

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS KELOLAAN**

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Identitas diri Pasien**

Nama	: Tn. D
Umur	: 36 Tahun
Sumber informasi	: Pasien, Keluarga dan catatan Rekam Medis
Jenis kelamin	: Laki-Laki
Alamat	: Tegal Kerta, Denpasar Barat
Status perkawinan	: Menikah
Agama	: Hindu
Pendidikan	: SMA
MRS	: 20 Februari 2021
Nomor RM	: 21006932
Diagnosa Medis	: Combustio Grade II AB 23%

##### **2. Keluhan Utama**

Nyeri pada Luka Bakar

##### **3. Riwayat Keluhan Saat ini**

Pasien datang ke IGD RSUP Sanglah pada tanggal 20 Februari 2021 pukul 12.00 Wita, dengan keluhan mengalami luka bakar pada daerah wajah, tangan kiri, paha kanan dan paha kiri, dan genitalia karena pada saat Pasien membakar

sampah tiba-tiba penyakit epilepsi yang di derita Pasien kumat dan Pasien terjatuh ke api di tempat pembakaran sampah tersebut.

Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Pasien dilakukan pemasangan alur cairan intravena RL 500 cc. Pasien dipindahkan ke Ruang Luka Bakar (Burn Unit) pada pukul 18.00 Wita untuk perawatan lebih lanjut.

Pada saat pengkajian (5 April 2021) pasien mengeluh nyeri dan tampak menahan nyeri, terdapat luka bakar pada daerah tangan kanan, paha kanan, paha kiri, genitalia, wajah dan luka tampak kemerahan, nyeri hilang timbul, nyeri timbul saat bergerak atau beraktifitas, skala nyeri 5 dari skala (0-10), tampak meringis, takut bergerak karena nyeri pada daerah luka bakar, tampak lemas. Merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi saat ini, tampak gelisah, tegang, dan pucat. Hasil pemeriksaan tanda tanda vital (TTV) didapatkan tekanan darah: 120/70 mmHg, suhu : 36,2°C, nadi : 93x/menit, respirasi 22 x/menit.

#### **4. Riwayat kesehatan yang lalu**

Sebelumnya Pasien tidak pernah mengalami penyakit yang sama seperti yang dialami saat ini. Namun memiliki riwayat epilepsi dengan pengobatan di fasilitas kesehatan (Puskesmas). Tidak ada riwayat opname, operasi, alergi, ataupun penyakit yang sama pada keluarga.

#### **5. Riwayat Keluarga**

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit keturunan dan penyakit menular, atau penyakit seperti yang dialami Pasien saat ini.

#### **6. Pola Fungsi Kesehatan Pasien Saat Ini**

##### **a. Pemeliharaan dan Persepsi Kesehatan**

Pasien mengatakan kalau kesehatan sangatlah penting, apabila sakit biasanya berobat kebidan atau puskesmas terdekat, jika tidak kunjung sembuh maka Pasien akan berobat kerumah sakit.

b. Nutrisi dan Cairan

Pasien mengatakan sebelum sakit BB : 65 kg, tinggi badan 165 cm Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan porsi 1 piring nasi, sayur dan daging. Minum kurang lebih 1500 ml sehari.

Saat dikaji Pasien terpasang infus pada tangan kiri dengan cairan Ringger Laktat (RL) 18 kali per menit. Makan dan minum sesuai dengan program diet di Rumah sakit. Pasien makan sehari tiga kali dengan porsi satu kotak dan tambahan snak atau buah, Pasien mengatakan bisa menghabiskan porsi yang disediakan. Sehari Pasien minum rata-rata 1500 cc, atau 6-8 gelas perhari.

c. Aktivitas dan latihan

Tidak mampu melakukan beberapa aktivitas sendiri seperti mandi, toileting, dan makan karena rasa sakit pada luka pada area wajah, tangan, genetalia dan paha.

d. Tidur dan istirahat

Pasien mengatakan tidak bisa tidur dengan nyenyak, Pasien sering terbangun karena kurang nyaman dan merasakan nyeri pada area luka bakar, seperti terasa panas atau perih pada area luka. Nyeri dirasakan kurang lebih selama satu sampai lima menit, yg dirasakan hilang timbul.

