



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PERAWAT TERHADAP  
PELAKSANAAN RESUSITASI CAIRAN PADA PASIEN LUKA BAKAR  
DI IRNA B RS DR. M. DJAMIL PADANG TAHUN 2008**

**SKRIPSI**



**LISNAWATI  
06921039**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS ANDALAS  
PADANG 2008**

## KATA PENGANTAR



Puji syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia-Nya. Sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan skripsi dengan judul “ Hubungan pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Pelaksanaan Resusitasi Cairan pada Pasien Luka Bakar di Irna B RS DR. M. Djamil Padang Tahun 2008 ”.

Dalam proses penyelesaian skripsi ini, penulis mendapat bimbingan, bantuan, dukungan dan kerjasama dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sedalamnya kepada Ibu Ns. Hj. Ema Julita, S.Kep dan Ibu Ns. Leni Merdawati, S.kep sebagai pembimbing, yang telah banyak memberikan pengetahuan, bimbingan, koreksi serta saran-saran sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.

Selanjutnya ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada:

1. Bapak Prof. Dr. H. Fadil Oenzil, Ph.D, Sp.Gk selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas
2. Bapak Dr. Zulkarnain Edward, MS. Ph.D selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang
3. Direktur RS. DR. M. Djamil Padang yang telah memberikan izin penelitian pada penulis
4. Seluruh perawat yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini

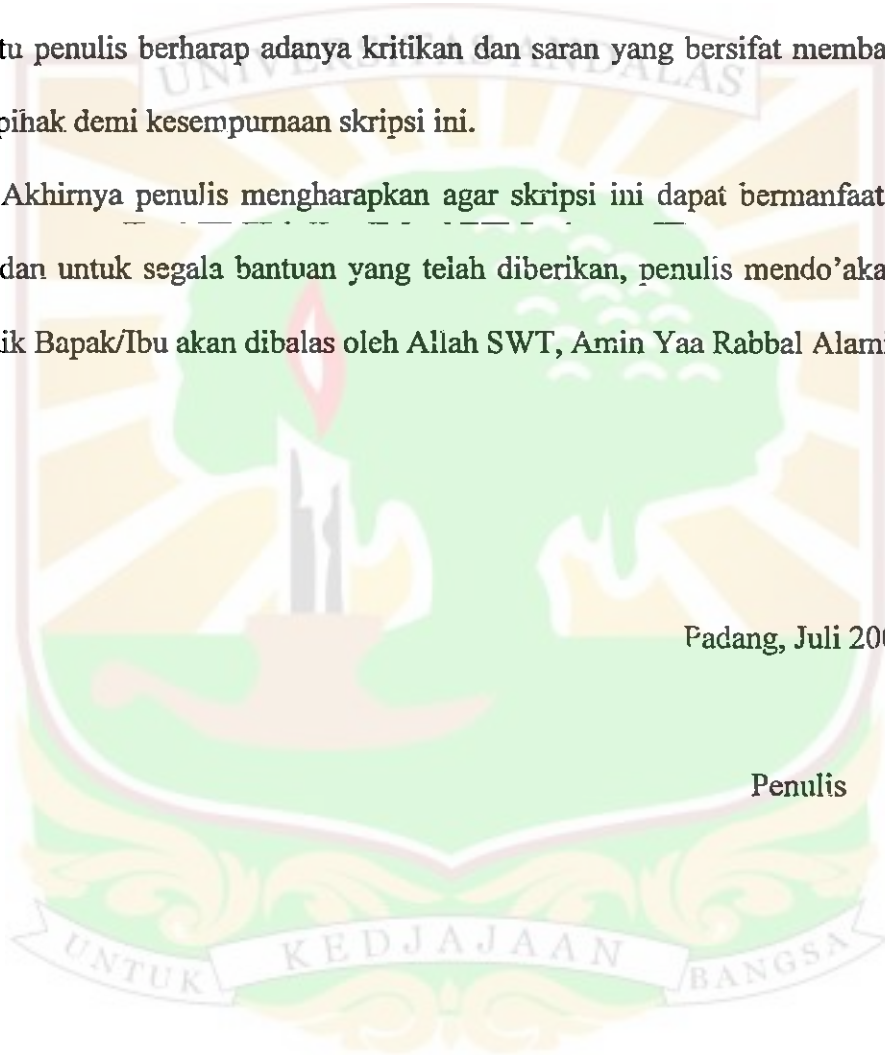
5. Seluruh staf dan Dosen pengajar di program studi ilmu keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Padang yang telah banyak memberi ilmu kepada penulis selama dalam perkuliahan

Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis berharap adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini.

Akhirnya penulis mengharapkan agar skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua dan untuk segala bantuan yang telah diberikan, penulis mendo'akan semoga budi baik Bapak/Ibu akan dibalas oleh Allah SWT, Amin Yaa Rabbal Alamin.

Padang, Juli 2008

Penulis



## ABSTRAK

Resusitasi cairan adalah suatu tindakan untuk memelihara, mengganti cairan tubuh dalam batas-batas fisiologis dengan cairan infus secara intravena. Resusitasi cairan ditujukan untuk menggantikan kehilangan akut cairan tubuh atau ekspansi cepat dari cairan intravaskuler untuk memperbaiki perfusi jaringan. Penatalaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar sangat penting pada 24 jam pertama, jika tidak tepat akan mengakibatkan sepsis luka bakar dan bahkan kematian. Pengetahuan yang kurang dan sikap yang negatif dalam pelaksanaan resusitasi cairan akan membahayakan kondisi pasien luka bakar apa lagi jika penatalaksanaannya tidak sesuai dengan formula yang ditentukan. Telah dilakukan penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional study* yang bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap perawat dengan pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar di Irna RS. DR. M. Djamil Padang tahun 2008. Sampel penelitian ini adalah seluruh perawat di ruang Luka Bakar Irna B RS. DR. M. Djamil Padang yang berjumlah 21 orang. Penelitian dilakukan dari bulan Desember 2007 sampai Juli 2008. Pengolahan dan analisa data dilakukan secara *univariat* untuk menggambarkan secara deskriptif pengetahuan dan sikap serta pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar. Analisa *bivariat* digunakan untuk melihat hubungan variabel dependen dengan independen. Hasil penelitian ini diperoleh bahwa 52,4% perawat masih memiliki pengetahuan yang rendah dalam hal resusitasi cairan pada pasien luka bakar, 57,1% memiliki sikap positif, 52,4% perawat bekerja sesuai Formula Baxter. Secara Statistik terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan sikap perawat dengan pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar. Mengingat pentingnya penatalaksanaan terapi secara baik dan benar pada pasien luka bakar, diharapkan pihak rumah sakit memberikan kesempatan kepada perawat dengan masa kerja yang baru agar mengikuti pelatihan untuk menambah pengalaman dan keterampilan dalam menangani pasien luka bakar, karena cairan pada pasien luka bakar 24 jam pertama sangat penting.



## ABSTRACT

*The fluid resuscitation is a certain act to maintain and balance body fluid in physiological line using infuse intravenously. The fluid resuscitation which aimed to substitute acute body fluid losses or quickly expansion from intravascular to treat tissue perfusion. Management of fluid resuscitation of combustion patient are very important care in the early 24 hours, if didn't give appropriately would cause any combustion sepcis and even death. Lack of knowledge and negative attitude in dealing fluid resuscitation will endanger combustion of patient condition even less when management was not appropriate with the Baxter form. The research was done an analytic with an approach cross sectional study which aimed to know the relation between knowledge and nurses attitude in dealing fluid resuscitation for combustion patient in inpatient ward RS. DR. M. Djamiil Padang by the year 2008. The research samples were all of nurses in the combustion care unit in inpatient ward B RS. DR. M. Djamil in the total of 21 nurses. The research had been done from December 2007 to Juli 2008. Processing and data analyzing were in univariate's way to describe the knowledge, attitude, and dealing fluid resuscitation for combustion patient descriptively. Bivariate's analysis used to see the relation between dependent and independent variables. The research resulted in proving that 52,4% of nurses have narrow knowledge in dealing fluid resuscitation, 57,1% act positively, 52,4% of nurses appropriately worked with a Baxter Form. Statistically it was found a meaningful relationship within knowledge and attitude with the dealing fluid resuscitation of combustion patient. Considering the importance of therapy management are good and respectable of the combustion patient, it's expected that the hospital giving an opportunity for nurses who have a new time working to follow some training to improve experience and skill in dealing combustion patient care, despite the fluid management are very important in the early 24 hours.*



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b>	
<b>LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING</b> .....	i
<b>LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI</b> .....	ii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	iii
<b>ABSTRAK</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	vii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	x
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	7
1. Tujuan Umum .....	7
2. Tujuan Khusus .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Pengetahuan .....	9
B. Sikap .....	11
C. Konsep Luka Bakar .....	14
1. Pengertian Luka Bakar .....	14
2. Penyebab Luka Bakar .....	14
3. Respon terhadap Luka Bakar .....	14
4. Kedalaman Luka Bakar .....	18
5. Luas Luka Bakar .....	22
6. Penanganan Luka Bakar .....	25
7. Rujukan .....	29
D. Konsep Resusitasi Cairan.....	32
1. Pengertian Resusitasi Cairan.....	32
2. Tanda – tanda Kekurangan Volume Cairan .....	32
3. Pertimbangan Selama Resusitasi cairan.....	33
4. Rumus-rumus yang Berkaitan dengan Resusitasi Cairan...	33

### **BAB III KERANGKA PEMIKIRAN**

A. Kerangka Konsep .....	37
B. Hipotesa .....	38

### **BAB IV METODE PENELITIAN**

A. Disain Penelitian .....	39
B. Tempat dan Waktu Penelitian .....	39
C. Populasi dan Sampel .....	39
1. Populasi .....	39
2. Sampel .....	40
D. Variabel dan Definisi Operasional .....	40
E. Teknik Pengumpulan Data .....	41
1. Data Primer.....	41
2. Data Sekunder .....	42
F. Pengolahan dan Analisis Data .....	42
1. Pengolahan data .....	42
2. Analisis Data .....	44
a. Analisis Univariat .....	44
b. Analisis bivariat .....	44

<b>BAB V HASIL PENELITIAN</b> .....	46
-------------------------------------	----

<b>BAB VI PEMBAHASAN</b> .....	50
--------------------------------	----

<b>BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	58
-------------------------------------------	----

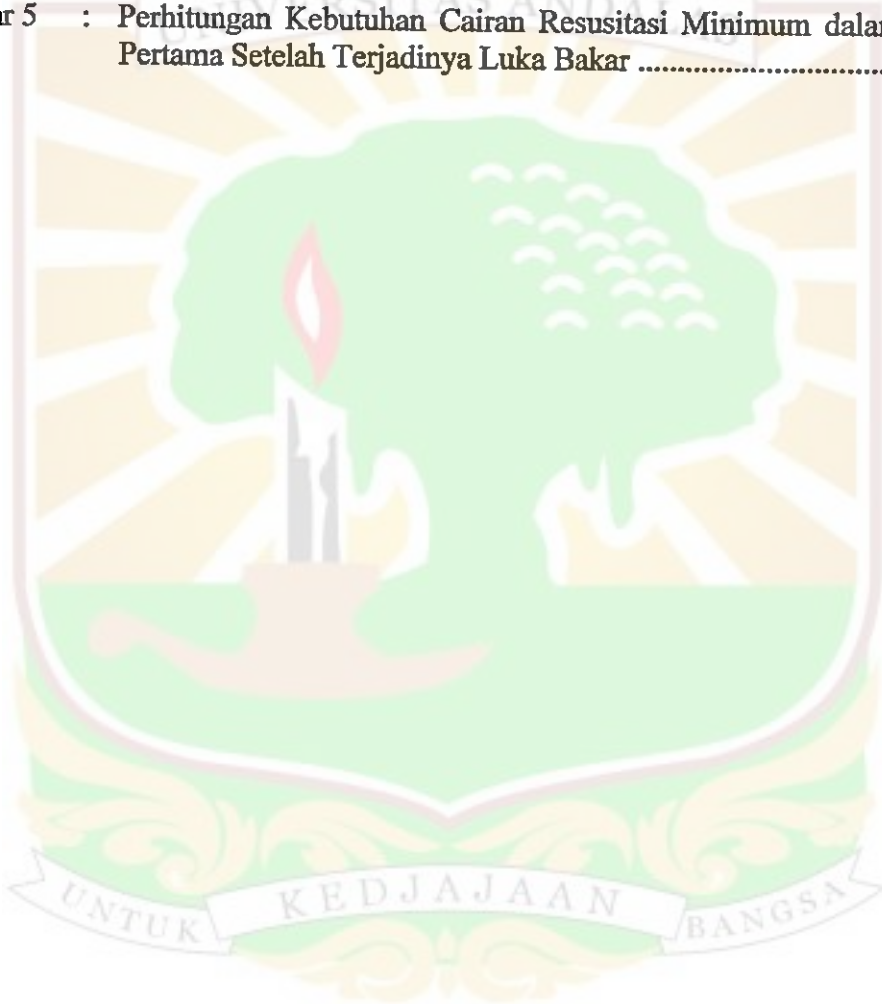
A. Kesimpulan .....	58
B. Saran .....	58

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	: Luka Bakar A. Derajat I, B. Derajat II Dangkal, C. Derajat II Dalam, D. Derajat III .....	20
Gambar 2	: Zona Pada Luka Bakar .....	21
Gambar 3	: Rumus Sembilan : Persentase Luas Permukaan Tubuh yang Diperkirakan Pada Orang Dewasa .....	23
Gambar 4	: Perubahan Persentase Luas Permukaan Tubuh Karena Pertumbuhan .....	24
Gambar 5	: Perhitungan Kebutuhan Cairan Resusitasi Minimum dalam 24 Jam Pertama Setelah Terjadinya Luka Bakar .....	36





## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	: Klasifikasi Luka Bakar .....	21
Tabel 2.2	: Penilaian Luas Area Tubuh Menurut Lund-Browder .....	24
Tabel 2.3	: Jadwal Pemberian Anti Tetanus .....	28
Tabel 2.4	: Derajat Luka Bakar dan Kriteria Rawat .....	31
Tabel 5.1	: Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pengetahuan tentang Resusitasi Cairan Pada Pasien Luka Bakar di Irna B RS. DR. M. Djamil Padang Tahun 2008 .....	46
Tabel 5.2	: Distribusi Frekuensi Responden Menurut Sikap tentang Pelaksanaan Resusitasi Cairan Pada Pasien Luka Bakar di Irna B RS. DR. M. Djamil Padang Tahun 2008 .....	47
Tabel 5.3	: Distribusi Frckuensi Responden Menurut Pelaksanaan Resusitasi Cairan Pada Pasien Luka Bakar di Irna B RS. DR. M. Djamil Padang Tahun 2008 .....	47
Tabel 5.4	: Hubungan Pengetahuan Responden Dengan Pelaksanaan Resusitasi Cairan Pada pasien Luka Bakar di Irna B RS. DR. M. Djamil Padang Tahun 2008.....	48
Tabel 5.5	: Hubungan Pengetahuan Responden Dengan Pelaksanaan Resusitasi Cairan Pada pasien Luka Bakar di Irna B RS. DR. M. Djanil Padang Tahun 2008 .....	48



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Izin Pengambilan Data dan Penelitian
- Lampiran 3 : Kisi-kisi kuesioner
- Lampiran 4 : Surat Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 5 : Pernyataan Bersedia Menjadi Responden
- Lampiran 6 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 7 : Master Tabel
- Lampiran 8 : Kegiatan Bimbingan Proposal
- Lampiran 9 : Kurikulum Vitae



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Luka bakar adalah merupakan kerusakan atau kehilangan jaringan yang disebabkan oleh energi panas atau bahan kimia atau benda-benda fisik yang menghasilkan efek baik memanaskan atau mendinginkan (Sabiston, 1995). Upaya penanggulangan kekurangan cairan pada pasien luka bakar ini bisa dilakukan dengan resusitasi cairan.

