BAB III

TINJAUAN KASUS

Untuk memahami asuhan keperawatan pada klien dengan luka bakar grade II B dan III 20 %, maka penulis melakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian dimulai tanggal 15 Mei 2001

1. Pengumpulan data

   a. Identitas data

      Pasien dengan nama Tn. M, umur 16 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, suku Jawa bangsa Indonesia, bertempat tinggal di Sidotopo Surabaya, beragama Islam, pendidikan SLTP, pasien masuk rumah sakit tanggal 4 Mei 2001 dengan nomer register 1004.19.89.

   b. Riwayat penyakit sekarang

      Tanggal 24 Maret 2001 jam 11.00 wib pasien sedang memasak mie lalu secara tiba-tiba kaki pasien tersambar minyak tanah, pasien dibawa ke Puskesmas namun luka tidak sembuh tapi bertambah parah sehingga pasien dibawa ke RSUD Dr. Soetomo Surabaya di ruang GBPT, pada tanggal 11 Mei 2001 klien dipindahkan ke ruang bedah G.

   c. Riwayat penyakit keluarga

      Dalam pengkajian pasien mengatakan bahwa dalam keluarganya tidak ada yang menderita diabetes melitus, jantung maupun hipertensi.

d. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya ia belum pernah dirawat di rumah sakit seperti keadaan saat ini dan klien tidak pernah menderita penyakit di abetes melitus atau jantung.

e. Pola kebiasaan dan fungsi

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Sebelum MRS (masuk rumah sakit) klien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat terlarang, tidak merokok, pasien mandi 2 kali/hari, dan selalu memperhatikan kesehatannya bila sakit selalu berobat ke Puskesmas. Selama MRS adanya penurunan pada pemeliharaan kesehatan karena kondisi pasien yangn lemah, sehingga dalam pelaksanaan dibantu keluarga maupun perawat.

2) Pola nutrisi dan metabolik

Sebelum MRS pasien mengatakan makan 3 kali/hari, dengan komposisi nasi, lauk pauk, buah dan minum air putih 1,5 liter, sedang dirumah sakit klien mengaku makan 3 kali/hari, dengan komposisi nasi, lauk pauk, buah dan habis dalam satu porsi, klien minum kurang lebih 2 – 2,5 liter per hari dengan air putih dan susu.Diit TKTP, tidak mual dan tidak muntah.

3) Pola aktivitas

Sebelum MRS klien mengatakan bahwa ia seorang pelajar, dan segala kebutuhan sehari-hari dapat dilakukan sendiri. Selama dirumah sakit pasien hanya berbaring ditempat tidur karena keadaannya lemah, nyeri disekitar luka bila digerakkan, aktifitas

dibantu, klien tidak berjalan karena adanya luka bakar pada extremitas bawah dengan grade II B dan III 20 %.

4) Pola eliminasi

Sebelum MRS pasien mengatakan buang air kecil (BAK) kurang lebih 3 – 4 kali sehari, warna kuning jernih dengan jumlah 1500 ml/hari, buang air besar (BAB) kurang lebih 1 kali sehari, dengan konsisten lunak. Selama di rumah sakit buang air kecil (BAK) kurang lebih 4 kali sehari, dengan jumlah 1500 ml/hari, buang air besar (BAB) 1 kali sehari, konsisten lunak.

5) Pola tidur dan Istirahat

Sebelum MRS klien tidur jam 22.00 wib sampai dengan 04.30 wib, jika siang tidak pernah tidur. Sedangkan di rumah sakit klien tidur 10 jam dalam 24 jam, kebiasaan klien sebelum tidur atau waktu tidur klien menggunakan selimut, bantal, dengan tanpa penerangan.Klien mengalami gangguan rasa nyaman karena adanya nyeri pada daerah sekitar luka, klien cemas.

6) Pola sensori dan kognitif

Pasien tidak mengalami gangguan pada kelima panca indra seperti penciuman, raba, rasa, penglihatan dan pendengaran. Pasien mengeluh tidak nyaman karena nyeri pada daerah luka bakar. Klien kurang mengerti tentang perawatan luka bakar yang dialaminya.

