

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Combustio

2.1.1 Definisi Combustio

Combustio atau luka bakar adalah kondisi dimana kulit mengalami kerusakan karena terkena panas yang berlebihan atau bahan kimia (Pardina & Setyowatie, 2020). *Combustio* adalah hilang atau rusaknya kulit maupun jaringan yang disebabkan karena kontak kulit dengan sumber panas misalnya kobaran api (*flame*), jilatan api (*flash*), air yang sangat panas (*scald*), sengatan listrik, senyawa kimia dan sengatan sinar matahari (*sunburn*) (Ekasari, 2020).

2.1.2 Epidemiologi Combustio

Kejadian luka bakar di Asia mencapai 501-1000 orang pertahunnya dengan mayoritas berjenis kelamin laki-laki dan mayoritas adalah orang dewasa (Opriessnig et al., 2023). Pada tahun 2018 prevalensi luka bakar di Indonesia mencapai 1,3% terutama di Jawa Timur kejadian luka bakar mencapai 1,1 % yang mayoritas terjadi pada masyarakat dengan kelompok umur 25-34 tahun (Riskesdas Kementerian Kesehatan RI, 2018). Lansia juga menjadi kelompok masyarakat yang rentan mengalami luka bakar (Wu et al., 2023). Kejadian luka bakar di Rumah Sakit Saiful Anwar Kota Malang mencapai 177 kasus dengan angka mortalitas sebanyak 13% pada tahun 2018 dan meningkat pada tahun 2019 yang mencapai angka 19% (Pardina & Setyowatie, 2020). Menurut ABA (2016) kejadian luka bakar yang mendapatkan penanganan medis baik di rumah sakit, klinik ataupun pusat kesehatan masyarakat mencapai angka 486.000 orang yang disebabkan karena kebakaran, kecelakaan kendaraan, kontak dengan benda panas, kontak dengan aliran listrik dan terkena bahan kimia berbahaya.

2.1.3 Etiologi Combustio

Penyebab *Combustio* atau luka bakar antara lain seperti terkena api, cipratan air panas, tersengat listrik, bahan kimia maupun kontak dengan sumber panas secara langsung (Kemenkes RI, 2020). Menurut Wu et al. (2023) penyebab luka bakar antara lain.

a. *Scald Burns*

Menjadi luka bakar yang umum terjadi di masyarakat yang disebabkan oleh terkena uap panas.

b. *Flame Burns*

Luka bakar yang terjadi karena kebakaran rumah, kebakaran yang berhubungan dengan merokok atau penyalahgunaan cairan yang mudah terbakar.

c. *Flash Burns*

Luka bakar karena ledakan gas alam, propana, butana ataupun alkohol.

d. *Contact Burns*

Luka bakar karena kontak langsung dari sumber panas misalnya logam panas, oven, setrika atau bara kayu.

e. *Chemical Burns*

Luka bakar karena iritasi zat kimia yang bersifat asam atau basa yang kuat.

f. *Electrical Burns*

Luka bakar yang disebabkan oleh benda-benda yang dialiri arus listrik.

2.1.4 Klasifikasi Combustio

Klasifikasi luka bakar merupakan cara dalam menggolongkan luka bakar menurut derajat dan kedalaman luka bakar yang bertujuan untuk menentukan pengobatan yang sesuai dan tepat untuk pasien. Menurut Saputra (2023), kedalaman luka bakar antara lain.

a. Luka Bakar Epidermal

Luka bakar yang mengenai lapisan epidermis kulit. Penyebab tersering karena sengatan sinar matahari atau karena percikan api ringan.

b. Luka Bakar Dermal-Superfisial

Luka bakar yang mengenai lapisan epidermis dan dermis yang biasanya ditandai dengan adanya lepuhan (blister atau bula)

c. Luka Bakar Mid-Dermal

Luka bakar ini terjadi antara luka bakar superfisial dan luka bakar dalam dengan ditandai dengan adanya nekrosis dermal, terjadi bengkak, dan trombosis pada kapiler.

d. Luka Bakar Dalam

Luka bakar yang mengenai seluruh lapisan kulit dengan penyembuhan luka yang lama dan disertai pembentukan jaringan parut.

