

# ASPEK PSIKIATRIK PADA PASIEN LUKA BAKAR DAN PENATALAKSANAANNYA

Surilena\*

## Abstract

*Throughout history as well as in literature, the devastating effects of fire burn on man and property have created both fear and respect for this element. Major burn is one of the most severe trauma a person can experience, with devastating effects on the skin, the largest organ in the body. Burn injury is one of the leading causes of trauma death and one of thirty leading causes worldwide of loss of life years due to premature mortality and years with disability. The impact of burn injury on patients not only occurred on physical aspect, but also on psychiatric aspect that link back to the traumatic stress and permanent damage that occur to their body either in terms of their body function or cosmetically. Psychiatric problems that are often suffered after the physical injury can be mood disorder and anxiety disorder (Post traumatic syndrome disorders, simple phobia, social phobia and Somatoform disorder). As a clinician seeing the scars of burn patients are sometimes struck by the fact that some individuals with severe objective handicaps manage their lives well, while others with only minor residual damage experience a dramatic impact on their life situation.*

*Key word: Psychiatric problems - Burn injury - treatment*

## PENDAHULUAN

Trauma dan bencana merupakan bagian dari kehidupan kita sehari-hari meskipun kita tidak menghendakinya. Banyak penelitian empiris menyatakan bahwa kejadian dari trauma fisik meningkatkan prevalensi masalah psikologik dan masalah psikiatrik setelah terjadinya bencana atau kecelakaan. Peningkatan

prevalensi ini juga dikarenakan berkembangnya ilmu pengetahuan dalam bidang terapeutik, dan sebagai konsekuensinya adalah angka *survival rate* meningkat diikuti dengan timbulnya berbagai masalah aspek psikososial dalam kehidupan selanjutnya.<sup>(1,2)</sup>

\* Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa & Perilaku FK Unika Atma Jaya

Luka bakar merupakan luka yang mengenai jaringan, yang disebabkan oleh panas, listrik, radiasi, maupun bahan kimia. Luka bakar lebih banyak disebabkan oleh panas (*thermal*) misalnya api, pemanas, atau cairan panas. Luka bakar yang disebabkan karena bahan kimia mirip dengan luka akibat *thermal*, sedangkan yang disebabkan karena radiasi, panas matahari, dan listrik perlu dibedakan masing-masing. Luka bakar karena *thermal* dan bahan kimia lebih sering terjadi karena kontak dengan permukaan tubuh, terutama kulit, sehingga kulit paling sering terjadi kerusakan, dan bila terjadi luka bakar yang berat dapat merusak lemak, otot, atau tulang.<sup>(1)</sup>

Luka bakar merupakan suatu kondisi yang kompleks, selain dapat menimbulkan dampak cacat fisik juga dapat menimbulkan mental yang berhubungan dengan *stress* traumatik atau cacat permanen pada citra tubuh baik dalam segi fungsi maupun kosmetik. Lebih dari 2 juta orang di USA memerlukan perawatan untuk luka bakar setiap tahunnya dan 3000-4000 orang meninggal oleh karena luka bakar derajat berat.<sup>(1)</sup>

Dekade-dekade sebelumnya keberhasilan dalam menangani pasien dengan luka bakar dinilai dari angka bertahan hidup, tetapi saat ini penanganan pasien dengan luka bakar lebih ditekankan pada bagaimana mengintegrasikan

pasien kembali kepada keluarga dan masyarakat. Tidak dapat dipungkiri bahwa kelakuan dan motivasi penderita adalah faktor yang sangat penting dalam mempengaruhi rehabilitasi pada pasien, dengan faktor yang ditimbulkan oleh luka bakar itu sendiri.<sup>(1,2)</sup>

Melalui makalah ini, penulis ingin menghubungkan pengaruh antara fisik dan mental pada pasien dengan luka bakar, seberapa besar prevalensi gangguan psikiatrik pada pasien dengan luka bakar dan faktor- faktor yang berperan di dalamnya.