Terapi cairan adalah tindakan untuk memelihara, mengganti cairan tubuh dalam batas-batas fisiologis dengan cairan infus secara intravena. Terapi resusitasi cairan ditujukan untuk menggantikan kehilangan akut cairan tubuh atau ekspansi cepat dari cairan intravaskuler untuk memperbaiki perfusi jaringan. Resusitasi cairan merupakan terapi primer penderita luka bakar yang besar untuk menghindari komplikasi yang berhubungan dengan pengurangan cairan dan elektrolit pada periode pasca luka bakar dini. Penentuan persentase TBSA (*Total Burn Surface Area*) luka menjadi tahap awal dalam menghitung kebutuhan cairan. Juga pasien harus ditimbang berat badannya pada awal terapi untuk menentukan berat dasar sebagai indeks perfusi ginjal dan untuk mengevaluasi keefektifan resusitasi cairan (Anto, 2007).

Ada beberapa rumus yang sudah dikembangkan oleh berbagai pusat perawatan untuk menghitung kebutuhan cairan pada luka bakar (Modifikasi

Brooke dan Parkland), kedua rumus ini menghitung kebutuhan cairan berdasarkan luas daerah luka bakar dikali berat badan pasien dalam kilogram dikali volume larutan ringer yang akan diberikan dalam 24 jam pasca luka bakar. Rumus yang sering digunakan adalah formula Parkland / Baxter, yaitu: Larutan Ringer Laktat  $4 \text{ ml} \times \text{kg BB} \times \text{Luas Luka Bakar (\%)}$ , dimana jumlah cairan tersebut separuh diberikan selama 8 jam pertama, separuh dalam 16 jam berikutnya (Behrman, 1999).

Terapi cairan yang tidak tepat, maka makin banyak pasien yang mengalami sepsis luka bakar, bahkan pada luka bakar yang luas menyebabkan hilangnya cairan tubuh, karena itu untuk menggantikannya diberikan cairan melalui infus. Luka bakar dalam bisa menyebabkan mioglobinuria, yaitu suatu keadaan dimana protein mioglobin dilepaskan dari otot yang rusak dan menyebabkan kerusakan ginjal. Jika tidak segera diberikan cairan yang memadai, bisa terjadi kegagalan ginjal. Pasien membutuhkan perawatan intensif, dan kegagalan resusitasi akan menimbulkan kematian sebelum hari kelima (Sabiston, 1995).

Pertahanan imunologik tubuh bisa berubah akibat luka bakar. Semua tingkat respon imun akan dipengaruhi secara merugikan. Kehilangan integritas kulit diperparah lagi dengan pelepasan faktor-faktor inflamasi yang abnormal, perubahan kadar immunoglobulin serta komplemen serum, gangguan fungsi neutrofil dan penurunan jumlah limfosit (limfositopenia). Imunosupresi membuat pasien luka bakar beresiko tinggi untuk mengalami sepsis (Smeltzer, S. C, 2002).

Hilangnya kulit juga menyebabkan ketidakmampuan tubuh untuk mengatur suhunya. Karena itu pasien-pasien luka bakar dapat memperlihatkan suhu tubuh yang rendah dalam beberapa jam pertama pasca luka bakar, tetapi kemudian setelah keadaan hipermetabolisme menyetel kembali suhu inti tubuh, pasien luka bakar akan mengalami hipertermia selama sebagian besar periode pasca luka bakar (Smeltzer, S.C, 2002).

Pada saat luka bakar sebagian sel darah merah dihancurkan dan sebagian lainnya mengalami kerusakan sehingga terjadi anemia. Kendati terjadi keadaan ini, nilai hematokrit dapat meninggi akibat kehilangan plasma. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan, perawatan luka dan pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis serta tindakan hemodialisis lebih lanjut turut menyebabkan anemia ( Smeltzer, S.C, 2002).

Resusitasi cairan yang segera dilakukan memungkinkan dipertahankannya tekanan darah dalam keadaan normal. Jika resusitasi cairan tidak adekuat, akan terjadi syok distributif. Umumnya jumlah kebocoran cairan yang terbesar dalam 24 jam hingga 36 jam pertama sesudah luka bakar. Dengan terjadinya pemulihan integritas kapiler, syok luka bakar akan menghilang dan cairan mengalir kembali ke dalam kompartemen vaskuler. Setelah cairan diabsorpsi kembali dari jaringan interstisial ke dalam kompartemen vaskuler, volume darah akan meningkat (Smeltzer, S.C, 2002).

Pada luka bakar yang kurang dari 30% luas total permukaan tubuh, maka gangguan integritas kapiler dan perpindahan cairan akan terbatas pada

luka bakar itu sendiri sehingga pembentukan lepuh dan edema hanya terjadi di daerah luka bakar. Pasien luka bakar yang lebih parah akan mengalami edema sistemik yang masif. Karena edema akan bertambah berat pada luka bakar yang melingkar (*sirkumferensial*), tekanan terhadap pembuluh darah kecil dan saraf ekstremitas distal menyebabkan obstruksi aliran darah sehingga terjadi iskemia. Komplikasi ini dinamakan sindrom kompartemen (*Compartment Syndrome*). Luka bakar juga bisa menyebabkan kematian. Penyebab kematian luka bakar pada fase awal biasanya akibat dari luka bakar yang luas dan penanganan resusitasi atau pemberian cairan yang tidak sesuai (adekuat). Kekurangan cairan yang hebat bisa menyebabkan syok dan gagal ginjal akut. Sebaliknya, bila kelebihan bisa mengakibatkan bengkak paru atau kerusakan hebat dari organ-organ penting karena luka bakar menyebabkan organ tersebut tidak berfungsi. Keadaan di atas seharusnya tidak terjadi apabila pemberian cairan dilakukan dengan formula dan metode yang benar serta monitoring yang ketat (Smeltzer, S. C, 2002).

Namun demikian terdapat kesulitan dalam pemberian cairan pada pasien luka bakar seperti luka bakar yang luas yang mengenai akses-akses pemasangan infus. Untuk itu dilakukan vena sectio dan ini membutuhkan waktu sehingga terjadi keterlambatan dalam pemberian cairan.

Hasil penelitian Dalima (2002) tentang luka bakar, dari 156 penderita didapat angka mortalitas 27,6%. Penderita terbanyak berusia 19 tahun, laki-laki lebih banyak 1,6 x dari perempuan. Penyebab tersering api (55,1%) dan terjadi di rumah (72,4%). Ditemukan luka bakar terbanyak derajat 2 (76,9%)

dengan luas terbanyak 27%. Komplikasi penyerta kematian yang ditemui adalah syok-SIRS 12,05%, trombositopeni 10,78%, trauma inhalasi 5,20% dan syok 4,87%. Kesimpulan dari penelitian tersebut bahwa penatalaksanaan resusitasi cairan yang tepat dapat menekan angka mortalitas penderita luka bakar.

RS DR. M. Djamil Padang pada tahun 2007 merawat pasien dengan luka bakar 85 orang. 50 orang diantaranya dengan luka bakar berat, dan meninggal dengan komplikasi sebanyak 16 orang. Komplikasi yang menyertai yaitu sepsis, anemia, dan gagal ginjal, pasien meninggal rata-rata pada 4-6 hari rawatan.

Berdasarkan wawancara peneliti pada bulan Desember 2007 dengan salah seorang perawat didapatkan data berdasarkan pengalaman kerjanya, perawat tersebut mengatakan bahwa pasien luka bakar yang dirawat ada yang mengalami sepsis, anemia dan bahkan ada yang gagal ginjal. Dari survei awal yang dilakukan peneliti pada salah seorang pasien yang dirawat dengan luas luka bakar 45%, keluarga mengatakan pasien mengalami demam pada hari ketiga dan keempat, pasien ini juga mengalami anemia.

Wawancara peneliti pada bulan Februari 2008 dengan 5 orang perawat di ruangan Luka Bakar mengatakan bahwa resusitasi cairan sudah dilakukan di IGD, perawat di ruangan melanjutkan sesuai instruksi dari dokter. Ketika ditanya mengenai cara perhitungannya 3 perawat menyebutkan dengan benar. Berdasarkan observasi peneliti pada saat pasien dipindahkan ke ruang Luka Bakar diperjalanan infus dimatikan, kemudian

saat pasien dipindahkan ke ruang Luka Bakar diperjalanan infus dimatikan, kemudian ketika sampai di ruangan infus dialirkan kembali tanpa menghitung berapa tetes permenit yang harus diberikan atau diperkirakan saja.

Menurut Notoatmodjo (2003) bahwa tindakan atau perilaku seseorang didasari oleh pengetahuan yang cukup yang dimiliki oleh orang tersebut, dimana pengetahuan merupakan syarat penting terbentuknya perilaku seseorang. Dengan kata lain, pengetahuan perawat mengenai resusitasi cairan berpengaruh terhadap pelaksanaan resusitasi cairan tersebut. Dalam pelaksanaan resusitasi cairan seorang perawat harus mempunyai pengetahuan mengenai volume maksimal cairan yang harus diperoleh pasien. Alat pompa infus atau pengatur kecepatan infus sangat berguna untuk melaksanakan terapi cairan dengan benar menurut instruksi dokter. Pemantauan terapi cairan intravena merupakan tanggung jawab keperawatan yang utama. Untuk itu maka seorang perawat harus mempunyai pengetahuan untuk menghitung kebutuhan cairan pasien (Smeltzer, S. C, 2002). Bukan hanya sekedar melanjutkan tanpa tahu kebutuhan pasien, sehingga ditakutkan munculnya komplikasi-komplikasi pada pasien.

Di samping itu perilaku seseorang juga dipengaruhi oleh sikap. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Sikap itu juga merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak atau bereaksi terhadap objek lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek tersebut (Zulkifli, 1997). Dengan demikian,



dapat dikatakan bahwa sikap juga berpengaruh pada perilaku perawat dalam melaksanakan resusitasi cairan. Dimana perilaku akan langgeng bila didasari dengan pengetahuan dan sikap, perilaku merupakan aplikasi lanjutan dari yang diketahui dan disikapi oleh perawat.

Berdasarkan fenomena di atas peneliti tertarik untuk meneliti hubungan pengetahuan dan sikap perawat terhadap pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar di Irna B RS. DR. M. Djamil Padang.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti ingin mengetahui apakah ada hubungan pengetahuan dan sikap perawat terhadap pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar di Irna B RS. DR. M. Djamil Padang Tahun 2008.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap perawat terhadap pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar di Irna B RS. DR. M. Djamil Padang Tahun 2008.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui pengetahuan perawat dalam pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar di Irna B RS DR. M. Djamil Padang.

- b. Mengetahui sikap perawat dalam pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar di Irna B RS DR. M. Djamil Padang.
- c. Mengetahui hubungan pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar di Irna B RS DR. M. Djamil Padang.
- d. Mengetahui hubungan sikap perawat terhadap pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar di Irna B RS DR. M. Djamil Padang.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Bagi Instansi**

Sebagai informasi dan masukan bagi tenaga kesehatan khususnya keperawatan di Irna B RS. DR. M. Djamil Padang, dalam mengaplikasikan serta meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien luka bakar.

##### **2. Bagi Pendidikan**

Sebagai bahan perbandingan atau referensi dan dapat digunakan dimasa yang akan datang.

##### **3. Bagi Peneliti**

Sebagai wadah untuk pengembangan kemampuan peneliti dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat dibangku kuliah dan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan bagi peneliti.

##### **4. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Sebagai data dasar untuk pengembangan penelitian.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan hal ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera penglihatan, penciuman, pendengaran, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga ( Notoatmodjo, 2003 ).

Pengetahuan yang dicakup di dalam domain kognitif mempunyai 6 (enam) tingkatan yaitu :

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Yang termasuk kepada pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2. Memahami (*Comprehension*)

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

MILIK  
UPT PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS ANDALAS

### 3. Aplikasi (*application*)

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

### 4. Analisa (*analysis*)

Analisa adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi-materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih dalam satu struktur organisasi tersebut dan masih ada ikatannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata-kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokan dan sebagainya.

### 5. Sintesa (*Syntesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang sudah ada. Misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, meringkaskan, dan menyesuaikan dan sebagainya terhadap suatu teori dan rumusan-rumusan yang sudah ada.

### 6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian itu berdasarkan

suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria yang telah ada.

Cara mengukur pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2003).

Kemahiran dalam penyerapan pengetahuan akan meningkat sesuai dengan meningkatnya pendidikan seseorang dan berhubungan erat dengan sikap terhadap pengetahuan yang diserapnya, hal ini akan terlihat dari perilaku perawat dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan dan semakin tinggi pengetahuan perawat terhadap tindakan perawatan maka semakin dilaksanakannya tindakan perawatan tersebut (Koentjaraningrat, 1997).

Dalam pelaksanaan resusitasi cairan seorang perawat harus mengetahui volume maksimal cairan yang harus diperoleh pasien. Alat pompa infus atau pengatur kecepatan infus sangat berguna untuk melaksanakan terapi cairan dengan benar menurut instruksi dokter. Pemantauan terapi cairan intravena merupakan tanggung jawab keperawatan yang utama. Untuk itu maka seorang perawat harus mempunyai pengetahuan untuk menghitung kebutuhan cairan pasien (Smeltzer, S. C, 2002).

## **B. Sikap**

Sikap adalah suatu reaksi atau respon yang tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2003). Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu

yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

Adapun tingkatan dari sikap adalah sebagai berikut :

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan suatu indikasi dari sikap.

3. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan dan mendiskusikan suatu masalah adalah indikasi sikap tingkat tiga.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi (Notoatmodjo, 2003).

New Comb menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau ketersediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu.

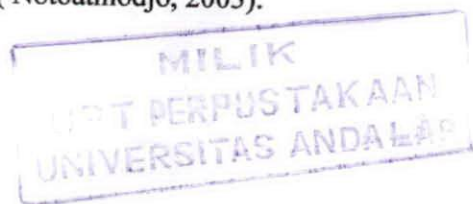
Sikap itu mempunyai 3 komponen pokok :

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- c. Kecendrungan untuk bertindak.

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*Total Attitude*). Dalam pembentukan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting (Irwanto, 2002). Dalam hal ini perawat harus bersikap profesional dalam melakukan pelaksanaan resusitasi cairan.

Pengukuran sikap dapat dilakukan dengan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek. Secara tidak langsung dapat dinyatakan dengan pernyataan hipotesis kemudian ditanyakan pendapat responden. Jika individu mampu menerima, merespon, menghargai dan bertanggung jawab terhadap sesuatu yang baik yang diberikan padanya, maka penilaian sikap terhadap individu tersebut dikategorikan positif. Jika respon yang ditunjukkan oleh individu tersebut sebaliknya, maka sikap individu tersebut dikategorikan bersikap negatif.

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahuinya, selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya (Dinilai baik), inilah yang disebut praktek kesehatan. Untuk memperoleh data praktek atau perilaku yang paling akurat adalah melalui pengamatan (Observasi). Namun dapat juga dilakukan melalui metode mengingat kembali (*recall*), dengan pertanyaan-pertanyaan terhadap subjek tentang apa yang telah dilakukan (Notoatmodjo, 2003).



## C. Konsep Luka Bakar

### 1. Pengertian Luka Bakar

Luka bakar merupakan suatu kelainan akibat trauma terkena api, air panas, atau air keras, apapun yang menyebabkan kulit rusak. Berat ringannya luka bakar tergantung pada luas jaringan tubuh yang terkena dan kedalaman luka ( Syamsu Hidayat, R. 2004 ). Luka bakar tidak hanya berpengaruh terhadap kulit dan jaringan subkutis, tetapi juga memiliki efek primer atau sekunder pada setiap sistem tubuh didekatnya (Sabiston, 1995 )

### 2. Penyebab Luka Bakar

Penyebab luka bakar dibedakan menjadi :

- a. Jilatan api ke tubuh (*flash*)
- b. Kobaran api ke tubuh (*flame*)
- c. Terkena cairan panas (*scald*), dibedakan misalnya antara tersiram air panas dan minyak panas.
- d. Kontak dengan benda panas
- e. Luka bakar listrik
- f. Luka bakar kimia
- g. Luka bakar karena suhu sangat dingin (*frost bite*), jarang di Indonesia

( I Nyoman Putu, 2007)

### 3. Respon Terhadap Luka Bakar

Respon tubuh terhadap luka bakar dapat meliputi respon system dan organ yaitu : ( Smeltzer, S.C, 2002 )



#### a. Respon sistemik

Perubahan patofisiologik yang disebabkan oleh luka bakar yang berat selama awal periode syok luka bakar mencakup hipoperfusi jaringan dan hipofungsi organ yang terjadi sekunder akibat penurunan curah jantung dengan diikuti oleh fase hiperdinamik dan hipermetabolik. Kejadian sistemik awal sesudah luka bakar yang berat adalah ketidakstabilan hemodinamika akibat hilangnya integritas kapiler dan kemudian terjadinya perpindahan cairan, natrium serta protein dari ruang intravaskuler ke dalam ruang interstisial. Ketidakstabilan hemodinamika bukan hanya melibatkan mekanisme kardiovaskuler tetapi juga keseimbangan cairan serta elektrolit, volume darah, mekanisme polmuner dan berbagai mekanisme lainnya.

#### b. Respon kardiovaskuler

Curah jantung akan menurun sebelum perubahan yang signifikan pada volume darah terlihat jelas, karena berlanjutnya kehilangan cairan dan berkurangnya volume vaskuler, maka curah jantung akan terus menurun dan terjadi penurunan tekanan darah. Keadaan ini merupakan awal syok luka bakar. Sebagai respon sistem saraf simpatik akan melepaskan katekolamin yang meningkatkan resistensi perifer (vasokonstriksi) dan frekwensi denyut nadi. Selanjutnya vasokonstriksi pembuluh darah perifer menurunkan curah jantung. Resusitasi cairan yang segera dilakukan memungkinkan dipertahankannya tekanan darah dalam kisaran normal sehingga curah jantung membaik. Jika resusitasi

cairan tidak adekuat, akan terjadi syok distributif. Tanda-tanda syok distributif mencakup status mental yang berubah, perubahan pada status respirasi, penurunan haluaran urin, perubahan tekanan darah, tekanan vena sentral serta tekanan baji kapiler pulmonal dan curah jantung, dan peningkatan frekuensi nadi.

c. Respon pulmoner

Pada luka bakar yang berat, konsumsi oksigen oleh jaringan tubuh pasien akan meningkat dua kali lipat sebagai akibat dari keadaan metabolisme dan respon lokal (white, 1993 dalam Smeltzer, S.C, 2002). Cedera pulmoner diklasifikasikan menjadi beberapa kategori :

a. Cedera saluran nafas atas.

Terjadi akibat panas langsung atau edema

b. Cedera inhalasi dibawah glotis

Terjadi akibat menghirup produk pembakaran yang tidak sempurna atau gas berbahaya :

Indikator kemungkinan terjadinya kerusakan paru mencakup hal-hal berikut :

- a) Riwayat yang menunjukkan bahwa luka bakar terjadi dalam suatu daerah yang tertutup.
- b) Luka bakar pada wajah atau leher
- c) Suara yang menjadi parau, perubahan suara, batuk yang sering stridor.

- d) Pernafasan yang berat atau takipnea (pernafasan yang cepat) dan tanda-tanda penurunan kadar oksigen (hipokemia)
- e) Eritema dan pembentukan lepuh pada mukosa oral atau faring.

Diagnosis cedera inhalasi merupakan prioritas yang penting bagi banyak korban luka bakar. Komplikasi pulmoner yang dapat terjadi sekunder akibat cedera inhalasi mencakup kegagalan akut respirasi dan ARDS (*Adulth Respiratory Distress Syndrome*)

#### d. Respon sistemik lainnya

Fungsi renal dapat berubah sebagai akibat dari berkurangnya volume darah. Destruksi sel-sel darah merah pada lokasi cedera akan menghasilkan hemoglobin bebas dalam urin. Penggantian volume cairan yang memadai akan memulihkan aliran darah renal, meningkatkan laju filtrasi glomerulus dan menaikkan volume urin. Bila aliran darah lewat tubulus renal tidak memadai, hemoglobin dan mioglobin menyumbat tubulus renal sehingga timbul komplikasi nekrosis akut tubuler dan gagal ginjal.

Hilangnya kulit juga menyebabkan ketidakmampuan tubuh untuk mengatur suhunya. Karena itu pasien luka bakar dapat memperlihatkan suhu tubuh yang rendah dalam beberapa jam pertama pasca luka bakar, tetapi kemudian setelah hipermetabolisme kembali, pasien luka bakar akan mengalami hipertemia selama sebagian besar periode pasca luka bakar kendati tidak terdapat infeksi.

Ada dua komplikasi gastrointertinal yang potensial, yaitu ileus paralitik dan ulkus curling. Berkurangnya peristaltik dan bising usus merupakan manifestasi ileus paralitik yang terjadi akibat luka bakar. Perdarahan lambung yang terjadi sekunder akibat stress fisiologik yang masih dapat ditandai oleh darah okulta dalam feses, regurgitasi muntahan seperti bubuk kopi dari dalam lambung atau vomitus yang berdarah, ini menunjukkan kerja erosi lambung atau duodenum (ulkus curling).

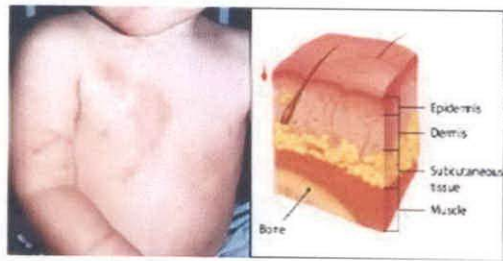
#### **4. Kedalaman Luka Bakar**

Dalam menentukan dalamnya luka bakar harus dipertimbangkan faktor-faktor berikut:

- a. Riwayat terjadinya luka bakar (bagaimana terjadinya)
- b. Penyebab luka bakar, seperti nyala api atau cairan mendidih
- c. Suhu agens yang menyebabkan luka bakar
- d. Lamanya kontak dengan agen
- e. Tebalnya kulit

Dalamnya luka bakar dilihat dari dalamnya jaringan kulit yang terkena pengaruh luka bakar. Hal ini dapat dilihat dari akibat yang ditimbulkan pada permukaan luka bakar. Istilah yang biasa dipakai adalah luka bakar derajat satu, dua, tiga dan empat (Gambar 1 : Luka bakar. A. derajat I, B. derajat II dangkal, C. derajat II dalam, D. derajat III). Untuk klasifikasi dalam luka bakar dan penilaiannya dapat dilihat pada tabel 1. Klasifikasi kedalaman luka bakar.

Umumnya luka bakar memiliki kedalaman yang tidak seragam. Ketika dinilai, luka bakar biasanya mencakup daerah-daerah cedera superfisial pada bagian perifer luka dengan peningkatan kedalaman disebelah proksimal (bagian tengah luka). Setiap daerah yang terbakar memiliki tiga zona cedera. Daerah yang sebelah dalam mengalami kerusakan yang paling parah, sedangkan zona sebelah luar kerusakannya paling ringan. Zona-zona ini dilukiskan dalam gambar 2. zona pada luka. Daerah sebelah dalam dikenal dengan zona koagulasi dimana terjadi kematian seluler. Daerah yang tengah disebut zona statis tempat terjadinya gangguan suplai darah, inflamasi dan cedera jaringan. Daerah ini masih bisa diselamatkan sampai derajat tertentu dengan resusitasi cairan yang berhasil baik. Riset terhadap metode-metode tambahan untuk membalikkan statis kapiler dalam zona statis terus berlanjut (Rockwell & Ehrlick, 1992; Wong & Muster, 1993). Daerah sebelah luar merupakan zona hiperemia. Zona ini merupakan luka bakar derajat satu yang harus sudah sembuh dalam waktu satu minggu dan lebih khas untuk cedera terbakar atau tersengat arus listrik daripada cedera akibat cairan yang panas (Smeltzer, S. C, 2002)



A. Luka bakar Derajat I



B. Luka Bakar Derajat II dangkal

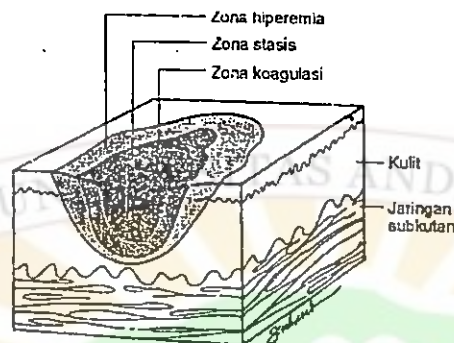


C. Luka Bakar Derajat II dalam



D. Luka Bakar Derajat III

**Gambar 1.** Luka Bakar A. derajat I, B. derajat II dangkal, C. derajat II dalam, D. derajat III



**Gambar 2.** Zona pada Luka Bakar ( Smeltzer,S.C,2002 )

**Tabel 2.1.** Klasifikasi Kedalaman Luka Bakar

Klasifikasi	Penyebab	Karakteristik			
		Penampakan Luar	Sensasi	Waktu Penyembuhan	Jaringan Parut
Luka bakar dangkal ( <i>superficial burn</i> ) Derajat I	Sinat UV, paparan nyala api	Kering dan merah, memucat dengan penekanan	Nyeri	3 – 6 hari	Tidak terjadi jaringan parut
Luka bakar sebagian dangkal ( <i>superficial partial thickness</i> ) Derajat II dangkal	Cairan atau uap panas (tumpahan atau percikan), paparan nyala api	Gelembung berisi cairan, berkering, merah, memucat dengan penekanan	Nyeri bila terpapar udara dan panas	7 – 20 hari	Umumnya tidak terjadi jaringan parut, potensial untuk perubahan pigmen
Luka bakar sebagian dalam ( <i>deep</i> )	Cairan atau uap panas (tumpaha), api minyak	Gelembung berisi cairan (rapuh), basah atau kering	Terasa dengan penekanan saja	> 21 hari	Hipertrofi, beresiko untuk

<i>partial-thickness burn</i> ) Derajat II dalam	panas	berminyak, berwarna dari putih sampai merah, tidak memucat dengan penekanan			kontraktur (kekakuan akibat jaringan parut yang berlebihan)
Luka bakar seluruh lapisan ( <i>full thickness burn</i> ) Derajat IV	Cairan atau uap panas, api, minyak, bahan kimia, listrik tegangan tinggi	Putih berminyak sampai abu-abu dan kehitaman, kering dan tidak elastis, tidak memucat dengan penekanan	Terasa hanya dengan penekanan yang kuat	Tidak dapat sembuh (jika luka bakar mengenai > 2% dari TBSA)	Risiko sangat tinggi untuk terjadi kontraktur

### 5. Luas Luka Bakar

Untuk menilai luas luka bakar dapat digunakan metode telapak tangan, rumus sembilan (*rule of nine*) dan metode Lund-Browder (I Nyoman Putu, 2007).

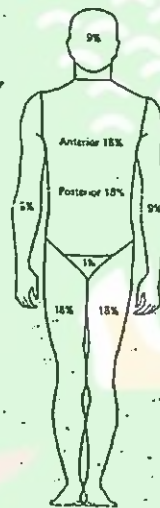
#### 1) Metode telapak tangan

Pada banyak klien dengan luka bakar yang menyebar, metode yang dipakai untuk memperkirakan presentase luka bakar adalah metode telapak tangan (*palm method*). Lebar telapak tangan pasien kurang lebih besar 1% luas permukaan tubuhnya. Lebar telapak tangan dapat digunakan untuk menilai luas luka bakar.



## 2) Rumus sembilan (*Rule of nines*)

Estimasi luas permukaan tubuh yang terbakar disederhanakan menggunakan rumus sembilan. Rumus sembilan merupakan cara yang cepat untuk menghitung luas daerah yang terbakar. Sistem tersebut menggunakan persentase dalam kelipatan sembilan terhadap permukaan tubuh yang luas. Metode *rule of nines* merupakan metode yang sesuai untuk dewasa dan dapat dipakai untuk melakukan penilaian cepat pada anak-anak.



