

Lampiran 1. Format Asuhan Keperawatan

**FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN**

**MEDIKAL BEDAH**

Rumah Sakit :

Ruang :

Tgl. Pengkajian :

**I. BIODATA**

**A. Identitas Klien**

Nama :

Tempat Tgl. Lahir/ Usia :

Jenis kelamin :

Status perkawinan :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Agama :

Alamat :

Tgl. MRS : (Jam )

Dx. Medis :

No. RM :

**B. Identitas Penanggung Jawab**

Nama :

Umur :

Agama :

Pendidikan :  
Pekerjaan :  
Status perkawinan :  
Alamat :  
Hub. Dengan Klien :

## II. RIWAYAT KESEHATAN

### A. Keluhan Utama

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

### B. Riwayat Penyakit Sekarang

.....  
.....

### C. Riwayat Penyakit Dahulu

.....  
.....

### D. Riwayat Penyakit Keluarga

.....  
.....

### E. Genogram

### III. Pola Kesehatan Fungsional

#### 5) Pola Nutrisi/ Metabolisme

- a) Intake nutrisi : Frekuensi..... Jenis.....
- b) Intake cairan : Frekuensi..... Jenis.....
- c) Intruksi diet sebelumnya :
- d) Nafsu makan : ( ) Normal  
( ) Meningkat ( ) Menurun
- e) Keluhan lain : ( ) Mual ( ) Muntah  
( ) Stomatitis  
( ) Penurunan sensasi kecap  
( ) kesulitasn menelan
- f) Alergi makanan : ( ) Ya,..... ( ) Tidak
- g) Lain – lain :

#### 6) Pola Eliminasi

##### Eliminasi Alvi

- a) Pola BAB : Frekuensi..... Karakteristik.....
- b) Masalah BAB : ( ) Konstipasi ( ) Diare  
( ) Obstipasi ( ) Inkontinensia Alvi  
( ) Ostomi, jenis.....
- c) Alat bantu : ( ) Obat
- d) Lain – lain :

##### Eliminasi Uri

- a) Pola BAK : Frekuensi..... Karakteristik.....

- b) Masalah BAK : ( ) Disuria ( ) Inkontinensia uri  
 ( ) Nokturia ( ) Oliguri  
 ( ) Hematuri ( ) Poliuri  
 ( ) Retensi uri
- c) Alat bantu : ( ) Katerisasi inwelling  
 ( ) Katerisasi intermitten
- d) Lain – lain :

7) Pola Aktivitas – Latihan

- a) Mobilitas/ aktivitas

Kemampuan perawatan diri

| Jenis kemampuan            | 0 | 1 | 2 | 3 |
|----------------------------|---|---|---|---|
| Makan/ minum               | √ |   |   |   |
| Berpakaian                 | √ |   |   |   |
| Mandi                      | √ |   |   |   |
| Toileting                  | √ |   |   |   |
| Mobilisasi di tempat tidur | √ |   |   |   |
| Berjalan                   |   |   | √ |   |

0 : Mandiri

1 : Dengan bantuan orang lain

2 : Menggunakan alat bantu

3 : Tidak mampu

Pengukuran kekuatan otot

Nilai 0 : Bila tidak terlihat kontraksi sama sekali.

Nilai 1 : Bila terlihat kontraksi dan tetapi tidak ada gerakan pada sendi.

Nilai 2 : Bila ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan grafitasi.

Nilai 3 : Bila dapat melawan grafitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan pemeriksaan.

Nilai 4 : Bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya berkurang.

Nilai 5 : Bila dapat melawan tahanan pemeriksaan dengan kekuatan penuh.

Alat Bantu : ( ) Walker ( ) Kruk ( ) Kursi Roda

Lain – lain :

b) Respirasi

Masalah dengan pernafasan : ( ) Tidak ada

( ) Sesak nafas

( ) Batuk produktif

Lain – lain :

c) Sirkulasi

Masalah dengan pernafasan : ( ) Jantung berdebar

( ) Pucat

( ) Kelelahan

Lain – lain :

8) Pola Istirahat Tidur

a) Kebiasaan tidur

( ) Siang hari ( ) Malam hari Jumlah:.....Jam

b) Yang dirasakan setelah bangun tidur

( ) Segar ( ) Pusing ( ) Mengantuk



f) Orientasi tempat, waktu, orang ( ) Normal ( ) Disorientasi

g) Lain – lain :

