

**KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn A.N DENGAN COMBUTIO  
DIRUANG ASOKA RSUD PROF DR W.Z YOHANES KUPANG”**

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



**OTAN OCTAVIANUS LEDOH**

**PO.530320116271**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**

**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**PRODI DIII KEPERAWATAN**

**TAHUN 2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.A.T DENGAN COMBUTIO  
DIRUANG ASOKA RSUD PROF.DR.W.Z YOHANES KUPANG**



**OLEH**

**OTAN OCTAVIANUS LEDOH**

**PO.530320116271**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI DIII KEPERAWATAN  
TAHUN 2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

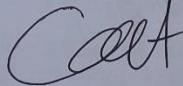
Nama : Otan Octavianus Ledoh  
NIM : PO.530320116271  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

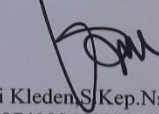
Kupang, 10 Juni 2019

Pembuat Pernyataan



Otan Octavianus Ledoh  
PO.530320116271

Mengetahui  
Pembimbing

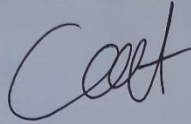


Simon Sani Kleden S.Kep.Ns.M.Kep  
NIP. 197409061997032005

## LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Otan Octavianus Ledoh NIM: PO.530320116271  
dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn A.N Dengan Combutio di Ruang  
Asoka RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG"

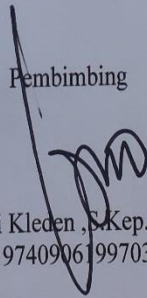
Disusun oleh



Otan Octavianus Ledoh  
PO.530320116271

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Didepan Dewan Penguji Prodi D III  
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada tanggal, 10 Juni 2019

Pembimbing



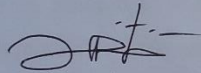
Simon Sani Kleden, S.Kep.Ns.M.Kep  
NIP. 197409061997032005

LEMBARAN PENGESAHAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Otan Octavianus Ledoh NIM: PO.530320116271 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn A.N Dengan Combutio di Ruang Asoka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 10 Juni 2019

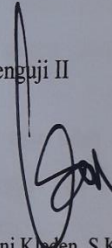
Dewan Penguji

Penguji I



Febtian Cendradevi Nugroho, S.Kep, Ns, MSN  
NIP. 19910212201922001

Penguji II



Simon Sani Kloden, S.Kep, Ns, M.Kep  
NIP. 197409061997032005

Mengesahkan

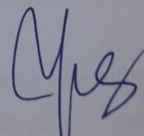
Ketua Jurusan Keperawatan


Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes  
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Program Studi

Margaretha Telk, S.Kep., Ns., MSc-PH  
NIP. 19770727 200003 2 002

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dalam penyelesaian Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Combutio Pada Tn. A.T di Ruang Asoka Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang” tanggal 27-30Mei2018.

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka perkenankan pada saat ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Simon Sani Kleden S.Kep Ns., M.Kep selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
2. Ibu Febtiana Candradevi Nugroho S.Kep.,Ns., MSN selaku penguji institusi yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan Studi Kasus ini.
3. Ibu Yanti Ataupah S.kep.,Ns selaku penguji klinik yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama praktik di Ruangan Asoka RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
4. Direktur Poltekes Kemenkes Kupang Ibu R.H. kristiani, SKM,M.kes pada periode 2018/2022 selaku pelindung dalam ujian akhir program mahasiswa/mahasiswi Prodi DIII Keperawatan.
5. Bapak Dr. Florentianus Tat., SKp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang bersedia menjadi penanggung jawab kegiatan ujian akhir program.
6. Ibu Margareta Teli, S.kep,Ns,MSc, PH selaku ketua prodi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang bersedia menjadi koordinator kegiatan ujian akhir program.
7. Seluruh dosen, staf dan tenaga kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

8. Buat Bapak, Mama, Kakak, Adik ,dan semua bersaudara yang senantiasa mendukung dan mendoakan penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Studi Kasus ini.
9. Buat Saint, Rio ,Jhoni, nifron, yuland, Ardy, Alvi dan teman Boy terhormat yang selalu mendukung, mendoakan dan membantu sehingga penulis dapat menyelesaikan Studi Kasus ini.
10. Teman-teman *Kep 25 A* untuk segala bentuk dukungan dan doanya sehingga penulis dapat menyelesaikan Studi Kasus ini.

Penulis menyadari sepenuhnya Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, semoga karya tulis ilmiah ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran dalam dunia pendidikan.

Kupang, 10 Juni 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
Halaman Judul .....	i
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar .....	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan .....	iii
Lembar Persetujuan .....	iv
Lembar pengesahan .....	v
Kata Pengantar .....	vi
Daftar Isi .....	viii
Daftar Lampiran .....	x
Biodata .....	xi
Abstrak.....	xii
<b>Bab I Pendahuluan</b>	
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Tujuan Penulisan.....	2
1.3 Manfaat .....	3
<b>Bab II Tinjauan Pustaka</b>	
2.1 Konsep Teori .....	4
2.1.1 Pengertian combustio .....	4
2.1.2 Etiologi combustio.....	5
2.1.3 Jenis-Jenis combustio .....	7
2.1.4 Patofisiologi dan Pathway .....	10
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	15
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	17
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	18
2.2.1 Pengkajian .....	19
2.2.2 Diagnosa .....	20
2.2.3 Intervensi .....	21
2.2.4 Implementasi .....	22
2.2.5 Evaluasi .....	23



Bab III Hasil Studi Kasus dan Pembahasan	
3.1 Hasil Studi Kasus .....	24
3.1.1 Pengkajian .....	25
3.1.2 Diagnosa .....	26
3.1.3 Intervensi .....	27
3.1.4 Implementasi .....	28
3.1.5 Evaluasi .....	28
3.2 Pembahasan .....	29
3.2.1 Pengkajian .....	29
3.2.2 Diagnosa .....	30
3.2.3 Intervensi .....	31
3.2.4 Implementasi .....	32
3.2.5 Evaluasi .....	34
Bab IV Penutup	
4.1 Kesimpulan .....	35
4.2 Saran .....	35
4.3 Keterbatasan Studi Kasus .....	35
Daftar Pustaka .....	36
Lampiran	

## **BIODATA PENULIS**

Nama : OtanOctavianusLedoh

Tempat / Tanggal Lahir : Rote ,31 Oktober 1997

Jenis Kelamin : Laki-laki

Alamat : Naimata,JlManafe Ufi

Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD GMT Ingguinak 2010

2. Tamat SMPN 1 Rote Barat Laut 2013

3. Tamat SMAN 1 Rote Barat Laut 2016

4. Sejak tahun 2016 kuliah di program studi D III  
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes  
Kupang

### **Motto**

**“Mulailah dimana Anda berada & selesaikan apa yang Anda sudah mulai”**

## **ABSTRAK**

**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**

**Jurusan Keperawatan**

**Karya tulis ilmiah, 10 Juni 2019**

**Nama : Otan Octavianus Ledoh**

**NIM : PO.530320116271**

Combutio merupakan kerusakan pada kulit yang disebabkan oleh panas, kimia atau radioaktif. Combutio atau luka bakar disebabkan oleh perpindahan energi dari sumber panas ke tubuh. Sehingga dibutuhkan peran tenaga kesehatan dalam hal ini perawat agar dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat combutio dengan melakukan asuhan keperawatan secara menyeluruh bagi penderita dimulai Dari upaya promotif, preventive, curative dan rehabilitative. Tujuan Dari penulisan ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada masalah combutio yang terjadi di Ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. Metode yang digunakan dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah dengan menggunakan anamnesis dan pemeriksaan fisik secara langsung. Hasil Dari Karya Tulis Ilmiah ini adalah diharapkan agar masyarakat dapat membantu mengurangi angka kesakitan dan kematian yang diakibatkan oleh combutio yang terjadi pada pasien. Kesimpulan Dari Karya Tulis Ilmiah ini adalah angka kesakitan dan kematian akibat combutio yang terjadi pada pasien dapat diminimalkan dengan melakukan upaya promotif dengan penyuluhan kesehatan, perawatan luka dengan teknik steril, dan manajemen nyeri.

**Kata kunci:** combutio, Asuhan Keperawatan, Medikal Bedah.

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar belakang

Luka bakar merupakan luka yang disebabkan oleh terpajannya kulit dengan api, suhu tinggi, listrik, radiasi maupun bahan kimia sehingga membuat integritas kulit menjadi terganggu atau rusak. (Suriadi & Rita 2006)

Kurang lebih 2,5 juta orang mengalami luka bakar di Amerika setiap tahunnya. dari kelompok ini, 200.000 orang memerlukan penanganan rawat jalan dan 100.000 orang dirawat di rumah sakit. Sekitar 12.000 orang meninggal setiap tahunnya akibat luka dan cedera inhalasi yang berhubungan dengan luka bakar. Lebih separuh dari kasus luka bakar yang dirawat di rumah sakit seharusnya dapat dicegah. (brunner & suddart, 2002)

Berdasarkan data dari departemen kesehatan RI (2008), prevalensi luka bakar di Indonesia adalah 2,2%. Menurut tim pusbankes 118 persi diy (2012) angka kematian akibat luka bakar di Indonesia berkisar 37-39%.

Di Indonesia angka kejadian luka bakar cukup tinggi, lebih dari 250 jiwa per tahun meninggal akibat luka bakar. dikarenakan jumlah anak-anak cukup tinggi di Indonesia serta ketidakpercayaan anak-anak untuk menghindari terjadinya kebakaran, maka usia anak-anak menyumbang kematian tertinggi akibat luka bakar di Indonesia.

Di Nusa Tenggara Timur, di RSUD Prof Dr., W.Z Yohanes Kupang khususnya ruang Asoka di tahun 2018 terdapat 3 pasien luka bakar dan di 2019 dari Januari sampai tanggal 27 Mei baru terdapat 1 pasien dengan luka bakar.

Perawatan luka bakar memerlukan waktu yang lama, kadang perlu operasi yang berulang kali dan meskipun sembuh bisa menimbulkan kecacatan yang menetap. sehingga penanganan luka bakar sebaiknya dikelola oleh tim trauma yang terdiri dari tim spesialis bedah.

Komplikasi yang sering terjadi pada pasien luka bakar adalah syok, kekurangan volume cairan dan elektrolit, hipermetabolisme, infeksi, masalah

pernapasan akut dan juga kematian .pada luka bakar yang luas dapat juga terjadi kecacatan dan depresi.

Asuhan keperawatan Combutio mencakup masalah keperawatan yang di fokuskan yaitu 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera kimiawi(luka bakar), 2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit (luka bakar), 3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas, Tindakan keperawatan dilaksanakan tentang combutio yaitu proses keperawatan mulai dari pengkajian kasus, Analisa data, Prioritas diagnosa, Rencana tindakan keperawatn, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi

Sebagai salah satu upaya meningkatkan ketrampilan perawat dalam merawat pasien dengan luka bakar maka penulis tertarik untuk menulis tentang “asuhan keperawatan dengan gangguan sistem integumen padaTn. A.T dengan luka bakar grade II-III” dalam Karya Tulis Ilmiah

## **1.2 Tujuan penulisan**

### **1.2.1 Tujuan umum**

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif dan memiliki ketrampilan dasar praktik klinik “merawat luka” pada pasien gangguan sistem integumen dengan luka bakar grade II-III dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan

### **1.2.2 Tujuan Khusus**

- 1) Mahasiswa mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada klien dengan luka bakar di RSUD prof dr. W.z Yohanes kupang
- 2) Mahasiswa mampu menentukandiagnosa keperawatan pada klien dengan luka bakar di RSUD prof dr. w.z Yohanes kupang
- 3) Mahasiswa mampu menentukan intervensi keperawatan pada klien dengan luka bakar di RSUD prof dr. w.z Yohanes kupang
- 4) Mahasiswa mampu melakukan implementasi pada klien dengan luka bakar di RSUD prof dr. w.z Yohanes kupang
- 5) Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien dengan luka bakar di RSUD prof dr. w.z Yohanes kupang

### **1.3 Manfaat**

#### 1.3.1 Bagi penulis

Menambah wawasan dalam melaksanakan praktik keperawatan medikal bedah yang dapat dipakai sebagai acuan dalam bekerja.

