

# **LAMPIRAN-LAMPIRAN**

## STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL

### RELAKSASI BENSON

<b>SPO</b>	<b>RELAKSASI BENSON</b>
<b>Pengertian</b>	Relaksasi benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi dengan melibatkan factor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi (Purwanto, 2006)
<b>manfaat</b>	Berkurangnya rasa cemas, detak jantung lebih rendah, mengurangi tekanan darah, mengurangi rasa nyeri, meningkatkan keyakinan (Kusnandar, 2009).
<b>Prosedur</b>	<p><b>Langkah pertama:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Siapkan pasien, berikan informasi tentang teknik relaksasi benson. Mintalah persetujuan pasien untuk bersedia melakukan relaksasi tersebut ( informed consent)</li> <li>b. Pilihlah salah satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan pasien. Anjurkan pasien untuk memilih kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus bagi pasien tersebut. Fungsi ungkapan ini dapat mengaktifkan keyakinan pasien dan meningkatkan keinginan pasien untuk menggunakan teknik tersebut.</li> <li>c. Jangan memaksa pasien untuk menggunakan ungkapan-ungkapan yang dipilih oleh perawat.</li> </ul> <p><b>Langkah kedua:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Atur posisi senyaman mungkin. Mintalah pasien untuk menunjukkan posisi mana yang ia inginkan untuk melakukan terapi relaksasi Benson.</li> <li>b. Pengaturan posisi dapat dilakukan dengan cara duduk, berlutut, ataupun tiduran selama tidak mengganggu pikiran pasien.</li> <li>c. Pikiran pasien jangan sampai terganggu oleh apapun termasuk karena adanya salah posisi atau posisi yang tidak nyaman yang mengakibatkan pasien menjadi tidak focus pada intervensi yang akan dilakukan. Lakukan modifikasi lingkungan agar tidak</li> </ul>

	<p>gaduh, batasi pengunjung, atau jika perlu tutup ruangan yang akan digunakan untuk relaksasi dengan tirai tertutup khusus ruangan</p> <p><b>Langkah ketiga:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan dan bimbing pasien untuk memejamkan kedua mata sewajarnya.</li> <li>b. Anjurkan pasien untuk menghindari menutupkan mata kuat-kuat.</li> <li>c. Tindakan menutup mata dilakukan dengan wajar dan tidak mengeluarkan banyak tenaga</li> </ul> <p><b>Langkah keempat:</b></p> <p>Anjurkan pasien untuk melemaskan otot-ototnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bimbing dan mulailah pasien untuk melemaskan otot-otot mulai dari kaki, betis, paha, sampai dengan perut pasien.</li> <li>b. Anjurkan pasien untuk mengendurkan semua kelompok otot pada tubuh pasien</li> <li>c. Anjurkan pasien untuk melemaskan kepala, leher, dan pundak dengan memutar kepala dan mengangkat pundak perlahan-lahan.</li> <li>d. Untuk lengan dan tangan, anjurkan pasien untuk mengulurkan kedua tangannya, kemudian mengendurkan otot-otot tanggannya dan biarkan terkulai wajar dipangkuhan</li> <li>e. Anjurkan pasien untuk tidak memegang lutut, kaki atau mengaitkan kedua tangan nya dengan erat.</li> </ul> <p><b>Langkah kelima:</b></p> <p>Perhatikan napas dan mulailah menggunakan kata-kata atau ungkapan focus yang berakar pada keyakinan pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan pasien untuk menarik napas melalui hidung secara perlahan, pusatkan kesadaran pasien pada pengembangan perut, tahanlah napas sebentar sampai hitungan ketiga.</li> <li>2) Setelah hitungan ketiga, keluarkan napas melalui mulut secara perlahan-lahan( posisi mulut seperti sedang bersiu) sambil mengucapkan ungkapan yang telah dipilih pasien dan diulang-ulang dalam hati selama mengeluarkan napas</li> </ol>
--	---

	<p>tersebut.</p> <p>3) Lakukan selama 15 menit. Kegiatan ini minimal dilakukan 1 kali sehari</p>
--	--

**PENGKAJIAN  
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Ruang :

No. Rekam Medik :

Tgl Pengkajian :

Pukul ;

**I. DATA DASAR**

**A. Identitas Pasien**

1. Nama (Isnisial klien) :
2. Usia
3. Status Perkawinan :
4. Pekerjaan :
5. Agama :
6. Pendidikan :
7. Suku :
8. Bahasa yang digunakan :
9. Alamat Rumah :
10. Sumber Biaya :
11. Tanggal Masuk RS :
12. Diagnosa Medis Saat Pengkajian :

**B. Sumber Informasi**

1. Nama :
2. Umur :
3. Hubungan dengan klien :
4. Pendidikan :
5. Pekerjaan :
6. Alamat :

**II. RIWAYAT KESEHATAN**

A. Riwayat kesehatan masuk RS (UGD/Poliklinik) : waktu, keluhan, pemeriksaan fisik dan data penunjang, penatalaksanaan

B. Riwayat kesehatan saat pengkajian/Riwayat Penyakit Sekarang :

1. Keluhan Utama :

- P (Provokatif/Paliatif)
  - Penyebab :
  - Hal yang memperberat :
  - Hal yang memperingan :
- Q (Quantitas/Kualitas) :
- R (Region/Radiation) :
  - Lokasi dan penyebaran :
- S (Severity/scale) :
  - Lamanya :
  - Frekwensi :
  - Intensitas :
- T (Time) :
  - Kapan terjadinya :

