

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA SISTEM INTEGUMEN
“COMBUSTIO”**

Tugas Ini Disusun Untuk Memenuhi Penugasan Mata Kuliah Keperawatan
Dewasa Sistem Muskuloskeletal, Integumen, Persepsi Sensori, dan Persarafan

Dosen Pengampu: Maria Putri Sari.,M.Kep



Disusun Oleh:

Kelompok 6

Aninda Kusumaningrum / SKA12022009

Isnaini Nur Annisa / SKA12022020

Tryphonia Gratia Sarumaha D.S / SKA12022039

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN NOTOKUSUMO
YOGYAKARTA**

2024

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa telah memberikan kelancaran dalam menyelesaikan tugas diskusi dan makalah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Sistem Integumen “*Combustio*” juga dalam hal menyusun makalah yang tidak terlepas dari arahan dan bimbingan Bapak/Ibu dosen sekalian. Makalah disusun untuk memenuhi tugas Mata Kuliah Keperawatan Dewasa Sistem Muskuloskeletal, Integumen, Persepsi Sensori, dan Persarafan dan makalah ini bertujuan untuk menambah wawasan dan pengalaman bagi para pembaca. Untuk dapat memperbaiki bentuk maupun menambah isi makalah agar menjadi lebih baik lagi, Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Kedua orang tua penulis yang mendukung selama masa perkuliahan berlangsung.
2. Teman-teman yang telah bekerja sama pada diskusi ini.
3. Ibu Maria Putri Sari.,M.Kep selaku Dosen Pengampu Keperawatan Dewasa Sistem Muskuloskeletal, Integumen, Persepsi Sensori, dan Persarafan

Penulis menyadari makalah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh sebab itu, saran dan kritik yang membangun diharapkan demi kesempurnaan makalah ini. Semoga makalah ini dapat memberi manfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembacanya, terima kasih.

D.I. Yogyakarta, 12 September 2024

Kelompok 6

Daftar Isi

KATA PENGANTAR	i
BAB I PENDAHULUAN	3
A. Latar belakang.....	3
BAB II KONSEP DASAR	5
A. Pengertian.....	5
b. Etiologi.....	6
c. Patofisiologi	8
d. Manifestasi klinik.....	11
e. Pemeriksaan penunjang.....	17
f. Komplikasi	18
g. Penatalaksanaan	19
BAB III TINJAUAN KASUS	27
A. Pengkajian	27
b. Diagnosis keperawatan.....	29
c. Perencanaan keperawatan	30
BAB IV PENUTUP	32
A. Kesimpulan	32
DAFTAR PUSTAKA	33

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Vulnus Combustio merupakan rusaknya jaringan akibat terkena dengan paparan panas seperti api, air panas, minyak panas, listrik dan lain-lain. Hal ini menyebabkan seseorang mengalami kondisi yang membahayakan atau mengancam nyawa jika tidak ditangani dengan cepat. Luka bakar ini merusak bagian epidermis, dermis, maupun jaringan subkutan. (Handayani Dkk 2020).

Luka bakar/ *Vulnus Combustio* adalah trauma akibat kerusakan jaringan pada kulit yang bersentuhan langsung dengan benda panas atau dingin, tersengat listrik serta paparan bahan kimia (Jeschke & Gauglitz, 2020) hal tersebut dapat mengakibatkan komplikasi seperti kecacatan fisik, gangguan psikologis, infeksi, gangguan pernapasan, hipotermia, menurunnya volume darah, penyakit pada daerah sendi dan tulang hingga berdampak pada kematian (Khajehgoodari et al., 2020).

Angka kejadian *Vulnus Combustio* saat ini masih tinggi, korban yang meninggal mencapai 265.000 setiap tahunnya. Lebih dari satu juta orang di India mengalami luka bakar dari sedang sampai berat. Di Bangladesh, Columbia, Mesir, dan Pakistan 17% anak dengan luka bakar mengalami kecacatan ringan atau sementara dan 18% mengalami kecacatan permanen. Luka bakar sekarang menjadi penyebab kedua cedera tertinggi di Nepal, terhitung 5% mengalami kecacatan. Asia Tenggara memiliki insiden luka bakar yang tertinggi, terhitung 27% dari semua kematian di seluruh dunia dan hampir 70% diantaranya adalah wanita (*World Health Organization*, 2018).

Kejadian luka bakar di Indonesia masih terbilang tinggi yaitu 40% dengan jumlah pasien yang meninggal sebesar 78% diakibatkan oleh nyala api, tersengat aliran listrik 14%, cairan panas 4%, bahan kimia 3% dan metal 1%

(Waladani dkk, 2021). Pada proporsi kejadian luka bakar tertinggi menurut Provinsi di tempati oleh Provinsi Papua yaitu sebesar 2,1%, Kalimantan Selatan 1,9%, Kalimantan Utara 1,8% dan Sumatera Barat 1,8%. Persentasi luka bakar di Sulawesi utara yaitu 1,3% , pada kasus luka bakar saat ini sebesar 68 kasus atau 45,0 % terjadi pada mereka yang belum bekerja, dan yang paling banyak karena terkena sengatan listrik sebesar 58 kasus atau 38,4 % (Menkes, 2019).

BAB II

KONSEP DASAR

A. PENGERTIAN

Combustio atau luka bakar adalah luka akibat kontak langsung maupun terpapar sumber panas, bahan kimia, listrik atau radiasi (M. Rahmad, Tisya 2019). *Combustio* adalah suatu bentuk kerusakan atau kehilangan jaringan yang disebabkan oleh paparan sumber panas. Selain itu *combustio* sering terjadi karena cairan atau benda padat yang menghasilkan panas (Ledoh, 2019). Luka bakar merupakan trauma pada kulit yang dikaitkan dengan tingginya angka kesakitan dan kematian, gangguan psikologis, dan menurunnya kualitas hidup penderitanya. Luka bakar adalah hal yang sering terjadi dalam rumah tangga maupun kejadian besar diluar rumah. Sehingga masing-masing individu harus menyiapkan penanganan pertama yang tepat dan memberi kesembuhan yang cepat. Luka bakar memiliki angka kejadian dan prevalensi yang tinggi, mempunyai resiko morbiditas dan mortalitas yang tinggi, memerlukan sumber daya yang banyak dan memerlukan biaya yang besar (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/555/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Luka Bakar, 2019).

Luka bakar adalah kondisi cedera yang terjadi pada jaringan kulit ataupun jaringan yang lain yang diakibatkan oleh radioaktif, aliran arus listrik, gesekan benda panas, ataupun terkena bahan kimia. (Young et al, 2019). Luka bakar yang terjadi pada anak-anak merupakan masalah kesehatan yang vital tetapi belum dapat terungkap secara luas dibandingkan orang dewasa. Usia, jenis kelamin, penyebab luka bakar, karakteristik luka bakar, kedalaman luka bakar dan derajat luka bakar dapat dijadikan sebagai indikator angka morbiditas dan mortalitas pada kasus luka bakar. Luka bakar thermal yang paling sering terjadi pada anak-anak, baik karena api atau air panas (Cindy D. Christie, 2018).

