

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi

Luka bakar adalah luka yang dapat terjadi pada siapa saja. Ini dapat terjadi karena panas gesekan, radiasi, bahan kimia, atau listrik, tetapi sebagian besar luka bakar terjadi karena panas dari cairan panas, padatan, atau api (Safrani, 2017). Luka bakar adalah jenis cedera yang merusak dan mengubah berbagai sistem tubuh karena panas (api, cairan panas, uap panas), radiasi, listrik, dan bahan kimia. (Anggowarsito, 2014).

2. Etiologi

Luka bakar adalah jenis cedera yang memerlukan perawatan khusus karena memiliki tingkat kesakitan dan kematian yang tinggi. Berikut ini adalah beberapa penyebab luka bakar (Hardisman, 2016) :

a. Scald Burns

Cedera yang disebabkan oleh uap air panas sering terjadi di lingkungan umum. Air pada suhu 690°C dapat menyebabkan luka bakar sebagian hanya dalam 3 detik.

b. Flame Burns

Kebakaran yang disebabkan oleh rokok, penyalahgunaan cairan yang mudah terbakar.

c. Contact Burns

Luka bakar akibat logam panas, plastik, gelas dan kayu.

d. *Flash Burns*

Disebabkan oleh ledakan alam seperti butana, propana, minyak sulingan, dan cairan yang mudah terbakar.

e. *Electrical Burns*

Luka bakar akibat benda bermuatan listrik bertegangan tinggi.

3. **Patofisiologi**

Paparan panas pada kulit merusak kapiler kulit dan meningkatkan permeabilitas. Peningkatan permeabilitas menyebabkan edema pada jaringan dan penurunan cairan yang masuk ke dalam vaskular. Luka bakar dapat menyebabkan dehidrasi mengakibatkan luka bakar derajat satu yang berlebihan, penumpukan cairan dalam gelembung jika terjadi luka bakar derajat dua, dan koreng untuk luka bakar tingkat tiga. Jika area luka bakar kurang dari dua puluh persen biasanya dikompensasi dengan keseimbangan cairan tubuh, tetapi jika lebih dari 20 %, ada kemungkinan syok hipovolemik dengan gejala seperti gelisah, pucat, dan kedinginan., kelemahan dan kecapatan. Denyut nadi dan menurunkan tekanan darah dan keluaran urin. Perubahan patofisiologi akibat luka bakar parah pada awal fase luka bakar syok meliputi hipoperfusi dari jaringan ke jaringan dan gangguan fungsi organ yang berkurang karena penurunan curah jantung, periode hiperaktif dan peningkatan metabolisme. Ketidakstabilan hemodinamik yang disebabkan oleh hilangnya integritas kapiler dan perpindahan cairan, natrium, dan protein dari ruang intervaskular ke ruang

interstisial adalah kejadian sistemik awal setelah luka bakar berat (Anggowarsito, 2014).

Terjadinya nyeri melibatkan reseptor dengan adanya rangsangan. Nosiseptor yang disebutkan adalah reseptor nyeri, yaitu ujung saraf dengan sedikit atau tanpa myelin, tersebar di seluruh kulit dan selaput lendir, terutama pada persendian dan dinding arteri. Reseptor nyeri dapat merespons rangsangan. Dorongan ini dapat mencakup bahan kimia sama seperti bradynine, histamine, prostaglandin, dan berbagai jenis asam yang dilepaskan ketika jaringan rusak karena kekurangan oksigen. Rangsangan lain mungkin bersifat termal, listrik, atau mekanis. (Luz Yolanda Toro Suarez. 2015b).

Lamanya waktu jaringan terkena sumber panas mengidentifikasi luas dan dalamnya luka bakar. Semakin lama kontak langsung berlangsung, lebih luas kedalaman jaringannya. (Rahayuningsih, 2017):

a. Luka Bakar Derajat I atau Luka Bakar Ringan

Ditandai dengan luka bakar superfisial dengan kerusakan pada epidermis. Disertai kulit melepuh, kemerahan, sedikit bengkak, nyeri namun kulit tidak terkelupas karena melepuh, tidak ada gelembung, nyeri karena rangsangan ujung saraf sensorik.