7) Pola persepsi diri

Klien merasa takut dan cemas tentang kondisinya dimana akan mengalami perubahan pada warna kulit dan bentuk tubuh namun juga lamanya penyembuhan luka.

8) Pola hubungan dan peran

Di dalam keluarga pasien adalah anak terakhir sehingga klien sangat dekat dengan orang tuanya serta hubungannya dengan keluarga serta saudara cukup baik, begitu pun di rumah sakit hubungan klien dengan perawat dan dokter baik.

9) Pola reproduksi dan seksual

Status klien adalah laki-laki dan belum menikah klien sudah sircumsisi, klien adalah anak kedua dari dua saudara.

10) Pola penanggulangan stress

Di rumah bila klien mempunyai masalah selalu membicarakan dengan keluarganya terutama ibu. Sedangkan saat di rumah sakit apabila klien mempunyai masalah ia selalu mengatakan pada keluarga maupun perawat.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan dirinya beragama Islam dan sebelum sakit klien melakukan ibadah sholat dan selama dirumah sakit klien tidak melakukan sholat karena luka pada kaki, klien hanya berdo'a.

f. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan lemah, kesadaran composmentis, wajah tampak menyeringai kesakitan, terdapat luka bakar grade II B dan III 20% pada extremitas bawah kanan dan kiri, klien sering memegangi luka bila dirasakan nyeri, skala nyeri 5 tanda – tanda vital :

T : 120/80 mmHg S : 38 ^{0}C

N : 88 x/menit

Tinggi badan : 168 cm , berat badan : 60 kg

2) Kepala sampai leher

- Kepala : bentuk simetris, tidak ada benjolan, rambut warna hitam, tidak rontok, kebersihan cukup.
- Mata : keadaan kedua mata simetris, sclera tidak icterus, konjungtiva tidak anemis, tidak menggunakan alat bantu penglihatan.
- Telinga : tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada serumen.
- Mulut : tidak ada stomatitis, tidak ada karies gigi, lidah tidak kotor, kebersihan cukup.
- Hidung : tidak terdapat polip, tidak epistaksis, bentuk simetris, kebersihan cukup.
- Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada kaku kuduk, tenggorokan tidak ada nyeri telan, tidak ditemukan pembesaran struma.

3) Sistem respirasi

Bentuk simetris, tidak nyeri tekan, tidak ada benjolan, adanya bekas luka bakar pada dada, tidak terpasang alat bantu pernafasan, tidak ada suara nafas tambahan, tidak sesak, tidak ada obstruksi jalan nafas,tidak ada pergerakan cuping hidung, respirasi rate 20 kali/menit.

4) Sistem kardiovaskuler

Suara jantung S1 dan S2 tunggal, akral hangat, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88 x/menit, tidak edema.

5) Sistem genitourinaria

Klien buang air kecil (BAK) $\pm$ 3 – 4 kali perhari, warna kuning jernih, tidak ada kesulitan saat BAK, tidak menggunakan kateter, jumlah urine $\pm$ 1500 ml/hari.

6) Sistem Integumen

Kulit warna sawo matang, tidak cyanosis, akral hangat, terdapat luka pada extremitas bawah kanan dan kiri dengan grade II B dan III 20 %, luka basa, warna luka kemerahan, terdapat pus, bau amis, adanya jaringan nekrose, luka mengeluarkan cairan, tidak oedema,kebersihan luka cukup.

7) Sistem gastrointestinal

Tidak nyeri tekan, bising usus 15 kali/menit, tidak mual, tidak muntah, perut tidak kembung, tidak terdapat acites.

8) Sistem muskulusskeletal

Pada extremitas atas tidak ada gerak, tidak luka, tidak ada nyeri waktu beraktifitas, pada extremitas bawah kanan dan kiri terdapat luka bakar grade II B dan III 20 %, adanya nyeri tekan pada luka bila melakukan aktifitas.

