

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Luka Bakar

1. Definisi luka bakar

Luka bakar adalah sentuhan anggota tubuh dengan benda yang menjadi sumber panas seperti api, air, zat kimia dll. aturan perhitungan persentase dalam dunia medis biasa menggunakan *Rule of Nine* untuk menghitung persentase luka bakar dan digunakan untuk membantu mengambil keputusan pengobatan, saat ini perhitungan persentase luka bakar dan menentukan penanganan yang tepat masih secara manual, maka dari itu dibuatlah sistem pakar penanganan luka bakar (Mubarak,2020).

2. Klasifikasi luka bakar

Klasifikasi luka bakar terdiri dari kedalaman luka dan keparahan luka bakar

a. Kedalaman Luka Bakar

Berikut ini merupakan tabel kedalaman luka bakar

Tabel 2.1

Kedalaman Luka Bakar

Kedalaman	Jaringan yang terkena	Penyebab yang lazim	Karakteristik	Nyeri	Penyembuhan
Ketebalan superfisia	Kerusakan epitel minimal	Sinar matahari	Kering; tidak ada lepuh;merah-pink;memutih	Nyeri	Sekitar 5 hari

I (derajat I)			dengan tekanan		
Ketebalan partial superfisial (derajat II A)	Epidermis, dermis minimal	Kilat; cairan hangat	Basah; pink atau merah; lepuh; sebagian memutih	Nyeri hiperestetik	Sekitar 21 hari, jaringan parut minimal
Ketebalan partial dermal dalam (derajat II B)	Keseluruhan epidermis, sebagian dermis	Benda panas, nyala api, cedera radiasi	Kering; pucat; berkilin; tidak memutih	Sensitif terhadap tekanan	Berkepanjangan; membentuk jaringan hipertrofik; pembentukan kontraktur
Ketebalan penuh (derajat III)	Semua yang diatas, dan bagian lemak subkutan; dapat mengenai jaringan ikat otot, tulang	Nyala api yang berkepanjangan, listrik, kimia, dan uap panas	Kulit terkelupas, avaskular, pucat, kuning sampai coklat	Sedikit nyeri	Tidak dapat beregenerasi sendiri; membutuhkan tandur kulit

b. Keparahan Luka Bakar

Cedera luka bakar dapat berkisar dari lepuh kecil sampai luka bakar masif derajat III. Cedera luka bakar dikategorikan kedalam luka bakar minor, sedang dan mayor.

1) Cedera luka bakar minor

Cedera luka bakar minor adalah cedera ketebalan partial yang kurang dari 15% LPTT (luas permukaan tubuh total) pada orang dewasa dan 10% LPTT pada anak-anak, atau cedera ketebalan penuh kurang dari 2% LPTT. Klien dengan luka bakar minor biasanya mendapatkan perawatan awal di unit gawat darurat, kemudian dipulangkan dengan instruksi tindak lanjut di bagian rawat jalan.

2) Cedera luka bakar sedang

Cedera luka bakar sedang tak terkomplikasi adalah cedera ketebalan partial dengan 15% samapi 25% dari LPTT pada orang dewasa atau 10% sampai 20% LPTT pada anak-anak, atau cedera dengan ketebalan penuh kurang dari 10% LPTT yang tidak berhubungan dengan komplikasi. Klien dengan luka bakar sedang umumnya ditangani di bagian rawat inap.

3) Cedera luka bakar mayor

Klien dengan luka bakar mayor biasanya dibawa ke fasilitas perawatan luka bakar khusus, setelah mendapatkan perawatan kedaruratan di tempat kejadian. Cedera luka bakar mayor adalah setiap dari yang berikut ini: Cedera ketebalan partial lebih dari 25% LPTT pada orang dewasa atau 20% LPTT pada anak-anak, ketebalan penuh 10% LPTT atau lebih. Luka bakar yang mengenai tangan, wajah, mata, telinga, kaki dan perineum, cedera inhalasi, cedera listrik dan luka bakar yang berkaitan dengan cedera lain misal cedera jaringan lunak, fraktur, trauma lain.

3. Penentuan luas luka bakar dapat ditentukan menggunakan 2 metode:

a. Penggunaan “Rule Of Nine”

Metode Rule of Nine untuk menentukan persentase luas permukaan tubuh yang mengalami cedera luka bakar.

