



POLTEKKES KEMENKES PADANG

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

HASIL PENELITIAN

MUHAMMAD ZAKIA

NIM : 203110137

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG
POLTEKKES KEMENKES PADANG
TAHUN 2023**



POLTEKKES KEMENKES PADANG

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

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan Sebagai Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya
Keperawatan di Pendidikan Diploma D-III Politeknik
Kesehatan Kesehatan RI Padang**

MUHAMMAD ZAKIA

NIM : 203110137

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG

POLTEKKES KEMENKES PADANG

TAHUN 2023

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-NYA, Peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ” Asuhan Keperawatan pada Pasien Luka Bakar di Ruang Bedah Luka Bakar RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2023”.

Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan di Pendidikan Diploma III Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang. Peneliti menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, Oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada Yang Terhormat ibu Ns. Netti, M.Pd, M.Kep selaku pembimbing I, dan ibu Ns. Hj.Sila Dewi Anggreni, SPd,M.Kep,Sp.KMB selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing Peneliti. Selanjutnya Peneliti ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Renidayati, M.Kep, Sp.Kep.Jiwa selaku Direktur Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang.
2. Bapak DR. dr. Dovy Djanas, Sp.OG(K) MARS , selaku Direktur RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah mengizinkan untuk melakukan penelitian.
3. Bapak Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom selaku ketua jurusan keperawatan padang politeknik kementerian kesehatan RI Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M.Kep selaku ketua Program Studi D-III keperawatan padang politeknik kementerian kesehatan RI Padang.
5. Ibu Ns. Elvia Metti,M.Kep.Sp.Kep.Mat selaku pembimbing akademik yang banyak membantu dalam masa perkuliahan.
6. Bapak/ibu Dosen dan Staf program studi keperawatan padang yang telah membantu dan memberikan bekal ilmu untuk penelitian.
7. Teristimewa orang tua, abang, kakak, adik serta keluarga yang telah memberikan bantuan atau dukungan material dan moral

Peneliti menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum sempurna, oleh karena itu peneliti mengharapkan kritikan dan saran yang bersifat membangun dari berbagai pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata peneliti

berharap Allah subhanahu wa ta'ala berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Padang, Juni 2023

HALAMAN PENGANTAR

Karya Titi Brada ini diajukan oleh:

Nama: Muhammad Zukas
NIM: 2031101037
Program Studi: D-III Keperawatan Padang
Judul KTI: Analisis Keperawatan Pada Pasien Luka Bakar & Pilonus
Luka Bakar KALP & M Unsur Padang

Titik bertanda diutamakan dibuktikan di dalam dewan pengaji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kementerian III Padang.

Dewan Pengaji

Ketua Pengaji: Ns. Nona Yanti, S. Kap. M. Kap. Sp. KMB

Pengaji 1: Ns. Yanti Supriatni, S. Kap. Sp. Kap. MB

Pengaji 2: Ns. Nani, M. Pd. M. Kap.

Pengaji 3: Ns. Sila Dewi, Sggn. S. Pd. M. Kap. Sp. KMB

Diterima di: Poltekkes Kementerian III Padang

Tanggal: 01 Jan 2021

Mengantah,
Ketua Program Studi D-III
Keperawatan Padang

Ns. Yanti Supriatni, M. Kap.
NIP. 197301211996032001

Poltekkes Kementerian III Padang

LEMBAR PERSETUJUAN

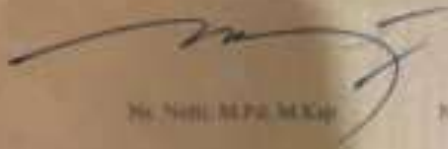
Karya Tulis Ilmiah

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Analisa Keperawatan Luka Bakar di Ruang Rawat Inap Bedah Luka Bakar RSUD Djamil Padang" telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di berbagai tim pengaji ujian sidang Karya Tulis Ilmiah program studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Indonesia di Padang.

Padang, 30 Mei 2023

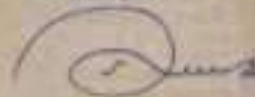
Menyetujui,

Pembimbing I



Ns. Neni M.Pd, M.Kep

Pembimbing II



Ns. Suci Dewi Anggreni, SPK, M.Pd, Np, Ipn, KMB

Mengesahkan,

Ketua prodi D-III Keperawatan Padang

Politeknik Kesehatan RI Padang



Ns. Yuni Fatmahanik, M.Kep

NIP. 197102211890621001

Politeknik Kesehatan Padang

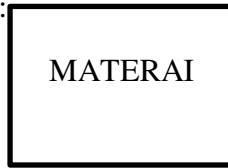
LEMBAR ORISINALITAS

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

Nama : Muhammad Zakia

NIM : 20311037

Tanda Tangan :



Tanggal :

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Muhammad Zakia
NIM : 203110137
Tempat/Tanggal Lahir : Talu, 20 Mei 2002
Jenis Kelamin : Laki- laki
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Alamat : Kp Kepundung, Talu, Talamau, Pasaman Barat
Nama Orang Tua
Ayah : Zulkifli
Ibu : Ratnawati

Riwayat Pendidikan

NO	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun Ajaran
1	TK	TK Baital almakmur	2008-2009
2	SD	SDN 13 Talamau	2009-2015
3	SMP	MTs s Istiqomah Talu	2015-2017
4	SMA	SMAN 1 Talamau	2017-2020
5	D-III Keperawatan Padang	Politeknik Kementerian Kesehatan RI Padang	2020-Sekarang

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG PROGRAM
STUDI D-III KEPERAWATAN
Karya Tulis Ilmiah, Juni 2023
Muhammad Zakia**

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Luka Bakar di Ruang Luka Bakar
IRNA Bedah RSUP dr. M Djamil Padang**

Isi : xiii + 61 Halaman + 2 Tabel + 10 Lampiran

ABSTRAK

Luka bakar merupakan cedera pada kulit yang disebabkan karena sumber panas, radioaktivitas, listrik, kontak dengan bahan kimia. Menurut World Health Organization (WHO) tahun 2018, angka kematian luka bakar mencapai 180.000 setiap tahunnya. Data dari RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2019, ditemukan kasus luka bakar sebanyak 3 orang, tahun 2020 tidak ditemukan kasus luka bakar dan untuk tahun 2021 meningkat menjadi 17 orang. Angka kejadian antara bulan September sampai bulan November 2022 di dapatkan data kasus luka bakar sebanyak 6 orang pasien. Tujuan penelitian ini yaitu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada Responden dengan Luka bakar di Ruang Luka Bakar IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan di ruang rawat Luka Bakar dimulai dari bulan november 2022 sampai dengan bulan juni 2023. Populasi penelitian semua pasien dengan Luka bakar berjumlah 3 orang. Sampel sebanyak 1 orang dengan teknik purposive sampling. Cara pengumpulan data dengan wawancara, observasi, pengukuran, dokumentasi. Analisis dengan membandingkan semua temuan dengan teori pada tahapan proses keperawatan.

Pada Responden ditemukan luka bakar dengan *Total Body Surface Area* 20% dan *Grade II*. Responden mengeluh nyeri, sulit tidur, sering merasa haus, luka tampak memerah dengan balance cairan - 200. Diagnosa utama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencenderaan fisik. Intervensi manajemen nyeri. Implementasi yang dilakukan yaitu mengajarkan teknik nafas dan berkolaborasi dalam pemberian obat anti nyeri. Evaluasi yang dilakukan selama 5 hari didapatkan tingkat nyeri masih belum berkurang, masih meringis akibat nyeri dibagian luka bakar pasien.

Perawat diharapkan meningkatkan pemberian asuhan keperawatan pada pasien luka bakar dalam mengidentifikasi lokasi nyeri, memonitor skala nyeri, waktu terjadinya nyeri pada pasien luka bakar dan memonitor cairan pada pasien.

Kata kunci : Luka Bakar, Asuhan Keperawatan

DaftarPustaka :27 (2014 – 2021)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
LEMBAR ORISINALITAS.....	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN TEORI	7
A. Konsep Kasus.....	7
1. Pengertian Luka Bakar	7
2. Etiologi Luka Bakar.....	7
3. Manifestasi Klinis Luka Bakar.....	8
4. Patofisiologi Luka Bakar	9
5. WOC Luka Bakar	12
6. Komplikasi Luka Bakar	14
7. Penatalaksanaan Luka Bakar.....	14
B. Asuhan Keperawatan Teoritis.....	18
1. Pengkajian.....	18
2. Kemungkinan Diagnosa Keperawatan	24

3. Intervensi Keperawatan	24
4. Implementasi Keperawatan.....	33
5. Evaluasi Keperawatan	33
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	34
A. Desain Penelitian.....	34
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	34
C. Populasi dan Sampel	34
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data.....	35
E. Teknik Pengumpulan Data	37
F. Jenis-Jenis Data.....	38
G. Analisis	39
BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN.....	40
A. Deskripsi lokasi penelitian.....	40
B. Deskripsi kasus	40
C. Pembahasan kasus	45
BAB V KESIMPUL DAN SARAN.....	57
A. Kesimpulan	57
B. Saran.....	58
DAFTAR PUSTAKA	59

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Gantchart Kegiatan Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 2. Lembar Konsultasi Pembimbing 1
- Lampiran 3. Lembar Konsultasi Pembimbing 2
- Lampiran 4. Surat Izin Survey Awal dari Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 5. Surat izin Survey Awal dari Diklat RSUP dr M Djamil Padang
- Lampiran 6. Surat izin Penelitian dari Poltekkes kemenkes Padang
- Lampiran 7. Surat Keterangan Lolos Kaji Etik Dari RSUP Dr. M. Djamil Padang
- Lampiran 8. Surat izin Melakukan Penelitian dari Diklat RSUP dr M Djamil Padang
- Lampiran 9. Surat izin Melakukan Penelitian dari KA Instalasi
- Lampiran 10. Surat selesai Penelitian dari KA Instalasi

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Luka bakar merupakan cedera pada kulit yang disebabkan karena sumber panas, radioaktivitas, listrik, kontak dengan bahan kimia dengan morbiditas dan mortalitas yang memerlukan penatalaksanaan yang khusus sejak awal sampai ke fase lanjut (WHO, 2018). Luka bakar adalah suatu trauma yang disebabkan oleh panas, arus listrik, bahan kimia dan petir yang mengenai kulit, mukosa dan jaringan yang lebih dalam (Purwanto, 2016)

Luka bakar disebabkan oleh paparan api, akibat tersiram air panas (*scalds*) yang banyak terjadi pada kecelakaan rumah tangga dan pajanan suhu tinggi dari matahari, listrik, uap panas dan bahan kimia (Hasliani, 2019). Penyebab luka bakar yang paling banyak terjadi adalah minyak panas sebanyak 64,3%, Air panas 14,3%, Listrik dan Api 7,1%, Strika 6% dan oven 1%. (Sari et al., 2018).

Pasien luka bakar memiliki keluhan yang berbeda berdasarkan kedalaman dan penyebab luka bakar. Mulai dari rasa perih akibat iritasi cahaya matahari sampai tidak merasakan nyeri dan hemolisis. Luka bakar memiliki tanda seperti kerusakan epidermis sampai pada jaringan subcutan dan jaringan lunak (Purwanto, 2016). (Rudi&Maria, 2019), menjelaskan bahwa luka bakar memiliki tanda tanda yang dilihat dengan tingkat keparahannya, mulai dari luka bakar yang ringan dengan tandanya yang rasa panas, nyeri, luka bakar sedang yang terkena lebih dalam dari permukaan kulit, rasa panas, nyeri hebat dan luka bakar berat dengan tanda jaringan yang terkena lebih dalam sampai bawah kulit, tampak ada jaringan mati dan luas permukaan kulit yang terkena trauma panas. Kerusaakan yang terbanyak terjadi pada tangan dengan persentase Tangan 59%, Tangan dan kaki 19,3%, Kaki 12%, Tangan dan wajah 4,8%, Leher 2,4%, Tangan dan leher sama dengan Tangan, kaki dan wajah yang memiliki persentase 1,2% (Sari et al., 2018).

Dampak dari terjadinya luka bakar adalah dimana sel inflamasi dan sel imunitas tidak dapat bekerja secara optimal. Respon inflamasi dan imun tersebut dipengaruhi oleh stress psikologi (Purwaningsih & Rosa, 2016). Luka bakar sangat berdampak pada estetika, sehingga pasien luka bakar mengalami kecemasan dalam proses penyembuhan luka bakar tersebut (Tang *et al.*, 2015). Kecemasan yang awalnya timbul karena antisipasi proses selanjutnya, perlahan bertambah dalam dan mulai menunjukkan gejala-gejala penyesuaian atau depresi (Kemenkes, 2019). Penelitian yang dilakukan Waninda *et al.*, (2017) menunjukkan 50% pasien pada 6 bulan pasca luka bakar mengalami depresi.

Komplikasi luka bakar yang sering terjadi adalah syok neurogenik akibat vasodilatasi perifer sehingga sirkulasi darah tidak adekuat menunjang perfusi jaringan. Pembuluh kapiler yang terpajan suhu tinggi akan rusak dan permeabilitas meningkat. Meningkatnya permeabilitas menyebabkan edema dan menimbulkan bula yang mengandung banyak elektrolit. Kerusakan kulit akibat luka bakar menyebabkan kehilangan cairan akibat penguapan yang berlebihan, masuknya cairan ke bula yang terbentuk pada luka bakar derajat dua, dan pengeluaran cairan dari keropeng luka bakar derajat tiga. Bila luas luka bakar lebih dari 20% akan terjadi syok hipovolemik dengan gejala yang khas, seperti gelisah, pucat, dingin, berkeringat, nadi kecil dan cepat, tekanan darah menurun dan produksi urin berkurang. (Ulima Larissa, Anggraini Janar Wulan, 2017). Pertolongan pertama luka bakar adalah untuk meningkatkan kemampuan masyarakat guna mencegah terjadinya komplikasi seperti infeksi, kekurangan volume cairan, dan kematian (Christianingsih & Puspitasari, 2021).