### KLASIFIKASI LUKA BAKAR

Klasifikasi berdasarkan kedalamannya, luka bakar terbagi menjadi:<sup>(1,2,3)</sup>

1. Luka bakar derajat I  
Mengenai lapisan *superficial*, yaitu hanya lapisan atas kulit (epidermis)
2. Luka bakar derajat II  
Mengenai lapisan yang lebih dalam sampai lapisan tengah kulit (dermis)
3. Luka bakar derajat III  
Melibatkan seluruh lapisan kulit (epidemis, dermis dan lapisan lemak), biasanya merusak kelenjar keringat, folikel, rambut, dan ujung saraf.



**Luka bakar derajat I**

- Merah
- Edema
- Nyeri(+)
- Bulla (-)
- Pucat bila disentuh ringan.

**Luka bakar derajat II**

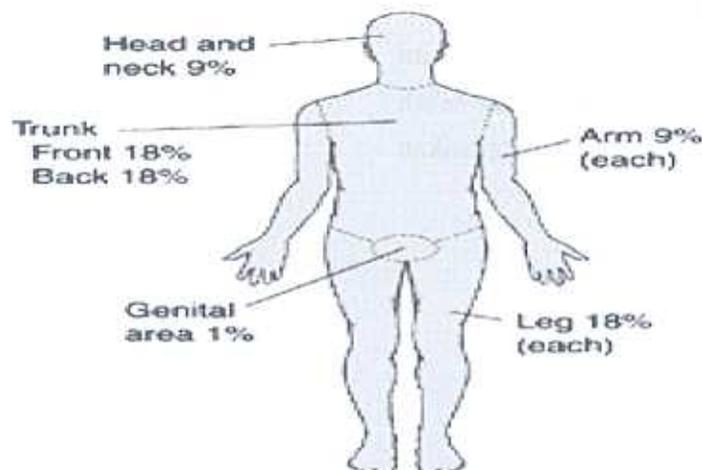
- Merah
- Edema
- Nyeri(+)
- Bulla (+)
- Pucat bila disentuh

**Luka bakar derajat III**

- Putih, hitam, merah terang
- Rambut mudah dicabut
- Nyeri (-)
- Bulla (-)
- Tidak pucat bila disentuh

Penentuan berat ringannya luka bakar adalah dengan memperkirakan persentase dari luas permukaan tubuh yang terkena. Penghitungan persentase dibedakan antara anak-anak dan dewasa karena perbedaan proporsi tubuh.<sup>(1,2)</sup>

Estimasi luka bakar pada orang dewasa menggunakan *rules of 9*, dimana metode ini membagi hampir seluruh tubuh menjadi bagian-bagian yang diberi nilai 9 %, atau dua kalinya yaitu 18 %. Sedangkan persentase untuk anak-anak digunakan *chart (Lund-Browder Charts)* yang disesuaikan dengan usia anak. Penyesuaian ini diperlukan dikarenakan berbagai area dari tubuh anak bertumbuh dengan kecepatan yang berbeda-beda.<sup>(1)</sup>



*American Burn Association* membagi derajat luka bakar pada orang dewasa menjadi : <sup>(2)</sup>

1. Luka bakar ringan
  - Luka bakar derajat II yang melibatkan < 15 % luas permukaan tubuh meskipun terlihat luka bakar berat pada pasien.
  - Luka bakar derajat III dengan < 2 % luas permukaan yang terkena, tanpa melibatkan wajah, tangan, kaki, atau genitalia.
2. Luka bakar sedang
  - Luka bakar derajat II yang melibatkan 15-25 % luas permukaan tubuh.
  - Luka bakar derajat III yang melibatkan 10-20 % luas permukaan tubuh.
3. Luka bakar berat
  - Luka bakar derajat II > 25 % luas permukaan tubuh.
  - Luka bakar derajat III > 20 % luas permukaan tubuh.
  - Mayoritas luka bakar yang melibatkan wajah, tangan, kaki, mata, telinga, atau genitalia.
  - Pasien dengan inhalasi asap panas, luka bakar akibat listrik, luka bakar dengan komplikasi trauma lainnya.

Dampak fisik akibat luka bakar, antara lain : <sup>(2,3)</sup>

1. Luka bakar derajat ringan  
Mayoritas *superficial* dan tidak menyebabkan komplikasi.
2. Luka bakar derajat II dan III  
Edema dan perlu waktu yang lama untuk sembuh. Luka bakarnya dalam dan membentuk jaringan parut (mengkerut). Apabila terjadi pada sendi akan terjadi kontraktur sehingga pergerakan menjadi terbatas.