B. ETIOLOGI

1) LUKA BAKAR API (*FLAME BURN*)

Api merupakan penyebab utama dari luka bakar, mencakup sekitar 43% dari semua kasus yang dirawat di pusat perawatan luka bakar. Penyebab umum luka bakar oleh api melibatkan penyalahgunaan bahan bakar dan cairan mudah terbakar, serta kecelakaan mobil yang mengakibatkan kebakaran. Luka bakar akibat api sering terjadi pada kelompok usia dewasa.

2) LUKA BAKAR AKIBAT CAIRAN PANAS (*SCALD BURN*)

Luka bakar oleh cairan panas menyumbang sekitar 33% dari semua kasus luka bakar, dan insiden ini lebih tinggi pada anak-anak, khususnya yang berusia di bawah 4 tahun, di mana mencapai hingga 60% dari kasus yang memerlukan rawat inap. Luka bakar akibat cairan panas biasanya bersifat sebagian tebal dan dapat mencakup luka bakar penuh ketebalan. Anak-anak kecil seringkali terluka karena menarik wadah berisi cairan panas, sementara orang dewasa seringkali terluka karena penanganan yang tidak benar terhadap cairan panas seperti minyak panas.

3) LUKA BAKAR KONTAK (*CONTACT BURN*)

Luka bakar akibat kontak dengan benda panas adalah penyebab umum cedera, terutama pada anak-anak dan orang dewasa muda. Orang dewasa muda dapat terluka akibat kontak dengan pipa knalpot sepeda motor yang panas, sementara anak-anak terutama terluka akibat kontak dengan benda-benda panas. Tindakan pencegahan yang disarankan termasuk mengenakan perlindungan terhadap pipa knalpot sepeda motor.

4) LUKA BAKAR YANG TERKAIT DENGAN PEKERJAAN

Cedera luka bakar yang terkait dengan pekerjaan menyumbang sekitar 20-25% dari semua cedera luka bakar serius. Restoran, terutama pada penggorengan, merupakan sumber utama cedera luka bakar yang terkait dengan pekerjaan.

5) **LUKA BAKAR BAHAN KIMIA (*CHEMICAL BURN*)**

Luka bakar kimia dapat disebabkan oleh bahan kimia asam, alkali, atau pelarut organik. Sebagian besar cedera ini terjadi di tempat kerja atau di rumah, dengan asam dan basa menjadi penyebab utama luka bakar kimia.

6) **LUKA BAKAR LISTRIK**

Cedera listrik disebabkan oleh arus listrik dapat terjadi di berbagai tempat, termasuk rumah, lahan pertanian, dan lokasi industri. Risiko terbesar terkait dengan pekerjaan yang melibatkan listrik tinggi atau tegangan tinggi.

7) **LUKA BAKAR AKIBAT SAMBARAN PETIR**

Sambaran petir dapat menyebabkan cedera dan kematian, terutama pada individu yang beraktivitas di luar ruangan. Pria memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan wanita, dan kebanyakan korban adalah mereka yang bermain golf atau memancing di luar ruangan.

8) **LUKA BAKAR AKIBAT KEMBANG API**

Kembang api adalah penyebab musiman lain dari luka bakar, terutama selama liburan *Fourth of July*. Luka bakar yang disebabkan oleh kembang api sering melibatkan tangan, kepala, dan mata, dan terutama dialami oleh anak laki-laki.

9) **LUKA BAKAR YANG DISENGAJA**

Luka bakar yang disengaja dapat disebabkan oleh diri sendiri atau oleh orang lain. Alasannya dapat bervariasi, termasuk konflik antar individu, tekanan sosial, dan masalah psikologis. Tingkat kematian akibat luka bakar yang disengaja relatif tinggi, dan sering kali terkait dengan upaya bunuh diri atau mutilasi diri. Penilaian psikiatri diperlukan dalam kasus luka bakar yang disengaja (Saputra D, 2023)

10) **SUNBURN SINAR MATAHARI**

Sunburn adalah reaksi peradangan terhadap kerusakan radiasi *ultraviolet* (UV) pada lapisan terluar kulit. Luka bakar akibat paparan

sinar matahari yang parah mungkin membutuhkan waktu yang lebih lama untuk bisa sembuh. (Ekawati, 2019)

C. PATOFISIOLOGI

Luka bakar disebabkan oleh perpindahan energy dari sumber panas ke tubuh. Panas tersebut dapat dipindahkan melalui konduksi atau radiasi elektromagnetik, derajat luka bakar yang berhubungan dengan beberapa factor penyebab, konduksi jaringan yang terkena dan lamanya kulit kontak dengan sumber panas. Kulit dengan luka bakar mengalami kerusakan pada epidermis, dermis, maupun jaringan subkutan tergantung pada penyebabnya. Terjadinya integritas kulit memungkinkan mikroorganisme masuk ke dalam tubuh. Kehilangan cairan akan mempengaruhi nilai normal cairan dan elektrolit tubuh akibat dari peningkatan pada permeabilitas pembuluh darah sehingga terjadi perpindahan cairan dari intravaskuler ke ekstra vaskuler melalui kebocoran kapiler yang berakibat tubuh kehilangan natrium, air, klorida, kalium dan protein plasma, kemudian terjadi edema menyeluruh dan dapat berlanjut pada syok hipovolemik apabila tidak segera ditangani (Otan Octavianus, 2019).