**Gambar 3. Rumus Sembilan : Persentase Luas Permukaan**

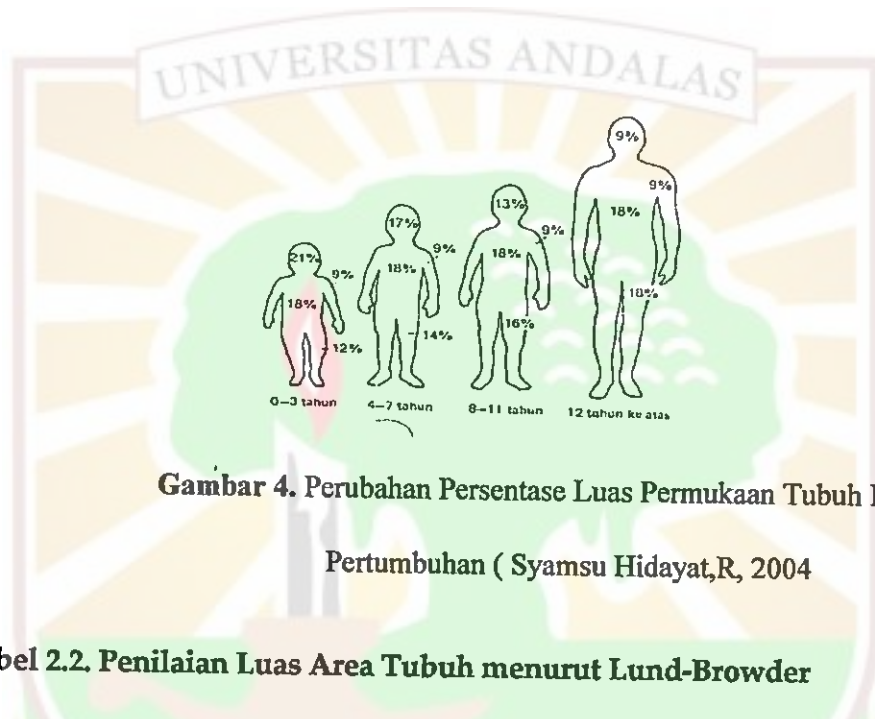
**Tubuh yang Diperkirakan pada Orang Dewasa**

**(Smeltzer, S. C, 2002)**

## 3) Metode Lund-Browder

Metode yang lebih tepat untuk memperkirakan luas permukaan tubuh yang terbakar adalah metode Lund-Browder yang mengakui bahwa persentase luas luka bakar pada berbagai bagian anatomik,

khususnya kepala dan tungkai, akan berubah menurut pertumbuhan (Gambar 4). Metode ini berlaku untuk semua usia dan merupakan metode yang akurat untuk diterapkan pada anak-anak. Metode Lund-Browder dapat dilihat pada tabel 2. penilaian luas area menurut Lund-Browder.



**Gambar 4.** Perubahan Persentase Luas Permukaan Tubuh Karena Pertumbuhan ( Syamsu Hidayat,R, 2004

**Tabel 2.2.** Penilaian Luas Area Tubuh menurut Lund-Browder

Area	Lahir 1 tahun	1 - 4 tahun	5 - 9 tahun	10 - 14 tahun	15 tahun	Dewa sa	2nd*	3rd*	TBSA
Kepala	19	17	13	11	9	7			
Leher	2	2	2	2	2	2			
Badan bagian depan	13	13	13	13	13	13			
Badan bagian belakang	13	13	13	13	13	13			
Pantat kanan	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5			
Pantat kiri	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5			
Genitalia (kemaluan)	1	1	1	1	1	1			
Lengan kanan atas	4	4	4	4	4	4			
Lengan kiri atas	4	4	4	4	4	4			

Lengan bawah kanan	3	3	3	3	3	3			
Lengan bawah kiri	3	3	3	3	3	3			
Tangan kanan (telapak tangan depan dan punggung tangan)	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5			
Tangan kiri (telapak tangan dan punggung tangan)	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5			
Paha kanan	5.5	6.5	8	8.5	9	9.5			
Paha kiri	5.5	6.5	8	8.5	9	9.5			
Betis kanan	5	5	5.5	6	6.5	7			
Betis kiri	5	5	5.5	6	6.5	7			
Kaki kanan (bagian tumit sampai telapak kaki)	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5			
Kaki kiri	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5			
Total									

\* Derajat dua saat ini merupakan luka bakar sebagian baik dangkal maupun dalam; derajat 3 sebagian luka bakar seluruh lapisan (full-thickness)

( I Nyoman Putu, 2007)

## 6. Penanganan Luka Bakar

Menurut Syamsu Hidayat, ( 2004 ), secara sistematis dapat dilakukan

6 C : *clothing, cooling, cleaning, chemoprophylaxis, covering and comforting* (contoh pengurangan nyeri)

### *a. Clothing*

Singkirkan semua pakaian yang panas atau terbakar. Bahan pakaian yang menempel dan tak dapat dilepaskan maka dibiarkan untuk sampai pada fase *cleaning*.

### *b. Cooling*

- Dinginkan daerah yang terkena luka bakar dengan menggunakan air mengalir selama 20 menit, hindari dipotermi (penurunan suhu dibawah normal terutama pada anak dan orang tua). Cara ini efektif sampai dengan 3 jam setelah kejadian luka bakar
- Kompres dengan air dingin (air sering diganti agar efektif tetap memberikan rasa dingin) sebagai analgesia (penghilang rasa nyeri) untuk luka yang terlokalisasi
- Jangan pergunakan es karena es menyebabkan pembuluh darah mengkerut (vasokonstriksi) sehingga justru akan memperberat derajat luka dan resiko hipotermia.
- Untuk luka bakar karena zat kimia dan luka bakar didaerah mata, siram dengan air mengalir yang banyak selama 15 menit atau lebih bila penyebab luka bakar berupa bubuk, maka singkirkan terlebih dahulu dari kulit baru disiram air yang mengalir.

### *c. Cleaning*

Pembersihan dilakukan dengan zat anastesi untuk mengurangi rasa sakit. Dengan membuang jaringan yang sudah mati, proses penyembuhan akan lebih cepat dan risiko infeksi berkurang.

#### *d. Chemoprophylaxis*

Pemberian anti tetanus, dapat diberikan pada luka yang lebih dalam dari superficial partial – thickness (dapat dilihat pada tabel 3 jadwal pemberian antitetanus). Pemberian anti tetanus diperlukan pada luka-luka sebagai berikut :

- Disertai patah tulang
- Luka yang menembus ke dalam
- Luka yang terkontaminasi benda asing (terutama serpihan kayu)
- Luka dengan komplikasi infeksi
- Luka dengan kerusakan jaringan yang besar (contoh luka bakar)

Pemberian krim silver sulfadiazin untuk penanganan infeksi, dapat diberikan kecuali pada luka bakar superfisial. Tidak boleh diberikan pada wajah, riwayat alergi sulfa, perempuan hamil, bayi baru lahir, ibu menyusui dengan bayi kurang dari 2 bulan.

#### *e. Covering*

Penutupan luka bakar dengan kassa dilakukan sesuai dengan derajat luka bakar. Luka bakar superfisial tidak perlu ditutup dengan kassa atau bahan lainnya. Pembalutan luka bertujuan untuk mengurangi pengeluaran panas yang terjadi akibat hilangnya lapisan kulit akibat luka bakar.

#### *f. Conforting*

Dapat dilakukan pemberian pengurang rasa sakit.

Selanjutnya pertolongan diarahkan pada penilaian (*assessment*) dan penanganan awal mengikuti kaidah *Advance Trauma Life Support* dari Komite Trauma American College of Surgeons. Pada survei primer dinilai dan ditangani A, B, C dan D penderita.

A (*Airway*) : Jalan nafas, adalah sumbatan jalan nafas atas akibat cedera inhalasi yang ditandai oleh kesulitan bernafas atau suara nafas berbunyi (*stridor hoariness*)

B (*Berathing*) : Kemampuan bernafas. Ekspansi rongga dada dapat terhambat karena nyeri atau escharotomi (menyayat eschar)

C (*Sirculation*) : Status volume pembuluh darah. Keluarnya cairan dari pembuluh darah terjadi karena meningkatkan permeabilitas pembuluh darah (jarak antar sel endotel dinding pembuluh darah) bila disertai syok (suplai darah ke jaringan kurang), tindakannya adalah atasi syok lalu lanjutkan resusitasi cairan. (kebutuhan cairan :  $4 \text{ cc} \times \% \text{ luka bakar} \times \text{luka badan}$ )

D (*disability*) : Status neurologis pasien. Dilanjutkan dengan survei sekunder untuk mencari trauma penyerta lain. Resusitasi cairan terbaik menggunakan cairan kristaloid. Pasien membutuhkan perawatan intensif, dan kegagalan resusitasi akan menimbulkan kematian sebelum hari ke lima.

**Tabel 2.3. Jadwal Pemberian Anti Tetanus**

Riwayat Vaksinasi Tetanus		Tipe Luka	Boster Vaksin Tetanus	Tetanus Immunoglobulin
3 atau <	5 tahun semenjak	Semua luka	Tidak	Tidak

lebih	dosis terakhir			
	5 – 10 tahun semenjak dosis terakhir	Luka minor yang bersih	Tidak	Tidak
		Luka-luka lainnya	Ya	Tidak
	> 10 tahun semenjak dosis terakhir	Semua luka	Ya	Tidak
< 3 dosis atau tidak pasti		Luka minor yang bersih	Ya	Tidak
		Luka-luka lainnya	Ya	Ya

### 7. Rujukan

Keadaan dimana luka bakar perlu dirujuk :

- a. Luka partial thickness (superficial) dengan luas daerah > 10 %, kecuali luka bakar yang sangat superficial
- b. Semua luka bakar full thickness terkecuali daerah yang sangat kecil.
- c. Semua luka bakar yang mengenai wajah, mata, telapak tangan, telapak kaki, genitalia, perineum (sekitar anus) sekalipun daerah luka bakar kurang dari 5 – 10 %
- d. Luka bakar yang melingkar
- e. Luka bakar oleh cairan kimia
- f. Luka bakar akibat aliran listrik (termasuk petir), disebabkan kerusakan jaringan dalam tubuh dapat terjadi akibat aliran listrik yang masuk ke dalam tubuh.
- g. Luka bakar yang mencederai saluran nafas
- h. Luka bakar pada usia kurang dari 12 bulan
- i. Luka bakar kecil pada pasien dengan permasalahan sosial, termasuk pada anak yang beresiko tinggi

Tipe luka bakar untuk derajat beratnya dan indikasi rawat inap di Rumah Sakit dapat dilihat pada tabel 4. derajat berat luka bakar dan kriteria rawat.

Kriteria Perhimpunan Luka Bakar Amerika untuk rujukan ke pusat luka bakar:

- 1) Luka bakar derajat tiga yang melebihi 5 % luas permukaan tubuh pada segala kelompok usia
- 2) Luka bakar derajat dua dan tiga yang melebihi 10 % luas permukaan tubuh pada pasien-pasien dibawah usia 10 tahun atau diatas 50 tahun
- 3) Luka bakar derajat dua dan tiga yang melebihi 20 % luas permukaan tubuh pada segala kelompok usia yang lain
- 4) Luka bakar derajat dua dan tiga yang mengenai muka, tangan, kaki, genitalia, perineum serta persendian yang besar.
- 5) Luka bakar listrik yang mencakup luka bakar tersambar petir
- 6) Luka bakar kimia dengan ancaman, gangguan fungsional atau kosmetik yang serius
- 7) Cedera inhalasi dengan luka bakar
- 8) Luka bakar yang melingkar (*sircumferensial*), pada ekstremitas dan dada
- 9) Luka bakar pada pasien yang sebelumnya sudah menderita sakit yang dapat memperumit penanganannya
- 10) Luka bakar dengan trauma dimana luka bakar tersebut menghadapi risiko yang terbesar ( Smeltzer, S. C. 2002 )



Tabel 2.4. Derajat Luka Bakar dan Kriteria Rawat

Kriteria	Tipe luka bakar		
	Minor / ringan	Moderat / sedang	Major / berat
	< 10 % TBSA pada dewasa	10 – 20 % TBSA pada dewasa	> 20 % TBSA pada dewasa
	< 5 % TBSA pada pasien muda dan tua*	5 – 10 % TBSA pada pasien muda dan tua*	> 10 % TBSA pada pasien muda dan tua*
	< 2 % luka bakar seluruh lapisan	2 – 5 % luka bakar seluruh lapisan	> 5 % luka bakar seluruh lapisan
		Luka Isitrik tegangan tinggi	Luka listrik tegangan tinggi
		Tersangka cedera luka bakar saluran nafas	Diketahui luka bakar saluran nafas
		Luka bakar melingkar	Luka bakar yang jelas pada wajah, mata, telinga, genitalia atau persendian.
		Penyakit penyerta yang meningkatkan kemungkinan terkena infeksi (cth. Diabetes)	Luka bakar terkait dengan cedera lain yang berat (patah tulang, trauma berat)
Perawatan	Pasien rawat jalan	Perawatan rumah sakit	Rujuk ke unit spesialis luka bakar

\* pasien muda : kurang dari 10 tahun; dewasa : 10 – 50 tahun; tua : > 50

tahun

## **D. Konsep Resusitasi Cairan**

### **1. Pengertian Resusitasi Cairan**

Resusitasi cairan atau terapi cairan adalah tindakan untuk memelihara, mengganti cairan tubuh dalam batas-batas fisiologis dengan cairan infus kristaloid (elektrolit) atau koloid (plasma) secara intravena. Resusitasi cairan bertujuan untuk menggantikan kehilangan akut cairan tubuh atau ekspansi cepat dari cairan intravaskuler untuk memperbaiki perfusi jaringan (Anto, 2007).

Resusitasi merupakan terapi primer penderita luka bakar yang besar dengan tujuan menghindari komplikasi yang berhubungan dengan kurangnya cairan dan elektrolit pada periode pasca luka bakar dini. Tidak adekuatnya pemasukan cairan pada 24 jam pertama merupakan indikator terjadinya sepsis, syok, dan bahkan bisa menyebabkan gagal ginjal. Penentuan persentase TBSA (*Total Burn Surface Area*) luka menjadi tahap awal dalam menghitung kebutuhan cairan. Juga pasien harus ditimbang beratnya pada awal terapi untuk menentukan berat sebagai pedoman perawatan berikutnya. Kateter urine yang di pasang berguna dalam melihat perfusi ginjal dan untuk mengevaluasi keefektifan resusitasi cairan (Smeltzer, S. C, 2002).