Pada luka derajat III (dalam) dapat menimbulkan *Rhabdomyolysis* (kerusakan otot), sehingga *myoglobin* masuk ke dalam darah, bila konsentrasinya tinggi akan membahayakan ginjal, juga dapat terjadi penebalan dan permukaan kering (*eschars*), sehingga suplai darah ke jaringan sehat terputus atau kesulitan bernapas.

3. Luka bakar berat  
Komplikasi serius karena kehilangan banyak cairan (dehidrasi sampai dengan *shock*) dan kerusakan jaringan, perburukan cepat terjadi dalam hitungan jam. Dampak serius lebih sering terjadi pada anak-anak dan orang tua.
4. Inhalasi asap panas  
Edema trakea sampai kerusakan paru.

## ASPEK PSIKIATRIK LUKA BAKAR

Periode setelah terjadinya trauma luka bakar sering disebut sebagai *shock* emosional, dimana terjadi penyangkalan atau penumpulan. Perilaku dan respons emosional yang terjadi diakibatkan oleh dua hal, yaitu dampak emosional akibat trauma itu sendiri dan dampak dari cedera yang ditimbulkan.<sup>(3)</sup>

Respons perilaku dan emosional berebeda-beda pada setiap individu. Respons ini merupakan ekspresi manusia terhadap bahaya akut dan terluka yaitu 3 F: *fight* (agresi), *flight* (panik), *freeze* (apatis, afek yang menurun). Cedera parah yang diderita pasien luka bakar sering kali disangkal pada awal terjadinya trauma, dan pengertian yang penuh tentang apa yang dialami oleh dirinya baru terjadi setelah beberapa waktu, oleh karena itu, pada fase akut sering kali

pasien tidak melakukan usaha untuk menyelamatkan dirinya atau bahkan menolak pertolongan yang diberikan. Cedera fisik pada pasien dengan luka bakar dapat bermanifestasi pada amnesia, psikosis akut konfusional (kebingungan), kecemasan, depresi, dan somatisasi.<sup>(3,4)</sup>

Ford (1983) menyatakan bahwa gangguan psikiatrik yang diakibatkan oleh adanya peristiwa trauma dan cedera fisik yang ditimbulkan akan berdampak kembali pada kesehatan fisik tersebut. Eysenk (1987) menyatakan bahwa dalam keadaan stres, faktor imunologi menurun, hal ini mencetuskan komplikasi-komplikasi baru pada penyakit fisiknya seperti meningkatkan komplikasi operasi misalnya emboli dan proses penyembuhan yang lambat. Untuk menghilangkan stres, penderita-penderita luka bakar dapat melarikan diri kepada penggunaan zat-zat psikoaktif, kondisi ini dapat memperburuk mental dan fisik pada penderita luka bakar.<sup>(3,5)</sup>

Rasa sakit akibat luka bakar akan berkurang secara perlahan-lahan seiring dengan pemulihan fisiknya, tetapi suatu ketika rasa sakit akan timbul kembali yang disebut sebagai *chronic pain syndrome*, dimana pasien selalu merasa sedih, kecewa, dan kehilangan teman.<sup>(5,6)</sup>

Dampak fisik dan mental luka bakar dapat menjadi berat dengan berbagai masalah yang berhubungan dengan fungsi fisik yang menurun, karena adanya komplikasi jaringan parut yang mengalami kontraktur<sup>(4)</sup>

Madianos, et al (2001) melaporkan hasil penelitiannya antara lain;<sup>(9,10)</sup>

a. Persentase total luka bakar yang mempengaruhi tingkat emosional seseorang yang menderita luka bakar, baik pada saat kejadian

atau satu tahun setelahnya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa pasien dengan luka bakar d<sup>14%</sup> mempunyai tingkat emosional yang lebih baik dibandingkan dengan pasien dengan luka bakar e<sup>30%</sup>, baik setelah kejadian (47% berbanding 0%) atau setahun setelahnya (88%: 28.6%). Hasil ini menunjukkan bahwa pasien dengan tingkat luka bakar yang lebih besar akan mengalami gangguan emosional yang lebih berat dan sulit disembuhkan.

