

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan antara tinjauan pustaka pada BAB 2 dengan tinjauan kasus pada BAB 3 dalam “Asuhan Keperawatan pada Tn.A dengan Diagnosa Medis *Combustio* (Luka Bakar) di Ruang Edelwis Rumah Sakit Bhayangkara Surabaya” yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

Tahap pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian menggunakan metode wawancara, observasi, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik (Setiadi, 2010).

Dalam pengkajian yang dilakukan pada tanggal 27-29 Mei 2015, pada Tn.A dengan Diagnosa Medis *Combustio* (Luka Bakar) di Ruang Edelwis Rumah Sakit Bhayangkara Surabaya, penulis menggunakan metode wawancara, observasi, studi dokumentasi dan pemeriksaan fisik. Penulis tidak menemukan hambatan dalam pengumpulan data karena penderita yang berusia 30 tahun dan kesadaran composmentis serta penulis bekerja sama dengan keluarga dan tenaga kesehatan (perawat) untuk pengumpulan data sehingga bisa tercukupi data-data yang penulis butuhkan untuk pengkajian.

Pada tinjauan kasus ditemukan data yang dapat dilihat dari analisa data pasien mengatakan nyeri pada luka di ekstremitas atas sebelah kiri, P: Luka bakar derajat IIA akibat tersiram air panas, Q: Rasa nyeri panas terbakar, R: Nyeri dirasakan di ekstremitas atas sebelah kiri, S: Skala nyeri 6 (sedang), T: Nyeri terasa sepanjang waktu, pasien tampak lemah dan menyeringai kesakitan, tampak adanya bula dan kemerahan, luas luka bakar 9%, akral hangat, kering, merah, GCS 456, suhu 36,5°C, Nadi 98 x/menit, RR 22 x/menit, tekanan darah 120/70 mmHg.

Berdasarkan tinjauan pustaka ditemukan data pada pasien luka bakar derajat IIA adalah kerusakan meliputi epidermis dan lapisan bagian atas dermis. Organ-organ kulit seperti folikel rambut, kelenjar keringat, kelenjar *sebacea* masih banyak. Semua ini merupakan benih-benih epitel. Terdapat bullae, warna kuning, basah, nyeri karena ujung-ujung saraf sensorik teriritasi (hipernestesi) (Siti, Sauma A., 2008).

Dari data diatas ada kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan pustaka yaitu luka bakar derajat IIA yang meliputi warna kuning dan basah tidak ada. Hal ini disebabkan oleh derajat panas, sumber, penyebab dan lamanya kontak dengan tubuh penderita.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan data-data yang didapatkan penulis dari hasil pengkajian tanggal 27-29 Mei 2015, pada Tn.A dengan Diagnosa Medis *Combustio* (Luka Bakar) di Ruang Edelwis Rumah Sakit Bhayangkara Surabaya. Dari data pengkajian dapat disimpulkan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus telah disesuaikan dengan proritas masalah yaitu Nyeri akut berhubungan

dengan kerusakan kulit/jaringan, manifulasi jaringan cidera, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kondisi tubuh yang lemah dan Kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya berhubungan dengan informasi tentang penyakitnya

Berdasarkan tinjauan pustaka ditemukan 6 diagnosa keperawatan yaitu Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan banyaknya penguapan atau cairan tubuh yang keluar, Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan cedera inhalasi asap atau sindrom kompartemen torakal sekunder terhadap luka bakar sirkumfisial dari dada atau leher, Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan perlindungan kulit, jaringan traumatik, Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit/jaringan, bentukan edem, manifulasi jaringan cidera, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan destruksi lapisan kulit, Resiko syok (Wilkinson, 2012).

Pada diagnosa keperawatan Kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya berhubungan dengan informasi tentang penyakitnya dan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kondisi tubuh yang lemah, muncul pada tinjauan kasus karena pada hasil pengkajian ditemukan adanya data yang mendukung walaupun pada tinjauan pustaka tidak ditemukan.

Sedangkan kelima diagnosa keperawatan yaitu Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan banyaknya penguapan atau cairan tubuh yang keluar, Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan cedera inhalasi asap atau sindrom kompartemen torakal sekunder terhadap luka bakar sirkumfisial dari dada atau leher, Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan perlindungan kulit, jaringan traumatic, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan destruksi lapisan kulit, dan Resiko syok yang disebutkan dalam tinjauan pustaka tidak

ditemukan dalam tinjauan kasus karena pada hasil pengkajian tidak ditemukan adanya data yang mendukung.

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan meliputi penentuan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil dan intervensi. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi. Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah pasien. Perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan (Hidayat, 2004).