### **2. Tanda – Tanda Kekurangan Volume Cairan (Hipovolemia)**

Kekurangan volume cairan dapat terjadi dengan cepat dan dapat ringan, sedang atau berat, tergantung pada tingkat kehilangan cairan.

penyebab penting dari hipovoemia adalah kehilangan cairan akut akibat evaporasi dari luka bakar. Tanda – tanda dari hipovolemia :

- a. Penurunan turgor kulit
- b. Oliguria
- c. Urine yang pekat
- d. Kenaikan suhu tubuh
- e. Kulit yang dingin, basah karena vasokonstriksi perifer
- f. Anoreksia
- g. Mual
- h. Lesu
- i. Kelemahan otot
- j. Kram

### 3. Pertimbangan selama resusitasi cairan

- a. Medikasi harus diberikan secara iv selama resusitasi
- b. Transfusi diberikan bila hematokrit  $< 30$
- c. Insulin infus diberikan bila kadar gula darah  $> 200$  mg%
- d. Histamin H<sub>2</sub>-blocker dan antacid sebaiknya diberikan untuk menjaga pH lambung 7,0
- e. Monitor Na serum

### 4. Rumus-Rumus yang Berkaitan dengan Resusitasi Cairan

Ada beberapa rumus yang dikembangkan oleh berbagai pusat perawat untuk menghitung kebutuhan cairan pada penderita luka bakar. Diantaranya rumus Brooke, modifikasi Brooke, Evan dan Parkland. Dua

sistem yang tersering digunakan sekarang adalah modifikasi Brooke dan Parkland/Baxter. Resusitasi cairan yang cukup dapat diperiksa dengan memantau tanda-tanda vital dan pengeluaran urine. Tanda vital dimana tekanan sistolik yang melebihi 100 mmHg, frekuensi Nadi yang kurang dari 110 kali/menit, dan keluaran urine sebanyak 30 hingga 50 ml / jam. Pada anak, berat 30 Kg atau kurang, pengeluaran urine harus tetap 1 ml per Kg per jam ( Behrman, 1999 ).

a. Rumus Brooke

- Ringer Laktat  $1,5 \text{ ml} \times \text{KG BB} \times \% \text{ TBSA}$  (*Total Burn Surface Area*)

Contoh : Pasien mengalami luka bakar 60 % , berat badan 70 Kg

$$= 1,5 \times 70 \times 60$$

$$= 6.300 \text{ ml/24 jam}$$

- Koloid  $= 0,5 \times \text{Kg BB} \times \% \text{ TBSA}$

Contoh  $= 0,5 \times 70 \times 60$

$$= 2.100 \text{ ml/jam}$$

- Air  $= 200 \text{ ml DSW}$

Hari pertama : separuh diberikan dalam 8 jam pertama, separuh sisanya dalam 16 jam berikutnya

Hari kedua : separuh dari cairan koloid, separuhnya elektrolit seluruh penggantian cairan irreversibel.

Luka bakar derajat dua dan tiga yang melebihi 50 % luas permukaan tubuh dihitung berdasarkan 50 % luas permukaan tubuh ( Smeltzer, 2002 )

**b. Rumus Modifikasi Brooke**

**Elektrolit : Ringer laktat  $2\text{ml} - 4\text{ ml} \times \text{Kg BB} \times \% \text{TBSA}$**

**Contoh :  $2 \times 70 \times 60$   
= 8.400 ml / 24 jam ( Sabiston, 2002 )**

**c. Rumus Evan**

- **Koloid :  $1\text{ ml} \times \text{Kg BB} \times \% \text{TBSA}$**
- **Elektrolit :  $1\text{ ml} \times \text{Kg BB} \times \% \text{TBSA}$**
- **Glukosa (5% dalam air) : 200 Ml untuk kehilangan insensibel**

**Hari 1 : separuh diberikan dalam 8 jam pertama, separuh sisanya dalam 16 jam berikutnya**

**Hari 2 : separuh dari cairan elektrolit dan koloid yang diberikan pada hari sebelumnya; seluruh penggantian cairan insensibel**

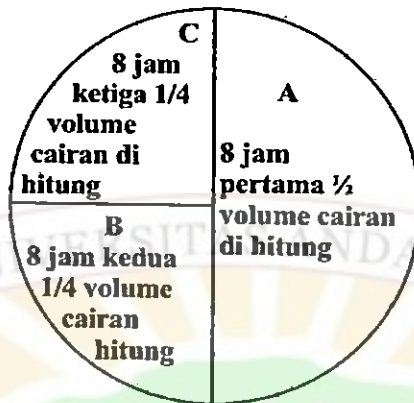
**Maksimum 10.000 ml selama 24 jam. Luka bakar derajat dua dan tiga yang melebihi 50 % luas permukaan tubuh dihitung berdasarkan 50 % luas permukaan tubuh.**

**d. Rumus Parkland / Baxter**

**Larutan Ringer Laktat =  $4\text{ ml} \times \text{Kg BB} \times \% \text{TBSA}$**

**Hari pertama : separuh diberikan selama 8 jam pertama, separuh dalam 16 jam berikutnya**

(Gambar 5. Perhitungan kebutuhan cairan resusitasi minimum dalam 24 jam pertama setelah terjadi luka)



Gambar 5. Perhitungan kebutuhan cairan resusitasi minimum dalam 24 jam pertama setelah terjadinya luka bakar ( Sabiston,2004 ).

Dalam pelaksanaan resusitasi cairan seorang perawat mempunyai peranan penting oleh karena itu harus mengetahui volume maksimal cairan yang harus diperoleh pasien. Alat pompa infus atau pengatur kecepatan infus sangat berguna untuk melaksanakan terapi cairan dengan benar menurut instruksi dokter. Pemantauan terapi cairan intravena merupakan tanggung jawab keperawatan yang utama. Untuk itu maka seorang perawat harus mempunyai pengetahuan untuk menghitung kebutuhan cairan pasien. (Smeltzer, S. C, 2002).

## **BAB III**

### **KERANGKA PEMIKIRAN**

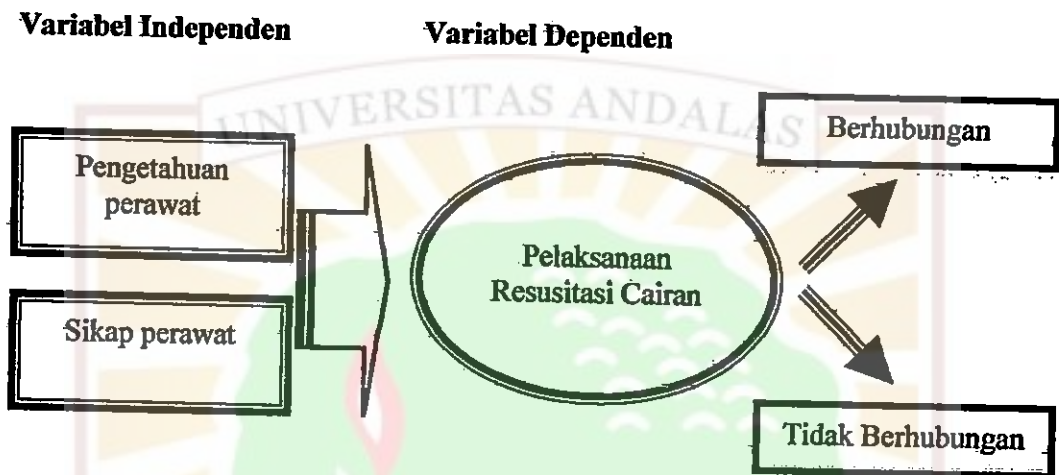
#### **A. Kerangka Konsep**

Resusitasi merupakan terapi primer penderita luka bakar yang besar dengan tujuan menghindari komplikasi yang berhubungan dengan kurangnya cairan dan elektrolit pada periode pasca luka bakar dini. Tidak adekuatnya pemasukan cairan pada 24 jam pertama merupakan indikator terjadinya sepsis, syok dan bahkan bisa menyebabkan gagal ginjal. Oleh karena itu penatalaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar harus sesuai dengan ketentuan yang sudah ditetapkan, untuk menghindari komplikasi akibat kekurangan cairan yang terjadi pada pasien luka bakar, diperlukan penatalaksanaan yang baik pada pasien.

Pengetahuan yang baik dan sikap yang positif biasanya berhubungan terhadap tindakan yang baik pula. Diharapkan dengan pengetahuan yang cukup yang dimiliki oleh perawat tentang bagaimana pelaksanaan resusitasi cairan, perawat akan cenderung memiliki sikap yang positif sehingga menghasilkan tindakan yang baik dalam pelaksanaan resusitasi cairan sesuai dengan teori yang ada.

Sesuai dengan teori, perawat dalam pelaksanaan resusitasi cairan mempunyai peranan untuk mengetahui volume maksimal cairan yang harus diperoleh pasien, pengaturan kecepatan infus dan pemantauan terapi cairan merupakan tanggung jawab utama. Diharapkan pengetahuan yang baik dan

sikap yang positif dari perawat agar pelaksanaan resusitasi cairan lebih efektif dan sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan. Sehingga mencegah terjadinya komplikasi.



## B. Hipotesis

$H_{O1}$  : Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar di Irna B RS DR. M. Djamil Padang

$H_{A1}$  : Ada hubungan antara pengetahuan perawat dengan pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar di Irna B RS DR. M. Djamil Padang.

$H_{O2}$  : Tidak ada hubungan antara sikap dengan pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar di Irna B RS DR. M. Djamil Padang.

$H_{A2}$  : Ada hubungan antara sikap perawat dengan pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar di Irna B RS DR. M. Djamil Padang.



## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### A. Jenis Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah analitik dengan pendekatan *cross sectional study*, yaitu untuk mempelajari dinamika hubungan antara faktor penyebab dan efek, dalam hal ini untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap perawat terhadap pelaksanaan resusitasi cairan. Data yang menyangkut variabel bebas dan terikat dikumpulkan secara bersamaan (Notoatmodjo, 2003).

#### B. Tempat dan Waktu

Penelitian ini dilaksanakan di ruang perawatan pasien luka bakar Irma B RS. DR. M. Djamil Padang, penelitian dilakukan pada bulan Desember 2007 sampai Juli 2008.

#### C. Populasi dan Sampel

##### 1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan perawat yang bekerja di bangsal Luka Bakar yang berjumlah 25 orang.

## 2. Sampel

Teknik pengambilan sampel adalah *Total Sampling*, dengan kriteria :

- a) Bersedia jadi responden
- b) Tidak dalam keadaan sakit atau cuti
- c) Memberikan resusitasi cairan pada pasien

## D. Variabel Penelitian dan Defenisi Operasional

### 1. Variabel

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap, sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar di Irna B RS. DR. M. Djamil Padang.

### 2. Defenisi Operasional

No	Variabel	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1.	Pengetahuan	Segala sesuatu yang harus diketahui perawat tentang resusitasi cairan dan efek yang ditimbulkan jika pelaksanaan resusitasi cairan tidak sesuai dengan formula yang ditentukan	Kuesioner	Ordinal	<b>Tinggi</b> : Jika nilai $P > 75\%$ <b>Rendah</b> : Jika nilai $P \leq 75\%$

2.	Sikap	Reaksi atau respon perawat terhadap pelaksanaan resusitasi pada pasien luka bakar	Kuesioner	Ordinal	Positif : $\sqrt{}$ median Negatif : $\wedge$ median
3.	Pelaksanaan resusitasi cairan	Tindakan responden dalam pelaksanaan resusitasi cairan yang sesuai dengan formula yang ditentukan	Observasi	Ordinal	Sesuai : jika sesuai dengan formula Baxter Tidak sesuai: jika tidak sesuai dengan formula Baxter

### E. Teknik Pengumpulan Data

#### 1. Data primer

Jenis data pengetahuan, dan sikap perawat dalam pelaksanaan resusitasi cairan dengan menggunakan kuesioner yang telah dipersiapkan sebelumnya, sedangkan data tentang pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar dikumpulkan dengan observasi langsung.

## 2. Data sekunder

Data yang didapat peneliti dari RS. DR. M. Djamil Padang dan data-data penunjang lainnya.

## F. Pengolahan dan Analisa Data

### 1. Pengolahan data

Pengolahan data dilakukan setelah data terkumpul, data tersebut diolah dengan menggunakan rumus dan aturan yang sesuai dengan pendekatan desain yang digunakan sehingga diperoleh kesimpulan. Langkah analisa yang digunakan adalah analisa *univariat* dengan tampilan data distribusi frekuensi dan analisa *bivariat*. Analisa menggunakan bantuan komputer yaitu dengan menggunakan *software SPSS Versi 11.0 for Windows*.

#### a. Variabel pengetahuan

Untuk mengetahui pengetahuan perawat dalam pelaksanaan resusitasi cairan, dibuat kunci jawaban pada setiap item pertanyaan, jawaban responden yang benar diberi nilai skor 1 dan yang salah diberi skor 0. Jawaban yang benar dihitung frekuensi dan dilakukan perhitungan persentase dengan rumus sebagai berikut :

$$P = \frac{x}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P = % (Persentase)

x = Jumlah alternatif jawaban yang benar

n = Jumlah Pertanyaan

Tinggi : Jika nilai  $P > 75\%$

Rendah : Jika nilai  $P \leq 75\%$

b. Variabel sikap

Ketentuan skor untuk sikap dengan menggunakan *Skala Likert*

yaitu :

- 1) Untuk pernyataan positif, jika jawaban pernyataan pada kuesioner sebagai berikut :

Sangat Setuju (SS) = (4) - Tidak Setuju (TS) = (2)

Setuju (S) = (3) Sangat Tidak Setuju (STS) = (1)

- 2) Untuk pernyataan negatif, jika jawaban pernyataan pada kuesioner sebagai berikut :

Sangat Setuju (SS) = (1) Tidak Setuju (TS) = (3)

Setuju (S) = (2) Sangat Tidak Setuju (STS) = (4)

Untuk menginterpretasikan data dilakukan dengan menggunakan nilai tengah (*median*) dengan rumus :

$$median = \left\{ \frac{\min + \max}{2} \right\}$$

Keterangan :

Min =  $\sum \text{item} \times 1$

$$\text{Max} = \sum \text{item} \times 4$$

Selanjutnya hasil skor total responden (  $x$  ) dibandingkan dengan skor median dengan interpretasi sebagai berikut :

$$X \geq \text{me} = \text{Sikap positif}$$

$$X < \text{me} = \text{Sikap negatif}$$

(Nursalam, 2003)

### c. Variabel Pelaksanaan Resusitasi Cairan

Untuk variabel pelaksanaan resusitasi cairan diamati melalui observasi. Jika dilakukan dengan benar dikatakan sesuai, dan jika dilakukan tidak benar dikatakan tidak sesuai.

## 2. Analisa Data

Analisa dilakukan secara bertahap yaitu analisa *univariat* dan *bivariat*.

### a. Analisa *univariat*

Analisa ini menggambarkan distribusi frekuensi dari masing-masing variabel yang diteliti.

