

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. 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. 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 (Brier & Dwi, 2020, p. 173).

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 keselamatan dan kenyamanan (nyeri)

Dalam memberi pemenuhan kebutuhan keselamatan dan kenyamanan pada pasien luka bakar yang mengalami nyeri, peran perawat sebaiknya memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan kata-kata yang sendiri seperti menanyakan lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas nyeri, lamanya nyeri, skala nyeri, penyebaran nyeri, serta gejala yang menyertai nyeri. Langkah ini akan membantu perawat untuk memahami makna nyeri bagi pasien dan bagaimana ia berkopling terhadap situasi tersebut (Chayatin & Mubarak, 2019, p. 214)

2. Konsep Nyeri Akut

Nyeri akut adalah keadaan ketika individu mengalami dan melaporkan adanya rasa ketidak nyamanan yang hebat atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang.

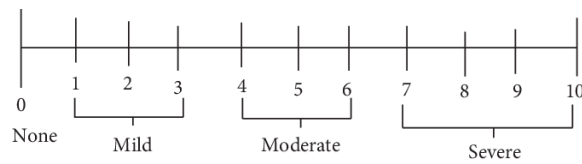
Nyeri muncul disertai dengan beberapa tanda yang dapat diamati, yakni tekanan darah meningkat, frekwensi pernafasan meningkat, gelisah, pucat, muncul keringat berlebihan, pikiranyang tidak terarah, gerakan yang tidak teratur, wajah tampak kesakitan, insomnia, perubahan nafsu makan dan dan depresi. nyeri akut dapat muncul akibat beberapa hal, yakni

- a) Trauma pada jaringan tubuh, baik akibat cedera atau pembedahan.
- b) *Iskemia* jaringan, dimana jaringan tubuh tidak mendapatkan cukup oksigen akibat peredaran darah terhambat.
- c) *Spasme* otot yaitu suatu kontraksi otot diluar kesadaran dan kendali.
- d) *Inflamasi*, yakni terjadinya pembengkakan pada jaringan tubuh yang mengakibatkan adanya peningkatan tekanan lokal dan pengeluaran zat *bioaktif* nyeri sebagai respon

Nyeri merupakan alasan yang paling umum seseorang mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri terjadi bersama proses penyakit, pemeriksaan diagnostik dan proses pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang. Perawat tidak bisa melihat dan merasakan nyeri yang dialami klien, karena nyeri bersifat subyektif (antara individu yang satu berbeda cara menyikapi nyeri yang dirasakan) perawat memberi asuhan keperawatan pada klien di berbagai situasi dan keadaan, yang memberikan intervensi untuk memberikan kenyamanan.

Salah satu yang harus dan wajib dikuasai oleh perawat adalah mampu menilai tingkatan nyeri, baik nyeri ringan, sedang maupun berat. Skala nyeri dari 0 sampai 10 di kelompokkan menjadi 3 yaitu :

1. Skala nyeri 1-3 : Ringan
2. Skala nyeri 4-7 : Sedang
3. Skala nyeri 8-10 : Berat



Gambar2.1 *Numeric Rating Scale.*

Terjadinya nyeri pada luka bakar berkaitan erat dengan adanya reseptor dan rangsangan. Reseptor nyeri adalah ujung-ujung syaraf yang sangat bebas yang tersebar spada kulit dan mukosa. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stilmulasi bisa berupa termal, zat kimiawi listrik yang dapat menyebabkan luka bakar.

Dari data pengkajian yang mendukung memudahkan dalam penentuan diagnosa keperawatan yang beresiko atau aktual. Selama proses perencanaan keperawatan klien, di susun berdasarkan pengetahuan ilmiah dan keperawatan dan pada implementasi perlu memahami faktor resiko yang dialami dan tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah nyeri semakin parah atau muncul kembali(Rosdahl, 2017, pp. 881–886).