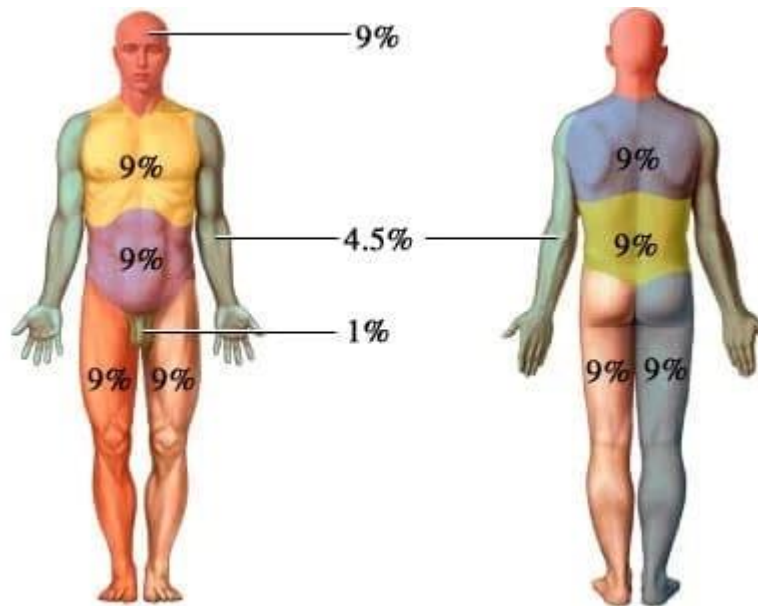
Tabel 2.2

Lokasi dan Persentase Luka Bakar

Area	Presentase
Kepala dan leher	9%
Trunkus anterior	18%
Trunkus posterior	18%
Genetalia	1%
Lengan kanan	9%
Lengan kiri	9%
Tungkai atas kanan	9%
Tungkai atas kiri	9%
Kaki kanan	9%
Kaki kiri	9%
Total	100%

Gambar 2.1

Persentase Luka Bakar Pada Orang Dewasa



Sumber : <https://doktersehat.com/wp-content/uploads/2016/08/doktersehat-rule-of-nine-estimasi-luka-bakar.jpg>

b. Grafik Lund and Browder

Dibawah ini merupakan tabel estimasi luas luka bakar pada orang dewasa

Tabel 2.3

Grafik Lund and Browder

Area	Dewasa
Kepala	7
Leher	2

Trunkus anterior	13
LTrunkus posterior	13
^u Bokong kanan	2,5
^k Bokong kiri	2,5
^a Genetalia	1
Lengan atas kanan	4
^b Lengan atas kiri	4
^a Lengan bawah kanan	3
^k Lengan bawah kiri	3
^a Tangan kanan	2,5
^r Tangan kiri	2,5
Paha kanan	9,5
^k Paha kiri	9,5
^a Tungkai kanan	7
^r Tungkai kiri	7
^E Kaki kanan	3,5
^E Kaki kiri	3,5
4. ^E	

tiologi

Penyebab luka bakar diantaranya adalah sebagai berikut :

a. Luka bakar karena suhu

Seperti, api, radiasi matahari, atau panas dari api itu sendiri, uap panas, cairan panas dan benda-benda panas, serta terpapar oleh suhu rendah yang

sangat ekstrim. Kedalaman luka bakar karena suhu berkaitan dengan temperatur cairan, lamanya paparan dengan cairan dan viskositas cairan (biasanya ada kontak lama dengan cairan lebih kental).

b. Luka bakar karena bahan kimia

Sepertiberbagai macam zat asam, basa dan bahan tajam lainnya. Konsentrasi zat kimia, lamanya kontak dan banyaknya jaringan yang terpapar menentukan luasnya injuri karena zat kimia ini. Luka bakar kimia dapat terjadi misalnya karena kontak dengan zat-zat pembersih yang sering digunakan untuk keperluan rumah tangga dan berbagai zat kimia yang digunakan dalam bidang industri, pertanian dan militer.

c. Luka bakar karena listrik

Seperti Alternatif Current (AC) maupun Direct Current (DC). Luka bakar listrik disebabkan oleh panas yang dihantarkan melalui tubuh. Berat ringannya luka dipengaruhi oleh lamanya kontak, tingginya voltage dan cara gelombang elektrik itu sampai mengenai tubuh.

d. Luka bakar inhalasi

Seperti keracunan karbon monoksida, panas atau smoke inhalation injuries.

e. Luka bakar akibat radiasi

Yang bersumber dari bahan-bahan nuklir, termasuk sinar ultraviolet. Luka bakar radiasi disebabkan oleh terpapar dengan sumber radioaktif. Tipe injuri ini seringkali berhubungan dengan penggunaan radiasi ion pada industri atau dari sumber radiasi untuk keperluan terapeutik pada dunia kedokteran.