2. Keluhan Penyerta :

C. Riwayat kesehatan masa lalu

- Riwayat alergi :
- Riwayat kecelakaan :
- Riwayat perawatan do RS : (Diagnosa, Waktu, Kondisi pulang)
- Riwayat penyakit berat/kronis :
- Riwayat pengobatan :
- Riwayat operasi :

D. Riwayat kesehatan Keluarga : (Genogram / Penyakit yang pernah diderita oleh keluarga yang menjadi faktor resiko, 3 generasi) analisa dari genogram

E. Riwayat Psikososial – Spritual

1. Psikologis

- Konsep diri (gambaran diri, peran, harga diri, ideal diri, identitas) :
- Kecemasan, ketakutan :
- Fase kehilangan :

2. Sosial

- Support system : (Dukungan keluarga, lingkungan dan fasilitas terhadap penyakitnya)
- Komunikasi : (Pola interaksi sosial sebelum dan saat sakit)

3. Spiritual

- System nilai kepercayaan : (Sebelum dan saat sakit)

F. Pendidikan dan Pengajaran

- Pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit, prognosis, program pengobatan, diet dan perawatan

G. Lingkungan

1. Rumah

- Kebersihan : .....
- Polusi : .....
- Bahaya : .....

2. Pekerjaan

- Kebersihan : .....
- Polusi : .....
- Bahaya : .....

H. Pola Kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

1. Pola Nutrisi dan Cairan (sebelum dan saat sakit)

a. Pola Nutrisi :

- Asupan : ( ) Oral ( ) Enteral  
( ) TPN
- Frekwensi makan : .....x/Hari
- Nafsu makan : ( ) Baik  
( ) Kurang (Jelaskan  
alasannya)
- Diit : .....
- Makanan tambahan : .....
- Makanan yang tidak disukai/alergi/pantangan :  
.....
- Jumlah kalori : .....
- Keluhan : ( ) Mual, ( ) Muntah
- Perubahan berat badan 3 bulan terakhir: ( )  
Bertambah.....kg  
( ) Tetap  
( ) Berkurang.....kg

b. Pola cairan :

- Asupan cairan : ( ) Oral, jenis, volume, total  
( ) Enteral, jenis, frekwensi,  
volume total

( ) Parenteral, jenis, jumlah,  
tetesan,      volume total

2. Pola Eliminasi (sebelum dan saat sakit):

a. BAK

- Frekwensi : .....x/hari
- Waktu : .....
- Jumlah : .....cc/hari
- Warna : .....
- Bau : .....
- Keluhan yang berhubungan dengan BAK :  
.....

b. BAB

- Frekwensi : .....x/hari
- Waktu : .....
- Warna : .....cc/hari
- Bau : .....
- Keluhan : .....
- Penggunaan laxative/pencahar : .....

c. IWL (Insensible Water Lose) : .....cc/hari

d. Balance cairan : .....

3. Pola Personal Hygiene (sebelum dan saat sakit) :

a. Mandi

- Frekwensi : .....x/hari

b. Oral hygiene

- Frekwensi : .....x/hari
- Waktu : .....

c. Cuci rambut

- Frekwensi : .....x/minggu

4. Pola Istirahat dan Tidur (sebelum dan saat sakit) :

- Lama tidur : .....Jam/hari
- Waktu
  - Siang : .....jam
  - Malam : .....jam
- Kebiasaan sebelum tidur/pengantar tidur :
  - ( ) Penggunaan obat tidur
  - ( ) Kegiatan lain, jelaskan .....
- Kesulitan dalam hal tidur :
  - ( ) Menjelang tidur
  - ( ) Sering/mudah terbangun
  - ( ) Merasa tidak puas setelah bangun tidur

Jelaskan alasannya : .....

5. Pola aktivitas dan latihan (sebelum dan saat sakit) :

- Jenis pekerjaan : .....
- Waktu bekerja : .....
- Kegiatan waktu luang : .....
- Keluhan dalam beraktivitas : .....
- Olahraga
  - ✓ Jenis : .....
  - ✓ Frekwensi : .....
- Keterbatasan dalam hal :
  - ( ) Mandi
  - ( ) Menggunakan pakaian
  - ( ) Berhias

6. Pola kebiasaan yang memengaruhi kesehatan

- a. Merokok : ( ) Ya  
 Tidak
  - Frekwensi : .....
  - Jumlah : .....
  - Lama pemakaian : .....
- b. Minuman keras : ( ) Ya  
 Tidak
  - Frekwensi : .....
  - Jumlah : .....
  - Lama pemakaian : .....
- c. Ketergantungan obat : ( ) Ya  
 Tidak

Jika Ya : Jelaskan : Jenis, Lama pemakaian,  
 Frekwensi dan Alasan

### **III. Pengkajian Fisik**

#### **1. Pemeriksaan umum**

- Kesadaran : .....
- Tekanan darah : .....
- Nadi : .....
- Pernafasan : .....
- Suhu : .....
- TB/BB : .....

