

# ASUHAN KEPERAWATAN LUKA BAKAR DENGAN NANDA, NOC, NIC

Diposkan oleh Rizki Kurniadi

## A. DEFINISI

Luka bakar adalah suatu luka yang disebabkan oleh pengalihan energi dari suatu sumber panas kepada tubuh.

Luka baker adalah injury pada jaingan yang disebabkan oleh panas (thermal), kimia, elektrik dan radiasi

## B. ETIOLOGI

Luka bakar dapat disebabkan oleh panas, sinar ultraviolet, sinar X, radiasi nuklir, listrik, bahan kimia, abrasi mekanik. Luka bakar yang disebabkan oleh panas api, uap atau cairan yang dapat membakar merupakan hal yang lasim dijumpai dari luka bakar yang parah.

## C. TANDA DAN GEJALA SERTA KLASIFIKASI LUKA BAKAR

Dalam menentukan parahnya luka bakar biasanya dilakukan berdasarkan kaidah :

### 1. Kedalaman luka

Dalamnya luka bakar secara bermakna menentukan penyembuhannya, berdasarkan kedalaman lukanya luka bakar diklasifikasikan sebagai berikut :

#### a. Luka bakar derajat satu.

Hanya mengenai lapisan epidermis dan biasanya disebabkan oleh sinar matahari atau tersiram air mendidih dalam waktu yang singkat, kerusakan jaringan pada luka bakar ini hanya minimal, rasa sakit merupakan gejala yang menonjol, kulit yang terbakar berwarna kemerah-merahan dan mungkin terdapat oedema ringan. Efek sistemik jarang sekali terjadi, rasa nyeri/sakit makin terasa dalam 48-72 jam dan penyembuhan akan terjadi dalam waktu sekitar 5 – 10 hari.

#### b. Luka bakar derajat dua.

Mengenai semua bagian epitel dan sebagian korium, luka bakar ini ditandai oleh warna merah yang melepuh, luka bakar derajat dua superfisial biasanya sembuh dengan menimbulkan parut yang minimal dalam 10 – 14 hari kecuali kalau luka tersebut tercemar. Luka bakar yang meluas ke dalam bagian korium dan lapisan mati yang meliputinya, menyerupai luka bakar derajat tiga kecuali biasanya luka itu berwarna merah dan menjadi putih bilaman disentuh. Penyembuhan terjadi dengan regenerasi epitel kelenjar keringan dan folikel, proses ini lamanya 25 – 35 hari, parut yang nyata sering ditemukan. Luka bakar derajat dua yang dalam tebalnya meliputi seluruh tebal kulit bilaman terjadi peradangan, kehilangann cairan dan efek metabolik adalah sama seperti pada luka bakar derajat tiga.

#### c. Luka bakar derajat tiga

Ditandai oleh suatu permukaan yang kering, liat dan kenyal yang biasanya berwarna coklat, coklat kemerah-merahan atau hitam, walaupun luka ini dapat berwarna putih. Luka-luka ini anestetik karena reseptor rasa sakit telah hilang, bila kita menekan luka itu maka luka tidak akan menjadi putih atau pecah dan melentur kembali karena jaringan mati dan pembuluh darah terkena trombose.

### 2. Luas permukaan

Besarnya suatu luka bakar biasanya dinyatakan sebagai prosentase dari seluruh permukaan tubuh dan diperhitungkan dari tabel yang menurut umur :

| Area                        | Usia |     |     |     |     |        |
|-----------------------------|------|-----|-----|-----|-----|--------|
|                             | 0    | 1   | 5   | 10  | 15  | Dewasa |
| A= Separuh kepala           | 9 ½  | 8 ½ | 6 ½ | 5 ½ | 4 ½ | 3 ½    |
| B=Separuh dari sebelahpaha  | 2 ¾  | 3 ¼ | 4   | 4 ½ | 4 ½ | 4 ¾    |
| C=Separuh dari sebelah kaki | 2 ½  | 2 ½ | 2 ¾ | 3   | 3 ¼ | 3 ½    |

Pedoman lain tentang pengukuran luas luka bakar dengan menggunakan rule of nine yaitu :

- b. Badan ; thorak & abdomen anterior 18 %, posterior 18 %
- c. Genital 1 %
- d. Ekstremitas atas masing-masing 9 %
- e. Ekstremitas bawah masing-masing 18 %

### 3. Usia

Luka bakar yang bagaimanapun dalam dan luasnya menyebabkan kematian yang lebih tinggi pada anak – anak di bawah usia 2 tahun dan di atas usia 60 tahun. Kematian pada anak – anak disebabkan oleh sistem imun yang belum sempurna, pada orang dewasa sering kali terdapat penyakit sampingan yang dapat memperparahnya.

