

**PENGARUH PROMOSI KESEHATAN TERHADAP
PENGETAHUAN IBU RUMAH TANGGA DALAM
PENANGANAN AWAL LUKA BAKAR
DIKELURAHAN
SETIA BUDI**

SKRIPSI

Oleh

WENY ANDRIANY SINAGA

1814201047



**PROGRAM STUDI NERS – S1
KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI
ILMU KESEHATAN FLORA MEDAN
2022**

LEMBAR PERSETUJUAN UJIAN SKRIPSI

Judul : Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu
Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar Di
Kelurahan Setia Budi.

Nama Mahasiswa : Weny Andriany Sinaga

NIM : 1814201047

Jurusan : S1 (S.Kep)

Skripsi ini telah diperiksa dan dapat diajukan untuk proses selanjutnya.

Medan, Juli 2022
Pembimbing,

Helfrida Situmorang S.Kep., Ns., M.Kep

KATA PENGANTAR

Puji syukur diucapkan kepada Allah SWT yang telah memberikan berkat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi penelitian dengan judul “Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar Di Kelurahan Setia Budi”.

Dalam penulisan skripsi penelitian ini penulis banyak mendapat bimbingan, bantuan, dukungan, dan saran dari berbagai pihak sehingga skripsi ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan kali ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada keluarga, sahabat dan teman terdekat atas perhatian, dukungan dan doa yang selalu diberikan sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini.

Secara khusus penulis juga ingin mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. dr. Fitria Aldy, M.Ked (Oph). SpM, (K) Selaku Ketua STIKes.
2. Suherni, S.Kep.,Ns.,M.Kep Selaku Ka.Prodi Ners STIKes Flora.
3. Helfrida situmorang S,Kep.,Ns.,M.kep Selaku Pembimbing yang telah memberikan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Seluruh dosen dan staf pegawai di STIKes Flora yang terkait di lingkungan program profesi Ners STIKes Flora.
5. Teristimewa untuk keluarga penulis, Bapak (Marisi sinaga) Mama (Nurainun Siregar), Adik-adikku (Dermawan&intan), Sahabat (Vrientiara Meiviya) yang selalu memberikan motivasi, doa, dan

inspirasi terbesar bagi penulis, tanpa mereka saya tidak akan mampu mengerjakan skripsi ini dengan baik.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan di dalam penulisan skripsi penelitian ini. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan skripsi ini. Semoga Peneliti dapat melaksanakan penelitian dengan lancar hingga penyusunan skripsi nantinya.

Medan, Juli 2022

(Weny Andriany Sinaga)
NIM 1814201047

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	v
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Hipotesa.....	5
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Bagi Pendidikan Keperawatan	6
1.5.2 Bagi Pelayanan Keperawatan	6
1.5.3 Bagi Peneliti Keperawatan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Promosi Kesehatan	7
2.1.1 Definisi Promosi Kesehatan	7
2.1.2 Tujuan	7
2.1.3 Sasaran	8
2.1.4 Strategi	9
2.1.5 Ruang Lingkup	11
2.1.6 Indikator Kebersihan.....	15
2.1.7 Jenis	16
2.2 Pengetahuan	19
2.2.1 Definisi Pengertian	19
2.2.2 Cara Memperoleh Pengetahuan.....	20
2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi	22
2.3 Ibu Rumah Tangga	25
2.3.1 Definisi Ibu Rumah Tangga	25
2.3.2 Peran Ibu Rumah Tangga.....	26
2.4 Luka Bakar	27
2.4.1 Definisi Luka Bakar.....	27
2.4.2 Klasifikasi Kedalaman luka bakar	28
2.4.3 Klasifikasi Derajat Luka Bakar	29
2.4.4 Etiologi.....	30
2.4.5 Patofisiologi	31
2.4.6 Gambaran Klinis.....	32
2.4.7 Fase luka	34
2.4.8 Komplikasi	35
2.4.9 Pertolongan Pertama Dalam Penanganan luka.....	37
2.5 Kerangka Konsep	38

BAB III METODE PENELITIAN	39
3.1 Jenis dan Desain Penelitian.....	39
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	39
3.2.1 Lokasi Penelitian	39
3.2.2 Waktu Penelitian.....	39
3.3 Populasi Dan Sampel.....	40
3.3.1 Populasi.....	41
3.3.2 Sampel.....	41
3.4 Metode Pengumpulan Data.....	42
3.5 Definisi Operasional.....	43
3.6 Analisis Data.....	45
3.6.1 Analisis Univariat	45
3.6.2 Analisis Bivariat	45
3.7 Pertimbangan Etik	46
 BAB IV. HASIL PENELITIAN	
4.1. Gambaran Umum Lokasi Peneltian	46
4.2. Analisa Univariat	46
4.3. Analisa Bivariat	47
 BAB V. PEMBAHASAN	
5.1.Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Kelompok Kontrol Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi	49
5.2.Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Kelompok Kontrol Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi	50
5.3.Kesimpulan	52
5.4.Saran.....	52
 DAFTAR PUSTAKA.....	53
LAMPIRAN	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kulit merupakan organ penting yang berfungsi sebagai homeostatis, proteksi, pengaturan suhu, reseptor, sintesis biokimia dan penyerapan zat. Kulit memiliki berat mencakup 12-15% dari berat tubuh. Laporan nasional tentang riset dasar kesehatan tahun 2013 menyatakan prevalensi cedera dengan berbagai penyebab adalah sebesar 8,2% dan salah satunya bentuk cedera yang terjadi adalah luka bakar dengan prevalensi 0,7% (Kemenkes RI, 2015)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2015).

Luka bakar dapat dikatakan sebagai kondisi darurat yang mengancam kehidupan karena luka bakar dapat menyebabkan kulit menjadi rusak, korban dapat mengalami penguapan yang berlebih sehingga banyak kehilangan cairan, selain itu pada luka bakar derajat 2, terbentuk bula dan cairan keluar dari keropeng luka bakar pada derajat 3 (Yovita, 2015).

Luka bakar merupakan cedera yang terjadi pada jaringan kulit atau jaringan lain yang disebabkan karena benda panas atau radiasi, radioaktivitas, listrik, gesekan atau terkena bahan kimia (WHO, 2018). Luka bakar merupakan suatu jenis trauma dengan morbiditas (kecacatan) dan mortalitas (kematian) tinggi.

Luka bakar merupakan bentuk trauma yang terjadi sebagai akibat dari aktifitas manusia dalam rumah tangga, industri, traffic accident, maupun bencana alam. Penderita luka bakar yang paling rentan adalah pada wanita peran utama mereka dalam keluarga yaitu banyak yang bersinggungan dengan api dan listrik seperti memasak dan menyetrika, Demikian pula orang tua (usia >50tahun) merupakan kriteria tertinggi terhadap luka bakar berat (Giovany,Pamungkas & Inayah, 2015). Luka bakar merupakan suatu jenis trauma dengan morbiditas dan mortalitas tinggi yang memerlukan penatalaksanaan khusus sejak awal (fase syok) sampai fase lanjut (Nugroho, 2015).

Pertolongan pertama dan penanganan luka bakar yang kurang tepat dapat menimbulkan dampak yang akan merugikan penderita. Baik buruknya perilaku seseorang sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan yang dimiliki. Semakin tinggi pengetahuan maka perilaku seseorang terhadap suatu masalah akan semakin baik. Sehingga sangat perlu adanya penanganan atau pertolongan pertama pada luka bakar yang benar. Pertolongan pertama adalah penanganan yang diberikan saat kejadian atau bencana terjadi di tempat kejadian, sedangkan tujuan dari pertolongan pertama adalah menyelamatkan kehidupan,mencegah kesakitan makin parah, dan meningkatkan pemulihan (Maslukha, 2020).

Penyembuhan luka bakar dapat dilakukan dengan memfasilitasi perawatan luka yang baik. Perawatan luka bakar bertujuan untuk mencegah infeksi, memacu pembentukan kolagen dan mengupayakan agar sisa-sisa sel epitel dapat berkembang sehingga dapat menutup permukaan luka. Apabila penanganan luka bakar tidak benar maka akan berdampak timbulnya beberapa macam komplikasi. Luka bakar tidak hanya menimbulkan kerusakan kulit, tetapi juga mempengaruhi seluruh sistem tubuh pasien. Pada pasien dengan luka bakar luas (mayor) tubuh tidak mampu lagi untuk mengkompensasi sehingga

timbul berbagai macam komplikasi yang memerlukan penanganan khusus (Moenadjat, 2016). Semua luka bakar (kecuali luka bakar ringan atau luka bakar derajat 1) dapat menimbulkan komplikasi berupa shock, dehidrasi dan ketidakseimbangan elektrolit, infeksi sekunder, dan lain-lain (Rismana, etal., 2015)

Berdasarkan data dari American Burn Association (ABA) tahun 2010 ke tahun 2015 mengalami peningkatan di Amerika Serikat diperkirakan lebih dari 163.000 kasus pada tahun 2015 menjadi 558.400 kasus, dimana 70% pasien adalah laki-laki dengan rata-rata usia sekitar 32 tahun, 18% anak-anak yang berusia dibawah 5 tahun dan 12% kasus berusia lebih dari 60 tahun. Luka bakar dengan luas 10% Total Body Surface Area (TBSA) sebesar 7%. Penyebab tertinggi akibat flame burn (44%) dan tingkat kejadian paling sering di rumah (68%).

Jumlah pasien luka bakar di Sumatra utara menurut RISKESDAS Kota Medan dari januari sampai dengan Desember 2016 sebanyak 89 orang. Menurut WHO (2018) prevalensi luka bakar didunia digolongkan cukup tinggi, dibuktikan dengan angka kematian yang mencapai sekitar 180.000 korban meninggal setiap tahunnya. Kejadian tersebut banyak terjadi di negara dengan penghasilan rendah sampai menengah, data menunjukkan wilayah Afrika dan Asia Tenggara menyumbangkan angka terbanyak sebesar 60% kematian setiap tahunnya. Berdasarkan data dari Riskesdas (2013) prevalensi luka bakar di Indonesia terdapat 3.518 korban. Pada provinsi Jawa Tengah dari 100.000 penduduk tercatat sebanyak 0,7% mengalami luka bakar. Luka bakar mayoritas adalah wanita dengan prevalensi 0,8% sedangkan laki-laki hanya 0,6%.

Riset Dasar Kesehatan Kementerian Kesehatan tahun 2018 menyatakan Indonesia memiliki prevalensi luka bakar 0,7%. Cedera luka bakar menempati urutan keenam penyebab cedera yang tidak disengaja setelah jatuh 40,9%, sepeda motor 40,6%, benda

tajam atau tumpul 7,3%, transportasi darat lain 7,1% dan kejatuhan 2,5%, dan Jawa Tengah memiliki prevalensi luka bakar 0,6%. Luka bakar mayoritas adalah laki laki dengan prevalensi 1,04% sedangkan perempuan hanya 1,02% (Herlianita et al., 2018).

