

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN LUKA BAKAR  
DI RUANGAN LUKA BAKAR IRNA BEDAH  
RSUP.DR.M.DJAMIL PADANG**



**FERSI RAHAYU**

**NIM: 223110251**

**PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
KEMENKES POLTEKKES PADANG  
TAHUN 2025**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN LUKA BAKAR  
DI RUANGAN LUKA BAKAR IRNA BEDAH  
RSUP.DR.M.DJAMIL PADANG**

Diajukan ke Program Studi Diploma III Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang  
sebagai Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan



**FERSI RAHAYU**

**NIM: 223110251**

**PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
KEMENKES POLTEKKES PADANG  
TAHUN 2025**

## PERSETUJUAN PEMBIMBING

Karya Tulis Ilmiah "Asuhan Keperawatan pada Pasien Luka Bakar di Ruang  
Luka Bakar Ima Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang"

Disusun oleh:

NAMA : Feri Rahayu

NIM : 223110251

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal :

24 Mei 2025

Menyetujui,

Pembimbing Utama,



Ns. Hj. Sila Dewi Anggreni, M.Kep. Sp.KMB

NIP. 197003271993032002

Pembimbing Pendamping,



Ns. Defia Roza, S.Kep. M.Biomed

NIP. 19730503 199503 2 002

Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Padang:



Ns. Yessi Fadrianti, S.Kep., M.Kep

NIP. 197501211999032005

## HALAMAN PENGESAHAN

### KARYA TULIS ILMIAH

"Asuhan keperawatan pada Pasien Luka Bakar di Ruang Luka Bakar Ima  
Bedah RSUP Dr. M.Djamil padang"

Disusun oleh :

NAMA : Fersi Rahayu

NIM : 223110251

Telah dipertahankan dalam seminar di dewan penguji

Pada tanggal, 28 Mei 2025

### SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua,

Ns. Yosi Survarinilisih, M.Kep.MB

NIP : 19750718199803 2 003

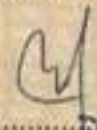


(.....)

Anggota,

Ns. Nova Yanti, M.Kep.Sp.Kep.BM

NIP : 19801023 200212 2 002



(.....)

Anggota

Ns. Sila Anggreni, S.Pd, M.Kep.Sp.KMB

NIP : 19700327 199303 2 002



(.....)

Anggota

Ns. Defia Roza, S.Kep.M.Biomed

NIP : 19730503 199503 2 002



(.....)

Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Padang



Yessi Fadriyanti, S.Kep.M.Kep

NIP : 19750121199903 2 005

### HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya penulis sendiri, dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah penulis nyatakan dengan benar

Nama : Fersi Rahayu

Nim : 223110251

Tanggal : 28 Mei 2025

Tanda Tangan



Fersi Rahayu



### PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama Lengkap : Fersi Rahayu  
NIM : 223110251  
Tempat/Tanggal Lahir : Padang Ganting/ 10 Juni 2003  
Tahun Masuk : 2022  
Nama PA : Ns. Netti, S. Kep., M.Pd., M. Kep  
Nama Pembimbing Utama : Ns. Hj. Sila Dewi Anggreni, M. Kep, Sp.KMB  
Nama Pembimbing Pendamping : Ns. Defia Roza, S. Kep. M. Biomed

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan Tugas Akhir saya, yang berjudul: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Luka Bakar di Ruang Luka bakar Irna bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi akademik.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar- benarnya.

Padang, Mei 2025



Fersi Rahayu

Nim: 223110251

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG**  
**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2025**  
**Fersi Rahayu**

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Luka Bakar Di Ruangan Luka Bakar Irna Bedah  
RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025**

**ABSTRAK**

Menurut *Health Organization* tahun 2018, Secara global terdapat 70% kematian setiap tahun seluruh kejadian luka bakar. Tujuan penelitian adalah untuk mendeskripsikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Luka Bakar Di Ruang Luka Bakar Irna Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2025.

Desain penelitian adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus. Tempat penelitian di Ruang Luka Bakar Irna Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang. Waktu penelitian dilakukan dari bulan Desember 2025 sampai bulan Juni 2025. Populasi penelitian adalah semua pasien luka bakar, pada saat penelitian ditemukan satu pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi, wawancara, pengukuran, dan dokumentasi. Analisa yang dilakukan penelitian yaitu menganalisis semua temuan tahapan pengkajian meliputi data objektif dan subjektif.

Hasil penelitian dengan pengkajian didapat pasien mengalami nyeri bagian luka bakar, sering haus, menggigil, kulit tampak merah,diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik, resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif, gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis, resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan primer, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Intervensi keperawatan manajemen nyeri, pemantauan cairan, perawatan luka bakar, pencegahan infeksi, dan pengaturan posisi. Evaluasi keperawatan resiko infeksi teratasi pada hari ke 3, resiko hypovolemia teratasi hari ke 4, hari kelima nyeri akut skala nyeri menurun menjadi 6, gangguan integritas kulit dan gangguan mobilitas fisik belum teratasi

Diharapkan perawat ruangan dapat meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien luka bakar dengan memantau perkembangan dari proses pengobatan, serta memastikan pasien menjalankan program perawatan, sehingga meningkatkan kepatuhan pasien terhadap program terapi dan mempercepat proses penyembuhan.

**Isi: xi + 62 halaman + 3 tabel + 1 gambar + 10 lampiran**

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Luka Bakar**

**Daftar Pustaka : 31 (2014-2024)**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk Penelitian Asuhan Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang. Tugas Akhir ini terwujud atas bimbingan dan pengarahan dari Ibu Ns. Defia Roza, S.Kep,M.Biomed selaku pembimbing utama dan Ibu Ns. Sila Dewi Anggreini, S.Pd, M.Kep, Sp.KMB selaku pembimbing pendamping serta bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu. Peneliti pada kesempatan ini menyampaikan ucapan terimakasih kepada :

1. Ibu Renidayati, SKp, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang
2. Bapak Dr. di. Dovy Djanas, Sp.Og (K) selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang.
3. Bapak Tasman, M.Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, S.Kep, M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma 3 Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang
5. Ibu Ns. Netti, S. Kep., M.Pd., M. Kep, selaku Pembimbing Akademik yang banyak membantu selama perkuliahan.
6. Bapak/Ibu Dosen dan staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang
7. Teristimewa kepada kedua orang tua penulis ibuk dan ayah dan kakak-kakak peneliti yang telah memberikan dorongan semangat, do'a restu dan kasih sayang tanpa mereka peneliti tidak bisa sampai di titik ini.



7. Teman-teman dan semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu peneliti dalam menyelesaikan TUGAS AKHIR ini.

Peneliti menyadari bahwa TUGAS AKHIR ini belum sempurna, oleh karna itu peneliti mengharapkan kritikan dan saran yang bersifat membangun dari berbagai pihak demi kesempurnaan TUGAS AKHIR ini. Akhir kata, peneliti berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan memballas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga TUGAS AKHIR ini membawa manfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan, khususnya ilmub keperawatan.

Padang, Mei 2025

Peneliti

## DAFTAR ISI

<b>KARYA TULIS ILMIAH .....</b>	<b>ii</b>
<b>PERSETUJUAN PEMBIMBING .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xi</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>
A. Konsep Penyakit Luka Bakar.....	7
B. Konsep Asuhan Keperawatan .....	14
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>31</b>
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	31
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	31
C. Populasi dan Sampel .....	31
C. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data.....	32
E. Teknik dan Prosedur Pengumpulan Data .....	33
F. Jenis – Jenis Data.....	35
G. Analisa Data.....	35
<b>BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>37</b>
A. Deskripsi Lokasi Kasus.....	37
B. Deskripsi Kasus.....	37
G. Analisa Data.....	35
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>62</b>
A. Kesimpulan .....	62
B. Saran.....	63
<b>DAFTAR KEPUSTAKAAN .....</b>	<b>64</b>

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Table 2.1 Luas Luka Bakar Berdasarkan Rule Of Nine .....	20
Table 2.2 Perencanaan Keperawatan .....	21

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Bagan WOC Luka bakar .....	21

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Gant Chart

Lampiran 2 Lembar Konsultasi TUGAS AKHIR

Lampiran 3 Lembar Konsultasi Proposal Pembimbing 2

Lampiran 4 Surat Izin Survey Awal Pengambilan Data dari Institusi Kemenkes  
Padang Poltekkes

Lampiran 5 Surat Izin Pengambilan Data Awal dari RSUP DR.M.Djamil Padang

Lampiran 6 Surat Izin Penelitian dari Institusi Kemenkes Poltekkes Padang

Lampiran 7 Surat Izin Penelitian dari RSUP DR.M.Djamil Padang

Lampiran 8 Surat Persetujuan (informed Consent)

Lampiran 9 Daftar Hadir Penelitian

Lampiran 10 Surat Selesai Penelitian

Lampiran 11 Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah (Luka Bakar)

Lampiran 12 Hasil Cek Plagiarisme (Turnitin)

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Luka bakar merupakan kerusakan atau hilangnya jaringan akibat kontak dengan sumber panas seperti api atau air panas, senyawa kimia yang bersifat asam, alkali, atau zat yang menyebabkan peleburan, serta paparan listrik, radiasi dan paparan suhu dingin dalam waktu yang lama. Ukuran luasan luka bakar pada kulit bisa memengaruhi proses metabolik dan mengganggu fungsi sel, terutama dalam sistem kardiovaskular <sup>1</sup>.

Luka bakar menyebabkan peningkatan permeabilitas pembuluh darah yang membuat air, natrium, klorida, dan protein tubuh keluar dari sel, sehingga memicu pembentukan edema dan berpotensi menyebabkan hipovolemia serta hemokonsentrasi. Kehilangan cairan tubuh pada pasien luka bakar dapat terjadi karena beberapa faktor seperti peningkatan hormon mineralokortikoid (retensi air, natrium, klorida, serta ekskresi kalium), peningkatan permeabilitas pembuluh darah, serta perbedaan tekanan osmotik antara sel dan cairan ekstraseluler. Perpindahan cairan dari intravaskuler ke ekstraseluler akibat kebocoran kapiler menyebabkan kehilangan natrium, air, dan protein plasma, serta pembentukan edema jaringan yang dapat berdampak pada penurunan curah jantung, hemokonsentrasi, penurunan perfusi organ vital, hingga edema menyeluruh <sup>2</sup>.

Pada pasien luka bakar terjadi Penurunan volume intravaskuler juga mengurangi aliran plasma ke ginjal dan menurunkan laju filtrasi glomerulus (GFR), yang akhirnya berakibat pada penurunan produksi urin.



Sebanyak sepertiga pasien luka bakar mengalami gangguan paru yang berkaitan dengan luka bakar. Meski tidak selalu ada cedera paru langsung, hipoksia tetap dapat terjadi. Pada luka bakar berat, konsumsi oksigen tubuh meningkat dua kali lipat akibat kondisi hipermetabolisme dan respons lokal jaringan.

Pada pasien luka bakar yang mengancam nyawa yaitu, cedera inhalasi yang disebabkan oleh asap dari kebakaran yang mengandung zat-zat kimia berbahaya seperti karbon monoksida, hydrogen sianida, dan partikel-partikel kecil yang dapat merusak paru-paru paparan panar juga merusak jaringan paru-paru dan menyebabkan peradangan, kerusakan jaringan pernafasan seperti luka bakar di wajah, tenggorokan, atau paru-paru dapat menyebabkan kerusakan pada jaringan pernafasan<sup>2</sup>.

Luka bakar mempunyai tanda dan gejala luka bakar bervariasi bergantung pada tingkat keparahannya. Luka bakar ringan dapat menimbulkan rasa panas, nyeri, dan kemerahan di permukaan kulit. Luka bakar sedang terjadi ketika kerusakan lebih dalam, melibatkan lapisan epidermis dan dermis, dengan gejala nyeri hebat dan lecet. Pada luka bakar berat, kerusakan meluas hingga jaringan subkutan atau lebih dalam, yang ditandai dengan kulit mati dan area luka yang luas luka bakar juga dapat menyebabkan hemolysis (kerusakan sel darah merah)<sup>3</sup>. Berdasarkan dalamnya jaringan yang rusak akibat luka bakar tersebut, luka bakar dapat diklasifikasikan menjadi derajat I, II, III dan IV. Pada luka bakar derajat 1 (superficial burn), kerusakan hanya terjadi di permukaan kulit. Kulit akan tampak kemerahan, tidak ada bulla, sedikit oedem dan nyeri, dan tidak akan menimbulkan jaringan parut setelah sembuh. Luka bakar derajat 2 (partial thickness burn) mengenai sebagian dari ketebalan kulit yang melibatkan semua epidermis dan sebagian dermis. Pada kulit akan ada bulla, sedikit oedem, dan nyeri berat. Pada luka bakar derajat 3 (full thickness burn), kerusakan terjadi pada semua lapisan kulit dan ada

nekrosis. Lesi tampak putih dan kulit, kehilangan sensasi rasa dan akan menimbulkan jaringan parut setelah luka sembuh, luka bakar derajat 4 disebut charring injury, pada luka bakar ini tampak hitam seperti arang karena terbakarnya jaringan. Terjadi kerusakan seluruh kulit dan jaringan subkutan begitu juga pada tulang akan gosong <sup>5</sup>.

Pada luka bakar ini memberikan dampak yang sangat serius, terutama jika luka meluas. Kerusakan fungsi kulit sebagai pelindung alami tubuh terhadap infeksi menjadi faktor risiko utama. Jika luas luka signifikan, pasien berisiko mengalami kematian akibat gangguan seperti kerusakan pembuluh darah, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan pernapasan, serta gangguan fungsi saraf. Proses penyembuhan luka bakar melibatkan tahapan kompleks, mulai dari fase inflamasi, proliferasi sel baru, hingga remodeling jaringan untuk memperbaiki area yang rusak <sup>5</sup>.

Penelitian yang dilakukan oleh Haryono (2021) di RSUD Cibabat menunjukkan bahwa kelompok usia dengan angka kejadian luka bakar tertinggi berada dalam rentang usia 19-60 tahun, dengan 39 kasus luka bakar (51%) ditemukan pada kelompok usia 21-50 tahun. Penelitian serupa oleh Riyadi (2020) di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru juga menemukan bahwa kelompok usia 25-44 tahun memiliki jumlah kasus tertinggi sebesar 38,78%. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa lebih dari 60% kasus luka bakar terjadi pada usia produktif. Selain itu, penelitian menyimpulkan bahwa kelompok laki-laki (68%) lebih sering mengalami luka bakar dibandingkan perempuan (32%), dengan penyebab termal seperti api dan cairan panas menjadi faktor utama (70%) <sup>6</sup>.

Penelitian yang dilakukan Muh Fikri yang dilakukan di RS Bhayangkara Makassar menunjukkan bahwa kelompok usia yang paling sering mengalami luka bakar adalah anak-anak usia 0-5 tahun dengan 14 kasus (22,6%). Dari total 524 kasus luka bakar, sebanyak 193 pasien merupakan anak-anak, dengan air panas menjadi penyebab utama luka bakar. Jenis kelamin laki-laki (61,3%) lebih banyak mengalami luka bakar

dibandingkan perempuan. Penelitian lain di RSUP Cibabat pada tahun 2021 mendukung temuan ini, dengan air panas menjadi etiologi utama luka bakar pada anak-anak, mencakup 42,8% dari total kasus <sup>7</sup>.

Penelitian Vincent yang dilakukan di RSUD dr. Djasamen Saragih Pematang Siantar pada periode Januari 2017 hingga Desember 2019 menunjukkan bahwa dari 68 kasus luka bakar, sebanyak 45 kasus (66,2%) terjadi pada laki-laki dan 23 kasus (33,8%) pada perempuan, dengan proporsi kejadian lebih tinggi pada pria usia produktif (>18 tahun). Luka bakar derajat II ditemukan paling banyak dengan 61 kasus (89,7%). Analisis data menunjukkan bahwa tingginya angka kejadian pada laki-laki berkaitan erat dengan pekerjaan berisiko, seperti paparan air panas, kebakaran, atau sengatan listrik. Dari segi etiologi, luka bakar melepuh menjadi penyebab terbanyak, terutama pada anak-anak <sup>8</sup>.

Menurut WHO (2018), 180.000 kematian disebabkan oleh luka bakar setiap tahunnya, negara berpenghasilan rendah dan menengah mempunyai 70% kerentanan terhadap luka bakar dan dua pertiganya terjadi di Asia Tenggara dan Afrika. 18.000 atau 11,6 dari 100.000 orang meninggal di negara-negara yang berada di Asia Tenggara. Berbeda dengan negara maju seperti Pasifik dan Mediterania Timur yang hanya menyebabkan kematian sebanyak 0,02 dan 0,6 per 100.000 <sup>9</sup>.

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020), prevalensi pada tahun 2020 sebesar 0,7% dan mengalami penurunan sebesar 1,5% dibandingkan tahun 2008 (2,2%). Papua (2,0%) dan Bangka Belitung (1,4%) diidentifikasi sebagai provinsi dengan tingkat prevalensi tertinggi <sup>10</sup>.

Prevalensi luka bakar di Sumatra barat sebesar 1,8% atau 32 orang ditahun 2018 <sup>11</sup>. Angka kejadian yang di dapatkan di RSUP dr M Djamil Padang mulai dari tahun 2022 terdapat 59 pasien, pada tahun 2023

meningkat menjadi 64 orang pasien dan pada tahun 2024 meningkat menjadi 96 orang pasien (Rekam Medis RSUP Dr. M. Jamil Padang).

Peran perawat sangat penting dalam menegakan asuhan keperawatan pada pasien luka bakar perawat berperan dalam melakukan pengkajian,

penentuan diagnosis, perencanaan tindakan, serta mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan. Perawat berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan sehingga menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas <sup>1</sup>.

Survey awal yang telah peneliti dilakukan pada tanggal 9 Desember 2024 di RSUP dr M. Djamil padang di dapatkan 1 orang pasien Ny. L dengan kasus luka bakar 45%, pasien tampak terpasang infus Nacl 0,9 % / 12 jam dan pasien terpasang kateter, dan NGT, dan terdapat luka bakar di tangan kanan 9%, tangan kiri 9%, kaki kiri 9%, kaki kanan 9% dan kepala dan leher 9%, berdasarkan hasil wawancara dari perawat ruangan, pasien merasakan nyeri di bagian eksremitas atas dan bawah yang terkena luka bakar api dan didapatkan skala nyeri 6. Perawat mengatakan diagnosis keperawatan yang diangkat oleh perawat untuk pasien Ny. L meliputi nyeri akut dengan intervensi manajemen nyeri, hypovolemia dengan intervensi manajemen hypovolemia dan gangguan integritas kulit.

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul” Asuhan Keperawatan pada Pasien Luka Bakar di Ruang Luka Bakar Irna Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang”

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan luka bakar di Ruang Bedah Luka Bakar RSUP dr M. Djamil Padang tahun 2025.

### **C. Tujuan**

#### **1. Tujuan Umum**

Mampu menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien dengan luka bakar di Ruang Bedah Luka Bakar RSUP dr M. Djamil Padang tahun 2025.

#### **2. Tujuan khusus**

- a. Mendeskripsikan pengkajian pada pasien dengan luka bakar di Ruang Bedah Luka Bakar RSUP dr M. Djamil Padang
- b. Mendeskripsikan diagnosis keperawatan pada pasien dengan luka bakar di Ruang Bedah Luka Bakar RSUP dr M. Djamil Padang
- c. Mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien dengan luka bakar di Ruang Bedah Luka Bakar RSUP dr M. Djamil Padang
- d. Mendeskripsikan Implementasi keperawatan pada pasien dengan luka bakar di Ruang Bedah Luka Bakar RSUP dr M. Djamil Padang
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien dengan luka bakar di Ruang Bedah Luka Bakar RSUP dr M. Djamil Padang.