#### **2. Pemeriksaan fisik per sistem**

##### **a. System penglihatan**

- Posisi mata : ( ) Simetris      ( ) Asimetris
- Kelopak mata : .....
- Pergerakan bola mata : .....

- Konjungtiva : .....
- Kornea : .....
- Sclera : .....
- Pupil : .....
- Lapang pandang : .....
- Ketajaman penglihatan : .....
- Tanda-tanda radang : .....
- Pemakaian alat bantu penglihatan : .....
- Keluhan lain : .....

b. Sistem pendengaran

- Kesimetrisan : .....
- Karakteristik serumen (warna, konsistensi, bau) : .....
- Tanda radang : .....
- Cairan dari telinga : .....
- Fungsi pendengaran: .....
- Pemakaian alat bantu : .....

c. Sistem wicara

- Kesulitan/gangguan wicara : .....

d. Sistem pernafasan

- Jalan nafas : .....
- Keluhan : ( ) Sesak ( ) Nyeri
- Bila sesak : ( ) Setelah aktivitas  
 ( ) Tanpa aktivitas  
 ( ) Saat beraktivitas
- Bila nyeri : Jelaskan .....
- Frekwensi : .....x/menit

- Irama : ( ) Teratur  
 ( ) Tidak teratur
- Kedalaman : ( ) Dalam ( ) Dangkal
- Suara nafas : .....
- Batuk : ( ) Ya ( ) Tidak  
 Jika Ya, : ( ) Jenisnya  
 ( ) Sputum  
 ( ) Warna sputum  
 ( ) Konsistensi  
 ( ) Terdapat darah
- Palpasi dinding dada : .....
- Perkusi dada : .....
- Penggunaan otot bantu nafas : .....
- Penggunaan oksigen, ETT, orofaringeal airway, trkeostomi : .....
- WSD : (Type, undulasi, karakteristik cairan, jumlah, kondisi  
 balutan WSD)

e. Sistem Kardiovaskuler

- Sirkulasi perifer
  - Nadi : .....x/menit
    - Irama : ( ) Teratur ( ) Tidak teratur
    - Denyut : ( ) Lemah ( ) Kuat
  - Distensi vena jugukaris : .....
  - Temperatur kulit : ( ) Hangat ( ) Dingin
  - Warna kulit : ( ) Pucat ( ) Cyanosis  
 ( ) Kemerahan

- Pengisian kapiler : ....
- Edema (lokasi da derajat) : .....
  
- Sirkulasi jantung
  - Kecepatan denyut apical : .....x/menit
  - Irama : ( ) Teratur ( )  
Tidak teratur
  - Bunyi jantung normal : .....
  - Kelainan bunyi jantung : .....
  - Keluhan : ( ) Lemah ( )  
Lelah  
( ) Berdebar-debar/palpitasi  
( ) Keringat dingin  
( ) Gemetaran  
( ) Keringat dingin  
( ) Kesemutan  
( ) Kaki dan tangan dingin
  - Nyeri dada : (Penyebaran, lokasi, intensitas, lamanya & skala)
  - Ictus cordis : .....
  - Kardiomegali (CTR) : .....

f. Sistem neurologi

- Glaslow Coma Scale (GCS) : E..... M..... V.....
- Tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial :  
.....  
Jika ada, jelaskan.....

- Gangguan neurologis : (N I – N XII)
- Pemeriksaan reflek :
  - Patologis : .....
  - Fisiologis : .....
- Tanda iritasi meningen : .....
- Kekuatan otot/status motorik: .....

g. Sistem pencernaan

- Keadaan mulut : .....
- Kesulitan menelan : .....
- Bising usus : .....x/menit
- Lingkar perut : .....
- Asites : .....
- Palpasi 4 kuadran : ( ) Nyeri : lokasi, penyebaran  
 ( ) massa/benjolan : lokasi, ukuran
- Perkusi 4 kuadran : Suara timpani  
 (.....)  
 Suara pekak  
 (.....)  
 Suara tambahan  
 (.....)
- Luka post operasi (jenisnya, kondisinya, ukuran) :  
 .....

g. Sistem immunology

- Pembesaran kelenjar getah bening : .....

h. Sistem endokrim

- Nafas berbau keton : ( ) Ya, ( ) Tidak

- Luka : ( ) Ya, ( ) Tidak, jika Ya jelaskan.....
- Exophthalmus : ( ) Ya ( ) Tidak
- Tremor : ( ) Ya ( ) Tidak
- Pembesaran kelenjar tyroid : ( ) Ya ( ) Tidak
- Tanda-tanda peningkatan kadar gula darah : ( ) Polidipsi  
 ( ) Poliuri ( ) Polifagi

i. Sistem urogenital

- Distensi kandung kemih : .....
- Nyeri tekan : .....
- Nyeri perkusi pada CVA : .....
- ( ) Anuria ( ) Hematuria ( ) Disuria  
 ( ) Nocture ( ) Oliguria ( ) Poliuria
- Penggunaan kateter : .....
- Penggunaan irigasi : .....
- Keadaan genital : .....

