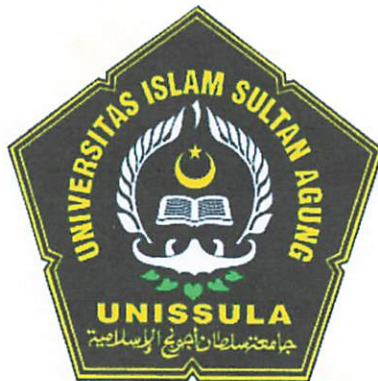


**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M DENGAN
LUKA BAKAR DI RUANG BAITUR RAHMAN
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Nur Hayatiningsih
NIM. 89.33.12891

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan di depan Tim
Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan
Unissula Semarang pada :

Hari : Kamis

Tanggal : 27 Mei 2010



Semarang, 27 Mei 2010

Pembimbing

Ns.Muh. Abdurrouf, S.kep.

NIK. 210 902 011

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 31 Mei 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 31 Mei 2010

Tim Penguji,

Penguji I



(Ns. Retno Setyawati, M.Kep., Sp.KMB.)

NIK : 210 996 002

Penguji II



(Ns. Muh. Abdurrouf, S.Kep.)

NIK: 210 902 011

Penguji III



(Ns. Nani Prasanti, S.kep)

NIK : 933 114 65

MOTTO

“Allah tidak akan merubah nasib seseorang selama seseorang itu tidak merubahnya”

“Katakan sebenarnya walaupun pahit rasanya”

*“Perbedaan tidaklah selalu lebih baik,
akan tetapi yang terbaik selalu berbeda”*

*”Jadikanlah dirimu berguna buat orang lain walupun itu hanya kepada bapak
dan ibumu”*



KATA PENGANTAR

Dengan mengucap puji syukur kepada Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya yang diberikan. Akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul “ ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.M DENGAN LUKA BAKAR DIRUANG BAITURRAHMAN RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG“. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam program Diploma III Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Islam Sultan Agung Semarang. Karya tulis ilmiah ini mengacu pada literatur yang berkaitan dengan judul.

Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng, selaku rektor Universitas Islam Sultan Agung.
2. Bapak Iwan Ardian SKM, selaku Dekan Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM selaku kaprodi DIII Keperawatan.
4. RSI Sultan agung Semarang sebagai lahan praktik tempat tempat diambilnya Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Muh.Abdurrouf, Skep, Ns. Selaku Dosen pembimbing dalam Ujian Keperawatan Medikal.

6. Bapak, Ibu Dosen serta staf karyawan Fakuultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah banyak membantu dalam proses belajar mengajar.
7. Bapak, Ibu, Kakak tercinta yang telah memberikan semangat dan dukungan baik moril maupun materil dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Buat Nur.K yang telah memberikan kasih sayangnnya dan semangat dan motivasi-motivasinya.
9. Sahabat-sahabatku.
10. Teman-teman seangkatan dan seperjuangan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dengan kerendahan hati, penulis hanya dapat memanjatkan doa kepada Allah SWT semoga amal kebaikan beliau mendapatkan imbalan yang sesuai, serta semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi para pembaca.

Semarang, Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iii
HALAMAN MOTTO	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	2
1. Tujuan Umum	2
2. Tujuan Khusus	2
C. Manfaat Penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR	
A. Konsep Dasar Penyakit	4
1. Pengertian	4
2. Etiologi	4
3. Patofisiologi	6
4. Manifestasi Klinis	11
5. Pemeriksaan Penunjang	12
6. Komplikasi	12
7. Penatalaksanaan	14

B. Konsep Dasar Keperawatan	15
C. Pathways	29
BAB III RESUME KEPERAWATAN	
A. Pengkajian	30
1. Identitas.....	30
2. Riwayat Kesehatan Klien.....	30
3. Fokus Pengkajian.....	31
4. Pemeriksaan Fisik.....	32
5. Terapi dan pemeriksaan laboratorium.....	32
B. Analisa Data	33
C. Rencana Keperawatan	34
BAB IV PEMBAHASAN	32
BAB V PENUTUP	41
A. Kesimpulan.....	41
B. Saran.....	42
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah.

Luka bakar merupakan luka yang sering terjadi di sekitar kita dan dapat terjadi oleh setiap usia. Luka bakar yang sering terjadi yaitu luka yang disebabkan oleh kecelakaan rumah tangga. Luka bakar yang tidak ditangani dengan segera dapat menyebabkan kematian. Luka bakar biasanya menyebabkan trauma yang cukup besar bagi pasien. Setelah luka itu sembuh juga akan menimbulkan masalah baru yaitu bekas luka bakar yang biasanya membekas dan menyebabkan harga diri rendah bagi klien.

Menurut Suzanne (2002) kurang lebih 2,5 juta orang mengalami luka bakar di Amerika Serikat setiap tahunnya. Dari kelompok ini 200.000 pasien memerlukan penanganan rawat jalan dan 100.000 pasien dirawat di rumah sakit. Sekitar 12.000 orang meninggal setiap tahunnya akibat luka bakar dan cedera inhalasi yang berhubungan dengan luka bakar. Satu juta hari kerja hilang setiap tahunnya karena luka bakar. Lebih separuh dari kasus-kasus luka bakar yang dirawat di rumah sakit seharusnya dapat dicegah

Anak-anak kecil dan orang tua merupakan populasi yang beresiko tinggi untuk mengalami luka bakar. Kaum remaja laki-laki dan pria dalam usia kerja juga lebih sering menderita luka bakar ketimbang yang diperkirakan lewat representasinya dalam total populasi. Sebagian besar luka bakar terjadi di rumah. Memasak, memanaskan atau menggunakan alat-alat

listrik merupakan pekerjaan yang lazimnya terlibat dalam kejadian ini. Kecelakaan industri juga menyebabkan banyak kejadian luka bakar.

The National institute of burn medicine yang mengumpulkan data-data statistik dari berbagai pusat luka bakar di Amerika Serikat mencatat bahwa sebagian besar pasien 75% merupakan korban dari perbuatan mereka sendiri. Tersiram air mendidih pada anak-anak yang baru belajar berjalan, bermain-main dengan korek api pada anak-anak usia sekolah, cedera karena arus listrik pada remaja laki-laki.

Perawat dapat memainkan peranan yang aktif dalam pencegahan kebakaran dan luka bakar dengan mengajarkan konsep-konsep pencegahan dan mempromosikan undang-undang tentang pengamanan tentang kebakaran.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan penulisan karya tulis ini untuk mengetahui asuhan keperawatan pada Tn. M dengan luka bakar di Ruang Baiturrahman Rumah Sakit Islam Sultan Agung.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui konsep dasar penyakit dan asuhan keperawatan pada pasien dengan luka bakar
- b. Mengetahui pengkajian secara menyeluruh pada klien dengan luka bakar.
- c. Mengetahui menganalisa dan menentukan masalah keperawatan

pada klien luka bakar.

- d. Mengetahui intervensi dan implementasi untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul pada klien luka bakar.
- e. Mampu menggambarkan evaluasi tindakan keperawatan yang dilaksanakan pada klien dengan luka bakar.

C. Manfaat Penulisan

Karya Tulis Ilmiah yang dibuat penulis diharapkan bermanfaat bagi pihak - pihak terkait, antara lain :

1. Penulis

Sebagai pedoman bagi penulis untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan penulis, baik dari segi konsep dasar penyakit maupun konsep dasar keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami luka bakar.

2. Institusi Pendidikan

Dapat digunakan sebagai kepustakaan bagi mahasiswa dalam menyusun asuhan keperawatan pada luka bakar.

3. Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai acuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien luka bakar.

4. Masyarakat

Sebagai pedoman untuk peningkatan pengetahuan pembaca tentang apa yang harus dilakukan jika menjumpai atau mengalami luka bakar.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Luka bakar adalah luka yang timbul akibat kulit terpajan suhu tinggi, syok listrik, atau bahan kimia. Luka bakar diklasifikasikan berdasarkan kedalaman dan luas daerah yang terbakar (Corwin, 2001).

Luka bakar merupakan respon kulit dan jaringan subkutan terhadap trauma suhu/termal (Grace, 2006).

Luka bakar adalah luka yang disebabkan kerusakan jaringan akibat terkena panas, bahan kimia korosif, listrik atau radiasi dengan rentang keparahan mulai dari luka superfisial yang menyangkut kerusakan epidermis sampai luka bakar yang mengenai seluruh ketebalan kulit di mana semua elemen kulit mengalami kehancuran (Morison & Moya, 2003).

Jadi luka bakar adalah luka yang disebabkan jaringan terkena bahan kimia, syok listrik, radiasi, panas, kimia korosif. Dan di klasifikasikan berdasarkan kedalaman dan luas luka bakar

2. Etiologi

Luka bakar disebabkan oleh pengalihan energi dari suatu sumber panas kepada tubuh melalui hantaran atau radiasi elektromagnetik (Suzanne, 2002).

Luka bakar disebabkan oleh trauma suhu yang berasal dari sumber panas (api, logam panas) atau lembab (cairan atau gas panas). Listrik, kimia, dan Radiasi (Grace, 2006).