### b. Analisa *bivariat*

Data diolah dengan menggunakan statistik *Chi-Square* untuk melihat hubungan variabel independen dengan variabel dependen dengan tingkat kemaknaan  $p < 0,05$ .

Rumus :

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Keterangan :

$$X^2 = \text{Statistik } \textit{Chi-Square}$$

$\Sigma$  = Jumlah

O = Observasi ( nilai yang diamati )

E = *Expected* ( nilai yang diharapkan )

Jika  $p < 0,05$  maka secara statistik bermakna, dan jika nilai (  $p$  )  $> 0,05$  maka hasil perhitungan tersebut tidak bermakna.



## BAB V

### HASIL PENELITIAN

Dari penelitian yang telah dilakukan pada tanggal 28 April – 28 Mei 2008 di Bangsal Luka Bakar Irna B RS. DR. M. Djamil Padang terhadap 21 perawat yang memenuhi kriteria sampel, didapatkan bahwa dari latar belakang pendidikan, 9,5% tamatan SPK, 85,7% tamatan DIII Keperawatan, dan hanya 4,8% yang tamatan SI Keperawatan. Dari masa kerja didapatkan 76,2% kurang dari 5 tahun dan sisanya lebih dari 5 tahun.

#### A. Analisa Univariat

##### 1. Pengetahuan

**Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pengetahuan Tentang Resusitasi Cairan Pada Pasien Luka Bakar di Irna B RS. DR. M. Djamil Padang Tahun 2008.**

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Tinggi	10	47,6
Rendah	11	52,4
Jumlah	21	100

Dari tabel di atas diketahui bahwa dari 21 responden, 11 responden (52,4%) berpengetahuan rendah tentang resusitasi cairan pada pasien luka bakar.



## 2. Sikap

**Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Sikap Tentang Pelaksanaan Resusitasi Cairan Pada Pasien Luka Bakar di Irna B RS. DR. M. Djamil Padang Tahun 2008.**

Sikap	Frekuensi	Persentase
Positif	12	57,1
Negatif	9	42,9
Jumlah	21	100

Dari tabel di atas diketahui bahwa dari 21 responden, 12 responden (57,1%) memiliki sikap yang positif tentang resusitasi cairan pada pasien luka bakar.

## 3. Pelaksanaan Resusitasi Cairan

**Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pelaksanaan Resusitasi Cairan pada Pasien Luka Bakar di Irna B RS. DR. M. Djamil Padang tahun 2008.**

Pelaksanaan	Frekuensi	Persentase
Sesuai	11	52,4
Tidak sesuai	10	47,6
Jumlah	21	100

Dari tabel di atas didapatkan bahwa dari 21 responden, 11 responden (52,4 %) melakukan penatalaksanaan pasien yang mendapat resusitasi cairan sesuai dengan Formula Baxter.

## B. Analisa Bivariat

**Tabel 5.4 Hubungan Pengetahuan Responden dengan Pelaksanaan Resusitasi Cairan pada Pasien Luka Bakar di Irna B RS. DR. M. Djamil Padang tahun 2008.**

Pengetahuan	Pelaksanaan Resusitasi Cairan				Total	
	Sesuai		Tidak sesuai		N	%
	N	%	N	%		
Tinggi	8	80	2	20	10	100
Rendah	3	27,3	8	72,7	11	100
Jumlah	11	52,4	10	47,6	21	100

**P value = 0,03**

Dari tabel diatas didapatkan bahwa dari 10 responden berpengetahuan tinggi, 8 responden (80%) memberikan cairan pada pasien luka bakar sesuai dengan Formula Baxter. Dari hasil uji statistik didapatkan nilai  $p < 0,05$ , dengan demikian terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar.

**Tabel 5.5 Hubungan Sikap Responden tentang Resusitasi Cairan dengan Pelaksanaan Resusitasi Cairan pada Pasien Luka Bakar di Irna B RS. DR. M. Djamil Padang tahun 2008.**

Sikap	Pelaksanaan				Total	
	Sesuai		Tidak sesuai		N	%
	N	%	N	%		
Positif	9	75	3	25	12	100
Negatif	2	22,2	7	77,8	9	100
Jumlah	11	52,4	10	47,6	21	100

**P value = 0,03**

Pada tabel di atas terlihat bahwa dari 9 responden yang bersikap negatif 77,8% memberikan penatalaksanaan cairan tidak sesuai dengan Formula Baxter. Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan nilai  $p < 0,05$ , dengan demikian terdapat

hubungan yang bermakna antara sikap dengan pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar.



## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### A. Pengetahuan

Berdasarkan hasil penelitian yang terdapat pada tabel 5.1 diketahui 11 (52,4%) responden mempunyai pengetahuan yang rendah tentang resusitasi cairan, ternyata pengetahuan responden tentang apa yang harus ditentukan terlebih dahulu sebelum memberikan resusitasi cairan, jenis cairan yang biasanya diberikan pada saat resusitasi cairan, jumlah cairan yang per kilogram berat badan, dan perhitungan luas luka bakar pada berbagai anatomi tubuh merupakan yang paling rendah. Padahal seorang perawat harus mengetahui jumlah cairan yang lazim diberikan pada pasien sebagai dasar untuk mengetahui volume maksimal cairan yang harus diperoleh pasien, dalam hal ini tentunya luas luka bakar dan berat badan sangat berperan. Ini sesuai dengan pendapat Smeltzer, S. C (2002) bahwa dalam pelaksanaan resusitasi cairan seorang perawat harus mengetahui volume maksimal cairan yang harus diperoleh pasien dan seorang perawat harus mempunyai pengetahuan untuk menghitung kebutuhan cairan pasien. Selain itu responden juga mempunyai anggapan bahwa jenis cairan yang diberikan saat resusitasi cairan pada pasien luka bakar bisa jenis apa saja, perhitungan luas luka bakar responden menganggap bisa menggunakan rumus sembilan pada semua luas luka bakar.

Pengetahuan yang rendah juga bisa disebabkan oleh lama kerja responden yang rata - rata tergolong baru sehingga belum banyak pengalaman atau kurang pengetahuan mengenai resusitasi cairan pada pasien luka bakar. Variasi pengalaman kerja ini sebenarnya bisa diatasi dengan cara melakukan sharing baik ilmu maupun keterampilan antar sesama perawat. Perawat yang sudah berpengalaman dapat memberikan masukan dalam hal skill pada perawat yang baru, begitu juga dengan perawat yang masih baru, bisa saja mereka memberikan masukan terhadap perawat yang sudah lama bekerja, tentang perkembangan terkini ilmu keperawatan. Dengan adanya sharing tentang pengalaman keterampilan maupun ilmu pengetahuan terkini tersebut akan membuat perawat semakin bertanggungjawab dalam bekerja dan mencintai profesi keperawatan (Riyadi, 2007)

Hal ini membuktikan teori Timpe (2003) bahwa lama kerja adalah lamanya seseorang dalam menjalankan tugas dan kewajibannya dalam mencapai tujuan. Semakin lama seseorang bekerja maka semakin berpengalaman ia dalam bidangnya.

## **B. Sikap**

Sikap responden terhadap pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar dikategorikan menjadi dua yaitu; positif dan negatif. Dari tabel 5.2 didapatkan 12 responden (57,1%) bersikap positif dan 9 responden (42,9%) bersikap negatif. Menurut Notoatmodjo (2003) sikap merupakan kecenderungan

dan kesediaan untuk bertindak yang disertai dengan perasaan-perasaan yang dimiliki oleh individu dengan dasar pengetahuan dan pengalaman masa lalu maka timbul sikap dalam diri manusia dengan perasaan tertentu dalam menanggapi suatu objek yang menggerakkan untuk bertindak. Banyaknya jumlah responden yang bersikap positif dalam hal pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar ini dipengaruhi oleh telah sampainya tingkatan sikap responden pada tahap bertanggung jawab (*responsible*).

### **C. Pelaksanaan Resusitasi Cairan pada Pasien Luka Bakar**

Dari tabel 5.3 terlihat bahwa pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar dari 21 responden, 11 responden (52,4%) bekerja sesuai dengan formula Baxter dan 10 responden (47,6%) bekerja tidak sesuai dengan formula Baxter. Hal ini menunjukkan bahwa responden telah mampu memberikan penilaian terhadap apa yang diketahuinya, selain itu responden melaksanakannya karena adanya kesadaran untuk mengikuti instruksi yang diberikan oleh dokter dalam pelaksanaan resusitasi cairan. Namun masih ada responden yang memberikan resusitasi cairan pada pasien luka bakar tidak sesuai dengan formula Baxter. Hal ini terlihat pada saat penelitian bahwa responden memberikan cairan terjadi pengurangan jumlah tetesan infus dari order yang diberikan oleh dokter pada 16 jam berikutnya. Padahal penatalaksanaan resusitasi cairan yang tidak tepat bisa menyebabkan kematian pada pasien luka bakar. Untuk itu penatalaksanaannya harus tepat, hal ini sesuai dengan hasil penelitian Dalima

(2001) yang menyimpulkan bahwa penatalaksanaan resusitasi cairan yang tepat dan resusitasi jalan napas dapat menekan angka mortalitas penderita luka bakar. Begitu juga hasil penelitian Joel (1999) tentang hubungan antara cairan, hasil klinis dan penyebab variasi dari jumlah resusitasi cairan menggunakan formula Baxter, didapatkan penurunan angka kematian sebesar 10%.

Berdasarkan teori Snehandu B. Karr (dikutip dari Notoatmodjo, 2003) bahwa determinan yang mempengaruhi perilaku atau perbuatan seseorang untuk bertindak adalah adanya niat, adanya dukungan dari orang sekitar, terjangkauya informasi, adanya otonomi dan didukung oleh situasi dan kondisi yang memungkinkan. Masih adanya responden yang bertindak tidak sesuai formula Baxter, dalam hal ini juga dipengaruhi oleh kurangnya niat responden untuk melakukan pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar di tambah lagi dengan adanya budaya melakukan pekerjaan berorientasi kepada kebiasaan bukan berdasarkan aturan yang ada.

Dari hasil wawancara peneliti dengan beberapa orang responden, responden mengatakan bahwa resusitasi cairan pada pasien luka bakar telah tercukupi sebelum pasien dibawa ke bangsal luka bakar sehingga dibangsal luka bakar cairan diberikan sebagai maintenance saja.

#### **D. Hubungan Pengetahuan Dengan Pelaksanaan Resusitasi Cairan Pada Pasien Luka Bakar**

Hasil penelitian tentang hubungan pengetahuan dengan pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar dari 10 responden berpengetahuan tinggi 8 responden (80%) yang bertindak sesuai dengan Formula Baxter dalam pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar, dan yang tidak bertindak sesuai Formula Baxter sebanyak 2 responden (20%). Sedangkan yang berpengetahuan rendah dari 11 responden yang bertindak sesuai formula Baxter sebanyak 3 responden (27,3%) dan yang tidak sesuai formula Baxter 8 responden (72,7%).

Secara statistik didapatkan nilai  $p = 0,03$  dengan demikian  $p$  kecil dari 0,05 maka terlihat bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar. Hasil penelitian ini menunjukkan kecenderungan bahwa dengan rendahnya pengetahuan, maka cenderung kurang baik dalam hal pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar dibuktikan dengan lebih dari separuh 8 responden (72,7%) bertindak tidak sesuai Formula Baxter. Dimana dalam hal ini perawat masih ada yang tidak mengetahui jumlah cairan perkilogram berat badan yang harus didapatkan oleh pasien luka bakar. Hal ini bertentangan dengan pendapat Smeltzer (2002) bahwa dalam pelaksanaan resusitasi cairan seorang perawat harus mengetahui volume maksimal cairan yang harus diperoleh pasien dan seorang perawat harus mempunyai pengetahuan untuk menghitung kebutuhan cairan pasien.



Menurut pendapat Notoatmodjo (2003) yang mengatakan bahwa perilaku individu cenderung dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap dan keinginan. Teori ini sesuai dengan yang didapatkan peneliti, karena dari 10 orang responden yang berpengetahuan tinggi 80% tindakan penatalaksanaan resusitasi cairan sesuai dengan Formula Baxter. Selain itu, masih adanya responden yang berpengetahuan tinggi tetapi pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar tidak sesuai formula Baxter, hal ini karena responden tersebut tidak mengetahui tujuan dari pemberian resusitasi cairan dan jenis cairan yang diberikan pada pasien luka bakar saat resusitasi cairan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Kusnanto (2002) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan penanganan luka bakar, didapatkan faktor pemberian cairan lebih besar (77,6%) dibanding faktor antibiotik dan nutrisi. Walaupun sebenarnya penanganan luka bakar di dukung oleh nutrisi seperti yang dikatakan Walton (2002) bahwa tahap perawatan akut pada pasien luka bakar, prioritas perawatan intensif didukung oleh nutrisi untuk pasien hiperkatabolik, kontrol nyeri dan awal penanganan dari sepsis.

#### **E. Hubungan Sikap Dengan Pelaksanaan Resusitasi Cairan Pada Pasien Luka Bakar**

Pada tabel 5.5 terlihat bahwa dari 9 orang responden yang bersikap negatif 77,8% memberikan penatalaksanaan resusitasi cairan tidak sesuai dengan Formula Baxter. Secara statistik didapatkan nilai  $p = 0,03$  dengan demikian  $p$

kecil dari 0,05 maka terdapat hubungan yang bermakna antara sikap dengan pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar.

Menurut Notoatmodjo (2003) sikap merupakan kecenderungan dan kesediaan untuk bertindak yang disertai dengan perasaan-perasaan yang dimiliki oleh individu tersebut dengan dasar pengetahuan masa lalu, maka timbul sikap dalam diri manusia dengan perasaan tertentu dalam menghadapi suatu objek yang menggerakkan untuk bertindak. Selain itu banyak faktor yang mempengaruhi sikap dengan tindakan, seperti latar belakang pendidikan, motivasi, dan rasa tanggung jawab dari perawat itu sendiri dalam melakukan pekerjaan sesuai dengan aturannya.

Menurut Allport (dikutip dari Notoatmodjo, 2003) bahwa komponen sikap yaitu kepercayaan atau keyakinan, kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, dan kecenderungan untuk bertindak. Banyaknya responden yang masih bersikap negatif dalam hal pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar disebabkan oleh kurangnya keyakinan perawat secara emosional bahwa pasien luka bakar cukup dengan hanya mendapatkan cairan infus yang penting menetes saja, padahal resusitasi cairan ini sangat penting pada 24 jam pertama pasca luka bakar.

