

Case Report: Kebutuhan Psikososial dan Kesiapan Pulang Pasien Dewasa Awal dengan *Combustio* 43% TBSA di Ruang GICU Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bandung

Hana Zahra¹, Anastasia Anna², Efri Widianti³

^{1,2,3}Universitas Padjadjaran

Email: hana21004@mail.unpad.ac.id

Abstrak

Pendahuluan: Luka bakar luas merupakan trauma serius yang tidak hanya berdampak pada kondisi fisik, tetapi juga menimbulkan permasalahan psikososial dengan prevalensi mencapai 28–75% pada penyintas. Selain itu, kesiapan pulang pasien luka bakar menjadi faktor krusial yang memengaruhi keberhasilan pemulihan jangka panjang di luar rumah sakit. Tujuan: Menggambarkan kondisi psikososial pada pasien dewasa muda dengan luka bakar luas dan kesiapan pasien untuk pulang. Metode: Laporan kasus ini menggunakan pendekatan deskriptif observasional. Data diperoleh melalui observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan dokumentasi keperawatan selama 3 hari di GICU dan 5 hari di ruang rawat inap RSUD Kabupaten Bandung. Kerahasiaan identitas pasien dijaga dan *informed consent* telah diperoleh. Presentasi Kasus: Seorang laki-laki berusia 19 tahun, mengalami luka bakar derajat II seluas 43% TBSA akibat ledakan gas. Pasien tampak tidak menunjukkan gangguan citra tubuh, namun terdapat sejumlah tanda yang mengindikasikan kemungkinan fase *denial* pasca-trauma. Kondisi ini diduga dipengaruhi oleh norma maskulinitas dan tuntutan peran sebagai anak pertama yang mendorong pasien menyembunyikan kerentanan emosionalnya. Terkait kesiapan pulang, ditemukan kesenjangan pengetahuan yang tidak disadari, di mana pasien dan keluarga merasa informasinya sudah memadai namun belum memahami proses penyembuhan jangka panjang, perawatan area *skin graft*, pencegahan komplikasi, kebutuhan fisioterapi, perlindungan kulit pasca-luka bakar, serta kebutuhan psikososial pasien pasca-pemulangan. Kesimpulan: Kondisi psikososial pasien dewasa muda dengan luka bakar luas tidak selalu tampak dari luar dan dapat tersembunyi di balik mekanisme koping menghindar yang bersifat maladaptif. Identifikasi dini fase *denial*, pendekatan komunikasi yang sensitif terhadap konteks budaya dan *gender*, serta perencanaan edukasi komprehensif sebelum pemulangan merupakan komponen penting dalam asuhan keperawatan holistik pada pasien ini.

Kata Kunci: Dewasa Muda, Kesiapan Pulang, Luka Bakar Luas, Psikososial

Abstract

Introduction: Extensive burns represent a serious trauma that not only affects physical condition but also gives rise to psychosocial problems, with a prevalence of 28–75% among survivors. Furthermore, discharge readiness in burn patients is a crucial factor influencing the success of long-term recovery outside the hospital. Objective: To describe the psychosocial condition of a young adult patient with extensive burns and the patient's readiness for discharge. Methods: This case report employed a descriptive observational approach. Data were collected through observation, interviews, physical examination, supporting investigations, and nursing documentation over 3 days in the GICU and 5 days in the inpatient ward of a regional general hospital in Bandung Regency. Patient confidentiality was maintained and informed consent was obtained. Case Presentation: A 19-year-old male sustained second-degree burns covering 43% of the total body surface area (TBSA) due to a gas explosion. The patient appeared to show no signs of body image disturbance; however, several indicators suggested a possible denial phase following the trauma. This condition was thought to be influenced by masculinity norms and role expectations as the eldest child, which prompted the patient to conceal his emotional vulnerability. Regarding discharge readiness, an unrecognized knowledge gap was identified, wherein the patient and family believed their information was sufficient, yet lacked understanding of the long-term healing process, skin graft area care, complication prevention, physiotherapy needs, post-burn skin protection, and the patient's psychosocial needs following discharge. Conclusion: The psychosocial condition of young adult patients with extensive burns is not always outwardly visible and may be concealed beneath maladaptive avoidance coping mechanisms. Early identification of the denial phase, culturally and gender-sensitive communication approaches, and comprehensive discharge education planning are essential components of holistic nursing care for this patient population.

Keywords: Discharge Readiness, Extensive Burns, Psychosocial, Young Adults

1. PENDAHULUAN

Luka bakar merupakan kondisi rusak atau hilangnya jaringan tubuh yang terjadi akibat paparan sumber energi ekstrem dari luar yang dapat berupa api, cairan panas, zat kimia, arus listrik, radiasi, maupun suhu yang sangat dingin [1]. Selain permasalahan fisik yang ditimbulkan, luka bakar juga memberikan dampak psikososial yang signifikan dan kompleks. Dampak psikososial pada penyintas luka bakar mencakup berbagai permasalahan psikologis dan sosial yang dapat menetap lama setelah pasien keluar dari rumah sakit. Permasalahan tersebut meliputi kecemasan, depresi, PTSD, gangguan citra tubuh, rendahnya harga diri, stigma sosial, hingga kesulitan dalam reintegrasi sosial [2], [3].