Penyebab luka bakar selain terbakar api langsung atau tidak langsung juga pajanan suhu tinggi dari matahari, listrik, maupun bahan kimia. Luka bakar karena api atau akibat tidak langsung dari api, misalnya tersiram air panas, banyak terjadi pada kecelakaan rumah tangga (Syamsuhidayat, 2004).

Menurut Suzanne (2002) luka bakar diklasifikasikan :

a. Berdasarkan kedalaman jaringan yang rusak.

1) Luka bakar derajat I.

Epidermis mengalami kerusakan atau cedera dan sebagian dermis turut cedera. Luka tersebut bisa terasa nyeri, tampak merah dan kering seperti luka bakar matahari, atau mengalami lepuh/bullae.

2) Luka bakar derajat II.

Meliputi destruksi epidermis serta lapisan atas dermis dan cedera pada bagian dermis yang lebih dalam. Luka tersebut terasa nyeri tampak merah dan mengalami eksudasi cairan. Pemutihan jaringan yang terbakar diikuti oleh pengisian kembali kapiler, folikel rambut masih utuh.

3) Luka bakar derajat III.

Meliputi destruksi total epidermis serta dermis, dan pada sebagian kasus, jaringan yang berada di bawahnya. Warna luka bakar sangat bervariasi mulai dari warna putih hingga merah coklat

atau hitam. Daerah yang terbakar tidak terasa nyeri karena serabut-serabut sarafnya hancur. Luka bakar tersebut nampak seperti bahan kulit. Folikel rambut dan kelenjar keringat turut hancur.

b. Berdasarkan tingkat keseriusan luka.

Ukuran luas luka bakar menggunakan metode *Rule of nine* yaitu:

- 1) kepala dan leher : 9%.
- 2) Dada depan dan belakang : 18%.
- 3) Abdomen depan dan belakang : 18%.
- 4) Tangan kanan dan kiri : 18%.
- 5) Paha kanan dan kiri : 18%.
- 6) Kaki kanan dan kiri : 18%.
- 7) Genital : 1%.

Rumus tersebut tidak digunakan pada anak dan bayi karena luas relatif permukaan kepala anak jauh lebih besar dan luas relatif permukaan kaki lebih kecil. Oleh karena itu, digunakan rumus 10 untuk bayi dan rumus 10-15-20 dari lund dan browder untuk anak.

Untuk anak, kepala dan leher 15 %, badan depan dan belakang masing-masing 20%, ektremitas atas dan kanan dan kiri masing-masing 10%, ektremitas bawah kanan dan kiri masing-masing 15% (Syamsuhidayat, 2002).

3. Patofisiologi

Menurut Sjamsuhidayat (2004), pembuluh kapiler yang terpajan suhu tinggi rusak dan permeabilitas meninggi. Sel darah yang ada di

dalamnya ikut rusak sehingga dapat terjadi anemia. Meningkatnya permeabilitas menyebabkan oedem dan menyebabkan bula yang mengandung banyak elektrolit. Hal ini menyebabkan berkurangnya volume cairan intra vaskuler. Kerusakan kulit akibat luka bakar 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.

Pada kebakaran dalam ruang tertutup atau bila luka terjadi di wajah, dapat terjadi kerusakan mukosa jalan nafas karena gas, asap, atau uap panas yang terisap. Oedem laring yang ditimbulkannya dapat menyebabkan hambatan jalan nafas dengan gejala sesak nafas takipnea, stidor, suara serak dan dahak berwarna gelap akibat jelaga. Dapat terjadi keracunan gas CO atau gas beracun lainnya. Karbon monoksida akan meningkat hemoglobin tak mampu lagi mengikat oksigen. Tanda keracunan ringan adalah lemas, binggung, pusing, mual dan muntah. Pada keracunan yang berat terjadi koma. Bila lebih dari 60% hemoglobin terikat CO, penderita dapat meninggal.

Luka bakar yang sering tidak steril. Kontaminasi pada kulit mati, yang merupakan medium yang baik untuk pertumbuhan kuman, akan mempermudah infeksi. Infeksi ini sulit di atasi karena daerahnya tidak tercapai oleh pembuluh darah kapiler yang mengalami trombosis. Padahal pembuluh ini membawa sistem pertahanan tubuh atau anti biotik. Kuman penyebab infeksi pada luka bakar, selain dari kulit penderita sendiri juga dari kontaminasi kuman saluran nafas atas dan kontaminasi kuman di lingkungan rumah sakit. Infeksi nosokomial ini biasanya sangat berbahaya

karena jumlahnya banyak yang sudah resisten terhadap berbagai antibiotik.

Pada awalnya infeksi biasanya disebabkan oleh kokus gram positif yang berasal dari kulit sendiri atau dari saluran nafas. Tetapi kemudian dapat terjadi infeksi kuman gram negatif, *Pseudomonas aeruginosa* yang dapat menghasilkan eksotoksin protease dan toksin lain yang berbahaya.

Stres atau beban faali yang terjadi pada penderita luka bakar berat dapat menyebabkan terjadinya tukak di mukosa lambung atau duodenum dengan gejala tukak peptik. Kelainan ini dikenal sebagai tukak curling. Yang dikhawatirkan pada tukak curling ini adalah penyulit pendarahan yang timbul sebagai melena.

Fase permulaan luka bakar merupakan fase katabolisme sehingga keseimbangan protein menjadi negatif, protein tubuh banyak yang hilang karena eksudasi, metabolisme tinggi, dan infeksi. Penguapan berlebihan dari kulit yang rusak juga memerlukan kalori tambahan. Tenaga yang diperlukan tubuh pada fase ini terutama didapat dari pembakaran protein dari otot skelet. Oleh karena itu, penderita menjadi kurus, otot mengecil, dan berat badan menurun. Dengan demikian korban luka bakar menderita penyakit berat yang disebut penyakit luka bakar.

Menurut Suzanne (2002) Luka bakar disebabkan oleh pengalihan energi dari suatu sumber panas kepada tubuh. Panas dapat dipindahkan lewat hantaran atau radiasi elektromagnetik. Luka bakar dapat dikelompokkan menjadi luka bakar termal, radiasi atau kimia. Destruksi jaringan terjadi akibat koagulasi denaturasi protein atau ionisasi sel. Kulit dan mukosa saluran nafas atas merupakan lokasi destruksi jaringan-

jaringan yang dalam, termasuk organ visera, dapat mengalami kerusakan karena luka bakar elektrik atau kontak yang lama dengan agen penyebab (burning agen) nekrosis dan kegagalan organ dapat terjadi.

Beberapa respon luka bakar terhadap tubuh yaitu :

a. Respon Sistemik

Perubahan patofisiologik yang disebabkan oleh luka bakar yang berat selama awal periode syok luka bakar mencakup hipoperfusi jaringan dan hipoperfusi organ yang terjadi sekunder akibat penurunan curah jantung dengan diikuti oleh fase hiperdinamik serta hipermetabolik. Pasien yang luka bakarnya tidak melampaui 20 % dari luas total permukaan tubuh akan memperlihatkan respon yang bersifat lokal. Insidensi, intensitas dan durasi perubahan patofisiologik pada luka bakar sebanding dengan luasnya luka bakar dengan respon maksimal terlihat pada luka bakar yang mengenai 60 % atau lebih dari luas permukaan tubuh. Kejadian sistemik awal sesudah luka bakar yang berat adalah ketidakstabilan hemodinamika akibat hilangnya integritas kapiler dan kemudian terjadinya perpendahan cairan, natrium, serta protein dari ruang intravaskuler ke dalam ruang intersisial.

b. Respon Kardiovaskuler

Curah jantung akan menurun sebelum perubahan yang signifikan pada volume darah terlihat dengan jelas. Karena berlanjutnya kehilangan cairan dan berkurangnya volume vaskuler, maka curah jantung akan terus turun dan terjadi penurunan tekanan darah. Keadaan ini merupakan awitan syok luka bakar. Sebagai respons, sistem saraf simpatik akan melepaskan

ketokolamin yang meningkatkan resistensi perifer dan frekuensi denyut nadi. Selanjutnya vasokonstriksi pembuluh darah perifer menurunkan curah jantung.

c. Efek Pada Cairan, Elektrolit, Dan Volume Darah.

Volume darah yang beredar akan menurun secara dramatis pada saat terjadi syok luka bakar. Disamping itu, kehilangan cairan akibat evaporasi lewat luka bakar dapat mencapai 3-5L atau lebih selama periode 24 jam sebelum permukaan kulit yang terbakar ditutup.

Selama syok luka bakar, respon kadar natrium serum terhadap resusitasi cairan bervariasi. Biasanya hiponatremia terjadi. Segera setelah luka bakar, hiperkalemia akan dijumpai sebagai akibat dari destruksi sel yang masif. Hipokalemia dapat terjadi kemudian dengan berpindahannya cairan dan tidak memadainya asupan cairan.