#### 1.3.2 Bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Diharapkan dapat menjadi bahan /referensi bagi perpustakaan dan pedoman atau acuan bagi peneliti selanjutnya

#### 1.3.3 Bagi masyarakat

Diharapkan studi kasus ini dapat menjadi sarana untuk mengetahui status kesehatan medikal bedah di ruang AsokaRSUD prof dr. w.z Yohanes kupang.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Luka Bakar**

##### **2.1.1 Pengertian**

Luka bakar adalah perlukaan yang disebabkan karena kontak atau terpapar dengan zat termal, Chemical, elektrik, atau radiasi yang menyebabkan luka bakar (Luckmanandsorensen”s, 1993)

Luka bakar adalah sejenis cedera pada daging atau kulit yang disebabkan oleh panas, listrik, zat kimia, gesekan atau radiasi. Luka bakar yang hanya mempengaruhi kulit bagian luar dikenal dengan luka bakar superfisial atau derajat 1. Bila cedera menebus beberapa lapisan dibawahnya, hal ini disebut luka bakar sebagian lapisan kulit luar atau derajat II. Pada luka bakar yang mengenai seluruh lapisan kulit atau derajat III, cedera meluas ke seluruh lapisan kulit. Sedangkan luka bakar derajat IV melibatkan cedera ke jaringan yang lebih dalam, seperti otot atau tulang. (Wikipedia)

Luka bakar merupakan perlukaan pada daerah kulit dan jaringan epitel lainnya (Donna, 1991).

##### **2.1.2 Etiologi**

Luka bakar disebabkan oleh dari sumber panas ke tubuh. Panas tersebut mungkin di pindahkan melalui konduksi atau radiasi elektromagnetik. Berbagai faktor dapat menjadi penyebab luka bakar, beratnya luka bakar juga dipengaruhi oleh cara dan lamanya kontak dengan sumber panas (misalnya suhu benda yang membakar, jenis pakaian yang terbakar, sumber panas: api, air panas dan minyak panas), listrik, zat kimia, radiasi, kondisi ruangan saat terjadi kebakaran dan ruangan yang tertutup. Faktor yang mempengaruhi beratnya luka bakar antara lain :

- 1) Keluasan luka bakar
- 2) Kedalaman luka bakar
- 3) Umur pasien
- 4) Agen penyebab
- 5) Fraktur atau luka lain yang menyertai

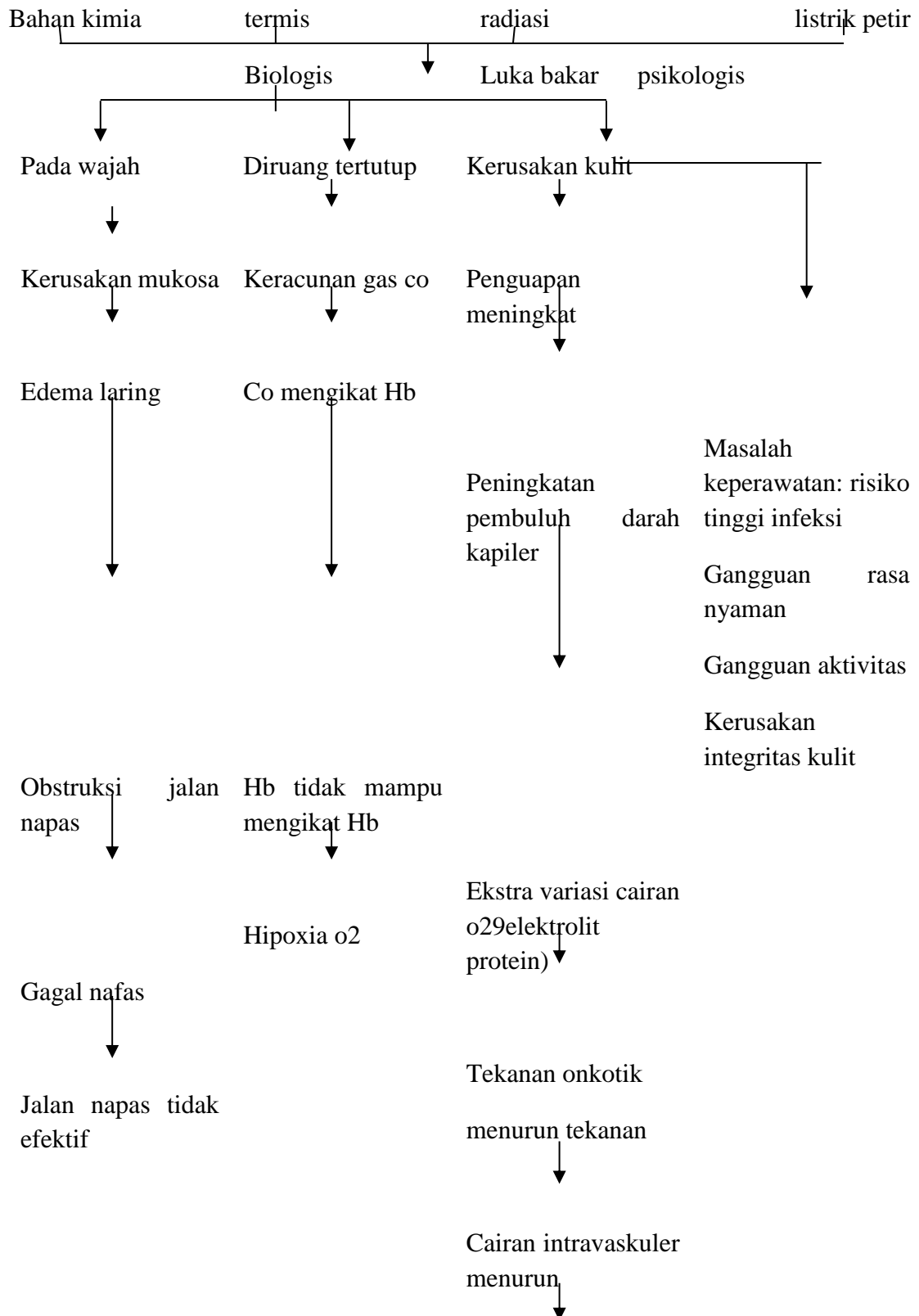
- 6) Penyakit yang dialami terdahulu seperti diabetes, ginjal, jantung, dll.
- 7) Obesitas
- 8) Adanya trauma inhalasi

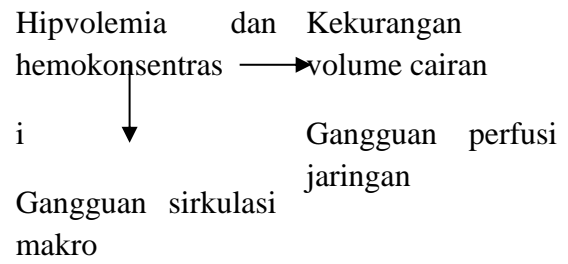
### **2.1.3 Patofisiologi**

Luka bakar disebabkan oleh perpindahan energi dari sumber panas ke tubuh. Panas tersebut dapat dipindahkan melalui konduksi atau radiasi elektromagnetik, derajat luka bakar yang berhubungan dengan beberapa faktor penyebab, konduksi jaringan yang terkena dan lamanya kulit kontak dengan sumber panas. Kulit dengan luka bakar mengalami kerusakan pada epidermis, dermis maupun jaringan subkutan tergantung pada penyebabnya. Terjadinya integritas kulit memungkinkan mikroorganisme masuk ke dalam tubuh. Kehilangan cairan akan mempengaruhi nilai normal cairan dan elektrolit tubuh akibat dari peningkatan pada permeabilitas pembuluh darah sehingga terjadi perpindahan cairan dari intravaskuler ke ekstra vaskuler melalui kebocoran kapiler yang berakibat tubuh kehilangan natrium, air, klorida, kalium dan protein plasma. Kemudian terjadi edema menyeluruh dan dapat berlanjut pada syok hipovolemik apabila tidak segera ditangani (Hudak dan Gallo, 1996). Menurunnya volume intra vaskuler menyebabkan aliran plasma ke ginjal dan GFR (Rate Filtrasi Glomerulus) akan menurun sehingga haluaran urine meningkat. Jika resitasi cairan untuk kebutuhan intravaskuler tidak adekuat bisa terjadi gagal ginjal dan apabila resitasi cairan adekuat, maka cairan interstisial dapat ditarik kembali ke intravaskuler sehingga terjadi fase diuresis.

### **Pathway**







#### 2.1.4 Klasifikasi luka bakar

##### 1. Klasifikasi luka bakar menurut kedalamannya

Jenis	Lapisan yang dilibatkan	Tampilan	Tekstur	Sensasi	Waktu penyembuhan	prognosis	Contoh
Superfisial (derajat 1)	Epidermis	Merah tampak lepuh	Kering	Nyeri	5-10 hari	Sembuh dengan baik : sengatan matahari yang berulang, meningkatkan risiko kanker kulit	

						dikemudian hari	
Agak superfisial, mengenai sebagian lapisan kulit (derajat II)	Meluas ke lapisan dermis (kapiler) superfisial	Merah dengan lepuh yang jelas, pucat dengan tekanan	Lembab	Sangat nyeri	Kurang dari 2-3 minggu	Infeksi lokal/sepuits tapi biasanya tampak parut	
Cukup dalam, mengenai sebagian lapisan kulit (derajat II)	Meluas ke lapisan dermis (retikuler) dalam	Kuning atau putih. lebih tidak pucat. Mungkin lebih melepuh	Agak kering	Tekanan dan tidaknyaman	3-8 minggu	Parut, kerut (mungkin memerlukan eksisi dan cangkok kulit)	
Seluruh lapisan kulit (derajat III)	Meluas ke seluruh lapisan dermis	Kaku dan putih/coklat tidak pucat	kasar	Tidak nyeri	Lama (berbulan-bulan) dan tidak sempurna	Parut, kerut, amputasi, (eksisi dianjurkan)	
Derajat IV	Meluas ke seluruh lapisan	Hitam hangus	Kering	Tidak nyeri	Perlu eksisi	Amputasi gangguan	

	isankulit, dan kedalamla pisan lemak, otot dan tulang di bawahnya	dengan eskar				fungsiional yang signifikan dan, dalam beberapa kasus, kematian	
--	--	-----------------	--	--	--	---	--

## 2. Klasifikasi luka bakar berdasarkan luasnya

Wallace membagi tubuh atas bagian 9% atau kelipatan 9 yang terkenal dengan *rule of nine of wallace* yaitu :

- a. Kepala dan leher :9%
- b. Lengan masing-masing 9% :18%
- c. Badan depan 18%, badan bagian belakang :36%
- d. Tungkai masing-masing 18 :36%
- e. Genitalia/perinium :1%

## 3. Klasifikasi luka bakar berdasarkan berat ringannya

Untuk mengkaji beratnya luka bakar harus dipertimbangkan beberapa faktor antara lain:

- a. Presentase area (luasnya) luka bakar pada permukaan tubuh.
  - b. Kedalaman luka bakar
  - c. Anatomi lokasi luka bakar
  - d. Umur klien
  - e. Riwayat pengobatan yang lalu
  - f. Trauma yang menyertai atau bersamaan
- a. American Burn Association membagi dalam :
1. Yang termasuk luka bakar ringan (minor) :
    - Tingkat II : kurang dari 15% total bodysurface area pada orang dewasa atau kurang dari 10% total bodysurface area pada anak-anak

- Tingkat III : kurang dari 2% total bodysurface area yang tidak disertai komplikasi .
2. Yang termasuk luka bakar sedang (moderate)
- Tingkat II :15% - 25% total bodysurface area pada orang dewasa atau kurang dari 10% - 20% total body pada area anak.
  - Tingkat III: kurang dari 10% total bodysurface area yang tidak disertai komplikasi
3. Yang termasuk luka bakar kritis (mayor) :
- Tingkat II 32% : Total bodysurface area atau lebih pada orang dewasa atau lebih dari 20% total bodysurface area pada anak-anak.
  - Tingkat III : 10% atau lebih
  - Luka bakar yang melibatkan muka, tangan, mata, telinga kaki dan perineum.
  - Luka bakar pada jalan pernapasan atau adanya komplikasi pernapasan.
  - Luka bakar sengatan listrik(elektrik.
  - Luka bakar yang ditandai dengan masalah yang memperlemah daya tahan tubuh seperti luka jaringan lunak, fraktur, trauma lain atau masalah kesehatan sebelumnya.
- b. Americancollageofsurgoen membagi dalam :
1. *Parah – critical:*
    - Tingkat II : 30% atau lebih.
    - Tingkat III: 10% atau lebu.
    - Tingkat III pada tangan, kaki dan wajah
    - Dengan adanya komplikasi pernapasan, jantung, fraktur, sloftissue yang luas.
  2. *Sedang – moderate*
    - Tingkat II : 15 – 30%
    - Tingkat III: 1 – 10%

3. *Ringan – minor*

- Tingkat II: < 15%
- Tingkat III : < 1%

### **2.1.5 Manifestasi Klinik**

Menurut Effendi, 1999 manifestasi klinik yang muncul pada luka bakar sesuai dengan kerusakannya :

1. Grade I : Kerusakan pada epidermis, kulit kering kemerahan, nyeri sekali, sembuh dalam 3-7 dan tidak ada jaringan parut.
2. Grade II : Kerusakan pada epidermis dan dermis, terdapat vesikel dan edema subkutan, luka merah, basah dan mengkilat, sangat nyeri, sembuh dalam 28 hari tergantung komplikasi infeksi.
3. Grade III : Kerusakan pada semua lapisan kulit, tidak ada nyeri, luka merah keputihan dan hitam keabu-abuan, tampak kering, lapisan yang rusak tidak sembuh sendiri maka perlu Skingraf.

### **2.1.5 Komplikasi**

1. Segera

Sindrom kompartemen dari luka bakar sirkumferensial ( luka bakar pada ekstremitas iskemia ekstremitas, luka bakar pada toraks hipoksia dari gagal napas restriktif) ( cegah dengan eskaratomi segera).

2. Awal

- a. Infeksi ( waspadai *strepococcus* ) obati infeksi yang timbul ( 10% organisme pada biopsi luka ) dengan antibiotik sistemis.
- b. Ulkus akibat stres ( ulkus cerling) ( cegah dengan antasida, blocker H<sub>2</sub> atau inhibitor pompa proton profilaksis)
- c. Hiperkalsemia ( dari sitolisis pada luka bakar luas). Obati dengan insulin, dekstrosa.

### **2.1.6 Pemeriksaan penunjang**

Menurut Doenges M.E (2000) pemeriksaan penunjang yang diperlukan adalah :

- 1) Hitung darah lengkap : Peningkatan Hematokrit menunjukkan hemokonsentrasi sehubungan dengan perpindahan cairan. Menurutnya Hematokrit dan sel darah merah terjadi sehubungan dengan kerusakan oleh panas terhadap pembuluh darah.
- 2) Leukosit akan meningkat sebagai respons inflamasi
- 3) Analisa Gas Darah (AGD) : Untuk kecurigaan cedera inhalasi
- 4) Elektrolit Serum. Kalium meningkat sehubungan dengan cedera jaringan, hipokalemia terjadi bila diuresis.
- 5) Albumin serum meningkat akibat kehilangan protein pada edema jaringan
- 6) Kreatinin meningkat menunjukkan perfusi jaringan
- 7) EKG : Tanda iskemik miokardia dapat terjadi pada luka bakar
- 8) Fotografi luka bakar : Memberikan catatan untuk penyembuhan luka bakar selanjutnya.

#### **2.1.8 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan pasien luka bakar sesuai dengan kondisi dan tempat pasien dirawat melibatkan berbagai lingkungan perawatan dan disiplin ilmu antara lain mencakup penanganan awal (ditempat kejadian), penanganan pertama di unit gawat darurat, penanganan di ruangan intensif dan bangsal. Tindakan yang dilakukan antara lain terapi cairan, fisioterapi dan psikiatri pasien dengan luka bakar memerlukan obat-obatan topikal karena eschar tidak dapat ditembus dengan pemberian obat antibiotik sistemis. Pemberian obat-obatantopikal anti mikrobial bertujuan tidak untuk mensterilkan luka akan tetapi untuk menekan pertumbuhan mikroorganisme dan mengurangi kolonisasi, dengan pemberian obat-obatan topikal secara tepat dan efektif dapat mengurangi terjadinya infeksi luka dan mencegah sepsis yang sering kali masih terjadi penyebab kematian pasien.

1. Tatalaksana resusitasi luka bakar
  - a. Tatalaksana resusitasi jalan napas
    1. Inkubasi : tindakan inkubasi dikerjakan sebelum edema mukosa

2. Krikotiroidomi :bertujuan sama dengan inkubasi hanya dianggap agresif
  3. Pemberian oksigen 100%
  4. Perawatan jalan napas
  5. PenghiasanSecret
  6. Pemberian terapi inhalasi
  7. Bilasan bronkoalveolor
  8. Perawatan rehabilitatif untuk respirtif
  9. Eskarotomi
2. Tatalaksana resusitasi cairan
    - b. Cara Evans
    - c. Cara baxter
  3. Resusitasi nutrisi
 

Pada pasien luka bakar,pemberian nutrisi enteral sebaiknya dilakukan sejak dini

## B. Penanganan Luka

1. Pendinginan luka
2. Debridemen
3. Tindakan pembedahan
  - a. Split cangkok kulit
  - b. Flap

## C. Terapi manipulasi lingkungan

1. Fase inflamasi
2. Fase fibrolastic
3. Fase maturbasi

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

Menurut (luckmanandsorensen”s, 1993) data pengkajian tergantung pada tipe, berat

dan permukaan tubuh yang terkena, antara lain :



- 1) **Aktivitas / Istirahat**  
Tanda : Penundaan kekuatan, tahanan, keterbatasan rentang gerak, perubahan tonus.
- 2) **Sirkulasi**  
Tanda : Hipotensi (syok), perubahan nadi distal pada ekstremitas yang cedera, kulit putih dan dingin (syok listrik), edema jaringan, disritmia.
- 3) **Integritas ego**  
Tanda dan Gejala : Kecacatan, kekuatan, menarik diri
- 4) **Eliminasi**  
Tanda : diuresis, haluaran urine menurun fase darurat, penurunan mobilitas usus.
- 5) **Makanan / Cairan** Tanda : edema jaringan umum, anoreksia, mual dan muntah
- 6) **Neurosensori**  
Gejala : area kebas, kesemutan  
Tanda : perubahan orientasi, afek, perilaku, aktivitas kejang, paralisis (Cedera aliran listrik pada aliran Saraf)
- 7) **Nyeri / kenyamanan**  
Gejala : nyeri, panas
- 8) **Pernafasan**
- 9) **Gejala : Cedera inhalasi (terpajan lama)**  
Tanda : serak, batuk, sianosis, jalan nafas atas stridor bunyi nafas gemericik, ronkhiSecret dalam jalan nafas
- 10) **Keamanan**  
Tanda : destruksi jaringan, kulit mungkin coklat dengan tekstur seperti : lepuh, ulkus, nekrosis atau jaringan parut tebal

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

- 1) **Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan keracunan karbonmonoksida,obstruksi trakeobronkial, keterbatasan pengembangan dada**
- 2) **Defisit volume cairan berhubungan dengan peningkatan kebocoran kapiler dan perpindahan cairan dari intravaskuler ke ruang Interstisial**

- 3) Defisit volume cairan berhubungan dengan peningkatan kebocoran kapiler dan perpindahan cairan dari intravaskuler ke ruang Interstisial
- 4) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan status hipermetaboik, katabolisme protein
- 5) Gangguan rasa nyaman : nyeri berhubungan dengan kerusakan kulit/jaringan, pembentukan edema
- 6) Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan trauma kerusakan permukaan kulit
- 7) Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan kerusakan barrier kulit, kerusakan respons imun, prosedur invasif
- 8) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan edema, nyeri, kontraktur

### **2.2.3 Fokus Intervensi**

- 1) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan keracunan karbonmonoksida, obstruksi trakeobronkial, keterbatasan pengembangan dada (Doenges, 2000).

Tujuan : Pemeliharaan oksigenasi jaringan adekuat

Intervensi :

- a. Awasi frekuensi, irama, kedalaman napas
- b. Berikan terapi O<sub>2</sub> sesuai pesanan dokter
- c. Berikan pasien dalam posisi semi fowler bila mungkin
- d. Pantau AGD, kadar karbonsihemoglobin
- e. Dorongan batuk atau latihan nafas dalam dan perubahan posisi

- 2) Defisit volume cairan berhubungan dengan peningkatan kebocoran kapiler dan perpindahan cairan dari intravaskuler ke ruang Interstitiel (Effendi. C, 1999)

Tujuan : Pemulihan cairan optimal dan keseimbangan elektrolit serta perfusi organ vital

Intervensi

- a. Pantau tanda-tanda vital
- b. Pantau dan catat masukan dan haluaran cairan
- c. Berikan pengganti cairan intravena dan elektrolit (kolaborasi)
- d. Timbang berat badan setiap hari

- e. Awasi pemeriksaan laboratorium (Hemoglobin, Hematokrit, Elektrolit).
- 3) Perubahan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan hipovolemi, penurunan aliran darah arteri (Doenges, 2000)

Tujuan : Perfusi jaringan perifer adekuat

Intervensi :

- a. Kaji warna, sensasi, gerakan dan nadi perifer
  - b. Tinggikan ekstremitas yang sakit dengan tepat
  - c. Berikan dorongan untuk melakukan ROM aktif
  - d. Hindari memplester sekitar yang terbakar
  - e. Kolaborasi ; pertahankan penggantian cairan perprotokol
- 4) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan status hipermetaboik, katabolisme protein (Doenges, 2000)

Tujuan : masukan nutrisi adekuat

Intervensi :

- a. Pertahankan jumlah kalori ketat
  - b. Berikan makanan sedikit tapi sering
  - c. Timbang berat badan setiap hari
  - d. Dorong orang terdekat untuk menemani saat makan
  - e. Berikan diet tinggi protein dan kalori
  - f. Kolaborasi dengan ahli gizi
- 5) Gangguan rasa nyaman : nyeri berhubungan dengan kerusakan kulit/jaringan, pembentukan edema (Doenges, 2000)

Tujuan : nyeri berkurang/terkontrol, ekspresi wajah rileks

Intervensi :

- a. Kaji terhadap keluhan nyeri lokasi, karakteristik, dan intensitas (skala 0-10)
- b. Anjuran teknik relaksasi
- c. Pertahanan suhu lingkungan yang nyaman
- d. Jelaskan setiap prosedur tindakan pada pasien
- e. Kolaborasi pemberian analgetik

6) Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan kerusakan barier kulit, kerusakan respons imun, prosedur invasif (Effendi. C, 1999).