Derajat luka bakar menurut Kurnia & Wahyuningsih (2021) dibagi menjadi 3 kategori antara lain.

a. Derajat I

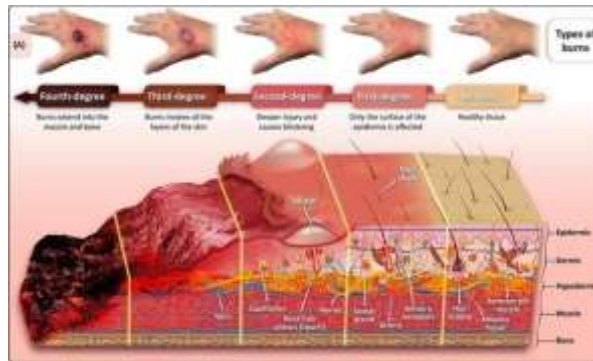
Luka bakar derajat I adalah luka bakar yang hanya mengenai epidermis.

b. Derajat II

Luka bakar derajat II adalah luka bakar yang mengenai bagian epidermis dan dermis.

c. Derajat III

Luka bakar derajat III adalah luka bakar yang mengenai keseluruhan bagian epidermis, dermis bahkan hingga bagian subkutaneum.



Gambar 2. 1 Derajat Luka Bakar

2.1.5 Penghitungan Combustio

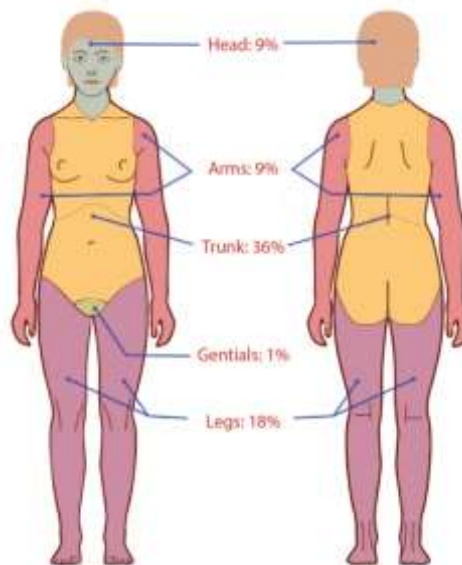
Penghitungan luas luka bakar menurut Saputra (2023) dibagi menjadi 4 metode antara lain.

a. *Wallace Rule of Nine*

Penghitungan dengan metode ini menggunakan cara dengan membagi tubuh menjadi area dengan luas 9% dan kelipatan 9% dengan pengecualian bagian perineum yaitu hanya 1%. Penghitungan dengan cara ini dapat dilakukan pada pasien dengan luka bakar yang tidak terlalu luas.

b. *Rule of Nines Pediatric*

Penghitungan dengan metode ini dikhususkan pada pasien anak karena terdapat perbedaan luas permukaan tubuh dengan orang dewasa yang dapat berpengaruh terhadap perhitungan kebutuhan cairan pasien.



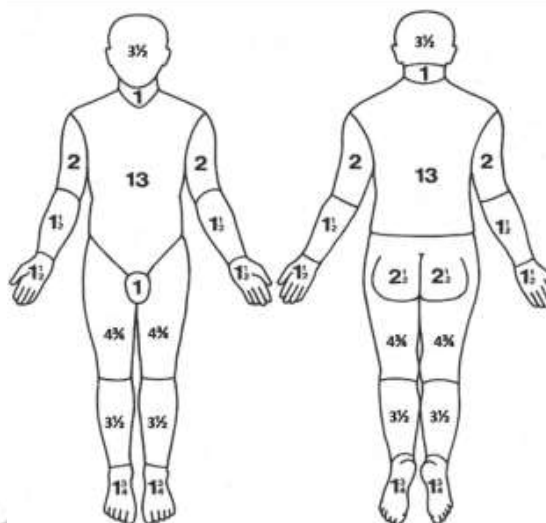
Gambar 2. 2 Diagram of Rule of nine

c. *Palmar Surface*

Penghitungan dengan metode ini yaitu dengan cara menjadikan telapak tangan pasien sebagai pedoman. Ukuran satu telapak tangan sama dengan 1% *Body Surface Area* (BSA).

d. *The Lund and Bowder Chart*

Penghitungan dengan metode ini dilakukan dengan cara mengukur dan menimbang luas luka bakar serta berat badan pasien dalam satuan sentimeter (cm) dan kilogram (kg) yang kemudian diubah dalam satuan meter persegi.