### **D. Manfaat Penelitian**

#### **1. Manfaat Aplikatif**

- a. Institusi Poltekes Kemenkes Padang Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi dalam hal pengembangan akademik untuk pembelajaran Prodi D – III keperawatan Padang, terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien luka bakar

- b. Bagi Peneliti

Diharapkan dapat menambah informasi bahan rujukan atau bandingan, khususnya asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus luka bakar.

- c. Bagi Lokasi Penelitian (RSUP dr M. Djamil Padang) Diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran serta tambahan informasi dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien luka bakar

## **2. Manfaat Bagi Penelitian Selanjutnya**

Hasil Penelitian ini dapat memberikan masukan bagi penelitian berikutnya untuk menambah pengetahuan dan data dasar untuk penelitian selanjutnya



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyakit Luka Bakar**

##### **1. Defenisi**

Luka bakar merupakan kerusakan atau hilangnya jaringan akibat kontak dengan sumber panas seperti api atau air panas, senyawa kimia yang bersifat asam, alkali, atau zat yang menyebabkan peleburan, serta paparan listrik, radiasi dan paparan suhu dingin yang lama. Ukuran luasan luka bakar pada kulit bisa memengaruhi proses metabolik dan mengganggu fungsi sel, terutama dalam sistem kardio-vascular<sup>1</sup>

##### **1. Etiologi**

Menurut<sup>1</sup>, luka bakar disebabkan oleh:

1. Luka bakar suhu tinggi (*Thermal Burn*); Gas, cairan, dan bahan padat (*solid*)
2. Luka bakar bahan kimia (*Chemical burn*)
3. Luka bakar sengatan listrik (*Electrical Brun*)
4. Luka bakar radiasi (*Radiasi Injury*)

##### **2. Manifestasi Klinis**

- 1) Luka bakar derajat I, ditandai dengan kemerahan pada kulit dan rasa nyeri. Lepuh dapat muncul setelah 24 jam, dan kulit mungkin mulai terkelupas
- 2) Luka bakar derajat II, superfisial ditandai oleh keberadaan lepuh dan rasa nyeri yang sangat kuat. Lepuhannya biasanya terbentuk beberapa menit setelah terjadinya cedera. Ketika lepuh tersebut pecah, ujung saraf akan terpapar langsung ke udara.

Karena respon terhadap rasa nyeri dan sentuhan masih berfungsi, penenganan luka bakar ini dapat menyebabkan rasa sakit yang sangat hebat.

- 3) Luka bakar derajat II dalam juga ditandai dengan adanya lepuh dan rasa nyeri. Jika di bandingkan dengan luka bakar derajat kedua superfisial, luka bakar ini cenderung kurang menyakitkan karena neuron sensoris telah mengalami kerusakan yang cukup parah.
- 4) Luka bakar derajat III terlihat datar, tipis, dan kering. Di dalamnya dapat ditemukan koagulasi pada pembuluh darah. Kulit mungkin tampak berwarna putih atau hitam dengan tekstur yang kasar.
- 5) Luka bakar derajat IV  
menyebabkan terjadinya edema atau bula. Dalam beberapa jam setelah cedera, cairan atau protein berpindah dari kapiler ke ruang interstisial, sehingga terbentuk bula. Pada kondisi ini, terjadi respon imunologi yang ditandai dengan peningkatan laju metabolisme, yang berdampak pada peningkatan kebutuhan kalori tubuh<sup>4</sup>.

### 3. Komplikasi

Luka bakar tingkat tiga memiliki risiko komplikasi yang paling tinggi dibandingkan dengan luka bakar tingkat satu dan dua, termasuk infeksi, kehilangan darah, dan syok, yang sering kali dapat berakibat fatal. Namun, semua jenis luka bakar pada dasarnya memiliki potensi untuk terinfeksi karena bakteri dapat masuk melalui kulit yang terluka. Tetanus juga merupakan komplikasi yang mungkin terjadi pada semua tingkat luka bakar. Seperti halnya sepsis, tetanus adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri yang memengaruhi sistem saraf dan dapat menyebabkan gangguan pada kontraksi otot. Luka bakar yang parah juga meningkatkan risiko hipotermia dan hipovolemia. Hipotermia ditandai dengan suhu tubuh yang sangat rendah akibat kehilangan panas

tubuh yang berlebihan akibat cedera, sementara hipovolemia terjadi ketika tubuh kehilangan terlalu banyak darah karena luka bakar<sup>4</sup>.

#### 4. Patofisiologi

Luka bakar menyebabkan peningkatan permeabilitas pembuluh darah yang membuat air, natrium, klorida, dan protein tubuh keluar dari sel, sehingga memicu pembentukan edema dan berpotensi menyebabkan hipovolemia serta hemokonsentrasi. Kehilangan cairan tubuh pada pasien luka bakar dapat terjadi karena beberapa faktor seperti peningkatan hormon mineralokortikoid (retensi air, natrium, klorida, serta ekskresi kalium), peningkatan permeabilitas pembuluh darah, serta perbedaan tekanan osmotik antara sel dan cairan ekstraseluler.

Perpindahan cairan dari intravaskuler ke ekstrasvaskuler akibat kebocoran kapiler menyebabkan kehilangan natrium, air, dan protein plasma, serta pembentukan edema jaringan yang dapat berdampak pada penurunan curah jantung, hemokonsentrasi, penurunan perfusi organ vital, hingga edema menyeluruh.

Penurunan volume intravaskuler juga mengurangi aliran plasma ke ginjal dan menurunkan laju filtrasi glomerulus (GFR), yang akhirnya berakibat pada penurunan produksi urin.

Sebanyak sepertiga pasien luka bakar mengalami gangguan paru yang berkaitan dengan luka bakar. Meski tidak selalu ada cedera paru langsung, hipoksia tetap dapat terjadi. Pada luka bakar berat, konsumsi oksigen tubuh meningkat dua kali lipat akibat kondisi hipermetabolisme dan respons lokal jaringan.

Cedera inhalasi merupakan penyebab utama kematian dalam kasus kebakaran. Gas karbon monoksida (CO) adalah penyebab cedera inhalasi yang paling umum karena dihasilkan dari pembakaran bahan organik. Secara patofisiologi, karbon monoksida menyebabkan hipoksia

jaringan dengan berikatan pada hemoglobin dan membentuk karboksihemoglobin.

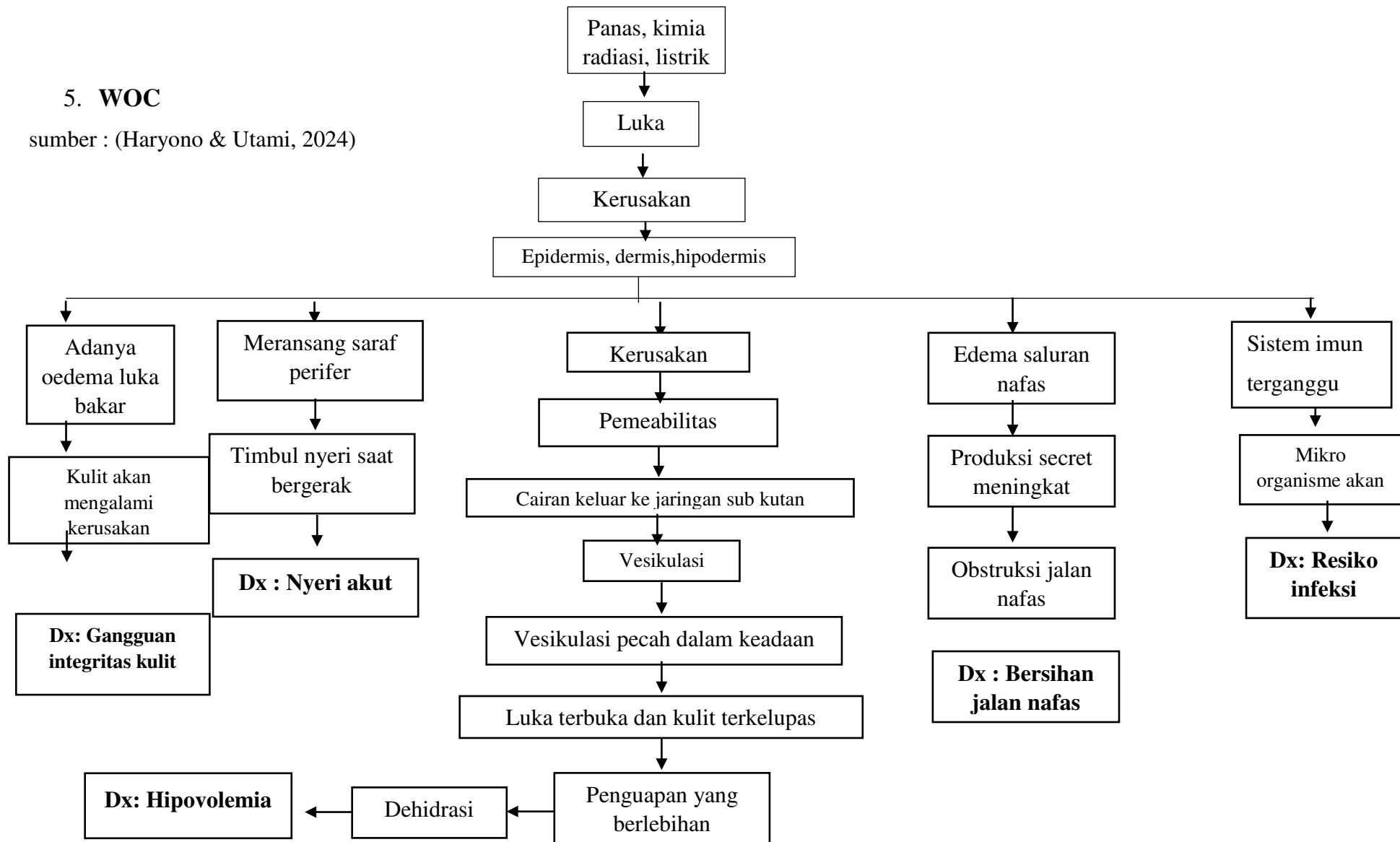
Pada pasien dengan luka bakar lebih dari 20%, aktivitas gastrointestinal menurun sebagai akibat dari kombinasi efek hipovolemik, neurologis, serta respons endokrin terhadap cedera luas.

Sistem imun tubuh juga mengalami perubahan signifikan akibat luka bakar, dengan seluruh respons imun terpengaruh. Hilangnya integritas kulit diperburuk oleh pelepasan faktor inflamasi yang abnormal, perubahan kadar imunoglobulin dan komplemen serum, gangguan fungsi neutrofil, serta penurunan jumlah limfosit (limfositopenia). Imunosupresi ini meningkatkan risiko terjadinya sepsis.

Selain itu, hilangnya lapisan kulit mengganggu kemampuan tubuh dalam mengatur suhu. Akibatnya, pasien luka bakar dapat mengalami suhu tubuh rendah pada jam-jam awal setelah cedera. Namun, kondisi hipermetabolisme kemudian menyebabkan hipertermi meski tidak ada infeksi yang terdeteksi <sup>4</sup>

## 5. WOC

sumber : (Haryono & Utami, 2024)



## 6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan awal pada syok hemoragik mencakup survei primer yang dilakukan secara simultan dengan resusitasi dengan urutan Airway, Breathing, Circulation, Disability dan Exposure sesuai anjuran Advanced Trauma Life Support (ATLS). Airway dan Breathing dengan menjaga patensi jalan napas dengan ventilasi adekuat dan oksigenasi. Pemberian oksigen tambahan untuk menjaga saturasi oksigen lebih besar dari 95% diikuti pemasangan saturasi oksigen. Circulation dengan melakukan kontrol perdarahan eksternal dengan balut tekan, mencari akses intravena yang adekuat dan menilai perfusi jaringan.

Resusitasi cairan dilakukan setelah penanganan airway dan breathing selesai. Prinsip resusitasi cairan adalah penggantian volume secara adekuat dalam waktu singkat. Untuk mencapai resusitasi cairan yang cukup dapat digunakan beberapa jalur intravena sekaligus. Pasang kateter untuk memantau urine output. Resusitasi Cairan Berdasarkan Prinsip Parkland: Resusitasi cairan berdasarkan prinsip Parkland digunakan untuk luka bakar sedang atau luas luka bakar <25% tanpa syok. Rumus menghitung kebutuhan cairan 24 jam berdasarkan Parkland adalah 4 ml per kgBB per luas. % luka bakar Pada 24 jam pertama, 50% diberikan pada 8 jam pertama dan 50% diberikan pada 16 jam berikutnya. Pada 24 jam kedua, kebutuhan cairan diberikan secara merata. Selain itu, terdapat berbagai obat dan perawatan yang dapat membantu mempercepat proses penyembuhan luka, antara lain:

### 1. Perawatan Berbasis Air

Terapi uap ultrasound dapat digunakan untuk membersihkan dan merangsang jaringan luka.



## 2. Cairan untuk Mencegah Dehidrasi

Pemberian cairan intravena kepada pasien bertujuan untuk mencegah dehidrasi dan kegagalan organ.

## 3. Manajemen Nyeri dan Kecemasan

Luka bakar dengan tingkat keparahan tertentu sering kali menyebabkan nyeri yang hebat. Oleh karena itu, pasien mungkin memerlukan obat pereda nyeri dan antikecemasan.

## 4. Krim dan Salep

Produk pengobatan ini bermanfaat untuk menjaga kelembapan luka, mengurangi rasa sakit, mencegah infeksi, dan mempercepat penyembuhan. Perban khusus juga dapat direkomendasikan agar area luka tetap lembap, sehingga terhindar dari infeksi dan mendukung proses penyembuhan.

## 5. Antibiotik

Jika luka bakar mengalami infeksi, pemberian antibiotik sangat dianjurkan. Selain itu, pasien juga mungkin disarankan untuk mendapatkan suntikan tetanus.

Sementara itu, prosedur bedah yang paling umum digunakan dalam penanganan luka bakar adalah eskaratomi. Prosedur ini ditujukan untuk mengatasi luka bakar derajat ketiga, di mana jaringan epidermis dan dermis mengalami kerusakan bersama dengan saraf sensorik di dermis. Eskaratomi dapat dilakukan sebagai tindakan pencegahan serta untuk mengurangi tekanan guna memperbaiki sirkulasi darah dan mengatasi sindrom kompartemen pada luka bakar. Proses ini melibatkan pengangkatan jaringan mati (eskar) menggunakan teknik eksisi tangensial, di mana lapisan demi lapisan jaringan nekrotik dieksisi hingga mencapai permukaan yang berdarah.

Luka bakar derajat kedua yang dalam serta luka bakar derajat ketiga memerlukan pembersihan luka secara bedah dan cangkok kulit. Jika memungkinkan, kulit diambil dari area tubuh pasien yang tidak terbakar. Luka bakar yang luas juga memerlukan pemberian cairan intravena secara cepat untuk menggantikan cairan yang hilang akibat kebocoran kapiler. Untuk menjaga tekanan darah dan mencegah syok, infus pada orang dewasa bisa mencapai 30 liter dalam waktu 24 jam. Pemberian cairan yang tinggi ini juga berfungsi untuk mencegah penurunan perfusi ginjal serta mengurangi risiko gagal ginjal<sup>4</sup>.

## **B. Konsep Asuhan keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah sebagai berikut:

#### **a. Identitas pasien**

Terdiri atas nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit (MRS). Usia merupakan hal yang penting untuk dikaji karena pada balita dan lansia terjadi penurunan sistem kekebalan tubuh, selain itu usia juga berpengaruh terhadap penentuan rehidrasi terkait dengan persentase kompartemen cairan tubuh.

#### **b. Keluhan utama**

Keluhan utama yang dirasakan klien luka bakar/ combustio adalah nyeri, sesak napas. Nyeri dapat disebabkan karena iritasi nosiseptor (reseptor nyeri pada kulit). Dalam pengkajian nyeri harus diperhatikan PQRST. Sesak napas dapat timbul pada trauma inhalasi akibat edema mukosa tracheobronchial dan penurunan fungsi silia. Sesak napas yang timbul beberapa jam/hari setelah klien mengalami luka bakar dapat disebabkan karena edema pulmo.

c. Riwayat penyakit

1. Riwayat penyakit sekarang

Gambaran keadaan pasien mulai terjadi luka bakar, penyebab lamanya kontak, pertolongan pertama yang dilakukan, luas luka bakar, derajat luka bakar serta keluhan pasien selama menjalankan perawatan ketika dilakukan pengkajian. Apabila dirawat meliputi beberapa fase: fase emergency ( $\pm 48$  jam pertama terjadi perubahan pola bak), fase akut (48 jam pertama beberapa hari / bulan), fase rehabilitative (menjelang pasien pulang).

2. Riwayat penyakit masa lalu

Merupakan riwayat penyakit yang mungkin pernah diderita oleh klien sebelum mengalami luka bakar Risiko kematian akan meningkat jika klien mempu nyai riwayat penyakit kardiovaskuler, paru, DM gangguan neurologi, atau penyalahgunaan obat dan alkohol.

3. Riwayat penyakit keluarga

Merupakan gambaran keadaan kesehatan keluarga dan penyakit yang berhubungan dengan kesehatan klien, meliputi: jumlah anggota keluarga, kebiasaan keluarga mencari pertolongan, tanggapan keluarga mengenai masalah kesehatan, serta kemungkinan penyakit degeneratif.

d. Pola ADL

Meliputi kebiasaan pasien sehari- hari di rumah dan RS dan apabila terjadi perubahan pola menimbulkan masalah bagi pasien. Pada pemenuhan kebutuhan nutrisi kemungkinan didapatkan anoreksia, mual dan muntah. Pada pemeliharaan kebersihan badan mengalami penurunan karena pasien tidak dapat melakukan sendiri.

Pola pemenuhan istirahat tidur juga mengalami gangguan. Hal ini disebabkan karena adanya rasa nyeri.

e. Riwayat psikososial

Pada klien dengan luka bakar sering muncul masalah konsep diri akibat kerusakan integritas kulit. Selain itu juga luka bakar juga membutuhkan perawatan yang lama sehingga mengganggu klien dalam melakukan aktifitas. Hal ini menumbuhkan stress, rasa cemas, dan takut.

f. Pola aktivitas sehari-hari

Klien akan mengalami hambatan dalam melakukan pemenuhan kebutuhan aktivitas karena adanya nyeri ataupun kerusakan integritas kulit

g. Sirkulasi

Tanda (dengan cedera luka bakar lebih dari 20% APTT): hipotensi (syok); penurunan nadi perifer distal pada ekstremitas yang cedera; vasokonstriksi perifer umum dengan kehilangan nadi, kulit putih dan dingin (syok listrik); takikardia (syok/ansietas/nyeri); disritmia (syok listrik); pembetukan oedema jaringan (semua luka bakar).

h. Integritas Ego

Gejala: masalah tentang keluarga, pekerjaan, keuangan, kecacatan.

Tanda: ansietas, menangis, ketergantungan, menyangkal, menarik diri, marah.

i. Eliminasi

Urin tidak ada selama fase darurat; warna mungkin hitam kemerahan bila terjadi mioglobin, mengindikasikan kerusakan otot dalam; diuresis (setelah kebocoran kapiler dan mobilisasi cairan kedalam sirkulasi); penurunan bising usus/tidak ada; khususnya pada luka bakar dengan presentase 20% sebagai stress penurunan motilitas/peristaltic gestrik.

j. Pemeriksaan fisik *Head To Toe*

1) Keadaan umum

Umumnya penderita datang dengan keadaan kotor mengeluh panas sakit dan gelisah sampai menimbulkan penurunan tingkat kesadaran bila luka bakar mencapai derajat cukup berat.