Dampak psikososial akibat luka bakar yang tidak tertangani dengan baik berpotensi menghambat pencapaian tugas perkembangan individu dewasa awal secara signifikan, sehingga berdampak pada kualitas hidup jangka panjangnya [2]. Menurut teori perkembangan psikososial Erikson, individu berusia 19–40 tahun berada pada tahap *intimacy vs. isolation*, di mana tugas perkembangan utamanya adalah membentuk hubungan emosional yang mendalam dan bermakna dengan orang lain. Pada tahap ini, kegagalan dalam membentuk hubungan yang bermakna dapat berujung pada perasaan kesepian, isolasi, dan depresi, terutama pada individu yang belum memiliki konsep diri yang kuat [4].

Perawat memegang peran krusial dalam penanganan kondisi psikologis pasca-luka bakar, mencakup deteksi dini, pengkajian holistik, serta intervensi dalam menangani kesejahteraan emosional pasien. Oleh karena itu, identifikasi dini dan penanganan komprehensif terhadap dampak psikososial pada penyintas luka bakar merupakan hal yang krusial dalam pendekatan holistik perawatan luka bakar [5]. Demikian pula pada fase pemulangan yang merupakan transisi krusial dan kompleks dalam kehidupan pasien luka bakar. Penyintas luka bakar akan dihadapkan dengan tantangan baru saat memasuki fase pemulangan dari rumah sakit yaitu keharusan beradaptasi dengan kondisi yang baru seperti perawatan diri secara mandiri, perubahan gaya hidup, hingga kembali ke lingkungan masyarakat [6].

Bagi penyintas luka bakar, pulang dari rumah sakit bukan berarti berakhirnya pengobatan, melainkan pasien dan keluarga harus terus melanjutkan kehidupan tanpa bantuan langsung dari tenaga kesehatan sehingga pengetahuan dan kesiapan pasien menjadi faktor yang sangat penting [6]. Hal ini tidak hanya mencakup pengetahuan mengenai perawatan fisik saja, tetapi juga pemahaman pasien dan keluarga terhadap kondisi psikologis yang mungkin dialami pasien pasca-pemulangan. Keluarga memegang peran penting dalam proses pemulihan pasien luka bakar, namun beban psikologis dan kompetensi perawatan yang mereka miliki seringkali terabaikan, padahal pemahaman keluarga mengenai kebutuhan psikososial pasien merupakan hal yang krusial untuk mendukung pemulihan yang optimal [7].

Kurangnya pengetahuan pasien dan keluarga pasca-hospitalisasi dapat meningkatkan risiko rawat inap ulang serta menimbulkan penggunaan sumber daya kesehatan yang tidak perlu [6]. Studi yang dilakukan oleh Ozdemir *et al.* (2024) menunjukkan bahwa pasien luka bakar memerlukan kebutuhan belajar yang tinggi dan perencanaan edukasi secara individual yang sesuai dengan kebutuhan sebelum pemulangan [8]. Oleh karena itu, edukasi pra-pemulangan yang komprehensif perlu mencakup tidak hanya aspek perawatan fisik, tetapi juga aspek psikososial, termasuk cara mengenali tanda-tanda gangguan psikologis dan strategi dukungan emosional yang dapat diberikan oleh keluarga kepada pasien di rumah [9]. Program edukasi terstruktur bagi keluarga yang mencakup komplikasi jangka panjang luka bakar sekaligus dukungan psikologis perlu diimplementasikan guna meningkatkan kualitas perawatan dan mengurangi beban yang ditanggung keluarga [7].

2. METODE PENELITIAN

Penelitian laporan kasus ini menggunakan pendekatan deskriptif observasional yang disusun berdasarkan data hasil pengkajian selama proses asuhan keperawatan. Data diperoleh

melalui observasi langsung, wawancara, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan dokumentasi keperawatan selama pasien menjalani perawatan di ruang *General Intensive Care Unit* (GICU) hingga ruang rawat inap salah satu rumah sakit umum daerah Kabupaten Bandung. Pengkajian dilakukan selama tiga hari di GICU dan lima hari di ruang rawat inap. Data yang diperoleh dideskripsikan untuk mengetahui lebih dalam mengenai respon psikososial serta kesiapan pasien untuk pulang dari rumah sakit yang kemudian dikaitkan dengan teori dan hasil temuan lain terkait pasien dengan luka bakar luas. Dalam penelitian laporan kasus ini, kerahasiaan identitas pasien dijaga. Persetujuan publikasi juga sudah didapatkan dari pihak pasien dan keluarga melalui *informed consent*.

