

Lampiran 1**SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep, Sp.KMB
NIDN : 0622087403
Pekerjaan : Dosen

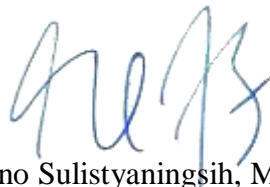
Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Lu'lu Un Nuroniyya
NIM : 48901700040
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada N.y M dengan Post Amputasi Pedis Cruris Sinistra ET Causa Diabetus Melitus Di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 20 April 2020

Pembimbing



Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep, Sp.KMB

NIDN .0622087403

Lampiran 2**SURAT KETERANGAN KONSULTASI**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep, Sp.KMB

NIDN : 0622087403

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Lu'lu Un Nuroniyya

NIM : 48901700040

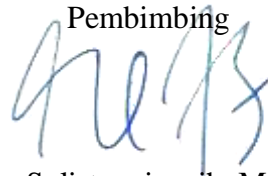
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada N.y M dengan Post Amputasi Pedis Cruris Sinistra ET Causa Diabetus Melitus Di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Menyatakan bahwa mahasiwa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 2 Maret 2020 sampai dengan 11 Mei 2020 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 20 April 2020

Pembimbing



Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep, Sp.KMB

NIDN. 0622087403

Lampiran 3.

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
2020**







NAMA MAHASISWA : Lu'lu Un Nuroniyya





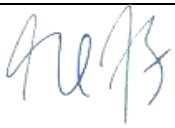
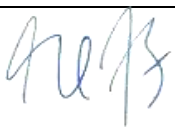
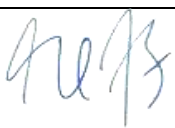
NIM : 48901700040



JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan pada N.y M dengan Post Amputasi Pedis Cruris Sinistra ET Causa Diabetus Melitus Di Ruang Baitussalam 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

PEMBIMBING : Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, M.Kep, Sp.KMB

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD
Senin, 02 Maret 2020	Pengajuan judul	Askep dikonsulkan dengan CI ruangan terlebih dahulu	
Selasa, 10 Maret 2020	Penulisan BAB 1	Cari referensi yang sesuai dengan judul	

Senin, 30 Maret 2020	Revisi BAB 1	Cari prevalensi di RISKESDAS,tujuan dan manfaat disamakan	
Senin, 06 April 2020	Perbaikan tujuan khusus dan manfaat	Samakan dengan teman yang lain	
Jumat, 10 April 2020	Penulisan BAB 2 dan BAB 3	Cari sumber materi di buku maupun literature online lain	
Selasa, 14 April 2020	Perbaikan konsep dasar keperawatan	Penambahan point untuk tujuan khusus	
Sabtu, 18 April 2020	Perbaikan literature	Cari sumber dengan penulis yang lebih berpengalaman dibidangnya	
Minggu, 19 April 2020	Tambahan asuhan keperawatan, analisa data, intervensi, implementasi, evaluasi dibuat narasi	Samakan dengan buku panduan, dan lihat contohnya milik kating	

Sabtu, 25 April 2020	Data penunjang dibuat narasi	Lihat contoh KTI kating	
Rabu, 29 April 2020	Penulisan BAB 4 dan BAB 5	Sesuaikan dengan buku panduan	
Senin, 04 Mei 2020	Perbaikan penutup. Kesimpulan diambil dari tujuan khusus	Sesuaikan dengan tujuan khusus di bab 1	
Selasa, 05 Mei 2020	Penulisan cover serta halaman	Samakan dengan buku panduan	
Rabu, 06 Mei 2020	Perbaikan saran, diambil dari manfaat pada BAB 1	Untuk BAB 2 ambil yang penting – penting saja, BAB 3 dibuat narasi, BAB 5 disamakan dengan BAB 1	
Kamis, 07 Mei 2020	Perbaikan penulisan semua BAB	Diperbaiki tentang penggunaan huruf capital disetiap paragraph	
Senin, 11 Mei 2020	Persiapan sidang	Membuat PPT untuk sidang dan mengirim file kepada penguji	

Senin, 05 Oktober 2020	Revisian KTI	ACC revisian KTI	
Jumat, 09 Oktober 2020	Turnitin	ACC turnitin	