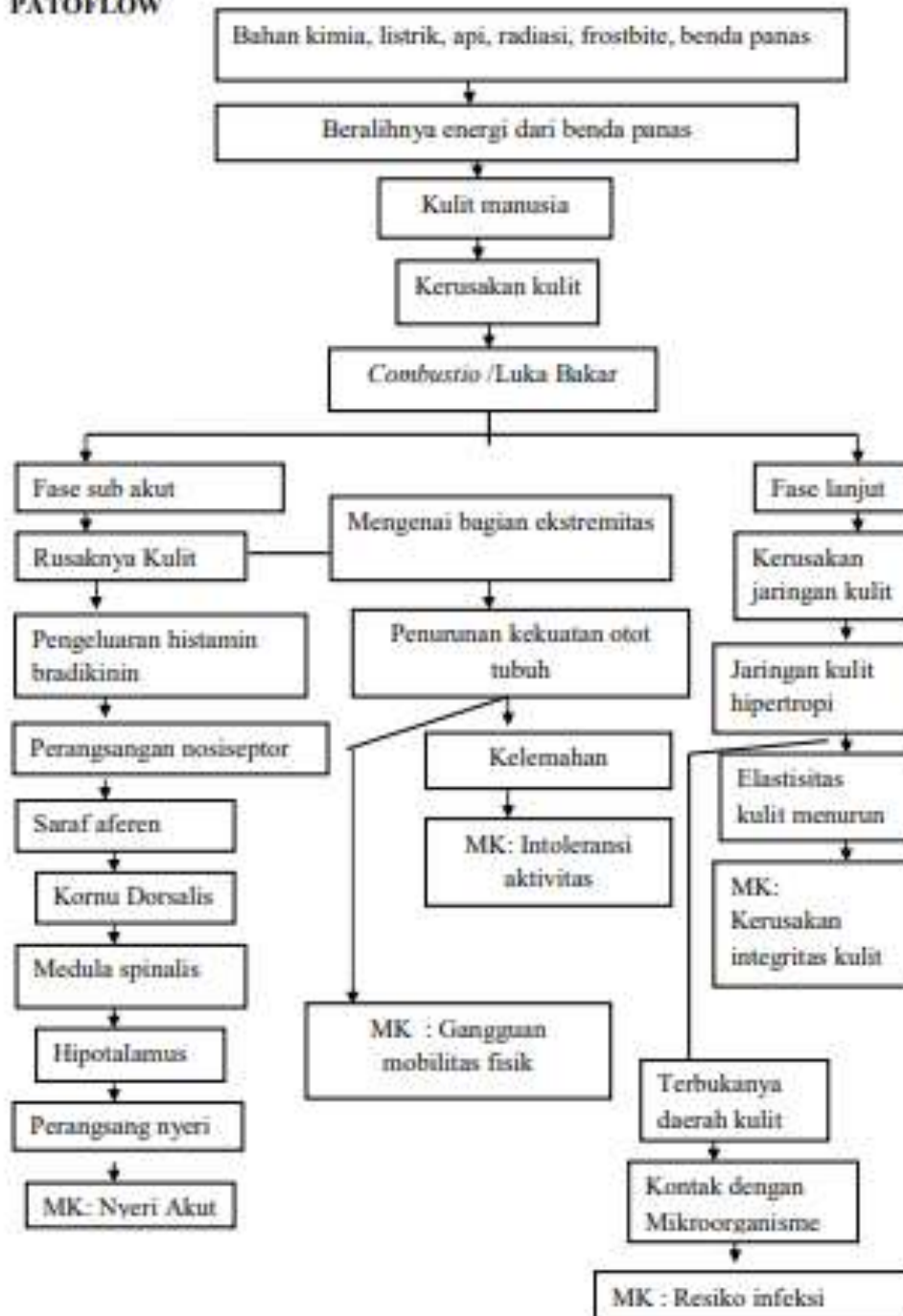
Luka bakar (*Combustio*) disebabkan oleh pengalihan energi dari suatu sumber panas kepada tubuh. Panas dapat dipindahkan lewat hantaran atau radiasi elektromagnetik. Destruksi jaringan terjadi akibat koagulasi, denaturasi protein atau ionisasi isi sel. Kulit dan mukosa saluran nafas atas merupakan lokasi destruksi jaringan. Jaringan yang dalam termasuk organ visceral dapat mengalami kerusakan karena luka bakar elektrik. Nekrosis dan keganasan organ dapat terjadi. Kedalaman luka bakar bergantung pada suhu agen penyebab luka bakar dan lamanya kontak dengan agen tersebut. Paparan selama 15 menit dengan air panas dengan suhu sebesar 56.10 C mengakibatkan cedera full thickness yang serupa. (Purwanto, 2016). Perubahan patofisiologik yang disebabkan oleh luka bakar yang berat selama awal periode syok luka bakar mencakup hipoperfusi jaringan dan hipofungsi organ yang terjadi sekunder akibat penurunan curah jantung

dengan diikuti oleh fase hiperdinamik serta hipermetabolik. Kejadian sistemik awal sesudah luka bakar yang berat adalah ketidakstabilan hemodinamika akibat hilangnya integritas kapiler dan kemudian terjadi perpindahan cairan, natrium serta protein dari ruang intravaskuler ke dalam ruang interstisial (Purwanto, 2016).

Curah jantung akan menurun sebelum perubahan yang signifikan pada volume darah terlihat dengan jelas. Karena berkelanjutnya kehilangan cairan dan berkurangnya volume vaskuler, maka curah jantung akan terus turun dan terjadi penurunan tekanan darah. Sebagai respon, sistem saraf simpatik akan melepaskan ketokelamin yang meningkatkan vasokonstriksi dan frekuensi denyut nadi. Selanjutnya vasokonstriksi pembuluh darah perifer menurunkan curah jantung. Umumnya jumlah kebocoran cairan yang tersebar terjadi dalam 24 hingga 36 jam pertama sesudah luka bakar dan mencapai puncaknya dalam waktu 6-8 jam. Dengan terjadinya pemulihan integritas kapiler, syok luka bakar akan menghilang dan cairan mengalir kembali ke dalam kompartemen vaskuler, volume darah akan meningkat. Karena edema akan bertambah berat pada luka bakar yang melingkar. Tekanan terhadap pembuluh darah kecil dan saraf pada ekstermitas distal menyebabkan obstruksi aliran darah sehingga terjadi iskemia. Komplikasi ini dinamakan sindrom kompartemen Volume darah yang beredar akan menurun secara dramatis pada saat terjadi syok luka bakar (Purwanto, 2016).

Kehilangan cairan dapat mencapai 3-5 liter per 24 jam sebelum luka bakar ditutup. Selama syok luka bakar, respon luka bakar respon kadar natrium serum terhadap resusitasi cairan bervariasi. Biasanya hiponatremia terjadi segera setelah terjadinya luka bakar, hiperkalemia akan dijumpai sebagai akibat destruksi sel massif. Hipokalemia dapat terjadi kemudian dengan berpindahnya cairan dan tidak memadainya asupan cairan. Selain itu juga terjadi anemia akibat kerusakan sel darah merah mengakibatkan nilai hematokrit meninggi karena kehilangan plasma. (Purwanto, 2016)

PATOFLOW



D. MANIFESTASI KLINIK

Menurut Ekawati, (2019) manifestasi klinis luka bakar sebagai berikut:

- a. Beratnya luka bakar tergantung kepada jumlah jaringan yang terkena dan kedalaman luka

1) Luka bakar derajat I

Merupakan luka bakar yang paling ringan. Kulit yang terbakar menjadi merah, nyeri, sangat sensitif terhadap sentuhan dan lembab, atau membengkak. Jika ditekan, daerah yang terbakar akan memutih, belum terbentuk lepuh.

2) Luka bakar derajat II

Menyebabkan kerusakan yang lebih dalam. Terjadi kerusakan epidermis dan dermis. Kulit melepuh dasarnya tampak merah, atau keputihan dan terisi oleh cairan kental yang jernih. Jika disentuh warnanya berubah menjadi putih dan terasa nyeri.

3) Luka bakar derajat III

Menyebabkan kerusakan yang paling dalam. Seluruh epidermis dan dermis telah rusak dan telah pula merusak jaringan di bawahnya (lemak atau otot). Permukaannya bisa berwarna putih dan lembut atau berwarna hitam, hangus dan kasar. Kerusakan sel darah merah pada daerah yang terbakar bisa menyebabkan luka bakar berwarna merah terang. Kadang daerah yang terbakar melepuh dan rambut/bulu ditempat tersebut mudah dicabut dari akarnya. Jika disentuh, tidak timbul rasa nyeri karena ujung saraf pada kulit telah mengalami kerusakan. Jaringan yang terbakar bisa mati. Jika jaringan mengalami kerusakan akibat luka bakar, maka cairan akan merembes dan pembuluh darah dan menyebabkan pembengkakan.

