

**RESPON ADAPTASI FISIOLOGIS DAN PSIKOLOGIS PASIEN LUKA BAKAR  
YANG DIBERIKAN KOMBINASI *ALTERNATIVE MOISTURE BALANCE  
DRESSING* DAN SEFT TERAPI DI RSUP DR. SARDJITO YOGYAKARTA**

**Lucia Anik Purwaningsih<sup>1</sup>, Elsy Maria Rosa<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Perawat RSUP Dr Sardjito Yogyakarta

<sup>2</sup>Doktor Program Studi Magister Keperawatan UMY

**ABSTRACT**

*Burns are the most severe trauma impact on both physical and psychological. With the limited types of advanced dressings are available in some hospitals, many alternatives were developed based treatment of burns moist (moisture balance dressings alternative) to accelerate wound healing. Non-pharmacological interventions for the treatment of psychological stress with SEFT therapy, the patient's with SEFT therapy will be relaxed and the mind becomes calm. Relaxation created very influential in the healing process. This study aim: To identify the physiological and psychological adaptation response of burn patients were given a combination of alternative SEFT moisture balance dressings and therapies. This research used action research that determine the physiological and psychological adaptation response of burn patients were given a combination of alternative moisture balance and SEFT therapy The sample is the total population that met the inclusion criteria. Result showed that There were 8 respondents (March - June 2014). Most of the 75% of men, aged between 17-51 years, extensive of wound between 6-55% TBSA, 37.5% stage II, stage III 62.5%. Physiological adaptation response with an wound healing indicator average 42.37 (36-49) showed that physiological adaptation response is adaptive, long time recovering the second degree on average 17.6 days (7-36 days), the average grade III 28 , 8 days (20-40 days). Psychological adaptation response with an acceptance score average 44.5 (40-50) and supported by the results of interviews all indicate an adaptive response to psychological adaptation. Conclusion: Psychological and physiological adaptation response following administration of a combination of alternative moisture balance dressings and therapies SEFT are adaptive.*

**Keywords:** *Alternative moisture balance dressings, SEFT therapy, physiological adaptation, psychological*

**A. PENDAHULUAN**

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). Kegawatan psikologis tersebut dapat memicu suatu keadaan stress pasca trauma atau *post traumatic stress disorder* (PTSD) (Brunner&Suddarth, 2010).

Pada beberapa negara, luka bakar masih merupakan problem yang berat, perawatannya masih sulit, memerlukan ketekunan dan membutuhkan biaya yang mahal serta waktu yang lama. Perawatan yang lama pada luka bakar sering membuat pasien putus asa dan mengalami stress, gangguan seperti ini sering menjadi penyulit terhadap kesembuhan optimal dari pasien luka bakar. Oleh karena itu pasien luka bakar memerlukan penanganan yang serius dari berbagai multidisiplin ilmu serta sikap dan pemahaman dari orang-orang sekitar baik dari keluarga keluarga maupun dari tenaga kesehatan sangat penting bagi *support* dan penguatan strategi koping pasien untuk menerima serta beradaptasi dalam menjalani perawatan lukanya juga untuk mengurangi stres psikologis sehingga mempercepat penyembuhan luka (Maghsoudi H, Monshizadeh S, 2010).

RSUP.Dr.Sardjito selama tahun 2012 terdapat 49 pasien dengan angka kematian 34%, rata-rata setiap bulannya terdapat 4-5 pasien baru dengan luka bakar derajat II – III dan luas antara 20 – 90 % yang dirawat di unit Luka Bakar membutuhkan lama dirawat */length of stay (LOS)* untuk penyembuhan lukanya rata-rata 1 bulan, untuk kasus-kasus

tertentu bisa sampai sekitar 6 bulan sampai 1 tahun (Register Unit Luka Bakar RSUP.Dr.Sardjito, 2012). Sedangkan angka kejadian gangguan stres paska trauma di RS Cipto Mangunkusumo adalah 16,2%, paska rawat inap 21,1% dan pada rawat inap 10,7% (Moenajat, 2003).

Dalam proses penyembuhan luka bakar, perlambatan penyembuhan luka (*delayed healing*) dapat terjadi bila sel inflamasi dan sel imunitas yang diperlukan pada fase inflamasi, proliferasi dan maturasi tidak dapat bekerja secara optimal. Sedangkan respon inflamasi dan imun tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya stres psikologis (Moenajat, 2003; Dealey C, 2005; Falanga, 2012).

Pengaruh stres psikologis dalam penyembuhan luka sebagai berikut; stres psikologis yang buruk seperti stres, ansietas, dan depresi menunjukkan penurunan efisiensi sistem imun dan berlanjut pada terhambatnya penyembuhan luka (Dealey C, 2005, Handayani, 2010).

Salah satu terapi nonfarmakologis untuk penanganan stres psikologis dengan SEFT terapi. SEFT (*Spiritual Emotional freedom Technique*) merupakan terapi yang mampu menurunkan stres psikologis seperti ketakutan yang berlebihan secara signifikan pada penderita gangguan fobia spesifik (Anwar, 2011).

Dengan SEFT terapi pasien menjadi rileks dan pikiran menjadi lebih tenang. Relaksasi yang diciptakan tersebut dapat menstimulasi hipotalamus untuk menstimulasi kelenjar pituitari menurunkan sekresi ACTH dan diikuti dengan penurunan kadar glukokortikoid dan kortisol yang berperan dalam mengatur respon inflamasi, respon imun, dan pengaturan kadar gula darah yang merupakan faktor-faktor internal ini sangat berpengaruh dalam proses penyembuhan luka (Kozier, 1995). Tujuan dalam penelitian ini untuk mengetahui respon adaptasi fisiologis fungsi proteksi proses penyembuhan luka dan respon adaptasi psikologis fungsi konsep diri *physical self* pada pasien luka bakar yang diberikan kombinasi *alternative moisture balance dressing* dan SEFT terapi.

## B. TINJAUAN PUSTAKA

### 1. Luka bakar

Luka bakar adalah suatu kerusakan integritas pada kulit atau kerusakan jaringan tubuh yang disebabkan oleh energi panas atau bahan kimia, radiasi atau elektrik. Berat dan ringannya luka bakar tergantung pada jumlah area permukaan tubuh, derajat kedalaman dan lokasi luka bakar yang terjadi (Suriadi, 2007). Menurut Moenadajat (2003), pembagian kerusakan jaringan luka bakar sebagai berikut:

#### a. Zona Koagulasi/ Zona Nekrosis

Daerah yang langsung mengalami kerusakan koagulasi protein akibat pengaruh cedera termis, hampir dapat dipastikan jaringan ini mengalami nekrosis beberapa saat setelah kontak, karenanya disebut juga zona nekrosis.

#### b. Zona Statis

Daerah yang berada diluar atau disekitar zona koagulasi, di daerah ini terjadi kerusakan endotel pembuluh darah disertai kerusakan trombosit dan lekosit, sehingga terjadi gangguan perfusi diikuti perubahan permeabilitas kapiler dan respon inflamasi lokal. Proses ini berlangsung 2 - 24 jam setelah cedera, dan mungkin akan berakhir dengan nekrosis jaringan.

#### c. Zona Hiperemi

Daerah diluar zona statis, ikut mengalami reaksi berupa vasodilatasi tanpa banyak melibatkan reaksi seluler. Zona ketiga ini dapat mengalami penyembuhan spontan atau berubah menjadi zona kedua bahkan zona pertama.

## 2. Penyembuhan Luka bakar

### a. Proses Penyembuhan luka bakar

Menurut Moenadjat (2003), proses penyembuhan luka bakar sama seperti luka pada umumnya dengan *secondary intention healing* (penyembuhan luka sekunder), hanya waktu penyembuhannya lebih lama tergantung dari luas dan kedalaman (derajat) lukanya, ketika tubuh mengalami trauma akibat panas yang menyebabkan luka, maka tubuh akan segera bereaksi untuk memperbaiki perlukaan tersebut. Oleh karena itu, proses penyembuhan luka merupakan suatu proses restorasi spontan yang terjadi segera setelah timbul luka, proses ini melibatkan berbagai komponen dan merupakan sebuah proses yang kompleks. Proses penyembuhan luka memiliki tiga fase yang dinamis, saling terkait dan berkesinambungan sebagai berikut:

#### 1) Fase Inflamasi /Reaksi

Tahap ini muncul segera setelah injuri dan dapat berlanjut sampai 3-4 hari. Inflamasi berfungsi untuk mengontrol perdarahan, mencegah invasi bakteri, menghilangkan debris dari jaringan yang luka dan mempersiapkan proses penyembuhan selanjutnya. Dalam tahap ini hemostasis dan fagositosis merupakan dua proses yang mendominasi, sel yang terlibat meliputi platelet, netrofil, makrofag dan limfosit T.