2. Gangguankebutuhanfisiologiyaitucairan

Pada pasien dengan luka bakar kebutuhan cairan pada tubuhnya akanterganggu. Hal ini dikarenakan adanya ketidakseimbangan antara cairan danelektrolit di dalam ekstrasel, keadaan seperti ini disebut dengan hipovolemia.Pada keadaan hipovolemia, tekanan osmotik mengalami perubahan sehinggacairaninterstisialmasukkeruanganintravaskuler.Akibatnya,ruanginterstisialmenjadi kosong dan cairan intrasel masuk kedalam ruang interstisial sehinggamengganggukehidupansel(Chayatin & Mubarak, 2019, p. 77).

Dalammemberikankebutuhanpemenuhancairanhinggajumlahtertentusesuai dengan usia dan kebutuhan metabolik pada pasien dengan kondisi lukabakar, sebaiknya perawat mengkaji apa saja faktor penyebab hilangnya cairanpada tubuh, mengkaji pemahaman pasien tentang perlunya mempertahankanhidrasi yang adekuat serta metode untuk memenuhi kebutuhan asupan cairan,memantau asupan cairan pasien perharinya dan menganjurkan pasien untukistirahat sebelum makan serta memberikan cairan dalam jumlah sedikit tapisering.

B. Konsep Penyakit

1. Definisi

Lukabakar adalah cedera/diskontinuitas terhadap jaringan yang disebabkan oleh kontak dengan sumber panas ataupun suhu dingin yang tinggi, panas kering (api), panas lembab (uap atau cairan panas), kimiawi (bahan-bahan korosif), barang-barang elektrik (aliran listrik atau lampu), friksi, atau energi elektromagnetik dan radian (Tholib, 2021, p. 11).

2. Klasifikasi lukabakar

Menurut Wijaya & Putri, (2013, p. 109) klasifikasi lukabakar terdiri dari kedalaman luka dan keparahan lukabakar:

a. Kedalaman Luka Bakar

Berikut ini merupakan tabel kedalaman lukabakar

Tabel 2.1 Kedalaman Luka Bakar

Kedalaman	Jaringan yang Terkena	Penyebab yang lazim	Karakteristik	Nyeri	Penyembuhan
Ketebalan Superfisial (derajat I)	Kerusakan epitel Minimal	Sinar matahari	Kering; tidak ada lepuh; merah-pink; memutih dengan tekanan	Nyeri	Sekitar 5 hari
Ketebalan partial superfisial (derajat IIA)	Epidermis, dermis minimal	Kilat; cairan hangat	Basah; pink atau merah; lepuh; sebagian memutih	Nyeri hebat	Sekitar 21 hari, jaringan parut minimal
Ketebalan partial dermal (derajat IIB)	Keseluruhan epidermis, sebagian dermis	Benda panas, nyala api, cedera radiasi	Kering; pucat; berlilin; tidak memutih	Sensitif terhadap tekanan	Berkepanjangan; membentuk jaringan hipertrofik; pembentukan Kontraktur
Ketebalan penuh (derajat II)	Semua yang di atas, dan bagian lemak subkutan; dapat mengenai jaringan otot, Tulang	Nyala api yang berkepanjangan, listrik, kimia, dan uap panas	Kulit terkelupas, vaskular, pucat, kuning sampai coklat	Sedikit nyeri	Tidak dapat beregenerasi sendiri; membutuhkan tandu kulit

Sumber : (Wijaya & Putri, 2013),

b. Keparahan Luka Bakar

Menurut Wijaya & Putri, (2013, p. 109) 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% sampai 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 (Tholib, 2021, pp. 29–30)

3. Penentuan luas luka bakar dapat ditentukan menggunakan metode:

Menurut Tholib, (2021, pp. 26–

27). Metode *Rule of Nine* untuk menentukan persentase luas permukaan tubuh yang men

galamicederalukabakar.