Pada luka bakar yang luas, kehilangan sejumlah besar cairan karena perembesan tersebut bisa menyebabkan terjadinya syok. Tekanan darah sangat rendah sehingga darah yang mengalir ke otak sangat sedikit.

b. Kedalaman luka bakar

1) Luka bakar derajat I

- a) Kerusakan terjadi pada lapisan epidermis
- b) Kulit kering, hiperemi berupa eritema
- c) Tidak dijumpai bulla
- d) Nyeri karena ujung-ujung saraf sensorik teriritasi
- e) Penyembuhan terjadi spontan dalam waktu 5-10 hari

2) Luka bakar derajat II

Tampak bullae, dasar luka kemerahan (derajat IIA), dasar pucat keputihan (derajat IIB), nyeri hebat terutama pada derajat IIA. Luka bakar derajat II ini dibedakan menjadi 2 (dua), yaitu :

- a) Derajat IIA dangkal (superficial)
 - 1. Kerusakan mengenai bagian superfisial dari dermis.
 - 2. Organ-organ kulit seperti folikel rambut, kelenjar keringat, kelenjar sebacea masih utuh.
 - 3. Penyembuhan terjadi spontan dalam waktu 10-14 hari.
- b) Derajat IIB dalam (deep)
 - 1. Kerusakan mengenai hampir seluruh bagian dermis.
 - 2. Organ-organ kulit seperti folikel rambut, kelenjar keringat, kelenjar sebacea sebagian besar masih utuh.
 - 3. Penyembuhan terjadi lebih lama, tergantung epitel yang tersisa. Biasanya penyembuhan terjadi lebih dari sebulan.

3) Luka bakar derajat III

- a) Kerusakan meliputi seluruh lapisan dermis dan lapisan yang lebih dalam.
- b) Organ-organ kulit seperti folikel rambut, kelenjar keringat, kelenjar sebacea mengalami kerusakan

- c) Tidak dijumpai bulae.
- d) Kulit yang terbakar berwarna abu-abu dan pucat. Karena kering letaknya lebih rendah dibanding kulit sekitar
- e) Terjadi koagulasi protein pada epidermis dan dermis yang dikenal sebagai eskar.
- f) Tidak dijumpai rasa nyeri dan hilang sensasi, oleh karena ujung-ujung saraf sensorik mengalami kerusakan / kematian.
- g) Penyembuhan terjadi lama karena tidak terjadi proses epitelisasi spontan dari dasar luka

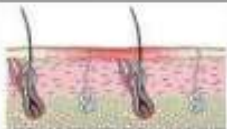

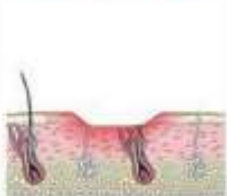


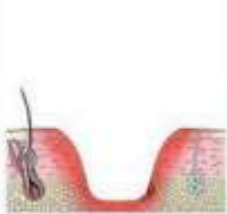


Derajat	Korelasi anatomi	Aspek skema	Aspek klinis
I	Kemerahan, pembengkakan, nyeri (epidermis)		
IIa	Kemerahan, melepuh, nyeri (permukaan dermis)		
IIb	Pucat, melepuh, nyeri, (sebagian dermis)		
III	Putih keabuan, nekrosis kehitaman, tidak nyeri (semua dermis)		
IV	Karbonisasi (dapat meluas ke tulang dan sendi)		

Table 1: Klasifikasi Kedalaman Luka Bakar

Derajat kedalaman	Etiologi	Lapisan kulit yang terkena	Tampilan kulit	Nyeri	Waktu penyembuhan
Superfisial derajat I	Paparan sinar matahari, paparan singkat cairan panas dengan viskositas rendah	Hanya lapisan epidermis	Berwarna merah muda atau merah, lembab, tidak melepuh	Nyeri sedang sampai berat	3-7 hari
Derajat IIA	Cairan panas atau paparan singkat bahan kimia yang terbakar dengan asam lemah atau alkali, terbakar oleh nyala api	Dermis	Melepuh, merah, lembab, biasanya lapisan epidermis masih utuh, pucat	nyeri berat	1-3 minggu dapat terjadi perubahan pigmen jangka panjang
Derajat IIB	Bahan kimia, listrik, cairan panas dengan viskositas tinggi, terbakar oleh nyala api.	Lapisan yang lebih dalam (retikuler) dermis	Kering, putih, tidak pucat, lapisan epidermis tidak utuh	Nyeri ringan atau nyeri jika ditekan	3-6 minggu

Derajat III	Api, bahan kimia, ledakan bom	Kerusakan penuh kulit sampai ke dalam subkutan	Kulit kasar, kering, putih atau merah dengan banyak thrombosis pembuluh darah	Biasanya tidak ada nyeri	Biasanya susah sembuh dengan perawatan pada umumnya, sehingga memerlukan cangkok kulit.
-------------	-------------------------------	--	---	--------------------------	---

c. Berdasarkan tingkat keseriusan luka

1) Luka bakar ringan/minor

- a) Luka bakar dengan luas < 15 % pada dewasa
- b) Luka bakar dengan luas < 10 % pada anak dan usia lanjut
- c) Luka bakar dengan luas < 2 % pada segala usia (tidak mengenai muka, tangan, kaki, dan perineum).

2) Luka bakar sedang (moderate burn)

- a) Luka bakar dengan luas 15 – 25 % pada dewasa, dengan luka bakar derajat III kurang dari 10 %
- b) Luka bakar dengan luas 10 – 20 % pada anak usia < 10 tahun atau dewasa > 40 tahun, dengan luka bakar derajat III kurang dari 10 %
- c) Luka bakar dengan derajat III < 10 % pada anak maupun dewasa yang tidak mengenai muka, tangan, kaki, dan perineum.

3) Luka bakar berat (major burn)

- a) Derajat II-III > 20 % pada pasien berusia di bawah 10 tahun atau di atas usia 50 tahun
- b) Derajat II-III > 25 % pada kelompok usia selain disebutkan pada butir pertama
- c) Luka bakar pada muka, telinga, tangan, kaki, dan perineum

- d) Adanya cedera pada jalan nafas (cedera inhalasi) tanpa memperhitungkan luas luka bakar
- e) Luka bakar listrik tegangan tinggi
- f) Disertai trauma lainnya
- g) Pasien-pasien dengan resiko tinggi.

d. Fase-fase luka bakar

1) Fase akut Disebut sebagai fase awal atau fase syok.

Dalam fase awal penderita akan mengalami ancaman gangguan airway (jalan nafas), breathing (mekanisme bernafas) dan circulation (sirkulasi. Pada fase akut sering terjadi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit akibat cedera termal yang berdampak sistemik.

2) Fase sub akut Berlangsung setelah fase syok teratasi.

Masalah yang terjadi adalah kerusakan atau kehilangan jaringan akibat kontak dengan sumber panas. Luka yang terjadi menyebabkan:

- a) Proses inflamasi dan infeksi
- b) Problem penutupan luka dengan titik perhatian pada luka telanjang atau tidak berbaju epitel luas dan atau pada struktur atau organ-organ fungsional.
- c) Keadaan hipermetabolisme.