3. DESKRIPSI KASUS

Seorang pasien laki-laki berusia 19 tahun yang baru lulus dari bangku SMA dan sedang menunggu ujian masuk universitas. Pasien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara dan juga cucu pertama di keluarga kedua orang tuanya serta sudah memiliki teman dekat perempuan di sekolahnya. Pasien mengalami kecelakaan akibat ledakan gas saat sedang mengganti gas di pesantrennya. Pasien dirawat di sebuah rumah sakit di Kota Garut selama 12 hari sebelum akhirnya dirujuk ke rumah sakit umum daerah di Kabupaten Bandung. Pasien datang dengan luka bakar derajat II seluas 43% total body surface area (TBSA). Luka bakar tersebut tersebar pada area wajah, leher, tangan kanan, tangan kiri, dada, perut, punggung atas, dan punggung bawah. Pada hari pertama setelah dirujuk, pasien menjalani prosedur *excisional debridement*. Hasil pemeriksaan laboratorium setelah pasien melakukan tindakan tersebut menunjukkan adanya anemia (Hb 9,1 g/dL), leukositosis (12.300 sel/ μ L), hiponatremia (Na 128 mmol/L), serta hipoalbuminemia (Albumin 2,2 g/dL).

Pada pengkajian hari pertama di *General Intensive Care Unit* (GICU), tingkat kesadaran pasien yaitu *compos mentis* dengan GCS 15 dengan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 141/55 mmHg, nadi 127x/menit, respirasi 32x/menit, suhu 39°C, dan SpO₂ 100% dengan bantuan nasal kanul 4 L/menit. Pasien mengeluhkan pegal pada kaki dan merasa kedinginan. Dari aspek psikososial, didapatkan bahwa pasien merasa sangat jenuh dan bosan selama berada di GICU, diperkuat dengan kebiasaan pasien yang seringkali memanggil perawat atau mahasiswa keperawatan untuk sekadar menemaninya dan kesal saat ditinggal. Pasien juga meminta tolong memanggil keluarga serta meminjam telepon genggam mahasiswa keperawatan agar dapat melakukan panggilan video bersama teman-temannya karena ia mengatakan merindukan keluarga terutama teman-temannya.

Pada hari pengkajian kedua, pasien semakin sering memanggil perawat terutama mahasiswa keperawatan dan menolak ditinggal. Meskipun begitu, pada hari kedua ini pasien mulai menunjukkan adanya keterbukaan kepada peneliti karena pasien membuka percakapan terlebih dahulu berupa pertanyaan-pertanyaan umum. Hal ini mungkin dilakukan pasien untuk mencegah peneliti meninggalkannya namun menjadi hal yang positif karena dapat menjadi peluang untuk melakukan pendekatan lebih lanjut. Pada hari tersebut pasien menceritakan bahwa dirinya merupakan anak pertama dan memiliki dua adik yang masih bersekolah, pasien juga merupakan cucu pertama dari keluarga ayah dan ibunya. Pasien menceritakan mengenai kegiatan dan juga cita-citanya. Pasien mengaku bahwa dirinya merupakan seseorang yang memiliki banyak teman dan rutin bersosialisasi di lingkungan masyarakat. Pasien juga aktif secara fisik karena rutin berolahraga lari yang dijadikannya sebagai hobi.

Meskipun pasien menunjukkan keterbukaan yang berarti, pasien terlihat membutuhkan waktu saat dikaji mengenai kronologi kecelakaan yang menyebabkan ia mengalami luka bakar karena pasien tampak lama terdiam. Ia mengatakan bahwa ia lupa secara persis apa yang terjadi saat kecelakaan ledakan gas sehingga ia tidak merasakan apapun saat mengingatnya. Selain itu ketika melihat kondisi lukanya, ia merasa biasa saja. Ia pun tidak merasa malu saat orang lain melihat lukanya, dapat dibuktikan dengan ia sering melakukan panggilan video bersama teman-

temannya. Pengkajian pada pasien terus berlanjut hingga pasien berpindah ruangan ke ruang rawat inap. Di ruang rawat inap, pasien selalu ditemani oleh keluarganya yaitu ayah, ibu, dan kakeknya secara bergantian.

Selama di ruang rawat inap, pasien mengatakan bahwa perasaannya lebih baik dari sebelumnya karena saat ini ia selalu ditemani oleh keluarganya walaupun ia tetap merasa bosan dan jenuh karena ingin segera beraktivitas di luar rumah sakit. Sementara mengenai perasaannya terhadap kondisi kesehatan terutama lukanya saat ini, pasien mengatakan tidak merasakan apapun dan tidak ada hal yang mengganggu. Keluarga mengatakan bahwa meskipun pasien selalu menjawab tidak terganggu mengenai luka bakarnya, pasien pernah mengkhawatirkan mengenai persepsi teman dekat perempuannya terhadap kondisinya saat ini. Ia takut teman tersebut tidak dapat menerima penampilannya saat ini dan memilih untuk mengakhiri hubungan mereka. Kemudian keluarga mengakui bahwa mereka menghindari pembicaraan mengenai kejadian kecelakaan ledakan gas dengan pasien dan keluarga pun kurang nyaman saat membicarakan hal tersebut.