Data survei awal yang diperoleh dari Puskesmas bahwa di Kelurahan Setia Budi pada tahun 2020 terdapat jumlah anak penderita luka bakar yaitu sebanyak 30 orang, kemudian meningkat pada tahun 2021 menjadi sebesar 43 orang anak. Hasil wawancara kepada 10 orang Ibu yang memiliki anak yang pernah mengalami luka bakar di Kelurahan Setia Budi, diperoleh hasil bahwa mayoritas ibu yaitu sebesar 70% belum memahami tentang penanganan luka bakar pada anak.

Berdasarkan uraian permasalahan yang telah dijabarkan diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan sebuah penelitian tentang “Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka permasalahan yang akan di lihat lebih lanjut dalam penelitian ini adalah “ Bagaimana Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi”.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui Karakteristik Ibu Rumah Tangga di Kelurahan Setia Budi
2. Untuk mengetahui Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi sebelum diberikan Promosi Kesehatan.
3. Untuk mengetahui Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi setelah diberikan Promosi Kesehatan.
4. Untuk mengetahui perbedaan Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi sebelum dan sesudah diberikan Promosi Kesehatan.

2.5.Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari masalah atau pertanyaan penelitian.

Hipotesis pada penelitian ini adalah:

H_a : Ada pengaruh Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi.

H_0 : Tidak ada Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pendidikan Keperawatan

Sebagai bahan acuan dalam proses belajar mengajar mata kuliah ilmu keperawatan medikal bedah kepada mahasiswa/i mengenai Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi.

1.4.2. Bagi Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan penambah wawasan tentang “Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar diKelurahan Setia Budi”.

1.4.3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai bahan acuan kepada peneliti lain untuk meneliti mengenai Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Promosi Kesehatan

2.1.1 Pengertian Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran diri oleh dan untuk masyarakat agar dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (Kemenkes, 2011).

Sedangkan WHO memberi pengertian bahwa promosi kesehatan merupakan “*the process of enabling individuals and communities to increase control over the determinants of health and thereby improve their health*” (proses mengupayakan individu-individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan dalam mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, dengan demikian meningkatkan derajat kesehatan).

Promosi kesehatan pada prinsipnya merupakan upaya dalam meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta kegiatan yang sumber daya masyarakat, sesuai dengan kondisi sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia melalui Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan mengajak masyarakat untuk dapat menuju masa muda sehat dan hari tua nikmat tanpa Penyakit Tidak Menular (PTM) dengan perilaku “CERDIK”. “CERDIK” merupakan jargon kesehatan yang setiap

hurufnya mewakili: Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktifitas fisik, Diet sehat dengan kalori seimbang, Istirahat yang cukup, dan Kelola stress.

2.1.2 Tujuan Promosi kesehatan

Promosi kesehatan merupakan suatu proses yang bertujuan memungkinkan individu meningkatkan kontrol terhadap kesehatan dan meningkatkan kesehatannya berbasis filosofi yang jelas mengenai pemberdayaan diri sendiri. Proses pemberdayaan tersebut dilakukan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat serta sesuai dengan sosial budaya setempat. Demi mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik dari fisik, mental maupun sosial, masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasi dan kebutuhannya, serta mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (Kemenkes, 2011).

2.1.3 Sasaran Promosi Kesehatan

Menurut Maulana (2011), pelaksanaan promosi kesehatan dikenal memiliki 3 jenis sasaran yaitu sasaran primer, sekunder dan tersier.

1. Sasaran primer

Sasaran primer kesehatan adalah pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) sebagai komponen dari masyarakat. Masyarakat diharapkan mengubah perilaku hidup mereka yang tidak bersih dan tidak sehat menjadi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Akan tetapi disadari bahwa mengubah perilaku bukanlah sesuatu yang mudah. Perubahan perilaku pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) akan sulit dicapai jika tidak didukung oleh sistem nilai dan norma sosial serta norma hukum yang dapat diciptakan atau dikembangkan oleh para pemuka masyarakat, baik pemuka informal maupun pemuka formal. Keteladanan dari para pemuka masyarakat, baik pemuka informal maupun formal dalam mempraktikkan PHBS. Suasana lingkungan sosial yang kondusif (*social pressure*) dari kelompok-kelompok masyarakat

dan pendapat umum (public opinion). Sumber daya dan atau sarana yang diperlukan bagi terciptanya PHBS, yang dapat diupayakan atau dibantu penyediaannya oleh mereka yang bertanggung jawab dan berkepentingan (*stakeholders*), khususnya perangkat pemerintahan dan dunia usaha (Maulana, 2011).

2. Sasaran Sekunder

Sasaran sekunder adalah para pemuka masyarakat, baik pemuka informal (misalnya pemuka adat, pemuka agama dan lain-lain) maupun pemuka formal (misalnya petugas kesehatan, pejabat pemerintahan dan lain-lain), organisasi kemasyarakatan dan media massa. Mereka diharapkan dapat turut serta dalam upaya meningkatkan PHBS pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) dengan cara: berperan sebagai panutan dalam mempraktikkan PHBS. Turut menyebarkan informasi tentang PHBS dan menciptakan suasana yang kondusif bagi PHBS. Berperan sebagai kelompok penekan (*pressure group*) guna mempercepat terbentuknya PHBS (Maulana, 2011).

3. Sasaran Tersier

Sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan publik yang berupa peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan bidang lain yang berkaitan serta mereka yang dapat memfasilitasi atau menyediakan sumber daya. Mereka diharapkan turut serta dalam upaya meningkatkan PHBS pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) dengan cara:

1. Memberlakukan kebijakan/peraturan perundang-undangan yang tidak merugikan kesehatan masyarakat dan bahkan mendukung terciptanya PHBS dan kesehatan masyarakat.
2. Membantu menyediakan sumber daya (dana, sarana dan lain-lain) yang dapat mempercepat terciptanya PHBS di kalangan pasien, individu sehat dan keluarga

(rumah tangga) pada khususnya serta masyarakat luas pada umumnya (Maulana, 2011).

2.1.4 Strategi Promosi Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2015), perlu dilaksanakan strategi promosi kesehatan paripurna yang terdiri dari pemberdayaan, bina suasana, advokasi dan kemitraan.

Pemberdayaan adalah pemberian informasi dan pendampingan dalam mencegah dan menanggulangi masalah kesehatan, guna membantu individu, keluarga atau kelompok-kelompok masyarakat menjalani tahap-tahap tahu, mau dan mampu mempraktikkan PHBS. Dalam upaya promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat merupakan bagian yang sangat penting dan bahkan dapat dikatakan sebagai ujung tombak. Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok (*klien*) secara terus-menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan klien, serta proses membantu klien, agar klien tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (*aspek knowledge*), dari tahu menjadi mau (*aspek attitude*) dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (*aspek practice*) (Notoatmodjo, 2015).

1. Bina suasana adalah pembentukan suasana lingkungan sosial yang kondusif dan mendorong dipraktikkannya PHBS serta penciptaan panutan-panutan dalam mengadopsi PHBS dan melestarikannya (Notoatmodjo, 2015).
2. Advokasi adalah pendekatan dan motivasi terhadap pihak-pihak tertentu yang diperhitungkan dapat mendukung keberhasilan pembinaan PHBS baik dari segi materi maupun non materi (Notoatmodjo, 2015).

Berdasarkan rumusan WHO (1994), dalam Notoatmodjo (2015), strategi promosi kesehatan secara global terdiri dari tiga hal, yaitu :

1. Advokasi (*advocacy*)

Advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan orang lain, agar orang lain tersebut membantu atau mendukung terhadap tujuan yang akan dicapai. Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di berbagai sektor, dan di berbagai tingkat, sehingga para pejabat tersebut dapat mendukung program kesehatan yang kita inginkan.

2. Dukungan sosial (*social support*)

Strategi dukungan sosial adalah suatu kegiatan untuk mencari dukungan sosial melalui tokoh-tokoh formal maupun informal. Tujuan utama kegiatan ini adalah agar tokoh masyarakat sebagai penghubung antara sektor kesehatan sebagai pelaksana program kesehatan dengan masyarakat penerima program kesehatan. Bentuk kegiatan dukungan sosial antara lain pelatihan-pelatihan para tokoh masyarakat, seminar, lokakarya, bimbingan kepada tokoh masyarakat dan sebagainya.

3. Pemberdayaan masyarakat (*empowerment*)

Pemberdayaan merupakan strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat langsung. Tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan untuk diri mereka sendiri. Bentuk kegiatan ini antara lain penyuluhan kesehatan, keorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk koperasi, pelatihan-pelatihan untuk kemampuan peningkatan pendapatan keluarga (Notoatmodjo, 2015).

2.1.5 Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Berdasarkan konferensi International Promosi Kesehatan di Ottawa Canada (1986) yang menghasilkan piagam Ottawa, promosi kesehatan dikelompokkan menjadi lima area berikut:

1. Kebijakan pembangunan berwawasan kesehatan (*Health Public Policy*) kegiatan ditujukan pada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan. Hal ini berarti setiap

kebijakan pembangunan dalam bidang apapun harus mempertimbangkan dampak kesehatan bagi masyarakat.

2. Mengembangkan jaringan kemitraan dan lingkungan yang mendukung (*create partnership and supportive environmental*). Kegiatan ini bertujuan mengembangkan jaringan kemitraan dan suasana yang mendukung terhadap kesehatan. Kegiatan ini ditujukan kepada pemimpin organisasi masyarakat serta pengelola tempat-tempat umum dan diharapkan memperhatikan dampaknya terhadap lingkungan, baik lingkungan fisik maupun lingkungan non-fisik yang mendukung atau kondusif terhadap kesehatan masyarakat.
3. *Reorientasi* pelayanan kesehatan (*reorient health service*) adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang merupakan tanggung jawab bersama antara pemberi dan penerima pelayanan orientasi pelayanan diarahkan dengan menempatkan masyarakat sebagai subjek yang dapat memelihara dan meningkatkan kualitas kesehatannya sendiri. Hal tersebut berarti pelayanan lebih diarahkan kepada pemberdayaan masyarakat.
4. Meningkatkan keterampilan individu (*increase individual skills*). Kesehatan masyarakat adalah kesehatan yang terdiri atas kelompok, keluarga, dan individu. Kesehatan masyarakat terwujud apabila kesehatan kelompok, keluarga, dan individu terwujud. Oleh sebab itu, peningkatan keterampilan anggota masyarakat atau individu sangat penting untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat memelihara serta meningkatkan kualitas kesehatannya.

5. Memperkuat kegiatan masyarakat (*strengthen community action*), derajat kesehatan masyarakat akan terwujud secara efektif jika unsur-unsur yang terdapat di masyarakat tersebut bergerak sama-sama. Memperkuat kegiatan masyarakat berarti memberikan bantuan terhadap kegiatan yang sudah berjalan di masyarakat sehingga lebih dapat berkembang. Disamping itu, tindakan ini memberi kesempatan masyarakat untuk berimprovisasi, yaitu melakukan kegiatan dan berperan serta dalam pembangunan kesehatan.

