

LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.R DENGAN

VULNUS COMBUSTIO

DI RUANGAN FLAMBOYAN RUMKIT.TK.II.R.W.MONGISIDI

DISUSUN DALAM RANGKA MENYELESAIKAN

TAHAP PROFESI NERS



Oleh

Vebriningsy Missy, S.kep

22062003

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS KATOLIK DE LA SALLE MANADO

2023

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Vebringsy Missy, S.Kep

Nim : 22062003

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ners ini adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan sepanjang pengetahuan dan keyakinan saya, saya tidak mencantumkan tanpa pengakuan bahan-bahan yang telah di publikasikan sebelumnya atau ditulis oleh orang lain atau sebagian bahan yang pernah diajukan untuk gelar ners atau ijazah pada Universitas Katolik De La Salle Manado atau perguruan tinggi lainnya.

Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang telah diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Manado, 05 April 2023



Vebringsy Missy

HALAMAN PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.R DENGAN VULNUS COMBUSTIO
DI RUANGAN FLAMBOYAN RUMKIT.TK.II.R.W.MONGISIDI**

Nama : Vebriningsy Missy, S.kep
Nim : 22062003
Fakultas : Keperawatan
Program Studi : Profesi Ners

Menyetujui,
Manado, 05 April 2023

Pembimbing



Natalia E. Rakinaung, S.Kep.,Ns.MNS

Dekan Fakultas Keperawatan
Unika De La Salle Manado



Wahyuni Langelo, BSN., M.Kes.

Ketua Program Studi Profesi Ners
Fakultas Keperawatan Unika
De La Salle Manado



Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.R DENGAN VULNUS COMBUSTIO
DI RUANGAN FLAMBOYAN RUMKIT.TK.II.R.W.MONGISIDI**

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Vebriningsy Missy, S.Kep

22062003

Telah berhasil dipertahankan di hadapan tim penguji ujian KIAN

Pada 05 April 2023

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

TIM PENGUJI




Natalia E. Rakinaung, S.Kep.,Ns.MNS

Dekan Fakultas Keperawatan
Unika De La Salle Manado



Wahyuni Langelo, BSN., M.Kes.

Ketua Program Studi Profesi Ners
Fakultas Keperawatan Unika
De La Salle Manado



Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep.

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.R DENGAN VULNUS
COMBUSTIO DI RUANGAN FLAMBOYAN
RUMKIT.TK.II.R.W.MONGISIDI**

Vebriningsy Missy ; Natalia E Rakinaung

Abstrak

Latar belakang : *Vulnus Combustio* merupakan rusaknya jaringan akibat terkena dengan paparan panas seperti api, air panas, minyak panas, listrik dan lain-lain. Angka kejadian *Vulnus Combustio* saat ini masih tinggi, prevalensi luka bakar yang terjadi di Indonesia sekitar 40%, Persentasi luka bakar di Sulawesi utara sendiri yaitu 1,3%.

Tujuan : Karya ilmiah akhir ners ini dilakukan untuk dapat memahami tentang penyakit *Vulnus Combustio* serta mendapat pengalaman dalam hal merawat pasien dengan *Vulnus Combustio*.

Metode : Karya ilmiah akhir ners ini menggunakan penelitian kualitatif dengan desainnya adalah studi kasus. Metode yang digunakan adalah proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Hasil Penelitian : Dalam karya ilmiah ini diketahui bahwa masalah keperawatan yang muncul pada Ny.R dengan *Vulnus Combustio* (luka bakar) adalah nyeri akut, gangguan Integritas kulit, gangguan mobilitas fisik dan resiko infeksi. Setelah dilakukan implementasi dan evaluasi selama 3 hari, pasien mengatakan nyeri berkurang, diagnosa kedua sudah ada perubahan turgor kulit mulai membaik, diagnosa ketiga gangguan mobilitas mulai menurun dan pasien mulai latihan ROM pasif dan aktif, dignosa keempat resiko infeksi teratasi sebagian karena sudah dilakukan perawatan luka.

Kesimpulan : Proses asuhan keperawatan pada Ny.R dengan *Vulnus Combustio* (luka bakar) telah dilakukan secara tepat dan benar namun perawatan yang hanya dilakukan selama 3 hari membuat penulis tidak maksimal dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga tidak mengetahui perkembangan selanjutnya pada pasien.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa karena berkat penyertaan dan tuntunanNya sehingga penulis mampu menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.R DENGAN VULNUS COMBUSTIO DI RUANGAN FLAMBOYAN RUMKIT.TK.II.R.W.MONGISIDI”**.

Karya Ilmiah Akhir Ners ini disusun sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan Profesi Ners di Universitas Katolik De La Salle Manado. Penulis menyadari bahwa karya ilmiah ini tidak dapat diselesaikan dengan baik tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya skripsi ini. Oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

Prof. Dr. Johanis Ohoitumur, Rektor Universitas Katolik De La Salle Manado.

Wahyuny Langelo, BSN., M.Kes., Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.

Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep, Ketua Program Studi Profesi Ners Universitas Katolik De La Salle Manado.

Natalia Elisa Rakinaung, S.Kep.,Ns.,M.N.S, Dosen Pembimbing yang telah bersedia menyediakan waktu, tenaga dan pikiran bahkan dengan sabar membimbing saya dalam penyusunan karya ilmiah ini.

Kepala ruangan Flamboyan., Pembimbing Klinik yang telah bersedia menyediakan waktu, tenaga dan pikiran bahkan dengan sabar membimbing saya selama praktik di RS Rumkit.T.K.II.R.W.Mongisidi .

Secara khusus untuk Suami dan Anak tersayang yang sudah memberikan motivasi dan doa serta memberikan semangat dalam menyelesaikan profesi ners ini .

Papa, Mama, kakak, semua saudara dan keluarga besar yang dengan penuh kasih sayang, telah mendoakan, memberi semangat dan mendukung penulis selama menyelesaikan karya ilmiah ini dan selama pendidikan di Universitas Katolik De La Salle Manado.

keluarga dari suami mama, papa yang disurga, serta adik, yang telah membantu dan memberikan semangat serta motivasi dan mendoakan penulis dalam menyelesaikan studi profesi ners dan penulisan karya ilmiah ini.

Teman – teman kelas angkatan 2013 yang selalu mendukung dan membantu tahap studi profesi ners ini.

Teman-teman seperjuangan : Brigitta Moningka, Namira, Wulan, Yoda, Putri, Anisa, Tiara dan semua teman-teman kelompok bimbingan, yang sudah memberikan dukungan serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah ini.

Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Adapun penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis terbuka akan kritik, masukan dan saran yang dapat membantu melengkapi dan menyempurnakan skripsi ini. Penulis mengharapkan agar karya ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak khususnya profesi keperawatan untuk meningkatkan sumber daya manusia di bidang keperawatan.

Manado, 5 April 2023

Penulis

Vebriningsy Missy

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Halaman Pernyataan Orisinalitas	ii
Halaman Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Abstrak Bahasa Indonesia	v
Abstrak Bahasa Inggris	v
Kata Pengantar	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan	3
1.4 Manfaat	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 LANDASAN TEORI	5
2.2 ASUHAN KEPERAWATAN TEORI	18
2.3 PENELITIAN TERKAIT	24
BAB II GAMBARAN KASUS	28
BAB IV PEMBAHASAN	38
4.1 ANALISIS DAN DISKUSI HASIL	38
4.2 KETERBATASAN PELAKSANAAN	44
BAB V PENUTUP	45
5.1 KESIMPULAN	45
5.2 SARAN	46
DAFTAR PUSTAKA	47
Lampiran	49

DAFTAR TABEL

Tabel 1. . Penelitian Terkait	23
Tabel 2. Hasil Pemeriksaan Darah Lengkap	57
Tabel 3. Hasil Pemeriksaan Kimia Darah dan Elektrolit	57
Tabel 4. Obat yang diberikan	57
Tabel 5. Klasifikasi Data	58
Tabel 6. Analisa Data	58
Tabel 7, Asuhan keperawatan	61
Tabel 8. Catatan Perkembangan	66

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Laporan Kasus Vulnus Combustio di ruangan

Flamboyan Rumkit TK.II.RW. Mongisidi49

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Vulnus Combustio merupakan rusaknya jaringan akibat terkena dengan paparan panas seperti api, air panas, minyak panas, listrik dan lain-lain. Hal ini menyebabkan seseorang mengalami kondisi yang membahayakan atau mengancam nyawa jika tidak ditangani dengan cepat. Luka bakar ini merusak bagian epidermis, dermis, maupun jaringan subkutan. (Handayani Dkk 2020).

Luka bakar/ *Vulnus Combustio* adalah trauma akibat kerusakan jaringan pada kulit yang bersentuhan langsung dengan benda panas atau dingin, tersengat listrik serta paparan bahan kimia (Jeschke & Gauglitz, 2020) hal tersebut dapat mengakibatkan komplikasi seperti kecacatan fisik, gangguan psikologis, infeksi, gangguan pernapasan, hipotermia, menurunnya volume darah, penyakit pada daerah sendi dan tulang hingga berdampak pada kematian (Khajehgoodari et al., 2020).

Angka kejadian *Vulnus Combustio* saat ini masih tinggi, korban yang meninggal mencapai 265.000 setiap tahunnya. Lebih dari satu juta orang di India mengalami luka bakar dari sedang sampai berat. Di Bangladesh, Columbia, Mesir, dan Pakistan 17% anak dengan luka bakar mengalami kecacatan ringan atau sementara dan 18% mengalami kecacatan permanen. Luka bakar sekarang menjadi penyebab kedua cedera tertinggi di Nepal, terhitung 5% mengalami kecacatan. Asia Tenggara memiliki insiden luka bakar yang tertinggi, terhitung 27% dari semua kematian di seluruh dunia dan hampir 70% diantaranya adalah wanita (World Health Organization, 2018).

Kejadian luka bakar di Indonesia masih terbilang tinggi yaitu 40% dengan jumlah pasien yang meninggal sebesar 78% diakibatkan oleh nyala api, tersengat aliran listrik 14%, cairan panas 4%, bahan kimia 3% dan metal 1% (Waladani dkk, 2021). Pada proporsi kejadian luka bakar tertinggi menurut Provinsi di tempati oleh Provinsi Papua yaitu sebesar 2,1%, Kalimantan Selatan 1,9%, Kalimantan Utara

1,8% dan Sumatera Barat 1,8%. Persentasi luka bakar di Sulawesi utara yaitu 1,3% , pada kasus luka bakar saat ini sebesar 68 kasus atau 45,0 % terjadi pada mereka yang belum bekerja, dan yang paling banyak karena terkena sengatan listrik sebesar 58 kasus atau 38,4 % (Menkes, 2019).

Menurut Ananda Ayu (2022) dalam penelitiannya bahwa, menentukan penyebab luka bakar, sangat penting untuk mengklasifikasikan menurut tingkat keparahannya. Luka bakar dapat berdampak bagi semua organ karena adanya respon iskemik seperti atrofi otak, kerusakan paru yang mengarah ke pneumonia atau sindrom gangguan pernapasan akut (ARDS), gagal ginjal akut, sehingga dapat merujuk pada kematian. Untuk itu dengan pemberian resusitasi cairan sebagai salah satu pemulihan dan pemeliharaan fungsi jaringan untuk menghindari iskemik dari syok hipovolemik (Nielson et al., 2017). Perawat menerapkan asuhan keperawatan dengan cara menjaga kebersihan luka agar pasien tidak mengalami peradangan dan selalu memberikan terapi-terapi yang membuat pasien merasa aman dan nyaman sehingga kondisi pasien dapat kembali seperti semula atau membaik (Wati dkk, 2020).

Luka bakar saat ini menjadi tantangan bagi petugas kesehatan dan juga salah satu masalah kesehatan terbesar di masyarakat karena dapat mempengaruhi penampilan dan fungsi indera pasien, kehilangan pekerjaan dan ketidakpastian akan masa depan. Tujuan utama perawat adalah keselamatan pasien dan perawatan luka secepat mungkin. Dari keterangan diatas ditarik kesimpulan bahwa luka bakar sering terjadi di mana pun kita bekerja. Untuk itu, kita harus mengetahui penyebab, tindakan pencegahan, dan tindakan pencegahan lainnya yang harus dilakukan jika terjadi luka bakar. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk merawat pasien dengan *Vulnus Combustio* atau memberikan tindakan keperawatan pada klien dengan *Vulnus Combustio* ini.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apa konsep teoritis dari *Vulnus Combustio*?

2. Bagaimana cara memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Vulnus Combustio*?
3. Apa saja kesenjangan teori dari *Vulnus Combustio* dengan praktik di lapangan?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk memenuhi tugas akhir Profesi Ners serta memahami tentang penyakit *Vulnus Combustio* dan dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien dengan *Vulnus Combustio*.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa dapat mengetahui teori tentang *Vulnus Combustio*.
- b. Mahasiswa dapat menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Ny.R dengan *Vulnus Combustio* di ruangan Flamboyan Rumkit TK.II.R.W.Mongisidi
- c. Mahasiswa dapat menganalisis kesenjangan teori dan praktik pada pasien Ny.R dengan *Vulnus Combustio* di ruangan Flamboyan Rumkit TK.II.R.W.Mongisidi

1.4 Manfaat

- a. Bagi mahasiswa
Diharapkan dapat menambah pemahaman mahasiswa, menambah wawasan serta ketrampilan dalam merawat pasien dengan *Vulnus Combustio*.
- b. Bagi masyarakat
Diharapkan masyarakat mengerti dan memahami tentang cara penanganan *Vulnus Combustio*.
- c. Bagi tenaga kesehatan

Dapat menambah pengalaman dalam merawat pasien dengan luka bakar serta dapat memberikan pendidikan kesehatan tentang luka baka atau *Vulnus Combustio*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

A. DEFINISI

Vulnus Combustio atau luka bakar adalah kerusakan kulit akibat paparan panas, bahan kimia/radioaktivitas. Combustio atau Luka bakar ini, terjadinya pemindahan energi dari sumber panas ke tubuh. Panas ini dapat dipindahkan melalui konduksi/radiasi elektromagnetik (Effendy, 2019). Luka bakar adalah kerusakan pada daerah kulit yang terkena langsung benda panas maupun dingin (*frostbite*) misalnya terkena paparan api, cairan atau uap panas, sengatan listrik, bahan kimia, radiasi dan trauma dingin (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Luka bakar adalah kerusakan pada epidermis, dermis dan jaringan subkutan yang disebabkan oleh kontak langsung dengan benda panas seperti api, air panas, minyak panas, listrik dan radiasi. Dan menyebabkan peradangan, pendarahan dan shock, sehingga dapat mempengaruhi sistem tubuh jika tidak ditangani dengan cepat (Prasongko *et al.*, 2020).