3) Fase lanjut

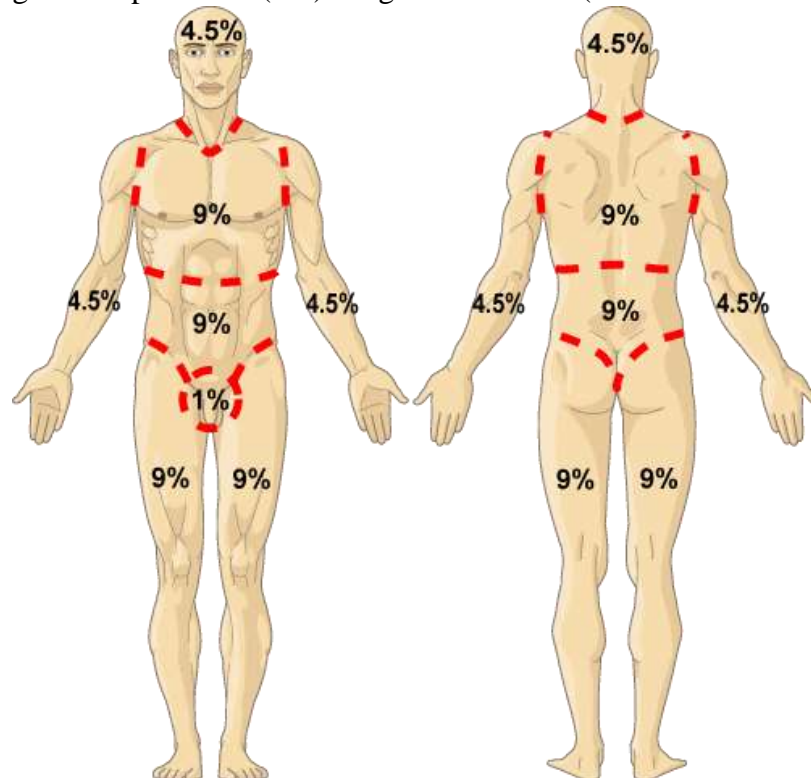
Fase lanjut akan berlangsung hingga terjadinya maturasi parut akibat luka dan pemulihan fungsi organ-organ fungsional. Problem yang muncul pada fase ini adalah penyulit berupa parut yang hipertropik, keloid, gangguan pigmentasi, deformitas dan kontraktur

e. Luas luka bakar

Untuk menghitung secara cepat dipakai *Rules of Nine* atau *rules of wallace* dari *Wallace*. Perhitungan cara ini hanya dapat diterapkan pada orang dewasa, karena anak-anak mempunyai proporsi tubuh yang

berbeda. Pada anak dipakai modifikasi *rule of nines* menurut Lund and Browder.

Pembagian tubuh menurut Wallace terdiri atas 9% untuk setiap bagiannya atau kelipatan 9 yang terkenal dengan nama *rule of nine* atau *rule of Wallace*. Adapun pembagiannya yaitu kepala dan leher (9%), lengan kanan (9%), lengan kiri (9%), badan bagian depan (18%), badan bagian belakang (18%), kaki kanan (18%), kaki kiri (18%), genitalia/perineum (1%) dengan total 100% (Jainurakhma et al., 2021)



E. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Menurut Bintoro (2019) pemeriksaan penunjang yang diperlukan adalah :

1. Hitung darah lengkap

Peningkatan hematokrit menunjukkan hemokonsentrasi sehubungan dengan perpindahan cairan. Hematokrit dan sel darah merah terjadi sehubungan dengan kerusakan oleh panas terhadap pembuluh darah.

2. Leukosit

Meningkat sebagai respons inflamasi

3. Analisa gas darah

Untuk kecurigaan cedera inhalasi

4. Elektrolit serum, kalium

Meningkat akibat kehilangan protein pada edema jaringan, hipokalemia terjadi bila diuresis.

5. Albumin serum

Meningkat akibat kehilangan protein pada edema jaringan.

6. Kreatinin

Meningkat menunjukkan perfusi jaringan.

7. EKG

Tanda iskemik miokardia dapat terjadi pada luka bakar.

8. Fotografi luka bakar

Memberikan catatan untuk penyembuhan luka bakar selanjutnya

F. KOMPLIKASI

Menurut Purwanto (2016) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien luka bakar yaitu :

a. Gagal jantung kongestif dan edema pulmonal

b. Sindrom kompartemen

Sindrom kompartemen merupakan proses terjadinya pemulihan integritas kapiler, syok luka bakar akan menghilang dan cairan mengalir kembali ke dalam kompartemen vaskuler, volume darah akan meningkat. Karena edema akan bertambah berat pada luka bakar yang melingkar. Tekanan terhadap pembuluh darah kecil dan saraf pada ekstremitas distal menyebabkan obstruksi aliran darah sehingga terjadi iskemia.

c. Adult Respiratory Distress Syndrome

Akibat kegagalan respirasi terjadi jika derajat gangguan ventilasi dan pertukaran gas sudah mengancam jiwa pasien.

d. Ileus Paralitik dan Ulkus Curling

Berkurangnya peristaltik usus dan bising usus merupakan tanda-tanda ileus paralitik akibat luka bakar. Distensi lambung dapat mengakibatkan muntah. Perdarahan lambung yang terjadi sekunder akibat stress fisiologik yang masif (hipersekreasi asam lambung) dapat ditandai oleh darah okulta dalam feces, regurgitasi muntahan atau vomitus yang berdarah, ini merupakan tanda-tanda ulkus curling.

e. Syok sirkulasi

Syok sirkulasi terjadi akibat kelebihan muatan cairan atau bahkan hipovolemik yang terjadi sekunder akibat resusitasi cairan yang adekuat. Tandanya biasanya pasien menunjukkan mental berubah, perubahan status respirasi, penurunan haluaran urine, perubahan pada tekanan darah, curah jantung, tekanan sentral dan peningkatan frekuensi denyut nadi.

f. Gagal ginjal akut

Haluran urine yang tidak memadai dapat menunjukkan resusitasi cairan yang tidak adekuat khususnya hemoglobin atau mioglobin terdeteksi dalam urine.

G. PENATALAKSAAN

Menurut Musytaufia & Sumarliyah, (2018) penatalaksanaan medis luka bakar sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan ABC (*airway, breathing, circulation*)

1) *Airway*

Membebaskan jalan nafas dari sumbatan yang terbentuk akibat edema mukosa jalan nafas ditambah sekret yang diproduksi berlebihan (hipersekresi) dan mengalami pengentalan. Pada luka bakar kritis disertai trauma inhalasi, intubasi (pemasangan pipa endotrakeal) dan atau krikotiroidotomi emergensi dikerjakan pada kesempatan pertama sebelum dijumpai obstruksi jalan nafas yang dapat menyebabkan distress pernafasan. Pada luka bakar akut dengan

kecurigaan trauma inhalasi. Pemasangan pipa nasofaringeal, endotrakeal merupakan prioritas pertama pada resusitasi, tanpa menunggu adanya distress nafas. Baik pemasangan nasofaringeal, intubasi dan atau krikotiroidotomi merupakan sarana pembebasan jalan nafas dari sekret yang diproduksi, memfasilitasi terapi inhalasi yang efektif dan memungkinkan lavase bronkial dikerjakan. Namun pada kondisi sudah dijumpai obstruksi, krikotiroidotomi merupakan indikasi dan pilihan.

2) *Breathing*

a) Pemberian oksigen

Oksigen diberikan 2-4 lpm adalah memadai. Bila sekret banyak, dapat ditambah menjadi 4-6 lpm. Dosis ini sudah mencukupi, penderita trauma inhalasi mengalami gangguan aliran masuk (input) oksigen karena patologi jalan nafas, bukan karena kekurangan oksigen. Hindari pemberian oksigen tinggi (>10 lpm) atau dengan tekanan karena akan menyebabkan hiperoksia (dan barotrauma) yang diikuti terjadinya stres oksidatif.

b) Humidifikasi Oksigen diberikan bersama uap air.

