# BAB III

# LAPORAN STUDI KASUS

Di ruang IGD RSUD Jendral Ahmad Yani Metro datang seorang klie pada 30 Maret 2021 pukul 11.00 WIB bernama Tn. A berusia 21 tahun dengan dignosa medis Combustio.

A. Pengkajian

1. Pengkajian primer

   Keluhan utama

   Klien mengatakan alasan masuk IGD karena terjadi kecelakaan di dapur yaitu tersiram minyak panas, klien merasa nyeri dengan skala nyeri 7 pada bagian ektremitas atas sebelah kanan dan kiridan badan bagian samping,yang disebabkan terkena minyak panas.

a. Airway

   Jalan nafas terdapat obstruksi penumpukan sekret, tidak terdapat muntahan, darah, trauma langsung, trauma laringeal, trauma muka dan edema. Dijalan nafas hanya terdapat penumpukan sekret tidak terdapat benda lain.

b. Breathing

   Pergerakan rongga dada simetris tidak ada kelainan, tidak terdapat distress pernapasan, tidak terlihat menggunakan otot aksesoris pernapasan, tidak terdapat retraksi intercostal.

c. Circulation

Denyut nadi teraba kuat, irama nadi reguler, tidak terdapat aritmia, brakikardi dan takichardi, tidak sianosis, pucat, kulit teraba hangat CRT ≤ 2 detik tidak terdapat perdarahan eksternal. Nadi : 94x/ menit, RR : 26x/ menit, tekanan darah : 110/70 mmHg, suhu : 37,1$^0$C SpO2 90%

d. Disability

Tingkat kesadaran kompos mentis, pupil isokor, reaksi terhadap cahaya kanan dan kiri positif. GCS : E4M6V5

2. Pengkajian Sekunder

Riwayat penyakit sekarang

Keluarga klien mengatakan bahwa adanya luka bakar pada bagian tangan kanan dan kiri serta badan bagian samping yang disebabkan tersiram minyak panas. Kejadian tersebut terjadi pada hari Selasa tanggal 30 Maret 2021 pukul 10.40 WIB. klien sampai di Rumah Sakit pukul 11.00 WIB. Klien merasa nyeri pada bagian yang tersiram minyak panas.

3. Pemeriksaan umum

Pada saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil TD : 110/70 mmHg, RR 26x/ menit, nadi 94x/ menit, suhu 37,1$^0$C, TB 168 cm, BB 78 Kg, SpO2 90% kesadaran composmentis.

4. Pemeriksaan head to toe

a. Kepala

Muka : tidak ada luka, tidak ada perdarahan, muka tampak pucat, membran mukosa bibir dan mulut lembab

Hidung : bersih, tidak ada pernapasan cuping hidung

Telinga : bersih, simetris, tidak ada cairan pada telinga

Leher : tidak ada jejas, tidak ada pembesatan kelenjar tiroid

b. Dada

Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada fraktur, tidak ada perdarahan.

c. Abdomen

Simetris antara kanan dan kiri terlihat gerakan diafragma tidak ada lesi atau luka di perut,. Bising usus 8x/ menit, tidak ada nyeri, tidak ada perdarahan pada alat kelamin dan anus. BAK 2x dalam pagi hari dengan jumlah 250-500 ml, warna urine kuning jernih, tidak ada nyeri saat BAK, tidak ada keluhan sakit pinggang. Turgor kulit baik.

d. Ekstremitas

Atas : tangan kanan dan kiri terdapat luka bakar yang disebabkan tersiram minyak panas luka tampak merah dan luas luka bakar 27% kedalaman derajat II

Bawah : tidak ada keluhan, ekstremitas bawah tampak normal

e. Tulang belakang

Tidak ada masalah pada tulang belakang

B. Data Fokus

Tabel 3.1

Data fokus dari hasil pengkajian pada Tn. A di ruang IGD RSUD Jendral Ahmad Yani Metro