Terkait harapan pasien mengenai kondisinya saat ini, pasien lama terdiam sebelum menjawab bahwa ia berharap ingin segera sembuh agar dapat bertemu dengan teman-temannya. Keluarga menambahkan bahwa pasien sangat dekat dan terbuka kepada teman-temannya, sementara pasien merupakan pribadi yang tertutup dalam lingkungan keluarga. Keluarga mengatakan bahwa pasien tidak pernah mengeluh dan menceritakan kesulitan yang ia alami kepada kedua orang tuanya. Kemudian setelah sembuh nanti, pasien mengatakan bahwa ia berharap dapat kembali mengabdikan diri di pesantrennya. Namun pasien mengaku bahwa dirinya belum memiliki bayangan akan seperti apa kondisi tubuhnya ketika pulang dari rumah sakit nanti, sementara keluarga mengatakan bahwa mereka yakin kondisi tubuh anaknya akan dapat kembali normal.

Saat pengkajian terkait pengetahuan pasien terhadap kondisinya, pasien mengatakan bahwa ia mengetahui bagian tubuh mana saja yang terdapat luka bakar dan tindakan yang masih harus dilakukan terhadap kondisinya (*debridement* dan *skin graft*). Selain itu, pasien dan keluarga mengetahui beberapa cara untuk mendukung proses penyembuhan yaitu memperbanyak bergerak, memperbanyak asupan protein, dan mengurangi asupan gula. Namun pasien dan keluarga belum memiliki perencanaan apapun apabila pasien pulang dari rumah sakit. Pasien dan keluarga juga belum mengetahui seperti apa proses penyembuhan yang akan pasien jalani kedepannya, kemungkinan kondisi psikososial pasien, dan cara mengatasi masalah psikososial pada pasien. Meskipun demikian, pasien dan keluarga menyatakan bahwa merasa cukup dan tidak ada informasi lain yang dibutuhkan dari tenaga kesehatan terkait kondisinya.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Setelah mengalami sebuah trauma, yang pada kasus ini adalah luka bakar, seorang pasien dapat berada dalam kondisi berduka akibat kehilangan fungsi tubuh dan berada pada fase penyangkalan atau *denial* yaitu ketika seseorang terus meyakinkan diri sendiri bahwa kehilangan tersebut belum benar-benar terjadi [10]. Pada fase ini, seseorang akan menyangkal kondisinya hingga dapat mengalami mati rasa. Fase ini memperlihatkan kondisi syok seseorang karena terjadi perubahan yang drastis dalam hidupnya dan ia bagaikan hidup dalam “kenyataan yang lebih disukai” bukan “hidup dalam kenyataan yang sebenarnya”. Meskipun begitu, menurut Kübler-Ross, fase ini dapat dianggap membantu pasien untuk bertahan dari peristiwa duka yang dialaminya karena membuat pasien tidak dilanda kesedihan sekaligus [11].

Pada pasien terlihat beberapa tanda yang memperlihatkan kemungkinan terjadinya fase *denial* seperti terdiam lama saat diberikan pertanyaan mengenai kronologi kecelakaan, menyatakan tidak ingat persis apa yang terjadi, mengaku tidak merasakan apapun ketika mengingatnya, dan mengaku merasa biasa saja terhadap kondisi lukanya. Hal ini turut memperlihatkan bahwa koping yang dimiliki pasien bersifat menghindar dan menyangkal.

Koping yang seperti itu menyebabkan buruknya kemampuan penyesuaian pasien terhadap kondisinya saat ini dan meningkatkan risiko depresi serta *post-traumatic stress disorder* (PTSD) dibandingkan dengan koping yang bersifat aktif pada pasien luka bakar [12]. Hal ini sesuai dengan studi yang dilakukan oleh Huang dan Su (2021) bahwa persentase luas luka bakar belum tentu menyebabkan pasien mengalami PTSD maupun depresi, melainkan terdapat faktor lain yang turut menimbulkan masalah psikososial pasca-luka bakar salah satunya yaitu mekanisme koping pada pasien itu sendiri [13].

Selain kemungkinan adanya faktor fase berduka pada individu, ketertutupan pasien selama proses pengkajian juga perlu dilihat dari sisi keterbatasan hubungan terapeutik antara peneliti dan pasien. Hubungan saling percaya di antara pasien dan perawat mempengaruhi banyak perilaku dan sikap terkait kesehatan pasien, termasuk pengungkapan informasi pribadi yang bersifat rahasia, penerimaan terhadap pengobatan, dan kepatuhan terhadap rekomendasi pengobatan [14]. Mengingat pengkajian pada kasus ini dilakukan dalam rentang waktu yang terbatas dan oleh pihak yang baru dikenal oleh pasien, terdapat kemungkinan bahwa *trust* antara pasien dan peneliti belum terbangun secara optimal, sehingga terdapat kehati-hatian pasien dalam mengungkapkan informasi pribadi kepada orang yang belum dikenal dekat.