2) Tanda -tanda vital

a. Tekanan darah: Tekanan darah pada pasien luka bakar dapat menurun karena banyak kekurangan cairan yang disebabkan oleh luka bakar.

b. Nadi: Nadi pasien luka bakar biasanya normal

c. Suhu tubuh: Pasien biasanya demam dengan suhu tubuh lebih dari 37,5 derajat celcius.

d. Pernapasan: Pernapasan pasien luka bakar sesak jika

ada cedera inhalasi.

3) Pemeriksaan kepala dan leher

a. Kepala dan rambut

Catat bentuk kepala, penyebaran rambut, perubahan warna rambut setelah terkena luka bakar, adanya lesi akibat luka bakar, grade dan luas luka bakar.

b. Mata

Catat kesimetrisan dan kelengkapan, edema, kelopak mata, lesi adanya benda asing yang mengganggu pengelihatan serta bulu mata yang rontok kena air panas, bahan kimia, listrik akibat luka bakar.

c. Hidung

Catat adanya pendarahan, mukosa kering, sekret, sumbatan dan bulu hidung yang rontok akibat luka bakar.

d. Mulut

Dibibir terdapat sianosis karena kurang suplay darah ke otak, bibir kering karena intake cairan kurang.

e. Telinga

Catat kelengkapan dan bentuk yang abnormal, gangguan pendengaran karena benda asing, pendarahan dan serumen atau keusakkan saraf akibat luka bakar.

f. Leher

a. Catat posisi trakea, denyut nadi karotis mengalami peningkatan.

b. Kompensasi untuk mengatasi kekurangan cairan.

g. Pemeriksaan thorak/dada

Inspeksi bentuk thorak, irama pernapasan, ireguler, ekspansi dada tidak maksimal, vokal fremitus kurang bergetar karena cairan yang masuk keparu, auskultasi suara ucapan egoponi, suara nafas tambahan ronchi.

h. Abdomen

Inspeksi bentuk perut membuncit karena kembung, palpasi adanya nyeri pada area epigastrium yang mengidentifikasi adanya gastritis.

i. Urogenital

Kaji kebersihan karena jika ada darah kotor / terdapat lesi merupakan tempat pertumbuhan kuman yang paling nyaman, sehingga potensi sebagai sumber infeksi dan indikasi untuk pemasangan kateter.



j. Pemeriksaan neurologi

Tingkat kesadaran secara kuantifikasi dinilai dengan GCS. Nilai bisa menurun bila suplay darah ke otak kurang (syok hipovolemik) dan nyeri hebat (syok neurogenik).

k. Pemeriksaan kulit

Merupakan pemeriksaan pada darah yang mengalami luka bakar (luas dan kedalaman luka). Prinsip pengukuran Presentase luas luka bakar.

*Table 1. Luas Luka Bakar Berdasarkan Rule Of Nine*

No	Area	%
1.	Kepala dan leher	9
2.	Dada dan perut	18
3.	Punggung sampai sakrum	18
4.	kemaluan	1
5.	Lengan kanan	9
6.	Lengan kiri	9
7.	Paha kanan	9
8.	Paha kiri	9
9.	Tungkai bawah kanan	9
10.	Tungkai bawah kiri	9
	Total	100

4) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan terutama untuk luka bakar yang parah. Beberapa pemeriksaan penunjang yang perlu dilakukan, antara lain

1. Pemeriksaan darah, meliputi perhitungan jenis kimia darah, analisis gas darah dengan carboxyhemoglobin, analisis urine, *creatinin phosphokinase* dan myoglobin urine(luka bakar akibat listrik), serta pemeriksaan faktor pemberian darah.
2. Pemeriksaan radiologi, meliputi foto thoraks(untuk mengetahui apakah ada kerusakan akibat luka bakar atau adanya trauma dan indikasi pemasangan intubasi) serta *CT scan* untuk mengetahui adanya trauma.
3. Tes lain, misalnya pemeriksaan dengan *fiberoptic bronchoscopy* untuk pasien dengan luka bakar inhalasi.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI tahun 2017 <sup>11</sup>.

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme nafas **(D.0001)**
- b. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif **(D.0023)**
- c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan elektris **(D.0129)**
- d. Nyeri akut berhubungan agen pencederaan fisik dan kimiawi **(D.0077)**

### 3. Intervensi keperawatan

*Table 2 Perencanaan Keperawatan*

NO	Dx Keperawatan	SLKI (TUJUAN)	SIKI (PERENCANAAN)
1.	<p><b>Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Spasme jalan nafas (D.0001)</b></p> <p><b>Defenisi:</b> Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten</p> <p>Tanda Mayor DS: (tidak tersedia) DO: a. Batuk efektif  b. Wengi, wheezing</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan jalan nafas membaik dengan kriteria hasil (L.01001):</p> <p>a. dispnea menurun b. Ortopnea menurun c. sianosis menurun d. Frekuensi nafas membaik e. Pola nafas membaik</p>	<p><b>Pemantauan Respirasi (1.01014)</b></p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas b. Monitor pola napas c. Monitor adanya produksi sputum d. Monitor adanya sumbatan jalan nafas c. Monitor saturasi oksigen</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>b. dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p>

	<p>dan ronkhi kering</p> <p>c. Tidak mampu batuk</p> <p>d. Batuk tidak efektif</p> <p>Tanda Minor</p> <p>Ds:</p> <p>a. Dispnea</p> <p>b. Sulit bicara</p> <p>c. ortopnea</p> <p>DO:</p> <p>a. Gelisah</p> <p>b. Sianosis</p> <p>c. Bunyi nafas menurun</p> <p>d. Frekuensi nafas berubah</p> <p>e. Pola nafas berubah</p>		<p>a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>
2.	<p><b>Hipovolemia</b></p> <p><b>berhubungan</b></p> <p><b>dengan</b></p> <p><b>kekurangan</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan status</p>	<p><b>Pementauan Cairan</b></p> <p>Observasi</p>

	<p><b>cairan aktif (D.0023)</b></p> <p>Defenisi: Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial dan intraselular.</p> <p>Tanda Mayor</p> <p>DS: (Tidak tersedia)</p> <p>DO:</p> <p>a. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>b. Nadi teraba lemah</p> <p>c. Tekanan darah menurun</p> <p>d. Tekanan nadi menyempit</p> <p>e. Tugor kulit menurun</p> <p>f. Membran</p>	<p>cairan membaik dengan kriteria hasil (L.03028) :</p> <p>a. Kekuatan nadi meningkat</p> <p>b. Tugor kulit meningkat</p> <p>c. Output cairan meningkat</p> <p>d. Pengisian vena meningkat</p> <p>e. Keluhan haus menurun</p> <p>f. Konsentrasi urine menurun</p> <p>g. Suhu tubuh membaik</p> <p>h. Intake cairan membaik</p>	<p>a. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>b. Monitor frekuensi nafas</p> <p>c. Monitor tekanan darah</p> <p>d. Monitor intrake dan output cairan</p> <p>e. Identifikasi tanda- tanda hypovolemia</p> <p>f. Identifikasi factor resiko ketidak seimbangan cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Atur interval waktu pemantauan sesuai kondisi pasien</p> <p>b. informasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan tujuan dan prosedur</p>
--	--	--	---

	<p>mukosa kering</p> <p>g. Volume urine menurun</p> <p>h. Hematokrit meningkat</p> <p>Tanda Minor</p> <p>DS:</p> <p>a. Merasa lemah</p> <p>DO:</p> <p>a. Pengisian menurun</p> <p>b. Status mental berubah</p> <p>c. Suhu tubuh meningkat</p> <p>e. Berat badan turun tiba tiba</p>		<p>pemantauan</p> <p>b. informasikan hasil pemantauan</p>
3.	<p><b>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan penyembuhan</p>	<p><b>Perawatan luka bakar (L.14565)</b></p> <p>Obervasi</p> <p>a. Identifikasi penyebab luka bakar</p>

	<p><b>elektris</b></p> <p><b>(D.0129)</b></p> <p>Defenisi :</p> <p>Kerusakan kulit (dermis atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kronea, fasia, otot, tendon, kartilago, kapsul sendi dan ligamen)</p> <p>Tanda Mayor</p> <p>DS:</p> <p>(Tidak tersedia)</p> <p>DO:</p> <p>a. Kerusakan jaringan atau kerusakan lapisan kulit</p> <p>Tanda Minor</p> <p>DS</p>	<p>luka meningkat dengan kriteria hasil</p> <p><b>(L.14130)</b></p> <p>a. penyatuan kulit meningkat</p> <p>b. jaringan granulasi mrningkat</p> <p>c. Nyeri menurun</p> <p>d. bau tidak sedap menurun</p> <p>e. infeksi menurun</p>	<p>b. Identifikasi durasi terkena luka bakar dan Riwayat penanganan luka sebelumnya</p> <p>c. Monitor kondisi luka (mis, presentasi ukuran luka, derajat luka, pendarahan, warna dasar luka, infeksi, eksudat, bau luka, kondisi tepi luka)</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Gunakan Teknik aseptik selama merawat luka</p> <p>b. Lepaskan balutan lama dengan mengurangi nyeri dan pendarahan</p> <p>c. Rendam dengan air steril jika balutan lengket pada luka</p> <p>d. Bersihkan luka dengan cairan steril (mis, NaCl 0,9, cairan antiseptic</p> <p>e. Lakukan terapi relaksasi untuk mengurangi nyeri</p> <p>f. Jadwalkan frekuensi luka berdasarkan ada atau tidaknya infeksi, jumlah</p>
--	---	--	--

	<p>(Tidak tersedia)</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nyeri</li> <li>b. Perdarahan</li> <li>c. Kemerahan</li> <li>d. Hematoma</li> </ul>		<p>eksudat dan jenis balutan yang digunakan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>g. Gunakan modem dressing sesuai dengan kondisi luka (mis, hyrocolloid, polymer, crystalline cellulose)</li> <li>h. Berikan suplemrn vitamin dan mineral (mis, vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>b. Anjurkan mengomsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</li> </ul>
--	---	--	---



4.	<p><b>Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik dan kimiawi (D.0077)</b></p> <p>Defenisi : Pengalaman sensorik atau emisional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil(L.08066)</p> <p>a. Keluhan nyeri menurun</p> <p>b. Meringis menurun</p> <p>c. Sikap protektif menurun</p> <p>d. Gelisah menurun</p> <p>e. Menarik diri menurun</p> <p>f. Berfokus pada diri sendiri menurun</p> <p>g. Diaforesis menurun</p> <p>h. Pola napas</p>	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b></p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>b. Identifikasi skala nyeri</p> <p>c. Identifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>f. Identifikasi pengetahuan tentang nyeri</p> <p>g. Identifikasi budaya terhadap respon nyeri</p> <p>Teraupetik</p> <p>a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis:suhu</p>
----	---	--	---

	<p>kurang dari 3 bulan.</p> <p>Tanda Mayor</p> <p>DS :</p> <p>a. Mengeluh nyeri</p> <p>DO :</p> <p>a. Tanpak meringis</p> <p>b. Gelisah</p> <p>c. Frekuensi nadi meningkat</p> <p>d. Sulit tidur</p> <p>e. bersikap protektif (mis : waspada posisi menghindari nyeri)</p> <p>Tanda Minor</p> <p>DS</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>DO</p> <p>a. Tekanan dara</p>	<p>membaik</p> <p>i. Frekuensi nadi membaik</p> <p>j. Proses berpikir membaik</p> <p>k. Nafsu makan membaik</p> <p>l. pola tidur membaik</p>	<p>ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>c. Fasilitas istirahat tidur</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>b. jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
--	--	--	---

	meningkat		
	b. Pola napas berubah		
	c. Nafsu makan berubah		
	d. Proses berpikir terganggu		
	e. Menarik diri		
	f. Berfokus pada diri sendiri		

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mendukung pasien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapinya, sehingga dapat mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berfokus pada kebutuhan klien, mempertimbangkan berbagai faktor yang memengaruhi kebutuhan keperawatan, serta melibatkan strategi implementasi dan aktivitas komunikasi <sup>12</sup>.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien <sup>12</sup>.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian deskriptif adalah jenis penelitian yang ditujukan untuk menjelaskan fenomena yang terjadi, seperti fenomena alami maupun buatan manusia, ataupun untuk menganalisis atau menggambarkan data subjektif tanpa tujuan untuk menyampaikan konklusi yang lebih umum<sup>13</sup>.

Penelitian ini menggambarkan bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien luka bakar di Ruang luka bakar IRNA Bedah RSUP Dr M Djamil Padang.

#### **B. Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini akan dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang. Waktu penelitian mulai Desember 2024 sampai Mei 2025 ini.

#### **C. Populasi dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien luka bakar di ruang luka bakar IRNA Bedah RSUP dr M Djamil Padang tahun 2025. Pada saat melakukan asuhan keperawatan dalam penelitian tanggal 26 Februari 2025 didapatkan 1 orang pasien luka bakar di ruang luka bakar irna bedah di RSUP dr M. Djamil Padang

##### **2. Sampel**

Sampel dalam penelitian ini adalah satu orang pasien luka bakar yang dirawat di ruang luka bakar irna bedah di RSUP dr M. Djamil Padang.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria yang akan menyaring anggota populasi menjadi sampel yang memiliki kriteria secara teori yang sesuai dan terkait dengan topik dan kondisi penelitian. Atau dengan kata lain, kriteria inklusi merupakan ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi

- 1). Pasien bersedia menjadi responden
- 2). Pasien kooperatif dan berkomunikasi verbal / non verbal

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria yang dapat digunakan untuk mengeluarkan anggota sampel dari kriteria inklusi atau dengan kata lain ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel <sup>14</sup>

- 1). Pasien dengan hari rawatan kurang dari 5 hari
- 2). Pasien yang pulang paksa atau meninggal

#### **D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian, yang berasal dari tahap pengembangan konsep, konstruk, dan variabel sesuai dengan kajian teori yang mendalam alat atau instrumen pengumpulan data ini berupa format tahapan proses keperawatan, mulai dari pengkajian hingga evaluasi, yang terlampir dalam dokumen ini. Instrumen yang akan digunakan dalam penelitian ini mencakup format pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Alat yang digunakan untuk pemeriksaan fisik meliputi tensimeter, stetoskop, termometer, penlight, LILA, mikrometer (alat ukur tinggi badan), dan timbangan.

Pengumpulan data dilakukan melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, observasi langsung, dan studi dokumentasi.

1. Format pengkajian keperawatan mencakup: identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, pemeriksaan laboratorium, dan program pengobatan.
2. Format analisis data terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medis, data, masalah, dan etiologi.
3. Format diagnosis keperawatan mencakup: nama pasien, nomor rekam medis, diagnosis keperawatan, tanggal penemuan masalah, serta tanggal dan paraf saat masalah dipecahkan.
4. Format intervensi keperawatan mencakup: nama pasien, nomor rekam medis, diagnosis keperawatan, dan intervensi keperawatan SIKI.
5. Format implementasi keperawatan terdiri dari: nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, implementasi keperawatan, serta paraf pelaksana implementasi.
6. Format evaluasi keperawatan mencakup: nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi tindakan keperawatan, serta paraf evaluator tindakan keperawatan<sup>14</sup>

## **E. Teknik dan Prosedur Pengumpulan Data**

### **1. Teknik Pengumpulan Data**

#### **a. Observasi**

Pengumpulan data dengan cara observasi melibatkan fungsi panca indra meliputi penglihatan, pendengaran, penciuman untuk

memperoleh informasi. Hasil observasi berupa aktivitas, kejadian, peristiwa, objek, kondisi atau suasana tertentu, dan perasaan emosional. Dalam penelitian metode observasi digunakan peneliti untuk mengamati keadaan umum, kesadaran pasien, pemeriksaan fisik berupa tanda dan gejala pada sistem yang ada pada

tubuh klien, head to toe berupa pemeriksaan IPPA (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi) serta mengamati perkembangan pasien setiap harinya.

#### b. Wawancara

Wawancara adalah diskusi tanya jawab yang dilakukan untuk memperoleh informasi secara mendalam dan mengklarifikasi data yang telah didapat dengan metode lain sebelumnya. Dalam penelitian ini, metode wawancara yang digunakan peneliti adalah wawancara terpimpin dengan menjadikan format pengkajian sebagai acuan dalam melakukan tanya jawab seperti identitas klien, identitas penanggungjawab, riwayat kesehatan, pola aktivitas sehari-hari (ADL), data psikologis, data sosial, dan data spiritual.

#### c. Pengukuran

Pengukuran adalah pengumpulan data penelitian dengan mengukur objek dengan menggunakan alat ukur tertentu, misalnya berat badan menggunakan alat timbangan berat badan, tekanan darah menggunakan alat tensi meter dan sebagainya

Dalam penelitian ini, peneliti akan mengukur menggunakan alat ukur pemeriksaan, yaitu melakukan pengukuran tekanan darah, menghitung pernafasan, frekuensi nadi dan tanda-tanda vital.

#### d. Dokumentasi

Dokumentasi adalah pengumpulan data berupa fakta yang tersimpan dalam bentuk data sekunder. Dalam penelitian ini, data yang didapatkan melalui

dokumentasi berupa hasil pemeriksaan laboratorium, foto rontgen paru, riwayat obat pasien, dan catatan perkembangan pasien <sup>15</sup>

## **F. Jenis – Jenis Data**

### **1. Data Primer**

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari subjek penelitian seperti pasien, keluarga atau masyarakat. Untuk mendapatkan data primer, peneliti dapat mengumpulkannya dengan menggunakan teknik wawancara, observasi, diskusi kelompok terarah dan penyebaran, Data primer dalam penelitian ini dikumpulkan langsung dari pasien seperti pengkajian pada pasien dan keluarga pasien, yaitu : identitas pasien, keluarga dan pemeriksaan fisik terhadap pasien.

### **2. Data sekunder**

Data sekunder adalah data yang dikumpulkan tidak langsung dari subjek penelitian. Data sekunder dapat diperoleh dari jurnal, lembaga, laporan dan lain-lain <sup>16</sup>

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh langsung dari rekam medis dan ruangan luka bakar IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang. Data sekunder umumnya berupa bukti, data penunjang, catatan atau laporan histori yang telah disusun dalam arsip yang tidak dipublikasikan.

## **G. Analisa Data**

Analisis yang dilakukan pada peneliti ini adalah menganalisis semua temuan pada tahapan pengkajian meliputi data objektif dan subjektif. Diagnosis yang diangkat disesuaikan dengan tanda dan gejala mayor yang terdapat didalam SDKI. Setelah penelitian menentukan tujuan dan rencana keperawatan sesuai SLKI dan SIKI, peneliti kemudian menganalisis tindakan keperawatan meliputi tindakan yang telah dilakukan dan tindakan yang tidak tercapai. Terakhir peneliti menganalisis



hasil evaluasi keperawatan meliputi kriteria hasil yang telah tercapai selama dilakukannya asuhan keperawatan pada pasien. Pada tahap pembahasan kasus, peneliti membandingkan temuan Poltekkes Kemenkes Padang selama tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi keperawatan dengan konsep dan teori keperawatan yang ada pada pasien dengan Luka bakar . Data pembanding dapat berupa teori atau data empiris dari penelitian sebelumnya. Analisis yang dilakukan bertujuan untuk menentukan kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi yang ditemukan pada pasien.