Peran makrofag selain fagositosis adalah mendaur ulang zat-zat tertentu seperti asam amino dan gula, sehingga dapat membantu proses perbaikan luka dan menstimulasi pembentukan fibroblas, yaitu sel yang mensintesis kolagen. Kolagen dapat ditemukan paling cepat pada hari kedua dan menjadi komponen utama jaringan parut. Setelah makrofag membersihkan luka dan menyiapkan untuk perbaikan jaringan, sel epitel bergerak dari bagian tepi luka dibawah luka sekitar 48 jam sehingga pada akhirnya diatas luka akan terbentuk lapisan tipis dari jaringan epitel dan menjadi barrier terhadap organisme penyebab infeksi (Dealey, 2007)

#### 2) Fase Proliferasi /Regenerasi

Fase Proliferasi merupakan pembentukan jaringan granulasi untuk menutup defek atau cedera pada jaringan yang luka. Tahap ini berlangsung dari hari ke 3 - 4 sampai dengan hari ke 21 setelah trauma, ketika mulai terbentuknya epitel dermis dan kolagen muda. Terbentuknya jaringan epitel dan jaringan granulasi merupakan awal penyembuhan luka bakar.

Menurut Gitarja (2008), proses kegiatan seluler pada fase ini adalah memperbaiki dan menyembuhkan luka ditandai dengan adanya pembelahan/proliferasi sel. Sedangkan Dealey (2007) membagi fase ini pada 2 proses yaitu pengisian luka dengan jaringan penyambung atau granulasi yang baru dan penutupan bagian atas luka dengan epitelisasi. Aktivitas sel yang paling berperan pada fase ini adalah makrofag dan fibroblas.

Pada fase ini makrofag mengeluarkan *epidermal growth factor* yang distimulasi oleh proliferasi dan migrasi sel epitel. Pada pinggir luka dan sekeliling folikel rambut terdapat keratinosit sebagai sisa-sisa sintesis fibrokinektin yang membentuk matrik temporer dengan migrasi sel. Sel-sel berpindah ke permukaan luka secara melompat dan membentuk membran dasar yang baru. Setelah sel-sel bertemu maka epitelisasi akan berhenti. Pembentukan sel epitel membutuhkan lingkungan yang *moist* (Winter, 1962 dalam Dealey, 2007).

Berakhirnya proses epitelisasi yang bergerak disepanjang permukaan luka, akan merangsang sel-sel epitel untuk menyusun kembali dasar membran

yang berguna menguatkan lapisan epidermis sampai dermis sehingga permukaan luka tidak mudah rusak dengan daya kekuatan mekanik. Pada luka tertutup, epitelisasi dapat terjadi pada hari kedua. Namun pada luka terbuka, epitelisasi baru terjadi apabila rongga-rongga pada luka sudah terisi jaringan granulasi. Jangka waktu yang dibutuhkan bervariasi pada tahap ini. Pada luka tertutup, epitelisasi pertama terjadi diikuti dengan angiogenesis dan pembentukan sejumlah kecil granulasi dan kontraksi jaringan dengan proses waktu mencapai 14 hari sampai 21 hari. Pada luka terbuka dimulai dari pembentukan granulasi yang mengisi jaringan yang rusak atau hilang, diikuti oleh kontraksi jaringan dan epitelisasi merupakan fase akhir yang terbentuk (Bryant, 2006).

Bates-Jansen (2011) menyatakan epitelisasi adalah proses pembentukan permukaan epidermis dan kulit tampak pink atau merah muda, pada luka yang dangkal epitelisasi terjadi melalui permukaan luka mulai dari tepi. Sedangkan jaringan granulasi adalah tumbuhnya pembuluh darah kecil dan jaringan ikat untuk mengisi luka yang dalam, jaringan sehat terlihat terang, merah seperti daging, mengkilat bergranul dan tampak seperti beludru. Vaskularisasi yang buruk tampak seperti merah pink pucat atau putih pucat atau merah tua.

### 3) Fase Maturasi /Remodeling

Fase Maturasi merupakan pemolesan jaringan penyembuhan yang telah terbentuk menjadi lebih matang dan fungsional. Tahap ini dimulai pada hari ke 21 dan dapat berlansung sampai 1 atau 2 tahun setelah trauma tergantung dari dalam/derajat dan luasnya luka. Untuk mencapai penyembuhan yang optimal diperlukan keseimbangan antara kolagen yang diproduksi dengan yang dipecahkan. Kolagen yang berlebihan akan terjadi penebalan jaringan parut atau *scar hypertrophic*, sebaliknya produksi berkurang akan menurunkan kekuatan jaringan parut dan luka akan selalu terbuka (Dealey, 2007). Luka dikatakan sembuh jika terjadi kontinuitas kulit dan kekuatan jaringan kulit mampu atau tidak mengganggu untuk aktivitas normal.

## 3. Perawatan Luka Bakar

### a. Metode Perawatan Luka Bakar

Metode perawatan luka yang selama ini diterapkan untuk perawatan luka bakar yaitu dengan perawatan terbuka (*open methode*) atau dengan perawatan tertutup (*closed methode*) saat ini telah banyak berubah mengikuti *trend* perawatan luka modern berdasarkan *evidence based* dengan prinsip *moisture balance* yang mulai dikembangkan oleh Winter sejak tahun 1971, luka dikelola berdasarkan kondisi warna luka serta berupaya mengawal luka agar penyembuhan dapat berjalan dengan baik. Perawatan luka dalam suasana lembab (*moisture balance*) dimulai dari menyiapkan dasar luka (*wound bed preparation*) dengan cairan pencuci luka yang non iritan menggunakan NaCl 0,9 %, pemberian topikal terapi sesuai derajat dan warna dasar luka serta dengan perawatan tertutup didapatkan peningkatan migrasi dini epitel pada penyembuhan dibanding dengan perawatan terbuka sehingga meningkatkan angka kesembuhan luka dan menurunkan *Length of Stay* (Perdanakusuma, 2005).

Perawatan luka dalam suasana lembab (*moisture balance*) akan memfasilitasi proses penyembuhan karena mempercepat proses epitelisasi serta meningkatkan angka kesembuhan baik secara kuantitatif maupun secara kualitatif dan perawatan luka tertutup dengan kassa tebal dan *elastic bandage (occlusive dressing)* diyakini merupakan cara terbaik karena akan mencegah penguapan dan mencegah terjadinya jaringan parut (*scar hypertrophic*) serta menjaga kondisi luka dalam

suasana lembab. Luka harus dicuci (*dilusi*) menggunakan cairan pencuci luka yang tidak iritatif, pemberian topikal terapi disesuaikan dengan derajat luka dan warna dasar luka serta menghindari penggunaan antiseptik yang bersifat iritan dan toksik terhadap jaringan (Moenadjat, 2003).

Menurut Bryant (2006), *moisture balance* merupakan perawatan luka berbasis suasana lembab, untuk mempertahankan agar luka dalam suasana lembab terdapat empat hal yang harus diperhatikan : (1) *Adequate moisture level* (tidak basah dan tidak kering) terlalu basah membuat maserasi pada kulit sekitar luka, terlalu kering membuat kulit menjadi *desiccate* (bersisik atau mati) ; (2) *Normal temperature*, suhu paling ideal pada luka antara 36<sup>0</sup> - 37<sup>0</sup> Celcius, terlalu dingin atau panas akan mengakibatkan penyembuhan luka menjadi lambat; (3) *Bacterial balance* dan (4) *Normal pH* (tidak asam dan tidak basa). Untuk menjaga mempertahankan keempat hal tersebut dengan metode perawatan tertutup.