Prevalensi luka bakar di dunia masih tergolong tinggi, dibuktikan dengan angka kematian yang mencapai sekitar 180.000 korban meninggal setiap tahunnya. Kematian luka bakar banyak terjadi akibat oleh kekurangan cairan, nyeri dan cedera inhalasi. Akibat cedera inhalasi kejadian luka bakar di dunia mayoritas terjadi di negara dengan penghasilan rendah sampai menengah, data menunjukkan wilayah afrika dan asia tenggara menyumbang angka terbanyak sebesar 60% kematian setiap tahunnya (WHO, 2018). Amerika Serikat

terdapat 8000 korban luka bakar pada tahun 2018, 60-80% meninggal akibat karena cedera inhalasi. Cedera inhalasi sangat meningkatkan insiden gagal napas (Noer MS.2019) Luka bakar di Indonesia menurut Departemen Kesehatan RI 2018 pada rentang tahun 2014-2018, menyatakan bahwa di Indonesia dari tahun 2014-2018 telah terjadi peningkatan kejadian luka bakar sebanyak 35%. Pada tahun 2018 sebanyak 1.701 (20,19%), tahun 2017 sebanyak 1.570 (18,64%), tahun 2016 sebanyak 1.432 (17,03%), tahun 2015 sebanyak 1.387 (16,46%), dan tahun 2014 sebanyak 1.209 (14,35%) kejadian luka bakar.

Prevalensi luka bakar di Indonesia sebesar 2,2% yang terjadi di sejumlah provinsi yaitu Nangroe Aceh Darusalam (5,2%), Kepulauan Riau (3,8%) dan prevalensi tertinggi di Provinsi Bali yaitu (6,8%). Provinsi Bali merupakan salah satu wilayah dengan prevalensi luka bakar tertinggi terdapat 3.518 kasus luka bakar dalam tujuh tahun terakhir. Prevalensi luka bakar di Sumatra barat sebesar 1,8% atau 32 orang ditahun 2018 (Kemenkes RI, 2018). Angka kejadian yang di dapatkan di RSUP dr M Djamil Padang mulai dari tahun 2019 dengan angka kejadian 3 orang, tahun 2020 tidak ditemukan kasus luka bakar dan untuk tahun 2021 meningkat menjadi 17 orang. Angka kejadian di 3 bulan terakhir di dapatkan kasus luka bakar sebanyak 6 orang pasien.

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 (Purwanto, 2016).

Penelitian Suindiana (2021) di RSUP Sanglah Denpasar, didalam karya tulis ilmiah di dapatkan asuhan keperawatan dengan masalah keperawatan yang muncul pada pasien luka yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Sedangkan menurut penelitian Paskalis M.B Hale (2019) dengan asuhan keperawatan luka bakar di RSUD. Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang, didalam karya tulis ilmiah di dapatkan masalah keperawatan yang muncul pada pasien luka bakar yaitu nyeri akut berhubungan dengan

pencedera fisik (luka bakar), kerusakan integritas kulit berhubungan dengan cedera kimiawi kulit (luka bakar), intoleransi aktifitas berhubungan dengan lesi.

Survey awal yang telah peneliti lakukan pada tanggal 25 November 2022 di RSUP dr M. Djamil Padang didapatkan 1 orang pasien Tn.S dengan kasus luka bakar 8%. Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien diruangan, pasien mengatakan mengalami demam dengan suhu 37,5 derajat celcius dan merasakan nyeri dibagian ekstremitas bawah yang terkena luka bakar listrik dan didapaykan skla nyerinya 3. Perawat mengatakan diagnosa keperawatan yang diangkat oleh perawat untuk pasien Tn.S meliputi nyeri akut, hipovolemia dan gangguan integritas kulit.

Berdasar uraian diatas, maka peneliti telah melakukan penelitian asuhan keperawatan pada pasien luka bakar diruangan Bedah Luka Bakar RSUP dr M. Djamil Padang tahun 2023.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan luka bakar di Ruangan Bedah Luka Bakar RSUP dr M. Djamil Padang tahun 2023.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien dengan luka bakar di Ruangan Bedah Luka Bakar RSUP dr M. Djamil Padang tahun 2023

2. Tujuan Khusus

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

1. Manfaat Aplikatif

- a. Institusi Poltekkes 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. Definisi

Luka bakar adalah suatu bentuk kerusakan atau kehilangan jaringan yang disebabkan kontak dengan sumber panas, bahan kimia, listrik dan radiasi. Kulit dengan luka bakar akan mengalami kerusakan pada epidermis, dermis, maupun jaringan subkutan tergantung faktor penyebab dan lamanya kontak dengan sumber panas/penyebabnya (Hasliani, 2019). Luka bakar merupakan suatu jenis trauma dengan morbiditas dan mortalitas tinggi yang memerlukan penatalaksanaan khusus sejak awal (fase syok) sampai fase lanjut (Marpaung, 2019). Luka bakar adalah luka yang terjadi karena terbakar api langsung maupun tidak langsung, juga pajanan suhu tinggi dari matahari, listrik, maupun bahan kimia (Purwanto, 2016).

2. Etiologi

Menurut (Hasliani, 2019), penyebab luka bakar adalah paparan api, baik secara langsung maupun tidak langsung, misalnya akibat tersiram air panas yang banyak pada kecelakaan rumah tangga. Pajanan suhu tinggi dari matahari, listrik maupun bahan kimia juga dapat menyebabkan luka bakar, secara garis besar, penyebab luka bakar dapat dibagi menjadi:

a. Paparan api

Agen berupa api, air panas, atau kontak dengan objek panas, luka bakar berhubungan dengan asap atau cedera inhalasi (cedera terbakar, kontak dan kobaran api).

b. Scalds (air panas)

Terjadi akibat kontak dengan air panas. Semakin kental cairan dan semakin lama waktu kontakannya, semakin besar kerusakan yang akan ditimbulkan.

Pada kasus kecelakaan, luka umumnya menunjukkan pola percikan yang satu sama lain dipisahkan oleh kulit sehat. Sedangkan pada kasus yang disengaja, luka umumnya melibatkan keseluruhan ekstremitas dalam pola sirkumferensial dengan garis yang menandai permukaan cairan.

c. Uap panas

Luka bakar yang disebabkan oleh uap panas banyak kita temui di tempat di daerah industri akibat kecelakaan radiator mobil. Uap panas menimbulkan cedera yang luas akibat kapasitas panas tinggi dari uap bertekanan tinggi.

d. Aliran listrik

Luka bakar listrik disebabkan oleh panas yang digerakan dari energi listrik yang dihantarkan ke tubuh seseorang. Berat ringannya luka bakar dipengaruhi oleh lama kontak, tingginya voltage dan cara gelombang elektrik itu sampai mengenai tubuh.

3. Manifestasi klinis

Menurut (Rudi&Maria, 2019), Manifestasi klinis luka bakar dibagi menjadi 5 yaitu:

1. Luka bakar derajat pertama ditandai oleh kemerahan dan nyeri. Dapat timbul lepuh 24 jam dan kemudian kulit mungkin terkelupas.
2. Luka bakar derajat kedua superfisial ditandai dengan ada lepuh dan nyeri hebat. Terbentuknya lepuhan yang terjadi beberapa menit setelah cedera. Ketika lepuhan pecah, ujung-ujung saraf terekspos langsung dengan udara.
3. Luka bakar derajat kedua dalam ditandai dengan adanya lepuh dan rasa nyeri. Apabila dibandingkan dengan luka bakar derajat superfisial, pada luka bakar ini tidak begitu nyeri karena neuron sensoris sudah mengalami destruksi yang luas.
4. Luka bakar derajat ketiga tampak datar, tipis dan kering. Dapat ditemukan koagulasi pembuluh darah. Mungkin kulit tampak putih atau hitam dengan tekstur kasar.

5. Luka bakar derajat keempat menimbulkan edema atau bula. dalam beberapa jam, cairan dan protein berpindah dari kapiler ke ruang interstisial sehingga terjadi bula. Pada keadaan ini timbul respons imunologi berupa peningkatan laju metabolisme yang berdampak terhadap peningkatan kebutuhan kalori.

4. Patofisiologi

Luka bakar mengakibatkan peningkatan permeabilitas pembuluh darah sehingga air, natrium, klorida dan protein tubuh akan keluar dari dalam sel dan menyebabkan terjadinya edema yang dapat berlanjut pada keadaan hipovolemia dan hemokonsentrasi. Kehilangan cairan tubuh pada pasien luka bakar dapat disebabkan oleh beberapa faktor: peningkatan mineralokortikoid (retensi air, natrium, klorida, ekskresi kalium), peningkatan permeabilitas pembuluh darah, perbedaan tekanan osmotik intra dan ekstra sel (Tholib, 2021).

Perpindahan cairan dari intravaskuler ke ekstravaskuler melalui kebocoran kapiler yang mengakibatkan kehilangan Na, air dan protein plasma serta edema jaringan diikuti dengan; penurunan curah jantung, hemokonsentrasi sel darah merah, penurunan perfusi pada organ mayor, edema menyeluruh.

Dengan menurun volume intravaskuler, maka aliran plasma ke ginjal dan GFR akan menurun yang mengakibatkan penurunan pengeluaran urin (Tholib, 2021).

Pada luka bakar yang berat, konsumsi oksigen oleh jaringan tubuh pasien akan meningkat dua kali lipat sebagai akibat dari keadaan hipermetabolisme dan repon local (Tholib, 2021).

Cedera inhalasi merupakan penyebab utama kematian pada korban kebakaran. Karbonmonoksida mungkin merupakan gas yang paling sering menyebabkan cedera inhalasi karena gas ini merupakan produk sampingan pembakaran bahan organik. Efek patofisiologiknya adalah hipoksia jaringan yang terjadi ketika karbon monoksida berikatan

dengan hemoglobin untuk membentuk karboksihemoglobin (Tholib, 2021).

Respon umum yang biasa terjadi pada pasien luka bakar >20% adalah penurunan aktivitas gastrointestinal. Hal ini disebabkan oleh kombinasi efek respon hipovolemik dan neurologik serta respon endokrin terhadap adanya perlukaan luas (Tholib, 2021).

Pertahanan imunologik tubuh sangat berubah akibat luka bakar. Semua tingkat respon imun akan terpengaruhi. Kehilangan integritas kulit diperparah lagi dengan pelepasan faktor-faktor inflamasi yang abnormal, perubahan kadar imunoglobulin serta komplemen serum, gangguan fungsi neutrophil, penurunan jumlah limfosit (limfositopenia). Imunosupresi membuat pasien luka bakar beresiko tinggi untuk mengalami sepsis (Tholib, 2021).

Hilangnya kulit juga menyebabkan ketidakmampuan tubuh untuk mengatur suhunya. Karena itu pasien luka bakar dapat memperlihatkan suhu tubuh yang rendah dalam beberapa jam pertama pasca luka bakar, tetapi kemudian setelah keadaan hipermetabolisme menyestet kembali suhu inti tubuh pasien luka bakar akan mengalami hipertemi selama sebagian besar periode pasca luka bakar kendati tidak terdapat infeksi (Tholib, 2021).

Menurut (Rudi&Maria, 2019) patofisiologi luka bakar ditandai dengan reaksi inflamasi yang mengarah ke pembentuk edema cepat, karena permeabilitas mikrovaskuler meningkat, vasodilasi dan peningkatan ekstrasvaskuler. Reaksi ini disebabkan oleh efek panas langsung pada mikrovaskuler dan mediator kimia peradangan. Tahap vasodilasi paling awal dan peningkatan permeabilitas vena umumnya disebabkan oleh pelepasan histamin.

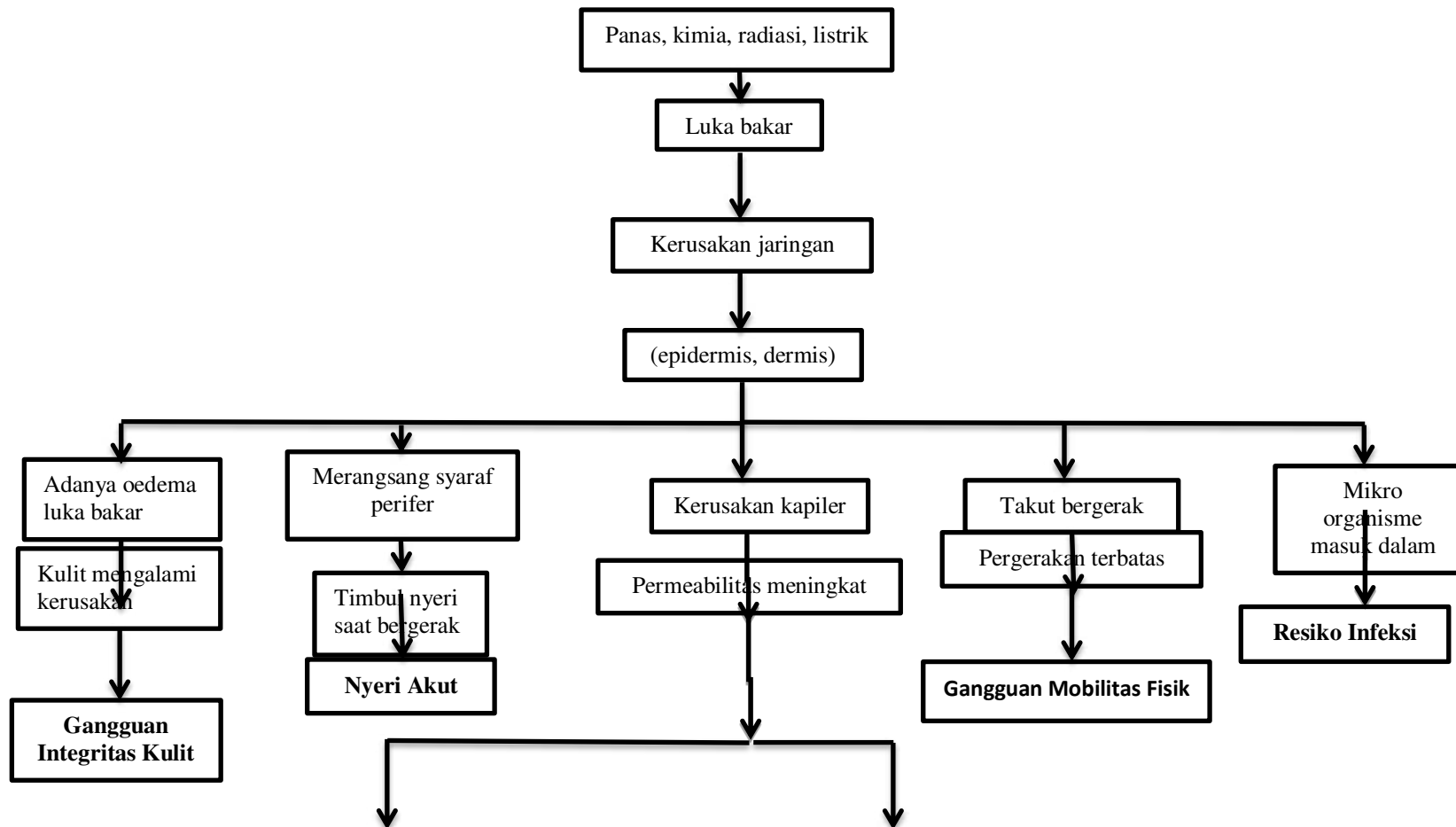
Kerusakan selaput sel yang sebagian disebabkan oleh radikal bebas oksigen yang dilepaskan dari leukosit polimorfonuklear akan mengaktifkan enzim yang mengatalisis hidrolisis prekursor prostaglandin