Luka bakar adalah kehilangan atau kerusakan jaringan yang disebabkan oleh kontak dengan benda panas seperti air panas, bahan kimia, radiasi, listrik dan api. Durasi kontak antara jaringan dan sumber panas juga menentukan luas dan dalamnya kerusakan jaringan serta lamanya proses penyembuhan. Semakin lama kontak berlangsung, semakin dalam dan luas kerusakan jaringan yang terjadi (Afiani *et al.*, 2019).

Luka bakar atau *Vulnus Combustio* adalah kerusakan pada jaringan kulit akibat nyala api, cairan panas, kontak dengan benda panas atau dingin, tersengat listrik dan paparan bahan kimia sehingga mengakibatkan cacat fisik, gangguan jiwa, adanya jaringan parut, infeksi, gangguan pernapasan, hipotermia, berkurangnya volume darah, penyakit sendi dan tulang yang pada akhirnya berujung pada kematian (Khajehgoodari *et al.*, 2020).

Dari pengertian diatas ditarik kesimpulan bahwa luka bakar (*Combustio*) adalah kerusakan pada area kulit akibat benda panas atau dingin. Pada saat terjadi luka bakar, jika tidak cepat diatasi maka dapat menyebabkan kerusakan kulit yang fatal dan juga dapat membahayakan atau mengancam nyawa seseorang.

B. ANATOMI FISIOLOGI

Kulit merupakan bagian tubuh manusia yang sangat penting dan berfungsi untuk menutupi seluruh organ tubuh. Kulit seseorang bila ditimbang dengan lemak memiliki berat ± 10 kg, atau 4 kg tanpa lemak, yaitu sekitar 16% dari berat badan seseorang (Wahyuningsih & Kusmiyati, 2017). Kulit sangat penting untuk tubuh manusia, seperti pengaturan suhu tubuh, persepsi sensorik, transmisi air dan garam, sintesis vitamin dan hormon yang mencegah masuknya mikroorganisme (Kim & Drew, 2021). Selain itu, kulit membentuk penghalang yang memisahkan organ dalam dari lingkungan luar dan terlibat dalam berbagai fungsi vital tubuh. (Wahyuningsih & Kusmiyati, 2017).

Berikut ini susunan bagian kulit menurut Aminuddin et.al (2020).

1. Epidermis (lapisan tipis bagian luar)

Merupakan lapisan terluar yang melindungi tubuh dalam berbagai ketebalan, bagian epidermis paling tebal pada telapak tangan dan kaki. Epidermis terdiri dari empat jenis sel: keratinosit (90%), yang menghasilkan keratin sebagai penghalang air, melanosit, yang menghasilkan melanin, yang memberi warna pada kulit, sel Langerhans (makrofag), yang berfungsi sebagai sistem kekebalan tubuh, dan Merkel - sel yang menangkap sensasi taktil pada kulit. Kulit (indera) terhubung ke ujung saraf lapisan dermis. Lapisan epidermis terbagi menjadi beberapa bagian, yaitu:

- a) Stratum korneum
- b) Stratum Lusidum
- c) Stratum Granulosum
- d) Stratum spinosum
- e) Stratum basale

2. Dermis atau cutan (*cutaneus*),

Merupakan lapisan kulit di bawah epidermis. Dermis terdiri dari kumpulan serat elastis yang dapat mengembalikan kulit keriput ke bentuk aslinya, dan serat protein ini disebut kolagen. Serat kolagen dikenal sebagai jaringan pendukung karena membentuk jaringan kulit dan kekenyalan kulit serta menjaga kekeringan kulit. Dermis terbagi menjadi dari dua lapisan:

- a. Pars papillare (lapisan papillaris) merupakan bagian yang menonjol dari epidermis yang berisi ujung serabut saraf dan pembuluh darah.
 - b. Pars reticularis (stratum reticularis) adalah bagian yang menonjol di bawah kulit dan terdiri dari serat pendukung, seperti kolagen, elastin dan serat retikuler.
3. Hipodermis

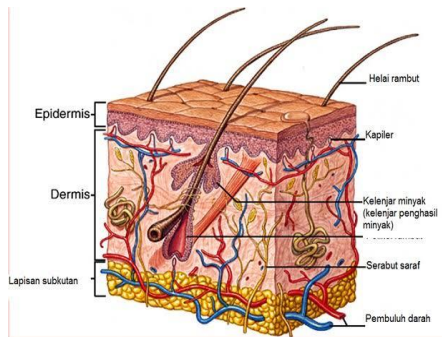
Hipodermis merupakan lapisan bawah kulit (fasia superfisial) yang terdiri dari jaringan ikat longgar, serat elastis, dan sel lemak. Sel lemak membentuk lapisan lemak yang tersusun dari lapisan subkutan untuk menentukan motilitas lapisan atas jaringan adiposa.

Fungsi Kulit

- a) Perlindungan. Melindungi tubuh dari lingkungan luar seperti luka dan bakteri. Kulit menahan suhu tubuh, bertahan dari cedera ringan, menjaga bahan kimia dan bakteri keluar dari tubuh, dan menolak rangsangan fisik seperti sinar UV matahari.
- b) Penerima rangsang. Kulit sangat sensitif terhadap rangsangan sensorik yang berhubungan dengan nyeri, suhu panas atau dingin, tekanan, sentuhan dan getaran. Kulit sebagai organ sensorik disebut ujung saraf sensorik.
- c) Pengatur panas atau suhu.
- d) Ekskresi

Kulit mengeluarkan keringat dari kelenjar keringat, yang dikeluarkan melalui pori-pori keringat dengan membawa garam, yodium dan bahan kimia lainnya.

- e) Penyimpanan cadangan lemak
- f) Produksi vitamin D. Kulit dapat menghasilkan vitamin D dari 7-dihidroksikolesterol dengan bantuan sinar matahari.



Gambar 2.1 Anatomi Kulit

C. ETIOLOGI

Penyebab paling umum dari luka bakar adalah terkena api langsung, dimulai dari adanya cairan yang mudah terbakar seperti kompor, gas rumah tangga, bensin, cairan korek api, yang dapat menyebabkan luka bakar pada seluruh atau sebagian kulit. Selain itu, penyebab luka bakar lainnya antara lain paparan suhu tinggi dari matahari, listrik atau bahan kimia. Bahan kimia ini berupa asam dan basa kuat (Fauzan, 2021).

Penyebab luka bakar menurut Jeschke et al (2020), sebagai berikut:

1. Luka bakar termal adalah luka bakar yang disebabkan oleh api atau minyak panas. Api atau minyak panas dapat menyebabkan luka bakar yang dalam, sedangkan luka bakar akibat uap panas atau cairan panas pada awalnya mungkin tampak lebih dangkal karena sumber dan energinya cepat terdilusi.
2. Luka bakar listrik yaitu luka bakar yang disebabkan oleh arus listrik, api dan ledakan yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan yang lebih dalam lebih besar dari kerusakan kulit yang terlihat.

3. Luka bakar kimia adalah luka bakar yang disebabkan oleh kontak dengan asam atau basa. Misalnya, bahan kimia alkali menyebabkan nekrosis koagulatif, di mana cairan mengubah jaringan menjadi massa cairan yang kental, sedangkan luka bakar asam menyebabkan nekrosis koagulatif, di mana struktur jaringan mati tetap dipertahankan.
4. Luka bakar radiasi yaitu luka bakar yang disebabkan oleh paparan sumber radioaktif.

D. KLASIFIKASI

Hasliani (2021) mencatat bahwa terdapat sejumlah karakteristik kunci untuk menilai luka bakar antara lain:

1. Kedalaman luka bakar

Berikut klasifikasi luka bakar menurut tingkat keparahannya, yaitu:

- a) Grade I (superfisial atau epidermal)

Misalnya luka akibat sinar matahari. Sinar matahari hanya terkena dibagian epidermis atau dibagian luar kulit yang membuat kulit menjadi kemerahan (eritema). Luka bakar pada lapisan kulit ini tidak melepuh dan kemungkinan besar akan mengelupas setelah beberapa hari, tanpa meninggalkan bekas luka. Waktu penyembuhan 2-3 hari.

- b) Grade II

Ada 2 jenis luka bakar yaitu

- ✓ Kelas IIA (ketebalan sebagian)

Luka bakar pada lapisan atas kulit yang akan membuat kulit menjadi nyeri, kemerahan (eritema) dan pucat akibat tekanan.

- ✓ Kelas II B (ketebalan internal parsial)

Pada tahap ini seseorang akan merasa nyeri yang meluas hingga ke lapisan yang lebih dalam yang ditandai dengan melepuh dan nyeri tekan, tidak tampak pucat, dan jaringan kulit berwarna merah atau putih.

c) Grade III

Luka bakar yang terjadi di semua lapisan epidermis dan dermis serta ditandai dengan lepuhan yang keras dan kasar, tidak terasa nyeri, nonvesikular, berwarna hitam, putih dan merah.

d) Grade IV

Luka bakar yang mengenai semua lapisan kulit sampai pada otot, tulang, tendon, dan ligamen (Idayanti Titiek, Dkk, 2022).

2. Derajat keparahan luka bakar

Menurut (Idayanti Titiek, Dkk, 2022). ada tiga jenis tingkat keparahan luka bakar, yaitu:

a. Luka bakar ringan

1) Grade 1 menutupi kurang dari 15% permukaan tubuh orang dewasa.

2) Grade 2 kurang dari 10% permukaan tubuh anak-anak.

3) Grade 3 mencakup 2-10% dari permukaan tubuh.

b. Luka bakar sedang

1) Grade 1 meliputi 15-25% luas permukaan tubuh orang dewasa

2) Grade 2 menutupi 10-20% permukaan tubuh anak-anak.

3) Grade 3 sekitar 2-10% dari permukaan tubuh.

c. Luka bakar yang buruk

1) Grade 1 menutupi lebih dari 25% permukaan tubuh orang dewasa

2) Grade 2 mempengaruhi > 20% luas permukaan tubuh anak

3) Grade 3 mempengaruhi >10 % permukaan tubuh.

4) Luka bakar listrik pada saluran pernafasan, luka bakar yang memperparah luka lainnya.

5) Luka bakar yang luas pada wajah, mata, telinga, tangan, kaki dan perineum.

3. Luas luka bakar

Menurut Hasliani.(2021) menyatakan bahwa menentukan luas bakar menggunakan Rule of Nine yaitu sebagai berikut :

1. Dewasa

Tungkai atas 9%, kepala ke leher 9% TBSA, tungkai bawah dan depan belakang 18%, alat kelamin hingga perineum 1% TBSA.

2 Anak-anak

Pada anak-anak memiliki luas permukaan tubuh yang relatif lebih besar di daerah kepala dan leher, yang diimbangi dengan luas permukaan yang relatif lebih kecil di tungkai bawah.

3 Bayi

Memiliki 21% di bagian kepala dan leher, sekitar 13% di bagian kaki, dan secara bertahap mendekati orang dewasa seiring bertambahnya usia.

E. MANIFESTASI KLINIS

Tanda dan gejala luka bakar Fauzan (2021) adalah:

1. Grade I

Lesi epidermal yang membuat kulit menjadi kering, memerah, nyeri dari sedang sampai berat tanpa jaringan parut.

2. Grade II

Rusaknya daerah kulit bagian epidermis sampai dermis berupa lecet dan pembengkakan subkutan, luka berwarna merah, lembab dan mengkilat, dan terasa nyeri.

3. Grade III

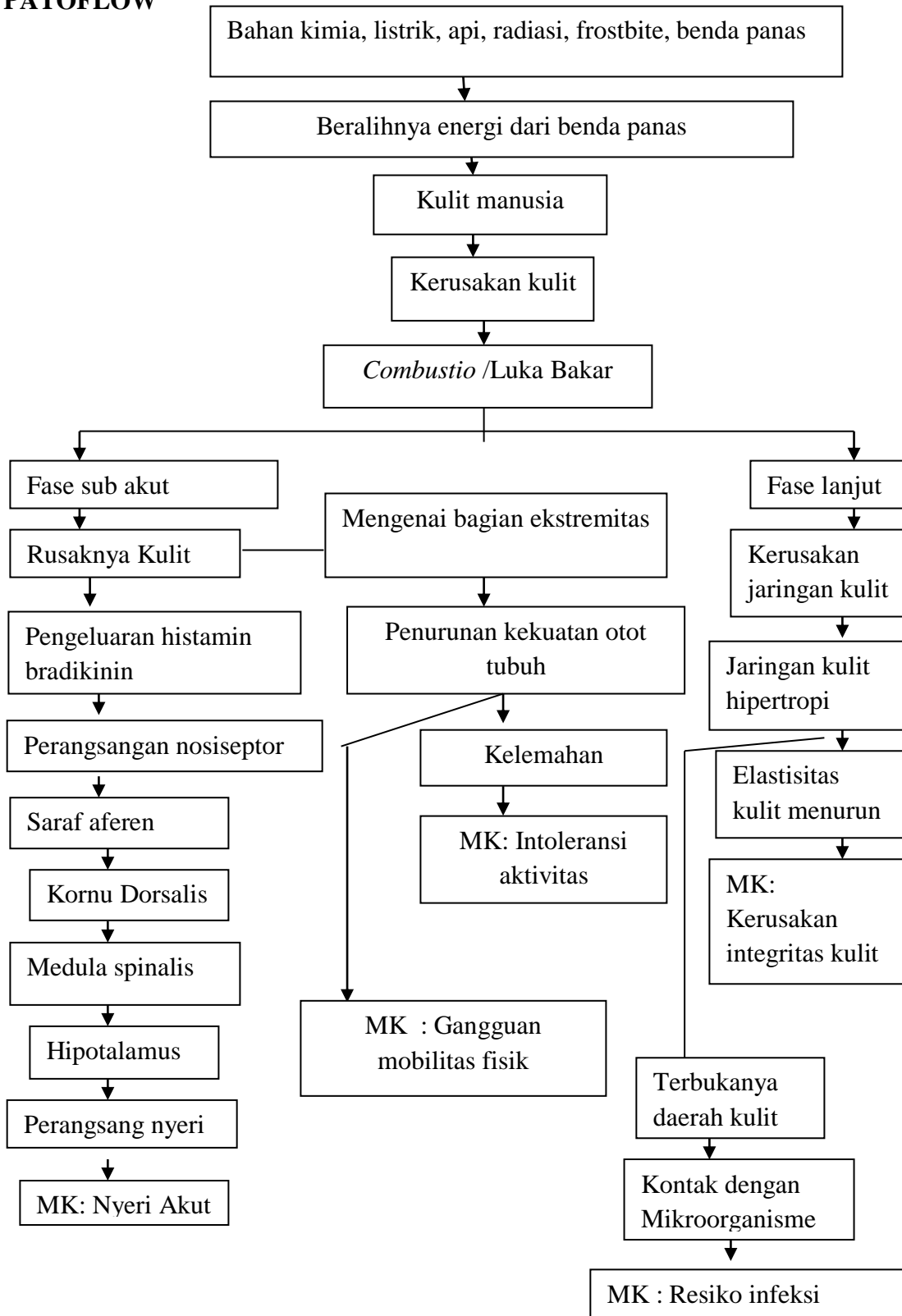
Rusaknya semua lapisan kulit, tidak rasa nyeri, luka berwarna merah putih dan abu-abu kehitaman, terlihat kering, lapisan yang rusak tidak akan sembuh dengan sendirinya.