- b. Hanya persentase dari luka bakar dan disfigur yang berpengaruh cukup signifikan pada status psikologik pasien dengan luka bakar. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wallace & Lees (1988), yang melaporkan bahwa cedera fisik yang berhubungan dengan penampilan yang buruk akibat disfigur terutama pada luka bakar berat lebih menyebabkan masalah psikiatrik. Penelitian lain yang dilakukan oleh Campbell, et al (1991) menyatakan bahwa luka bakar yang terjadi pada leher, pelvis, dan area genital akan menyebabkan masalah psikiatrik yang lebih berat. Browne dan Ward, et al melaporkan bahwa umur pada saat kejadian, tingkat pendapatan, status pekerjaan, dan latar belakang pendidikan dapat memengaruhi gangguan *mood* pada pasien. Blumenfield, et al melaporkan bahwa umur, gender, ras, dan lamanya seseorang dirawat di rumah sakit dapat memengaruhi keadaan psikologik pasiennya.
- c. Penelitian ini juga melaporkan persentase dari gangguan psikiatrik pada pasien luka bakar menurut DSM-III-R setelah kejadian dan satu tahun setelahnya.

Diagnosis DSM III-R	Baseline assessment		12 month follow up	
	n	%	n	%
• <i>Mood disorder</i>				
<i>Current major depression</i>	2	4,4	2	6,7
<i>Past major depression</i>	3	6,7	3	10,0
<i>Dysthymic disorder</i>	2	4,4	1	3,3
<i>Schizopheniform disorder</i>	1	2,2	1	3,3
• <i>Simple phobia</i>	3	6,7	-	-
• <i>Generalized anxiety</i>	1	2,2	-	-
• <i>Somatoform disorder</i>	1	2,2	1	3,3
• PTSD	8	17,8	6	20,0
• <i>Noncases</i>	24	53,4	16	53,4

Dari data di atas dapat dilihat bahwa pada saat setelah kejadian 46.6% pasien menderita salah satu dari gangguan psikiatrik sesuai dengan kriteria DSM-III-R. Gangguan *mood* dan *post traumatic syndrome disorders* (PTSD) merupakan dua gangguan yang paling sering didiagnosis pada penderita luka bakar (33.3 % dari seluruh kategori diagnosis). Hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Helzer, et al (1989) bahwa PTSD lebih sering terjadi setelah kejadian yang menakutkan, termasuk di dalamnya adalah dengan cedera fisik. Cedera fisik ini merupakan keadaan klasik yang penting untuk PTSD. Fukunishi, I melaporkan bahwa gejala PTSD yang dominan pada pasien dengan luka bakar adalah penghindaran dan emosi yang menumpul pada korban luka bakar wanita, dan derajat kosmetik disfigur berhubungan dengan berkembangnya gejala PTSD (penghindaran dan penumpukan emosi).<sup>(5,10,11)</sup>

d. Prevalensi gangguan psikiatrik spesifik seperti gangguan *mood*, gangguan skizofreniform, ansietas, dan gangguan somatoform, serta PTSD yang ditemukan tidak berhubungan

dengan persentase luas permukaan tubuh yang terkena luka bakar, baik pada saat setelah kejadian atau satu tahun setelahnya. Akan tetapi pada saat setelah kejadian ditemukan bahwa angka kesakitan psikiatrik sejalan dengan persentase luka bakar. 80% pasien yang sehat secara mental hanya mengalami luka bakar ringan, sedangkan 2/3 dari pasien yang lebih dari 20% tubuhnya terbakar terdiagnosis menderita salah satu kriteria DSM-III-R akan tetapi setelah 1 tahun, pada pasien yang di *follow-up* tidak menunjukkan adanya hubungan antara persentase luka bakar dengan angka kesakitan psikiatrik setelah 12 bulan, hasil penelitian menunjukkan bahwa kebanyakan dari pasien tidak hanya menderita secara psikologik tetapi juga menderita PTSD, gangguan *mood*, dan gangguan psikiatri lainnya. Penelitian di atas juga menunjukkan bahwa tingkat luka bakar tidaklah begitu penting jika dibandingkan dengan kemungkinan disfigur yang diderita pasien menyebabkan timbulnya gangguan psikiatrik pada pasien. Gangguan

ini dapat diatasi jika pasien mendapatkan perawatan dan konsultasi yang benar pada saat dirawat di rumah sakit, dan mendapatkan dukungan psikologis setelah pasien meninggalkan rumah sakit.