Pendekatan yang menyeluruh dalam pembangunan kesehatan dengan menggunakan lima ruang lingkup tersebut jauh lebih efektif dibanding dengan menggunakan pendekatan tunggal. Pendekatan melalui tatanan memudahkan implementasi penyelenggaraan promosi kesehatan. Peran serta masyarakat sangat penting untuk melestarikan berbagai upaya. Masyarakat harus menjadi subjek dalam promosi kesehatan dan pengambilan keputusan. Akses pendidikan dan informasi sangat penting untuk mendapatkan partisipasi dan pemberdayaan masyarakat (Notoatmodjo, 2015).

Adapun ruang lingkup promosi kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Pendidikan Kesehatan (perubahan perilaku)
2. Kampanye Sosialisasi (sosial marketing)
3. Penyuluhan (komunikasi, informasi dan edukasi)
4. Upaya peningkatan (upaya promotif) Universitas

5. Advokasi (upaya mempengaruhi lingkungan)
6. Pengorganisasian dan penggerakkan dan pemberdayaan masyarakat
7. Upaya lain sesuai dengan keadaan dan kebutuhan.

2.1.6 Indikator Keberhasilan Promosi Kesehatan

Indikator keberhasilan perlu dirumuskan untuk keperluan pemantauan dan evaluasi Promosi Kesehatan (Notoadmodjo, 2015). Indikator keberhasilan mencakup indikator masukan (*input*), indikator proses, dan indikator (*output*).

1. Indikator Masukan

Masukan yang perlu diperhatikan adalah yang berupa komitmen, sumber daya manusia, sarana/peralatan, dan dana dengan sasaran individu, kelompok, dan masyarakat. Oleh karena itu, indikator masukan ini perlu diperhatikan secara detail sebelum melakukan Promosi Kesehatan.

2. Indikator Proses

Proses yang dipantau adalah proses pelaksanaan Promosi Kesehatan yang akan mempengaruhi orang lain. Hal ini bisa merupakan media dan metode yang digunakan dalam Promosi Kesehatan.

3. Indikator Keluaran

Keluaran yang diharapkan dari Promosi Kesehatan yaitu perilaku kesehatan yang kondusif untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan yang terbagi atas:

- a. Perubahan perilaku, yaitu perilaku yang tidak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan dirubah.
- b. Pembinaan perilaku, yaitu perilaku masyarakat yang sudah sehat tetap dilanjutkan.
- c. Pengembangan perilaku, yaitu membiasakan perilaku hidup sehat dimulai bagi anak-anak.

2.1.7 Jenis Promosi Kesehatan

Maulana (2011), mengidentifikasi tujuan area kegiatan Promosi Kesehatan yaitu :

1. Progam Pendidikan Kesehatan

Program pendidikan kesehatan adalah kesempatan yang direncanakan untuk belajar tentang kesehatan, dan melakukan perubahan-perubahan secara sukarela dalam tingkah laku.

2. Pelayanan Kesehatan Preventif

Maulana (2011), mengungkapkan 3 tahap pencegahan yang dikenal dengan teori five levels of prevention, yaitu:

- 1) Pencegahan Primer. Dilakukan saat individu belum menderita sakit, meliputi:
 - a. Promosi Kesehatan (*health promotion*). Kegiatan pada tahap ini ditujukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap masalah kesehatan.
 - b. Perlindungan Khusus (*specific protection*). Berupa upaya spesifik untuk mencegah terjadinya penularan penyakit tertentu, misalnya melakukan imunisasi, dan peningkatan keterampilan remaja untuk mencegah ajakan menggunakan narkotik, dan penanggulangan stress.
- 2) Pencegahan Skunder
 - a. Diagnosis dini dan pengobatan segera.
 - b. Pembatasan kecacatan

3) Pencegahan Tersier

Pada tahap ini upaya yang dilakukan adalah mencegah agar cacat yang diderita tidak menjadi hambatan sehingga individu yang menderita dapat berfungsi optimal secara fisik, mental, dan sosial.

3. Kegiatan Berbasis Masyarakat

Promosi kesehatan menggunakan pendekatan “dari bawah”, bekerja dengan dan untuk penduduk, dengan melibatkan masyarakat dalam kesadaran kesehatan.

4. Pengembangan Organisasi

Pengembangan organisasi berhubungan dengan pengembangan dan pelaksanaan kebijakan dalam organisasi-organisasi yang berupaya meningkatkan kesehatan para staf dan pelanggan.

5. Kebijakan Publik yang Sehat

Upaya ini melibatkan badan resmi atau sukarela, kelompok profesional, dan masyarakat umum yang bekerja sama mengembangkan perubahan-perubahan dalam situasi dan kondisi kehidupan.

6. Tindakan Kesehatan Berwawasan Lingkungan

Upaya yang dilakukan adalah menjadikan lingkungan fisik penunjang kesehatan, baik di rumah, tempat kerja, atau tempat-tempat umum.

2.2 Pengetahuan

2.2.1 Pengertian

Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*ovent behavior*). Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan yang cukup didalam domain kogniti mempunyai 6 tingkat yaitu:

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dan seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu “tahu” ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari yaitu menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan dan sebagainya.

b. Memahami (*Comprehention*)

Memahami artinya sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dimana dapat menginterpretasikan secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi terus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap suatu objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi ataupun kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menyatakan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis yang dimaksud menunjukkan pada suatu kemampuan untuk melaksanakan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada. f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada (Wawan & Dewi, 2019).

2.2.2 Cara Memperoleh Pengetahuan

Cara memperoleh pengetahuan adalah sebagai berikut:

1) Cara kuno untuk memperoleh pengetahuan

a. Cara Coba Salah (*Trial and Error*)

Cara coba salah ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan itu tidak berhasil maka dicoba kemungkinan yang lain

sampai masalah tersebut dapat dipecahkan.

a. Cara Kekuasaan atau Otoritas

Sumber pengetahuan cara ini dapat berupa pemimpin masyarakat baik formal atau informal, ahli agama, pemegang pemerintah, dan berbagai prinsip orang lain yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji terlebih dahulu atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri.

b. Berdasarkan Pengalaman Pribadi

Pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi masa lalu (Wawan & Dewi, 2019).

2) Cara modern dalam memperoleh pengetahuan

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer disebut metodologi penelitian. Cara ini mula-mula dikembangkan oleh *Francis Bacon* (1561-1626), kemudian dikembangkan oleh *Deobold Van Daven*. Akhirnya lahir suatu cara untuk melakukan penelitian yang dewasa ini kita kenal dengan penelitian ilmiah (Wawan & Dewi, 2019).

2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang,

yaitu:

1.) Faktor Internal

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan.

b. Pekerjaan

Pekerjaan adalah sesuatu yang dikerjakan untuk mendapatkan nafkah atau pencaharian masyarakat yang sibuk dengan kegiatan atau pekerjaan sehari-hari akan memiliki waktu yang lebih untuk mendapatkan informasi.

c. Umur

Usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai sekarang (Wawan dan Dewi, 2019).

d. Masa Kerja

Masa kerja adalah jangka waktu orang sudah berkerja pada suatu organisasi, lembaga dan sebagainya, yang di hitung sejak pertama kali berkerja, semakin lama berkerja seseorang, tenaga kerja akan di anggap berpengalaman. Masa kerja seseorang dapat mempengaruhi pengetahuan tentang sesuatu hal, semakin lama ia bekerja maka semakin banyak pengalaman yang didapat saat menjalankan masa kerja sehingga semakin bertambah pula pengetahuan seseorang dari

pengalaman yang telah dialaminya.

2.) Faktor Eksternal

a. Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

b. Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi (Wawan & Dewi, 2019)

Kriteria Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

- a. Baik : Hasil presentase 76%-100%
- b. Cukup : Hasil presentase 56%-75%
- c. Kurang : Hasil presentase <56%

(Wawan & Dewi, 2019)

2.3Ibu Rumah Tangga

2.3.1 Pengertian Ibu Rumah Tangga

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI, 2005) pengertian ibu rumah tangga adalah seorang ibu yang mengurus keluarga saja. Menurut Joan (Widiastuti, 2009), menjelaskan pengertian ibu rumah tangga sebagai wanita yang telah menikah dan menjalankan tanggung jawab mengurus kebutuhan-

kebutuhan di rumah. Sedangkan menurut pendapat Walker dan Thompson (Mumtahinnah, 2011) ibu rumah tangga adalah wanita yang telah menikah dan tidak bekerja, menghabiskan sebagian waktunya untuk mengurus rumah tangga dan mau tidak mau setiap hari akan menjumpai suasana yang sama serta tugas–tugas rutin. Menurut Fredian dan Maule (Kartono, 1992) masyarakat tradisional memandang fungsi utama wanita dalam keluarga adalah membesarkan dan mendidik anak.

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti dapat menyimpulkan secara umum seorang ibu rumah tangga adalah seorang wanita yang sudah menikah memiliki peran sebagai istri, ibu, dan *homemaker* (pekerja rumah tangga).

2.3.2 Peran Ibu Rumah Tangga

Peran (KBBI, 2005) merupakan suatu karakter yang harus dimainkan oleh seseorang sesuai dengan kedudukan dan status yang dimiliki seseorang, berarti peran seorang ibu rumah tangga merupakan suatu yang harus dimainkan oleh seorang ibu rumah tangga tergantung pada kondisi sosial dan budaya yang dimiliki oleh seseorang. Menurut Kartono (1992), ibu memiliki peranan sebagai berikut:

- a. *Peranan sebagai istri*, mencakup sikap hidup yang mantap, mampu mendampingi suami dalam semua situasi yang disertai rasa kasih sayang, kecintaan, loyalitas dan kesetiaan pada *partner* hidupnya.
- b. *Peranan sebagai partner seks*, mengimplikasi hal sebagai berikut: terdapatnya hubungan hetero-seksual yang memuaskan, tanpa disfungsi (gangguan-gangguan fungsi) seks.

- c. *Fungsi sebagai ibu dan pendidik*, bila ibu tersebut mampu menciptakan iklim psikis yang baik, maka terciptalah suasana rumah tangga menjadi
- 3 semarak, dan bisa memberikan rasa aman, bebas, hangat, menyenangkan serta penuh kasih sayang.
- 4 *Peranan wanita sebagai pengatur rumah tangga*, dalam hal ini terdapat relasi-relasi formal dan pembagian kerja (*division of labour*), dimana suami bertindak sebagai pencari nafkah, dan istri berfungsi sebagai pengurus rumah tangga

Menurut Mulyawati (Respati, 2013), peran ibu rumah tangga adalah mengurus rumah tangganya, merawat dan mendidik anaknya. Peran tersebut merupakan kodrat dan kewajiban yang harus dijalani oleh wanita (Respati, 2009). Selain itu ibu rumah tangga memiliki peran utama yang dilakukan sesuai dengan fitrah kewanitaan (hamil, menyusui, membina anak, membesarkan anak) merupakan inti aktivitasnya (Latang, 2010).

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti dapat menyimpulkan secara umum bahwa tugas utama seorang ibu rumah tangga adalah mengurus semua tugas-tugas kerumahtanggaan yaitu: peranan sebagai istri, partner *sex*, ibu serta pendidik, pengatur rumah, dan partner hidup.