| Data Subjektif | Data Objektif |
|---|---|
| 1 | 2 |
| 1. Klien mengatakn nyeri, panas, perih pada lukanya<br>2. Klien mengatakn lukanya terletak di bagian kedua tangan serta badan bagian samping<br>3. Klien mengatakn nyeri yang dirasakan begitu kuat dan menusuk begitu dalam<br>4. Klien mengatakan nyeri tersebut menyebar keseluruh bagian kedua tangan dan badan bagian samping<br>5. Klien mengatakan nyeri itu timbul secara terus menerus dengan durasi waktu ±30 menit<br>6. Klien mengatakan lukanya melepuh<br>7. Klien mengatakan kulitnya terasa perih dan panas<br>8. Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa akibat nyerinya | 1. Skala nyeri 7 (0-10)<br>2. Klien menunjukkan ekspresi meringis kesakitan sampai menangis<br>3. Terdapat luka bakar pada bagian kedua tanga dan badan bagian samping<br>4. Klien hanya berbaring di tempat tidur<br>5. Kesadaran compos mentis<br>6. Tekanan darah : 110/70 mmHg<br>7. Nadi : 94x/menit<br>8. Pernapasan : 26x/menit<br>9. Suhu : 37.1ºC<br>10. Luka tampak kemerahan,pucat<br>11. Luas luka bakar 27%<br>12. Nampak kemerahan dan melepuh pada bagian luka bakar<br>13. Tidak mampu makan dan minum secara mandiri<br>14. Gerakan terbatas<br>15. Leukosit 15, 94 x 10^3/µL<br>16. Eritrosit 5,57 x 10^6/µL<br>17. Hemoglobin 15,8 g/dL<br>18. Trombosit 248 x 10^3/µL |

| | |
|---|---|
| | 19. Ringer laktat 500cc/28 tpm<br>20. Ceftriaxone 1 gr IV<br>21. Ketorolac 30 mg/2cc IV<br>22. Salep silver sulfadiazine |

C. Analisa Data

Tabel 3.2

Analisa Data dari hasil pengkajian Tn. A Di ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Jendral Ahmad Yani Metro

| No | Data | Masalah | Etiologi |
|---|---|---|---|
| 1. | Ds :<br>1. Klien mengatakan nyeri, panas, perih pada lukanya<br>2. Klien mengatakan nyeri akan begitu berat apabila lukanya tersentuh<br>3. Klien mengatakan lukanya terletak di bagian tangan kanan dan kiri serta badan bagian samping hinga belakang<br>4. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan begitu kuat dan menusuk begitu dalam<br>5. Klien mengatakan nyeri tersebut menyebar keseluruh bagian kedua | Nyeri akut | Agen pencedera fisik (luka bakar) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | tangan dan badan bagian samping hingga belakang<br>6. Klien mengatakan nyeri itu timbul secara terus menerus dengan durasi waktu ± 30 menit<br><br>Do :<br>1. Skala nyeri 7 (0-10)<br>2. Klien tampak meringis kesakitan sampai menangis<br>3. Ketorolac 30 mg/2cc IV | | |
| 2. | Ds :<br>1. Klien mengatakan kulitnya terasa perih dan panas<br>Do :<br>1. Terdapat luka bakar pada bagian kedua tangan serta badan bagian samping sampai belakang<br>2. Luka tampak kemerahan, pucat<br>3. Nampak ada cairan yang keluar dari luka<br>4. Ringer laktat 500cc/28 tpm<br>5. Ceftriaxone 1 gr IV<br>6. Salep silver sulfadiazine | Gangguan integritas kulit | Cedera kimiawi kulit (luka bakar) |
| 3. | Ds :<br>1. Klien mengatakan nyeri saat bergerak<br>2. Klien merasa cemas saat | Gangguan mobilitas fisik | Nyeri |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | bergerak<br>Do :<br>1. Gerakan terbatas<br>2. Klien tampak hanya berbaring di tempat tidur<br>3. Kesadaran Compos Mentis<br>4. Tekanan darah : 110/70 mmHg<br>5. Nadi : 94x/menit<br>6. Pernapasan : 26x/menit | | |
| 4. | Ds :<br>1. Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa akibat nyerinya<br>Do :<br>1. Tidak mampu makan dan minum secara mandiri<br>2. Klien hanya berbaring di tempat tidur | Defisit perawatan diri | Kelemahan |
| 5. | Ds : -<br>Do :<br>1. Leukosit 15, 94 x 10^3/µL<br>2. Eritrosit 5,57 x 10^6/µL<br>3. Nampak kemerahan dan melepuh pada bagian luka bakar<br>4. Suhu : 37.1ºC<br>5. Luas luka bakar 27% | Risiko infeksi | Kerusakan integritas kulit |
| 6. | Ds : -<br>Do : - | Risiko hipovolemia | Kehilangan cairan secara aktif |

D. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil analisa data dengan data dukung yang relevan, maka diagnosa keperawatan terhadap Tn. A sesuai dengan skala prioritas adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka bakar) ditandai dengan megeluh nyeri klien mengatakan nyeri, panas, perih pada lukanya, klien mengatakan nyeri akan begitu berat apabila lukanya tersentuh, klien mengatakan lukanya terletak di bagian tangan kanan dan kiri serta badan bagian samping hinga belakang, klien mengatakan nyeri yang dirasakan begitu kuat dan menusuk begitu dalam, klien mengatakan nyeri tersebut menyebar keseluruh bagian kedua tangan dan badan bagian samping hingga belakang, klien mengatakan nyeri itu timbul secara terus menerus dengan durasi waktu ± 30 menit, skala nyeri 7 (0-10), klien tampak meringis kesakitan sampai menangis
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor terbakar ditandai dengan kerusakan jaringan,kemerahan. Klien mengatakan kulitnya terasa perih dan panas, terdapat luka bakar pada bagian kedua tangan serta badan bagian samping sampai belakang, luka tampak kemerahan, pucat, nampak ada cairan yang keluar dari luka.
3. Risiko hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif.