Beberapa studi menyatakan bahwa adaptasi dan penyesuaian psikologis setelah luka bakar dipengaruhi selain oleh beratnya luka bakar, juga oleh kepribadian premorbid, respons *coping*, *gender*, jaringan parut yang terlihat, dan status pekerjaan. Hal-hal yang disebutkan di atas dapat berperan untuk memengaruhi insidens terjadinya PTSD dan depresi setelah kejadian. Beberapa penelitian mendukung pernyataan di atas, dan menambahkan bahwa pasien yang sudah memunyai riwayat gangguan psikiatri sebelum kejadian biasanya lebih menderita stres dan memunyai moral yang lebih rendah.<sup>(3,5,10)</sup>

Kuhn, et al., (1989), Malt, et al., (1987), Rocwell, et al., (1988) melaporkan hasil penelitiannya bahwa hubungan antara beratnya cedera dan masalah psikiatrik pasca trauma hanya sebagian yang dapat dijelaskan, bahwa pada individu yang mendapatkan cedera berat tersebut, sebelumnya sudah terdapat psikopatologi. Informasi lain yang didapatkan menyatakan bahwa sosiodemografi dan variabel psikososial adalah penting untuk terjadinya masalah psikososial dan fungsi. Ciri kepribadian menunjukkan hubungan yang signifikan pada pasien luka bakar. Ciri kepribadian seperti neurosis yang berat dan *high extraversion* dapat memengaruhi beratnya PTSD. Ciri kepribadian memunyai dampak yang penting terhadap penyesuaian jangka panjang. Neurosis berat berdampak

negatif terhadap keberhasilan *coping*, sedangkan *low extraversion* berdampak positif terhadap timbulnya gejala-gejala PTSD setelah luka bakar. Pada pasien dengan luka bakar, ciri kepribadian narsisistik dapat menimbulkan gangguan tubuh dismorfik<sup>(3,4)</sup>. Radanov, Dvorak & Valach, (1989) menyatakan bahwa psikopatologi atau ciri kepribadian tidak berhubungan dengan terjadinya gangguan somatoform.<sup>(4)</sup>

Faktor penting lainnya pada pasien dengan luka bakar adalah proses adaptasi setelah mengalami stres yaitu menggunakan strategi *coping*. Strategi *coping* adalah usaha spesifik pada perilaku dan kognitif, untuk mengendalikan, menolerir, mengurangi stres akibat suatu kejadian. Bagaimana pasien luka bakar *cope* dengan masalahnya, dipengaruhi oleh karakteristik kepribadian, tipe masalah yang dihadapi, dan budaya. Sayangnya, tidak ada penelitian untuk mengetahui strategi yang mana yang paling efektif untuk menyelesaikan masalah, mencegah masalah-masalah yang akan datang atau memulihkan *distress* emosional. Strategi *coping* yang paling umum digunakan untuk mengendalikan rasa sakit dan *distress* umum adalah *self distraction*, penghindaran, dan berpikir positif. Penerimaan ditemukan sebagai strategi *coping* yang paling bermanfaat setelah 3 bulan mengalami luka bakar.<sup>(4)</sup>

### IMPLIKASI UNTUK PERENCANAAN DAN TERAPI PADA PASIEN LUKA BAKAR

Wallace & Lees melaporkan bahwa 31% pasien dengan luka bakar memerlukan intervensi

setelah pasien keluar dari rumah sakit, dengan mempertimbangkan frekuensi cacat fisik dan jumlah masalah yang timbul untuk jangka panjang, dibutuhkan usaha untuk mengurangi timbulnya masalah psikiatri setelah trauma luka bakar. Faber, et al melaporkan bahwa 40 % pasien dengan luka bakar memiliki gangguan psikiatrik tertentu.<sup>(3,9)</sup>