Terbakar oleh sinar matahari akibat terpapar yang terlalu lama juga merupakan salah satu tipe luka bakar radiasi.

5. Patofisiologi

Akibat pertama luka bakar adalah syok karena kaget dan kesakitan. Pembuluh kapiler yang terkena suhu tinggi rusak, sel darah yang di dalamnya ikut rusak sehingga terjadi anemia. Kemudian Meningkatnya permeabilitas menyebabkan udem dan menimbulkan bula dengan membawa serta elektrolit. Hal ini menyebabkan berkurangnya volume cairan intra vascular. Tubuh kehilangan cairan antara 0,5%-1% "*Blood Volume*" setiap 1% luka bakar. Kerusakan kulit akibat luka bakar menyebabkan kehilangan cairan tambahan karena penguapan yang berlebih (insensible water loss meningkat).

Bila luka bakar lebih dari 20 % akan terjadi syok hipovolemik dengan gejala yang khas yaitu : gelisah, pucat, dingin, berkeringat, nadi kecil dan cepat, tekanan darah menurun dan produksi urin menurun (kegagalan fungsi ginjal). Pada kebakaran daerah area muka dapat terjadi kerusakan mukosa jalan nafas karena gas, asap atau uap panas yang tersisa. Gejala yang timbul adalah sesak nafas, takipneu, stridor, suara sesak dan dahak berwarna gelap karena jelaga. Dapat juga terjadi keracunan gas CO atau gas beracun lain. CO akan mengikat hemoglobin dengan kuat sehingga tak mampu mengikat oksigen lagi. Tanda keracunan yang ringan adalah lemas, bingung, pusing,

mual dan muntah. Pada keracunan berat terjadi koma. Bila lebih 60 % hemoglobin terikat CO, penderita akan meninggal.

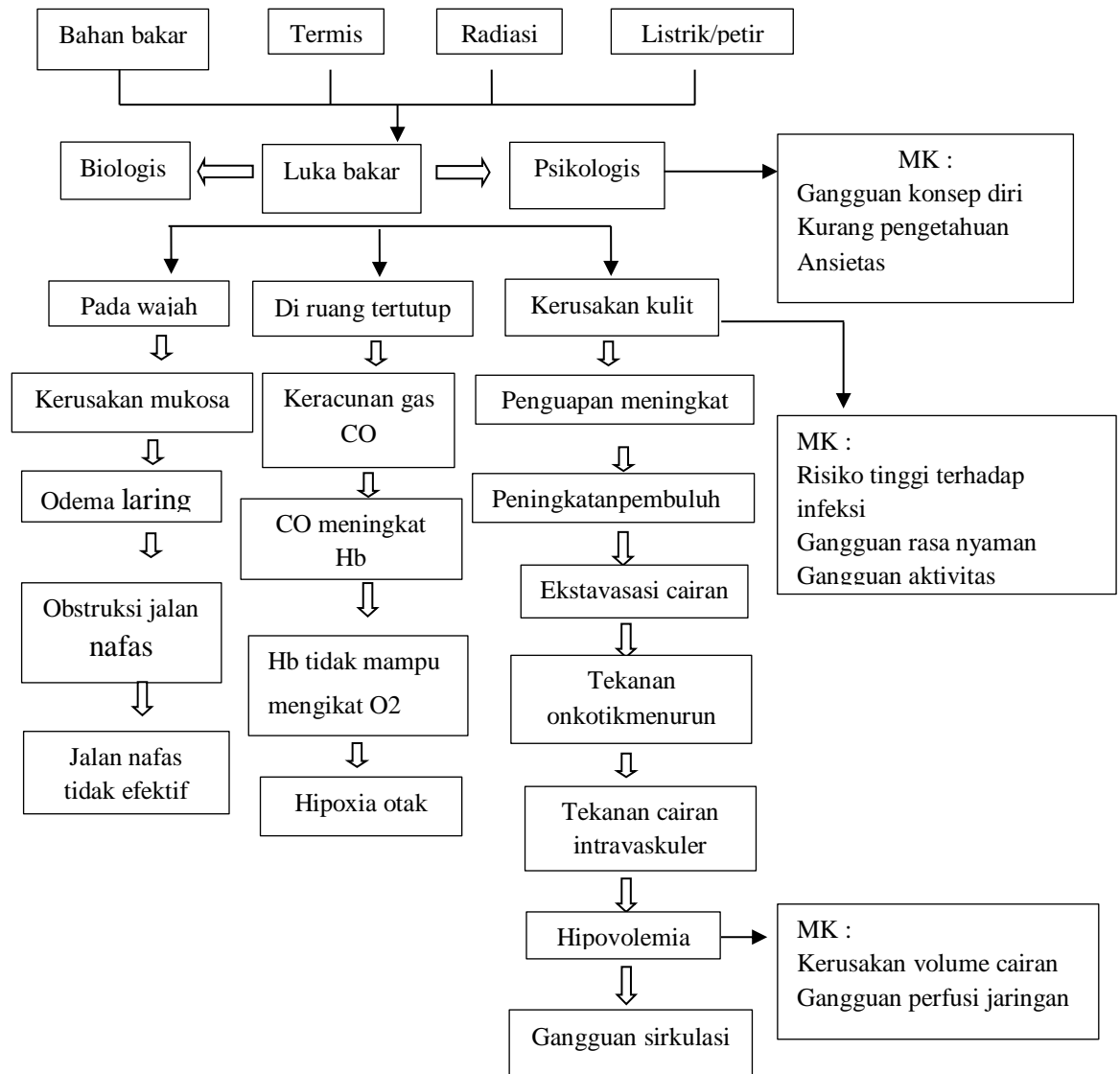
Pada luka bakar yang berat terjadi ileus paralitik. Stress dan beban faali yang terjadi pada luka bakar berat dapat menyebabkan tukak di mukosa lambung atau duodenum dengan gejala yang sama gejala tukak peptic. Kelainan ini dikenal dengan “Tukak Curling” yang dikhawatirkan pada tukak curling ini adalah perdarahan yang timbul sebagai hematesis melena.