- a. Kaji adanya tanda-tanda infeksi
- b. Terapkan teknik aseptik antiseptik dalam perawatan luka
- c. Pertahankan personal hygiene pasien
- d. Ganti balutan dan bersihkan areal luka bakar tiap hari
- e. Kaji tanda-tanda vital dan jumlah leukosit
- f. Kolaborasi pemberian antibiotik

7) Gangguan Integritas kulit berhubungan dengan trauma kerusakan permukaan kulit (Doenges, 2000).

Tujuan : Menunjukkan regresi jaringan, mencapai penyembuhan tepat waktu.

Intervensi :

- a. Kaji atau catat ukuran, warna, kedalaman luka terhadap iskemik
- b. Berikan perawatan luka yang tepat
- c. Pertahankan tempat tidur bersih, kering
- d. Pertahankan masukan cairan 2500-3000 ml/Hr
- e. Dorong keluarga untuk membantu dalam perawatan diri

8) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan edema, nyeri, kontraktur (Effendi. C, 1997)

Tujuan : Mempertahankan posisi fungsi, meningkatkan kekuatan dan fungsi yang sakit.

Intervensi :

- a. Kaji ROM dan kekuatan otot pada area luka bakar
- b. Pertahankan area luka bakar dalam posisi fungsi fisiologis
- c. Beri dorongan untuk melakukan ROM aktif tiap 2-4 jam
- d. Jelaskan pentingnya perubahan posisi dan gerakan pada pasien  
Kolaborasi dengan ahli fisioterapi dalam rehabilitasi

#### **2.2.4 Implementasi**

Implementasi pada pasien luka bakar adalah disesuaikan intervensi keperawatan.

#### **2.2.5 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi disesuaikan dengan kriteria hasil.

## **BAB 3**

### **STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1 Studi Kasus**

##### **3.1.1 Pengkajian**

Dalam Bab ini diuraikan studi kasus yaitu asuhan keperawatan penyakit luka bakar pada Tn A.T. Asuhan keperawatan dimulai dari melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, menetapkan intervensi, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi. Pengkajian dilakukan pada tanggal 27Mei 2019 jam 12.00 WITA . Mahasiswa menggunakan metode anamnesis, observasi dan pemeriksaan fisik dalam pengkajian keperawatan. Pengkajian dilakukan pada Tn. A.T usia 18 tahun dengan jenis kelamin laki-laki ,saat ini Tn A.T bekerja sebagai buru bangunan ,Tn A.T beragama

KristenKatolik , bertempat tinggal di lasiana kupang . pasien sudah di rawat di ruang Asoka dari tanggal 21 Mei 2019 Mei 2019 ,pasien saat ini belum kawin.

Saat ini pasien dirawat dengan diagnosa combutio grade II & III ,saat dikaji keluhan yang dirasakan adalah pasien mengeluh nyeri di sekitar area luka bakar yaitu di ekstremitas atas dan sebagian ekstremitas bawah ,pasien mengatakan awal masuk rumah sakit karena karena tersengat listrik .

Saat dilakukan pengkajian riwayat kesehatan asin mengeluh nyeri di sekitar area luka bakar yaitu di area ekstremitas atas dan bawah, sat ditanya tentang riwayat keluhan utama yanglalu, nyeri yang di rasakan tertusuk-tusuk, dengan skala nyeri 6 nyeri di rasakan di ekstremitas atas dan bawah, saat ditanya keluhan lain yang menyertai pasien mengatakan sulit beraktivitas .

Saat dilakukan pengkajian riwayat kesehatan masa lalu pasien mengatakan tidak pernah menderita penyakit menderita penyakit yang menular ataupun dirawat di rumah sakit, pasien tidak mempunyai alergi, dan juga tidak pernah dioperasi. Saat ditanya tentang kebiasaan pasien mengatakan suka merokok 1 bungkus sehari kurang lebih sudah 3 tahun ,tidakmengonsumsialkohol, pasien suka minum kopi 2x sehari kurang lebih 2 sudah 2 tahun pada pagi dan sore, pasien mengatakan tidak suka mengonsumsi obat-obatan.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik dalam hal ini tanda vital TD:130/60 mmhg,N:80x/m,pernapasan:18x/m,suhu 37<sup>0</sup>cpada pemeriksaan kepala nampak ada hematoma ,tidak sakit kepala,bentuk,u osisi normal. Tidak ada lesi, masa saat diobservasi wajah tampak simetri... ,p...anbaik, konjungtivaanimis ,selera tidak ikterik,tidak memakai kacamata dan juga tidak ada penglihatan yang kabur ,pasien tidak memiliki riwayat operasi ,tidak ada masalah pada pendengaran, hidungnormal, tidak terdapat keluhan ataupun gangguan pada tenggorokan dan mulut, tidak ada pembesaran kelenjar leher.

Saat dilakukan pengkajian sistem kardiovaskuler pasien mengatakan tidak ada nyeri dada, saat di inspeksi dada tampak normal tidak ada pengembangan dada, kesadaran composiment,dengan GCS 15 ,tidak ada kelainan pada bibir ,kuku, dancapillaryrefil, tangan dan kaki tidak ada edeme, ictuscordis tidak teraba, venajugularis tidak teraba, saatdi perkusi tidak ada pembesaran jantung dan juga tidak ada murmur.

Saat dilakukan pengkajian pada sistem respirasi pasien tidak terdapat keluhan, saat diinspeksi tidak tampak sesak, tidak ada jejas, bentuk Dada normal, irama napas teratur, tidak ada retraksi otot pernapasan, tidak menggunakan alat bantu napas, saat di perkusi tidak ada cairan, massa, atau udara, saat diauskultasi inspirasi dan ekspirasi normal, tidak ada ronchi, wheezing ataupun rales, clubbing finger normal.

Saat dikaji pada sistem pencernaan pasien tidak terdapat keluhan, inspeksi normal, turgor kulit jelek, bibir lembab, warna mukosa pucat, tidak ada luka pada abdomen, tidak ada tanda-tanda radang dan keadaan gusi normal. Keadaan abdomen, warna kulit lembab, tidak ada luka tidak ada pembesaran pada abdomen, keadaan rektal, nampak normal tidak ada luka perdarahan atau hemoroid. Saat diauskultasi bising usus 35x/m, perkusi tidak ada cairan, udara atau masa, saat di palpasi tonus otot normal, tidak ada nyeri, dan masa.

Saat dikaji pada sistem pernapasan pasien mengeluh lemas, tingkat pupil isokor, tidak ada kejang, lumpuh ataupun parastesia, cranial nerves normal, kesadaran composiment GCS 15(E4M6V5). Pada sistem muskuloskeletal pasien mengeluh sulit beraktivitas, tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada nyeri otot dan sendi kekuatan otot 2/3. Pada sistem integumen tidak ada rash, ada lesi/luka pada kaki dan tangan, turgor jelek, warna pucat, kelembapan.

Saat dilakukan pengkajian pada sistem perkemihan pasien menggunakan alat bantu (kateter) pasien minum sehari 300cc, parenteral 600 cc bentuk kelamin dan ureter normal. Saat dikaji pada sistem endokrin tidak terdapat keluhan, saat dikaji pada sistem reproduksi juga tidak terdapat keluhan. Pada kegiatan sehari-hari (ADL), pola makan baik, frekuensi 3x1, nafsu makan baik, tidak ada makanan pantangan, saat ditanya makanan yang disukai pasien mengatakan tidak ada, pasien sehari menghabiskan 300cc air, BB 40 kg, TB 155 cm (tidak ada penurunan berat badan).

Saat dilakukan pengkajian pola eliminasi. Buang air kecil pasien menggunakan kateter, dan buang air besar juga dibantu keluarga. Saat dikaji olahraga dan aktivitas pasien mengatakan suka olahraga sepak bola, tetapi selama sakit jarang/tidak pernah lagi berolahraga. Saat dikaji pola tidur dan istirahat. Pasien mengatakan ia tidur malam jam 09.00 dan bangun jam 06.00. tidak ada masalah pada pola tidur pasien.

Saat dilakukan pengkajian pada pola interaksi sosial pasien mengatakan orang terdekatnya adalah orangtuanya, tidak mengikuti organisasi sosial, keadaan rumah baik, tidak ada bisung ataupun banjir ,jika mempunyai masalah dibicarakan dengan orangtua, masalah diatasi dengan dibicarakan bersama, interaksi dalam keluarga juga baik. Saat dikaji kegiatan keagamaan pasien mengatakan sering mengikuti misa setiap Minggu. Persepsi klien tentang penyakit yang diderita pasien mengatakan semuanya semuanya baik-baik saja.

Dari data pemeriksaan laboratorium dan diagnostik di dapatkan hemoglobin 12,7 g/dl ,eritrosit 4,75, hematokrit 36,5, leukosit 6,85. Mcw 76,5.rdw cv 12,6. Rdwsv 36,6.limfosit 14,0,neutrofil 74, mch 26,7. Saat dirawat pasien mendapat obat invdrl 30 tpm, ceftriaxon 2x1 IV (1 vial),ranitidine 2x1 IV (30 mg),ketorolac 3x1 IV (30 mg),futrolit dan kalnex.

### **3.1.2 Diagnosa keperawatan**

#### **1) Rumusan diagnosa keperawatan**

diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data-data hasil pengkajian dan analisa data mulai dari menetapkan masalah, penyebab dan data-data yang mendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera kimiawi(luka bakar) ditandai dengan pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri di sekitar area luka operasi, pasien tampak lemas, meringis, memegang area nyeri, gelisah ,skala nyeri 4(1-10).
- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit (luka bakar) yang di tandai dengan pasien mengatakan ada luka di kaki dan tangan,, terpapar.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas yang ditandai dengan pasien mengeluh sulit beraktivitas karena luka, pasien tampak lemah, terusberbaring,ADL dibantu, kekuatan otot 2/3.

#### **2) Prioritas masalah**

Dalam memprioritaskan masalah ada 3 hal yang perlu dipertimbangkan apakah masalah tersebut mengancam kehidupan, mengancam kesehatan, dan mengancam tumbuh dan kembang pasien. Langkah selanjutnya dalam



menentukan tujuan apakah tujuan baik itu tujuan umum/goal atau tujuan khusus atau objektif ataupun harapan pasien agar dapat dievaluasi dengan baik oleh perawat. Selanjutnya menentukan intervensi atau rencana tindakan serta rasional dari setiap tindakan untuk mengatasi masalah yang dialami.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera kimiawi (luka bakar) merupakan masalah yang mengancam kehidupan.
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit (luka bakar) karena mengancam kesehatan
3. gangguan mobilitas fisik berhubungan intoleransi aktivitas karena mengancam tumbuh dan kembang pasien.

### **3.1.3 Intervensi keperawatan**

#### **1) Nursing outcomes clasification(NOC)**

Untuk diagnosa I mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, tidak meringis,tidak memegang area nyeri, tidakgelisah, skala nyeri berkurang dari 4-1 .

Untuk diagnosa II mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit kembali membaik dengan kriteria hasil: temperatur sekitar luka dalam rentan normal, perfusi jaringan adekuat, tidak ada pigmentasi yang abnormal.

Untuk diagnosa III mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam mobilitas fisik teratasi dengan kriteriahasil:jari,jempol,pergelangan,siku,bahu, lutut dan panggul.