9) Sistem endokrin

Pada sistem endokrin tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

10) Sistem persyarafan

Pada sistem persyarafan tidak terdapat kaku kuduk, kesadaran composmentis.

g. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium tanggal 16 Mei 2001 didapatkan hasil kalium serum 3,8 meg/dl, natrium 135 meg/dl, albumin 2,97 g/dl, Hb 11,9 g/dl.

h. Terapi yang diberikan

1) oral : tragesic 3 x 1 tablet, tanvid 2 x 400 gr

2) Salf : silver sulfadiazin 1 %

3) Diit : tinggi kalori tinggi protein.

2. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam masalah kesehatan dan keperawatan pasien. (Nasrul Effendy, 1995 : 24).

a. Kelompok data pertama

1) Data subyektif : Klien mengatakan nyeri pada daerah sekitar luka bakar yang menetap, klien menunjukkan skala nyeri 5.

2) Data obyektif : Keadaan umum lemah, expresi wajah tegang, gelisah, klien sering menyeringai, skala nyeri 5, tensi 120/ 80 mmHg, nadi 88 x/menit, klien sering memegangi luka bila terasa nyeri.

3) Kemungkinan masalah: Terputusnya syaraf-syaraf perifer kulit

4) Masalah : Nyeri

b. Kelompok data kedua

1) Data subyektif : klien mengatakan badannya terasa lemah

2) Data obyektif : keadaan umum lemah, aktifitas terbatas, klien tidak dapat berjalan akibat adanya luka bakar pada extremitas bawah kanan dan kiri dengan grade II B dan III 20 %.

3) Kemungkinan masalah : intoleransi aktifitas.

4) Masalah : gangguan mobilitas fisik

c. Kelompok data ketiga

1) Data subyektif : klien mengatakan luka terasa nyeri dan panas

2) Data obyektif : luka kemerahan dan basah, luka derajat II B dan III 20 % didaerah extremitas bawah

kanan dan kiri, tidak oedema, adanya sedikit pus, suhu 38 ^{0}C, albumin 2,97 g/dl.

3) Kemungkinan masalah : kehilangan intregritas kulit akibat luka bakar.

4) Masalah : resiko tinggi terjadi infeksi

d. Kelompok data keempat

1) Data subyektif : klien mengatakan takut dan cemas adanya perubahan bentuk tubuh

2) Data obyektif : klien tampak tegang, gelisah, klien sering menanyakan tentang keadaan lukanya.

3) Kemungkinan masalah : perubahan bentuk tubuh.

4) Masalah : gangguan konsep diri (body image)

3. Diagnosa keperawatan

a) Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan terputusnya syaraf-syaraf perifer kulit ditandai dengan expresi wajah tegang, klien menyeringai, keadaan umum lemah, klien sering memegangi luka bila terasa nyeri, skala nyeri 5, tensi 120/80 mmHg, nadi 88 x/menit.

b) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktifitas ditandai dengan keadaan umum lemah, aktifitas terbatas atau dibantu seperti BAK (buang air kecil), klien tidak dapat berjalan akibat adanya luka bakar di extremitas bawah kanan dan kiri dengan grade II B dan III 20 %.

c) Resiko tinggi terjadi infeksi berhubungan dengan kehilangan integritas kulit akibat luka bakar ditandai dengan luka kemerahan dan basah,

luka derajat II B dan III 20 % didaerah extremitas bawah kanan dan kiri, tidak oedem, adanya sedikit pus, suhu 38^0C, albumin 2,97 g/dl

d) Gangguan konsep diri (body image) berhubungan dengann adanya perubahan bentuk tubuh ditandai dengan klien tampak tegang, gelisah, klien sering menanyakan tentang keadaan lukanya.

B. Perencanaan

Pada tanggal 15 Mei 2001.

a. Diagnosa keperawatan I

Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan terputusnya syaraf-syaraf perifer kulit.

1). Tujuan : rasa nyeri pasien berkurang dalam waktu 3 x 24 jam

2). Kriteria hasil: expresi wajah relaks, klien tidak lagi menyeringai, keadaan umum baik, klien tidak memegangi luka, skala nyeri 0, klien merasa nyaman dan nyeri berkurang, tensi 120/80 mmHg, nadi 80 x/menit.