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS**

#### **A. Deskripsi Lokasi Kasus**

Penelitian dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Luka bakar dilaksanakan di Rumah sakit RSUP dr M Djamil Padang yang terletak di jalan perintis Kemerdekaan, Sawahan Timur, kecamatan Padang Timur, Kota Padang, Sumatra Barat. Penelitian dilakukan di ruangan luka bakar IRNA Bedah. Ruang luka bakar di pimpin oleh seorang karu, dibantu oleh katim dan beberapa perawat pelaksana yang di bagi menjadi tiga shif yaitu pagi, siang, dan malam.

#### **B. Deskripsi Kasus**

Penelitian ini dilakukan di ruang luka bakar melibatkan partisipan. Pasien bernama Ny. R berusia 37 tahun, berjenis kelamin perempuan. Pasien dengan No MR 01.25.32.88, masuk kerumah sakit dengan dignosa medis Luka *Bakar Total Body Surface Area* 81%. Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 26 Februari – 02 Maret 2025.

#### **1. Hasil Pengkajian**

Hasil pengkajian yang didapatkan melalui pengukuran, observasi, wawancara dan studi dokumentasi.

Pasien bernama Ny. R berusia 37 tahun berjenis kelamin perempuan, tanggal lahir 22 September 1987, menikah, Pendidikan SMA, Agama Islam, pekerjaan wiraswasta dengan Dx : luka bakar *Bakar Total Body Surface Area* 81%, dengan No MR 01.25.32.88. Pasien masuk rumah sakit pada hari senin 24 Februari 2025 melalui IGD Rumah sakit RSUP dr. M. Djamil Padang pada pukul 23.09 WIB

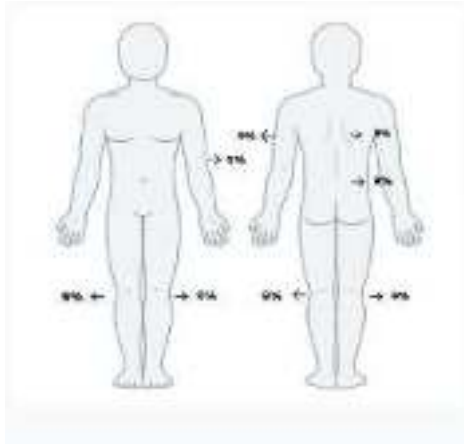
datang Bersama dengan keluarganya dengan keluhan luka bakar yang disebabkan oleh api saat menyalakan obat nyamuk di rumah, kemudian saat menyalakan obat nyamuk ternyata disekitar pasien ada bahan bakar bensin di lantai yang tumpah, kemudian api menyembur mengenai seluruh badan.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 26 Februari 2025 pada hari rawatan ke 3, dan pasien mengeluh nyeri di bagian luka bakar, pasien mengatakan skala nyerinya 7 nyeri berat dan akan berkurang jika pasien meminum obat anti nyeri, nyerinya muncul ketika pasien melakukan gerak di tempat tidur atau pasien akan melakukan mandi untuk membersihkan pus yang ada di bagian luka bakar pasien, Pasien mengeluh sering merasa haus, merasa lemah dan kurang bertenaga dan merasa kedinginan/ menggigil. Pasien sering minum dalam waktu 5 menit lalu merasa haus lagi, pasien tampak gelisah karna nyeri yang di alami, selalu waspada untuk mengurangi gerak karna akan menimbulkan rasa nyeri, bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar, kulit pasien tampak memerah dan sedikit ada pus, pasien hanya terbaring di tempat tidur dan tidak bisa melakukan aktifitas.

Data hasil pemeriksaan fisik pada tanggal 26 Februari 2025. Ny. R dengan kesadaran compos mentis, GCS 15, tanda- tanda vital Ny. R yaitu tekanan darah 140/90mmHg, suhu  $37,8^{\circ}\text{C}$ , pernafasan 20x/ menit dan nadi 103x/menit. Ny. R memiliki berat badan 65 kg, tinggi badan 165 cm. Ny.R memiliki bentuk kepala normal.

Data hasil pemeriksaan pada tanggal 26 Februari 2025 di dapatkan hasil pemeriksaan darah Hemoglobin 10.30 g/dl (12.0-14.0) , nilai Eritrosit  $3.13 \times 10^6/\mu\text{L}$  ( 4.00-4.50), nilai Hematokrit 30.0 % ( 4.00-4.50), nilai Leukosit  $10.30 \times 10^3/\text{mm}^3$ , nilai MCH 31 pg (27.0-31.0), nilai MCHC 34 % ( 32.0-36.0), nilai mcv 90 fL( 82.0-92.0), nilai RDW-CV 13.3 % (11.5-14.5), nilai Trombosit  $144 \times 10^3/\text{mm}^3$  (150-400). Program pengobatan yang diberikan adalah Nacl 0,9%

dengan tetesan 25/menit,  $4 \times 65\text{kg} \times 50\% / 4 = 3.250\text{cc}/24$  jam Tutosol, Ketrolak 3x30 mg, Gentamisin 2x80 mh.



Luas Luka Bakar:

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosa Keperawatan di tegakan berdasarkan pengkajian yang di dapatkan berupa data subjektif, data objektif, peneliti telah menyesuaikan dengan SDKI pada Ny. R. Berikut ini diagnose keperawatan yang ditegakan peneliti pada partisipan:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencenderaan fisik dengan ditandai data subjektif: Pasien mengeluh nyeri dibagian yang terkena luka bakar dan pasien mengatakan sering terbangun karena nyeri, pasien mengatakan skala nyerinya 7 nyeri berat dengan nyeri terasa menusuk nusuk dan muncul ketika pasien melakukan pindah dari tempat tidur kedalam tempat mandi. Data objektif: Pasien tampak gelisah karena nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar, pasien tampak meringis kesakitan karena nyeri di bagian luka bakar, tekanan darah 140/90 mmHg, pernapasan 20x/menit, nadi 103x/menit dan suhu tubuh pasien  $37,8^{\circ}\text{C}$
- b. Resiko Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif tandai dengan pasien sering merasa haus dan Lelah dan lemah, menggigil, kebutuhan cairan pasien 2600ml/24 jam

- c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan Data subjektif pasien mengeluh nyeri bagian kulit yang terkena luka bakar. Data objektif bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar, kulit pasien yang terkena luka bakar tampak merah, kulit pasien yang terkena luka bakar sebesar 81%
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer; Kerusakan integritas kulit ditandai dengan Data subjektif yang ditemukan tidak ada. Data objektif Tampak dibagian luka bakar pasien terdapat pus dan pasien tampak menggigil dengan suhu tubuh  $36,5^{\circ}\text{C}$ .
- e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan Data subjektif pasien mengeluh nyeri saat ingin melakukan aktifitas, pasien mengatakan selalu untuk menghindari gerak dibagian luka bakar. Data objektif pasien tampak sulit mengangkat kedua kaki karena luka bakar yang ada di lutut kiri dan kanan, pasien tampak meringis saat kakinya diangkat karena nyeri dibagian luka bakar.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Setelah didapatkan beberapa diagnose keperawatan di temukan pada pasien, diperlukan rencana keperawatan yang didalamnya terdapat tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan dapat mengatasi masalah keperawatan. Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada partisipan mengacu pada SIKI dan SLKI. Berikut adalah rencana asuhan keperawatan pada pasien:

Intervensi keperawatan pada diagnosis pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik dengan tujuan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil yang di harapkan antara lain keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun. Intervensi keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yaitu manajemen nyeri dengan indikator :

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, nyeri, identifikasi skalanyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat nyeri, identifikasi pengetahuan tentang nyeri, berikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, jelaskan penyebab, priede dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan penggunaan analgetik secara tepat, kolaborasi penggunaan obat analgetik.

Intervensi keperawatan pada diagnosis kedua yaitu resiko hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif dengan tujuan status cairan membaik dan kriteria hasil yang di harapkan antara lain output urine menurun, prasaan lemah membaik, rasa haus menurun, hemoglobin membaik. Intervensi keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yaitu pemantauan cairan dengan indikator: Monitor frekuensi nadi dan kekuatan nadi, monitor frekuensi nafas, monitor tekanan darah, monitor jumlah dan warna urine, monitor intrake dan output cairan, identifikasi tanda-tanda hypovolemia, atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan.

Intervensi keperawatan pada diagnosis ketiga yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanis dengan tujuan integritas kulit dan jaringan dan kriteria hasil yang diharapkan antara lain kerusakan kulit menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun. Intervensi keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yaitu perawatan luka bakar dengan indikator : Identifikasi penyebab luka bakar, identifikasi terkena luka bakar dan riwayat penanganan luka bakar sebelumnya, monitor kondisi luka, gunakan Teknik aseptik selama merawat luka, lepaskan balutan lama dengan mengurangi nyeri dan pendarahan, rendam dengan air steril jika balutan lengket pada luka,bersihkan luka dengan cairan steril, lakukan terapi relaksasi untuk mengurangi nyeri, jadwalkan frekuensi luka berdasarkan ada atau tidaknya infeksi, jumlah eksudat dan jenis

balutan yang digunakan, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein dan kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu.

Intervensi keperawatan pada diagnosis keempat resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan primer dengan tujuan tingkat infeksi menurun dan kriteria hasil yang diharapkan antara lain nyeri menurun, menggigit menurun, kultur area luka bakar membaik. Intervensi keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yaitu pencegahan infeksi dengan indikator: monitor tanda dan gejala, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada luka bakar, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan

pasien, pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda-tanda infeksi, anjurkan peningkatan asupan nutrisi.

Intervensi keperawatan pada diagnosis kelima gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dengan tujuan mobilitas fisik meningkat dan kriteria hasil yang diharapkan antara lain kekuatan otot meningkat, nyeri di bagian luka bakar menurun, kecemasan untuk bergerak menurun. Intervensi keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yaitu pengaturan posisi dengan indikator : monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi, tempatkan matras atau tempat tidur yang tepat, tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan, sediakan tempat tidur yang kokoh dan padat, atur posisi tidur yang nyaman dan tidak ada kontra indikasi, tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat, tinggikan anggota gerak 20 derajat, tinggikan tempat tidur di bagian kepala, berikan bantal yang tepat pada leher, ubah posisi seitan 2 jam sekali, jadwalkan setiap hari perubahan posisi, informasikan saat akan melakukan perubahan posisi.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, tidak semua tindakan keperawatan dilaksanakan oleh peneliti karena peneliti tidak merawat pasien 24 jam. Peneliti melakukan studi dokumentasi terhadap tindakan yang telah dilakukan perawat ruangan umumnya sudah sesuai dengan intervensi yang ada pada SIKI

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik

Implementasi yang dilakukan pada Ny. R adalah melakukan pengkajian nyeri, penyebab nyeri, waktu terjadinya nyeri dan memberikan teknik non farmakologis yaitu teknik relaksasi napas dalam, mengukur tingkat nyeri sebelum dan monitor tanda-tanda vital pasien, mengevaluasi rasa nyaman pasien setelah diberikan obat.

b. Resiko Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan secara aktif

Implementasi yang dilakukan pada Ny. R adalah memonitor intake input dan output cairan, Pemeriksaan tanda dan gejala hypovolemia, memonitor frekuensi dan kekuatan nadi, memonitor tekanan darah.

c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan mekanis

Implementasi yang dilakukan pada Ny. R adalah memonitor tandatanda vital, mengidentifikasi penyebab gangguan kulit, berikan produk berbahan ringan seperti aileset untuk mempercepat penyembuhan luka bakar.

d. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer

Implementasi yang dilakukan pada Ny. R adalah memonitor tanda-tanda vital, menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien, batasi jumlah kunjungan untuk pencegahan penyebaran patogen.

e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Implementasi yang dilakukan pada Ny. R adalah memonitor tanda-tanda vital, mengidentifikasi keluhan fisik pasien, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.

## 5. Evaluasi Keperawatan



Setelah dilakukan implementasi pada Tn.J. Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari, pada partisipan dilakukan selama 5 hari.

Berikut adalah hasil evaluasi yang dilakukan pada partisipan:

- a. Evaluasi pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencera fisik, hasil evaluasi keperawatan belum teratasi pada hari ke lima karena didukung dengan data subjektif pasien mengatakan masih merasakan nyeri dibagian luka bakar, pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 7, pasien mengatakan nyerinya terasa dibagain kulit yang terbakar dan data objektif pasien masih meringis kesakitan karena nyeri dibagian luka bakar, pasien tidak lagi melindungi lukanya, pasien tampak tidak gelisah lagi.
- b. Evaluasi pada diagnose Resiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan secara aktif belum teratasi pada hari ke lima. Didukung dengan data pasien mengatakan masih merasa haus seriap 5 menit.
- c. Evaluasi pada diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis, hasil evaluasi keperawatan belum teratasi pada hari ke lima, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan kulit yang terkena luka bakar masih terasa nyeri dan data objektif kulit pasien yang terkena luka bakar masih tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar, kulit pasien masih tampak memerah dan tampak tidak ada pus di bagian luka bakar.
- d. Evaluasi pada diagnosa keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer, hasil evaluasi keperawatan belum teratasi pada hari ke lima, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan masih merasa menggigil dan merasa demam, data objektif pasien tampak menggigil karena demam.
- e. Evaluasi pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, hasil evaluasi keperawatan belum teratasi pada hari ke lima, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan masih merasakan nyeri

saat mengangkat kedua kakinya untuk melakukan aktifitas dan pasien mau melakukan gerak, data objektif pasien masih sulit untuk melakukan gerak karena ada luka bakar dibagian lutut kiri kanan dan masih sulit untuk mengangkat kedua kaki karena nyeri dibagian luka bakarnya.

### **C. Pembahasan Kasus**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas kesinambungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan luka bakar. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi, melakukan implementasi keperawatan dan melakukan evaluasi keperawatan.

#### **1. Pengkajian Keperawatan**

Menurut (Purwanto, 2016), pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dengan cara mengumpulkan data-data atau mendapatkan data yang akurat dari pasien sehingga akan di ketahui masalah yang ada, untuk itu di perlukan kecermatan dan ketelitian dalam mengumpulkan data untuk mendapatkan informasi masalahmasalah pasien sehingga dapat memberikan arahan terhadap tindakan keperawatan yang akan dilakukan.<sup>20</sup>

##### **a. Identitas Pasien**

Pasien bernama Ny. R berusia 37 tahun, berjenis kelamin perempuan. Pasien dengan No MR 01.25.32.88, masuk kerumah sakit dengan dignosa medis *Luka Bakar Total Body Surface Area 81%*. Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 26 Februari – 02 Maret 2025.

Penelitian yang dilakukan oleh Haryono (2021) di RSUD Cibabat menunjukkan bahwa kelompok usia dengan angka kejadian luka bakar tertinggi berada dalam rentang usia 19-60 tahun, dengan 39 kasus luka bakar (51%) ditemukan pada kelompok usia 21-50 tahun. Penelitian serupa oleh Riyadi (2020) di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru juga menemukan bahwa

kelompok usia 25-44 tahun memiliki jumlah kasus tertinggi sebesar 38,78%. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa lebih dari 60% kasus luka bakar terjadi pada usia produktif. Selain itu, penelitian menyimpulkan bahwa kelompok laki-laki (68%) lebih sering mengalami luka bakar dibandingkan perempuan (32%), dengan penyebab termal seperti api dan cairan panas menjadi faktor utama (70%)<sup>6</sup>.

Menurut analisa peneliti pertambahan usia berisiko terjadinya luka bakar dan kelompok umur dikenai adalah 25 tahun ke atas kebanyakan disebabkan oleh luka bakar api.

## b. Riwayat Kesehatan

### 1. Keluhan Utama Masuk

Berdasarkan hasil penhkJian yang didapatkan Pasien datang dengan keluarga melalui IGD pada Tanggal 24 Februari 2025 pukul 17.30 wib dengan keluhan nyeri di bagian kaki dan tangan dan sesak nafas luka bakar api di daerah, wajah, kedua tangan, dada, Punggung dan kedua kaki, luas luka bakar sebesar 81%. Hal ini sejalan dengan penelitian Penelitian vincent gejala awal yang dirasakan pasein luka bakar adalah nyeri, nyeri yang dirasakan adalah nyeri hebat, karna lapisan kulit rusak akibat luka bakar dan kerusakan langsung pada syaraf dan jaringan sehingga menyebabkan nyeri yang hebat<sup>8</sup>.

Menurut Analisa penelitian nyeri yang dirasakan pasien luka bakar di akibatkan oleh rusaknya lapisan kulit dan kerusakan pasa syaraf dan jaringan sehingga menyebabkan nyeri yang hebat.

### 2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada hari rabu tanggal 26 Februari 2025. Pasien mengeluh Nyeri dibagian luka yang terbakar, nyeri yang di rasakan pasien terasa seperti menusuk nusuk, Pasien mengatakan skala

nyeri 7 nyeri berat yang akan berkurang jika minum obat anti nyeri, muncul ketika pasien ingin mandi untuk membersihkan pus dibagian luka bakar pasien. sering merasa haus, menggigil, sering terbangun saat tidur dimalam hari, pasien mengeluh nyeri saat melakukan gerak ditempat tidur, Pasien tampak gelisah karena nyeri yang dialami, selalu waspada untuk menghindari rasa nyeri dan pasien tampak meringis karena nyeri yang dialami pasien. Bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar, kulit pasien saat pengkajian tampak memerah, dibagian kulit pasien yang terkena luka bakar terdapat pus, pasien tampak menggigil, Pasien hanya dapat terbaring ditempat tidur dan tidak bisa mengangkat kedua kakinya karena luka bakar.

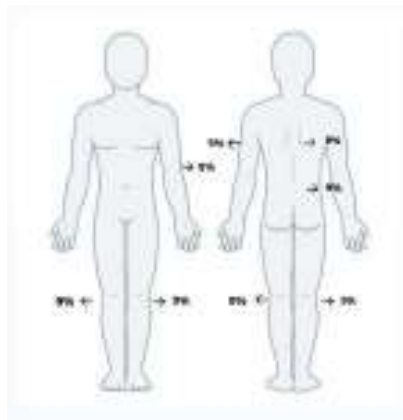
Menurut teori Luka bakar mempunyai tanda dan gejala luka bakar bervariasi bergantung pada tingkat keparahannya. Luka bakar dapat menimbulkan rasa panas, nyeri, dan kemerahan di permukaan kulit. Luka bakar sedang terjadi ketika kerusakan lebih dalam, melibatkan lapisan epidermis dan dermis, dengan gejala nyeri hebat dan lecet. Pada luka bakar berat, kerusakan meluas hingga jaringan subkutan atau lebih dalam, yang ditandai dengan kulit mati dan area luka yang luas luka bakar juga dapat menyebabkan hemolysis (kerusakan sel darah merah )<sup>3</sup>.

Menurut Analisa peneliti ada kesinambungan antara teori dengan kesehatan sekarang yaitu Luka bakar dapat menimbulkan rasa panas, nyeri, dan kemerahan di permukaan kulit. Luka bakar sedang terjadi ketika kerusakan lebih dalam, melibatkan lapisan epidermis dan dermis, dengan gejala nyeri hebat dan lecet. Pada luka bakar berat, kerusakan meluas hingga jaringan subkutan atau lebih dalam, yang ditandai dengan

kulit mati dan area luka yang luas luka bakar juga dapat menyebabkan hemolysis (kerusakan sel darah merah )

#### c. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik pada tanggal 26 Februari 2025. Ny. R dengan kesadaran compos mentis, GCS 15, tanda-tanda vital Ny. R yaitu dengan tekanan darah 140/90 mmHg, suhu 37,8<sup>0</sup>C, pernafasan 20x/menit dan nadi 82x/menit. Ny. R memiliki berat badan 65 kg dan tinggi badan 165cm. Ny.R memiliki bentuk kepala yang simetris/ normal terdapat luka bakar di bagian wajah, hidung, telinga, leher, kepala leher Dan terdapat luka bakar, tidak ada tarikan dinding dada, fremitus kiri dan kanan, sonor, dan bunyi jantung vesikuler.