Berdasarkan tinjauan pustaka intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit/jaringan, manifulasi jaringan cedera adalah Lakukan pendekatan pada pasien dan keluarga, Observasi tanda-tanda vital, Observasi dan catat keluhan nyeri, intensitasnya (dengan skala 0-10), faktor memperburuk atau meredakan lokasinya, lamanya, dan karakteristiknya, Ajarkan dan anjurkan pada pasien untuk melakukan teknik relaksasi misalnya nafas panjang dan dikeluarkan secara perlahan, Anjurkan pasien mengatur posisi yang nyaman seperti posisi semi fowler, Kolaborasi dengan dokter dalam rawat luka dan pemberian obat sesuai indikasi (analgesik).

Intervensi keperawatan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat beberapa perbedaan karena pada tinjauan kasus menyesuaikan dengan keadaan klien dan sarana yang ada di tempat keperawatan. Tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan jangka waktunya sebagai pedoman dalam melakukan evaluasi karena penulis mengamati klien secara langsung sedangkan pada tinjauan pustaka

tidak ditentukan jangka waktunya. Tujuan pada diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit/jaringan, manifulasi jaringan cidera, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kondisi tubuh yang lemah dan Kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya berhubungan dengan informasi tentang penyakitnya adalah dilakukan dalam waktu 3x24 jam pada tanggal 27-29 Mei 2015.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan dan melaksanakan intervensi atau aktivitas yang telah ditentukan (Handayaningsih, 2007).

Pada tinjauan kasus dilakukan implementasi keperawatan sesuai dengan yang dirumuskan pada intervensi keperawatan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak dilakukan implementasi keperawatan karena tidak ada pasiennya. Seperti pada diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit/jaringan, manifulasi jaringan cidera adalah Melakukan pendekatan pada pasien dan keluarga, Mengobservasi *vital sign*, Mengobservasi keluhan nyeri, Menginjeksi Ketorolac 30 mg, 1 amp/ iv dan mengompres PZ+kasa, Sufratul, Barnazim salep, Mengajarkan dan menganjurkan pada pasien relaksasi dengan cara tarik nafas dalam melalui hidung dan tahan sampai 2 detik kemudian hembuskan secara perlahan melalui mulut, Mengatur pasien pada posisi yang nyaman, Mengobservasi luka bakar pasien, Menanyakan keadaan pasien saat ini, Memberikan Cefadroxil dan Asam mefenamat.

Semua intervensi keperawatan dapat dilakukan sesuai dalam tinjauan pustaka. Hal ini disebabkan oleh penderita yang berusia 30 tahun dan kesadaran

composmentis serta penulis bekerja sama dengan keluarga dan tenaga kesehatan (perawat) dalam melakukan intervensi keperawatan.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan keberhasilan dari intervensi keperawatan, apakah intervensi keperawatan telah tercapai atau belum tercapai dan apakah sudah sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi ini dilakukan dengan menggunakan format evaluasi SOAP meliputi data subjektif, data objektif, data analisa dan data perencanaan (Handyaningsih, 2007).

Evaluasi keperawatan pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada keluarga kemudian didokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena tidak ada pasien sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi keperawatan pada diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit/jaringan, manifulasi jaringan cedera adalah S: Pasien mengatakan nyeri lukanya sudah berkurang (skala nyeri 4-5), P: Luka bakar derajat IIA akibat tersiram air panas, Q: Rasa nyeri panas terbakar, R: Nyeri dirasakan di ekstremitas atas sebelah kiri, S: Skala nyeri 4-5 (sedang), T: Nyeri terasa sepanjang waktu, O: Pasien tampak tenang dan menyeringai kesakitan, tampak adanya bula dan kemerahan, luas luka bakar 9%, akral hangat, kering, merah, GCS 456, suhu 36,5°C, Nadi 88 x/menit, RR 22 x/menit, tekanan darah 120/70 mmHg, A: Masalah teratasi, P: Intervensi dipertahankan (1,2,3,4,5,6). Diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kondisi tubuh yang lemah adalah S: Pasien mengatakan sudah bisa tidur karena nyeri lukanya sudah berkurang dan tangan kirinya masih terasa nyeri saat digerakkan, O: Pasien

tampak tenang dan menyeringai kesakitan saat tangan kirinya digerakkan, tampak adanya luka bakar di ekstremitas atas sebelah kiri, suhu 36,5°C, Nadi 88 x/menit, RR 22 x/menit, tekanan darah 120/70 mmHg, A: Masalah teratasi sebagian, P: Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4,5,6). Diagnosa keperawatan Kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya berhubungan dengan informasi tentang penyakitnya adalah S: Pasien mengatakan mengerti cara merawat luka bakarnya, O: Pasien tampak tenang dan mengerti saat ditanya cara merawat lukanya, pendidikan SMP, suhu 36,5°C, Nadi 88 x/menit, RR 22 x/menit, tekanan darah 120/70 mmHg, A: Masalah teratasi, P: Intervensi dipertahankan (1,2,3,4,5).