

## Lampiran 1 Pemeriksaan fisik

### Pengkajian Fisik :

#### a. Pemeriksaan Fisik Umum :

- 1) Berat badan : ...Kg (Sebelum Sakit : .....Kg)
- 2) Tinggi Badan : ....cm
- 3) Keadaan umum : ( ) Ringan ( ) Sedang ( ) Berat
- 4) Pembesaran kelenjar getah bening : ( ) Tidak  
( ) Ya, Lokasi.....

#### b. Sistem Penglihatan :

- 1) Posisi mata : ( ) Simetri ( ) Asimetris
- 2) Kelopak mata : ( ) Normal ( ) Ptosis
- 3) Pergerakan bola mata : ( ) Normal ( ) Abnormal
- 4) Konjungtiva : ( ) Merah muda ( ) Anemis
- 5) Kornea : ( ) Normal ( ) Keruh/ berkabut  
( ) Terdapat Perdarahan
- 6) Sklera : ( ) Ikterik ( ) Anikterik
- 7) Pupil : ( ) Isokor ( ) Anisokor  
( ) Midriasis ( ) Miosis
- 8) Otot-otot mata : ( ) Tidak ada kelainan ( ) Juling keluar  
( ) Juling ke dalam ( ) Berada di atas
- 9) Fungsi penglihatan : ( ) Baik ( ) Kabur  
( ) Dua bentuk / diplopia

- 10) Tanda-tanda radang : .....
- 11) Pemakaian kaca mata : ( ) Tidak ( ) Ya, Jenis.....
- 12) Pemakaian lensa kontak : .....
- 13) Reaksi terhadap cahaya : .....

c. Sistem Pendengaran :

- 1) Daun telinga : ( ) Normal ( ) Tidak,
- 2) Karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau) : .....
- 3) Kondisi telinga tengah: ( ) Normal ( ) Kemerahan  
( ) Bengkak ( ) Terdapat lesi
- 4) Cairan dari telinga : ( ) Tidak ( ) Ada,.....  
( ) Darah, nanah dll.
- 5) Perasaan penuh di telinga : ( ) Ya ( ) Tidak
- 6) Tinitus : ( ) Ya ( ) Tidak
- 7) Fungsi pendengaran : ( ) Normal ( ) Kurang  
( ) Tuli, kanan/kiri .....
- 8) Gangguan keseimbangan : ( ) Tidak ( ) Ya
- 9) Pemakaian alat bantu : ( ) Ya ( ) Tidak

- d. Sistem Wicara : ( ) Normal ( ) Tidak ,.....  
( ) Aphasia ( ) Aponia  
( ) Dysarthria ( ) Dysphasia  
( ) Anarthia

e. Sistem Pernafasan :

- 1) Jalan nafas : ( ) Bersih( ) Ada sumbatan; .....
- 2) Pernafasan : ( ) Tidak Sesak ( ) Sesak :.....
- 3) Menggunakan otot bantu pernafasan : ( ) Ya ( ) Tidak
- 4) Frekuensi : ..... x / menit
- 5) Irama : ( ) Teratur ( ) Tidak teratur
- 6) Jenis pernafasan :..... (Spontan,Kausmaull,Cheynestoke,Biot, dll)
- 7) Kedalaman : ( ) Dalam ( ) Dangkal
- 8) Batuk : ( ) Tidak ( ) Ya (Produktif/Tidak)
- 9) Sputum : ( ) Tidak ( ) Ya ..(Putih/Kuning/Hijau)
- 10) Konsistensi : ( ) Kental ( ) Encer
- 11) Terdapat darah : ( ) Ya ( ) Tidak
- 12) Palpasi dada : .....
- 13) Perkusi dada : .....
- 14) Suara nafas : ( ) Vesikuler ( ) Ronkhi  
( ) Wheezing ( ) Rales
- 15) Nyeri saat bernafas : ( ) Ya ( ) Tidak
- 16) Penggunaan alat bantu nafas : ( ) Tidak ( ) Ya .....

