

LAPORAN PENDAHULUAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
DENGAN SKIN LOSS (KEHILANGAN KULIT)

1. Definisi

Kulit manusia adalah lapisan luar dari tubuh. Kehilangan kulit (skin loss) adalah kehilangan lapisan luar dari tubuh. Pada manusia, kulit adalah organ terbesar dari sistem yg menutupi. Kulit memiliki beberapa lapisan jaringan ectodermal dan penjaga otot-otot yang mendasarinya, tulang, ligamen dan organ internal. Kulit manusia sama dengan mamalia lainnya, kecuali bahwa itu tidak dilindungi oleh suatu bulu. Meskipun hampir semua kulit manusia ditutupi dengan folikel rambut, tampak tak berbulu. Ada dua jenis umum dari kulit, kulit berbulu dan tidak berbulu.

Karena antarmuka dengan lingkungan, kulit memainkan peran penting dalam melindungi tubuh terhadap patogen dan kehilangan air yang berlebihan. Fungsi lainnya adalah isolasi, pengaturan suhu, sensasi, sintesis vitamin D, dan perlindungan vitamin B folates. Kulit yang rusak parah akan mencoba untuk menyembuhkan dengan membentuk jaringan parut. Ini menyebabkan kulit sering berubah warna dan depigmentasi. Pada manusia, pigmentasi kulit bervariasi antar populasi, dan jenis kulit dapat berkisar dari kering ke berminyak.

2. Etiologi

Berikut ini adalah beberapa penyebab kehilangan kulit, antara lain :

- a. Panas (misal api, air panas, uap panas)
- b. Radiasi

- c. Listrik
- d. Petir
- e. Bahan kimia (sifat asam dan basa kuat)
- f. Ledakan kompor, udara panas
- g. Ledakan ban, bom, petasan

3. Manifestasi Klinis

- a. Organ-organ kulit seperti folikel rambut, kelenjar keringat, kelenjar sebacea sebagian besar masih utuh.
- b. Penyembuhan terjadi lebih lama, tergantung biji epitel yang tersisa. Biasanya penyembuhan lebih dari satu bulan. Bahkan perlu dengan operasi penambalan kulit (skin graft).
- c. Kerusakan meliputi seluruh tebal dermis dan lapisan yang lebih dalam.
- d. Organ-organ kulit seperti folikel rambut, kelenjar keringat, kelenjar sebacea mengalami kerusakan.
- e. Tidak dijumpai bulae.
- f. Terjadi koagulasi protein pada epidermis dan dermis yang dikenal sebagai eskar.
- g. Tidak dijumpai rasa nyeri dan hilang sensasi, oleh karena ujung-ujung saraf sensorik mengalami kerusakan/kematian.
- h. Penyembuhan terjadi lama karena tidak ada proses epitelisasi spontan dari dasar luka.

4. Patofisiologi

Kehilangan kulit mengakibatkan peningkatan permeabilitas pembuluh darah sehingga air, klorida dan protein tubuh akan keluar dari dalam sel dan menyebabkan edema yang dapat berlanjut pada keadaan hipovolemia dan hemokonsentrasi. Burn shock (shock Hipovolemik) merupakan komplikasi yang sering terjadi, manifestasi sistemik tubuh terhadap kondisi ini adalah :

a. Respon kardiovaskuler

Curah jantung akan menurun sebelum perubahan yang signifikan pada volume darah terlihat dengan jelas. Karena berlanjutnya kehilangan cairan dan berkurangnya volume vaskuler, maka curah jantung akan terus turun dan terjadi penurunan tekanan darah. Keadaan ini merupakan awitan syok luka bakar. Sebagai respon, sistem saraf simpatik akan melepaskan katekolamin yang meningkatkan resistensi perifer (vasokonstriksi) dan frekuensi denyut nadi. Selanjutnya vasokonstriksi pembuluh darah perifer menurunkan curah jantung.

b. Respon Renalis

Ginjal berfungsi untuk menyaring darah jadi dengan menurunnya volume intravaskuler maka aliran ke ginjal dan GFR menurun mengakibatkan keluaran urin menurun dan bisa berakibat gagal ginjal.

c. Respon Gastro Intestinal

Ada 2 komplikasi gastrointestinal yang potensial, yaitu ileus paralitik (tidak adanya peristaltik usus) dan ulkus curling. Berkurangnya peristaltik usus dan bising usus merupakan manifestasi ileus paralitik yang terjadi akibat kehilangan kulit (luka bakar). Distensi lambung dan mual dapat mengakibatkan vomitus kecuali jika segera dilakukan dekompresi lambung (dengan pemasangan sonde lambung). Perdarahan lambung yang terjadi

sekunder akibat stres fisiologik yang masif dapat ditandai oleh darah dalam feses atau vomitus yang berdarah. Semua tanda ini menunjukkan erosi lambung atau duodenum (ulkus curling).

Respon umum pada kehilangan kulit (luka bakar) > 20 % adalah penurunan aktivitas gastrointestinal. Hal ini disebabkan oleh kombinasi efek respon hipovolemik dan neurologik serta respon endokrin terhadap adanya permukaan luas. Pemasangan NGT mencegah terjadinya distensi abdomen, muntah dan aspirasi.