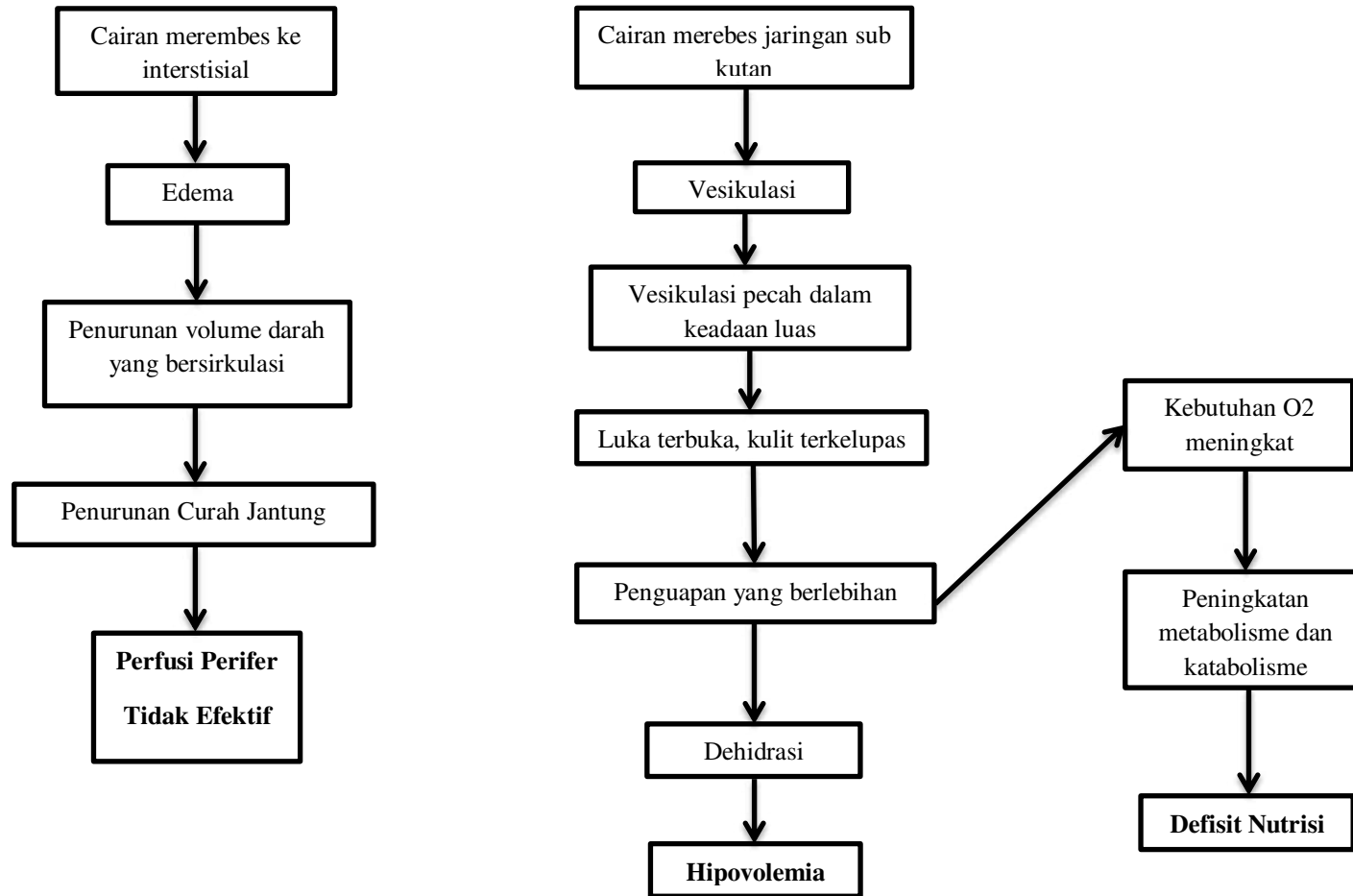
yang cepat sebagai hasilnya. Prostaglandin menghambat pelepasan norepinefrin dengan demikian menjadi penting dalam memodulasi sistem saraf adrenergik yang diaktifkan sebagai respon terhadap cedera termal. Interpretasi morfologi dari perubahan ultrastruktur fungsional getah bening setelah cedera termal menimbulkan peningkatan vakuola dan banyak interselular endotelium terbuka (Rudi&Maria, 2019).

Perubahan jaringan interstisial setelah trauma luka bakar harus diperhatikan. Kehilangan cairan terus menerus dari sirkulasi darah pada jaringan yang rusak secara termal menyebabkan peningkatan kadar hematokrit dan penurunan cepat volume plasma, penurunan curah jantung dan hipoperfusi pada tingkat sel. Jika cairan tidak pulih secara memadai, maka bisa terjadi syok hipovolemik (Rudi&Maria, 2019).

Luka bakar yang menyebabkan cedera akan menimbulkan denaturasi sel protein. Sebagian sel mati karena mengalami nekrosis traumatis atau iskemik. Kehilangan ikatan kologen juga terjadi bersama proses denaturasi sehingga timbul gradien tekanan osmotik dan hidrostatis yang abnormal dan menyebabkan perpindahan cairan intravaskuler ke dalam ruangan interstisial. Cedera sel memicu pelepasan mediator inflamasi yang berturut-turut menimbulkan peningkatan permeabilitas kapiler secara sistemik (Rudi&Maria, 2019)

5. Web of Cation





(Rudi&Maria, 2019) (Purwanto, 2016)

6. Komplikasi

Komplikasi yang disebabkan oleh luka bakar adalah sebagai berikut :

1. Infeksi
2. Kehilangan darah
3. Syok
4. Hipotermia
5. Hipovolemik

7. Penatalaksanaan

Menurut (Purwanto, 2016) rule of nine merupakan cara menentukan luas luka pada pasien luka bakar dengan hitungan kepala dan leher 9%, ekstremitas atas 18%, badan depan 18%, badan belakang 18%, ekstremitas bawah 36% dan genitalia 1%.

Penanganan luka bakar dapat dilakukan dengan dua metode, yaitu dengan bedah dan non bedah. Prosedur bedah dilakukan untuk luka bakar parah, prosedur yang dapat digunakan antara lain eskarotomi dan cangkok kulit (*Skin grafting*). Prosedur nonbedah untuk luka bakar ringan berupa manajemen infeksi dan manajemen lain berdasarkan kedalaman luka bakar. Selain itu, ada berbagai obat dan perawatan yang dapat digunakan untuk mendorong penyembuhan luka bakar antara lain ;

1. Perawatan berbasis air. Terapi uap ultrasound dapat digunakan untuk membersihkan dan menstimulasi jaringan luka.
2. Cairan untuk mencegah dehidrasi. Cairan intravena dapat diberikan kepada pasien untuk mencegah dehidrasi dan kegagalan organ.
3. Manajemen nyeri dan kecemasan. Pengobatan luka bakar dengan tingkat keparahan tertentu dapat menimbulkan nyeri yang tidak tertahankan. Oleh karenanya, pasien bisa membutuhkan obat anti nyeri dan anti kecemasan
4. Krim dan salep. Kedua produk pengobatan tersebut dapat menjaga kelembabpan, mengurangi rasa sakit, mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan. Selain itu, perban khusus juga bisa direkomendasikan untuk perawatan luka bakar, agar area luka tetap

lembab sehingga bisa terbebas dari infeksi dan membantu menyembuhkan luka

5. Antibiotik. Apabila luka bakar menimbulkan infeksi, pasien sebaiknya diberikan antibiotik. Selain itu, pasien juga bisa disarankan mendapat suntik tetanus.

Sementara itu, prosedur bedah yang biasa digunakan dalam penanganan luka bakar adalah eskaratomi, ini adalah prosedur untuk mengobati luka bakar derajat ketiga. Pada luka bakar jenis ini, jaringan epidermis dan dermis rusak bersama dengan saraf sensorik di dermis. Eskaratomi dapat dilakukan sebagai tindakan profilaksi serta untuk melepaskan tekanan memfasilitasi sirkulasi dan melawan sindrom kompartemen luka bakar. Prosedur ini dilakukan dengan membuat jaringan yang mati (eskar) dengan teknik eksisi tangensial berupa eksisi lapis demi lapisan jaringan nekrotik sampai didapatkan permukaan yang berdarah (Rudi&Maria, 2019)

Luka bakar derajat kedua yang dalam dan luka bakar derajat tiga memerlukan tindakan pembersihan luka secara bedah dan *skin graft*. Jika dimungkinkan, kulit diambil dari bagian kulit pasien yang terbakar. Luka bakar yang luas memerlukan pemberian cairan intravena yang cepat untuk mengatasi hilangnya cairan akibat kebocoran kapiler. Untuk mempertahankan tekanan darah dan mencegah syok, infus pada orang dewasa dapat mencapai 30 liter dalam 24 jam. Tingginya pemberian cairan ini juga mencegah penurunan perfusi ginjal dan mengurangi resiko gagal ginjal (Rudi&Maria, 2019).

rumus Baxter untuk pemberian cairan dalam 24 jam pasca luka bakar :

1. Total cairan = 4 cc x berat badan x luas luka bakar
2. Berikan 50% dari total cairan dalam 8 jam pertama, sisanya dalam 16 jam berikutnya.

(Tholib, 2021).

Menurut penelitian (Hardiana, 2020) cara menghitung cairan pada pasien dewasa luka bakar yaitu dengan cara teori rule of ten dengan cara kecepatan mL/Jam untuk ringer laktat = % Luas luka bakar (mendekati 10) X 10. Jika berat badan pasien lebih dari 80kg, maka tambahkan 100 mL/jam tiap 10 kg berat. Kecepatan di titrasi untuk mempertahankan perfusi 10-20%/jam

1. Penanganan Luka Bakar Ringan

Perawatan di bagian emergency terdapat luka bakar minor meliputi : manajemen nyeri, profilaksis tetanus dan perawatan luka tahap awal.

- a. Manajemen nyeri. Manajemen nyeri sering kali dilakukan dengan pemberian dosis ringan, seperti morphine atau mepedifine, di bagian emergensi. Sedangkan analgetik oral diberikan untuk digunakan oleh pasien rawat jalan.
- b. Profilaksis tetanus. Petunjuk untuk pemberian profilaksis tetanus adalah sama pada penderita Luka Bakar baik yang ringan maupun yang injuri lainnya. Pada Pasien yang pernah mendapat imunisasi tetanus tetapi tidak dalam waktu lima tahun terakhir dapat diberikan booster tetanus toxoid. Untuk pasien yang tidak diimunisasi dengan tetanus human immune globulin dan karenanya harus diberikan tetanus toxoid yang pertama dari pemberian aktif dengan tetanus toxoid.
- c. Perawatan Luka. Perawatan luka untuk luka bakar ringan terdiri dari membersihkan luka, yaitu debridemen jaringan yang mati : membuang zat yang merusak (zat kimia, dll) dan pemberian atau penggunaan krim atau salep antimikroba topical dan balutan secara steril.

Selain itu perawat juga bertanggung jawab memberikan pendidikan tentang perawatan luka di rumah dan manifestasi klinis dari infeksi agar pasien dapat segera mencari pertolongan. Pendidikan lain yang diperlukan adalah tentang pentingnya melakukan ROM (Range Of Motion) secara aktif untuk mempertahankan fungsi

sendi agar tetap normal dan untuk menurunkan pembentukan edema (Anggowarsito, 2014).

2. Penanganan Luka Bakar Berat

Untuk pasien dengan luka Bakar yang luas maka penanganan pada bagian emergensi akan meliputi reevaluasi ABC (jalan nafas, kondisi pernafasan, sirkulasi) dan trauma lain yang mungkin terjadi: resusitasi cairan (penggantian cairan yang hilang), pemasangan kateter urin, pemasangan NGT.

- a. Reevaluasi jalan nafas, kondisi pernafasan, sirkulasi dan trauma lain yang mungkin terjadi. Menilai kembali keadaan jalan nafas, kondisi pernafasan dan sirkulasi untuk lebih memastikan ada tidaknya kegawatan dan untuk memastikan penanganan secara dini.
- b. Resusitasi cairan (penggantian cairan yang hilang). Bagi pasien dewasa dengan Luka bakar lebih dari 15% maka resusitasi cairan intravena umumnya diperlukan. Pemberian intravena perifer dapat diberikan melalui kulit yang tidak terbakar pada bagian proksimal dari ekstremitas yang terbakar. Sedangkan untuk pasien yang mengalami Luka bakar yang cukup luas atau pada pasien di mana tempat-tempat untuk pemberian IV yang terbatas, maka dengan pemasangan kanul pada vena sentral (seperti subklavia, jugularis internal/eksternal, atau femoral) oleh dokter mungkin diperlukan. Luas atau persentasi luka bakar harus ditentukan dan kemudian dilanjutkan dengan resusitasi cairan, adapun cara perhitungan resusitasi cairan adalah sebagai berikut: $\% BSA \times BB \times 4$.
- c. Pemasangan kateter urine. Pemasangan kateter urine harus dilakukan untuk mengukur produksi urine setiap jam. Output urine merupakan indikator yang reliable ntuk menentukan keadepkuatan dari resusitasi cairan.
- d. Pemasangan NGT. Pemasangan NGT bagi pasien Luka bakar

20%-25% atau lebih perlu dilakukan untuk mencegah emesi dan mengurangi resiko untuk mencegah terjadinya aspirasi (Anggowarsito, 2014)

B. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut (Purwanto, 2016)Pengkajian adalah sebagai berikut.

a. Identitas Pasien

Meliputi nama pasien, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama,suku, bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor registrasi, diagnosa medis.

b. Keluhan Utama

Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien luka bakar adalah nyeri, sesak nafas. Nyeri dapat disebabkan karena iritasi terhadap saraf. Dalam melakukan pengkajian nyeri harus diperhatikan paliatif, severe, time, quality (p,q,r,s,t). Sesak nafas yang timbul beberapa jam / hari setelah pasien mengalami luka bakar dan disebabkan karena pelebaran pembuluh darah sehingga timbul penyumbatan saluran nafas bagian atas, bila edema paru berakibat sampai pada penurunan ekspansi paru.

c. Riwayat Penyakit

1. Riwayat Kesehatan 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 pasien sebelum mengalami luka bakar. Resiko kematian akan

meningkat jika pasien mempunyai penyakit kardiovaskuler, paru, Diabetes Mellitus atau penyakit endokrin lainnya

3. Riwayat Penyakit Keluarga

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

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 Psiko Sosial

Pada pasien dengan luka bakar sering muncul masalah konsep dari *body image* yang disebabkan karena fungsi kulit sebagai kosmetik mengalami gangguan perubahan. Selain itu juga luka bakar membutuhkan perawatan yang lama sehingga mengganggu pasien dalam melakukan aktifitas. Hal ini menumbuhkan stres, rasa cemas dan takut.

f. Aktifitas/Istirahat

Tanda : Pada pasien luka bakar terdapat penurunan kekuatan alat gerak dan mengalami nyeri dibagian lukanya, sehingga pasien sulit untuk melakukan aktifitas/istirahat yang diakibatkan oleh nyeri dibagian luka.