#### k. Sistem Hematologi

Gangguan Hematologi :

- 1) Pucat : ( ) Tidak ( ) Ya
- 2) Perdarahan : ( ) Tidak ( ) Ya, .....:  
( ) Ptechie ( ) Purpura ( ) Mimisan  
( ) Perdarahan gusi ( ) Echimosis

#### l. Sistem Syaraf Pusat

- 1) Keluhan sakit kepala :.....(vertigo/migrain, dll)

- 2) Tingkat kesadaran : ( ) Compos mentis ( ) Apatis  
( ) Somnolent ( ) Soporokoma
- 3) Glasgow coma scale(GCS) E : ....., M : ....., V : .....
- 4) Tanda-tanda peningkatan TIK : ( ) Tidak ( ) Ya,.....:  
( ) Muntah proyektil  
( ) Nyeri Kepala hebat  
( ) Papil Edema
- 5) Gangguan Sistem persyarafan : ( ) Kejang ( ) Pelo  
( ) Mulut mencong ( ) Disorientasi  
( ) Polineuritis/ kesemutan  
( ) Kelumpuhan ekstremitas  
(kanan / kiri / atas / bawah)
- 6) Pemeriksaan Reflek :
- a) Reflek fisiologis : ( ) Normal ( ) Tidak .....
- b) Reflek Patologis : ( ) Tidak ( ) Ya .....

i. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut :

- 1) Gigi : ( ) Caries ( ) Tidak
- 2) Penggunaan gigi palsu : ( ) Ya ( ) Tidak
- 3) Stomatitis : ( ) Ya ( ) Tidak
- 4) Lidah kotor : ( ) Ya ( ) Tidak
- 5) Saliva : ( ) Normal ( ) Abnormal
- 6) Muntah : ( ) Tidak ( ) Ya,.....

- a) Isi : ( ) Makanan ( ) Cairan ( ) Darah
- b) Warna : ( ) Sesuai warna makanan ( ) Kehijauan  
( ) Cokelat ( ) Kuning ( ) Hitam
- c) Frekuensi : .....X/ hari
- d) Jumlah : .....ml
- 7) Nyeri daerah perut : ( ) Ya,..... ( ) Tidak
- 8) Skala Nyeri : .....
- 9) Lokasi dan Karakter nyeri : ( ) Seperti ditusuk-tusuk ( ) Melilit-lilit  
( ) Cramp ( ) Panas/seperti terbakar  
( ) Setempat ( ) Menyebar  
( ) Berpindah-pindah ( ) Kanan atas  
( ) Kanan bawah ( ) Kiri atas  
( ) Kiri bawah
- 10) Bising usus : .....x / menit.
- 11) Diare : ( ) Tidak ( ) Ya,.....
- a) Lamanya : ..... Frekuensi : .....x / hari.
- b) Warna faeces : ( ) Kuning ( ) Putih seperti air cucian beras  
( ) Cokelat ( ) Hitam ( ) Dempul
- c) Konsistensi faeces: ( ) Setengah padat ( ) Cair  
( ) Berdarah ( ) Terdapat lendir  
( ) Tidak ada kelainan

12) Konstipasi : ( ) Tidak ( ) Ya,.....  
lamanya : ..... hari

13) Hepar : ( ) Teraba ( ) Tak teraba

14) Abdomen : ( ) Lembek ( ) Kembang  
( ) Acites ( ) Distensi

j. Sistem Endokrin

Pembesaran Kelenjar Tiroid : ( ) Tidak ( ) Ya,  
( ) Exoptalmus ( ) Tremor  
( ) Diaporesis

Nafas berbau keton : ( ) Ya ( ) Tidak  
( ) Poliuri ( ) Polidipsi ( ) Poliphagi

Luka Ganggren : ( ) Tidak ( ) Ya, Lokasi.....  
Kondisi Luka.....

k. Sistem Urogenital

Balance Cairan : Intake.....ml; Output.....ml

Perubahan pola kemih : ( ) Retensi ( ) Urgency ( ) Disuria  
( ) Tidak lampias ( ) Nocturia  
( ) Inkontinensia  
( ) Anuria

B.a.k : Warna : ( ) Kuning jernih ( ) Kuning kental/coklat  
( ) Merah ( ) Putih

Distensi/ketegangan kandung kemih : ( ) Ya ( ) Tidak

Keluhan sakit pinggang : ( ) Ya ( ) Tidak

Skala nyeri : .....