#### **b. Tujuan Perawatan Luka Bakar**

Menurut Moenadjat (2003), tujuan perawatan luka bakar antara lain untuk mencegah degradasi luka, mengupayakan penutupan luka (proses epitelisasi), mempercepat penyembuhan luka dan mengurangi masa perawatan (waktu rawat inap). Sedangkan menurut Perdanakusuma (2005), tujuan dari perawatan dan pembalutan luka melindungi luka dari trauma dan infeksi, meningkatkan reepitelisasi, membantu penyembuhan luka dengan memberikan suasana yang dibutuhkan untuk pertahanan lokal makrofag, akselerasi angiogenesis dan mempercepat proses penyembuhan luka dan memacu pertumbuhan jaringan.

#### **c. Jenis-Jenis Topikal Terapi dan *Advance Dressing* Luka Bakar**

Dari beberapa penelitian jenis-jenis topikal terapi dan *advance dressing* yang sering digunakan dalam perawatan luka bakar sebagai berikut:

- 1) *Silver sulfadiazine (SSD)* merupakan *antibacterial creams* dengan *broad spectrum* mikrobial patogen yang diindikasikan untuk pencegahan dan pengobatan sepsis luka pada luka bakar derajat dua dan tiga, bersifat melunakkan eskar dalam penggunaannya harus hati-hati karena bisa menimbulkan *kernicterus*, menghambat reepitelisasi dan dalam penggunaan yang lama bisa menyebabkan *silver toxicity*, cara pemakaian setelah luka dibersihkan, *creams* dioleskan pada luka satu atau dua kali sehari setebal 2 mm menggunakan sarung tangan steril biarkan luka terbuka atau tutup dengan kassa steril tebal (Wee *et al*, 2001; Brunner & Suddarth, 2010 ).
- 2) *Mefenide Acetate (Sulfamylon Acetate Cream)* diindikasikan untuk mencegah luka menjadi sepsis dari kuman patogen gram positif dan gram negatif, efek yang ditimbulkan menyebabkan asidosis metabolik dan menimbulkan nyeri pada saat dioleskan selama 30 menit jangan dibalut karena dapat mengurangi efektifitas dan menyebabkan maserasi, cara pemakaian diberikan satu atau dua kali sehari dengan sarung tangan steril ( Brunner & Suddarth, 2010).
- 3) *Povidone Iodine* dapat mencegah sepsis, efektif terhadap mikroorganisme gram negatif dan positif, jamur, protozoal, *candida albicans* dan virus. Sifatnya korosif dan sangat toksis untuk jaringan kulit yang berwarna merah. Tersedia dalam bentuk solution, sabun dan salep, diberikan dengan menggunakan sarung tangan steril, mempunyai kecenderungan menjadi krusta dan menimbulkan nyeri, iritasi dan menyebabkan asidosis metabolik (Brunner & Suddarth, 2010).
- 4) *Petrolatum* atau vaselin untuk menjaga kelembaban luka dan mencegah kulit menjadi *disiccation* (bersisik atau mati).
- 5) *Parafin-impregnated gauzes (tulle-grass)* merupakan *advance dressing* yang menjaga kelembaban luka, memfasilitasi migrasi sel epitel untuk *superfisial*

wound. Sebelum pemakaian, luka dibersihkan terlebih dahulu kemudian gunakan selebar tulle dengan ukuran yang sesuai untuk menutup luka tersebut, ketika membalut luka yang bernanah tulle harus menutup seluruh luka. Jika luka mengeluarkan cairan terus menerus sebaiknya tulle diganti paling sedikit sekali sehari (Murphy & Evans, 2012).

- 6) *Autolytic debridement (Films, Hydrocolloids, hydrogels) advance dressing* yang menjaga kelembaban luka dan memfasilitasi *support autolytic debridement* (Murphy & Evans, 2012).
- 7) *Nanocrystalline silver, Carboxymethylcellulose* merupakan *advance dressing* yang menjaga kelembaban luka dan merupakan jenis antimikrobia *dressing* (Gianiero & Montone, 2010) mampu menempel pada luka selama 3-5 hari. Saat ini juga tersedia *Acticoat 7*, yang mampu bertahan sampai lebih 7 hari tanpa membutuhkan penggantian *dressing*.
- 8) *Absorbent dressings (Foam, hydrofibers/hydrocellulose, Alginate) advance dressing* menjaga kelembaban luka dan memfasilitasi *absorbs exudate* (Murphy & Evans, 2012).
- 9) *MEBO (Moist Exposed Burn Ointment)* merupakan topikal terapi luka bakar karena cairan panas, kimia, dll untuk menjaga kelembaban luka dan memfasilitasi regenerasi sel dan sebagai *pain relief*, cara pemakaian setelah luka dibersihkan dioleskan dengan sarung tangan steril setebal 1 mm setiap 4 – 6 jam sekali (Wee *et al*, 2001).
- 11) *Gentamicin Sulphate* salep kulit 0,1% digunakan untuk pengobatan topikal pada infeksi primer dan sekunder yang disebabkan oleh bakteri tetapi tidak efektif terhadap infeksi kulit yang disebabkan oleh jamur dan virus. Cara pemakaian setelah luka dibersihkan dioleskan dengan sarung tangan steril tipis 3 – 4 kali sehari bisa dibiarkan terbuka atau ditutup dengan kassa steril, pemberian secara kombinasi dengan kortikosteroid membantu mengontrol inflamasi

#### 4. SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*)

##### a. Pengertian SEFT

SEFT singkatan dari *Spiritual Freedom Emotional Technique* merupakan penggabungan antara spiritual melalui doa, keikhlasan, dan kepasrahan, dengan *energy psychology*. SEFT dikembangkan dari *Emotional Freedom Technique* (EFT), oleh Gary Craig, yang saat ini sangat populer di Amerika, Eropa, dan Australia sebagai solusi tercepat dan temudah untuk mengatasi berbagai masalah fisik, emosi, serta performa kerja. SEFT menekankan unsur spiritual atau berdoa disertai dengan cara melakukan ketukan ringan dengan dua ujung jari pada bagian-bagian titik tubuh tertentu. Unsur spiritual sangat penting karena merupakan hal esensial dan hubungan vertikal paling tulus antara hamba dan penciptanya. Tidak ada perbedaan agama dalam pemberian terapi SEFT. Apapun kepercayaan atau agamanya bisa menerima terapi ini (Anwar, 2011)

##### b. Titik Ketukan (*tapping*)

Kumara (2012), mengatakan ada 14 titik pada tubuh manusia yang jika kita ketuk beberapa kali (*tapping*) akan meningkatkan vaskularisasi yang berdampak pada ternetralisasinya gangguan emosi atau rasa sakit yang kita rasakan, karena aliran energi tubuh kembali normal dan seimbang. 14 titik-titik tersebut, dari atas ke bawah, adalah sebagai berikut:

##### c. Mekanisme Kerja

SEFT diyakini bekerja dengan tiga cara, yaitu adanya peningkatan kesadaran Supra yang didapat dari praktek *set up*, *self* relaksasi dari praktek afirmasi dan

melalui jalur fisik dengan cara membebaskan cakra dan median subyek sehingga energi positif akan kembali didapat. Mekanisme ini diawali dengan terciptanya suasana relaksasi alam sadar yang secara sistematis membimbing pada keadaan rileks yang mendalam. Terciptanya suasana relaksasi akan menghilangkan suara-suara dalam pikiran sehingga tubuh akan mampu untuk melepaskan ketegangan otot. Sistem saraf simpatik siap bereaksi menerima pesan untuk melakukan relaksasi sedangkan sistem saraf parasimpatik akan memberikan respon untuk relaksasi. Selain saraf simpatik, pesan untuk relaksasi juga diterima oleh kelenjar endokrin yang bertanggung jawab terhadap sebagian besar keadaan emosi dan fisik. Dan dengan melakukan ketukan beberapa kali (*tapping*) akan meningkatkan vaskularisasi yang berdampak pada ternetralisasinya gangguan emosi atau rasa sakit yang kita rasakan, karena aliran energi tubuh kembali normal dan seimbang (Anwar,2011).