Meskipun demikian, tertutupnya pasien dirasakan sebagai hal yang wajar bagi keluarganya karena keluarga mengatakan bahwa pasien merupakan pribadi yang tertutup dan hanya terbuka pada teman-temannya. Hal ini mungkin terjadi akibat pengaruh norma maskulinitas dan posisi pasien sebagai anak pertama sekaligus cucu pertama dalam keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Cleary (2022) menunjukkan bahwa laki-laki muda usia 18 hingga 30 tahun umumnya tumbuh dalam lingkungan keluarga yang memegang kuat nilai-nilai hegemonik yang merupakan keyakinan bahwa seorang pria harus tampak kuat dan mampu mengendalikan emosinya. Keyakinan ini berdampak pada terbentuknya pola komunikasi yang cenderung tertutup dan terbatasnya ruang untuk mengekspresikan perasaan dalam hubungan keluarga [15].

Diketahui juga bahwa pasien merupakan anak pertama, posisi tersebut dapat memberikan pengaruh signifikan terhadap pembentukan karakter dan pola perilaku individu dalam menghadapi tekanan. Anak pertama dituntut untuk menjadi pelindung, teladan, dan tumpuan keluarga sejak dini [16], [17]. Pada umumnya orang tua juga meletakkan ekspektasi tinggi terhadap anak pertamanya sehingga membentuk keyakinan kepada anak pertama bahwa mereka tidak boleh memperlihatkan kelemahan dan ketidakberdayaan di hadapan keluarganya [18]. Kondisi ini dapat memiliki dampak langsung terhadap cara anak pertama merespon situasi krisis seperti saat ia menghadapi kondisi sakit yang membutuhkan dukungan psikososial. Penelitian yang dilakukan oleh Al-Ghabeesh (2022) menunjukkan bahwa strategi *escape avoidance* menjadi strategi yang paling sering digunakan pada pasien luka bakar, yaitu strategi dengan berupaya melarikan diri dari masalah secara kognitif dan perilaku, serta dikategorikan sebagai strategi maladaptif karena dapat memperburuk kondisi psikologis pasien [19].

Kemudian meskipun diketahui bahwa pasien tidak mengakui adanya gangguan citra tubuh, keluarga mengungkapkan bahwa pasien mengkhawatirkan pandangan teman dekat perempuannya terhadap kondisi kesehatan dan lukanya saat ini. Pasien khawatir hubungan antara mereka akan berakhir apabila teman dekat perempuannya tidak dapat menerima kondisinya. Sesuai dengan teori perkembangan psikososial Erikson (1950) yaitu individu yang berusia 19 tahun berada pada tahap *intimacy vs isolation* di mana pada tahap ini seseorang akan membentuk hubungan yang mendalam dan berkomitmen dengan orang lain versus pengalaman isolasi, kesepian, penarikan diri secara emosional yang dapat berkontribusi terhadap kesehatan mental seperti depresi dan kecemasan [4]. Namun ketidakkonsistenan antara pernyataan pasien yang merasa tidak terganggu oleh kondisi fisiknya dengan perasaan memendam kekhawatiran terhadap penerimaan dari orang yang bermakna secara emosional, memperkuat dugaan adanya dimensi psikologis yang belum terungkap sepenuhnya.

Kondisi psikososial pasien yang tampak baik-baik saja di permukaan namun menyimpan kekhawatiran dan kerentanan emosional yang belum sepenuhnya terungkap ini memperlihatkan bahwa kesiapan psikologis pasien untuk menghadapi kehidupan pasca-rumah sakit tidak dapat dinilai hanya dari ketiadaan keluhan yang tampak. Justru kondisi inilah yang menuntut perhatian lebih dalam terhadap kesiapan pulang pasien, mengingat fase pemulangan akan mempertemukan pasien dengan situasi-situasi yang berpotensi memicu kembali kekhawatiran yang selama ini ia simpan sendiri, seperti interaksi dengan lingkungan sosial dan teman dekatnya. Apabila kondisi psikososial yang tersembunyi ini tidak teridentifikasi sejak masa perawatan, maka perencanaan pemulangan berisiko hanya berfokus pada aspek fisik semata tanpa mempersiapkan pasien dan keluarga dalam menghadapi tantangan psikologis yang sesungguhnya akan dihadapi di rumah.