l. Sistem Integumen

- Turgor kulit : ( ) Elastis ( ) Tidak elastis
- Temperatur kulit : ( ) Hangat ( ) Dingin
- Warna kulit : ( ) Pucat ( ) Sianosis ( ) Kemerahan
- Keadaan kulit : ( ) Baik ( ) Lesi ( ) Ulkus
- ( ) Luka, Lokasi.....
- ( ) Insisi operasi, Lokasi .....
- Kondisi.....
- ( ) Gatal-gatal ( ) Memar/lebam
- ( ) Kelainan Pigmen
- ( ) Luka bakar, Grade... Prosentase.....
- ( ) Dekubitus, Lokasi.....
- Kelainan Kulit : ( ) Tidak ( ) Ya, Jenis.....
- Kondisi kulit daerah pemasangan Infus :.....
- Keadaan rambut : - Tekstur : ( ) Baik ( ) Tidak ( ) Alopesia
- Kebersihan : ( ) Ya ( ) Tidak, .....

m. Sistem Muskuloskeletal

- Kesulitan dalam pergerakan : ( ) Ya ( ) Tidak
- Sakit pada tulang, sendi, kulit : ( ) Ya ( ) Tidak
- Fraktur : ( ) Ya ( ) Tidak
- Lokasi : .....
- Kondisi:.....
- Kelainan bentuk tulang sendi : ( ) Kontraktur ( ) Bengkak
- ( ) Lain-lain, sebutkan : .....

Kelaianan struktur tulang belakang: ( ) Skoliasis ( ) Lordosis  
( ) Kiposis

Keadaan Tonus otot : ( ) Baik ( ) Hipotoni  
( ) Hipertoni ( ) Atoni

Kekuatan Otot : ... ..  
|  
-----  
|  
... ..

**Data Tambahan (Pemahaman tentang penyakit):**

.....  
.....  
.....  
.....

**a. Data Penunjang** (Pemeriksaan diagnostik yang menunjang masalah : Lab, Radiologi, Endoskopi dll )

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**b. Penatalaksanaan** (Therapi / pengobatan termasuk diet )

.....  
.....

**Lampiran 2 SOP Batuk Efektif**



	<b>POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU</b> <b>PRODI DIII KEPERAWATAN JURUSAN KEPERAWATAN</b>	
---	--	---

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SPO)**  
**BATUK EFEKTIF**

PENGERTIAN	suatu tindakan melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan jalan napas..
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Membersihkan jalan nafas</li> <li>b. Mencegah komplikais infeksi saluran nafas</li> <li>c. Mengurangi kelelahan saat batuk</li> </ol>
INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dengan gangguan bersihan jalan napas akibat akumulasi sekret.</li> <li>2. Pasien pre dan post operasi</li> <li>3. Pasien imobilisasi</li> <li>4. Pasien sadar dan mampu mengikuti perintah.</li> </ol>
KONTRA INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien yang mengalami peningkatan tekanan intra kranial (TIK)</li> <li>2. gangguan fungsi otak</li> <li>3. gangguan kardiovaskular (hipertensi berat, aneurisma, gagal jantung, infark miokard), dan emfisema karena dapat menyebabkan ruptur dinding alveolar.</li> </ol>
ALAT DAN BAHAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>10) Tempat sputum (bengkok, gelas, pot sputum)</li> <li>11) Perlak/alas</li> <li>12) Lap wajah (tissue)</li> <li>13) Stetoskop</li> <li>14) Sarung tangan</li> <li>15) Masker</li> </ol>
PROSEDUR PELAKSANAAN	<p><b>Tahap prainteraksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengecek program terapi</li> <li>b. Mencuci tangan</li> </ol> <p><b>Tahap orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Memberikan salam teurapeutik dan memanggil nama pasien</li> <li>b. Melakukan kontrak: Prosedur, Tujuan, Waktu, dan Tempat</li> <li>c. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dilakukan</li> <li>d. Memvalidasi kesiapan pasien untuk mengikuti prosedur</li> <li>e. Menjaga privasi pasien</li> </ol> <p><b>Tahap kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menjaga privasi pasien</li> <li>b. Mengecek lapang paru dan jalan nafas menggunakan stetoskop untuk menegtahui adanya bunyi ronkhi</li> <li>c. Meletakkan kedua tangan di atas abdomen bagian atas (dibawah mamae) dan mempertemukan kedua ujung jari tengah kanan dan kiri di atas processus xiphoideus</li> </ol>