Gambar 2.3 Lund and Browder chart (Murari & Singh, 2019)

2.1.6 Patofisiologi Combustio

Luka bakar dapat terjadi karena adanya perpindahan sumber panas ke dalam tubuh. *Combustio* atau luka bakar merupakan kondisi adanya luka pada kulit yang mengenai epidermis, dermis hingga subkutan (Kumar et al., 2022). Adanya luka atau kerusakan pada integritas kulit meningkatkan risiko masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh bahkan dapat mempengaruhi keseimbangan cairan dan elektrolit di dalam tubuh karena peningkatan permeabilitas pembuluh darah yang menyebabkan kehilangan natrium, air, klorida, kalium dan protein plasma. Hilangnya cairan tubuh yang berlangsung lama akan meningkatkan risiko terjadinya syok hipovolemik.

Luka bakar dengan luas lebih dari 30% dari total luas permukaan tubuh dapat meningkatkan resiko hipovolemia dan pelepasan mediator inflamasi sehingga terjadi penurunan ekskresi urin pada pasien luka bakar. Hipovolemia yang terjadi pada pasien juga dapat meningkatkan resiko terjadinya penurunan curah jantung karena perubahan hemodinamik tubuh. Selain itu, disfungsi sistem kardiovaskular juga dapat terjadi terutama luka bakar akibat sengatan listrik (Wojciech, 2023).

2.1.7 Komplikasi Combustio

Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan *Combustio* antara lain (Muslim et al., 2021).

- a. Gangguan pada jantung misalnya aritmia dengan persentase 40%.
- b. Syok sepsis
- c. Amputasi
- d. Gagal ginjal akut

Merupakan komplikasi dari luka bakar yang sering terjadi pada pasien dengan luka bakar berat (luas lebih dari 20%). Terjadi karena peningkatan permeabilitas kapiler pembuluh darah yang dapat menyebabkan hipovolemi atau kekurangan cairan dalam tubuh. Hipovolemi yang tidak ditangani dengan tepat dan tepat akan mengakibatkan gagal ginjal akut.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien luka bakar antara lain (Setyowati Tutik, 2024).

- a. Pemeriksaan Hemoglobin, Hematokrit dan Trombosit
- b. Pemeriksaan albumin
- c. Pemeriksaan ureum dan kreatinin
- d. Pemeriksaan elektrolit
- e. Pemeriksaan gula darah
- f. Tes fungsi hati

2.1.9 Penatalaksanaan Combustio

Menurut Ahmad (2021) penatalaksanaan luka bakar dibagi menjadi 2 yaitu.

- a. Pertolongan Pertama

Pertolongan pertama yang dapat dilakukan antara lain.

- 1) Menghentikan kontak dengan sumber panas
- 2) Melepas pakaian dari tubuh korban

- 3) Aliri tubuh yang mengalami luka bakar dengan air selama 10 hingga 20 menit (hindari penggunaan es dan pasta gigi)
 - 4) Gunakan salep atau pelembab
 - 5) Tutup menggunakan kassa bersih
- b. Penatalaksanaan di Rumah Sakit
- Penanganan atau penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada korban dengan luka bakar di rumah sakit antara lain.
- 1) Melakukan penilaian primer dan sekunder dengan menilai secara klinis *airway*, *breathing* dan *circulation* yang disertai dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik.
 - 2) Melakukan resusitasi cairan yang disesuaikan dengan data berat badan dan luas luka bakar. Cairan yang disarankan adalah cairan *Ringer Laktat* (RL) yang diberikan melalui 2 tahapan yaitu dengan membagi 50% total cairan yang dibutuhkan yang diberikan pada 8 jam pertama dan 16 jam setelahnya.
 - 3) Pemberian nutrisi yang adekuat untuk mencegah proses katabolik pada pasien luka bakar
 - 4) Pemberian terapi obat seperti pemberian analgesik (parasetamol atau morfin) yang disesuaikan dengan derajat luka bakar yang dialami pasien
 - 5) Melakukan perawatan luka yang meliputi pencucian luka, pemberian *dressing*, pembalutan dengan kassa, debridemen maupun *skin graft*.