3). Rencana tindakan :

a. Lakukan pendekatan pada klien dan keluarga dalam melakukan tindakan.

b. Jelaskan penyebab terjadinya nyeri

c. Kaji intensitas, tingkat dan lamanya nyeri

d. Ajarkan teknik relaksasi dengan nafas dalam dan anjurkan teknik distraksi dengan membaca koran.

e. Lakukan observasi tanda vital

f. Lakukan kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian terapi analgesik.

4). Rasional :

a. Akan timbul rasa percaya pada klien yang mana akan memudahkan melakukan tindakan perawatan luka.

b. Mengetahui penyebab nyeri dapat membantu dalam mengatasi kecemasan dan mengurangi rasa nyeri pasien.

c. Kaji intensitas, tingkat dan lamanya nyeri digunakan untuk menentukan intervensi keperawatan selanjutnya.

d. Teknik relaksasi dengan nafas dalam dapat mengurangi adanya ketegangan otot akibat nyeri yang diraskan, sedangkan teknik distraksi dengan membaca koran, komunikasi dengan pasien lain dapat mengalihkan perhatian klien bila nyeri timbul.

e. Observasi tanda vital untuk mengetahui kondisi perkembangan klien.

f. Pemberian terapi analgesik dapat mengurangi rangsangan nyeri yang dirasakan klien.

b. Diagnosa keperawatan II

Gangguan mobilisasi fisik behubungan dengan intoleransi aktifitas.

1). Tujuan : gangguan mobilisasi fisik pasien dapat teratasi dalam waktu 2 x 24 jam.

2). Kriteria hasil : klien dapat melakukan aktifitas sendiri, klien dapat berjalan, keadaan umum baik.

3). Rencana tindakan :

a. Jelaskan pada pasien tentang pentingnya mobilisasi

b. Latih klien beraktifitas secara bertahap dengan menggunakan alat bantu.

c. Observasi setiap gerakan pada extremitas.

d. Bantu klien untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari sesuai dengan kebutuhan.

e. Lakukan kolaborasi dengan tim fisioterapi.

4). Rasional :

a. Klien dapat mengerti tentang pentingnya mobilisasi.

b. Meningkatkan kemampuan aktifitasnya secara bertahap dan aman sehingga dapat membantu klien untuk lebih aktif.

c. Observasi terhadap gerakan untuk mengetahui dan mencegah adanya tanda-tanda terjadinya kontraktur dan menentukan tingkat aktifitas dan bantuan yang diberikan.

d. Keterlibatan perawat membantu klien untuk mengurangi beban pikiran klien karena merasa dirinya lemah.

e. Dengan kolaborasi tim fisioterapi dapat membantu klien berlatih secara benar.

c. Diagnosa keperawatan III

Resiko tinggi terjadi infeksi berhubungan dengan kehilangan integritas kulit.

1). Tujuan : setelah dilakukan perawatan secara aseptik dan pemberian lingkungan yang bersih, luka pasien tidak terjadi infeksi dalam waktu 2 x 24 jam.

2). Kriteria hasil : suhu 36^0C, luka tidak bengkak, adanya pembentukan jaringan granulasi, luka tidak keluar pus, albumin 3,6 – 5,2 g/dl.

3). Rencana tindakan :

a. Berikan penjelasan tentang terjadinya infeksi

b. Batasi pengunjung jika perlu terangkan prosedur isolasi

c. Lakukan debridement jaringan nekrotik dengan perawatan steril.

d. Obsevasi tanda infeksi (oedema, nyeri, panas, kemerahan).

e. Kolaborasi dalam pemberian SSD (silver sulfadiazin) 1 %.

4). Rasional :

a. Pasien akan mengerti tentang proses terjadinya infeksi

b. Dengan membatasi pengunjung untuk mencegah terjadinya kontaminasi ulang dari pengunjung.

c. Tindakan debridement jaringan nekrotik akan meningkatkan granulasi yang akan merangsang pembentukan kulit selanjutnya serta mencegah terjadinya infeksi.

d. Observasi tanda infeksi untuk mencegah secara dini adanya tanda infeksi

e. Pemberian SSD (silver sulfadiazin) 1 % mengurangi terjadinya infeksi luka.

d. Diagnosa keperawatan IV

Gangguan konsep diri (body image) berhubungan dengan adanya perubahan bentuk tubuh.