2.4 Luka Bakar

2.4.1 Pengertian luka bakar

Luka bakar adalah suatu bentuk kerusakan atau kehilangan jaringan yang disebabkan kontak dengan sumber panas seperti api, air panas, bahan kimia, listrik, dan radiasi (Hardisman, 2015). Luka bakar merupakan suatu jenis trauma dengan morbiditas dan mortalitas tinggi yang memerlukan penatalaksanaan khusus sejak awal (fase syok) sampai fase lanjut (Nugroho, 2015).

Luka bakar adalah cedera yang terjadi pada kulit atau jaringan organik lain yang disebabkan karena panas atau radiasi, radioaktivitas, listrik, gesekan atau kontak dengan bahan kimia (WHO, 2018).

2.4.2 Klasifikasi Kedalaman Luka Bakar

Berdasarkan kedalaman jaringan yang rusak akibat luka bakar tersebut, Di Maio mengklasifikasikan menjadi derajat I, II, III, dan IV.

A. Luka Bakar Derajat I

Kerusakan hanya terjadi di permukaan kulit. Kulit akan tampak kemerahan tidak ada bulla, sedikit oedem dan nyeri, dan tidak akan menimbulkan jaringan parut setelah sembuh.

B. Luka Bakar Derajat II

Kerusakan mengenai sebagian dari ketebalan kulit yang melibatkan semua epidermis dan sebagian dermis. Pada kulit akan ada bulla, sedikit edem, dan nyeri berat.

C. Luka Bakar Derajat III

Kerusakan terjadi pada semua lapisan kulit dan ada nekrosis. Lesi tampak putih dan kulit kehilangan sensasi rasa, dan akan menimbulkan jaringan parut setelah luka sembuh.

D. Luka Bakar Derajat IV

Luka Bakar ini disebut juga *carring injury*. Pada luka bakar ini kulit tampak hitam seperti arang karena terbakarnya jaringan. Terjadi kerusakan seluruh kulit dan jaringan subkutan begitu juga pada tulang akan gosong.

2.4.3 Klasifikasi Derajat Luka Bakar

Berdasarkan derajat keparahannya, luka bakar dibagi menjadi 3 jenis

yaitu yang bersifat ringan, sedang, dan berat. Berikut ini adalah klasifikasinya :

1. Derajat Ringan (Minor Burns)

- Luka bakar derajat dua pada dewasa dengan luas permukaan tubuh kurang dari 15%.
- Luka bakar derajat dua pada anak dengan luas permukaan tubuh kurang dari 10%.
- Luka bakar derajat tiga pada anak atau dewasa dengan luas permukaan tubuh kurang dari 2%.

2. Derajat Sedang (Moderate Burns)

- Luka bakar derajat dua pada dewasa yang melibatkan 15 – 25% luas permukaan tubuh.
- Luka bakar derajat dua pada anak yang melibatkan 10 – 20% luas permukaan tubuh.
- Luka bakar derajat tiga pada anak atau dewasa yang melibatkan 10% luas permukaan tubuh.

3. Derajat Berat (Major Burn)

- Pada dewasa, luka bakar derajat dua yang melibatkan lebih dari 25% luas permukaan tubuh.
- Pada anak, luka bakar derajat dua yang melibatkan lebih dari 20% luas permukaan tubuh.
- Pada anak atau dewasa, luka bakar derajat tiga yang melibatkan lebih dari 10% luas permukaan tubuh.
- Cedera inhalasi.

- Luka bakar listrik.
- Luka bakar dengan trauma tambahan (trauma kepala, trauma intraabdomen, fraktur).
- Luka bakar pada kehamilan.
- Penyakit komorbid yang menyertai luka bakar (diabetes melitus, penggunaan kortikosteroid, immunosupresi).

Luas Permukaan Tubuh Terbakar Berdasarkan *Rules of Nines*

Luka bakar dapat diklasifikasikan berdasarkan luas luka bakar dan derajat luka bakar. Patokan yang masih dipakai dan diterima luas adalah mengikuti Rules of Nines dari Wallace. Luka bakar yang terjadi pada daerah muka dan leher jauh lebih berbahaya dibandingkan luka bakar di tungkai bawah.

2.4.4 Etiologi Luka Bakar

Luka bakar banyak disebabkan karena suatu hal menurut

(Moenadjat, 2009), diantaranya adalah:

1. Luka bakar suhu tinggi (*Thermal Burn*): gas, cairan, bahan padat

Luka bakar thermal burn biasanya disebabkan oleh air panas (*scald*), jilatan api ke tubuh (*flash*), kobaran api di tubuh (*flam*), dan akibat terpapar atau kontak dengan objek-objek panas lainnya (logam panas, dan lain-lain)

2. Luka bakar bahan kimia (*Chemical Burn*)

Luka bakar kimia biasanya disebabkan oleh asam kuat atau alkali yang biasa digunakan dalam bidang industri militer ataupun bahan pembersih yang sering

digunakan untuk keperluan rumah tangga.

3. Luka bakar sengatan listrik (*Electrical Burn*)

Listrik menyebabkan kerusakan yang dibedakan karena arus, api, dan ledakan. Aliran listrik menjalar disepanjang bagian tubuh yang memiliki resistensi paling rendah. Kerusakan terutama pada pembuluh darah, khususnya tunika intima, sehingga menyebabkan gangguan sirkulasi ke distal. Sering kali kerusakan berada jauh dari lokasi kontak, baik kontak dengan sumber arus maupun ground.

4. Luka bakar radiasi (*Radiasi Injury*)

Luka bakar radiasi disebabkan karena terpapar dengan sumber radio aktif. Tipe *injury* ini sering disebabkan oleh penggunaan radio aktif untuk keperluan terapeutik dalam dunia kedokteran dan industri. Akibat terpapar sinar matahari yang terlalu lama juga dapat menyebabkan luka bakar radiasi.

2.4.5 Patofisiologi Luka Bakar

Pajanan panas yang menyentuh permukaan kulit mengakibatkan kerusakan pembuluh darah kapiler kulit dan peningkatan permeabilitasnya. Peningkatan permeabilitas ini mengakibatkan edema jaringan dan pengurangan cairan intravaskular. Kerusakan kulit akibat luka bakar menyebabkan kehilangan cairan terjadi akibat penguapan yang berlebihan di derajat 1, penumpukan cairan pada bula di luka bakar derajat 2, dan pengeluaran cairan dari keropeng luka bakar derajat 3. Bila luas luka bakar kurang dari 20%, biasanya masih terkompensasi oleh keseimbangan cairan tubuh, namun jika lebih dari 20% resiko syok hipovolemik akan muncul dengan tanda-tanda seperti gelisah, pucat, dingin, nadi lemah dan cepat, serta penurunan tekanan darah dan produksi urin. Kulit manusia dapat mentoleransi suhu 44°C (111°F) relatif selama 6 jam sebelum mengalami cedera

termal (Prasetyo, Ibrahim, & Somantri, 2014).

2.4.6 Gambaran Klinis

Gambaran klinis luka bakar dapat di kelompokkan menjadi trauma primer dan sekunder, dengan adanya kerusakan langsung yang disebabkan oleh luka bakar dan morbiditas yang akan muncul mengikuti trauma awal. Pada daerah sekitar luka, akan ditemukan warna kemerahan, bulla, edema, nyeri atau perubahan sensasi. Efek sistemik yang ditemukan pada luka bakar berat seperti syok hipovolemik, hipotermi, perubahan uji metabolik dan darah (Price & Wilson, 2008).

Syok hipovolemik dapat terlihat pada pasien dengan luka bakar lebih dari 25% LPTT. Hal tersebut disebabkan oleh meningkatnya permeabilitas pembuluh darah yang berlangsung secara kontinyu setidaknya dalam 36 jam pertama setelah trauma luka bakar. Berbagai protein termasuk albumin keluar menuju ruang interstitial dengan menarik cairan, sehingga menyebabkan edema dan dehidrasi. Selain itu, tubuh juga kehilangan cairan melalui area luka, sehingga untuk mengkompensasinya, pembuluh darah perifer dan visera berkonstriksi yang pada akhirnya akan menyebabkan hipoperfusi. Pada fase awal, curah jantung menurun akibat melemahnya kontraktilitas miokardium, meningkatnya *afterload* dan berkurangnya volume plasma. *Tumour necrosis factor- α* yang dilepaskan sebagai penurunan kontraktilitas miokardium.

Suhu tubuh akan menurun secara besar dengan luka bakar berat, disebabkan akibat evaporasi cairan pada kulit karena suhu tinggi luka bakar dan syok hipovolemik. Uji kimia darah menunjukkan tingginya kalium (akibat kerusakan pada sel) dan rendahnya kalsium (akibat hipoalbuminemia). Setelah 48 jam setelah trauma luka, pasien dengan luka bakar berat akan menjadi hipermetabolik (laju metabolik dapat meningkat hingga 3

kali lipat). Suhu basal tubuh akan meningkat mencapai 38,5°C akibat adanya respon inflamasi sistemik terhadap luka bakar. Respon imun pasien juga akan menurun karena adanya *down regulation* pada reseptor sehingga meningkatkan resiko infeksi dan juga hilangnya barier utama pertahanan tubuh yaitu kulit (Price & Wilson, 2008).

Nyeri akibat luka bakar dapat berasal dari berbagai sumber yaitu antara lain, sumber luka itu sendiri, jaringan sekitar, penggantian pembalut luka ataupun donor kulit. Setelah terjadinya luka, respon inflamasi akan memicu dikeluarkannya berbagai mediator seperti bradikinin dan histamin yang mampu memberi sinyal rasa nyeri.

Hiperalgnesia primer terjadi sebagai respon terhadap nyeri pada lokasi luka, sedangkan hiperalgnesia sekunder terjadi beberapa menit kemudian yang diakibatkan adanya transmisi saraf dari kulit sekitarnya yang tidak rusak. Pasien dengan luka bakar derajat I atau derajat II superfisial biasanya akan berespon baik terhadap pengobatan dan sembuh dalam waktu 2 minggu, luka bakar tersebut tampak berwarna merah muda atau merah, nyeri dan memiliki suplai darah yang baik (Rahayuningsih, 2012).

2.4.7 Fase Luka Bakar

1. Fase akut

Disebut sebagai fase awal atau fase syok. Secara umum pada fase ini, seorang penderita akan berada dalam keadaan yang bersifat *relatif life threatening*. Dalam fase awal penderita akan mengalami ancaman gangguan *airway* (jalan nafas), *breathing* (mekanisme bernafas), dan *circulation* (sirkulasi). Gangguan *airway* tidak hanya dapat terjadi segera atau beberapa saat setelah terbakar, namun masih dapat terjadi obstruksi saluran pernafasan akibat cedera inhalasi dalam 48-72 jam pasca trauma. Cedera inhalasi adalah penyebab kematian

utama penderita pada fase akut

Pada fase akut sering terjadi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit akibat cedera yang berdampak sistemik. Problema sirkulasi yang berawal dengan kondisi syok (terjadinya ketidakseimbangan antara paskan Q dan tingkat kebutuhan respirasi sel dan jaringan) yang bersifat hipodinamik dapat berlanjut dengan keadaan hiperdinamik yang masih ditingkahi dengan problema instabilitas sirkulasi (Barbara, 2010).