F. PATOFISIOLOGI DAN PATOFLOW

Vulnus Combustio atau dikenal dengan luka bakar terjadi dikarenakan berpindahnya panas ke tubuh atau kulit manusia . Panas tersebut berasal dari percikan api, benda panas lainnya misalnya air panas, minyak panas, radiasi, elektromagnetik, kimia, dan lain-lain.yang akan mengakibatkan tubuh seseorang mengalami trauma dan akan mengakibatkan kerusakan di daerah kulit yang akan menjadi luka yang biasa disebut dengan luka bakar. Pada luka bakar terdapat fase akut, sub akut dan lanjutan. Fase akut dimana terjadi pada awal terjadinya luka bakar disini pasien akan merasa syok dan mengalami gangguan pada system pernapasan. Pada fase sub akut terjadi kerusakan pada daerah kulit atau jaringan akibat kontak dengan benda panas dan akan terjadi inflamasi sehingga mengakibatkan histamine bradikinin keluar dan terjadi rangsangan nosiseptor menuju ke saraf aferen kemudian ke kornu dorsalis menuju ke hipotalamus, di hipotalamus otak akan bekerja sehingga seseorang akan merasa nyeri atau timbulnya rangsangan nyeri dialami oleh seseorang yang terkena luka bakar. Kemudian pada daerah yang terkena luka bakar yang terdapat di bagian ekstermitas akan mengakibatkan seseorang mengalami penurunan kekuatan otot yang

mana Ia akan merasa lelah, lemah tidak dapat melakukan aktifitas sehingga dapat mengakibatkan intoleransi aktivitas dan hambatan mobilitas fisik. Pada fase lanjut kulit akan mengalami masalah dan jaringan kulit akan mengalami hipertropi yang akan mengakibatkan elastisitas kulit menurun, sehingga timbul masalah kerusakan integritas pada kulit dan jaringan. Terbukanya luka pada daerah ekstremitas, jika tidak di tangani atau tidak dijaga kelembapan luka, maka luka tersebut akan mengalami infeksi yang akan mengakibatkan seseorang akan merasa demam, kejang, sampai pada syok.

PATOFLOW



G. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Menurut Hasliani.(2021), pemeriksaan penunjang pada pasien dengan luka bakar yaitu:

1. Pemeriksaan DL (darah lengkap).
2. Periksa Hb (hemoglobin).
3. Leukosit: meningkat karena merupakan reaksi radang.
4. GDA (Gas Darah Arteri): Untuk mendeteksi dugaan cedera jalan napas.
5. Elektrolit Serum
6. Natrium dalam urin: Lebih dari 20 meq/l berarti kelebihan cairan, kurang dari 10 mEq/L berarti dehidrasi.
7. Alkali fosfat
8. Glukosa serum
9. serum albumin
10. BUN atau Kreatinin : Peningkatan menunjukkan penurunan aliran atau fungsi darah ginjal, tetapi kreatinin dapat meningkat karena kerusakan jaringan.
11. Loop aliran volume : Memberikan penilaian non-invasif terhadap dampak atau luasnya cedera
12. EKG
13. Fotografi luka bakar

H. PENATALAKSANAAN

Idayanti Titiek, Dkk. (2022) menyatakan bahwa Sangat penting bagi kita untuk menghindari luka bakar yang serius. Luka bakar harus dirawat dengan air dingin atau hangat selama 20 menit hingga 4 jam. Ini karena air menahan kerusakan

jaringan dan membuat luka lebih dalam serta mengurangi jaringan paru. Bergantung pada penyebabnya, terapkan pertolongan pertama berikut ini:

1. Luka bakar termal (kelembaban, api, air panas, dll)

Pertolongan pertama untuk luka bakar termal (air panas, nyala api, uap panas) adalah meminta bantuan, menilai lokasi kecelakaan, mengevakuasi bahaya, memeriksa korban, menghentikan luka bakar, mendinginkan dan menutupi luka bakar dengan perban (misalnya - kain goni). Penggunaan air dingin dapat meningkatkan risiko hipotermia akibat luka bakar, sehingga penderita harus segera diselimuti selimut yang bersih dan kering.

2. Luka bakar kimia (alkali)

Pasien dengan luka bakar kimia harus dipindahkan ke area yang terlindung dari paparan bahan kimia dan semua pakaian yang terkontaminasi harus dilepas. Pertolongan pertama untuk luka bakar kimia harus dicuci dengan air mengalir atau cairan steril. Penting untuk memastikan tidak ada bahan kimia yang masuk ke organ vital seperti mulut, hidung, mata, dan telinga. Untuk luka bakar, membilasnya penting karena menghilangkan bahan kimia dan mencegah luka bakar.

3. Luka bakar listrik

Sebelum memberikan pertolongan pertama pada korban tersengat listrik, anda harus terlebih dahulu mematikan listrik. Bahan bakar kemudian dikeluarkan dari tubuh korban dan diganti dengan handuk bersih untuk mengurangi risiko kontaminasi luka dan menjaga suhu tubuh untuk mencegah hipotermia. Jika cedera disebabkan oleh sengatan listrik, anda tidak dapat menggunakan pengobatan rumahan seperti mentega, lemon, krim hidrogen, pasta gigi, hidrogen peroksida, atau bawang karena dapat menyebabkan kerusakan jaringan tambahan.

I. KOMPLIKASI

Komplikasi yang dapat terjadi pada luka bakar yaitu :

1. Gagal jantung dan edema paru
2. Sindrom kompartemen

3. Gangguan pernapasan
4. Ileus Paralitik dan Ulkus Curling
5. Syok
karena kelebihan cairan atau bahkan hipovolemia akibat resusitasi cairan yang memadai.
6. Gagal ginjal akut

2.2. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN

2.2.1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian merupakan fase pertama pekerjaan keperawatan, yang tujuannya untuk mengumpulkan informasi subjektif dan objektif. Informasi subyektif diperoleh dari wawancara dengan pasien atau individu lain, sedangkan informasi obyektif diperoleh dari observasi dan pemeriksaan fisik tenaga kesehatan.

Menurut Andini (2021) Pengkajian meliputi :

1. Anamnesa

Mengkaji data diri pasien

- a. Identitas Pasien

Perawat akan mengkaji data pasien yang meliputi nama pasien, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, kewarganegaraan, tanggal dan waktu masuk rumah sakit, nomor registrasi dan diagnosa medis.

- b. Keluhan pasien

Mengkaji keluhan luka bakar yang dirasakan oleh pasien tersebut antara lain nyeri, sesak napas. Nyeri dapat terjadi karena kerusakan kulit. Penilaian respon nyeri menggunakan penilaian nyeri yaitu paliatif, berat, waktu, kualitas (p,q,r,s,t).

- c. Keluhan kesehatan sekarang

Penulis menanyakan peristiwa yang terjadi pada pasien atau kondisi pasien saat ini.

- d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Penulis bertanya tentang penyakit yang pernah diderita pasien sebelumnya

- e. Keluhan Kesehatan Keluarga

Penulis bertanya kepada keluarga pasien tentang penyakit bawaan yang pernah keluarga alami.

- f. Riwayat Psiko- Sosio- Spiritual

Penulis mengkaji tentang psikologis meliputi status emosional, kognitif dan perilaku pasien, serta penilaian terhadap kemampuan pasien untuk menghadapi penyakitnya.

g. Aktivitas sehari-hari pasien

1) Kebiasaan atau kegiatan yang dilakukan oleh pasien sehari-hari

Penulis mengkaji kebiasaan atau aktivitas pasien di rumah dan di rumah sakit yang cenderung menimbulkan masalah bagi pasien.

2) Tidur dan istirahat

Penulis mengkaji tentang waktu istirahat pasien, pasien kesulitan tidur atau mengeluh tentang tidur karena cedera yang dialami ketidaknyamanan atau rasa sakit dan penurunan kekuatan, gerakan terbatas di daerah yang sakit.

3) Eliminasi

Mengkaji tentang keluhan pasien saat BAB atau BAK

4) hubungan dan peran

mengkaji tentang hubungan pasien dengan pasien lain maupun pasien dengan keluarganya sendiri

5) persepsi dan konsep diri

mengkaji terhadap kepercayaan pasien tentang penyakit yang dideritanya pasien merasa tidak berdaya ketika mereka sakit dan berharap untuk sembuh atau tidak.

h. Pemeriksaan bagian tubuh pasien

Pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan pada penderita *Vulnus Combustio* antara lain:

1. Pernafasan (B1 : Breathing)

a. Inspeksi

Periksa bentuk dada, irama nafas, pengembangan dada tidak maksimal, ada suara nafas tambahan atau tidak

b. Palpasi

Setelah deteksi, detak jantung menjadi cepat, pelebaran meningkat, dan pelepasan yang teraba biasanya menurun

c. Perkusi

Terdengar suara normal atau hiper sonor

d. Auskultasi

Bergantung pada tingkat keparahan obstruksi bronkial, mengi sering mungkin terjadi.

1. Kardiovaskuler (B2 : Blood)

Biasanya terjadi tekanan darah tinggi (syok), Penurunan nadi perifer, kulit putih dan dingin (syok), takikardia (syok/kecemasan/nyeri), aritmia (syok), pembentukan edema jaringan (semua luka bakar).

2. Persyarafan (B3 : Brain)

Kesadaran compos mentis, area didaerah yang luka mati rasa, kesemutan, perubahan arah, kesan, perilaku, penurunan refleks tendon yang berhubungan dengan cedera ekstremitas, aktivitas epilepsi (kejutan listrik), robekan kornea, kerusakan retina, penurunan ketajaman penglihatan pada robekan timpani, kelumpuhan, nyeri

3. Perkemihan (B4 : Bladder)

Penurunan produksi urin, warna urin hitam kemerahan dengan adanya mioglobin menunjukkan kerusakan otot selama diuresis.

4. Pencernaan (B5 : Bowel)

Penderita biasanya tidak nafsu makan atau mungkin mengalami mual dan muntah, terkadang disertai dengan penurunan berat badan.

5. Tulang, otot, kulit (B6 : Bone)

Selaput lendir, kulit lembab dan gatal, edema perifer dan lesi kulit, dan dapat menyebabkan kelemahan otot. Studi pasien dengan luka bakar vulnus adalah:

a. Kedalaman luka

b. Lokasi/area cedera

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan pengkajian klinis terhadap respons klien mengenai masalah kesehatan yang aktual atau potensial. Diagnosa bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien secara individu, keluarga dan masyarakat terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan (Tim Pokja PPNI DPP SDKI, 2017).

Diagnosa keperawatan pada penderita luka bakar

1. Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan pada permukaan kulit
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri saat bergerak
4. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan pada penghalang kulit, respons imun yang terganggu, dan prosedur invasif.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa I : Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit

Tujuan : Rasa nyeri dapat berkurang atau terkontrol

Intervensi

- Lakukan pengkajian nyeri dengan metode PQRST komprehensif yang meliputi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas.
- Ajarkan penggunaan teknik pereda nyeri nonfarmakologi, terutama mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.
- Berikan obat kepada pasien untuk menghilangkan rasa sakit yang optimal.
- Mengontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi kenyamanan pasien.

Diagnosa II : Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan pada permukaan kulit

Tujuan : Menunjukkan regresi jaringan mencapai pemulihan tepat waktu.

Intervensi :

- Kaji atau catat ukuran, warna, kedalaman luka terhadap iskemik
- Lakukan perawatan luka yang tepat
- Pertahankan tempat tidur tetap bersih dan kering
- Dorong keluarga untuk membantu merawat klien

Diagnosa III : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri saat bergerak

Tujuan : Mempertahankan posisi fungsional, meningkatkan intensitas nyeri dan kemampuan fungsional.

Intervensi

- Kaji ROM dan kekuatan otot pada luka bakar
- Pertahankan area luka bakar dalam posisi fisiologis
- Anjurkan melakukan ROM aktif setiap 2-4 jam
- Jelaskan kepada pasien pentingnya perubahan postural dan gerakan.

Diagnosa IV : Resiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit /adanya luka bakar

Intervensi

- Periksa tanda-tanda infeksi
- Gunakan teknik aseptik antiseptik saat membalut luka
- Pertahankan kebersihan diri pasien
- Ganti balutan dan bersihkan area yang terbakar setiap hari
- Kolaborasi pemberian antibiotik

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses implementasi keperawatan. Setelah perawat membuat diagnosis keperawatan dan membuat rencana perawatan, perawat harus menyusun tahapan pelaksanaan perawatan pasien sesuai dengan tujuan dan hasil yang diharapkan untuk meningkatkan kesehatan pasien (Potter & Perry, 2010).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pekerjaan keperawatan merupakan langkah kelima dan terakhir dalam pelaksanaan pekerjaan keperawatan pada pasien. Pada tahap ini perawat mengkaji kondisi pasien, pengobatan yang diberikan, dan kesembuhan pasien. Perawat juga mendokumentasikan semua aktivitas yang dilakukan (Potter & Perry, 2010).