Tabel 2.2
Lokasi dan Persentase Luka Bakar

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

4. Etiologi

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 ekstrem. 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

Seperti berbagai macam zat asam, basa dan bahan 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

kimiayangdigunakandalambidangindustri,pertaniandanmiliter.

c. Lukabakarkarenalistrik

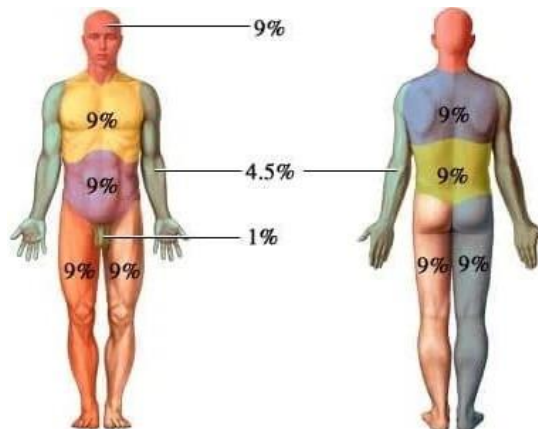
Seperti *Alternatif Current* (AC) maupun *Direct Current* (DC). Lukabakar listrik disebabkan oleh panas yang dihantarkan melalui tubuh. Beratringannya luka dipengaruhi oleh lamanya kontak, tingginya voltage dan caragelombangelektrikitusampaimengenaitubuh.

d. Lukabakar inhalasi

Seperti keracunan karbonmonoksida,panasatausmokeinhalationinjuries.

e. Lukabakar akibarradiasi

Yang bersumber dari bahan-bahan nuklir, termasuk sinar ultraviolet.Luka bakar radiasi disebabkan oleh terpapar dengan sumber radioaktif. Tipeinjuri ini seringkali berhubungan dengan penggunaan radiasi ion pada industriataudarisumberradiasiuntukkeperluanterapeutikpadaduniakedokteran(Tholib, 2021, p. 12).