Menurut penelitian yang dilakukan oleh Marpaung pada tahun 2019 terdapat kesamaan yaitu, dengan menggunakan menggunakan Rule of nine hal ini sejalan dengan peneliti lakukan dengan cara yang sama.

#### d. Pemeriksaan Penunjang

Data hasil pemeriksaan pada tanggal 26 Februari 2025 di dapatkan hasil pemeriksaan darah Hemoglobin 10.30 g/dl (12.0-14.0) , nilai Eritrosit  $3.13 \times 10^6/\mu\text{L}$  ( 4.00-4.50), nilai Hematokrit 28% (37.0-43.0), nilai Leukosit

10.30  $10^3/\text{mm}^3$  (5.0-10.0), nilai MCH 31 pg (27.0-31.0), IMCHC 34 % (32.0-36.0), nilai mcv 90 fL (82.0-92.0), nilai RDW-CV 13.3 % (11.5-14.5), nilai Trombosit 144  $10^3/\text{mm}^3$  (150-400). Program pengobatan yang diberikan adalah NaCl 0,9% dengan tetesan 25/menit, 4 x 65kg x 50% /4 = 3.250cc/24 jam Tutosol, Ketrolak 3x30 mg, Gentamisin 2x80 mh.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Rahayuningsih pada tahun (2012), pasien luka bakar bisanya akan beresiko terjadinya hypovolemia, karena berkurangnya aliran darah yang masuk ke ginjal dan menurunnya glomerular filtration rate yang akan menyebabkan penurunan oliguria.

Berdasarkan hasil yang peneliti dapatkan hasil pemeriksaan penunjang pada partisipan berbeda karena hasilnya masih normal dan terdapat hemoglobin masih normal<sup>21</sup>.

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencenderaan fisik dengan ditandai dengan data data yang mendukung yaitu Pasien mengeluh nyeri dibagian yang terkena luka bakar dan pasien mengatakan sering terbangun karena nyeri, pasien mengatakan skala nyerinya 7 dengan nyeri terasa menusuk nusuk dan muncul ketika pasien melakukan mandi dan bergerak pindah dari tempat tidur kedalam tempat mandi. Pasien tampak gelisah karena nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar, pasien tampak meringis kesakitan karena nyeri di bagian luka bakar, tekanan darah 140/90 mmHg, pernapasan 20x/menit, nadi 103x/menit dan suhu tubuh pasien 37,8<sup>0</sup>c.

Menurut teori nyeri pada pasien luka bakar dapat dipengaruhi oleh dengan luas luka bakar, pasien dengan luas luka bakar yang terbanyak terjadi yaitu dengan luas 20% ke atas, Pada penelitian ini juga mengatakan nyeri pada pasien luka bakar juga dapat dipengaruhi dengan kedalam luka bakar tersebut dan juga bagaimana dengan penyembuhan luka bakar tersebut (Yudhanarko

et al., 2019). Menurut teori terdapat kesamaan pada peneliti alami dan kebanyakan pada luka bakar mengalami nyeri <sup>23</sup>.

- b. Resiko Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan secara aktif ditandai dengan pasien sering merasa haus dan didapatkan balance cairan pasien dengan kekurangan cairan sebanyak 2600ml/24jam.

Menurut teori Potter dan Perry (2017), hipovolemia adalah kondisi di mana terjadi penurunan volume cairan dalam pembuluh darah yang dapat disebabkan oleh kehilangan cairan melalui kulit, ginjal, saluran cerna, atau perdarahan. Kehilangan cairan ini menyebabkan berkurangnya perfusi jaringan dan penurunan tekanan darah, yang ditandai dengan gejala seperti rasa haus, takikardia, dan penurunan output urin.

Penelitian oleh Amalia (2020) menunjukkan bahwa pasien luka bakar berisiko tinggi mengalami hipovolemia akibat kehilangan cairan secara masif melalui permukaan luka yang luas. Pada penelitiannya, pasien luka bakar menunjukkan tanda-tanda seperti rasa haus berlebihan, penurunan tekanan darah, dan ketidakseimbangan cairan lebih dari 2000 ml dalam 24 jam, yang merupakan indikasi kehilangan cairan aktif dari tubuh.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesamaan antara hasil penelitian dengan teori dan penelitian sebelumnya. Pada kasus yang diteliti, pasien luka bakar menunjukkan gejala rasa haus dan hasil balance cairan negatif sebanyak 2600 ml/24 jam, yang mengindikasikan adanya kekurangan cairan yang cukup signifikan. Hal ini sejalan dengan teori bahwa pasien luka bakar mengalami evaporasi dan transudasi cairan dalam jumlah besar, yang bila tidak segera ditangani dapat menyebabkan hipovolemia berat, penurunan perfusi jaringan, bahkan syok hipovolemik.

- c. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis di dapatkan data data pasien mengeluh nyeri bagian kulit yang terkena luka bakar, bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar, kulit pasien yang terkena luka bakar tampak merah, kulit pasien yang terkena luka bakar sebesar 81%.

Menurut teori Potter dan Perry (2016), gangguan integritas kulit adalah kondisi di mana terjadi kerusakan pada lapisan kulit dan jaringan di bawahnya akibat berbagai faktor seperti trauma, luka, tekanan, atau luka bakar. Luka bakar menyebabkan kerusakan kulit secara luas yang ditandai dengan kemerahan, lepuh, kerusakan jaringan, serta rasa nyeri akibat rusaknya reseptor saraf pada kulit.

Berdasarkan hasil penelitian Sari dan Lestari (2019), pasien luka bakar mengalami gangguan integritas kulit yang ditandai dengan kerusakan jaringan kulit, kulit tampak merah, munculnya luka terbuka, serta rasa nyeri hebat di area luka. Penelitian ini juga menyebutkan bahwa semakin luas persentase luka bakar, maka semakin tinggi tingkat kerusakan jaringan dan risiko komplikasi seperti infeksi atau kehilangan cairan.

Menurut analisa peneliti, data yang ditemukan pada pasien menunjukkan adanya gangguan integritas kulit yang signifikan, ditandai dengan kerusakan kulit akibat luka bakar, kulit tampak merah, keluhan nyeri hebat, dan luas luka mencapai 81% dari total permukaan tubuh (TBSA). Hal ini memiliki kesamaan dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya, yang menyatakan bahwa luasnya area luka dan kerusakan jaringan menjadi indikator utama dalam penetapan diagnosis gangguan integritas kulit. Kondisi ini sangat berisiko terhadap kehilangan cairan, gangguan termoregulasi, dan infeksi sekunder bila tidak ditangani dengan optimal.

- d. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer



ditandai dengan data data yang ditemukan yaitu tampak dibagian luka bakar pasien terdapat pus dan pasien tampak menggigil dengan suhu tubuh  $37,8^{\circ}\text{C}$ .

Berdasarkan hasil penelitian oleh Wulandari dan Sari (2020), pasien luka bakar yang mengalami infeksi menunjukkan tanda klinis berupa munculnya pus pada luka, demam, menggigil, dan tanda-tanda peradangan lokal seperti kemerahan, bengkak, dan nyeri. Mereka menyimpulkan bahwa kerusakan kulit yang luas dan kondisi luka yang lembab menjadi faktor utama yang mempermudah terjadinya infeksi.

Menurut analisa peneliti, pasien menunjukkan tanda-tanda risiko infeksi, ditandai dengan adanya pus pada luka bakar, suhu tubuh  $37,8^{\circ}\text{C}$ , dan pasien tampak menggigil. Hal ini menunjukkan adanya reaksi inflamasi akibat invasi mikroorganisme, yang memiliki kesamaan dengan teori dan hasil penelitian sebelumnya, di mana kerusakan kulit sebagai pertahanan utama tubuh menyebabkan penurunan perlindungan terhadap infeksi, khususnya bila luka tidak tertutup sempurna atau sudah terkontaminasi.

- e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan data data yaitu pasien mengeluh nyeri saat ingin melakukam aktifitas, pasien mengatakan selalu untuk menghindari gerak dibagian luka bakar, pasien tampak sulit mengangkat kedua kaki karena luka bakar yang ada di lutut kiri dan kanan, pasien tampak meringis saat kakinya diangkat karena nyeri dibagian luka bakar.

Diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik dengan nyeri pada pasien luka bakar dapat dibuktikan dengan mengeluh nyeri saat ingin melakukan penggerakan pada bagian ekstremitas yang terkena luka bakar (Tholib, 2021).

Berdasarkan hasil penelitian yang peneliti lakukan teori dengan kasus yang terjadi pada partisipan sama dengan hasil yang ditemukan.

Berdasarkan penelitian oleh Putri dan Widyastuti (2020), pasien luka bakar dengan area luka di sekitar sendi lutut dan ekstremitas bawah sering mengalami gangguan mobilitas fisik, ditandai dengan kesulitan berjalan, nyeri saat bergerak, serta perilaku menghindari aktivitas fisik. Nyeri luka bakar menyebabkan pasien cenderung mempertahankan posisi diam dan enggan menggerakkan bagian tubuh yang sakit.

Menurut analisa peneliti, data pasien menunjukkan adanya gangguan mobilitas fisik yang nyata, ditandai dengan keluhan nyeri saat bergerak, menghindari pergerakan pada bagian luka bakar, kesulitan mengangkat kedua kaki karena luka di lutut, dan ekspresi nyeri saat kaki diangkat. Hal ini memiliki kesamaan dengan teori dan penelitian sebelumnya, yang menyatakan bahwa nyeri merupakan faktor utama yang menghambat kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas gerak secara normal, khususnya pada luka bakar yang mengenai sendi.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan pada kasus yang ditemukan. Intervensi keperawatan sesuai dengan Persatuan Perawat Indonesi yang terdiri dari (SIKI) dan (SLKI).

- a. Diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencenderaan fisik dengan ditandai dengan data data yang mendukung yaitu Pasien mengeluh nyeri dibagian yang terkena luka bakar dan pasien mengatakan sering terbangun karena nyeri, pasien mengatakan skala nyerinya 7 dengan nyeri terasa menusuk nusuk dan muncul ketika pasien melakukan pindah dari tempat tidur

kedalam tempat mandi. Pasien tampak gelisah karena nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar, pasien tampak meringis kesakitan karena nyeri di bagian luka bakar.

Intervensi keperawatannya yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencenderaan fisik adalah manajemen nyeri diantaranya, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri, jelas strategi meredakan nyeri.

- b. Resiko Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan secara aktif ditandai dengan data yang mendukung yaitu pasien mengeluh sering haus setiap 5 menit dan badan terasa Lelah, pasien tampak kedinginan dan urin pasien 900cc/8 jam, kebutuhan cairan pasien 2600ml/24 jam.

Intervensi keperawatan adalah pemantauan cairan diantaranya, Pemantauan cairan, monitor frekuensi dan kekuatan nadi, monitor frekuensi nafas, monitor tekanan darah, monitor jumlah, dan warna urien, monitor intrake dan output cairan, identifikasi tanda- tanda hypovolemia( mis : frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematoktit meningkat, haus lemah,, kosentrasi urien meningkat, berat badan munurun dalam waktu singkat, Identifikasi tanda- tanda hypovolemia, atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, dokumentasi hasil pemeantauan, Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, Informasikan hasil pemantauan

- c. Diagnosa 3: Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis di

dapatkan data data pasien mengeluh nyeri bagian kulit yang terkena luka bakar, bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar, kulit pasien yang terkena luka bakar tampak merah, kulit pasien yang terkena luka bakar sebesar 81%.

Intervensi keperawatan adalah perawatan integritas kulit diantaranya, identifikasi penyebab gangguan kulit, gunakan produk berbahan alami/ringan dan hypoalergik pada kulit, anjurkan minum air yang banyak, anjurkan meningkat nutrisi.

- d. Diagnosa 4: Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer ditandai dengan data data yang ditemukan yaitu tampak dibagian luka bakar pasien terdapat pus dan pasien tampak menggigil dengan suhu tubuh  $37,8^{\circ}\text{C}$ .

Intervensi keperawatan adalah pencegahan infeksi diantaranya, monitor tanda dan gejala, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, jelas tanda dan gejala, ajarkan kepada keluarga pasien cara cuci tangan yang benar, anjurkan untuk meningkatkan nutrisi.

- e. Diagnosa 5: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan data data yaitu pasien mengeluh nyeri saat ingin melakukan aktifitas, pasien mengatakan selalu untuk menghindari gerak dibagian luka bakar, pasien tampak sulit mengangkat kedua kaki karena luka bakar yang ada di lutut kiri dan kanan, pasien tampak meringis saat kakinya diangkat karena nyeri dibagian luka bakar.

Intervensi keperawatan adalah pengaturan posisi diantaranya, Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi Terapeutik, Tempatkan tempat tidur terapeutik yang tepat, tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan, sediakan tempat tidur yang kokoh/padat, atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontra indikasi tinggikan bagian tubuh yang sakit

dengan tepat, tinggikan anggota gerak 20°, Tinggikan tempat tidur bagian kepala, berikan bantal yang tepat pada leher, motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan, hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri, ubah posisi setiap 2 jam jadwalkan setiap hari perubahan posisi dan informasikan saat akan melakukan perubahan posisi.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

- a. Implementasi keperawatan dilakukan pada diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik yang sudah dilakukan yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, nyeri, indentifikasi skalanyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat nyeri, identifikasi pengetahuan tentang nyeri, berikan Teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, jelaskan penyebab, priode dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, anjurkan penggunaan analgetik secara tepat, kolaborasi penggunaan obat analgetik.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Barnadet tahun 2023 terdapat kesamaan diagnose nyeri akut dengan intervensi manajemen nyeri hal ini dapat disebabkan karna rusaknya jaringan kulit dimana pada pasien luka bakar akan merasakan nyeri ringan sampai ke yang berat tergantung tingkat keparahan luka<sup>12</sup>.

- b. Implementasi keperawatan dilakukan pada diagnosis keperawatan resiko hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif yang sudah dilakukan yaitu memonitor frekuensi dan kekuatan nadi, memonitor frekuensi nafas, memonitor tekanan darah, memonitor jumlah dan warna urine, memonitor intrake dan output cairan, indentifikasi tanda dan gejala hypovolemia ( mis; frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane

mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, merasa haus, konsentrasi urine meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Tiara Mauliddiya pada tahun 2024 dimana terdapat kesamaan diagnose yang di angkat yaitu resiko hypovolrmia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif<sup>28</sup>.

- c. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosis gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis yang sudah dilakukan yaitu Identifikasi penyebab luka bakar, identifikasi terkena luka bakar dan riwayat penanganan luka bakar sebelumnya, monitor kondisi luka, gunakan Teknik aseptik selama merawat luka, lepaskan balutan lama dengan mengurangi nyeri dan pendarahan, rendam dengan air steril jika balutan lengket pada luka, bersihkan luka dengan cairan steril, lakukan terapi relaksasi untuk mengurangi nyeri, jadwalkan frekuensi luka berdasarkan ada atau tidaknya infeksi, jumlah eksudat dan jenis balutan yang digunakan, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein dan kolaborasi pemberian antibiotic jika perlu.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh zakia tahun (2020) terdapat kesamaan diagnosis yaitu gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis dengan diharapkan antara lain kerusakan kulit menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun. Intervensi keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yaitu perawatan luka bakar<sup>26</sup>.

- d. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosis resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan primer yang sudah dilakukan yaitu monitor tanda dan gejala, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada luka bakar, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien, pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi, jelaskan tanda- tanda infeksi, anjurkan peningkatan asupan nutrisi.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Anita pada tahun 2021 dimana terdapat kesamaan diagnosa yang diangkat yaitu resiko infeksi berdasarkan (SIKI) monitor tanda dan gejala, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada luka bakar, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien, pertahankan Teknik aseptik<sup>27</sup>.

- e. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosis gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri yang sudah dilakukan pengaturan posisi dengan indikator : monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi, tempatkan matras atau tempat tidur yang tepat, tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan, sediakan tempat tidur yang kokoh dan padat, atur posisi tidur yang nyaman dan tidak ada kontra indikasi, tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat, tinggikan anggota gerak 20 derajat, tinggikan tempat tidur di bagian kepala, berikan bantal yang tepat pada leher, ubah posisi setiap 2 jam sekali, jadwalkan setiap hari perubahan posisi, informasikan saat akan melakukan perubahan posisi.

terdapat kesamaan pada penelitian yang dilakukan oleh Muhammad Zaki pada tahun (2020) dimana diagnosa yang diangkat gangguan mobilitas fisik dan dengan intervensi yang sama<sup>26</sup>.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Setelah dilakukan implementasi pada Tn.J. Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari, pada partisipan dilakukan selama 5 hari.

Berikut adalah hasil evaluasi yang dilakukan pada partisipan:

- a. Evaluasi pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencera fisik, hasil evaluasi keperawatan belum teratasi pada hari ke lima karena didukung dengan data subjektif pasien mengatakan masih merasakan nyeri dibagian luka bakar, pasien mengatakan nyerinya masih dengan skala 7,

pasien mengatakan nyerinya terasa dibagian kulit yang terbakar dan data objektif pasien masih meringis kesakitan karena nyeri dibagian luka bakar, pasien masih tampak melindungi lukanya, pasien tampak gelisah karena nyeri dibagian luka bakarnya.

- b. Evaluasi pada diagnosa resiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan secara aktif teratasi pada hari ke 4. Didukung dengan data pasien mengatakan merasa haus berkurang urine pasien 600 ml/ 8 jam, minum 500ml/ hari dan didapatkan balance cairan masih 2600ml/24 jam
- c. Evaluasi pada diagnosa keperawatan gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis, hasil evaluasi keperawatan belum teratasi pada hari ke lima, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan kulit yang terkena luka bakar masih terasa nyeri dan data objektif kulit pasien yang terkena luka bakar masih tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar, kulit pasien masih tampak memerah dan pus tidak ada di hari ke 5 dibagian kulit yang terkena luka bakar.
- d. Evaluasi pada diagnose keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, hasil evaluasi keperawatan teratasi pada hari ke 3 ditandai dengan data data yang ditemukan yaitu tampak dibagian luka bakar pasien pus sudah tidak ada suhu tubuh normal  $36,5^{\circ}\text{C}$ , dan luka pasien tampak membaik
- e. Evaluasi pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, hasil evaluasi keperawatan belum teratasi pada hari ke lima, didukung dengan data subjektif pasien mengatakan masih merasakan nyeri



saat mengangkat kedua kakinya untuk melakukan aktifitas dan masih enggan untuk melakukan gerak, data objektif pasien masih sulit untuk melakukan gerak karena ada luka bakar dibagian lutut kiri kanan dan masih sulit untuk mengangkat kedua kaki karena nyeri dibagian luka bakarnya.

Menurut penelitian (Yudhanarko et al., 2019) berbeda dengan peneliti berikan, karena peneliti memberikan analgesik dan mengajarkan pasien melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan responden<sup>23</sup>.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian yang dilakukan kepada Ny. R usia 37 tahun, di dapat Ny. R dengan diagnosa medis luka bakar dengan *Total Body Surface Area* 81%, Ny. R mengeluh nyeri dibagian yang terkena luka bakar dan mengatakan sering terbangun karena nyeri yang dirasakan, Ny.R mengatakan skala nyerinya 7, nyeri muncul ketika pasien melakukan pindah dari tempat tidur kedalam tempat mandi dan melakukan pergerakan. Ny. R tampak gelisah karena nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar yaitu di punggung, ditangan dan di kaki, tekanan darah 122/88 mmHg, pernapasan 20x/menit, nadi 82x/menit dan suhu tubuh pasien 37,0<sup>0</sup>c.