A. Pengkajian keperawatan	
1. Data umum	
a. Identitas klien	
Nama	: Ny. M
Umur	: 89 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan terakhir	: SD
Pekerjaan	: -
Suku / Bangsa	: Indonesia
Alamat	: Bandarlhargo
Diagnosa Medis	: Gangren pada ekstremitas sinistra
Tanggal Masuk	: 25 Februari 2020
b. Identitas Penanggung Jawab	
Nama	: Ny. S
Umur	: 39 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Suku / Bangsa	: Indonesia
Pendidikan terakhir	: SMP
Pekerjaan	: Pedagang
Alamat	: Bandarlhargo
Hubungan dengan klien	: Anak
c. Keluhan Utama	
Klien mengatakan diri pada luka jahit kaki kiri (post-Amputasi). Nyeri seperti menusuk-tusuk. Nyerinya sering timbul sehingga mengganggu aktifitas klien.	
d. Status kesehatan saat ini	
Keluarga klien mengatakan bahwa kaki kiri klien sudah memburu sejak 2 setengah bulan yang lalu, kemudian keluarga klien memeriksakan kondisi klien ke puskesmas Bandarlhargo Semarang, karena tidak ada perubahan, kemudian klien dibawa ke RSUD Piri Sultan Malang Semarang pada tanggal 25 Februari 2020. diantar oleh keluarga klien.	
e. Riwayat kesehatan lalu	
1) Penyakit yang pernah dialami	
Keluarga klien mengatakan klien pernah memiliki riwayat	

Penyakit diabetes mellitus dan stroke.

1) kecelakaan

keluarga klien mengatakan klien tidak pernah mengalami kecelakaan sebelumnya.

2) pernah dirawat

keluarga klien mengatakan klien sebelumnya belum pernah dirawat di puskesmas maupun rumah sakit.

3) alergi

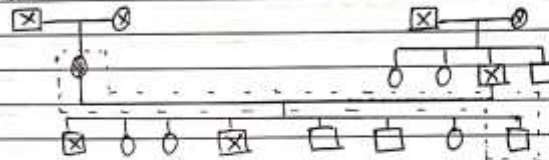
keluarga klien mengatakan klien tidak memiliki alergi.

4) imunisasi

klien mengatakan lupa tentang imunisasi yang pernah dilakukan.

F. riwayat kesehatan keluarga

1) genogram



keterangan:

□ / ⊗ : laki-laki / laki-laki meninggal

○ / ⊗ : perempuan / perempuan meninggal

⊙ : klien perempuan

--- : tinggal serumah

— : hubungan keluarga

2) penyakit yang sedang dialami anggota keluarga

keluarga klien mengatakan bahwa anggota keluarga klien ada yang menderita diabetes mellitus, yaitu anak klien.

3. riwayat kesehatan lingkungan

1) kebersihan rumah dan lingkungan

keluarga klien mengatakan lingkungan rumah klien cukup bersih, keluarga selalu menjaga kebersihan rumah dan lingkungan rumahnya.

2) kemungkinan terjadinya bahaya

keluarga klien mengatakan disekitar rumah tidak ada kemungkinan terjadi bahaya.

4. pola kesehatan fungsional

a. pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

sebelum sakit klien mengatakan sering hari mengonsumsi minuman manis seperti teh dan susu. klien mengatakan jarang mengonsumsi air putih. klien tidak mengetahui tentang pola

makan penderita diabetes melitus. Jika sakit klien selalu memertanyakan kesehatannya di puskesmas terdekat. Selama sakit klien mengatakan emas akan penyakitnya. Klien mengatakan ingin cepat pulang dan berkumpul dengan keluarga seperti biasanya. Klien menuruti pola makan atau diet yang dibuktikan rumah sakit.

b. pola nutrisi dan metabolisme

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa makan 3x sehari dengan menu nasi lauk pauk dan sayuran. Klien menyukai semua jenis makanan, klien tidak mempunyai alergi terhadap makanan tertentu. Klien tidak pernah minum minuman manis seperti teh dan susu. Berat badan klien 48 kg. Klien mengatakan selama sakit makan 3x sehari dan rumah sakit (TM DN) dan tidak dihabiskan setengah porsi. Minum dengan minuman yang disediakan keluarga dan rumah sakit.