b. Luka Bakar Derajat II

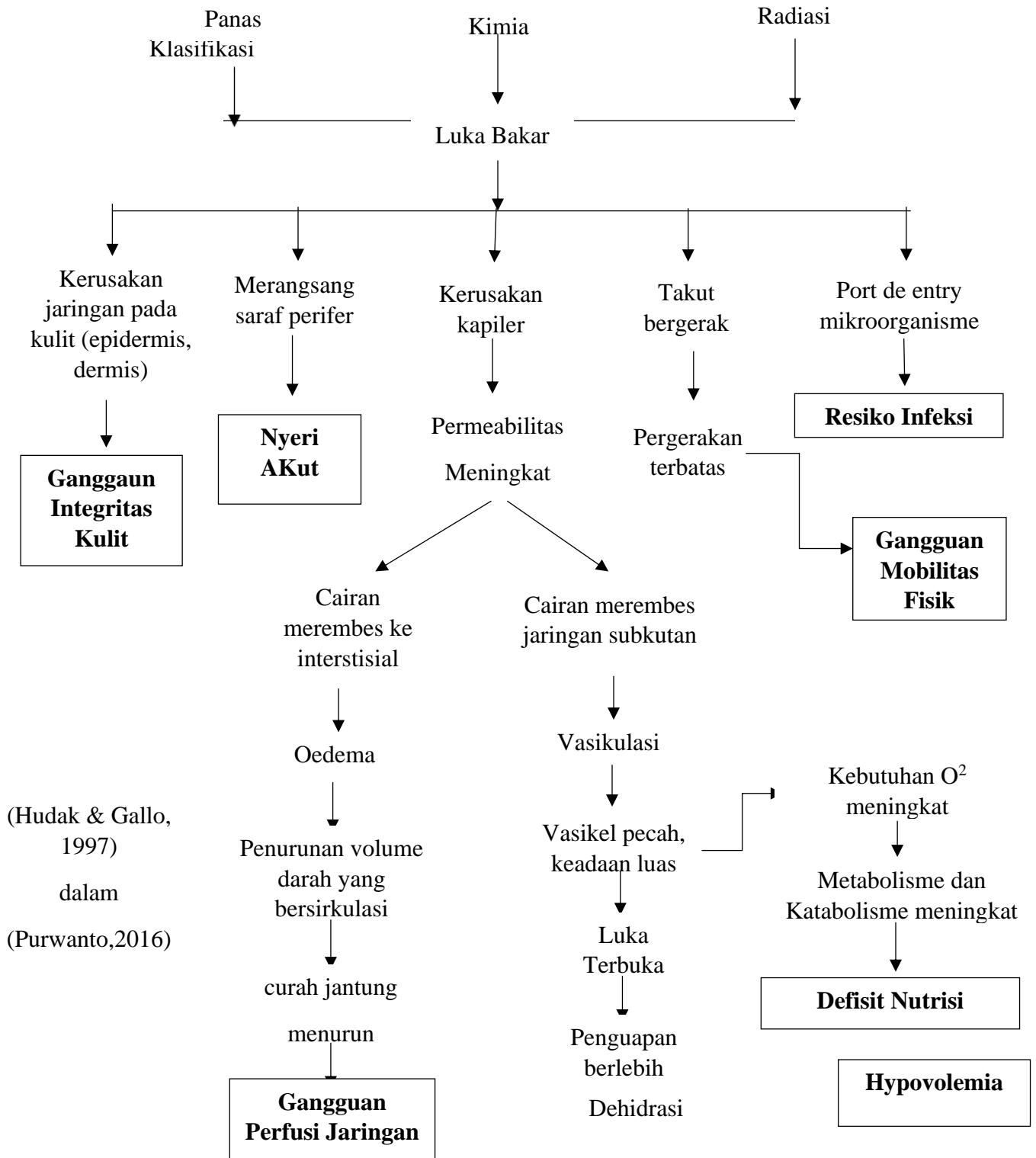
Terjadi pada dermis dan epidermis sebagian, sebagai reaksi inflamasi cepat yang diikuti oleh proses eksudatif. Gejala-gejalanya

berupa kemerahan, melepuh, dan bengkak yang tidak hilang setelah beberapa hari dan menyebabkan kulit menjadi sakit, merah, dan basah.

c. Luka Bakar Derajat III

Terjadi pada seluruh ketebalan kulit, pada seluruh organ sekunder kulit, dan kulit tidak mampu lagi beregenerasi secara regenerasi dan biasanya bermanifestasi sebagai area putih yang nyeri, kulit memar, sedikit nyeri akibat ujung saraf yang rusak dan biasanya tidak melepuh.

4. Pathway



Tabel 2.1 Pathway anemia (Nurarif & Kusuma, 2015)