### 4. Penyakit sampingan

DM, payah jantung kongesti, sakit paru-paru dan pengobatan kronis dengan obat-obatan yang menekan kekebalan adalah beberapa penyakit sampingan yang dapat berpengaruh negatif terhadap kondisi luka bakar.

### 5. Lokasi luka bakar

Lokasi juga merupakan salah satu penentu keparahan dari luka bakar, misalnya luka bakar pada tangan yang dapat meninggalkan bekas dan menyebabkan kontraktur yang dapat menyebabkan tidak bisa digunakan seperti semula kecuali dengan pengobatan khusus sedini mungkin, bahkan kondisi luka bakar yang tidak parah pada kedua tangan dapat menyebabkan penderita tidak dapat merawat sendiri lukanya sehingga harus dirawat di rumah sakit.

### 6. Luka sampingan

Luka pada sistem pemapasan, muskuloskeletal, kepala, dan trauma yang lainnya dapat memperparah kondisi luka bakar.

### 7. Jenis luka bakar

Penderita luka bakar karena bahan tertentu seringkali harus ditangani secara khusus, misalnya karene bahan-bahan kimia, listrik dsb mungkin tampak ringan tetapi seringkali ternyata mengenai struktur yang lebih dalam sehingga semakin sulit ditangani.

## D. RESPON SISTEMIK TERHADAP LUKA BAKAR

### 1. SISTEM KARDIOVASKULAR

- a. Penurunan cardiak output karena kehilangan cairan;tekanan darah menurun, hal ini merupakan awitan syok. Hal ini terjadi karena saraf simpatis akan melepaskan kotekolamin yang meningkatkan resistensi perifer (vasokonstriksi) dan peningkatan frekuensi nadi sehingga terjadi penurunan cardiak output.
- b. Kebocoran cairan terbesar terjadi dalam 24 – 36 jam pertama sesudah luka bakar dan mencapai puncak dalam waktu 6 – 8 jam. Pada luka bakar < 30 % efeknya lokal, dimana akan terjadi

oedema/lepuh pada area lokal, oedema bertambah berat bila terjadi pada daerah sirkumferensial, bisa terjadi iskemia pada daerah distal sehingga timbul kompartemen sindrom. Bila luka bakar > 30 % efeknya sistemik. Pada luka bakar yang parah akan mengalami oedema masif.

## 2. EFEK PADA CAIRAN DAN ELEKTROLIT

- a. Volume darah mendadak turun, terjadi kehilangan cairan lewat evaporasi, hal ini dapat mencapai 3 – 5 liter dalam 24 jam sebelum permukaan kulit ditutup.
- b. Hyponatremia; sering terjadi dalam minggu pertama fase akut karena air berpindah dari interstisial ke dalam vaskuler.
- c. Hypokalemia, segera setelah luka bakar sebagai akibat destruksi sel masif, kondisi ini dapat terjadi kemudian dengan berpindahnya cairan dan tidak memadainya asupan cairan.
- d. Anemia, karena penghancuran sel darah merah, HMT meningkat karena kehilangan plasma.
- e. Trombositopenia dan masa pembekuan memanjang.

## 3. RESPON PULMONAL

- a. Hyperventilasi dapat terjadi karena pada luka bakar berat terjadi hipermetabolik dan respon lokal sehingga konsumsi oksigen meningkat dua kali lipat.
- b. Cedera saluran nafas atas dan cedera inflamasi di bawah glotis dan keracunan CO<sub>2</sub> serta defek restriktif.

## 4. RESPON GASTROINTESTINAL

Terjadi ileus paralitik ditandai dengan berkurangnya peristaltik usus dan bising usus; terjadi distensi lambung dan muntah serta muntah, kondisi ini perlu dekompresi dengan pemasangan NGT, ulkus curling yaitu stress fisiologis yang masif menyebabkan perdarahan dengan gejala: darah dalam feses, muntah seperti kopi atau fomitus berdarah, hal ini menunjukkan lesi lambung/duodenum.