2.2 Konsep Dasar Nyeri

2.2.1 Definisi Nyeri

Menurut IASP (2024) nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang disebabkan karena adanya kerusakan jaringan. Nyeri menjadi masalah yang sering terjadi pada orang dewasa atau lansia berkaitan dengan perburukan kesehatan karena terjadinya gangguan fungsional yang meningkat (A.A & Boy, 2020). Nyeri merupakan pengalaman baik secara sensorik ataupun

emosional yang dialami seseorang yang bersifat subjektif (Haryani et al., 2020). (Ayudita, 2023) menjelaskan bahwa nyeri berkaitan erat dengan relfeks indra dan perubahan output otonom yang menimbulkan perasaan tidak menyenangkan karena adanya stimulus baik secara fisik, fisiologis dan emosional.

2.2.2 Klasifikasi Nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri dibagi kedalam 3 kategori antara lain (Ni Wayan, 2023).

a. Nyeri Nosiseptif

Merupakan rasa tidak nyaman karena rangsangan pada kulit, jaringan subkutaneus dan selaput lendir yang menyebabkan rasa panas, tajam dan terlokalisir.

b. Nyeri Neurogenik

Merupakan nyeri yang disebabkan karenagangduan fungsi primer pada sistem saraf tepi. Nyeri neurogenik biasanya terjadi pada orang yang mengalami herpes zoster.

c. Nyeri Psikogenik

Merupakan nyeri yang berkaitan dengan gangguan kejiwaan misalnya pada kasus ansietas dan depresi.

Berdasarkan waktunya nyeri dibagi menjadi 2 kategori yaitu.

a. Nyeri Akut

Adalah keluhan nyeri yang dirasakan karena kerusakan jaringan dengan intensitas ringan hingga berat yang terjadi secara mendadak ataupun lambat dalam kurun waktu kurang dari tiga bulan.

b. Nyeri Kronis

Adalah keluhan nyeri yang dirasakan karena kerusakan jaringan dengan intensitas ringan hingga berat yang terjadi secara mendadak ataupun lambat dalam kurun waktu lebih dari tiga bulan.

Berdasarkan lokasinya nyeri dibagi menjadi 3 karegori yaitu.

- a. Nyeri Somatic
Adalah rasa nyeri tajam, seperti tertusuk, terlokalisasi dan terbakar yang timbul dari sistem muskuloskeletal.
- b. Nyeri Supervisial
Adalah rasa nyeri yang berasal dari kulit, jaringan, subkutaneus yang sifatnya cepat, tajam dan terlokalisir.
- c. Nyeri Viseral
Adalah keluhan nyeri yang berasal dari suatu penyakit yang menyebabkan fungsi organ terganggu dan biasanya bersifat difusi.

2.2.3 Fisiologi Nyeri

Proses fisiologis nyeri (nosisepsi) dibagi menjadi 4 tahapan yaitu (Ni Wayan, 2023).

- a. Transduksi
Dimana rangsangan seperti bahan kimia, suhu, listrik atau faktor mekanis menyebabkan pelepasan mediator biokimia seperti histamin, bradikinin, prostaglandin yang dapat mensensitisasi nosiseptor.
- b. Transmisi
Adalah tahapan dimana terjadinya perpindahan impuls melalui saraf sensoris sehingga menyusul kegiatan transduksi yang disalurkan oleh serabut A-delta dan serabut C menuju medula spinalis.
- c. Modulasi
Adalah fase dimana neuron yang terletak pada batang otak mentransfer sinyal kembali ke medula spinalis dengan melepaskan substansi (norepinefrin, serotonin).
- d. Persepsi
Adalah keadaan dimana seseorang mulai merasakan adanya nyeri.