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

Gambar 2.2

Persentase Luka Bakar Pada Orang Dewasa

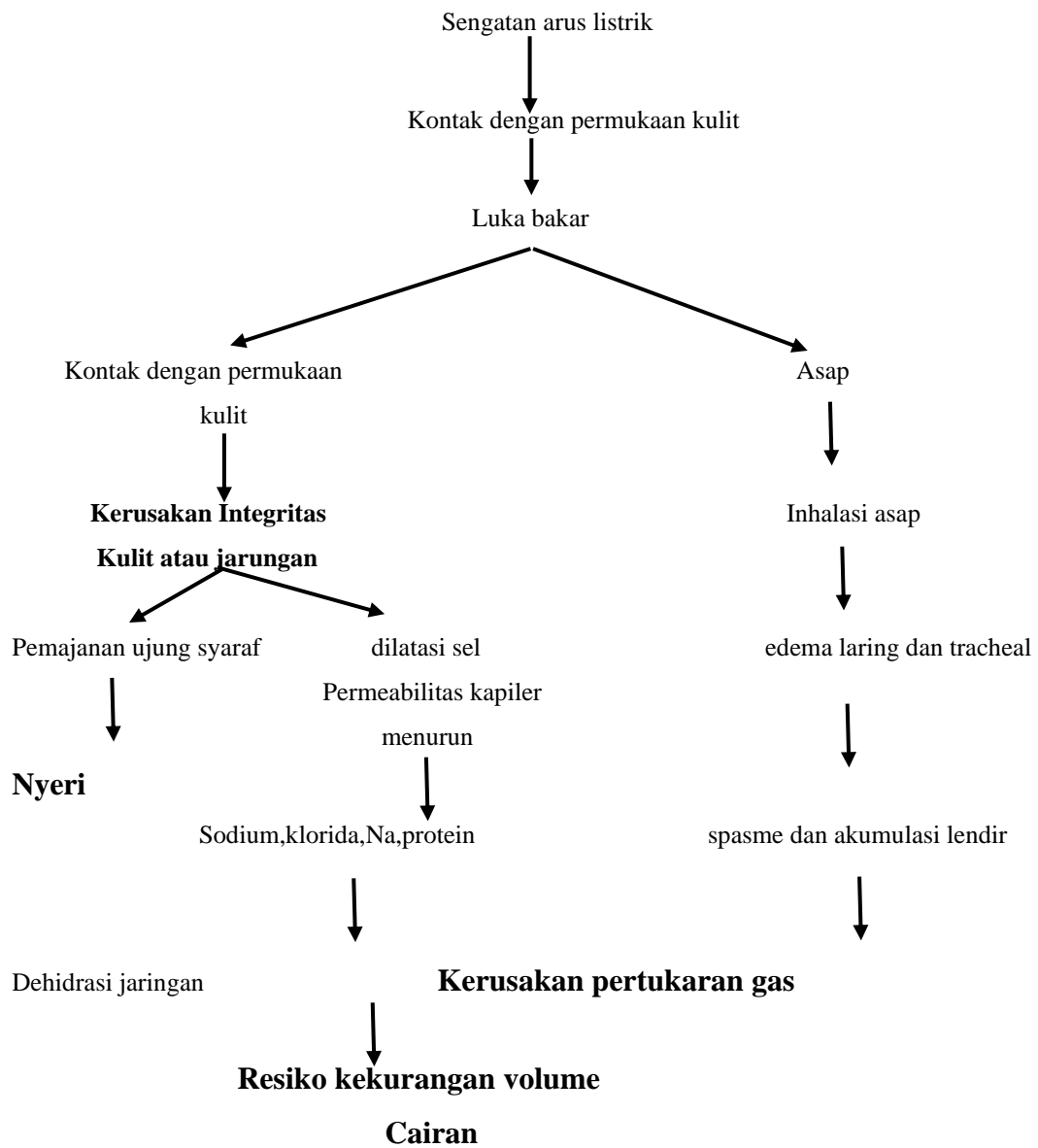
5. Patofisiologi

Luka bakar disebabkan oleh perpindahan energi dari sumber panas ke tubuh. Panas tersebut dipindahkan melalui konduksi atau radiasi elektromagnetik. Kulit dengan luka bakar akan mengalami kerusakan pada epidermis, dermis, maupun jaringan sub kutan tergantung faktor penyebab dan lamanya kulit kontak dengan sumber panas. Dalamnya luka bakar akan mempengaruhi kerusakan atau gangguan integritas kulit dan kematian sel-sel (Wijaya & Putri, 2013, p. 112).

Cidera panas menghasilkan efek lokal dan sistemik yang berkaitan dengan luasnya destruksi jaringan. Dengan luka bakar mayor lebih dari 30% TBSA, terdapat respon sistemik yang menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler, yang memungkinkan protein plasma, cairan dan elektrolit hilang (Wijaya & Putri, 2013, p. 112)

Respon sistemik lainnya adalah anemia, yang disebabkan oleh penghancuran sel darah merah secara langsung oleh panas, hemolisis sel darah merah dalam trombi mikrovaskular sel sel yang rusak (Wijaya & Putri, 2013, p. 112)

Luka bakar merusak fungsi barier kulit terhadap invasi mikroba serta adanya jaringan nekrotik dan eksudat menjadi media pendukung pertumbuhan mikroorganisme, sehingga beresiko untuk menjadi infeksi. Semakin luas luka bakar, semakin besar resiko infeksi (Hemsley dan Ansermino, 2004 dalam Titis, M, 2015, p. 15).