2.3 Penelitian Terkait

No	Penulis	Tempat Penelitian	Tahun	Tujuan	Desain/ Metode	Populasi/ Sampel/ Sampling	Hasil	Manfaat Dan/Atau Limitasu Dari Penelitian
1.	Hale Paskalis	RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes	2020	Memberikan perawatan untuk pasien dengan luka bakar	Desain pada penelitian ini adalah menggunakan studi kasus	Sampel dari penelitian ini berjumlah satu pasien	Hasil penelitian ini terdapat nyeri berkurang, tidak mengalami kerusakan pada kulit, tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi, dan memungkinkan pasien melakukan aktifitasnya secara mandiri dengan baik	Tingkatkan pemahaman dan pengalaman dalam merawat pasien dengan luka bakar
2.	Anisa Siti	Desa Timbang, Kecamatan	2019	Untuk mengetahui bagaimana	Teknik pengambilan sampel adalah	Sampel dari penelitian ini responden	Hasil dari penelitian ini adalah	Manfaat dari penelitian ini adalah menambah

		Kejobong Kabupaten Purbalingga		pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan ibu rumah tangga tentang pertolongan pertama pada luka bakar	<i>probability sampling</i> dengan metode <i>simple random sampling</i>	sebanyak 42 orang ibu-ibu	Kebanyakan Ibu-ibu memiliki kesalahpahaman tentang pertolongan pertama luka bakar	wawasan tentang pentingnya pertolongan pertama saat terjadi luka bakar.
3.	Ledoh Otan	RSUP DR. Wahidin Sudirohusodo Makasar	2019	untuk mendapatkan pengalaman dalam penerapan manajemen kegawatdaruratan	Desain yang digunakan adalah studi kasus	Sampel dari penelitian ini berjumlah 1 pasien	Hasil dari penelitian ini adalah Pasien dapat merasakan nyerinya berkurang, luka bakar pasien meningkat,	Untuk menambah pengetahuan masyarakat agar dapat mengurangi angka kesakitan, kematian akibat luka bakar

				untuk Tn "S" dengan diagnosa medis Luka bakar listrik di IGD RSUP Dr Wahidin Sudirohuso do Makassar.			pergerakan pasien tidak terganggu.	
4.	Ananda Ayu	RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang	2022	Mempelajar i dan dapatkan pemahaman yang mendalam tentang perawatan pasien dengan luka bakar	Desain yang digunakan adalah studi kasus	Sampel dari penelitian di RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang berjumlah 1 pasien	Hasil dari penelitan ini adalah mengatasi masalah nyeri akut, berkurangnya integritas jaringan/kulit, berkurangnya mobilitas fisik, dan tidak adanya resiko infeksi pada pasien	dapat menjadi sumber informasi dalam ilmu keperawatan terkait dengan ntervensi yang dilakukan, untuk mengatasi masalah pasien dengan luka bakar derajat II.

							dengan luka bakar.	
5.	Kairupan Gabriela	RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado	2015	untuk mengetahui angka kejadian penderita luka bakar di department Bedah RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado dari Januari 2011 hingga Desember 2015	Desain yang digunakan adalah retrospektif deskriptif	Sampel pada penelitian ini adalah rekam medik pasien	Hasil penelitian menunjukkan, bahwa dari Juni 2011 hingga Juni 2015 sebanyak 151 kasus, yang sebagian besar berusia dibawah 10 tahun, dan antara 11 hingga 20 tahun laki-laki dan mereka tidak bekerja. Sebagian luka bakar disebabkan karena listrik dan air panas	Kelebihan dari penelitian ini adalah dapat mengetahui frekuensi luka bakar yang khususnya terjadi di kota Manado.

BAB III

GAMBARAN KASUS

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Gambaran kasus

Dalam karya ilmiah ini, saya merawat seorang pasien yang menderita vulnus combustio di ruang Flamboyan Rumah Sakit Rumkit TK.II.R.W.Mongisid. Penelitian dimulai pada tanggal 28/11/2022 pukul 15.00 WITA dengan data pasien, nama pasien Ny. R., usia 45 tahun, lahir pada tanggal 16/01/1977 di Manado, berjenis kelamin perempuan. Pasien beragama Islam, berpendidikan SLTA, Ny. R sudah menikah mempunyai 5 orang anak dan tinggal di Lawangirung V. Ny.R adalah seorang ibu rumah tangga. Seorang pasien datang ke unit gawat darurat dengan diagnosa medis vulnus combustio. Pasien kemudian pergi ke ruang perawatan untuk prosedur lebih lanjut. Informasi Ny.R diperoleh melalui wawancara langsung dengan dan laporan medis pasien.

3.2.1 Riwayat Kesehatan

Pasien datang dengan keluhan nyeri di daerah yang terkena luka bakar akibat tersiram minyak panas. Penyakit yang diderita pasien saat ini adalah terdapat luka bakar pada daerah lengan kiri atas, lengan kanan bawah, perut, paha kiri, paha kanan dan selangkangan. Pasien mengeluh nyeri, demam dan mual. Pasien tampak gelisah, pucat, terbaring lemas di tempat tidur, keluarga dan perawat membantu klien dalam melakukan seluruh aktivitas. Pasien saat ini terpasang Ringer Laktat 500ml, kemudian diberikan lagi cairan IVFD 0,9% dan paracetamol drips jika pasien mengeluh demam kemudian merawat luka pasien dengan menggunakan cairan NaCl 0,9% dan menggunakan salep Burnasin 10mg. Kesadaran pasien saat di periksa Composmentis dengan GCS 15 dalam batas normal, respon bicara baik dengan TTV: TD 140/80 mmHg, Nadi 70x/menit, pernafasan 20x/menit, suhu tubuh 38⁰C, lingkar kepala 55 cm dan tinggi badan 155cm serta berat badan 60kg. Pasien mengatakan Ia memiliki riwayat darah tinggi/ Hipertensi dan tidak minum obat secara teratur.

Riwayat keluarga/Genogram, Pasien mengatakan kedua orang tuanya sudah meninggal, Ia memiliki satu saudara laki-laki. Ny.R adalah anak yang pertama. Orang tua dari Suami Ny.R juga sudah meninggal. Suaminya memiliki 3 saudara 1 laki-laki dan 2 perempuan. Suaminya anak ketiga dari empat bersaudara. Ny.R mempunyai 5 orang anak, anak pertama perempuan, kedua dan ketiga laki-laki, yang keempat perempuan dan yang kelima laki-laki. Semuanya belum menikah dan saat ini tinggal serumah.

Saat dikaji, pasien mengatakan dirinya tersiram minyak panas ketika sedang memasak dan tiba-tiba pasien mengalami kejang-kejang lalu jatuh dan tangannya terkena panci yang berisi minyak panas lalu tersiram didaerah lengan kiri atas, lengan kanan bawah, perut, paha kanan dan kiri serta selangkangan. Ny.R mengeluh nyeri yang hebat sulit untuk bergerak dengan skala nyeri 8 (10) rasanya seperti tertusuk-tusuk dan nyeri dirasakan setiap kali pasien mulai bergerak. Pasien sudah pernah mengalami kejang-kejang seperti ini 1 tahun yang lalu tetapi, tidak rutin minum obat, namun sejak 7 bulan terakhir sudah rutin minum obat Penitoin 2x1 200gr dan asam folat. Terakhir kejang-kejang sebelum ini 7 bulan yang lalu.

Pola makan pasien saat sakit kurang baik. Pasien mengatakan kurang nafsu makan. Sehari pasien makan sebanyak tiga kali tetapi dengan porsi makan yang sedikit dengan menu makanannya bubur, ikan dan sayur. Pasien sulit untuk makan karena Ia selalu merasa nyeri di daerah luka bakar. Pasien kurang minum air putih. Pasien saat dikaji sulit untuk buang air besar dan buang air kecil karena terasa nyeri yang hebat. Ny.R mengatakan susah untuk mengeluarkan kencing. Pasien terpasang kateter tetapi tidak ada urin yang keluar, dokter menyarankan jika tidak ada urine yang keluar maka kateter akan dilepas.

Pasien mengatakan tidak dapat berbuat apa-apa karena merasa nyeri saat bergerak. Saat ini Ny.R terlihat lemah, gelisah, terbaring lemah di tempat tidur, wajah pasien meringis kesakitan, sulit untuk bergerak, terlihat lemas, seluruh aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. Pasien mengatakan Ia tidak dapat beristirahat dengan baik karena sering merasakan nyeri pada luka bakar. Pada malam hari, pasien

mengatakan tidur sekitar 4 jam dan pada siang hari sekitar 1 jam. Pasien tidak dapat bisa bergerak ke kiri dan ke kanan karena masih terasa nyeri yang hebat.

Pasien mengatakan Ia merasa tidak senang dengan keadaannya sekarang karena tidak bisa melakukan apapun. Pasien tampak cemas dengan keadaannya saat ini. Pasien terbatas dalam melakukan aktivitas. Ny.R mengatakan Ia adalah ibu rumah tangga yang suka untuk beraktivitas sana sini dan saat ia mendapat musibah tersebut Ia merasa dirinya sudah tidak berdaya lagi untuk melakukan aktivitas. Tetapi pasien mengatakan anak-anaknya tampak memberikan semangat padanya hal tersebut membuat ia semakin merasa senang dan tenang.

Keluarga pasien sangat peduli dengan dirinya yang sedang dirawat di RS. Suami dan anak pasien bergantian untuk menjaga pasien. Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan suami dan anaknya, hubungan mereka berjalan dengan sangat baik, suami dan anak-anak selalu memperhatikan kondisi pasien selama dirawat. Pasien mengatakan Ia memiliki 5 orang anak dan sampai saat ini organ seksualitasnya masih berfungsi dengan baik, tetapi saat ini terdapat luka bakar di daerah sekitar organ genitalia pasien akibat tersiram air panas. Pasien mengatakan selalu berdoa untuk kesembuhan dirinya dan juga Suami dan anak-anaknya selalu Shalat agar dirinya cepat sembuh dan segera pulang kerumah.

Pada pemeriksaan fisik terdapat keadaan rambut terlihat kusam, kulit kepala kotor, kebersihan kulit kering, terdapat luka bakar di daerah lengan kiri atas, lengan bawah, perut, paha kiri dan kanan serta selangkangan, palpebra normal, hidung simetris, rongga mulut tidak terdapat pembengkakan, tidak ada gigi palsu, tidak terdapat kelenjar thyroid, pada daerah abdomen terdapat luka bakar, saat palpasi terasa nyeri, terdapat kemerahan serta luka di daerah sekitar genitalia, tidak terdapat hemoroid di anus, BAB dan BAK tidak normal, pasien mengatakan sulit melakukan aktivitas karena merasa lemah dan nyeri pada luka bakar.

Pada pemeriksaan laboratorium hasil swab antigen negative dan hasil Leb lainnya Leukosit $11,5 \times 10^3/uL$, Trombosit $31,7 \times 10^3/uL$, Hb 13,9 g/dL. Terapi yang digunakan pada Ny.R adalah cairan RL, IVFD 0,9%, Paracetamol drip 2x200 mg, Ceftriaxone 2x1 gr, ketorolac 3x8mg, burnazim cream, asam folat 2x1 mg,

Penitoin 200mg, perawatan lain yaitu merawat luka menggunakan cairan Ns 0,9% dan saleb burnazim.

3.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Masalah keperawatan pada kasus ini adalah Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar minyak panas yang ditandai dengan data yang didapatkan dari wawancara dengan pasien yaitu pasien mengatakan (PQRST) P: Pasien mengatakan nyeri karena tersiram minyak panas, Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: terdapat nyeri di daerah lengan kiri atas, lengan kanan, perut, paha kanan dan kiri, serta selangkangan, S: skala nyeri 8 (10), T: nyeri bila disentuh atau digerakkan dan nyeri berlangsung sekitar 3 menit. Data objektif ekspresi wajah pasien tampak meringis, pasien tampak sakit (tidak nyaman), gelisah, terpasang RL 20tpm, tanda-tanda vital TD: 140/80 mmHg, N: 70x/menit, R: 20x/menit, SB: 37.8⁰C.

Diagnosa yang kedua yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar yang ditandai dengan data subjektif pasien mengatakan Dia mengalami luka bakar di perut, lengan kiri atas, lengan kanan bawah, paha kanan dan kiri, serta selangkangan, pasien mengatakan sangat perih jika disentuh atau dirinya bergerak. Data objektif warna kulit kecoklatan, kemerahan, turgor kulit kurang baik, terdapat luka bakar.

Diagnosa yang ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan sulit menggerakkan ekstremitas akibat nyeri karena luka bakar ditandai dengan pasien mengeluh tidak dapat berbuat apa-apa karena merasa nyeri/sakit. Data objektif pasien terlihat gelisah, terbaring lemah di tempat tidur, sulit menggerakkan anggota gerak, gerakan terbatas, seluruh aktifitas dibantu keluarga dan perawat.

Dari analisa data diatas maka dapat ditarik masalah keperawatan yaitu 1. Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar dengan tersiram minyak panas. 2. Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar. 3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kesulitan menggerakkan anggota tubuh akibat luka bakar.

3.3 PERENCANAAN

Dalam proses perencanaan perawatan, yaitu rencana tindakan yang diterapkan pada masalah perawatan, pengobatan di sini berfokus pada nyeri akut yang berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar minyak panas. ditandai dengan data subjektif (PQRST) P:

Pasien melaporkan bahwa rasa sakitnya disebabkan oleh percikan minyak panas, Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri pada lengan kiri atas, lengan kanan, perut, paha dan selangkangan samping kanan dan kiri, S :skala nyeri 8(10), T: Nyeri saat disentuh atau digerakkan dan nyeri berlangsung sekitar 3 menit. Data obyektifnya adalah ekspresi wajah pasien meringis, pasien tampak tidak nyaman, cemas, terpasang RL 20 rpm, tanda vital TD :140/80 mmHg, N:70x/menit, R:20 kali/menit, SB:37.80C. Tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 jam yaitu dapat menurunkan nyeri dengan outcome endpoint pereda nyeri, pengurangan wajah meringis, rasa nyaman, TTV dalam batas normal. Intervensi yang dilakukan adalah observasi pertama: Identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, identifikasi faktor yang memberatkan dan pereda nyeri, tentukan skala nyeri, terapkan teknik pereda nyeri non farmakologi. Kedua, Terapi: Sesuaikan posisi pasien, periksa lingkungan yang memperparah nyeri, dan fasilitasi pasien untuk istirahat dan tidur. 3. Pendidikan :Ajarkan teknik pernafasan dalam untuk menghilangkan nyeri, jelaskan apa penyebab nyeri. 4. Bekerjasamalah dengan dokter yang meresepkan obat pereda nyeri.