2.2.4 Pengkajian Persepsi Nyeri

Pengkajian persepsi nyeri menggunakan metode PQRSTU adalah sebagai berikut (Iriani Restu, 2023).

a. *Provocation*

Adalah faktor yang dapat memperburuk atau memperingan nyeri

b. *Quality*

Adalah kualitas nyeri misalnya rasa seperti tertusuk atau terbakar

c. *Region*

Adalah tempat timbulnya nyeri atau rasa nyeri yang berpindah atau menetap

d. *Severity*

Adalah penilaian rasa sakit mulai dari nilai 0-10.

e. *Timing*

Adalah waktu yang dirasakan misalnya awal mula nyeri dirasakan, nyeri terus menerus, hilang timbul dan lamanya nyeri berlangsung.

f. *Understanding*

Dengan menanyakan kembali kepada individu terkait penyebab nyeri untuk mengetahui pemahaman individu terkait nyeri.

2.2.5 Pengkajian Intensitas Nyeri

Menurut Ni Wayan (2023), pengkajian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan cara membuat tingkatan nyeri melalui verbal atau dengan mengubah persepsi nyeri yang bersifat kualitatif menjadi kuantitatif dengan menggunakan pengukuran skala 0 hingga 10.

Skala Wajah						
Skala Nyeri	0	2	4	6	8	10
Deskripsi Nyeri	Tidak Nyeri	Nyeri Ringan	Nyeri Sedang	Nyeri Berat	Nyeri Sangat Berat	
Pengamatan Penampilan	Aktivitas normal, bahagia	Ekspresi netral, mau bermain dan berbicara	Merundingi daerah yang sakit, mengurung gerakan (lilit), mengeluh nyeri	Tidak bergerak, terlihat takut, sangat diam	Gertak, mengeluh sangat nyeri, menangis terus	

Gambar 2.4 Skala nyeri (Ni Wayan, 2023)

2.2.6 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Ni Wayan (2023) faktor yang dapat mempengaruhi nyeri antara lain.

a. Kelemahan

Kelemahan mampu meningkatkan persepsi terhadap nyeri sehingga mampu menurunkan kemampuan untuk mengatasi masalah.

b. Jenis kelamin

Pada wanita hormon estrogen dan progesteron berperan terhadap sensitivitas nyeri. Efek dari hormon estrogen mampu merangsang proses sensitisasi sentral maupun perifer. Sedangkan hormon progesteron mampu menurunkan ambang batas nyeri.

c. Usia

Pada anak akan sulit untuk melakukan penilaian persepsi nyeri karena anak cenderung belum fasih untuk mengungkapkan perasaan nyeri.

d. Faktor psikologis

Kecemasan mampu meningkatkan persepsi terhadap nyeri namun nyeri juga dapat menimbulkan perasaan cemas.

e. Pengalaman sebelumnya

Jika individu pernah merasakan nyeri sebelumnya maka perasaan nyeri akan dianggap biasa karena ambang batas nyeri yang dirasakan meningkat.

2.2.7 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan nyeri dibagi menjadi 2 kategori yaitu (Ni Wayan, 2023).

a. Penatalaksanaan farmakologi

Pemberian analgetik menjadi penatalaksanaan utama farmakologi untuk menghilangkan rasa nyeri yang berlangsung lama dan berkelanjutan. Analgetik yang diberikan antara lain seperti NSAIDs, analgetik narkotik atau opioid dan koanalgesik.

b. Penatalaksanaan non farmakologi

Penatalaksanaan non farmakologi yang dapat digunakan seperti pemberian *relaxation/ respiration techniques, distraction, praying, meditation, yoga, hypnosis, bio feedback, dan behavioral therapy.*

