

LAMPIRAN

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan Pasien 1 Tn C

ASUHAN KEPERAWATAN
DENGAN GANGGUAN POLA TIDUR AKIBAT COMBUSTIO DERAJAT IIB DI
RUANG UMMAR BIN KHATTAB 2 RSUD WELAS ASIH KABUPATEN
BANDUNG

I. Pengkajian

1. Biodata

a. Klien

Nama : Tn Candra
Jenis Kelamin : Lelaki
Umur : 20
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wirausaha
Agama : Islam
Alamat : Kp Cijambu
Diagnosa Medis : Luka bakar
Soperfical-deep dermal burn – 25%
TBSA T24.33 T29.3
Tanggal : 07-05-2026
Masuk
Tanggal : 10-05-2026
Pengkajian
No RM : 01091521

b. Penanggung Jawab

Nama : Ida
Jenis Kelamin : Perempuan
Umur : 47
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : IRT
Alamat : Kp Cijambu
Hub Dg. Klien : Ibu Klien

2. Riwayat Kesehatan

- a. Keluhan saat masuk RS : Luka bakar Soperfical-deep dermal burn – 25% TBSA T24.33 T29.3
- b. Keluhan utama saat pengkajian : Adanya skala nyeri di area luka bakar yang

mengakibatkan kesulitan untuk beristirahat beberapa hari setelah MRS

c. Riwayat Kesehatan Sekarang :

P: Terdapat Luka bakar derajat IIB

Q: Nyeri seperti ditusuk tusuk

R: Persebaran nyeri sebanyak luka bakar tersebar 25%

S: 7/10

T: Setiap saat

d. Riwayat Kesehatan Dahulu :

e. Riwayat Kesehatan Keluarga :

3. Pola Aktifitas

Aktifitas pakaian	Di Rumah	Di RS
Nutrisi : Makan - Jenis Makanan - Frekuensi - Porsi - Pantangan - Keluhan Minum - Jenis Minuman - Frekuensi/Jumlah - Pantangan Keluhan :	Pasien mengonsumsi makanan 3x sehari. Tidak ada pantangan makanan khusus.	Pasien mengonsumsi makanan 3x sehari sesuai dengan saran gizi. Tidak ada pantangan makanan khusus, pasien sering merasa lapar.
Eliminasi : BAK - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Kesulitan BAB - Frekuensi - Konsistensi - Warna - Bau Kesulitan :	BAK normal, sekitar 4x/hari, warna kuning jernih. Frekuensi BAB 1x/hari, konsistensi lunak, tidak ada keluhan sebelumnya.	Frekuensi menurun,, jumlah urine sedikit. BAB 1x sejak masuk RS, konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Istirahat dan Tidur : Malam - Berapa Jam Dari Jam .. s/d .. - Kesukaran tidur Siang - Berapa Jam - Dari jam .. s/d .. Kesukaran tidur :	Tidur 6–7 jam per malam 00.00–07.00 Tidak ada kesukaran tidur	Istirahat dan Tidur Pola tidur: Tidak teratur. Jumlah jam tidur: Siang: 13.00–14.00 WIB (± 1 jam) Malam: 00.00–04.30 WIB ($\pm 4,5$ jam) Kebiasaan sebelum tidur: Berbaring dan memejamkan mata.

		Masalah yang ditemukan: Sulit tertidur, sering terbangun dan sulit tidur kembali, istirahat kurang.
Personal hygiene : Mandi - Frekuensi - Gosok Gigi - Kemandirian Berpakaian Kemampuan ganti pakaian	Mandi dan gosok gigi 2x sehari dengan mandi sendiri dan berganti pakaian sendiri	Personal hygiene perlu di bantu kasien pasien tidak bisa melakukannya sendiri karena adanya luka bakar, mandi gosok gigi 1x sehari
Mobilitas dan Aktifitas : - Kemampuan mobilisasi di tempat tidur/turun dari tempat tidur/berjalan - Aktifitas yang dilakukan Kesulitan	Mampu melakukan aktifitas dan tidak ada kesulitan	Membutuhkan bantuan ketika beraktifitas karena kesulitan adanya balutan dan rasa sakit

4. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : Composmentis 15 (E4M6V5)

a. Tanda tanda vital : TD : 141/81 mmHg

Nadi : 101 x/menit

RR : 24x/menit

Suhu : 37,1C

b. BB/TB : 72Kg /169Cm

c. Kesadaran :

- Status Mental : Kooperatif, orientasi baik terhadap waktu, tempat, dan orang
- Tingkat kesadaran : Compos mentis (E4M6V5=15).

d. Head to Toe :

1. Sistem Pernafasan

Inspeksi : Kedua dada simetris, bentuk dada normal, pergerakan dada simetris, tidak terdapat alat bantu pernafasan pada saat pengkajian

Palpasi : Tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan dan ekspansi paru normal

Auskultasi : Bunyi nafas vesikuler

2. Sistem Kardiovaskuler dan hematology

Inspeksi : Bentuk dada simetris tidak terdapat penonjolan JVP

Palpasi : Frekuensi nadi normal, CTR < 2 detik, nadi dan TD normal, dan tidak ada edema di bagian dada

Auskultasi : Irama regular

3. Sistem Pencernaan

Inspeksi : Perut terlihat normal, tidak ada benjolan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak ada masa, turgor kulit normal

Perkusi : timpani

Auskultasi : Bising usus normal : 15x/menit

4. Sistem Penginderaan

Inspeksi : Sistem penginderaan baik penglihatan, pendengaran, penciuman normal, serta sistem penginderaan pasien bersih.

5. Sistem Perkemihan

Inspeksi : Perkemihan pasien normal, warna urine normal kuning keemasan

6. Sistem Endokrin

Inspeksi : Tidak ada penumpukan cairan pada kandung kemih, terpasang kateter 18

Palpasi : kandung kemih tidak keras

7. Sistem Integumen

Inspeksi : terdapat luka bakar Superficial-deep dermal burn – 25% TBSA T24.33 T29.3, derajat IIb pada area lingkaran dengan terdapat bulb yang sudah ditangani. luka bakar terbuka sebanyak 9% area kulit

8. Sistem Persyarafan

Perkusi : Tidak ada Abnormalitas pada bagian persyarafan

9. Sistem Muscoloskeletal

Palpasi : Tidak terdapat fraktur pada otot pasien

Perkusi : Refleks tendon normal

5. Pemeriksaan Psikologi, Sosio, dan Spiritual.

a. Hubungan Faktor Psikologis terhadap penyakit klien

Pasien mengatakan ketika di rawat di rumah sakit pasien sedih serta cemas

karena penyakitnya, tetapi pasien didukung keluarga untuk sembuh menjadi pasien semangat untuk sembuh, keluarga terlihat merawat pasien dengan baik, psikologis pasien yang tadinya menurun mulai meningkat karena berfikir positif, pasien berusaha untuk tetap berpositif agar cepat sembuh sehingga pulang ke rumah, bisa berkumpul dengan keluarga tercinta.

b. Hubungan Faktor sosial terhadap penyakit klien

Pasien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit pasien menjadi karang taruna sehingga hubungan sosial dengan orang lain baik

c. Hubungan faktor spiritual terhadap penyakit klien

Pasien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit pasien selalu sholat 5 waktu dan sering melakukan sholat di masjid tetapi setelah di rawat di rumah sakit pasien jarang sekali melaksanakan ibadah karena keadaan pasien sendiri, pasien mengatakan hanya bisa berdzikir dan berdoa untuk cepat di beri kesembuhan.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Rujukan	Satuan
Hemoglobin	19.0	13.0 – 17.0	g/dL
Leukosit	15990	4.500 - 11.000	sel/uL
Hematokrit	57.8	40 - 52	%
Eritrosit	6.64	4,5 - 5,5	juta/uL

b. CT Scan

c. Rontgen

- Rontgen Thorax

Tidak terdapat edema pada saluran pernapasan

7. Program terapi

Program Terapi	Jumlah Pemberian
Wound toilet dengan irigasi NaCl	1x1
Wound dressing Zalf Mebo / silver sulfadiazine + Tulle (daryatulle/ sufratulle/ cuticell/ bactigras) + kassa kering + Tensorepe	1x1
Ceftriaxone	2x1g IV
Ketorolac	3x30 mg IV
Vit. C	2x500 mg PO
Zinc	1x20 mg PO