Berdasarkan pengkajian, pengetahuan pasien dan keluarga mengenai kondisi pasien belum sepenuhnya memadai. Tidak hanya pengetahuan mengenai perawatan fisik, pasien dan keluarga juga harus memahami mengenai kondisi psikologis yang mungkin dialami pasien pasca-pemulangan, cara mencegah, hingga cara mengatasi apabila ditemukan adanya gangguan psikososial pada pasien. Pasien dan keluarga perlu memahami bahwa gejala seperti kecemasan, kemurungan, gangguan tidur, ketakutan berlebih terhadap cedera ulang, kekhawatiran terhadap perubahan penampilan, hingga kecenderungan menarik diri dari interaksi sosial merupakan respons psikologis yang umum terjadi pasca-luka bakar dan bukan sesuatu yang perlu disembunyikan atau dianggap tabu [2], [3].

Seiring pasien kembali ke lingkungan masyarakat, fokus intervensi psikologis turut bergeser ke arah penanganan kekhawatiran terhadap citra tubuh, reintegrasi sosial, serta kembalinya peran pasien seperti sebelum mengalami cedera. Oleh karena itu, keluarga perlu dibekali dengan keterampilan komunikasi yang mendukung, seperti memberikan ruang bagi pasien untuk mengekspresikan perasaannya tanpa menghakimi, serta membantu pasien dalam menghadapi situasi sosial yang berpotensi memicu rasa malu atau kecemasan, misalnya saat menerima tatapan atau pertanyaan dari orang lain mengenai bekas luka. Latihan-latihan sederhana untuk menjawab pertanyaan terkait luka bakar serta menghadapi stigmatisasi dapat dilakukan secara bertahap, dimulai dari uji coba pada kesempatan singkat di luar lingkungan rumah sakit sebelum pasien benar-benar kembali ke kehidupan bermasyarakat secara penuh [20], [21].

Selain itu, keluarga perlu memahami bahwa proses pemulihan psikologis bersifat jangka panjang dan tidak selalu konsisten. Bahkan setelah penyintas luka bakar kembali ke rumah, kebutuhan fisik maupun psikososial dapat tetap berlanjut, mengingat proses rehabilitasi dapat memakan waktu hingga berbulan-bulan atau bertahun-tahun, dan area luka yang telah sembuh tetap rentan mengalami gangguan kembali [21]. Apabila ditemukan tanda-tanda distress psikologis yang menetap atau memberat, seperti penarikan diri yang ekstrem, perubahan suasana hati yang signifikan, atau gejala yang mengarah pada gangguan stres pasca-trauma, keluarga perlu didorong untuk segera mencari bantuan profesional alih-alih menanganinya sendiri. Hal ini penting karena skrining dan penilaian distress psikologis secara berkala perlu dilakukan secara rutin pada penyintas luka bakar, mengingat tingginya angka distress psikologis pasca-cedera dan pentingnya identifikasi dini untuk mengoptimalkan hasil pemulihan secara fisik maupun emosional [22]. Kemudian penyediaan kelompok dukungan, baik bagi pasien rawat inap, rawat jalan, maupun keluarga, juga dapat sangat membantu dalam proses mengantisipasi tantangan yang akan dihadapi pasca-pemulangan, melatih strategi penyelesaian masalah, sekaligus memberikan dukungan emosional yang berkelanjutan. Dengan demikian, persiapan psikologis yang komprehensif sebelum pemulangan, yang melibatkan baik pasien maupun keluarga sebagai satu kesatuan unit dukungan, menjadi komponen penting dalam keberhasilan adaptasi pasien terhadap kehidupan pasca-luka bakar [9].

Pada aspek fisik, pasien mengatakan bahwa dirinya belum memiliki gambaran akan seperti apa kondisi lukanya ketika pulang dari rumah sakit dan belum diberikan informasi terkait hal tersebut. Sementara itu, keluarga mengatakan bahwa mereka yakin pasien akan sembuh total dan kondisi lukanya akan memudar sehingga pasien dapat kembali normal. Saat pengkajian, pasien dan keluarga mengaku sudah merasa cukup terhadap informasi yang dimiliki dan belum membutuhkan informasi tambahan apapun dari tenaga kesehatan terkait kondisi pasien. Hal ini memperlihatkan adanya kesenjangan antara perasaan puas pada pasien dan keluarga terhadap pengetahuannya dengan informasi-informasi lainnya yang seharusnya didapatkan oleh pasien dan keluarga.

Seharusnya sebagai pasien yang akan menjalani tindakan *debridement* dan *skin graft*, terdapat sejumlah informasi penting yang harus dipahami oleh pasien dan keluarga. Dari sisi kondisi luka, area *skin graft* maupun *donor site* dapat terasa nyeri selama 1 hingga 2 minggu pasca-operasi, terutama pada area donor site karena lapisan kulit yang diambil mengekspos bagian ujung saraf [23]. Pada awalnya kondisi *graft* akan tampak berwarna merah atau ungu dan terlihat cekung, namun warna akan memudar dan cekung akan terlihat normal seiring proses pematangan parut secara keseluruhan yang diduga membutuhkan waktu hingga 18 bulan [24]. Selain itu, umumnya pasien akan merasakan gatal pada area *skin graft* maupun *donor site* sehingga perlu perhatian lebih dengan memberikan olesan krim pelembab secara teratur jika sudah kering, pijatan ringan, dan penggunaan pakaian longgar untuk mengurangi gatal dan iritasi [24].