2.2.8 Teknik Nafas Dalam terhadap Nyeri pada Combustio

Nyeri pada pasien luka bakar terjadi karena kerusakan integritas kulit. Skala nyeri pada pasien luka bakar bervariasi tergantung dengan kedalaman dan luas luka bakar. Teknik relaksasi napas menjadi suatu terapi nonfarmakologi yang digunakan untuk mengatasi nyeri. Relaksasi nafas dalam adalah pernafasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama yang dilakukan dengan memejamkan mata (Nurmawati & Gati, 2023). Relaksasi nafas dalam lebih efektif dalam menurunkan tingkat nyeri terutama nyeri ringan (skala1-3) hingga sedang (skala4-6) (Fadholi & Mustofa, 2020). Terapi relaksasi nafas dalam secara teratur akan meningkatkan sensitivitas baroreseptor dan mengeluarkan neurotransmitter endorphin sehingga mengstimulasi respons saraf otonom yang berpengaruh dalam menghambat pusat simpatis (meningkatkan aktivitas tubuh) dan merangsang aktivitas parasimpatis (menurunkan aktivitas tubuh atau relaksasi).

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pada Pasien Combustio

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian yang didapatkan pada pasien luka bakar yaitu (Ni Wayan, 2023).

1. Anamnesa

a. Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku, bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS), nomor registrasi dan diagnosa medis.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Penting untuk menentukan apakah pasien, mempunyai penyakit yang merubah kemampuan untuk memenuhi keseimbangan cairan dan daya pertahanan terhadap infeksi (seperti Diabetes mellitus , gagal jantung, sirosis hipatis, gangguan pernafasan).

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

- 1) Sumber kecelakaan
- 2) Sumber panas atau penyebab yang berbahaya
- 3) Gambaran yang mendalam bagaimana luka bakar terjadi
- 4) Faktor yang mungkin berpengaruh seperti alcohol, obat-obatan
- 5) Keadaan fisik disekitar luka bakar
- 6) Peristiwa yang terjadi saat luka sampai masuk rumah sakit

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Didalam keluarga klien apakah memiliki riwayat penyakit yang sama dengan yang diderita klien.

e. Riwayat Psiko-Sosio-Spiritual

Pengkajian psikologi meliputi status emosi, kognitif, dan perilaku klien, pengkajian mekanisme koping klien terhadap penyakit yang diderita.

2. Pola Kesehatan Sehari-hari

a. Pola Kebiasaan

Pasien biasanya melakukan kegiatan berhubungan dengan benda panas dan sangat berisiko.

b. Pola Tidur dan Istirahat

Pasien mengeluh sulit tidur karena merasa tidak nyaman ataupun nyeri pada bagian luka.

c. Pola Eliminasi

Pasien pada pola eliminasi mengeluh susah melakukan seperti biasa.

d. Pola Hubungan dan Peran

Terjadinya perubahan peran dan hubungan karena terhambatnya pola aktivitas.

e. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pasien merasa tidak berdaya ketika sakit dan punya harapan untuk sembuh.

3. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

1) Tingkat kesadaran : Komposmentis

Keadaan umum : lemah

2) Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu tubuh, saturasi oksigen)

b. Pemeriksaan fisik *head to toe*

1) Kepala

Untuk mengetahui turgor kulit dan mengetahui adanya lesi atau bekas luka.

Inspeksi : lihat ada lesi atau tidak, warna rambut, edema, dan penyebaran rambut.

Palpasi : meraba dan tentukan elastisitas turgor kulit beserta tekstur kasar atau halus, akril dingin/ hangat.

2) Rambut

Untuk mengetahui warna rambut, kebersihan rambut, penyebaran rambut.

Inspeksi : penyebaran rambut merata atau tidak dan adanya ketombe atau tidak.

Palpasi : mudah rontok atau tidak, rambut lengket atau tidak.

3) Wajah

Untuk mengetahui bentuk dan fungsi kepala, untuk mengetahui luka dan kelainan pada kepala.

Inspeksi : lihat kesimetrisan wajah antara kanan dan kiri jika ada perbedaan maka ada kelumpuhan atau parase.

Palpasi : lihat adanya luka, respon nyeri dengan melakukan penekanan sesuai kebutuhan

4) Mata

Untuk mengetahui bentuk mata, fungsi mata serta untuk melihat apakah ada kelainan pada mata.

Inspeksi: lihat warna konjungtiva dan sclera mata (kuning atau ikterik), pupil isokor, medriasis atau miosis.

Palpasi : lihat apakah ada tekanan intra okuler. Apabila ada maka ketika dilakukan penekanan akan terasa keras, kaji jika ada nyeri tekan.