2. Fase sub akut

Berlangsung setelah fase syok teratasi yang berlangsung sampai 21 hari. Masalah utama pada fase ini adalah *Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS)* dan *Multi-System Organ Dysfunction Syndrome (MODS)* dan sepsis. Hal ini merupakan dampak atau perkembangan masalah yang timbul pada fase pertama dan masalah yang bermula dari kerusakan jaringan akibat kontak dengan sumber panas. Luka yang terjadi penyebab proses inflamasi dan infeksi, masalah penutupan luka dengan titik perhatian pada luka terbuka atau tidak dilapisi epitel luas dan atau pada struktur atau organ-organ fungsional (Barbara, 2010).

3. Fase lanjut

Fase lanjut akan berlangsung sekitar 8-12 bulan hingga terjadinya maturasi parut akibat luka bakar dan pemulihan fungsi organorgan fungsional. Masalah yang muncul pada fase ini adalah penyulit berupa parut yang hipertropik, keloid, gangguan pigmentasi, deformitas dan kontraktur (Barbara, 2010).

2.4.8 Komplikasi Luka Bakar

Komplikasi luka bakar dapat berasal dari luka itu sendiri atau dari ketidakmampuan

tubuh saat proses penyembuhan luka (Notoatmodjo, 2010)

1. Infeksi luka bakar

Infeksi pada luka bakar merupakan komplikasi yang paling sering terjadi. Sistem integumen memiliki peranan sebagai pelindung utama dalam melawan infeksi. Kulit yang rusak atau nekrosis menyebabkan tubuh lebih rentan

terhadap patogen di udara seperti bakteri dan jamur. Infeksi juga dapat terjadi akibat penggunaan tabung dan kateter. Kateter urin dapat menyebabkan infeksi traktus urinarius, sedangkan tabung pernapasan dapat memicu infeksi traktus respirasi seperti pneumonia.

2. Terganggunya suplai darah atau sirkulasi

Penderita dengan kerusakan pembuluh darah yang berat dapat menyebabkan kondisi hipovolemik atau rendahnya volume darah. Selain itu, trauma luka bakar berat lebih rentan mengalami sumbatan darah (*blood clot*) pada ekstremitas. Hal ini akibat lamanya waktu tirah baring pada pasien luka bakar. Tirah baring mampu mengganggu sirkulasi darah normal, sehingga mengakibatkan akumulasi darah di vena yang kemudian akan membentuk sumbatan darah.

3. Komplikasi jangka panjang

Komplikasi jangka panjang terdiri dari komplikasi fisik dan psikologis. Pada luka bakar derajat III, pembentukan jaringan sikatriks terjadi secara berat dan menetap seumur hidup. Pada kasus dimana luka bakar terjadi di area sendi. Hal ini terjadi ketika kulit yang mengalami penyembuhan berkontraksi atau tertarik bersama. Akibatnya, pasien memiliki gerak terbatas pada area luka. Selain itu,

pasien dengan trauma luka bakar berat dapat mengalami tekanan stress pasca trauma atau *post traumatic stress disorder (PTSD)*. Depresi dan ansietas merupakan gejala yang sering ditemukan pada penderita.

2.4.9 Pertolongan Pertama dalam Penanganan Luka Bakar

Menurut (Rahayuningsih, 2012) bahwa penanganan pertama pada luka bakar antara lain menjauhkan penderita dari sumber luka bakar, memadamkan pakaian yang terbakar, menghilangkan zat kimia penyebab luka bakar, menyiram dengan air sebanyak-banyaknya bila terkena zat kimia. Dan mematikan listrik atau buang sumber listrik dengan menggunakan objek yang kering dan tidak menghantarkan arus (*nonconductive*).

Berdasarkan (Fitriana, 2014) menyebutkan bahwa menghentikan proses pembakaran yaitu jika menemukan penderita masih dalam keadaan terbakar makan harus segera dilakukan pemadaman dengan cara menyiram air dalam jumlah yang banyak apabila disebabkan bensin atau minyak. Menggulingkan penderita pada tanah (*drob and roll*) atau menggunakan selimut basah untuk memadamkan api. Walaupun api sudah mati, luka bakar akan tetap mengalami proses perjalanan pembakaran, untuk mengurangi proses ini luka dapat disiram atau direndam dengan air bersih untuk pendinginan. Perlu diketahui bahwa proses pemadaman ini hanya akan berlangsung selama 15 menit, sehingga apabila pertolongan datang setelah 15 menit, usaha sia-sia dan akan menimbulkan hipotermi. Tidak diperbolehkan sekali-kali mengompres luka bakar dengan kassa air es karena dapat mengakibatkan kerusakan jaringan.

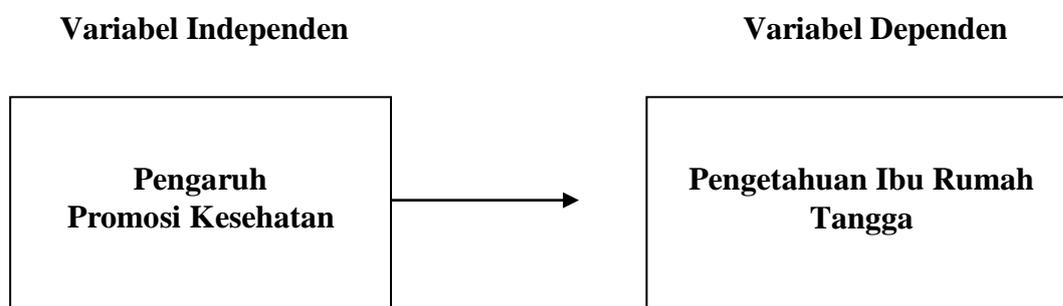
Persepsi masyarakat dalam melakukan tindakan penangan luka bakar masih kurang tepat dengan pemberian bensin, menyiram air dan pemberian odol. Hal ini tidak sesuai dengan teori (Rembulan, 2014) yang menyatakan bahwa

prinsip penanganan luka bakar adalah prinsip pengelolaan penderita trauma yaitu *airway, breathing, circulation, disability, and exposure*, resusitasi cairan, penutupan lesi sesegera mungkin, pencegahan infeksi, mengurangi rasa sakit, mencegah trauma mekanik pada kulit yang vital dan elemen di dalamnya, dan pembatasan pembentukan jaringan parut. Perawatan luka sehari-hari meliputi membersihkan luka, debridemen, dan pembalutan luka (Rahayuningsih, 2012).

Berdasarkan teori (Smeltzer & Bare, 2013) menyatakan bahwa dalam melakukan perawatan luka bakar terdapat tiga macam yaitu pembersihan luka, pemberian terapi antibiotik topikal dan balutan. Pertama, membersihkan luka dapat dilakukan dengan *tap water*.

2.5 Kerangka konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2017). Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



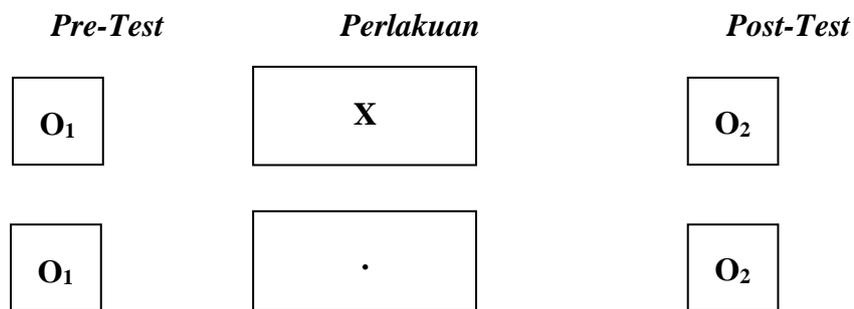
Gambar 2.1. Kerangka Konsep Penelitian

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian *Quasy Eksperiment* yang bertujuan untuk mengidentifikasi Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi. Kelompok subyek diobservasi sebelum dilakukan intervensi kemudian diobservasi kembali setelah diberikan intervensi (Sastroasmoro & Ismael 2010). Desain penelitian yang digunakan adalah *pre and post test group design with control group*. Pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan intervensi kemudian dilakukan penilaian untuk melihat pengaruh promosi kesehatan terhadap pengetahuan Ibu rumah tangga (Burn & Grove, 2015).



Gambar 3.1. Desain Penelitian

Keterangan:

X₁ : pengetahuan sebelum diberikan intervensi promosi kesehatan

X₂ : pengetahuan sesudah diberikan intervensi promosi kesehatan

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Setia Budi, alasan peneliti memilih lokasi ini karena berdasarkan survei masih banyak ibu rumah tangga yang tidak memiliki

pengetahuan tentang penanganan awal luka bakar.

3.2.2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dilakukan pada bulan Desember 2021 sampai Maret 2022.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi merupakan keseluruhan subjek penelitian (Arikunto, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu rumah tangga di kelurahan setia budi yang berjumlah 87 orang.

3.3.2. Sampel

Menurut Arikunto, 2011, Sampel adalah sebagian dari populasi yang dianggap mewakili penelitian. Teknik sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel sesuai dengan kebutuhan penelitian. Sampel minimal dalam penelitian kuantitatif adalah sebanyak 30 orang. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 30 orang, dimana 15 orang responden sebagai kelompok intervensi dan 15 orang responden sebagai kelompok kontrol.

3.4. Metode Pengumpulan Data

3.4.1. Data Primer

Data primer adalah data diperoleh menggunakan kuesioner untuk mengukur pengetahuan ibu rumah tangga tentang penanganan luka bakar di kelurahan setia budi.

3.4.2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari data pihak di kelurahan setia budi tentang karakteristik ibu rumah tangga.

3.4.3. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah pendekatan dan pengumpulan data kepada subyek

penelitian yang diperlukan untuk kebutuhan penelitian (Nursalam, 2009). Prosedur yang dijalankan oleh peneliti adalah setelah skripsi penelitian mendapat persetujuan dari pembimbing adalah:

1. Peneliti membuat surat permohonan izin peneliti dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Flora Medan.
2. Mengirim surat permohonan izin yang diperoleh dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Flora Medan kepada Kelurahan Setia Budi.
3. Setelah mendapatkan izin kemudian peneliti melakukan penelitian dimulai dengan memilih responden yang akan dijadikan sampel penelitian.
4. Mengidentifikasi karakteristik responden yang dipilih sebelum promosi kesehatan.
5. Menjelaskan kepada responden tentang tujuan dan manfaat kegiatan promosi kesehatan.
6. Setelah diberikan penjelasan maka dilakukan observasi pengetahuan *pre-test* (sebelum dilakukan intervensi promosi kesehatan).
7. Kemudian melakukan promosi kesehatan. Setelah dilakukan promosi kesehatan, maka besok harinya akan dilakukan observasi pengetahuan *post-test*.
8. Setelah memperoleh data yang dibutuhkan maka selanjutnya peneliti mengolah data untuk melihat apakah ada pengaruh promosi kesehatan terhadap pengetahuan ibu rumah tangga.