e. Eliminasi

BAB sehari biasanya sekali, tidak diare atau mengalami konstipasi. BAK masih menggunakan kateter sitostomy dan ditampung dalam urobag.

f. Pola hubungan dan komunikasi

Pasien mengatakan anak kedua dari tiga bersaudara, hubungan Pasien dengan orang tua dan adiknya baik-baik saja, Pasien mengaku memiliki dua orang anak, Pasien juga bisa berkomunikasi baik dengan perawat.

g. Manajemen Koping

Pasien mengatakan jika dirinya memerlukan bantuan dalam perawatannya dirumah dengan menyerahkan perawatan pada tenaga medis atau petugas kesehatan.

h. Kognitif dan persepsi

Pasien mengetahui kondisi penyakit yang dialami setelah diberikan penjelasan dari petugas. Pasien mengatakan masih bisa mendengar, melihat, berbicara, mencium bau-bauan dengan baik, Pasien mengatakan mengalami nyeri pada area luka bakar.

i. Konsep Diri

Pasien mengatakan berjenis kelamin laki-laki, tidak ada masalah interaksi sosial, tidak mengalami masalah peran, tidak mengalami masalah rendah diri, serta menerima bentuk tubuhnya secara utuh.

j. Seksual

Pasien mengatakan dirinya adalah seorang ayah, dan sebelum sakit tidak memiliki masalah seksualitas.

k. Nilai dan kepercayaan

1) Sebelum sakit

Pasien mengatakan beragama Hindu, Pasien selalu taat dalam persembahyangan di rumah maupun wilayah tempat tinggalnya.

2) Saat sakit

Pasien mengatakan tidak bisa melakukan persembahyangan secara rutin karena sakit yang dialaminya dan hanya berdoa di tempat tidur untuk kesembuhannya.

**7. Pengkajian Fisik**

- a. Kondisi Umum : kesadaran composmentis, Pasien terbaring di tempat tidur.  
Tanda-tanda Vital : Nadi = 93 kali/menit, Suhu = 36°C, TD= 120/80 mmHg, Pernafasan = 22 kali/menit. Skala nyeri 5 (nyeri sedang) dari rentang 0 - 10.
- b. Kulit : terdapat luka bakar pada daerah tangan kanan, paha kanan dan paha kiri, genetalia, dan wajah, luka tampak kemerahan. Luas luka bakar 23 % dengan kedalaman/derajat II AB.
- c. Kepala : mesochepale, rambut hitam : mata konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada gangguan penglihatan. Pada area wajah terdapat luka bakar Grade II AB 3%, sudah dilakukan debridement skin graft dan rawat luka.
- d. Telinga : tidak ada gangguan pendengaran
- e. Hidung : tidak terlihat adanya pernapasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak ada gangguan penciuman. Terdapat bekas luka bakar sudah dalam fase penyembuhan (maturasi).
- f. Mulut dan Tenggorokan : mukosa bibir lembab, personal hygiene bersih tidak ada tanda adanya trauma inhalasi. Terdapat luka bakar dalam fase penyembuhan (maturasi), warna kemerahan epitelisasi pada kulit.
- g. Leher : tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran limfoid, nadi karotis teraba.

h. Thoraks

- 1) Inspeksi : dada simetris kanan dan kiri, tidak terdapat luka atau jejas, warna kulit tidak ikterik, tidak terlihat adanya penggunaan otot pernapasan (interkosta).
- 2) Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tektil fremitus kanan dan kiri sama.
- 3) Perkusi : Dullness (redup) di paru-paru kanan dan kiri, tidak adanya pembesaran jantung.
- 4) Auskultasi: Terdengar suara vesikuler pada paru-paru kanan dan kiri, bunyi jantung normal.

i. Abdomen

- 1) Inspeksi : Abdomen datar, warna kulit sawo matang tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan abdomen.
- 2) Palpasi : tidak ada massa, tidak ada hepatomegali.
- 3) Perkusi : Tidak ada asites, tidak ada suara abdomen pekak (timpani).
- 4) Auskultasi: Bising usus 8x/menit.