c. pola eliminasi

Klien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit klien biasa BAB 1x setiap hari dengan karakteristik feses lunak berbentuk warna kuning, bau khas, klien biasa BAK 2-3x sehari dengan karakteristik urine jernih kekuningan. Klien mengatakan saat dirawat di rumah sakit klien BAB tidak tentu, BAK menggunakan DC.

d. pola aktivitas

Klien mengatakan sebelum sakit klien beraktivitas secara mandiri dan tidak membantu orang lain, namun selama sakit klien mengatakan hanya bisa bergasing ditempat tidur, karena kaki kiri klien masih terasa nyeri pada luka post op. amputasi saat makan dan minum klien dibantu oleh keluarga.

e. pola tidur dan istirahat

Klien mengatakan sebelum sakit klien biasa tidur 7 jam per hari, klien tidak pernah mengonsumsi obat tidur, namun saat sakit klien mengatakan tidak dapat tidur karena nyeri yang dirasakan. Klien tidak bisa tidur dalam waktu yang cukup, hanya tidur sebentar dan mudah terbangun lagi. Dalam sehari klien hanya tidur 1-3-4 jam saja.

f. pola perseptual dan kognitif

perhatian dan pendengaran klien kurang (faktor usia), klien mampu mengingat dengan cukup baik. pengecap dan penciuman klien berfungsi dengan baik. klien mengatakan merasakan nyeri

P: Nyeri bertambah saat kaki kiri ditekan / mencoba bergerak

G: Nyeri seperti ditusuk-tusuk

K: kaki kiri (bada luka post. op amputasi)

S: 6

T: hilang timbul

g. pola persepsi dan konsep diri

a. gambaran diri

klien mengatakan klien bisa menerima dengan luhur keadaan fisik tubuhnya saat ini.

b. Harga diri

klien mengatakan harga dirinya berkurang karena kaki kirinya di amputasi.

c. peran

klien mengatakan perannya saat ini adalah sebagai seorang ibu.

d. ideal diri

klien mengatakan ingin cepat pulang dan berkumpul dengan keluarganya.

e. identitas

klien mengatakan menyadari identitasnya sebagai seorang ibu dan anak-anaknya.

h. pola peran dan hubungan

klien mengatakan perannya saat ini adalah seorang ibu.

Hubungan klien dengan orang terdekat tidak mengalami masalah. setelah dirawat di rumah sakit klien akan menjaga kondisinya saat ini dan akan selalu mengontrol kesehatannya. saat di rumah sakit klien juga berinteraksi baik dengan perawat dan tenaga medis lainnya.

i. pola reproduksi dan seksualitas

klien sudah menikah satu kali, memiliki 3 orang anak, klien mengatakan tidak pernah memiliki riwayat gangguan reproduksi, namun sekarang klien sudah menopause.

J. Pola berpikir dan stress

Klien mengatakan apabila ada masalah pasti diatalkankan dengan keluarga dan anak-anaknya. Klien menyelesaikan masalah dengan musyawarah. Klien terlihat cemas akan sakit yang dideritanya.

K. Pola nilai dan kepercayaan

Klien mengatakan beragama Islam dan selalu taat dalam menjalankan kewajiban sholatnya.

3. Pemeriksaan fisik (head to toe)

A. Kesadaran

composmentis

B. Penampilan

Klien terlihat cemas dan pucat

C. Vital sign

1) suhu tubuh : 36,0°C

2) TD : 123/70mmHg

3) RR : 20¹/menit

4) N : 80¹/menit

d. Kepala

Bentuk kepala M. rospai, rambut warna putih, bersih, kulit kepala bersih tidak berketombe, tidak ada les.

e. Mata

penglihatan sedikit kabur, konjungtiva tidak anemis

f. Hidung

Bersih, tidak ada sekret, fungsi penciuman normal, terpasang kanul Co.

g. Mulut

Lidah bersih, warna gusi sedikit kuning, gusi tidak ada peradangan, tidak ada gangguan menelan.