Selain itu Campbell (dikutip dari Notoatmodjo, 2003) mengatakan bahwa sikap merupakan suatu syndrome atau kumpulan gejala dalam merespons stimulus atau objek, sehingga sikap melibatkan pikiran, perasaan, perhatian serta gejala kejiwaan yang lain. Dalam hal ini perawat masih belum mampu untuk

memberikan perhatian yang baik bagi pasien luka bakar yang mendapatkan resusitasi cairan, sehingga perilaku perawat masih banyak yang bertindak tidak sesuai dengan Formula Baxter.



## **BAB VII**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan yang menyangkut dengan hubungan pengetahuan dan sikap perawat terhadap pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar di Irna B RS. DR. M. Djamil Padang didapatkan :

1. Sebagian besar (52,4%) responden memiliki pengetahuan rendah dalam hal resusitasi cairan pada pasien luka bakar.
2. Lebih dari separuh (57,1%) responden memiliki sikap yang positif dalam hal pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar.
3. Lebih dari separuh (52,4%) responden bekerja sesuai formula Baxter pada pasien luka bakar yang mendapat resusitasi cairan.
4. Terdapatnya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar.
5. Terdapatnya hubungan yang bermakna antara sikap dengan pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar.

#### **B. Saran**

1. Bagi instansi rumah sakit perlunya mencari upaya pendekatan yang dapat merubah sikap dan menambah pengetahuan responden tentang resusitasi cairan misalnya dengan memberikan kesempatan kepada responden dengan masa kerja yang baru agar mengikuti pelatihan untuk menambah pengalaman

dan keterampilan dalam menangani pasien luka bakar, karena cairan pada pasien luka bakar 24 jam pertama sangat penting.

2. Untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat meneruskan penelitian dengan metode yang berbeda.



## DAFTAR PUSTAKA

- Alvarado R. (2000). *Burn resuscitation*. Di akses dari <http://www.sciencedirect.com> pada bulan Juli 2008
- Anto. (2007). *Luka Bakar*. Di akses dari [www.sehatgroup.web.id](http://www.sehatgroup.web.id) pada tanggal 26 Februari 2008
- Arikunto. (2002). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Rineka Cipta : Jakarta
- Behrman. (1999). *Ilmu Kesehatan Anak*. EGC : Jakarta
- Dalima. (2002). *Faktor Prognostik Luka bakar Derajat Sedung dan Berat di RSUPN Dr. Ciptomungunkusumo Jakarta*. Di akses dari <http://digilib.litbang.depkes.go.id> pada tanggal 26 Februari 2008
- Hidayat, S . (2004). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. EGC : Jakarta
- Joachim Boldt. (2001). *Fluid mangement in burn patients*. Di akses dari <http://www.sciencedirect.com> pada bulan Juli 2008
- Joel M. Dulhunty. (1999). *Relationship between fluid, clinical outcome and cause of variance from expected resuscitation volumes as defined by the Baxter formula*. Di akses dari <http://www.sciencedirect.com> pada bulan Juli 2008
- Ken A. Murray. (2007). *How to Assess and Treat*. Di akses dari <http://www.sciencedirect.com> pada bulan Juli 2008
- Koentjaraningrat. (1997). *Metode-metode Penelitian Masyarakat*. Rineka Cipta : Jakarta
- Kusnanto.(2002). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan penanganan luka bakar di Rs. Saleh Sadikin Bandung*. Di akses dari <http://libraryusu.ac.id> pada bulan Juli 2008
- Mustikasari. (2008). *Motivasi*. Di akses dari <http://www.inna-ppri.or.id> pada bulan Juli 2008
- Notoatmodjo, S. (2007). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta : Jakarta

- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan Teori Dan Aplikasi*. Rineka cipta : Jakarta
- Notoadmodjo, S. (2007). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Rineka cipta : Jakarta
- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba medika : Jakarta
- Putu, I.N. (2007). *Luka Bakar*. Di akses dari <http://www.sinarharapan.co.id> pada tanggal 26 Februari 2008
- Riyadi, S. (2007). *Motivasi Kerja dan Karakteristik Individu Perawat di RSD Dr. H. Moh Anwar Sumenep Madura*. Di akses dari <http://irc-kmpk.ugm.ac.id> pada bulan Juli 2008
- Sabiston. (1995). *Buku Ajar Bedah*. EGC : Jakarta
- Sakurai Masaru. (1997). *Reduced resuscitation fluid volume for second-degree experimental burns with delayed initiation of vitamin c therapy (beginning 6 h after injury)*. Di akses dari <http://www.sciencedirect.com> pada bulan Juli 2008
- Smeltzer, S.C. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC : Jakarta
- Sunatrio. (2000). *Resusitasi Cairan*. Media Aesculapius : Jakarta
- Timpe. (2003). *Kinerja*. Gramedia : Jakarta
- Walton A, Manara. (2002). *Anaesthesia and intensive care medicine, Volume 6, Issue 9*. Di akses dari <http://linkinghub.elsevier.com> pada bulan Juli 2008
- Wharton. (2001). *Burns, Volume 27, Issue 2*. Di akses dari <http://www.sciencedirect.com> pada bulan Juli 2008
- \_\_\_\_\_ (2007). *Serba-serbi Luka Bakar*. Di akses dari <http://www.luka bakar.net> pada bulan Januari 2008
- \_\_\_\_\_ (2007). *Merawat Luka Bakar*. Di akses dari <http://www.library usu.ac.id> pada bulan Maret 2008
- \_\_\_\_\_ (2007). *Referat Terapi Cairan*. Di akses dari <http://www.blogger.com> pada bulan Maret 2008

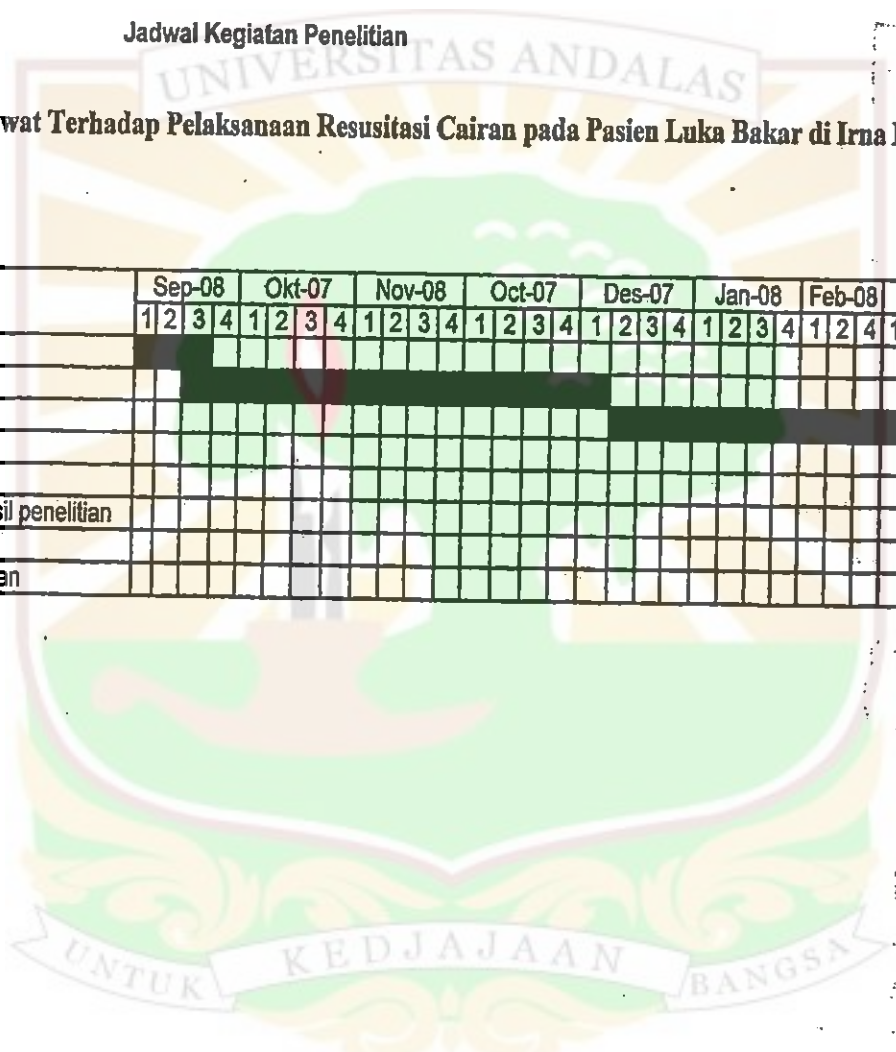
Jadwal Kegiatan Penelitian

Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Pelaksanaan Resusitasi Cairan pada Pasien Luka Bakar di Irna B RS DR. M. Djamil Padang Tahun 2008

No	Sep-08				Okt-07				Nov-08				Oct-07				Des-07				Jan-08				Feb-08				Mar-08				Apr-08				Mei-08				Juni-08				Juli-08							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
1	█																																																			
2	█				█				█				█				█																																			
3	█				█				█				█				█				█																															
4	█				█				█				█				█				█				█																											
5	█				█				█				█				█				█				█																											
6	█				█				█				█				█				█				█				█																							
7	█				█				█				█				█				█				█				█				█																			
8	█				█				█				█				█				█				█				█				█				█				█				█							

Padang, April 2008  
Peneliti

LISAWATI





DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK  
**RSUP DR. M. DJAMIL PADANG**

Jln. Perintis Kemerdekaan Telp.32373

Padang, 30 April 2008

Nomor : LB.00.02.07 .1026  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Pengambilan Data  
a/n Lisnawati

Kepada Yth,  
Sdr. Ketua PSIK  
Fakultas Kedokteran Unand  
di  
Padang

Dengan hormat,

Membalas surat Saudara nomor: 0150/J16.2/PL/PSIK/2008 tanggal 23 April 2008 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:

Nama : Lisnawati  
No.BP/NIM : 06 921 039  
Institusi : PSIK FK Unand Padang

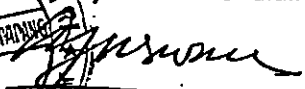
Untuk mendapatkan informasi di RSUP. DR. M. Djamil Padang dalam rangka pembuatan Karya tulis yang berjudul:


**"Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Pelaksanaan Resusitasi Cairan Pada Pasien Luka Bakar di Irna B Bedah RSUP DR. M. Djamil Padang "**

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Semua informasi yang diperoleh di RSUP. DR. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarluaskan pada pihak lain.
2. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Perpustakaan RSUP DR. M. Djamil Padang.
3. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Direktur Utama  
Direktur Umum, SDM & Pendidikan  
  
(Dr. H. Aguswan, SpRM, MARS)  
140 207 723



Tembusan:

1. Ka. Dinas Kesehatan & Kessos Prop. Sumatera Barat
2. Ka. Irna B Bedah RSUP DR. M. Djamil Padang.
3. yang bersangkutan
4. arsip.

## Kisi-Kisi Kuesioner

No	Tujuan	Variable	Aspek yang dinilai	Jumlah item	Nomor item pertanyaan
1	Mengetahui karakteristik responden	Karakteristik responden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umur</li> <li>• Pendidikan</li> <li>• Lama bekerja</li> </ul>	3	3,4,5
2	Mengetahui pengetahuan responden tentang resusitasi cairan pada pasien luka bakar	Pengetahuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respon terhadap luka bakar</li> <li>• Kedalaman luka bakar</li> <li>• Penanganan luka bakar</li> <li>• Pengertian resusitasi cairan</li> <li>• Tanda hipovolemia</li> <li>• Pertimbangan dalam resusitasi cairan</li> <li>• Rumus yang berkaitan dengan resusitasi cairan</li> </ul>	20	1, 2, 3 4 5 6, 7,8, 9, 10, 11,12, 13 14, 15 16 17,18,19, 20
3	Mengetahui sikap responden tentang pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar	Sikap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tujuan resusitasi cairan</li> <li>• Pertimbangan selama resusitasi cairan</li> <li>• Rumus-rumus yang berkaitan dengan resusitasi cairan</li> </ul>	10	1 2 3, 4, 5, 6,7,8, 9, 10,11
4	Mengetahui pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar	Pelaksanaan resusitasi cairan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula Baxter</li> </ul>	1	1

### Permohonan Menjadi Responden

Kepada Yth.

Bapak/Ibu Calon Responden

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNAND yang bermaksud akan mengadakan penelitian :

Nama : Lisnawati

No. BP : 06921039

Akan mengadakan penelitian dengan judul **“Hubungan pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Pelaksanaan Resusitasi Cairan pada Pasien Luka Bakar di Irna B RS DR. M. Djamil Padang Tahun 2008”**. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi Bapak/ Ibu sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Apabila Bapak/Ibu menyetujui, maka dengan ini saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembaran persetujuan.

Atas perhatian Bapak/ Ibu sebagai responden, saya ucapkan terimakasih.

Peneliti,

Lisnawati



## KUESIONER PENELITIAN

### Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Pelaksanaan Resusitasi Cairan pada Pasien Luka Bakar di Irna B RS DR. M. Djamil Padang Tahun 2008

---

---

#### Petunjuk Soal

1. Bacalah soal dengan teliti!
2. Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang dianggap paling benar!
3. Isilah data Bapak/Ibu/Sdr/I dibawah ini!

#### A. Karakteristik Responden

No. Responden

Inisial Responden : .....

Umur : .....

Pendidikan : .....

Lama bekerja : > 5 tahun

≤ 5 tahun

#### B. Pengetahuan Perawat Tentang Resusitasi Cairan pada Pasien Luka Bakar

1. Komplikasi yang dapat terjadi apabila resusitasi cairan tidak adekuat pada sistem kardiovaskuler adalah ?
  - a) Syok distributif
  - b) Gagal ginjal akut
  - c) Sepsis
2. Tanda dari syok distributif adalah ?
  - a) Penurunan frekuensi denyut nadi
  - b) Peningkatan frekuensi denyut nadi
  - c) Tekanan darah tetap

## Lampiran 6

3. Komplikasi yang ditakutkan jika terjadi kegagalan resusitasi adalah ?
  - a) Syok distributif
  - b) Sepsis
  - c) Gagal ginjal akut
4. Zona luka bakar yang masih bisa diselamatkan dengan terapi resusitasi cairan yang tepat adalah ?
  - a) Zona koagulasi
  - b) Zona statis
  - c) Zona hyperemia
5. Perawatan pada pasien luka bakar selama fase resusitasi cairan harus dilakukan secara ?
  - a) Intensif
  - b) Biasa saja
  - c) Disesuaikan dengan keadaan pasien
6. Menurut saudara apa pengertian resusitasi cairan ?
  - a) Tindakan untuk memelihara, mengganti cairan tubuh dalam batas-batas fisiologis dengan cairan kristaloid (elektrolit) atau keloid (plasma) secara intravena.
  - b) Pemberian sejumlah cairan melalui infus.
  - c) Cairan yang diberikan untuk mengganti defisit cairan selama puasa.
7. Menurut saudara tujuan pemberian resusitasi cairan adalah :
  - a) Mengganti cairan tubuh yang keluar seperti darah.
  - b) Untuk memperbaiki perfusi jaringan.
  - c) Untuk penambah cairan tubuh.
8. Menurut saudara apa yang harus ditentukan sebelum pemberian resusitasi cairan pada pasien luka bakar ?
  - a) Tinggi badan dan berat badan.
  - b) Umur dan tinggi badan.
  - c) Luas luka bakar dan berat badan.