Masalah keperawatan prioritas kedua adalah gangguan integritas kulit yang berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar, yang ditandai dengan data subjektif pasien yang menunjukkan luka bakar pada perut, lengan kiri, dan lengan kanan, lengan kanan atas, lengan kanan bawah, paha kanan dan kiri, serta selangkangan. , kata pasien. sangat menyakitkan untuk disentuh atau digerakkan. Data obyektif kulit tampak kecoklatan, merah, elastisitas kulit buruk, luka bakar. Kriteria hasil dan outcome adalah setelah 8 jam pemberian asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit kembali membaik dengan kriteria hasil kembali warna kulit menjadi normal, inisiasi penyembuhan luka, elastisitas kulit meningkat.

Intervensi yang dilakukan dalam hal ini adalah 1.Observasi : Identifikasi penyebab perubahan integritas kulit, hilangnya kelembaban, status gizi dan suhu lingkungan. 2. Pengobatan: Ganti posisi setiap 2 jam, hindari produk yang mengandung alkohol, gunakan produk yang lembut, bersihkan area yang terkena. 3. Pendidikan:Disarankan untuk minum air putih yang cukup, dihibmabu untuk memperbanyak gizi, disarankan untuk selalu menjaga kebersihan luka dan badan.

Prioritas masalah yang ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan sulit menggerakkan ekstremitas akibat nyeri karena luka bakar ditandai dengan yang ditandai dengan data subjektif pasien yang mengeluh tidak mampu melakukan apa pun karena merasakan nyeri. Data obyektif menunjukkan pasien datang dengan keluhan gelisah, lemas, kesulitan menggerakkan anggota tubuh, keterbatasan rentang gerak, dan segala aktivitas mendapat dukungan keluarga dan perawat. Tujuan dan kriteria hasil dari masalah ini yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan setelah 8 jam perawat mengharapkan gangguan motorik teratasi dengan outcome pasien mampu melakukan aktivitas sendiri, pasien mampu beraktivitas, beraktivitas tanpa mengeluh, menjadi sabar. nyaman, kelelemahannya berkurang. Intervensi yang Harus Dilakukan 1. Observasi: Identifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya, pantau TTV pasien dan kondisi umum saat bergerak, tentukan toleransi fisik untuk berjalan. 2. Pengobatan: Memfasilitasi aktivitas perjalanan dengan alat bantu dan aksesorisnya, memfasilitasi pergerakan fisik, dan melibatkan keluarga dalam membantu pasien. 3. Pendidikan: Jelaskan tujuan dan prosedur berjalan, dorong gerakan mandiri secara bertahap, jelaskan rutinitas berjalan sederhana yang harus dilakukan pasien.

3.4 IMPLEMENTASI

Dalam tahap implementasi perawat melakukan tindakan keperawatan yang bertujuan untuk membantu proses penyembuhan pasien serta memberikan pelayanan kesehatan dan melakukan rehabilitasi. Hari pertama senin, 28 November 2022 untuk masalah keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar tersiram minyak panas, tindakan yang dilakukan pada masalah ini pada pukul 14.10 yaitu diantaranya mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,

intensitas nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi skala nyeri (PQRST) hasil : P: Pasien mengatakan nyeri karena tersiram minyak panas, Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: terdapat nyeri di daerah lengan kiri atas, lengan kanan, perut, paha kanan dan kiri, serta selangkangan, S: skala nyeri 8 (10), T: saat disentuh atau jika bergerak dan nyeri berlangsung kurang lebih 3 menit. Pukul 14. 20, mengatur posisi pasien, hasil: pasien hanya bisa tidur terlentang sulit untuk bergerak karena nyeri. Pukul 14.25 mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, hasil: pasien dapat melakukan sesuai instruksi perawat. Pukul 14.30 mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, hasil: pasien dapat beradaptasi dengan lingkungan sekitar. Pukul 14.35 mengidentifikasi faktor penyebab yang memperberat dan memperingan nyeri,hasil: pasien mengatakan rasa nyeri yang hebat karena luka bakar tersiram minyak panas. Pukul 14.00 memberikan injeksi lewat IV obat ketorolac mengurangi rasa nyeri.

Tindakan keperawatan untuk diagnosa kedua gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar yaitu senin, 28 November 2022 pada pukul 15.00 mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, hasil: Pasien mengatakan nyeri akibat luka bakar. Pukul 15.05 Menganjurkan pasien agar dapat ubah posisi tiap 2 jam, hasil: pasien tampak lemah. Pukul 15.10 menghindari produk berbahan dasar alcohol, hasil : merawat luka pasien menggunakan Nacl dan saleb burnazin. Pukul 15.15 mengajarkan menggunakan pelembab agar kulit tetap lembab, hasil: pasien dapat mengerti.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnosa ketiga dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan sulit menggerakan ekstremitas akibat nyeri karena luka bakar. Pada hari senin 28 November 2022 pukul 15.25 mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, hasil : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak, sulit untuk miring kiri dan kanan. Pukul 15.27 Mengajarkan mobilisasi sederhana, hasil: pasien mengatakan nyeri dan susah untuk menggerakan ekstremitas. Pada pukul 15.35 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam mobilisasi, hasil : keluarga pasien dapat melakukan dengan baik. Pukul 15.40 Mengkaji TTV, hasil : TD 140/80 mmHg, N 70x/menit, R 20x/menit, SB: 37,8⁰C.

Pada hari kedua selasa, 29 November 2022 tindakan keperawatan pada diagnosa pertama dengan Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar tersiram minyak panas yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi skala nyeri (PQRST) hasil : P: Pasien mengatakan nyeri karena tersiram minyak panas, Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: terdapat nyeri di daerah lengan kiri atas, lengan kanan, perut, paha kanan dan kiri, serta selangkangan, S: skala nyeri 7 (10), T: saat disentuh atau jika bergerak dan nyeri berlangsung kurang lebih 3 menit. Pukul 08.10 Mengatur posisi pasien, hasil: Pasien merasa kurang nyaman dengan posisinya karena masih merasa nyeri. Pukul 08.17 Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, hasil: Pasien dapat melakukan dengan baik. Pukul 08.30 Memberikan analgetik (Paracetamol drip), pasien merasa demam mulai menurun saat pemberian obat.

Masalah keperawatan yang kedua yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar maka tindakan yang dilakukan adalah merawat luka yang dilakukan pada pukul 09.15 menggunakan cairan Nacl dan saleb burnazin. Pada pukul 10.00 Mengubah posisi pasien, hasil: pasien merasa masih nyeri. Pukul 10.05 mengajarkan menggunakan pelembab di bagian tubuh yang tidak terkena luka bakar agar kulit lembab, hasil: pasien mengerti yang di anjurkan perawat. Pukul 10.17 Mengontrol suhu ruangan, hasil : pasien sering merasa demam dengan suhu di ruangan tersebut.

Tindakan keperawatan yang dilakukan hari selasa, 29 November 2022 dengan masalah keperawatan yang ketiga gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan sulit menggerakkan ekstremitas akibat nyeri karena luka bakar adalah diantaranya pada pukul 10.30 Mengajarkan mobilisasi sederhana, hasil: pasien melatih dengan bantuan. Pukul 10.40 Melibatkan keluarga sering membantu pasien dalam melakukan mobilisasi, hasil : keluarga sering membantu pasien. Pukul 10.45 Membantu pasien untuk melatih menggerakkan ekstremitas, hasil : pasien mencoba melakukan dengan bantuan penuh. Pukul 10.50 Memonitor TTV, hasil : TD 130/85 mmHg, N 75x/menit, R 22x/menit, SB: 37⁰C. pukul 11.00 Mengidentifikasi adanya

nyeri dan keluhan fisik lainnya, hasil: pasien mengatakan masih merasa nyeri di daerah luka bakar.

Pada hari ketiga Rabu, 30 November 2022 pukul 13.45 dengan masalah keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar tersiram minyak panas maka tindakan yang dilakukan pada masalah ini yaitu diantaranya mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi skala nyeri (PQRST) hasil : P: Pasien mengatakan nyeri karena tersiram minyak panas , Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: terdapat nyeri di daerah lengan kiri atas, lengan kanan, perut, paha kanan dan kiri, serta selangkangan, S: skala nyeri 6 (10) nyeri sudah mulai berkurang, T: saat disentuh atau jika bergerak dan nyeri berlangsung kurang lebih 3 menit. Pukul 13.50, mengatur posisi pasien, hasil: pasien sudah melatih untuk miring kiri dan kanan tetapi dengan bantuan. Pukul 14.15 mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, hasil: pasien dapat melakukan disaat merasakan nyeri. Pukul 14.20 mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, hasil: pasien sudah dapat beradaptasi dengan lingkungan sekitar. Pukul 14.35 mengidentifikasi factor penyebab yang memperberat dan memperingan nyeri, hasil: pasien mengatakan rasa nyeri yang hebat karena luka bakar tersiram minyak panas. Pukul 14.10 memberikan injeksi lewat IV obat ketorolac mengurangi rasa nyeri.

Masalah keperawatan yang kedua pada hari ketiga rabu, 30 November 2022 yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar maka tindakan yang dilakukan adalah pada pukul 14.32 Mengubah posisi pasien, hasil: pasien merasa masih nyeri tetapi sudah mulai berkurang. Pukul 14.35 mengajarkan menggunakan pelembab di bagian tubuh yang tidak terkena luka bakar agar kulit lembab, hasil: pasien mengerti yang di anjurkan perawar. Pukul 14.40 Mengontrol suhu ruangan, hasil : pasien sudah merasa nyaman dengan suhu di ruangan. Pukul 15.00 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas, hasil: luka bakar akibat tersiram minyak panas.

Pada masalah keperawatan yang ketiga gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan sulit menggerakkan ekstremitas akibat nyeri karena luka bakar adalah pada

pukul 15.15 Mengajarkan mobilisasi sederhana, hasil: pasien melatih untuk miring kiri dan kanan tetapi dengan bantuan. Pukul 15.25 Melibatkan keluarga sering membantu pasien dalam melakukan mobilisasi, hasil : keluarga membantu pasien dalam melatih melakukan aktifitas. Pukul 15.30 Membantu pasien untuk melatih menggerakkan ekstremitas, hasil : pasien mencoba melakukan walaupun dengan bantuan perawat. Pukul 16.00 Memonitor TTV, hasil : TD 130/85 mmHg, N 75x/menit, R 22x/menit, SB: 37⁰C. pukul 16.20 Mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, hasil: pasien mengatakan masih merasa nyeri di daerah luka bakar.

3.4.1 EVALUASI

Evaluasi merupakan tahap akhir dari praktik keperawatan. Hasil akhir dari prosedur yang dilakukan pada pasien. Bagian selanjutnya adalah tinjauan aktivitas keperawatan yang dilakukan sehubungan dengan masalah keperawatan.

Masalah keperawatan yang pertama kali didiagnosis adalah nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar minyak panas, setelah dilakukan perawatan selama tiga hari, nyeri berkurang secara signifikan yaitu menjadi skala nyeri 6 (10) walaupun pasien masih merasakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, durasinya hilang timbul dan nyeri pada saat menggerakkan ekstremitas.

Pada diagnosa yang kedua gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari masalah teratasi sebagian luka bakar pasien berubah, elastisitas kulit mulai meningkat, nyeri sangat terasa berkurang.

Pada diagnosa ketiga gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kesulitan menggerakkan ekstremitas akibat nyeri terbakar setelah dilakukan tindakan keperawatan, masalah berkurangnya mobilitas fisik teratasi, beberapa pasien sudah mulai latihan lokomotor (miring kiri dan kanan), meskipun dengan bantuan keluarga dan perawat pasien telah melakukan latihan ekstremitas, berkurangnya keluhan lemas, berkurangnya kecemasan.

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 ANALISIS DAN DISKUSI HASIL

Bab ini membahas tentang hasil prosedur perawatan yang dilakukan pada Ny.R pasien luka bakar/vulnus Combustio, dimulai dengan pengkajian, diagnosis, definisi prosedur, implementasi, dan evaluasi. Kesenjangan antara teori dan praktek dalam pengobatan. Dalam penelitian yang dilakukan pada tanggal 28 November 2022, penulis mencatat adanya perbedaan antara teori dan praktek lapangan, sehingga terdapat beberapa pertanyaan yang akan dibahas sebagai berikut.

4.1.1 Pengkajian

Menurut Andini (2021) pengkajian meliputi :

a. Identitas Klien

Pada data pasien perawat melakukan pengkajian meliputi nama, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, kewarganegaraan, tanggal dan waktu MRS, nomor registrasi dan diagnosa medis. Di lapangan, penulis memasukkan informasi yaitu status perkawinan, tanggal lahir dan jumlah anak.

b. Keluhan Utama

c. Keluhan yang berhubungan dengan luka bakar antara lain nyeri dan sesak napas. Di tempat diketahui bahwa Ny. R. mengeluhkan nyeri pada lengan kiri, lengan kanan, perut, paha kanan dan kiri serta selangkangan akibat tumpahan minyak panas, namun tidak mengeluh sesak napas.

d. Riwayat medis saat ini

Menurut teori riwayat kesehatan membahas tentang kondisi pasien mulai munculnya luka bakar dan penyebabnya, hingga keluhan pasien selama perawatan. Yang terdapat di lapangan yaitu Ny.R datang dengan keluhan

Nyeri karena tersiram minyak panas di daerah lengan kiri, lengan kanan bawah, perut, paha kanan dan kiri serta selangkangan.

e. Riwayat Kesehatan Dahulu

Dalam teori yang perlu dikaji yaitu riwayat yang mungkin pernah diderita pasien sebelumnya. Yang terdapat dilapangan yaitu Ny.R pernah mengalami penyakit hipertensi, tetapi pasien tidak mengkonsumsi obat secara rutin. Pasien juga pernah kejang- kejang 1 tahun yang lalu dan selama 7 bulan terakhir ini pasien sudah mengkonsumsi obat rutin.

f. Riwayat Kesehatan Keluarga

g. Tanyakan pada keluarga apakah keluarga pasien memiliki penyakit bawaan atau memiliki masalah kesehatan yang sama dengan pasien atau tidak. Penulis mendapatkan pada Ny.R ibu pasien riwayat hipertensi tetapi di dalam keluarga Ny.R tidak ada riwayat kejang-kejang.

h. Riwayat Psiko- Sosio- Spiritual

Menurut tinjauan teori, penilaian secara psikologi meliputi status emosional, kognitif, dan perilaku pasien, serta penilaian kemampuan pasien dalam menghadapi penyakitnya. Yang didapatkan dilapangan, Ny.R selalu menceritakan masalah yang terjadi pada suami dan keluarga, pasien merasa cemas dengan kondisinya karena terkena luka bakar di tubuhnya yang membuat dirinya tidak dapat berbuat apa-apa.

i. Aktivitas pasien sehari-hari

1. Meliputi kebiasaan atau aktivitas pasien selama dirumah dan di RS yang kemungkinan menimbulkan masalah bagi pasien. Penulis mendapatkan di lapangan saat melakukan pengkajian pasien mengatakan sering melakukan aktivitas sana sini/sibuk dengan pekerjaan ibu rumah tangganya tetapi saat pasien sakit karena tersiram minyak panas pasien sudah tidak dapat melakukan apapun dengan bebas.