Malt (1991) melaporkan penelitiannya bahwa pengalaman klinis dan studi dari efek psikiatrik jangka panjang pada pasien dengan cacat fisik memerlukan intervensi dengan segera, pada hari pertama sampai berminggu-minggu setelah terjadinya trauma untuk mencegah efek negatif. Hal ini paling baik dilakukan oleh staf keperawatan di bawah pengawasan konsulen atau psikiater. Para penolong harus bersikap aktif dan melakukan tindakan langsung.<sup>(3)</sup>

Lenehan (1986) melaporkan bahwa kunci kesuksesan intervensi adalah bereaksi emosional dan berkolaborasi dengan keluarga yang bersangkutan. Perilaku dan motivasi pasien adalah faktor yang kuat yang memengaruhi rehabilitasi pasien luka bakar, karena elemen-elemen ini lebih penting daripada luka bakar itu sendiri.<sup>(3)</sup> Berbagai penulis telah menjelaskan tiga tahapan dasar untuk pemulihan luka bakar, masing-masing dengan implikasi yang unik.<sup>(4,5,6)</sup>

#### **A. Tahap kritis dari pemulihan**

Pada minggu pertama setelah trauma luka bakar yang fatal adalah waktu dimana pasien mengalami krisis ketika tubuh harus menghadapi syok traumatik, nyeri yang terus menerus, operasi multipel, dan infeksi, serta respon fisik dari tubuh yang sangat terbatas untuk mengatasinya. Pada tahap ini, keberhasilan untuk hidup masih dalam keraguan,

masalah psikiatrik timbul dengan segera dan mendominasi, termasuk kecemasan, ketakutan, putus asa, delirium, gangguan tidur, konfusi, kehilangan identitas diri, mudah curiga, sampai psikosis. Saat keadaan akut, reaksi singkat psikosis dapat terjadi setelah kejadian yang mengecewakan, dampak psikologik dari cedera tidak meningkatkan frekuensi dari gangguan psikotik kronis lainnya misalnya gangguan bipolar, depresi unipolar yang berulang dengan psikosis atau skizofrenia. Adanya cedera kepala hebat dengan kerusakan otak akan meningkatkan frekuensi skizofrenia. Problem di atas paling baik ditangani oleh tim ICU dan konsultan psikiatri.

Di Universitas Washington, Burn Center telah melakukan penelitian tentang pengontrolan rasa sakit dan efeknya terhadap psikologik pasien yang mengalami luka bakar berat. Ada beberapa hasil yang dilaporkan dari penelitian ini, yaitu:

1. Hipnosis sangat berguna untuk mengurangi rasa sakit pada studi kontrol yang dipilih secara acak, terutama dengan rasa sakit yang hebat ketika diberikan pelilitan verban.
2. Pada studi kontrol yang diberikan penenang (Lorazepam) untuk rasa sakitnya sewaktu penggantian verban, mengurangi tingkat rasa sakit pasien terutama pada pasien anak-anak.

Universitas Washington mendukung untuk digunakan morfin dan obat lainnya yang kuat dalam mengontrol rasa sakit, tetapi penelitian juga melaporkan bahwa obat-obat di atas tidak mengontrol semua rasa sakit akibat luka bakar, terapi tambahan diperlukan seperti hipnosis,

tranquilizer dan terbukti efektif untuk mengurangi rasa sakit. Dan hal yang paling menarik adalah, beratnya rasa sakit yang diderita pasien sewaktu dirawat di rumah sakit merupakan prediktor bagaimana pasien mendapatkan penyesuaian secara psikologis. Untuk beberapa pasien, rasa sakit yang dialami adalah lebih penting dibandingkan dengan luas, lokasi luka bakar yang diderita, maupun lamanya perawatan di rumah sakit.<sup>(7)</sup>

### B. Fase pemulihan akut

Pasien memasuki fase ini setelah masa kritis lewat dan intensitas operasi dan perawatan intensif berkurang. Pada fase ini lebih ditujukan untuk terapi fisik yang intensif, dan timbul pemikiran-pemikiran tentang dampak trauma dan jangka panjangnya. Pasien sering menjadi depresi, dan 30 % mengalami gejala PTSD, sehingga psikoterapi dan farmakoterapi diperlukan.<sup>(5)</sup>