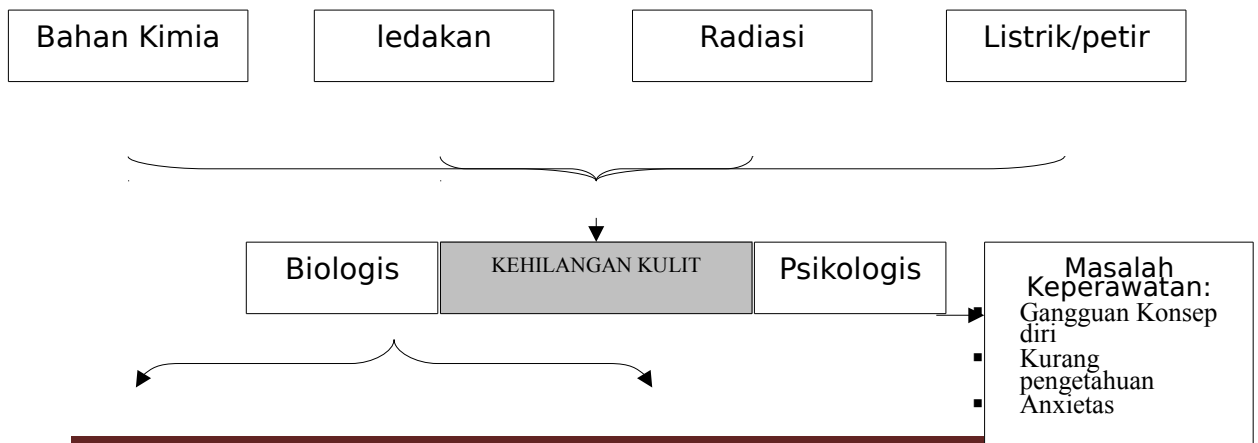
d. Respon Imonologi

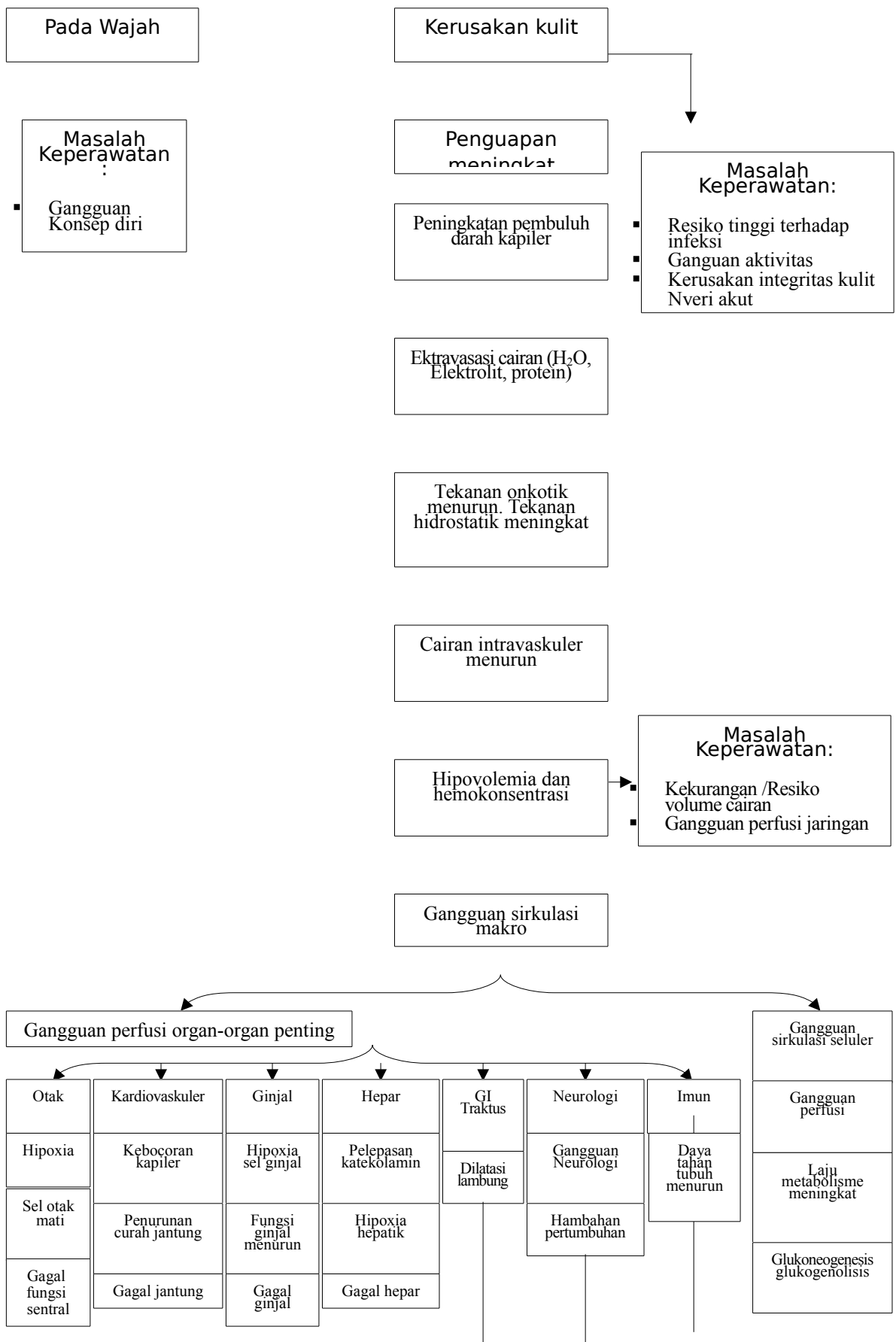
Pertahanan imunologik tubuh sangat berubah akibat kehilangan kulit. Sebagian basis mekanik, kulit sebagai mekanisme pertahanan dari organisme yang masuk. Terjadinya gangguan integritas kulit akan memungkinkan mikroorganisme masuk ke dalam luka.

e. Respon Pulmoner

Pada kehilangan kulit yang berat akibat luka bakar, konsumsi Oksigen oleh jaringan akan meningkat dua kali lipat sebagai akibat dari keadaan hipermetabolisme dan respon lokal (White, 1993).

Web of Caution (Nurarif, 2013)







MULTI SISTEM ORGAN FAILURE

5. Pemeriksaan Penunjang

- a. Hitung darah lengkap : peningkatan Ht awal menunjukkan hemokonsentrasi sehubungan dengan perpindahan/kehilangan cairan.
- b. Elektrolit serum : kalium meningkat karena cedera jaringan /kerusakan SDM dan penurunan fungsi ginjal. Natrium awalnya menurun pada kehilangan air
- c. Alkalin fosfat : peningkatan sehubungan dengan perpindahan cairan interstitiil/gangguan pompa natrium.
- d. Urine : adanya albumin, Hb, dan mioglobulin menunjukkan kerusakan jaringan dalam dan kehilangan protein.
- e. Foto rontgen dada : untuk memastikan cedera inhalasi
- f. Skan paru : untuk menentukan luasnya cedera inhalasi
- g. EKG untuk mengetahui adanya iskemik miokard/disritmia pada luka bakar listrik.
- h. BUN dan kreatinin untuk mengetahui fungsi ginjal.
- i. Kadar karbon monoksida serum meningkat pada cedera inhalasi.
- j. Bronkoskopi membantu memastikan cedera inhalasi asap.
- k. Albumin serum dapat menurun karena kehilangan protein pada edema cairan.
- l. Fotografi luka bakar : memberikan catatan untuk penyembuhan luka bakar selanjutnya. (Doenges, 2000, 804)

6. Penatalaksanaan

a. Skin graft

Skin graft merupakan suatu tindakan pembedahan dimana dilakukan pemindahan sebagian atau seluruh tebalnya kulit dari suatu daerah asal (donor) tanpa disertai vaskularisasinya ke daerah lainnya (resipien) untuk menutupi suatu defek. Pada umumnya skin graft digunakan ketika metode tindakan bedah rekonstruksi lainnya tidak sesuai atau penyembuhan luka tidak menunjukkan keberhasilan. *Skin graft* biasanya digunakan pada kasus-kasus seperti luka yang luas, luka bakar derajat tiga, luka yang tidak menunjukkan penyembuhan seperti ulkus diabetik, ulkus pembuluh darah, yang berfungsi untuk mencegah kehilangan cairan, mencegah infeksi, mencegah perluasan lebih lanjut dari luka tersebut.

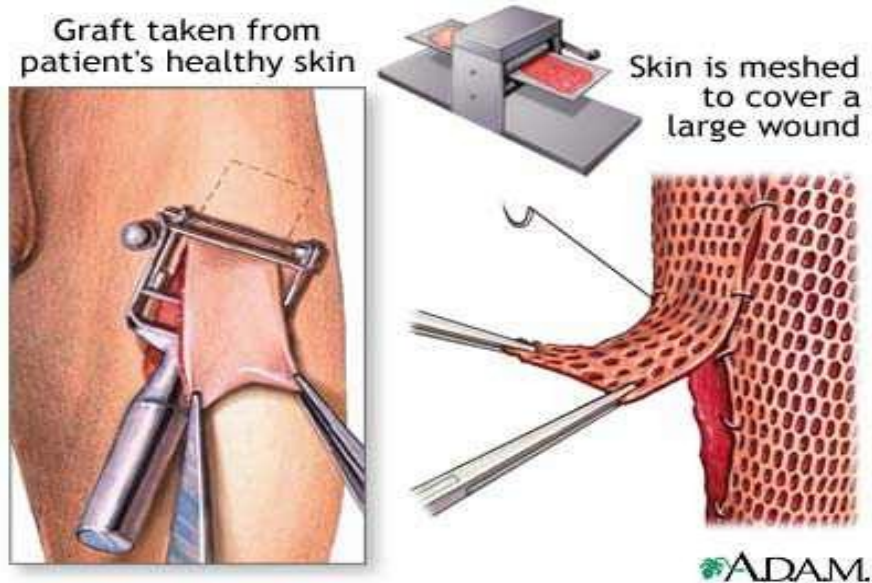
Secara umum dapat dikatakan bahwa setiap luka yang tidak dapat ditutup primer mempunyai indikasi untuk dilakukan *skin graft*. Jaringan yang dapat ditutup dengan skin graft adalah semua jaringan terbuka yang memiliki permukaan luka dengan vaskularisasi yang cukup seperti otot, fascia, dermis, perikondrium, periosteum, peritoneum, pleura dan jaringan granulasi. Luka yang kurang suplai pembuluh darah sulit untuk dapat menghidupi *skin graft*, misalnya tulang, tulang rawan, tendon, saraf, maka tidak dapat dilakukan teknik *skin graft*. Atau daerah yang seharusnya dilakukan *skin graft* tetapi karena mengalami trauma berat menyebabkan vaskularisasi daerah tersebut menjadi berkurang sehingga tidak baik untuk dilakukan *skin graft*.

