

# LAMPIRAN

## Lampiran 1

	<b>POLTEKES KEMENKES TANJUNGGARANG</b>	KODE	:	
		TGL	:	Senin, 1 Januari 2024
	<b>Formulir Informed Consent</b>	REVISI	:	
<b>HALAMAN : 1 dari 1 Halaman</b>				

**INFORMED CONSENT**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Tustiati  
 Umur : 60 tahun  
 Jenis Kelamin : Laki- laki / Perempuan (\*coret yang tidak perlu)  
 Alamat : Magelang, Ganyar Asri, Metro

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

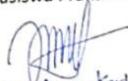
Nama : Apriyanto  
 Umur : 52 tahun  
 Jenis Kelamin : Laki laki  
 Alamat : Jln. Melati, 15 poles, Metro

Dengan ini menyatakan bahwa :

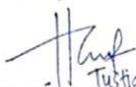
1. Saya telah mendapatkan penjelasan terkait tujuan dari kegiatan praktikum mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.
2. Saya telah memahami mengenai apa yang telah tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Dengan penuh kesadaran dan secara sukarela, mengizinkan pasien yang saya wakiliikan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.

Bandar Lampung, 4 Januari 2023

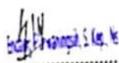
Mahasiswa Praktikum

  
 Dewi Ajeng Kartika

Keluarga Pasien

  
 Tustiati

Mengetahui  
 Peresepor/ CI Klinik

  
 Peresepor/CI Klinik

## Lampiran 2

	<b>POLTEKKES KEMENKES TANJUNGGARANG</b>	KODE :	
		TGL :	Senin, 1 Januari 2024
	<b>Formulir Informed Consent</b>	REVISI :	
		<b>HALAMAN : 1 dari 1 Halaman</b>	

**INFORMED CONSENT**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : *FIANDOKO*  
 Umur : *16* tahun  
 Jenis Kelamin : Laki- laki / Perempuan (\*coret yang tidak perlu)  
 Alamat : *MURO*

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : *ISKANDIR*  
 Umur : *08*  
 Jenis Kelamin : *Laki*  
 Alamat : *MURO*

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya telah mendapatkan penjelasan terkait tujuan dari kegiatan praktikum mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.
2. Saya telah memahami mengenai apa yang telah tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Dengan penuh kesadaran dan secara sukarela, mengizinkan pasien yang saya wakilkkan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.

Bandar Lampung, Januari 2023

Mahasiswa Praktikum

*[Signature]*  
 Dewi Ariyanti Kartika

Keluaga Pasien

*[Signature]*  
 FIANDOKO

Mengetahui  
 Peresepor/ CI Klinik

*[Signature]*  
 [Name]

## Lampiran 3

	POLTEKKES KEMENKES TANJUNGGARANG	KODE	:	
		TGL	:	
	Formulir Informed Consent	REVISI	:	
HALAMAN : 1 dari 1 Halaman				

**SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN**

Saya yang bertandatangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : Dewi Ajeng Kartika

NIM : 2114401060

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal ..... s/d ..... bulan  
..... tahun ..... di Ruang .....  
.....  
.....

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

Bandar Lampung, 5 Januari 2024

Mengetahui  
Peresepor/ CI Klinik

  
.....  
Bandar Lampung, 5 Jan 2024

## Lampiran 4

	POLTEKKES KEMENKES TANJUNGGARANG	KODE	:	
		TGL	:	
	Formulir Informed Consent	REVISI	:	
		HALAMAN : 1 dari 1 Halaman		

**SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN**

Saya yang bertandatangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : Dewi Ajeng Kartika

NIM : 2119401060

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal ..... s/d ..... bulan  
 Januari tahun 2024 di Ruang Sereja RS Mardi Waluyo  
 Metro, Lampung

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

Bandar Lampung, 5 Januari 2024

Mengetahui  
Peresepor/CI Klinik

  
 Endang Purwaningsih, S.Kep.Ns