3.5. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Independen				
Promosi Kesehatan	Kegiatan penyuluhan kesehatan tentang luka bakar kepada ibu rumah tangga dengan cara presentasi menggunakan ppt dan juga media leaflet	-	-	-
Dependen				
Pengetahuan Ibu rumah Tangga	Pemahaman ibu rumah tangga tentang perawatan awal luka bakar sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan kesehatan	Kuesioner	Ordinal	- Baik >75% - Cukup 46-75% - Kurang <46 %

3.6. Tehnik Pengukuran Data

Untuk mengukur tingkat pengetahuan Ibu peneliti menggunakan kuesioner yang berjumlah 10 pertanyaan. Pengukuran data tingkat pengetahuan menggunakan skala ordinal, dimana data yang diperoleh dapat dikategorikan atau diurutkan dalam kisaran terendah sampai tertinggi (Notoadmodjo, 2013).

Adapun cara mengukurnya adalah sebagai berikut:

- Baik : >75%
- Cukup : 46 - 75%
- Kurang : <46 %

Jika responden dapat menjawab pertanyaan dengan benar sebesar $>75\%$, maka pengetahuan responden dikategorikan baik. Jika responden dapat menjawab pertanyaan dengan benar sebesar $46-75\%$, maka pengetahuan responden dikategorikan cukup. Jika responden dapat menjawab pertanyaan dengan benar sebesar $<46\%$, maka pengetahuan responden dikategorikan kurang.

3.7. Tehnik Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan komputer, pengolahan data dilakukan dalam empat tahap yaitu:

a. *Editing* (Pemeriksaan Data)

Kegiatan untuk melakukan pengecekan lembar observasi untuk kelengkapan data sehingga apabila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi segera oleh peneliti.

b. *Coding* (Pemberian Kode)

Pemberian kode dalam bentuk huruf pada setiap karakteristik variabel independen dan variabel dependen.

c. *Processing*

Kegiatan memproses data yang didapat dari lembar observasi dan wawancara kemudian dianalisis dengan memasukkan data tersebut ke program komputer.

d. *Cleaning*

Kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan apakah ada kesalahan atau tidak.

3.8. Analisa Data

3.8.1. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk mendeskripsikan setiap variabel yang diteliti dalam penelitian. Analisa univariat dalam penelitian ini adalah variabel

independen yaitu promosi kesehatan dan variabel dependen yaitu pengetahuan. Analisa hasil disajikan dalam bentuk data dari kelompok intervensi dan kelompok kontrol, yaitu sebelum dan sesudah dilakukan promosi kesehatan.

3.8.2. Analisis Bivariat

Analisa bivariat dilakukan dengan menggunakan uji *statistic independent t-test* yaitu uji beda dua mean independen dengan tingkat signifikan ($\alpha < 0,05$). Pedoman dalam menerima hipotesis jika nilai $p < 0,05$ maka H_a ditolak, artinya tidak terdapat pengaruh antara variabel independen dengan variabel dependen. Apabila nilai $p > 0,05$ maka H_0 diterima, artinya terdapat pengaruh antara variabel independen dan dependen.

3.9. Pertimbangan Etik

Etika penelitian berkaitan dengan beberapa norma, yaitu norma sopan santun yang memperhatikan konvensi dan kebiasaan dalam tatanan di masyarakat, norma hukum mengenai pengenaan sanksi ketika terjadi pelanggaran, dan norma moral yang meliputi itikad dan kesadaran yang baik dan jujur dalam penelitian (Surahman, R. M., dan Supardi, S., 2016).

Penelitian ini menggunakan manusia sebagai objek penelitian, oleh sebab itu hakikatnya manusia harus dilindungi dengan memperhatikan prinsip-prinsip dalam pertimbangan etik yaitu responden mempunyai hak untuk memutuskan apakah ia bersedia menjadi subjek atau tidak dalam penelitian tanpa ada sanksi apapun, tidak menimbulkan penderitaan dari responden, dalam hal ini peneliti juga memberikan penjelasan dan informasi secara lengkap dan rinci. Responden juga diperlakukan secara baik sebelum, selama dan sesudah penelitian, responden tidak boleh didiskriminasi jika menolak untuk menjadi responden dalam penelitian. Selain itu ada prinsip-prinsip etik meliputi :

1. *Otonomy*, mengakui setiap hak-hak yang dimiliki responden dalam menyatakan kesediaan atau ketidaksediaan untuk menjadi subjek penelitian dan memiliki hak untuk membuat keputusan secara mandiri.
2. *Informed consent*, seluruh responden mendapatkan lembar persetujuan yang ditandatangani oleh responden sebagai bukti dan kesediaan untuk menjadi responden.
3. *Anonymity*, peneliti tidak akan mencantumkan atau menuliskan nama responden hanya inisial atau dalam bentuk pengkodean saja.
4. *Confidentiality*, semua data informasi yang diberikan oleh responden akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.
5. *Nonmalefience*, peneliti akan melindungi subjek dari semua kerugian baik material, nama baik dan juga bebas dari tekanan fisik maupun psikologis yang timbul akibat adanya penelitian ini.

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kelurahan Setia Budi berada di Kecamatan Medan Selayang, secara geografis memiliki luas wilayah \pm 2.379 Ha Wilayah-wilayah yang berdekatan yang berbatasan langsung dengan Kecamatan Medan Selayang adalah :

- a. Sebelah Utara: Kecamatan Medan Baru dan Medan Sunggal
- b. Sebelah Selatan : Kecamatan Medan Tuntungan dan Medan Johor
- c. Sebelah Timur : Kecamatan Medan Polonia
- d. Sebelah Barat : Kecamatan Sunggal Kabupaten Deli Serdang.

4.2. Analisa Univariat

4.2.1. Karakteristik Ibu Rumah Tangga di Kelurahan Setia Budi

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Rumah Tangga di Kelurahan Setia Budi

Umur	Frekuensi	Persentase (%)
20-30 tahun	12	40,0
31-40 tahun	10	33,3
41-50 tahun	8	26,7
Jumlah	30	100,0

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
Rendah (SD-SMP)	7	23,3
Sedang (SMA)	15	50,0
Tinggi (D3/S1)	8	26,7
Jumlah	30	100,0

Paritas	Frekuensi	(%)
1 (satu)	10	33,3
\geq 2 (dua)	20	66,7
Jumlah	30	100,0

Berdasarkan tabel distribusi frekuensi karakteristik responden di atas diperoleh hasil bahwa mayoritas ibu rumah tangga memiliki umur 20-30 tahun yaitu sebanyak 12 orang (40%), dan minoritas memiliki umur 41-50 tahun yaitu sebanyak 8 orang (26,7%). Mayoritas ibu rumah tangga berpendidikan sedang yaitu sebanyak 15 orang (50%), dan minoritas berpendidikan rendah yaitu sebanyak 7 orang (23,3%). Mayoritas paritas ibu rumah tangga ≥ 2 (dua) yaitu sebanyak 20 orang (66,7%), dan minoritas paritas ibu rumah tangga 1 (satu) yaitu sebanyak 10 orang (33,3%).

4.3. Analisa Bivariat

4.3.1. Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Kelompok Kontrol Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi sebelum dan sesudah diberikan Promosi Kesehatan

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Kelompok Kontrol Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi sebelum dan sesudah diberikan Promosi Kesehatan

Nama variabel	n	\bar{x}	p.	Beda rerata	IK 95 % bagi beda rerata
Pengetahuan IRT					
<i>Pretest</i>	15	7,17	0,076	0,0	[-5,323;-4,120]
<i>Posttest</i>	15	7,17			

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa dari 15 responden didapatkan *mean pretest* pengetahuan 7,17 dan *mean posttest* pengetahuan 7,17. Dengan indeks kepercayaan terendah -5,323 dan tertinggi -4,120. Hasil uji menunjukkan bahwa nilai $p=0,076$ ($p < 0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan pengetahuan yang bermakna antara sebelum diberikan promosi kesehatan dengan setelah diberikan promosi kesehatan.

4.3.2. Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Kelompok Intervensi dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi sebelum dan sesudah diberikan Promosi Kesehatan

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Kelompok Intervensi dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi sebelum dan sesudah diberikan Promosi Kesehatan

Nama variabel	n	\bar{x}	p.	Beda rerata	IK 95 % bagi beda rerata
Pengetahuan IRT					
<i>Pretest</i>	15	7,25	0,001	3,9	[-5,281;-4.553]
<i>Posttest</i>	15	11,20			

Berdasarkan tabel diatas diketahui dari 15 responden didapatkan *mean pretest* pengetahuan 7,25 dan *mean posttest* pengetahuan meningkat menjadi 11,20 dengan beda rerata 3,9. Indeks kepercayaan terendah -5,281 dan tertinggi -4.553. Hasil uji menunjukkan bahwa nilai *p value* = 0,001 <0,05. maka disimpulkan terdapat pengaruh promosi kesehatan terhadap pengetahuan Ibu Rumah Tangga dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi.

BAB V

PEMBAHASAN

5.1. Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Kelompok Kontrol Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa dari 15 responden didapatkan *mean pretest* pengetahuan 7,17 dan *mean posttest* pengetahuan 7,17. Dengan indeks kepercayaan terendah -5,323 dan tertinggi -4,120. Hasil uji menunjukkan bahwa nilai $p=0,076$ ($p<0,05$), dengan demikian dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan pengetahuan yang bermakna antara sebelum diberikan promosi kesehatan dengan setelah diberikan promosi kesehatan.

Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran diri oleh dan untuk masyarakat agar dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat sesuai sosial budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (Kemenkes, 2011).

Promosi kesehatan pada prinsipnya merupakan upaya dalam meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri sendiri, serta kegiatan yang sumber daya masyarakat, sesuai dengan kondisi sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

Promosi kesehatan merupakan suatu proses yang bertujuan memungkinkan individu meningkatkan kontrol terhadap kesehatan dan meningkatkan kesehatannya berbasis filosofi yang jelas mengenai pemberdayaan diri sendiri. Proses pemberdayaan tersebut dilakukan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat serta sesuai dengan sosial budaya setempat. Demi mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik dari fisik, mental

maupun sosial, masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasi dan kebutuhannya, serta mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (Kemenkes, 2011).

Sasaran primer kesehatan adalah pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) sebagai komponen dari masyarakat. Masyarakat diharapkan mengubah perilaku hidup mereka yang tidak bersih dan tidak sehat menjadi perilaku hidup bersih dan sehat (Maulana, 2011).

5.2. Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Kelompok Intervensi Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi

Hasil penelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa dari 15 responden didapatkan *mean pretest* pengetahuan 7,25 dan *mean posttest* pengetahuan meningkat menjadi 11,20 dengan beda rerata 3,9. Indeks kepercayaan terendah -5,281 dan tertinggi -4.553. Hasil uji menunjukkan bahwa nilai *p value* = 0,001 <0,05. maka disimpulkan terdapat pengaruh promosi kesehatan terhadap pengetahuan Ibu Rumah Tangga dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi.