j. Sistem integument

- Keadaan rambut :
  - Kekuatan : .....
  - Warna : .....
  - Kebersihan : .....
- Keadaan kuku :
  - Kekuatan : .....
  - Warna : .....
  - Kebersihan : .....
- Keadaan kulit :

- Kekuatan : ....
  - Warna : ....
  - Kebersihan : ....
  - Tanda-tanda radang pada kulit : ....
  - Luka : ....
  - Dekubitus : ....
  - Pruritus : ....
  - Tanda-tanda perdarahan : ....
  - Tipe eksudat
  - Jumlah eksudat
  - Ukuran luka
  - Kedalaman luka
  - Under mining
  - Tipe jaringan mikrotik
  - Jumlah jaringan nekrotik
  - Tipe jaringan granulasi
  - Jumlah jaringan granulasi
  - Tepian luka
  - Viabilitas kulit peri ulkus
  - Tipe edema kaki
  - Lokasi edema kaki
  - Pengkajian bioburden
- k. Sistem musculoskeletal
- Keterbatasan dalam pergerakan : jelaskan.....
  - Sakit pada tulang dan sendi : .....
  - Tanda-tanda fraktur : .....
  - Lokasi : .....
  - Kontraktur pada persendian ekstremitas : .....

- Tonus otot : (   ) Kuat  
 (   ) Lemah
- Kelainan bentuk tulang dan otot : .....
- Tanda-tanda radang pada sendi : .....
- Penggunaan alat bantu : (   ) Ya  
 (   ) Tidak
- Penggunaan traksi, gips, orif/ef, pssw, jelaskan.....
- Rentang gerak sendi (aktif/pasif) : .....

#### **IV. PEMERIKSAAN PENUNJANG**

- A. Pemeriksaan Diagnostik
- B. Pemeriksaan Laboratorium

#### **V. PENATALAKSANAAN**

- A. Penatalaksanaan medis (therapi obat, operatif dan lain-lain)
- B. Penatalaksanaan keperawatan (saat pengkajian)

#### **VI. ANALISA DATA**

NO.	Data	Masalah	Etiologi
1	DS :  DO :		

**VII. DIAGNOSA KEPERAWATAN SESUAI DENGAN PRIORITAS**

1. .....
2. .....
3. .....

### VIII. RENCANA KEPERAWATAN

Nama klien : .....

Dx. Medis : .....

Ruang : .....

No. MR : .....

No	Tanggal	Diagnosa keperawatan dan data penunjang	Tujuan (SMART)	Rencana Tindakan	Rasional

Pringsewu,

2019

(.....)

## **IX. CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama klien : .....

Dx. Medis : .....

Ruang : .....

No. MR : .....

No. Dx. kep	Tanggal/ Jam	Implementasi Respond atau Hasil	Paraf	Evaluasi (SOAP) Tanggal/Jam



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN(KEPK)**  
**STIKes MUHAMMADIYAH PRINGSEWU LAMPUNG**  
 Jl.KH.Ghalib No.112 Pringsewu Lampung Telp: (0729) 22537  
 Email : kepk.stikesmpl@gmail.com

**PERSETUJUAN KOMISI ETIK TENTANG PELAKSANAAN PENELITIAN  
 BIDANG KESEHATAN**  
 Nomor: 105/KEPK/STIKesMPL/05/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini, ketua Komite etik Penelitian Kesehatan STIKes Muhammadiyah Pringsewu, setelah dilaksanakan pemeriksaan dan penilaian usulan penelitian yang berjudul :

**"ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN YANG MENGALAMI INFARK MIOKARD  
 DENGAN MASALAH NYERI AKUT DIRUANG TULIP RSUD DR. HI. ABDUL  
 MOELOEK PROVINSI LAMPUNG**

Yang menggunakan manusia sebagai subyek penelitian dengan peneliti utama :

Nama : ELISA WULANDARI

NIM : 144012016016

Asal Institusi : STIKes MUHAMMADIYAH PRINGSEWU

Dapat disetujui pelaksanaannya selama tidak bertentangan dengan nilai – nilai kemanusiaan dan kode etik penelitian.

Pringsewu, 25 Mei 2019

Komisi Etik Penelitian Kesehatan  
 STIKes Muhammadiyah Pringsewu  
 Ketua,





**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)  
MUHAMMADIYAH PRINGSEWU LAMPUNG**

TERAKREDITASI "B" BAN-PT

NO. SK : 546/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015

**Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp. / Fax. (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373**

Nomor : 302 /II.3.AU/F/03/2019  
 Lampiran : -  
 Perihal : Permohonan Izin Pra Survey

Kepada Yth :

Direktur RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung  
 di

Tempat

Dalam rangka pelaksanaan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa STIKes Muhammadiyah Pringsewu Lampung Program Studi DIII Keperawatan Tahun Akademik 2018/2019, kami mohon kepada Direktur RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, untuk dapat memberikan izin *Pra Survey* kepada Mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama	:	Elisa Wulandari
NIM	:	144012016016
Semester	:	VI (Enam)

Dengan Judul Penelitian :

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN INFARK MIOKARD AKUT  
 DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG TULIP  
 RSUD. DR. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2019”**

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.