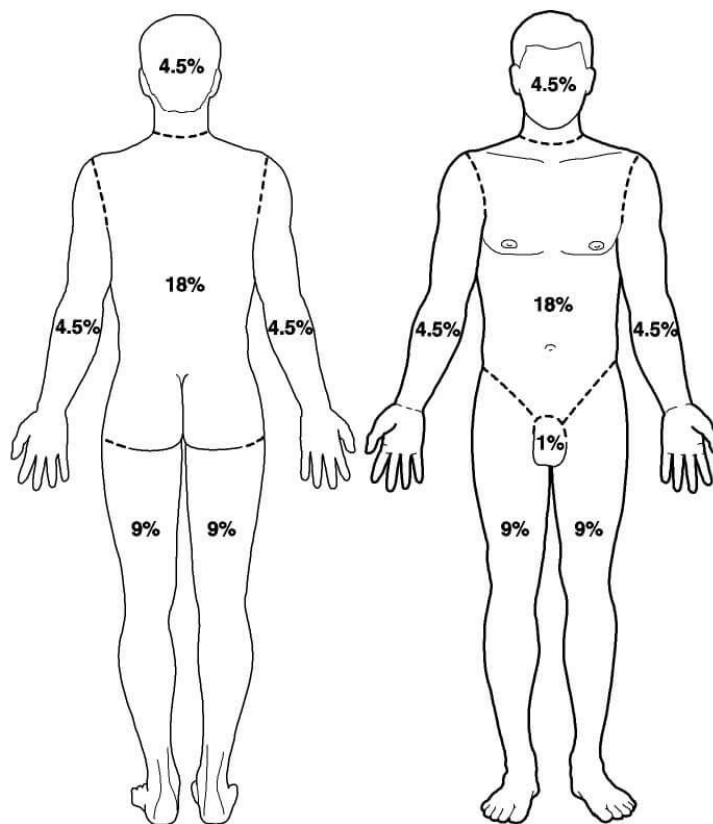


5. Perhitungan Luka Bakar

Beberapa metode luas luka bakar sebagai berikut :

a. Rumus Sembilan (*Rule Of Nines*)

Rumus sembilan adalah metode untuk menemukan luas terbakar yang tepat. Sistem ini menggunakan persentase kelipatan 9 pada luas permukaan tubuh yang besar.

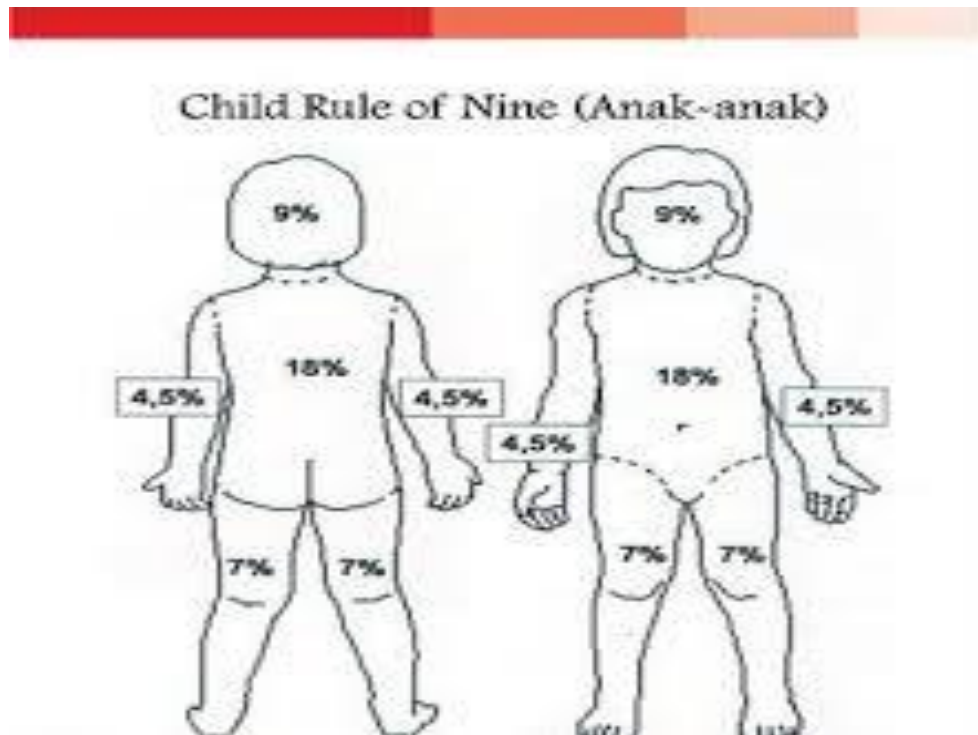


Gambar 2.1 *Numeric Rating Scale* Pada Orang Dewasa

Wallace (2017), menggabungkan dengan kelipatan 9 yang biasa disebut dengan *Rule Of Nines* atau *Rule Of Wallace*, sebagai berikut:

- 1) Kepala dan leher : 9%
- 2) Lengan masing-masing 9% : 18%

- 3) Badan depan 18%, badan belakang 18% : 36%
- 4) Tungkai masing-masing 18% : 36%
- 5) Genetalia : 1%



Gambar 2.2 *Numeric Rating Scale* Pada anak

Wallace (2017), membagi atas kelipatan 9 yang dikenal dengan

Rule Of Wallace atau *Rule Of Nines* :

- 1) Kepala dan leher : 18%
- 2) Lengan masing-masing 9% : 18%
- 3) Badan depan dan belakang 18% : 36%
- 4) Tungkai masing-masing 7% : 28%