Kemudian terkait hal yang harus dilakukan pasien saat di rumah untuk melindungi area *skin graft* adalah dengan menghindari trauma atau aktivitas yang menyebabkan peregangannya berlebihan agar *graft* tidak tercederai selama 4 minggu setelah tindakan dilakukan [24]. Dukungan nutrisi yang adekuat seperti asupan kalori dan protein yang tinggi, pemantauan berat badan, serta latihan fisik juga sangat penting untuk mendukung proses penyembuhan [25], [26]. Fisioterapi juga dibutuhkan untuk mencegah kontraktur dan memaksimalkan mobilitas pasien [27]. Kemudian perlindungan kulit dari matahari pun harus diperhatikan karena kulit menjadi rentan terhadap sinar UV sehingga diperlukan penggunaan tabir surya dengan minimal *SPF* 30 secara rutin [24]. Selain itu, pasien dan keluarga juga harus mengetahui komplikasi yang mungkin terjadi agar dapat segera mencari bantuan medis apabila muncul tanda-tanda infeksi seperti peningkatan nyeri, pembengkakan, kemerahan, dan keluarnya cairan dari luka. Kontraktur, nyeri kronis, kehilangan sensasi, perubahan warna kulit permanen, serta pembentukan jaringan parut hipertrofik atau keloid juga dapat terjadi pada pasien pasca-luka bakar [27].

5. KESIMPULAN

Pada pasien laki-laki berusia 19 tahun yang mengalami luka bakar derajat II seluas 43% TBSA pada area visibilitas tinggi, tampak menunjukkan indikasi masalah psikososial. Kondisi ini diduga dipengaruhi oleh nilai maskulinitas hegemonik dan tuntutan peran sebagai anak pertama yang menyebabkan pasien menyembunyikan kerentanan emosionalnya. Hal ini didukung juga dengan terlihat adanya permasalahan psikososial yang belum terungkap sepenuhnya. Namun terdapat juga kemungkinan belum terbangunnya hubungan saling percaya antara pasien dan peneliti akibat terbatasnya waktu dalam pengkajian. Terkait kesiapan pulang, ditemukan adanya kesenjangan pengetahuan yang tidak disadari pada pasien maupun keluarga. Keyakinan keluarga bahwa pasien akan sembuh total juga menunjukkan adanya kesenjangan antara ekspektasi dan realitas perjalanan pemulihan luka bakar yang sesungguhnya.

Implikasi keperawatan dari temuan ini menekankan perlunya perawat untuk tidak hanya berpatokan pada manifestasi klinis yang tampak secara kasat mata dalam menilai kondisi psikososial pasien luka bakar, melainkan turut menggali indikator-indikator tersembunyi seperti pola komunikasi, respons nonverbal, serta latar belakang sosiokultural dan posisi

keluarga pasien, mengingat tanda gangguan psikososial tidak selalu muncul secara eksplisit. Selain itu, perawat perlu menyusun *discharge planning* secara terstruktur dan individual, yang dapat mencakup aspek fisik dan psikologis, sehingga pasien dan keluarga memiliki kesiapan yang utuh dalam menjalani proses pemulihan jangka panjang di rumah.

