


LAMPIRAN

Lampiran 1

	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 : DEA RAHMALIA

NIM : 2114401058

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 02 s/d 06, bulan Januari, tahun 2024 di Ruang Flamboran rumah sakit Mardhi Waluyo Metro

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


Bandar Lampung, Januari 2024

Mengetahui
Peresepor/ CI Klinik



Tugil Gunanto

Lampiran 2

	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 : Riski Yanti
Umur : 26 tahun
Jenis Kelamin : ~~Laki-laki~~/ Perempuan (*coret yang tidak perlu)
Alamat : Purwodadi, kec. Trimurjo, Kab. Lampung Tengah

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : Endang Widarti
Umur : 47 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Purwodadi, kec. Trimurjo

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.

Bandar Lampung, Januari 2023

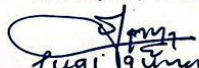
Mahasiswa Praktikum


.....Dea Rahmatia.....


Keluarga Pasien


.....RISKI YANTI.....

Mengetahui
Pereseptor/ CI Klinik


.....Fugii Gumanti.....

Lampiran 3

	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 : *Supriyono*
Umur : tahun *50. th*
Jenis Kelamin : Laki- laki / ~~Perempuan~~ (*coret yang tidak perlu)
Alamat : *Desa Wayeido T3 Kodik Tubaba*

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : *Bajem*
Umur : *73 tahun*
Jenis Kelamin : *Perempuan*
Alamat : *Tulang Bawang Udik*

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.

Bandar Lampung, Januari 2023

Mahasiswa Praktikum

DR
.....
Dia Rahmalla


Keluarga Pasien

Supriyono
.....

Mengetahui
Perseptor/ CI Klinik

Sugi Gumuk
.....

Lampiran 4

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

PENGAJUAN TOPIK/AREA KEILMUAN DAN PEMBIMBING KARYA TULIS ILMIAH/TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Dea Rahmalia

NIM : 2114401058

Area/Topik yang diajukan

1. Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RS Mardi Waluyo Kota Metro Tahun 2024

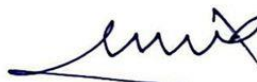
Pembimbing utama



Ns. Sunarsih, S.Kep., MM.
NIP. 19680827198712001


Bandar Lampung, 12 Februari 2024

Pembimbing Pendamping



























Tori Rihiantoro, S.Kp., M.Kep.
NIP. 197111291994021001

Lampiran 5

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

LEMBAR BIMBINGAN KARYA ILMIAH/LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING UTAMA

Nama Mahasiswa : Dea Rahmalia
 NIM : 2114401058
 Pembimbing Utama : Ns. Sunarsih, S.Kep., MM
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan Pada Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RS Mardi Waluyo Kota Metro Tahun 2024


No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	2-1-2024	Pengajian pasien 1 dan 2		
2	4-1-2024	Persetujuan judul skripsi		
3	17-1-2024	Konsul BAB I - Perbaiki latar belakang dan manfaat		
4	19-1-2024	ACC BAB I		
5	24-1-2024	Konsul BAB II - Perbaiki konsep KOM dan penyakit		
6	26-1-2024	ACC BAB II dan III		
7	31-1-2024	Konsul BAB IV - Perbaiki pembahasan sesuai KOM		
8	2-2-2024	ACC BAB IV		
9	6-2-2024	Konsul BAB V - Perbaiki Saran dan daftar pustaka		
10	7-2-2024	ACC BAB V		
11	7-2-2024	ACC Sidang		
12	7-5-2024	<i>Dea Cephe</i>		

Bandar Lampung, 7 Mei 2024
 Pembimbing Utama



















Ns. Sunarsih, S.Kep., MM.
 NIP. 196808271987112001

Lampiran 6

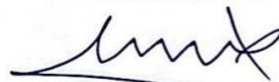
	POLTEKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNG KARANG	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Penilaian LTA	Revisi	
		Halaman	

LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/LAPORAN AKHIR PEMBIMBING PENDAMPING

Nama Mahasiswa : Dea Rahmalia
 NIM : 2114401058
 Pembimbing Utama : Tori Rihiantoro, S.Kp., M.Kep.
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan Pada
 Pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) di RS Mardi Waluyo Kota Metro Tahun 2024

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	31-1-2024	Acc Judul, konsul BAB I : Perbaiki latar belakang dan penulisan		
2	2-2-2024	Acc BAB I, konsul BAB II, III: Acc BAB II, III		
3	5-2-2024	Konsul BAB IV : Perbaiki sesuai KDM dengan menggunakan narasi		
4	12-2-2024	Konsul BAB IV : Perbaiki penulisan dan ditambah grafik		
5	15-2-2024	Acc BAB IV, V Acc Daftar		
6	21-5-2024	Revisi BAB I-IV		
7		revisi Bab 5-6		
8		Acc Daftar		
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung, 21 Mei 2024
Pembimbing Utama







Tori Rihiantoro, S.Kp., M.Kep.
 NIP. 197111291994021001

Lampiran 7


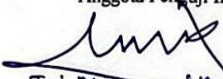

	POLTEKKE S KEMENKES TANJUNGPINANG	KODE :
	Formulir	TGL :
	Masukan & Perbaikan KTI / Skripsi / LTA	REVISI :
	HALAMAN : 1 dari 1 Halaman	

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN

Nama Mahasiswa : Dea Rahmala
 NIM : 2119401058
 Prodi : DIII Keperawatan
 Tanggal : 2 Mei 2024
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan Pada Pasien Chronic Kidney Disease (CKD) Di RS Mardi Waluyo Kota Metro Tahun 2024

No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhsiswa	Paraf Dosen
1.	Kamis 2/2024 5	<ul style="list-style-type: none"> - Uraikan bab pengantar - Abstrak → menggunakan isi capaian - pahami ringkasan ming - judul → - keabsahan - Saran : Uraikan opsional ? 		
2.		<ul style="list-style-type: none"> - Singkat → Carum & jumlah - Evaluasi edema & hematokrit - Intervensi → implementasi → opsional - keabsahan karil + konsep jurnal - Saran Berbasis masalah 		

Bandar Lampung, 29 Mei 2024

Ketua Penguji  Giel Utami, S.Kp., M.Kas. NIP. 196202121990632001	Anggota Penguji II  Tori Rahardono, S.Kp., M.Kp. NIP. 199111291994021001	Anggota Penguji II  Ns. Satriah, S.Kp., MM. NIP. 196808271987112001
--	--	---