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); pembentukan 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

1. 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.

2. Mata

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

3. Hidung

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

4. Mulut

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

5. Telinga

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

6. Leher

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

b. Kompensasi untuk mengatasi kekurangan cairan.

4) Pemeriksaan thorak/dada

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

5) Abdomen

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

6) 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.

7) 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).

8) Pemeriksaan kulit

Merupakan pemeriksaan pada darah yang mengalami luka bakar (luas dan kedalaman luka). Prinsip pengukuran Presentase luas luka bakar menurut kaidah 9 (rule of nine lund and browder)

Rule Of Nine Lund And Browder

Bagian tubuh	1 tahun	2 tahun	Dewasa
Kepala dan leher	18%	14%	9%
Ekstremitas atas	18%	18%	18%
Badan depan	18%	18%	18%
Badan belakang	18%	18%	18%
Ekstremitas bawah	27%	31%	36%
Genetalia	1%	1%	1%

Menurut (Purwanto, 2016)

9) 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, analisi gas darah dengan carboxyhemoglobin, analisis urine, *creatinin phosphokinse* 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 yang Mungkin Muncul menurut SDKI tahun 2017.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik dan kimiawi (D.0077)
- b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor elektrik (D.0129)
- c. Hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif (D.0023)
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (D.0142)
- e. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan volume cairan (D.0009)
- f. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan (D.0019)

3 Perencanaan

NO	Dx Keperawatan	SLKI (TUJUAN)	SIKI (PERENCANAAN)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik dan kimiawi (D.0077) Defenisi : Pengalaman sensorik atau emisional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil (L.08066) a. Keluhan nyeri menurun b. Meringis menurun c. Sikap protektif menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal

	<p>aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung 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 meningkat</p> <p>b. Pola napas berubah</p> <p>c. Nafsu makan berubah</p> <p>d. Proses berpikir terganggu</p> <p>e. Menarik diri</p> <p>f. Berfokus pada diri sendiri</p> <p>g. Diaforesis</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 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>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>h. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>i. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>j. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Teraupetik</p> <p>a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu 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</p>
--	---	---	---

			<p>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	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor elektrik(D.0129)</p> <p>Defenisi : 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 (Tidak tersedia)</p> <p>DO</p> <p>a. Kerusakan jaringan atau kerusakan lapisan kulit</p> <p>Tanda Minor</p> <p>DS (Tidak tersedia)</p> <p>DO</p> <p>a. Nyeri</p> <p>b. Perdarahan</p> <p>c. Kemerahan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil</p> <p>(L.14125)</p> <p>a. Kerusakan jaringan menurun</p> <p>b. Kerusakan kulit menurun</p> <p>c. Nyeri menurun</p> <p>d. Perdarahan menurun</p> <p>e. Kemerahan menurun</p> <p>f. Hematoma menurun</p>	<p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p>Teraupetik</p> <p>a. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</p> <p>b. Lakukan pemijatan pada area penonjolan jika perlu</p> <p>c. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama diare</p> <p>d. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering</p> <p>e. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hepoalergik pada kulit sensitif</p> <p>f. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan menggunakan pelembab (mis : lotion,</p>

	d. Hematoma		<p>serum)</p> <p>b. Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>c. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>d. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</p> <p>e. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</p> <p>f. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar makan</p> <p>g. Anjurkan mandi menggunakan sabun secukupnya</p>
3	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif (D.0023)</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</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan status 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</p>	<p>Manajemen hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Periksaan tanda dan gejala hipovolemia</p> <p>b. Monitor intake dan output cairan Teraupetik</p> <p>a. Hitung kebutuhan cairan</p> <p>b. Berikan posisi modified Trendelemburg</p> <p>c. Berikan asupan cairan oral</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan memperbanyak asupan</p>

	<p>menyempit</p> <p>e. Tugor kulit menurun</p> <p>f. Membran 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>b. Mengeluh haus</p> <p>DO</p> <p>a. Pengisian menurun</p> <p>b. Status mental berubah</p> <p>c. Suhu tubuh meningkat</p> <p>d. Konsentrasi urine meningkat</p> <p>e. Berat badan turun tiba tiba</p>	<p>membaik</p>	<p>cairan oral</p> <p>b. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)</p> <p>b. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)</p> <p>c. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. Albumin, Plasmanate)</p> <p>d. Kolaborasi pemberian produk darah</p>
4	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer ; kerusakan integritas kulit.</p> <p>Pertahanan sekunder tidak adekuat ; penurunan hemoglobin, supresi respon inflamasi.</p> <p>Defenisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil(L.14137)</p> <p>a. Demam menurun</p> <p>b. Nafsu makan membaik</p> <p>c. Nyeri menurun</p> <p>d. Periode menggigil menurun</p> <p>e. Kadar sel darah putih membaik</p>	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</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>

	patogenik	<p>f. Kultur darah membaik</p> <p>g. Kultur urine membaik</p> <p>h. Kultur area luka membaik</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> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
5	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan volume cairan</p> <p>Defenisi : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh</p> <p>Tanda Mayor</p> <p>DS (tidak tersedia)</p> <p>DO</p> <p>a. Pengisian kapiler >3 detik</p> <p>b. Nadi perifer menurun atau tidak</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil(L.02011)</p> <p>a. Penyembuhan luka meningkat</p> <p>b. Denyut nadi meningkat</p> <p>c. Sensasi meningkat</p> <p>d. Warna kulit pucat menurun</p> <p>e. Edema menurun</p> <p>f. Nyeri ekstremitas menurun</p>	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Periksa sirkulasi perifer (mis. edema, nadi perifer, pengisian kapiler, warna,suhu, ankle brachial index)</p> <p>b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi (mis. diabetes perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</p> <p>c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada ekstremitas</p>

	<p>teraba</p> <p>c. Akral teraba dingin</p> <p>d. Warna kulit pucat</p> <p>e. Tugor kulit menurun</p> <p>Tanda Minor</p> <p>DS</p> <p>a. Parastesia</p> <p>b. Nyeri ekstremitas</p> <p>DO</p> <p>a. Edema</p> <p>b. Penyembuhan luka lama</p> <p>c. Indeks ankle brachial <0,90</p> <p>d. Bruit femoral</p>	<p>g. Parastesia menurun</p> <p>h. kelemahan otot menurun</p> <p>i. Kram otot menurun</p> <p>j. Bruit fornoralis menurun</p> <p>k. Nekrosis menurun</p> <p>l. Pengisian kapiler membaik</p> <p>m. Akral membaik</p> <p>n. Tugor kulit membaik</p>	<p>Terapeutik</p> <p>a. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</p> <p>b. Hindari pengukuran tekanan darah pada area ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</p> <p>c. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</p> <p>d. Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>e. Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>f. Lakukan hidrasi</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan berhenti merokok</p> <p>b. Anjurkan berolahraga rutin</p> <p>c. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar</p> <p>d. Anjurkan menggunakan obat penurunan tekanan darah, antikoagulan, penurunan kolesterol, jika perlu</p> <p>e. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>f. Anjurkan menghindari penggunaan obat</p>
--	--	---	--

			<p>penyekat beta</p> <p>g. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melebarkan kulit pada kaki)</p> <p>h. Anjurkan program rehabilitas</p> <p>i. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p> <p>j. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilang rasa)</p>
6	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan</p> <p>Defenisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p>Tanda Mayor</p> <p>DS (Tidak tersedia)</p> <p>DO</p> <p>a. Berat badan menurun minimal 10% dibawah ideal</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil (L.03030)</p> <p>a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</p> <p>b. Kekuatan otot pengunyah meningkat</p> <p>c. Kekuatan otot menelan meningkat</p> <p>d. Serum albumin meningkat</p> <p>e. Perasaan cepat kenyang menurun</p> <p>f. Nyeri abdomen</p>	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi status nutrisi</p> <p>b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>c. Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</p> <p>e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</p> <p>f. Monitor asupan</p>

	<p>Tanda Minor</p> <p>DS</p> <p>a. Cepat kenyang setelah makan</p> <p>b. Kram/nyeri abdomen</p> <p>c. Nafsu makan menurun</p> <p>DO</p> <p>a. Bising usus hiperaktif</p> <p>b. Otot pengunyah lemah</p> <p>c. Otot menelan lemah</p> <p>d. Membran mukosa pucat</p> <p>e. Sariawan</p> <p>f. Serum albumin turun</p> <p>g. Rambut rontok berlebihan</p> <p>h. Diare</p>	<p>menurun</p> <p>g. Rambut rontok menurun</p> <p>h. Diare menurun</p>	<p>makanan</p> <p>g. Monitor berat badan</p> <p>h. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>b. fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)</p> <p>c. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>d. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>e. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>f. Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>g. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan posisi duduk, jika mampu</p> <p>b. Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</p> <p>b. Kolaborasi dengan</p>
--	---	--	--

			ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
--	--	--	--

4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik untuk menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Hasian & Yanti, 2019)

5 Evaluasi

Evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada pasien (Hasian & Yanti, 2019)

BAB III

Metode Penelitian

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang dilakukan untuk melihat gambaran dan mendeskripsikan suatu fenomena secara sistematis dan akurat yang terjadi dalam suatu populasi tertentu (Masturoh & Anggita, 2018). 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 telah dilakukan di Ruang Luka Bakar IRNA Bedah RSUP dr M. Djamil Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan November 2022 sampai Juni 2023. Peneliti telah melakukan penelitian dari tanggal 04-08 April 2023.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien luka bakar di Ruang luka bakar IRNA bedah RSUP dr M.Djamil Padang. Jumlah disaat penelitian 3 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang secara nyata diteliti dan ditarik kesimpulan. Penelitian dengan menggunakan sampel lebih menguntungkan dibandingkan dengan penelitian menggunakan populasi karena penelitian menggunakan sampel lebih hemat biaya, waktu dan tenaga. Langkah awal untuk menentukan sampel, pertama mambatasi jenis populasi atau menentukan populasi target (Masturoh & Anggita, 2018). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling

populasi atau menentukan populasi target (Masturoh & Anggita, 2018). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik purposive sampling adalah cara penarikan sampel yang dilakukan dengan memilih subjek berdasarkan pada karakteristik tertentu dianggap mempunyai hubungan dengan karakteristik populasi yang sudah diketahui sebelumnya (Masturoh & Anggita, 2018).

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu (Masturoh & Anggita, 2018)

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. Ataupun dengan kata lain, kriteria inklusi merupakan ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi

- 1). Pasien bersedia menjadi responden
- 2). Pasien kooperatif dan dapat berkomunikasi verbal
- 3). Pasien dengan hari rawatan lebih 5 hari.

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.

- 1). Pasien dengan penurunan kesadaran
- 2). Pasien dengan hari rawatan kurang dari 5 hari.

Populasi penelitian adalah 3 orang pasien yang dirawat dengan luka bakar. Saat penelitian dilakukan didapatkan 1 pasien yang memenuhi kriteria inklusi pada kriteria yang ditetapkan.

D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data

Instrument adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam suatu penelitian yang berasal dari tahapan bentuk konsep, konstuk, dan variabel sesuai dengan kajian teori yang mandalam(Masturoh & Anggita, 2018) Alat atau instrument pengumpulan data berupa format tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi dalam hal ini terlampir. Instrument yang akan digunakan dalam penelitian ini dalam bentuk format pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Alat yang digunakan untuk pemeriksaan fisik yaitu tensimeter, stetoskop, thermometer, penlight, LILA, mictroise (alat ukur tinggi badan) dan timbangan.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik dan observasi langsung dan studi dokumentasi.

1. Format pengkajian keperawatan terdiri dari : 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 diagnose keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, diagnose keperawatan, tanggal, dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf masalah dipecahkan.
4. Format intervensi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan SIKI
5. Format implementasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnose keperawatan, implementasi keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan

6. Format evaluasi keperawatan terdiri dari : nama pasien, nomor rekam medis, hari dan tanggal, diagnose keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan.

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara merupakan proses komunikasi atau interaksi untuk mengumpulkan informasi dengan cara tanya jawab antara peneliti dengan informan atau subjek penelitian (Masturoh & Anggita, 2018).

Dalam penelitian ini wawancara yang dilakukan menggunakan wawancara tidak terstruktur dan semi terstruktur. Wawancara tidak terstruktur bersifat fleksibel dan peneliti dapat mengikuti persepsi dan pemikiran partisipan. Pewawancara bebas mengajukan pertanyaan kepada informan berdasarkan jawabannya. Sedangkan wawancara semi terstruktur dimulai dari pertanyaan yang tercakup dalam pedoman wawancara. Wawancara semi terstruktur bertujuan untuk memastikan peneliti mengumpulkan data yang lengkap dan dapat menghemat waktu (Avia & Yunike, 2022)

2. Observasi

Selain wawancara, observasi juga merupakan salah satu teknik pengumpulan data yang sangat sering dilakukan. Observasi adalah kegiatan dengan menggunakan panca indera, bisa penglihatan, penciuman, pendengaran, untuk memperoleh informasi yang diperlukan untuk menjawab masalah peneliti. Hasil observasi berupa aktivitas, kejadian, peristiwa, objek, kondisi atau suasana tertentu, dan perasaan emosi seseorang (Masturoh & Anggita, 2018).

Dalam observasi ini, peneliti mengobservasi atau melihat kondisi dari pasien seperti keadaan umum pasien dan mengobservasi

tindakan apa saja yang telah dilakukan perawat ruangan pada pasien.

3. Pengukuran

Pengukuran adalah pengumpulan data penelitian dengan mengukur objek dengan menggunakan alat ukur tertentu, misalnya berat badan menggunakan alat timbang 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.

4. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan cara pengumpulan data peneliti melalui dokumen (data sekunder) seperti data statistik, status pemeriksaan pasien, rekam medic, laporan dan lain-lain (Hidayat, 2021).

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 kuesioner (Avia & Yunike, 2022).