Tujuan yang ingin dicapai dari SEFT terapi adalah untuk membebaskan diri dari energi psikologi atau emosional yang negatif. Sedangkan manfaat dari SEFT terapi adalah menguatkan sistem pernafasan, menenangkan sistem saraf, meningkatkan vaskularisasi, dan dapat menguatkan sistem kekebalan tubuh, serta mampu menurunkan rasa ketakutan yang berlebihan (Anwar, 2011). Kunci dari terapi ini adalah KIP (Khusyuk, Ikhlas dan Pasrah). Beberapa yang menyebabkan terapi gagal antara lain: (1) Peserta kurang minum (dehidrasi), (2) Ada benda elektronik yang ada disekitar peserta yang mengacaukan terapi seperti handphone, jam tangan, (3) Peserta kurang bisa khusyuk, ikhlas dan pasrah, (4) Lingkungan yang berisik dan tidak tenang.

#### d. Langkah Melakukan SEFT

##### 1) Langkah 1 : *Self Relaksasi*

Tahap Penerimaan: lemaskan tubuh anda, jangan menghiraukan apapun yang ada di sekitar anda. Terima saja, jangan dilawan. Bila anda marah / takut / sedih / sakit / nyeri, sadarlah bahwa anda marah / takut / sedih / sakit / nyeri, dan dengan kesadaran anda, anda akan menerima penyebab kemarahan / ketakutan / kesedihan / kesakitan anda.

Tahap relaksasi: Buatlah rileks anda sendiri dengan membayangkan tempat favorit anda yang tenang, bisa Gunung atau pantai, secara perlahan-lahan tarik nafas, tahan beberapa detik lalu hembuskan keluar. Nikmatilah dan temukan suasana rileks didalam diri anda.

##### 2) Langkah 2 : *Set Up*

a) Berikan nilai atas masalah anda. Pada skala 0 - 10, berikan skala nilai masalah anda, 0 untuk paling ringan dan 10 paling berat. Misalnya, saat ini saya nyeri karena luka bakar, skornya 6 .

b) Langkah di *set up* ini adalah anda memegang dada sebelah kiri di bawah tulang *clavicula* atau dibawah tulang bahu dimana ada rasa nyeri bila ditekan. Ini disebut sebagai titik nyeri. Usapkan perlahan sambil mengucapkan afirmasi berikut ini: “ Ya Tuhan ( sebutkan sesuai dengan agama /kepercayaan anda ), Meskipun.....( masalah anda), saya ikhlas dan saya pasrah. Contoh: Ya Allah , meskipun saya sekarang nyeri karena luka bakar, saya ikhlas dan saya pasrah.

##### 3) Langkah 3 : *Afirmasi*

Sekarang lepaskan tangan anda dari titik nyeri. Diam, dan ulangilah kalimat afirmasi seperti langkah 1 minimal 3 kali. Khusyuk dan Ikhlaslah.

**4) Langkah 4 : Ketukan (*Tapping*)**

Ketuklah dengan ringan menggunakan 2 jari ( jari telunjuk dan jari tengah) titik-titik berikut ini dengan 7 ketukan masing-masing titik. Sambil mengetuk-ngetuk setiap titik tersebut, ucapkan dengan keras sebuah kata atau frase kunci yang akan membantu Anda untuk tetap fokus pada problem anda. Contoh kata kunci: “nyeri di kepala”, ketukan dimulai dari:

- a) Pangkal Alis. Permulaan alis , diatas dan pada sisi hidung .
- b) Sisi Mata. Pada sisi tulang mata sebelah luar
- c) Bawah mata. Pada tulang mata sebelah bawah, kurang lebih 1 cm dibawah pupil
- d) Dibawah Hidung . Pada atas bibir dan hidung. (Pada lokasi kumis pada pria)
- e) Pada Daggu
- f) Ikatan dasi. Pada tulang bahu , terdapat “benjolan “ pertemuan dengan tulang dada yang pertama
- g) Bawah ketiak, segaris lurus dengan putting (pada pria ) atau pertengahan bra pada wanita .
- h) Pada sisi dalam (pangkal kuku bagian dalam ) jari jempol
- i) Pada sisi dalam (pangkal kuku bagian dalam ) jari telunjuk
- j) Pada sisi dalam (pangkal kuku bagian dalam ) jari tengah
- k) Pada sisi dalam (pangkal kuku bagian dalam ) jari manis
- l) Pada sisi dalam (pangkal kuku bagian dalam ) jari kelingking
- m) Pada Gamut Point: Punggung tangan , dibawah buku-buku tangan jari manis
- n) Karate Chop: Pada titik karate .bayangkan titik yang anda gunakan pada saat anda melakukan gerakan “membacok”dengan tangan .

**5) Langkah 5 : Tarik nafas dalam**

Menarik nafas dalam setiap kali selesai melakukan satu kali putaran dengan kalimat syukur, misalnya “Alhamdulillah “. Waktu untuk satu kali putaran kurang lebih 5 menit. Bisa diulangi beberapa kali kurang lebih 15-20 menit dalam satu kali sesuai terapi. Periksa derajat masalah/sakit kita. Jika kita rasakan masih ada problem yang tersisa, ulangi prosedur dengan menambahkan kata “masih”. Pernyataannya : “Meskipun saya masih tersisa rasa nyeri di kepala saya, saya ikhlas dan saya pasrah .....”Teruskan sampai derajat kesulitan kita menjadi 0 (nyeri kita hilang sama sekali). Kata atau frase kunci yang bisa kita sebutkan untuk tiap titik: “masih tersisa rasa nyeri di kepala.

**5. Stres dan Adaptasi Model Roy****a. Definisi Stres**

Stres merupakan suatu kemampuan tubuh menyesuaikan diri. Roy dalam Tommey & Alligood (2006) mengemukakan bahwa seseorang sebagai system terbuka yang dapat menyesuaikan diri (*adaptive system*), sebagai `satu kesatuan yang mempunyai input, proses dan output. Stesor merupakan input yang dapat menimbulkan respon. Input merupakan suatu stimulus yang dibagi dalam tingkat fokal, kontekstual dan residual. Stimulus fokal yaitu perubahan atau situasi yang segera mempengaruhi individu atau berlawanan dengan system manusia, stimulus kontekstual merupakan stimulus yang mempengaruhi terhadap stimulus fokal., stimulus residual merupakan stimulus yang efeknya terhadap situasi yang tidak jelas, merupakan karakteristik, nilai-nilai dan sikap individu yang telah dikembangkan dari pengalaman masa lalu dan kepercayaan.



**b. Adaptasi Model Roy**

Roy dalam Tommey & Alligood (2006), menjelaskan bahwa untuk melakukan proses kontrol menggunakan mekanisme koping sistem regulator dan kognator. Subsistem regulator merupakan gambaran respon berkaitan dengan perubahan pada sistem saraf kimia tubuh dan organ endokrin. Subsistem regulator merupakan mekanisme kerja utama yang berespon dan beradaptasi terhadap stimulus lingkungan. Subsistem kognator merupakan gambaran respon yang berkaitan dengan perubahan kognitif dan emosi, termasuk didalamnya persepsi, proses informasi, pembelajaran dan emosional. Subsistem regulator dan kognator dimanifestasikan kedalam empat mode yaitu mode fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Mode fisiologis meliputi oksigen, nutrisi, eliminasi, aktivitas & istirahat, proteksi, sensori, cairan & elektrolit, fungsi neurologis & endokrin yang menimbulkan adaptasi secara fisiologis untuk mempertahankan homeostasis. Mode konsep diri meliputi *physical self*, *personal self* adalah keyakinan akan perasaan diri sendiri yang mencakup persepsi, perilaku dan respon. Mode fungsi peran adalah ketidakseimbangan mempengaruhi fungsi dan peran yang diemban seseorang baik secara primer, sekunder atau tersier. Mode interdependensi adalah kemampuan seseorang untuk mengintegrasikan masing-masing komponen menjadi satu kesatuan yang utuh. Output sistem adaptasi untuk menghadapi stress menurut Roy, ada 2 yaitu respon adaptif dan respon inefektif. Respon adaptif mempertahankan atau meningkatkan integritas sedangkan respon inefektif mengacaukan integritas (Priyo,2012), diuraikan sebagai berikut:

## 1). Mode Fisiologis

- a) Oksigenasi: indikator respon adaptif berupa proses pernafasan yang seimbang, pola pertukaran gas yang stabil, dan transportasi gas yang memadai. Indikator respon inefektif adanya hipoksia, gangguan ventilasi, pertukaran dan transportasi gas yang tidak adekuat, perubahan perfusi jaringan dan proses kompensasi untuk perubahan oksigen yang kurang.
- b) Nutrisi: indikator respon adaptif terlihat adanya proses pencernaan yang stabil, pola nutrisi sesuai keperluan tubuh, kebutuhan metabolisme dan nutrisi yang terpenuhi. Indikator respon inefektif adanya penurunan berat badan, perasaan mual dan muntah serta pola makan tidak adekuat.
- c) Eliminasi: indikator respon adaptif memperlihatkan adanya pola eliminasi defekasi adanya perubahan pola eliminasi defekasi dan urine yang tidak efektif.
- d) Aktivitas dan istirahat: indikator respon adaptif adanya proses mobilitas yang terintegrasi, pergerakan yang cukup, pola aktivitas dan istirahat yang efektif, dan menyesuaikan tidur dengan perubahan lingkungan. Indikator respon inefektif adanya immobilitas, intoleransi aktivitas, pola aktivitas dan istirahat tidak efektif dan gangguan pola tidur.
- e) Proteksi: indikator respon adaptif memperlihatkan kulit utuh, respon penyembuhan luka yang efektif, integritas dan kekebalan tubuh yang cukup, proses imunitas yang efektif, dan pengaturan suhu yang efektif. Indikator respon inefektif adanya gangguan integritas kulit, *delayed wound healing*, infeksi pengaturan suhu tidak efektif dan proses imunitas tidak efektif.
- f). Sensori: indikator respon adaptif mencakup proses sensasi yang efektif, integrasi input sensori menjadi formasi efektif, pola persepsi yang

stabil, strategi koping untuk gangguan sensori efektif. Indikator respon inefektif adanya gangguan pada sensori primer, hilangnya kemampuan merawat diri sendiri, gangguan komunikasi, nyeri akut dan kronis, gangguan persepsi dan strategi koping kerusakan sensori yang tidak efektif.

- g). Cairan dan elektrolit: indikator respon adaptif memperlihatkan adanya proses keseimbangan cairan dan stabilitas elektrolit didalam tubuh stabil, status asam basa yang seimbang, regulasi *buffer* kimia yang efektif. Indikator inefektif adanya dehidrasi, adanya edema, syok, gangguan elektrolit dan keseimbangan asam basa.
  - h). Fungsi Neurologis: indikator respon adaptif memperlihatkan adanya proses perhatian, persepsi, pembentukan konsep, memori dan bahasa yang efektif, mampu mengintegrasikan perencanaan, respon motorik dan proses berpikir, fungsi perkembangan yang efektif. Indikator respon inefektif adanya penurunan kesadaran, proses berpikir tidak efektif, gangguan memori, perilaku dan *mood* tidak stabil dan potensial kerusakan otak sekunder.
  - i). Fungsi Endokrin: indikator respon adaptif memperlihatkan adanya pengaturan hormonal untuk metabolik dan proses tubuh yang efektif, pengaturan hormone untuk perkembangan reproduksi yang efektif, strategi koping terhadap stress yang efektif. Indikator respon in efektif adanya regulasi hormone yang tidak efektif, fatigue, iritabilitas dan stress.
- 2). Mode Konsep Diri
- a). *Physical self* : indikator respon adaptif memperlihatkan adanya gambaran diri positif, fungsi seksual yang efektif, integritas fisik dengan pertumbuhan fisik, kompensasi terhadap perubahan tubuh yang efektif, strategi koping terhadap kehilangan yang efektif. Indikator respon inefektif adanya gangguan gambaran diri, disfungsi seksual, dan strategi koping kehilangan tidak efektif. Kubbler Ross dalam Kozier (1991) menyatakan strategi koping yang efektif dalam teori kehilangan/berduka, bahwa sebelum mencapai pada tahap penerimaan (*acceptance*) individu akan melalui beberapa tahapan berikut:
    - (a). *Denial* (Meningkari)

Dimulai dari rasa tidak percaya saat menerima musibah luka bakar, selanjutnya diliputi kebingungan, bingung akan apa yang harus dilakukan, sekaligus bingung mengapa hal ini bisa terjadi. Reaksi fisik yang terjadi pada tahap pengingkaran adalah letih, lemah, pucat, mual, diare, gangguan pernafasan, detak jantung cepat, menangis gelisah, tidak tahu harus berbuat apa.
    - (b). *Anger* (Marah)

Tahapan ini ditandai dengan adanya reaksi emosi/ marah pada diri sendiri, menjadi lebih peka dan sensitif terhadap masalah-masalah kecil yang pada akhirnya menimbulkan kemarahan. Tidak jarang individu menunjukkan perilaku agresif, bicara kasar, menolak pengobatan, menuduh dokter dan perawat tidak mampu. Respon fisik yang sering terjadi pada fase ini antara lain muka merah, nadi cepat, gelisah, susah tidur, tangan mengempal.

- (c). *Bargaining* (Tawar-menawar)  
Tahapan dimana individu mulai berusaha untuk menghibur diri, memohon kemurahan Tuhan dan berpikir tentang upaya apa yang akan dilakukan untuk membantu proses penyembuhan.
  - (d). *Depression* (Bersedih yang mendalam)  
Tahapan yang muncul dalam sikap keputusan, menarik diri, tidak mudah bicara, perasaan tidak berharga. Gejala fisik yang sering diperlihatkan adalah menolak makan, susah tidur, letih, dorongan libido menurun.
  - (e). *Acceptance* (Penerimaan)  
Tahapan dimana individu telah mencapai pada titik pasrah dan mencoba untuk menerima keadaannya dengan tenang.
- b). *Personal Self* : indikator respon adaptif memperlihatkan adanya konsistensi diri, ideal diri, moral-etik-spiritual yang efektif, harga diri yang fungsional dan strategi koping yang efektif terhadap ancaman. Indikator inefektif adanya kecemasan, *powerlessness*, merasa bersalah dan harga diri rendah.
- 3). Mode Fungsi Peran: indikator respon adaptif memperlihatkan adanya proses transisi peran yang efektif, pengungkapan perilaku peran yang utuh, keutuhan peran primer, sekunder dan tersier, pola penguasaan peran yang stabil dan proses koping terhadap perubahan peran yang efektif. Indikator respon inefektif adanya transisi peran, konflik peran, dan kegagalan dalam menjalankan peran.
- 4). Mode *Interdependence* (Saling ketergantungan): indikator respon adaptif memperlihatkan adanya pola member dan menerima pengasuhan yang stabil, pola kesendirian dan berhubungan dengan lingkungan yang efektif, strategi koping terhadap perpisahan dan kesendirian yang efektif. Indikator respon inefektif adanya pola member dan menerima pengasuhan tidak efektif, pola kesendirian dan berhubungan dengan lingkungan yang tidak efektif, dan kesepian.

Pada teori Roy, tujuan intervensi keperawatan adalah untuk mempertahankan dan mempertinggi perilaku adaptif dan merubah perilaku inefektif, sehingga pasien dapat beradaptasi terhadap perubahan kebutuhan fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan hubungan interdependensi dalam rentang sehat – sakit (Potter & Perry, 2005). Dalam hal ini perawat dapat memberikan intervensi menguatkan mekanisme koping regulator dan kognator.

Pada penelitian ini intervensi yang diberikan perawat adalah memberikan dukungan kebutuhan emosional dan spiritual dengan berdoa menggunakan metode SEFT atau *Spiritual Emosional Freedom Technique* dan perawatan luka dengan menggunakan *alternative moisture balance dressing* sebagai mekanisme koping regulator dan aspek kognator yang akan diintervensi adalah memberikan informasi pada pasien bahwa mood atau emosi akan berpengaruh terhadap perkembangan penyembuhan luka.