Sumber: Wijaya & Putri, (2013)

Gambar 2.3

Pathway Luka Bakar Sengatan Arus Listrik

6. Proses Penyembuhan Luka

Penyembuhan luka adalah proses penggantian dan perbaikan fungsi jaringan yang rusak. Sifat penyembuhan pada semua luka adalah sama dengan variasi bergantung pada lokasi, keparahan dan luas cedera (Hardjito K et.al., 2012 dalam Amalia, 2015, p. 1) . Ada 3 fase penyembuhan luka yaitu fase inflamasi, fase proliferasi dan fase maturasi (Setyarini EA et.al., 2013 dalam Amalia, 2015, p. 1)

a. Fase inflamasi (reaksi)

Fase inflamasi merupakan reaksi tubuh terhadap luka yang dimulai setelah beberapa menit dan berlangsung sekitar 3 hari setelah cedera.

b. Proliferasi/regenerasi

Fase proliferasi ditandai dengan munculnya pembuluh darah baru sebagai hasil rekonstruksi, fase proliferasi terjadi dalam waktu 3-24 hari.

c. Maturasi/remodeling

Fase maturasi merupakan tahap akhir proses penyembuhan luka. Dapat memerlukan waktu lebih dari 1 tahun, bergantung pada kedalaman dan keluasan luka.

Hambatan utama penyembuhan luka adalah adanya infeksi, peradangan, dan tidak seimbangnya kelembaban. Sehingga pada setiap fase penyembuhan luka memiliki karakteristik tersendiri dari segi warna dan tekstur luka. Area luka dapat mempunyai warna dan tekstur beragam yang berupa pengelupasan, jaringan granulasi merah dan jaringan nekrotik hitam (Amalia, 2015, p. 1)

7. Pemeriksaan penunjang

Menurut Wijaya & Putri, (2013, p.

115) 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. Peningkatan sel darah putih, karena kehilangan sel pada sisi luka bakar dan respon peradangan.
 - c. Analisa Gas Darah (AGD): untuk kecurigaan cidera inhalasi.
 - d. Elektrolit serum. Kalium meningkat sehubungan dengan cidera jaringan, hipokalemia terjadi bila diuresis.
 - e. karboksihemoglobin.
 - f. $\geq 75\%$ indikasi keracunan CO (carbon monoksida).
 - g. Peningkatan BUN
 - h. Peningkatan Natrium
 - i. Peningkatan Klorida
 - j. Mioglobinuria.
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 pergerakan, infeksi, gangguan pernapasan dan kehilangan banyak cairan tubuh (Tholib, 2021, p. 75)

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 (Heatman, 2015, p. 24).

Menurut Doenges, (2022, pp. 895–897) pengkajian keperawatan pada luka bakar adalah sebagai berikut:

- a) Aktifitas/istirahat

Tanda: penurunan kekuatan, tahanan, keterbatasan rentang 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), distimia (syok listrik), pembentukan edema jaringan (semula 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 bilateral jika di 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: edema jaringan umum: anoreksia, mual/muntah.

f) Neurosensori

Gejala: areabatasi; kesemutan.

Tanda : perubahan orientasi, afek perilaku penurunan reflek 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 aliransaraf).

g) Nyeri/keamanan

Gejala : berbagai nyeri; contoh luka bakar derajat pertama secara

ekterensensitifuntukdisentuh;ditekan;gerakan udaradan perubahan suhu;lukabakar ketebalan sedang derajatkedua sangatnyeri; sementara respon padaluka bakar ketebalan derajat kedua tergantung pada keutuhan ujung saraf; lukabakarderajatketiga tidaknyeri.

h) Pernapasan

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

Tanda : serak, batuk mengi; pertikel karbon dalam sputum; ketidakmampuanmenelansekresioraldansianosis;indikasicederainhalasi.Pengembangan thotak mungkin terbatas pada adanya luka bakar lingkardada;jalan nafas atau stridor/mengi (obstruksi sehubungan dengan laringospasme,oedema laringeal); bunyi nafas; gemericik (oedema paru), stridor (oedemalaringeal);sekretjalannafas dalam(ronchi).