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 (Avia & Yunike, 2022)

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

Analisis yang telah peneliti lakukan pada penelitian ini yaitu menganalisis temuan data yang didapatkan pada saat pengkajian yang dikelompokkan berdasarkan data objektif dan subjektif, sehingga dapat merumuskan diagnosa keperawatan, kemudian menyusun rencana keperawatan dan melakukan implementasi keperawatan serta evaluasi keperawatan. Analisis selanjutnya membandingkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan dengan teori dan dinarasikan.

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 Jl. 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 Ruangan luka bakar melibatkan 1 partisipan. Pasien bernama Tn.J berusia 28 tahun, berjenis kelamin laki-laki. Pasien dengan No MR 01.17.xx.xx, masuk kerumah sakit dengan diagnosa medis Luka Bakar *Total Body Surface Area 20%*. Pengumpul data dilakukan pada tanggal 04 – 08 April 2023.

1. Hasil Pengkajian

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

Pasien bernama Tn.J berusia 28 tahun berjenis kelamin laki-laki, tanggal lahir 10 Oktober 1994, menikah, pendidikan SMA, Agama Islam, pekerjaan wiraswasta dengan Dx : Luka Bakar dengan *Total Body Surface Area 20%*, dengan No MR 01.17.xx.xx. Pasien masuk rumah sakit pada hari senin tanggal 03 April 2023 melalui igd Rumah sakit RSUP dr. M. Djamil Padang pada pukul 17.30 WIB datang bersama dengan keluarganya dengan keluhan luka bakar yang

disebabkan oleh api rokok yang jatuh kedalam bensin saat pasien memindahkan bensin dari jerigen besar kedalam jerigen kecil.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 04 April 2023 pada hari rawatan ke dua. Pasien mengeluh nyeri dibagian yang terkena luka bakar, nyeri terasa menusuk nusuk, pasien mengatakan skala nyerinya 7 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 juga mengatakan sering merasa haus, menggigil, sering terbangun malam hari. Pasien tampak gelisah karena nyeri yang dialami, selalu waspada untuk menghindari gerak karena akan menimbulkan rasa nyeri, bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar, kulit pasien tampak memerah dan sedikit ada pus, Pasien tampak menggigil, pasien hanya terbaring lemah ditempat tidur dan tidak bisa melakukan aktifitas.

Data hasil pemeriksaan fisik pada tanggal 04 April 2023. Tn.J dengan kesadaran compos mentis, GCS 15, tanda-tanda vital Tn.J yaitu tekanan darah 153/76 mmHg, suhu 37,8⁰C, pernapasan 20x/m dan nadi 103x/m. Tn.j memiliki berat badan 85kg dan tinggi badan 175cm. Tn.J memiliki bentuk kepala normal, simetris terdapat luka bakar dibagian wajah, leher dan telinga pasien dengan luas 9%. Pemeriksaan ekstremitas bawah terdapat luka bakar dibagian lutut kiri kanan sebesar 1% dan ekstremitas atas terdapat luka bakar dibagian tangan sebelah kanan dengan luas 9%.

Data hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 04 April 2023 di dapatkan hasil pemeriksaan darah Hemoglobin 17,4 g/dL (13.0 – 16.0), nilai Leukosit 7,62 10³/mm³ (5.0 – 10.0), nilai Hematokrit 52 % (40.0 – 48.0), nilai Trombosit 250 10³/mm³ (150 – 400), nilai MCV 85 fL (82.0 – 92.0), nilai MCH 29 pg (27.0 – 31.0), nilai MCHC 34 % (32.0 – 36.0), nilai RDW-CV

12,1 % (11,5 – 14,5). Program pengobatan yang diberikan adalah NaCl 0,9% dengan tetesan 25/menit, katekolak 3x30 mg, ceftriaxion 2x1 gram.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan di tegakan berdasarkan pengkajian yang di dapatkan berupa data subjektif, data objektif, peneliti telah menyesuaikan dengan SDKI pada Tn.J. Berikut ini diagnosa 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 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 153/76 mmHg, pernapasan 20x/menit, nadi 103x/menit dan suhu tubuh pasien 37,8⁰c.
- b. 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 20%
- c. 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 37,8⁰c.

- d. 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.
- e. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif ditandai dengan pasien sering merasa haus dan didapatkan balance cairan pasien dengan kekurangan cairan sebanyak 200

3. Intervensi Keperawatan

Setelah didapatkan beberapa diagnosa keperawatan yang ditemukan 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 :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik. Intervensi keperawatannya 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. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis. Intervensi keperawatan adalah perawatan integritas kulit diantaranya, identifikasi penyebab gangguan kulit, gunakan

produk berbahan alami/ringan dan hepoalergik pada kulit, anjurkan minum air yang banyak, anjurkan meningkat nutrisi.

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer. 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.
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Intervensi keperawatan adalah dukungan mobilisasi diantaranya, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor tekanan darah pasien, libatkan keluarga untuk membantu pasien untuk melakukan aktifitas, jelaskan tujuan dan prosedur.
- e. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif. Intervensi keperawatan adalah manajemen hipovolemia diantaranya, periksa tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan, hitung kebutuhan cairan pasien, dan kolaborasi pemberian cairan RL.

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 Tn.J 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. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan mekanis

Implementasi yang dilakukan pada Tn.J adalah memonitor tanda-tanda vital, mengidentifikasi penyebab gangguan kulit, berikan produk berbahan ringan seperti aileset untuk mempercepat penyembuhan luka bakar.

c. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer

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

d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

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

e. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif

Implementasi yang dilakukan pada Tn.J adalah memonitor status cairan pada pasien luka bakar.

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 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 masih ada pus dibagian kulit yang terkena luka bakar.
- c. 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 masih tampak pus dibagian luka bakar pasien dan pasien tampak menggigil karena demam.
- d. 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.

- e. Evaluasi pada diagnosa hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif belum teratasi pada hari ke lima. Didukung dengan data pasien mengatakan masih merasa haus dan didapatkan balance cairan kurang 200

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 masalah-masalah pasien sehingga dapat memberikan arahan terhadap tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

a. Identitas pasien

Pasien bernama Tn.J berusia 28 tahun berjenis kelamin laki-laki, tanggal lahir 10 Oktober 1994, menikah, pendidikan SMA, Agama Islam, pekerjaan wiraswasta dengan Dx : Luka Bakar dengan *Total Body Surface Area* 20%, dengan No MR 01.17.xx.xx.

Menurut (Medicine, 2019), luka bakar lebih banyak di alami oleh laki-laki dewasa yang diakibatkan oleh kecelakaan kerja seperti luka bakar yang disebabkan oleh listrik dan api. Data ini di dukung saat peneliti melakukan penelitian, terdapat 3 orang pasien luka bakar yang sedang berawat di RSUP dr M Djamil Padang

dengan jenis kelamin laki-laki. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan ada kesamaan antara hasil dan teori.

b. Riwayat kesehatan

1. Keluhan Utama Masuk

Berdasarkan pengkajian yang didapatkan, Pasien masuk kerumah sakit pada hari senin tanggal 03 April 2023 melalui igd Rumah sakit RSUP dr. M. Djamil Padang pada pukul 17.30 WIB datang bersama dengan keluarganya dengan keluhan luka bakar yang disebabkan oleh api rokok yang jatuh kedalam bensin saat pasien memindahkan bensin dari jerigen besar kedalam jerigen kecil.

Menurut (Hasliani, 2019), luka bakar adalah trauma yang diakibatkan oleh kontak langsung dengan panjangan api, listrik maupun bahan kimia. Angka kejadian luka bakar yang paling sering terjadi yaitu minyak panas 64,3%, air panas 14,3%, listrik dan api 7,1%, strika 6%, oven 1%.

2. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 04 April 2023 pada hari rawatan ke dua. Pasien mengeluh nyeri dibagian yang terkena luka bakar, nyeri terasa menusuk nusuk, pasien mengatakan skala nyerinya 7 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 juga mengatakan sering merasa haus, menggigil, sering terbangun malam hari.

Nyeri merupakan ketidaknyamanan yang dirasakan oleh pasien luka bakar, nyeri yang dirasakan disebabkan oleh kerusakan jaringan epidermis dan dermis. Biasanya pada pasien luka

bakar derajat ke dua terasa lebih nyeri dibandingkan dengan luka bakar derajat pertama (Anggowarsito, 2014). Nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensorik dan juga emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, karena luka bakar dapat menyebabkan jaringan kulit rusak yang akan menimbulkan rasa nyeri dibagian luka bakar tersebut (Yudhanarko et al., 2019).

C. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik pada tanggal 04 April 2023. Tn.J dengan kesadaran compos mentis, GCS 15, tanda-tanda vital Tn.J yaitu tekanan darah 153/76 mmHg, suhu 37,8⁰C, pernapasan 20x/m dan nadi 103x/m. Tn.j memiliki berat badan 85kg dan tinggi badan 175cm. Tn.J memiliki bentuk kepala normal, simetris terdapat luka bakar dibagian wajah, leher dan telinga pasien dengan luas 9%. Pemeriksaan ekstremitas bawah terdapat luka bakar dibagian lutut kiri kanan sebesar 1% dan ekstremitas atas terdapat luka bakar dibagian tangan sebelah kanan dengan luas 9%, luas luka bakar pada pasien adalah 20% dengan grade 2.

Menurut penelitian (Marpaung, 2019), pemeriksaan fisik pada luka bakar dapat ditentukan dengan cara menentukan kedalaman luka bakar, menentukan luas luka bakar tersebut, perubahan yang dapat terjadi pada pasien luka bakar.

Pemeriksaan fisik yang telah peneliti lakukan, terdapat luas luka bakar sebesar 20% dan terdapat nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar.

d. Pemeriksaan penunjang

Data hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 04 April 2023 di dapatkan hasil pemeriksaan darah Hemoglobin 17,4 g/dL (13.0 – 16.0), nilai Leukosit $7,62 \cdot 10^3/\text{mm}^3$ (5.0 – 10.0), nilai

Hematokrit 52 % (40.0 – 48.0), nilai Trombosit $250 \times 10^3/\text{mm}^3$ (150 – 400), nilai MCV 85 fL (82.0 – 92.0), nilai MCH 29 pg (27.0 – 31.0), nilai MCHC 34 % (32.0 – 36.0), nilai RDW-CV 12,1 % (11,5 – 14,5)

Menurut penelitian (Rahayuningsih, 2012), pasien luka bakar biasanya akan beresiko terjadinya hipovolemia, 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 pasien masih normal

e. Terapi Pengobatan

Program pengobatan yang diberikan adalah NaCl 0,9% dengan tetesan 25/menit, katekolak 3x30 mg, ceftriaxion 2x1 gram.

Menurut penelitian (Haikal & Susilo, 2021) ada kesamaan dengan peneliti temukan pada responden, karena pada pengkajian responden mengalami luka bakar dengan nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar dengan skala nyerinya 7, tampak meringis dan GCS 15, pada pemeriksaan paru, jantung, abdomen dan thorak tidak ada kelainan pada responden. Pada pemeriksaan laboratorium darah tidak didapatkan kelainan pada responden.

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 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 153/76 mmHg, pernapasan 20x/menit, nadi 103x/menit dan suhu tubuh pasien 37,8⁰c.

Nyeri pada pasien luka bakar dapat dipengaruhi oleh dengan luas luka bakar, pasien dengan luas luka bakar yang terbanyak terjadi yaitu dengan luas 20%>, 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 penelitian pada partisipan terdapat kesamaan antara teori dengan kasus yang dialami oleh partisipan.

2. 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 20%.

Penelitian yang dilakukan (Herdawati & Kurniawaty, 2019), semua luka bakar membutuhkan penanganan medis yang segera karena beresiko terhadap infeksi, dehidrasi dan komplikasi serius. Tindakan perawatan luka bakar merupakan salah satu tindakan yang harus dilakukan pada pasien luka bakar karena akan mengalami gangguan integritas kulit yang memungkinkan terjadinya masalah kesehatan yang lebih serius.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah peneliti lakukan ada kesamaan antara teori dengan kasus yang peneliti temukan.

3. 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 37,8⁰c.

(Santosa & Anggraini, 2021) menyebutkan didalam penelitiannya, luka bakar derajat 2 jika penyembuhan luka bakarnya lama akan menyebabkan infeksi, biasanya gejala infeksi yang terjadi pada pasien luka bakar dapat kita lihat dari pasien itu sendiri seperti pasien tampak menggigil, suhu tubuh pasien meningkat, adanya kemerahan dibagian luka bakar pasien, nyeri dibagian luka bakar pasien dan peningkatan sel dara putih.

Berdasarkan hasil penelitian yang peneliti lakukan teori dengan kasus yang terjadi pada pasrtisipan sama karena dibagian kulit pasien terdapat keadaan luka dengan kemerahan, suhu tubuh pasien meningkat.

4. 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 lakuakn teori dengan kasus yang terjadi pada partisipan sama dengan hasil yang ditemukan.

Menurut penelitian (paklis M.B Hale 2019) tidak sama dengan diagnosa yang peneliti temukan pada responden, karena peneliti mengangkat diagnosa nyeri akut berhubungan dengn agen pencenderaan fisik, gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan

nyeri dan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer.

- e. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif ditandai dengan pasien sering merasa haus dan didapatkan balance cairan pasien dengan kekurangan cairan sebanyak 200

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. Diagnosa 2 : 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 20%.

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

- c. Diagnosa 3 : 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.

4. Diagnosa 4 : 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.

Intervensi keperawatan adalah dukungan mobilisasi diantaranya, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor tekanan darah pasien, libatkan keluarga untuk membantu pasien untuk melakukan aktifitas, jelaskan tujuan dan prosedur.

Menurut penelitian (Karil Dhea Verginia Tandi 2021) Memiliki kesamaan intervensi yang peneliti lakukan terhadap responden.

5. Diagnosa 5: Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif. Intervensi keperawatan adalah manajemen hipovolemia diantaranya, periksa tanda dan gejala hipovolemia, monitor intake dan output cairan, hitung kebutuhan cairan pasien, dan kolaborasi pemberian cairan RL.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik untuk menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Hasian & Yanti, 2019).

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. mengidentifikasi penyebab gangguan kulit, berikan produk berbahan ringan seperti ailluset untuk mempercepat penyembuhan luka bakar. menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien, batasi jumlah kunjungan untuk pencegahan penyebaran patogen. mengidentifikasi keluhan fisik pasien, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dan memonitor status cairan pada pasien luka bakar.

Menurut (Karil Dhea Verginia Tandi 2021) Implementasi yang peneliti lakukan berbeda dengan penelitiannya, Karena peneliti

mengajarkan responden untuk melakukan teknik non farmakologis dan peneliti melakukan perawatan luka bakar.