6. Faktor Resiko

Faktor resiko menurut WHO (2018) sebagai berikut:

a. Jenis kelamin

Data menunjukkan bahwa perempuan mengalami angka kematian akibat luka bakar yang lebih tinggi daripada laki-laki dengan angka kematian yang terkait dengan luka bakar yang rendah. Risiko luka bakar pada wanita lebih tinggi akibat memasak dengan api besar.

b. Usia

Anak-anak sangat rawan terbakar karena merupakan penyebab umum cedera yang tidak fatal. Luka bakar terjadi karena kurangnya pengawasan orang dewasa yang tidak tepat.

c. Faktor Sosial Ekonomi

Masyarakat berpendapatan rendah memiliki risiko lebih tinggi terkena luka bakar dibandingkan masyarakat berpendapatan tinggi. Namun, di semua negara, risiko kebakaran berkaitan dengan status sosial ekonomi serta faktor-faktor lain seperti pekerjaan yang meningkatkan paparan terhadap api, kepadatan penduduk, bahan kimia dan listrik.

7. Komplikasi

Menurut Tamahaya (2014) komplikasi yang terkait dengan luka bakar seperti berikut:

a. Gagal jantung

- b. Sindrom kompartemen, stabilitas kapiler dipulihkan, luka bakar syok akan hilang dan Setelah cairan kembali ke pembuluh darah, volume darah akan meningkat.
- c. Dibandingkan dengan Sindrom gangguan pernapasan pada orang dewasa. Kegagalan pernapasan terjadi ketika Pertukaran gas dan ventilasi berbahaya.
- d. Syok difusi adalah sebagai akibat dari kelebihan cairan atau hipovolemia akibat resusitasi cairan yang memadai.
- e. Pada gagal ginjal akut keluaran urin yang tidak mencukupi, terutama hemoglobin atau mioglobin, terdeteksi dalam urin.

8. Penatalaksanaan

Menurut Maqqasary (2014) sebagai berikut:

Prioritas utama pasien luka bakar adalah mempertahankan jalan napas terbuka, memberikan ventilasi yang efisien yang mendukung sirkulasi sistemik. Pasien yang mengalami luka bakar menerima intubasi. parah atau dugaan cedera aspirasi, edema akibat luka bakar, atau pasien yang mengalami resusitasi berlebihan. Adanya tanda-tanda hipovolemia sistemik pada pasien luka bakar atau hipotensi yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya meningkatkan kecurigaan tentang adanya trauma. Jadi, setelah menjaga jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi.

Selanjutnya, diagnosis dan mengobati cedera lainnya seperti luka tusukan atau luka tumpul yang mengancam jiwa. Riwayat trauma sangat membantu dalam menemukan lokasi trauma yang berhubungan dan

kemungkinan dengan aspirasi. Informasi tentang riwayat kesehatan, obat-obatan, dan alergi penting selama evaluasi awal. Pemeriksaan rontgen pada leher, panggul, dan dada dapat membantu menilai kemungkinan adanya trauma tumpul. Terlepas dari luasnya area cedera, ada dua hal yang harus dipertimbangkan sebelum memindahkan pasien menjaga ventilasi yang memadai.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan hal terpenting dalam tahap primer cara pemberian asuhan keperawatan yang paling umum, semua informasi yang diperoleh sengaja dikumpulkan untuk memastikan status sosial. Evaluasi harus dilakukan secara menarik terhadap perspektif organik, spiritual, sosial, dan lainnya. (Raharjo,2018).

Berikut pengkajian pada klien dengan Combustio Grade II, sebagai berikut:

a. Data Pribadi

Termasuk nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal MRS, dan informasi lainnya jika pengkajian sedang dilakukan.

b. Keluhan Utama

Nyeri dan sesak nafas adalah masalah yang dirasakan pasien yang mengalami luka bakar (combustio). Iritasi saraf dapat menyebabkan nyeri. Dalam melakukan pengkajian nyeri, hal-hal seperti palliative

(penyebab), quality (kualitas), radiates (penyebaran), severity (keparahan), dan time (waktu) harus diperhatikan.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Gambaran keadaan klien dari awal luka bakar hingga penyebab tambahan, seperti kontak langsung, pertolongan pertama yang diberikan, dan keluhan klien selama perawatan selama pemeriksaan.

d. Riwayat Penyakit Masalalu

Merupakan riwayat penyakit klien sebelum luka bakar. Klien dengan riwayat penyakit seperti diabetes mellitus, hipertensi, paru-paru, dan penyalahgunaan obat atau alkohol memiliki risiko kematian yang lebih tinggi.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Adalah Keadaan kesehatan keluarga dan penyakit yang terkait dengan kesehatan klien termasuk jumlah anggota keluarga, kebiasaan mencari pertolongan, dan tanggapan keluarga terhadap masalah kesehatan dan penyakit yang disebabkan oleh penyakit tersebut.

f. Pola Fungsional

1) Pola ADL

Masalah bagi klien, penurunan kekuatan, dan keterbatasan rentan gerak pada araea yang sakit disebabkan oleh perubahan pola dalam rutinitas sehari-hari klien baik di rumah maupun di rumah sakit.