Tujuan pemberian uap air adalah untuk mengencerkan sekret kental (agar mudah dikeluarkan) dan meredakan proses inflamasi mukosa.

c) Terapi inhalasi

Terapi inhalasi menggunakan nebulizer efektif bila dihembuskan melalui pipa endotrakea atau krikotiroidotomi. Prosedur ini dikerjakan pada kasus trauma inhalasi akibat uap gas atau sisa pembakaran bahan kimia yang bersifat toksik terhadap mukosa. Dasarnya adalah untuk mengatasi bronkokonstriksi yang potensial terjadi akibat zat kimia. Gejala hipersekresi diatasi dengan pemberian atropin sulfas dan mengatasi proses inflamasi akut menggunakan steroid.

d) Lavase bronkoalveolar

Prosedur lavase bronkoalveolar lebih dapat diandalkan untuk mengatasi permasalahan yang timbul pada mukosa jalan nafas dibandingkan tindakan humidifier atau nebulizer. Sumbatan oleh sekret yang melekat erat (mucusplug) dapat dilepas dan dikeluarkan. Prosedur ini dikerjakan menggunakan metode endoskopik (bronkoskopik) dan merupakan gold standart. Selain bertujuan terapeutik, tindakan ini merupakan prosedur diagnostik untuk melakukan evaluasi jalan nafas.

e) Rehabilitas pernafasan

Proses rehabilitasi sistem pernafasan dimulai seawal mungkin. Beberapa prosedur rehabilitasi yang dapat dilakukan sejak fase akut antara lain pengaturan posisi, melatih reflek batuk dan melatih otot-otot pernafasan. Prosedur ini awalnya dilakukan secara pasif kemudian dilakukan secara aktif saat hemodinamik stabil dan pasien sudah lebih kooperatif.

3) *Circulation*

Penanganan sirkulasi dilakukan dengan pemasangan IV line dengan kateter yang cukup besar, dianjurkan untuk pemasangan CVP untuk mempertahankan volume sirkulasi.

a) Pemasangan infus intravena atau IV line dengan 2 jalur menggunakan jarum atau kateter yang besar minimal no 18, hal ini penting untuk keperluan resusitasi dan tranfusi, dianjurkan pemasangan CVP.

b) Pemasangan CVP (*Central Venous Pressure*) Merupakan perangkat untuk memasukkan cairan, nutrisi parenteral dan merupakan parameter dalam menggambarkan informasi volume cairan yang ada dalam sirkulasi. Secara sederhana, penurunan CVP terjadi pada kondisi hipovolemia. Nilai CVP yang tidak meningkat pada resusitasi cairan dihubungkan dengan adanya peningkatan permeabilitas kapiler. Di saat permeabilitas kapiler

membalik, pemberian cairan yang berlebihan atau penarikan cairan yang berlebihan akibat pemberian koloid atau plasma akan menyebabkan hipervolemia yang ditandai dengan terjadinya peningkatan CVP.

b. Resusitasi cairan

Perawatan awal pasien yang terkena luka bakar, pemberian cairan intravena yang adekuat harus dilakukan, akses intravena yang adekuat harus ada, terutama pada bagian ekstremitas yang tidak terkena luka bakar. Tujuan utama dari resusitasi cairan adalah untuk menjaga dan mengembalikan perfusi jaringan tanpa menimbulkan edema. Pada luka bakar mayor terjadi perubahan permeabilitas kapiler yang akan diikuti dengan ekstrapasasi cairan (plasma protein dan elektrolit) dari intravaskuler ke jaringan interstisial mengakibatkan terjadinya hipovolemik intravaskuler dan edema interstisial. Pada luka bakar yang berat dengan perubahan permeabilitas kapiler yang hampir menyeluruh, terjadi penimbunan cairan massif di jaringan interstisial menyebabkan kondisi hipovolemik. Volume cairan intravaskuler mengalami defisit, timbul ketidakmampuan menyelenggarakan proses transportasi oksigen ke jaringan. Keadaan ini dikenal dengan sebutan syok. Syok yang timbul harus diatasi dalam waktu singkat, untuk mencegah kerusakan sel dan organ bertambah parah, sebab syok secara nyata bermakna memiliki korelasi dengan angka kematian. Metode resusitasi ini mengacu pada pemberian cairan kristaloid dalam hal ini ringer laktat (karena mengandung elektrolit dengan komposisi yang lebih fisiologis dibandingkan dengan natrium klorida) dengan alasan cairan saja sudah cukup untuk menggantikan cairan yang hilang (perpindahan ke jaringan interstisium), pemberian kristaloid adalah tindakan resusitasi yang paling fisiologis dan aman.

c. Penggantian darah

Luka bakar pada kulit menyebabkan terjadinya kehilangan sejumlah sel darah merah sesuai dengan ukuran dan kedalaman luka bakar. Karena

plasma predominan hilang pada 48 jam pertama setelah terjadinya luka bakar, tetapi relative polisitemia terjadi pertama kali. Oleh sebab itu, pemberian sel darah merah dalam 48 jam pertama tidak dianjurkan, kecuali terdapat kehilangan darah yang banyak dari tempat luka. Setelah proses eksisi luka bakar dimulai, pemberian darah biasanya diperlukan.

d. Perawatan luka bakar

Setelah keadaan umum membaik dan telah dilakukan resusitasi cairan, selanjutnya dilakukan perawatan luka. Perawatan tergantung pada karakteristik dan ukuran dari luka : luka bakar derajat I, merupakan luka ringan dengan sedikit hilangnya barier pertahanan kulit. Luka seperti ini tidak perlu dibalut, cukup dengan pemberian salep antibiotik untuk mengurangi rasa sakit dan melembabkan kulit. Bila perlu dapat diberikan NSAID (Ibuprofen, acetaminophen) untuk mengatasi rasa sakit dan pembengkakan. Luka bakar derajat II (superfisial), perlu perawatan luka setiap harinya, pertama-tama luka diolesi dengan salep antibiotik, kemudian dibalut dengan perban katun dan dibalut lagi dengan perban elastis. Pilihan lain luka dapat ditutup dengan penutup luka sementara yang terbuat dari bahan alami (Xenograft (Pig skin) atau Allograft (homograft, cadaver skin) atau bahan sintesis (opside, biobrane, transcyte, integra 3 luka derajat II (dalam). Luka derajat III perlu dilakukan eksisi awal dan cangkok kulit (early excision and grafting).

e. Nutrisi

Penderita luka bakar membutuhkan kuantitas dan kualitas yang berbeda dari orang normal karena umumnya penderita luka bakar mengalami keadaan hipermetabolik. Kondisi yang berpengaruh dan dapat memperberat kondisi hipermetabolik yang ada adalah:

- 1) Umur, jenis kelamin, status gizi penderita, luas permukaan tubuh, masa bebas lemak.
- 2) Riwayat penyakit sebelumnya seperti DM, penyakit hepar berat, penyakit ginjal dan lain-lain.