	<p>d. Menarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik, di tahan selama 2 detik, lalu hembuskan melalui bibir mencucu (pursed lip breathing) selama 8 detik. Lakukan berulang sebanyak 3-4 kali</p> <p>e. Pada tarikan nafas dalam terakhir, nafas ditahan selama kurang lebih 2-3 detik</p> <p>f. Angkat bahu, dada dilonggarkan dan batukkan dengan kuat</p> <p>g. Lakukanlah 4 kali setiap batuk efektif, frekuensi disesuaikan dengan kebutuhan pasien.</p> <p><b>Tahap Terminasi</b></p> <p>a. Mengevaluasi pasien secara subjektif dan objektif</p> <p>b. Melakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya</p> <p>c. Mencuci tangan</p> <p>d. Mendokumentasikan</p>
--	--

### lampiran 3 Penentuan judul KTI

Lampiran 1a: Contoh Formulir Penentuan Judul Karya Tulis Ilmiah

**FORMULIR  
PENENTUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH**

---

Nama Mahasiswa: Yonanda Darafira  
 NIM : 2021440124  
 Judul KTI yang diusulkan berdasarkan prioritas:

No	Bidang/departemen	Judul
1	KMB 2	Asuhan Keperawatan Medikal bedah Dengan Gangguan rasa nyaman pada pasien Hipertensi di RSUD x
2	KMB 1	Asuhan Keperawatan Medikal bedah pasien dengan Tuberkulosis di RSUD x
3	KMB 3	Asuhan keperawatan medikal bedah Dengan ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien Diabetes melitus TIPE II di RSUD x

Usulan nama pembimbing:  
 1. Ns. Wiwiek Delmira S.Kep., M.Kep.  
 2. Dr. Ibnu Rudi, S.Kp., M.Kep.

Hari/Tanggal Pengumpulan Rabu / 7 February 2024  
 Pukul : 16.47  
 Judul KTI yang disetujui: Asuhan Keperawatan pasien dengan Tuberkulosis di RSUD x

Mengetahui  
 Kaprodi D-III keperawatan  
[Signature]  
 (Idayanti, S.Pd., S.Kep., M.Kep.)  
 NIP. 196910221994032002

Pekanbaru, 16 February 2024  
 Koordinator MK KTI  
 Program Studi P-III Keperawatan  
[Signature]  
 (Melly, SST, M.Kes)  
 NIP. 1974102202122002

Acc 4  
7-2-24

## Lampiran 4 Lembar Ketersediaan Pembimbing 1

Lampiran 1: Contoh Formulir Pemilihan Pembimbing

### FORMULIR KESEDIAAN PEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini:

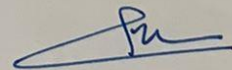
1. Nama : Ms. Wiwiek Delvira, S.Kep., M.Kep
2. NIP : 197410081997032001
3. Pangkat/golongan : Perata Tingkat I
4. Jabatan : Lektor
5. Asal institusi : Poltekkes Riau
6. Pendidikan terakhir : S2 Keperawatan
7. Kontak person
  - a) Alamat rumah : Jl. Suka Karya Perum KPM Blok T 49 Panam
  - b) Telp/Hp : 08136564440
  - c) Alamat kantor : Jl. Melur no. 103 kel. Harjasari, kec. Subajadi.
  - d) Telp kantor : 0761-368581

Menyatakan (bersedia/tidak bersedia\*) menjadi pembimbing bagi mahasiswa:

- Nama : Yonanda Drafilla
- NIM : 2032114401124
- Dengan Judul : Aruhan Keperawatan pada Pasien TB paru  
Dengan Masalah oksigenasi di RSUD  
ARIFIN achmad Provinsi Riau

\*) coret yang tidak dipilih

Pekanbaru, ..... 19 - 02 - 2024



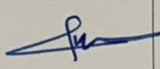
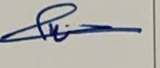
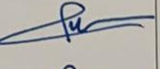
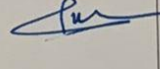
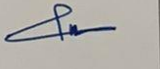
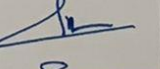
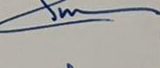
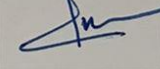
(Ms. Wiwiek Delvira S.Kep., M.Kep)