Intervensi yang akan diberikan perawat dapat menimbulkan respon adaptif atau inefektif. Respon adaptif adalah respon yang diharapkan sebagai hasil akhir dari intervensi yang diberikan. Pada penelitian ini respon adaptif psikologis fungsi konsep diri (*physical self*) yang diharapkan adalah penerimaan diri (*acceptance*) yang merupakan strategi koping terhadap kehilangan yang efektif sehingga dapat menciptakan ketenangan dan relaksasi pada diri pasien. Kondisi ini kemudian akan merangsang sistem endokrin untuk menstimuli penurunan hormon ACTH yang

diikuti oleh penurunan glukokortikoid dan kortisol. Penurunan kadar glukokortikoid dan kortisol akan merangsang peningkatan respon imun dan respon inflamasi yang diperlukan pada penyembuhan luka sehingga penyembuhan luka efektif dan dapat berlangsung cepat pada proteksi fungsi fisiologis.

### C. METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah *action research* untuk mengetahui respon adaptasi fisiologis dan psikologis pasien luka bakar yang diberikan kombinasi *alternative moisture balance* dan SEFT terapi. Sampel adalah total populasi dengan *accidental sampling* yang memenuhi kriteria inklusi.

Pengambilan data berlangsung dalam 2 tahap, pengambilan data respon adaptasi fisiologis fungsi proteksi proses penyembuhan luka bakar dengan metode observasi dilakukan selama kurang lebih 4 bulan, dari bulan Maret 2014 sampai dengan Juni 2014 dan data tentang respon adaptasi psikologis fungsi konsep diri *physical self* dengan metode pengisian kuesioner dan wawancara terstruktur dilakukan setelah responden mencapai proses penyembuhan dengan jaringan epitelisasi atau granulasi >25% TBSA (*Total Body Surface Area*) yang berlangsung dalam periode waktu tersebut. Penelitian ini telah mendapat persetujuan dari Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada dan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

### D. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 1. Karakteristik Responden

Penelitian dilakukan pada 8 responden. Jenis kelamin sebagian besar (75%) laki-laki, usia rata-rata antara 17- 51 tahun., luas luka antara 6 - 55% TBSA, derajat II 37,5%, derajat III 62,5% . Luka bakar merupakan salah satu trauma yang disebabkan akibat kontak langsung ataupun tidak langsung dengan sumber panas yang sering terjadi dalam kehidupan sehari-hari yang sebagian besar (75%) disebabkan karena kelalaian atau keteledoran baik dirumah ataupun ditempat kerja, sedangkan luas luka bakar dipengaruhi oleh penyebab kejadian luka bakar (WHO, 2014).

Hasil penelitian ini tidak berbeda jauh dengan hasil penelitian-penelitian sebelumnya yang menemukan usia antara 18 -52 tahun dengan luas luka 15 - 52% TBSA (Gavante&Montone, 2010) dan usia terbanyak antara 20 – 40 tahun 61.1% dengan rata-rata luas luka 39%TBSA (Gowry, dkk, 2012). Sementara Othman pada tahun 2010 menemukan luas luka dalam rentang 10 – 48%TBSA terdapat pada responden dalam rentang usia antara 18 – 45 tahun (Othman, dkk, 2010), yang juga terbukti pada hasil penelitian ini. Peneliti juga sependapat bahwa luka bakar merupakan trauma yang disebabkan sebagian besar karena kelalaian di rumah ataupun di tempat kerja, dapat terjadi pada usia tersebut yang tergolong dengan usia produktif, dimana pada usia tersebut fungsi dan peran adalah sebagai pekerja, sehingga sangat dimungkinkan kejadian trauma banyak terjadi saat melakukan aktivitas dalam bekerja. Sedangkan luas luka bakar sangat dipengaruhi oleh penyebab terjadinya luka bakar dan situasi saat terjadinya luka bakar.

Usia merupakan faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka, terdapat perbedaan penyembuhan pada tingkat usia anak dan dewasa, Suriadi pada tahun 2007 menyatakan pada anak-anak penyembuhan luka dan kontraksi terjadi dengan cepat dari pada dewasa, pada usia dewasa terjadi ada suatu penurunan vaskularitas dermal, penurunan densitas kolagen, elastin, fragmentasi elastin, dan penurunan jumlah sel mast, akan tetapi tingkatan penyembuhan adalah batas normal (Suriadi, 2007; Ruth, 2006; Carvile, 2007). Dalam penelitian ini untuk menghindari faktor pengaruh usia terhadap penyembuhan, usia sudah terlebih dahulu dikontrol dengan menjadikan usia antara 15 – 55 tahun sebagai responden. Pada penelitian ini didapatkan usia termuda 17 tahun dan usia tertua 51 tahun.

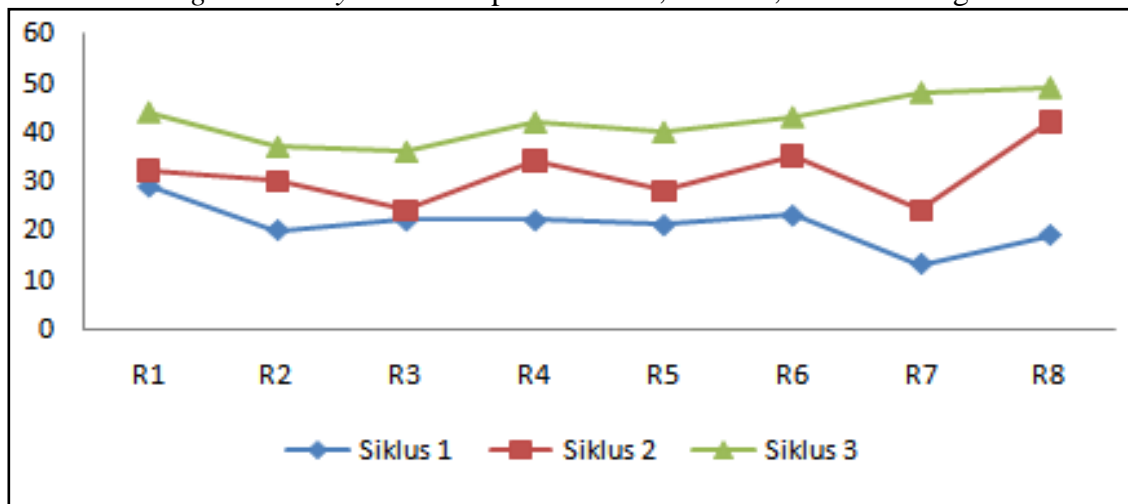
Luas luka pada luka bakar juga merupakan faktor yang mempengaruhi penyembuhan, semakin luas luka bakar akan meningkatkan insiden infeksi karena kulit merupakan barrier utama tubuh kita sehingga semakin luas luka bakar, imunitas tubuh menjadi semakin menurun. Berdasarkan dari hasil temuan dan teori diatas peneliti sependapat bahwa penyembuhan luka pada luka bakar sangat dipengaruhi oleh usia, luas luka dan derajat luka.

## 2. Respon Adaptasi Fisiologis

Respon adaptasi fisiologis fungsi proteksi proses penyembuhan luka sebagai berikut:

### a. Evaluasi Proses Penyembuhan Luka

Hasil penelitian berdasarkan pengamatan dengan menggunakan skala indikator NOC: *Wound Healing Secondary Intention* pada siklus 1, siklus 2, siklus 3 sebagai berikut:



**Grafik 1. Evaluasi Proses penyembuhan luka berdasarkan skor Wound Healing NOC pada Siklus 1, Siklus 2, Siklus 3.**

Grafik 1 memaparkan evaluasi proses penyembuhan luka berdasarkan skor *wound healing* NOC pada siklus 1, siklus 2 dan siklus 3 sebagai berikut:

#### Siklus 1

Setelah dilakukan perawatan luka bakar dengan metode *alternative moisture balance dressing* dan sebelumnya dilakukan SEFT terapi terlebih dahulu selama kurang lebih 15 menit, berdasarkan nilai skor *wound healing* NOC didapatkan hasil rata-rata nilai skor 21,22 dengan nilai skor terendah 13 dan tertinggi 29. Hal ini menunjukkan proses penyembuhan luka belum efektif.