## 5. RESPON SISTEMIK LAINNYA

- a. Terjadi perubahan fungsional karena menurunnya volume darah, Hb dan mioglobin menyumbat tubulus renal, hal ini bisa menyebabkan nekrosis akut tubuler dan gagal ginjal akut.
- b. Perubahan pertahanan imunologis tubuh; kehilangan integritas kulit, perubahan kadar Ig serta komplemen serum, gangguan fungsi netrofil, limfositopenia, resiko tinggi sepsis.
- c. Hypotermia, terjadi pada jam pertama setelah luka bakar karena hilangnya kulit, kemudian hipermetabolisme menyebabkan hipertermia kendati tidak terjadi infeksi

## F. PERAWATAN DI TEMPAT KEJADIAN

### 1. Fase resusitasi

- a. Perawatan awal di tempat kejadian
  - Mematikan api
  - Mendinginkan luka bakar
  - Melepaskan benda penghalang
  - Menutup luka bakar
  - Mengirigasi luka kimia
  - Tindakan kegawatdaruratan : ABC
  - Pencegahan shock
- b. Pemindahan ke unit RS
  - Penatalaksanaan shock
  - Penggantian cairan (NHI consensus) : 2 – 4 ml/BB/% luka bakar, ½ nya diberikan dalam 8 jam pertama, ½ lagi dalam 16 jam berikutnya

## **2. Fase akut/intermediate**

### a. Perawatan luka umum

- Pembersihan luka
- Terapi antibiotik lokal
- Ganti balutan
- Perawatan luka tertutup/tidak tertutup
- Hidroterapi

### b. Debridemen

- Debridemen alami, yaitu jaringan mati yang akan memisahkan diri secara spontan dari jaringan di bawahnya.
- Debridemen mekanis yaitu dengan penggunaan gunting dan forcep untuk memisahkan, mengangkat jaringan yang mati.
- Dengan tindakan bedah yaitu dengan eksisi primer seluruh tebal kulit atau dengan mengupas kulit yang terbakar secara bertahap hingga mengenai jaringan yang masih viabel.

### c. Graft pada luka bakar

Biasanya dilakukan bila re-epitelisasi spontan tidak mungkin terjadi :

- Autograft : dari kulit penderita sendiri.
- Homograft : kulit dari manusia yang masih hidup/ atau baru saja meninggal (balutan biologis).
- Heterograft : kulit berasal dari hewan, biasanya babi (balutan biologis).

### d. Balutan luka biosintetik dan sintetik

- Bio-brane/sufratulle, Kulit artifisial

### e. Penatalaksanaan nyeri

### f. Dukungan nutrisi

### g. Fisioterapi/mobilisasi

## **3. Fase rehabilitasi : Perawatan lanjut di rumah.**

## **E. KOMPLIKASI**

distress pernafasan

gagal ginjal

kontraktur

sepsis

## **F. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d edema & efek inhalasi asap.
2. Gangguan pertukaran gas b.d keracunan karbon monoksida, inhalasi asap & destruksi saluran nafas atas.
3. Nyeri akut b.d cedera jaringan.
4. Kekurangan volume cairan b.d peningkatan permeabilitas kapiler dan kehilangan cairan akibat evaporasi dari luka bakar.
5. Hipertermia b.d peningkatan metabolisme

6. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakmampuan ingesti/digesti/absorpsi makanan.
7. Risiko infeksi b.d peningkatan paparan dan penurunan sistem imune
8. Cemas b.d ketakutan dan dampak emosional.
9. Kerusakan mobilitas fisik b.d luka bakar,nyeri.
10. Sindrom defisit self care b.d kelemahan, nyeri.
11. PK: Anemia.
12. PK: Gagal ginjal akut.
13. PK; Ketidakseimbangan elektrolit
14. PK: Sepsis
15. Kerusakan integritas jaringan d.b mekanikal (luka bakar)