2) Pola Eliminasi

Terjadi penurunan jumlah urine/ diuresis (setelah kebocoran kapiler dan mobilisasi cairan kesirkulasi), penurunan atau tidak ada bising usus, terutama pada luka bakar kutaneus lebih dari 20%.

3) Pola Nutrisi Matabolik

Apakah terjadi anoreksia, mual muntah.

4) Pola Istirahat dan Tidur

5) Pola Konsep Diri

Pada klien yang mengalami luka bakar, konsep diri yang disebabkan oleh fungsi kulit mereka sering muncul, dan luka bakar yang memerlukan perawatan sering mengganggu aktivitas mereka, menyebabkan stres, kecemasan, dan ketakutan.

g. Pemeriksaan Fisik

Menurut Doanges (2015) pengkajian yang dilakukan pada klien yang mengalami *combustio*, sebagai berikut:

1) Aktivitas/Istirahat

Tanda : penurunanan kekutan, tahan, rentan gerak yang terbatas, area yang sakit, gangguan massa otot, dan perubahan tonus.

2) Sirkulasi

Tanda: cedera luka bakar termasuk lebih dari 20% APTT, hipotensi (syok), vasokonstriksi perifer yang umum dengan kehilangan nadi, kulit putih dan dingin (syok listrik), takikardi (syok/ansietas/nyeri), disritmia (syok listrik), dan pembentukan oedema jaringan (semua luka bakar).

3) Integritas Ego

Gejala : masalah keluarga, pekerjaan, finansial, dan kecacatan.

Tanda : takut, menangis, tergantung, menolak, menarik diri, dan marah

4) Eliminasi

Tanda : Selama fase darurat, haluaran urine menurun atau tak ada, dan myoglobin mungkin berwarna hitam kemerahan, menunjukkan kerusakan otot dalam. Diuresis, yang terjadi setelah kebocoran kapiler dan mobilisasi cairan pada kedalaman luka bakar kutaneus yang lebih besar dari 20%, juga menunjukkan penurunan motilitas/paristaltik gastrik yang disebabkan oleh stress.

5) Makanan/Cairan

Tanda : edema jaringan umum, penurunan berat badan, dan muntah.

6) Neurosensori

Tanda : Perubahan orientasi, efek, perilaku, penurunan reflex tendon dalam (RTD) pada cedera ekstremitas, aktivitas kejang (syok listrik), laserasi korneal, kerusakan retinal, penurunan ketajaman penglihatan (syok listrik), pecah membran timpanik (syok listrik), paralisis (syok listrik pada aliran saraf)

Gejala : area batas, kesemutan.

7) Nyeri/Kenyamanan

Gejala : Jenis nyeri yang berbeda, luka bakar derajat pertama sensitif secara eksteren untuk disentuh, ditekan, gerakan udara, dan perubahan suhu; luka bakar ketebalan sedang derajat dua sangat nyeri, sementara respons terhadap luka bakar derajat kedua bergantung pada integritas ujung saraf; dan luka bakar derajat tiga tidak nyeri.

8) Pernafasan

Gejala : terperangkap lama dalam ruang tertutup, berpotensi mengalami cedera inhalasi.

Tanda : Adanya luka bakar di lingkaran dada, jalan nafas (stridor atau mengi), bunyi nafas, gemericik (oedema paru), stridor (oedema laryngeal), sekret jalan nafas dalam (ronkhi), dan ketidakmampuan menelan sekresi oral dan sianosis adalah beberapa indikasi cedera inhalasi pengembangan thorak.

9) Keamanan

Tanda :

Keadaan umum : Kerusakan yang dalam tidak terlihat selama 3 sampai 5 hari karena trombosis mikrovaskuler pada beberapa luka. Kulit yang tidak terbakar mungkin terasa dingin/lembab dan pucat dengan pengisian kapiler yang lambat ketika curah jantung berkurang akibat dehidrasi/syok.

Cidera api : Terdapat kerusakan area campuran yang berhubungan dengan perubahan intensitas panas akibat terbakarnya bekuan darah, terbakarnya bulu hidung, kekeringan pada mukosa hidung dan mulut, lepuh merah pada dinding faring posterior, edema pada mulut dan/atau cincin hidung.

Cidera kimia : tampaknya bervariasi tergantung pada patogen. Kulitnya mungkin berwarna coklat keemasan dan memiliki tekstur halus seperti cokelat, dengan lepuh, bisul, nekrosis, atau jaringan parut yang tebal. Luka seringkali lebih dalam dibandingkan luka yang terjadi melalui kulit, dan kerusakan jaringan dapat bertahan hingga 72 jam setelah cedera.