j. Ekstremitas: terdapat luka bakar pada daerah tangan kanan dengan luas 4%, paha kanan dan paha kiri luas 15%, genetalia luas 1%, luka tampak kemerahan dan sebagian terbalut dengan modern dresing.

k. Genetalia : terdapat luka bakar pada area scrotum dan kemaluan dengan luas luka bakar 1 %.

l. Anus dan Rektum : tidak terkaji

m. Neurologi : Kesadaran Pasien komposmentis

## 8. Pemeriksaan Penunjang

### a. Pemeriksaan laboratorium

**Tabel 4 Pemeriksaan Laboratorium Tn.D. dengan Luka Bakar di Burn Unit RSUP Sanglah Denpasar Tanggal 3 April 2021**

Pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Keterangan
Darah Lengkap (DL)	WBC	<b>16.42</b>	$10^3/\mu\text{L}$	4.1 - 11.0	Tinggi
	NE%	66.10	%	47 - 80	
	LY%	25.40	%	13 - 40	
	MO%	6.80	%	2.0 - 11.0	
	EO%	1.30	%	0.0 - 5.0	
	BA%	0.40	%	0.0 - 2.0	
	NE#	<b>10.87</b>	$10^3/\mu\text{L}$	2.50 - 7.50	Tinggi
	LY#	<b>4.17</b>	$10^3/\mu\text{L}$	1.00 - 4.00	Tinggi
	RBC	<b>3.77</b>	$10^6/\mu\text{L}$	4.5 - 5.9	
	HGB	<b>10.90</b>	g/dL	13.5 - 17.5	
	HCT	<b>33.30</b>	%	41.0 - 53.0	Rendah
	MCV	88.30	fL	80.0 - 100.0	Rendah
	MCH	28.90	pg	26.0 - 34.0	Rendah
	MCHC	32.70	g/dL	31 - 36	
	PLT	365.00	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 440	
MPV	<b>10.20</b>	fL	6.80 - 10.0	Tinggi	

### b. Pemeriksaan rontgen

Foto Thorax AP (Asimetris, kurang inspirasi) :

Dibandingkan foto tanggal 27/2/2021 :

Soft tissue : tak tampak kelainan

Tulang-tulang : tak tampak kelainan

Sinus pleura kanan kiri tajam

Diaphragma kanan kiri normal

Cor : besar dan bentuk kesan normal, CTR 55 %

Trachea : letak di tengah, airway patent

Pulmo : tak tampak nodul/konsolidasi. Corakan bronchovaskuler normal

Kesan:

*Dibandingkan foto tanggal 27/2/2021 :*

*Saat ini Cor dan pulmo tak tampak kelainan*



## 9. Masalah Keperawatan

**Tabel 5 Analisa Data Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Pasien Tn. D. dengan Luka Bakar di Burn Unit RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2021**

Data	Etiologi	Masalah
<b>Subyektif :</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada area luka bakar, nyeri dirasakan hilang timbul seperti panas dan tertusuk, nyeri dirasakan lebih berat jika bergerak, merasa takut untuk merubah posisi karena takut nyeri.</li> </ul>	<p>Agen Pencedera (api)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Luka bakar</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<b>Nyeri Akut</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Merasa khawatir dengan kondisi yang dihadapi saat ini</li> </ul>	<p>Terputusnya inkonuitas jaringan, pembuluh darah, dan saraf-saraf di area luka bakar</p>	
<b>Obyektif</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka bakar pada daerah tangan kanan dengan luas 4%, paha kanan dan paha kiri luas 15%, genetalia luas 1%, luka tampak kemerahan dan sebagian terbalut dengan modern dresing.</li> </ul>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p>Merangsang pelepasan mediator nyeri (histamin, prostaglandin)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak meringis saat berpindah posisi</li> </ul>	↓	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak lemas, gelisah, tegang, dan pucat.</li> </ul>	<b>Nyeri Akut</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 5 dari (1-10) rentang skala nyeri yang diberikan.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil pemeriksaan tanda tanda vital (TTV) didapatkan tekanan darah: 120/80 mmHg, suhu: 36,2°C, nadi : 93x/menit, respirasi 22x/menit.</li> </ul>		

Berdasarkan analisa data diatas maka masalah keperawatan yang muncul adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (terbakar).