i) Keamanan

TandaKulitumum:destruksi jaringan dalamungkintidakterbuktiselama3-5 hari sehubungan dengan proses trobus mikrovaskuler pada beberapa luka.Areakulittakterbakarmungkingindingin/lembab,pucat,denganpengisiankapilerlambatpadaadanyapenurunancurahjantungsehubungan dengankehilangancairan/status syok.

j) Pemeriksaandiagnostik:

- 1) LED:mengkaji hemokonsentrasi
- 2) *Elektrolitserum* mendeteksi ketidakseimbangancairan danbiokimia.Initerutama penting untuk memeriksa kalium terdapat peningkatan dalam 24 jampertamakarenapeningkatankalium dapat menyebabkanhentijantung.
- 3) GDA dan sinar X dada mengkaji fungsi pulmonal, khususnya pada cederainhalasiasap.
- 4) BUNdankreatininmengkajifungsiginjal.
- 5) Urinalisasimenunjukkanmioglobindanhemokromogenmenandakankerusaknototpadalukabakarketebalanpenuhluas.
- 6) Bronkoskopimembantumemastikancederainhalasiasap.

- 7) Koagulasi memeriksa faktor-faktor pembekuan yang dapat menurun pada luka bakar masif.
- 8) Kadarkarbonmonoksidaserummeningkatpadacederainhalasiasap

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan (Heatman, 2015, p. 25). Menurut Wijaya & Putri, (2013, p. 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, bentuk 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 epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan 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.

- e. 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) (Heatman, 2015, p. 27). Rencana keperawatan pada pasien dengan luka bakar dengan gangguan kenyamanan.

Tabel 2.3
Rencana Asuhan Keperawatan dengan Luka Bakar

No	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tujuan (SLKI)	Rencana Intervensi (SIKI)
1	<p>Risiko hipovolemia Definisi : Berisiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel dan/atau intraseluler</p> <p>Ds : - Do : -</p> <p>Kondisi klinis terkait : Penyakit addison Trauma/ pendarahan Luka bakar AIDS Penyakit crohn Muntah Diare Kolitis ulseratif</p>	<p>Status cairan (membaik) Dengan kriteria hasil :</p> <p>Kekuatan nadi meningkat Turgor kulit membaik Output urine meningkat Frekuensi nadi membaik Tekanan darah membaik Tekanan nadi membaik Membran mukosa membaik</p>	<p>Manajemen hipovolemia :</p> <p>Periksa tanda dan gejala hipovolemia Monitor intake dan output cairan Berikan asupan cairan Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral Kolaborasi pemberian cairan</p>

1	2	3	4
2	<p>Nyeri akut Definisi : 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 pencedera fisik (terbakar) Batasan karakteristik :</p> <p>Data subjektif : a. Klien mengeluh nyeri</p> <p>Data objektif : a. Tampak meringis b. Bersikap protektif (waspada, posisi menghindari nyeri) c. Gelisah</p>	<p>Tingkat nyeri (menurun) Dengan kriteria hasil : Mengeluh nyeri menurun Meringis menurun Sikap protektif menurun Gelisah menurun</p>	<p>Manajemen nyeri : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Anjurkan Menggunakan analgetik secara cepat</p>

1	2	3	4
3	<p>Gangguan integritas kulit Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen). Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor terbakar. Batasan karakteristik : Data subjektif : a. Klien mengatakan kulitnya terasa perih dan panas Data objektif : a. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit b. Nyeri c. Kemerahan</p>	<p>Integritas kulit dan jaringan (meningkat) Dengan kriteria hasil : .Kerusakan jaringan menurun Kerusakan lapisan kulit menurun Kemerahan menurun Suhu kulit Membaik</p>	<p>Perawatan integritas kulit : Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Ubah posisi tiap 2 jam sekali Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif Anjurkan minum air yang cukup</p>

4. Implementasi

Menurut Suwarni & Apriyani, (2017, p. 20) implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan. 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 (Suwarni & Apriyani, 2017, p. 20).