Bisoprolol	1 x 5 mg PO
------------	-------------

8. Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
DS: - Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri luka bakar. - Pasien mengatakan sering terbangun akibat nyeri. - Pasien mengatakan tidur tidak nyenyak. - Pasien mengatakan merasa lelah ketika bangun tidur. DO: - Skala nyeri 7/10. - RR 24 kali/menit. - Luka bakar luas 25% TBSA. - Pasien tampak gelisah akibat nyeri.	Combustio Derajat IIB ↓ Kerusakan epidermis dan dermis ↓ Pelepasan mediator inflamasi (Histamin, Prostaglandin, Bradikinin) ↓ Peningkatan sensitivitas nyeri ↓ Nyeri berkelanjutan ↓ Tidur terganggu ↓ Gangguan Pola Tidur	Gangguan Pola Tidur
DS: - Pasien mengeluh nyeri akibat luka bakar. - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk. - Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada area luka bakar yang tersebar pada kedua kaki dan tangan kanan. - Pasien mengatakan nyeri dirasakan setiap saat. - Skala nyeri 7 dari 10. DO: - Terdapat luka bakar derajat IIB seluas 25% TBSA. - Terdapat nyeri tekan pada area luka bakar. - Nadi 101 kali/menit. - RR 24 kali/menit. - Pasien tampak melindungi area yang nyeri. - Area luka tampak bengkak.	Paparan suhu tinggi ↓ Luka bakar derajat IIB ↓ Kerusakan jaringan kulit ↓ Pelepasan mediator inflamasi (Histamin, Prostaglandin, Bradikinin) ↓ Stimulasi nociceptor ↓ Peningkatan sensitivitas nyeri ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut
DS: - Pasien mengeluh luka bakar terasa nyeri. - Pasien mengeluh kulit terasa	Paparan suhu tinggi ↓ Luka bakar derajat IIB ↓ Kerusakan epidermis dan	Gangguan Integritas kulit

panas dan tidak nyaman. • Pasien mengatakan aktivitas terbatas karena nyeri pada kedua kaki. DO: • Luka bakar superficial-deep dermal burn derajat IIB. • Luas luka bakar 25% TBSA. • Open wound $\pm$ 9% area tubuh. • Terdapat bula yang telah ditangani. • Terdapat edema pada area luka.	sebagian dermis ↓ Kehilangan sawar/barier kulit ↓ Pembuluh darah terbuka ↓ Kerusakan kontinuitas jaringan ↓ Gangguan Integritas Kulit	
---	---	--

9. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan dan nyeri akut akibat kerusakan jaringan sekunder luka bakar d.d pasien mengeluh sulit tidur, sering terbangun pada malam hari, tidur tidak nyenyak, merasa lelah saat bangun tidur, dan skala nyeri 7/10. [SDKI D.0055]
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (thermal burn/luka bakar derajat IIB) d.d pasien mengeluh nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan setiap saat, skala nyeri 7/10, terdapat nyeri tekan pada area luka bakar, frekuensi nadi 101 kali/menit, dan frekuensi napas 24 kali/menit. [SDKI D.0077]
3.	Gangguan integritas kulit b.d agen pencedera termal (thermal burn) ditandai dengan terdapat luka bakar derajat IIB seluas 25% TBSA, open wound $\pm$ 9%, edema pada area luka, dan adanya bula yang telah ditangani. [SDKI D.0129]

II. Diagnosa, Luaran, Intervensi, Impelementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan

Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan	Intervensi	Rasional		
Gangguan pola tidur [SDKI D.0055]	Pola Tidur (L.05045) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3×24 jam, diharapkan pola tidur pasien meningkat yang ditandai dengan: - berkurangnya keluhan sulit tidur, - berkurangnya frekuensi terbangun pada malam hari, - meningkatnya kepuasan tidur, - meningkatnya rasa segar saat bangun tidur, - serta membaiknya kualitas tidur pasien.	Dukungan Tidur (I.05174) Dukungan tidur adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur. Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik - Modifikasi lingkungan - Batasi waktu tidur siang, jika perlu - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Edukasi - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	Rasional dukungan tidur diperlukan untuk menjelaskan manfaat intervensi dalam meningkatkan kualitas tidur dan mempercepat pemulihan pasien luka bakar. - Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit untuk menentukan faktor yang memengaruhi kerusakan dan penyembuhan jaringan luka bakar. - Mengubah posisi setiap 2 jam untuk meningkatkan perfusi jaringan dan mencegah kerusakan kulit akibat tekanan. - Menggunakan petroleum/minyak pada kulit kering untuk mempertahankan kelembapan kulit dan mencegah keretakan jaringan baru. - Menggunakan produk hipoalergik untuk mencegah iritasi pada kulit yang sensitif akibat luka bakar. - Menghindari produk berbahan alkohol untuk	10 Mei 2026 Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur, (Sulit tidur dan sering terbangun pada saat malam hari) - Identifikasi faktor pengganggu tidur (Kurang nyaman karena adanya luka bakar) Terapeutik - Modifikasi lingkungan (memodifikasi lingkungan dengan mematikan mencahayaan dan melakukan posisi semi fowler) - Batasi waktu tidur siang, jika perlu (batasu tidur siang 1 jam) - Tetapkan jadwal tidur rutin (21.00 – 05.00) - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (Melakukan intervensi Spiritual	S: - Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri luka bakar. - Pasien mengatakan sering terbangun akibat nyeri. - Pasien mengatakan tidur tidak nyenyak. - Pasien mengatakan merasa lelah ketika bangun tidur. O: - Skala nyeri 7/10. - RR 24 kali/menit. - Luka bakar luas 25% TBSA. - Pasien tampak gelisah akibat nyeri. A:

			mencegah kekeringan dan iritasi pada area penyembuhan luka. 6. Menganjurkan penggunaan pelembab untuk menjaga hidrasi kulit dan mengurangi rasa gatal selama proses penyembuhan. 7. Menganjurkan minum air yang cukup untuk menjaga keseimbangan cairan dan mendukung regenerasi jaringan. 8. Menganjurkan peningkatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolik yang meningkat dan mempercepat penyembuhan luka. 9. Menganjurkan peningkatan konsumsi buah dan sayur untuk menyediakan vitamin dan antioksidan yang mendukung pembentukan kolagen serta perbaikan jaringan.	Emotional Freedom Technique SEFT) Edukasi 7. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit (Keluarga dan pasien mengerti) 8. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur (Keluarga dan pasien mengerti) 9. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur (Keluarga dan pasien mengerti)  K Fajar Aziz R	Masalah Keperawatan gangguan pola tidur P: 1. Monitor pola dan kualitas tidur pasien. 2. Identifikasi faktor yang mengganggu tidur. 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang. 4. Ajarkan teknik relaksasi/SEFT sesuai program terapi.
Nyeri akut [SDKI D.0077]	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun yang	Manajemen Nyeri (I.08238) Manajemen nyeri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan	Rasional manajemen nyeri diperlukan untuk menjelaskan dasar ilmiah tindakan keperawatan dalam mengurangi nyeri akibat kerusakan jaringan pada luka bakar.	10 Mei 2026 Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	S: • Pasien mengeluh nyeri akibat luka bakar. • Pasien mengatakan

	ditandai dengan - berkurangnya keluhan nyeri, - menurunnya ekspresi meringis, berkurangnya gangguan tidur akibat nyeri, - serta menurunnya intensitas nyeri dari skala 7 menjadi 3.	jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri	- Pengkajian komprehensif membantu menentukan tingkat keparahan nyeri akibat kerusakan epidermis dan dermis sehingga intervensi dapat disesuaikan dengan kebutuhan pasien. - Skala nyeri digunakan sebagai data objektif untuk mengevaluasi efektivitas tindakan pengendalian nyeri yang diberikan. - Pasien dapat menunjukkan nyeri melalui ekspresi wajah, gelisah, atau perubahan perilaku sehingga pengamatan respons nonverbal membantu penilaian nyeri yang lebih akurat. - Mengetahui faktor pemicu seperti perawatan luka, pergerakan, atau perubahan balutan membantu mengurangi paparan terhadap stimulus nyeri. - Evaluasi diperlukan untuk mengetahui efektivitas terapi nonfarmakologis seperti SEFT dalam	(lokasi nyeri sebanyak luka bakar, terasa seperti ditusuk tusuk, 7/10, selalu ada reda Ketika diberikan obat) - Identifikasi skala nyeri (7/10) - Identifikasi respon nyeri non verbal (klien mengatakan nyeri mengganggu faktor tidurnya) - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (membaik ketika tidur tapi susah tidur) Terapeutik - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik SEFT: Spiritual emotional Freedom Technique) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Kurangannya istirahat) - Fasilitasi istirahat dan tidur (Keluarga dan pasien mengerti) Edukasi	nyeri seperti ditusuk-tusuk. - Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada area luka bakar yang tersebar pada kedua kaki dan tangan kanan. - Pasien mengatakan nyeri dirasakan setiap saat. - Skala nyeri 7 dari 10. O: - Terdapat luka bakar derajat IIB seluas 25% TBSA. - Terdapat nyeri tekan pada area luka bakar. - Nadi 101 kali/menit. - RR 24 kali/menit. - Pasien tampak melindungi area yang nyeri. - Area luka tampak bengkak.
--	--	---	---	---	---

			menurunkan intensitas nyeri pasien luka bakar. 6. Lingkungan yang nyaman dan minim stres dapat menurunkan stimulasi sensorik yang memperburuk persepsi nyeri. 7. Istirahat yang adekuat membantu menurunkan kelelahan dan meningkatkan toleransi pasien terhadap nyeri. 8. Nyeri luka bakar berasal dari kerusakan jaringan dan proses inflamasi sehingga strategi pengelolaan nyeri perlu disesuaikan dengan penyebab dan karakteristik nyeri. 9. Pemahaman yang baik mengenai nyeri membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan keterlibatan pasien dalam program pengelolaan nyeri.	8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri (Keluarga dan pasien mengerti) 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri (Keluarga dan pasien mengerti)  K Fajar Aziz R	A: Masalah Keperawatan Nyeri akut P: 1. Monitor tanda vital. 2. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi. 3. Minimalkan rangsangan yang meningkatkan nyeri. 4. Kolaborasi pemberian terapi analgesik.
Gangguan integritas kulit/Jaringan [SDKI D.0129]	Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam, diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat yang ditandai dengan	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Perawatan integritas kulit adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan merawat kulit pasien untuk menjaga keutuhan, kelembaban, dan mencegah perkembangan mikroorganisme.	Rasional perawatan integritas kulit diperlukan untuk menjelaskan dasar tindakan dalam mempertahankan keutuhan kulit dan mendukung penyembuhan luka bakar 1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit untuk	10 Mei 2026 Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (Luka bakar derajat IIB) Terapeutik	S: • Pasien mengeluh luka bakar terasa nyeri. • Pasien mengeluh kulit terasa panas dan tidak