### RENPRA COMBUSTIO

| No | Diagnosa   | Tujuan  | Intervensi   |
|----|--|---|--|
| 1  | Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d banyaknya mucus | Setelah dilakukan askep... jam <b>Status respirasi: terjadi kepatenan jalan nafas dg KH:</b> Pasien tidak sesak nafas, auskultasi suara paru bersih, tanda vital dbn. | <p><b>Airway manajemenn</b></p> <p>Bebaskan jalan nafas dengan posisi leher ekstensi jika memungkinkan.</p> <p>Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</p> <p>Identifikasi pasien secara actual atau potensial untuk membebaskan jalan nafas.</p> <p>Pasang ET jika memeungkinkan</p> <p>Lakukan terapi dada jika memungkinkan</p> <p>Keluarkan lendir dengan suction</p> <p>Asukultasi suara nafas</p> <p>Lakukan suction melalui ET</p> <p>Atur posisi untuk mengurangi dyspnea</p> <p>Monitor respirasi dan status oksigen jika memungkinkan</p> <p><b>Airway Suction</b></p> <p>Tentukan kebutuhan suction melalui oral atau tracheal</p> <p>Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suction</p> <p>Informasikan pada keluarga tentang suction</p> <p>Masukan slang jalan afas melalui hidung untuk memudahkan suction</p> |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
|   |  |  | <p>Bila menggunakan oksigen tinggi (100% O<sub>2</sub>) gunakan ventilator atau resuscitation manual.</p> <p>Gunakan peralatan steril, sekali pakai untuk melakukan prosedur tracheal suction.</p> <p>Monitor status O<sub>2</sub> pasien dan status hemodinamik sebelum, selama, dan sesudah suction.</p> <p>Suction oropharing setelah dilakukan suction trachea.</p> <p>Bersihkan daerah atau area stoma trachea setelah dilakukan suction trachea.</p> <p>Hentikan tracheal suction dan berikan O<sub>2</sub> jika pasien bradycardia.</p> <p>Catat type dan jumlah sekresi dengan segera</p>   |
| 2 | <p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran kapiler - alveolar</p> | <p>Setelah dilakukan askep ... jam Status pernafasan seimbang antara konsentrasi udara dalam darah arteri dg KH:</p> <p>Menunjukkan peningkatan Ventilasi dan oksigen cukup</p> <p>AGD dbn</p> | <p><b>Airway Manajemen</b></p> <p>Bebaskan jalan nafas</p> <p>Dorong bernafas dalam lama dan tahan batuk</p> <p>Atur kelembaban udara yang sesuai</p> <p>Atur posisi untuk mengurangi dispneu</p> <p>Monitor frekuensi nafas b/d penyesuaian oksigen</p> <p><b>Monitor Respirasi</b></p> <p>Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan upaya bernafas</p> <p>Catat pergerakan dada, lihat kesimetrisan dada, menggunakan alat bantu dan retraksi otot intercostal</p> <p>Monitoring pernafasan hidung adanya ngorok</p> <p>Monitor pola nafas, bradipneu, takipneu, hiperventilasi, respirasi kusmaul dll</p> <p>Palpasi kesamaan ekspansi paru</p> <p>Perkusi dada anterior dan posterior dari kedua paru</p> <p>Monitor kelelahan otot diafragma</p> <p>Auskultasi suara nafas, catat area</p> |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   |   |   | <p>penurunan dan atau ketidakhadanya ventilasi dan bunyi nafas</p> <p>Monitor kegelisahan, cemas dan marah</p> <p>Catat karakteristik batuk dan lamanya</p> <p>Monitor sekresi pernafasan</p> <p>Monitor dispneu dan kejadian perkembangan dan perburukan</p> <p>Lakukan perawatan terapi nebulas bila perlu</p> <p>Tempatkan pasien kesamping untuk mencegah aspirasi</p> <p><b>Manajemen asam Basa</b></p> <p>Kirim pemeriksaan laborat keseimbangan asam basa ( missal AGD,urin dan tingkatan serum)</p> <p>Monitor AGD selama PH rendah</p> <p>Posisikan pasien untuk perfusi ventilasi yang optimum</p> <p>Pertahankan kebersihan jalan udara (suction dan terapi dada)</p> <p>Monitor pola respirasi</p> <p>Monitor kerja pernafsan (kecepatan pernafasan)</p> |
| 3 | Nyeri berhubungan dengan agen injury: fisik | <p>Setelah dilakukan Asuhan keperawatan .... jam tingkat kenyamanan klien meningkat dg KH:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien melaporkan nyeri berkurang dg scala 2-3</li> <li>• Ekspresi wajah tenang</li> <li>• klien dapat istirahat dan tidur</li> <li>• v/s dbn</li> </ul> | <p><b>Manajemen nyeri :</b></p> <p>Lakukan pegkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.</p> <p>Observasi reaksi nonverbal dan ketidak nyamanan.</p> <p>Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien sebelumnya.</p> <p>Kontrol faktor lingkungan yang mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan.</p> <p>Kurangi faktor presipitasi nyeri.</p> <p>Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologis/non farmakologis)..</p> <p>Ajarkan teknik non farmakologis (relaksasi, distraksi dll) untuk</p>  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