**PEMERINTAH PROPINSI LAMPUNG**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.H. ABDUL MOELOEK**  
**Jl. Dr. Rivai No. 6 Telp. 703312 Fax (0721) 703952**  
**BANDAR LAMPUNG 35112**

Bandar Lampung, 27 Maret 2019

Nomor : 420/1783/VII.02/6.2/III/2019 Sifat : Biasa Lampiran : Hal : <u>Izin Pre Survey</u>	Kepada Yth. Ka.Prodi Ilmu DIII Keperawatan STIKES Muhammadiyah Pringsewu di - <b>PRINGSEWU</b>
---	--

Menjawab surat Saudara nomor 302/II.3.AU/D/03/2019 tanggal 14 Maret 2019, perihal tersebut pada pokok surat atas nama :

Nama : Elisa wulandari  
 Prodi : D3 Keperawatan  
 NPM : 144012016016  
 Judul : Asuhan keperawatan pada pasien infark miokard akut dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang tulip di RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019.

Dengan ini kami informasikan bahwa untuk kepentingan Pre Survey yang bersangkutan dapat kami izinkan untuk melihat data yang akan digunakan sebagai Pre elementary study pada Ruang Rekam Medik dan Ruang Diklat RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dan dilakukan di jam kerja RSUD.AM. Pada tanggal : 30 Maret s/d 13 April 2019. Untuk informasi lebih lanjut yang bersangkutan dapat berhubungan dengan Bagian Diklat RSUDAM.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamnya kami ucapkan terima kasih

a.n. DIREKTUR UTAMA  
 DIREKTUR DIKLAT & SDM,

dr. ARIF EFFENDI, Sp.KK

Pembina Utama Muda

NIP : 19610603 199010 1 002

Tembusan :  
 Direktur Utama RSUD. AM, sebagai laporan



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)  
MUHAMMADIYAH PRINGSEWU LAMPUNG**

TERAKREDITASI "B" BAN-PT

NO. SK : 546/SK/BAN-PT/Akred/PT/VI/2015

**Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp. / Fax. (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373**

**Nomor** : 679 /II.3.AU/F/05/2019  
**Lampiran** : -  
**Perihal** : Permohonan Izin Pengambilan Data

Kepada Yth :

Direktur RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung  
di

Tempat

Dalam rangka pelaksanaan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa STIKes Muhammadiyah Pringsewu Lampung Program Studi D III Keperawatan Tahun Akademik 2018/2019, kami mohon kepada Direktur RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, untuk dapat memberikan izin *Pengambilan Data* kepada Mahasiswa tersebut dibawah ini :

<b>Nama</b>	: Elisa Wulandari
<b>NIM</b>	: 144012016016
<b>Semester</b>	: VI (Enam)

**Dengan Judul Penelitian :**

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN INFARK MIOKARD DENGAN  
MASALAH NYERI DI RUANG TULIP RSUD. DR. H. ABDUL MOELOEK  
PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2019”**

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya yang baik kami ucapkan terima kasih.

Pringsewu, 13 Mei 2019

Ketua,



Ns. Arena Lestari, M.Kep., Sp.Kep. J  
NBM. 965246



**PEMERINTAH PROVINSI LAMPUNG**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.H. ABDUL MOELOEK**  
**Jl. Dr. Rivai No. 6 Telp. 703312 Fax (0721) 703952**  
**BANDAR LAMPUNG 35112**

Bandar Lampung, 24 Mei 2019

<b>Nomor</b> : 420/243c /VII.02/6.2/V/2019 <b>Sifat</b> : Biasa <b>Lampiran</b> : <b>Hal</b> : <u>Izin Penelitian</u>	<b>Kepada</b> Yth. Ka.STIKES Muhammadiyah Pringsewu Prodi DIII Keperawatan di - <b>PRINGSEWU</b>
--	--

Menjawab surat Saudara nomor : 679/II.3.AU/F/05/2019 tanggal 13 Mei 2019, perihal tersebut pada pokok surat atas nama :

**Nama** : Elisa Wulandari  
**Prodi** : DIII Keperawatan  
**NPM** : 144012016016  
**Pendamping** : Ns.Viva Magdalena S,Kep  
**Judul** : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infark Miokard Dengan Masalah Nyeri di Ruang Tulip RSUD dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019.

Dengan ini kami informasikan bahwa untuk kepentingan penelitiannya yang bersangkutan dapat disetujui untuk mengambil data pada Ruang Tulip RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung dan dilakukan di jam kerja RSUDAM Waktu Mengambil data diberikan selama (Lima) 5 Hari. Untuk informasi lebih lanjut yang bersangkutan dapat berhubungan dengan Bagian Diklat RSUD.AM.