#### **2) NursingInterventionClasification (NIC)**

Untuk diagnosa 1 dipilih dari domain 1 :fisiologis dasar ,kelas E promosi kenyamanan fisik dengan kode 1400 manajemen nyeri,(08.00 Wita) mengkaji nyeri secara komprehensif, mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respons pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi

nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat,

Untuk diagnosa II dipilih dari domain 1: fisiologis dasar, kelas E promosi kesehatan fisik kode (00046) manajemen aktivitas (08.30) anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, monitor kulit akan adanya kemerahan, lakukan perawatan luka dengan teknik steril, ajarkan pada keluarga tentang luka dan perawatan luka, pantau tanda-tanda vital.

Untuk diagnosa III dipilih dari domain 1: fisiologis dasar, kelas A: aktivitas dan latihan dengan intervensi tentukan batasan gerak dan efisiensi pada zat besi, tentukan tingkat motivasi pasien untuk menjaga dan mengendalikan fungsi sendi, jelaskan pada pasien dan keluarga tujuan dari rencana tindakan, pantau lokasi dan sifat tidak nyaman mulai langkah pengendalian nyeri sebelum latihan bersama, ajarkan pada klien bagaimana cara melatih Rom.

### **3.1.4 Implementasi Keperawatan**

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 26-29 Mei 2019. Tidak semua diagnosa keperawatan dilakukan implementasi setiap hari.

Pada hari pertama tanggal 27 Mei 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa I yaitu melakukan pengkajian pada pukul 08.30 Wita sekaligus implementasi hari pertama yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif yang meliputi pencetus, kualifikasi, region, skala dan time, membantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, pada pukul 10.00 Wita membantu pasien melatih napas dalam dan batuk efektif, pada pukul 11.00 mengkolaborasi pemberian ketorolac untuk membantu mengurangi nyeri.

Pada tanggal 27 Mei juga dilakukan implementasi pada diagnosa II yaitu (09.00) memonitor akan adanya kemerahan ,mengobservasi luka ,melakukan perawatan luka dengan teknik steril, dan juga memantau tanda-tanda vital. Sedangkan pada diagnosa III yaitu(10.00) menentukan keterbatasan gerak, menentukan tingkat motivasi pasien, dan mengajarkan pada pasien bagaimana cara melatih ROOM.

Pada hari kedua tanggal 28 Mei 2019 dilakukan implementasi pada diagnosa I yaitu (09.00)mempertahankan tirah baring selama fase akut, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien,mengolaborasikan pemberian ketorolac untuk mengurangi nyeri, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri.

Pada tanggal 28 Mei juga dilakukan implementasi pada diagnosa II yaitu(10.00) melakukan perawatan luka dengan teknik steril, mengajarkan pada keluargatentang luka dan perawatan luka. Sedangkan pada diagnosa III yaitu (12.00) membantu pasien melatih ROOM.

Pada hari ketiga tanggal 29 Mei 2019 dilakukan implementasi pada diagnosa I yaitu(09.00 ) memberikan ketorolac dan mengajarkan teknik relaksasi ,dan memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien. Sedangkan pada diagnosa II dilakukan implementasi yaitu melakukan perawatan luka dengan mempertahankan teknik steril, dan diagnosa III tetap mengajarkan pasien melatih ROOM.

### **3.1.5 Evaluasi keperawatan**

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi yang dilakukan antara lain pada tanggal 27 Mei 2019 dengan diagnosa I nyeri akut yaitu:pasien mengatakan bahwa ia masih merasa nyeri yang ditandai dengan pasien tampak lemah, gelisah, meringis, skala nyeri 4(1-10).Untuk itu dapat disimpulkan masalah nyeri akut belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan di hari kedua.

Pada tanggal 27 Mei juga dilakukan evaluasi pada diagnosa II yaitu masih tampak memerah pada luka, terpapar, ttv dalam batas normal, untuk itu disimpulkan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan pada hari kedua. Sedangkan untuk diagnosa III pasien mengeluh masih sulit melakukan aktivitas ,tampak

lemah, ADL dibantu .untuk itu disimpulkan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan pada hari kedua.

Pada tanggal 28 Mei dilakukan evaluasi pada diagnosa I nyeri akut .yaitu pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang, pasien tampak gelisah, tidak meringis, skala nyeri 3 (1-10) .maka dari itu disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan pada hari ketiga.

Pada tanggal 28 Mei juga dilakukan evaluasi pada diagnosa II yaitu masih tanpa luka, ttv dalam batas normal, maka dari itu simpulkan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan hari ketiga. Sedangkan pada diagnosa III dilakukan evaluasi yaitu pasien masih sulit melakukan aktivitas ADL masih dibantu .maka dari itu disimpulkan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan hari ketiga.

Pada tanggal 29 Mei 2019 dilakukan evaluasi pada diagnosa I yaitu pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, tidak meringis skala nyeri 2 (1-10) .maka dari itu disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Pada tanggal 29 Mei 2019 dilakukan evaluasi pada diagnosa II yaitu pasien mengatakan luka tidak merah, luka tampak membaik, maka dari itu di simpulkan bahwa masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan. Sedangkan pada diagnosa III dilakukan evaluasi yaitu pasien masih sulit beraktivitas .maka dari itu disimpulkan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

### **3.2 Pembahasan**

Pada pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktik. Pada dasarnya dalam memberikan asuhan keperawatan, proses keperawatan merupakan alatnya, dimana melalui pengkajian pada pasien akan diperoleh data-data (data primer maupun data sekunder), baik yang bersifat obyektif maupun yang bersifat subyektif. Data-data yang diperoleh melalui pengkajian selanjutnya di analisa untuk menemukan adanya masalah kesehatan. Tentunya data-data yang dimaksudkan adalah data-data yang menyimpang dari nilai normal yang pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Setelah masalah

keperawatan diangkat lalu diagnosa keperawatan pun ditegakkan dimana komponen penyusunannya terdiri atas *problem, etiologi, sign dan symptom* (diagnosa aktual), *problem dan etiologi* (diagnosa potensial) dan komponen *problem* (diagnosa risiko/risiko tinggi).

Intervensi/perencanaan pun disusun berdasarkan diagnosa yang ada. Tujuan pencapaian dari setiap intervensi untuk setiap diagnosa ditetapkan saat menyusun perencanaan. Perencanaan yang telah ditentukan dilaksanakan untuk mengatasi masalah-masalah yang telah teridentifikasi. Keberhasilan dari setiap tindakan untuk tiap diagnosa dinilai atau dievaluasi, dengan demikian rencana perawatan selanjutnya dapat ditetapkan lagi.

Demikian pun asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan luka bakar. Pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan praktik (kasus nyata) yang ditemukan pada pasien dengan luka bakar yang dirawat diruang Asoka RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

### **3.2.1 Pengkajian keperawatan**

Menurut efendi (1999) pengkajian pada pasien luka bakar akan mendapatkan hasil adanya Nyeri, kerusakan pada epidermis, kulit kemerahan, pasien sulit beraktivitas dan BB menurun . nyeri yang dirasakan akibat peningkatan cairan vaskuler pembuluh darah sehingga terjadi perpindahan cairan dari intravaskuler ke ekstra vaskuler.

Hasil pengkajian yang sudah dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 didapatkan hasil riwayat kesehatan Tn. A.T dimana saat dibawah ke IGD, pasien mengeluh nyeri pada luka akibat sengatan listrik. Dari hasil pengkajian juga ditemukan luka akibat sengatan listrik tampak memerah dan gatal, pasien juga mengeluh sulit beraktivitas. Dalam hal ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktik pada kasus nyata.

Menurut konsep teori, pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien dengan luka bakar adalah : Hitung darah lengkap, Leukosi, Analisa Gas Darah, Elektrolit Serum, Albumin serum, Kreatinin, EKG, dan Fotografi luka bakar. Dalam hal ini,tidak ada kesenjangan antara teori dan praktik pada kasus nyata.

### **3.2.2Diagnosa keperawatan**

Menurut NANDA ( 2015) sesuai dengan data subjektif dan objektif yang didapatkan saat pengkajian ,di bandingkan dengan batasan karakteristik maka pada pasien luka bakar akan didapat diagnosa nyeri akut, kerusakan integritas kulit, mobilitas fisik, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Pada kasus Tn A.T tidak semua diagnosa diambil dari penegakan diagnosa karena ketika diambil pengkajian keperawatan pada kasus ini pasien sudah dalam 3 hari perawatan di ruang Asoka sehingga diagnosa yang muncul sesuai dengan teori namun ada beberapa kesenjangan diantara-Nya diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh sehingga diagnosa tersebut yang tidak diangkat. Diagnosa tersebut tidak diangkat karena pasien mengatakan nafsu makan membaik dan tidak ada penurunan berat badan.

### **3.2.3 Intervensi keperawatan**

Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan, maka menurut Moorhead,dkk.2016 dalam *NursingOutcomeClassification* (NOC) digunakan jenis skala *likert* dengan semua kriteria hasil dan indikator yang menyediakan sejumlah pilihan yang adekuat untuk menunjukkan variabilitas dalam status/kondisi, perilaku atau persepsi yang digambarkan oleh kriteria hasil

Pada kasus luka bakar pada Tn A.T intervensi keperawatan pada diagnosa Nyeri akut adalah kaji nyeri secara komprehensif meliputi pencetus,kualifikasi, region, skala, dan waktu. mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respons pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat. intervensi keperawatan pada diagnosa Nyeri akut adalah kaji nyeri secara komprehensif meliputi pencetus, kualifikasi, region, skala, dan waktu. mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respons pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk

mengurangi nyeri, mengolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.

Pada diagnosa ke II adalah Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit (luka bakar) dipilih intervensi seperti anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, monitor kulit akan adanya kemerahan, lakukan perawatan luka dengan teknik steril, ajarkan pada keluarga tentang luka dan perawatan luka, pantautanda-tanda vital.

Pada diagnosa III adalah hambatan mobilitas fisik dipilih intervensi seperti tentukan tingkat motivasi pasien untuk menjaga dan mengendalikan fungsi sendi, jelaskan pada pasien dan keluarga tujuan dari rencana tindakan, pantau lokasi dan sifat tidak nyaman, mulai langkah pengendalian nyeri sebelum latihan bersama, ajarkan pada klien bagaimana cara melatih Room.

### **3.2.4 Implementasi Keperawatan**

Dalam melakukan tindakan keperawatan pada Tn.A.T semua tindakan dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang ditetapkan pada tanggal 27 Mei 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa I yaitu pukul 08.03 Nyeri akut adalah kaji nyeri secara komprehensif meliputi pencetus, kualifikasi, region, skala, dan waktu. mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respons pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat. Secara umum tujuan keperawatan pada pasien yang mengalami nyeri akut tergantung pada batasan karakteristik masing-masing individu. Tujuan yang ditetapkan adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil yang di ambil yaitu pasien dapat mengungkapkan nyeri, mengidentifikasi tanda dan gejala nyeri, skala nyeri berkurang, tidak meringis dan gelisah.

Pada tanggal 27 Mei juga dilakukan implementasi dari diagnosa kerusakan integritas kulit yaitu dilakukan perawatan luka dengan mempertahankan teknik aseptik. Dan diagnosa hambatan mobilitas fisik dilakukan tindakan yaitu melatih Room aktif dan pasif.

Sedangkan pada tanggal 28 Mei dilakukan tindakan untuk diagnosa I yaitu pemberian ketorolac dan mengajarkan teknik relaksasi diagnosa keperawatan II dilakukan perawatan luka teknik steril, dan diagnosa keperawatan III dilakukan implementasi di ajarkan latihan Room aktif dan pasif.