Pada saat luka bakar, sebagian sel darah merah dihancurkan dan sebagian lainnya mengalami kerusakan sehingga terjadi anemia. Kendati demikian nilai hematokrit dapat meninggi karena kehilangan plasma.

d. Respon Pulmoner

Menurut white (1993) dalam Smeltzer (2002) Pada luka bakar yang berat, konsumsi oksigen oleh jaringan tubuh akan meningkat dua kali lipat sebagai akibat dari keadaan hipermetabolisme dan respon lokal. Cedera pulmoner diklasifikasikan menjadi beberapa kategori, yaitu cedera inhalasi di bawah glotis, yang mencakup keracunan karbon monoksida dan defek reskriktif, dan cedera saluran napas atas. Komplikasi pulmoner yang dapat terjadi sekunder akibat cedera inhalasi mencakup kegagalan akut

respiratory dan ARDS. Kegagalan respirasi terjadi kalau derajat gangguan ventilasi dan pertukaran gas sudah mengancam jiwa pasien.

e. Respon Sistemik Lainnya

Fungsi renal dapat berubah sebagai akibat berkurangnya volume darah. Destruksi sel-sel darah merah pada lokasi cedera akan menghasilkan hemoglobin bebas dalam urin. Jika terjadi kerusakan otot, mioglobin akan dilepaskan dari sel-sel otot dan diekresikan oleh ginjal. Penggantian volume cairan yang memadai akan memulihkan aliran darah renal, meningkatkan laju filtrasi glomerulus dan menaikkan volume urin, bila aliran darah lewat tubulus renal tidak memadai, hemoglobin dan mioglobin menyumbat tubulus renal sehingga timbul komplikasi nekrosis akut tubuler dan gagal ginjal.

Pertahanan imunologik tubuh sangat berubah akibat luka bakar. Semua tingkat respon imun akan dipengaruhi secara merugikan. Kehilangan integritas kulit diperparah lagi dengan pelepasan faktor-faktor inflamasi yang abnormal, perubahan imonoglobulin serta komplomen serum, gangguan fungsi neutrofil, dan penurunan jumlah limfosit. Imonosupresi membuat pasien luka bakar berisiko tinggi untuk mengalami sepsis.

4. Manifestasi Klinis

Menurut Elisabeth (2001) tanda dan gejala luka bakar adalah:

- a. Luka bakar derajat pertama di tandai oleh kemerahan dan nyeri. Dapat timbul lepuh setelah 24 jam dan kemudian kulit mungkin terkelupas.

- b. Luka bakar derajat kedua superfisial ditandai oleh segera terjadinya lepuh dan nyeri hebat.
- c. Luka bakar derajat kedua dalam ditandai oleh lepuh, atau jaringan kering yang sangat tipis yang menutupi luka yang kemudian terkelupas. Luka mungkin tidak nyeri.
- d. Luka bakar derajat ketiga tampak datar, tipis, dan kering. Dapat ditemukan koagulasi pembuluh-pembuluh darah. Kulit mungkin tampak putih atau hitam dan *leathery*.
- e. Luka bakar listrik mungkin mirip dengan luka bakar panas, atau mungkin tampak sebagai daerah keperakan yang menjadi gembung. Luka bakar listrik biasanya timbul di titik kontak listrik. Kerusakan internal akibat luka bakar listrik mungkin jauh lebih parah daripada luka yang tampak di bagian luar.

5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Grace (2006) pemeriksaan penunjang untuk luka bakar adalah:

- a. Darah lengkap.
- b. Ureum dan kreatinin.
- c. Jika curiga trauma inhalasi rontgen toraks, gas darah arteri, perkiraan CO.
- d. Golongan darah dan cross match.
- e. EKG/enzim jantung dengan luka bakar listrik.

6. Komplikasi

Menurut grace (2006) komplikasi luka bakar adalah sebagai berikut

a. Segera

Sindrom kompartemen dari luka bakar sirkumferensial (luka bakar pada extremitas) menyebabkan iskhemia extremitas, luka bakar thorax akan menyebabkan hipoksia.

b. Awal

- 1) Hiperkalemia.
- 2) Gagal ginjal akut.
- 3) Infeksi.
- 4) Ulkus akibat stres.

c. Lanjut

Kontraktur.

Menurut Corwin, E (2001) komplikasi luka bakar yaitu :

- a. Setiap luka bakar dapat terinfeksi yang menyebabkan cacat lebih lanjut atau kematian.
- b. Lambatnya aliran darah dapat menyebabkan pembentukan bekuan darah sehingga timbul *cerebrovaskuler accident*, *infark miokardium*, atau emboli paru.
- c. Kerusakan paru akibat inhalasi asap atau pembentukan embolus. Dapat terjadi kongesti paru akibat gagal jantung kiri atau *infark miokardium*, serta sindrom distres pernapasan pada orang dewasa.
- d. Gangguan elektrolit dapat menyebabkan disritmia jantung.
- e. Syok luka bakar dapat secara irreversibel merusak ginjal sehingga timbul gagal ginjal dalam satu atau dua minggu pertama setelah luka

bakar. Dapat terjadi gagal ginjal akibat hipoksia ginjal atau rabdomiolisis (obstruksi mioglobin pada tubulus ginjal akibat nekrosis otot yang luas).

- f. Penurunan aliran darah ke saluran cerna dapat mengakibatkan hipoksia sel-sel penghasil mukus sehingga terjadi ulkus peptikum.
- g. Dapat terjadi koagulasi intravaskuler diseminata (DIC) karena destruksi jaringan yang luas.
- h. Pada luka bakar yang luas atau menimbulkan kecacatan, trauma keinginan bunuh diri. Gejala-gejala psikologis dapat timbul setiap saat setelah luka bakar. Gejala-gejala dapat datang dan pergi berulang-ulang kapan saja seumur hidup.
- i. Beban biaya pada keluarga pasien pengidap luka bakar yang luas sangatlah besar. Apabila pasiennya orang dewasa, yang hilang tidak saja penghasilan tetapi perawatan pasien tersebut juga harus terus menerus dan mahal.

7. Penatalaksanaan جامعنا سلطان أبوعبدالله

Menurut Grace (2006) penatalaksanaan meliputi :

- a. Umum

Mulai resusitasi *airway*, *breathing* dan *circulation*.
- b. Luka bakar berat (luka abakar > 20% pada dewasa dan > 10% pada anak)

- 1) Pantau nadi dan tekanan darah, suhu, keluaran urin, berikan analgetik adekuat lewat intra vena. Pertimbangkan selang nasogatrik (NGT), berikan profilaksis tetanus.
- 2) Berikan cairan intra vena menggunakan pedoman dan rumus untuk penggantian cairan pada pasien luka bakar.
 - a) Rumus konsesus
 Larutan lincer laktat $2-4 \text{ ml} \times \text{kg berat badan} \times \% \text{ luas luka bakar}$ separuh diberikan dalam 8 jam pertama, sisanya diberikan dalam 16 jam berikutnya.
 - b) Rumus baxter/ parkland
 Larutan ringer laktat $4 \text{ ml} \times \text{kg berat badan} \times \% \text{ luas luka bakar}$. Pada hari pertama separuh di berikan dalam 8 jam pertama dan separuh dalam 16 jam berikutnya. Hari kedua bervariasi ditambahkan koloid.
- c. Luka bakar ringan
 - 1) Terapi terbuka dengan membersihkan luka dan biarkan terpapar pada lingkungan khusus yang bersih.
 - 2) Terapi tertutup dengan menutup luka dengan kassa yang dibasahi dengan klorheksidin atau silver sulfadiazin yang ditutup tipis.
 - 3) Debridement eskar dan spit skin graft.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Fokus Pengkajian

Menurut Doenges (2000) fokus pengkajian luka bakar adalah:

a. Aktifitas/istirahat.

Tanda : Penurunan kekuatan tahanan.

Keterbatasan rentang gerak pada area yang sakit.

Gangguan massa otot, perubahan tonus.

b. Sirkulasi.

Tanda (dengan cedera luka bakar lebih dari 20%) :

Hipotensi (syok) Penurunan nadi perifer distal pada ekstremitas yang cedera, vasokonstriksi perifer umum dengan kehilangan nadi, kulit putih dan dingin (syok listrik), Takikardi, Disritmia, pembentukan edema jaringan(semua luka bakar).

c. Integritas ego.

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

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

d. Elminasi.

Tanda : Haluaran urine menurun/ tak ada selama fase darurat.

Warna mungkin hitam kemerahan bila terjadi mioglobin, mengindikasikan kerusakan otot dalam, Diuresis (setelah kebocoran kapiler dan mobilisasi cairan ke dalam sirkulasi). Penurunan bising usus/tak ada, khususnya pada

luka bakar kutaneus lebih besar dari 20% sebagai stres penurunan mobilitas/peristaltik gastrik.

e. Makanan/ cairan.

Tanda : Edema jaringan umum, anoreksia, mual/muntah.

f. Neurosensori.

Gejala : Area kebas, kesemutan.