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Setelah dilakukan analisa data, maka dirumuskan diagnose keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (terbakar) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, sulit tidur, gelisah, frekuensi nadi : 93x/menit, tekanan darah 120/80 mmHg, dan respirasi 22x/menit.

### C. Perencanaan Keperawatan

Tabel 6 Perencanaan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Tn.D dengan Luka Bakar di Burn Unit RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2021

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kreteria hasil	Intervensi
5 April 2021	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (terbakar) ditandai dengan Pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, sulit tidur, Tanda-tanda Vital : Nadi = 93 kali/menit, Suhu = 36°C, TD = 120/80 mmHg, Pernafasan = 22 kali/menit. Skala nyeri 5 (nyeri sedang) dari rentang 0 - 10.	Setelah diberikan asuhan keperawatan dengan manajemen nyeri selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri menurun.</li> <li>- Meringis menurun.</li> <li>- Sikap protektif menurun.</li> <li>- Gelisah menurun.</li> <li>- Kesulitan tidur menurun.</li> <li>- Menarik diri menurun.</li> <li>- Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>- Diaforesis menurun</li> </ul>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>11. Identifikasi skala nyeri.</li> <li>12. Identifikasi respon nyeri non verbal.</li> <li>13. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> <li>14. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.</li> <li>15. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.</li> <li>16. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup.</li> <li>17. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang</li> </ol>

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kreteria hasil	Intervensi
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi membaik.</li> <li>- Pola nafas membaik.</li> <li>- Tekanan darah membaik.</li> </ul>	<p data-bbox="1317 312 1509 336">sudah diberikan.</p> <p data-bbox="1279 360 1850 392">18. Monitor efek samping penggunaan analgetik.</p> <p data-bbox="1279 488 1420 520"><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1279 568 1924 647">5. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan therapi relaksasi nafas dalam.</li> <li data-bbox="1279 671 1883 799">6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan mengatur : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.</li> <li data-bbox="1279 823 1644 847">7. Fasilitasi istirahat dan tidur.</li> <li data-bbox="1279 871 1850 951">8. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemeliharaan strategi meredakan nyeri.</li> </ul> <p data-bbox="1279 975 1384 1007"><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1279 1046 1861 1078">6. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</li> <li data-bbox="1279 1102 1720 1134">7. Jelaskan strategi meredakan nyeri.</li> <li data-bbox="1279 1158 1816 1190">8. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</li> <li data-bbox="1279 1214 1868 1246">9. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.</li> </ul>

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kreteria hasil	Intervensi
			<p>10. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan relaksasi nafas dalam.</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>2. Memberikan analgetik jika perlu.</p>

## D. Implementasi Keperawatan

**Tabel 7 Implementasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Tn.D dengan Luka Bakar di Burn Unit RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2021**

No	Tgl/ jam	Implementasi	Respon	Paraf
1	5 April 2021 09.00	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	DS :  Pasien mengatakan nyeri di area luka, nyeri hilang timbul, dirasakan seperti panas dan perih/tertusuk  DO:  Pasien tampak meringis, skala nyeri 5	
	09.20	- Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan tehnik relaksasi nafas dalam dalam	DS:  Pasien mengatakan mau diberikan terapi relaksasi nafas dalam  DO:  Pasien mau mendengarkan penjelasan tentang relaksasi nafas dalam, mau mendemonstrasikan tehnik yang diajarkan,  Setelah therapi Pasien tampak lebih rileks, skala nyeri 3 (0 – 10)	
	10.00			