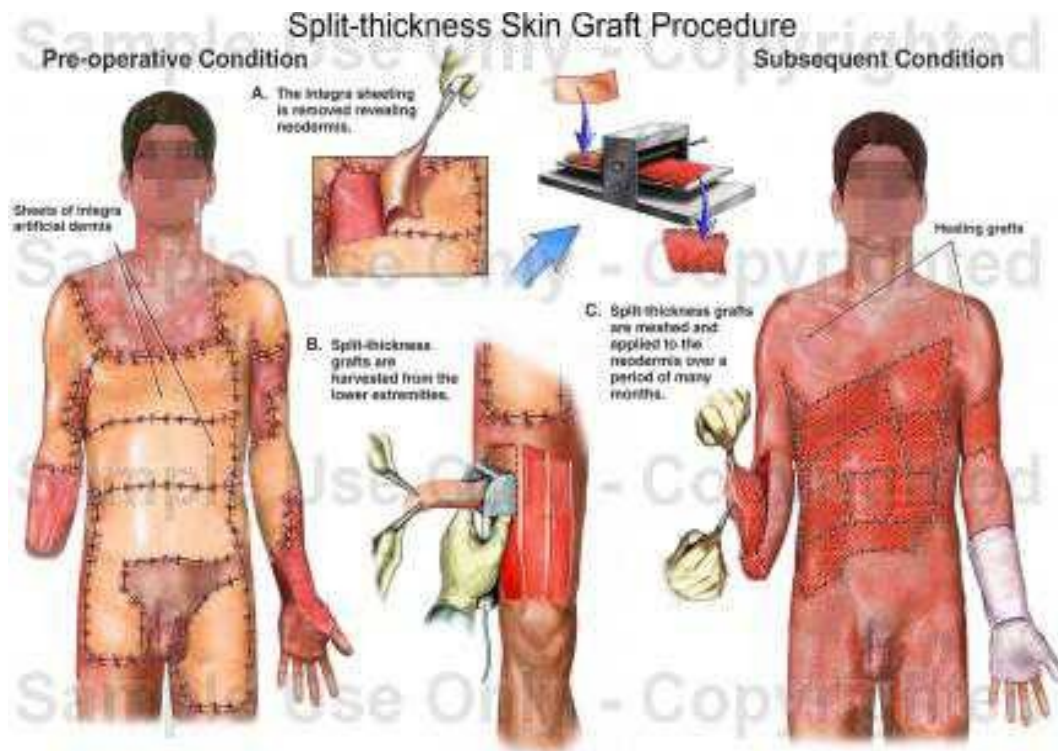
Penempelan Skin Graft

Teknik penempelan *skin graft* pada STSG dan FTSG adalah sama. Sebelum penempelan graft pada daerah resipien harus dilakukan hemostasis dengan baik sehingga dipermukaan resipien bersih, tidak ada pendarahan atau bekuan darah. Kemudian dilakukan penjahitan interrupted disekeliling graft. Jahitan dimulai dari graft ketepi luka resipien.

Diatas kulit ditutupi tulle, dilapisi kasa lembab NaCl 0,9% dan selanjutnya kasa kering steril. Dibuat lubang kecil diatas *skin graft* untuk jalan keluar darah yang ada. Kemudian dilakukan irigasi untuk membuang sisa bekuan darah dibawah graft dengan spoit berisi NaCl 0,9%. Untuk membantu keberhasilan tindakan, dilakukan balut tekan dengan menggunakan verban elastic. Pada daerah yang tidak memungkinkan dipasang verban elastic seperti muka atau leher, maka untuk menjamin fiksasi perlu dilakukan *tie over* yaitu saat penjahitan *skin graft* beberapa simpul disisakan panjang untuk fiksasi.

Masa pemulihan dari *skin graft* pada umumnya cepat. Yang perlu diperhatikan yaitu daerah luka harus dilindungi dari trauma atau peregangan selama 2-3 minggu. Tergantung pada penempatan dari *skin graft*, suatu penutup luka mungkin perlu untuk 1-2 minggu. FTSG memerlukan periode kesembuhan lebih panjang, dimana dalam banyak kasus memerlukan perawatan dirumah sakit selama satu sampai dua minggu.





Fase Penyembuhan *Skin Graft* Secara Fisiologis

Terdapat dua tahap pemulihan *skin graft* yaitu :

1. Imbibisi plasmic (24-48 jam pertama setelah graft)

Dalam proses ini, jaringan donor akan mendapatkan nutrisi melalui penyerapan plasma dari kulit dibawahnya melalui kapiler-kapiler, sehingga STSG dikatakan memiliki kemungkinan berhasil yang lebih besar karena cairan plasma yang diserap lebih efektif.
2. Fase penyembuhan/inokulasi (48-72 jam sampai 1 minggu setelah graft)

Kelenjar limfe akan terbentuk pada jaringan graft kira-kira 1 minggu, dan reinervasi graft akan mulai pada minggu-minggu pertama. Proses revaskularisasi *skin graft* sebagai berikut:

 - a. Hubungan anastomose langsung antara graft dengan pembuluh darah resipen (autoinokulasi)
 - b. Pertumbuhan dari pembuluh darah resipie ke dalam saluran endothelial graft.
 - c. Penetrasi pembuluh darah baru ke dalam dermis graft.

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Hasil *Skin Graft*

Yang beresiko mengalami komplikasi selama operasi *skin graft* diantaranya :

- a. Usia lanjut (> 60 tahun) atau bayi baru lahir
- b. Merokok
- c. Penderita penyakit kronis
- d. Menggunakan obat hipertensi, insulin, relaksan otot

Faktor – Faktor Penyebab Kegagalan Skin Graft

- a. Hematoma

Hematoma dapat menghalangi proses revaskularisasi. Untuk mencegah hematoma dapat dipakai metode mesh grafting dengan membuat insisi kecil ultiple dengan jarak teratur untuk drainase darah atau eksudat dan juga untuk memperluas kulit.

- a. Faktor mekanik, berupa kegagalan imobilisasi sehingga *skin graft* bergeser dan revaskularisasi tidak terjadi.
- b. Infeksi
- c. Tekhnik yang salah, diantaranya adalah :
 - 1) Menempelkan *skin graft* pada daerah yang masih berepitel
 - 2) *Skin graft* terbalik
 - 3) *Skin graft* terlalu tebal

Jika *skin graft* dapat bertahan dalam waktu 72 jam tanpa ada infeksi maka umumnya tidak akan ada reaksi penolakan dan umumnya *skin graft* dapat berhasil.

Faktor-Faktor Keberhasilan Skin Graft

Suksesnya transplantasi dari suatu *Skin Grafting* berhubungan dengan take dari graft tersebut. Take dari graft tergantung dari :

1. Vaskularisasi yang adekuat

Suatu *skin graft* memerlukan aliran darah yang adekuat dari daerah resipien untuk dapat bertahan hidup. *Skin Graft* yang dilakukan pada daerah resipien yang kaya akan pembuluh darah mempunyai kemungkinan untuk take yang lebih besar. Aliran darah dari daerah resipien ke graft kemudian akan melewati fase imbibisi plasmic, inskultasi, hingga akhirnya terbentuk bridging pembuluh darah yang baru ke graft. Untuk itu, hal-hal yang menghalangi aliran darah ke graft seperti jaringan granulasi harus disingkirkan terlebih dahulu.