2. Waktu tidur dan istirahat pasien terganggu dan Ny.R mengeluh susah tidur karena merasa tidak nyaman. Pada Ny.R saat dikaji mengeluh nyeri akibat

luka bakar hal itu membuat Ny.R tidak dapat beristirahat dengan nyaman. Pola tidur Ny.R waktu tidur siang kurang lebih 1 jam dan waktu tidur malam kurang lebih 4 jam. Ny.R merasa tidak nyaman saat beristirahat karena nyeri.

3. Pada saat dikaji dibagian eliminasi, Ny.R mengeluh sulit untuk melakukan BAB dan BAK karena nyeri yang dialami.
4. Hubungan dan peran pasien yang dikaji adalah terjadinya perubahan peran dan hubungan karena terhambatnya pola aktivitas. Saat penulis melakukan pengkajian Ny.R mengatakan hubungan dengan suami dan keluarga sangat baik. suami dan anak-anaknya selalu memberikan semangat padanya.
5. Pada pengkajian persepsi dan konsep diri Pasien merasa tidak berdaya ketika sakit dan punya harapan untuk sembuh. Yang terjadi di lapangan, Ny.R merasa cemas dengan kondisinya karena luka bakar yang terdapat di daerah lengan kiri atas, lengan bawah, perut, paha kanan dan kiri serta selangkangan yang membuat dirinya tidak dapat berbuat apa-apa.
6. Pada Pemeriksaan fisik yang dikaji menurut Harry & Potter (2010) meliputi pemeriksaan pada masing – masing system tubuh manusia yaitu Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pada saat penulis melakukan pengkajian pada Ny.R penulis mengkaji sesuai dengan kondisi dan keluhan pasien saat sakit, diantaranya :

Inspeksi : keadaan umum pasien compos mentis, GCS 15 dalam batas normal, keadaan rambut tampak kusam, kulit kepala kotor, kebersihan kulit kering, terdapat luka bakar di daerah lengan kiri atas, lengan bawah, abdomen, paha kiri dan kanan serta selangkangan, palpebra normal, hidung simetris, rongga mulut tidak terdapat pembengkakan, tidak ada gigi palsu, tidak terdapat kelenjar thyroid, pasien sulit untuk bergerak dan melakukan aktivitas.

Palpasi : pada saat penulis melakukan palpasi pasien merasa nyeri yang hebat pada daerah yang terkena luka bakar.

Pada saat melakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri sehingga tidak dilakukan perkusi.

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam melakukan pengkajian akan timbul berbagai masalah keperawatan atau biasa disebut dengan diagnosa keperawatan. Menurut Ledoh Otan (2019) dalam karya ilmiahnya terdapat beberapa diagnose yang diangkat yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit/jaringan, pembentukan edema
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan trauma kerusakan permukaan kulit
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan edema, nyeri, kontraktur
4. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan kulit, kerusakan respons imun, prosedur invasif

Dari diagnosa diatas, penulis mendapatkan data atau perbedaan diagnosa yang dimiliki Pada saat penulis melakukan pengkajian pada tanggal 28 November 2022 pada Ny.R terdapat beberapa masalah/diagnosa keperawatan yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar tersiram minyak panas
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan sulit menggerakkan ekstremitas akibat nyeri karena luka bakar.

Dari diagnosa menurut teori dan dari kasus langsung dapat dilihat ada perbedaan karena diambil dari data-data subjektif dan objektif atau yang diambil pada waktu observasi dan wawancara langsung dengan pasien. Sehingga penulis mengambil prioritas masalah pada Ny.R adalah nyeri, gangguan integritas kulit, gangguan mobilitas fisik dan resiko infeksi, dikarenakan pasien mengalami luka bakar yang cukup besar sehingga ia merasa nyeri yang hebat sehingga memicu

gangguan mobilitasi, gangguan integritas kulit serta resiko terjadinya infeksi pada luka bakar.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Setelah masalah/diagnosis keperawatan dirumuskan, langkah selanjutnya adalah intervensi keperawatan. Dalam intervensi keperawatan yang dilakukan, khususnya melihat pelaksanaan rencana sesuai tujuan dan kriteria hasil teoritis. Pada saat penulis melakukan intervensi keperawatan ditemukan:

1. **Diagnosis nyeri akut:**

Setelah 8 jam melakukan tindakan keperawatan, nyeri diharapkan berkurang dengan kriteria hasil keluhan nyeri berkurang, ekspresi wajah meringis menjadi menurun, kenyamanan, TTV dalam batas normal.

2. **Diagnosis gangguan integritas kulit:**

Setelah 8 jam perawatan diharapkan integritas kulit akan membaik kembali dengan outcome kembalinya warna kulit normal, inisiasi penyembuhan luka dan peningkatan elastisitas pemulihan kulit

3. **Diagnosis Gangguan mobilitas fisik:**

Setelah dirawat selama 8 jam diharapkan gangguan mobilitas dapat teratasi dengan kriteria outcome : pasien dapat beraktivitas secara mandiri, pasien dapat bergerak bergerak, bergerak tanpa keluhan, pasien merasa nyaman, kelemahan berkurang.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Setelah pengkajian selesai, perawat menemukan masalah/diagnosis keperawatan dan kembangkan rencana tindakan untuk langkah selanjutnya dalam penerapan asuhan keperawatan. Pada tahap ini perawat harus mengatur langkah-langkah perawatan pasien sesuai dengan tujuan dan hasil yang diharapkan guna meningkatkan status kesehatan pasien (Potter & Perry, 2010). Pada saat pengkajian penulis melakukan tindakan keperawatan pada Ny.R sesuai dengan permasalahan

keperawatan yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, waktu, frekuensi, intensitas nyeri, identifikasi kelemahan, faktor pemberat dan analgetik, penentuan skala nyeri. (PQRST). , mengajarkan teknik relaksasi pernafasan dalam, mengontrol lingkungan yang memperparah nyeri, mengidentifikasi faktor-faktor yang memberatkan dan meredakan nyeri, serta memberikan ketorolak intravena dan obat tetes asetaminofen untuk meredakan nyeri.

Pada diagnosis kedua yaitu kerusakan integritas kulit, dilakukan tindakan untuk mengetahui penyebab perubahan integritas kulit, sehingga menghasilkan: Pasien mengatakan nyeri disebabkan oleh luka bakar, disarankan untuk mengubah posisi setiap 2 jam, menghindari produk yang mengandung alkohol, anjurkan menggunakan pelembab untuk menjaga kelembapan kulit, anjurkan untuk minum air putih sesering mungkin.

Diagnosis ketiga adalah gangguan mobilitas fisik, tindakan yang dilakukan adalah mengidentifikasi nyeri dan keluhan fisik lainnya, mengajarkan gerakan motorik sederhana seperti miring ke kiri dan ke kanan, partisipasi keluarga untuk membantu mobilisasi pasien, pengkajian TTV, pendidikan dan pelatihan ROM.

3.1.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan. Dalam tahap ini, sesuai teori perawat akan meninjau kembali kondisi pasien, terapi yang diberikan serta proses pemulihan pasien. Perawat pun akan mendokumentasikan setiap tindakan yang akan dilakukan (Potter & Perry, 2010). Pada saat melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai pada implementasi atau tindakan keperawatan selama tiga hari maka evaluasi pada pasien Ny.R dengan *Vulnus Combustio* yaitu nyeri akut sudah teratasi sebagian dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri cukup berkurang dari skala 8 (10) menjadi 6 (10). Pada diagnosa gangguan integritas kulit luka sudah ada perubahan, turgor kulit mulai membaik, luka mulai sembuh, kemerahan menurun. Pada diagnosa gangguan moilitas fisik sudah teratasi sebagian dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah bisa miring kiri dan

kanan, pasien sudah bisa melatih menggerakkan ekstremitas dengan perlahan-lahan dengan bantuan, keluhan nyeri cukup menurun.

Keterbatasan Pelaksanaan

Dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ny.R penulis mempunyai keterbatasan waktu karena saat melakukan pengkajian serta tindakan keperawatan hanya sesuai dengan jam dinas saja tidak 1 x 24 jam, sehingga penulis tidak dapat mengikuti serta melakukan tindakan keperawatan pada Ny.R sampai pada fase sembuh dan pasien diperbolehkan untuk pulang untuk itu waktu yang dditetapkan tidak maksimal sehingga penulis tidak mengetahui perkembangan pasien selanjutnya.

BAB V

PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari pada pasien Ny.R dengan *vulnus Combustio* maka didapatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan luka bakar dapat dilakukan dengan baik. maka dari itu dapat disimpulkan sebagai berikut:

5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Selama dilakukan pengkajian pada pasien Ny.R dengan *Vulnus Combustio* penulis dapat mengisi semua keluhan pasien dengan baik dan benar sesuai dengan proses keperawatan.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Setelah mendapatkan data tentang keluhan-keluhan dari pasien maka penulis mendapatkan beberapa diagnosa yang dapat diangkat dari masalah pada pasien Ny.R dengan *Combustio* yaitu Nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan integritas kulit

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Dalam melakukan intervensi, penulis menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dengan tujuan intervensi dapat teratasi atau dapat berjalan dengan efektif.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Setelah menyusun rencana tindakan, maka dalam implementasi perawat membuat rencana tindakan kepada pasien agar tujuan dapat tercapai. Di kasus ini perawat dapat melakukan tindakan keperawatan dengan tepat sesuai dengan prosedur dan intervensi pada pasien NY.R dengan *Vulnus Combustio/* luka bakar.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang didapatkan pada kasus ini adalah selama dilakukan perawatan selama tiga hari pasien Ny.R dengan *Vulnus Combustio* masalah dapat teratasi sebagian walaupun masih dalam penanganan lebih lanjut oleh dokter.

5.2 SARAN

5.2.1 Untuk keperawatan

Setelah dilakukan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan *Vulnus Combustio* diharapkan dapat berguna dan menjadi sebuah acuan atau pedoman dalam melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan *Vulnus Combustio*/ luka bakar.

5.2.2 Untuk Rumah Sakit

Diharapkan dapat menambah bahan masukan untuk lebih lagi meningkatkan pelayanan yang lebih baik pada pasien dengan *Vulnus Combustio*.

5.2.3 Untuk Masyarakat

Diharapkan lebih berhati-hati dalam melakukan pekerjaan agar tidak terjadi hal yang tidak diinginkan misalnya luka bakar dan dapat menambah pengetahuan tentang luka bakar.

DAFTAR PUSTAKA

- Ananda Ayu (2022). Asuhan Keperawatan Pada Ny.T Dengan Combustio Grade II Di Ruang Asoka Diponegoro RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang. <https://eprints.umm.ac.id/91714/> Diakses pada tanggal 31 Januari 2023 pukul 21.00 WITA
- Anisa Siti (2019). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Tentang Pertolongan Pertama Pada pasien Dengan Luka Bakar. <https://repository.ump.ac.id/9258/> Diakses pada tanggal 31 Januari 2023 pukul 20.00 WITA
- Effendy (2019). *Perawatan Luka Bakar*. Jakarta: EGC
- Hasliani.(2021). *Sistem Integumen*. Makasar : Tohar media
- Hale Paskalis (2020). Asuhan keperawatan pada An.Y.N dengan luka bakar grade II Di ruangan instalasi gawat darurat RSUD. PROF. DR. W.Z JOHANNES KUPANG. <http://repository.poltekkeskupang.ac.id/1918/> Diakses pada tanggal 31 Januari 2023 pukul 18.00 WITA
- Idayanti Titiek, Dkk. (2022). *Perawatan pasien Luka Akut*. Bandung: Media Sains Indonesia
- Julius. (2021). Laporan Asuhan Keperawatan Pada Tn.M Dengan Diagnosa Medis Vulnus Combustio Disistem Integumen. <https://id.scribd.com/documen/491936334/ASKEP-LUKA-BAKAR> Diakses pada hari senin 28 November 2022 pukul 21.30 WITA.
- Kairupan Gabriela (2015). Angka Kejadian Penderita Luka Bakar Di Bagian/Smf Bedah RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Juni 2011 Sampai Juni 2014. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/articel/view/10988/> Diakses pada tanggal 31 Januari 2023 pukul 22.00 WITA

- Ledoh Otan (2019). Asuhan Keperawatan Pada Tn A.N Dengan Combutio Diruang Asoka RSUD Prof Dr W.Z Yohanes Kupang.
<http://repository.poltekeskupang.ac.id/1918/> Diakses pada tanggal 31 Januari 2023 pukul 20.37 WITA
- Menkes (2019). Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Luka Bakar. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
http://yankes.kemkes.go.id/unduh/fileunduh_1610415947_843237.pdf
diakses pada tanggal 29 Januari 2023 pukul 19.30 WITA
- Potter dan Perry. (2010). Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses & Praktik Volume 1 Edisi 4. Jakarta : EGC
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* : Definisi dan Tindakan Keperawatan (Edisi 1, Cetakan 2). Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- PPNI. (2017). *Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia* : Definisi dan Indikator Diagnostik (Edisi 1, Cetakan 3 revisi). Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (Edisi 1, Cetakan 2), Jakarta Selatan : Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia

LAMPIRAN

A. Pengkajian

1. Identifikasi Klien

Nama initial : Ny.R
Tempat/tanggal lahir (umur) : Manado, 16-01-1977
Jenis Kelamin : Perempuan
Status Perkawinan : Kawin
Jumlah anak : 5
Agama : Islam
Warga Negara : Indonesia
Bahasa yang digunakan : Indonesia
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Alamat : Lawangirung lingkungan 5

2. Penanggung Jawab

Nama : Tn.H
Alamat : Lawangirung lingkungan 5
Hubungan dengan klien : Suami

3. Data Medik

Dikirim oleh : IGD
Diagnosa medik :
Saat masuk : Vulnus Combustio
Saat pengkajian : Vulnus Combustio/Luka bakar

1 Keadaan Umum

1) Keadaan Sakit

Keluhan utama : pasien datang dengan keluhan nyeri dan luka akibat tersiram minyak panas

Riwayat Penyakit Sekarang : Saat ini terdapat luka bakar pada daerah lengan kiri atas, lengan kanan bawah, perut, paha kiri, paha kanan dan selangkangan. Pasien mengeluh nyeri, demam dan mual.