##### **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan pada Ny. R yaitu Resiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif, nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik, Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis, Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

##### **3. Rencana keperawatan**

Intervensi keperawatannya yang direncanakan sesuai dengan SLKI dan SIKI berikut intervensi yang direncanakan peneliti adalah pemantauan cairan, manajemen nyeri, perawatan luka bakar, pencegahan infeksi dan pengaturan posisi.

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan mengacu pada rencana tindakan yang telah disusun. Sebagian besar tindakan keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi yang dilakukan di antaranya pemantauan cairan, manajemen nyeri dengan skala nyeri dan mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, perawatan luka bakar dengan mempertahankan Teknik aseptik, pencegahan infeksi dan menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan protein dan serta melatih kekuatan otot dengan pengaturan posisi, tangan di angkat 20 derajat dan di miringkan atau rubah posisi setiap 2 jam sekali.

#### **5. Hasil evaluasi Keperawatan**

selama lima hari dengan metode penilaian Subjektive, Objektif, Assessment, Planning (SOAP). Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan pencenderaan fisik belum teratasi, resiko Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan secara aktif teratasi pada hari kelima., gangguan integritas kulit berhubungan dengan mekanis belum teratasi pada hari kelima, Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer teratasi pada hari ke lima, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri belum teratasi pada hari ke lima.

### **B. Saran**

#### **1. Bagi RSUP Dr. M Djamil Padang**

Melalui direktur rumah sakit diharapkan perawat ruangan dapat melanjutkan pelayanan kesehatan yang telah ada sebelumnya dan menjadikan TUGAS AKHIR ini sebagai masukan untuk meningkatkan pelayanan di rumah sakit terutama pada

pasien dengan luka bakar, diharapkan perawat ruangan dapat meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien luka bakar dengan melibatkan keluarga dalam perawatan luka bakar dan memantau kebutuhan cairan pasien, serta memastikan pasien menjalankan program perawatan yang diberikan sehingga meningkatkan kepatuhan pasien terhadap program terapi dan mempercepat proses penyembuhan.

## 2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil TUGAS AKHIR ini diharapkan dapat menambah informasi tentang asuhan keperawatan pada pasien luka bakar sebagai bahan kepustakaan dan perbandingan pada penanganan kasus asuhan keperawatan medical beda khususnya pada pasien Luka Bakar.

## 3. Bagi Peneliti Selanjutnya penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar dan perbandingan pada penelitian selanjutnya terhadap penelitian pada pasien dengan luka bakar .

## DAFTAR PUSTAKA

1. Puspasari, S. F. A. (2021). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Integumen* (hlm. 33). Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
2. Tholib, A. M. (n.d.). *Tatalaksana dasar luka bakar: Disertai contoh asuhan keperawatan berdasarkan SDKI, SIKI, dan SLKI* (hlm. 47). [Tempat terbit tidak disebutkan]: TIM.
3. Sari, S. I., Safitri, W., & Utami, R. D. P. (2018). Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Metode Demonstrasi Terhadap Praktik Pertolongan Pertama Luka Bakar pada Ibu Rumah Tangga di Garen RT.01/RW.04 Pandean Ngemplak Boyolali. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*, 9(1), 98-105. doi: 10.34035/jk.v9i1.266
4. Haryono, R., & Utami, M. P. S. (2024). *Keperawatan medikal bedah 2* (Cetakan 2024, hlm. 343). Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
5. Firsta Martino D, Aulia Nur Ika Putri B. *Efektivitas Minyak Kelapa Sawit (Elaeis Guineensis Jacq.) Terhadap Peningkatan Jumlah Fibroblas Dalam Penyembuhan Luka Bakar.*; 2024.
6. Almira V, Reeny Purnamasari, Solecha Setiawati, Lisa Yuniati, Andi Irwansyah Achmad. Karakteristik Pasien Luka Bakar Rawat Inap. *Fakumi Med J J Mhs Kedokt.* 2024;4(6):422-428. doi:10.33096/fmj.v4i6.318.
7. Alhas MF, Gani AB, Zainuddin AS, Hasbi BE, Madjid A. Karakteristik Pasien Luka Bakar Rawat Inap Di Rs Bhayangkar Makassar Tahun 2018–2023. *J Kesehat Tambusai.* 2024;5(2):3203-3209.

8. Anggriant, V., Saragih, R., & Pinem, S. (2022). Pasien luka bakar di Rumah Sakit Umum Daerah: Profil dan pilihan terapi di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Djasamen Saragih Kota Pematang Siantar periode 2017–2019. *Jurnal Medika Udayana*, 11(4), 2597-8012.
9. WHO. *World Health Organization* (2018) Luka Bakar.
10. *Kementian Kesehatan Republik Indonesia* (2020). Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan
11. *Kementian Kesehatan Republik Indonesia* (2018). Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Published online 2018.
12. Bernadet Apriani Bretrinda Alhamd. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Luka Bakar Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar*.; 2023. <http://repository.stikstellamarismks.ac.id/297/>
13. Ledoh OO. *Asuhan Keperawatan Pad Tn A Dengan Combutio di Ruang Asoka RSUD Prof DR. W.Z. Yohanes Kupang*. Kemenkes RI. 2019;53(9):4-15. [http://repository.poltekkeskupang.ac.id/1626/1/Otan Ledoh.pdf](http://repository.poltekkeskupang.ac.id/1626/1/Otan%20Ledoh.pdf)
14. PPNI. *Standar Dianosis Keperawatan indonesia*. In: Pusa DP, ed. *Jakarta*. ; 2017.
15. Leniwita H, Anggraini Y. Modul Dokumentasi Keperawatan. *Univ Kristen Indones*. Published online 2019:1-182. [http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/694/1/Modul Ajar Dokumentasi Keperawatan.pdf](http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/694/1/Modul%20Ajar%20Dokumentasi%20Keperawatan.pdf)
16. Adiputra Adiputra, I. M. S., Trisnadewi, N. W., Oktaviani, N. P., Munthe, S. A., Hulu, V.T., Budiastutik, I., Faridi, A., Ramdany, R., Fitriani, R. J., Tania, P. O., Rahmiati, B. F., Lusiana, S. A., Susilawaty, A., Sianturi, E., & Suryana.. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis; 2021 : 44
17. Mastaroh, I., & Anggita, N. *Metodologi penelitian Kesehatan*. Jakarta. Badan

pengembangan dan pemerdayaan; 2018 : 166-169.

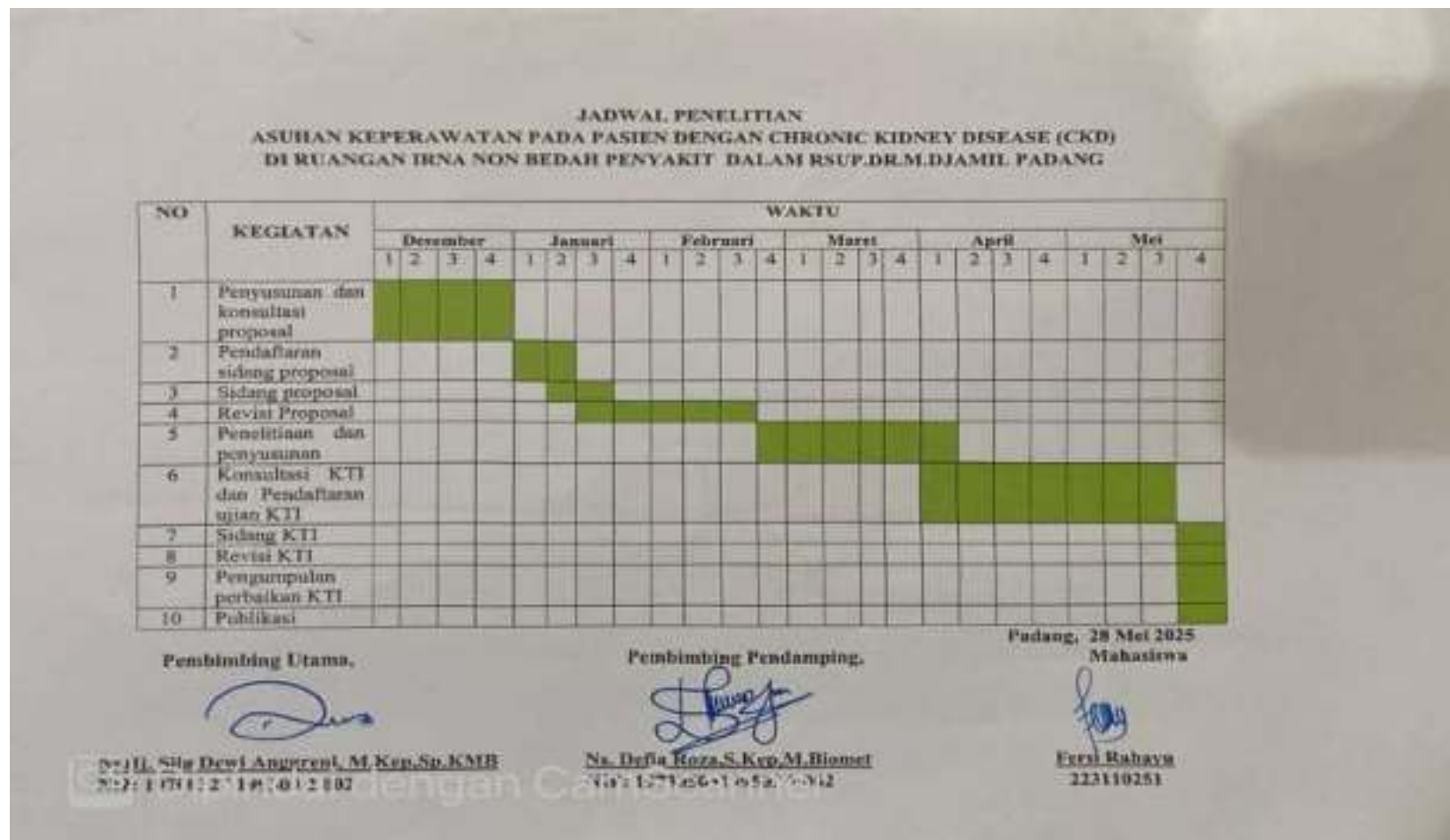
18. Ade Irma Khairani, W.R.A.M. (2019) *Metodologi Penelitian Kualitatif Case Study*. 1st ed. Jakarta: CV. Trans Info Media.
19. Avia I, Yunike, Kusumawaty I, *Penelitian keperawatan*. Sumatra Barat ; 2022 : 37
20. Purwanto. (2016). KMB II. In *keperawatan medekal medah II*.
21. Rahayuningsih, T. (2012). Combustio/Burn ). *Profesi*, 08(September), 1–13.
22. Haikal, S. M. S., & Susilo, A. P. (2021). Kontinuitas Perawatan Dan Pencegahan Komplikasi Pada Luka Bakar. *Jurnal Kedokteran Mulawarman*, 8(1), 32. <https://doi.org/10.30872/j.ked.mulawarman.v8i1.5881>
23. Yudhanarko, Y., Suwarman, S., & Aditya, R. (2019). Evaluasi Kepatuhan Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional Manajemen Nyeri pada Pasien Luka Bakar di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. *Jurnal Anestesi Perioperatif*, 7(2), 92–99. <https://doi.org/10.15851/jap.v7n2.1713>
24. Herdawati, T., & Kurniawaty, E. (2019). Sel Punca Mesenkimal sebagai Terobosan Terapi pada Luka Bakar Derajat II. *Majority*, 8(2), 299–304. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/majority/article/view/2485>
25. Santosa, W. R. B., & Anggraini, R. (2021). Perbandingan Efektifitas Tumbukan Daun Sirih Terhadap penyembuhan Luka Bakar Derajat II Pada Tikus Wistar Jantan. *Jurnal Insan Cendekia*, 8(1), 39–48.
26. Zakia, M. (2023). Asuhan Keperawatan pada Pasien Luka Bakar di Ruangan Luka Bakar IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang (TUGAS AKHIR, Program Studi D-III Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang)

27. Anita. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Integritas Kulit dengan Intervensi Perawatan Luka di Rumah Sakit Makasar, Gelar Ners jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makasar.
28. Tiara,M. (2024). Asuhan Keperawatan pada Pasien Luka Bakar di Ruangan Luka Bakar Derajat II dengan Diagnosi Nyeri Akut di RSUP Jember (TUGAS AKHIR, Program Studi D-III Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Jember.
29. PPNI. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 1st ed. DPP PPNI; 2016.
30. PPNI. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. 1st ed. DPP PPNI; 2019.
31. PPNI. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Vol 30. 1st ed. DPP PPNI; 2018. [https://repository.unair.ac.id/81796/3/JURNAL\\_Fis.P.06\\_19\\_Naf\\_d.pdf](https://repository.unair.ac.id/81796/3/JURNAL_Fis.P.06_19_Naf_d.pdf)



**LAMPIRAN**





## Lampiran 1 Gant Chart










## Lampiran 2 Lembar Konsultasi Pembimbing 1

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH  
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES PADANG**

Nama : Fersi Rahayu  
Nim : 223110251  
Pembimbing 1 : Ns.Hj.Sila Dewi Anggreni,M.Kep.Sp.KMB  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien luka bakar di ruang luka bakar irna bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1.	16 Oktober 2024	Acc judul	
2.	Kamis 5-12-2024	- Penemuan literatur tentang BAB 1 - Teknik Teknik - Sumber literatur.	
3.	10 Desember 2024	- Penemuan woc Bab 2 - Penemuan Penemuan - Penemuan literatur - Penemuan askep	
4.	Jumat, 27 Desember 2024	- Penemuan literatur tentang Bab 1-2,3 - Teknik Teknik - Penemuan Penemuan	

5	5 - Revisi 1 Januari 2024	- Perbaikan Bab, 1, 2, 3 - Perbaikan format. -		
		Acc. Sidang Prepara		
	6.	6/Manu/2025 - Konsultasi. Arus Pengawasan - Evaluasi		
	7	15/03/2025 - Perbaikan Pengawasan		
	8.	Konsultasi Bab IV dan V		
	9.	Perbaikan Bab IV dan V		
	10	Perbaikan Bab IV dan V		

24 Mei 2025	Revisi Bab 16 dan 17 keangkuhan lampiran dan abstrak	
24 Mei 2025	Ace Sidang Harat KTS	

Ka. Prodi Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadhyanti, M.Kep  
NIP. 19750121 199903 2 005

### Lampiran 3 Lembar Konsultasi Proposal Pembimbing 2

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**  
**PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN**  
**POLTEKKES KEMENKES PADANG**

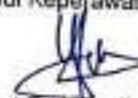
Nama : Feni Rahayu  
 NIM : 223110251  
 Pembimbing 1 : Ns. Hj. Defia Riza, S.Kep, M.Biomed  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Luka Bakar Di Ruangan  
 Luka Bakar IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1.	Kamis, 17 Oktober 2024	Konsultasi judul Revisi judul Arahkan pembuatan Bab 1 - 3	
2.	Jum'at, 15 November 2024	- Konsultasi Bab 1 dan 2 - Penulisan judul di format - Format Lembar Terapan - Pengisian Curup di bagian di awal bab - Lembar data - Penulisan Lasi Pengelakan	
3.	Jum'at, 22 Nov 24	- Perbaiki latar belakang - Cari data terbaru - Rencanakan hasil penelitian di latar belakang	
4	19-12-24	- Perbaiki WOC, data awal awal - Revisi asuhan keg. - Populasi sampel	

	26 Des 2024	- Perbaiki BAB II	\$
	2-1-2025	Perbaiki BAB III	\$
	3-1-2025	Acc utl ijin proposal	\$
	6-3-2025	- Perbaiki analisis data - Intusensi tulis lengkap - Implementasi penelitian dg yg didefinisikan	\$
	8-4-2025	- Perbaiki pembahasan - Tambahkan penelitian org lain	\$
	10-4-2025	- Perbaiki pembahasan → putusan - Tambahkan penelitian org lain yg akur di pembahasan	\$

9/10/2021	Revisi Pembahasan	
17/10/2021	Revisi abstrak	
26/10/2021	Acc utl ujian	

Ka. Prodi Keperawatan Padang



Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep  
NIP. 19750121 199903 2 005



**Lampiran 4 Surat Survey Awal Pengambilan Data dari Institusi Kemenkes Poltekkes Padang**



**Kementerian Kesehatan**  
Poltekkes Padang

 [skd@kemdiknas.go.id](mailto:skd@kemdiknas.go.id)  
 0271 359118  
 [www.kemkes.go.id](http://www.kemkes.go.id)

Nomor : DP-04.004.000007953/2024  
 Tanggal : 20 November 2024

Kepada Yth :  
 Kapro RSUP Dr. M. Djamil Padang  
 Di  
 Tempat  
 Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Prosedurasi Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Kementerian Poltekkes Padang Semester Ganjil TA. 2024/2025, maka dengan ini kami mohon kapro RSUP Dr. M. Djamil Padang untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan **Survey Awal (Studi Pendahuluan)** di Institut yang Bapak/Ibu Pimpin.

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI	Survei Awal
1	FAIRUZ ELMAHDI	223110348	Audien Keperawatan Pada Pasien Dengan <i>Chronic Kidney Disease</i> Di Ruang ICU NKA Non Ruang Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang	13 November - 31 Desember 2024
2	FIRSI RAIYU	223110231	Audien Keperawatan Pada Pasien Dengan Luka Bakar Di Ruang Luka Bakar IKU NKA RSUP Dr. M. Djamil Padang	13 November - 31 Desember 2024
3	A. IPR, MAREVAH RABRI	223110345	Audien Keperawatan Pada Pasien Dengan <i>Hyperkalemia Akut</i> Dengan <i>Respiratory Distress</i> Di Ruang ICU NKA RSUP Dr. M. Djamil Padang	13 November - 31 Desember 2024
4	VITJOSTIA ANDRIANO	223110340	Audien Keperawatan Pada Pasien Dengan <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD) Di Ruang ICU NKA Non Ruang Penyakit Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang	13 November - 31 Desember 2024
5	AETRI YUARNI	223110341	Audien Keperawatan Pada Pasien Dengan <i>Stroke Iskemik</i> Di Ruang	13 November - 31 Desember 2024


			Revisi RSUP DR. M. JAMIL, PADANG	
6	Syafa Billa Khairiyah Fari	223110273	Audien Keperawatan Gangguan Mobilitas Pada pasien Stroke Non Hemoragik (Iskemik) Di Ruang Neurologi RSUP DR. M. JAMIL, PADANG	13 November - 31 Desember 2024
7	TASYA ARIANSIA	223110336	Audien Keperawatan Gangguan Keseimbangan Tubuh Pasien pada Pasien Urologi Kapro NKA di NKA RSUP Dr. M. Djamil Padang	13 November - 31 Desember 2024

Demikianlah surat permohonan, dan permohonan data kearah RSUP Dr. M. Djamil Padang ini sampaikan dengan hormat kami.