10) Pola Persepsi – Diri/ Konsep Diri

a) Persepsi terhadap diri sendiri ( ) Positif ( ) Negatif

b) Kepuasan terhadap citra tubuh ( ) Ya ( ) Tidak

c) Apakah suka berdandan ( ) Ya ( ) Tidak

d) Lain – lain :

11) Pola Peran – Hubungan

a) Perubahan peran ( ) Ya ( ) Tidak

b) Status pekerjaan ( ) Bekerja ( ) Tidak bekerja

( ) Ketidakmampuan jangka pendek

( ) Ketidakmampuan jangka panjang

c) Sistem pendukung ( ) Tidak ada ( ) Ada,.....

d) Lain – lain :

12) Pola Seksualitas – Reproduksi

a) Dampak sakit terhadap seksualitas ( ) Tidak ada ( ) Ada

b) Usia menarche :

c) Menstruasi terakhir :

d) Masalah dalam menstruasi ( ) Tidak ada ( ) Ya,.....

e) Hamil ( ) Tidak ada ( ) Ya,...Bulan

f) Penggunaan kontrasepsi ( ) Tidak ada ( ) Ya,.....

g) Lain – lain :

13) Pola Koping – Toleransi Stres

- a) Penggunaan sistem pendukung  
( ) Tidak ada                      ( ) Ada,.....
- b) Stressor sebelum sakit  
.....
- c) Metode koping yang biasan digunakan  
.....  
.
- d) Faktor – faktor yang mempengaruhi koping  
.....  
.
- e) Efek penyakit terhadap tingkat stres  
( ) Tidak                      ( ) Ya,.....
- f) Penggunaan alkohol dan obat lain untuk mengatasi stres  
( ) Tidak                      ( ) Ya,.....
- g) Kebiasaan emosi sehari – hari  
( ) Santai                      ( ) Tegang
- h) Lain – lain                      :

14) Pola Nilai – Kepercayaan

- a) Pengaruh agama dalam kehidupan  
.....
- b) Kegiatan keagamaan selama sakit  
.....



c) Lain – lain :

#### IV. Observasi Dan Pemeriksaan Fisik

##### 1) (B1) Breathing

Hidung :

Trachea : .....

Nyeri                      Dyspnea                      Orthopnea

Cyanosis                      Batuk Darah                      Nafas Dangkal

Retraksi Dada                      Sputum                      Tracheostomi

( ) Respirator

Suara Nafas Tambahan

( ) Wheezing :

Lokasi.....

( ) Ronchi :

Lokasi.....

( ) Rales :

Lokasi.....

( ) Crackles :

Lokasi.....

Bentuk Dada

( ) Simestris

( ) Tidak Simetris: .....

##### 2) (B2) Blood

( ) Nyeri Dada

.....

( ) Pusing                       Sakit Kepala                       Clubbing Finger

( ) Kram Kaki                       Palpitasi

Suara Jantung

( ) Normal

( ) Ada Kelainan,

Lainnya.....

Edema

( ) Palpebra                      ( ) Ekstremitas Atas                      ( ) Asites

Lainnya: .....

**3) (B3) Brain**

( ) Composmentis                      ( ) Apatis                      ( ) Somnolen

( ) Stupor                      ( ) Koma                      ( ) Gelisah

GCS:

E :.....                      V :.....                      M :.....

Kepala Dan Wajah : .....

Mata

Sclera : ( ) Putih                      ( ) Merah

( ) Ikterik                      ( ) Perdarahan

Conjungtiva: ( ) Pucat                      ( ) Merah muda

Pupil : ( ) Isokor                      ( ) Anisokor

( ) Miosis                      ( ) Midriasis

Leher : .....

**4) (B4) Bladder**

Produksi Urin : .....ml: .....X/Hr

Warna : ..... Bau: .....

Tidak Ada Masalah  Menetes  Inkontinensia

Oliguri  Nyeri  Retensi  Poliuri

Panas  Hematuri  Disuria  Sering

Nocturia  Dipasang Kateter  Cystotomi

Lainnya : .....

**5) (B5) Bowel**

Mulut Dan Tenggorokan : .....

Abdomen : .....

Rectum : .....

BAB : ..... X/Hr

Konsistensi :

Tidak ada masalah  Diare  Konstipasi

Feses Berdarah  Tidak terasa  Kesulitan

Melena  Colostomy  Wasir

Obat Pencahar :  Ya  Tidak

Diet : .....