2. Kontak yang baik antara skin graft dengan daerah resipien

Agar proses pembentukan bridging pembuluh darah yang baru dari daerah ke graft dapat berjalan dengan baik, maka diperlukan kontak yang baik antara *skin graft* dengan daerah resipiennya. Untuk itu yang harus diperhatikan adalah tekanan yang adekuat pada graft, ada tidaknya kumpulan cairan antara graft dengan resipien, dan pergerakan antara graft dengan resipiennya.

3. Tekanan yang adekuat

Tekanan yang adekuat dapat dicapai dengan melakukan fiksasi yang baik yaitu dengan penjahitan interruptus dipinggir kemudian dilanjutkan dengan beberapa jahitan kasur diatas *skin graft* untuk menjamin kontak dan mencegah pergeseran. Penjahitan yang terlalu longgar akan menyebabkan bergesernya graft sehingga tidak dapat terbentuk bridging pembuluh darah yang baru. Sedangkan penjahitan yang terlalu kuat akan menyebabkan tarikan yang kemudian akan merusak graft itu sendiri.

Perawatan Skin Graft Pada Donor Dan Resipen

1) Daerah resipen

Bila diyakini tindakan hemostatis daerah resipen telah dilakukan dengan baik dan fiksasi *skin graft* telah dilakukan dengan baik, balutan dibuka hari ke-5 untuk mengevaluasi hasil dari *skin graft* dan benang fiksasi/jahitan dicabut.

Skin graft take yang dimaksud adalah terjadi revaskularisasi dimana *skin graft* memperoleh cukup vaskularisasi untuk hidup seperti parasit ditempat baru. Apabila baik dilakukan perawatan tiap 2-3 hari. Disarankan pada penderita tindakan *skin graft* diekstremitas tetap memakai pembalut elastic sampai pematangan graft kurang 3-6 bulan.

Bila diduga akan adanya hematoma atau bekuan darah dibawah kulit sebaiknya dalam 24-48 jam dilakukan pengamatan *skin graft*. Karena bila terjadi seroma, hematoma atau bekuan darah dibawah *skin graft* akan mengurangi kontak skin dengan resipen sehingga akan menghalangi take dari skin graft tersebut. Pada

pengamatan ini dilakukan pembukaan balutan dengan hati-hati jangan sampai merusak *skin graft* (terangkat atau tergeser). Seroma, hematoma atau bekuan darah harus segera dievakuasi dengan melakukan insisi kecil pada *skin graft* tepat diatas seroma/hematoma/bekuan darah tersebut selanjutnya dilakukan pembalutan lagi.

Perawatan dan pergantian balutan dilakukan tiap hari sampai seroma/hematoma bekuan darah tidak ada lagi dibawah *skin graft*. Bila evakuasi seroma/hematoma/bekuan darah dilakukan dalam 24 jam pertama, graft masih dapat terjamin take 100%. Infeksi pada *skin graft* tidak akan menimbulkan kenaikan suhu badan dalam 24 jam pertama pasca bedah. Demam yang tidak tinggi disertai adanya bau atau kemerahan pada pinggir *skin graft* antara hari ke-2 dan ke-4 pasca bedah.

2) Daerah donor

Pada donor *split thickness skin graft* balutan luka dibuka setelah proses epitelisasi. Pada daerah donor terjadi penyembuhan atau epitelialisasi. Pada daerah donor terjadi penyembuhan atau epitelialisasi untuk thin split thickness *skin graft* 7- 9 hari, intermediate split thickness *skin graft* 10 – 14 hari sedangkan thick split thickness *skin graft* memerlukan 14 atau lebih. Perawatan split thickness *skin graft* secara umum diambil rata-rata 14 hari. Balutan dibiarkan sekitar 14 hari kecuali bila balutan kotor diganti bagian luarnya saja. Balutan pada donor biasanya melekat erat dengan kulit. Saat melepas balut/tulle harus hati-hati dan jangan dipaksa. Bila balutan masih melekat erat tidak diangkat. Hal yang terbaik balutan dapat terpisah/terlepas spontan.

Bagian yang masih melekat dibiarkan sampai dapat terlepas sendiri karena telah terjadi epitelisasi bila pelepasan balut/tulle dipaksa akan berdarah disertai rasa nyeri, ini merusak proses epitelisasi dan penyembuhan akan bertambah lama.

Luka donor *full thickness skin graft* diperlakukan seperti luka jahitan biasa yaitu hari ke-3 kontrol luka dan hari ke-7 jahitan dapat diangkat atau bila diyakini hasil tindakan tidak akan timbul masalah control dapat langsung hari ke-7. Pada donor full thickness *skin graft* yang tidak dapat ditutup primer, dilakukan penutupan dengan split thickness *skin graft*, perawatannya seperti perawatan luka split thickness graft.

Komplikasi

Komplikasi dari penggunaan *skin graft* yaitu :

- a. Perdarahan
- b. Infeksi
- c. Hematoma atau seroma
- d. Kontraktur
- e. Penyembuhan yang tidak sesuai dengan tekstur, warna atau topografi

b. Circulation

Penilaian terhadap keadaan cairan harus dilakukan, hal ini sangat penting jika kehilangan kulit karena luka bakar. Pastikan luas luka bakar untuk perhitungan pemberian cairan. Pemberian cairan intravena (melalui infus) diberikan bila luas luka bakar >10%. Bila kurang dari itu dapat diberikan cairan melalui mulut. Cairan merupakan komponen penting karena pada luka bakar terjadi kehilangan cairan baik melalui penguapan karena kulit yang berfungsi sebagai proteksi sudah rusak dan mekanisme dimana terjadi perembesan cairan dari pembuluh darah ke jaringan sekitar pembuluh darah yang mengakibatkan timbulnya pembengkakan (edema). Bila hal ini terjadi dalam jumlah yang banyak dan tidak tergantikan maka volume cairan dalam pembuluh darah dapat berkurang dan mengakibatkan kekurangan cairan yang berat dan mengganggu fungsi organ-organ tubuh.

Cairan infus yang diberikan adalah cairan kristaloid (ringer laktat, NaCl 0,9%/normal Saline). Kristaloid dengan dekstrosa (gula) di dalamnya dipertimbangkan untuk diberikan pada bayi dengan luka bakar. Jumlah cairan yang diberikan berdasarkan formula dari Parkland : $3-4 \text{ cc} \times \text{berat badan (kg)} \times \% \text{TBSA}$ + cairan rumatan (maintenance per 24 jam). Cairan rumatan adalah 4 cc/kgBB dalam 10 kg pertama, 2 cc/kgBB dalam 10 kg ke 2 (11-20kg) dan 1 cc/kgBB untuk tiap kg diatas 20 kg. Cairan formula parkland ($3-4 \text{ cc} \times \text{kgBB} \times \% \text{TBSA}$) diberikan setengahnya dalam 8 jam pertama dan setengah sisanya dalam 16 jam berikutnya. Pengawasan kecukupan cairan yang diberikan dapat dilihat dari produksi urin yaitu 1 cc/kgBB/jam .

a. Tatalaksana untuk kehilangan kulit karena luka bakar minor

- 1) Pemberian pengurang rasa nyeri harus adekuat. Pada anak-anak dapat membutuhkan morfin sebelum penilaian luka bakar dan pembalutan awal.
- 2) Pada luka bakar mengenai anggota gerak atas disarankan imobilisasi dengan balut dan bidai
- 3) Pemeriksaan status tetanus pasien
- 4) Pembalutan tertutup disarankan untuk luka bakar partial thickness. Cairan yang keluar dari luka bakar menentukan frekuensi penggantian balutan
Gelembung cairan (blister) memiliki fungsi untuk proteksi dan mengurangi rasa sakit bila tetap dibiarkan utuh selama beberapa hari. Jika gelembung cairan kecil, tidak berada di dekat sendi dan tidak menghalangi pembalutan maka dapat tidak perlu dipecahkan. Gelembung cairan yang besar dan yang meliputi daerah persendian harus dipecah dan dibersihkan. Gelembung cairan yang berubah menjadi opak/keruh setelah beberapa hari menandakan proses infeksi sehingga perlu untuk dibuka dan dibalut.