2) Tanda-tanda vital

Kesadaran :

Kualitatif : Compos mentis

Kuantitatif : *Glasgow Coma Scale*

Respon Motorik : 6

Respon Bicara : 5

Respon Membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Kesadaran baik dan respon GCS baik

Tekanan darah : 140/80 mmHg

MAP : 100 mmHg

Suhu : 38⁰C

Nadi : 70 x/menit

Pernapasan : Frekuensi : 20 x/menit

Irama : Teratur

Saturasi Oksigen : 99%

3) Pengukuran

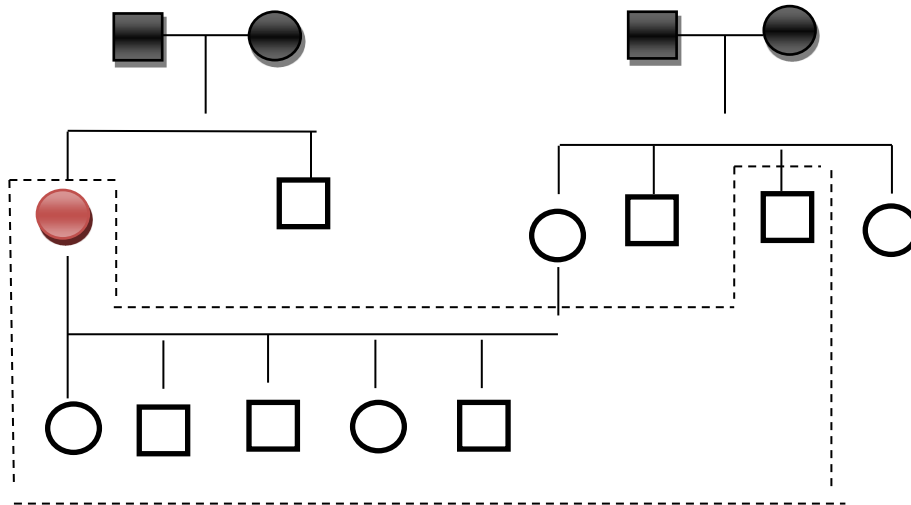
Lingkar kepala : 55 cm

Berat badan : 60 kg

Tinggi badan : 155 cm

IMT : 24,9 kg/m²

4) Genogram



■ : Laki-laki meninggal

● : Perempuan meninggal

□ : laki-laki

○ : Perempuan

● : Pasien

----- : Tinggal Serumah

Gambar 4.1. Genogram Pasien

Kesimpulan : pasien berusia 45 tahun mempunyai 5 orang anak dan saat ini tinggal bersama suami dan kelima anaknya.

2 Pengkajian Pola Kesehatan

a) Kajian Pola Kesehatan – Pemeliharaan Kesehatan

Riwayat Penyakit yang pernah dialami : Ny.R mengatakan ada riwayat hipertensi dan memiliki riwayat kejang-kejang sejak 1 tahun yang lalu awalnya tidak rutin minum obat, namun sejak 7 bulan terakhir sudah rutin minum obat Penitoin 2x1 200gr dan asam folat. Terakhir kejang-kejang sebelum ini 7 bulan yang lalu.

1. Data Subjektif

Keadaan sebelum sakit : Ny.R mengatakan dirinya dapat beraktivitas dengan baik, mengerjakan aktivitas sehari-hari sebagai ibu rumah tangga dengan baik.

Keadaan sejak sakit : Pasien mengatakan dirinya tersiram minyak panas ketika sedang memasak dan tiba-tiba kejang-kejang lalu jatuh dan tangannya terkena panci yang berisi minyak panas lalu tersiram didaerah lengan kiri atas, lengan kanan bawah, perut, paha kanan dan kiri serta selangkangan.

2. Data Objektif

Kebersihan rambut	: tampak kusam
Kulit kepala	: kurang bersih
Kebersihan kulit	: bersih, kering
Hygiene rongga mulut	: cukup
Kebersihan Genetalia	: tampak kemerahan disekitar vagina (labia mayora)
Kebersihan anus	: Bersih

b) Kajian Nutrisi Metabolik

1 Data Subjektif

Keadaan sebelum sakit : Ny.R mengatakan makan sehari-hari 3x sehari makanan dihabiskan, jenis makanan nasi, ikan, sayur dan buah kadang-kadang minum susu.

Keadaan sejak sakit : Ny.R mengatakan makan 3x sehari tetapi porsi makan sedikit dan sering tidak dihabiskan.kadang-kadang pasien tidak nafsu makan. Jenis makanan bubur dan ikan.

2 Data Objektif

Observasi : Klien tampak tidak selera makan, porsi makan tidak dihabiskan.

Pemeriksaan fisik

Rongga mulut : Tidak terdapat pembengkakan, guzi normal, tidak ada gigi palsu, lidah bersih, tidak terdapat kelenjar parotis dan kelenjar getah bening.

Abdomen : Terdapat luka bakar di daerah perut, pasien merasa nyeri saat di sentuh.Hidrasi kulit kurang baik, terdapat peradangan dan ada lesi.

c) Kajian Pola Eliminasi

1. Data Subjektif

Keadaan sebelum sakit : Klien mengatakan tidak ada masalah dalam BAB dan BAK semuanya normal.

Keadaan sejak sakit : Klien mengatakan sulit untuk BAB dan BAK karena terasa nyeri saat bergerak dan sulit untuk mengeluarkan kencing.

d) Kajian Pola Aktivitas dan Latihan

a. Data Subjektif

Keadaan sebelum sakit : Klien mengatakan dapat beraktivitas dengan baik, dapat melakukan pekerjaan rumah tangga secara mandiri.

Keadaan sejak sakit : Klien mengatakan tidak dapat berbuat apa-apa karena terasa nyeri saat bergerak, skala nyeri 8 (10), nyeri seperti tertusuk-tusuk, di bagian perut, paha kanan dan kiri, lengan kanan bawah, lengan kiri dan selangkangan.

b. Data Objektif

Aktivitas harian :

Makan : 2

Mandi	: 2	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 0 : mandiri 1 : bantuan alat 2 : bantuan orang 3 : bantuan alat dan orang </div>
Berpakaian	: 2	
Buang air besar	: 2	
Buang air kecil	: 2	
Mobilisasi di tempat tidur	: 2	
Ambulasi	: tempat tidur	
Postur tubuh	: pasien tampak tidur dengan posisi dorsal recumben	

Pasien tampak lemah, tampak gelisah, gerakan terbatas, merasa lemas dan nyeri saat bergerak, seluruh aktivitas dibantu keluarga dan perawat, pasien tampak tidak nyaman, sulit untuk miring kiri dan kanan.

e) Kajian Pola Tidur dan Istirahat

1. Data Subjektif

Keadaan sebelum sakit : Klien mengatakan dapat beristirahat dengan baik waktu tidur kurang lebih 7-8 jam.

Keadaan sejak sakit : Klien mengatakan susah tidur karena merasa nyeri di daerah yang terkena luka bakar, waktu tidur sedikit di siang hari kurang lebih 1 jam dan tidur malam kurang lebih 4 jam.

2. Data Objektif

Observasi

- Ekspresi wajah mengantuk : Positif
- Banyak menguap : Positif
- Palpebrae inferior berwarna gelap : Positif
- Ekspresi : Klien tampak meringis

f) Kajian Pola Persepsi Kognitif

1. Data Subjektif

Keadaan sebelum sakit : Klien mengatakan senang dengan kegiatan yang dilakukan sehari-hari tanpa ada gangguan.

Keadaan sejak sakit : Klien mengatakan merasa tidak nyaman karena sulit melakukan aktivitas.

Data Objektif

Pemeriksaan Fisik

Cornea : Tidak ada kelainan

Pupil : Isokor

Lensa mata : Normal

Pendengaran : Tidak ada gangguan pendegaran

g) Kajian Pola Persepsi dan Konsep Diri

1. Data Subjektif

Keadaan sebelum sakit : Klien mengatakan dapat melakukan tugasnya dirumah dengan baik dan selalu bergaul dengan para tetangganya.

Keadaan sejak sakit : klien mengatakan Ia merasa cemas, tidak senang dengan kondisinya saat ini karena semua yang dilakukan terbatas, klien ingin cepat sembuh dan pulang.

2. Data Objektif

Kontak mata : Ada

Rentang perhatian : Klien dapat memperhatikan dengan baik

Suara dan cara bicara : Jelas

Postur tubuh : Tegap

h) Kajian Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

a. Data Subjektif

Keadaan sebelum sakit : Klien mengatakan hubungan dengan suami dan anak-anaknya sangat baik begitu juga klien dengan keluarganya.

Keadaan sejak sakit : Klien mengatakan hubungan antar keluarga berjalan dengan baik karena keluarganya selalu mendampingi klien saat sakit.

b. Data Objektif

Observasi

Suami dan anak-anak pasien selalu mendampingi pasien selama perawatan di rumah sakit, mereka bergantian saat menjaga pasien.

i) Kajian Pola Reproduksi – Seksualitas

1. Data Subjektif

Keadaan sebelum sakit : Klien mengatakan tidak ada masalah dalam seksualitasnya.

Keadaan sejak sakit : Klien mengatakan sulit untuk membersihkan kemaluannya karena terasa nyeri dan sulit untuk bergerak.

2. Data Objektif

f) Klien mempunyai 5 orang anak

j) Kajian Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stress

1. Data Subjektif

Keadaan sebelum sakit : Klien mengatakan bila ada masalah selalu bercerita dengan suami dan meminta bantuan pada keluarganya.

Keadaan sejak sakit : klien mengatakan keluarganya selalu mendampinginya selama perawatan di rumah sakit, selalu memberikan motivasi.

2. Data Objektif

Observasi

4) Klien tampak cemas, tetapi sudah menurun saat keluarganya selalu memberikan semangat dan motivasi pada pasien.

5) Tidak ada masalah yang dihadapi saat ini

k) Kajian Pola Sistem dan Kepercayaan

1. Data Subjektif

Keadaan sebelum sakit : Klien mengatakan beragama Islam dan sering melakukan Shalat

Keadaan sejak sakit : Klien mengatakan tetap percaya kepada Allah, selalu berdoa untuk kesembuhannya.

Data Objektif

Observasi : Keluarga pasien tampak memutar lagu rohani islami.

3 Hasil Laboratorium

Nama : Ny.R

Umur : 45 tahun

Jenis kelamin : Perempuan

Ruangan : Flamboyan

Tanggal pemeriksaan : 28 November 2022

Parameter	Result	Ref. range
WBC	11,5 x 10 ³ /uL	5.00 – 10.00
Lymph	0,6 x 10 ³ /uL	0.8 – 4.0
Mid	0,4 x 10 ³ /uL	0.1 – 1.5
Gran	5,0 x 10 ³ /uL	2.0 – 7.0
Lymph%	10.8%	20.0 – 40.0
Gran%	81.9%	50.0 – 70.0
Mid	7.3%	3.0 – 15.0
HGB	16.1g/dL	12.0 – 15.0
RBC	5,55 x 10 ⁶ /uL	3.50 – 5.00
HCT	48.2%	37.0 – 47.0
MCV	86.9 fL	80.0 – 100.0
MCH	29.0 pg	27.0 – 34.0
MCHC	33.4 g/dL	32.0 – 36.0
RDW-CV	13.7 %	11.0 – 16.0
RDW-SD	42.1 fL	35.0 – 56.0
PLT	154 x 10 ³ /uL	150 – 450
MPV	7.5fL	6.5 – 12.0
PDW	15.2	9.0 – 17.0
PCT	0.115%	0.108 – 0.282

Tabel 2. Hasil Pemeriksaan Darah Lengkap

4 Terapi

Nama Obat	Sediaan	Frekuensi Pemberian	Cara Pemberian
Ceftriaxone	1 gr/vial	2x1	IV
Ketolorac	30mg/ampul	3x1	IV
Paracetamol drip	200mg/tab	1x1	IV
RL	500ml/kolf	20 tpm	IV
Burnazin Cream	2x25 gr	1x1	Topical
NS 0.9%	500ml/kolf	20 tpm	IV

Tabel 3. Obat yang diberikan

KLASIFIKASI DATA

Data Subjektif (DS)	Data Objektif (DO)
<p>1) P: Pasien mengatakan nyeri karena tersiram minyak panas, Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: terdapat nyeri di daerah lengan kiri atas, lengan kanan, perut, paha kanan dan kiri, serta selangkangan, S: skala nyeri 8 (10), T: saat disentuh atau jika bergerak dan nyeri berlangsung kurang lebih 3 menit.</p>	<p>6) Ekspresi wajah pasien tampak meringis 7) pasien tampak tidak nyaman 8) tampak gelisah, 9) terpasang RL 20tpm 10) tanda-tanda vital TD: 140/80 mmHg, N: 70x/menit, R: 20x/menit, SB: 37.8⁰C. 11) warna kulit kecoklatan, 12) kemerahan,</p>