Tanda : Perubahan orientasi, afek, perilaku. Penurunan reflek tendon dalam (RTD) pada cedera ekstremitas. Aktifitas kejang (syok listrik). Laserasi korneal, kerusakan retinal, penurunan ketajaman penglihatan (syok listrik). Ruptur membran timpani (syok listrik). Paralisis (cedera listrik pada aliran syaraf).

g. Nyeri/kenyamanan

Gejala : Berbagai nyeri, contoh luka bakar derajat pertama secara ekstrem sensitif untuk disentuh, ditekan, gerakan udara, dan perubahan suhu. Luka bakar ketebalan sedang derajat kedua sangat nyeri, sementara respon pada luka bakar ketebalan derajat kedua tergantung pada keutuhan ujung saraf, luka bakar derajat ketiga tidak nyeri.

h. Pernafasan :

Gejala : Terkurung dalam ruang tertutup, terpajan lama (kemungkinan terpajan inhalasi).

Tanda : Serak, batuk, mengi, partikel karbon dalam sputum, ketidakmampuan menelan sekresi oral, dan sianosis, indikasi cedera inhalasi.

Pengembangan torak mungkin terbatas pada adanya luka bakar lingkaran dada.

Jalan nafas atas stidor /mengi (obstruksi sehubungan dengan laringospasme, edema laringeal).

Bunyi napas gumericik (edema paru), stidor (edema laringeal), sekret jalan nafas dalam (ronki).

i. Keamanan

Tanda : Kulit, destruksi jaringan dalam mungkin tidak terbukti selama 3-5 hari sehubungan dengan proses thrombus mikrovaskuler pada beberapa luka.

Area kulit tak terbakar mungkin dingin /lembab, pucat, dengan pengikisan kapiler lambat pada adanya penurunan curah jantung sehubungan dengan kehilangan cairan /status syok.

Cedera api, terdapat area cedera campuran dalam sehubungan dengan variasi intensitas panas yang di hasilkan bekuan terbakar. Bulu hidung gosong, mukosa hidung dan mulut kering, merah, lepuh pada faring posterior edema lingkaran mulut dan/atau lingkaran nasul.

Cedera kimia, tampak luka bervariasi sesuai agen penyebab. Kulit mungkin coklat kekuningan dengan tekstur seperti kulit samak halus, lepuh, ulkus, nekrosis atau jaringan parut tebal. Cedera secara umum lebih dalam dari tampaknya secara perkutan dan kerusakan jaringan dapat berlanjut sampai 72 jam setelah cedera.

Cedera listrik, cedera kutaneus eksternal biasanya lebih sedikit dari di bawah nekrosis. Penampilan luka bervariasi dapat meliputi luka aliran masuk/keluar (eksplotif), luka bakar dari gerakan aliran pada proksimal tubuh tertutup dan luka bakar termal sehubungan dengan pakaian terbakar.

Adanya fraktur /dislokasi (jatuh, kecelakaan sepeda motor, kontraksi otot tetanik sehubungan dengan syok listrik).

2. Fokus Intervensi

Menurut Smeltzer (2002) diagnosa keperawatan yang muncul yaitu

- a. Kerusakan pertukaran gas yang berhubungan dengan keracunan karbon monoksid, Inhalasi asap dan obstruksi saluran nafas atas.

Tujuan : pemeliharaan oksigenasi jaringan yang ade kuat.

Kriteria hasil :

- 1) Tidak ada dispneu.
- 2) Frekuensi respirasi antara 12 dan 20 kali /menit.
- 3) Paru bersih pada auskultasi.

- 4) Saturasi oksigen arteri > 96%.
- 5) Kadar gas darah arteri dalam batas normal.

Intervensi :

- 1) Berikan oksigen.

Rasional : Suplementasi oksigen meningkatkan oksigenasi alveoli.

- 2) Kaji bunyi nafas, frekuensi pernafasan, irama, dalam dan simetrisnya pernafasan untuk mendeteksi tanda-tanda hipoksia.

Rasional : Hasil pengkajian ini memberikan data dasar untuk pengkajian selanjutnya dan bukti peningkatan penurunan pernapasan.

- 3) Pantau hasil gas darah arteri, hasil pemeriksaan oksimetri denyut nadi dan kadar karboksi-hemoglobin.

Rasional : Peningkatan PCO_2 dan penurunan PO_2 serta saturasi O_2 dapat menunjukkan perlunya ventilasi mekanis.

- 4) Laporkan pernafasan yang berat, penurunan dalamnya pernafasan, atau tanda-tanda hipoksia kepada dokter .

Rasional : Intervensi yang segera diperlukan untuk mengatasi kesulitan pernapasan.

- 5) Bersiap untuk membantu intubasi.

Rasional : Intubasi memungkinkan ventilasi mekanis.

- b. Kurang volume cairan yang berhubungan dengan peningkatan permeabilitas kapiler dan kehilangan lewat evaporasi dari luka bakar.

Tujuan : Pemeliharaan saluran nafas yang paten dan bersihan jalan nafas

adekuat.

Kriteria hasil :

- 1) Kadar elektrolit serum berada dalam batas normal.
- 2) Haluaran urin berkisar antara 0,5 dan 1,0 ml/kg/jam.

Intervensi

- 1) Amati tanda-tanda vital, haluaran urine, dan waspada terhadap tanda-tanda hipovolemia atau kelebihan beban cairan.

Rasional : Hipovolemia merupakan risiko utama yang segera terdapat sesudah luka bakar. Resusitasi berlebihan dapat menyebabkan kelebihan beban cairan.

- 2) Pantau haluaran urin sedikitnya setiap jam sekali dan menimbang berat badan pasien setiap hari.

Rasional : Haluaran urine dan berat badan memberikan informasi tentang perfusi renal, kecukupan penggantian cairan, dan kebutuhan serta status cairan .

- 3) Pertahankan pemberian infus dan mengatur tetesannya pada kecepatan yang tepat sesuai dengan program medik.

Rasional : Pemberian cairan yang ade kuat di perlukan untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit mungkin terjadi.

- 4) Amati gejala disifisiensi atau kelebihan kadar natrium, kalsium, fosfor dan bikarbonat.

Rasional : Perubahan yang cepat pada status cairan dan elektrolit

mungkin terjadi dalam periode pasca luka bakar.

- 5) Naikkan bagian kepala tempat tidur pasien dan tinggikan ekstremitas yang terbakar.

Rasional : Peninggian akan meningkatkan aliran balik darah vena.

- c. Hipotermia yang berhubungan dengan gangguan mikrosirkulasi kulit dan luka yang terbuka.

Tujuan : pemeliharaan suhu tubuh yang ade kuat.

Kriteri hasil :

- 1) Suhu tubuh tetap terjaga pada rentang $36,1^{\circ}\text{C}$ sampai $38,3^{\circ}\text{C}$.
- 2) Tidak ada menggigil atau gemetar.

Intervensi :

- 1) Berikan lingkungan yang hangat dengan penggunaan perisai pemanas, selimut, lampu atau selimut pemanas.

Rasional : Lingkungan yang stabil mengurangi kehilangan panas lewat evaporasi.

- 2) Bekerja dengan cepat kalau lukanya terpajan udara dingin.

Rasional : Paparan yang minimal mengurangi kehilangan panas dari luka.

- 3) Kaji suhu tubuh dengan sering.

Rasional : Kaji suhu tubuh yang frekuen membantu mendeteksi terjadinya hipotermia.

- d. Risiko terhadap infeksi yang berhubungan dengan hilangnya barrier kulit dan terganggunya respon imun.

Tujuan : Tidak adanya infeksi lokal atau sistemik.

Kriteria hasil :

- 1) Kultur luka memperlihatkan jumlah bakteri yang minimal.
- 2) Hasil kultur darah urin dan sputum normal.
- 3) Tidak adanya tanda-tanda dan gejala yang menunjukkan infeksi dan sepsis.

Intervensi :

- 1) Gunakan tehnik aseptik dalam semua aspek perawatan pasien.
Rasional : Tehnik aseptik akan meminimalkan resiko kontaminasi silang dan penyebarluaskan kontaminasi bakteri.
 - 2) Inspeksi luka untuk mendeteksi tanda-tanda infeksi, drainase, yang purulen atau perubahan warna.
Rasional : Tanda-tanda tersebut menunjukkan infeksi lokal.
 - 3) Pantau hitung leukosit
Rasional : Peningkatan jumlah leukosit menunjukkan infeksi.
 - 4) Berikan anti biotik sesuai dengan preskripsi medik
Rasional : Antibiotik mengurangi jumlah bakteri.
 - 5) Lakukan penggantian linen dan membantu pasien dalam memelihara higiene perorangan.
Rasional : Tindakan ini mengurangi potensi kolonisasi bakteri pada luka bakar.
- e. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan hipermetabolisme dan kebutuhan bagi kesembuhan luka.

Tujuan :Pencapaian status nutrisi anabolik.

Kriteri hasil :

- 1) Pertambahan BB setiap hari setelah sebelumnya mengalami penurunan BB.
- 2) Tidak memperlihatkan Tanda-tanda difisiensi protein, vitamin atau mineral.
- 3) Memenuhi seluruh kebutuhan nutrisi yang di perlukan lewat asupan oral.

Intervensi :

- 1) Berikan diet tinggi kalori dan tinggi protein mencakup kesukaan pasien dan makanan yang di buat di rumah.

Rasional : Pasien memerlukan nutrien yang cukup untuk kesembuhan luka dan peningkatan metabolisme.

- 2) Pantau berat badan pasien dan jumlah asupan dengan ketentuan medik.

Rasional : Tindakan ini membantu apakah kebutuhan makanan telah terpenuhi.

- 3) Berikan nutrisi enteral atau panentareal total.

Rasional : Teknik intervensi nutrisi menjamin terpenuhinya kebutuhan nutrisi.

- f. Kerusakan integritas kulit yang berhubungan dengan luka bakar terbuka.

Tujuan : integritas kulit tampak membaik.

Kriteri hasil :

- 1) Kulit secara umum tampak utuh dan bebas dari tanda-tanda infeksi tekanan dan trauma.
- 2) Luka yang terbuka berwarna merah muda memperlihatkan reepitelisasi dan bebas dari infeksi.
- 3) Lokasi donor tampak bersih dan memperlihatkan reepitelisasi.
- 4) Luka yang baru sembuh teraba licin dan lunak.
- 5) Kulit terlumasi dan elastis.

Intervensi :

- 1) Bersihkan luka setiap hari.
Rasional :Pembersihan setiap hari akan mengurangi potensi kolonisasi bakteri.
- 2) Laksanakan perawatan luka sesuai dengan preskripsi medik.
Rasional : Perawatan akan mempercepat kesembuhan luka.
- 3) Oleskan preparat antibiotik topikal dan memasang balutan sesuai dengan ketentuan medik.
Rasional : Perawatan akan mengurangi kolonisasi bakteri dan mempercepat kesembuhan luka.
- 4) Berikan dukungan nutrisi yang memadai.
Rasional : Nutrisi yang memadai sangat penting untuk pembentukan granulasi yang normal dan kesembuhan.

g. Nyeri berhubungan dengan saraf yang terbuka, kesembuhan luka dan penanganan luka bakar.

Tujuan : Pengurangan atau pengendalian rasa nyeri.

Kriteria hasil:

- 1) Melaporkan penurunan nyeri.
- 2) Ekspresi wajah dan posisi tubuh terlihat relaks.

Intervensi:

- 1) Kaji sifat, intensitas, lokasi, lama dan faktor pencetus dan penghilang nyeri.

Rasional : Data-data hasil pengkajian nyeri akan memberikan informasi dasar untuk mengkaji respon terhadap intervensi.

- 2) Kaji tanda nonverbal nyeri (gelisah, kening berkerut, mengatupkan rahang, peningkatan TD).

Rasional :Data-data hasil pengkajian nyeri akan memberikan informasi dasar untuk mengkaji respon nyeri.

- 3) Berikan instruksi dan membantu pasien dalam melaksanakan tehnik distraksi, relaksasi.

Rasional : Tindakan non farmakologik untuk mengatasi nyeri akan memberikan berbagai cara intervensi yang dapat mengurangi sensasi rasa nyeri.

- 4) Kolaborasi pemberian analgetik.

Rasional : Obat analgetik mampu mengurangi nyeri.

- h. Kurang pengetahuan tentang proses penanganan luka bakar.

Tujuan : Pasien dan keluarga mengungkapkan pemahaman penanganan luka bakar.

Kriteria hasil :

- 1) Menyatakan dasar pemikiran untuk berbagai aspek penanganan yang berbeda.
- 2) Menyatakan periode waktu yang realistis untuk mencapai kesembuhan.
- 3) Pasien dan keluarga turut berpartisipasi dalam menyusun penatalaksanaan jika di perlukan.

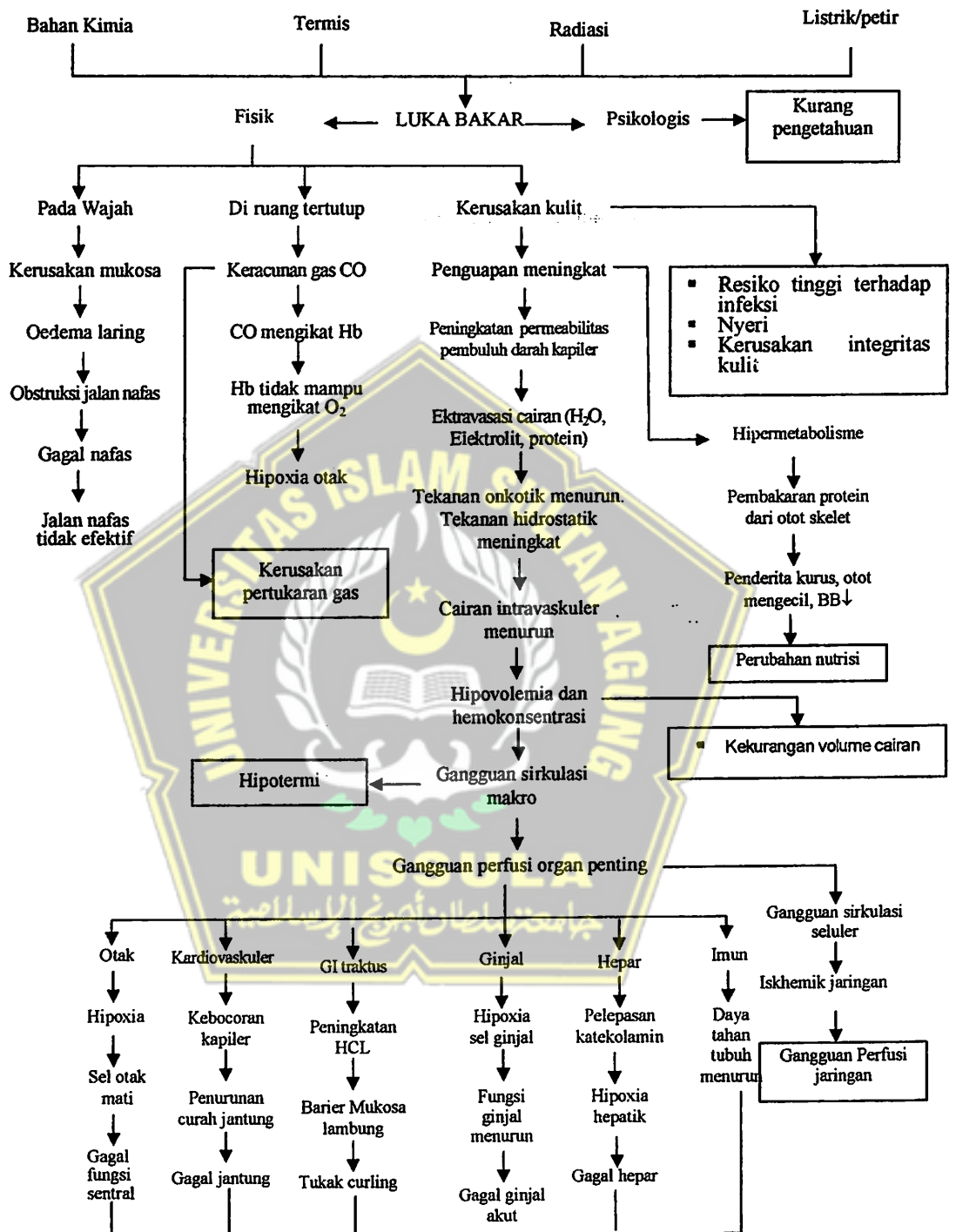
Intervensi :

- 1) Kaji persepsi pasien dan keluarganya terhadap dampak luka bakar pada fungsi keluarga.
Rasional : Data-data hasil penilaian memberikan informasi dasar untuk perencanaan perawatan.
- 2) Tunjukkan keinginan untuk mendengarkan, berikan dukungan yang realistis.
Rasional : Sikap yang empatik memudahkan pasien untuk mengutarakan keprihatinannya dengan kata-kata.
- 3) Rujukan keluarga pada unit pelayanan sosial dan sumber-sumber pendukung lainnya jika diperlukan.
Rasional : Kolaborasi membantu mengatasi keprihatinan secara komprehensif.
- 4) Jelaskan pola strategi coping pasien yang lazim dalam menghadapi luka bakar kepada keluarga. Bicarakan cara yang dapat mereka gunakan untuk mendukung pasien intervensi yang tepat oleh keluarga terhadap pasien.

Rasional : Penjelasan membantu mengurangi ansietas terhadap hal-hal yang tidak diketahui dan mempermudah intervensi yang tepat oleh keluarga terhadap pasien.



C. Pathways



Syamsu Hidayat, (2004);

Suzanne, (2002)

MULTI SISTEM ORGAN FAILURE

BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas

Pengkajian dilakukan pada tanggal 11 Agustus 2008 pada jam 07.30 WIB di ruang Baiturrahman RSI Sultan Agung Semarang. Dari hasil pengkajian di peroleh data-data sebagai berikut : Nama pasien Tn. M, umur 22 tahun, jenis kelamin laki- laki, suku bangsa Jawa Indonesia, beragama Islam, pendidikan terakhir SLTP, pekerjaan Buruh, alamat Genuk RT.01/03 Semarang, tgl masuk 8 Agustus 2008 dengan no registrasi 108.23.81. Diagnosa medis combustio 9%, derajat pertama. Adapun identitas penanggung jawab yaitu, nama Tn. I, umur 30 tahun hubungan dengan pasien kerabat, suku Jawa bangsa Indonesia, Agama Islam, pendidikan SD, dan pekerjaan sebagai buruh.