|   |  |  | <p>mengetasi nyeri..<br/> Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.<br/> Evaluasi tindakan pengurang nyeri/kontrol nyeri.<br/> Kolaborasi dengan dokter bila ada komplain tentang pemberian analgetik tidak berhasil.</p> <p><b>Administrasi analgetik :</b><br/> Cek program pemberian analgetik jenis, dosis, dan frekuensi.<br/> Cek riwayat alergi..<br/> Tentukan analgetik pilihan, rute pemberian dan dosis optimal.<br/> Monitor TV<br/> Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri muncul &amp; Evaluasi gejala efek sampingnya.</p> |
| 4 | Deficit volume cairan b/d peningkatan permeabilitas kapiler dan kehilangan cairan akibat evaporasi dari luka bakar | Setelah dilakukan askep .jam terjadipeningkatan <b>keseimbangan cairan</b> dg KH:<br>Urine 30 ml/jam<br>V/S dbn<br>Kulit lembab dan tidak ada tanda-tanda dehidrasi            | <b>Manajemen cairan</b><br>Monitor diare, muntah<br>Awasi tanda-tanda hipovolemik (oliguri, abd. Pain, bingung)<br>Monitor balance cairan<br>Monitor pemberian cairan parenteral<br>Monitor BB jika terjadi penurunan BB drastis<br>Monitor td dehidrasi<br>Monitor v/s<br>Berikan cairan peroral sesuai kebutuhan<br>Anjurkan pada keluarga agar tetap memberikan ASI dan makanan yang lunak<br>Kolaborasi u/ pemberian terapinya   |
| 5 | Hipertermi b/d proses infeksi  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama....x 24 jam menunjukan <b>temperatur dalam batas normal</b> dengan kriteria:<br>Bebas dari kedinginan<br>Suhu tubuh stabil 36-37 | <b>Termoregulasi</b><br>Pantau suhu klien (derajat dan pola) perhatikan menggigil/diaforsis<br>Pantau suhu lingkungan batasi/tambahkan linen tempat tidur sesuai indikasi<br>Berikan kompres hangat hindari  |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
|   |   | C  | <p>penggunaan alkohol</p> <p>Berikan minum sesuai kebutuhan</p> <p>Kolaborasi untuk pemberian antipiretik</p> <p>Anjurkan menggunakan pakaian tipis menyerap keringat.</p> <p>Hindari selimut tebal</p>  |
| 6 | <p>Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidak mampuan memasukan b.d faktor biologis</p> | <p>Setelah dilakukan askep . . . jam terjadipeningkatan <b>status nutrisi</b> dg KH:</p> <p>Mengonsumsi nutrisi yang adekuat.</p> <p>Identifikasi kebutuhan nutrisi.</p> <p>Bebas dari tanda malnutrisi.</p> | <p><b>Managemen nutrisi</b></p> <p>Kaji pola makan klien</p> <p>Kaji kebiasaan makan klien dan makanan kesukaannya</p> <p>Anjurkan pada keluarga untuk meningkatkan intake nutrisi dan cairan</p> <p>kolaborasi dengan ahli gizi tentang kebutuhan kalori dan tipe makanan yang dibutuhkan</p> <p>tingkatkan intake protein, zat besi dan vit c</p> <p>monitor intake nutrisi dan kalori</p> <p>Monitor pemberian masukan cairan lewat parenteral.</p> <p><b>Nutritional terapi</b></p> <p>kaji kebutuhan untuk pemasangan NGT</p> <p>berikan makanan melalui NGT k/p</p> <p>berikan lingkungan yang nyaman dan tenang untuk mendukung makan</p> <p>monitor penurunan dan peningkatan BB</p> <p>monitor intake kalori dan gizi</p> |
| 7 | <p>Risiko infeksi b/d penurunan imunitas tubuh, prosedur invasive</p>   | <p>Setelah dilakukan askep . . . jam infeksi terkontrol status imun adekuat dg KH:</p> <p>Bebas dari tanda dan gejala infeksi.</p> <p>Keluarga tahu tanda-tanda infeksi.</p> <p>Angka leukosit normal.</p>   | <p><b>Kontrol infeksi.</b></p> <p>Batasi pengunjung.</p> <p>Bersihkan lingkungan pasien secara benar setiap setelah digunakan pasien.</p> <p>Cuci tangan sebelum dan sesudah merawat pasien, dan ajari cuci tangan yang benar.</p> <p>Pastikan teknik perawatan luka yang sesuai jika ada.</p>   |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   |   |   | <p>Tingkatkan masukan gizi yang cukup.</p> <p>Tingkatkan masukan cairan yang cukup.</p> <p>Anjurkan istirahat.</p> <p>Berikan terapi antibiotik yang sesuai, dan anjurkan untuk minum sesuai aturan.</p> <p>Ajari keluarga cara menghindari infeksi serta tentang tanda dan gejala infeksi dan segera untuk melaporkan keperawat kesehatan.</p> <p>Pastikan penanganan aseptik semua daerah IV (intra vena).</p> <p><b>Proteksi infeksi.</b></p> <p>Monitor tanda dan gejala infeksi.</p> <p>Monitor WBC.</p> <p>Anjurkan istirahat.</p> <p>Ajari anggota keluarga cara-cara menghindari infeksi dan tanda-tanda dan gejala infeksi.</p> <p>Batasi jumlah pengunjung.</p> <p>Tingkatkan masukan gizi dan cairan yang cukup</p> |
| 8 | Cemas berhubungan dengan krisis... situasional, hospitalisasi | Setelah dilakukan askep... jam <b>kecemasan terkontrol</b> dg KH: ekspresi wajah tenang anak / keluarga mau bekerjasama dalam tindakan askep. | <p><b>Pengurangan kecemasan</b></p> <p>Bina hubungan saling percaya.</p> <p>Kaji kecemasan keluarga dan identifikasi kecemasan pada keluarga.</p> <p>Jelaskan semua prosedur pada keluarga.</p> <p>Kaji tingkat pengetahuan dan persepsi pasien dari stress situasional.</p> <p>Berikan informasi factual tentang diagnosa dan program tindakan.</p> <p>Temani keluarga pasien untuk mengurangi ketakutan dan memberikan keamanan.</p> <p>Anjurkan keluarga untuk mendampingi pasien.</p> <p>Berikan sesuatu objek sebagai</p>   |