Pada pasien dengan depresi, neurotransmitter yang berperan dalam otak adalah serotonin. Serotonin berhubungan dengan nafsu makan, tidur, mood, kewaspadaan, dll. Pada stres yang berkepanjangan, otak kita memakai serotonin yang berlebihan dan tidak sempat tergantikan, sehingga selanjutnya neurokimiawi ini menurun dan timbullah depresi. Pengobatan dengan antidepresan (*Prozac, Zoloft, Paxil*) perlahan-lahan akan meningkatkan serotonin. Antidepresan mayoritas digunakan selama 4-6 minggu, meskipun hasilnya sudah dapat terlihat pada 1 minggu pertama terapi. Dapat pula digunakan kelas baru dari SSRI.

### C. Pemulihan psikologik tahap akhir 1-2 tahun setelah keluar dari rumah sakit

Saat ini adalah saat yang paling sulit secara emosional, pasien harus menyesuaikan keterbatasan dirinya di rumah dan di lingkungan kerja ketika mengalami gejala PTSD. Depresi sedang dapat terlihat pada banyak pasien, masalah ini akan menjadi besar jika tidak ditangani dengan baik.

Pemulihan dapat difasilitasi dengan hubungan terapeutik jangka panjang. Pada banyak pasien, mengikuti *peer support group (debriefing)* sangat membantu.<sup>(5)</sup> Pernyataan ini sesuai dengan penelitian Mitchell, et al, (1999) bahwa Sesi *Debriefing*, jika dilakukan dengan grup yang sama-sama terpapar dengan kejadian traumatik, dan dengan menceritakan tentang perasaan dan reaksi yang mereka alami masing-masing akan mengurangi insidens, durasi, keparahan, atau gangguan dari stres traumatik. Tetapi pernyataan ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan Van Emmerick, et al (2002), dimana hasilnya adalah tidak ada bukti bahwa *psychological debriefing* mencegah PTSD setelah kejadian traumatik. Pernyataan ini didukung oleh Bison, et al, yang melaporkan penelitiannya bahwa pada pasien yang di *follow up* selama 3 bulan, antara pasien PTSD dengan *debriefed grup* dibandingkan dengan grup kontrol adalah 21%:15%. Tiga belas bulan kemudian, angka PTSD secara signifikan mengalami kenaikan pada pasien dengan *debriefing* yaitu 26% : 9 % pada grup kontrol. Hal yang sama juga dikemukakan oleh Hobbs, et al, (1996) dan Mayou, et al,(2000).<sup>(8)</sup>

## KESIMPULAN

Pada penderita luka bakar selain timbul cacat fisik, timbul juga masalah mental yang berhubungan dengan *stress traumatic* dan cacat permanen pada citra tubuh baik dari segi maupun fungsi.

Proses pemulihan atau adaptasi *post trauma* luka bakar bervariasi pada masing-masing individu. Pasien luka bakar (terutama wanita) lebih banyak mengalami gangguan *mood* terutama depresi dan PTSD, kedua hal ini secara signifikan berhubungan dengan *disfigurement*. Kondisi tersebut dapat diatasi apabila pasien mendapatkan perawatan dan konsultasi yang benar pada saat dirawat di rumah sakit dan mendapatkan dukungan psikologis setelah pasien meninggalkan rumah sakit.

## CONTOH KASUS

SHH, lajang berusia 28 tahun, anak pertama dari tiga bersaudara pasangan H dan S.H. SHH yang semasa hidupnya bercita-cita ingin menjadi pilot, cita-citanya ini diupayakannya dengan mengikuti kuliah ikatan dinas di Pendidikan dan Latihan Penerbangan (PLP). Saat cita-citanya menjadi pilot sudah di depan mata, dalam satu latihan rutin, pesawat yang dikemudikannya jatuh. Akibat dari kecelakaan fatal ini SHH menderita luka bakar (27%) yang meliputi lengan kiri, lengan kanan, leher dan wajah. Akibat dari luka yang hebat ini, SHH pun harus dirawat selama 15 bulan. Di rumah sakit, ia sempat pingsan selama 3 hari akibat demam tinggi yang menyebabkan ia berhalusinasi. Dengan terus berputarnya waktu, kesehatannya secara fisik berangsur-angsur sembuh, tetapi tidak