	- berkurangnya edema, kemerahan, dan nyeri pada area luka, - mengecilnya luas luka terbuka, - meningkatnya pembentukan jaringan granulasi, serta tidak ditemukan tanda-tanda infeksi selama proses	Observasi - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik - Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring - Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering - Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi - Anjurkan menggunakan pelembab (lotion) - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur	menentukan faktor yang memengaruhi kerusakan dan penyembuhan jaringan luka bakar. - Mengubah posisi setiap 2 jam untuk meningkatkan perfusi jaringan dan mencegah kerusakan kulit akibat tekanan berkepanjangan. - Menggunakan petroleum atau minyak pada kulit kering untuk mempertahankan kelembapan dan mencegah kerusakan kulit yang sedang beregenerasi. - Menggunakan produk hipoalergik untuk mencegah iritasi pada kulit yang sensitif akibat luka bakar. - Menghindari produk berbahan alkohol untuk mencegah kekeringan dan iritasi pada area penyembuhan luka. - Menganjurkan penggunaan pelembab untuk menjaga hidrasi kulit dan mengurangi rasa gatal selama proses penyembuhan. - Menganjurkan minum air yang cukup untuk	- Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring (Terlaksana) - Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering (Terlaksana) - Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive (Terlaksana) - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering (Terlaksana) Edukasi - Anjurkan menggunakan pelembab (lotion) - Anjurkan minum air yang cukup (Terlaksana) - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi (Terlaksana) - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur (Terlaksana)  K Fajar Aziz R	nyaman. - Pasien mengatakan aktivitas terbatas karena nyeri pada kedua kaki. O: - Luka bakar superficial-deep dermal burn derajat IIB. - Luas luka bakar 25% TBSA. - Open wound $\pm$ 9% area tubuh. - Terdapat bula yang telah ditangani. - Terdapat edema pada area luka. A: Masalah Keperawatan Gangguan Integritas Kulit P: - Observasi kondisi luka. - Monitor tanda infeksi.
--	--	---	---	---	---

			mendukung hidrasi dan regenerasi jaringan. 8. Menganjurkan peningkatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolik yang meningkat dan mempercepat penyembuhan luka. 9. Menganjurkan peningkatan konsumsi buah dan sayur untuk mendukung pembentukan kolagen dan perbaikan jaringan yang rusak akibat luka bakar.		3. Pertahankan teknik aseptik. 4. Kolaborasi pemberian terapi topikal dan antibiotik bila diindikasikan. Evaluasi proses granulasi dan penyembuhan luka.
--	--	--	---	--	---

III. Catatan Perkembangan

Pertemuan	Diagnosa Keperawatan	Hasil Evaluasi Tindakan
		Pasien Tn C
10 Mei 2026	Gangguan pola tidur [SDKI D.0055]	S: - Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri luka bakar. - Pasien mengatakan sering terbangun akibat nyeri. - Pasien mengatakan tidur tidak nyenyak. - Pasien mengatakan merasa lelah ketika bangun tidur. O: - Skala nyeri 7/10. - RR 24 kali/menit. - Luka bakar luas 25% TBSA. - Pasien tampak gelisah akibat nyeri. A: Masalah keperawatan teratasi Sebagian P: - Monitor pola dan kualitas tidur pasien. - Identifikasi faktor yang mengganggu tidur. - Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang. - Ajarkan teknik relaksasi/SEFT sesuai program terapi.  K Fajar Aziz R
	Nyeri akut [SDKI D.0077]	S: - Pasien mengeluh nyeri akibat luka bakar. - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk. - Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada area luka bakar yang tersebar pada kedua kaki dan tangan kanan. - Pasien mengatakan nyeri dirasakan setiap saat. - Skala nyeri 7 dari 10. O: - Terdapat luka bakar derajat IIB seluas 25% TBSA. - Terdapat nyeri tekan pada area luka bakar. - Nadi 101 kali/menit. - RR 24 kali/menit. - Pasien tampak melindungi area yang nyeri. - Area luka tampak bengkak. A: Masalah Keperawatan Teratasi sebagian P: - Monitor tanda vital. - Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi. - Minimalkan rangsangan yang meningkatkan nyeri. - Kolaborasi pemberian terapi analgesik.  K Fajar Aziz R
	Gangguan integritas kulit/Jaringan [SDKI D.0129]	S: - Pasien mengeluh luka bakar terasa nyeri. - Pasien mengeluh kulit terasa panas dan tidak nyaman. - Pasien mengatakan aktivitas terbatas karena nyeri pada kedua kaki. O: - Luka bakar superficial-deep dermal burn derajat IIB. - Luas luka bakar 25% TBSA. - Open wound $\pm$ 9% area tubuh. - Terdapat bula yang telah ditangani.

		• Terdapat edema pada area luka. A: Masalah Keperawatan teratasi Sebagian P: 5. Observasi kondisi luka. 6. Monitor tanda infeksi. 7. Pertahankan teknik aseptik. 8. Kolaborasi pemberian terapi topikal dan antibiotik bila diindikasikan. 9. Evaluasi proses granulasi dan penyembuhan luka.  K Fajar Aziz R
11 Mei 2026	Gangguan pola tidur [SDKI D.0055]	S: • Pasien mengatakan tidur lebih nyenyak dibanding kemarin. • Pasien mengatakan masih terbangun 1–2 kali karena nyeri. • Pasien mengatakan badan terasa lebih segar saat bangun. O: • Pasien tampak lebih rileks. • Lingkar mata tampak berkurang. • RR 22 kali/menit. • Skala nyeri 5/10. • Pasien tidur ±5–6 jam semalam. A: masalah teratasi sebagian dengan perkembangan membaik. P: 1. Monitor kualitas tidur. 2. Lanjutkan terapi relaksasi/SEFT. 3. Ciptakan lingkungan istirahat yang nyaman. 4. Kolaborasi manajemen nyeri.  K Fajar Aziz R
	Nyeri akut [SDKI D.0077]	S: • Pasien mengatakan nyeri masih ada tetapi berkurang. • Pasien mengatakan nyeri terutama saat bergerak dan perawatan luka. • Skala nyeri 5/10. O: • Nadi 92 kali/menit. • RR 22 kali/menit. • Pasien tampak lebih tenang. • Edema berkurang. • Pasien mulai dapat menggerakkan ekstremitas dengan lebih nyaman. A: masalah teratasi sebagian dengan perkembangan membaik. P: 1. Kaji skala nyeri berkala. 2. Ajarkan teknik napas dalam dan relaksasi. 3. Lanjutkan terapi SEFT. 4. Kolaborasi analgesik sesuai program terapi.  K Fajar Aziz R
	Gangguan integritas	S: • Pasien mengatakan nyeri luka berkurang.

	kulit/Jaringan [SDKI D.0129]	• Pasien mengatakan area luka tidak sepanas sebelumnya. O: • Luka tampak bersih. • Eksudat minimal. • Edema menurun. • Tidak terdapat tanda infeksi. • Jaringan granulasi mulai tampak. A: masalah teratasi sebagian dengan perkembangan membaik. P: 1. Lanjutkan perawatan luka. 2. Monitor tanda infeksi. 3. Pertahankan teknik aseptik. 4. Evaluasi perkembangan granulasi.  K Fajar Aziz R
12 Mei 2026	Gangguan pola tidur [SDKI D.0055]	S: • Pasien mengatakan dapat tidur nyenyak. • Pasien mengatakan jarang terbangun pada malam hari. • Pasien merasa tubuh lebih segar saat bangun. O: • Pasien tampak rileks. • RR 20 kali/menit. • Tidak tampak gelisah. • Pasien tidur $\pm 6-7$ jam semalam. A: Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akut, masalah teratasi. P: 1. Pertahankan lingkungan tidur yang nyaman. 2. Anjurkan mempertahankan pola tidur yang baik.  K Fajar Aziz R
	Nyeri akut [SDKI D.0077]	S: • Pasien mengatakan nyeri jauh berkurang. • Nyeri hanya muncul saat perawatan luka. • Skala nyeri 3/10. O: • Nadi 84 kali/menit. • RR 20 kali/menit. • Pasien tampak nyaman. • Tidak tampak meringis. • Pasien mampu melakukan mobilisasi ringan. A: masalah teratasi sebagian menuju teratasi. P: 1. Monitor nyeri. 2. Lanjutkan teknik relaksasi. 3. Kolaborasi terapi sesuai kebutuhan. 4. Evaluasi nyeri setelah tindakan.  K Fajar Aziz R