5) Hidung

Untuk mengetahui bentuk dan fungsi hidung

Inspeksi : lihat bentuk hidung simetris atau tidak, apakah ada kemerahan atau lesi hidung bagian dalam.

Palpasi : lakukan penekanan apakah ada nyeri tekan pada sinus, apakah ada nyeri tekan pada pangkal hidung, apakah terjadi benjolan.

6) Mulut dan faring

Untuk mengetahui apakah ada kelainan pada mulut dan faring.

Inspeksi : lihat apakah ada kelainan pada bibir (bibir sumbing), bentuk bibir simetris atau tidak, warna bibir, kelembapan, apakah ada gigi yang berlubang, kebersihan gigi, serta lihat apakah ada pembesaran pada tonsil.

Palpasi : ada lesi atau massa pada area mulut dg melakukan penekanan di daerah pipi, serta kaji jika ada nyeri tekan.

7) Telinga

Untuk mengetahui fungsi telinga dan melihat apakah ada kondisi abnormal pada telinga.

Inspeksi : lihat warna daun telinga, bentuk, simetris atau tidak antara kanan dan kiri, serta lihat apakah ada serumen.

Palpasi : lakukan penekanan ringan apakah ada nyeri tekan atau tidak dan elastisitas kartilago.

8) Leher

Untuk mengetahui fungsi dan apakah ada kelainan pada leher.

Inspeksi : lihat warna kulit, bentuk, amati adanya pembesaran kelenjar tiroid.

Palpasi : lakukan penekanan pada leher dengan cara meletakkan kedua tangan disisi samping leher dan pasien suruh menelan lalu rasakan apakah ada pembesaran tiroid pada sisi leher.

9) Dada

Untuk mengetahui bentuk, frekuensi, nyeritekan, irama pernafasan dan bunyi paru.

Inspeksi : lihat kesimetrisan dada kanan dan kiri, apakah ada retraksi dada atau tidak.

Palpasi: apakah ada benjolan serta nyeri tekan, lihat apakah ada pelebaran pada ictus cordis.

Perkusi: untuk melihat batas normal paru.

Auskultasi: untuk mengetahui bunyi nafas

10) Abdomen

Untuk mengetahui warna, bentuk perut, peristaltic usus, dan apakah ada nyeri tekan.

Inspeksi: amati bentuk perut, warna kulit, apakah ada benjolan, dan asites.

Auskultasi: dengarkan peristaltik usus dan hitung apakah ada peningkatan pada bising usus.

Palpasi: apakah ada lesi, dan nyeri tekan.

Perkusi: apakah ada hipertimpani atau tidak

11) Muskuloskeletal/ekstremitas

Untuk mengetahui mobilitas kekutan otot.

Inspeksi : lihat apakah ada atrofi pada ekstremitas.

Palpasi : lakukan penekanan dan minta pasien untuk memberi tahanan pada eskstremitas untuk melihat kekuatan otot pada anggota gerak atas dan bawah.

12) Pemeriksaan nervus

NI olfaktorius : untuk memeriksa indra penciuman dengan baubauan yg tajam .

NII optikus : pemeriksaan ketajaman penglihatan dengan visual *test snellen card*.

N III,IV,VI okulomotorius, throkhlearis, abduens : apakah ada paralisis pada salah satu mata, pemeriksaan pupil, gerakan bola mata.

N V trigeminus : apakah ada gangguan mengunyah, kasus stroke terkadang terdapat paralisis pada saraf trigeminus.

N VII fasialis : kaji persepsi pengecap, dan kesimetrisan wajah.

N VIII akustikus : apakah ada gangguan pendengaran.

N IX dan X glossofaringeus dan vagus : kemampuan menelan berfungsi secara normal atau tidak, serta ajak klien untuk membuka mulut untuk menilai fungsi dari vagus.

N XI asesorius : minta klien untuk menengok kesisi salah satu tubuh serta mengangkat bahu.