Kemendiknas Kesehatan Poltekkes Padang

**Lampiran 5 Surat Izin Pengambilan Data Awal dari RSUP DR.M.Djamil Padang**

 Kementerian Kesehatan  
RS. M. Djamil  
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang  
(RTS) 805000  
<https://rsmdjamil.ac.id>

**NOTA DINAS**  
Nomor: DP.04.03/O.XVI.2.3/1917/2024

Yth. : 1. Ka. Instalasi Rawat Inap (Luka Bakar)  
2. Ka. Instalasi Rawat Medis  
3. Ka. Instalasi ICM-RS

Dari : Asisten Manajer Penelitian  
Hal : Izin Survei Awal  
Tanggal : 28 November 2024


Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan kepada:

Nama : Feni Rahayu  
NIMBP : 223110251  
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Receptu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

**"Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Luka Bakar di Ruang Luka Bakar IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang"**

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

  
Dr. Ns. Afeti M. Kan So MB FTSQua CHAE

~IR. FRS PT. Muli Bedah  
Makan di fasilitas survey awal ya. ts

28/11/2024  
Feni Rahayu  
(R-9)

## Lampiran 6 Surat Izin Penelitian dari Institusi Kemenkes Poltekkes Padang



Kementerian Kesehatan  
Poltekkes Padang

Jalan Simpang Pondok Kopi, Nangraha,  
Padang, Sumatera Barat 25146  
(0751) 7098128  
<http://poltekkes-pdg.ac.id>

Nomor : \${nomor\_naskah}  
Perihal : Izin Penelitian

\${tanggal\_naskah}

Kepada Yth. :

Kepala RSUP Dr.M.Djamil Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang Semester Genap TA. 2024/2025, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Penelitian di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI	Lama Survey Awal
I	FERSI RAHAYU	223110251	Asuhan Keperawatan pada Pasien Luka Bakar di Ruang Luka Bakar Ima Bedah RSUP Dr.M.Djamil Padang	20 Januari – 30 Maret 2025


Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

\$(jabatan\_pengirim).

\$(td\_pengirim)

\$(nama\_pengirim)

## Lampiran 7 Surat Izin Penelitian dari RSUP DR.M.Djamil Padang

 **Kemenkes**

Kementerian Kesehatan  
RS M. Djamil  
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang  
telp (0751) 8354666  
© <http://rsdjamil.co.id>


**NOTA DINAS**  
NOMOR: DP.04.03/D.XVI.2.3/130/2025

Yth. : Ka. Instalasi Rawat Inap (Bedah, Luka Bakar)  
Dari : Asisten Manajer Penelitian  
Hal : Izin Pelaksanaan Studi Kasus  
Tanggal : 31 Januari 2025

Sehubungan dengan surat Direktur Kemenkes Poltekkes Padang Nomor: PP.01.01/F.XXXX/067/2025 tanggal 29 Januari 2025 perihal Izin Penelitian dalam rangka penyusunan Laporan Studi Kasus yang merupakan bagian dari penyelesaian Karya Tulis Ilmiah (KTI). Perihal tersebut di atas, bersama ini kami kirimkan mahasiswa:

Nama : Ferri Rahayu  
NIMBP : 223110251  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Pasien Luka Bakar di Ruang Luka Bakar Ima Bedah RSUP Dr. M Djamil Padang

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

  
Dr. Ns. Alfibri, M.Kep, Sp.MB, FISQua, CHAE

Yth. Ka. PT Meli Bedah  
Revisi Dr. Penelitian Asisten Manajer R.I. Dr.

26/2/2025  
Bengawan Satrio  
(N-1)

CS Dipindai dengan CamScanner

## Lampiran 8 Surat Persetujuan (informed consent)

### PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (INFORM CONSENT)

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian :

Judul : " Asuhan keperawatan pada Pasien Luka Bakar di Ruang Luka Bakar Ima Dedah RSUP Dr. M.Jamil padang"

Oleh : Feni Rahayu

NIM : 2231102251

Status : Mahasiswa Prodi D III Keperawatan Padang Kementerian Poltekkes  
Padang

Dengan ini saya mengatakan bersedia menjadi responden dan berperan serta dalam penelitian. Demikianlah persetujuan ini saya tandatangi dengan sukarela tanpa unsur paksaan dari pihak siapapun.

Padang, Februari 2025

  
(Responden)

BINTANG

NAMA : Fery Kurnyo  
INSTITUSI : Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan

[illegible]Padang, 03/03 - 2016  
Sub PJ Maba

अ-वि  
( स्वरान्तर )

## Lampiran 10 Surat Selesai Penelitian

	<b>Kementerian Kesehatan</b> <b>Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan</b> Rumah Sakit Dr. M. Djamil Padang Jalan Perintis Kemerdekaan Padang Sumatera Barat 25217 ☎ 0751 934404 🌐 <a href="https://www.rsdjamil.co.id">https://www.rsdjamil.co.id</a>
<b>SURAT KETERANGAN</b> DP.04.03/D.XVI.2.3/774/2025	
Yang bertanda tangan di bawah ini;	
nama	: Dr. Ns. Alfitri, M.Kep, Sp.MB, FISQua, CHAE
NIP	: 197510102002121003
jabatan	: Asisten Manajer Penelitian
dengan ini menerangkan bahwa:	
nama	: Fersi Rahayu
No. BP	: 223110251
institusi	: D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang
telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Rawat Inap RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 26 Januari - 02 Maret 2025, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :	
<b>"Asuhan Keperawatan pada Pasien Luka Bakar di Ruang Luka Bakar Ima Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang"</b>	
Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.	
Padang, 13 Juni 2025 a.n. Manajer Penelitian Asisten Manajer Penelitian	
 Dr. Ns. Alfitri, M.Kep, Sp.MB, FISQua, CHAE NIP. 197510102002121003	
Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silahkan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <a href="https://whs.kemkes.go.id">https://whs.kemkes.go.id</a> . Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silahkan unggah dokumen pada laman <a href="https://te.korinfo.go.id/verifyPDF/">https://te.korinfo.go.id/verifyPDF/</a> .	



## Lampiran 11 Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah (Luka Bakar)



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG  
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PADANG

JLN. SIMP. PONDOK KOPI SITEBA NANGGALO PADANG TELP. (0751)  
7051300 PADANG 25146



---

### FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

NAMA MAHASISWA : FERSI RAHAYU  
NIM : 223110251  
RUANGAN PRAKTIK : DI RUANGAN LUKA BAKAR IRNA BEDAH  
RSUP DR.M. DJAMIL PADANG

---

#### A. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA

##### 1. Identitas Klien

Nama : Ny. R  
Umur : 37 tahun 5 bulan  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pendidikan : SMA  
Alamat : Kumang. Tebo. Jambi

##### 2. Identifikasi Penanggung jawab

Nama : Bintang  
Pekerjaan : Petani  
Alamat : Kumang. Tebo. Jambi



Hubungan : Saudara kandung

### 3. Diagnosa Dan Informasi Medik Yang Penting Waktu Masuk

Tanggal Masuk : 24 Februari 2025

No. Medical Record : 01253288

Ruang Rawat : Luka Bakar

Diagnosa Medik : Luka bakar api

Yang merujuk : Pasien di rujukan dari Rumah Sakit Sungai Darah dengan luka Bakar api lalu di rujuk ke RSUP DR. M. DJAMIL PADANG

Alasan Masuk : Luka bakar api di daerah, wajah, kedua tangan, dada. Punggung dan kedua kaki dengan luka bakar derajat II total 81%

### 4. Riwayat Kesehatan

#### a. Riwayat Kesehatan Sekarang

- Keluhan Utama Masuk : Pasien datang dengan keluarga melalui IGD pada Tanggal 24-02-2025 pukul 17.30 wib dengan keluhan luka bakar api di daerah, wajah, kedua tangan, dada, Punggung dan kedua kaki, luas luka bakar sebesar 81%, disebabkan karna pasien sedang menyalakan obat nyamuk, kemudian saat menyalakan api di sekitar pasien ada tumpahan bensin

di lantai kemudian api menyambar dengan cepat ketubuh pasien

- Keluhan Saat Ini (Waktu Pengkajian): Pada saat dilakukan pengkajian pada hari rabu tanggal 26 Februari 2025. Pasien mengeluh Nyeri dibagian luka bakar yaitu di kaki, tangan dan di punggung, nyeri yang dirasakan pasien seperti nyeri terbakar dan perih, Pasien mengatakan skala nyeri 7 yaitu nyeri berat yang akan berkurang jika minum obat anti nyeri, nyeri bertambah ketika pasien saat mandi untuk membersihkan pus dibagian luka bakar pasien dan melakukan pergerakan di tempat tidur, pasien sering merasa haus, menggigil dan sering terbangun saat tidur dimalam hari, Pasien tampak gelisah karena nyeri yang dialami, selalu bersikap selalu waspada untuk menghindari rasa nyeri dan pasien tampak meringis karena nyeri yang dialami pasien. Bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar, kulit pasien saat pengkajian tampak memerah, dibagian kulit pasien yang terkena luka bakar terdapat pus, pasien tampak menggigil, Pasien hanya dapat terbaring ditempat tidur dan tidak bisa mengangkat kedua kakinya karena luka bakar

dibagian lutut kiri dan kanan pasien. Balance cairan pada pasien didapatkan intake cairan 2600 ml/24 jam, Pasien terpasang infus RL di tangan kiri pasien terpasang kateter dengan urin bewarna kuning pekat.

- b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu : Pasien mengatan baru kali ini mengalami luk bakar dan pasien tidak memiliki riwayat Penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi Atau gangguan jantung, dan tidak ada riwayat alergi obat.
- c. Riwayat Kesehatan Keluarga : Pasien mengatakan tidak ada memiliki Anggota keluarga yang punya penyakit keturunan dan menular seperti diabetes melitus, tuberkulosis.

## 5. Kebutuhan Dasar

### a. Makan

Sehat

: Pasien mengatakan, makan pasien waktu sehat 3x/hari dan selalu habis, dengan menu makan nasi, lauk dan sayur.

Sakit

: Pasien mengatakan dalam sehari makan 3x/hari dan selalu di habiskan karna pasien ingin cepat sembuh dengan menu makan, nasi lunak ,daging, susu, sayur, dan buah.

### b. Minum

Sehat

: Pasien mengatakan saat sehat pasien Minum 2-3L/hari

	Sakit	: Pasien mengatakan semenjak sakit pasien hanya minum 1L/hari
c.	Tidur	
	Sehat	: Pasien mengatakan Tidur pasien 8 jam /hari di malam hari
	Sakit	: Saat dirawat pasien sering terbangun Karna nyeri dibagian luka bakar
d.	Mandi	
	Sehat	: Pasien mengatakan saat sehat mandi 2x/hari Secara mandiri
	Sakit	: Saat sakit pasien mandi 1x/2hari, pasien Mandi di bantu oleh perawat dan keluarga pasien dan
e.	Eliminasi	
	Sehat	: Sewaktu sehat urien pasien 6x/hari dan BAB 2x/hari
	Sakit	: Sejak dirawat urien pasien 900ml/8 jam Dan belum ada BAB sejak dirawat
f.	Aktifitas pasien	
	Sehat	: Sewaktu sehat pasien bisa melakukan Aktifitas dengan biasa dan secara mandiri
	Sakit	: Sejak sakit pasien tidak bisa melakukan aktifitas dan dibantu oleh keluarga atau

perawat ruangan karena luka bakar yang berada di kedua ektremitas bawah pasien.

#### 6. Pemeriksaan Fisik

- Tinggi / Berat Badan : 165 cm / 65 kg : IMT (23.9) Normal
- Tekanan Darah : 140/90 mmHg
- Suhu : 37,8<sup>0</sup>C
- Nadi : 103 X / Menit
- Pernafasan : 20X / Menit
- Wajah : Terdapat luka bakar di wajah pasien
- Rambut : Bewarna hitam tidak ada ketombe
- Telinga : Simetris kiri kanan terdapat luka bakar di telinga  
Kanan dan kiri
- Mata : Simetris kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis
- Hidung : Tidak ada pernafasan cuping hidung tidak ada  
Polip dan Terdapat luka bakar
- Mulut : Tidak ada sariawan mulut tampak bersih
- Leher : tidak ada pembengkakan kelenjar thyroid/ getah  
bening Namun terdapat luka bakar
- Toraks : I : Tampak tidak ada tarikan dinding dada  
P: Fremitus kiri kanan  
P: Sonor  
A: Bunyi jantung vesikuler
- Abdomen : I : Tidak ada distensi, tidak ada luka bakar

P: Tidak ada nteri tekan, hepar tidak teraba

P: Timpani

A: irama bising usus terdengar 15x/menit

- Kulit : Terdapat luka bakar di kulit, di wajah, leher, dada, Punggung, Kedua Tangan, dan kedua kaki 81%
- Ekstremitas : Atas : Terdapat luka bakar di tangan kana 9% dan Kiri 9%  
Bawah : terdapat luka bakar di paha kiri 9% kanan 9% Dan tungkai bawah kiri 9% , kanan 9%



## 7. Data Psikologis

Status emosional : Pasien menjawab pertanyaan dengan baik dan menatap lawan bicara

Kecemasan : Pasien cemas dengan luka bakar yang dideritanya.

- |                 |   |
|-----------------|---|
| Pola koping     | : Pasien selalu mengikuti arahan dari dokter dan perawat untuk kesembuhannya                                      |
| Gaya komunikasi | : Pasien berkomunikasi menggunakan Bahasa Indonesia dalam kehidupan sehari-hari menjawab pertanyaan dengan jelas. |
| Konsep Diri     | : Pasien menerima keadaannya sekarang, karena setiap penyakitnya pasti bisa diobati                               |
- 
8. Data Ekonomi Sosial : sebelum pasien sakit ekonomi pasien dan Kebutuhan sehari-hari tercukupi dan di tanggung oleh suami pasien dan saat sakit pasien menggunakan BPJS untuk biaya rumah sakit, dan sebelum pasien sakit pasien senantiasa bersosialisasi dengan tetangga ataupun orang lain.
  
  9. Data Spiritual : Pasien beragama islam, sebagai umat islam pasien Menjalankan kewajiban umat islam sholat 5 waktu Dalam Sehari dan senantiasa berdoa untuk Kesembuhannya dan Berkumpul kembali bersama keluarga
  
  10. Lingkungan Tempat Tinggal
 

Tempat pembuangan kotoran	: di rumah pasien menggunakan wc Jongkok Dan tempat pembuangan kotoran di sefty tank
---------------------------	--

Tempat pembuangan sampah : dan tempat pembuangan sampah di  
Tong sampah

Pekarangan : pasien mengatakan pekarangan bersih  
dan di Bersihkan 1x sehari setiap hari

Sumber air minum : keluarga mengatakan sumber air  
Minum Menggunakan air gallon isi  
ulang

Pembuangan air limbah : tempat pembuangan limbah di sefty  
Tank

#### 11. Pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan penunjang

Nama Pemeriksaan	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
		Pemeriksaan		
Eritrosit	CBC	3.13	$10^6/\mu\text{L}$	4.00-4.50
Hematokrit	CBC	30.0	%	37.0-43.0
Hemoglobin	CBC	10.4	g/dL	12.0-14.0
IPF	CBC	-	-	-
Leukosit	CBC	10.30	$10^3/\text{mm}^3$	5.0-10.0
MCH	CBC	31	pg	27.0-31.0
MCHC	CBC	34	%	32.0-36.0
MCV	CBC	90	fL	82.0-92.0
RDW-CV	CBC	13.3	%	22.5-14.5
Trombosit	CBC	144	$10^3/\text{mm}^3$	150-400



12. Program Terapi Dokter

No	Nama Obat	Dosis	Cara
1.	Tutosol	500 mL	IV
2.	Katerolak	30 mg	IV
3.	Gentamisin	80 mh	IV
4.	Ranitidin	50 mg	IV
5.	RL	500 mL	IV

Mahasiswa,

Fersi Rahayu (223110251)

## ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Ny. R

NO. MR : 01.25.32.88

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS:</p> <p>1. Pasien mengatakan nyeri di bagian luka bakar, tangan punggung dan kaki</p> <p>DO:</p> <p>1. Pasien tampak meringis</p> <p>2. Bersikap profektif</p> <p>3. tampak gelisah</p> <p>4. sulit tidur</p> <p>5. Skala nyeri 7 (nyeri hebat)</p> <p>TD: 140/90 MmHg</p> <p>RR: 103X/ menit</p> <p>HR: 20X/ menit</p> <p>S:37,8<sup>0</sup>C</p>	Agen pencenderaan fisik	Nyeri Akut
2.	<p>DS:</p> <p>1. Pasien mengatakan sering merasa haus</p> <p>DO:</p> <p>1. Pasien tampak sering minum</p>	Kehilangan cairan secara aktif	Resiko Hipovolemia

	<p>2. warna urine lebih pekat/ kuning tua</p> <p>3. lemas</p> <p>4. dermatologi dingin</p> <p>5. Hematokrit : 30.0 % ( rendah)</p> <p>6. Didapatkan total Balance Cairan pasien dengan intake cairan 2600ml/24jam (minum 1000/hari Output cairan 2700/hari</p>		
3.	<p>DS:</p> <p>1. Pasien mengatakan nyeri di bagian yang terkena luka bakar</p> <p>DO:</p> <p>1. Kulit pasien tampak merah.</p> <p>2. Skla nyeri 7</p> <p>3. Kerusakan jaringan / lapisan kulit</p> <p>4. luka bakar sebesar 81%</p> <p>5. rusaknya lapisan kulit epidermis dan dermis</p>	Faktor Mekanis	Gangguan integritas Kulit

4.	DS:  DO: 1. Pasien tampak lemas 2. Pasien mengigil 3. Terdapat pus 4. Hemoglobin rendah 9.6 g/dL 5. Leukosit tinggi 10.30 $10^3/\text{mm}^3$ S: $37,8^{\circ}\text{C}$	Ketidak adekuatan Pertahanan tubuh primer	Resiko infeksi
5.	DS: 1. Pasien mengluh sulit menggerakkan ekstremitas 2. Pasien mengatalan nyeri saat melakukian pergerakan  DS: 1. Pasien tampak sulit menggerakkan kaki dan tangannya 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Kekuatan otot menurun 4. Gerakan terbatas	Nyeri	Gangguan mobilitas fisik

### DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny. R

NO. MR : 01.25.32.88

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PARAF
1.	Nyeri akut berhubungan dengan pencenderaan fisik Resiko	
2.	Resiko Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif	
3.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor Mekanis	
4.	Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer	
5.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	

## PERENCANAAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny. R

NO. MR : 01.25.32.88

No	DIAGNOSA	SLKI (TUJUAN)	SIKI (PERENCANAAN)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Gelisah menurun d. Pola tidur membaik	Manajemen nyeri Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri f. Identifikasi pengetahuan tentang nyeri g. Identifikasi budaya terhadap respon nyeri Teraupetik a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan,

			<p>kebisingan)</p> <p>c. Fasilitas istirahat tidur</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>b. jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	Resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam, diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil:	<p>Pemantauan cairan</p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>b. Monitor frekuensi nafas</p> <p>c. Monitor tekanan darah</p> <p>d. Monitor jumlah, dan</p>