- 3) Luas dan derajat luka bakar
- 4) Suhu dan kelembaban ruangan
- 5) Aktivitas fisik dan fisioterapi
- 6) Penggantian balutan
- 7) Rasa sakit dan kecemasan
- 8) penggunaan obat-obatan tertentu dan pembedahan.

f. *Early excision and grafting (E&G)*

Dengan metode ini eschar diangkat secara operatif dan kemudian luka ditutup dengan cangkok kulit (autograft dan atau allograft) setelah terjadi penyembuhan, graft akan terkelupas dengan sendirinya. E&G dilakukan 3-7 hari setelah terjadi luka, pada umumnya tiap harinya dilakukan eksisi 20% dari luka bakar kemudian dilanjutkan pada hari berikutnya. Tapi ada juga ahli bedah yang sekaligus melakukan eksisi pada seluruh luka bakar, tapi cairan ini memiliki resiko yang lebih besar yaitu terjadi hipotermi, atau terjadi perdarahan masif akibat eksisi. Metode ini mempunyai beberapa keuntungan dengan penutupan luka dini, mencegah terjadinya infeksi pada luka.

g. *Escharotomy*

Luka bakar grade III pada ekstremitas dapat menyebabkan iskemik distal yang progresif, terutama apabila terjadi edema saat resusitasi cairan, dan saat adanya pengerutan keropeng. Iskemik dapat menyebabkan gangguan vaskuler pada jari-jari tangan dan kaki. Tanda dini iskemi adalah nyeri, kemudian kehilangan daya rasa sampai baal pada ujung-ujung distal. Juga luka bakar menyeluruh pada bagian thorax atau abdomen dapat menyebabkan gangguan respirasi, dan hal ini dapat dihilangkan dengan *escharotomy*. Dilakukan insisi memanjang yang membuka keropeng sampai penyempitan bebas.

h. *Antibiotik*

Pemberian antibiotik yang didapat secara topikal atau sistemik. Pemberian secara topikal dapat dalam bentuk salep atau cairan untuk merendam. Contoh antibiotik yang sering dipakai berupa salep antara

lain: silver sulfadiazine, mafenide acetate, silver nitrate, Povidone-iodine, bacitracin (biasanya untuk luka bakar grade I), neomycin, polymyxin B, nysatatin, mupirocin, Mebo.

i. Perban biologis

Perban biologis membantu dalam empat cara: mencegah kontaminasi dan pengeringan dari bakteri, menghilangkan bakteri dari permukaan luka, melapisi luka untuk autografting, dan mengurangi peradangan secara lokal dengan mengurangi respon metabolik terhadap luka

Idayanti Titiek, Dkk. (2022) menyatakan bahwa Sangat penting bagi kita untuk menghindari luka jaringan dan membuat luka bakar yang serius. Luka bakar harus dirawat dengan air dingin atau hangat selama 20 menit hingga 4 jam. Ini karena air menahan kerusakan lebih dalam serta mengurangi jaringan parut. Bergantung pada penyebabnya, terapkan pertolongan pertama berikut ini:

1. Luka bakar termal (kelembaban, api, air panas, dll)

Pertolongan pertama untuk luka bakar termal (air panas, nyala api, uap panas) adalah meminta bantuan, menilai lokasi kecelakaan, mengevakuasi bahaya, memeriksa korban, menghentikan luka bakar, mendinginkan dan menutupi luka bakar dengan perban (misalnya - kain goni). Penggunaan air dingin dapat meningkatkan risiko hipotermia akibat luka bakar, sehingga penderita harus segera diselimuti selimut yang bersih dan kering.

2. Luka bakar kimia (alkali)

Pasien dengan luka bakar kimia harus dipindahkan ke area yang terlindung dari paparan bahan kimia dan semua pakaian yang terkontaminasi harus dilepas. Pertolongan pertama untuk luka bakar kimia harus dicuci dengan air mengalir atau cairan steril. Penting untuk memastikan tidak ada bahan kimia yang masuk ke organ vital seperti mulut, hidung, mata, dan telinga. Untuk luka bakar, membilasnya penting karena menghilangkan bahan kimia dan mencegah luka bakar.

3. Luka bakar listrik

Sebelum memberikan pertolongan pertama pada korban tersengat listrik, anda harus terlebih dahulu mematikan listrik. Bahan bakar kemudian dikeluarkan dari tubuh korban dan diganti dengan handuk bersih untuk mengurangi resiko kontaminasi luka dan menjaga suhu tubuh untuk mencegah hipotermia. Jika cedera disebabkan oleh sengatan listrik, anda tidak dapat menggunakan pengobatan rumahan seperti mentega, lemon, krim hidrogen, pasta gigi, hidrogen peroksida, atau bawang karena dapat menyebabkan kerusakan jaringan tambahan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. PENGKAJIAN

Pada tahap pengkajian merupakan fase pertama pekerjaan keperawatan, yang tujuannya untuk mengumpulkan informasi subjektif dan objektif. Informasi subyektif diperoleh dari wawancara dengan pasien atau individu lain, sedangkan informasi obyektif diperoleh dari observasi dan pemeriksaan fisik tenaga kesehatan. Menurut Andini (2021) Pengkajian meliputi :

1. Anamnesa

Mengkaji data diri pasien

- a. Identitas Pasien Perawat akan mengkaji data pasien yang meliputi nama pasien, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, kewarganegaraan, tanggal dan waktu masuk rumah sakit, nomor registrasi dan diagnosa medis.
- b. Keluhan pasien Mengkaji keluhan luka bakar yang dirasakan oleh pasien tersebut antara lain nyeri, sesak napas. Nyeri dapat terjadi karena kerusakan kulit. Penilaian respon nyeri menggunakan penilaian nyeri yaitu paliatif, berat, waktu, kualitas (p,q,r,s,t).
- c. Keluhan kesehatan sekarang Penulis menanyakan peristiwa yang terjadi pada pasien atau kondisi pasien saat ini.
- d. Riwayat Kesehatan Dahulu Penulis bertanya tentang penyakit yang pernah diderita pasien sebelumnya
- e. Keluhan Kesehatan Keluarga Penulis bertanya kepada keluarga pasien tentang penyakit bawaan yang pernah keluarga alami.
- f. Riwayat Psiko- Sosio- Spiritual Penulis mengkaji tentang psikologis meliputi status emosional, kognitif dan perilaku pasien, serta penilaian terhadap kemampuan pasien untuk menghadapi penyakitnya.

- g. Aktivitas sehari-hari pasien
- 1) Kebiasaan atau kegiatan yang dilakukan oleh pasien sehari-hari
Penulis mengkaji kebiasaan atau aktivitas pasien di rumah dan di rumah sakit yang cenderung menimbulkan masalah bagi pasien.
 - 2) Tidur dan istirahat Penulis mengkaji tentang waktu istirahat pasien, pasien kesulitan tidur atau mengeluh tentang tidur karena cedera yang dialami ketidaknyamanan atau rasa sakit dan penurunan kekuatan, gerakan terbatas di daerah yang sakit.
 - 3) Eliminasi Mengkaji tentang keluhan pasien saat BAB atau BAK
 - 4) hubungan dan peran mengkaji tentang hubungan pasien dengan pasien lain maupun pasien dengan keluarganya sendiri
 - 5) persepsi dan konsep diri mengkaji terhadap kepercayaan pasien tentang penyakit yang dideritanya pasien merasa tidak berdaya ketika mereka sakit dan berharap untuk sembuh atau tidak.
- h. Pemeriksaan bagian tubuh pasien Pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan pada penderita *Vulnus Combustio* antara lain:
1. Pernafasan (B1 : *Breathing*)
 - a. Inspeksi Periksa bentuk dada, irama nafas, pengembangan dada tidak maksimal, ada suara nafas tambahan atau tidak
 - b. Palpasi Setelah deteksi, detak jantung menjadi cepat, pelebaran meningkat, dan pelepasan yang teraba biasanya menurun
 - c. Perkusi Terdengar suara normal atau hiper sonor
 - d. Auskultasi Bergantung pada tingkat keparahan obstruksi bronkial, mengi sering mungkin terjadi.
 2. Kardiovaskuler (B2 : *Blood*) Biasanya terjadi tekanan darah tinggi (syok), Penurunan nadi perifer, kulit putih dan dingin (syok), takikardia (syok/kecemasan/nyeri), aritmia (syok), pembentukan edema jaringan (semua luka bakar).