	Gangguan integritas kulit/Jaringan [SDKI D.0129]	S: • Pasien mengatakan luka lebih nyaman. • Pasien mengatakan dapat bergerak lebih leluasa. O: • Luka tampak lebih kering. • Granulasi baik. • Edema minimal. • Tidak terdapat tanda infeksi. • Open wound mengecil dibanding sebelumnya. A: masalah teratasi sebagian dengan perkembangan signifikan. P: 1. Lanjutkan perawatan luka. 2. Monitor proses epitelisasi. 3. Edukasi perawatan luka mandiri. 4. Persiapkan pasien untuk perawatan lanjutan.  K Fajar Aziz R
--	--	---

Lampiran 2 Asuhan Keperawatan pasien 2 Tn R

ASUHAN KEPERAWATAN
DENGAN GANGGUAN POLA TIDUR AKIBAT COMBUSTIO DERAJAT IIB DI
RUANG UMMAR BIN KHATTAB 2 RSUD WELAS ASIH KABUPATEN
BANDUNG

I. Pengkajian

1. Biodata

a. Klien

Nama : Tn Ridwan
Jenis Kelamin : Lelaki
Umur : 23
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wirausaha
Agama : Islam
Alamat : Sundawenang
Diagnosa Medis : Luka bakar
Soperfical-deep dermal burn – 28%
TBSA T24.33 T29.3
Tanggal : 07-05-2026
Masuk
Tanggal : 10-05-2026
Pengkajian
No RM : 01091521

b. Penanggung Jawab

Nama : Cahyati
Jenis Kelamin : Perempuan
Umur : 39
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Wirausaha
Alamat : Sundawenang
Hub Dg. Klien : Sodara

2. Riwayat Kesehatan

- a. Keluhan saat masuk RS : Luka bakar Soperfical-deep dermal burn – 28% TBSA T24.33 T29.3
- b. Keluhan utama saat pengkajian : Adanya skala nyeri di area luka bakar yang mengakibatkan kesulitan untuk beristirahat beberapa hari setelah MRS
- c. Riwayat Kesehatan Sekarang :
P: Terdapat Luka bakar derajat IIB

Q: Nyeri seperti ditusuk tusuk

R: Persebaran nyeri sebanyak luka bakar tersebar 28%

S: 7/10

T: Setiap saat

d. Riwayat Kesehatan Dahulu :

e. Riwayat Kesehatan Keluarga :

3. Pola Aktivitas

Aktivitas pakaian	Di Rumah	Di RS
Nutrisi : Makan - Jenis Makanan - Frekuensi - Porsi - Pantangan - Keluhan Minum - Jenis Minuman - Frekuensi/Jumlah - Pantangan Keluhan :	Pasien mengonsumsi makanan 3x sehari. Tidak ada pantangan makanan khusus.	Pasien mengonsumsi makanan 3x sehari sesuai dengan saran gizi. Tidak ada pantangan makanan khusus, pasien sering merasa lapar.
Eliminasi : BAK - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Kesulitan BAB - Frekuensi - Konsistensi - Warna - Bau Kesulitan :	BAK normal, sekitar 4x/hari, warna kuning jernih. Frekuensi BAB 1x/hari, konsistensi lunak, tidak ada keluhan sebelumnya.	Frekuensi menurun,, jumlah urine sedikit. BAB 1x sejak masuk RS, konsistensi lunak, tidak ada keluhan.
Istirahat dan Tidur : Malam - Berapa Jam Dari Jam .. s/d .. - Kesukaran tidur Siang - Berapa Jam - Dari jam .. s/d .. Kesukaran tidur :	Tidur 6–7 jam per malam 00.00-07.00 Tidak ada kesukaran tidur	Istirahat dan Tidur Pola tidur: Tidak teratur. Jumlah jam tidur: Siang: 13.00–14.00 WIB (± 1 jam) Malam: 00.00–04.30 WIB ($\pm 4,5$ jam) Kebiasaan sebelum tidur: Berbaring dan memejamkan mata. Masalah yang ditemukan: Sulit tertidur, sering terbangun dan sulit tidur kembali, istirahat kurang.
Personal hygiene :	Mandi dan gosok gigi 2x	Personal hygiene perlu di

Mandi - Frekuensi - Gosok Gigi - Kemandirian Berpakaian Kemampuan ganti pakaian	sehari dengan mandi sendiri dan berganti pakaian sendiri	bantu kasien pasien tidak bisa melakukannya sendiri karena adanya luka bakar, mandi gosok gigi 1x sehari
Mobilitas dan Aktifitas : - Kemampuan mobilisasi di tempat tidur/turun dari tempat tidur/berjalan - Aktifitas yang dilakukan Kesulitan	Mampu melakukan aktifitas dan tidak ada kesulitan	Membutuhkan bantuan ketika beraktifitas karena kesulitan adanya balutan dan rasa sakit

4. Pemeriksaan Fisik

Keadaan Umum : Composmentis 15 (E4M6V5)

a. Tanda tanda vital : TD : 115 /79 mmHg

Nadi : 87 x/menit

RR : 22x/menit

Suhu : 36,6C

b. BB/TB : 43Kg /167Cm

c. Kesadaran :

- Status Mental : Kooperatif, orientasi baik terhadap waktu, tempat, dan orang

- Tingkat kesadaran : Compos mentis (E4M6V5=15).

d. Head to Toe :

1. Sistem Pernafasan

Inspeksi : Kedua dada simetris, bentuk dada normal, pergerakan dada simetris, tidak terdapat alat bantu pernafasan pada saat pengkajian

Palpasi : Tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan dan ekspansi paru normal

Auskultasi : Bunyi nafas vesikuler

2. Sistem Kardiovaskuler dan hematology

Inspeksi : Bentuk dada simetris tidak terdapat penonjolan JVP

Palpasi : Frekuensi nadi normal, CTR < 2 detik, nadi dan TD normal, dan tidak ada edema di bagian dada

Auskultasi : Irama regular

3. Sistem Pencernaan

Inspeksi : Perut terlihat normal, tidak ada benjolan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak ada masa, turgor kulit normal

Perkusi : timpani

Auskultasi : Bising usus normal : 16x/menit

4. Sistem Penginderaan

Inspeksi : Sistem penginderaan baik penglihatan, pendengaran, penciuman normal, serta sistem penginderaan pasien bersih.

5. Sistem Perkemihan

Inspeksi : Perkemihan pasien normal, warna urine normal kuning keemasan

6. Sistem Endokrin

Inspeksi : Tidak ada penumpukan cairan pada kandung kemih, terpasang kateter 18

Palpasi : kandung kemih tidak keras

7. Sistem Integumen

Inspeksi : Terdapat luka thermal burn berupa : Luka bakar Superficial-deep dermal burn – 28% TBSA T24.33 T29.3 derajat IIb pada area lingkaran dengan terdapat bulb yang sudah ditangani, terdapat area sekitar luka bakar menjadi kemerahan. luka bakar terbuka sebanyak 14% area kulit

8. Sistem Persyarafan

Perkusi : Tidak ada Abnormalitas pada bagian persyarafan

9. Sistem Muscoloskeletal

Palpasi : Tidak terdapat fraktur pada otot pasien

Perkusi : Refleks tendon normal

5. Pemeriksaan Psikologi, Sosio, dan Spiritual.

d. Hubungan Faktor Psikologis terhadap penyakit klien

Pasien mengatakan ketika di rawat di rumah sakit pasien sedih serta cemas karena penyakitnya, tetapi pasien didukung keluarga untuk sembuh menjadi pasien semangat untuk sembuh, keluarga terlihat merawat pasien dengan baik, psikologis

pasien yang tadinya menurun mulai meningkat karena berfikir positif, pasien berusaha untuk tetap berpositif agar cepat sembuh sehingga pulang ke rumah, bisa berkumpul dengan keluarga tercinta.

e. Hubungan Faktor sosial terhadap penyakit klien

Pasien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit pasien menjadi karang taruna sehingga hubungan sosial dengan orang lain baik

f. Hubungan faktor spiritual terhadap penyakit klien

Pasien mengatakan sebelum dirawat di rumah sakit pasien selalu sholat 5 waktu dan sering melakukan sholat di masjid tetapi setelah di rawat di rumah sakit pasien jarang sekali melaksanakan ibadah karena keadaan pasien sendiri, pasien mengatakan hanya bisa berdzikir dan mendoa untuk cepat di beri kesembuhan.