h. Telinga

Bersih, simetris, tidak menggunakan alat bantu dengar

i. Dada

Jantung : I : Ictus cordis tampak

P : Ictus cordis teraba

P : Suara redup

A : Bunyi teratur

paru-paru : I : Simetris, perkembangan dada kanan-kiri sama

P : Vocal fremitus kanan dan kiri sama

P : Suara sonor

A : Bunyi perkusi tidak ada hambatan

J. Abdomen : I : bentuk asimetris, tidak ada antras

A : Peristaltik usus 12x/menit

P : Tympani kuadran 1,2,3,4

D : Tidak ada nyeri tekan

K. Genitalia :

Tidak ada kelainan, terpasang DC, tidak ada luka

L - Ekstremitas

Atas : tangan kanan terpasang infuse RL 20tpm, tidak ada edema

Bawah : pada ekstremitas bawah luka post amputasi atas lutut sebelah kiri yang menyebabkan klien kesakitan.

M. Kulit

Kulit bersih, warna sawo matang, tidak ada leka, turgor kulit baik.

4. Data Penunjang

▲ Pemeriksaan Laboratorium Klinik

No. RM : 014 07318

Nama klien : NY. M

Tanggal pemeriksaan : 29/02/2020 10:47

Waktu sampling : 29/02/2020 10:45

Waktu cetak : 29/02/2020 14:28

Pemeriksaan	Hati	Nilai rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGY				
Hemoglobin	12,1	11,7 - 14,5	g/dl	
Hematokrit	36,1	33 - 45	%	
Leukosit	27,47	H 3,6 - 11,0	nbu/uL	sesuai SAPT
trombosit	247	150 - 440	nbu/uL	
GA Darah / Ph	B/Mohtf		-	
APTT / PTTK	27,8	21,9 - 28,0	Detik	
Kontrol	25,3	21,0 - 28,4	Detik	
PPT	10,7	9,3 - 11,4	Detik	
Kontrol	10,6	9,3 - 12,5	Detik	
(IMUNOSEBLOGY				
HBsAg Kuantitatif	Non reaktif	Non reaktif	-	
KIMIA				
Gula Darah Sewaktu	68	75 - 110	Mg/dl	
Ureum	49	10 - 50	mg/dl	
Creatinin Darah	0,61	0,6 - 1,1	mg/dl	
Na, K, Cl				
Natrium	129,6	135 - 147	mmol/L	
Kalium	4,60	3,5 - 5	mmol/L	
Chloride	99,2	95 - 105	mmol/L	

b. terapi					
IV					
- ceftriaxone 1x jar					
- ketorolac 30mg 3x1x					
- K ₁ 20pin					
Oral					
- levofloxacin 1x500mg					
- ibuprofen 3x400mg					
- Aspilet 1x30mg					
c. DDI yang diperoleh					
jenis DDI = DDI					
beduk : Lunak (rim) pte Oral					
frekuensi : 3x makan 2x selingan					
d. Analisa Data					
tgl/jam	Data fokus	Problema	Etiologi	non symptom	TTD
26/02/2020 08.00	D ₁ : klien mengatakan merasa nyeri P : Nyeri bertambah sakit kaki kiri Alipagarang R : Nyeri seperti ditukuk- tuki K : Kaki kiri (luka post- op amputasi) S, G T : Hilang timbul D ₀ : -klien tampak menngas - Menahan nyeri - klien tampak gelisah TD : 103/70 mmHg RR : 20 ¹ /menit S : 36,0 °C K : 80 ¹ /menit	Nyeri Akut	Agen perlede- -kan fisik (Am- putasi)	Mengeluh nyeri. Tampak menngas Gelisah, sulit tidur	
26/02/2020 08.15	D ₁ : klien mengatakan tidak dapat tidur karena nyeri yg dilak- sakan. klien hanya	Gangguan pola tidur	gangguan (sera- pehik)	Mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur mengeluh ismra-	