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 dibagain 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 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 masih ada pus dibagian kulit yang terkena luka bakar.
- c. 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 masih tampak pus dibagian luka bakar pasien dan pasien tampak menggigil karena demam.

- d. 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

- e. Evaluasi pada diagnosa hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif belum teratasi pada hari ke lima. Didukung dengan data pasien mengatakan masih merasa haus dan didapatkan balance cairan kurang 200

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan kepada Tn.J 28 tahun, di dapat Tn.j dengan diagnosa medis luka bakar dengan *Total Body Surface Area* 20%, Tn.J mengeluh nyeri dibagian yang terkena luka bakar dan mengatakan sering terbangun karena nyeri, Tn.J mengatakan skala nyerinya 7 dengan nyeri terasa menusuk dan muncul ketika pasien melakukan pindah dari tempat tidur kedalam tempat mandi. Tn.J tampak gelisah karena nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar, Tn.J tampak meringis kesakitan karena nyeri di bagian luka bakar, tekanan darah 153/76 mmHg, pernapasan 20x/menit, nadi 103x/menit dan suhu tubuh pasien 37,8⁰c.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Tn.J yaitu nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik, Gangguan integritas kulit berhubungan dengan mekanis, Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif.

3. Rencana keperawatan

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.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada Tn.J 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 dan memonitor status cairan pada pasien.

5. Hasil evaluasi Keperawatan pada Tn.J selama lima hari dengan metode penilaian Subjektive, Objektif, Assasment, Planning (SOAP). Pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan pencenderaan fisik belum teratasi pada hari ke lima, gangguan integritas kulit berhubungan dengan mekasin belum teratasi pada hari kelima, Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer belum teratasi pada hari ke lima, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri belum teratasi pada hari ke lima, Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif belum teratasi pada hari ke lima.

B. Saran

1. Bagi Pimpinan dan Perawat Ruang RSUP dr. M. Djamil Padang

Melalui pempinan rumah sakit untuk dapat memotivasi dan memberi pelayanan dengan teknik non farmakologis untuk menurunkan tingkat nyeri

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar dan perbandingan pada penelitian selajutnya terhadap penelitian pada pasien dengan luka bakar

Daftar pustaka

- Anggowarsito, J. L. (2014). Luka Bakar Sudut Pandang Dermatologi. *Jurnal Widya Medika*, 2(2), 115–120.
<http://jurnal.wima.ac.id/index.php/JWM/article/view/852>
- Avia, I., & Yunike, & dkk. (2022). *Penelitian Keperawatan* (p. 160).
- Christianingsih, S., & Puspitasari, L. E. (2021). Pendidikan Kesehatan Dengan Media Leaflet dan Vidio Dalam Meningkatkan Pertolongan Pertama Luka Bakar A Comparative Study Of Health Education With Leaflet Media And Video In Improving Knowledge On First Aid Burnings Siska Christianingsih * Lilik Eka Puspi. *Journals of Ners COmmunity*, 12(November), 245–256.
- 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>
- Hardiana, S. (2020). *Penatalaksanaan Resusitasi Cairan pada Pasien Luka Bakar*. 3(3), 47–53.
- Hasian, L., & Yanti, A. (2019). *Modul Dokumentasi Keperawatan* (p. 179).
- Hasliani. (2019). *Sistem integumen* (p. 95).
- 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>
- Hidayat. (2021). *Studi Kasus Keperawatan*.
- Kemenkes. (2019). kemeskes RI. *Carbohydrate Polymers*, 6(1), 5–10.
- Marpaung, S. H. S. (2019). Pelaksanaan Proses Pengkajian Keperawatan Pada Pasien Luka Bakar. *INA-Rxiv Papers*.
- Masturoh, I., & Anggita, N. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan* (p. 307).
- Medicine, N. L. of. (2019). *Pengaruh perbedaan jenis kelamin pada pasien luka bakar dewasa di negara berkembang*.
- Purwaningsih, L. A., & Rosa, E. M. (2016). Respon Adaptasi Fisiologis Dan

- Psikologis Pasien Luka Bakar Yang Diberikan Kombinasi Alternative Moisture Balance Dressing Dan *Hospital Majapahit* ..., 41–49. <http://ejournal.stikesmajapahit.ac.id/index.php/HM/article/view/121>
- Purwanto. (2016). KMB II. In *keperawatan medikal medah II*.
- Rahayuningsih, T. (2012). Combustio/Burn). *Profesi*, 08(September), 1–13.
- Rudi&Maria. (2019). KMB II. In *keperawatan medikal medah II* (p. 380).
- 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.
- 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*, 98–105. <https://doi.org/10.34035/jk.v9i1.266>
- Tholib. (2021). *Tatalaksana Dasar Luka Bakar* (p. 163).
- Ulima Larissa, Anggraini Janar Wulan, A. Y. P. (2017). Pengaruh Binahong terhadap Luka Bakar Derajat II. *Jurnal Majority*, 7(1), 130–134.
- Who, 2018. (2018). No Title. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>. Accessed 2nd October 2018.
- 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>

Lampiran 2

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS HADIR
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

Nama : **Muhammad Zakia**
 NIM : **203110117**
 Mata Kuliah : **Ns. Nskr, M.Pd, M.kop**
 Lokasi : **Audien Keperawatan pada Pasien Luka Bakar di RSUD di M. Djamil Padang**

NO	Tanggal	Kegiatan atau Series Pembelajaran	Lainnya
1	16 Desember 2021	Perawatan luka	
2	17 Desember 2021	Keperawatan luka	
3	18 Desember 2021	Keperawatan luka	
4	19 Desember 2021	Keperawatan luka	
5	20 Desember 2021	Keperawatan luka	
6	21 Desember 2021	Keperawatan luka	
7	22 Desember 2021	Keperawatan luka	
8	23 Desember 2021	Keperawatan luka	
9	24 Desember 2021	Keperawatan luka	
10	25 Desember 2021	Keperawatan luka	

Doc. of Diurnal 12/12/2021

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKES KEMENKES RI PADANG

Nama : Muhammad Zahid
 NIM : 203110137
 Pembimbing I : Ns. Netti, M.Pi, M.Kep
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Luka Bakar di
 RSUD dr M Djamil Padang

NO	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	2/5/2023	komparasi April 2023	
2	5/5/2023	komparasi April 2023	
3	10/05/2023	komparasi BAB IV	
4	12/05/2023	komparasi BAB IV	
5	15/05/2023	komparasi BAB V	
6	17/5/2023	komparasi BAB V	
7	19/5/2023	komparasi BAB V	
8	25/5 - 2023	kebing Terahir	
9		Doc dr R. ... 28/5/2023	
10			

Cara

1. Lembar Kerja harus dibawa setiap kali pertemuan
2. Lembar kerangka diuraikan ke bagian yang sesuai oleh siswa pada saat pertemuan

Mengajar
Kelas Praktikum Keperawatan



N. Y. H. Cahyani, M. Kom

NIP. 19701119902205

Poltekkes Kemenkes Padang

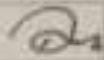
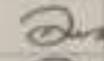
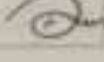
Lampiran 3

LEMBAR KONSULTASI KARVA TULIS ILMIAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKES KEMENKES RI PADANG

Nama : Muhammad Zaki
NIM : 203110137
Pembimbing II : Ns. Sila Dewi Anggrini, M.Kep.
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Luka Bakar di RSUD dr M Djamil Padang

NO	Tanggal	Kegiatan atau Surun Pembimbing	Tanda Tangan
1	09 Januari 2021	ada judul skripsi	
2	13 Januari 2021	kerangka BAB I	
3	14 Januari 2021	paragraf BAB I	
4	20 Januari 2021	kerangka BAB 2-3	
5	23 Januari 2021	paragraf BAB 2-3	
6	25 Januari 2021	ada Judang Paragraf	
7	1 Februari 2021	kerangka BAB 4 dan 5	
8	13 Februari 2021	kerangka paragraf 4 dan 5	
9	16 Februari 2021	kerangka paragraf BAB 4-5	

Poltekkes Kemenkes Padang

10	10 Mei 2023	Kurva Persegi panjang p.1-5	
11	27 Mei 2023	Perencanaan siklus kunjungan pembelajaran	
12	30 Mei 2023	Aksi belajar kerja	

Catatan:

1. Lembar kerja harus dibuat setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat penulisan sidang

Mengedahi
Kons Prodi D-III Keperawatan Padang



N. Yuni Rahayu, M.Kes

NIP. 197504211099022001

Poltekkes Kemenkes Padang



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

DIREKTORAT JENDRAL TENAGA KEPERAWATAN

POLITEKNIK KESEHATAN PADANG

Jl. Jenderal Sudirman 1071, Padang 25139, Sumatera Barat, 25139, Indonesia, 25139, Padang
 Jurusan Keperawatan (2711) 25139, Prof. R. Soedjadi, 25139, Padang, Jurusan Kesehatan Lingkungan (2712) 25139, Padang
 Jurusan Gizi (2713) 25139, Ardi, 25139, Padang, Jurusan Keperawatan (2714) 25139, Prof. Salsabilla, 25139, Padang
 Jurusan Keperawatan Gigi (2715) 25139, 25139, Jurusan Praktek Keperawatan
 Website: <http://www.poltekkespadang.ac.id/>

Nomor: PP-03.01/ (Agg.) / 2022 10 November 2022
 Lamp: -
 Perihal: Survei Survey Data

Kepada Yth.
 Direktur RSUD Dr. M. Djamal Padang
 Di
 Tempat

Dengan hormat,

Selubungan dengan dilakukannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan
 hasil Karya Tulis Mahasiswa Program Studi D.III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Politeknik
 Kesehatan Padang Semester Ganjil TA. 2022/2023, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu
 untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Survey Data di Instalasi yang Bapak/Ibu
 Pimpin:


No	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Nadya Cahya	201110136	Analisa Keperawatan pada pasien dengan Demam Meningeal, Virus Epstein-Barr (RUCP DR. M. D. JAMIL Padang)
2	Mahmud Zakir	201110117	Analisa Keperawatan pada Pasien Luka Bakar di RUCP (DR. M. D. JAMIL PADANG)

Ditandatangani dan disertai foto profil dan biodata Bapak/Ibu serta capaian dengan
 nomor surat:



Dr. Suphan Marwan, SK.M.Kep
 NIP. 19610111400011001

Lampiran 5



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang 25117 Telp. 0751- 32191, 30003, 30004, ext 140
Email : rsup@rsupm.padang.go.id

NOTA DINAS
Nomor: LB.01.020XVI.1.3.2/145-1812022

YB: 1. Ka. Instalasi Eukam Medis
2. Ka. IRNA Bedah

Dit: Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
Hal: 12m Survei Ases
Tanggal: 22 November 2022


Selengkapnya dengan perihal tersebut di bawah ini akan diadakan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan sebagai berikut:


Nama : Muhammad Zaki
NIK/ID : 202110127
Instansi : DIII Program Dual Keahlian Kesehatan Profesi Kesehatan Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Dapokita dalam rangka melakukan penelitian dengan judul

"Asuhan Keperawatan pada Pasien Luka Bakar di RSUP Dr. M. Djamil Padang"

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


Dr. Agus Zaki

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
Jl. Sekeloa Selatan 1 No. 15 Padang 25139
Jl. Sekeloa Selatan 1 No. 15 Padang 25139
Jl. Sekeloa Selatan 1 No. 15 Padang 25139
Jl. Sekeloa Selatan 1 No. 15 Padang 25139
Jl. Sekeloa Selatan 1 No. 15 Padang 25139
Jl. Sekeloa Selatan 1 No. 15 Padang 25139
Jl. Sekeloa Selatan 1 No. 15 Padang 25139
Jl. Sekeloa Selatan 1 No. 15 Padang 25139

No. : PP.03.01/06471/2023
Perihal : *izin Penelitian*
31 Januari 2023

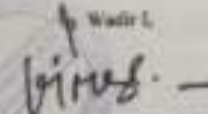
Yth Direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang
Di
Tempat.

Dengan hormat,


Selubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin s.d :

NID	N A M A / NIM	JUDUL KTI
1	Muhammad Zakia / 203110137	Absahan Keperawatan pada Pasien Luka Bakar di Ruang Luka Bakar IRNA Rumah RSUP Dr. M.Djamil Padang

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

Wafir L.

Dr. Gemadi, STP, MPH
NIP. 1971041301904031001

Lampiran 7



KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"

Nomor : LB.H2.02/5.Y/182/2023

Prosedur penelitian yang diusulkan oleh
The research protocol proposed by

Peneliti utama
Principal Investigator : Muhammad Zakia

Nama Institusi : Program Studi D.III Keperawatan
Name of the Institution : Poltekkes Kemenkes BI

se/Dengan/judul
Title

**"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Luka Bakar di Ruang Luka Bakar IRNA Redah RSUP
Dr. M.Djamil Padang Tahun 2023"**

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Sainis, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Duplikasi/Exploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman GUMI 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risk, 5) Perturbation/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 GUMI Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.


Pernyataan Etik Etik ini berlaku selama kurun waktu Januari 2023 sampai dengan Januari 2024

This declaration of ethics applies during the period January 2023 until January 2024

Padang, 29 Maret 2023
Chairperson


Dr. Dr. Gita Anwar S. HUSRI FINSY TASY
NIP. 19601126 2010012014

Lampiran 8

**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang, 25127 Telp. (0751) 22171, 24022, 40274, 444 240
Email: rsup@rsupdjamilpadang.com

NOTA DINAS
Nomor: DP.03.01/XVI.1.3.01/14/VI/2023

Yth. Ka. Instalasi Rawat Inap Bedah

Dari Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Hal Izin Melakukan Penelitian

Tanggal 03 April 2023


Selubungan dengan surat Wadir 1 Poltekkes Kesehatan Padang Nomor
PP.03.01/00672/2023 tanggal 31 Januari 2023 perihal tersebut di atas, bersama ini
kami kirimkan peneliti:

Nama Muhammad Zakir
NIM/BP 203110137
Institusi DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang


Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka
pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul

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

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


Muhammad Zakir

Kami mohon diampunai kembali apabila yang bersangkutan telah selesai mengerjakan
tugas penelitian.