## Lampiran 5 Lembar Konsultasi Pembimbing 1

Lampiran 2: Contoh Lembar Konsultasi

## LEMBAR KONSULTASI

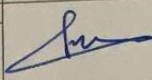
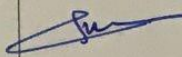
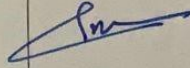

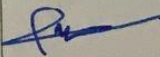


Nama Mahasiswa : Yonanda darafila  
 NIM : P03211401021  
 Nama Pembimbing : Ns. Wiwiek delura S.Kep, M.Kep

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1.	5/02-2024	Bimbingan awal sebelum penentuan judul KTI	- mencari referensi sebelum menentukan judul - cari tempat yang banyak penyakit diambil.	
2.	7/02-2024	Bimbingan Penentuan Judul KTI	- mengambil studi kasus jika kasusnya TB Paru. - mengambil pasien di rumah sakit.	
3.	12/02-2024	Bimbingan bab 1.	menper baki' latar belakang	
4.	19/02-2024	Bimbingan bab 1	memportajam latar belakang	
5.	21/02-2024	Bimbingan bab 1	membetulkan penulisan bab 1.	
6.	26/02-2024	Bimbingan bab 1.	Lanjutkan Bab 2	
7.	6/03-2024	Bimbingan bab 2.	Lanjutkan bab 3	
8.	8/03-2024	Bimbingan bab 3 via email	membetulkan definisi operasional	

Lampiran 2: Contoh Lembar Konsultasi

## LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Yonanda Darafira .....  
 NIM : P0321140124 .....  
 Nama Pembimbing : Ns. Wiwiek Delvira S.Kep., M.Kep. ....

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
9.	8/03-2024	Bimbingan bab 3 via email	merapikan penulisan Bab 3.	
10.	13/03-2024	Bimbingan bab 1-3	Memperbaiki Penulisan.	
11.	14/03-2024	Konsultasi Bab 1-3	ACC	
12.	14/05-2024	Bimbingan Bab 4 dan bab 5 via email.	- memperbaiki Bab 4.	
13	21/05-2024	Bimbingan Bab 4 dan bab 5	Memperbaiki penulisan Bab 4 & Bab 5	
14.	22/05-2024	Bimbingan Bab 4 dan bab 5		

## Lampiran 6 Lembar Ketersediaan Pembimbing 2

Lampiran 1 Contoh Formulir Pemilihan Pembimbing

### FORMULIR KESEDIAAN PEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini :


1. Nama : Dr. Ibnu Rusdi . S.kep. M.kep
2. NIP : 157011232003121002
3. Pangkat/golongan : Pembina / y. Iva
4. Jabatan : Dosen Keperawatan
5. Asal institusi : Poltekkes Riau
6. Pendidikan terakhir : S3
7. Kontak person
  - a) Alamat rumah : Jati VIII a 18 NO 20
  - b) Telp/Hp : 08117039888
  - c) Alamat kantor : Jl. Mdur NU-103
  - d) Telp kantor : 076136781

Menyatakan (bersedia/tidak bersedia\*) menjadi pembimbing bagi mahasiswa:

- Nama : Yuranda Parafida
- NIM : P08211440124
- Dengan Judul : Asuhan keperawatan pada Pasien dengan TB paru di RSUD Arifin Achmad provinsi Riau.

\*) coret yang tidak dipilih

Pekanbaru, 08 Maret 2024

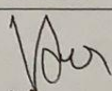


  
 (.. Dr. Ibnu Rusdi S.kep, M.kep.

## Lampiran 7 Lembar Konsultasi Pembimbing 2

Lampiran 2: Contoh Lembar Konsultasi


## LEMBAR KONSULTASI


Nama Mahasiswa : Yonanda Parafista  
 NIM : 032111401124  
 Nama Pembimbing : Dr. Ronu Kusdi, S.Kep., M.Kep.