Selanjutnya diinformasikan bahwa selama melakukan pengambilan data yang bersangkutan perlu memperhatikan hal – hal sebagai berikut :

1. Melapor pada Bagian Diklat RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
2. Data dari hasil penelitian tidak boleh disebarluaskan/digunakan diluar kepentingan ilmiah.
3. Memberikan laporan hasil penelitian pada Bagian Diklat RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
4. Bagian Diklat RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung berhak atas hasil penelitian untuk pengembangan kegiatan pelayanan kepada masyarakat.
5. Kegiatan tersebut dikenakan biaya sesuai Peraturan Gubernur No. 10 Tahun 2015 Tentang Jenis dan Tarif Layanan Kesehatan di RSUD.AM

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih

a.n. DIREKTUR UTAMA  
DIREKTUR DIKLAT & SDM,  
  
dr. ARIF EFFENDI, Sp.KK  
Pembina Utama Muda  
NIP : 19610603 199010 1 002

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)  
UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN  
DENGAN SUBJEK vurnerable  
(INFORMED CONSENT)**

Saya telah membaca atau memperoleh penjelasan, sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah dijawab dengan memuaskan, juga sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikut- sertaannya, maka saya **setuju/tidak setuju<sup>\*)</sup>** ikut dalam penelitian ini, yang berjudul:

Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Infark Miokard Dengan Nyeri Akut Di Ruang Tulip RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019.

Saya dengan sukarela memilih keluarga/adik/istri saya untuk ikut serta dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan siapapun. Saya akan diberikan salinan lembar penjelasan dan formulir persetujuan yang telah saya tandatangani untuk arsip saya.

Saya setuju:

**Ya/Tidak<sup>\*)</sup>**

	Tgl.: 11-06-2019	Tanda tangan (bila tidak bisa dapat digunakan cap jempol)
Nama Istri saya:	Ny. R.	
Usia:	55 Tahun	
Alamat:	Sukabumi	M
Nama Wali:	Tn. R.	
Nama Peneliti:	Elisa Wulan dari	

**PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)  
UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN  
DENGAN SUBJEK vurnerable  
(INFORMED CONSENT)**

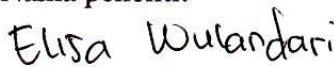
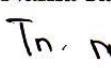
Saya telah membaca atau memperoleh penjelasan, sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah dijawab dengan memuaskan, juga sewaktu-waktu suami/istri/anak dapat mengundurkan diri dari keikut - sertaannya, maka saya **setuju/tidak setuju<sup>\*)</sup>** ikut dalam penelitian ini, yang berjudul:

Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Infark Miokard Dengan Nyeri Akut Di Ruang Tulip RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2019.

Saya dengan sukarela memilih suami/istri/anak saya untuk ikut serta dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan siapapun. Saya akan diberikan salinan lembar penjelasan dan formulir persetujuan yang telah saya tandatangani untuk arsip saya.

Saya setuju:

**Ya/Tidak<sup>\*)</sup>**

	Tgl.: 11 -06 - 2019	Tanda tangan (bila tidak bisa dapat digunakan cap jempol)
Nama suami/istri/anak: Ny. 		
Usia: 40 Tahun		
Alamat: Seputi Rama 9		
Nama peneliti: 		
Nama saksi: 		

**\*) coret yang tidak perlu**



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES**  
**No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2018**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

**LEMBAR KONSULTASI**

**NAMA** : ELISA WULANDARI  
**NIM** : 144012016016  
**PRODI** : DIII KEPERAWATAN  
**PEMBIMBING III** : Ns.TRI WIJAYANTO , M.Kep.,Sp.KMB

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
	Rabu 17 Juli 2019	I - V	<p>verba</p> <p>fee . f</p> <p>sub verba</p>	 



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES  
No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2018**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

**LEMBAR KONSULTASI**

**NAMA : ELISA WULANDARI  
NIM : 144012016016  
PRODI : DIII KEPERAWATAN  
PEMBIMBING III : Ns.TRI WIJAYANTO , M.Kep.,Sp.KMB**

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
	Kamis 16 - 05 / 2019	II, III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki lagi Penulisan</li> <li>- Lengkap Penulisan yang belum lengkap</li> <li>- Ace Bab 1, 2, 3</li> </ul>	
	Kamis 11 / Juli / 2019		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan Tindakan Pemasangan sten.</li> <li>- Tambahkan sesuai metode di literatur klien.</li> <li>- Dikeluarkan ultama jumlah an PQRS</li> <li>- Di riwayat Psikososial spiritual belum lengkap lengkapi lagi</li> <li>- Perbaiki di pula kesehatan</li> <li>- Pemeriksaan fisik Sinkronkan, I APP</li> <li>- Pengkajian diagnostik masukan hasil normal.</li> <li>- Dari hasil pengkajian</li> </ul>	



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES  
No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2018**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

**LEMBAR KONSULTASI**

**NAMA** : ELISA WULANDARI  
**NIM** : 144012016016  
**PRODI** : DIII KEPERAWATAN  
**PEMBIMBING III** : Ns.TRI WIJAYANTO , M.Kep.,Sp.KMB