<p>2) pasien mengatakan sangat perih jika disentuh atau dirinya bergerak.</p> <p>3) Pasien mengeluh tidak dapat berbuat apa-apa (beraktivitas) karena terasa nyeri</p> <p>4) Pasien mengatakan sering merasa demam</p> <p>5) pasien mengatakan merasa cemas dengan luka yang lama sembuh.</p>	<p>13) turgor kulit kurang baik, terdapat luka bakar di daerah perut, lengan kiri atas, lengan kanan bawah, paha kanan dan kiri, serta selangkangan.</p> <p>14) pasien tampak gelisah</p> <p>15) pasien terbaring lemah di tempat tidur</p> <p>16) sulit menggerakkan anggota gerak</p> <p>17) gerakan terbatas</p> <p>18) seluruh aktifitas dibantu keluarga dan perawat.</p> <p>19) Tampak terdapat peradangan</p> <p>20) Tampak cemas saat bergerak</p> <p>21) Pasien tampak lemah</p>
---	---

ANALISA DATA

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Ds :</p> <p>P: Pasien mengatakan nyeri karena tersiram minyak panas,</p> <p>Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk,</p> <p>R: terdapat nyeri di daerah lengan kiri atas, lengan kanan, perut, paha kanan dan kiri, serta selangkangan,</p>	<p>Cedera jaringan kulit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>kulit coklat, kemerahan, hitam</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>kerusakan pada dermis, epidermis dan subkutan</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Nyeri akut

	<p>S: skala nyeri 8 (10), T: saat disentuh atau jika bergerak dan nyeri berlangsung kurang lebih 3 menit.</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekspresi wajah pasien tampak meringis - pasien tampak tidak nyaman - tampak gelisah, - terpasang RL 20tpm - tanda-tanda vital TD: 140/80 mmHg, N: 70x/menit, R: 20x/menit, SB: 37.8⁰C. 	<p>Pengeluaran histamin bradikinin</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perangsangan nosiseptor</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Saraf aferen</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kornu Dorsalis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Medula spinalis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipotalamus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perangsang nyeri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>MK: Nyeri Akut</p>	
2	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan ada luka bakar di daerah perut, lengan kiri atas, lengan kanan bawah, paha kanan dan kiri, serta selangkangan - pasien mengatakan sangat perih jika disentuh atau dirinya bergerak. 	<p>Trauma kulit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Luka bakar</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kerusakan jaringan kulit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Jaringan kulit hipertropi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Elastisitas kulit menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	Gangguan integritas kulit

	<p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - warna kulit kecoklatan, - kemerahan, - turgor kulit kurang baik, terdapat luka bakar di daerah perut, lengan kiri atas, lengan kanan bawah, paha kanan dan kiri, serta selangkangan. - Tampak ada peradangan 	<p>Kerusakan integritas kulit</p>	
3.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengeluh tidak dapat berbuat apa-apa karena terasa nyeri/sakit. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak gelisah - pasien terbaring lemah di tempat tidur - sulit menggerakkan anggota gerak - gerakan terbatas - seluruh aktifitas dibantu keluarga dan perawat. - Tampak terdapat peradangan - Tampak cemas saat bergerak - Pasien tampak lemah 	<p>Trauma kulit ↓ Luka bakar ↓ Kerusakan jaringan kulit ↓ Mengenai bagian ekstremitas ↓ Penurunan kekuatan otot tubuh ↓ Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

NO	Hari/TGL	Diagnosa Keperawatan	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	28/11-2022	<p>Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar tersiram minyak panas yang ditandai dengan</p> <p>DS :</p> <p>(PQRST) P: Pasien mengatakan nyeri karena tersiram minyak panas, Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: terdapat nyeri di daerah lengan kiri atas, lengan kanan, perut, paha kanan dan kiri, serta selangkangan, S: skala nyeri 8 (10), T: saat disentuh atau jika bergerak dan nyeri berlangsung kurang lebih 3 menit.</p> <p>DO :</p>	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluhan nyeri berkurang - ekspresi wajah meringis menurun - rasa nyaman - TTV dalam batas normal. 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2) Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 3) identifikasi skala nyeri 4) monitor efek samping pemberian analgetik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Atur pososi pasien 6) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 7) fasilitasi istirahat dan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Selalu memantau perkembangan nyeri 2. Untuk mengetahui rasa sakit yang dirasakan 3. Dapat mengetahui tingkat cedera yang dirasakan pasien 4. Dapat mengetahui nyeri yang dirasakan pasien 5. Pasien tidak mengalami

		ekspresi wajah pasien tampak meringis, pasien tampak tidak nyaman, tampak gelisah, terpasang RL 20tpm, tanda-tanda vital TD: 140/80 mmHg, N: 70x/menit, R: 20x/menit, SB: 37.8 ⁰ C.		tidur Edukasi : 8) Ajarkan teknik tarik napas dalam untuk mengatasi nyeri 9) jelaskan penyebab nyeri, Kolaborasi : 10) Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik.	trauma pada otot otot 6. Lingkungan yang nyaman dapat memantu dalam relaksasi 7. Untuk menghindari adanya cedera 8. Membantu dalam mengurangi rasa nyeri pada pasien 9. Agar pasien dapat mengetahui penyebab nyeri 10. Memberikan penurunan nyeri
2.		Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar ditandai dengan DS:	Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 8 jam diharapkan integritas kulit kembali membaik dengan kriteria hasil	Observasi : 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, penurunan kembaban, status	a. Unruk mengetahui penyebab gangguan

		<ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan ada luka bakar di daerah perut, lengan kiri atas, lengan kanan bawah, paha kanan dan kiri, serta selangkangan - pasien mengatakan sangat perih jika disentuh atau dirinya bergerak. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - warna kulit kecoklatan, - kemerahan, - turgor kulit kurang baik, terdapat luka bakar di daerah perut, lengan kiri atas, lengan kanan bawah, paha kanan dan kiri, serta selangkangan. - Tampak ada peradangan 	<ul style="list-style-type: none"> - warna kulit kembali normal - luka mulai sembuh - turgor kulit membaik. 	<p>nutrisi, suhu lingkungan.</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ubah posisi tiap 2 jam 3. hindari produk berbahan dasar alkohol 4. gunakan produk berbahan ringan 5. bersihkan daerah yang terkena luka bakar. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan untuk minum air yang cukup 7. anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi, 8. anjurkan untuk selalu menjaga kebersihan luka dan tubuh. 	<p>integritas kulit</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Untuk mengetahui posisi tiap 2 jam jika tirah baring c. Agar pasien menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering d. Agar pasien mengetahui produk berbhan alami / hipoalergik pada kulit sensitive e. Mencegah dari infeksi f. Agar pasien tidak mengalami dehidrasi g. Dengan
--	--	--	--	---	---

					meningkatkan asupan nutrisi pada pasien juga dapat membantu proses penyembuhan h. Luka tetap bersih
3		<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan sulit menggerakkan ekstremitas akibat nyeri karena luka bakar ditandai dengan DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengeluh tidak dapat berbuat apa-apa karena terasa nyeri/sakit. <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak gelisah - pasien terbaring lemah di tempat tidur - sulit menggerakkan anggota gerak 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 jam diharapkan gangguan mobilitas teratasi dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien dapat melakukan aktifitas dengan mandiri - pasien mampu bergerak - bergerak tanpa keluhan - pasien nyaman, - lemah berkurang. 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2 monitor TTV dan kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi 3 Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4 Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah adanya keluhan fisik lainnya 2. Dapat mengetahui perkembangan kondisi pasien 3. Diskusikan pada keluarga untuk melakukan mobilitas fisik bertujuan untuk mereleksasikan tubuh pasien

	<ul style="list-style-type: none"> - gerakan terbatas - seluruh aktifitas dibantu keluarga dan perawat. - Tampak terdapat peradangan - Tampak cemas saat bergerak - Pasien tampak lemah 		<p>5 libatkan keluarga untuk membantu pasien.</p> <p>Edukasi:</p> <p>6 Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</p> <p>7 anjurkan untuk mobilisasi secara mandiri dengan perlahan-lahan</p>	<p>4. Agar dapat membantu pasien dalam beraktifitas</p> <p>5. Agar keluarga mengetahui perkembangan pasien</p> <p>6. Untuk mengetahui tujuan ambulasi</p> <p>7. Untuk mencegah terjadinya masalah pada pasien</p>
--	--	--	--	---

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

		14.25	hasil: pasien dapat melakukan sesuai instruksi perawat.	
		14.30	4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, hasil: pasien dapat beradaptasi dengan lingkungan sekitar.	
		14.35	5. Mengidentifikasi faktor penyebab yang memperberat dan memperingan nyeri hasil: pasien mengatakan rasa nyeri yang hebat karena luka bakar tersiram minyak panas.	
			6. memberikan injeksi lewat IV obat ketorolac mengurangi rasa nyeri.	
2.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan kulit akibat luka bakar	15.00	1) Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit hasil: Pasien mengatakan nyeri akibat luka bakar.	S: Pasien mengatakan masih ada luka di daerah lengan kiri, lengan kanan bawah, perut, paha kanan dan kiri serta selangkangan
		15.05	2) Menganjurkan pasien agar dapat ubah posisi tiap 2 jam, hasil: pasien tampak lemah.	O: - Luka tampak belum sembuh - Ada terdapat sedikit lesi

		15.10	3) menghindari produk berbahan dasar alcohol, hasil : merawat luka pasien menggunakan Nacl dan saleb burnazin.	- Warna luka belum ada perubahan A: Masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan sulit menggerakkan ekstremitas akibat nyeri karena luka bakar.	15.25	a. Mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya, hasil : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak, sulit untuk miring kiri dan kanan.	S: Pasien mengatakan belum bisa untuk bergerak bebas O:
		15.27	b. Mengajarkan mobilisasi sederhana hasil: pasien mengatakan nyeri dan susah untuk menggerakkan ekstremitas.	- Gerakan terbatas - Pasien terbaring lemah di tempat tidur - Sulit bergerak - Seluruh aktivitas dibantu perawat dan keluarga
		15.30	c. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam mobilisasi hasil : keluarga pasien dapat melakukan dengan baik	A: Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
		15.40	d. Mengkaji TTV hasil : TD 140/80 mmHg, N 70x/menit, R 20x/menit, SB:	

			37,8 ⁰ C.	
--	--	--	----------------------	--

		<p>2 Mengubah posisi pasien, hasil: pasien merasa masih nyeri.</p> <p>3 Mengajarkan menggunakan pelembab di bagian tubuh yang tidak terkena luka bakar agar kulit lembab, hasil: pasien mengerti yang di anjurkan perawat.</p> <p>4 Mengontrol suhu ruangan, hasil : pasien sering merasa demam dengan suhu di ruangan tersebut.</p>	<p>10.00</p> <p>10.05</p> <p>10.17</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masih terdapat luka - Luka belum sembuh - Turgor kulit kurang baik <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p>
Selasa 29/11- 2023	DX. 3	<p>a) Mengajarkan mobilisasi sederhana (miring kiri dan kanan) hasil: pasien melatih dengan bantuan.</p> <p>b) Melibatkan keluarga sering membantu pasien dalam melakukan mobilisasi, hasil : keluarga sering membantu pasien.</p> <p>c) Membantu pasien untuk melatih menggerakkan ekstremitas hasil : pasien mencoba melakukan dengan bantuan penuh.</p>	<p>10.30</p> <p>10.40</p> <p>10.45</p>	<p>S : Pasien mengatakann belum mampu untuk mobilisasi sendiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masi merasa nyeri saat bergerak <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidur dengan posisi dorsal recumbent - Sulit untuk mobilisasi - Gerakan terbatas di daerah ekstermitas bagian bawah - Aktivitas masih dibantu oleh perawat dan keluarga <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>

		d) Mengidentifikasi adanya nyeri dan keluhan fisik lainnya hasil: pasien mengatakan masih merasa nyeri di daerah luka bakar.	10.50	
--	--	---	-------	--

CATATAN PERKEMBANGAN

HARI /TGL	NO DX	IMPLEMENTASI	WAKTU	EVALUASI
Rabu 30/11- 2022	1	<ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi skala nyeri (PQRST) hasil : P: Pasien mengatakan nyeri karena tersiram minyak panas, Q : nyeri seperti di tusuk-tusuk, R: terdapat nyeri di daerah lengan kiri atas, lengan kanan, perut, paha kanan dan kiri, serta selangkangan, S: skala nyeri 6 (10),sudah mulai berkurang T: saat disentuh atau jika bergerak dan nyeri berlangsung kurang lebih 2 menit. - Mengajarkan teknik relaksasi 	13.35	<p>S: pasien mengatakan nyeri cukup berkurang dengan skala nyeri 6 (10) walaupun pasien masih mengeluh nyeri seperti ditusuk-tusuk, durasinya hilang timbul dan nyeri pada saat menggerakkan ekstremitas dan saat dibersihkan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah meringis klien tampak menurun - Klien tampak sudah mulai beradaptasi dengan lukanya

		<p>napas dalam</p> <p>hasil: : pasien dapat melakukan disaat merasakan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan analgetik <p>Hasil : memberikan injeksi lewat IV obat ketorolac mengurangi rasa nyeri.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor efek samping pemberian analgetik <p>Hasil : pasien merasa nyeri berkurang saat pemberian injeksi.</p>	<p>13.50</p> <p>14.15</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mulai mersa nyaman <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>
Rabu 30/11- 2023	DX .2	<ol style="list-style-type: none"> 1 Mengubah posisi pasien hasil: pasien kooperatif 2 Mengajarkan menggunakan pelembab di bagian tubuh yang tidak terkena luka bakar agar kulit lembab, hasil: pasien mengerti yang di anjurkan perawat. 3 Mengontrol keadaan luka, hasil : pasien sudah merasa nyaman. 	<p>14.32</p> <p>14.35</p> <p>14.40</p>	<p>S : Pasien mengatakan sudah ada perkembangan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka tampak sudah ada perubahan - Sudah mulai timbul jaringan-jaringan - Turgor kulit mulai membaik <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
Rabu 30/11- 2023	DX .3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan mobilisasi sederhana hasil: pasien sudah melatih dengan bantuan. 2. Melibatkan keluarga sering 	<p>15.15</p>	<p>S: Pasien mengatakan sudah bisa untuk miring kiri dan kanan dengan bertahap</p> <p>O:</p>

		membantu pasien dalam melakukan mobilisasi, hasil : keluarga membantu pasien dalam melatih melakukan aktifitas.	15.25	- Pasien tampak sudah mulai mobilisasi secara mandiri
		3. Membantu pasien untuk melatih menggerakkan ekstremitas	15.30	- Mulai menggerakkan bagian ekstremitas
		hasil : pasien mencoba melakukan walaupun dengan bantuan perawat.	16.00	- Cemas mulai berkurang - Gelisah menurun
				A:Masalah teratasi sebagian P :lanjutkan intervensi