			tidur sebentar kemudian terbangun lagi, kien hanya tidur ± 3 jam dalam sehari. kien mengatakan tidak puas tidur dan istirahatnya tidak cukup			hai tidak cukup											
			Da : tampak kantung mata pada bawah mata kien kien terlihat malas dan pucat														
<p>C. Diagnosa keperawatan dan prioritas keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik (amputasi) dibuktikan dengan meneluh nyeri, tampak merangis, gelisah, sulit tidur. 2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan gangguan (kompresi) dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh istirahat tidak cukup 																	
<p>D. Intervensi keperawatan</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tgl / Jam</th> <th>Diagnosa Keperawatan</th> <th>Tujuan dan kriteria hasil</th> <th>Intervensi</th> <th>TTD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>26/02/2020</td> <td>Nyeri Akut b-d Agen perodura fisik (amputasi)</td> <td>Setelah dilakukan intervensi Keperawatan selama 3x 24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. keluhan nyeri menurun 2. Merangis Menurun 3. Gelisah Menurun 4. kesulitan tidur menurun</td> <td>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri dan skala nyeri 2. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dg pencahayaan dan suhu ruang nyaman 3. Gunakan pakaian longgar 4. Demonsstrasikan dan latih teknik relaksasi (nafas dalam dan efektif) 5. kolaborasi pemberian analgetik</td> <td>Ad</td> </tr> </tbody> </table>								Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	TTD	26/02/2020	Nyeri Akut b-d Agen perodura fisik (amputasi)	Setelah dilakukan intervensi Keperawatan selama 3x 24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. keluhan nyeri menurun 2. Merangis Menurun 3. Gelisah Menurun 4. kesulitan tidur menurun	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri dan skala nyeri 2. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dg pencahayaan dan suhu ruang nyaman 3. Gunakan pakaian longgar 4. Demonsstrasikan dan latih teknik relaksasi (nafas dalam dan efektif) 5. kolaborasi pemberian analgetik	Ad
Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	TTD													
26/02/2020	Nyeri Akut b-d Agen perodura fisik (amputasi)	Setelah dilakukan intervensi Keperawatan selama 3x 24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. keluhan nyeri menurun 2. Merangis Menurun 3. Gelisah Menurun 4. kesulitan tidur menurun	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri dan skala nyeri 2. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dg pencahayaan dan suhu ruang nyaman 3. Gunakan pakaian longgar 4. Demonsstrasikan dan latih teknik relaksasi (nafas dalam dan efektif) 5. kolaborasi pemberian analgetik	Ad													

26/02/2020	gangguan pola tidur berhubungan dengan somnia (resapcutt)	Setelah dilakukan intervensi di keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan kondisi pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. keluhan sumbu tidur menurun 2. keluhan tidak puas tidur menurun 3. keluhan insomnia tidak cukup menurun	1. Ventilasi pola tidur baik dan teratur 2. Modifikasi lingkungan (pencahayaan dan suhu) 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) 4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama rawat	
------------	---	---	---	--

E. Implementasi

Waktu	Daerah	Implementasi	Person Klien	TTD	
26/02/2020	08-10	Agar penderita fisik (Amputasi)	1. menyuntikkan lokal, karakter- istik, dasar, frekuensi, kualitas Intensitas dan skala nyeri	D ₁ : klien mengatakan merasakan nyeri P : Nyeri bertambah saat kaki kiri dipegang S : Nyeri seperti ditusuk tusuk K : kaki kiri (Luka jahit post op- Amputasi) S : C T : Hilang Timbul D ₀ : Klien tampak merasa menahan nyeri - Klien tampak gelisah	
		2. Menanyakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang yang nyaman	D ₁ : Klien Mengatakan Nyaman saat AC di matikan dan lampu dimatikan D ₀ : Klien terlihat nyaman dan lingkungan tenang.		

	08.00		3. Mengukurakan pakaian longgar	<p>Do: klien bersedia memakai pakaian longgar.</p> <p>Do: klien terlihat sudah memakai pakaian longgar</p>	dit
	09.10		4. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (Nafas dalam dan berdehkir)	<p>Do: klien mengatakan bersedia diajarkan teknik relaksasi (Nafas dalam dan berdehkir)</p> <p>Do: klien tampak lebih rileks dan nyaman.</p>	dit
	11.30		5. Mengkolaborasi pemberian analgetik (ketorolac 30mg)	<p>Do: -</p> <p>Do: klien terlihat sudah diberikan obat ketorolac 30mg melalui intravena</p>	dit
	11.45	Badan dan tidur bd gangguan (respiratik)	6. mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	<p>Do: Klien mengatakan tidak dapat tidur karena nyeri yang dirasakan. Klien mengatakan tidak puas tidur dan istirahatnya tidak cukup</p> <p>Tidur siang: 13.00-14.00</p> <p>Tidur malam: 01.00-03.00</p> <p>Do: klien tampak lemas, terlihat kantong mata pada bawah mata klien.</p>	dit