#### Siklus 2

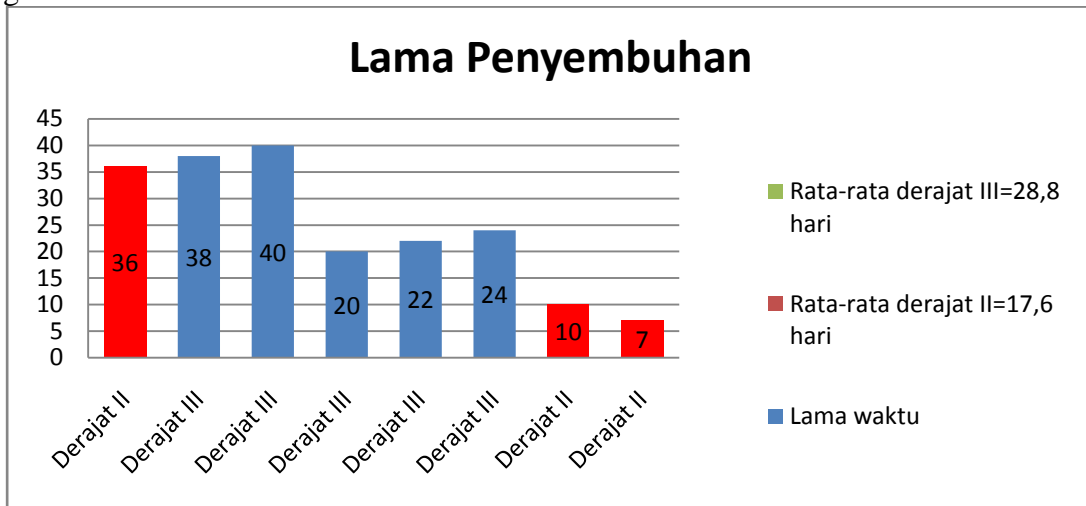
Setelah dilakukan tindak lanjut pelaksanaan sesuai dengan status perkembangan luka dengan, menunjukkan skor *wound healing* NOC mengalami peningkatan nilai skor, didapatkan hasil rata-rata nilai skor 31,12 dengan nilai skor terendah 24 dan tertinggi 42. Hal ini menunjukkan proses penyembuhan luka berlangsung efektif.

#### Siklus 3

Setelah dilakukan pelaksanaan tindak lanjut dengan kombinasi *alternative moisture balance dressing* dan SEFT terapi sesuai dengan status perkembangan proses penyembuhan luka, menunjukkan hasil skor *wound healing* NOC mengalami peningkatan nilai skor, didapatkan hasil rata-rata nilai skor 42,37 dengan nilai skor terendah 36 dan tertinggi 49. Hal ini menunjukkan penyembuhan luka efektif, proses penyembuhan berlangsung lebih baik dengan hasil penyembuhan luka sebagian besar *completed*, pada derajat II dan derajat III sebagian besar (87,5%) terisi jaringan granulasi dan epitelisasi antara 75 – 100% dari luas luka.

### b. Lama waktu proses penyembuhan luka berdasarkan derajat kedalaman luka

Lama waktu proses penyembuhan luka bakar derajat II dan derajat III, seperti pada grafik.2



**Grafik2. Evaluasi Lama Waktu Proses Penyembuhan Luka berdasarkan Derajat**

Pada siklus 3 ini didapatkan lama waktu penyembuhan berdasarkan derajat luka, derajat II rata-rata 17,66 hari (tercepat 7 hari dan terlama 35 hari), lama waktu penyembuhan derajat III rata-rata 28,6 hari, (tercepat 17 hari dan terlama 40 hari).

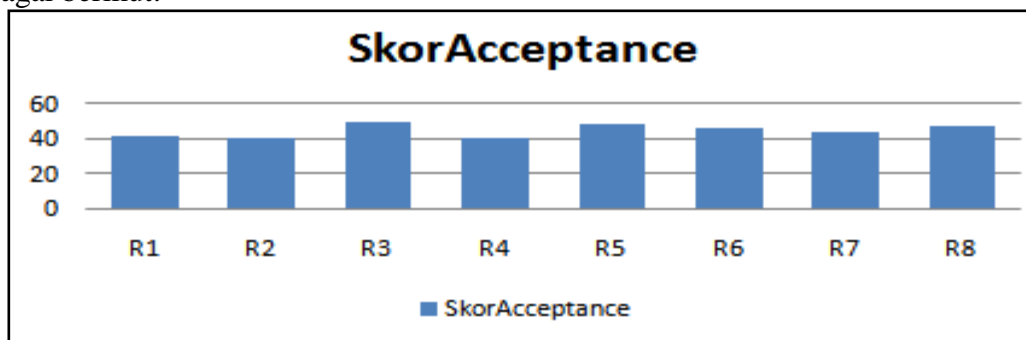
Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Gravente (2010) menemukan lama waktu penyembuhan derajat II minimal 5 hari maksimal 12 hari sedangkan untuk derajat III minimal 21 hari, maksimal 29 hari. Hal ini dimungkinkan karena dipengaruhi oleh faktor penyebab terjadinya luka bakar.

Hasil penelitian ini sesuai pendapat Demling & Way pada tahun 2001 dimana pada luka bakar derajat II dangkal dapat sembuh dalam waktu 10 –14 hari. Pada luka bakar derajat II dalam yang mengenai seluruh ketebalan dermis memerlukan waktu kesembuhan lebih lama sampai 25 – 35 hari. Pada luka bakar derajat III sembuh lebih lama, lebih dari 35 hari.

Derajat kedalaman luka pada luka bakar juga merupakan faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan, semakin dalam derajat luka akan mempengaruhi proses proliferasi pada pembentukan epitelisasi atau granulasi jaringan. Berdasarkan dari hasil temuan dan teori diatas peneliti sependapat bahwa penyembuhan luka pada luka bakar sangat dipengaruhi derajat kedalaman luka.

3. Respon Adaptasi Psikologis

Respon adaptasi psikologis fungsi konsep diri *physical self* setelah dilakukan SEFT terapi dengan menggunakan indikator NOC: *Acceptance* (penerimaan diri) dengan hasil sebagai berikut:



**Grafik 3 Evaluasi Respon Psikologis berdasarkan Nilai Skor Acceptance**

Grafik 3 memaparkan hasil evaluasi respon adaptasi psikologis fungsi konsep diri *physical self* setelah dilakukan SEFT terapi menggunakan indikator NOC: *Acceptance* (penerimaan diri) didapatkan nilai skor rata-rata 44,5 dengan skor minimal 40 dan skor maksimal 50. Hal ini menunjukkan respon psikologis fungsi konsep diri *physical self* setelah diberikan SEFT terapi yang efektif atau adaptif, dan didukung dari hasil wawancara diketahui tingkat penerimaan (*acceptance*) terhadap realita dan harapan serta motivasi sebagai berikut: Perasaan setelah dilakukan SEFT terapi didapatkan seluruh (8) responden mengungkapkan merasa tenang dan nyaman, Ikhlas dan pasrah, suka cita dan nyeri berkurang, Tingkat penerimaan diri (*acceptance*) terhadap realita; perasaan responden terhadap kondisi fisik didapatkan sebanyak 7 responden mengungkapkan tidak merasa malu, tidak merasa rendah diri, ikhlas, tidak merasa terganggu, sedangkan 1 responden mengungkapkan kadang-kadang merasa malu. Harapan dan motivasi responden terhadap kondisi kesehatan seluruh (8) responden mengungkapkan berharap cepat sembuh, berkumpul dengan keluarga dan dapat bekerja lagi.