N XII hipoglosus : melihat saraf motorik untuk ekstrinsik dan intrinsik lidah

13) Pemeriksaan integumen

Inspeksi: amati warna kulit, kaji adanya lesi dan edema

Palpasi: kelembaban kulit, mengecek suhu kulit dengan cara membandingkan kedua kaki dan lengan tangan dengan menggunakan jari, tarik/cubit untuk mengetahui turgor kulit (normalnya kembali cepat).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan *Combustio* antara lain (Setyowati Tutik, 2024).

- a. Gangguan integritas kulit/jaringan
- b. Nyeri akut
- c. Hipovolemia
- d. Risiko Infeksi

2.3.4 Rencana Keperawatan

Tabel 3.1 Rencana keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan</p> <p>Definisi: kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen).</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Kerusakan lapisan kulit menurun 4. Perdarahan menurun 5. Nyeri menurun 6. Hematoma menurun 	<p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu

			<ol style="list-style-type: none">6. Pasang balutan sesuai jenis luka7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien10. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi12. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu
--	--	--	--

			<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
2.	<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon

	<p>jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p>	<p>4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur 6. Frekuensi nadi membaik</p>	<p>nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS,</p>
--	---	--	--

			<p>hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p>
--	--	--	--

			<p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</p> <p>5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
3.	<p>Hipovolemia</p> <p>Definisi : penurunan volume cairan intravaskular, interstitial, dan/atau intraselular.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urin meningkat 3. Membran mukosa lembab meningkat 4. Ortopnea menurun 5. Dispnea menurun 6. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun 	<p>Manajemen Hipovolemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun,

		<p>7. Edema anasarka menurun</p> <p>8. Edema perifer menurun</p> <p>9. Frekuensi nadi membaik</p> <p>10. Tekanan darah membaik</p> <p>11. Turgor kulit membaik</p> <p>12. Jugular venous pressure membaik</p> <p>13. Hemoglobin membaik</p> <p>14. Hematokrit membaik</p>	<p>hematokrit meningkat, haus, lemah)</p> <p>2. Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Hitung kebutuhan cairan</p> <p>2. Berikan posisi modified Trendelenburg</p> <p>3. Berikan asupan cairan oral</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</p> <p>2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL)</p> <p>2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)</p> <p>3. Kolaborasi</p>
--	--	---	---

			<p>pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate)</p> <p>4. Kolaborasi pemberian produk darah</p>
4.	<p>Risiko Infeksi</p> <p>Definisi: berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

			<ol style="list-style-type: none"> 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--	--	---

2.3.5 Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat sesuai dengan intervensi yang dibuat sebelumnya. Perawat harus memastikan jika tindakan yang dilakukan sudah aman, tepat, serta melakukan penilaian berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan (I Dewa Agung, 2023).

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan pada tahap ini dilakukan penilaian apakah masalah sudah teratasi sepenuhnya atau masalah masih teratasi sebagian. Dalam perumusan evaluasi keperawatan menggunakan empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yaitu S (Subjektif) pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri, pasien mengatakan sudah tidak terbakar, pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas

seperti biasa, O (Objektif) pasien sudah terlihat melakukan aktivitas seperti biasa, terlihat luas permukaan luka bakar mengecil, tidak terlihat tanda-tanda infeksi, terlihat jaringan baru pada kulit mulai terbentuk, terlihat skala nyeri 0, A (Analisa/ assessment) tujuan skala nyeri sudah tercapai dengan dibuktikan bahwa skala nyeri 0, tujuan tindakan keperawatan luka bakar sudah tercapai dengan dibuktikan luas permukaan luka bakar sudah mengecil, tidak terlihat tanda-tanda infeksi, terlihat jaringan baru pada kulit mulai 45 terbentuk, tujuan pola aktivitas pasien sudah tercapai dengan di buktikan makan dan minum sendiri tanpa bantuan orang lain, P (Planning) melakukan edukasi perawatan luka ketika dirumah, melakukan edukasi farmakologis dirumah, menginformasikan untuk melakukan konsultasi secara rutin, melakukan edukasi keluarga pasien untuk tetep mendampingi apabila pasien membutuhkan bantuan. Apabila tujuan telah tercapai maka intervensi dihentikan namun, jika tujuan belum tercapai maka perawat akan melakukan modifikasi intervensi supaya tujuan dapat dicapai.