1). Tujuan : gangguan konsep diri klien dapat teratasi dalam waktu 2 x 24 jam

2). Kriteria hasil : klien tidak tegang, tidak gelisah, klien tidak lagi menanyakan tentang keadaan lukanya.

3). Rencana tindakan :

a. Lakukan pendekatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya.

b. Jelaskan kepada klien tentang perubahan yang terjadi.

c. Berikan bantuan kepada klien untuk menentukan harapan dan tujuan yang ingin dicapai dalam masa penyembuhan.

d. Anjurkan keluarga untuk menerima keadaan klien

e. Anjurkan pada klien untuk lebih mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa.

4). Rasional :

a. Dengan pendekatan pada klien akan tercipta rasa saling percaya dan dapat mengekpresikan perasaan yang memudahkan koping.

b. Memberikan perasaan tenang kepada klien , bahwa perubahan bentuk tubuhnya dapat diatasi secara bertahap.

c. Klien bersemangat dalam mencapai tujuan dari pengobatan

d. Dengan sikap keterbukaan keluarga untuk menerima keadaan klien apa adanya yang dapat meningkatkan rasa harga dirinya.

e. Dengan mendekatkan diri pada Tuhan YME diharapkan akan lebih pasrah dan berserah diri pada Tuhan YME.

C. Pelaksanaan.

Pelaksanaan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun dalam tahap perencanaan. (Nasrul Effendy, 1995 : 40).

Pelaksanaan tanggal 15 Mei 2001

a. Diagnosa keperawatan I

1). Melakukan pendekatan pada klien dan keluarga dalam melakukan tindakan.

(klien akan timbul rasa percaya dan sikap kooperatif dalam semua tindakan keperawatan yang dilakukan)

2). Menjelaskan penyebab terjadinya nyeri.

(klien mengerti tentang factor-faktor yang menyebabkan nyeri)

3). Mengkaji intensitas, tingkat dan lamanya nyeri

(lokasi di extremitas bawah kanan dan kiri, skala nyeri 5, nyeri terasa bila ditekan dan dilakukan aktifitas).

4). Mengajarkan teknik relaksasi dan anjurkan teknik distraksi.

(bila nyeri timbul klien dapat melakukan menarik nafas dalam dan membaca koran atau berbincang dengan pasien lain)

5). Melakukan observasi tanda vital

T : 120/80 mmHg N : 88 x/menit S : 38^0C

6). Melakukan kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian tragesic 3 x 1 tablet, tanvid 2 x 400 gr.

b. Diagnosa keperawatan II

1). Menjelaskan pada pasien tentang pentingnya mobilisasi.

(klien mau melakukan mobilisasi namun akibat rasa nyeri yang timbul klien terkadang enggan untuk melaksanakannya)

2). Melatih klien beraktifitas secara bertahap dengan menggunakan alat bantu.

(klien tidak berani melakukan latihan gerak karena adanya luka bakar di extremitas bawah kanan dan kiri)

3). Mengobservasi setiap gerakan pada extremitas

(tidak terjadi kontraktur, aktifitas terbatas)

4). Membantu klien untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari

(klien bersikap kooperatif dan percaya dengan bantuan yang diberikan oleh perawat)

5). Melakukan kolaborasi dengan team fisioterapi

(klien mau mengikuti apa yang diajarkan oleh tim fisioterapi)

c. Diagnosa keperawatan III

1). Memberi penjelasan tentang terjadinya infeksi

(klien bersikap kooperatif dan menerima penjelasan yang diberikan)

2). Membatasi pengunjung bila perlu terangkan prosedur isolasi

(keluarga pasien mau mematuhi peraturan/ prosedur yang ada di ruangan)

3). Melakukan debridement jaringan nekrotik dengan perawatan steril

(luka klien bersih dan terhindar dari infeksi)

4). Mengobservasi tanda infeksi (oedema, nyeri, panas, kemerahan)

(luka klien tidak oedema, terasa nyeri dan panas, luka kemerahan dan basah, adanya granulasi)

5). Mengkolaborasi dalam pemberian SSD (silver sulfadiazin) 1 %.