**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 26127 Telp. (0754) 32371, 810213, 810214 ext.240
Email : dsdm@djamilpadang.com

NOTA DINAS
Nomor: DP/03.01/XVI.1.3.2/584/V/2023

Yth. Ka. Instalasi Rawat Inap Bedah

Dari Sup Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Hal Izin Melakukan Penelitian

Tanggal 03 April 2023

Selubungan dengan surat Wedir 1 Poltekkes Kesehatan Padang Nomor PP.03.01/00672/2023 tanggal 31 Januari 2023 perihal tersebut di atas, bersama ini kami kirimkan peneliti:

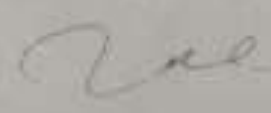

Nama Muhammad Zaki
NIM/BP 203110137
Instansi DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di Instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul

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


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


asa poltekkes padang
yang menyetujui atas



Dr. Adhikari Cahya

Nota Dinas disampaikan melalui aplikasi yang terintegrasi dengan sistem informasi manajemen data penelitian

Lampiran 10

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT LUKA PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG
Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25117
Phone : (0751) 32371, 810253, 940254 Fax : (0751) 32371
Website : www.rsjamil.co.id, Email : rsujdjamil@yahoo.com



SURAT KETERANGAN
DP.03.01/XVI.1.3.2/31/V/2023

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Adnan Zahr
NIP : 197309112008012008
Jabatan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Muhammad Zakia
NIM/BP : 202110137
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Profesi Kemerkes Padang


Telah resmi melakukan penelitian di IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 04 April 2023 s.d 08 April 2023, guna pendataan karya tulis/karya ilmiah/disertasi yang berjudul :


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

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 18 Mei 2023

s.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan


dr. Adnan Zahr
NIP. 197309112008012008

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PADANG

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



FORMAT PENGKAJIAN LUKA BAKAR

NAMA MAHASISWA : Muhammad Zakia
NIM : 203110137
RUANGAN PRAKTEK : Luka Bakar IRNA Bedah RSUP dr Mdjamil
Padang

A. IDENTITAS KLIEN DAN KELUARGA

1. Identitas Klien

Nama : Tn.J
Umur : 28 Thn
Jenis Kelamin : LK-LK
Pendidikan : SMA
Alamat : Desa 16 Napal Pauh Serolangun Jambi

2. Identifikasi Penanggung jawab

Nama : Ny.N
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Desa 16 Napal Pauh Serolangun Jambi
Hubungan : Istri

3. Diagnosa Dan Informasi Medik Yang Penting Waktu Masuk

Tanggal Masuk : 03/04/2023
No. Medical Record : 01.17.xx.xx
Ruang Rawat : Luka Bakar IRNA Bedah RSUP dr Mdjamil Padang
Diagnosa Medik : Luka Bakar Api *Total Body Surface Area 20%*

dengan Grade 2

4. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

- Keluhan Utama Masuk : Pasien datang dengan keluarga melalui igd pada tanggal 03-04-2023 pukul 17.30 wib dengan keluhan luka bakar api seluruh wajah, leher, tangan sebelah kanan dan lutut kiri kanan yang disebabkan dengan luas luka bakar sebesar 20%, disebabkan oleh api rokok yang jatuh saat memindahkan besin dari jerigen besar kedalam jerigen kecil.

- Keluhan Saat Ini (Waktu Pengkajian) :

Pada saat dilakukan pengkajian pada hari selasa tanggal 04 April 2023. Pasien mengeluh Nyeri dibagian luka yang terbakar, nyeri terasa menusuk nusuk, Pasien mengatakan skala nyeri 7 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 dibagian lutut kiri dan kanan pasien. Balance cairan pada pasien didapatkan intake cairan 2500 ml dan output cairan 2700 ml, Pasien terpasang infus RL dikaki sebelah kiri.

- b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu : Pasien mengatakan pasien tidak memiliki penyakit untuk merubah kemampuan memenuhi kebutuhan cairan dan pertahanan terhadap infeksi (diabetes meletus, gagal jantung, sirosis hepatis dan gangguan pernapasan).
- c. Riwayat Kesehatan Keluarga : Pasien mengatakan tidak ada memiliki anggota keluarga yang punya penyakit keturunan dan menular seperti diabetes meletus, tuberkulosis.

5. Kebutuhan Dasar

a. Makan

Sehat : Pasien mengatakan makan pasien waktu sehat 3x/hari dan selalu habis

Sakit : Sejak dirawat hari senin kemaren makan pasien selalu habis dengan makan 3x/hari

- b. Minum
- Sehat : Pasien mengatakan minum pasien sejak sehat normal yaitu 2L/hari
- Sakit : Sejak dirawat pasien hanya minum 1L/hari
- c. Tidur
- Sehat : Tidur pasien normal 8jm/hari
- Sakit : Saat dirawat pasien sering terbangun karna nyeri dibagian luka bakar.
- d. Mandi
- Sehat : Mandi pasien sewaktu sehat 2x/hari
- Sakit : Sejak dirawat pasien mandi 1x/hari
- 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
- Sakit : Sejak sakit pasien tidak bisa melakukan aktifitas dan dibantu oleh istri atau perawat ruangan karena luka bakar yang berada di kedua ekstremitas bawah pasien.

6. Pemeriksaan Fisik

- Keadaan Umum : Compos mentis
- Tinggi / Berat Badan : 175 cm / 85 kg
- Tekanan Darah : 153/76 mmHg

- Suhu : 37,8 °C
- Nadi : 103 X / Menit
- Pernafasan : 20 X / Menit
- Wajah : Adanya kulit pada wajah pasien yang terkena luka bakar sebesar 4%.
- Dada : Dibagian dada sebelah kanan pasien terdapat luka bakar sebesar 0,5%.
- Bahu Kiri : Dibagian bahu sebelah kiri terdapat luka bakar sebesar 0,5%.
- Rambut : Bersih tidak ada ketombe dan warna rambut hitam.
- Telinga : Simetris kiri kanan terdapat luka bakar 1%.
- Mata : Simetris, konjungtiva tidak anemis.
- Hidung : Tidak ada pernapasan cuping.
- Leher : Tidak ada pembengkakan, ada kulit leher yang terkena luka bakar sebesar 4%.
- Toraks : I : Simetris kiri kanan
A : Vesikuler
P : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan
P : Sonor
- Jantung : I : Iktus kordis tidak terlihat
A : Irama jantung regular tidak ada suara tambahan

- P : Iktus kordis teraba 1 jari medial RIC IV
- Paru paru : I : Simetris kiri kanan
- A : Reguler ada suara tambahan
- P : Terdengan sonor
- P : fremitus kiri dan kanan
- Abdomen : I : Simetris kiri kanan, tidak ada lesi
- A : Bising usus terdengkan sebanyak 26x
- P: Tidak ada nyeri tekan
- P: Timpani
- Kulit : Dibagian kulit terdapat luka bakar sebesar 20%
- Ekstremitas : Atas : Dibagian tangan sebelah kanan terdapat luka bakar sebanyak 9%.
Bawah: Dibagian lutut kiri dan kanan terdapat luka bakar sebanyak 1%.

Gambar



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 minang, dapat menjawab pertanyaan dengan jelas
- Konsep Diri : Pasien menerima keadaannya sekarang, karena setiap penyakitnya pasti bisa diobati
8. Data Sosial : Sewaktu sehat pasien senang bersosialisasi dengan tetangga maupun orang lain
9. Data Spiritual : Pasien beragama islam dan selalu menjalankan sholat 5 waktu.
10. Lingkungan Tempat Tinggal
- Tempat pembuangan kotoran : Pasien menggunakan wc yang menggunakan laher angsa dan disalurkan kedalam septik tang
- Tempat pembuangan sampah : dibuang kedalam bak sampah yang terletak dibelakang rumah
- Pekarangan : Bersih disapu 1x/hari
- Sumber air minum : Sumur gali
- Pembuangan air limbah : ke dalam selokan

11. Pemeriksaan Diagnostik laboratorium / pemeriksaan penunjang tanggal 04 April 2023

a. laboratorium / pemeriksaan penunjang

Nama pemeriksaan	Nilai	Satuan	Nilai Normal
Hemoglobin	17,4	g/dL	13.0-16.0

Leukosit	7,62	$10^3/\text{mm}^3$	5.0-10.0
Hematokrit	52	%	40.0-48.0
Trombosit	250	$10^3/\text{mm}^3$	150-400
MCV	85	fL	82.0-92.0
MCH	29	Pg	27.0-31.0
MCHC	34	%	32.0-36.0
RDW-CV	12,1	%	11.5-14.5

12. Program Terapi Dokter

Nama Obat	Dosis	Cara
Katerolak	30 mg	IV
Cetriaion	1 gram	IV
RL	500 ml	IV

_____, _____
Mahasiswa,

(MUHAMMAD ZAKIA)

NIM : 203110137

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Tn.J

NO. MR : 01.17.04.16

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1	<p>DO:</p> <p>Pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>Bersikap tampak melindungi luka</p> <p>Pasien tampak gelisah karena nyeri di luka bakar</p> <p>TD: 153/76 mmHg</p> <p>RR: 20X/Menit</p> <p>HR: 103X/Menit</p> <p>T: 37,8⁰C</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: Nyeri 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>DS:</p> <p>Pasien mengeluh nyeri dibagian luka bakarnya.</p> <p>Pasien sering terbangun dari tidurnya karena nyeri yang dialaminya.</p> <p>Pasien mengatakan skala nyerinya 7</p>	<p>Agen pencenderaan fisik</p>	<p>Nyeri Akut</p>
2	<p>DO:</p> <p>Bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar.</p> <p>Kulit pasien yang terkena luka</p>	<p>Faktor Mekanis</p>	<p>Gangguan integritas Kulit</p>

	<p>bakar tampak merah.</p> <p>Kulit pasien yang terkena luka bakar sebesar 20%</p> <p>DS:</p> <p>Pasien mengeluh nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar.</p>		
3	<p>DO:</p> <p>Tampak dibagian luka bakar pasien adanya pus.</p> <p>Pasien tampak menggigil karena suhu tubuh yang tinggi</p> <p>TD: 153/76 mmHg</p> <p>RR: 20X/Menit</p> <p>HR: 103X/Menit</p> <p>T: 37,8⁰C</p> <p>DS:</p>	<p>Ketidakadekuatan Pertahanan tubuh primer</p>	<p>Resiko infeksi</p>
4	<p>DO:</p> <p>Pasien tampak sulit mengangkat kedua kakinya karena luka bakar di bagian lutut kiri dan kanan.</p> <p>Pasien merasa nyeri saat kakinya diangkat karena nyeri di bagian luka bakar.</p> <p>DS:</p> <p>Pasien mengeluh nyeri saat ingin melakukan aktifitas.</p> <p>Pasien mengatakan selalu berusaha untuk menghindari gerak dibagian luka bakarnya.</p>	<p>Nyeri</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>
5	<p>DO:</p> <p>Didapatkan total Balance Cairan pasien dengan intake cairan 2500 (minum 1000 ml/hari dan infus RL 1500/hari) Output cairan 2700/hari</p>	<p>Kekurangan cairan aktif</p>	<p>Hipovolemia</p>

	DS: Pasien mengatakan sering merasa haus		
--	---	--	--

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN: Tn.J

NO. MR : 01.17.04.16

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

PERENCANAAN KEPERAWATAN

NAMA PASIEN: Tn.J

NO. MR : 01.17.04.16

NO	DIAGNOSA	SLKI (TUJUAN)	SIKI (PERENCANAAN)
1	Nyeri akut berhubungan dengan 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, intensitas nyeri. b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Teraupetik a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mempengaruhi rasa nyeri b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi a. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
2	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor Mekanis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x24 jam, diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil a. Kerusakan kulit menurun b. Nyeri menurun	Perawatan integritas kulit Observasi a. Identifikasi penyebab gangguan kulit Teraupetik a. Gunakan produk berbahan alami/ingan dan hepoalergik pada kulit Edukasi

		c.Kemerahan menurun	a.Anjurkan minum air yang cukup b.Anjurkan meningkatkan nutrisi
3	Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan 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	Pencegahan Infeksi Observasi a.Monitor tanda dan gejala Teraupetik a.Batasi jumlah pengunjung b.cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien Edukasi a.Jelaskan tanda dan gejala b.Ajarkan kepada keluarga pasien cuci tangan yang benar c.Anjurkan meningkatkan nutrisi
4	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil a.Kekuatan otot meningkat b.Nyeri dibagian luka bakar menurun c.Kecemasan untuk melakukan gerak menurun	Dukungan mobilisasi Observasi a.Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b.Monitor tekanan darah pasien Teraupetik a.Libatkan keluarga untuk membantu pasien untuk melakukan aktifitas Edukasi a.Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.
5	Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam, diharapkan status cairan	Manajemen Hipovolemia Observasi a.Periksaan tanda dan gejala Hipovolemia

	aktif	<p>membaik dengan kriteria hasil</p> <p>a. Output cairan meningkat</p> <p>b. Keluhan haus menurun</p> <p>c. Intake cairan membaik</p>	<p>b. Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terupetik</p> <p>a. Hitung kebutuhan cairan</p> <p>b. berikan asupan oral</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan memperbanyak asupan cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi pemberian cairan RL</p>
--	-------	---	---

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN: Tn.J

NO. MR : 01.17.04.16

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan (SOAP)	Paraf
Selasa/04-04-2023	Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik	a.Monitor tanda-tanda vital b.Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. c.Identifikasi skala nyeri d.Berikan teknik nonfarmakologis untuk mempengaruhi rasa nyeri (tarik nafas dalam)	S: Pasien mengatakan merasakan nyeri dibagi luka bakar yang dialami oleh pasien Pasien mengatakan skalanya nyeri 7 O: Pasien tampak meringis TD: 153/76 mmHg RR: 20X/Menit HR: 103X/Menit T: 37,8 ⁰ C p: Luka bakar yang disebabkan oleh api dan mengganggu waktu tidur pasien q: Terasa menusuk dibagian luka bakar r: Terasa dibagian luka bakar pasien s: Skala nyeri 7 t: Muncul ketika pasien bergerak dan sedang melakukan mandi untuk membersihkan Luka bakarnya A:Masalah nyeri akut belum teratasi P:Intervensi dilanjutkan	
	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor Mekanis	a.Monitor tanda-tanda vital b.Identifikasi penyebab gangguan kulit c.Berikan produk berbahan	S: Pasien mengatakan nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar O: Bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar.	

