

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Luka bakar adalah suatu kerusakan integritas kulit atau kerusakan jaringan tubuh yang disebabkan oleh energi panas, bahan kimia, radiasi dan arus listrik. Berat ringan dari luka bakar tergantung pada jumlah area permukaan tubuh yang terpapar, dan lokasi luka bakar yang terjadi (Suriadi, 2004). Luka bakar merupakan trauma yang berdampak paling berat terhadap fisik maupun psikologis dan mengakibatkan penderitaan sepanjang hidup seseorang, dengan angka mortalitas dan morbiditas yang tinggi (Moenajat, 2003). Menurut Wijaya & Putri (2013), salah satu penyebab luka bakar adalah arus listrik, luka bakar listrik terjadi karena panas yang digerakkan dari energi listrik, baik AC (Alternatif Current) maupun DC (Direct Current) yang dihantarkan melalui tubuh. Berat ringannya luka dipengaruhi oleh lamanya kontak, tingginya voltage, dan cara hantaran elektrik tersebut sampai ke tubuh.

Hasdianah & Suprpto (2014), menjelaskan bahwa menurut data dari WHO diperkirakan terjadi 265.000 kematian pertahun akibat luka bakar. Angka kejadian dan kematian akibat luka bakar tujuh kali lebih tinggi pada daerah dengan pendapatan perkapita rendah sampai menengah dan hampir setengahnya terjadi di regio Asia Tenggara. Indonesia merupakan Negara yang masuk dalam regio Asia Tenggara. Berdasarkan data dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia pada tahun 2008 prevalensi luka bakar di Indonesia adalah 2,2 %. Ardabili (2016) menyatakan luka bakar merupakan penyebab utama keempat trauma dan penyebab paling umum terjadinya kecacatan dan kematian di seluruh dunia. Luka bakar merupakan penyebab kematian ketiga akibat kecelakaan pada semua kelompok umur. Laki-laki cenderung lebih sering mengalami luka bakar dari pada wanita, terutama orang tua dan lanjut usia (Rahayuningsih, 2012). dr. I Nyoman Putu Riasa

(2015), menyatakan bahwa antara tahun 2012-2014 terdapat 3.518 kasus luka bakar di 14 Rumah Sakit besar di Indonesia.

Menurut Tim Pusat bantuan kesehatan 118 Persi DIY pada tahun 2012 angka kematian akibat luka bakar di RSUPN Dr.Cipto Mangunkusumo Jakarta berkisar 37%-39% pertahun. Menurut data Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad tentang frekuensi kejadian luka bakar pada tahun 2011 terdapat 91 kasus (38,4%), pada tahun 2012 terdapat 82 kasus (34,6%) dan pada tahun 2013 terdapat 64 kasus (27,0%).Data tersebut menunjukkan bahwa luka bakar sampai saat ini masih menjadi satu diantara cedera yang menimbulkan *morbiditas* dan *mortalitas* yang tinggi di masyarakat.

Insidensinya paling tinggi terjadi di lingkungan rumah tangga dimana derajat II menjadi yang paling sering terjadi. Angka kejadian tersebut dikemukakan juga dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Martina dan Wardana yang menyatakan bahwa angka *mortalitas* penderita luka bakar di Indonesia pada tahun 2012 masih cukup tinggi, yaitu 27,6% di RSCM dan 26,41% di rumah sakit Dr. Soetomo. Penanganan kasus luka bakar dibutuhkan sesegera mungkin untuk mencegah terjadinya komplikasi yang ringan sampai yang berat seperti syok hipovolemik dan *sepsis* (Alitya, Lista, Yuli, 2016).

Luka bakar merupakan kejadian trauma yang menyakitkan dan sering melemahkan serta keadaan yang sangat tidak nyaman pada pasien. Penderita luka bakar menggambarkan rasa sakit sebagai gejala umum terburuk dan sangat menyiksa (Carraugher, 2006 dalam Bikmoradi, 2016). Tan (2010), menyatakan bahwa rasa sakit akibat luka bakar sering terjadi karena kerusakan kulit atau karena perawatan untuk mengganti balutan luka saat perawatan. Nyeri merupakan gejala luka bakar sejak awal terjadinya luka bakar dan bisa berlanjut sampai penyembuhan luka.