(luka terlindung dan memberi rasa nyaman pada klien)

d. Diagnosa keperawatan IV

1). Melakukan pendekatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya.

(klien mau mengungkapkan perasaannya tentang ketakutan klien akan perubahan bentuk dan warna tubuh).

2). Menjelaskan kepada klien tentang perubahan yang terjadi.

(klien mengerti dan menerima keadaannya atau perubahan yang mungkin akan terjadi selama masa penyembuhan)

3). Memberikan bantuan pada klien dalam menentukan harapan dan tujuan yang dicapai dalam masa penyembuhan.

(klien menerima dan bersemangat dalam setiap tindakan keperawatan yang menunjang pada masa penyembuhan)

4). Menganjurkan keluarga menerima keadaan klien

(keluarga pasien pasrah dan mendukung semua tindakan keperawatan yang dilakukan).

5). Menganjurkan pada klien untuk lebih mendekatkan diri pada Tuhan YME.

(klien tampak berserah diri dan menerima semua keadaan yang terjadi pada dirinya, karena klien sadar bahwa itu adalah cobaan dari Tuhan YME).

D. Evaluasi

Evaluasi adalah perbandingan yang sistematik dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. (Nasrul Effendy, 1995 : 46)

Tanggal 16 Mei 2001

a. Diagnosa keperawatan I

Data subyektif : klien mengatakan nyeri

Data obyektif : expresi wajah tegang, klien cemas, klien mengungkapkan tidak nyaman, skala nyeri 5.

Asessment : masalah belum teratasi (klien tampak menyeringai karena adanya nyeri dengan skala 5)

Planning : rencana tindakan 3,4,5,6 dipertahankan.

3.Mengkaji intennsitas, tingkat dan lamanya nyeri.

4. Mengajarkan teknik relaksasi dan anjurkan teknik distraksi.

5. Melakukan observasi dan tanda vital.

T: 120/80 mmHg N: 88 x/menit

6. Melakukan kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian tragesic 3 x 1 tablet, tanvid 2 x 400 gr.

b. Diagnosa keperawatan II

Data subyektif : klien mengatakan badanya terasa lemah

Data obyektif : keadaan umum lemah, aktifitas terbatas, klien tidak dapat berjalan akibat luka bakar pada extremitas bawah kanan dan kiri.

Asessment : masalah belum teratasi (klien belum dapat melakukan aktifitas seperti berjalan)

Planning : rencana tindakan 2,3,4,5 dilanjutkan.

2. Melatih klien beraktifitas secara bertahap dengan menggunakan alat bantu.
3. Mengobservasi setiap gerakan pada extremitas.
4. Membantu klien untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.
5. Melakukan kolaborasi dengan tim fisioterapi.

c. Diagnosa keperawatan III

Data subyektif : klien mengatakan lukanya panas

Data obyektif : suhu 38 ^{0} C, luka bengkak, luka keluar pus, terjadi pembentukan jaringan granulasi, warna luka kemerahan.

Asessment : masalah teratasi (luka klien bersih dan terhindar dari infeksi)

Planning : rencana tindakan 2,3,4,5 dipertahankan.

2. Membatasi pengunjung bila perlu terangkan tentang prosedur isolasi.
3. Melakukan debridement jaringan nekrotik dengan peralatan steril.
4. Mengobservasi tanda infeksi (edema, panas, nyeri, kemerahan).

5. Mengkolaborasi dalam pemberian SSD (silver sulfadiazin) 1 %.

d. Diagnosa keperawatan IV

Data subyektif : klien mengatakan takut dan cemas adanya perubahan tubuh

Data obyektif : klien gelisah, murung, tampak tegang, klien sering menanyakan tentang keadaannya.

Asessment : masalah belum teratasi (kurangnya pengetahuan klien tentang luka yang diderita)

Planning : rencana tindakan 2,3,4 dipertahankan.