E. Rencana Keperawatan

Tabel 3.3

Rencana Keperawatan Tn. A Di ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Jendral Ahmad Yani Metro

| No Dx. Tgl | Rencana Tujuan (SLKI) | Rencana Intervensi (SIKI) |
|---|---|---|
| 1 (30/03/21) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil :<br>1. Mengeluh nyeri menurun<br>2. Meringis menurun<br>3. Sikap protektif menurun<br>4. Gelisah menurun | Manajemen nyeri<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.<br>2. Identifikasi skala nyeri.<br>3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri<br>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat |
| 2 (30/03/21) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil :<br>1.Kerusakan jaringan menurun<br>2.Kerusakan lapisan kulit menurun<br>3.Kemerahan menurun<br>4.Suhu kulit membaik | Perawatan integritas kulit<br>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit<br>2. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive<br>3. Anjurkan minum air yang cukup |
| 3 (30/03/21) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil | Manajemen hipovolemia :<br>a. Periksa tanda dan gejala hipovolemia<br>b. Monitorintake dan output cairan |

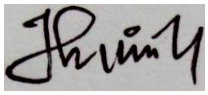
| | | |
|---|---|---|
| | :<br>1. Kekuatan nadi meningkat<br>2. Turgor kulit membaik<br>3. Output urine meningkat<br>4. Frekuensi nadi membaik<br>5. Tekanan darah membaik<br>6. Tekanan nadi membaik<br>7. Membran mukosa membaik | c. Berikan asupan cairan<br>d. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral<br>e. Kolaborasi pemberian cairan |

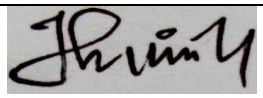
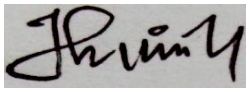
F. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.4

Implementasi dan Evaluasi Tn. A di Ruang IGD RSUD Jendral Ahmad Yani Metro

| No. Dx Kep. | Implementasi | Evaluasi |
|---|---|---|
| 1. | 30 Maret 12 : 00 WIB<br>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.<br>2. Mengidentifikasi skala | 30 Maret 2021<br>13 : 00 WIB<br>S : klien mengatakan nyeri di daerah yang<br>terkena minyak panas tidak separah saat sedang dirumah |

| | | |
|---|---|---|
| | nyeri | O : klien tampak meringis kesakitan tetapi tidak sampai menangis seperti awal datang ke ruang IGD<br>Skala nyeri 6 (0-10)<br>A : masalah nyeri teratasi sebagian<br>P : lanjutkan intervensi di ruang rawat<br>Mengidentifikasi respon non verbal<br>Mengidentifikasi skala nyeri<br>  <br>Amanda Yurike |
| 2. | 30 Maret 2021<br>12 : 10 WIB<br>1. Menggunakan poroduk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif mengoleskan salep silver sulfadiazine<br>2. Menganjurkan minum air yang cukup | 30 Maret 2021<br>13 : 05 WIB<br>S : klien mengatakan terasa perih dan panas pada bagian luka bakar<br>O : kulit klien tampak kemerahan, terdapat bullae<br>Suhu 37,1°C<br>A : masalah gangguan integritas kulit belum teratasi<br>P : lanjutkan intevensi<br>Menganjurkan minum air yang cukup<br>Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi |

| | | |
|---|---|---|
| | |  <br>Amanda Yurike |
| 3. | 30 Maret 2021<br>12 : 16 WIB<br>1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia<br>2. Memberikan asupan cairan oral1200 ml air mineral<br>3. Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral<br>4. Mengkolaborasi pemberian cairan 500 cc/28 tpm | 30 Maret 2021<br>13 : 11 WIB<br>S : klien mengatakan lemas<br>O : muka klien tampak pucat<br>A : masalah belum teratasi<br>P : lanjutkan intervensi<br>Memberikan asupan cairan oral<br>Menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral<br>  <br>Amanda Yurike |