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Rujukan	Satuan
Hemoglobin	18.2	13.0 – 17.0	g/dL
Leukosit	19160	4.500 - 11.000	sel/uL
RDW-CV : 15,4 %	15,4	14,5	%
ASL (SGOT) : 58 U/L	58	40	U/L
ALT (SPGT) : 87 U/L	87	40	U/L

b. CT Scan

c. Rontgen

- Rontgen Thorax

Tidak terdapat edema pada saluran pernapasan

7. Program terapi

Program Terapi	Jumlah Pemberian
Wound toilet dengan irigasi NaCl	1x1
Wound dressing Zalf Mebo / silver sulfadiazine + Tulle (daryatulle/ sufratulle/ cuticell/ bactigras) + kassa kering + Tensocrepe	1x1
Ceftriaxone	2x1g IV
Ketorolac	3x30 mg IV
Vit. C	2x500 mg PO
Zinc	1x20 mg PO
Bisoprolol	1 x 5 mg PO

8. Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
DS: - Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri luka bakar. - Pasien mengatakan sering terbangun akibat nyeri. - Pasien mengatakan tidur tidak nyenyak. - Pasien mengatakan merasa lelah ketika bangun tidur. DO: - Skala nyeri 7/10. - RR 24 kali/menit. - Luka bakar luas 25% TBSA. - Pasien tampak gelisah akibat nyeri.	Combustio Derajat IIB ↓ Kerusakan epidermis dan dermis ↓ Pelepasan mediator inflamasi (Histamin, Prostaglandin, Bradikinin) ↓ Peningkatan sensitivitas nyeri ↓ Nyeri berkelanjutan ↓ Tidur terganggu ↓ Gangguan Pola Tidur	Gangguan Pola Tidur
DS: - Pasien mengeluh nyeri akibat luka bakar. - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk. - Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada area luka bakar yang tersebar pada kedua kaki dan tangan kanan. - Pasien mengatakan nyeri dirasakan setiap saat. - Skala nyeri 7 dari 10. DO:	Paparan suhu tinggi ↓ Luka bakar derajat IIB ↓ Kerusakan jaringan kulit ↓ Pelepasan mediator inflamasi (Histamin, Prostaglandin, Bradikinin) ↓ Stimulasi nociceptor ↓ Peningkatan sensitivitas nyeri ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut

• Terdapat luka bakar derajat IIB seluas 25% TBSA. • Terdapat nyeri tekan pada area luka bakar. • Nadi 101 kali/menit. • RR 24 kali/menit. • Pasien tampak melindungi area yang nyeri. • Area luka tampak bengkak.		
DS: • Pasien mengeluh luka bakar terasa nyeri. • Pasien mengeluh kulit terasa panas dan tidak nyaman. • Pasien mengatakan aktivitas terbatas karena nyeri pada kedua kaki. DO: • Luka bakar superficial-deep dermal burn derajat IIB. • Luas luka bakar 25% TBSA. • Open wound ± 9% area tubuh. • Terdapat bula yang telah ditangani. • Terdapat edema pada area luka.	Paparan suhu tinggi ↓ Luka bakar derajat IIB ↓ Kerusakan epidermis dan sebagian dermis ↓ Kehilangan sawar/barier kulit ↓ Pembuluh darah terbuka ↓ Kerusakan kontinuitas jaringan ↓ Gangguan Integritas Kulit	Gangguan Integritas kulit

9. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan dan nyeri akut akibat kerusakan jaringan sekunder luka bakar d.d pasien mengeluh sulit tidur, sering terbangun pada malam hari, tidur tidak nyenyak, merasa lelah saat bangun tidur, dan skala nyeri 7/10. [SDKI D.0055]
2.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (thermal burn/luka bakar derajat IIB) d.d pasien mengeluh nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri dirasakan setiap saat, skala nyeri 7/10, terdapat nyeri tekan pada area luka bakar, frekuensi nadi 101 kali/menit, dan frekuensi napas 24 kali/menit. [SDKI D.0077]
3.	Gangguan integritas kulit b.d agen pencedera termal (thermal burn) ditandai dengan terdapat luka bakar derajat IIB seluas 25% TBSA, open wound ±9%, edema pada area luka, dan adanya bula yang telah ditangani. [SDKI D.0129]

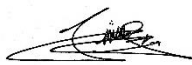
II. Diagnosa, Luaran, Intervensi, Impelementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan

Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
	Tujuan	Intervensi	Rasional		
Gangguan pola tidur [SDKI D.0055]	Pola Tidur (L.05045) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3×24 jam, diharapkan pola tidur pasien meningkat yang ditandai dengan: - berkurangnya keluhan sulit tidur, - berkurangnya frekuensi terbangun pada malam hari, - meningkatnya kepuasan tidur, - meningkatnya rasa segar saat bangun tidur, - serta membaiknya kualitas tidur pasien.	Dukungan Tidur (I.05174) Dukungan tidur adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur. Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur Terapeutik - Modifikasi lingkungan - Batasi waktu tidur siang, jika perlu - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan Edukasi - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	Rasional dukungan tidur diperlukan untuk menjelaskan manfaat intervensi dalam meningkatkan kualitas tidur dan mempercepat pemulihan pasien luka bakar. - Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit untuk menentukan faktor yang memengaruhi kerusakan dan penyembuhan jaringan luka bakar. - Mengubah posisi setiap 2 jam untuk meningkatkan perfusi jaringan dan mencegah kerusakan kulit akibat tekanan. - Menggunakan petroleum/minyak pada kulit kering untuk mempertahankan kelembapan kulit dan mencegah keretakan jaringan baru. - Menggunakan produk hipoalergik untuk mencegah iritasi pada kulit yang sensitif akibat luka bakar. - Menghindari produk berbau alkohol	10 Mei 2026 Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur, (Sulit tidur dan sering terbangun pada saat malam hari) - Identifikasi faktor pengganggu tidur (Kurang nyaman karena adanya luka bakar) Terapeutik - Modifikasi lingkungan (memodifikasi lingkungan dengan mematikan mencahayaan dan melakukan posisi semi fowler) - Batasi waktu tidur siang, jika perlu (batasu tidur siang 1 jam) - Tetapkan jadwal tidur rutin (21.00 – 05.00) - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (Melakukan intervensi Spiritual	S: - Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri luka bakar. - Pasien mengatakan sering terbangun akibat nyeri. - Pasien mengatakan tidur tidak nyenyak. - Pasien mengatakan merasa lelah ketika bangun tidur. O: - Skala nyeri 7/10. - RR 22 kali/menit. - Luka bakar luas 28% TBSA. - Pasien tampak gelisah akibat nyeri. A: Masalah keperawatan

			untuk mencegah kekeringan dan iritasi pada area penyembuhan luka. 6. Menganjurkan penggunaan pelembab untuk menjaga hidrasi kulit dan mengurangi rasa gatal selama proses penyembuhan. 7. Menganjurkan minum air yang cukup untuk menjaga keseimbangan cairan dan mendukung regenerasi jaringan. 8. Menganjurkan peningkatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolik yang meningkat dan mempercepat penyembuhan luka. 9. Menganjurkan peningkatan konsumsi buah dan sayur untuk menyediakan vitamin dan antioksidan yang mendukung pembentukan kolagen serta perbaikan jaringan.	Emotional Freedom Technique SEFT) Edukasi 7. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit (Keluarga dan pasien mengerti) 8. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur (Keluarga dan pasien mengerti) 9. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur (Keluarga dan pasien mengerti)  K Fajar Aziz R	gangguan pola tidur P: 1. Monitor pola dan kualitas tidur pasien. 2. Identifikasi faktor yang mengganggu tidur. 3. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang. 9. Ajarkan teknik relaksasi/SEFT sesuai program terapi.
Nyeri akut [SDKI D.0077]	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam, diharapkan tingkat	Manajemen Nyeri (I.08238) Manajemen nyeri adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang	Rasional manajemen nyeri diperlukan untuk menjelaskan dasar ilmiah tindakan keperawatan dalam mengurangi nyeri akibat kerusakan jaringan pada luka bakar.	10 Mei 2026 Observasi	S: • Pasien mengeluh nyeri akibat luka bakar. • Pasien

	nyeri menurun yang ditandai dengan 1. berkurangnya keluhan nyeri, 2. menurunnya ekspresi meringis, berkurangnya gangguan tidur akibat nyeri, 3. serta menurunnya intensitas nyeri dari skala 7 menjadi 3.	berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 7. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri	1. Pengkajian komprehensif membantu menentukan tingkat keparahan nyeri akibat kerusakan epidermis dan dermis sehingga intervensi dapat disesuaikan dengan kebutuhan pasien. 2. Skala nyeri digunakan sebagai data objektif untuk mengevaluasi efektivitas tindakan pengendalian nyeri yang diberikan. 3. Pasien dapat menunjukkan nyeri melalui ekspresi wajah, gelisah, atau perubahan perilaku sehingga pengamatan respons nonverbal membantu penilaian nyeri yang lebih akurat. 4. Mengetahui faktor pemicu seperti perawatan luka, pergerakan, atau perubahan balutan membantu mengurangi paparan terhadap stimulus nyeri. 5. Evaluasi diperlukan untuk mengetahui efektivitas terapi nonfarmakologis seperti SEFT dalam menurunkan intensitas	intensitas nyeri (lokasi nyeri sebanyak luka bakar, terasa seperti ditusuk tusuk, 7/10, selalu ada reda Ketika diberikan obat) 2. Identifikasi skala nyeri (7/10) 3. Identifikasi respon nyeri non verbal (klien mengatakan nyeri mengganggu faktor tidurnya) 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (membaik ketika tidur tapi susah tidur) Terapeutik 5. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik SEFT: Spiritual emotional Freedom Technique) 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Kurangnya istirahat) 7. Fasilitasi istirahat dan tidur (Keluarga dan pasien mengerti)	mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk. • Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada kedua kaki, tangan, wajah, dan punggung. • Pasien mengatakan nyeri berlangsung terus menerus. • Skala nyeri 7 dari 10. O: • Terdapat luka bakar derajat IIB seluas 28% TBSA. • Terdapat nyeri tekan pada area luka. • RR 22 kali/menit. • Area luka tampak kemerahan dan bengkak. • Pasien tampak membatasi gerakan karena nyeri. A:
--	--	---	--	--	--