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
1	Kamis 09/05/2019		<p>Penulisan Sesuai Jurusan.</p> <p>Penjelasan tambahkan dari</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- buku lain</li> <li>- kriteria Inklusi</li> </ul> <p>Herba se Jawa.</p>	
2.	Senin 13/05/2019.		<p>Herba se Jawa.</p>	



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES**  
**No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2017**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

**LEMBAR KONSULTASI**

**NAMA** : ELISA WULANDARI  
**NIM** : 144012016016  
**PRODI** : DIII KEPERAWATAN  
**PEMBIMBING II** : Ns. FITRA PRINGGAYUDA, M.Kep

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
	Sen/15/7/19	1 - 8	<p>Ab yg wsl Ai pwhi</p> <p>sin sdn dr pul</p> <p>Am Jhs</p> <p>Am atls</p>	

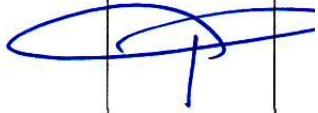


**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES**  
**No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/DIII/2017**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

**LEMBAR KONSULTASI**

**NAMA** : ELISA WULANDARI  
**NIM** : 144012016016  
**PRODI** : DIII KEPERAWATAN  
**PEMBIMBING II** : Ns. FITRA PRINGGAYUDA, M.Kep

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
	8 APRIL 2019	I, II, III	Bu Uji Project -  An Uji Etik	  
	3 Mei 2019		An Uji Etik  pasien berd Sdhi ktr Penulis SS fm	
	08 Juni 2019	IV V	Bu Uji Jurnal	



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES**  
**No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2017**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

**LEMBAR KONSULTASI**

**NAMA** : ELISA WULANDARI  
**NIM** : 144012016016  
**PRODI** : DIII KEPERAWATAN  
**PEMBIMBING II** : Ns. FITRA PRINGGAYUDA, M.Kep

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
	Kamis, 21 / 03 / 2019	II.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penulisan SSI juknis</li> <li>- Tulis Surat / Informasi</li> <li>- Cari tahu daftar pustaka</li> </ul>	
	22/3/19	I, II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penulisan SS juknis</li> <li>- Surat bisnis belum diterima</li> <li>- Penulisan Daftar pustaka SSI juknis</li> </ul>	  <b>HARAP DI PERHA</b> 



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES**  
**No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2017**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

**LEMBAR KONSULTASI**

**NAMA** : ELISA WULANDARI  
**NIM** : 144012016016  
**PRODI** : DIII KEPERAWATAN  
**PEMBIMBING II** : Ns. FITRA PRINGGAYUDA, M.Kep

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
1	18 / 2019 03  13/8/18	I	<p>BAB I</p> <p>Di Buktikan/ Laporkan jurnal Publik -</p> <p><u>Lkya fit fahs</u> <u>masuk ke 1K BAB II</u></p>	
		I.	<p>Pembuktian Simbol ikon</p> <p>Jokowi</p>	



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES  
No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2018**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

**LEMBAR KONSULTASI**

**NAMA** : ELISA WULANDARI  
**NIM** : 144012016016  
**PRODI** : DIII KEPERAWATAN  
**PEMBIMBING I** : Ns. PIRA PRAHMAWATI, S.Kep.,M.Kes

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
	Senin 8 Juli 2019	V	<p>Kesimpulan dan saran diberikan jelas, jelas &amp; tiba-tiba.</p> <hr/> <p>ACC Bab I - V</p> <p>Persiapan sidang kti.</p>	    
	Sabtu 20 Juli 2019	IV	<p>Penjelasan Jawaban &amp; Jawaban Dari Pakar</p> <p>ACC Perbaikan sidang hasil</p>	 



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES  
No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2018**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

**LEMBAR KONSULTASI**

**NAMA** : ELISA WULANDARI  
**NIM** : 144012016016  
**PRODI** : DIII KEPERAWATAN  
**PEMBIMBING I** : Ns. PIRA PRAHMAWATI, S.Kep.,M.Kes

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
	Selasa 25 / 06 / 2019	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki dan Pahami lagi laporan. hsl pengkajian</li> <li>- lihat literatur nya.</li> <li>- Datangn. lab, Penunjang, Terapi</li> </ul>	mf.
	Senin 01 / 07 / 2019	IV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki Pembahasan sesuaikan dengan data pasien</li> </ul>	mf
	Rabu 03 / 07 / 2019	IV V	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki pengujian</li> <li>- Pengujian Nutrisi di Spesipikan lagi</li> <li>- Perbaiki EKG Seruji drg Diagnosis (ST. Elastis)</li> <li>- Perbaiki penulisan</li> </ul>	mf



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES  
No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2018**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

**LEMBAR KONSULTASI**

**NAMA** : ELISA WULANDARI  
**NIM** : 144012016016  
**PRODI** : DIII KEPERAWATAN  
**PEMBIMBING I** : Ns. PIRA PRAHMAWATI, S.Kep.,M.Kes

