

LAMPIRAN

Lampiran 1

Permohonan Menjadi Responden Penelitian

Kepada Yth.
Saudara/i.....
Di_
RSUD Cilacap

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi D
IV Keperawatan:

Nama : Muhamad Jauhari Nasuha Hamim

NIM : P07120215067

Saya akan melakukan penelitian yang berjudul “Perbedaan Tingkat Nyeri Tenggorokan Paska Pemasangan ETT Dan LMA di Ruang Perawatan Bedah RSUD Cilacap”

Sehubungan dengan maksud tersebut, maka dengan kerendahan hati saya mohon partisipasi Saudara/i/Bapak/Ibu untuk menjadi responden penelitian ini. Data yang diperoleh dari penelitian ini dapat bermanfaat bagi masyarakat, tenaga kesehatan dan institusi pendidikan. Informasi tentang data yang diperoleh akan dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk data penelitian.

Demikian permohonan ini saya sampaikan, atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya,

(Muhamad Jauhari Nasuha Hamim)

Lampiran 2

Surat Persetujuan Responden

Setelah membaca dan mendapat penjelasan tentang maksud, tujuan dan manfaat penelitian ini, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

.....

Dengan ini menyatakan saya bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh saudara Muhamad Jauhari Nasuha Hamim, selaku mahasiswa D IV Keperawatan Anestesi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dengan judul “Perbedaan Tingkat Nyeri Tenggorokan Paska Pemasangan ETT Dan LMA Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Cilacap“ dengan sukarela dan tanpa adanya paksaan dari siapapun.

Penelitian ini tidak akan merugikan saya ataupun berakibat buruk bagi saya dan keluarga saya, maka jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya.

Demikian surat persetujuan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Cilacap , September 2016

(.....)

LEMBAR OBSERVASI (*CHECK LIST*)

**PERBEDAAN TINGKAT NYERI TENGGOROKAN PASKA
PEMASANGAN ETT DAN PASKA PEMASANGAN LMA DI RUANG
PERAWATAN BEDAH RSUD CILACAP**

Berilah tanda *Check List* (✓) pada salah satu kotak jawaban yang anda pilih pada kolom yang disediakan

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Kode Responden :
2. Nama :
3. Umur :Tahun
4. Jenis kelamin : L / P
5. ASA : 1. I 2. II
6. Jenis Intubasi : 1. *ETT* 2. *LMA*

B. Post Operative Score Throat (POST)

Berilah tanda *Check List* (√) pada kolom diatas, sesuai dengan kriteria nyeri tenggorokan yang bapak/ibu/sdr/i rasakan.

Waktu	Skor pengukuran			
	0	1	2	3
6 jam post ekstubasi				

Keterangan :

- 1) Skor 0 = Tidak ada nyeri tenggorokan
- 2) Skor 1 = Nyeri tenggorokan ringan (nyeri tenggorokan saat diam)
- 3) Skor 2 = Nyeri moderat (keluhan nyeri tenggorokan dirasakan pasien saat berbicara)
- 4) Skor 3 = Nyeri berat (terjadi perubahan suara, serak yang berkaitan dengan nyeri tenggorokan)

ANGGARAN PENELITIAN

No	Kegiatan	Bahan dan alat	Biaya (Rp)
1	Penyusunan Proposal Skripsi	Alat Tulis Kantor (ATK)	100.000,00
2	Seminar proposal skripsi	Alat Tulis Kantor (ATK), penggandaan dan penjilidan	100.000,00
3	Revisi proposal skripsi	Alat Tulis Kantor (ATK), penggandaan dan penjilidan	100.000,00
4	Perijinan penelitian	Biaya perijinan dan <i>etichal clereance</i>	250.000,00
5	Persiapan penelitian	Penggandaan Lembar Observasi	150.000,00
6	Pelaksana penelitian	Transportasi/akomodasi PP	120.000,00
7	Pengolahan data	Jasa pengolahan data	750.000,00
8	Laporan skripsi	Alat Tulis Kantor (ATK)	150.000,00
9	Sidang skripsi	Penggandaan	100.000,00
10	Revisi laporan skripsi akhir	Alat Tulis Kantor (ATK) dan penggandaan dan penjilidan	200.000,00
11	Biaya tak terduga		500.000,00
Jumlah			2.520.000,00

Yogyakarta,.....September

2016

Peneliti

(Muhamad Jauhari Nasuha Hamim)



PEMERINTAH KABUPATEN CILACAP
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH

Jalan Kauman No. 28 B Telp (0282) 533797, 534945 Fax. (0282) 534945

CILACAP

Kode Pos 53223

SURAT IZIN PENELITIAN

Nomor: 072/0790/27.1

- I. DASAR : Surat Rekomendasi Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Cilacap Nomor : 071/1107/IX/28/2016 tanggal 16 September 2016 perihal: Rekomendasi Penelitian
- II. MEMBACA : Surat dan Proposal Penelitian

III. Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Kabupaten Cilacap, memberikan IZIN atas pelaksanaan Penelitian dalam wilayah Kabupaten Cilacap yang dilaksanakan oleh:

1. Nama : **MUHAMMAD JAUHARI NASUHA HAMIM (NIM. P07120215067)**
2. Pekerjaan : Mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
3. Alamat : Blok L Batumarta X RT. 11, Madangsukutiga, Oku Timur
4. Judul : **PERBANDINGAN NYERI TENGGOROKAN PASCA PEMASANGAN ETT DAN PASCA PEMASANGAN LMA DI RUANG BEDAH RSUD CILACAP**
5. Tujuan : Penyusunan Skripsi
6. Tempat / Lokasi : RSUD Cilacap
7. Tanggal / Lama : 16 September 2016 s.d. 16 Oktober 2016
8. Penanggungjawab : Tri Prabowo, S.Kp., M.Sc (Ketua Jurusan)

Dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut:

- a. Pelaksanaan penyusunan skripsi tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu ketenangan dan ketertiban masyarakat / pemerintah.
 - b. Sebelum melaksanakan penelitian langsung kepada responden, harus terlebih dahulu melaporkan kepada Kepala Instansi, Camat dan Lurah/Kepala Desa setempat.
 - c. Hasil pelaksanaan penelitian diserahkan kepada Kepala BAPPEDA Kabupaten Cilacap paling lama 3 (tiga) bulan setelah berakhirnya masa penelitian
 - d. Perpanjangan surat Izin penelitian dilakukan dengan mengajukan surat permohonan perpanjangan dan dilampiri laporan hasil kegiatan yang sudah dilaksanakan, paling lama 7 (tujuh) hari sebelum masa izin berakhir.
- IV. Surat Izin penelitian ini berlaku mulai tanggal: 16 September 2016 s.d. 16 Desember 2016.

Cilacap, 16 September 2016

KEPALA BAPPEDA KAB. CILACAP



Drs. INDRU CAHYONO, MM.

Penyelia Utama Muda

Nip. 196210041990021002

Tembusan:

1. Bupati Cilacap; (sebagai laporan);
2. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Cilacap;
3. Direktur RSUD Cilacap;
- ④ Direktur Poltekkes Kemenkes Yogyakarta;
5. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN CILACAP
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan D.I Panjaitan Nomor 1 Telepon (0282) 534118 – 537477 Faximile (0282) 534118

CILACAP

Kode Pos 53223

Rekomendasi Penelitian dan Rekomendasi Pengabdian Masyarakat (PKL atau KKN)

NOMOR : 071 / 1107 / IX / 28 / 2016

- I. Dasar
- 1 Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor. 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian Tanggal 20 Desember 2011
 - 2 Peraturan Bupati Cilacap Nomor 51 Tahun 2015 tanggal 20 Mei 2015 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, Rekomendasi Pengabdian Masyarakat, Izin Penelitian dan Izin Pengabdian Masyarakat di Wilayah Kabupaten Cilacap.
- II Membaca : Surat dari Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta Nomor : DM.02.02/II/4/1459/2016 tanggal, 14 September 2016 Tentang Izin Survey Pendahuluan

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (**BAKESBANGPOL**) Kabupaten Cilacap menyatakan **TIDAK KEBERATAN** untuk memberikan rekomendasi atas Pelaksanaan **Survey Pendahuluan** yang akan dilaksanakan oleh :

1. Nama / NIM : **Muhammad Jauhari Nasuha Hamim (P07120215067)**
2. Pekerjaan : Mahasiswa Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta
3. Alamat : Blok L Baturmarta X RT. 11 Kecamatan Madangsukutiga Kabupaten Okutimur
4. Maksud dan Tujuan : Penyusunan Skripsi
5. Penanggung jawab : Tri Prabowo, S. Kp., M. Sc (Ketua Jurusan)
6. Judul : **“ Perbandingan Nyeri Tenggorokan Pasca Pemasangan ETT dan Pasca Pemasangan LMA di Ruang Bedah RSUD Cilacap “.**
7. Lokasi : Di RSUD Cilacap

III. Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Sebelum melaksanakan **Survey Pendahuluan**, diwajibkan menyerahkan Surat Rekomendasi dari **Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik** Kabupaten Cilacap Ke **BAPPEDA** Kabupaten Cilacap Untuk mendapatkan Ijin **Survey Pendahuluan**
2. Pelaksanaan **Survey Pendahuluan** ini tidak disalahgunakan untuk tujuan lain yang berakibat pelanggaran Peraturan Perundang – undangan yang berlaku.
3. Mentaati segala ketentuan dalam pelaksanaan **Survey Pendahuluan** dimaksud.
4. Setelah selesai pelaksanaan **Survey Pendahuluan** harap melaporkan hasilnya kepada Bupati Cilacap lewat Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (**BAKESBANGPOL**) Kabupaten Cilacap.
5. Surat rekomendasi ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata pemegang surat rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan ketentuan – ketentuan sebagaimana tersebut diatas.

IV. Surat Rekomendasi ini berlaku mulai tanggal **16 September 2016 s/d 16 Oktober 2016**

DIKELUARKAN DI : CILACAP
PADA TANGGAL : 16 September 2016

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
KABUPATEN CILACAP



Tembusan :

1. Kepala Bappeda Kabupaten Cilacap ;
2. **Muhammad Jauhari Nasuha Hamim** (yang bersangkutan) ;



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA

Jl. Tatabumi No.3 Banyuraden, Gamping, Sleman, D.I.Yogyakarta Telp/Fax. 0274-617601

Website : www.komisi-etik.poltekkesjogja.ac.id | Email : komisietik.poltekkesjogja@gmail.com



PERSETUJUAN KOMISI ETIK No. LB.01.01/KE/LXV/610/2016

Judul	:	Perbedaan Tingkat Nyeri Tenggorokan Pasca Pemasangan ETT dan Pasca Pemasangan LMA di Ruang Perawatan Bedah RSUD Cilacap
Dokumen	:	1. Protokol 2. Formulir pengajuan dokumen 3. Penjelasan sebelum Penelitian 4. <i>Informed Consent</i>
Nama Peneliti	:	Muhamad Jauhari Nasuha Hamim
Dokter/ Ahli medis yang bertanggungjawab	:	-
Tanggal Kelaikan Etik	:	26 Oktober 2016
Instsitusi peneliti	:	Poltekkes Kemenkes Yogyakarta

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta menyatakan bahwa protokol diatas telah memenuhi prinsip etis berdasarkan pada Deklarasi Helsinki 1975 dan oleh karena itu penelitian tersebut dapat dilaksanakan.

Surat Kelaikan Etik ini berlaku 1 (satu) tahun sejak tanggal terbit.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Yogyakarta memiliki hak untuk memantau kegiatan penelitian setiap saat. Peneliti wajib menyampaikan laporan akhir setelah penelitian selesai atau laporan kemajuan penelitian jika dibutuhkan.

Demikian, surat ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ketua ,



Joko Susilo, SKM.,M.Kes
NIP 196412241988031002



**PEMERINTAH KABUPATEN CILACAP
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CILACAP**

Jalan Jend. Gatot Subroto No. 28 ☎ (0282) 533010 Fax. (0282) 520755
CILACAP

Kode Pos 53223

SURAT KETERANGAN

Nomor : 072 / 17945 / 01 / 35

1. Yang bertanda tangan dibawah ini :

- a. Nama : dr. PRAMESTI GRIANA DEWI, M.Kes, M.Si
- b. Jabatan : Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Cilacap

Berdasarkan Surat Izin Penelitian dari BAPPEDA Kabupaten Cilacap, Nomor : 072 / 0790 / 27.1 Tanggal : 16 September 2016.

Dengan ini menerangkan bahwa :

- a. Nama : MUHAMMAD JAUHARI NASUHA HAMIM
- b. NIM : P07120215067
- c. Program Studi : Mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta
- d. Alamat Rumah : Blok L Batumarta X RT 11 Madangsukutiga Oku Timur
- e. Judul Penelitian / Survei : " PERBEDAAN TINGKAT NYERI TENGGOROKAN PASCA PEMASANGAN ETT DAN PASCA PEMASANGAN LMA DI RUANG PERAWATAN BEDAH RSUD CILACAP "

- 2. Benar - benar telah mengadakan Penelitian / Survei di RSUD Cilacap pada tanggal 16 September s/d 16 Desember 2016.
- 3. Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Cilacap, 16 Desember 2016

DIREKTUR RSUD CILACAP

dr. PRAMESTI GRIANA DEWI, M.Kes, Msi

Pembina Tk. I

NIP. 19641128 199103 2 003