Luka bakar disebabkan oleh perpindahan energi dari sumber panas ke tubuh. Panas tersebut mungkin dipindahkan melalui konduksi atau radiasi elektromagnetik. Luka bakar dikategorikan sebagai luka bakar termal, radiasi, atau luka bakar kimiawi. Kulit dengan luka bakar akan mengalami kerusakan pada epidermis, dermis maupun jaringan subkutan tergantung faktor penyebab dan lamanya kulit kontak dengan sumber panas atau penyebabnya. Dalamnya luka bakar akan mempengaruhi kerusakan atau gangguan integritas kulit dan kematian sel-sel (Effendy,1990).

Luka bakar mengakibatkan peningkatan permeabilitas pembuluh darah sehingga air, natrium, klorida dan protein tubuh akan keluar dari dalam sel dan menyebabkan terjadinya edema yang dapat berlanjut pada keadaan hipovolemia dan hemokonsentrasi. Kehilangan cairan tubuh pada pasien luka bakar dapat disebabkan oleh beberapa faktor (Donna,1991).

Gambar 2.2

Pathway



Sumber : Musliha (2010)

6. Proses Penyembuhan Luka

Proses penyembuhan luka terbagi dalam tiga fase ;

a. Fase Inflamasi

Adalah fase yang berentang dari terjadinya luka bakar 3-4 hari pasca luka bakar. Dalam fase ini terjadi perubahan vaskular dalam proliferasi selular. Daerah luka mengalami agregasi trombosit dan mengeluarkan serotonin. Mulai timbul epitelisasi.

b. Fase Fibroblastik

Fase yang dimulai pada hari ke-4- 20 pasca luka bakar. Pada fase ini timbul sekumpulan fibroblast yang membentuk kolagen yang tampak secara klinis sebagai jaringan granulasi yang berwarna kemerahan.

c. Fase Maturasi

Terjadi proses pematangan kolagen. Pada fase ini terjadi pula penurunan aktivitas selular dan vaskular, berlangsung hingga 8 bulan sampai lebih dari 1 tahun dan berakhir jika sudah tidak ada tanda-tanda radang. Bentuk akhir dari fase ini berupa jaringan parut yang berwarna pucat, tipis, lemas tanpa rasa nyeri atau gatal.