	11.55		2. Memodifikasi lingkungan (pencahayaan dan suhu)	Do: klien mengatakan lebih nyaman apabila lampu dinyalakan dan AC dimatikan Do: klien terlihat lebih tenang dan nyaman	dit
	12.00		3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)	Do: klien mengatakan lebih nyaman dengan posisi miring kiri saat tidur. Do: klien terlihat berbaring miring ke arah kiri.	dit
	12.15		4. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	Do: klien dan keluarga klien bersedia diberikan edukasi mengenai pentingnya tidur cukup selama sakit. Do: klien dan keluarga klien sudah memahami edukasi yang diberikan oleh perawat.	dit
12.00	12/02/2020	Nyien Akut b-d Agen peredaran fisik	1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kuantitas, intensitas dan skala nyien	Do: klien mengatakan masih merasakan nyeri P: Nyeri saat dipegang dan saat mencoba bergerak Q: Nyeri seperti ditumbuk. R: Nyeri seperti ditumbuk. S: Nyeri seperti ditumbuk. T: Nyeri seperti ditumbuk. U: Nyeri seperti ditumbuk. V: Nyeri seperti ditumbuk. W: Nyeri seperti ditumbuk. X: Nyeri seperti ditumbuk. Y: Nyeri seperti ditumbuk. Z: Nyeri seperti ditumbuk.	dit
				S: 5 T: Hiang Timbul	

			Do : klien menunjukkan ekspresi menahenyen, klien terlihat purat
08-10		2. menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang yang nyaman	Di : klien mengatakan nyaman saat AC dimatikan lampu dimatikan Do : klien terlihat ageman dan lingkungan tenang
08-15		3. Menggunakan pakatan longgar	Di : klien mengatakan bersedia memakai pakatan longgar Do : klien terlihat sudah memakai pakatan longgar
08-20		4. Mendemonstrasikan dan melatih teknik relaksasi (Nafas dalam dan berdetak)	Di : klien mengatakan bersedia diajarkan teknik relaksasi (Nafas dalam dan berdetak) Do : klien tampak lebih rileks, klien dapat mengulangi sendiri apa yang telah diajarkan perawat (tarik nafas dalam dan berdetak)
08-30		5. Mengkolaborasi pemberian analgetik (keformiac 30mg)	Di : - Do : klien tampak sudah diberikan analgetik (keformiac 30mg) melalui intravena
10-45	Gangguan pola tidur b.d gangguan (traumatis)	6. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	Di : klien mengatakan sudah dipi tidur meskipun kadang mudah terbangun. Dalam sehari klien tidur ± 5 jam.

				Do: klien masih terlihat lemas dan pucat	
	12-10		2. Memodifikasi lingkungan (pencahayaan dan suhu)	Di: klien mengatakan lebih nyaman saat ruangan terang dan AC dimatikan Do: klien terlihat tenang dan nyaman	f
	12-45		3. melakukan prosedur (untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi))	Di: Klien mengatakan nyaman pada posisi terlentang. Do: Klien terlihat pada posisi terlentang dan memegang mata.	f
	13-50		4. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	Di: - Do: klien dan keluarga dapat mengulang kembali apa yang telah dijelaskan oleh perawat.	f
09-10	10/01/2020	Nyeri Akut b.d Agen percedera frk. (Amputasi)	1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan skala nyeri.	Di: klien mengatakan masih merasakan nyeri P: Nyeri saat dipanggang B: Nyeri spi dihuruk-huruk I: pada kaki kiri luka jahit post op. (Amputasi) C: 3 T: hilang timbul Do: klien terlihat menahan nyeri yang dirasakan pada kaki kirinya.	f
	09-15		2. menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang yg nyaman	Di: Klien mengatakan nyaman saat ruangan terang dan AC dimatikan Do: Klien terlihat	f

				nyaman dan nyaman	
09-25			3. Mengukurakan pakaian longgar	Di: Klien mengatakan bersedia memakai pakaian longgar Do: Klien terlihat sudah memakai pakaian longgar	f
09-30			4. Mendemonstrasikan dan melatih teknik relaksasi (Nafas dalam dan berdekapir)	Di: Klien mengatakan bersedia diajarkan teknik relaksasi (Nafas dalam dan berdekapir) Do: Klien tampak dapat mengulangi sendiri teknik relaksasi yang diajarkan pesawat, klien terlihat lebih rileks.	f
11-30			5. Mengkolaborasi pemberian analgetik (Ketorolac 30mg)	Di: - Do: Klien terlihat sudah diberikan analgetik (Ketorolac 30mg) melalui intravena	f
12-15	Gangguan pola tidur dan gangguan (farmakologi)		1. mengidentifikasi pola tidur dan aktivitas	Di: Klien mengatakan sudah dapat tidur dengan waktu yg cukup, tidur siang : 13.00-14.00 tidur malam : 22.00-09.00 Do: Klien tampak lebih segar dan sebelumnya.	f
12-30			2. Memodifikasi lingkungan (pencahayaann dan suhu)	Di: Klien mengatakan lebih nyaman saat ruangan terang dan AC dimatikan	f

				Do: klien terlihat tenang dan nyaman
	12.40	3. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)	Di: klien mengatakan nyaman pada posisi dengan duduk	Do: klien terlihat pada posisi (semi Fowler)
	12.50	4. Mengevaluasi tingkatnya tidur cukup selama sakit	Di: - Di: Klien dan keluarga Abah mengeluh kembali apa yang telah dijelaskan oleh perawat	

f. Evaluasi

Waktu	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	TTD
11.40	Nyeri akut b.d. nyeri pencedera: Fraktur Campuhan	S: Klien mengatakan merasakan nyeri P: Nyeri bertambah saat bergerak G: Nyeri seperti ditusuk-tusuk K: Nyeri pada kaki kiri (luka, jahit dan op. Amputasi) S: G T: Hilang timbul O: - Klien tampak mengerut menahan nyeri - Klien tampak gelisah A: Masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi	f
11.30	Gangguan pola tidur b.d. gangguan (terapeutik)	S: Klien mengatakan tidak dapat tidur karena nyeri yang dirasakan. Klien mengatakan tidak puas tidur dan istirahatnya tidak cukup. Klien hanya tidur ± 3 jam dalam sehari revisi siang: 12.00 - 14.00 tidur malam: 01.00 - 03.00	f

			<p>O : klien tampak lemas dan pucat, terlihat kantong mata pada bawah mata kanan.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
11-40	27/02/2020	Nyien Akut b.d Agen prosedur fisik (Amputasi)	<p>S : Klien mengatakan masih merasakan nyeri</p> <p>P : Nyien saat dibuang</p> <p>A : Nyien seperti ditusuk-tusuk</p> <p>K : Nyien pada kaki kiri (Luka jahit post op. Amputasi)</p> <p>S : 5</p> <p>T : Hilang Timbul</p> <p>O : Klien terlihat pucat, merasa merahan nyien.</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	f
11-30		Gangguan pola tidur b.d gangguan (terapeutik)	<p>S : Klien mengatakan sudah dapat tidur meskipun kadang mudah terbangun namun sehat klien tidur 5 jam.</p> <p>O : klien masih terlihat lemas dan pucat</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	f
11-40	28/02/20	Nyien Akut b.d Agen prosedur fisik (Amputasi)	<p>S : klien mengatakan masih merasakan nyeri</p> <p>P : Nyien saat dibuang</p> <p>A : Nyien seperti ditusuk-tusuk</p> <p>K : Nyien pada kaki kiri (Luka jahit post op. Amputasi)</p> <p>S : 3</p> <p>T : Hilang Timbul</p> <p>O : klien terlihat merahan nyien yang dirasakan pada kaki kirinya</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p>	f
11-30		Gangguan pola tidur b.d gangguan (terapeutik)	<p>S : Klien mengatakan sudah dapat tidur dengan waktu yang cukup.</p> <p>Tidur siang : 13.00 - 14.00 WIB</p> <p>Tidur malam : 22.00 - 04.00 WIB</p>	f