		<p>a. prasaan lemah membaik</p> <p>c. rasa haus menurun</p> <p>d.hemoglobin membaik.</p>	<p>warna urine</p> <p>c. Monitor intrake dan output cairan</p> <p>d. Identifikasi tanda- tanda hypovolemia ( mis : frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus lemah,, kosentrasi urien meningkat, berat badan munurun dalam waktu singkat</p> <p>e. Identifikasi tanda- tanda hypovolemia</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</p> <p>b. dokumentasi hasil pemeantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>b. Informasikan hasil pemantauan</p>
3.	Gangguan integritas kulit berhubungan	Setelah dilakukan intervensi	Perawatan luka bakar Obervasi



	dengan Mekanis	Faktor	<p>keperawatan selama 5x24 jam, diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a.Kerusakan kulit menurun</p> <p>b.Nyeri menurun</p> <p>c.Kemerahan menurun</p>	<p>d. Identifikasi penyebab luka bakar</p> <p>e. Identifikasi durasi terkena luka bakar dan Riwayat penanganan luka sebelumnya</p> <p>f. Monitor kondisi luka (mis, presentasi ukuran luka,derajat luka,pendarahan ,warna dasar luka, infeksi,eksudat, bau luka, kondisi tepi luka)</p> <p>Terapeutik</p> <p>i. Gunakan Teknik aseptik selama merawat luka</p> <p>j. Lepaskan balutan lama dengan mengurangi nyeri dan pendarahan</p> <p>k. Rendam dengan air steril jika balutan lengket pada luka</p> <p>l. Bersihkan luka dengan cairan steril</p>
--	----------------	--------	---	---

			<p>(mis, NaCl 0,9, cairan antiseptic</p> <p>m. Lakukan terapi relaksasi untuk mengurangi nyeri</p> <p>n. Jadwalkan frekuensi luka berdasarkan ada atau tidaknya infeksi, jumlah eksudat dan jenis balutan yang digunakan</p> <p>Edukasi</p> <p>c. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>d. Anjurkan mengomsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>b. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.</p>
--	--	--	---

4.	Resiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan primer	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: a. Nyeri menurun b. Menggigil menurun c. Kultur area luka bakar membaik	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Obervasi</p> <p>a. Monitor tanda dan gejala</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>b. Berikan perawatan kulit pada area edema</p> <p>c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>b. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar</p> <p>c. Ajarkan etika batuk</p> <p>d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>f. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p>
----	---	--	--

5.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil</p> <p>a. Kekuatan otot meningkat</p> <p>b. Nyeri dibagian luka bakar menurun</p> <p>c. Kecemasan untuk melakukan gerak menurun</p>	<p>Pengaturan posisi</p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Tempatkan matras/ tempat tidur terapeutik yang tepat</p> <p>b. tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan</p> <p>c. sediakan tempat tidur yang kokoh/padat</p> <p>d. atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontra indikasi</p> <p>e. tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat</p> <p>f. tinggikan anggota gerak 20°</p> <p>g. Tinggikan tempat tidur bagian kepala</p> <p>h. berikan bantal yang tepat pada leher</p> <p>i. motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan</p> <p>j. hindari menempatkan pada</p>
----	---	---	---

			<p>posisi yang dapat meningkatkan nyeri</p> <p>k. ubah posisi setiap 2 jam<sup>4</sup></p> <p>l.jadwalkan setiap hari perubahan posisi</p> <p>Edukasi</p> <p>a. informasikan saat akan melakukan perubahan posisi.</p>
--	--	--	--

## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.R

NO. MR : 01.25.32.88

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Keperawatan ( SOAP )	Paraf
Rabu 26/02-2025	Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik	<p>a. Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>b. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri.</p> <p>c. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>d. Memberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>e. Memberikan kotrolak 3x 30 mg</p>	<p>S: Pasien mengatakan merasakan nyeri dibagi luka bakar yang dialami oleh pasien</p> <p>- Pasien mengatakan skalanya nyeri 7</p> <p>O: Pasien tampak meringis</p> <p>TD: 140/90 mmHg</p> <p>RR: 20X/Menit</p> <p>HR: 103 X/Menit T: 37,0<sup>0</sup>C</p> <p>P: Luka bakar yang disebabkan oleh api dan mengganggu waktu tidur pasien</p> <p>Q: Terasa menusuk dibagian luka bakar</p> <p>R: Terasa dibagian luka bakar pasien</p> <p>S: Skala nyeri 7</p> <p>T: Muncul ketika pasien bergerak dan sedang</p>	

		melalui secara IV	melakukan mandi untuk membersihkan Luka bakarnya  A: Masalah nyeri akut belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan	
	Resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif	a. Memeriksa tanda dan gejala Hipovolemia b. Memonitor intake dan output cairan c. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi d. Memonitor tekanan darah	S: Pasien mengatakan sering merasa haus O: - Urine pasien 800/8jam - Minum pasien 1000ml/hari dan pasien - kebutuhan cairan pasien dengan total 2600/hari 24 jam TD: 140/90 mmHg RR: 20X/Menit HR: 103X/Menit T: 36,8 <sup>0</sup> C  A: Masalah hipovolemia belum teratasi  P: Intervensi keperawatan dilanjutkan	
	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor	a. Memonitor tanda-tanda vital b. Mengidentifikasi penyebab gangguan kulit	S: Pasien mengatakan nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar O: - Bagian kulit pasien	

	Mekanis	d.Melakukan perawatan luka bakar seperti ( memandikan dan membalut luka)	tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar. - Kulit pasien yang terkena luka bakar tampak merah. Pasien tampak meringis kesakitan karena luka bakar TD: 140/90 mmHg RR: 20X/Menit HR: 203X/Menit T: 37,8 <sup>0</sup> C A:Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
	Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer	a.Memonitor tandatanda vital  b.Memonitor tanda dan gejala  c.Membatasi jumlah pengunjung  d.Melakukan tindakan aseptik  e.Atur suhu ruangan pasien  f. memberikan terapi obat inj Gentamisin melalui IV 2x 80 mh	S:-  O:- Pasien tampak menggigil karena suhu tubuh pasien yang tinggi TD: 140/90 mmHg RR: 20X/Menit HR: 103X/Menit S: 37,8 <sup>0</sup> C  A:Masalah resiko infeksi belum teratasi  P:intervensi dilanjutkan	



	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>a.Memonitor tandatanda vital</p> <p>b.Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>c.Libatkan keluarga untuk membantu pasien untuk melakukan aktifitas</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri saat ingin melakukan aktifitas.</li> <li>-Pasien selalu menghindar untuk melakukan gerak</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sulit mengangkat kedua kakinya karena luka bakar di bagian lutut kiri dan kanan.</li> <li>- Pasien merasa nyeri saat kakinya diangkat karena nyeri di bagian luka bakar.</li> </ul> <p>TD: 140/90 mmHg RR: 20X/Menit HR: 103X/Menit T: 37,8<sup>0</sup>C</p> <p>A:Masalah belum teratasi P:intervensi dilanjutkan</p>	
Kamis 27/02-2025	Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik	<p>a.Memonitor tandatanda vital</p> <p>b.Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri.</p> <p>c.Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>d.Memberikan teknik nonfarmakologis</p>	<p>S: Pasien mengatakan merasakan nyeri dibagi luka bakar yang dialami oleh pasien</p> <p>Pasien mengatakan skalanya nyeri 7 nyeri berat</p> <p>O: Pasien tampak meringis</p> <p>TD: 119/83 mmHg RR: 20X/Menit HR: 98 X/Menit T: 36,8<sup>0</sup>C</p>	

		<p>untuk mempengaruhi rasa nyeri (tarik nafas dalam)</p> <p>e. Memberikan kotrolak 3x 30 mg</p>	<p>P: Luka bakar yang disebabkan oleh api dan mengganggu waktu tidur pasien</p> <p>Q: Terasa menusuk dibagian luka bakar</p> <p>R: Terasa dibagian luka bakar pasien</p> <p>S: Skala nyeri 7</p> <p>T: Muncul ketika pasien bergerak dan sedang melakukan mandi untuk membersihkan Luka bakarnya</p> <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p>	
	<p>Resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif</p>	<p>a. Memeriksa tanda dan gejala Hipovolemia</p> <p>b. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>c. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>d. Memonitor tekanan darah</p>	<p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>S: Pasien mengatakan sering merasa haus</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Urine pasien 800/8jam</li> <li>- Minum pasien 1000ml/hari dan pasien</li> <li>- kebutuhan cairan pasien dengan total 2600/hari 24 jam</li> </ul> <p>TD: 119/83 mmHg  RR: 20X/Menit  HR: 98 X/Menit  T: 36,8<sup>0</sup>C  P: Luka</p> <p>A: Masalah hipovolemia</p>	

			<p>belum teratasi</p> <p>P: Intervensi keperawatan dilanjutkan</p>	
	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor Mekanis</p>	<p>a. Memonitor tandatanda vital</p> <p>b. Mengidentifikasi penyebab gangguan kulit</p> <p>c. Melakukan perawatan luka bakar</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar.</li> <li>- Kulit pasien yang terkena luka bakar tampak merah. Pasien tampak meringis kesakitan karena luka bakar</li> </ul> <p>TD: 119/83 mmHg RR: 20X/Menit HR: 98X/Menit T: 36,8<sup>0</sup>C</p> <p>A: Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer</p>	<p>a. Memonitor tandatanda vital</p> <p>b. Memonitor tanda dan gejala</p> <p>c. Membatasi jumlah pengunjung</p> <p>d. Melakukan tindakan aseptik</p> <p>e. Atur suhu</p>	<p>S: -</p> <p>O: - Pasien tampak menggigil karena suhu tubuh pasien yang tinggi</p> <p>TD: 119/883 mmHg RR: 20X/Menit HR: 98X/Menit</p>	

		<p>ruangan pasien</p> <p>f. memberikan obat inj Gentamisin 2x 80 mh melalui IV</p> <p>a. Memonitor tandatanda vital</p>	<p>S: 37,8<sup>0</sup>C</p> <p>A: Masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>b. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien untuk melakukan aktifitas.</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri saat ingin melakukan aktifitas.</li> <li>- Pasien selalu menghindari untuk melakukan gerak</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sulit mengangkat kedua kakinya karena luka bakar di bagian lutut kiri dan kanan.</li> <li>- Pasien merasa nyeri saat kakinya diangkat karena nyeri di bagian luka bakar.</li> </ul> <p>TD: 119/83 mmHg</p> <p>RR: 20X/Menit</p> <p>HR: 98X/Menit</p> <p>S:36,8<sup>0</sup>C</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	
Jum'at 28/04-2025	Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik	<p>a. Memonitor tandatanda vital</p> <p>b. Mengidentifikasi lokasi,</p>	<p>S: Pasien mengatakan merasakan nyeri dibagi luka bakar yang dialami oleh pasien</p> <p>Pasien mengatakan</p>	

		<p>karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri.</p> <p>c. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>d. Memberikan teknik norfarmakologis untuk mempengaruhi rasa nyeri (tarik nafas dalam)</p> <p>e. Memberikan kotrolak 3x 30 mg</p>	<p>skalanya nyeri 7</p> <p>O: Pasien tampak meringis</p> <p>TD: 140/90 mmHg</p> <p>RR: 22X/Menit</p> <p>HR: 103 X/Menit</p> <p>T: 36,5<sup>0</sup>C</p> <p>P: Luka bakar yang disebabkan oleh api dan mengganggu waktu tidur pasien</p> <p>Q: Terasa menusuk dibagian luka bakar</p> <p>R: Terasa dibagian luka bakar pasien</p> <p>S: Skala nyeri 7 nyeri berat</p> <p>T: Muncul ketika pasien bergerak dan sedang melakukan mandi untuk membersihkan Luka bakarnya</p> <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi keperawatan dilanjutkan</p>	
	Resiko hipovolemia berhubungan	<p>a. Memeriksa tanda dan gejala Hipovolemia</p>	<p>S: Pasien mengatakan sering merasa haus</p> <p>O:</p> <p>- Urine pasien</p>	

	dengan kehilangan cairan secara aktif	b. Memonitor intake dan output cairan c. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi d. Memonitor tekanan darah e. obat yang terpasang RL dan tutosol	900/8jam -Minum pasien 1000ml/hari dan pasien Kebutuhan cairan pasien 2600/24 jam TD: 140/90 mmHg RR: 22X/Menit HR: 103 X/Menit T: 36,5 <sup>0</sup> C  A: Masalah resiko hipovolemia belum teratasi  P: Intervensi keperawatan dilanjutkan  S: Pasien mengatakan	
	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor Mekanis	a. Memonitor tandatanda vital b. mengidentifikasi penyebab gangguan kulit c. Melakukan perawatan luka bakar  a. Memonitor tandatanda vital b. Memonitor tanda	nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar O: Bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar - Pasien tampak meringis kesakitan karena luka bakar TD: 140/90 mmHg RR: 22X/Menit HR: 103X/Menit T: 36,5 <sup>0</sup> C A: Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
	Resiko infeksi berhubungan	dan gejala c. Batasi jumlah	S: - pasien mengatakan tidak demam lagi	

	dengan ketidakadekuatan pertahanan primer	<p>pengunjung</p> <p>d. Melakukan tindakan aseptik</p> <p>e. Atur suhu ruangan pasien</p> <p>f. memberikan obat inj Gentamisin 2x 80 mg melalui IV</p> <p>a. Monitor tandatanda vital</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- luka pasien tampak tidak ada pus</li> <li>- luka pasien tampak membaik</li> </ul> <p>TD: 140/90 mmHg RR: 22X/Menit HR: 103X/Menit T: 36,5<sup>0</sup>C</p> <p>A: Masalah teratasi P: intervensi dihentikan</p>	
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>b. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>c. Libatkan keluarga untuk membantu pasien untuk melakukan aktifitas</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri saat ingin melakukan aktifitas.</li> <li>- pasien mengatakan tidak nyaman dengan posisinya</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sulit mengangkat kedua kakinya karena luka bakar di bagian lutut kiri dan kanan.</li> <li>- Pasien merasa nyeri saat kakinya diangkat karena nyeri di bagian luka bakar.</li> </ul> <p>TD: 140/90 mmHg RR: 22X/Menit HR: 103X/Menit S: 36,5<sup>0</sup>C</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p>	

			P: Intervensi dilanjutkan	
Sab'tu 01/03-2025	Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik	<p>a. Memonitor tandatanda vital</p> <p>b. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri.</p> <p>c. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>d. Memberikan teknik relaksasi nafas dalam</p> <p>e. Memberikan kotrolak 3x 30 mg melalui IV</p>	<p>S: Pasien mengatakan merasakan nyeri dibagi luka bakar yang dialami oleh pasien</p> <p>Pasien mengatakan skalanya nyeri 6</p> <p>O: Pasien tampak meringis</p> <p>TD: 122/88 mmHg</p> <p>RR: 20X/Menit</p> <p>HR: 103 X/Menit</p> <p>T: 36,5<sup>0</sup>C</p> <p>P: Luka bakar yang disebabkan oleh api dan mengganggu waktu tidur pasien</p> <p>Q: Terasa menusuk dibagian luka bakar</p> <p>R: Terasa dibagian luka bakar pasien</p> <p>S: Skala nyeri 6 nyeri sedang</p> <p>T: Muncul ketika pasien bergerak dan sedang melakukan mandi untuk membersihkan Luka bakarnya</p> <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi keperawatan dilanjutkan</p>	
			S:	



	<p>Resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif</p>	<p>a. Memeriksa tanda dan gejala Hipovolemia</p> <p>b. Memonitor intake dan output cairan</p> <p>c. Memonitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>d. Memonitor tekanan darah</p>	<p>- Pasien mengatakan sering haus berkurang</p> <p>O:</p> <p>- Urine pasien 600 ml /8jam</p> <p>-Minum pasien 500ml/hari dan pasien</p> <p>- kebutuhan cairan pasien 2600ml/hari</p> <p>A: Masalah resiko teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor Mekanis</p>	<p>a. Memonitor tandatanda vital</p> <p>b. Mengidentifikasi penyebab gangguan kulit</p> <p>c.Memberikan Teknik aseptik</p> <p>d.Melakukan perawatan luka bakar</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar</p> <p>O: Bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar.</p> <p>- Pasien tampak meringis kesakitan karena luka bakar</p> <p>TD: 122/88 mmHg</p> <p>RR: 20X/Menit</p> <p>HR: 103X/Menit</p> <p>T: 36,5<sup>0</sup>C</p> <p>A: Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
			S:	

	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>a. Memonitor tandatanda vital</p> <p>b. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>c. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien untuk melakukan aktifitas</p>	<p>- Pasien mengeluh nyeri saat ingin melakukan aktifitas.</p> <p>-Pasien selalu mengikuti untuk lakukan gerakan</p> <p>O:</p> <p>- Pasien merasa nyeri saat kaki nya diangkat karena nyeri di bagian luka bakar.</p> <p>TD: 122/88 mmHg RR: 20X/Menit HR: 103X/Menit T: 36,5<sup>0</sup>C</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	
Minggu 02/04-2025	Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik	<p>a. Memonitor tandatanda vital</p> <p>b. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri.</p> <p>c. Mengidentifikasi skala nyeri</p>	<p>S: Pasien mengatakan merasakan nyeri dibagi luka bakar yang dialami oleh pasien</p> <p>Pasien mengatakan skalanya nyeri 6</p> <p>O: Pasien tampak meringis</p> <p>TD: 128/90mmHg RR: 19X/Menit HR: 100 X/Menit T: 36,7<sup>0</sup>C</p> <p>P: Luka bakar yang</p>	

		<p>d.Memberikan teknik relaksasi nafas dalam kotrolak 3x 30 mg melalui IV</p>	<p>disebabkan oleh api dan mengganggu waktu tidur pasien</p> <p>Q: Terasa menusuk dibagian luka bakar</p> <p>R: Terasa dibagian luka bakar pasien</p> <p>S: Skala nyeri 6</p> <p>T: Muncul ketika pasien bergerak dan sedang melakukan mandi untuk membersihkan Luka bakarnya</p> <p>A: Masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor Mekanis</p>	<p>a.Memonitor tandatanda vital</p> <p>b.Mengidentifikasi penyebab gangguan kulit</p> <p>c.Memberikan Teknik aseptik</p> <p>d.Melakukan perawatan luka bakar</p>	<p>S: Pasien mengatakan nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar</p> <p>O: Bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar.</p> <p>- Pasien tampak meringis kesakitan karena luka bakar</p> <p>TD: 122/88 mmHg</p> <p>RR: 20X/Menit</p> <p>HR: 100X/Menit</p> <p>T: 36,7<sup>0</sup>C</p> <p>A:Masalah gangguan integritas kulit belum</p>	

	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	<p>a.Memonitor tandatanda vital</p> <p>b.Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>c.Melibatkan keluarga untuk membantu pasien untuk melakukan aktifitas</p>	<p>teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengeluh nyeri saat ingin melakukan aktifitas.</li> <li>-Pasien mau untuk melakukan pergerakan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sulit mengangkat kedua kakinya karena luka bakar di bagian lutut kiri dan kanan.</li> <li>- Pasien merasa nyeri saat kaki nya diangkat karena nyeri di bagian luka bakar.</li> </ul> <p>TD: 128/90 mmHg</p> <p>RR: 20X/Menit</p> <p>HR: 103X/Menit</p> <p>S:37,0<sup>0</sup>C A:Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P:intervensi dilanjutkan</p>	
--	---	--	---	--

## Lampiran 12 Hasil Cek Plagiarisme (Turnitin)

**Galuh Putri**

**new Fersi rahayu.docx**

ICCI an: Fersi rahayu

Karya Ilmiah Mahasiswa Tahun 2025

Pusat Studi Penelitian Kemendiknas Padang

### Document Details

Submission ID:

trn id:1.9291391668

Submission Date:

Jul 7, 2025, 10:55 AM GMT+7

Submitted Date:

Jul 7, 2025, 11:04 AM GMT+7

File Name:

new Fersi rahayu.docx

File Size:

465.5 KB

89 Pages

12,399 Words

88,914 Characters



Page 1 of 79 - Cover Page

Submission ID: trn id:1.9291391668



Page 2 of 79 - Empty document

Submission ID: trn id:1.9291391668

## 2% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping matches, for each database.

### Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text

### Top Sources

- 2% Internet sources
- 1% Publications