



POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI

Kode

Tanggal

Formulir

Praktik Klinik Peminatan

Revisi

Halaman

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : Nova Safitri
NIM : 2014401037
Pembimbing Utama : Ns. Ririn Sri Handayani, S.Kep. M.Kep.
Judul Tugas Akhir : ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN
OKSIGENASI PADA PASIEN TUBERCULOSIS PARU DI RUANG
PARU (E1) RSUD. DR. A. DADI TJOKRODIPO LAMPUNG

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	11/01/2023	Judul		
2	Rabu 17/01/2023	Hasil Pengkajian		
3	Jum'at 20/01/2023	Konsul Askep		
4	Senin 6/2	Perbaikan Pengkajian		
5	Jum'at 31/05/2023	Bab A. Pengkajian s.d Evaluasi cat per acc. lanjut lean Pembahasan		
6	Senin, 17/04/2023	Perbaikan penulisan, in bab 2 prinsip ke perawat per TB, pembahasan & bud.		
7	Kelasa 2/5/2023	Acc ujian		
8	Selasa 10/10/2023	Perbaikan		
9	Selasa 10/10/2023	ACC Cetak KTI		
10				
11				
12				

Bandar Lampung, 10 Oktober 2023.
Pembimbing Utama

Ns. Ririn Sri Handayani, S.Kep. M.Kep.



POLTEKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI

Kode

Tanggal

Formulir

Revisi

Praktik Klinik Peminatan

Halaman

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR PEMBIMBING PENDAMPING

Nama Mahasiswa : NOVA SAFITRI
 NIM : 2014401037
 Pembimbing Pendamping : Gustop Amatiria, S.Kp., M.Kes.
 Judul Tugas Akhir : ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN
 OKSIGENASI PADA PASIEN TUBERCULOSIS PARU DI RUANG
 PARU (E1) RSUD. DR. A. DADI TJOKRODIPO LAMPUNG

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1		Konstruksi Jurnal		
2		Acc Jurnal		
3		Perbaiki Matriks Servis		
4		Servis 2		
5		Perbaiki Servis Servis 2		
6		Acc Servis		
7		Perbaiki KTI		
8	16/10k 2023	Acc Cetak KTI		
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung, 16 Oktober 2023
 Pembimbing Pendamping

Gustop Amatiria, S.Kp., M.Kes.



POLTEKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI
PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG

Kode

Tanggal

Formulir

Revisi

Lembar Masukan dan Perbaikan

Halaman

Seminar LTA

LEMBAR KENDALI MASUKAN DAN PERBAIKAN SEMINAR HASIL

Nama Mahasiswa : Nova Safitri
 NIM : 2014401037
 Tanggal : Rabu, 17 Mei 2023
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Oksigenasi Pada Pasien Tuberculosis Paru Di Ruang Paru (E1) RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo Lampung

No	Catatan Masukan Yang diberikan	Sudah Diperbaiki	Belum
1)	Perbaiki abstrak, lengkapi dg data lat belakang. Janson menulis kata-kata.	✓	
2)	Perbaiki pengetahuan pada hal. Daftar isi	✓	
3)	Tuberculosis paru sistem menjadi TB paru, dan konsistensi <u>u</u> paragraf nya.	✓	
4)	Perbaiki hal 7 dan 8 → kembalilean pada konsep teori.	✓	
5)	Tambahkan data status nutrisi	✓	
6)	Perbaiki dx kep di bab 2. semua akan konsep	✓	
7)	Perbaiki penulisan, pengetahuan, sesuaikan dengan panduan.	✓	
8)	Hal 37 tambahkan komplikasi TB dan pengobatan TB	✓	
9)	Hal. 39 judul publikasi perbaiki dan nomor kecil	✓	
10)	Tambahkan R/ uls ptk-2 punya balita.	✓	
11)	Ditambahkan data bgm batuk pasien.	✓	

Bandar Lampung, 10 oktober 2023

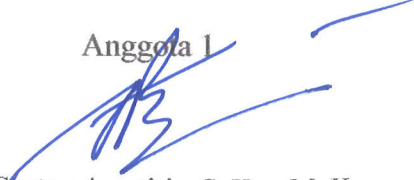
TIM PENGUJI


Ketua

Anggota 1

Anggota 2


 Tumir Sormin, S.K.M., M.Kes.
 NIP. 195804241985032004


 Gustop Amatiria, S. Kp., M. Kes
 NIP. 197008071993031002


 Ns. Ririn Sri H, M.Kep., Sp.KMB
 NIP. 197502141998032002



POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI

Kode

Tanggal

Formulir

Revisi

Praktik Klinik Peminatan

Halaman

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tn. S
Umur : 32 tahun
Jenis Kelamin : Laki - laki

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan kegiatan dari Praktikan
2. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta sebagai salah satu subjek asuhan dalam asuhan keperawatan yang dilaksanakan

Bandar Lampung, Januari 2023

Mahasiswa/Praktikan

Pasien

Mengetahui
(Perseptor /CI)



POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI

Kode

Tanggal

Formulir

Revisi

Praktik Klinik Peminatan

Halaman

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. S
Umur : 45 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan .

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan kegiatan dari Praktikan
2. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta sebagai salah satu subjek asuhan dalam asuhan keperawatan yang dilaksanakan

Bandar Lampung, Januari 2023

Mahasiswa/Praktikan

Pasien

Mengetahui
(Perseptor /CI)



POLTEKKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI

Kode

Tanggal

Formulir

Revisi

Praktik Klinik Peminatan

Halaman

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa:

Nama Mahasiswa : Nova Sapitri
NIM : 2014401037

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 09 s/d 14 bulan Januari tahun 2023 di Ruang El Paru RSUD Dr. A. Dadi Tjokrodipo

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk keperluan bukti pelaksanaan asuhan keperawatan.

Bandar Lampung, Januari 2023

Yang Menerangkan

(Perseptor /CI)