Menurut WHO, promosi kesehatan proses mengupayakan individu-individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan dalam mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, dengan demikian meningkatkan derajat kesehatan.

Menurut Notoatmodjo (2015), strategi promosi kesehatan paripurna yang terdiri dari pemberdayaan, bina suasana, advokasi dan kemitraan. Pemberdayaan yang dimaksud adalah pemberian informasi dan pendampingan dalam mencegah dan menanggulangi masalah kesehatan, guna membantu individu, keluarga atau kelompok-kelompok masyarakat menjalani tahap-tahap tahu, mau dan mampu. Dalam upaya promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat merupakan bagian yang sangat penting dan bahkan dapat dikatakan sebagai ujung tombak. Pemberdayaan adalah proses pemberian informasi kepada individu, keluarga atau kelompok (*klien*) secara terus-menerus dan

berkesinambungan mengikuti perkembangan klien, serta proses membantu klien, agar klien tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (*aspek knowledge*), dari tahu menjadi mau (*aspek attitude*) dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (*aspek practice*).

Pendekatan yang menyeluruh dalam pembangunan kesehatan melalui tatanan memudahkan implementasi penyelenggaraan promosi kesehatan. Peran serta masyarakat sangat penting untuk melestarikan berbagai upaya. Masyarakat harus menjadi subjek dalam promosi kesehatan dan pengambilan keputusan. Akses pendidikan dan informasi sangat penting untuk mendapatkan partisipasi dan pemberdayaan masyarakat (Notoatmodjo, 2015).

Menurut Kartono (1992), ibu memiliki peranan sebagai ibu dan pendidik, bila ibu tersebut mampu menciptakan iklim psikis yang baik, maka terciptalah suasana rumah tangga menjadi semarak, dan bisa memberikan rasa aman, bebas, hangat, menyenangkan serta penuh kasih sayang.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rosvina tahun 2020 yang berjudul pengaruh promosi kesehatan terhadap pengetahuan ibu rumah tangga dalam penanganan awal luka bakar di RW 6 Kelurahan Tlogomas Kota Malang, yang menyimpulkan sebelum diberikan promosi kesehatan hampir seluruhnya responden memiliki pengetahuan kurang dan sesudah diberikan promosi kesehatan hampir seluruhnya responden memiliki pengetahuan baik. Hasil uji Marginal Homogeneity didapatkan $p \text{ value} = (0,000) < (0,050)$.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan hasil penelitian Siska yang berjudul efektivitas pendidikan kesehatan antara media leaflet dengan media video terhadap tingkat pengetahuan ibu rumah tangga tentang pertolongan pertama luka bakar. Hasil uji statistic *Wilcoxon T-Test* pada kelompok media leaflet dan media video didapatkan nilai $p < 0,000$

($p < 0,005$). Hasil uji statistik *mann whitney test* didapatkan nilai p 0,001 ($p < 0,005$) yang berarti terdapat pengaruh signifikan terhadap tingkat pengetahuan tentang pertolongan pertama luka bakar sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Media video lebih efektif terhadap tingkat pengetahuan pertolongan pertama luka bakar pada ibu rumah tangga dibandingkan media leaflet.

5.3. Kesimpulan

- a. Pengetahuan Ibu rumah tangga kelompok intervensi dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi sebelum diberikan promosi kesehatan didapatkan *mean pretest* pengetahuan 7,25.
- b. Pengetahuan Ibu rumah tangga kelompok intervensi dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi setelah diberikan promosi kesehatan didapatkan *mean posttest* pengetahuan 11,20.
- c. Ada pengaruh promosi kesehatan terhadap pengetahuan Ibu Rumah Tangga dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi. Hasil uji T-test diperoleh nilai p *value* = 0,001 < 0,05. Beda rerata didapatkan sebesar 3,9 dengan nilai indeks kepercayaan terendah -5,281 dan tertinggi -4.553.

5.4. Saran

- a. Bagi Instansi Kesehatan di Kelurahan Setia Budi diharapkan terus mengoptimalkan promosi kesehatan agar mampu meningkatkan pengetahuan masyarakat sehingga dapat mengubah perilaku masyarakat dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- b. Bagi Instansi Pendidikan Keperawatan diharapkan meningkatkan bahan kajian dan referensi keilmuan dan wawasan tentang luka bakar dan promosi kesehatan komunitas untuk dapat mendukung penelitian lanjutan masa depan.

DAFTAR PUSTAKA

- American Burn Association*, 2015. *Burn Guidelines*. Chicago.
- Arikunto, S. 2011. *Prosedur Penelitian suatu Pendekatan Praktek* edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Burn & Grove, 2015. *The Practice of Nursing Research Conduct, Critique, and Utilization*. (4th edition). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Giovany, Pamungkas & Inayah, 2015. Trauma Luka Bakar dan Akibatnya. Jakarta.
- Kemenkes RI, 2015. Laporan Riskesdas Prevalensi Cidera di Indonesia. Jakarta.
- , 2011. Buku Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan. Jakarta
- Maslukha, 2020. Gambaran Tingkat Pengetahuan Ibu PKK tentang Pertolongan Pertama Luka Bakar di Kelurahan Banjar Sugihan Surabaya.
- Maulana, 2011. Promosi Kesehatan. Jakarta: EGC.
- Moenadjat, 2016. Luka Bakar: Masalah dan Tatalaksana. Jakarta: FKUI.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2015. Pendidikan Kesehatan Ilmu Perilaku. Jakarta : PT. Rineka Cipta.
- Nugroho, 2015. Mengungkap tentang Luka Bakar. Yogyakarta: Nuha Medika
- Nursalam, 2009. Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Riskesdas, 2018. Laporan Provinsi Sumatera Utara: Proporsi Luka Cedera.
- Rismana, etal, 2015. Pengujian Stabilitas Luka Bakar menggunakan Kitosan. Tangerang Selatan.
- Sastroasmoro & Ismael 2010. Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis. Jakarta: Sagung Seto.
- Wawan & Dewi, 2019. Teori dan Pengukuran Pengetahuan Sikap dan Perilaku Manusia. Yogyakarta: Nuha Medika.
- World Health Organization*. 2018. *Wound Preparation from a Clinical*. Tersedia: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> [3 April 2022].
- Yovita, 2015. Manajemen Perawatan Luka :Konsep Dasar. Jakarta : EGC.

Lampiran 1

INSTRUMENT PENELITIAN

Kuisisioner

Responden

Nama (Inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Pendidikan Terakhir :

Pertanyaan Pengetahuan

1. Luka bakar adalah rusak atau hilangnya jaringan yang disebabkan kontak dengan.....
 - a. Sumber panas
 - b. Sumber berbahaya
 - c. Sumber merusak
 - d. Sumber matahari

2. Luka bakar adalah luka bakar yang timbul akibat kulit terpajan.....
 - a. Suhu tinggi
 - b. Suhu normal
 - c. Suhu dibawah normal
 - d. Suhu dingin

3. Luka bakar yang disebabkan terpapar atau kontak dengan objek- objek panas disebut.....
 - a. Luka bakar suhu tinggi
 - b. Luka bakar bahan kimia
 - c. Luka bakar sengatan listrik
 - d. Luka bakar matahari

4. Luka bakar yang biasanya disebabkan oleh asam kuat atau alkali disebut.....
 - e. Luka bakar suhu tinggi
 - f. Luka bakar bahan kimia
 - g. Luka bakar sengatan listrik
 - h. Luka bakar radioaktif

5. Luka bakar yang disebabkan oleh penggunaan radio aktif yaitu....
 - a. Luka bakar radiasi
 - b. Luka bakar suhu tinggi
 - c. Luka bakar bahan kimia
 - d. Luka bakar sengatan listrik.

6. Pertolongan pertama luka bakar dengan cara menyingkirkan.....yang terkena panas.
 - a. Pakaian (*cloting*)
 - b. Mendinginkan daerah yang terkena luka bakar (*cooling*)
 - c. Pembersihan luka (*covering*)
 - d. air

7. Pertolongan pertama pada luka dengan menggunakan air dingin mengalir disebut...
 - a. Menyingkirkan pakaian (*cloting*)
 - b. Mendinginkan daerah (*cooling*)
 - c. Pembersihan luka (*covering*)
 - d. salep

8. Pertolongan pertama yang dilakukan harus menggunakan alat pelindung diri seperti
 - a. Celemek
 - b. Anti peluru
 - c. Topi
 - d. Kaos kaki

9. Pertolongan pertama pada luka bakar dengan cara membersihkan luka disebut....
 - a. Menyingkirkan pakaian (*cloting*)
 - b. Mendinginkan daerah yang terkena luka bakar (*cooling*)
 - c. Pembersihan luka (*cleaning*)
 - d. Penutupan luka dengan kasa (*covering*)

10. Pertolongan pertama pada luka bakar dengan cara memberikan anti tetanus disebut...
 - a. Menyingkirkan pakaian (*cloting*)
 - b. Mendinginkan daerah yang terkena luka bakar (*cooling*)
 - c. Pemberian anti tetanus (*chemoprophylaxis*)
 - d. Penutupan luka dengan kasa (*covering*)

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul : Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi

Peneliti : Weny Andriany Sinaga

Nama tersebut di atas adalah mahasiswa program Studi S-I Ilmu Keperawatan di STIKes Flora yang melaksanakan penelitian berjudul: “Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Dalam Penanganan Awal Luka Bakar di Kelurahan Setia Budi.” Penelitian ini dilaksanakan sebagai salah satu tugas akhir di Program Studi Ners – S1 Keperawatan STIKes Flora. Setelah mendapat penjelasan tentang penelitian sesuai dengan judul diatas, maka saya bersedia menjadi responden untuk memberikan jawaban sesuai tugas dan tanggungjawab saya. Partisipasi saya dalam penelitian ini bersifat sukarela tanpa pengaruh dari pihak manapun juga. Peneliti menjamin kerahasiaan identitas dan informasi ini hanya digunakan untuk kepentingan serta pengembangan ilmu keperawatan. Demikianlah Keterangan persetujuan ini saya perbuat semoga dapat digunakan seperlunya.

Responden,

(.....)