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	SARAN	TANDA TANGAN
1.	08/3-2024	Bimbingan daftar isi & daftar pustaka	menggunakan mande <sup>leg</sup> - menggunakan heading	
2	14/3-2024	Konsul KT1 Dari Cover - Daftar Pustaka	print out	
3.	15/03-2024	Konsultasi keseluruhan proposal.	ACC proposal	



## Lampiran 8 Surat Izin Pra Penelitian


**PEMERINTAH PROVINSI RIAU**  
**RSUD ARIFIN ACHMAD**  
 Jl. Diponegoro No. 2 Telp. (0761) - 23418, 21618, 21657, Fax (0761) - 20253  
 Pekanbaru



Pekanbaru, 29 Februari 2024

Nomor : 072/Diklit-Litbangpus/119  
 Sifat : Biasa  
 Lampiran : -  
 Hal : **Izin Pengambilan Data**

Kepada Yth : Kepala Instalasi Rekam Medik  
 di  
 Pekanbaru

Dengan Hormat

Menindaklanjuti surat dari wakil Direktur I Poltekes Kemenkes Riau Nomor : PP.03.03/F.LII.1/91/2024 tanggal 27 Februari 2024 perihal Izin Pengambilan Data/Pra Riset bersama ini disampaikan bahwa RSUD Arifin Achmad dapat menerima mahasiswa/i:

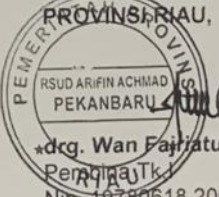
Nama : Yonanda Darafisla  
 NIM : P032114401124  
 Program Studi : DIII. Keperawatan

Untuk melakukan kegiatan Survey Awal/Pengambilan Data dengan Judul **"Asuhan Keperawatan Pada Pada Pasien TB Paru Dengan Masalah Oksigenasi di RSUD Arifin Achmad"** dengan ketentuan sebagai berikut :


1. Tidak diperkenankan mengambil data dengan cara melakukan tindakan teknis/medis secara langsung kepada responden (pasien).
2. Pengambilan data tidak diperkenankan dengan cara memfoto, foto copy maupun menscaner data.
3. Tidak diperkenankan melakukan kegiatan selain pengambilan data
4. Izin pengambilan data berlaku selama 1 (satu) bulan terhitung dari tanggal terbitnya surat ini.
5. Pengambilan data hanya berlaku untuk data sekunder pasien

Untuk itu diminta kepada Bidang/Bagian, KJF/KSM, Instalasi dan Komite dilingkungan RSUD Arifin Achmad untuk dapat memberikan data dan informasi yang diperlukan oleh mahasiswa/i tersebut sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian disampaikan untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya

**DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD**  
**PROVINSI RIAU,**  
  
 \*drg. Wan Fajratus Mamnunah., Sp.KG  
 Perawat Tk. I  
 Nip. 19780618 200903 2 001

## Lampiran 9 Lembar Permohonan Pengajuan Kaji Etik



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**POLTEKKES KEMENKES RIAU**  
**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN**  
 Jl. Melur Nomor 103 Pekanbaru Kode Pos 28122 Telepon: (0761)36581 Fax: (0761) 20656  
 Website : [www.pkr.ac.id](http://www.pkr.ac.id) Email : [kepk.pkr@pkr.ac.id](mailto:kepk.pkr@pkr.ac.id)

---

**FORM PERMOHONAN PENGAJUAN KAJI ETIK**

Kepada Yth,  
 Bapak/Ibu Tim KEPK Poltekkes Kemenkes Riau  
 di tempat

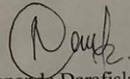
Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Yonanda Darafisla  
 NIM/NPM/NIDN : P032114401124  
 No Hp : 089651893948  
 Instansi/Universitas/Perguruan tinggi: Poltekkes Kemenkes Riau

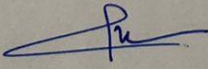

Judul penelitian : Asuhan Keperawatan pada pasien TB paru dengan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapat surat lolos kaji etik.


Pekanbaru, 26 Maret 2024

Pengusul  
  
Yonanda Darafisla  
 P032114401124

Mengetahui

Pembimbing I   <u>Ns. Wiwiek Delvira., S.Kep., M.Kep</u> NIP. 197410081997032001	Pembimbing II   <u>Dr. Ibnu Rusdi, S.Kep., M.Kep</u> NIP. 197011232003121002
---	---

## Lampiran 10 Surat Keterangan Lulus Kaji Etik



**Kemenkes**

**Kementerian Kesehatan**  
**Poltekkes Riau**

Jalan Melur No.103, Harjosari, Sukajadi,  
Pekanbaru, Riau 28122  
(0761) 36581  
<https://pkr.ac.id>