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
	03 / 2019 05		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan Penelitian Relaksasi Benson</li> <li>- Modifikasi Rencana tindakan kperawatan</li> <li>- Modifikasi Penatalak sanaan Medis</li> </ul> <p style="text-align: right;">M</p>	
	11 / 2019 05		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bab 1</li> <li>2</li> <li>3 } Aku</li> </ul> <p style="text-align: right;">M</p> <p>Zajuan yji Cira</p>	



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES**  
**No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2018**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

**LEMBAR KONSULTASI**

**NAMA** : ELISA WULANDARI  
**NIM** : 144012016016  
**PRODI** : DIII KEPERAWATAN  
**PEMBIMBING I** : Ns. PIRA PRAHMAWATI, S.Kep.,M.Kep

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
7	10 / 2019 09	II	<p>Acc Bab II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan nyeri</li> <li>- Tambahkan lama nyeri Infark miokard</li> <li>- Respon Akibat nyeri Seperti TTV, Perubahan fisik</li> <li>- Implementasi di kaitkan dengan tindakan</li> <li>- Evaluasi ditambah kan HOC.</li> </ul>	  
8	13 / 2019 09		Acc proposal.	



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI  
 SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU  
 PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
 TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES  
 No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2018**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

**LEMBAR KONSULTASI**

**NAMA** : ELISA WULANDARI  
**NIM** : 144012016016  
**PRODI** : DIII KEPERAWATAN  
**PEMBIMBING I** : Ns. PIRA PRAHMAWATI, S.Kep.,M.Kep

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
	05 / 2019 09	III	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dibatasan Istilah</li> <li>Masukan Sumber</li> <li>- Partisipan , dipenulisan dibenarkan , jlnis</li> <li>- kriteria Inklusi diberikan dan ekslusi →</li> <li>- Observasi dan Pemeriksaan fisik dipisah</li> <li>- Masukan jalannya Penelitian.</li> </ul>	 
6	08 / 2019 09	III	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wawancara ditambahkan</li> <li>- Observasi ditambahkan</li> <li>- Pemeriksaan fisik ditambahkan</li> <li>- Dokumentasi ditambahkan</li> <li>- Etik Penelitian di</li> </ul>	



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI  
 SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU  
 PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
 TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES  
 No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2018**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

**LEMBAR KONSULTASI**

**NAMA** : ELISA WULANDARI  
**NIM** : 144012016016  
**PRODI** : DIII KEPERAWATAN  
**PEMBIMBING I** : Ns. PIRA PRAHMAWATI, S.Kep.,M.Kep

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
1	1 / 2019 04	II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penulisan what Jurknis</li> <li>- konsep nyeri dimasukan dalam konsep Asuhan Keperawatan</li> <li>- Cari Tahu Data di leher menunjukan Arus balik cairan dari Jantung karena MCI</li> <li>- Cantumkan Merk dagang di Pencatatan Sanaran medis</li> <li>- Tambahkan diagnosis.</li> </ul>	M
5	5 / 2019 04	II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- konsep nyeri dipersingkat</li> <li>- Nyeri dapat Menyebar ditambahkan</li> <li>- evaluasi dilengkapi</li> </ul>	M



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES  
No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2018**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

**LEMBAR KONSULTASI**

**NAMA : ELISA WULANDARI  
NIM : 144012016016  
PRODI : DIII KEPERAWATAN  
PEMBIMBING I : Ns. PIRA PRAHMAWATI, S.Kep.,M.Kep**

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
3	20 / 2019 03	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyebab MCI karena Nyeri dipersingkat</li> <li>- Penulisan di benarkan</li> <li>- Tambahkan Intervensi yang lengkap</li> </ul>	<i>M</i>
		II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- konsep Penyakit di Pilih</li> <li>- Penulisan seperti spasi , Nomor di benarkan</li> <li>- konsep nyeri dipilih -Pilih kembali</li> <li>- Penulisan nama sumber Memakai huruf awal besar</li> <li>- Penulisan (tah Jurkis</li> </ul>	<i>M</i>
4.	1 / 2019 April	I	Acc Bab I	<i>M</i>



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH PRINGSEWU  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
TERAKREDITASI "B" LAM-PT.KES  
No. SK : 0110/LAM-PT.Kes/Akr/Dip/III/2018**

Alamat : Jalan Makam KH. Ghalib No. 112 Telp/Fax (0729) 22537 Pringsewu Lampung 35373

**LEMBAR KONSULTASI**

**NAMA** : ELISA WULANDARI  
**NIM** : 144012016016  
**PRODI** : DIII KEPERAWATAN  
**PEMBIMBING I** : Ns. PIRA PRAHMAWATI, S.Kep.,M.Keg

NO	HARI/TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	PARAF
1	Selasa 12 / 2019 / 03		Acc Judul Asuhan keperawatan pada Pasien Infark miokard dg masalah nyeri akut	M  f
2	Rabu 20/ 2019. / maret	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penggunaan tanda baca</li> <li>- Jelaskan gejala utama MCI bisa menyebabkan nyeri</li> <li>- Berapa Persen Orang yang meninggal karena ketidakketahuan.</li> <li>- Terlambat penanganan (Jurnal)</li> <li>- kesenjangan di jelaskan.</li> </ul>	M  f