		alami/ringan dan hepoalergik pada kulit (seperti ailuset) d.Melakukan perawatan luka bakar	Kulit pasien yang terkena luka bakar tampak merah. Pasien tampak meringis kesakitan karena luka bakar TD: 153/76 mmHg RR: 20X/Menit HR: 103X/Menit T: 37,8 ⁰ C A:Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
	Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer	a.Monitor tanda-tanda vital b.Monitor tanda dan gejala c.Batasi jumlah pengunjung d.cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien e.Atur suhu ruangan pasien	S:- O: Tampak dibagian luka bakar pasien adanya pus. Pasien tampak menggigil karena suhu tubuh pasien yang tinggi TD: 153/76 mmHg RR: 20X/Menit HR: 103X/Menit T: 37,8 ⁰ C A:Masalah resiko infeksi belum teratasi P:intervensi dilanjutkan	
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	a.Monitor tanda-tanda vital b.Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya c.Libatkan keluarga untuk membantu pasien untuk melakukan aktifitas	S: Pasien mengeluh nyeri saat ingin melakukan aktifitas. Pasien selalu menghindari untuk melakukan gerak O: Pasien tampak sulit mengangkat kedua kakinya karena luka bakar di bagian lutut kiri dan kanan. Pasien merasa nyeri saat kaki nya diangkat karena nyeri di bagian luka bakar. TD: 153/76 mmHg	

			RR: 20X/Menit HR: 103X/Menit T: 37,8 ⁰ C A:Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P:intervensi dilanjutkan
	Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif	a.Periksaan tanda dan gejala Hipovolemia b.Monitor intake dan output cairan	S:Pasien mengatakan sering merasa haus O:Urine pasien 900/8jam Minum pasien 1000ml/hari dan pasien terpasang infus dengan total 1500/hari A:Masalah hipovolemia belum teratasi P:Intervensi keperawatan dilanjutkan
Rabu/05-04-2023	Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik	a.Monitor tanda-tanda vital b.Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. c.Identifikasi skala nyeri d.Berikan teknik nonfarmakologis untuk mempengaruhi rasa nyeri (tarik nafas dalam)	S: Pasien mengatakan nyerinya terasa ketika pasien tidak meminum obat dan tidak melakukan tarik nafas dalam O: Pasien tampak sudah mulai bisa melakukan tarik nafas dalam Tampak meringis pasien berkurang ketika pasien melakukan tarik nafas dalam TD: 145/78 mmHg RR: 20X/Menit HR: 105X/Menit T: 37,5 ⁰ C p: Luka bakar yang disebabkan oleh api dan mengganggu

			<p>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>P: Intervensi dilanjutkan.</p>	
	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor Mekanis</p>	<p>a. Monitor tanda-tanda vital</p> <p>b. Identifikasi penyebab gangguan kulit</p> <p>c. Berikan produk berbahan alami/ringan dan hepoalergik pada kulit (seperti ailuset)</p> <p>d. Melakukan perawatan luka bakar</p>	<p>S: Pasien masih mengeluh nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar.</p> <p>O: Bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar. Kulit pasien yang terkena luka bakar tampak merah. Pasien tampak meringis.</p> <p>Kulit pasien tampak masih banyak pus</p> <p>TD: 145/78 mmHg</p> <p>RR: 20X/Menit</p> <p>HR: 105X/Menit</p> <p>T: 37,5⁰C</p> <p>A: Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p>	<p>a. Monitor tanda-tanda vital</p> <p>b. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>c. Monitor tekanan darah pasien</p>	<p>S: Pasien mengeluh nyeri saat ingin melakukan aktifitas. Pasien mengatakan enggan untuk melakukan gerak</p> <p>O: Pasien tampak sulit untuk menggerakkan kedua</p>	

		<p>d.Libatkan keluarga untuk membantu pasien untuk melakukan aktifitas</p> <p>e.Bantu pasien jika ingin melakukan aktifitas</p>	<p>kakinya karena luka bakar yang berada dilutut kiri kanan pasien.</p> <p>Pasien tampak lemah karena luka bakar yang diderita pasien.</p> <p>TD: 145/78 mmHg RR: 20X/Menit HR: 105X/Menit T: 37,5⁰C</p> <p>A:Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P:intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer</p>	<p>a.Monitor tanda-tanda vital</p> <p>b.Monitor tanda dan gejala</p> <p>c.Batasi jumlah pengunjung</p> <p>d.cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien</p> <p>e.Atur suhu ruangan pasien</p>	<p>S:Pasien merasa merasa menggigil</p> <p>O: Tampak dibagian luka bakar pasien adanya pus.</p> <p>Pasien tampak menggigil sudah berkurang</p> <p>pasien tampak memahami cara cuci tangan yang benar</p> <p>TD: 145/78 mmHg RR: 20X/Menit HR: 105X/Menit T: 37,5⁰C</p> <p>A:Masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P:intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif</p>	<p>a.Periksaan tanda dan gejala Hipovolemia</p> <p>b.Monitor intake dan output cairan</p>	<p>S:Pasien mengatakan sering merasa haus</p> <p>O:Urine pasien 900/8jam</p> <p>Minum pasien 1000ml/hari dan pasien terpasang infus dengan total 1500/hari</p> <p>A:Masalah hipovolemia belum</p>	

			teratasi P: Intervensi keperawatan dilanjutkan	
Kamis/06-04-2023	Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik	a. Monitor tanda-tanda vital b. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. c. Identifikasi skala nyeri d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. e. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mempengaruhi rasa nyeri (tarik nafas dalam) f. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mengatur suhu ruangan)	S: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri dibagi luka bakar yang dialami oleh pasien Pasien mengatakan sudah melakukan cara teknik nafas dalam Skala nyerinya masih 7 O: Pasien tampak masih meringis yang disebabkan oleh nyeri dibagian luka bakar TD: 141/79 mmHg RR: 20X/Menit HR: 104X/Menit T: 37,9°C p: Luka bakar yang disebabkan oleh api dan mengganggu waktu tidur pasien q: Terasa menusuk dibagian luka bakar r: Terasa dibagian luka bakar pasien s: Skala nyeri 7 t: Muncul ketika pasien bergerak dan sedang melakukan mandi untuk membersihkan Luka bakarnya A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
	Gangguan integritas kulit berhubungan	a. Monitor tanda-tanda vital b. Berikan	S: Pasien mengeluh masih nyeri dibagian kulit yang terkena	

	dengan Faktor Mekanis	produk berbahan alami/ringan dan hepoalergik pada kulit (seperti ailuset) setiap melakukan redresing c.Melakukan perawatan luka bakar	luka bakar. O: Bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar. Kulit pasien yang terkena luka bakar tampak merah. Pasien tampak meringis. Kulit pasien yang terkena luka bakar masih ada pus yang cukup banyak TD: 141/79 mmHg RR: 20X/Menit HR: 104X/Menit T: 37,9°C A:Masalah Gangguan integritas kulit belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	a.Monitor tanda-tanda vital b.Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya c.Monitor tekanan darah pasien d.Libatkan keluarga untuk membantu pasien untuk melakukan aktifitas Seperti memindahkan pasien dari tempat tidur kedalam bak mandi untuk membersihkan luka bakar pasien	S: Pasien mengeluh nyeri saat ingin melakukan aktifitas. Pasien mengatakan selalu menghindari gerak O: Pasien tampak masih sulit untuk melakukan gerak karena luka bakar yang berada di bagian lutut kiri kanan belum sembuh dengan baik. Pasien masih mengeluh nyeri saat kakinya diangkat TD: 141/79 mmHg RR: 20X/Menit HR: 104X/Menit T: 37,9°C A:Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P:intervensi dilanjutkan	

	Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer	a. Monitor tanda-tanda vital b. Batasi jumlah pengunjung c. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien d. Atur suhu ruangan pasien	S: Keluarga pasien sudah tau mengenai tatacara cuci tangan yang benar sebelum kontak dengan pasien O: Tampak dibagian luka bakar pasien adanya pus. Pasien tampak menggigil karena suhu tubuh pasien yang tinggi TD: 141/79 mmHg RR: 20X/Menit HR: 104X/Menit T: 37,9°C A: Masalah resiko infeksi belum teratasi P: intervensi dilanjutkan	
	Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif	a. Periksa tanda dan gejala Hipovolemia b. Monitor intake dan output cairan	S: Pasien mengatakan sering merasa haus O: Urine pasien 900/8jam Minum pasien 1000ml/hari dan pasien terpasang infus dengan total 1500/hari A: Masalah hipovolemia belum teratasi P: Intervensi keperawatan dilanjutkan	
Jumat/07-04-2023	Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik	a. Monitor tanda-tanda vital b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan	S: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri dibagi luka bakar yang dialami oleh pasien Pasien mengatakan sudah melakukan cara teknik nafas	

		<p>nyeri.</p> <p>d.anjurkan melakukan teknik norfarmakologis untuk mempengaruhi rasa nyeri (tarik nafas dalam)</p> <p>e.Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mengatur suhu ruangan)</p>	<p>dalam</p> <p>Skala nyerinya 7</p> <p>O: Pasien tampak meringis</p> <p>TD: 140/75 mmHg</p> <p>RR: 20X/Menit</p> <p>HR: 100X/Menit</p> <p>T: 37,6⁰C</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>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor Mekanis</p>	<p>a.Monitor tanda-tanda vital</p> <p>b.Berikan produk berbahan alami/ringan dan hepoalergik pada kulit (seperti ailuset) setiap melakukan redresing</p> <p>c.Melakukan perawatan luka bakar</p>	<p>S: Pasien masih mengeluh nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar.</p> <p>O: Bagian kulit pasien tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar. Kulit pasien yang terkena luka bakar tampak merah. Pasien tampak meringis.</p> <p>Kulit pasien yang terkena luka bakar tambak ada pus</p> <p>TD: 140/75 mmHg</p> <p>RR: 20X/Menit</p> <p>HR: 100X/Menit</p> <p>T: 37,6⁰C</p> <p>A:Masalah gangguan integritas</p>	

			<p>kulit belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p>	<p>a. Monitor tanda-tanda vital</p> <p>b. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>c. Monitor tekanan darah pasien</p> <p>d. Libatkan keluarga untuk membantu pasien untuk melakukan aktifitas Seperti memindahkan pasien dari tempat tidur kedalam bak mandi untuk membersihkan luka bakar pasien</p>	<p>S: Pasien mengeluh nyeri saat ingin melakukan aktifitas. Pasien mengatakan enggan untuk melakukan gerak</p> <p>O: Pasien masih tampak sulit untuk mengangkat kedua kakinya karena lutut kiri kanan masih belum sembuh</p> <p>Pasien tampak meringis saat melakukan gerak</p> <p>TD: 140/75 mmHg</p> <p>RR: 20X/Menit</p> <p>HR: 100X/Menit</p> <p>T: 37,6⁰C</p> <p>A: Masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer</p>	<p>a. Monitor tanda-tanda vital</p> <p>b. Batasi jumlah pengunjung</p> <p>c. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien</p> <p>d. Atur suhu ruangan pasien</p>	<p>S: Keluarga pasien sudah tau mengenai tatacara cuci tangan yang benar sebelum kontak dengan pasien</p> <p>O: Tampak dibagian luka bakar pasien adanya pus. Pasien tampak menggigil.</p> <p>TD: 140/75 mmHg</p> <p>RR: 20X/Menit</p> <p>HR: 100X/Menit</p> <p>T: 37,6⁰C</p> <p>A: Masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	

	Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan aktif	a.Periksaan tanda dan gejala Hipovolemia b.Monitor intake dan output cairan	S:Pasien mengatakan sering merasa haus O:Urine pasien 900/8jam Minum pasien 1000ml/hari dan pasien terpasang infus dengan total 1500/hari A:Masalah hipovolemia belum teratasi P:Intervensi keperawatan dilanjutkan	
Sabtu/08-04-2023	Nyeri akut berhubungan dengan pencederaan fisik	a.Monitor tanda-tanda vital b.Identifikasi skala nyeri c.Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. d.anjurkan melakukan teknik nonfarmakologis untuk mempengaruhi rasa nyeri (tarik nafas dalam) e.Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mengatur suhu ruangan)	S: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri dibagi luka bakar yang dialami oleh pasien Pasien mengatakan sudah melakukan cara teknik nafas dalam Skala nyerinya 7 O: Pasien masih tampak meringis karena nyeri dibagian luka bakar TD: 139/75 mmHg RR: 20X/Menit HR: 102X/Menit T: 38,4°C p: Luka bakar yang disebabkan oleh api dan mengganggu waktu tidur pasien q: Terasa menusuk dibagian luka bakar r: Terasa dibagian luka bakar pasien s: Skala nyeri 7 t: Muncul ketika pasien bergerak dan sedang melakukan mandi untuk	

			membersihkan Luka bakarnya A:Masalah nyeri akut belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan Faktor Mekanis	a.Monitor tanda-tanda vital b.Berikan produk berbahan alami/ringan dan hepoalergik pada kulit (seperti ailuset) setiap melakukan redresing c.Melakukan perawatan luka bakar	S: Pasien masih mengeluh nyeri dibagian kulit yang terkena luka bakar. O: Bagian kulit pasien masih tampak rusak yang disebabkan oleh luka bakar. Kulit pasien yang terkena luka bakar tampak merah. Pasien tampak meringis. Pus dibagian kulit pasien masih banyak TD: 139/75 mmHg RR: 20X/Menit HR: 102X/Menit T: 38,4 ⁰ C A:Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	a.Monitor tanda-tanda vital b.Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya c.Monitor tekanan darah pasien d.Libatkan keluarga untuk membantu pasien untuk melakukan aktifitas Seperti	S: Pasien masih mengeluh nyeri saat ingin melakukan aktifitas. Pasien mengatakan enggan untuk melakukan gerak O: Pasien tampak sulit untuk melakukan gerak kerana nyeri dibagian lutut kiri kanan Pasien tampak sulit untuk mengangkat kedua kakinya. TD: 139/75 mmHg	

		memindahkan pasien dari tempat tidur kedalam bak mandi untuk membersihkan luka bakar pasien	RR: 20X/Menit HR: 102X/Menit T: 38,4 ⁰ C A:Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P:intervensi dilanjutkan	
	Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer	a.Monitor tanda-tanda vital b.Batasi jumlah pengunjung c.cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien d.Atur suhu ruangan pasien	S:Keluarga pasien sudah tau mengenai tatacara cuci tangan yang benar sebelum kontak dengan pasien Pasien mengatakan masih merasa menggigil dan merasa demam O: Tampak dibagian luka bakar pasien masih adanya pus. Pasien tampak menggigil karena suhu tubuh pasien TD: 139/75 mmHg RR: 20X/Menit HR: 102X/Menit T: 38,4 ⁰ C A:Masalah resiko infeksi belum teratasi P:intervensi dilanjutkan	
	Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan cairan	a.Periksaan tanda dan gejala Hipovolemia b.Monitor intake dan output cairan	S:Pasien mengatakan sering merasa haus O:Urine pasien 900/8jam Minum pasien 1000ml/hari dan pasien terpasang infus dengan total 1500/hari A:Masalah hipovolemia belum teratasi P:Intervensi	

			keperawatan dilanjutkan	
--	--	--	----------------------------	--