b. Tatalaksana untuk kehilangan kulit karena luka bakar superfisial / dangkal

Dapat dibiarkan terbuka. Pada bayi yang menunjukkan kecenderungan terbentuknya gelembung cairan atau penggarukan dapat ditutup perban untuk proteksi.

c. Tatalaksana untuk kehilangan kulit karena luka bakar sebagian (partial thickness)

- 1) Dilakukan pembersihan luka dan sekelilingnya dengan salin (larutan yang mengandung garam-steril). Jika luka kotor dapat dibersihkan dengan clorhexidine 0,1% lalu dengan salin.
- 2) Luka bakar superfisial partial thickness dapat ditutup dengan kasa yang tidak menempel lalu dibalut atau di plester
- 3) Luka bakar deep partial thickness dilakukan penutupan dengan kasa yang tidak lengket dan diberikan antimikroba krim silverdiazin

Kehilangan kulit karena luka bakar mayor

Airway and breathing (jalan napas dan pernapasan) Apabila ada tanda-tanda luka bakar pada saluran napas atau cedera pada paru-paru maka intubasi dilakukan secepatnya sebelum pembengkakan pada jalan napas terjadi.

Cairan

Jika luas area luka bakar $>10\%$ maka lakukan resusitasi cairan dan lakukan penghitungan cairan dari saat waktu kejadian luka bakar. Pasang kateter urin jika luka bakar $>15\%$ atau luka bakar daerah perineum NGT-pipa nasogastrik dipasang jika luka bakar $>10\%$ berupa deep partial thickness atau full thickness, dan mulai untuk pemberian makanan antara 6-18 jam.

Fase Akut atau Intermediet Perawatan Luka yang disebabkan luka bakar

Pada fase akut ini dilakukan perawatan luka umum seperti :

d. Pembersihan Luka

Hidroterapi dengan perendaman total dan bedside bath adalah terapi rendaman disamping tempat tidur. Selama berendam, pasien didorong agar sedapat mungkin bergerak aktif. Hidroterapi merupakan media yang sangat baik untuk melatih ekstremitas dan membersihkan luka seluruh tubuh.

e. Terapi Antibiotik Topikal

Ada tiga preparat topikal yang sering digunakan yaitu silver sulfadiazin, silver nitrat, dan mafenide asetat.

f. Penggantian Balutan

Dalam mengganti balutan, perawat harus menggunakan APD. Balutan atau kasa yang menempel pada luka dapat dilepas tanpa menimbulkan sakit jika sebelumnya dibasahi dengan larutan salin atau bial pasien dibiarkan berendam selama beberapa saat dalam bak rendaman. Pembalut sisanya dapat dilepas dengan hati-hati memakai forseps atau tangan yang menggunakan sarung tangan steril. Kemudian luka dibersihkan dan didebridemen untuk menghilangkan debris, setiap preparat topikal yang tersisa, eksudat, dan kulit yang mati. Selama penggantian balutan ini, harus dicatat mengenai warna, bau, ukuran, dan karakteristik lain dari luka.

g. Debridemen

Tujuannya adalah untuk menghilangkan jaringan yang terkontaminasi oleh bakteri dan benda asing sehingga pasien dilindungi dari invasi bakteri dan untuk menghilangkan jaringan yang sudah mati. Debridemen ada 3 yaitu ;

- 1) Alami : jaringan mati akan memisahkan diri secara spontan
- 2) Mekanis : penggunaan gunting bedah dan forsep untuk memisahkan dan mengangkat jaringan mati.
- 3) Bedah : tindakan operasi dengan melibatkan eksisi primer seluruh tebal kulit sampai mengupas kulit yang terbakar.

Debridement

Nekrotik adalah perubahan morfologi yang diindikasikan oleh adanya sel mati yang disebabkan oleh degradasi enzim secara progresif, ini merupakan respon yang normal dari tubuh terhadap jaringan yang rusak. Jaringan nekrotik dapat dibedakan menjadi 2 bentuk :1.

Eschar yang berwarna hitam, keras, serta dehidrasi impermeable dan lengket pada permukaan luka.²

Slough-basah, kuning, berupa cairan dan tidak lengket pada luka. Jaringan nekrotik dapat menghalangi proses penyembuhan luka dengan menyediakan tempat untuk pertumbuhan bakteri. Untuk menolong penyembuhan luka, tindakan debridement sangat dibutuhkan. Debridement dapat dilakukan dengan beberapa metode seperti mekanikal, surgical, enzimatis, autolysis, dan biochemical. Debridemen mekanik dilakukan menggunakan irigasi luka cairan fisiologis, Ultrasonic laser, dan sebagainya, dalam rangka untuk membersihkan jaringan nekrotik. Debridemen secara enzimatis dilakukan dengan pemberian enzim eksogen secara topikal pada permukaan lesi. Enzim tersebut akan menghancurkan residu-residu protein. Contohnya, kolagenase akan melisiskan kolagen dan elastin. Beberapa jenis debridement yang sering dipakai adalah papain, DNase dan fibrinolisin. Debridemen autolitik terjadi secara alami apabila seseorang terkena luka. Proses ini melibatkan

h. Graft Pada Luka Bakar

Adalah pencacokan kulit. Selama proses penyembuhan luka akan terbentuk jaringan granulasi. Jaringan ini akan mengisi ruang yang ditimbulkan oleh luka, membentuk barier yang merintang bakteri dan berfungsi sebagai dasar untuk pertumbuhan sel epitel.

KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

i. Pengkajian Luas Kehilangan Kulit Karena Luka Bakar

Metode Rule of Nine's

a. Sistem ini menggunakan prosentase kelipatan sembilan terhadap luas permukaan tubuh.

Dewasa : kepala = 9 %, tangan kanan-kiri = 18%, dada dan perut = 18%,

- b. genetalia = 1%, kaki kanan-kiri = 36%, dan punggung = 18%
Child : kepala = 18%, tangan kanan-kiri = 18% , dada dan perut = 18%, kaki
- c. kanan-kiri = 28%, dan punggung = 18%
Infant : kepala = 18%, tangan kanan-kiri = 18%, dada dan perut = 18%, kaki kanan-kiri = 28%, dan punggung = 18%

ii. Pengkajian Sistem Tubuh

a) Aktifitas/istirahat

Penurunan kekuatan dan tahanan otot, keterbatasan rentang gerak pada area yang sakit, gangguan massa otot, perubahan tonus.

b) Sirkulasi (dengan cedera luka bakar LPTT >20%)

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), disritmia (syok listrik), pembentukan edema jaringan (semua luka bakar).

c) Integritas ego

Pengungkapan masalah tentang keluarga, pekerjaan, keuangan, kecacatan. Adanya ansietas, menangis, ketergantungan, menyangkal, menarik diri, dan marah.

d) Eliminasi

Haluaran urine menurun/tak ada selama fase 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 stres penurunan motilitas/peristaltic gastrik.

e) Makanan/cairan

Edema jaringan umum, anoreksia, mual/muntah.

f) Neurosensori

Adanya keluhan area batas dan kesemutan. Adanya perubahan orientasi; afek, perilaku, penurunan reflex tendon dalam (RTD) pada cedera ekstremitas, aktifitas kejang (syok listrik), laserasi korneal, kerusakan

retinal, penurunan ketajaman penglihatan (syok listrik), ruptur membran timpanik (syok listrik), paralisis (cedera listrik pada aliran saraf).

g) Nyeri/kenyamanan

Keluhan berbagai nyeri, misalnya; luka bakar derajat pertama secara ekstrem sensitive 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 tiga tidak nyeri.