Lainnya : .....

**6) (B6) Bone**

Kemampuan Sendi  Bebas  Terbatas

Parese ( ) Ya ( ) Tidak

Paralise ( ) Ya ( ) Tidak

Hemiparase ( ) Ya ( ) Tidak

Lainnya : .....

Ekstremitas : .....

( ) Tidak ada Kelainan ( ) Peradangan

( ) Patah tulang ( ) Perlukaan

Lokasi : .....

Kulit : .....

Warna Kulit :

Akral : ( ) Ikterik ( ) Hangat

( ) Sianosis ( ) Panas

( ) Pucat ( ) Dingin kering

( ) Kemerahan ( ) Dingin basah

Pigmentasi : .....

Turgor : ( ) Baik ( ) Cukup ( ) Jelek/Menurun

**7) Pemeriksaan Penunjang**

Laboratorium

Tgl pemeriksaan:

| No  | Jenis Pemeriksaan | Hasil (satuan) | Nilai Normal (satuan) |
|-----|-------------------|----------------|-----------------------|
| 1   |                   |                |                       |
| 2   |                   |                |                       |
| 3   |                   |                |                       |
| 4   |                   |                |                       |
| dst |                   |                |                       |

Photo :

Lain-lain :

Terapi/ Tindakan Lain-lain:

Tanggal :

| No  | Nama Obat | Dosis | Rute | Indikasi |
|-----|-----------|-------|------|----------|
| 1   |           |       |      |          |
| 2   |           |       |      |          |
| 3   |           |       |      |          |
| Dst |           |       |      |          |

**B. Analisa Data**

Nama Pasien : No. RM :

Ruang :

| No/ Tgl | Data (Symptom) | Penyebab (Etiologi) | Masalah (Problem) | TTD |
|---------|----------------|---------------------|-------------------|-----|
|         |                |                     |                   |     |

### C. Intervensi Keperawatan

Nama Pasien : No. RM :

Ruang :

| Tgl | No. Dx | Tujuan/<br>Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
|-----|--------|---------------------------|------------|----------|
|     |        |                           |            |          |

#### D. Implementasi Keperawatan

Nama Pasien : No. RM :

Ruang :

| No. Dx | Tgl/ Waktu | Tindakan | TTD |
|--------|------------|----------|-----|
|        |            |          |     |



### E. Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien : No. RM :

Ruang :

| No. Dx | Tgl/ Waktu | Catatan Perkembangan | TTD |
|--------|------------|----------------------|-----|
|        |            |                      |     |

Lampiran 2. Lembar Konsultasi



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)**

**BINA SEHAT PPNI KABUPATEN MOJOKERTO**

Jl. Raya Jabon Km 6 Mojokerto, Telp/Fax. (0321) 390203









Email : stikes\_ppni@telkom.net

**LEMBAR KONSULTASI KTI**

NAMA : FENNY DWI BUDIARTI  
NIM : 201804049  
PEMBIMBING 1 : DR. TRI RATNANINGSIH, S.Kep.Ns., M.Kes.  
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA KLIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK



| NO | TANGGAL          | KONSULTASI BIMBINGAN   | PARAF |
|----|------------------|--|-------|
| 1. | 03 November 2020 | Konsul judul dan acc judul asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien gagal ginjal kronik   |       |
| 2. | 10 November 2020 | Revisi BAB 1, perbaiki penulisannya.   |       |
| 3. | 25 November 2020 | Revisi BAB 1, perbaiki jarak spasi. Tentukan lokasi penelitian. Pertajam masalah pada latar belakang. Tambahkan justifikasi pada kasus mobilitas.    |       |
| 4. | 02 Desember 2020 | BAB 1, perbaiki cara penulisannya. Paragraph harus konsisten. Perbanyak justifikasi gangguan mobilitas fisik.  |       |
| 5. | 23 Desember 2020 | BAB 1, perbaiki cara penulisan masuk paragraph harus konsisten. Buat justifikasi sesuai masalahnya.  |       |
| 6. | 30 Desember 2020 | BAB 1, pada latar belakang. Paragraph 1 isinya hanya masalah penelitian. Satu kalimat, tidak boleh dipakai sebagai paragraph. Tambahkan justifikasi. |       |