			nyeri pasien luka bakar. 6. Lingkungan yang nyaman dan minim stres dapat menurunkan stimulasi sensorik yang memperburuk persepsi nyeri. 7. Istirahat yang adekuat membantu menurunkan kelelahan dan meningkatkan toleransi pasien terhadap nyeri. 8. Nyeri luka bakar berasal dari kerusakan jaringan dan proses inflamasi sehingga strategi pengelolaan nyeri perlu disesuaikan dengan penyebab dan karakteristik nyeri. 9. Pemahaman yang baik mengenai nyeri membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan keterlibatan pasien dalam program pengelolaan nyeri.	Edukasi 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri (Keluarga dan pasien mengerti) 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri (Keluarga dan pasien mengerti)  K Fajar Aziz R	Masalah Keperawatan nyeri akut P: 1. Monitor tanda vital. 2. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi. 3. Minimalkan rangsangan yang meningkatkan nyeri. 9. Kolaborasi pemberian terapi analgesik.
Gangguan integritas kulit/Jaringan [SDKI D.0129]	Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam, diharapkan integritas kulit dan jaringan	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Perawatan integritas kulit adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan merawat kulit pasien untuk menjaga keutuhan, kelembaban, dan	Rasional perawatan integritas kulit diperlukan untuk menjelaskan dasar tindakan dalam mempertahankan keutuhan kulit dan mendukung penyembuhan luka bakar	10 Mei 2026 Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (Luka bakar derajat IIB)	S: • Pasien mengeluh luka bakar terasa nyeri. • Pasien mengeluh kulit

	meningkat yang ditandai dengan - berkurangnya edema, kemerahan, dan nyeri pada area luka, - mengecilnya luas luka terbuka, - meningkatnya pembentukan jaringan granulasi, - serta tidak ditemukan tanda-tanda infeksi selama proses	mencegah perkembangan mikroorganisme. Observasi - Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik - Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring - Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering - Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi - Anjurkan menggunakan pelembab (lotion) - Anjurkan minum air yang cukup - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur	- Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit untuk menentukan faktor yang memengaruhi kerusakan dan penyembuhan jaringan luka bakar. - Mengubah posisi setiap 2 jam untuk meningkatkan perfusi jaringan dan mencegah kerusakan kulit akibat tekanan berkepanjangan. - Menggunakan petroleum atau minyak pada kulit kering untuk mempertahankan kelembapan dan mencegah kerusakan kulit yang sedang beregenerasi. - Menggunakan produk hipoalergik untuk mencegah iritasi pada kulit yang sensitif akibat luka bakar. - Menghindari produk berbahan alkohol untuk mencegah kekeringan dan iritasi pada area penyembuhan luka. - Menganjurkan penggunaan pelembab untuk menjaga hidrasi kulit dan mengurangi	Terapeutik - Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring (Terlaksana) - Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering (Terlaksana) - Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive (Terlaksana) - Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering (Terlaksana) Edukasi - Anjurkan menggunakan pelembab (lotion) - Anjurkan minum air yang cukup (Terlaksana) - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi (Terlaksana) - Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur (Terlaksana)  K Fajar Aziz R	terasa panas dan tidak nyaman. - Pasien mengatakan aktivitas terbatas karena nyeri pada kedua kaki. O: - Luka bakar superficial-deep dermal burn derajat IIB. - Luas luka bakar 28% TBSA. - Open wound $\pm$ 14% area tubuh. - Terdapat bula yang telah ditangani. - Terdapat edema pada area luka. A: Masalah Keperawatan gangguan integritas kulit teratasi Sebagian P:
--	---	--	--	--	---

			rasa gatal selama proses penyembuhan. 7. Menganjurkan minum air yang cukup untuk mendukung hidrasi dan regenerasi jaringan. 8. Menganjurkan peningkatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolik yang meningkat dan mempercepat penyembuhan luka. 9. Menganjurkan peningkatan konsumsi buah dan sayur untuk mendukung pembentukan kolagen dan perbaikan jaringan yang rusak akibat luka bakar.		1. Observasi kondisi luka. 2. Monitor tanda infeksi. 3. Pertahankan teknik aseptik. 4. Kolaborasi pemberian terapi topikal dan antibiotik bila diindikasikan. 5. Evaluasi proses granulasi dan penyembuhan luka.
--	--	--	---	--	--

III. Catatan Perkembangan

Pertemuan	Diagnosa Keperawatan	Hasil Evaluasi Tindakan
		Pasien Tn R
10 Mei 2026	Gangguan pola tidur [SDKI D.0055]	S: - Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri luka bakar. - Pasien mengatakan sering terbangun akibat nyeri. - Pasien mengatakan tidur tidak nyenyak. - Pasien mengatakan merasa lelah ketika bangun tidur. O: - Skala nyeri 7/10. - RR 22 kali/menit. - Luka bakar luas 28% TBSA. - Pasien tampak gelisah akibat nyeri. A: Masalah keperawatan teratasi Sebagian P: - Monitor pola dan kualitas tidur pasien. - Identifikasi faktor yang mengganggu tidur. - Ciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang. - Ajarkan teknik relaksasi/SEFT sesuai program terapi.  K Fajar Aziz R
	Nyeri akut [SDKI D.0077]	S: - Pasien mengeluh nyeri akibat luka bakar. - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk. - Pasien mengatakan nyeri dirasakan pada kedua kaki, tangan, wajah, dan punggung. - Pasien mengatakan nyeri berlangsung terus menerus. - Skala nyeri 7 dari 10. O: - Terdapat luka bakar derajat IIB seluas 28% TBSA. - Terdapat nyeri tekan pada area luka. - RR 22 kali/menit. - Area luka tampak kemerahan dan bengkak. - Pasien tampak membatasi gerakan karena nyeri. A: Masalah Keperawatan Teratasi sebagian P: - Monitor tanda vital. - Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi. - Minimalkan rangsangan yang meningkatkan nyeri. - Kolaborasi pemberian terapi analgesik.  K Fajar Aziz R
	Gangguan integritas kulit/Jaringan [SDKI D.0129]	S: - Pasien mengeluh luka bakar terasa nyeri. - Pasien mengeluh kulit terasa panas dan tidak nyaman. - Pasien mengatakan aktivitas terbatas karena nyeri pada kedua kaki. O:

		• Luka bakar superficial-deep dermal burn derajat IIB. • Luas luka bakar 28% TBSA. • Open wound $\pm$ 14% area tubuh. • Terdapat bula yang telah ditangani. • Terdapat edema pada area luka. A: Masalah Keperawatan teratasi Sebagian P: 6. Observasi kondisi luka. 7. Monitor tanda infeksi. 8. Pertahankan teknik aseptik. 9. Kolaborasi pemberian terapi topikal dan antibiotik bila diindikasikan. 10. Evaluasi proses granulasi dan penyembuhan luka.  K Fajar Aziz R
11 Mei 2026	Gangguan pola tidur [SDKI D.0055]	S: • Pasien mengatakan masih sulit tidur tetapi lebih baik dari sebelumnya. • Pasien terbangun 2 kali pada malam hari. O: • Pasien tampak lebih rileks. • Lingkar mata tampak berkurang. • RR 21 kali/menit. • Skala nyeri 6/10. • Pasien tidur $\pm$ 5–6 jam semalam. A: Masalah teratasi sebagian. P: 1. Monitor kualitas tidur. 2. Lanjutkan terapi relaksasi/SEFT. 3. Ciptakan lingkungan istirahat yang nyaman. 5. Kolaborasi manajemen nyeri  K Fajar Aziz R
	Nyeri akut [SDKI D.0077]	S: • Pasien mengatakan nyeri masih ada tetapi berkurang • Pasien mengatakan nyeri berkurang dibanding kemarin. • Skala nyeri 6/10. O: • RR 21 kali/menit. • Edema berkurang. • Pasien mulai melakukan mobilisasi ringan. A: masalah teratasi sebagian dengan perkembangan membaik. P: 1. Kaji skala nyeri berkala. 2. Ajarkan teknik napas dalam dan relaksasi. 3. Lanjutkan terapi SEFT. 5. Kolaborasi analgesik sesuai program terapi.

