

LAMPIRAN

Lampiran 1

	POLTEKES KEMENKES TANJUNGPINANG	KODE :	
		TGL :	Senin, 1 Januari 2024
	Formulir Informed Consent	REVISI :	
		HALAMAN : 1 dari 1 Halaman	

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : *Nisa Rizki Febriani*
Umur : *49* tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (*coret yang tidak perlu)
Alamat :

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : *Sukardi, Mj*
Umur : *61* tahun
Jenis Kelamin : *Perempuan*
Alamat :

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 wakikan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.

Metro, Januari 2024

Mahasiswa Praktikum

[Signature]

.....
JER OESUGCI


Keluaga Pasien

[Signature]
.....
di yak Hariani

Mengetahui
Perseptor/ CI Klinik

[Signature]
.....

Lampiran 2

	POLTEKES KEMENIKES TANJUNGPINANG	KODE	:	
	Formulir Informed Consent	TGL	:	Senin, 1 Januari 2024
		REVISI	:	
HALAMAN : 1 dari 1 Halaman				

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : *Suroso*
Umur : *61* tahun
Jenis Kelamin : *laki-laki* / Perempuan (*coret yang tidak perlu)
Alamat :

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : *Tugidan*
Umur : *63 tahun*
Jenis Kelamin : *laki-laki*
Alamat :

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.

Metro, Januari 2024

Mahasiswa Praktikum



Sei *Quastid*

Keluaga Pasien




l. n. s. k.

Mengetahui
Perseptor/ CI Klinik


l. n. s. k.

Lampiran 3

	POLTEKES KEMENKES TANJUNGPINANG	KODE :	
	Formulir Informed Consent	TGL :	
		REVISI :	
		HALAMAN : 1 dari 1 Halaman	

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : SEU OKAPICA

NIM : 204401014

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 21 s/d 26 bulan Desember tahun 2024 di Ruang 0209 Lt. Medi Wahana Medi

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

Bandar Lampung, Januari 2024

Mengetahui
Peresepator/ CI Klinik


.....

Lampiran 4

	POLTEKES 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 : Seli Oktavia

NIM : 21441614

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terbiting mulai tanggal .. 08 .. s/d .. 08 .., bulan .. Januari .., tahun 2024 .. di Ruang .. Susana .. RS .. Pradhi .. Matyo ..
Mato ..

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

Bandar Lampung, Januari 2024

Mengetahui
Perseptor/ CI Klinik


.....
Indy Gunawan S. Sg. Ke

	POLTEKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Penilaian LTA	Revisi	
		Halaman	

**PENGAJUAN TOPIK/AREA KEILMUAN
KARYA TULIS ILMIAH/TUGAS AKHIR**

Nama Mahasiswa : Seli Oktapia
NIM : 2114401014

Area/Topik yang diajukan :

1. Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Nutrisi dan Cairan:
Ketidakstabilan Kadar Glukosa darah Pada Pasien Diabetes Melitus
Diruang Seroja RS Mardi Waluyo Metro Tahun 2024

Bandar Lampung, Januari 2024

Pembimbing Utama




Ns. Sulastris, M.Kep., Sp. Jiwa,
NIP. 197210151997032002

Pembimbing Pendamping



Ns. Retno Puji Hatuti, M.Kep
NIP. 19721222331995032001

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

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : *Nur Yuli Hariadi*
 Umur : *44* tahun
 Jenis Kelamin : *Laki- laki / Perempuan (*coret yang tidak perlu)*
 Alamat :

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : *Jukarni, My*
 Umur : *61* tahun
 Jenis Kelamin : *Perempuan*
 Alamat :

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 wakikan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.

Metro, Januari 2024

Mahasiswa Praktikum

[Signature]

.....
seli oktauci

Keluaga Pasien


[Signature]

.....
Nur Yuli Hariadi

Mengetahui
Pereseptor/ CI Klinik

[Signature]

Endang Purwati, S.Kep, Ns

	POLTEKKES KEMENKES TANJUNGPURBAN	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 : Seli Oktapia

NIM : 2114401014


Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal ...01... s/d ...06..., bulan ...Januari..., tahun ...2024... di Ruang ...Seraga RS Mardi Waluyo...
...Metro.....

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

Bandar Lampung, Januari 2024

Mengetahui
Peresepor/ CI Klinik


 Endang Purwaningsih, S.Kep.Ns

	POLTEKKES KEMENKES TANJUNGPINRANG	KODE	:	
		TGL	:	Senin, 1 Januari 2024
	Formulir Informed Consent	REVISI	:	
		HALAMAN : 1 dari 1 Halaman		

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Sunardi
 Umur : 61 tahun
 Jenis Kelamin : ~~Laki-laki~~ / Perempuan (*coret yang tidak perlu)
 Alamat :

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : Tugiran
 Umur : 63 tahun
 Jenis Kelamin : laki - laki
 Alamat :

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 wakikan untuk menjadi salah satu subjek pemberian asuhan keperawatan oleh mahasiswa Politeknik Kesehatan Tanjung Karang.