Cidera listrik : Lesi kulit luar biasanya tidak terlalu nekrotik. Pola luka yang berubah mungkin termasuk luka masuk/keluar (meledak), luka bakar akibat gerakan aliran tubuh tertutup, dan luka bakar akibat panas yang berhubungan dengan pakaian panas.

Patah tulang/robek (jatuh, kecelakaan sepeda motor, kontraksi otot akibat sengatan listrik).

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa yang mungkin muncul pada pasien luka bakar sebagai berikut :

- a. Nyeri akut b.d agen pcedera fisik (luka bakar)
- b. Hypovolemia b.d evaporasi
- c. Resiko infeksi b.d ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer
- d. Resiko gangguan integritas kulit/jaringan b.d faktor mekanis
- e. Perfusi perifer tidak efektif b.d kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat
- f. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri
- g. Defisit nutrisi b.d faktor psikologis (keenganan untuk makan)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah kegiatan keperawatan yang melibatkan, meletakkan pusat pelanggan, menetapkan hasil yang dicapai, dan pilihan kegiatan keperawatan untuk mencapai tujuan (Potter & Perry,2017). Rencana keperawatan adalah referensi tertulis yang terdiri dari berbagai intervensi untuk memenuhi kebutuhan dasar klien terpenuhi (Dermawan, 2017). Tujuan intervensi keperawatan untuk menghilangkan, mengurangi dan mencegah masalah yang berhubungan dengan perawatan pasien.

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
|----|--|--|---|
| 1. | Nyeri akut b.d agen pcedera fisik (luka bakar) | <p>Tingkat nyeri (L. 08066) Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri dari skala 1 ke skala 5 2. Meringis dari skala 1 ke skala 5 3. Sikap protektif dari skala 1 ke skala 5 4. Gelisah dari skala 1 ke skala 5 5. Kesulitan tidur dari skala 1 ke skala 5 6. Frekuensi nadi dari skala 1 ke skala 5 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan/menurun 2. Cukup meningkat/cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup menurun/meningkat 5. Menurun/membaik | <p>1. Manajemen nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.6 Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin terapi bermain dan teknik relaksasi nafas dalam) 1.7 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan kebisingan) 1.8 Fasilitias tempat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.9 Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.10 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 1.11 Ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.12 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu |
| 1. | Hypovolemia b.d evaporasi | <p>Status cairan (L. 03028)</p> <p>Observasi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil :</p> | <p>(Manajemen Hipovolemia (I. 03116)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Periksa tanda dan gejala hypovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun) |

| | | | |
|----|--|---|---|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi dari skala 1 ke skala 5 2. Turgor kulit dari skala 1 ke skala 5 3. Output urine dari skala 1 ke skala 5 4. Otopnea dari skala 1 ke skala 5 5. Disonea dari skala 1 ke skala 5 6. Frekuensi nadi dari skala 1 ke skala 5 7. Tekanan darah dari skala 1 ke skala 5 8. Membrane mukosa dari skala 1 ke skala 5 <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat/menurun 2. Cukup meningkat/cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup menurun/cukup membaik 5. Menurun/membaik | <ol style="list-style-type: none"> 1.2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3. Hitung kebutuhan cairan 1.4. Berikan asupan cairan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.6. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (NaCl, RL) 1.7. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) |
| 2. | Resiko infeksi b.d ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer | <p>Tingkat infeksi (L. 14137)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam dari skala 1 ke skala 5 2. Kemerahan dari skala 1 ke skala 5 3. Nyeri dari skala 1 ke skala 5 4. Bengkak dari skala 1 ke skala 5 5. Kadar sel darah putih dari skala 1 ke skala 5 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat/ menurun 2. Cukup meningkat/cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup menurun/cukup membaik 5. Menurun / membaik | <p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.2. Batasi jumlah pengunjung 3.3. Berikan perawatan kulit pada area edema 3.4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 3.6. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 3.7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 3.8. Anjurkan cara meningkatkan asupan nutrisi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.9. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu |
| 3. | Gangguan integritas kulit/jaringan | <p>Integritas kulit dan jaringan (I. 14125)</p> <p>Setelah dilakukam tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam</p> | <p>Perawatan integritas kulit (I. 11353)</p> <p>Observasi</p> |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | b.d faktor mekanis | <p>diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan dari skala 1 ke skala 5 2. Kerusakan lapisan kulit dari skala 1 ke skala 5 3. Kemerahan dari skala 1 ke skala 5 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat / menurun 2. Cukup meningkat / cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup menurun / cukup membaik 5. Membaik / menurun | <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit 4.2 Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 4.3 Bersihkan perineal dengan air hangat 4.4 Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive 4.5 Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering 4.6 Anjurkan minum air yang cukup 4.7 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4.8 Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayuran |
| 4. | Resiko perfusi perifer tidak efektif b.d kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat | <p>Perfusi perifer (L. 02011) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer dari skala 1 ke skala 5 2. Warna kulit dari skala 1 ke skala 5 3. Akral dari skala 1 ke skala 5 4. Turgor kulit dari skala 1 ke skala 5 <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun / meningkat 2. Cukup meningkat / cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik/cukup menurun 5. Menurun/membaik | <p>Pencegahan syok (I. 02068)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Monitor kardiopulmonal 5.2. Monitor status oksigenasi 5.3. Monitor status cairan 5.4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5.5. Periksa riwayat alergi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.6. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94% 5.7. Pasang IV, jika perlu 5.8. Pasang kateter urine untuk menilai produk urine, jika perlu 5.9. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.10. Jelaskan penyebab/faktor resiko syok 5.11. Jelaskan tanda dan gejala awal syok 5.12. Anjurkan melaporkan jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok 5.13. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.14. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu |
| 5. | Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri | <p>Mobilitas fisik (L. 05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik</p> | <p>Dukungan mobilisasi (I. 05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | <p>meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas dari skala 1 ke skala 5 2. Kekutan otot dari skala 1 ke skala 5 3. Rentang gerak (ROM) dari skala 1 ke skala 5 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun/meningkat 2. Cukup menurun/ cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun/cukup membaik 5. Meningkatkan/membaik | <ol style="list-style-type: none"> 6.2. Identifikasi fisik melakukan pergerakan 6.3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi 6.4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6.6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.7. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 6.8. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur) |
| 6. | Defisit nutrisi b.d faktor psikologis (keengganan untuk makan) | <p>Status nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dari skala 1 ke skala 5 2. Berat badan dari skala 1 ke skala 5 3. Indeks massa tubuh (IMT) dari skala 1 ke skala 5 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun/meningkat 2. Cukup menurun/ cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup meningkat/cukup membaik 5. Membaik/menurun | <p>Manajemen nutrisi (I. 03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Identifikasi status nutrisi 7.2 Identifikasi intoleransi makanan 7.3 Dan alergi 7.4 Monitor asupan makanan 7.5 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.6 lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 7.7 Fasilitasi menentukan pedoman diet (piramida makanan) 7.7 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.8 Anjurkan posisi duduk, jika mampu <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.9 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, jika perlu 7.10 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu |

4. Konsep Terapi Relaksasi Nafas Dalam

1) Pengertian

Berdasarkan tujuh diagnose keperawatan di intervensi yang akan diselesaikan yaitu masalah diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka bakar). Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringang aktual atau fungsional. Dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017). Salah satu penatalaksanaan pada pasien *combustio* derajat II dengan nyeri akut dilakukan dengan pemberian relaksasi nafas dalam (Maqqasary,2014).

2) Tujuan Tindakan

Untuk meminimalkan gejala dan tanda ketidaknyamanan seperti nyeri, ketegangan otot, atau kecemasan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI,2018).

3) Indikasi

- a. Klien yang mengalami stress
- b. Klien yang mengalami nyeri akut ringan hingga sedang karena luka bakar
- c. Klien dengan kecemasan
- d. Klien dengan masalah tidur

4) Kontraindikasi

- a. Tidak mengeluh nyeri
- b. Tidak meringis
- c. Tidak protektif
- d. Tidak gelisah
- e. Kesulitan tidur menurun
- f. Frekuensi nadi membaik
- g. Melaporkan nyeri terkontrol
- h. Meningkatkan kemampuan untuk mengidentifikasi gejala nyeri
- i. Meningkatkan kemampuan untuk mengidentifikasi sumber nyeri
- j. Peningkatan kemampuan untuk menggunakan metode non-farmakologis (Deswani,2011)

5. Literatur jurnal

- a. Teknik relaksasi nafas dalam digunakan selama terapi latihan pasif untuk mengurangi intensitas nyeri pasien luka bakar derajat II di RSUP Sanglah Denpasar. Peneliti menggunakan metode desain kontrol grup kontrol pre-test dan post-test randomized. Hasil menunjukkan bahwa teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan nyeri pada luka bakar derajat II. Dengan nilai t sebesar 34,51, nilai rata-rata sebesar 50,33, dan nilai p sebesar 0,00 ($p < 0,05$), teknik relaksasi nafas dalam dan terapi latihan pasif menunjukkan H_0 ditolak. Artinya, teknik relaksasi nafas dalam dan terapi latihan pasif dapat menurunkan nyeri pada luka bakar derajat II. (Aryani, 2015)