|     |                  |  |   |
|-----|------------------|--|---|
| 7.  | 13 Januari 2021  | Ubah tahun di halaman cover. Pertajam masalahnya. Tambahkan solusi.  |    |
| 8.  | 20 Januari 2021  | BAB 1, satu halaman jangan satu paragraph. Paragraph satu berisi hanya masalah penelitian saja. Sambil revisi BAB 1, buat BAB 2.   |    |
| 9.  | 27 Januari 2021  | BAB 2, ubah poinnya. Awal tidak boleh ada kaji. Sambil revisi, lanjut BAB 3.   |    |
| 10. | 03 Februari 2021 | Surat pernyataan, tandatangi.<br>Kata Pengantar, no 1 orang lahan.<br>Tambahkan lampiran di Daftar Isi.<br>Sebelum wawancara, anda harus memvalidasi dengan pembimbing akademik dan ruangan.<br>Posisi daftar pustaka dan sebelum format askep.                              |    |
| 11. | 17 Juni 2021     | Penulisan keterangan di bawah table samakan.<br>Tambahkan sesuai judul pada Analisa data.<br>Awal intervensi ubah mengkaji dengan mengidentifikasi.<br>Di pembahasan harus ada fakta, teori, opini.<br>Penulisan ratakan kanan kiri.   |   |
| 12. | 1 Juli 2021      | Buat abstrak.<br>Tambahkan fakta, teori, opini sampai evaluasi.<br>Hambatan, pindahkan ke bab 3  |  |
| 13. | 7 Juli 2021      | Nama di halaman judul tidak underline, besarkan logo.<br>Surat pernyataan rata kanan kiri.<br>Abstrak tidak boleh kalimat aktif, ubah ke kalimat lampau atau past tense.<br>Beri keterangan, Lampiran 1 Format Askep   |  |
| 14. | 10 Juli 2021     | Cover samakan.<br>Ubah lembar persetujuan, tidak ada kata Proposal lagi.<br>Cantumkan nama direktur rumah sakit<br>Tambahkan daftar lampiran.<br>Tambahkan teori askep yang dipakai pada konsep askep.<br>Hambatan atau kendala dibuat poin, diperjelas.<br>ACC Karya ilmiah |  |



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)  
BINA SEHAT PPNI KABUPATEN MOJOKERTO**




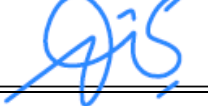


Jl. Raya Jabon Km 6 Mojokerto, Telp/Fax. (0321) 390203  
Email : stikes\_ppni@telkom.net

**LEMBAR KONSULTASI KTI**

NAMA : FENNY DWI BUDIARTI  
 NIM : 201804049  
 PEMBIMBING 2 : SITI INDATUL LAILI, S.Kep.Ns., M.Kes.  
 JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA KLIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK



| NO | TANGGAL          | KONSULTASI BIMBINGAN   | PARAF |
|----|------------------|--|-------|
| 1. | 03 November 2020 | Konsul judul dan acc judul asuhan keperawatan gangguan mobilitas fisik pada pasien gagal ginjal kronik   |       |
| 2. | 30 November 2020 | BAB 1, kenalkan GGK dan gangguan Mobilitas fisik serta apa hubungannya. Justifikasi harus ada tempat, angka, dan tahun juga data terbaru. Jelaskan perjalanan dari GGK sampai gangguan mobilitas fisik secara sistematis.  |       |
| 3. | 28 Desember 2020 | BAB 1, kenalkan apa yang dimaksud GGK. Perbaiki penyusunan kalimatnya. Jelaskan kronologi secara sistematis sehingga jelas dan mudah dipahami seperti penjelasan pohon masalah. Tambahkan dampak.  |       |
| 4. | 03 Februari 2021 | BAB 1, tambahkan data hasil studi pendahuluan. Manfaat praktis dijadikan satu saja.<br><br>BAB 2, Tulis sendiri Konsep Anfis. Rencana, sesuaikan dg SIKI dan SLKI. Intervensi keperawatan ada observasi, terapeutik, he, dan kalau perlu kolaborasi. Partisipan: hapus kriteria partisipan nomor 1 dan 2 karena sama dengan judul. |       |