|    |   |  |   |
|----|---|--|---|
|    |   |  | <p>sesuatu simbol untuk mengurangi kecemasan orangtua.</p> <p>Dengarkan keluhan keluarga.</p> <p>Ciptakan lingkungan yang nyaman.</p> <p>Alihkan perhatian keluarga untuk mengurangi kecemasan keluarga.</p> <p>Bantu keluarga dalam mengambil keputusan.</p> <p>Instruksikan keluarga untuk melakukan teknik relaksasi.</p>  |
| 9  | Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan patah tulang | <p>Setelah dilakukan askep.... jam</p> <p>perawatan dapat meminimalkan terjadinya komplikasi anemia :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hb &gt;= 10 gr/dl.</li> <li>• Konjungtiva tdk anemis</li> <li>• Kulit tidak pucat hangat</li> </ul> | <p>dilakukan jam</p> <p><b>Terapi ambulasi</b></p> <p>Kaji kemampuan pasien dalam melakukan ambulasi</p> <p>Kolaborasi dg fisioterapi untuk perencanaan ambulasi</p> <p>Latih pasien ROM pasif-aktif sesuai kemampuan</p> <p>Ajarkan pasien berpindah tempat secara bertahap</p> <p>Evaluasi pasien dalam kemampuan ambulasi</p> <p><b>Pendidikan kesehatan</b></p> <p>Edukasi pada pasien dan keluarga pentingnya ambulasi dini</p> <p>Edukasi pada pasien dan keluarga tahap ambulasi</p> <p>Berikan reinforcement positif pada pasien.</p> |
| 10 | PK: Anemia  | <p>Setelah dilakukan askep ..... jam</p> <p>perawat dapat meminimalkan terjadinya komplikasi anemia :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hb &gt;= 10 gr/dl.</li> <li>• Konjungtiva tdk anemis</li> <li>• Kulit tidak pucat hangat</li> </ul> | <p>dilakukan ..... jam</p> <p>Monitor tanda-tanda anemia</p> <p>Observasi keadaan umum klien</p> <p>Anjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi klien yg bergizi</p> <p>Kolaborasi untuk pemberian terapi intravena dan transfusi darah</p> <p>Kolaborasi kontrol Hb, HMT, Retic. status Fe</p>  |
| 11 | PK: Insuf Renal   | <p>Setelah dilakukan askep ... jam</p> <p>Perawat akan menangani atau mengurangi komplikasi dari insuf renal</p>   | <p>dilakukan Perawat</p> <p>Pantau tanda dan gejala insuf renal (peningkatan TD, urine &lt;30 cc/jam, peningkatan BJ urine, peningkatan natrium urine, BUN Creat, kalium, pospat dan amonia, edema).</p>  |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    |   |  | <p>Timbang BB jika memungkinkan</p> <p>Catat balance cairan</p> <p>Sesuaikan pemasukan cairan setiap hari = cairan yang keluar + 300 – 500 ml/hr</p> <p>Berikan dorongan untuk pembatasan masukan cairan yang ketat : 800-1000 cc/24 jam. Atau haluaran urin / 24 jam + 500cc</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet, rendah natrium (2-4g/hr)</p> <p>pantau tanda dan gejala asidosis metabolik ( pernafasan dangkal cepat, sakit kepala, mual muntah, Ph rendah, letargi)</p> <p>Kolaborasi dengan timkes lain dalam terapinya</p> <p>Pantau perdarahan, anemia, hipoalbuminemia</p> <p>Kolaborasi untuk hemodialisis</p> |
| 12 | PK;<br>Ketidakseimbangan elektrolit               | Setelah dilakukan askep ... jam perawat akan mengurangi episode ketidakseimbangan elektrolit | <p>Pantau td hipokalemia (poli uri hipotensi, ileus, penurunan tingkat kesadaran,kelemahan, mual, muntah, anoreksia, reflek tendon melemah)</p> <p>Dorong klien u/ meningkatkan intake nutrisi yang kaya kalium</p> <p>Kolaborasi u/ koreksi kalium secara parenteral</p> <p>Pantau cairan IV</p>  |
| 13 | PK: Sepsis  | Setelah dilakukan askep ... jam perawat akan menangani / memantau komplikasi : septikemia    | <p>Pantau tanda dan gejala septikemia ( S&gt;38 / &lt;36, N:&gt; 90X/mnt, R: &gt;20x/mnt)</p> <p>Pantau lansia terhadap perubahan mental, kelemahan, hipotermi dan anoreksia.</p> <p>Kolaborasi dalam pemberian terapi antiinfeksi</p> <p>Pantau dan berikan oksigen</p> <p>Pantau intake nutrisinya</p>   |
| 14 | Kerusakan integritas jaringan d.b mekanikal (luka | Setelah dilakukan askep ... jam, integritas jaringan membaik dengan kriteria                 | <p><b>Wound Care :</b></p> <p>Kaji area luka dan tentukan penyebabnya</p>  |