2. Riwayat kesehatan klien

Saat di lakukan pengkajian keluhan utama klien adalah Nyeri dengan, P : Luka akibat terkena ledakan gas Q : Terasa panas dan seperti di tusuk-tusuk jarum R : nyeri menyebar ke seluruh daerah perut, S : Skala nyeri 7, T : Nyeri timbul setiap saat. Riwayat penyakit sekarang adalah pada tanggal 8 agustus 2008 kira –kira pukul 10.00 pagi klien terkena ledakan gas di tempat kerjanya yaitu di pengelasan besi, ledakan mengenai

daerah seluruh perutnya dan setelah kejadian itu, klien langsung di bawa ke UGD Rumah Sakit Islam Sultan Agung. Riwayat kesehatan yang lalu, klien tidak pernah sakit seperti yang dialami saat ini, dan pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit karena penyakit lain. Riwayat kesehatan keluarga tidak ada yang pernah menderita penyakit yang dialami pasien saat ini dan keluarga serta pasien tidak mempunyai riwayat penyakit jantung, paru, ginjal, DM, hati maupun hipertensi. Klien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara, adik pertam laki-laki, dan adik ke dua perempuan. Klien tinggal bersama orangtuanya dan kedua adiknya.

3. Fokus Pengkajian

Sebelum sakit klien mengatakan makan 3x /hari dengan porsi biasa dengan komposisi lauk, sayur dan nasi dan di tambah 7 gelas air putih tiap hari. Setelah sakit klien tidak mau makan makanan yang di sajikan dari rumah sakit. Makanan dari rumah sakit hanya habis satu sendok makan. Klien minum 2 gelas per hari biasanya minum air teh manis. Sebelum sakit klien BAB 1x/hari dan BAK 5-7x/hari. Setelah sakit klien mengalami kesulitan dalam BAB, semenjak di rawat di RS klien baru satu Kali BAB, dengan konsistensi keras dan warna kuning. BAK 3-4x / hari dengan di bantu oleh keluarga. Sebelum sakit klien bekerja sebagai buruh pada pabrik pengelasan besi. Di waktu sakit seperti sekarang klien tidak mampu melakukan aktivitas secara keseluruhan seperti biasa, karena luka bakar di perutnya. Sebelum sakit klien biasanya tidur selama 7 jam, namun selama di rawat di RS klien hanya tidur 4 jam saja.

4. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada TN. M di dapatkan Kesadaran compos mentis, nadi 80x/menit dan pernafasan 22x/menit, suhu tubuh 37 derajat celcius dan tekanan darah 120/80mmhg. Pada pemeriksaan kulit ada hiperpigmentasi pada daerah luka bakar yaitu pada daerah abdomen. Kepala berbentuk mesocephal , rambut kotor, berbau, dan tidak ada lesi, rambut lurus dan berwarna hitam.

Mata sedikit anemis. Pada pemeriksaan mulut lidah terlihat kotor dan higene mulut kurang, bibir nampak kering. *Abdomen* di dapati luka bakar yang nampak berwarna kemerah-merahan dan luka terbuka tanpa ada balutan. luka masih nampak basah,peristaltik usus 10x/menit, tidak ada pembesaran hepar dan terdapat suara tympani.

5. Terapi dan pemeriksaan laboratorium

Pada tanggal 11 agustus 2008 teraphy yang di berikan yaitu infus RL 20 tetes/menit. Dan obat oral ciprofloxacin 500mg 2x1 tablet / hari dan asam mefenamat 500mg 3x1 tablet. Obat topikal yaitu salep Mebo pada pagi hari.

Hasil laboratorium pada tanggal 8 agustus 2008 adalah, pemeriksaan HbSag negatif, glukosa sewaktu 150mg/100 mmol, Ureum 22,5 mg/100mmol, Creatinine 1,1 mg/100mmoL, Kalium 3,19 mmol/L, Natrium 141,6 mmol/L, Chlorida 141,6 mmol/L, Golongan darah O.

B. Analisa Data

Analisa data yang pertama, pada hari senin 11 agustus 2008 pukul 09.00 WIB . Dengan data subjektif klien mengatakan nyeri pada daerah luka bakar(perut) P: luka akibat ledagan gas Q: Terasa panas dan seperti di tusuk-tusuk jarum R: nyeri menyebar ke seluruh daerah abdomen S: skala nyeri 7, T : nyeri timbul setiap saat dan data objektifnya yaitu klien nampak kesakitan menahan rasa nyeri. Sehingga diagnosa keperawatan yang muncul yaitu nyeri berhubungan dengan saraf yang terbuka kesenbuan luka dan penanganan luka bakar.

Analisa yang dua yaitu pada hari seni 11 agustus 2008 pada jam 09.20 WIB. Dengan data fokus klien mengatakan, kapan luka nya akan sembuh dan dengan data objektif luka terbuka tanpa di balut, luka nampak kemerah-merahan. Sehingga diagnosa keperawatan yang muncul yaitu risiko terhadap infeksi berhubungan dengan kerusakan permukaan kulit

Analisa data yang ketiga yaitu Pada hari senin 11 agustus 2008 pada jam 09.10 WIB yaitu data fokusnya klien mengatakan tidak ada nafsu makan dan data objektifnya di dapat makanan yang di sajikan dari rumah sakit hanya habis 1 sendok, lidah kotor, mukosa bibir kering. Sehingga diagnosa keperawatan yang muncul adalah resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.

C. Rencana keperawatan

1. Nyeri berhubungan dengan saraf yang terbuka kesembuhan luka dan penanganan luka bakar.

Penulis menetapkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam di harapkan klien mengatakan nyeri berkurang, pasien nampak relaks dan skala nyeri menjadi 3. Dengan intervensi kaji sifat, intensitas, lokasi lama dan faktor pencetus dan penghilang nyeri, kaji tanda non verbal nyeri, berikan instruksi dan membantu klien melakukan tehnik distraksi relaksasi, kolaborasi pemberian obat analgetik.

Implementasi untuk mengatasi diagnosa nyeri berhubungan dengan saraf terbuka kesembuhan luka dan penanganan luka bakar dengan tindakan sebagai berikut pada tanggal 11 agustus 2008 pada jam 10.00, mengkaji skala nyeri dengan respon DS: klien mengatakan skala nyeri 7 dan DO: klien nampak menahan rasa nyeri. Pada jam 10.10 mengajarkan kepada klien tehnik distraksi relaksasi untuk mengatasi atau mengontrol nyeri dengan nafas dalam, dan mengajak klien untuk bercerita. Dengan respon klien, Klien bersedia dan klien mengikuti semua instruksi dan klien nampak rileks. Pada tanggal 12 agustus 2008 jam 07.00 WIB, memberikan obat oral analgetik asam mefenamat dengan respon klien mengatakan mau minum obat dan obat masuk dan klien tidak muntah.

Catatan perkembangan klien untuk diagnosa nyeri berhubungan dengan saraf yang terbuka kesembuhan luka dan penanganan luka bakar pada hari selasa 12 Agustus 2008 pada jam 07.15 WIB yaitu klien mengatakan

nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 5 dengan objektif klien nampak rileks, dengan analisa masalah teratasi sebagian dengan planning lanjutkan intervensi yaitu ajarkan tehnik distraksi relaksasi bila nyeri muncul.

2. Risiko terhadap infeksi berhubungan dengan Kerusakan permukaan kulit.

Penulis menetapkan tujuan keperawatan yaitu selama di lakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di harapkan resiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil tidak terjadi tanda-tanda infeksi, hasil ultur darah normal dan intervensinya yaitu gunakan tehnik aseptik dalam semua aseptik dalam semua aspek perawatan pasien, lakukan skinning terhadap para pengunjung, inspeksi luka untuk mendeteksi tanda-tanda infeksi, drainase, berikan anti biotik sesuai dengan peskripsi medis, lakukan penggantian linen.

Implementasi untuk mengatasi diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan permukaan kulit pada tanggal 11 agustus 2008 jam 09.50 WIB menginspeksi luka klien dengan respon klien kooperatif dan luka terlihat nampak kemerah-merahan dan luka ampak basah. Pada tanggal 12 Agustus 2008 jam 07.50 WIB menggunakan sarung tangan yang steril dalam perawatan luka klien. Pada jam 07.15 WIB mengganti linen klien dengan respon klien mengatakan mau di ganti linennya dan linen terlihat rapi dan bersih. Pada Jam 07.30 WIB memberikan obat anti biotik ciproflaxacin 500mg dengan respon klien mengatakan mau minum obat dan obat masuk ,klien tidak muntah.

Pada diagnosa yang kedua di dapatkan catatan perkembangan klien yaitu pada hari rabu 13 Agustus 2008 pada jam 14.30 WIB klien

mengatakan lukanya sudah sedikit kering dan objektif luka nampak kering dan bersih dan tidak di temukan tanda-tanda infeksi dengan analisa masalah teratasi dan planningnya tetap mempertahankan tehnik aseptik dalam perawatan luka klien.

3. Risiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia .

Pada tanggal 11 agustus 2008 penulis menetapkan tujuan yaitu setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam di harapkan klien intake nutrisi pasien adekuat dengan kriteri hasil, memenuhi seluruh kebutuhan nutrisi yang diperlukan, nafsu makan bertambah.. Dengan intervensi, motivasi klien dan keluarga tentang pentingnya nutrisi bagi kesembuhan lukanya. Pantau berat badan pasien, dan sajikan makanan dalam kondisi hangat, dan berikan makan sedikit tapi sering. Pada diagnosa yang ketiga yaitu risiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia pada tanggal 11 agustus 2008 pada jam 12.00 WIB di lakukan tindakan keperawatan, motifasi klien tentang penting nutrisi bagi kondisi tubuhnya yang sakit dengan respon, klien mau mendengarkan dan klien nampak paham apa yang di jelaskan. Pada Jam 12.05 WIB memberikan makanan dalam posisi hangat dengan respon klien mengatakan mau makan dan makanan habis setengah porsi.

Pada diagnosa yang ke tiga yaitu risiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia di dapatkan catatan perkembangan klien pada hari selasa tanggal 12 agustus 2008 jam 12.10 WIB di dapatkan respon klien mengatakan nafsu makan bertambah dengan

objektif makanan dari RS habis setengah porsi dengan analisa masalah teratasi dan planning hentikan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pengkajian dilakukan pada tanggal 11 agustus 2008 di ruang Baiturrahman rsi sultan agung semarang dengan menggunakan metode auto anamnesa dan allo anamnesa dan observasi. Pengkajian di lakukan pada Tn.M dengan luka bakar 9%, derajat pertama. Asuhan keperawatan meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Adapun masalah yang muncul pada Tn.M yaitu yang pertama nyeri berhubungan dengan saraf yang terbuka kesembuhan luka dan penanganan luka bakar dan masalah yang kedua yaitu yaitu resiko terhadap infeksi berhubungan dengan kerusakan permukaan kulit dan diagnosa yang terakhir yaitu resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.

1. Nyeri berhubungan dengan saraf yang terbuka kesembuhan luka dan penanganan luka bakar.

Nyeri adalah keadaan dimana individu mengalami dan melaporkan adanya ketidaknyamanan yang hebat atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang. Dengan batasan karakteristik (80%-100%) adalah komunikasi verbal atau penggunaan kode tentang nyeri yang di deskripsikan, adapun batasan minornya (60%-79%) adalah mengatupnya rahang atau pergelangan tangan, perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktivitas selanjutnya, agitasi, ansietas, peka rangsang, menggosok bagian yang nyeri, postur tidak bisanya (lutut ke abdomen), ketidakefektifan fisik

atau imobilitas, masalah dengan konsentrasi , perubahan pola tidur, rasa takut mengalami cedera ulang, menarik bila disentuh, mata terbuka lebar atau sangat tajam, gambaran kurus, mual dan muntah(Carpenito,L.J,2001).

Diagnosa ini muncul karena di dapatkan data klien mengatakan nyeri pada daerah luka bakar (perut) P: luka akibat ledakan gas Q: Terasa panas dan seperti di tusuk-tusuk jarum R: nyeri menyebar ke seluruh daerah abdomen S: skala nyeri 7, T : nyeri timbul setiap saat dan data objektifnya yaitu klien nampak kesakitan menahan rasa nyeri. Sehingga diagnosa keperawatan yang muncul yaitu nyeri berhubungan dengan saraf yang terbuka kesembuhan luka dan penanganan luka bakar.

Penulis memprioritaskan diagnosa keperawatan yang pertama karena menurut hierarki Maslow nyeri merupakan kebutuhan fisiologis dan sangat dirasakan klien, apabila tidak diatasi akan mengganggu seseorang dalam memenuhi kebutuhan yang lain. Pada diagnosa ini klien menetapkan rencan asuhan keperawatan yang bertujuan setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam nyeri hilang atau berkurang dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri berkurang dan pasien nampak rileks dan skala nyeri menjadi 3. Seharusnya nyeri tidak bisa dilakukan hanya 1x 24 jam, minimal nyeri dapat teratasi dengan tindakan keperawatan minimal 2x 24 jam sehingga tujuan dari diagnosa di atas kurang benar. Dari diagnosa di atas penulis menyusun rencana keperawatan yaitu yang pertama mengkaji skala nyeri pasien, dengan mengkaji skala nyeri, penulis dapat mengetahui seberapa nyerikah klien berdasarkan skala nyeri 1-10. Dan dapat mengetahui kualitas

nyeri yaitu nyeri ringan, sedang atau berat. Rencana yang kedua yaitu mengkaji tanda-tanda non verbal nyeri, rencana keperawatan yang ketiga yaitu berikan instruksi dan membantu klien melakukan distraksi relaksasi untuk membantu istirahat lebih efektif dan memfokuskan kembali perhatian. Dengan mengambil nafas akan terjadi peregangan otot pernafasan dan memperlancar sirkulasi darah dan oksigen ke seluruh tubuh serta menekan pusat nyeri di hipotalamus. Kolaborasi pemberian analgetik dapat membantu menekan / mengurangi nyeri di pusat hipotalamus dan perlu dilakukan kolaborasi karena yang berhak adalah dokter dan perawat hanya berhak untuk menjalankan advice dari dokter. Dari rencana keperawatan di atas penulis melaksanakan tindakan ke klien yaitu yang pertama mengkaji tingkat nyeri dengan skala nyeri, dan di dapatkan skala nyeri klien adalah 7 dan merupakan kualitas nyeri sedang. Rencana yang ke dua yaitu mengajarkan nafas dalam ke pasien. Klien mengikuti seluruh instruksi dari perawat, dan mengajak pasien untuk bercerita untuk mengalihkan perhatian klien sehingga klien tidak terfokus pada nyeri yang dirasakan. Pada implementasi mengajarkan nafas dalam, kurang efektif karena setelah selesai melakukan nafas dalam klien merasakan nyeri kembali. Implementasi yang terakhir adalah kolaborasi pemberian obat analgetik asam mefenamat 500mg. Dalam implementasi diagnosa yang pertama penulis kurang menulis observasi tentang tanda-tanda vital klien yaitu tekanan darah, suhu, dan respiratory rate. Karena dalam intervensi harus mencakup observasi, tindakan keperawatan, education atau penyuluhan dan kolaborasi sehingga dalam implementasi juga

harus mencakup hal tersebut. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama satu hari di dapatkan catatan perkembangan klien yaitu skala nyeri berkurang menjadi 5. Hasil analisisnya yaitu masalah teratasi sebagian karena berdasarkan kriteria hasil skala nyeri klien dapat berkurang menjadi 3. Sehingga rencana nya yaitu melanjutkan intervensi. Namun penulis tidak melanjutkan intervensi yang mengajarkan distraksi relaksasi karena pasien sudah bisa. Sedangkan untuk kolaborasi pemberian analgetik tetap di lakukan.

2. Resiko terhadap infeksi berhubungan dengan kerusakan permukaan kulit.

Resiko terhadap infeksi adalah keadaan dimana seseorang individu mempunyai resiko terserang oleh agen petogenik atau oportunistik dari sumber eksternal, sumber endogen atau eksogen (Carpenito, 2001).

Diagnosa ini di tegakkan oleh penulis karena di peroleh data yaitu pada Tn.M terdapat luka bakar di perutnya, Luka masih nampak basah dan berwarna kemerah-merahan dan luka tidak di balut. Infeksi menurut Hierarki Maslow merupakan kebutuhan keamanan dan keselamatan. Namun penulis menetapkan pada prioritas yang kedua karena melihat dari kondisi klien yang luka bakarnya terbuka, sehingga resiko untuk terjadinya infeksi cukup besar, namun masih merupakan resiko dan bila tidak di tangani dengan segera akan menjadi masalah yang aktual.

Untuk mengatasi masalah tersebut penulis menentukan rencana asuhan keperawatan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam di

harapkan resiko infeksi tidak menjadi aktual dengan kriteria hasil tidak terjadi tanda-tanda infeksi dan hasil kultur darah dan urine normal. Rencana keperawatan untuk mengatasi masalah di atas yaitu, gunakan tehnik aseptik dalam semua perawatan pasien. Lakukan skinning atau pembatasan terhadap para pengunjung. Inspeksi luka. Berikan antibiotik sesuai deskripsi medis, Lakukan penggantian linen. Dari intervensi tersebut kurang tepat, seharusnya rencana yang di tulis pertama yaitu observasi yaitu dengan melihat luka, yang kedua gunakan tehnik aseptik dalam semua perawatan luka, dan yang ketiga, lakukan skinning terhadap para pengunjung, dan lakukan penggantian linen dan yang terakhir baru memberikan obat analgetik sesuai deskripsi medis atau kolaborasi. Intervensi tersebut kurang, yaitu mengamati tanda-tanda vital klien terutama suhu, karena peningkatan suhu dapat menjadi tanda-tanda infeksi.