**Komisi Etik Penelitian Penelitian Kesehatan**

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK  
*ETHICAL APPROVAL*

No : LB.02.03/EA/KEPK-PKR/75/2024


Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Poltekkes Kemenkes Riau, setelah membaca dan menelaah dengan teliti, menyatakan bahwa  
*The Health Research Ethics Committee (KEPK) of Poltekkes Kemenkes Riau, has carefully readed and reviewed, States that*

Judul Penelitian <i>Title of Reseach Protocol</i>	: Asuhan Keperawatan pada Pasien TB Paru dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau
Peneliti Utama <i>Principle Investigator</i>	: Yonanda Darafisla
Anggota Peneliti <i>Participating Investigator (s)</i>	: -
Pembimbing <i>Supervisor</i>	: 1. Ns. Wiwiek Delvira, M.Kep 2. Dr. Ibnu Rusdi, M.Kep
Institusi Peneliti <i>Institution(s) of Investigator</i>	: Poltekkes Kemenkes Riau
Tanggal Persetujuan <i>Date of Approval</i>	: 02 April 2024 <i>(valid for one year beginning from the date of approval)</i>

Telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Deklarasi Helsinki tahun 2008 dan dapat dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.  
*Has fulfilled the ethical principle outline in the Declaration of Helsinki 2008 and therefor can be carried out.*



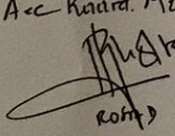
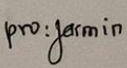

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.  
*The Health Research Ethics Committee (KEPK) has the right to monitor the research activities.*

Pekanbaru, April 02<sup>nd</sup> 2024  
Ketua KEPK Poltekkes Kemenkes Riau  
*Principal of KEPK Poltekkes Kemenkes Riau*




Alkasyari Aziz, SKM, M.Kes  
NIP. 197107252000031001


## lampiran 11 surat izin penelitian

 <p style="text-align: center;"><b>PEMERINTAH PROVINSI RIAU</b> <b>RSUD ARIFIN ACHMAD</b> Jl. Diponegoro No. 2 Telp. (0761) - 23418, 21618, 21657, Fax (0761) - 20253 Pekanbaru</p>	 <p style="text-align: right;"><small>PEMERINTAH PROVINSI RIAU</small></p>
Pekanbaru, 16 April 2024	
<p>Nomor : 071/Dikliit-Litbangpus/197 Sifat : Biasa Lampiran : - Hal : <b>Izin Penelitian</b></p>	
<p>Kepada Yth : Kepala IRNA Medikal di Pekanbaru</p>	
<p>Dengan Hormat</p> <p>Menindaklanjuti surat dari Direktur I Poltekkes Kemenkes Riau, Nomor: PP.03.03/F.LII.1/237/2024 tanggal 28 Maret 2024 perihal Permohonan Rekomendasi Izin Penelitian/Riset bersama ini disampaikan bahwa mahasiswa/i dibawah ini:</p>	
<p>Nama : Yonanda Darafisla NIM : P032114401124 Program Studi : DIII. Keperawatan</p>	
<p>Berdasarkan persetujuan dari Bagian/Bidang, KJF/KSM, Instalasi dan Komite dilingkungan RSUD Arifin Achmad dapat diberikan Izin Penelitian dengan Judul "<b>Asuhan Keperawatan Pada Pasien TB Paru Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif</b>" dengan ketentuan sebagai berikut :</p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak diperkenankan melakukan tindakan menyimpang selama kegiatan penelitian berlangsung.</li> <li>2. Tidak diperkenankan melakukan tindakan medis secara langsung kepada pasien.</li> <li>3. Wajib menjalankan prosedur <i>informed consent</i> bagi penelitian yang bersubjek pasien (manusia).</li> <li>4. Tidak diperkenankan melakukan kegiatan selain penelitian</li> <li>5. Izin penelitian berlaku selama 3 (tiga) bulan terhitung dari tanggal terbitnya surat ini.</li> </ol>	
<p>Untuk itu diminta kepada Bidang/Bagian, KJF/KSM, Instalasi dan Komite dilingkungan RSUD Arifin Achmad untuk dapat memfasilitasi kegiatan penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa/i tersebut sesuai dengan ketentuan yang berlaku.</p>	
<p>Demikian disampaikan untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya</p>	
<p>Acc. Kuard. Medikal  24/4</p>	<p>pro: Jarmin </p>
<p><b>DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD</b> <b>PROVINSI RIAU</b></p>  <p>drg. Wan Fajriatul Marnunah., Sp.KG Pembina Tk. I Nip. 19780618-200903 2 001</p>	