h) Pernafasan

Adanya keluhan terkurung dalam ruang tertutup dan terpajan lama (kemungkinan cedera inhalasi). Adanya tanda suara serak; batuk mengi; sianosis, indikasi cedera inhalasi. Pengembangan torak mungkin terbatas pada adanya luka bakar lingkaran dada, jalan nafas atas stridor/mengi (obstruksi sehubungan dengan laringospasme, edema laryngeal), bunyi nafas: gemericik (edema paru), stridor (edema laryngeal), sekret jalan nafas dalam (ronki).

i) Keamanan

a) Kulit umum : destruksi jaringan dalam mungkin tidak terbukti selama 3-5 hari sehubungan dengan proses thrombus 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.

b) Cedera api : terdapat area cedera campuran dalam sehubungan dengan variasi intensitas panas yang dihasilkan bekuan terbakar. Bulu hidung gosong, mukosa hidung dan mulut kering, merah, lepuh pada faring posterior, edema lingkaran mulut dan atau lingkaran nasal.

c) Cedera kimia : tampak luka bervariasi sesuai agen penyebab. Kulit mungkin coklat kekuningan dengan tekstur seperti kulit samak halus, lepuh, ulkus, nekrosis, atau jaringan parut tebal. Cedera secara umum lebih dalam dari tampaknya secara perkutan dan kerusakan jaringan dapat berlanjut sampai 72 jam setelah cedera.

- d) Cedera listrik : cedera kutaneus eksternal biasanya lebih sedikit dibawah nekrosis. Penampilan luka bervariasi dapat meliputi luka aliran masuk/keluar (eksplosif), luka bakar dari gerakan aliran pada proksimal tubuh tertutup dan luka bakar termal sehubungan dengan pakaian terbakar.

2. Diagnosa keperawatan

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi (edema paru) dan kelelahan
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan bronkokonstriksi, peningkatan pembentukan mukus, batuk tidak efektif, infeksi bronkopulmonal
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik
- d. Defisit volume cairan b.d kehilangan cairan aktif (perdarahan atau luka bakar)
- e. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan penurunan intake makanan karena dispnea, rasa yang tidak menyenangkan di mulut
- f. Kecemasan berhubungan dengan Stressor psikologis
- g. Risiko infeksi dengan faktor risiko kehilangan kulit, imunitas yang tidak adekuat, pertahanan tubuh sekunder yang tidak adekuat dan immunosupresi
- h. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dan ketidakseimbangan suplai oksigen dengan kebutuhan
- i. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpajan informasi dan sumber informasi yang adekuat
- j. Kerusakan integritas kulit b.d faktor mekanik (kehilangan kulit)

3. Intervensi

NANDA

Dx.1. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi (edema paru) dan kelelahan

NOC

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam pasien menunjukkan keefektifan pola napas, dibuktikan dengan kriteria hasil:

- a. Pola napas kembali teratur

b. RR kembali normal 16-24 x/menit

NIC

Rencana intervensi yang akan dilakukan:

1. Pertahankan jalan nafas yang paten

R/ kepatenan jalan nafas memudahkan klien dalam memperoleh pernafasan yang adekuat dan daya ekspansi paru yang maksimal.

2. Pertahankan posisi nyaman biasanya peninggian kepala tempat tidur untuk memaksimalkan ventilasi

R/ memberikan kesempatan paru untuk mengembang secara maksimal.

3. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan

R/ kemungkinan suara berkurang atau hilang di lobus, segmen paru, seluruh paru atau sebagian.

4. Monitor pola dan auskultasi bunyi napas

R/ pola nafas yang di luar batas normal menjadi suatu kewaspadaan akan kegawatan serta bunyi nafas yang abnormal menandakan ada masalah pada sistem pernafasan klien.

5. Evaluasi fungsi pernapasan (napas cepat, sianosis, perubahan tanda vital)

R/ perubahan dalam kedalaman dan kecepatan pernafasan serta perubahan tanda-tanda vital dapat mengarah pada keadaan shock karena hipoksia, stress dan nyeri.

6. Monitor respirasi dan status O₂

R/ status O₂ mencerminkan bagaimana keadaan respirasi pada anak, karena respirasi pada intinya untuk menukar CO₂ dengan O₂.

7. Kolaborasi: berikan bronkodilator :

.....

8. Monitor hasil analisa gas darah

R/ Memantau status pertukaran gas dan ventilasi atau beritahu keperluan untuk perubahan di dalam terapi.

9. Berikan oksigen jika ada indikasi

R/ Membantu didalam mengurangi kerja pernafasan, membebaskan kesulitan respirasi dan sianosis sehubungan dengan hypoksia.

NANDA

Dx.2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan bronkokonstriksi, peningkatan pembentukan mukus, batuk tidak efektif, infeksi bronkopulmonal

NOC

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam pasien menunjukkan keefektifan bersihan jalan nafas, dibuktikan dengan kriteria hasil:

- a. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)
- b. Saturasi O₂ dalam batas normal
- c. Mampu mendemonstrasikan batuk efektif

NIC

Rencana intervensi yang akan dilakukan:

1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
R/ memberikan kesempatan paru untuk mengembang secara maksimal.
2. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
R/ suara nafas tambahan yang dapat didengar dengan auskultasi menandakan terjadinya penumpukan sekret di jalan nafas.
3. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan peralatan : O₂, Suction, Inhalasi.
R/ pengetahuan keluarga tentang peralatan yang digunakan sangat diharapkan karena keluarga kooperatif dalam membantu program terapi.
4. Kaji kemampuan klien untuk memobilisasi sekresi, jika tidak mampu :
 - a. Ajarkan metode batuk terkontrol
 - b. Gunakan suction (jika perlu untuk mengeluarkan sekret)
 - c. Lakukan fisioterapi dadaR/ Memantau tingkat kepatenan jalan nafas dan meningkatkan kemampuan klien merawat diri / membersihkan/membebasakan jalan nafas
5. Monitor respirasi dan status O₂
R/ status O₂ mencerminkan bagaimana keadaan respirasi pada anak, karena respirasi pada intinya untuk menukar CO₂ dengan O₂.
6. Pertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret

R/ hidrasi yang adekuat dapat membantu pengenceran sekret secara alami tanda bantuan pengencer sekret berupa obat-obatan.

7. Kolaborasi: Berikan bronkodilator : mukolitik, ekspektorans

R/ bronkodilator dimaksudkan untuk Mengencerkan secret agar mudah dikeluarkan.

8. Kolaborasi: Berikan antibiotik

R/ Pemberian antibiotik dimaksudkan untuk mengurangi infeksi yang terjadi sehingga menurunkan produksi sekret.

9. Kolaborasi: Pastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning.

R/ Diperlukan jika tumpukan secret tidak dapat lagi dikeluarkan dengan batuk.

NANDA

Dx.3. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik

NOC

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 3 jam pasien menunjukkan penurunan nyeri, dibuktikan dengan kriteria hasil:

- a. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- b. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- c. Dapat tidur dengan tenang
- d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
- e. Tanda vital DBN

NIC

Rencana intervensi yang akan dilakukan:

1. Monitor vital sign setiap 2 jam

R/ Vital sign menunjukkan keadaan umum dari klien. Peningkatan salah satu diantaranya menunjukkan adanya respon dari nyeri yang dialami oleh klien.

2. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi

R/ Dengan melakukan pengkajian tingkat nyeri dengan skala nyeri VDS diharapkan tingkat nyeri yang dialami oleh klien dapat dikenali sehingga manajemen nyeri dapat ditentukan dengan tepat untuk meminimalkan nyeri.

3. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan

R/ Reaksi nonverbal sering kali menunjukkan adanya nyeri yang dialami yang tidak tersampaikan dengan cara verbal/ucapan langsung.