Ada berbagai faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka, baik yang bersifat menghambat maupun yang mendukung penyembuhan luka. Oleh karena itu amatlah penting mengetahui riwayat kesehatan pasien,

penyakit terdahulu dan kebiasaan hidup pasien (seperti merokok, minum alkohol dll).

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Donges M.E (2000) pemeriksaan penunjang yang diperlukan adalah:

- a. Hitung darah lengkap : peningkatan hematokrit menunjukkan hemokonsentrasi sehubungan dengan perpindahan cairan. Menurutnya hematokrit dan sel darah merah terjadi sehubungan dengan kerusakan oleh panas terhadap pembuluh darah.
- b. Leukosit akan meningkat sebagai respon inflamasi.
- c. Analisa Gas Darah (AGD) : untuk kecurigaan cedera inhalasi.
- d. Elektrolit serum. Kalium meningkat sehubungan dengan cedera jaringan, hypokalemia terjadi bila diuresis.
- e. Albumin serum meningkat akibat kehilangan protein pada edema jaringan.
- f. Kreatinin meningkat menunjukkan perfusi jaringan.
- g. EKG : tanda iskemik miokardial dapat terjadi pada luka bakar
- h. Fotografi luka bakar : memberikan catatan untuk penyembuhan luka bakar selanjutnya.

8. Komplikasi

Luka bakar bisa menimbulkan kondisi yang lebih serius jika tidak ditangani dengan tepat. Komplikasi yang bisa terjadi akibat luka bakar adalah:

bekas luka, hipotermia, gangguan bergerak, infeksi, gangguan pernapasan dan kehilangan banyak cairan tubuh.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Manusia mempunyai kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses homeostatis, baik fisiologis maupun psikologis. Adapun kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat, atau diperlukan untuk menjaga homeostatis dan kehidupan itu sendiri. Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah Aristoteles. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow (Wolf, Lu Verne, dkk, 1984). Hierarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar manusia, yaitu kebutuhan fisiologi; kebutuhan keselamatan dan keamanan; kebutuhan mencintai dan dicintai; kebutuhan harga diri; serta kebutuhan aktualisasi diri. Lima tingkat kebutuhan dasar menurut Maslow dapat digambarkan kedalam bentuk piramida yaitu seperti gambar 2.3 berikut ini :



Gambar : 2.3 Hierarki kebutuhan dasar menurut Asmadi, 2008

Berdasarkan teori kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow, pasien dengan kasus Luka Bakar mengalami gangguan dalam pemenuhan kebutuhan fisiologis yaitu cairan dan kebutuhan keselamatan dan keamanan yaitu nyeri.

1. Gangguan kebutuhan fisiologi yaitu cairan

Pada pasien dengan luka bakar kebutuhan cairan pada tubuhnya akan terganggu. Hal ini dikarenakan adanya ketidakseimbangan antara cairan dan elektrolit di dalam ekstrasel, keadaan seperti ini disebut dengan hipovolemia. Pada keadaan hipovolemia, tekanan osmotik mengalami perubahan sehingga cairan interstisial masuk keruangan intravaskuler. Akibatnya, ruang interstisial menjadi kosong dan cairan intrasel masuk kedalam ruang interstisial sehingga mengganggu kehidupan sel (Mubarak & Chayatin, 2007:77).

Dalam memberikan kebutuhan pemenuhan cairan hingga jumlah tertentu sesuai dengan usia dan kebutuhan metabolik pada pasien dengan kondisi luka bakar, sebaiknya perawat mengkaji apa saja faktor penyebab hilangnya cairan pada tubuh, mengkaji pemahaman pasien tentang perlunya mempertahankan hidrasi yang adekuat serta metode untuk memenuhi kebutuhan asupan cairan, memantau asupan cairan pasien perharinya dan menganjurkan pasien untuk istirahat sebelum makan serta memberikan cairan dalam jumlah sedikit tapi sering (Mubarak & Chayatin, 2008:90).

2. Gangguan kebutuhan keselamatan dan keamanan (nyeri)

Dalam memberi pemenuhan kebutuhan keselamatan dan keamanan pada pasien luka bakar yang mengalami nyeri, peran perawat sebaiknya memberi kesempatan pasien untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata-katanya sendiri seperti menanyakan lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas nyeri, lamanya nyeri, serta gejala yang menyertai nyeri. Langkah ini akan membantu perawat untuk memahami makna nyeri bagi pasien dan bagaimana ia berkoping terhadap situasi tersebut (Mubarak & Chayatin, 2008:214)

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya, tanda vital, wawancara pasien/keluarga, pemeriksaan

fisik) dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medik (Herdman & Kamitsuru, 2015 : 24).