Pada tanggal 29 Mei 2019 dilakukan tindakan untuk diagnosa I yaitu memberikanketorolac, diagnosa II yaitu melakukan perawatan luka dan diagnosa III yaitu melatih Room aktif dan pasif.

### **3.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Tn.A.T sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara objektif maupun secara subjektif.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 pada diagnosa I dimana pasien mengatakan masih merasa nyeri, dengan masih gelisah,meringis,skala nyeri 4(1-10.) maka dari itu penulis mengambil kesimpulan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan pada hari kedua.

Pada tanggal 27 Mei juga dilakukan tindakan keperawatan untuk diagnosa II yaitu pasien mengatakan masih ada luka,tampak kemerahan maka penulis mengambil kesimpulan masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan pada hari ke dua, dan untuk diagnosa III pasien mengatakan masih sulit beraktivitas yang ditandai pasien hanya tertidur,ADL dibantu .maka dari itu penulis mengambil kesimpulan masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan hari kedua.

Pada tanggal 28 Mei juga dilakukan evaluasi yaitu masih tampak luka, ttv dalam batas normal,maka dari itu disimpulkan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan hari ketiga.sedangkan pada diagnosa III dilakukan evaluasi yaitu



pasien masih sulit melakukan aktivitas ADL masih dibantu .maka dari itu disimpulkan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan hari ketiga.

Pada tanggal 29 Mei 2019 dilakukan evaluasi pada diagnosa I yaitu pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, tidak meringis, skala nyeri 2 (1-10) .maka dari itu disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

Pada tanggal 29 Mei 2019 dilakukan evaluasi pada diagnosa II yaitu pasien mengatakan luka tidak memerah, luka tampak membaik, maka dari itu disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan. Sedangkan pada diagnosa III dilakukan evaluasi yaitu pasien masih sulit beraktivitas .maka dari itu disimpulkan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

##### **4.1.1 Pengkajian**

Dari hasil pengkajian Tn.A.T masuk rumah sakit pada tanggal 26 Mei 2019 dengan alasan Nyeri di area luka bakar pada tanggal 26 Mei 2019. Saat ini Tn A.T mengeluh nyeri di area luka bakar. Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan data pasien tampak meringis dan gelisah, skala nyeri 4(1-10). Saat ini pasien juga mengeluh terasa gatal di sekitar area luka saat diinspeksi luka tampak memerah, dan pucat. sehingga dari hasil pengkajian didapatkan diagnosa utama yang dapat mengancam kehidupan yaitu Nyeri akut.

##### **4.1.2 Diagnosa**

Diagnosa yang dapat mengancam kesehatan yaitu 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera kimiawi (luka bakar), 2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit (luka bakar), 3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas

#### 4.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang telah ditetapkan sehingga evaluasi pada Tn .A.T teratasi sebagian, sedangkan pada diagnosa III yaitu hambatan mobilitas fisik intervensinya adalah melatih pasien Room aktif dan pasif,

#### 4.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi dibuat berdasarkan intervensi yang ditetapkan

#### 4.1.5 Evaluasi

Dilakukan evaluasi pada diagnosa I yaitu pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, tidak meringis, skala nyeri 2 (1-10) .maka dari itu disimpulkan bahwa masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan. Pada tanggal 29 Mei 2019 dilakukan evaluasi pada diagnosa II yaitu pasien mengatakan luka tidak memerah, luka tampak membaik, maka dari itu di simpulkan bahwa masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan. Sedangkan pada diagnosa III dilakukan evaluasi yaitu pasien masih sulit beraktivitas .maka dari itu disimpulkan bahwa masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan.

## 4.2 Saran

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Tn.A.T di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes dan kesimpulan yang telah disusun seperti diatas, maka mahasiswa memberikan beberapa saran sebagai berikut :

4.2.1 Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan anak serta perlu adanya partisipasi keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu perkembangan dan kesehatan pasien.

4.2.2 Dalam memberikan tindakan keperawatan tidak harus sesuai dengan apa yang ada pada teori, akan tetapi harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta menyesuaikan dengan kebijakan dari rumah sakit

4.2.3 Dalam memberikan asuhan keperawatan setiap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi perlu di dokumentasikan dengan baik.

## DAFTAR PUSTAKA

AlmansyahI,Prasetyo. TOH 2005. *Luka dalam sjahsyuh hidayat R,deJongWeditor*,*Buku ajar ilmu bedah Edisi 2* Jakarta .penerbit buku kedokteran EGC.

Effendy,Christine 1999. *Perawatan Pasien Luka Bakar*.Jakarta: EGC

EngrenBarbara (1998)*rencana asuhan keperawatan medialbedah*vol. 3.EGC. Jakarta

Ignatavicius,donna.(1991)medicalNuring hal 361 .philadelphia.w.bsoundersCompany

Lukman Abdul 2014 *Askep luka bakar combutio*Online(akademi Edu) diakses tanggal 27 Maret 2017

Lukman serenes 1993 *medicalsurgicalnursing* .fourthedition n1985 philadelphia

Moenadjat y 2003 *luka bakar luka bakar* edisi 2 Jakarta Balai penerbit FKUI 2003  
Muttaqin Arif 2007 *asuhan keperawatan pada klien gangguan sistem integumen* Jakarta  
.Salembamedika  
Ensiklopedia bebas 2013 *luka bakar* onlin; inhttp // wikipedia diakses 27 Maret 2015  
Arryuanadia Ph d dkk. 2014 *Biologi* Jakarta EsisErlangga  
Sabiston David C 1995 *buku ajar bedah* .Jakarta Jakarta EGC.

## Lampiran

### Lampiran 1



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama : OTAN OCTOVIANUS LEDOH  
Mahasiswa  
NIM : PO. 530320116276

## Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : TnA.T  
Ruang/Kamar : ASOKA / D1  
Diagnosa Medis : COMBUTIO  
No. Medical Record : 513263  
Tanggal Pengkajian : 23 - 05 – 2019 Jam : 12.00  
Masuk Rumah Sakit : 22 - 05 – 2019 Jam : 16.03

### Identitas Pasien

Nama Pasien : TnA.T Jenis Kelamin : Laki-laki  
Umur/Tanggal Lahir : 18 tahun/ 24-04-2001 Status : belum  
Perkawinan : Kawin  
Agama : Kristen Protestan Suku Bangsa : TIMOR  
Pendidikan Terakhir : SD Pekerjaan : wiraswasta  
Alamat : KEFA

### Identitas Penanggung

Nama : Ny. M .A Pekerjaan : Tani  
Jenis Kelamin : perempuan Hubungan dengan klien : Ibu  
Kandung  
Alamat : Kefa

### Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama
  - Kapan: pasien mengeluh nyeri di sekitar are luka bakar,
  - Lokasi: di kedua ekstremitas atas dan kaki kanan
2. Riwayat Keluhan Utama
  - Mulai timbulnya keluhan: Saat kaji klien mengatakan perutnya terasa nyeri pada luka operasi hari ( pertama )
  - Sifat keluhan: pasien mengatakan kaki dan tangan terasa seperti tertusuk - tusuk

- Lokasi : di kedua ekstremitas atas dan kaki kanan
- Keluhan lain yang menyertai: pasien mengatakan lemas bahwa keterbatasan mobilisasi.
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : resiko kecelakaan kerja, buruh bangunan bekerja dekat dengan sumber arus listrik daya besar. ( tersengat arus listrik )
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)  
Pasien mengatakan keluhannya berkurang saat berbaring dan keluhan bertambah saat merubah posisi tidur
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan klien melakukan napas dalam  
Setelah dilatih petugas.

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

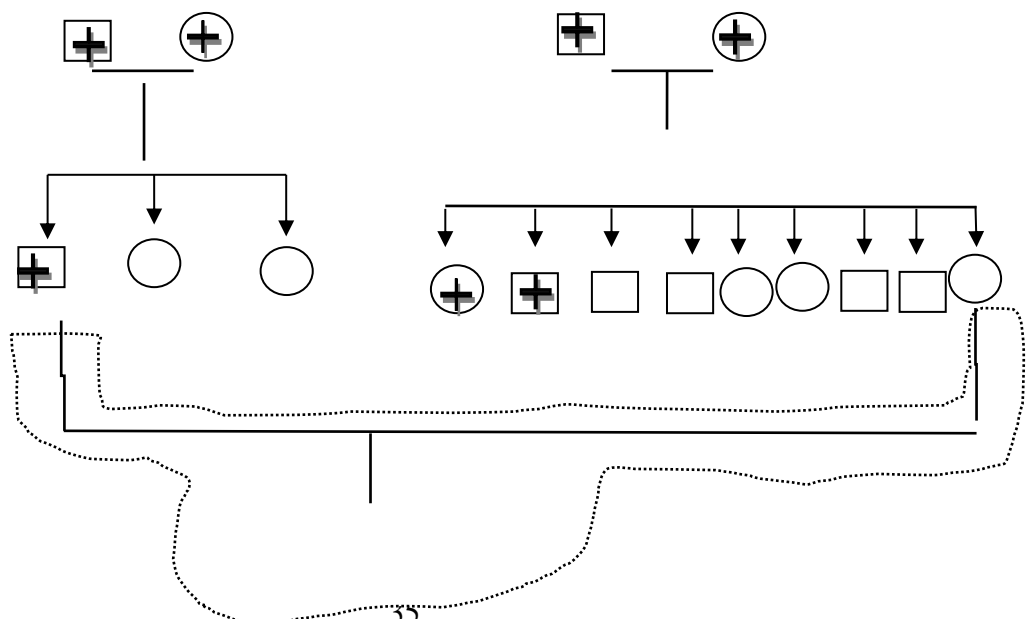
- Riwayat penyakit yang pernah diderita : tidak kada
- Riwayat Alergi ; tidak ada
- Riwayat Operasi : tidak pernah

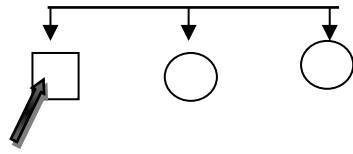
4. Kebiasaan

- Merokok
  - Ya: Jumlah: 1 bungkus, waktu sudah 3 tahun
- Minum alkohol
  - Ya: Jumlah:., waktu \* tidak√
- Minum kopi :
  - Ya: Jumlah: 2 gelas, waktu lamanya 2 tahun
- Minum obat-obatan
  - Tidak√

**Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram Tiga generasi) :**

*Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.*





**Keterangan :**

- = Laki-laki
- = Perempuan
- ⊠ = laki-laki meninggal
- ➔ = Pasien
- = Tinggal serumah
- ⊕ = meninggal laki - laki
- ⊕ = meninggal perempuan

## Pemeriksaan Fisik

### 1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 120/60 mmHg - Nadi : 80 x/ m
- Pernapasan : 18 x / m - Suhu badan : 37°C

### 2. Kepala dan leher

- Kepala :
  - Sakit kepala : ya tidak
  - Bentuk , ukuran dan posisi:  
normal abnormal, jelaskan :
  - Lesi : ada, tidak ada ( Luka post op Cranial )
  - Masa : ada, tidak ada
  - Observasi Wajah : simetris asimetris,
- Penglihatan :
  - Konjungtiva: animis tidak
  - Sklera: ikterik tidak
  - Pakai kacamata : Ya tidak
  - Penglihatan kabur : Ya, tidak
  - Nyeri : tidak ada
  - Peradangan : tidak ada
  - Operasi : tidak pernah
- Pendengaran
  - Gangguan pendengaran : Ya tidak
  - Nyeri : Ya tidak
  - Peradangan : Ya tidak
- Hidung
  - AlergiRhinitis : Ya tidak
  - RiwayatPolip : Ya, tidak
  - Sinusitis : Ya, tidak
  - Epistaksis : Ya, tidak
- Tenggorokan dan mulut
  - Keadaan gigi : tampak bersih
  - Caries : Ya, tidak
  - Memakai gigi palsu : Ya, tidak
  - Gangguan bicara : Ya, tidak
  - Gangguan menelan : Ya, tidak
  - Pembesaran kelenjar leher : Ya, tidak