|  |        |  |  |
|--|--------|--|--|
|  | bakar) | <p>hasil :</p> <p>melaporkan penurunan sensasi atau nyeri pada area kerusakan jaringan luka</p> <p>mendemonstrasikan pemahaman rencana tindakan untuk perawatan jaringan dan pencegahan injuri</p> <p>keadaan luka membaik (kering) dan peningkatan jaringan granulasi</p> | <p>Tentukan ukuran kedalaman luka</p> <p>Monitor area luka minimal sehari sekali thd perubahan warna, kemerahan, peningkatan suhu, nyeri dan tanda-tanda infeksi</p> <p>Monitor kondisi sekitar luka, monitor praktek klien dalam peran serta merawat luka, jenis sabun/pembersih yang digunakan, suhu air, frekuensi membersihkan kulit/ area luka dan sekitar luka</p> <p>Anjurkan klien untuk tidak membasahi area luka dan sekitar luka</p> <p>Minimalkan paparan terhadap kulit (area luka dan sekitarnya)</p> <p>Buat rencana mobilisasi bertahap: miring kanan/kiri, ½ duduk, duduk, berdiri dan berjalan, gunakan alat bantu jika perlu</p> <p>Gunakan lotion untuk melembabkan kulit</p> <p>Dorong intake protein adekuat</p> <p>Anjurkan ibu untuk menghindari cedera, menghindar dari benda berbahaya, menghindar penekanan terhadap area luka, menghindar batuk, mengejan terlalu kuat</p> |
|--|--------|--|--|