No	Tgl/ jam	Implementasi	Respon	Paraf
		- Menjelaskan strategi meredakan nyeri	DS : Pasien menyatakan mengerti setelah diberi penjelasan  DO: Pasien mau mendengarkan tentang strategi meredakan nyeri	
	10.20	- Delegatif pemberian analgetik ketorolac 1 amp 30 mg/ml	DS : DO : Obat masuk melalui selang infus, tidak ada tanda-tanda alergi seperti tidak terdapat tumor, calor, dolor, rubor ataupun functio laesa.	
	11.00	Memonitor tanda-tanda vital.	DS : Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada luka  DO : - TD:120/70 mmHg - S : 36°C - N : 88x/menit - RR : 20x/menit - Skala nyeri 3	
2	6 April 2021 09.00	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas	DS : Setelah lebih sering melakukan relaksasi mengatakan nyeri di diarea	

No	Tgl/ jam	Implementasi	Respon	Paraf
		nyeri.	luka berkurang  DO:  Pasien tampak lebih tenang dan lebih berani dalam melakukan gerakan	
09.20		- Mengidentifikasi skala nyeri.	DS: -  DO: skala nyeri Pasien 3 (tiga)	
09.30		- Mengajukan kembali teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam)	DS: Pasien menyatakan akan lebih sering melakukan terapi jika nyeri muncul  DO: Pasien melakukan tehnik relaksasi nafas dalam	
10.00		- Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan mengatur : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.	DO:  Suhu ruangan diatur dengan pendingin Sentral (suhu 22°C), tiap Bed pasien dibatasi dengan sampiran/korden, penerangan cukup, lingkungan cukup tenang	
11.00		- Mengukur vital signa	DS :  DO :	



No	Tgl/ jam	Implementasi	Respon	Paraf
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- TD:120/80 mmHg</li> <li>- S : 36°C</li> <li>- N : 80x/menit</li> <li>- RR : 20x/menit</li> </ul>	
3	7 April 2021 14.00	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.	<p>DS :</p> <p>Setelah lebih sering melakukan relaksasi mengatakan nyeri di diarea luka berkurang</p> <p>DO:</p> <p>Pasien tampak lebih tenang dan lebih berani dalam melakukan gerakan</p>	
	14.20	- Mengidentifikasi skala nyeri.	<p>DS: -</p> <p>DO: skala nyeri Pasien 3 (tiga)</p>	
	14.30	- Menganjurkan kembali teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi nafas dalam)	<p>DS: Pasien menyatakan akan lebih sering melakukan terapi jika nyeri muncul</p> <p>DO: Pasien melakukan tehnik relaksasi nafas dalam</p>	
	15.00	- Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan mengatur : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.	<p>DO:</p> <p>Suhu ruangan diatur dengan pendingin Sentral (suhu 22°C), tiap Bed pasien dibatasi dengan sampiran/korden, penerangan</p>	

No	Tgl/ jam	Implementasi	Respon	Paraf
			cukup, lingkungan cukup tenang	
	16.00	- Mengukur vital signa	DS : DO :  - TD:120/80 mmHg - S : 36°C - N : 80x/menit - RR : 20x/menit	
	16.30	- Delegatif pemberian analgetik ketorolac 1 amp 30 mg/ml	DS : DO :  Obat masuk melalui selang infus, tidak ada tanda-tanda alergi seperti tidak terdapat tumor, calor, dolor, rubor ataupun functio laesa.	

---

## E. Evaluasi Keperawatan

**Tabel 8 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Tn.D dengan Luka Bakar di Burn  
Unit RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2021**

No	Hari/Tgl/Jam	Dx	Evaluasi	TTD
1.	Senin, 8/4/2021 12.20		<p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien menyatakan sudah lebih sering melakukan relaksasi jika nyeri muncul</li><li>- Pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang.</li></ul> <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien tampak tenang, skala nyeri 2 (0-10) rentang nyeri yang diberikan.</li><li>- Meringis menurun.</li><li>- Sikap protektif menurun.</li><li>- Gelisah menurun.</li><li>- TD : 120/80 mmHg</li><li>- N : 80x/menit</li><li>- RR : 20x/menit</li></ul> <p>Asesment :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Pertahankan kondisi pasien.</p>	Suindiana