### 3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Ya, tidak
  - Inspeksi :
    - Kesadaran/ GCS : composmentis= E 4. V= 5, M- 6 = 15
    - Bentuk dada : abnormal , normal
    - Bibir : sianosis normal
    - Kuku : sianosis normal
    - CapillaryRefill :  Abnormal normal > 3det
    - Tangan :  Edema normal
    - Kaki :  Edema normal
    - Sendi :  Edema normal
  - Ictuscordis/ApikalPulse: Teraba tidak teraba
  - Vena jugularis : Teraba tidak teraba
  - Perkusi : pembesaranjantung: Normal
  - Auskultasi : BJ I :  Abnormal normal  
BJ II :  Abnormal normal
- Murmur :tidakada

### 4. Sistem Respirasi

- Keluhan : tidak ada
- Inspeksi :
  - Jejas : Ya, tidak
  - Bentuk Dada :  Abnormal, Normal
  - Jenis Pernapasan :  Abnormal, normal
  - Irama Napas : teratur tidak teratur
  - Retraksi otot pernapasan: Ya tidak
  - Pengguna alat bantu pernapasan :Ya, tidak
- Perkusi : Cairan : Ya tidak
- Udara :Ya tidak
- Massa :Ya tidak
- Auskultasi :
  - Inspirasi :  Normal  Abnormal
  - Ekspirasi :  Normal  Abnormal
    - Ronchi : Ya tidak
    - Wheezing : Ya tidak
    - Krepitasi : Ya tidak
    - Rafles : Ya tidak
- Clubbing Finger : Normal  Abnormal

5. Sistem Pencernaan

a. Keluhan : klien mengatakannyeri di bagian perut

b. Inspeksi :

- Turgor kulit :  Abnormal,  Normal
- Keadaan bibir : lembab kering
- Keadaanronggamulut  
Warna Mukosa :merah muda
- Luka/ perdarahan :Ya, tidak
- Tanda-tanda radang : Ya, tidak
- Keadaan gusi :  Abnormal,  normal
- Keadaan abdomen  
Warna kulit :cokelat
- Luka : Ya, tidak
- Pembesaran :  Abnormal, adanyaasites  normal
- Keadaan rektal
- Luka : Ya, tidak
- Perdarahan : Ya, tidak
- Hemoroid : Ya, tidak
- Lecet/ tumor/ bengkak :Ya, tidak

c. Auskultasi :

Bisingusus/Peristaltik : 33 x/,menit./ baik +)

d. Perkusi : Cairan :  Abnormal, adanyaasites  normal

Udara : Abnormal, ( kembung )  normal

Massa : Abnormal,  normal

e. Palpasi :

Tonus otot:  Abnormal,  normal

Nyeri :  Abnormal,  normal

Massa :  Abnormal  normal

6. SistemPersyarafan

a. Keluhan : nyeri pada area luka,

b. Tingkat kesadaran: composmentis, GCS (E/M/V): 15

c. Pupil :Isokor anisokoria

d. Kejang :  Abnormal,  normal

e. Jenis kelumpuhan : Ya, tidak

f. Parestesia : Ya, tidak

g. Koordinasi gerak :  Abnormal,  normal

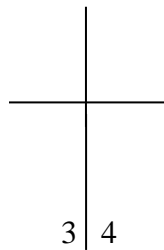
h. Cranial Nerves :  Abnormal,  normal

i. Reflexes :  Abnormal,  normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan : hambatan mobilitas fisik
- b. Kelainan Ekstremitas :  ada,  tidak ada
- c. Nyeri otot :   ada  tidak (adapada ekstremitas atas dan bawah )
- d. Nyeri Sendi :  ada  tidak ada
- e. Refleksi sendi :  abnormal,  normal
- f. Kekuatan otot :  Atropi  hipertrofi  normal

3 3



8. Sistem Integumen

- a. Rash :  ada,  tidak ada
- b. Lesi :  ada,  tidak ada (adapada ekstremitas atas dan bawah )
- c. Turgor : baik Warna : cokelat
- d. Kelembaban :  Abnormal,  normal
- e. Petechie :  ada,  Tidak ada
- f. Lain- lain: tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan :  kencing menetes  inkontinensia  retensi  
 gross hematuri  disuria  poliuri  
 oliguri  anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll)  a  tidak
- c. Kandung kencing : membesar  ya  tidak  
nyeri tekan  ya  tidak
- d. Produksi urine : kurang lebih 1000cc
- e. Intake cairan :  oral :300cc/hr  parenteral :1500cc
- f. Bentuk alat kelamin :   Normal  Tidak normal,
- g. Uretra :  Normal Hip  padia/Epispadia  
Lain-lain : tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada
  - b. Pembesaran Kelenjar :  ada,  tidak ada
  - c. Lain – lain : tidak ada
11. Sistem Reproduksi
- a. Keluhan : tidak ada
  - b. Wanita : Siklus menstruasi : -
    - Keadaan payudara :  Abnormal,  normal
    - Riwayat Persalinan:-
    - Abortus:-
    - Pengeluaran per vagina:  Abnormal,  normal
    - Lain-lain:-
  - c. Pria : Pembesaran prostat :  ada  tidak ada
  - d. Lain-lain: tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : teratur
- Frekuensi makan : 3x sehari
- Nafsu makan : baik
- Makanan pantangan : tidak ada
- Makanan yang disukai : camilan jagung goreng
- Banyaknya minum dalam sehari 300cc
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
- Sebelum sakit BB : 40 kg TB : 155cm
- Penurunan BB: 40kg, dalam waktu: 2 kg

2. Perubahan selama sakit :

Tidak ada perubahan

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan ( Pasien memakai kateter Fawally )

Frekuensi dalam sehari : terpasang kateter

Warna : kuning

Bau : khas, Jumlah/ hari : kurang lebih 1500cc

b. Perubahan selama sakit: BAK

lebih banyak namun keluar lewat kateter Fawally

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : saat kaji 1 x sehari

Warna : kecokelatan

Konsistensi : lembik

b. Perubahan selama sakit : BAB dibantu keluarga

- c. Olah raga dan Aktivitas
  - Kegiatanlah raga yang disukai : sepak bola
  - Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : kadang - kadang
- C. Istirahatdantidur
  - Tidur malam jam : 09.00  
Bangun jam : 04.00
  - Tidur siang jam : 14.00  
Bangun jam : 15.00
  - Apakahmudahterbangun : lambat
  - Apa yang dapatmenolonguntuktidurnyaman : mendengar lagu

**PolaInteraksi Sosial**

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : orang tua kandung
2. Organisasi sosial yang diikuti :
3. Keadaanrumahdanlingkungan : baik  
Status rumah : milik sendiri  
Cukup/ tidak  
Bising/ tidak  
Banjir / tidak
4. Jikamempunyaimasalahapakahdibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Ya ( orang tua )
5. Bagaimana Anda mengatasisuatumasalahdalam keluarga : denganberdiskusimencari solusi
6. Bagaimanainteraksidalam keluarga : baik

**Kegiatan Keagamaan/ Spiritual**

1. Ketaatanmenjalankanibadah : ya ( ke gerejatiap Minggu )
2. Keterlibatandalamorganisasi keagamaan : anggota pemuda GMIT di gereja

**KeadaanPsikologisSelama Sakit**

1. Persepsiklienterhadappenyakit yang diderita :klienberharapiacepatsembuhdaripenyakitnyadancepatpulang ke rumah.
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : menyesal karena tidak menyangka bisa tersengat listrik
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik

Data Laboratorium Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			22-05-2019				
1	Hemoglobin	13,0-18,0 g/dl	12,7				
2	Jumlah eritrosit	4,50-6,20 <sup>6</sup> /μl	4,76				
3	Hematokrit	40,0-54,0 %	36,4				
4	MCV	81,0-96,0 fL	76,5				
5	RDW-CV	11,0-16,0 %	12,6				
6	RDW-SD	37-54 fL	35,5				
7	Juml. Lekosit	4.0 – 10.0 <sup>3</sup> /μl	6,85				
8	Eosinofil	1.0 – 5.0 %	3,8				
9	Nitrofit	50 – 70 %	74,9				
10	Limfosit	20 – 40 %	14,0				
11	Jumlah Nitrofit	1.50 – 7.00 <sup>3</sup> /μl					
12	Jumlah limfosit	1.00-3.70 <sup>3</sup> /μl					
13	Jumlah Monosit	0.00-0.70 <sup>3</sup> /μl					

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

- a. Fotogigidan mulut : tidak ada
- b. Fotoesofagus,lambung, danusus halus : tidak ada
- c. Cholescystogram : tidak ada
- d. Foto colon : tidak ada

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

- Ultrasonografi :
- Biopsi :
- Colonoscopy : tidak ada
- Dll. : tidak ada

Penatalaksanaan/pengobatan  
(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan : tidak ada
- Obat - obatan
  1. Dextrose drip Analgetik
  2. RL 500cc/ 24 jam= 30 tpm
  3. Ranitidin 2 x 1 ampul IV
  4. Kalnex 3 x 500 cc
  5. Ketorolac 3 x 30 mg iv
  6. Ceftriaxon 2x1 amp

## LAPORAN KASUS

### 1. Analisa data

NO	Data-data	Masalah	Etiologi
1.	Ds.: pasien mengeluh nyeri di sekitar area luka bakar  Do: pasien tampak lemah  Gelisah, meringis  Memegang area nyeri skala nyeri 6(1-10)  TD:130/60 mmhg  N:81x/m  S:36 <sup>0</sup> c  RR: 20x/m	Nyeri akut	Agen cedera kimiawi(luka bakar)
2.	Ds.: pasien mengatakan ada luka di kaki dan tangan  Do: tampak luka di tangan dan kaki  Terpapar  Nyeri  TD:130/60 mmhg  N:81x/m  S:36 <sup>0</sup> c  RR:20x/m	Gangguan integritas kulit	Kerusakan permukaan kulit



3.	Ds.:pasien mengeluh sulit beraktivitas karena luka  Dinampak lemah  Terus berbaring  ADL dibantu  Kekuatan otot 2/3  TD:130/60mmhg  N:81x/m  S:36 <sup>0</sup> c  RR:20x/m	Gangguan mobilitas fisik	Intoleransi aktivitas
----	--	--------------------------	-----------------------

2. DIAGNOSA KEPERAWATAN:

- a. Nyeri akut b/d agen cedera kimiawi(luka bakar)
- b. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi (luka bakar)
- c. Gangguan mobilitas fisik b/d intoleransi aktivitas

3. INTEVENSI KEPERAWATAN

No.	Dx kep	NOC	NIC
1.	Nyeri akut b/d agen cedera kimiawi (luka bakar)	Domain: 12 kenyamanan  Kelas 1: kenyamanan fisik  Kode :00132 Nyeri akut  Goal: pasien bebas dari nyeri selama masa perawatan	Domain 1:fisiologis dasar  Kelas E: Promosi kenyamanan fisik  Kode :1400  Manajemen nyeri  Intervensi:

		<p>Objektif: Dalam jangka waktu 3x24 jam pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil:</p> <p>NOC(1605):Manajemen nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (160510) menganalisis skala nyeri</li> <li>- (160503)mengidentifikasi tanda dan gejala nyeri</li> <li>- (160505)menggunakan analgesik sesuai anjuran</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji nyeri secara komprehensif</li> <li>- Pertahankan tirah baring selama fase akut</li> <li>- Berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien</li> <li>- Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Kolaborasi pemberian analgesik</li> <li>- Dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.</li> </ul>
2.	<p>Kerusakan integritas kulit b.d cedera kimiawi (luka bakar)</p>	<p>Domain 11 : keamanan dan kenyamanan</p> <p>Kelas 2: infeksi</p> <p>Kode 00046:kerusakan integritas kulit</p> <p>Goal: integritas kulit kembali membaik selama masa perawatan</p> <p>Objektif: Dalam jangka waktu 3x24 jam integritas kulit membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda – tanda cedera termal</li> <li>- Tidak ada tanda – tanda infeksi</li> <li>- Integritas kulit membaik</li> <li>- Tidak ada nekrosis</li> </ul>	<p>NIC:Pressure manajemen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>2. Observasi luka</li> <li>3. Lakukan perawatan luka dengan teknik steril</li> <li>4. Ajarkan pada keluarga tentang perawatan luka</li> <li>5. Pantau tanda-tanda vital.</li> </ol>
3.	<p>Gangguan mobilitas</p>	<p>Domain 4:aktivita/istirahat</p>	<p>Domain 1: fisiologis dasar</p>

	fisik b/d intoleransi aktivitas	Kelas 2:aktivitas /latihan Gangguan mobilitas fisik kode 0206 Goal: gangguan mobilitas fisik teratasi selama masa perawatan Objektif: Dalam jangka waktu 3x24 jam mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil: outcomes 0206 gerakan sendi - Jari jempol,pergelangan,siku, bahu, pergelangan kaki,lutut ,panggul.	Kelas A: Aktivitas dan latihan Intervensi: 1. Tentukan keterbatasan gerak dan efisiensi pada fungsi sendi 2. Tentukan tingkat motivasi pasien untuk menjaga dan mengendalikan fungsi sendi 3. Jelaskan pada pasien atau keluarga tujuan rencana dari latihan bersama 4. Pantau lokasi dan sifat tidak nyamankan 5. Mulai langkah pengendalian nyeri sebelum latihan bersama 6. Ajarkan pasien bagaimana cara melatih ROOM
--	---------------------------------	--	--

#### 4. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

27 Mei 2019

No.	Dx kep	Hari/tgl	jam	Tindakan	Evaluasi
1.	Nyeri akut b/d agen cedera kimiawi(luka bakar)	Senin 27 Mei 2019	08.00  09.00  10.00  11.00  12.00  12.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji nyeri secara komprehensif</li> <li>- Pertahankan tirah baring selama fase akut</li> <li>- Berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien</li> <li>- Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Kolaborasi pemberian analgesik</li> <li>- Dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.</li> </ul>	<p>S:pasien mengeluh masih merasakan nyeri</p> <p>O:masih meringisskala nyeri 5(1-10)</p> <p>A:masalah belum teratasi</p> <p>P:intervensi dilanjutkan</p>
2.	Kerusakan integritas kulit b.d cedera kimiawi (luka bakar)		08.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>- Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> <li>- Observasi luka</li> </ul>	<p>S:pasien mengeluh ada luka</p> <p>O: masih tampak luka</p> <p>TD: 120/80 mmhg</p>

			08.30	- Lakukan perawatan luka dengan teknik steril	N:80x/m S:36,5 <sup>0</sup> c
			08.40	- Ajarkan pada keluarga tentang luka dan perawatan luka	RR: 20x/m
			08.45	- Pantau tanda-tanda vital.	A:masalah belum teratasi P:intervensi dilanjutkan
			08.55		
			09.15		
3.	Gangguan mobilitas fisik b/d intoleransi aktivitas		10.05	- Tentukan keterbatasan gerak dan efisiensi pada fungsi sendi	S:pasien mengeluh masih sulit beraktivitas
			10.10	- Tentukan tingkat motivasi pasien untuk menjaga dan mengendalikan fungsi sendi	O: tampak berbaring ADL dibantu
			10.15	- Jelaskan pada pasien atau keluarga tujuan rencana dari latihan bersama	A:masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
				- Pantau lokasi dan sifat tidak nyaman	
				- Mulai langkah pengendalian nyeri sebelum latihan bersama	

			10.20	- Ajarkan pasien bagaimana cara melatih ROOM	
			10.25		
			10.35		

Tanggal 28 Mei 2019

NO	Dx kep	Hari/tgl	jam	Tindakan	Evaluasi
1.	Nyeri akut b/d agen cedera kimiawi(luka bakar)	Selasa 28 Mei 2019	08.00  09.00  10.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji nyeri secara komprehensif</li> <li>- Pertahankan tirah baring selama fase akut</li> <li>- Berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien</li> <li>- Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Kolaborasi pemberian analgesik</li> </ul>	<p>S:pasien mengeluh masih merasakan nyeri</p> <p>O:masih meringis skala nyeri 5(1-10)</p> <p>A:masalah belum teratasi</p> <p>P:intervensi dilanjutkan</p>

			11.00	- Dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.	
			12.00		
			12.40		
2.	Kerusakan integritas kulit b.d cedera kimiawi (luka bakar)		07.00	- Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar	S:pasien mengeluh ada luka
			08.00	- Monitor kulit akan adanya kemerahan	O: masih tampak luka
			08 10	- Observasi luka	TD: 120/80 mmhg
			08.20	- Lakukan perawatan luka dengan teknik steril	N:80x/m
				- Ajarkan pada keluarga tentang luka dan perawatan luka	S:36,5 <sup>0</sup> c
				- Pantau tanda-tanda vital.	RR: 20x/m
			08.30		A:masalah belum teratasi
					P:intervensi dilanjutkan
			08.40		

3.	Gangguan mobilitas fisik b/d intoleransi aktivitas		09.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentukan keterbatasan gerak dan efisiensi pada fungsi sendi</li> </ul>	S:pasien mengeluh masih sulit beraktivitas
			10.25	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentukan tingkat motivasi pasien untuk menjaga dan mengendalikan fungsi sendi</li> </ul>	O: tampak berbaring
			10.35	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan pada pasien atau keluarga tujuan rencana dari latihan bersama</li> </ul>	ADL dibantu
			10.45	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pantau lokasi dan sifat tidak nyamanan</li> </ul>	A:masalah belum teratasi
			10.45	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mulai langkah pengendalian nyeri sebelum latihan bersama</li> </ul>	P: intervensi dilanjutkan
			11.45	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan pasien bagaimana cara melatih ROOM</li> </ul>	



29 Mei 2019

NO	Dx kep	Hari/tgl	Jam	Tindakan	Evaluasi
1.	Nyeri akut b/d agen cedera kimiawi(luka bakar)	Rabu Mei2019	08.00 09.00 10.00 11.00 12.00 12.10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji nyeri secara komprehensif</li> <li>- Pertahankan tirah baring selama fase akut</li> <li>- Berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien</li> <li>- Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri</li> <li>- Kolaborasi pemberian analgesik</li> <li>- Dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.</li> </ul>	<p>S:pasien mengatakan nyeri berkurang</p> <p>O:masih meringis skala nyeri 4(1-10)</p> <p>A:masalah teratasi sebagian</p> <p>P:intervensi dilanjutkan</p>
2.	Kerusakan integritas kulit b.d cedera kimiawi (luka bakar)		07.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>- Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> </ul>	<p>S:pasien mengeluh ada luka membaik</p> <p>O: masih tampak luka</p>

			07.10	- Observasi luka	TD: 120/80 mmhg
			07.20	- Lakukan perawatan luka dengan teknik steril	N:80x/m
			07.30	- Ajarkan pada keluarga tentang luka dan perawatan luka	S:36,5 <sup>0</sup> c
			07.40	- Pantau tanda-tanda vital.	RR: 20x/m A:masalah teratasi sebagian P:intervensi dilanjutkan
			07.50		
3.	Gangguan mobilitas fisik b/d intoleransi aktivitas		09.05	- Tentukan keterbatasan gerak dan efisiensi pada fungsi sendi	S:pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas masih sulit beraktivitas
			09.45	- Tentukan tingkat motivasi pasien untuk menjaga dan mengendalikan fungsi sendi	O: tampak duduk ADL dibantu
			09.55	- Jelaskan pada pasien atau keluarga tujuan rencana dari latihan bersama	A:masalah teratasi sebagian
				- Pantau lokasi dan sifat tidak nyaman	P: intervensi dilanjutkan
				- Mulai langkah pengendalian nyeri sebelum latihan bersama	

			10.05	- Ajarkan pasien bagaimana cara melatih ROOM	
			11.20		
			11.50		

30 Mei 2019

NO	Dx kep	Hari/tgl	Jam	Tindakan	Evaluasi
1.	Nyeri akut b/d agen cedera kimiawi(luka bakar)	Kamis 30 Mei 2019	08.00	- Kaji nyeri secara komprehensif	S:pasien mengeluh masih merasakan nyeri
			09.00	- Pertahankan tirah baring selama fase akut	O:masih meringis skala nyeri 5(1-10)
			10.00	- Berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien	A:masalah belum teratasi
			11.00	- Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri	P:intervensi dilanjutkan
				- Kolaborasi pemberian analgesik	
				- Dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.	

			12.00		
			12.30		
2.	Gangguan integritas kulit b/d kerusakan permukaan kulit		07.20	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>- Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> <li>- Observasi luka</li> <li>- Lakukan perawatan luka dengan teknik steril</li> <li>- Ajarkan pada keluarga tentang luka dan perawatan luka</li> <li>- Pantau tanda-tanda vital.</li> </ul>	<p>S:pasien mengeluh ada luka</p> <p>O: masih tampak luka</p> <p>TD: 120/80 mmhg</p> <p>N:80x/m</p> <p>S:36,5<sup>0</sup>c</p> <p>RR: 20x/m</p> <p>A:masalah belum teratasi</p> <p>P:intervensi dilanjutkan</p>
			07.40		
			07.50		
			08.00		
			08.10		
			08.20		
3.	Gangguan mobilitas fisik b/d intoleransi aktivitas		09.05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentukan keterbatasan gerak dan efisiensi pada fungsi sendi</li> <li>- Tentukan tingkat motivasi pasien untuk menjaga</li> </ul>	<p>S:pasien mengeluh masih sulit beraktivitas</p> <p>O: tampak berbaring</p>

			09.10	dan mengendalikan fungsi sendi	ADL dibantu
				- Jelaskan pada pasien atau keluarga tujuan rencana dari latihan bersama	A: masalah belum teratasi
			09.15	- Pantau lokasi dan sifat tidak nyaman	P: intervensi dilanjutkan
				- Mulai langkah pengendalian nyeri sebelum latihan bersama	
				- Ajarkan pasien bagaimana cara melatih ROOM	
			09.20		
			09.25		
			09.30		

Lampiran 2...

no	Kegiatan	Bulan																				
		Mei									Juni											
		24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Pembekalan	✓																				
2	Lapor Diri Di Rumah Sakit		✓																			
3	Pengambilan Kasus			✓																		
4	Ujian Praktek				✓																	
5	Perawatan Kasus					✓	✓	✓	✓													

<b>6</b>	Penyusunan karya Tulis Ilmia Dan Konsultasi Dengan pembimbing										✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
<b>7</b>	Ujian Sidang																		✓			
<b>8</b>	Revisi Hasil																			✓	✓	
<b>9</b>	Pengumpulan Karya Tulis Ilmia																					✓