International Association for the Study of Pain (IASP), mendefinisikan bahwa nyeri merupakan suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya suatu kerusakan. Rasa nyeri

merupakan stresor yang dapat menimbulkan stres dan ketegangan dimana individu dapat berespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik maupun psikis. Respon fisik meliputi perubahan keadaan umum, wajah, nadi, respirasi, suhu tubuh, *body language*, dan apabila terjadi sesak nafas akan menimbulkan kolaps kardiovaskuler dan syok. Respon psikis akibat nyeri dapat merangsang respon stres yang dapat mengurangi sistem imun, menghambat penyembuhan dan respon yang lebih berat akan mengarah pada ancaman merusak diri sendiri (Potter & Perry, 2005).

Nyeri terasa lebih hebat terjadi pada luka bakar derajat dua dari pada derajat tiga, karena pada luka bakar derajat dua ujung-ujung syaraf masih berfungsi dan tidak rusak lain halnya dengan luka bakar derajat tiga akibat listrik tetap merasakan nyeri yang dalam dan nyeri sekitar luka bakar (Smeltzer & Bare, 2002). Smeltzer & Bare, (2012) menyatakan bahwa tingkat nyeri pasien bisa tetap tinggi akibat dari penanganan luka bakar. Penggantian balutan, debridement, dan fisiotherapi sering dilaksanakan sekaligus sehingga menimbulkan rasa nyeri yang yang intensif. Meskipun tindakan pencangkokan kulit sudah dilakukan yang membuat luka lebih nyaman, namun lokasi donor mungkin masih di rasakan sangat nyeri dalam beberapa hari. Ketidaknyamanan yang berhubungan dengan kesembuhan luka seperti rasa gatal, kesemutan, perasaan kencang akibat kontraksi kulit dan sendi akan menambah lamanya nyeri sampai beberapa minggu atau bulan jika tidak meningkatnya intensitas.

Pengontrolan nyeri yang tepat dianggap paling penting pada pasien dengan luka bakar. Ada beberapa metode untuk menghilangkan atau mengurangi rasa nyeri pada luka bakar. Koltzenburg, (2012) dalam Bikmoradi (2016), mengemukakan penggunaan obat narkotika dan non-narkotika adalah metode paling sederhana dan paling umum untuk menghilangkan rasa nyeri. Tetapi rasa nyeri tidak bisa langsung hilang setelah pemberian obat-obatan, tujuan pemberian terapinya adalah untuk mengurangi dan meminimalkan rasa nyeri dengan pemberian analgetik sebelum dilakukan prosedur perawatan luka. Sedangkan tindakan non farmakologi yang

digunakan untuk mengatasi rasa nyeri yaitu metode hipnotis, guided imagery, terapi bermain, teknik relaksasi, distraksi, teknik nafas dalam dan terapi musik (Andarmoyo S, 2013).

B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian latar belakang dapat dirumuskan masalah “bagaimana asuhan keperawatan pada pasien *combostio* atau luka bakar di rumah sakit”?

C. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Mahasiswa diharapkan mampu menentukan masalah keperawatan dan mampu melakukan tindakan keperawatan pada pasien untuk memenuhi kebutuhan Bio-Psiko-Sosio-Spiritual dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Perawat mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien *combostio* di rumah sakit.
- b. Perawat mampu merumuskan masalah keperawatan pada pasien *combostio* di rumah sakit.
- c. Perawat mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien *combostio* di rumah sakit.
- d. Perawat mampu merumuskan intervensi keperawatan pada pasien *combostio* di rumah sakit.
- e. Perawat mampu melakukan implementasi tindakan keperawatan pada pasien *combostio* di rumah sakit.
- f. Perawat mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien *combostio* di rumah sakit.
- g. Perawat mampu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien *combostio* di rumah sakit.

D. MANFAAT

1. Manfaat bagi penulis

Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan combostio dengan menerapkan proses keperawatan.

2. Manfaat bagi klien

Klien dapat mengetahui penyebab, akibat, bahaya dan penanganan pertama pada luka bakar.

3. Manfaat bagi perawat

Perawat dapat melakukan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien combostio dengan menggunakan langkah-langkah proses keperawatan.

4. Manfaat bagi institusi pendidikan

Untuk dijadikan referensi ilmu pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien combostio.