


# LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan Pasien (Informed Consent)

Klien 1 (Ny.S)

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

**INFORMED CONSENT**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Tn. A  
Umur : 28 tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (\*coret yang tidak perlu)  
Alamat : Jl. Sisingaman Garuda 66. Rahmah

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : Ny. S  
Umur : 56 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jl. Sisingaman Garuda 66. Rahmah

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, Januari 2023

Mahasiswa Praktikum

  
.....  
Siti Rahmah

Keluaga Pasien

  
.....  
A. W. A. W.


Mengetahui  
Perseptor/Clirnik



NS. W. A. W. A. W. S. Kep

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Pasien (Informed Consent)

Klien 2

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

**INFORMED CONSENT**

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Tn. E  
Umur : 54 tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (\*coret yang tidak perlu)  
Alamat : Jl. Pagur Alam gg. Kambaja Gunung Agung

Sebagai wakil keluarga dari pasien :

Nama : Ny. Z  
Umur : 45 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jl. Pagur Alam gg. Kambaja Gunung Agung

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

  
Siti Rahmawati

Keluarga Pasien


  
EDI NUR PRASETYA

Mengetahui  
Perseptor/ CL Klinik

  
Nc. Wani Wani S.Kep










Lampiran 4 Lembar Bimbingan Pembimbing Utama

	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 : Siti Rahmawati  
 NIM : 2114401087  
 Pembimbing Utama : Purwati S.Pd., MAP  
 Judul Tugas Akhir :  
Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post Operasi tumor coloi di  
Tuang bedah Rsup Dr. A. Dadi Tjokrodipol Bandar Lampung tahun 2024.


No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	Senin/ 03 Juni 2024	perbaikan: abstrak & implementasi		
2	Selasa/ 04 Juni 2024	kelebihan: - judul		
3	Selasa/ 04 Juni 2024	diagnosa, intervensi		
4	3/6 2024	ncc akhir		
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung, 03 Juni 2024.

Pembimbing Utama









  
Purwati S.Pd., MAP

Lampiran 5 Lembar Bimbingan Pembimbing Pendamping

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

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

Nama Mahasiswa : Siti Rahmah  
 NIM : 2114401087  
 Pembimbing Utama : El Rahmayati, S.Kep., M.Kes  
 Judul Tugas Akhir :  
 Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Pasien Post Operasi tumor Cotti di Ruang  
 Bedah RSUD Dr. A. Dadi Jokrodipo Bandar Lampung Tahun 2024


No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf pembimbing
1	Senin/ 20-05-2024	BAB 1-5 Perbaiki Penulisan		
2	Suasa/ 21-05-2024	Sesuaikan Referensi atau Sumber yang dicantumkan di daftar pustaka		
3	Rabu 22-05-2024	ACC		
4	Senin 10-06-2024	ACC Perbaikin		
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Bandar Lampung, 22 Mei 2024

.....  
Pembimbing Utama



El Rahmayati, S.Kep., M.Kes

Lampiran 6 Lembar Masukan Dan Perbaikan

	<b>POLTEKKE SKEMENKES TANJUNGGARANG</b>	KODE :	
	<b>Formulir</b>	TGL :	
	<b>Masukan &amp; Perbaikan KT1 / Skripsi / LTA</b>	REVISI :	
	<b>HALAMAN : 1 dari 1 Halaman</b>		

**LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN**

Nama Mahasiswa : Siti Rahmawati  
 NIM : 2114401087  
 Prodi : D III Keperawatan  
 Tanggal : 27 Mei 2024  
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Gangguan kebutuhan rasa nyaman (nyeri) pada pasien post operasi tumor colli di Ruang bedah RSUD Dr. A. Dadi Djodjodipo Bandar Lampung tahun 2024


No	Hari/Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhsiswa	Paraf Dosen
A.	27/2024 5	FL rahmawati. 1. judul → gangguan rasa nyaman ? Hyeri akut 2. Kung basian nyeri → fungsi Numerical		✓  ✓
B.		Idawati M. 1. bag. risiko → delir & ganti dg gangguan integritas kulit 2. intervensi utama → manajemen nyeri 3. DORS → tidak boleh ada k-caper.		✓ ✓ ✓

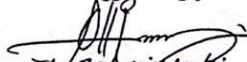
Bandar Lampung, 27 Juni 2024

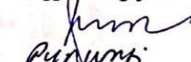
Ketua Penguji

Anggota Penguji II


Anggota Penguji II

  
 Idawati M.  
 NIP. 195501251986032001

  
 FL rahmawati  
 NIP. 192207042002122002

  
 Siti Rahmawati  
 NIP. 192207042002122002

Lampiran 7 Lembar Persetujuan Reseptor (Clinical Instruktur)

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

**SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN**

Saya yang bertandatangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : SITI RAHMAWATI

NIM : 2114401087

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 ...SALBAHIN... RSUD. DR. A. DADI  
TJOERO DIDO BANDAR LAMPUNG

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

Bandar Lampung, Januari 2024

Mengetahui  
Peresepor/ CI Klinik



NS. WAHYU NINGRUM, S.Kep