Hal yang sama ditemukan oleh Bakara tahun 2010 menemukan hasil bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara tingkat depresi, kecemasan, dan stres sebelum dan sesudah intervensi SEFT antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ( $p < 0,05$ ). Intervensi SEFT membantu menurunkan depresi, kecemasan, dan stres pada pasien SKA. Zainuddin pada tahun 2009 mengatakan bahwa dalam SEFT membawa subyek pada kondisi tenang dan relaks, merasakan nafas, menyadari kehadiran Tuhan dalam diri, serta mengarahkan untuk kembali pada diri sejati (*fitrah*). Saat melakukan SEFT, subyek dianjurkan melakukannya dalam kondisi *meditative* (yakin, khsyuk, ikhlas, pasrah, dan syukur). Jika demikian, efek SEFT akan terasa lebih efektif. Sementara itu ketukan (*tapping*) ringan yang dilakukan pada titik-titik energi meridian selain meningkatkan vaskularisasi sesuai dengan teori *gate control* yang dikemukakan oleh Melzack & Well, 1965 (dalam Rajin M, 2012) akan menutup *substansi gelatinosa* (SG) pada medulla spinalis dan menghalangi impuls nyeri menuju otak. Ketukan dapat menutup SG karena dihantarkan melalui serabut syaraf yang memiliki diameter lebih besar daripada serabut syaraf nyeri. Jika ada suatu zat dapat mempengaruhi substansi gelatinosa didalam *gate control*, zat tersebut dapat digunakan untuk pengobatan nyeri.

Berdasarkan hasil temuan dan teori diatas peneliti sependapat bahwa terapi SEFT dengan berdoa akan meningkatkan *subjective feeling* dari kesejahteraan dan rasa peduli, hal ini menimbulkan harapan positif, menciptakan ketenangan dan relaksasi pada diri responden. Pada penelitian ini respon adaptasi psikologis: penerimaan diri yang adaptif, berupa terciptanya ketenangan, relaksasi dan harapan positif pada diri responden. Kondisi ini merangsang sistem endokrin untuk menstimuli penurunan hormon ACTH yang diikuti oleh penurunan glukokortikoid dan kortisol. Penurunan kadar glukokortikoid dan kortisol akan merangsang peningkatan respon imun dan respon inflamasi yang diperlukan pada penyembuhan luka sehingga penyembuhan luka dapat berlangsung cepat.

## E. PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian tentang kombinasi *alternative moisture balance dressing* dan SEFT terapi dalam meningkatkan respon adaptasi psikologis dan proses penyembuhan luka bakar di RSUP Dr.Sardjito dan setelah dilakukan analisa serta pembahasan, maka dapat dirumuskan beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Respon adaptasi fisiologis fungsi proteksi proses penyembuhan luka pasien luka bakar yang diberikan kombinasi *alternative moisture balance dressing* dan SEFT terapi adalah adaptif. Proses penyembuhan luka berlangsung lebih baik dan efektif dengan hasil penyembuhan luka sebagian besar *complete*, pada derajat III dan derajat II sebagian besar (87,5%) terisi jaringan granulasi dan epitelisasi antara 75 -100 % dari luas luka.

2. Respon adaptasi psikologis fungsi konsep diri *physical self* pasien luka bakar yang diberikan SEFT terapi adalah adaptif, sebagai berikut:
  - a. Perasaan menjadi tenang dan nyaman, ikhlas dan pasrah, suka cita dan nyeri berkurang.
  - b. Penerimaan terhadap kondisi fisik: tidak merasa malu, tidak merasa rendah diri, ikhlas, tidak merasa terganggu.
  - c. Harapan dan motivasi responden terhadap kondisi kesehatan berharap cepat sembuh, berkumpul dengan keluarga dan dapat bekerja lagi.

Saran yang dapat direkomendasikan berdasarkan hasil penelitian adalah sebagai berikut:

1. Kombinasi alternative moisture balance dressing dan SEFT terapi bisa dijadikan sebagai prosedur tetap untuk memberikan respon adaptasi fisiologis fungsi proteksi yang adaptif dalam meningkatkan proses granulasi dan epitelisasi pada penyembuhan luka sehingga dapat memperpendek LOS.
2. SEFT terapi bisa dijadikan sebagai prosedur tetap non farmakologi untuk meningkatkan respon psikologis penerimaandiri yang adaptif dan membantu memberikan perasaan nyaman, ketenangan dan menurunkan tingkat nyeri sehingga dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan.
3. Perlunya pelatihan SEFT terapi bagi perawat untuk meningkatkan ketrampilan sebagai komplementer terapi untuk membantu proses penyembuhan sehingga dapat meningkatkan *cost effective*.
4. Bagi peneliti lain yang ingin melanjutkan penelitian ini bisa dilakukan dengan menambah jumlah sampel yang lebih besar atau menggunakan subyek penelitian dengan tingkat stress psikologis yang tinggi seperti pada penyakit dengan terminal *stage* seperti pada kanker

#### DAFTAR PUSTAKA

- Moenajat Yefta. 2003 . *Luka Bakar Pengetahuan Klinis Praktis*. Edisi Revisi. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Brunner & Suddarth.2010. *Textbook of Medical Surgical Nursing* (12th ed.). USA: Lippincott
- Maghsoudi H, Monshizadeh S.2010.*Comparative Study of the BurnWound Healing Properties Saline-Soaked Dressing and Silver Sulfadiazine in Rats*. Indian J Surg (Januari-February 2011) 73 (1):24-27 DOI 10.1007/s12262-010-0169-2
- Dealey C. 2005. *The care of wound: a guide for nurse* (3th.ed.). Australia: Blackwell
- Falanga V. Wound Bed Preparation. Available from : Diakses 10 Desember 2012 dari URL:<http://www.bu.edu./woundbiotech/index.html>. 2005
- .Handayani TN. 2010. *Pengaruh Pengelolaan Depresi Dengan Latihan Pernafasan Yoga (Pranayama) Terhadap Perkembangan Proses Penyembuhan Ulkus Diabetikum di Rumah Sakit Pemerintah Aceh*. Tesis. Universitas Indonesia. Jakarta
- Anwar Zainul. 2011. *Model Terapi SEFT (Spiritual Emotional Freedom –Technique) Untuk Mengatasi Gangguan Fobia Spesifik*. Naskah Publikasi Penelitian Pengembangan IPTEK
- Kozier, Erb, Oliveri .1995. *Fundamentals of Nursing. Concepts, Process and Practice* (8th ed.). California: Addison-Wesley Publishing Company,Inc
- WHO Burn Update. 2014. Diakses tanggal 6 Juli 2014 dari [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs.365/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs.365/en/)
- Gravante P, Montone A. 2010. *A retrospective anaysis of ambulatory burn patients: focus on wound dressing and healing times*. Ann R Coll Surgical England 92:118-123 doi 10.1308/003588410X12518836439001



- Gowri S, Vijaya NA, Powar R, Honnungar R, Mallapur MD. 2012. *Epidemiologi and Outcame of Burn Injury*. J Indian Acad Forensic Med. October-December 2012, Vol.34, No.4
- Othman N, Kendrick D. 2010. *Epidemiology of burn injury in the East Mediterranean Region: a Systematic Review*. BMC Public Health, 1083. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/83>
- Bakara MD. 2010. *Pengaruh Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) terhadap Tingkat Gejala Depresi, Kecemasan, dan Stres pada Pasien Sindrom Koroner Akut (SKA) Non Percutaneous Coronary Intervention (PCI)*. Tesis. Universitas Padjadjaran. Bandung
- Rajin M. 2012. *Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) Untuk Meningkatkan Kualitas Tidur Pasien Pasca Operasi di Rumah Sakit*. Skripsi. Universitas Pesantren Darul Ulum. Jombang
- Nursalam. 2009. *Model Holistik Berdasar Teori Adaptasi Roy dan PNI Sebagai Upaya Modulasi Respon Immun*. Disampaikan pada Seminar Nasional Keperawatan. Surabaya.
- Johnson *et all.* (Eds.). 2000. *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (2nd ed.). St.Louis, Missouri : Mosby
- Demling RH & Way. 2001. *Burn Modules*. Available in website: Diakses 10 Desember 2012 dari <http://www.burnsurgery.org>
- Suriadi. 2007. *Manajemen Luka*. Romeo Grafika. Pontianak
- Ruth A.Bryant.2006 *Acute & Chronic Wounds: Current Management Concepts*. Third Edition.Mosby Elsevier. United States of America
- Carville K.2007. *Wound Care Manual* (5th ed.). Australia: Silver Chain Nursing Association