Implementasi yang dilakukan oleh penulis yaitu yang pertama menginspeksi luka klien. Luka nampak berwarna kemerah-merahan, luka masih nampak basah. Untuk implementasi yang kedua yaitu menggunakan sarung tangan aseptik dalam perawatan luka, dalam implementasi ini penulis tidak melaksanakan karena perawatan luka di lakukan oleh perawat dan penulis hanya membantu Implementasi yang ketiga yaitu mengganti linen, penulis melakukannya tiap pagi dan dapat di lakukan mandiri. Implementasi yang terakhir yaitu memberikan obat oral antibiotik ciprofloxacin 500 mg klien mau minum obat dan tidak muntah.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam di dapatkan catatan perkembangan klien yaitu klien mengatakan bahwa lukanya sudah tidak basah, dengan data objektif luka nampak kering dan bersih. Hasil analisa dari masalah tersebut berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan yaitu masalah teratasi. Adapun planning atau rencana selanjutnya melanjutkan intervensi dengan tetap mempertahankan tehnik aseptik dalam perawatan luka klien.

3. Resiko Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia adalah suatu keadaan dimana individu yang tidak puasa mengalami atau berisiko mengalami penurunan BB yang berhubungan dengan masukan yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolisme.

Batasan karateriktis mayor: Individu yang tidak puasa melaporkan atau mengalami: masukan makanan tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan atau kebutuhan-kebutuhan metabolik aktual atau potensial dalam masukan yang berlebihan. Batasan karateriktis minor: berat badan 10% sampai 20% atau lebih dibawah berat badan ideal untuk tinggi dan kerangka tubuh, lipatan kulit trisep lingkaran lengan dan lingkaran otot pertengahan lengan kurang dari 60% standar pengukuran: kelemahan otot dan nyeri tekan: peka rangsang mental dan kekacauan mental: penurunan albumin serum:

penurunan transferin serum atau penurunan kapasitas ikatan besi (Carpenito, 2001).

Setelah dilakukan pengkajian di temukan data-data yaitu klien mengatakan tidak ada nafsu makan dan dengan data objektif makanan yang di sajikan dari porsi rumah sakit hanya habis 1 sendok makan dan lidah kotor, mukosa bibir kering. Penulis tidak dapat mencantumkan antropometri klien yaitu berat badan setelah sakit, biokimia karena yang pertama di bangsal tidak ditemukan timbangan berat badan sehingga tidak memungkinkan untuk menimbang BB klien dan pemeriksaan laboratorium juga tidak di cantumkan karena memang data pendukung untuk nutrisi tidak ada. Melihat data-data tersebut penulis menetapkan diagnosa keperawatan resiko kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.

Penulis menetapkan diagnosa tersebut menjadi prioritas masalah ketiga, karena menurut Hierarki Maslow nutrisi merupakan kebutuhan fisiologis yang menempati prioritas masalah yang pertama, namun disini masih resiko dan belum menjadi masalah yang aktual sehingga penulis menetapkan pada prioritas yang ketiga karena melihat dari keadaan dan kondisi klien.

Untuk mengatasi masalah tersebut penulis menyusun intervensi keperawatan yang bertujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan intake nutrisi pasien adekuat dengan kriteria hasil memenuhi seluruh nutrisi yang diperlukan, pasien mengatakan nafsu makan bertambah. Dengan intervensi yaitu pantau BB pasien tiap hari, motivasi

klien dan keluarga tentang pentingnya nutrisi bagi kondisi klien, memberikan makanan dalam kondisi hangat, memberikan makanan sedikit tapi sering. Intervensi tersebut prioritasnya kurang tepat, harusnya motivasi klien dan keluarga tentang pentingnya nutrisi bagi kondisi klien menempati prioritas yang terakhir.

Implementasi yang dilakukan oleh penulis yaitu yang pertama memotivasi klien tentang pentingnya nutrisi bagi kondisi tubuhnya yang sakit dengan data subjektif klien mau mendengarkan dan data objektif klien nampak paham apa yang dijelaskan oleh perawat. Implementasi yang kedua yaitu memberikan makanan dalam kondisi yang hangat, biasanya penyajian makanan di rumah sakit sudah terjadwal jadi ketika makanan dari rumah sakit datang langsung meminta pasien untuk segera makan biar kondisi kehangatan masih ada. Penulis hanya melakukan dua implementasi karena intervensi yang memberikan makanan sedikit tapi sering tidak mungkin dilaksanakan karena penyajian makanan sudah terjadwal yaitu pagi siang dan sore. Untuk intervensi menimbang BB pasien tiap hari juga tidak dilaksanakan. Penulis hanya mencantumkan BB klien pada saat klien masuk pada data pengkajian.

Catatan perkembangan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam yaitu data subjektif klien mengatakan nafsu makan bertambah dan dengan data objektif makanan yang disajikan dari rumah sakit habis setengah porsi dengan analisa masalah teratasi karena kriteria hasil yang ditetapkan sudah sesuai. Untuk planning atau rencana yang selanjutnya yaitu menghentikan intervensi.

Masalah yang muncul tetapi tidak di tulis oleh penulis yaitu konstipasi karena klien mengeluh tidak dapat BAB selama di rawat di rumah sakit dan hanya Sekali BAB sejak tanggal 8 Agustus 2008 sampai penulis melakukan pengkajian.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil oleh penulis setelah memaparkan pembahasan mengenai ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.M DENGAN LUKA BAKAR yaitu sebagai berikut :

1. Luka bakar adalah luka yang disebabkan karena jaringan kulit mengalami trauma yang disebabkan oleh suhu yang tinggi listrik dan juga terjadi oleh bahan-bahan kimia. Dan dapat diklasifikasikan tergantung luas jaringan yang terbakar. Luka bakar disebabkan oleh panas, lembab, radiasi, api secara langsung ataupun pajanan suhu tinggi.
2. Masalah yang muncul pada Tn.M yaitu nyeri berhubungan dengan saraf yang terbuka, kesembuhan luka dan penanganan luka bakar. Dengan intervensi yang pertama yaitu mengkaji tingkat nyeri, yang kedua yaitu mengajarkan distraksi dan relaksasi dengan nafas dalam dan mengajak pasien untuk bercerita, dan intervensi yang terakhir yaitu memberikan obat oral analgetik asam mefenamat.
3. Untuk masalah yang kedua yaitu Resiko terhadap infeksi berhubungan dengan kerusakan permukaan kulit dengan melakukan tindakan keperawatan yaitu yang pertama menginspeksi luka klien, menggunakan sarung tangan aseptik

dalam perawatan luka dan yang ketiga yaitu mengganti linen pasien, Implementasi yang terakhir yaitu memberikan obat antibiotik ciprofloxacin 500 mg.

4. Untuk masalah terakhir yang muncul yaitu resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia dengan implementasi yaitu yang pertama memotivasi klien tentang pentingnya nutrisi bagi kondisi tubuhnya yang sakit, dan yang kedua memberikan makanan dalam kondisi yang hangat.
5. Evaluasi akhir dari masalah keperawatan yang muncul pada Tn. M dengan luka bakar setelah dilakukan tindakan keperawatan selama dua hari masalah dapat teratasi semua, kecuali untuk diagnosa yang pertama yaitu nyeri berhubungan dengan saraf yang terbuka, kesembuhan luka dan penanganan luka bakar yaitu dengan melanjutkan intervensi distraksi relaksasi bila nyeri timbul.

B. Saran

1. Institusi pendidikan

Bagi institusi Pendidikan diharapkan untuk lebih fokus pada penatalaksanaan asuhan keperawatan, sehingga mahasiswa dapat membuat laporan asuhan keperawatan yang baik.

2. Pelayanan kesehatan

Di rumah sakit seharusnya perawatan luka bakar sesuai dengan prosedur yang berlaku. Misalnya dalam perawatan luka harus benar-benar melakukan tehnik aseptik.

3. Masyarakat

Diharapkan mampu berkompeten dalam penanganan luka bakar di tempat kejadian, misalnya dengan menguyur luka segera dengan menggunakan air bersih dan segera mungkin klien dijauhkan dengan sumber luka bakar.



DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito,L.J, 2001. *Buku saku diagnosis keperawatan*. Jakarta : EGC
- Corwin, Elisabeth J, 2000. *Buku saku patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Doenges, E. Marilyn, 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Grace Pierce A, 2002. *At a glance Ilmu Bedah* edisi ketiga. Jakarta : Erlangga
- Hartono, Andry, 2002. *Keperawatan emergency*. EGC: Jakarta.
- Haryanto, 2008. *Konsep Dasar Keperawatan Dengan Pemetaan Konsep (concept Mapping)*. Jakarta : Salemba Medika
- Morison, Moya J., 2003. *Manajemen luka* . Jakarta : EGC
- Rab, Tabrani, 2008. *Agenda gawat darurat*. Bandung : Alumni.
- Sjamsuhidayat, R., 2004. *Buku ajar ilmu bedah* edisi 2. Jakarta : EGC.
- Smeltzer,C,S., 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. (alih bahasa)Vol. 2. Jakarta: EGC