## Lampiran 12 Informed Consent Responden 1



**PEMERINTAH PROVINSI RIAU**  
**RSUD ARIFIN ACHMAD**  
 Jl. Diponegoro No.2 Telp. (0761) 23418, 21618, 21657 Fax. (0761) 20253  
 Pekanbaru - 28133



TERAKREDITASI PARIPUS

**PERNYATAAN DOKUMENTASI PERSETUJUAN**

A. Kategori Subjek Dewasa

**PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT SERTA DALAM PENELITIAN  
(INFORMED CONSENT)**

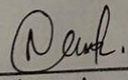
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Responden/Pasien	: Lambina.
Umur	: 50
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pekerjaan	: IRT
Ruangan Responden/pasien	: Jasmine

Saya telah membaca dan memperoleh penjelasan informasi tentang tujuan dan manfaat serta kesempatan bertanya dalam penelitian ini. Untuk itu saya menyatakan kesukarelaan menjadi responden dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan dari pihak manapun. Selanjutnya saya juga akan diberikan salinan formulir persetujuan yang telah saya tandatangani untuk arsip saya.

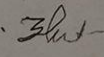
Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas bantuan dan partisipasinya disampaikan terimakasih.

Peneliti, Pekanbaru,  
Responden/Pasien


---


Yananda darafria


  


---

Lambina.

## Lampiran 13 Informed Consent Responden 2


**PEMERINTAH PROVINSI RIAU**  
**RSUD ARIFIN ACHMAD**  
 Jl. Diponegoro No.2 Telp. (0761) 23418, 21618, 21657 Fax. (0761) 20253  
 Pekanbaru - 28133

  
TERAKREDITASI PARIPUS

**PERNYATAAN DOKUMENTASI PERSETUJUAN**

A. Kategori Subjek Dewasa

**PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT SERTA DALAM PENELITIAN  
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

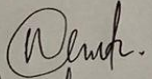
Nama Responden/Pasien	: Tn. D
Umur	: 54 tahun
Jenis Kelamin	: Laki - laki
Pekerjaan	: wirasahaan
Ruangan Responden/pasien	: Jasmin

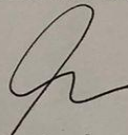
Saya telah membaca dan memperoleh penjelasan informasi tentang tujuan dan manfaat serta kesempatan bertanya dalam penelitian ini. Untuk itu saya menyatakan kesukarelaan menjadi responden dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan dari pihak manapun. Selanjutnya saya juga akan diberikan salinan formulir persetujuan yang telah saya tandatangani untuk arsip saya.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas bantuan dan partisipasinya disampaikan terimakasih.


Peneliti,


Pekanbaru,  
Responden/Pasien

  
Ronanda Darmasari

  
Putri Muli Dayah

## Lampiran 14 Surat Keterangan Selesai Penelitian

 **PEMERINTAH PROVINSI RIAU**  
**RSUD ARIFIN ACHMAD**  
Jl. Diponegoro No. 2 Telp. (0761) - 23418, 21618, 21657, Fax (0761) - 20253  
Pekanbaru

 TERAKREDITASI NASIONAL

Pekanbaru, 29 April 2024

Nomor : 075/Diklit-Litbangpus/29  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Hal : **Surat Keterangan Selesai Penelitian.**

Kepada Yth : Direktur I Poltekkes Kemenkes Riau  
di  
Pekanbaru


Dengan Hormat  
Direktur RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau dengan ini menerangkan bahwa :


Nama : Yonanda Darafisia  
NIM : P032114401124  
Program Studi : DIII. Keperawatan

Telah selesai melaksanakan penelitian di RSUD Arifin Achmad mulai tanggal 23 April s/d 28 April 2024, dengan judul **"Asuhan Keperawatan Pada Pasien TB Paru Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif"**

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

**DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD  
PROVINSI RIAU,**

  
drg. Wan Fajriatul Mammunah., Sp.KG  
Pembina I  
Nip. 19780618-2009032001



Lampiran 15 Dokumentasi Subjek 1





Lampiran 16 Dokumentasi Subjek 2