|     |                  |   |   |
|-----|------------------|---|---|
|     |                  | Pertimbangkan GGK dg waktu lama menderita, komplikasi, hasil penilaian rentang gerak (ringan, sedang, apa berat) agar sesuai dg rencana keperawatan. Untuk usianya, Lihat data studi pendahuluan dulu dan sesuaikan dengan format askep.  |   |
| 5.  | 16 Februari 2021 | Melaporkan progress surat yang dikirimkan ke lahan penelitian, belum mendapat balasan. Jika tidak dapat balasan maka boleh ganti lahan penelitian.  |    |
| 6.  | 19 Februari 2021 | Melaporkan progress surat yang dikirimkan ke lahan penelitian, sudah mendapat balasan bahwa peneliti diizinkan.   |    |
| 7.  | 29 Maret 2021    | Bimbingan mengenai kriteria klien yang akan menjadi partisipan.   |    |
| 8.  | 15 April 2021    | Berikan media edukasi seperti leaflet pada klien.   |   |
| 9.  | 5 Juli 2021      | Pastikan karakteristik sesuai dengan klien<br>Lokasi dan waktu penelitian sesuaikan dengan fakta<br>Perbaiki keterbatasan penelitian<br>Jelaskan lokasi penelitian<br>Tambahkan jam pengkajian<br>Dignosa medis sebelum, saat, atau sesudah cuci darah<br>Lengkapi pemberian terapi farmakologi meliputi cara pemberian dan dosis sekali pemberian/hari<br>Tambahkan tanggal dan jam untuk pemeriksaan diagnostic<br>Tambahkan tindakan untuk mengatasi penyebab gangguan mobilitas fisik.<br>Tentukan apakah ada perbedaan proses cuci darah pada klien 1 dan klien 2<br>Buat ABSTRAK dan lengkapi file untuk ujian. |  |
| 10. | 23 Juli 2021     | ACC Uji KTI   |  |



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)**

**BINA SEHAT PPNI KABUPATEN MOJOKERTO**  
 Jl. Raya Jabon Km 6 Mojokerto, Telp/Fax. (0321) 390203  
 Email : [stikes\\_ppni@telkom.net](mailto:stikes_ppni@telkom.net)

**LEMBAR REVISI UJIAN PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH**

Proposal KTI ini telah diajukan,

**JUDUL PROPOSAL : ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA KLIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIK**

**NAMA MAHASISWA : FENNY DWI BUDIARTI**

**NIM : 201804049**

**TANGGAL UJIAN : 10 FEBRUARI 2021**



Dengan Revisi Sebagai Berikut:

| No | Nama Penguji   | Uraian Bimbingan  | Tanda Tangan |
|----|--|---|--------------|
| 1. | Penguji I<br><br>Ima Rahmawati, S.<br>Kep., Ns., M. Si.      | 1. Perbaiki judul agar lebih tepat.<br>2. Tambahkan “Proposal” sebelum laporan kasus pada lembar pengesahan dan lembar pernyataan.<br>3. Pada tujuan khusus, sesuaikan dengan judul.<br>4. Pada konsep asuhan keperawatan, isi riwayat kesehatan sekarang secara konsep teori.<br>5. Pelajari kasus ggk |              |
| 2. | Penguji II<br><br>DR. Tri Ratnaningsih,<br>S.Kep.Ns., M.Kes. | 1. Perbaiki cara penulisan poin pada Evaluasi<br>2. Perbaiki penulisan daftar pustaka. Baris kedua harus menjorok seperti awal masuk paragraph, gunakan huruf kecil semua, warna harus sama.<br>3. Pastikan lokasi penelitian.  |              |
| 3. | Penguji III<br><br>Siti Indatul Laili,<br>S.Kep.Ns., M.Kes.  | 1. Intervensi harus lebih dari satu buku dan sesuaikan.<br>2. Pelajari pemeriksaan kekuatan otot dan bagaimana latihan rom yang benar.<br>3. Laporkan progress surat minggu depan.  |              |



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)**

**BINA SEHAT PPNI KABUPATEN MOJOKERTO**  
Jl. Raya Jabon Km 6 Mojokerto, Telp/Fax. (0321) 390203  
Email : [stikes\\_ppni@telkom.net](mailto:stikes_ppni@telkom.net)