Metro, Januari 2024

Mahasiswa Praktikum



.....
 Selvi Okuarta

Keluaga Pasien



.....
 Sunardi

Mengetahui
 Peresepor/ CI Klinik





POLTEKKES KEMENKES TANJUNGPINANG

KODE

:

TGL

:

REVISI

:

Formulir
Informed Consent

HALAMAN : 1 dari 1 Halaman

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : *SEU OKTAPICA*

NIM : *214401014*

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal *01* s/d *06*, bulan *Januari*, tahun *2024* di Ruang *seroja RS Mardi Waluyo*


Mardi.....

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

Bandar Lampung, Januari 2024

Mengetahui
Pereseptor/ CI Klinik

[Signature]
Endang Purbaningrum, S.Kep, Ns

	POLTEKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Kode	
	Formulir Penilaian LTA	Tanggal	
		Revisi	
		Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING UTAMA**

Nama Mahasiswa : Seli Oktavia
 NIM : 2114401014
 Pembimbing Utama : Ms. Sulastri, M. Kep. Sp. Jiw. G
 Judul Tugas Akhir :


Asuhan keperawatan gangguan kebutuhan fisiologis : ketidak sabaran kadar glukosa darah pada pasien diabetes melitus di ruang rawat rumah sakit mardika waluyo matte tahun 2024

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	16/01/2024	konsultasi judul	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	25/01/2024	konsultasi BAB I	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
3	14/02/2024	konsultasi BAB II. Perbaiki bab I	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
4	20/02/2024	Perbaiki BAB II	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
5	12/03/2024	Perbaiki BAB I dan BAB II	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
6	26/03/2024	konsultasi BAB III	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
7	02/04/2024	Perbaiki BAB III	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
8	09/04/2024	konsultasi BAB IV dan V	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
9	02/5/2024	Perbaiki BAB IV dan V	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
10		<u>Az Fity Hani</u>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
11	30/5/2024	Konsul revisi abstrak dan teori	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12		<u>Az Cahya</u>	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Bandar Lampung,

Pembimbing Utama

[Signature]
Ms. Sulastri, M. Kep. Sp. Jiw. G

	POLTEK TANJUNGPINANG KEMENDES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPINANG	Kode	
	Formulir Penilaian LTA	Tanggal	
		Revisi	
		Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN AKHIR
PEMBIMBING PENDAMPING**


Nama Mahasiswa : Seli Oktupia
 NIM : 2114401014
 Pembimbing Utama : Ns. Retna Pusihastuti, M. Kep
 Judul Tugas Akhir :
Asuhan keperawatan gangguan kebutuhan nutrisi dan cairan : ketidakstabilan kadar glukosa darah pada pasien diabetes mellitus di rumah sakit Mardi Waluyo Metro tahun 2024

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	02/02/2024	Peretujuan judul /topik	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
2	06/02/2024	lengkap sesuai fundam	<i>[Signature]</i>	
3	28/03/2024	lengkap sesuai KBBI dan Rabi	<i>[Signature]</i>	
4	01/04/2024	konsistensi spasi antara BAB	<i>[Signature]</i>	
5	12/04/2024	Perhatikan penulisan	<i>[Signature]</i>	
6	17/04/2024	perbaiki penomoran halaman	<i>[Signature]</i>	
7	12/04/2024	perbaiki penulisan daftar pustaka	<i>[Signature]</i>	
8	19/04/2024	perbaiki abstrak	<i>[Signature]</i>	
9	2/5-24	acc vijian	<i>[Signature]</i>	
10	5/6-24	kencol reditah makub	<i>[Signature]</i>	
11	6/6-24	acc cetakan, sbelumnya rapikan margin	<i>[Signature]</i>	
12				

Bandar Lampung,













Pembimbing Utama

[Signature]
 Ns. Retna Pusihastuti, M. Kep
 NIP. 197212231955032001

	POLTEKKE S KEMENKES TANJUNGPINANG	KODE :
	Formulir Masukan & Perbaikan KTI / Skripsi / LTA	TGL :
		REVISI :
		HALAMAN : 1 dari 1 Halaman

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : Seli Oktavia
 NIM : 2114401014
 Prodi : D3 Keperawatan Tanjung Karang
 Tanggal : 17 Mei 2024
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan gangguan kebutuhan fisiologis: ketidakefektifan kadar glukosa darah pada pasien DM di Nong serola mandiri waygo metro


No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhsiswa	Paraf Dosen
	17/05/2024	<ul style="list-style-type: none"> - lengkapi Data yg diteliti - kebutuhan → ? - Nutrisi / T. Lemak / Cairan. / Kmg. - rumusan dx hub & dgn Rx yg/ mltus - kondisi klinis terkait - Anamnesa bagian 2 → apa ts/ kelainan - pemeriksaan : Fokus ke Dx Utama. → tatalaksana awal & nutrisi 	     	     


Bandar Lampung, 7 Mei 2024


Ketua Penguji

Anggota Penguji II

Anggota Penguji II


 Suster Analia S.kp.M.kes
 NIP. 19300807193031002


 Ms. Retno Rizki Kuswati M.kes
 NIP. 19321220191031001


 Ms. Susanti M.kes
 NIP. 193215101982032002