4. Berikan posisi nyaman, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan

R/ Posisi yang nyaman dapat membantu klien untuk relaksasi dan dengan mengontrol lingkungan seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan akan menurunkan factor yang mungkin meningkatkan nyeri.

5. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin

R/ Rasa nyeri dapat diminimalkan dengan melakukan teknik distraksi atau relaksasi misalkan nafas dalam. Nafas dalam dapat merelaksasikan serta pengalihan perhatian dari nyeri yang dirasakan.

6. Tingkatkan istirahat bagi klien

R/ Istirahat dapat menetralkan kembali rasa sakit yang dialami oleh klien. Dengan istirahat tubuh yang lelah menjadi segar kembali.

7. Kolaborasi: berikan analgetik

R/ Analgetik merupakan metode manajemen nyeri dengan kategori farmakologi yang mempunyai aksi di hipotalamus untuk menurunkan rasa nyeri yang dialami.

NANDA

Dx.4. Defisit volume cairan b.d kehilangan cairan aktif (perdarahan atau luka bakar)

NOC

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam pasien menunjukkan volume cairan dalam rentang normal:

- a. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal
- b. Jumlah dan irama pernapasan dalam batas normal

- c. Elektrolit, Hb, Hmt dalam batas normal
- d. Intake oral dan intravena adekuat

NIC

Rencana intervensi yang akan dilakukan:

1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
R/ intake dan output yang akurat untuk menjaga keseimbangan cairan elektrolit di dalam tubuh
2. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan
R/ status hidrasi mencerminkan keseimbangan cairan elektrolit di dalam tubuh
3. Monitor vital sign
R/ vital sign menggambarkan keadaan umum Px.
4. Berikan cairan oral
R/ cairan per oral lebih cepat menggantikan kehilangan cairan yang dialami Px.
5. Atur kemungkinan transfusi
R/ transfusi perlu dilakukan apabila kehilangan cairan terutama darah pada keadaan yang sangat parah.
6. Kolaborasi pemberian cairan IV
R/ pemberian cairan intra vena dilakukan apabila pemasukan secara oral tidak bisa dilakukan.

NANDA

Dx.5. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan penurunan intake makanan karena dispnea, rasa yang tidak menyenangkan di mulut

NOC

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam pasien menunjukkan nutrisi kurang teratasi dengan indikator:

- a. Mendapat nutrisi yang adekuat
- b. Klien tidak mengalami kehilangan BB lebih lanjut
- c. Membran mukosa lembab
- d. Kulit tidak kering

NIC

Rencana intervensi yang akan dilakukan:

1. Kaji adanya alergi makanan
R/ menghindari makanan yang mungkin akan menyebabkan alergi bagi klien sehingga klien tidak mempunyai keinginan untuk makan.
2. Monitor adanya penurunan BB
R/ membantu dalam mengidentifikasi malnutrisi protein kalori, khususnya bila BB dan pengukuran BMI kurang dari normal.
3. Berikan perawatan oral
R/ kebersihan oral menghilangkan bakteri penumbuh bau mulut dan meningkatkan rangsangan /nafsu makan
4. Dorong masukan nutrisi dengan jumlah sedikit tapi sering
R/ masukan nutrisi dengan jumlah sedikit tapi sering biasanya ditoleransi klien dengan baik
5. Dorong pasien untuk makan diet tinggi kalori tinggi protein
R/ kebutuhan jaringan metabolik ditingkatkan begitu juga cairan untuk menghilangkan produk sisa suplemen dapat memainkan peranan penting dalam mempertahankan masukan kalori dan protein yang adekuat.
6. Atur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan
R/ dengan posisi makan yang nyaman maka klien akan lebih tertarik untuk makan makanan yang disediakan.
7. Informasikan pada klien dan keluarga tentang manfaat nutrisi yang adekuat

R/ bekerjasama dan berdiskusi dengan keluarga akan lebih memberikan pemahaman akan pentingnya keluarga meningkatkan pemasukan nutrisi yang adekuat untuk klien.

8. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan

R/ tindakan atau pengobatan yang akan dilakukan menurunkan nafsu makan klien, sehingga bisa didahulukan makan dulu kemudian baru diberi pengobatan atau tindakan.

9. Monitor turgor kulit, monitor kekeringan, rambut kusam, total protein, Hb dan kadar Ht

R/ turgor kulit serta kelembaban mencerminkan keadaan cairan dan nutrisi yang ada pada anak. Hb dan Ht mencerminkan bagaimana keadaan klien melalui hasil laboratorium darah.

10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan klien

R/ keperluan nutrisi anak akan terpenuhi dengan perhitungan dari tim gizi.

11. Pertahankan terapi IV line

R/ pemasukan nutrisi melalui terapi IV line merupakan salah satu intervensi yang dapat digunakan agar nutrisi tetap adekuat apabila klien tidak bisa makan dengan per oral dan tidak terpasang NGT/TPN.

NANDA

Dx.6. Kecemasan berhubungan dengan Stressor psikologis

NOC

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 60 menit pasien menunjukkan kecemasan klien teratasi dengan indikator:

- a. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
- b. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas
- c. Vital sign dalam batas normal
- d. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan

NIC

Rencana intervensi yang akan dilakukan:

1. Gunakan pendekatan yang menenangkan
R/ Pendekatan yang tulus kepada klien dapat menenangkan klien yang sedang mengalami kecemasan akan kondisi penyakitnya.
2. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
R/ Menjelaskan semua prosedur serta tujuan yang dilakukan selama perawatan misalkan cek darah lengkap setiap hari pada klien dapat meminimalkan rasa cemas akan kondisi klien sendiri.
3. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis
R/ Informasi yang adekuat sesuai dengan kondisi sebenarnya akan membuat pasien lebih fokus terhadap keadaannya dan tidak akan membuat pasien berpikiran yang berlebihan.
4. Libatkan keluarga untuk mendampingi klien
R/ Pendampingan oleh keluarga selama klien sakit dapat memberikan ketenangan tersendiri pada klien sehingga dapat menurunkan kecemasan.
5. Instruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi
R/ Teknik relaksasi dapat digunakan saat pasien merasa cemas datang lagi. Relaksasi dapat dilakukan dengan membaca buku atau mendengarkan musik yang disukai oleh pasien.
6. Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan
R/ Pengenalan terhadap situasi yang mungkin menyebabkan klien cemas dapat membantu kita untuk manajemen situasi serupa sehingga tidak menimbulkan kecemasan berulang.
7. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi
R/ Ungkapan pasien terhadap perasaan cemas yang dialami sangat penting untuk tindakan apa yang dapat diambil untuk membantu pasien agar tidak mengalami cemas berulang.

NANDA

Dx.7. Risiko infeksi dengan faktor risiko kehilangan kulit, imunitas yang tidak adekuat, pertahanan tubuh sekunder yang tidak adekuat dan immunosupresi

NOC

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil:

- a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
- b. Tanda dari infeksi menjadi suatu kewaspadaan

NIC

Rencana intervensi yang akan dilakukan:

1. Kaji suhu badan pasien dan tanda vital yang lain setiap 4 jam

R/ suhu dan tanda vital yang lain menunjukkan keadaan umum pasien.

2. Pertahankan teknik aseptif, kebersihan tangan atau menggunakan alkohol sebelum kontak dengan pasien

R/ pencegahan serta perlindungan terhadap penularan infeksi dapat dicegah dengan kebersihan tangan saat kontak dengan pasien.

3. Batasi pengunjung bila perlu

R/ dengan meminimalkan pengunjung maka resiko terjadinya infeksi baik dari pasien atau dari pengunjung akan lebih bisa ditekan angka kejadiannya.

4. Mengkaji warna, turgor, kelenturan serta suhu kulit, membran mukosa terhadap kemerahan dan panas

R/ kulit tubuh merupakan pertahanan pertama tubuh dalam melawan infeksi.

5. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. Evaluasi keadaan pasien terhadap tempat-tempat munculnya infeksi seperti tempat penusukan jarum intravena.

R/ intervensi dini penanganan infeksi.

6. Kolaborasi : memberikan antibiotik sesuai ketentuan.

R/ diberikan sebagai profilaktik atau mengobati infeksi khusus.

NANDA

Dx.8. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas dan ketidakseimbangan suplai oksigen dengan kebutuhan

NOC

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam pasien menunjukkan peningkatan toleransi, dibuktikan dengan kriteria hasil:

- a. Berpartisipasi aktif pada aktivitas yang diinginkan
- b. Memenuhi kebutuhan perawatan diri sendiri
- c. Menurunnya kelemahan dan kelelahan
- d. Tanda vital DBN selama aktivitas

NIC

Rencana intervensi yang akan dilakukan:

1. Menentukan penyebab dari intoleransi aktivitas.

R/ dengan menentukan penyebab, suatu masalah dapat diintervensi secara langsung.

2. Monitor respon kardiovaskuler dan respirasi terhadap aktivitas (takikardi, disritmia, sesak nafas, diaporesis, pucat, perubahan hemodinamik)

R/ tanda-tanda vital mencerminkan perubahan yang terjadi pada klien dengan segera sehingga dapat ditangani dengan cepat apabila terjadi kegawatan.

3. Jika klien dalam keadaan tirah baring, posisikan dalam posisi lebih tegak sehingga tidak membebani sistem kardiovaskular.

R/ dengan memposisikan klien dalam posisi lebih tegak maka beban sistem kardiovaskular lebih ringan dalam suplai darah.

4. Mengevaluasi keseharian klien dalam beraktivitas dan setelah prosedur tirah baring. Melakukan mobilisasi pada klien yang tirah baring.

R/ posisi yang baik membantu menjaga distribusi cairan secara optimal dan toleransi ortostatik.

5. Jika bersesuaian, meningkatkan kemampuan aktivitas klien, dampingi klien dalam merubah posisi, berpindah, atau melakukan perawatan diri. Meningkatkan kemampuan dari duduk di tempat tidur kemudian berdiri dan selanjutnya berpindah.

R/ postural hipotensi sering terjadi dalam hal ini.

6. Melakukan latihan ROM jika klien tidak toleransi terhadap aktivitasnya atau dalam keadaan immobilisasi.

R/ dengan melakukan ROM baik aktif maupun pasif, resiko terjadinya penekanan pada daerah tertentu tidak terjadi dan mencegah kontraktur.

NANDA

Dx.9. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpajan informasi dan sumber informasi yang adekuat

NOC

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 3 jam pasien tidak mengalami nyeri, dibuktikan dengan kriteria hasil:

- a. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan
- b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar

- c. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya

NIC

Rencana intervensi yang akan dilakukan:

1. Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga
R/ tingkat pengetahuan keluarga menentukan darimana awal kita dan bagaimana metode menjelaskan sehingga keluarga dapat mengerti apa yang kita jelaskan
2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat
R/ menjelaskan jalannya penyakit dan penyebabnya akan menggambarkan keadaan yang sebenarnya kepada keluarga
3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat
R/ penggambaran tanda gejala yang tepat pada pasien dan keluarga akan mengurangi rasa cemas pada pasien dan keluarga
4. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat
R/ dengan mengkaji penyebab terjadinya keadaan yang membuat pasien sakit, intervensi akan dapat disesuaikan demi kelancaran intervensi
5. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat
R/ informasi yang adekuat sangat diperlukan oleh pasien dan keluarga yang sedang dalam keadaan tidak mengenal sumber informasi yang adekuat.
6. Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat
R/ informasi yang adekuat tentang kemajuan kesehatan pasien memberikan support sistem yang baik untuk pasien dan keluarga
7. Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat
R/ dengan memberikan gambaran sumber dan dukungan yang bisa didapatkan pasien maka pasien akan merasa mempunyai sistem pendukung yang dapat mendorong kesembuhan

NANDA

Dx.10. Kerusakan integritas kulit b.d faktor mekanik (kehilangan kulit)

NOC

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 10 x 24 jam diharapkan integritas kulit klien menjadi baik, dibuktikan dengan kriteria hasil:

- a. Perfusi jaringan baik
- b. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang

NIC

Rencana intervensi yang akan dilakukan:

- 1) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.
R/ Kulit yang bersih dan kering akan menjauhkan dari resiko iritasi yang akan menyebabkan kerusakan integritas kulit.
- 2) Berikan perawatan kulit yang cermat untuk mencegah kerusakan jaringan karena kelembaban, dan tekanan.
R/ Dengan perawatan yang rutin diharapkan kulit tetap lembab dan jauh dari keadaan yang memungkinkan untuk terjadi kerusakan.
- 3) Kaji kulit setiap 2 jam terutama pada daerah penekanan dan monitor terhadap area yang tertekan.
R/ daerah penekanan merupakan daerah yang sangat rentan akan terjadinya lecet atau iritasi.
- 4) Hindari tidak adanya linen pada tempat tidur.
R/ Dengan memberikan linen pada tempat tidur maka akan memberikan kelembutan sehingga tidak sampai menyebabkan resiko perlukaan atau iritasi pada daerah yang tertekan.
- 5) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali.
R/ dengan mengubah posisi secara rutin diharapkan titik penekanan pada daerah tertentu tidak akan menjadi perlukaan atau iritasi yang akan menyebabkan kerusakan integritas kulit.
- 6) Monitor kulit akan adanya kemerahan.
R/ tanda kemerahan pada kulit mengindikasikan adanya iritasi dan mungkin akan menyebabkan infeksi.
- 7) Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan.
R/ Pemberian lotion pada daerah penekanan akan meminimalkan terjadinya iritasi yang menyebabkan kerusakan integritas kulit.
- 8) Inspeksi kulit terutama pada tulang-tulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien.

- R/ Memonitor secara rutin pada daerah yang tertekan akan meningkatkan kewaspadaan akan terjadinya iritasi.
- 9) Kolaborasi: pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin
- Kolaborasi: Monitor serum albumin dan transferin
- R/ Protein tinggi berguna untuk regenerasi kulit serta vitamin dan mineral tinggi baik untuk metabolisme tubuh pada pasien.

DAFTAR PUSTAKA

1. Brunner & Suddarth. 2002. Keperawatan Medikal Bedah Vol. 2. Jakarta: EGC
2. Carpenito-Moyet, Linda J. 2006. Buku Saku Diagnosa Keperawatan Edisi 10. Jakarta : EGC
3. Corwin, Elizabeth J. 2009. Buku Saku Patofisiologi Edisi 3. Jakarta: EGC
4. Doenges, E. Marilynn. 2000. Rencana Asuhan Keperawatan Edisi 3. Jakarta: EGC
5. Guyton, Arthur C., dkk. 1997. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi 9. Jakarta: EGC
6. Price, A. Sylvia. 1995. Patofisiologi Edisi 4. Jakarta: EGC
7. Robbins. 1999. Dasar Patologi Penyakit Edisi 5. Jakarta : EGC
8. Santosa Budi. 2005. Panduan Diagnosa Keperawatan Nanda. Prima Medika
9. Smeltzer, 2002 . Keperawatan Medikal Bedah Vol. 3. EGC : Jakarta
10. Ackley BJ, Ladwig GB. 2011. Nursing Diagnosis Handbook. An Evidence-Based Guide to Planning Care. Ninth Edition. United States of Amerika: Elsevier
11. Nurarif AH, Hardhi K. 2013. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosis Medis dan Nanda Nic Noc. Jilid 2. Yogyakarta: Mediaction.

12. Christensen D, Christopher Arpey, Duane C. Whittaker. Skin grafting. In :
Surgery of the Skin – Procedural Dermatology. 1st published. Editors :
June K. Robinson et al. Philadelphia : Elsevier Mosby, 2005