		 K Fajar Aziz R
	Gangguan integritas kulit/Jaringan [SDKI D.0129]	S: - Pasien mengatakan luka masih terasa perih tetapi berkurang. - Pasien mengatakan area luka tidak sepanas sebelumnya. O: - Tidak terdapat tanda infeksi. - Granulasi mulai terbentuk. - Tidak terdapat tanda infeksi. - Open wound $\pm 14\%$. A: masalah teratasi sebagian dengan perkembangan membaik. P: - Lanjutkan perawatan luka. - Monitor tanda infeksi. - Pertahankan teknik aseptik. - Evaluasi perkembangan granulasi.  K Fajar Aziz R
12 Mei 2026	Gangguan pola tidur [SDKI D.0055]	S: - Pasien mengatakan tidur lebih nyenyak. - Pasien hanya terbangun sekali. - Pasien merasa tubuh lebih segar saat bangun. O: - Pasien tampak rileks. - RR 20 kali/menit. - Tidak tampak gelisah. - Pasien tidur $\pm 6-7$ jam semalam. A: Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri akut, masalah teratasi. P: - Pertahankan lingkungan tidur yang nyaman. - Anjurkan mempertahankan pola tidur yang baik.  K Fajar Aziz R
	Nyeri akut [SDKI D.0077]	S: - Pasien mengatakan nyeri berkurang. - Nyeri hanya muncul saat perawatan luka. - Skala nyeri 4/10. O: - Nadi 92 kali/menit. - RR 22 kali/menit. - Pasien tampak nyaman. - Tidak tampak meringis. - Pasien mampu melakukan mobilisasi ringan. A: masalah teratasi sebagian menuju teratasi. P:

		1. Monitor nyeri. 2. Lanjutkan teknik relaksasi. 3. Kolaborasi terapi sesuai kebutuhan. 5. Evaluasi nyeri setelah tindakan.  K Fajar Aziz R
	Gangguan integritas kulit/Jaringan [SDKI D.0129]	S: • Pasien mengatakan luka lebih nyaman. • Pasien mengatakan dapat bergerak lebih leluasa. O: • Luka tampak lebih kering. • Granulasi baik. • Edema minimal. • Tidak terdapat tanda infeksi. • Open wound mengecil dibanding sebelumnya. A: masalah teratasi sebagian dengan perkembangan signifikan. P: 1. Lanjutkan perawatan luka. 2. Monitor proses epitelisasi. 3. Edukasi perawatan luka mandiri. 5. Persiapkan pasien untuk perawatan lanjutan.  6. K Fajar Aziz R

Lampiran 3 Hasil Pemantauan PSQI

Kuesioner Kualitas Tidur *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI)

1. Jam berapa biasanya mulai tidur?
2. Berapa lama anda biasanya baru bisa tertidur tiap malam?
3. Jam berapa biasanya anda bangun pagi?
4. Berapa lama anda tidur di malam hari?

5.	Seberapa sering masalah-masalah dibawah ini mengganggu tidur anda	Tidak pernah	1x semi minggu	2x seminggu	≥ 3 x seminggu
	Tidak mampu tertidur selama 30 menit sejak berbaring				
	Terbangun di tengah malam atau terlalu dini				
	Terbangun untuk ke kamar mandi				
	Tidak mampu bernafas dengan leluasa				
	Batuk atau mengorok				
	Kedingian di malam hari				
	Kepanasan di malam hari				
	Mimpi buruk				
	Terasa nyeri				
	Alasan lain....				
6.	Seberapa sering anda menggunakan obat tidur				
7.	Seberapa sering anda mengantuk ketika melakukan aktifitas di siang hari				
8.	Seberapa besar antusias anda ingin menyelesaikan masalah yang anda hadapi				
		Sangat	baik	kurang	Sangat

		baik			kurang
9.	Pertanyaan reintervensi: bagaimana kualitas tidur anda sebulan yang lalu				
	Pertanyaan postintervensi: bagaimana kualitas tidur anda selama seminggu				

Keterangan Cara Skoring

Komponen

- Kualitas subjektif → Dilihat dari pertanyaan nomor 9
 - 0 = Sangat Baik
 - 1 = Baik
 - 2 = Kurang
 - 3 = Sangat kurang
- Latensi tidur (kesulitan memulai tidur) → total skor dari pertanyaan nomor 2 dan 5a

Pertanyaan Nomor 2:

- ≤ 15 menit = 0
- 16-30 menit = 1
- 31-60 menit = 2
- > 60 menit = 3

Pertanyaan nomor 5a:

- Tidak pernah = 0
- Sekali seminggu = 1
- 2 kali seminggu = 2
- > 3 kali = 3

seminggu

Jumlahkan skor pertanyaan nomor 2 dan 5a dengan skor dibawah ini:

- Skor 0 = 0
- Skor 1 – 2 = 1
- Skor 3 – 4 = 2
- Skor 5 – 6 = 3

- Lama tidur malam → Dilihat dari pertanyaan nomor 4

- > 7 jam = 0
- 6 – 7 jam = 1
- 5 – 6 jam = 2
- < 4 jam = 3

- Efisiensi tidur → Pertanyaan nomor 1,3,4

Efisiensi tidur= jumlah lama tidur (#4) / Lama ditempat tidur(kalkulasi # 1&3) x 100%

Jika didapat hasil berikut, maka skornya:

- > 85% = 0
- 75 – 84% = 1
- 65 – 74% = 2

> 65% = 3

5. Gangguan ketika tidur malam → Pertanyaan nomor 5b sampai 5j

Nomor 5b sampai 5j dinilai dengan skor dibawah ini:

Tidak pernah = 0

Sekali seminggu = 1

2 kali seminggu = 2

> 3 kali seminggu = 3

Jumlahkan skor pertanyaan nomer 5b sampai 5j,dengan skor dibawah:

Skor 0 = 0

Skor 1 – 9 = 1

Skor 10 – 18 = 2

Skor 19 – 27 = 3

6. Menggunakan obat-obatan tidur → Pertanyaan nomor 6

Tidak pernah = 0

Sekali seminggu = 1

2 kali seminggu = 2

> kali seminggu = 3

7. Terganggunya aktivitas di siang hari → Pertanyaan nomor 7 dan 8

Pertanyaan nomer 7:

Tidak pernah = 0

Sekali seminggu = 1

2 kali seminggu = 2

> 3 kali seminggu = 3

Pertanyaan nomer 8:

Tidak antusias = 0

Kecil = 1

Sedang = 2

Besar = 3

Jumlahkan skor pertanyaan nomer 7 dan 8, dengan skor di bawah ini:

Skor 0 = 0

Skor 1 – 2 = 1

Skor 3 – 4 = 2

Skor 5 – 6 = 3

- ❖ **Jumlah akhir: Jumlahkan semua skor mulai dari komponen 1 – 7**

Kualitas Tidur Baik (≤ 5)

Kualitas Tidur Buruk (6 – 21)

Lampiran 4 Hasil Pengkajian PSQI 3 hari

Lembar Observasi *Pretest* dan *Posttest* Untuk Meningkatkan Kualitas Tidur

Pittsurgh Sleep Quality Index (PSQI)

Hari ke-	Pittsurgh Sleep Quality Index (PSQI)	
	Pasien 1 (Tn C)	Pasien 2 (Tn R)
1	16	19
2	13	14
3	6	7

Keterangan: Jumlah akhir dari semua komponen 1 sampai 7

Kualitas tidur baik : <5 poin

Kualitas tidur buruk : 6-21 poin

Lampiran 5 Standar Operasional Prosedur SEFT

Standard Operasional Prosedur

 Kemenkes Poltekkes Tasikmalaya Standar Operasional Prosedur : <i>Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)</i>	
Pengertian	Terapi dengan menggunakan gerakan sederhana yang dilakukan untuk membantu menyelesaikan permasalahan sakit fisik maupun psikis, meraih kedamaian dan kebahagiaan hidup. Rangkaian yang dilakukan adalah the set-up (menetralisir energi negatif yang ada ditubuh), the tune-in (mengarahkan pikiran pada tempat rasa sakit) dan the tapping (mengetuk ringan dengan dua ujung jari pada titik-titik tertentu ditubuh manusia).
Tujuan	1. Mempunyai Tidur 2. Mengurangi Nyeri 3. Memberikan Relaksasi
Indikasi	Klien dengan kondisi nyeri / Susah tidur yang membutuhkan kondisi rileksasi
Kontradiksi	1. Klien tidak kooperatif 2. Klien yang sulit memfokuskan pikiran 3. Klien dengan penurunan kesadaran
Persiapan Klien	1. Kontrak waktu, tempat, latihan serta kesediaan klien. 2. Jelaskan mengenai prosedur latihan terapi SEFT yang akan dilakukan.