secara mental, karena akibat dari kecelakaan ini SHH pun sering merasa tersiksa dan *down*, misalnya saat ia diminta untuk bercermin ia pun berkali-kali menolak meski pada akhirnya ia tak kuasa menolak pada saat pemeriksaan mata. Gangguan psikologis yang berat pun tak berakhir sampai di situ, pada maret 1998, saat SHH diperbolehkan keluar dari Rumah Sakit ia merasa sangat ketakutan jika harus bertemu dengan orang apalagi orang yang belum pernah ia temui, karena takut akan reaksi orang pada waktu melihat perubahan wajahnya. Banyak pengalaman pahit yang ia dapatkan dari lingkungan sekitarnya akibat dari kecelakaan ini, misalnya ia diputus oleh kekasihnya akibat dari kondisinya yang cacat. Pengalaman-pengalaman ini membuatnya sempat menyalahkan Tuhan atas apa yang terjadi, dan pergumulan semacam ini masih ia alami sampai sekarang. Di sisi lain, SHH dituntut untuk harus bersosialisasi dengan lingkungan, terutama harus kembali berkerja.

Namun itu semua tidak membuatnya patah semangat. Begitu sembuh, keinginannya untuk terbang pun kembali menggebu. Ia pun menemui instrukturinya agar diizinkan kembali terbang. Tetapi akibat kondisi tangannya yang cacat, yang membuat jarinya tidak mungkin lagi untuk mengoperasikan kokpit, dan juga karena penurunan penglihatannya, ia pun tidak diterima. Meski tidak lagi menjadi penerbang profesional, statusnya masih tetap sebagai pegawai negeri. Kemudian ia dipindahkan ke Direktorat Perhubungan Udara dan diberi tanggung jawab untuk melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap orang-orang yang terlibat dalam kegiatan pengoperasian pesawat. Semuanya itu menurut SHH adalah nasib dari Yang Kuasa. Ia

pun tetap menjalani hidupnya dengan tegar, apalagi sekarang ia mendapat dukungan moral dari seorang yang bersedia menjadi kekasihnya dan bersedia memahami keadaannya. Itu semua menurutnya adalah dukungan dan bantuan yang diberikan dari Tuhan kepadanya.

---

### DAFTAR PUSTAKA

1. <http://www.merck.com/mmhe/sec24/ch289/ch289a.html> Burns
2. Demling, R. HA : *Burn & Other Thermal Injuries in Current Surgical Diagnosis & Treatment*, 11<sup>th</sup> edition. Way, L. W.; Doherty, G.M. ( eds). The McGraw- Hill Companies, India, 2003: 267-277
3. Ursano, R. J., McCaughey, B. G., Fullerton, C. S. *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster*, Cambridge University Press, New York, 1994: 3-135
4. [http://www.diva-portal.org/diva/get.Document.um\\_nbn\\_se\\_uu\\_diva-3386-1.fulltext.pdf](http://www.diva-portal.org/diva/get.Document.um_nbn_se_uu_diva-3386-1.fulltext.pdf). *Perceived Physical and Psychological Outcome After Severe Burn Injury*
5. <http://www.emedicine.com/pmr/topic163.htm>. *Burn Rehabilitation*
7. [http://www.tempereau.com/clinton/burn\\_20topics.htm](http://www.tempereau.com/clinton/burn_20topics.htm)
8. <http://www.burnsurvivorsttw.org/articles/ptsd3.html>
9. <http://www.psychiatrictimes.com/p020292.html>. *Psychological Debriefing Does Not Prevent Posttraumatic Stress Disorder*
10. Madianos, M.G.; Papaghelis, M.; Ioannovich, J.; Dafni, R.: *Psychiatric Disorders in Burn Patients: A Follow-Up Study* in *Psychotherapy and Psychosomatics*, volume 70, Iss1, 2001 : 30-37
11. Fukunishi, I.; *Relationship of Cosmetic Disfigurement to the Severity of Post Traumatic Stress Disorder in Burn Injury or Digital Amputation* in *Journal Psychotherapy and Psychosomatics*, volume 68, Iss2, 1992 : 82-86