**LEMBAR REVISI UJIAN KARYA TULIS ILMIAH**

KTI ini telah diujikan,

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN  
MOBILITAS FISIK PADA KLIEN DENGAN  
GAGAL GINJAL KRONIK**

**NAMA MAHASISWA : FENNY DWI BUDIARTI**

**NIM : 201804049**

**TANGGAL UJIAN : 28 JULI 2021**



Dengan Revisi Sebagai Berikut:

| No | Nama Penguji   | Uraian Bimbingan  | Tanda Tangan |
|----|--|---|--------------|
| 3. | Penguji I<br>Ima Rahmawati, S.<br>Kep., Ns., M. Si.      | 6. Terdapat duplikasi identitas dan pengkajian, hapus salah satu.<br>7. Sesuaikan intervensi keperawatan dengan kondisi dan keadaan klien.<br>8. Sesuaikan implementasi keperawatan dengan kondisi dan keadaan klien. Implementasi yang aplikatif untuk memandirikan klien. |              |
| 4. | Penguji II<br>Dr. Tri Ratnaningsih,<br>S.Kep.Ns., M.Kes. | 4. Memberi masukan pada bagian abstrak, hasil dan pembahasan sesuaikan dengan kondisi klien.  |              |
| 3. | Penguji III<br>Siti Indatul Laili,<br>S.Kep.Ns., M.Kes.  | 4. Memberi masukan pada kolaborasi dengan hemodialisa, mulai dari tahap sampai evaluasi..   |              |

### Lampiran 3. Lembar persetujuan menjadi responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN  
(INFORMED CENCENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama (inisial) : Tn. A  
Umur : 67 thn  
Alamat : Jalicowo , Dawar Blandong

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat penulis tugas akhir karya tulis ilmiah yang diselenggarakan oleh mahasiswa Stikes Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto, maka saya

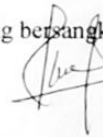
(Bersedia/~~tidak bersedia~~\*)

Untuk berperan serta menjadi responden

NB : \*)Coret yang tidak dipilih

Mojokerto, 02 April 2021

Yang bersangkutan





LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN  
(INFORMED CENCENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama (inisial) : Tn. V  
Umur : 45 tahun  
Alamat : Sooko, Mojokerto

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat penulis tugas akhir karya tulis ilmiah yang diselenggarakan oleh mahasiswa Stikes Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto, maka saya

(Bersedia/~~tidak bersedia~~\*)

Untuk berperan serta menjadi responden



NB : \*)Coret yang tidak dipilih

Mojokerto, 08 April 2021

Yang bersangkutan



Lampiran 4. Lembar jawaban permohonan ijin studi pendahuluan

  Jl. Raden Wijaya No 56, Kranggan  
Mojokerto – Jawa Timur  
Telepon : (0321) 321681  
Fax : (0321) 321684  
Email : rsgatoel@yahoo.co.id

Mojokerto, 13 Februari 2021  
Nomor : RSG-RUPA2/210213.004

Perihal : Jawaban Permohonan Ijin Studi Pendahuluan

Kepada Yth.  
**Ketua I Stikes Bina Sehat PPNI**  
Jl. Raya Jabon Km. 6  
Mojokerto

Dengan hormat,


Menjawab surat saudara No.IV.b/020/D3 KEP-KS/II/2021 tanggal 1 Februari 2021 perihal Permohonan Ijin Studi Pendahuluan kepada mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Stikes Bina Sehat PPNI Kabupaten Mojokerto Tahun Ajaran 2020/2021 berikut ini :

Nama : Fenny Dwi Budarti  
NIM : 201804049  
Judul : Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Gagal Ginjal Kronik

Pada prinsipnya disetujui dengan catatan :


1. Etik penelitian dilakukan sesuai regulasi/prosedur yang berlaku
2. Mahasiswa mampu menjaga kerahasiaan perusahaan dan tidak diperkenankan mempublikasikan hal-hal yang bersifat rahasia tanpa ijin tertulis dari Kepala RS Gatoel
3. Hasil penelitian agar dilaporkan ke Rumah Sakit Gatoel
4. Dikenakan biaya sebesar Rp. 200.000/mahasiswa
5. Mahasiswa yang bersangkutan mengikuti protokol kesehatan yang berlaku di Rumah Sakit Gatoel

Demikian disampaikan, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

  
PT NUSANTARA Medika Utama  
Direktur Rumah Sakit Gatoel, *[Signature]*

Abdi Agus Youandi, dr, MMRS

www.rsgatoel.co.id

Member of  
 Indonesia Healthcare Corporation Group

Lampiran 5. Dokumentasi