3. Persyarafan (B3 : *Brain*) Kesadaran compos mentis, area didaerah yang luka mati rasa, kesemutan, perubahan arah, kesan, perilaku, penurunan refleks tendon yang berhubungan dengan cedera ekstremitas, aktivitas epilepsi (kejutan listrik), robekan kornea, kerusakan retina, penurunan ketajaman penglihatan pada robekan timpani, kelumpuhan, nyeri
4. Perkemihan (B4 : *Bladder*) Penurunan produksi urin, warna urin hitam kemerahan dengan adanya mioglobin menunjukkan kerusakan otot selama diuresis.
5. Pencernaan (B5 : *Bowel*) Penderita biasanya tidak nafsu makan atau mungkin mengalami mual dan muntah, terkadang disertai dengan penurunan berat badan.
6. Tulang, otot, kulit (B6 : *Bone*) Selaput lendir, kulit lembab dan gatal, edema perifer dan lesi kulit, dan dapat menyebabkan kelemahan otot. Studi pasien dengan luka bakar vulnus adalah:
 - a. Kedalaman luka
 - b. Lokasi/area cedera

B. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Diagnosis keperawatan merupakan pengkajian klinis terhadap respons klien mengenai masalah kesehatan yang aktual atau potensial. Diagnosa bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien secara individu, keluarga dan masyarakat terhadap situasi yang berhubungan dengan kesehatan (Tim Pokja PPNI DPP SDKI, 2017). Diagnosa keperawatan pada penderita luka bakar

1. Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan pada permukaan kulit
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri saat bergerak

4. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan pada penghalang kulit, respons imun yang terganggu, dan prosedur invasif.

C. PERENCANAAN KEPERAWATAN

Diagnosa I : Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan kulit

Tujuan : Rasa nyeri dapat berkurang atau terkontrol

Intervensi

- Lakukan pengkajian nyeri dengan metode PQRST komprehensif yang meliputi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas.
- Ajarkan penggunaan teknik pereda nyeri nonfarmakologi, terutama mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam.
- Berikan obat kepada pasien untuk menghilangkan rasa sakit yang optimal.
- Mengontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi kenyamanan pasien.

Diagnosa II : Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kerusakan pada permukaan kulit

Tujuan : Menunjukkan regresi jaringan mencapai pemulihan tepat waktu

Intervensi :

- Kaji atau catat ukuran, warna, kedalaman luka terhadap iskemik
- Lakukan perawatan luka yang tepat
- Pertahankan tempat tidur tetap bersih dan kering
- Dorong keluarga untuk membantu merawat klien

Diagnosa III : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri saat bergerak

Tujuan : Mempertahankan posisi fungsional, meningkatkan intensitas nyeri dan kemampuan fungsional.

Intervensi :

- Kaji ROM dan kekuatan otot pada luka bakar
- Pertahankan area luka bakar dalam posisi fisiologis
- Anjurkan melakukan ROM aktif setiap 2-4 jam
- Jelaskan kepada pasien pentingnya perubahan postural dan gerakan.

Diagnosa IV : Resiko infeksi ditandai dengan kerusakan integritas kulit /adanya luka bakar

Intervensi :

- Periksa tanda-tanda infeksi
- Gunakan teknik aseptik antiseptik saat membalut luka
- Pertahankan kebersihan diri pasien
- Ganti balutan dan bersihkan area yang terbakar setiap hari
- Kolaborasi pemberian antibiotik

BAB IV

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Combustio atau luka bakar adalah luka akibat kontak langsung maupun terpapar sumber panas, bahan kimia, listrik atau radiasi. *Combustio* adalah suatu bentuk kerusakan atau kehilangan jaringan yang disebabkan oleh paparan sumber panas. Selain itu *combustio* sering terjadi karena cairan atau benda padat yang menghasilkan panas. Luka bakar yang terjadi pada anak-anak merupakan masalah kesehatan yang vital tetapi belum dapat terungkap secara luas dibandingkan orang dewasa. Usia, jenis kelamin, penyebab luka bakar, karakteristik luka bakar, kedalaman luka bakar dan derajat luka bakar dapat dijadikan sebagai indikator angka morbiditas dan mortalitas pada kasus luka bakar. Terjadinya integritas kulit memungkinkan mikroorganisme masuk ke dalam tubuh. Kehilangan cairan akan mempengaruhi nilai normal cairan dan elektrolit tubuh akibat dari peningkatan pada permeabilitas pembuluh darah sehingga terjadi perpindahan cairan dari intravaskuler ke ekstra vaskuler melalui kebocoran kapiler yang berakibat tubuh kehilangan natrium, air, klorida, kalium dan protein plasma, kemudian terjadi edema menyeluruh dan dapat berlanjut pada syok hipovolemik apabila tidak segera ditangani.

DAFTAR PUSTAKA

- Apriani, B., & Alhamd, B. (2023). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Luka Bakar di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Bhayangkara Makassar*. Makassar: STIKES Stella Maris.
- Azizza, Z. Q., Anggraini, D. I., Berawi, K. N., & Sibero, H. T. (2024). *Penatalaksanaan Combustio Derajat Satu dan Derajat Dua pada Pasien Anak-anak*. Jurnal Medula, XIV(1), 113-116.
- Fauzan, A. R. (2021). *Penggunaan Madu Terhadap Proses Penyembuhan Luka Bakar Derajat II*. Magelang: Universitas Muhammadiyah Magelang.
- Kurniawan, S. W., & Susianti. (2017). *Luka Bakar Derajat II-III karena Api pada Laki-laki 22 Tahun di Bagian Bedah Rumah Sakit Umum Daerah Abdoel Moeloek Lampung*. Medula Unila, VII(2), 140-143.
- Missy, V. (2023). *Asuhan Keperawatan pada Pasen Ny.R dengan Vulnus Combustio*. Manado: UNIKA De La Salle Manado.
- Mugiyanto, Idu, C. J., & Hambali, A. (2024). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Combustio dengan Intervensi Pemberian Aromaterapi Lavender Terhadap Penurunan Tingkat Nyeri di Ruang Anggrek C RSUD Kabupaten Tangerang*. Jurnal Ilmu Kesehatan dan Keperawatan, II(2), 63-66.
- Saputra, D. (2023). *Tinjauan Komprehensif tentang Luka Bakar : Klasifikasi, Komplikasi, dan Penanganan*. Scientific journal, II(5), 197-208.
- Violita, V., & Elmaghfuroh, D. R. (2024). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Combustio dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di RSD Balung Jember dan RSD Kalisat Jember*. Health & Medical Sciences, I(4), 1-7.