## Lampiran 6

9. Jenis cairan yang biasanya diberikan pada pasien luka bakar saat resusitasi cairan adalah :
- Nacl 0,9%.
  - Semua jenis cairan infus.
  - RL/RA.
10. Jumlah cairan yang lazim diberikan pada resusitasi cairan per kilogram berat badan adalah :
- 1-2 ml.
  - 2-3 ml.
  - 2-4 ml.
11. Salah satu komponen yang penting dalam perhitungan jumlah cairan yang didapatkan pasien luka bakar adalah luas luka bakar. Untuk menghitung luas luka bakar yang menyebar, metode yang baik dipakai adalah :
- Metode telapak tangan (*Palm Method*).
  - Rumus Sembilan (*Rule of Nine*).
  - Metode Lund-Browder.
12. Untuk menghitung luas luka bakar yang luas digunakan?
- Metode telapak tangan (*Palm Method*).
  - Rumus Sembilan (*Rule of Nine*).
  - Metode Lund-Browder.
13. Sedangkan metode yang paling tepat untuk memperkirakan luas luka bakar pada berbagai bagian anatomi, khususnya kepala dan tungkai dan berubah menurut pertumbuhan adalah ?
- Metode telapak tangan (*Palm Method*).
  - Rumus Sembilan (*Rule of Nine*).
  - Metode Lund-Browder.
14. Tanda pasien yang mengalami kekurangan volume cairan, kecuali ?
- Urin pekat
  - Penurunan turgor kulit
  - Kulit terasa hangat karena vasokonstriksi perifer

## Lampiran 6

15. Hipovolemia pada pasien luka bakar dapat terjadi akibat ?
- Kehilangan akut cairan tubuh akibat evaporasi dari daerah luka bakar
  - Keringat
  - Tidak mau minum
16. Pertimbangan dalam resusitasi cairan, kecuali :
- Medikasi harus diberikan secara iv selama resusitasi.
  - Transfusi diberikan apabila hematokrit  $>30$ .
  - Insulin infus diberikan bila kadar gula darah  $>200$  mg%.
17. Pemberian cairan pada 24 jam pertama dari jumlah total cairan diberikan dalam :
- Diberikan langsung keseluruhan cairan.
  - Separuh 8 jam pertama, separuh dalam 16 jam berikutnya.
  - Separuh 12 jam pertama, separuh 12 jam berikutnya.
18. Jumlah urine pada anak dengan berat badan 30 kg atau kurang selama resusitasi cairan adalah ?
- 1 ml/kg BB/jam.
  - Harus tetap 1 ml/kg BB/jam.
  - 2 ml/kg BB/jam.
19. Resusitasi cairan dapat dikatakan cukup apabila ?
- Tekanan sistolik melebihi 100 mmHg, frekuensi nadi  $< 110$  kali/menit, dan haluaran urine sebanyak 30-50 ml/jam.
  - Tekanan sistolik melebihi 100 mmHg, frekuensi nadi  $> 110$  kali/menit, dan haluaran urine sebanyak 40-60 ml/jam.
  - Tekanan sistolik kurang dari 100 mmHg, frekuensi nadi  $< 110$  kali/menit, dan haluaran urine sebanyak 30-50 ml/jam.
20. Menurut saudara apa gunanya kateter urine dipasang pada pasien disaat resusitasi cairan ?
- Untuk melihat jumlah urine.
  - Untuk memudahkan pasien buang air kecil.
  - Untuk melihat perfusi ginjal dan untuk mengevaluasi keefektifan resusitasi cairan.



## Lampiran 6

### C. Sikap Perawat Terhadap Pelaksanaan Resusitasi Cairan pada Pasien

#### Luka Bakar

**Petunjuk :** Berikan tanda (√) pada kolom yang Saudara anggap paling benar!

#### Keterangan :

- Sangat Setuju (SS)
- Setuju (S)
- Tidak Setuju (TS)
- Sangat Tidak Setuju (STS)

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Resusitasi merupakan terapi primer penderita luka bakar yang besar dengan tujuan menghindari komplikasi yang berhubungan dengan kurangnya cairan dan elektrolit pada periode pasca luka bakar.				
2	Medikasi secara IV tidak perlu diberikan selama pasien luka bakar mendapatkan resusitasi cairan.				
3	Tetes infus pada pasien luka bakar dengan resusitasi cairan perlu dipantau.				
4	Pemantauan terapi cairan (resusitasi cairan pada luka bakar) intravena merupakan tanggung jawab utama keperawatan.				
5	Pasien luka bakar dengan resusitasi cairan tidak perlu dipantau haluaran urinenya.				
6	Cairan infus untuk resusitasi cairan pada pasien luka bakar bisa jenis apa saja.				
7	Dalam pelaksanaan resusitasi cairan pada pasien luka bakar perawat tidak perlu mengetahui volume maksimal cairan yang harus diperoleh pasien karena itu tugas Dokter				
8	Dalam pemberian resusitasi cairan saudara tidak perlu mengetahui tentang perhitungan kebutuhan cairan pada pasien luka bakar				
9	Resusitasi cairan yang adekuat dapat mencegah komplikasi				
10	Resusitasi cairan sangat penting pada pasien 24 jam pertama pasca luka bakar.				

**LEMBARAN OBSERVASI**  
**Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Pelaksanaan**  
**Resusitasi Cairan pada Pasien Luka Bakar**  
**di Irna B RS DR. M. Djamil Padang**  
**Tahun 2008**

Kode Responden    
 (Diisi oleh peneliti)

**A. Identitas Pasien**

- 1. Nama (inisial) :
- 2. Derajat Luka Bakar :
- 3. Luas Luka Bakar :
- 4. Berat Badan :

**B. Resusitasi Cairan**

Kebutuhan cairan berdasarkan formula baxter =  $4\text{ml RL} \times \text{luas luka bakar (\%)} \times \text{BB (kg)} = \dots\dots\dots\text{ml?}$

Jumlah Cairan pada 8 jam pertama =  $\frac{1}{2}$  dari total cairan  
 = .....

Tetes permenit = .....

Jumlah Cairan pada 16 jam Berikutnya = sisanya  
 = .....

Tetes permenit = .....

Variabel yang di ukur	Diberikan	
	Sesuai	Tidak sesuai
Tetes infus		

**MASTER TABEL**  
**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PERAWAT TERHADAP PELAKSANAAN RESUSITASI CAIRAN**  
**PADA PASIEN LUKA BAKAR DI IRNA B RS DR. M. DJAMIL PADANG TAHUN 2008**

No. Resp.	Umur	Pddk	Lama Kerja	Pengetahuan																				Skor	%	Sikap										Skor	Kat	Pelaksanaan
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1	24	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	16	80	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	33	1	2		
2	44	2	2	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	90	4	3	4	3	3	3	4	4	3	3	34	1	2		
3	25	2	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	12	60	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	24	0	1		
4	52	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	16	80	4	3	4	4	3	2	3	3	3	3	32	1	2		
5	26	2	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	12	60	3	3	3	2	2	1	2	2	3	3	24	0	1		
6	33	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	16	80	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	31	1	1		
7	23	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	14	70	4	3	4	4	3	2	3	3	4	4	34	1	2		
8	30	2	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	14	70	3	3	3	2	2	1	2	2	3	3	24	0	2		
9	38	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	16	80	3	3	4	3	3	3	4	4	3	4	34	1	2		
10	42	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	13	65	3	3	3	2	2	1	2	2	3	3	24	0	1		
11	52	2	2	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	16	80	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	38	1	2		
12	25	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	13	65	3	3	3	3	3	1	2	2	3	1	23	0	1		
13	50	2	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	12	60	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	24	0	1		
14	23	2	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	10	50	2	2	2	3	3	2	2	3	3	4	33	1	2		
15	24	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	16	80	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	33	1	2		
16	23	2	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	12	60	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	23	0	1		
17	23	2	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	12	60	3	3	2	1	2	2	3	3	3	3	25	1	1		
18	48	1	2	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	15	75	3	3	3	2	2	1	2	2	3	3	24	0	2		
19	24	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	17	85	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	32	1	1		
20	42	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	16	80	3	3	3	2	2	1	2	3	3	3	25	1	2		
21	27	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	16	80	4	3	3	4	3	3	3	3	4	4	34	1	2		

**Keterangan :**

<b>Pendidikan</b>	<b>Lama Kerja</b>	<b>Sikap</b>	<b>Pelaksanaan</b>
1 = SPK	1 = ≤ 5 tahun	0 = Negatif	1 = Tidak Sesuai
2 = Akper	2 = > 5 tahun	1 = Positif	2 = Sesuai
3 = S1			



## Frequencies

### Statistics

Umur

N	Valid	21
	Missing	0
Mean		33.24
Median		27.00
Mode		23
Std. Deviation		10.972
Minimum		23
Maximum		52

## Frequencies

### Statistics

		Pendidikan	Lama Kerja	Pengetahuan	Sikap	Pelaksanaan Resusitasi
N	Valid	21	21	21	21	21
	Missing	0	0	0	0	0

## Frequency Table

### Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SPK	2	9.5	9.5	9.5
	D <sub>2</sub>	18	85.7	85.7	95.2
	S1	1	4.8	4.8	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

### Lama Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	≤ 5 tahun	16	76.2	76.2	76.2
	> 5 tahun	5	23.8	23.8	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

### Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Rendah	11	52.4	52.4	52.4
	Tinggi	10	47.6	47.6	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

### Sikap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Negatif	9	42.9	42.9	42.9
Positif	12	57.1	57.1	100.0
Total	21	100.0	100.0	

### Pelaksanaan Resusitasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Sesuai	10	47.6	47.6	47.6
Sesuai	11	52.4	52.4	100.0
Total	21	100.0	100.0	

### Crosstabs

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Pelaksanaan Resusitasi	21	100.0%	0	.0%	21	100.0%

#### Pengetahuan \* Pelaksanaan Resusitasi Crosstabulation

		Pelaksanaan Resusitasi		
		Tidak Sesuai	Sesuai	Total
Pengetahuan Rendah	Count	8	3	11
	Expected Count	5.2	5.8	11.0
	% within Pengetahuan	72.7%	27.3%	100.0%
Tinggi	Count	2	8	10
	Expected Count	4.8	5.2	10.0
	% within Pengetahuan	20.0%	80.0%	100.0%
Total	Count	10	11	21
	Expected Count	10.0	11.0	21.0
	% within Pengetahuan	47.6%	52.4%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.838 <sup>b</sup>	1	.016		
Continuity Correction <sup>a</sup>	3.916	1	.048		
Likelihood Ratio	6.166	1	.013		
Fisher's Exact Test				.030	.023
Linear-by-Linear Association	5.560	1	.018		
N of Valid Cases	21				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.76.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Rendah / Tinggi)	10.667	1.387	82.033
For cohort Pelaksanaan Resusitasi = Tidak Sesuai	3.636	1.000	13.228
For cohort Pelaksanaan Resusitasi = Sesuai	.341	.124	.939
N of Valid Cases	21		

### Crosstabs

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sikap * Pelaksanaan Resusitasi	21	100.0%	0	.0%	21	100.0%

#### Sikap \* Pelaksanaan Resusitasi Crosstabulation

			Pelaksanaan Resusitasi		Total
			Tidak Sesuai	Sesuai	
Sikap	Negatif	Count	7	2	9
		Expected Count	4.3	4.7	9.0
		% within Sikap	77.8%	22.2%	100.0%
Positif	Count	Count	3	9	12
		Expected Count	5.7	6.3	12.0
		% within Sikap	25.0%	75.0%	100.0%
Total	Count	Count	10	11	21
		Expected Count	10.0	11.0	21.0
		% within Sikap	47.6%	52.4%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.743 <sup>b</sup>	1	.017		
Continuity Correction <sup>a</sup>	3.822	1	.051		
Likelihood Ratio	6.034	1	.014		
Fisher's Exact Test				.030	.024
Linear-by-Linear Association	5.470	1	.019		
N of Valid Cases	21				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.29.

### Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap (Negatif / Positif)	10.500	1.360	81.053
For cohort Pelaksanaan Resusitasi = Tidak Sesuai	3.111	1.099	8.805
For cohort Pelaksanaan Resusitasi = Sesuai	.296	.084	1.050
N of Valid Cases	21		



**BIMBINGAN SKRIPSI**

NAMA : Lisnawati

NO.BP : 06921039

JUDUL : Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Pelaksanaan Resusitasi Cairan Pada Pasien Luka Bakar di Irna B RS. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2008

Pembimbing I : Ns. Hj. Ema Julita, S. Kep

No	Hari/Tgl	Kegiatan	Paraf Pembimbing
	6-6-08	Perbaiki lembar saran.	
	19-6-08	Acc ujian akhir	



## BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA : Lisnawati

NO.BP : 06921039

JUDUL : Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Pelaksanaan Resusitasi Cairan Pada Pasien Luka Bakar di Irna B RS. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2008

Pembimbing II : Ns. Leni Merdawati, S. Kep

No	Hari/Tgl	Kegiatan	Paraf Pembimbing
1.	17/06/08	Perbaiki Hasil penelitian lanjut ke Pembahasan	Jl.
2.	24/06-08	Analisa tabel Univariat dan Bivariat	Jl.
3.	3/07-08	Hubungkan Hasil penelitian dg Landasan teori.	Jl.
4.	7/07-08	Perbaiki penulisan, Abstrak	Jl.
5.	10/07-08	Acc. ujian skripsi.	Jl.

### KURUKULUM VITAE

Nama : Lisnawati  
Tempat/tgl lahir : Majenai, 06 Juni 1984  
Status : Belum menikah  
Agama : Islam  
Pekerjaan : Mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan FK-UNAND  
Nama Orang Tua :  
Nama Ayah : H. Muslim  
Nama Ibu : Hj. Faridah

Riwayat Pendidikan :

1. Sekolah Dasar Negeri 004 Batang Tumu Mandah, tamat tahun 1997
2. MTsN 094 Tembilihan, tamat tahun 2000
3. Sekolah Lanjutan Tingkat Atas Negeri 2 Tembilihan, tamat tahun 2003
4. Akper MERCUBAKTIJAYA Padang, tamat tahun 2006
5. Program Studi Ilmu Keperawatan FK-Universitas Andalas, tahun 2006 sampai sekarang

MILIK  
UPT PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS ANDALAS

UNTUK KEDJAJAAN BANGSA