- b. Tujuan penelitian ini adalah untuk menunjukkan apakah relaksasi nafas dalam dan terapi musik dibandingkan dengan relaksasi nafas dalam dan dzikir terhadap skala nyeri dan tingkat kecemasan pada pasien luka bakar yang menerima perawatan luka di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menunjukkan apakah ada perbandingan antara relaksasi nafas dalam dan terapi musik dengan relaksasi nafas dalam dan dzikir (Muliatin, 2016).
- c. Asuhan keperawatan pada pasien luka bakar dengan terapi relaksasi nafas dalam di RSUP Sanglah Denpasar. Peneliti mengidentifikasi strategi keperawatan untuk mengelola nyeri akut, termasuk observasi, terapi, pengajaran, dan kolaborasi dengan pasien luka bakar, metode penelitian menggunakan studi kasus pada saat praktik di RSUP Sanglah Denpasar. Hasil evaluasi dari peneliti yang telah melakukan terapi relaksasi nafas dalam meningkatkan tingkat nyeri dari skala lima ke skala nyeri dua pada pasien (Moojen, 2021).
- d. Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan asuhan keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri pada pasien luka bakar di IRNA RSUP Dr. Djamil Padang. Peneliti menggunakan desain deskriptif yang menggunakan metodologi studi kasus. Hasil penelitian ini ditemukan pasien mengalami keluhan nyeri pada daerah luka bakar rencana dan tindakan keperawatan menggunakan terapi dengan teknik relaksasi nafas dalam dan didapatkan bahwa terapi dengan relaksasi nafas

dalam mengatasi nyeri dengan pembuktian nyeri dari skala 7 menjadi skala 4 pada pasien (Sari,2018).

- e. Asuhan keperawatan pasien luka bakar grade II di RSUD Kanjuruhan, peneliti menggunakan desain penelitian dengan metode studi kasus yang digunakan untuk mengetahui masalah asuhan keperawatan pasien luka bakar hasil penelitian didapatkan dimana pasien setelah terapi relaksasi nafas, nyeri mereka berkurang dan pasien diperbolehkan untuk pulang dengan perawatan luka secara mandiri dan terkontrol rutin (Ananda, 2022).

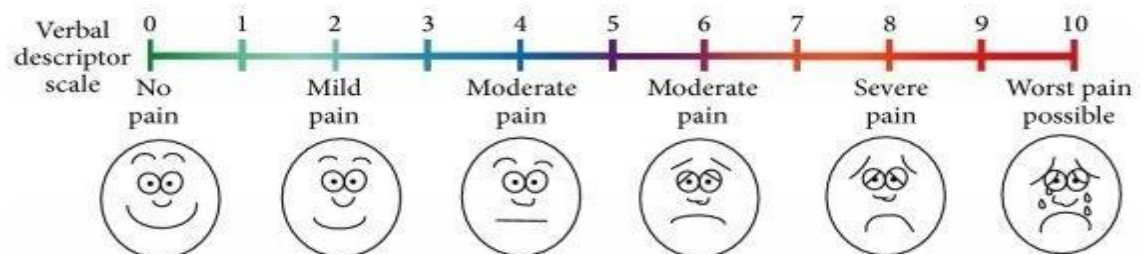
6. Indikator Pengukuran

Numeric Rating Scale (NRS) ialah alat ukur menilai tingkat nyeri pasien berdasarkan subjektivitas pasien. Dengan cara meminta pasien untuk mengevaluasi rasa nyeri yang diukur dengan skala intensitas nyeri dari 0-10 hingga 0-100, di mana 10 atau 100 menunjukkan "nyeri server" atau nyeri parah. Menurut skala nyeri, nyeri diklasifikasikan sebagai berikut: 0 menunjukkan tidak nyeri; 1-3 menunjukkan nyeri sedang; dan 7-10 menunjukkan nyeri berat (Potter & Perry,2017).

Menurut skala nyeri dikategorikan sebagai berikut :

- a. Skala 1-3 nyeri sedang, klien dapat berkomunikasi dengan baik, nyeri hanya sedikit dirasakan
- b. Pada skala nyeri sedang 4-6, klien secara objektif mendesis, menyeringai dengan menunjukkan lokasi nyeri, dapat menceritakan

- rasa sakitnya, dan dapat mengikuti instruksi. Nyeri masih dapat dikurangi dengan mengubah posisi.
- c. Pada skala 7–9, klien tidak dapat mengikuti perintah, tetapi dapat menunjukkan lokasi nyeri yang tidak dapat dikurangi dengan mengubah posisi.
 - d. Skala 10 nyeri sangat berat, pasien tidak dapat berkomunikasi dengan terapi.



7. Impelmentasi

Impelementasi adalah tindakan berdasarkan suatu perencanaan. Kegiatan perawatan ini dibagi menjadi 2 yakni tindakan mandiri (otonom) kolaboratif. Tindakan mandiri yaitu kegiatan yang dihasilkan dari keputusan yang dibuat bersama dengan orang-orang dalam bidang lain (Tarwoto & Wartonah, 2015).

8. Evaluasi

Evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan merencanakan kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan klien dan tenaga kesehatan lainnya secara konsisten. Perbandingan SOAP dengan tujuan, kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya, dan tindakan

keperawatan yang telah dilakukan dapat membantu menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau apakah masalah telah teratasi, teratasi sebagian, tidak teratasi, atau bahkan muncul masalah keperawatan baru. (Dinarti & Yuli Mulyanti,2017).