2. Menjelaskan kepada klien tentang perubahan yang terjadi.

3. Memberikan bantuan pada klien dalam menentukan harapan dan tujuan yang dicapai dalam masa penyembuhan.

4. Menganjurkan keluarga menerima keadaan klien.

Tanggal 17 Mei 2001

a) Diagnosa keperawatan I

Data subyektif : klien mengatakan nyeri berkurang

Data obyektif : klien mengungkapkan tidak nyaman, skala nyeri 3, expresi wajah relaks.

Asessment : masalah teratasi sebagian (klien tampak relaks dan melakukan teknik yang telah diajarkan)

Planning : rencana tindakan 3,4,5,6 dipertahankan.

3. Mengkaji intensitas, tingkat dan lamanya nyeri.

4. Mengajarkan teknik relaksasi dam anjurkan teknik distraksi.

5. Melakukan observasi tanda vital.

T : 120/80 mmHg N : 80 x/menit

6. Melakukan kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian tragesic 3 x 1 tablet, tanvid 2 x 400 gr.

b) Diagnosa keperawatan II

Data subyektif : klien mengatakan badannya masih terasa lemah

Data obyektif : keadaan umum lemah, aktifitas terbatas, klien tidak dapat berjalan akibat luka bakar pada extremitas bawah kanan dan kiri.

Asessment : masalah belum teratasi (klien belum bisa melakukan aktifitas karena luka pada extremitas bawah menimbulkan nyeri dengan grade II B dan III 20 %)

Planning : rencana tindakan 2,3,4,5 dilanjutkan.

2. Melatih klien berraktifitas dengan menggunakan alat bantu.
3. Mengobservasi setiap gerakan pada extremitas.
4. Membantu klien memenuhi kebutuhan sehari-hari.
5. Melakukan kolaborasi dengan tim fisioterapi.

c) Diagnosa keperawatan III

Data subyektif : klien mengatakan lukanya tidak terasa panas

Data obyektif : suhu 36-37 ^{0} C, luka tidak bengkak, luka tidak keluar pus, terjadi pembentukan jaringan granulasi, warna luka kemerahan.

Asessment : masalah teratasi (klien mulai mengerti tentang perawatan luka sehingga luka klien terhindar dari infeksi)

Planning : rencana tindakan 2,3,4,5 dipertahankan.

2. Membatasi pengunjung bila perlu terang tenteng prosedur isolasi.

3. Melakukan debridement jaringan nekrotik dengan peralatan steril.

4. Mengobservasi tanda infeksi (oedema, nyeri, panas dan kemerahan).

5. Mengkolaborasi dalam pemberian SSD (silver sulfadiazin) 1 %.

d) Diagnosa keperawatan IV

Data subyektif : klien mengatakan tidak takut dan cemas lagi.

Data obyektif : klien tidak gelisah, tidak murung, tidak tegang.

Asessment : masalah teratasi (klien dapat menerima keadaannya saat ini)

Planning : rencana tindakan 2,3,4 dipertahankan atau dihentikan.

2. Menjelaskan kepada klien tentang perubahan yang akan terjadi.

3. Memberikan bantuan pada klien dalam menentukan harapan dan tujuan yang dicapai dalam masa penyembuhan.

4. Menganjurkan keluarga untuk menerima keadaan klien.

Tanggal 18 Mei 2001

a) Diagnosa keperawatan I

Data subyektif : klien mengatakan nyeri berkurang.

Data obyektif : klien tampak tenang, expresi wajah relaks, skala nyeri 3.

Asessment : masalah teratasi (klien dapat melakukan teknik yang dianjurkan bila nyeri timbul)

Planning : rencana tindakan 3,4,5,6 dipertahankan atau dihentikan

3.Mengkaji intensitas, lamanya dan tingkat nyeri.

4. Mengajarkan teknik relaksasi dan anjurkan teknik distraksi.
5. Melakukan observsi tanda vital

   T : 120/80 mmHg N : 80 x/menit

6. Melakukan kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian tragesic 3 x 1 tablet, tanvid 2 x 400 gr.