Menurut Dongoes (2000 : 804-806), pengkajian keperawatan pada luka bakar adalah sebagai berikut :

a. Aktifitas/istirahat

Tanda : penurunan kekuatan, tahanan, keterbatasan rentan gerak pada area yang sakit, gangguan massa otot, perubahan tonus.

b. Sirkulasi

Tanda : (dengan cedera luka bakar lebih dari 20% APTT) : hipotensi (syok); penurunan nadi perifer distal pada ekstremitas yang cedera ; vasokonstriksi perifer umum dengan kehilangan nadi, kulit putih dan dingin (syok listrik) ; takikardia (syok/ansietas/nyeri) ; distrimia (syok listrik) ; pembentukan oedema jaringan (semua luka bakar).

c. Integritas ego

Gejala : masalah tentang keluarga, pekerjaan, keuangan, kecacatan. Tanda : ansietas, menangis, ketergantungan, menyangkal, menarik diri, marah.

d. Eliminasi

Tanda : haluan urine menurun/tak ada selama darurat; warna mungkin hitam kemerahan bila terjadi mioglobin, mengindikasikan kerusakan otot dalam; diuresis (setelah kebocoran kapiler dan mobilisasi cairan ke dalam sirkulasi); penurunan bising usus/tak ada; khususnya pada luka bakar kutaneus lebih besar dari 20% sebagai stress penurunan motilitas/peristaltik gastrik.

e. Makanan/cairan

Tanda : oedema jaringan umum; anoreksia; mual/muntah.

f. Neurosensori

Gejala : area batas; kesemutan.

Tanda : perubahan orientasi; afek, perilaku; penurunan refleksi tendon dalam (RTD) pada cedera ekstremitas; aktifitas kejang (syok listrik); laserasi korneal; kerusakan retina; penurunan ketajaman penglihatan (syok listrik); ruptur membran timpani (syok listrik); paralisis (cedera listrik pada aliran saraf).

g. Nyeri/keamanan

Gejala : berbagai nyeri; contoh luka bakar derajat pertama secara eksteren sensitif untuk disentuh; ditekan; gerakan udara dan perubahan suhu; luka bakar ketebalan sedang derajat kedua sangat nyeri; sementara respon pada luka bakar ketebalan derajat kedua tergantung pada keutuhan ujung saraf; luka bakar derajat ketiga tidak nyeri.

h. Pernapasan

Gejala : terkurung dalam ruang tertutup; terpajan lama (kemungkinan cedera inhalasi)

Tanda : serak, batuk mengi; partikel karbon dalam sputum; ketidakmampuan menelan sekresi oral dan sianosis; indikasi cedera inhalasi.

Pengembangan thotak mungkin terbatas pada adanya luka bakar lingkaran dada; jalan nafas atau stridor/mengi (obstruksi sehubungan dengan laringospasme, oedema laringeal); bunyi nafas; gemericik (oedema paru), stridor (oedema laringeal); sekret jalan nafas dalam (ronchi).

i. Keamanan

Tanda : Kulit umum : destruksi jaringan dalam mungkin tidak terbukti selama 3-5 hari sehubungan dengan proses trobus mikrovaskuler pada beberapa luka.

Area kulit tak terbakar mungkin dingin/lembab, pucat, dengan pengisian kapiler lambat pada adanya penurunan curah jantung sehubungan dengan kehilangan cairan/status syok.

j. Pemeriksaan diagnostik :

- 1) LED : mengkaji hemokonsentrasi
- 2) Elektrolit serum mendeteksi ketidakseimbangan cairan dan biokimia. Ini terutama penting untuk memeriksa kalium terdapat peningkatan dalam 24 jam pertama karena peningkatan kalium dapat menyebabkan henti jantung.
- 3) GDA dan sinar X dada mengkaji fungsi pulmonal, khususnya pada cedera inhalasi asap.
- 4) BUN dan kreatinin mengkaji fungsi ginjal.
- 5) Urinalisasi menunjukkan mioglobin dan hemokromogen menandakan kerusakan otot pada luka bakar ketebalan penuh luas.
- 6) Bronkoskopi membantu memastikan cedera inhalasi asap.
- 7) Koagulasi memeriksa faktor-faktor pembekuan yang dapat menurun pada luka bakar masif.
- 8) Kadar karbon monoksida serum meningkat pada cedera inhalasi asap.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan (Herdman & Kamitsuru, 2015 : 25). Menurut Wijaya & Putri, (2013 : 121), diagnosa keperawatan luka bakar terdiri dari :

- a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan melalui rute abnormal.

