak

() mengetahui, yaitu.....

❖ Jika mengetahui, apakah klien pernah menggunakannya ? () ya

() tidak, karena.....

❖ Apakah saat ini klien tampak : () tegang () murung / sedih () gelisah
() menyendiri () tatapan kosong () banyak bertanya

10. POLA KEYAKINAN – NILAI

❖ Latar belakang budaya / etnik :

❖ Apakah tujuan hidup menurut klien :

❖ Keyakinan klien yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :

❖ Keyakinan keluarga yang berkaitan dengan masalah kesehatan saat ini :

❖ Apakah menurut klien pendekatan keyakinan / budaya / agama penting dalam penyelesaian masalah

kesehatan saat ini : () tidak () Ya, Penting

❖ Apakah selama di RS klien mengalami kesulitan dlm menjalankan ritual keyakinan/budaya atau agamanya ? ()
tidak () Ya, jelaskan

D. PEMERIKSAAN FISIK

TANDA – TANDA VITAL : TD :mmHg, Nadi :x/menit () kuat () lemah () Teratur () Tidak

teratur RR : x/mnt () teratur () tidak Teratur. Irama nafas : () normal () Cheyne Stokes () Biot

() Kussmaul () Hyperventilasi () Apneustik

STATUS MENTAL : () composmentis () Delirium () Somnolen () Stupor () Koma

1. Kepala :

2. Leher :

3. Thorax (Jantung & Paru):

a. Inspeksi :

b. Palpasi :

c. Perkusi :

d. Auskultasi :

4. Abdomen

a. Inspeksi :

b. Auskultasi :

c. Palpasi :

d. Perkusi :

5. Punggung & Tulang Belakang :

6. Genetalia & Rektum :

7. Ekstremitas Atas & Bawah :

8. Kekuatan otot :



9. Pemeriksaan Khusus :

a. Neurologi : Sensorik : Motorik :

Reflek Fisiologis : Bicep : kanan _____ kiri _____ Tricep : kanan _____ kiri _____

Tendo Achilles : kanan _____ kiri _____ Abdomen :

Reflek Patologis dan rangsang meningeal : Babinsky : kanan _____ kiri _____ Brudzinsky I :

Brudzinsky II : _____ Chadok : _____ Hoffman Turner : _____ Laseque : _____ Kaku Kuduk :

Nervus I : _____

Nervus III : _____

Nervus IV : _____

Nervus V : _____

Nervus VI : _____

Nervus VII : _____

Nervus VIII : _____

Nervus IX: _____

Nervus X : _____

Nervus XI : _____

Nervus XII : _____

- Ankle Brachial Indeks (ABI) : Kanan _____ Kiri _____
 - Monofilamen : Kanan _____
 Kiri _____
 - Ulkus DM : Lokasi _____

P : Peripheral _____
E : Extend or Size : _____
D : Depth or Tissue Loss : _____
I : Infection and Sensation : _____
S : Severe : _____

(Laboratorium, Radiologi, USG, CT Scan, MRI, Kultur, dll bila diperlukan buat dalam bentuk daftar / table hasil pemeriksaan yg menunjukkan perkembangan hasil pemeriksaan)

[illegible]

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

[illegible]

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

[illegible]

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

[illegible]

FORMAT ANALISIS DATA

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

[illegible]

DAFTAR PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

HARI KE-1 : Tanggal

1.....

2.....

3.....

4.....

HARI KE-2 : Tanggal

1.....

2.....

3.....

4.....

HARI KE-3 : Tanggal

1.....

2.....

3.....

4.....

HARI KE-4 : Tanggal

1.....

2.....

3.....

4.....

HARI KE-5 : Tanggal

1.....

2.....

3.....

4.....

HARI KE-6 : Tanggal

1.....

2.....

3.....

4.....

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

N o	Tangg al	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional	Paraf

FORMAT RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

N o	Tanggal	Diagnosa Keperawatan dan Data Penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasi onal	Para f

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf

FORMAT CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Klien :

Dx. Medis :

Ruang :

No. MR :

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Implementasi (Respon dan atau Hasil)	Evaluasi (SOAP)	Paraf

3. Lampiran Surat Pengantar dari Direktur

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGPINANG
Jalan Sekeloa - Sekeloa No. 6 Ekisda Lampung
Telp : 0721 - 765 552 Telepon : 0721 - 775 018
Website : <http://pdk.kemkes.go.id> Email : info@pdk.kemkes.go.id

10 Februari 2020

No. : PP.09.01.11.0622/2020
Lampiran : 1 Eks
Hal : Izin Penulisan

Yang terhormat :
1. Direktur RSUD Jend.A Yani Kota Metro
2. Direktur RSUD Sukadana Kabupaten Lampung Timur
3. Direktur RSUD Pringswa Kabupaten Pringswa

Di Tempat

Sehubungan dengan permohonan Karyo Tuli untuk bagi mahasiswa semester VI Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Tanjungkerang Jurusan Keperawatan Politeknik Tanjungpinang Tahun Akademik 2019/2020 maka kami menginformasikan dapat diberikan izin kepada mahasiswa tersebut dalam melakukan Penelitian di Institut yang Bapak/Ibu pimpin. Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan nama Mahasiswa dan Institut yang terkait dengan proposal penelitian.

Demikian surat dan pengantar ini kami sampaikan.



Tembusan :
1. Dit. Jember Kesehatan
2. Arsip Bagian Diklat

4. Lampiran Surat Balasan dari RS

WhatsApp: (0725) 41020 748423 Email: rsudusanimetro@gmail.com

Nomor : 890 / F123 / A.1-310313020
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Izin Penelitian (KIT)

Kepada Yth,
Dokter Poliklinik Tanjung Karang
Di
Terdiri

Dengan Hormat

Selubungan surat dari Direktur poliklinik Tanjung Karang dengan Nomor
PP015010/0632/2020 tanggal 01 Februari 2020 Perihal Izin Penelitian, maka
dengan ini kami sampaikan pada pesisirnya kami baik keberatan dan memberikan
izin kepada mahasiswa i Akademi Keperawatan Tanjung Karang Jurusan
Keperawatan Tahun Akademik 2019/2020
Adapun Nama dan NIM mahasiswa terlampir

Untuk melaksanakan penelitian Mahasiswa Akademi Keperawatan Tanjung Karang
Jurusan Keperawatan Tahun Akademik 2019/2020 pada RSUD Jend. A. Yani
Metro, dengan ketentuan sebagai berikut

1. Bersedia menaruh personil yang bekerja di RSUD Jend. A. Yani Metro
2. Bersedia memenuhi dan menyelesaikan administrasi kegiatan sesuai dengan ketentuan

Dengan ini atas perbuatannya diharapkan terima kasih

Metro, 18 Februari 2020
DIREKTUR RSUD JEND. A. YANI
KOTA METRO

dr. Triandhono, Sp.UM
NIP. 1978030412005012013

Terbacaan

1. Kabag. Keuangan &q Perbekalaan RSUD Jend. A. Yani
2. Yang Beresangkutan