Frequency Table

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-30 tahun	12	40.0	40.0	40.0
	31-40 tahun	10	33.3	33.3	73.3
	41-50 tahun	8	26.7	26.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah (SD-SMP)	7	23.3	23.3	23.3
	Sedang (SMA)	15	50.0	50.0	73.3
	Tinggi (D3/S1)	8	26.7	26.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Paritas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 (satu)	10	33.3	33.3	33.3
	≥ 2 (dua)	20	66.7	66.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

T-Test

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Pengetahuan IRT Kontrol Pretest	7.17	15	5.897	1.353
Pengetahuan IRT Kontrol Postest	7.17	15	6.217	1.266
Pair 2 Pengetahuan IRT Intervensi Pretest	7.25	15	5.412	1.275
Pengetahuan IRT Intervensi Postest	10.75	15	6.843	1.164

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Pengetahuan IRT Kontrol Pretest & Pengetahuan IRT Kontrol Postest	15	-.069	.691
Pair 2 Pengetahuan IRT Intervensi Pretest & Pengetahuan IRT Intervensi Postest	15	.032	.343

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Lower	Upper			
Pair 1	Pengetahuan IRT Kontrol Pretest - Pengetahuan IRT Kontrol Postest	-4.944	3.837	.699	-5.323	-4.120	-9.443	15	.076
Pair 2	Pengetahuan IRT Intervensi Pretest - Pengetahuan IRT Intervensi Postest	-4.053	2.241	.491	-5.281	-4.553	-9.834	15	.001

Satuan Acara Penyuluhan

Pokok bahasan : Luka Bakar
Sub pokok bahasan : Penanganan Awal Luka Bakar
Sasaran : Ibu Rumah Tangga
Tempat : Kelurahan Setia Budi

I. Tujuan Umum

Setelah diberikan penyuluhan diharapkan masyarakat memahami tentang Penanganan Awal Luka Bakar.

II. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan Ibu Rumah Tangga dapat :

1. Menyebutkan pengertian Luka Bakar
2. Menyebutkan penyebab terjadinya Luka Bakar
3. Menyebutkan cara Penanganan Awal Luka Bakar

III. Metode

Ceramah, Diskusi dan Tanya jawab

IV. Media

Leaflet, LCD, Infokus, Sound System

V. Isi Materi (Materi Lengkap Terlampir)

1. Pengertian Luka Bakar
2. Penyebab terjadinya Luka Bakar
3. Cara pencegahan terjadinya Luka Bakar
4. Cara Penanganan Awal Luka Bakar

VI. Proses Pelaksanaan

No	TAHAPAN	WAKTU	KEGIATAN		MEDIA
			Penyuluh	Masyarakat	
1	Pembukaan	5 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Mengucapkan salam - Memperkenalkan diri - Menjelaskan judul materi serta tujuan yang akan dicapai oleh peserta penyuluhan dan melakukan kontrak waktu. - Menggali pengetahuan peserta penyuluhan 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjawab Salam - Memperhatikan dan Mendengarkan 	Pengeras suara
2	Pelaksanaan	30 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan tentang pengertian, penyebab, cara pencegahan dan Penanganan Awal Luka Bakar. - Memberi kesempatan pada peserta untuk bertanya. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mendengarkan dan memperhatikan penjelasan yang disampaikan 	Pengeras suara
3	Evaluasi	10 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan reinforcemen positif kepada peserta atas kemampuan bertanya - Menjawab pertanyaan peserta - Memberikan pertanyaan tentang materi yang telah disampaikan 	<ul style="list-style-type: none"> - Bertanya tentang hal-hal yang belum mengerti oleh masyarakat 	LCD dan Laptop
4	Penutup	5 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Menyimpulkan hasil penyuluhan 	<ul style="list-style-type: none"> - Masyarakat paham dengan kesimpulan penyuluhan 	leaflet

MATERI PENYULUHAN

a. Pengertian Luka Bakar

Luka bakar adalah suatu bentuk kerusakan atau kehilangan jaringan yang disebabkan kontak dengan sumber panas seperti api, air panas, bahan kimia, listrik, dan radiasi (Hardisman,2015). Luka bakar merupakan suatu jenis trauma dengan morbiditas dan mortalitas tinggi yang memerlukan penatalaksanaan khusus sejak awal (fase syok) sampai fase lanjut (Nugroho,2015).

Luka bakar adalah cedera yang terjadi pada kulit atau jaringan organik lain yang disebabkan karena panas atau radiasi,radioaktivitas, listrik, gesekan atau kontak dengan bahan kimia (WHO, 2018).

b. Klasifikasi Kedalaman Luka Bakar

Berdasarkan kedalaman jaringan yang rusak akibat luka bakar tersebut, Di Maio mengklasifikasikan menjadi derajat I,II,III,dan IV.

1. Luka Bakar Derajat I

Kerusakan hanya terjadi di permukaan kulit. Kulit akan tampak kemerahan tidak ada bulla, sedikit oedem dan nyeri, dan tidak akan menimbulkan jaringan parut setelah sembuh.

2. Luka Bakar Derajat II

Kerusakan mengenai sebagian dari ketebalan kulit yang melibatkan semua epidermis dan sebagian dermis. Pada kulit akan ada bulla, sedikit edem, dan nyeri berat.

3. Luka Bakar Derajat III

Kerusakan terjadi pada semua lapisan kulit dan ada nekrosis. Lesi tampak putih dan kulit kehilangan sensasi rasa, dan akan menimbulkan jaringan parut setelah luka sembuh.

4. Luka Bakar Derajat IV

Luka Bakar ini disebut juga *carring injury*. Pada luka bakar ini kulit tampak hitam seperti arang karena terbakarnya jaringan. Terjadi kerusakan seluruh kulit dan jaringan subkutan begitu juga pada tulang akan gosong.

c. Etiologi Luka Bakar

Luka bakar banyak disebabkan karena suatu hal menurut (Moenadjat, 2009), diantaranya adalah:

1. Luka bakar suhu tinggi (*Thermal Burn*): gas, cairan, bahan padat

Luka bakar thermal burn biasanya disebabkan oleh air panas (*scald*), jilatan api ke tubuh (*flash*), kobaran api di tubuh (*flam*), dan akibat terpapar atau kontak dengan objek-objek panas lainnya (logam panas, dan lain-lain)

2. Luka bakar bahan kimia (*Chemical Burn*)

Luka bakar kimia biasanya disebabkan oleh asam kuat atau alkali yang biasa digunakan dalam bidang industri militer ataupun bahan pembersih yang sering digunakan untuk keperluan rumah tangga.

3. Luka bakar sengatan listrik (*Electrical Burn*)

Listrik menyebabkan kerusakan yang dibedakan karena arus, api, dan ledakan. Aliran listrik menjalar disepanjang bagian tubuh yang memiliki resistensi paling rendah. Kerusakan terutama pada pembuluh darah, khususnya tunika intima, sehingga menyebabkan gangguan sirkulasi ke distal. Sering kali kerusakan berada jauh dari lokasi kontak, baik kontak dengan sumber arus maupun ground.

4. Luka bakar radiasi (*Radiasi Injury*)

Luka bakar radiasi disebabkan karena terpapar dengan sumber radio aktif. Tipe *injury* ini sering disebabkan oleh penggunaan radio aktif untuk keperluan terapeutik dalam dunia kedokteran dan industri. Akibat terpapar sinar matahari yang terlalu lama juga dapat menyebabkan luka bakar radiasi.

e. Komplikasi Luka Bakar

Komplikasi luka bakar dapat berasal dari luka itu sendiri atau dari ketidakmampuan tubuh saat proses penyembuhan luka (Notoatmodjo, 2010):

1. Infeksi luka bakar

Infeksi pada luka bakar merupakan komplikasi yang paling sering terjadi. Sistem integumen memiliki peranan sebagai pelindung utama dalam melawan infeksi. Kulit yang rusak atau nekrosis menyebabkan tubuh lebih rentan terhadap patogen di udara seperti bakteri dan jamur. Infeksi juga dapat terjadi akibat penggunaan tabung dan kateter. Kateter urin dapat menyebabkan infeksi traktus urinarius, sedangkan tabung pernapasan dapat memicu infeksi traktus respirasi seperti pneumonia.

2. Terganggunya suplai darah atau sirkulasi

Penderita dengan kerusakan pembuluh darah yang berat dapat menyebabkan kondisi hipovolemik atau rendahnya volume darah. Selain itu, trauma luka bakar berat lebih rentan mengalami sumbatan darah (*blood clot*) pada ekstremitas. Hal ini akibat lamanya waktu tirah baring pada pasien luka bakar. Tirah baring mampu mengganggu

sirkulasi darah normal, sehingga mengakibatkan akumulasi darah di vena yang kemudian akan membentuk sumbatan darah.

3. Komplikasi jangka panjang

Komplikasi jangka panjang terdiri dari komplikasi fisik dan psikologis. Pada luka bakar derajat III, pembentukan jaringan sikatriks terjadi secara berat dan menetap seumur hidup. Pada kasus dimana luka bakar terjadi di area sendi. Hal ini terjadi ketika kulit yang mengalami penyembuhan berkontraksi atau tertarik bersama. Akibatnya, pasien memiliki gerak terbatas pada area luka. Selain itu, pasien dengan trauma luka bakar berat dapat mengalami tekanan stress pasca trauma atau *post traumatic stress disorder (PTSD)*. Depresi dan ansietas merupakan gejala yang sering ditemukan pada penderita.

f. Pertolongan Pertama dalam Penanganan Luka Bakar

Menurut (Rahayuningsih, 2012) bahwa penanganan pertama pada luka bakar antara lain menjauhkan penderita dari sumber luka bakar, memadamkan pakaian yang terbakar, menghilangkan zat kimia penyebab luka bakar, menyiram dengan air sebanyak-banyaknya bila terkena zat kimia. Dan mematikan listrik atau buang sumber listrik dengan menggunakan objek yang kering dan tidak menghantarkan arus (*nonconductive*).

Berdasarkan (Fitriana, 2014) menyebutkan bahwa menghentikan proses pembakaran yaitu jika menemukan penderita masih dalam keadaan terbakar makan harus segera dilakukan pemadaman dengan cara menyiram air dalam jumlah yang banyak apabila disebabkan bensin atau minyak. Menggulingkan penderita pada tanah (*drop and roll*) atau menggunakan selimut basah untuk memadamkan api. Walaupun api sudah mati, luka bakar akan tetap mengalami proses perjalanan pembakaran, untuk mengurangi proses ini luka dapat disiram atau direndam dengan air bersih untuk pendinginan. Perlu diketahui bahwa proses pemadaman ini hanya akan berlangsung selama 15 menit, sehingga apabila pertolongan datang setelah 15 menit, usaha sia-sia dan akan menimbulkan hipotermi. Tidak diperbolehkan sekali- kali mengompres luka bakar dengan kassa air es karena dapat mengakibatkan kerusakan jaringan.

Persepsi masyarakat dalam melakukan tindakan penanganan luka bakar masih kurang tepat dengan pemberian bensin, menyiram air dan pemberian odol. Hal ini tidak sesuai dengan teori (Rembulan, 2014) yang menyatakan bahwa prinsip penanganan luka bakar adalah prinsip pengelolaan penderita trauma yaitu *airway, breathing, circulation, disability, and exposure*, resusitasi cairan, penutupan lesi sesegera mungkin, pencegahan infeksi, mengurangi rasa sakit, mencegah trauma mekanik pada kulit yang vital dan

elemen di dalamnya, dan pembatasan pembentukan jaringan parut. Perawatan luka sehari-hari meliputi membersihkan luka, debridemen, dan pembalutan luka (Rahayuningsih, 2012).

Berdasarkan teori (Smeltzer & Bare, 2013) menyatakan bahwa dalam melakukan perawatan luka bakar terdapat tiga macam yaitu pembersihan luka, pemberian terapi antibiotik topikal dan balutan. Pertama, membersihkan luka dapat dilakukan dengan *tap water*.