	Atur posisi klien sesuai dengan kebutuhan dan kenyamanan klien
Fase Orientasi	- Ucapkan salam terapeutik - Perkenalkan diri pada klien - Lakukan evaluasi atau validasi - Kontrak waktu, tempat dan prosedur latihan terapi SEFT - Minta persetujuan dan kesediaan klien untuk mempraktikkan latihan terapi SEFT
Fase Kerja	- Ciptakan perasaan klien yang tenang dengan bina hubungan saling percaya. - Anjurkan klien untuk memposisikan diri duduk atau setengah duduk serta dalam keadaan rileks dan nyaman. - Setelah klien merasa rileks, peneliti melakukan intervensi latihan terapi SEFT. - Instruksikan keluarga untuk memberikan minum air putih kepada klien. - Setelah itu instruksikan klien untuk melakukan Set-Up-bertujuan untuk memastikan agar aliran energy tubuh pasien terarahkan dengan tepat. The Set-Up- terdiri dari 2 aktifitas, yang pertama adalah mengucapkan kalimat doa dengan penuh khusyu', ikhlas dan pasrah sebanyak 3 kali, yang kedua adalah sambil mengucapkan dengan penuh perasaan, instruksikan klien untuk menekan dada kiri klien. tepatnya di bagian "Sore Spot" (titik nyeri daerah di sekitar dada kiri atas yang jika ditekan terasa agak sakit) atau mengetuk dengan dua ujung jari di bagian "Karate Chop". Kalimat

	set-up untuk masalah nyeri "Ya Tuhan, meskipun luka ini terasa nyeri, saya ikhlas menerima rasa nyeri ini, dan saya pasrahkan pada-Mu, hilangnya rasa nyeri ini". (3x) - Selanjutnya, terapis melakukan Tune-in yang bertujuan untuk masakih - fisik pasien, dilakukan dengan cara merasakan nyeri yang dirasakan, lalu instruksikan klien untuk mengarahkan pikiran ke tempat rasa sakit, diiringi dengan hati dan mulut berdoa seperti Set-Up - Langkah ketiga, terapis melakukan Tapping, yaitu mengetuk ringan dengan dua ujung jari pada titik-titik tertentu di tubuh pasien sambil terus Tune-In. - Instruksikan klien untuk melakukan terapi SEFT selama 15 menit - Berikan reinforcement positif pada klien setelah mempraktikkan teknik relaksasi pernapasan diafragma
Fase terminasi	- Lakukan evaluasi respon serta perasaan setelah dilakuka latihan terapi SEFT. - Jelaskan mengenai rencana tindak lanjut. - Kontrak waktu, tempat untuk pertemuan berikutnya selanjutnya. - Salam terapeutik
Hal yang perlu diperhatikan	Dalam melaksanakan terapi SEFT pastikan klien mengikuti latihan dari awal sampai akhir dengan konsentrasi, ikhlas, kusyu dan berdoa. Pastikan keamanan dan kenyamanan serta perhatikan respon pasien selama latihan. Bina hubungan saling percaya

	dengan pasien agar dapat memaksimalkan dalam penurunan skala nyeri pasien.
Sumber	Buku SEFT karya Zainuddin. 2012

Lampiran 6 Informed Conset

Lampiran Lembar Informed Consent

Informasi Penelitian

Saya yang bertanda tangan dibawah ini mahasiswa Program Studi Pendidikan

Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya:

Nama Peneliti : K. Fajar Aziz Ramadhan

Alamat : Dusun Cicelot Rt 01\ Rw 01 No 33, Kecamatan Cisarua, Kabupaten Sumedang

Judul : **“Penerapan Teknik *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)* Terhadap Kualitas Tidur Pasien Dengan *Combustio* Derajat II Di Ruangannya Umur Bin Khatab 2 RSUD Welas Asih Kabupaten Bandung”**

Saya mahasiswa Pendidikan Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya akan melakukan studi kasus dengan judul “Penerapan Teknik *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)* Terhadap Kualitas Tidur Pasien Dengan *Combustio* Derajat IIB Di Ruangannya Umur Bin Khatab 2 RSUD Welas Asih Kabupaten Bandung”. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana pengaruh terapi *SEFT* dalam meningkatkan kualitas tidur. Manfaat penelitian ini yaitu responden akan mendapatkan wawasan mengenai penerapan terapi *SEFT* untuk meningkatkan kualitas tidur. Jika Saudara/i bersedia berpartisipasi dalam penelitian, maka peneliti akan bertanya seberapa jauh saudara/i benar dalam melakukan teknik relaksasi otot progresif. Saudara/i akan diberi edukasi dengan terapi *SEFT* dilakukan selama 20-30 menit dengan satu kali terapi perhari dan dilaksanakan selama 3 hari berturut-turut. Segala informasi yang akan digunakan sepenuhnya hanya dalam penelitian ini. Peneliti sepenuhnya akan menjaga kerahasiaan identitas saudara/i dan tidak dipublikasikan dalam bentuk apapun. Jika ada yang belum jelas, saudara/i boleh bertanya pada peneliti. Jika saudara/i sudah memahami penjelasan ini dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan saudara menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan.

Peneliti,

K. Fajar Aziz Ramadhan

Contact person : 089646700072

Lampiran 7 Persetujuan Responden

Pasien 1

Lembar Persetujuan Responden

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya:

Nama : Ida
Umur : 40 tahun
No. Whatsapp : 082118174367
Alamat : KP. Ciyambu

Saya telah membaca atau memperoleh penjelasan, sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang maksud, tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah dijawab dengan memuaskan, juga sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikutsertaannya, maka saya **Setuju/Tidak Setuju** ikut dalam penelitian ini yang berjudul : **Penerapan teknik relaksasi genggam jari dan teknik Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) terhadap kualitas tidur pasien di ruangan Ummar bin Khattab**

Saya dengan sukarela bersedia menjadi responden/subyek penelitian tersebut. Saya memahami keikutsertaan ini memberikan manfaat dan saya percaya data yang dihasilkan akan dijaga kerahasiaannya.

Bandung 10 Mei 2025

Responden



Ida

Lembar Persetujuan Responden

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya:

Nama : Cahyati
Umur : 39 tahun
No. Whatsapp : 0812 8121 9991
Alamat : Sundawerang

Saya telah membaca atau memperoleh penjelasan, sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang maksud, tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah dijawab dengan memuaskan, juga sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikutsertaannya, maka saya **Setuju/Tidak Setuju** ikut dalam penelitian ini yang berjudul : **Penerapan teknik relaksasi genggam jari dan teknik Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) terhadap kualitas tidur pasien di ruangan Ummar bin Khattab**

Saya dengan sukarela bersedia menjadi responden/subyek penelitian tersebut. Saya memahami keikutsertaan ini memberikan manfaat dan saya percaya data yang dihasilkan akan dijaga kerahasiaannya.

Bardung, 10 Mei2025

Responden



Lampiran 8 Dokumentasi

Intervensi day 1



Intervensi day 2



Intervensi day 3



Lampiran 9 Turnitin

Fajar Ramadhan

ORIGINALITY REPORT

21%
SIMILARITY INDEX

20%
INTERNET SOURCES

9%
PUBLICATIONS

7%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.stikesbcm.ac.id Internet Source	2%
2	123dok.com Internet Source	1%
3	docplayer.info Internet Source	1%
4	jurnal.unived.ac.id Internet Source	1%
5	journal.universitaspahlawan.ac.id Internet Source	1%
6	www.scribd.com Internet Source	1%
7	repository.upi.edu Internet Source	1%
8	asmanurs3.blogspot.com Internet Source	1%
9	repository.upstegal.ac.id Internet Source	<1%

Lampiran 10 Draft Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN KIA

Nama : K. Fajar Aziz R.
 NIM : P.20620625051
 Judul KIA : Penerapan Teknik Spiritual Emotional
 Freedom Technique (SEFT) pada Combustio derajat II B

Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan	Tanda Tangan Pembimbing
05-03/2026	Pengajuan Judul KIAN	Ubah dari skala nyeri kepada kualitas tidur	
17-04/2026	BAB I	Perbaiki teknis Penulisan lanjut bab II	
18-04/2026	BAB II	Tambahkan Pengkaylah Acc BAB II lanjut BAB III	
11-04/2026	BAB III	Deskripsi secara Singkat jangan terlalu banyak Acc BAB III lanjut BAB IV	

13-06/ 2026	BAB IV	ACC BAB IV	Ly
12-06/ 2026	BAB V	ACC BAB V	Ly
14-06/ 2026	Full paper	perbaiki penulisan lihat panduan	Ly
15-06/ 2026	Revisi before sidang	perbaiki penulisan lihat panduan	Ly

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : K. Fajar Aziz Ramadhan

Tempat Tanggal Lahir : Sumedang, 09 November 2003

Riwayat Pendidikan : 1. TK Warga Mekar : 2008-2009
2. SDN 1 Ciuyah : 2009-2015
3. SMPN 1 Ciuyah : 2015-2018
4. SMAN 1 Cimalaka : 2018-2021
5. Universitas Pendidikan Indonesia : 2021-2024
6. Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya : 2024 – sekarang

Pengalaman Organisasi :

1. Bhuanawarman – Koordinator Administrasi
2. PPSTA – Ketua Umum
3. Adiwira Aryasatya 21 – Ketua Angkatan
4. Himaners 2021/2022 – Kepala Komisi II Administrasi
5. Himaners 2023/2024 – Wakil Ketua
6. Koalisi Mahasiswa Sumedang – Kepala Komisi PSDM
7. ILNIKEP – Koordinator Hubungan Antar Bidang