6. DAFTAR PUSTAKA

- [1]. WHO. (2023). Burns. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- [2]. Dmitry, B., Kornhaber, R., & Cleary, M. (2025). Psychosocial concerns in burn survivors and their families: A narrative review. *Injury*, 56(10), 112626. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2025.112626>
- [3]. Rehan, M., Tariq, R., Iqbal, T., Sarwar, M., Ain, Q. tul, & Waheed, U. (2024). Impact of burns on anxiety, depression and self- esteem among patients with burn injuries: A cross-sectional study. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 37(2), 134–139.
- [4]. Argasiam, B. (2024). Psikologi perkembangan (1st ed.). Unakipress Publisher.
- [5]. Kankam, J., Burros, C., Lewis, J. E., Hollis, R. J., Hammett, N., Biscotti, A., Sehgal, J., Gantt, B., & Nicarnord, E. (2025). Mental health outcomes and psychosocial impacts of facial burns: A scoping review. *Journal of Burn Care & Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/01455613251356341>
- [6]. Lotfi, M., Ghahremanian, A., Aghazadeh, A., & Jamshidi, F. (2018). The effect of pre-discharge training on the quality of life of burn patients. *Journal of Caring Sciences*, 7(2), 107–112. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.017>
- [7]. Wang, H., Yang, J., Xia, M., & Zhu, L. (2025). Family members' knowledge, attitudes, practices, and caregiver burden in managing the health of patients with severe burn injuries. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1450356. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1450356>
- [8]. Ozdemir, A., Karadeniz, E. Y., & Serin, E. K. (2024). Investigation of pre-discharge learning needs and affecting factors in individuals with burns. *Journal of Tissue Viability*, 33(4), 160–164. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2024.04.008>
- [9]. Shokre, E. S., Elsayed, S., Mohammed, M., Mohammed, H., Elhapashy, M., Elsharkawy, N. B., Mohamed, O., Ramadan, E., & Abdelaziz, E. M. (2024). The effectiveness of the psychosocial empowerment program in early adjustment among adult burn survivors. *BMC nursing*, 23(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01700-x>
- [10]. Rismayanti, F., Azzani, A., Anggraeni, N., & Mulyeni, S. (2026). Pengaruh kehilangan dan berduka terhadap kondisi mental individu. *Observasi: Jurnal Publikasi Ilmu Psikologi*, 4(1), 103-116. <https://doi.org/10.61132/observasi.v4i1.2035>
- [11]. Tomasic, M. M. (2026). The five stages of grief. *Health Central*. <https://www.healthcentral.com/condition/depression/stages-of-grief>
- [12]. Dukes, K., Baldwin, S., Assimacopoulos, E., Grieve, B., Hagedorn, J., & Wibbenmeyer, L. (2021). Influential factors in the recovery process of burn survivors in a predominately rural state: a qualitative study. *Journal of Burn Care & Research: Official Publication of The American Burn Association*, 43(2), 374–380. <https://doi.org/10.1093/jbcr/irab232>.
- [13]. Huang, Y. K., & Su, Y. J. (2021). Burn severity and long-term psychosocial adjustment after burn injury: The mediating role of body image dissatisfaction. *Burns*, 47(6), 1373–1380. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2020.12.015>
- [14]. Bahari, Z., Vosoghi, N., Ramazanzadeh, N., & Moshfeghi, S. (2024). Patient *trust* in nurses : exploring the relationship with care quality and communication skills in emergency departments. *BMC Nursing*. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02241-z>
- [15]. Cleary, A. (2022). Emotional constraint, father-son relationships, and men's wellbeing. *Frontiers in Sociology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2022.868005>

- [16]. Biruny, D. H., & Latipun, L. (2021). Me and my parents: A qualitative study of the role of birth order child in family. *Open Journal for Psychological Research*, 5(2), 55–64. <https://doi.org/10.32591/coas.ojpr.0502.03055b>
- [17]. Garg, N., & Jain, S. (2021). Responsibility attitude between first borns and later borns. *International Journal for Innovative Research in Multidisciplinary Field*, 7(3), 144–148. <https://www.ijirmf.com>
- [18]. Qian, G., Li, R., Qu, F., An, Y., & Guo, X. (2023). The relationship between parental role expectations and sibling jealousy: the mediating effect of first-born children's role cognition. *Current Psychology*, 43(3), 2136–2143. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04478-4>
- [19]. Al-Ghabeesh, S. H. (2022). Coping strategies, social support, and mindfulness improve the psychological well-being of Jordanian burn survivors: A descriptive correlational study. *Burns*, 48(1), 236–243. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2021.04.012>
- [20]. Allahham, A., Atapattu, D., Shoesmith, V., & Wood, F. M. (2026). Factors that impact psychosocial recovery 12 months after non-severe pediatric burn in western Australia. *European Burn Journal*, 7(1), 5. <https://doi.org/10.3390/ebj7010005>
- [21]. Deng, H., Genovese, T. J., & Schneider, J. C. (2023). A narrative review of outcomes in burn rehabilitation based on the international classification of functioning, disability, and health. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 34(4), 867–881. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2023.05.006.A>
- [22]. Loehr, V. G., Goette, W. F., & Roaten, K. (2022). Screening and assessment for psychological distress among burn survivors. *European Burn Journal*, 3(1), 57–88. <https://doi.org/10.3390/ebj3010008>
- [23]. UW Health. (2024). *Skin graft* and donor site care what to expect after surgery types of *skin grafts*. <https://patient.uwhealth.org/healthfacts/8363>
- [24]. NHS Trust. (2026). Wound care advice for *skin graft* and donor sites. 1–3. <https://www.uhcnw.nhs.uk/>
- [25]. Clark, A., Imran, J., Madni, T., & Wolf, S. E. (2017). Nutrition and metabolism in burn patients. *Burns & Trauma*, 5, Article 11. <https://doi.org/10.1186/s41038-017-0076-x>
- [26]. Shields, B. A., & Nakakura, A. M. (2023). Nutrition considerations for burn patients: Optimizing recovery and healing. *European Burn Journal*, 4(4), 537–547.
- [27]. Elseth, A., & Lopez, O. N. (2025). *Wound Grafts*. In StatPearls. [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564382/>