Diagnosa tersebut ditegakkan karena penurunan cairan dari intravaskuler, interstisial atau intraselular, dengan batasan karakteristik: haus, kelemahan, kulit kering, membran mukosa kering, penurunan turgor kulit dan penurunan tekanan darah.

- b. Nyeri berhubungan dengan kerusakan kulit/jaringan; bentukan oedem; manifestasi jaringan cedera.

Diagnosa tersebut ditegakkan karena pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan, dengan batasan karakteristik meliputi mengekspresikan perilaku nyeri, sikap melindungi area nyeri, ekspresi wajah nyeri, keluhan tentang nyeri dengan menggunakan standar instrumen nyeri dan dilatasi pupil.

- c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan destruksi lapisan kulit.

Diagnosa tersebut ditegakkan karena terdapat kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan atau ligamen). Batasan karakteristik : perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi,

kekurangan/kelebihan volume cairan, bahan kimia iritatif, kelembaban, faktor mekanis dan elektrik dan efek samping terapi radiasi.

- d. Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat; kerusakan perlindungan kulit; jaringan traumatik.

Diagnosa tersebut ditegakkan karena beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Batasan karakteristik : penyakit kronis, efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan dan ketidakefektifan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit).

3. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan serangkaian tindakan dalam memprioritaskan diagnosis keperawatan yang perlu diidentifikasi (kebutuhan mendesak, diagnosis dengan batasan karakteristik yang tinggi, faktor yang berhubungan, atau faktor resiko) sehingga perawat dapat diarahkan untuk menyelesaikan atau mengurangi keparahan dan resiko terjadinya (dalam hal diagnosis resiko) (Herdman & Kamitsuru, 2015:27). Rencana keperawatan pada pasien dengan luka bakar dengan gangguan aman nyaman.

Tabel 2.4

Rencana Asuhan Keperawatan Tn. A dengan Luka Bakar

No	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tujuan (SLKI)	Rencana Intervensi (SIKI)
1	<p>Risiko hipovolemia</p> <p>Definisi :</p> <p>Berisiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel dan/atau intraseluler</p> <p>Ds : -</p> <p>Do : -</p>	<p>Status cairan (membaik)</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kekuatan nadi meningkat Turgor kulit membaik Output urine meningkat Frekuensi nadi membaik Tekanan darah membaik Tekanan nadi membaik Membran mukosa membaik 	<p>Manajemen hipovolemia :</p> <ol style="list-style-type: none"> Periksa tanda dan gejala hipovolemia Monitor intake dan output cairan Berikan asupan cairan Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Kolaborasi pemberian cairan
2	<p>Nyeri akut</p> <p>Definisi :</p> <p>Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri akut berhubungan dengan agen</p>	<p>Tingkat nyeri (menurun)</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengeluh nyeri menurun Meringis menurun Sikap protektif menurun Gelisah menurun 	<p>Manajemen nyeri :</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Anjurkan menggunakan

	<p>pencedera fisik (terbakar)</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengeluh nyeri <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tampak meringis b. Bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) c. Gelisah 		<p>analgetik secara tepat</p>
3	<p>Gangguan integritas kulit</p> <p>Definisi :</p> <p>Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).</p> <p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor terbakar. Batasan karakteristik :</p> <p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. .Klien mengatakan kulitnya terasa perih dan panas <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit b. Nyeri c. Kemerahan 	<p>Integritas kulit dan jaringan (meningkat)</p> <p>Dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. .Kerusakan jaringan menurun b. Kerusakan lapisan kulit menurun c. Kemerahan menurun d. Suhu kulit membaik 	<p>Perawatan integritas kulit :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit b. Ubah posisi tiap 2 jam sekali c. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif d. Anjurkan minum air yang cukup

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 1994, dalam Potter dan Perry, 1997).

Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari.

Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan keterampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Kozier et al, 1995).

5. Evaluasi

Meskipun proses keperawatan mempunyai tahap-tahap, namun evaluasi berlangsung terus menerus sepanjang pelaksanaan proses keperawatan (Alfaro-Lefevre, 1998). Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan

dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan.