



**HUBUNGAN STATUS PEKERJAAN DENGAN TINGKAT PENGETAHUAN
TENTANG PENANGANAN PERTAMA LUKA BAKAR OLEH DOKTER
DAN PERAWAT DI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER**

SKRIPSI

oleh

**Moch Luthfan Fahmi Masduqie
NIM 162010101060**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2020**



**HUBUNGAN STATUS PEKERJAAN DENGAN TINGKAT PENGETAHUAN
TENTANG PENANGANAN PERTAMA LUKA BAKAR OLEH DOKTER
DAN PERAWAT DI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Pendidikan Dokter (S1) dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

oleh

**Moch Luthfan Fahmi Masduqie
NIM 162010101060**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2020**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Allah SWT yang memberikan segala rahmat dan hidayah- Nya serta Nabi Muhammad SAW yang selalu menjadi panutan;
2. Orang tua saya, Moch Masduqie, S.H. dan Sichatun Nai'mah yang selalu memberikan bimbingan, doa, kasih sayang, motivasi, pendanaan serta pengorbanan yang dilakukan dalam setiap detik di hidup saya;
3. Kakak saya, Dewi Ni'ma Lailatul Qodria dan Mahdi Rizki Kamali yang selalu memberikan semangat dan motivasi bagi saya. Adik saya, Alif Rahma Rahmadani yang selalu memberikan semangat dan hiburan bagi saya;
4. Para guru saya dari taman kanak-kanak hingga perguruan tinggi yang telah memberikan ilmu dan mendidik saya sehingga menjadi manusia berilmu;
5. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember;

MOTTO

“Setiap penderitaan dan kesusahan yang pernah dialami, percayalah bahwa semua penderitaan dan kesusahan akan memberikan pelajaran hidup di masa mendatang”



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

nama : Moch Luthfan Fahmi Masduqie

NIM : 162010101060

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Status Pekerjaan Dengan Tingkat Pengetahuan Tentang Penanganan Pertama Luka Bakar oleh Dokter dan Perawat di Pelayanan Kesehatan Primer” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 17 Februari 2020

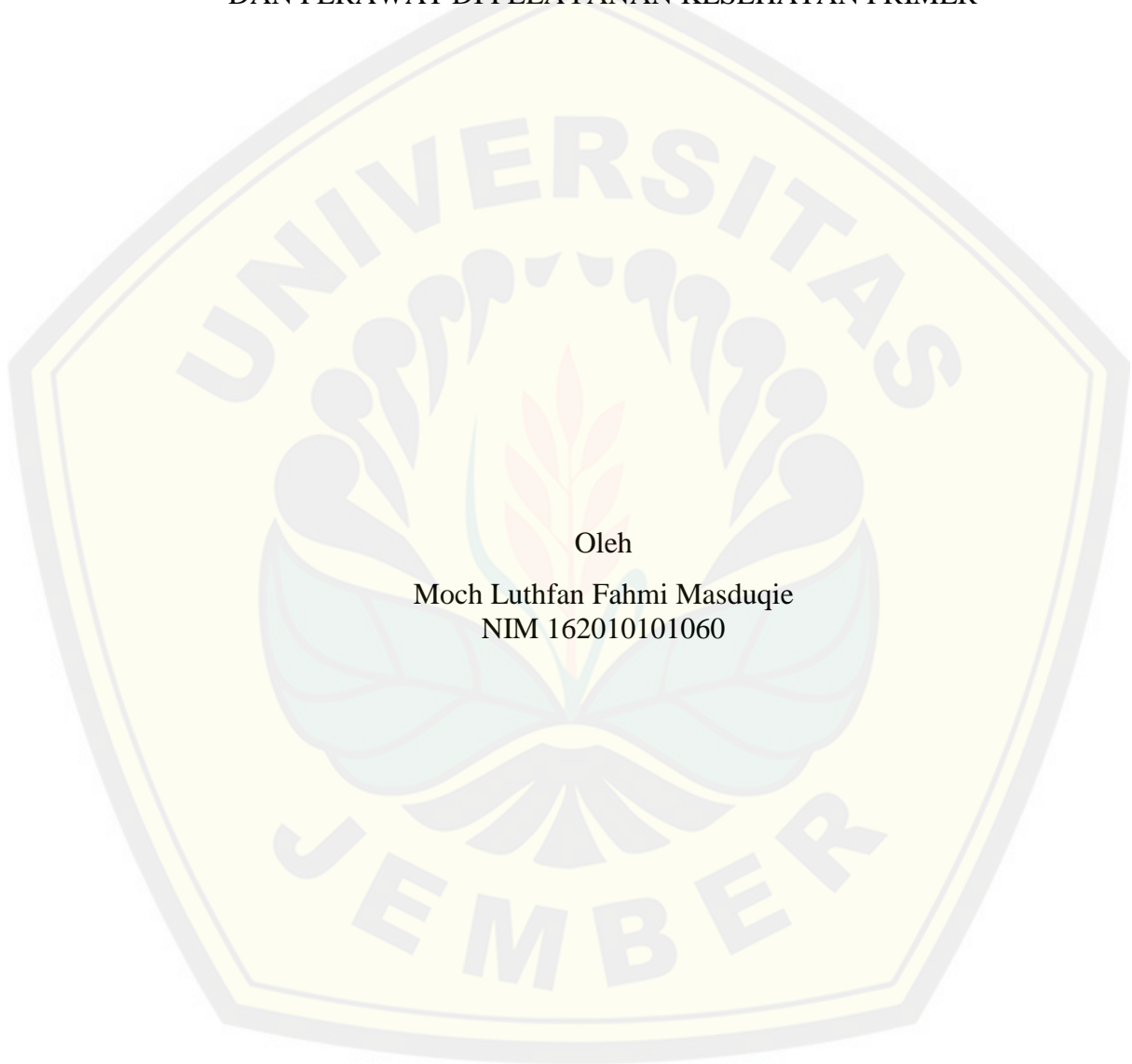
Yang menyatakan,

Moch Luthfan Fahmi Masduqie

NIM 162010101060

SKRIPSI

**HUBUNGAN STATUS PEKERJAAN DENGAN TINGKAT PENGETAHUAN
TENTANG PENANGANAN PERTAMA LUKA BAKAR OLEH DOKTER
DAN PERAWAT DI PELAYANAN KESEHATAN PRIMER**



Oleh

Moch Luthfan Fahmi Masduqie
NIM 162010101060

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama (DPU) : dr. Ulfa Elfiah, M. Kes., Sp.BP-RE (K) Burn

Dosen Pembimbing Anggota (DPA) : Dr. dr. Dina Helianti, M. Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Hubungan Status Pekerjaan Dengan Tingkat Pengetahuan Tentang Penanganan Pertama Luka Bakar oleh Dokter dan Perawat di Pelayanan Kesehatan Primer” telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Kamis, 13 Februari 2020

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Tim Penguji:

Ketua,

Anggota I,

dr. Rony Prasetyo, M.Kes
NIP 1968092720050111001

dr. Jauhar Firdaus, M.Biotek
NIP 198301252008121001

Anggota II,

Anggota III,

dr. Ulfa Elfiah, M. Kes., Sp.BP-RE (K) Burn
NIP. 197607192001122001

Dr. dr. Dina Helianti, M. Kes
NIP. 197411042000122001

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember

dr. Supangat, M.Kes., Ph.D., Sp.BA
NIP 19730424 199903 1 002

RINGKASAN

Hubungan Status Pekerjaan Dengan Tingkat Pengetahuan Tentang Penanganan Pertama Luka Bakar oleh Dokter dan Perawat di Pelayanan Kesehatan Primer; Moch Luthfan Fahmi Masduqie, 162010101060; 2020; 103 Halaman; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Pada tahun 2017 terdapat 180.000 orang meninggal akibat luka bakar. Kebanyakan korban meninggal berasal dari negara berkembang seperti Indonesia (WHO, 2017). Indonesia menunjukkan bahwa terdapat 3.518 kasus luka bakar pada tahun 2015 di 14 rumah sakit besar di Indonesia. Angka morbiditas dan mortalitas relatif tinggi pada luka bakar. Angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi salah satunya disebabkan oleh penanganan yang kurang adekuat (Harish *et al.*, 2018). Pengetahuan yang cukup baik pada dokter dan perawat sangat penting untuk perawatan pasien secara optimal sehingga dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas pasien luka bakar (Tay *et al.*, 2014). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan status pekerjaan, status kepegawaian dengan tingkat pengetahuan dokter dan perawat khususnya dalam melakukan penanganan pertama luka bakar terutama di pelayanan kesehatan primer.

Penelitian ini dilaksanakan di 7 Puskesmas Kabupaten Jember dengan sampel penelitian sebanyak 90 responden. Penelitian ini menggunakan metode analitik dengan variabel bebas yaitu status kepegawaian, pekerjaan sampingan. Sedangkan, variabel terikat pada penelitian ini yaitu tingkat pengetahuan dokter dan perawat dalam melakukan penanganan pertama di pelayanan kesehatan primer. Uji analisis korelasi pada penelitian ini menggunakan uji korelasi *Spearman*.

Penelitian ini menguji hubungan antara status pekerjaan, status kepegawaian dengan tingkat pengetahuan dokter dan perawat dalam melakukan penanganan pertama di pelayanan kesehatan primer. Sebanyak 48 orang (53%) berpengetahuan baik. Hasil uji korelasi *Spearman* didapatkan nilai signifikan antara pekerjaan sampingan dengan tingkat pengetahuan dengan nilai *p-value* <0.05 yaitu 0,041 dan diperoleh nilai koefisien korelasi negatif sebesar -0,438, sehingga hubungan kedua variabel tersebut bersifat tidak searah. Hal ini berarti dengan adanya pekerjaan sampingan akan menurunkan tingkat pengetahuan dalam penanganan pertama luka bakar di pelayanan kesehatan primer. Hasil uji korelasi *spearman* tidak menunjukkan hasil signifikan antara status kepegawaian dengan tingkat pengetahuan dengan nilai *p-value* >0,05 yaitu 0,289. Penurunan tingkat pengetahuan tentang penanganan pertama luka bakar di pelayanan kesehatan primer akibat dari pekerjaan yang terlalu banyak akan memicu stress tinggi yang menyebabkan depresi dan kecemasan yang akan berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang (Yosep, 2011).

Tingkat pengetahuan dokter dan perawat dalam melakukan penanganan pertama di pelayanan kesehatan primer menunjukkan hasil responden dalam kategori baik. Hasil uji korelasi antara pekerjaan sampingan dengan tingkat pengetahuan penanganan luka bakar didapatkan bahwa dengan adanya pekerjaan sampingan dapat menurunkan tingkat pengetahuan dokter dan perawat dalam melakukan penanganan pertama di puskesmas. Penelitian ini terbatas pada populasi dokter dan perawat di wilayah Puskesmas Kabupaten Jember sehingga perlu penelitian dengan populasi selain dari wilayah puskesmas seperti klinik umum, dokter praktik umum, maupun RS kelas D pratama yang berada di Kabupaten Jember.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Status Pekerjaan Dengan Tingkat Pengetahuan Tentang Penanganan Pertama Luka Bakar oleh Dokter dan Perawat di Pelayanan Kesehatan Primer”. Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada :

1. Allah SWT atas segala rahmat, hidayah, dan nikmat-Nya yang diberikan kepada saya;
2. Nabi Muhammad SAW yang menjadi suri tauladan;
3. orang tua saya, Moch Masduqie, S.H. dan Sihatun Na'imah yang selalu memberikan bimbingan, doa, kasih sayang, motivasi, serta pengorbanan yang dilakukan setiap langkah;
4. dr. Supangat, M.Kes., Ph.D., Sp.BA. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan selama menempuh studi Pendidikan Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
5. dr. Ulfa Elfiah, M. Kes., Sp.BP-RE (K) Burn, selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah meluangkan waktu, pikiran, arahan, nasehat dan tenaga dalam proses penyusunan skripsi ini;
6. Dr. dr. Dina Helianti, M. Kes., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, masukan, saran dan tenaga dalam proses penyusunan skripsi ini;
7. dr. Rony Prasetyo, M.Kes., selaku Dosen Penguji Utama dan dr. Jauhar Firdaus, M. Biotek., selaku Dosen Penguji Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan tenaga dalam proses penyusunan skripsi ini;
8. dr. Rena Normasari, M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing penulis selama menjadi mahasiswa;

9. kakak saya, Dewi Ni'ma Lailatul Qodria dan Mahdi Rizki Kamali yang selalu memberikan semangat dan motivasi bagi saya;
10. adik saya, Alif Rahma Rahmadani yang selalu memberikan semangat dan hiburan bagi saya;
11. sahabat saya, Dio Alif, Kholdan A, Astuti Setyawardani yang selalu mengingatkan saya untuk selalu semangat di setiap langkah yang saya ambil dan memberikan dukungan serta motivasi;
12. teman – teman saya, Wira, Osa, Alif Binangkit, Alif Taryafi, Ganes, Gede, Jona, Elvin, Fikri, Dika, Fachrizal, Miranda, Sefa, Ledi, Lintang, Belle, Ellen yang menemani mencari hiburan dan tempat bertukar pikiran;
13. jejak Ligamen yang telah berjuang bersama selama preklinik;
14. keluarga besar angkatan 2016 Ligamen Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
15. keluarga KKN 49 Sumber Pakem - Bondowoso;
16. semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari kata sempurna. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, 13 Februari 2020

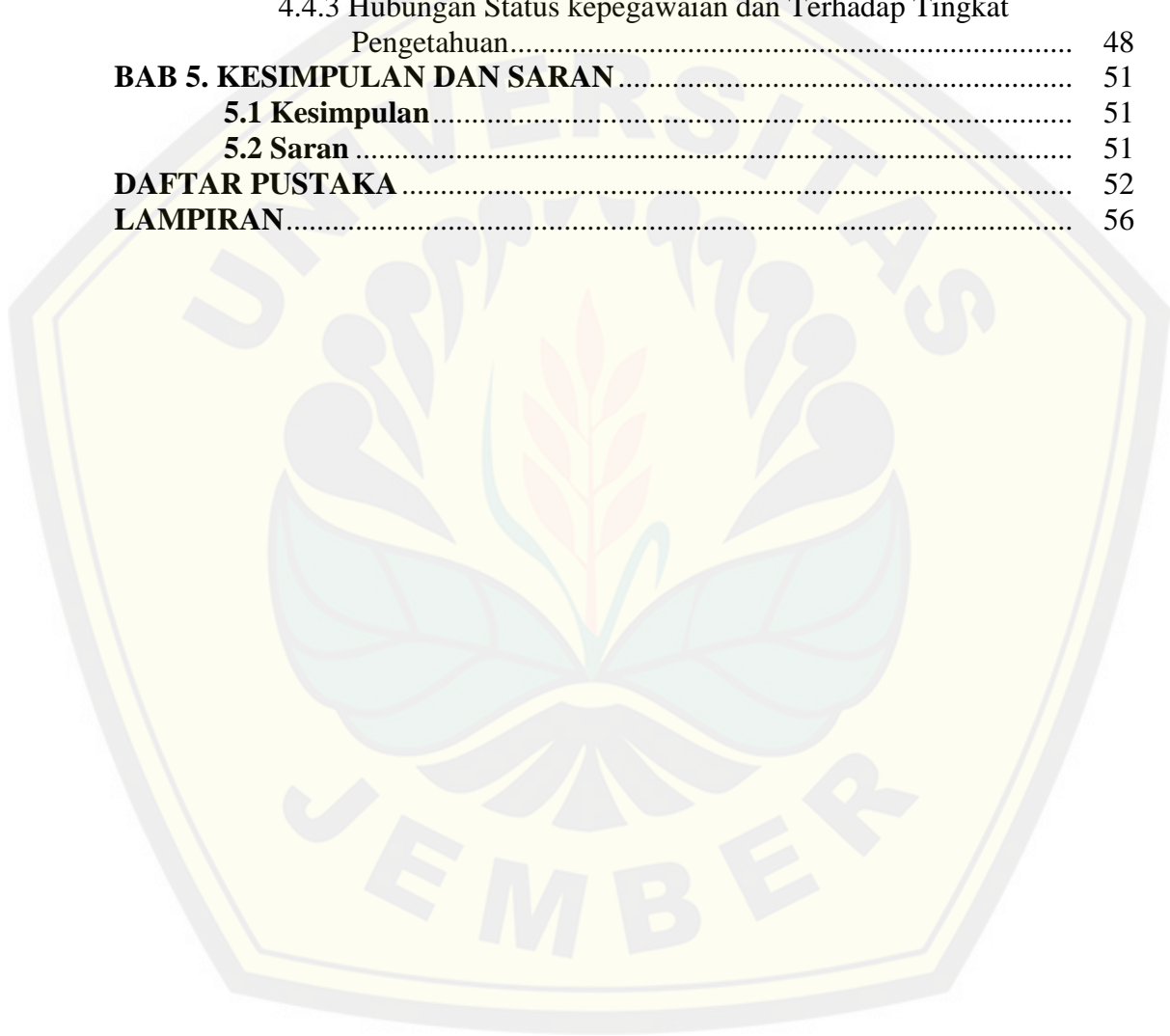
Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
HALAMAN PRAKATA	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Luka Bakar	5
2.1.1 Definisi Luka Bakar.....	5
2.1.2 Epidemiologi Luka Bakar	5
2.1.3 Etiologi Luka Bakar.....	6
2.1.4 Klasifikasi dan Gambaran Klinis Luka Bakar	8
2.1.5 Kriteria Rujukan	9
2.1.6 Penegakan Diagnosis Luka Bakar	11
2.1.7 Pertolongan Pertama Luka Bakar di Tempat Kejadian	11
2.2 Penanganan Pertama Luka Bakar di Puskesmas	13
2.2.1 Definisi Penanganan Pertama	13
2.2.2 Penatalaksanaan Penderita Luka Bakar Fase Akut.....	13
2.1.8 Perawatan Luka pada Luka Bakar	18
2.3 Pelayanan Kesehatan Primer	19
2.3.1 Definisi Pelayanan Kesehatan primer.....	19
2.3.2 Peran Pelayanan Kesehatan Primer Terhadap Penangan Luka Bakar	19
2.4 Tingkat Pengetahuan Dokter dan Perawat	20
2.4.1 Definisi Pengetahuan	20
2.4.2 Definisi Dokter dan Perawat.....	20

2.4.3 Peran Tenaga Medis terkait Penatalaksanaan Penanganan Pertama Luka Bakar.....	20
2.4.4 Tingkat Pengetahuan Tenaga medis dan Paramedis terkait Penanganan Pertama Pada Luka Bakar	21
2.5 Kerangka Konsep Penelitian	22
BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN	23
3.1 Jenis Penelitian	23
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	23
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	23
3.3.1 Populasi Penelitian.....	23
3.3.2 Sampel Penelitian	23
3.3.3 Besar Sampel	24
3.3.4 Teknik Pengambilan Sampel	24
3.4 Variabel dan Definisi Operasional	25
3.4.1 Variabel Penelitian.....	25
3.4.2 Definisi Operasional	25
3.5 Instrumen Penelitian	27
3.5.1 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel.....	27
3.5.2 Lembar Persetujuan	27
3.5.4 Kuesioner Demografi.....	27
3.5.5 Kuesioner Pengetahuan.....	27
3.6 Uji Validitas dan Reliabilitas	28
3.6.1 Uji Validitas	28
3.6.2 Uji Reabilitas	29
3.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	29
3.7.1 Sumber Data	29
3.7.2 Teknik Pengumpulan Data.....	29
3.8 Prosedur Penelitian.....	30
3.8.1 Uji Kelayakan Etik.....	30
3.8.2 Perizinan Penelitian	30
3.8.3 Pengambilan Data Penelitian	30
3.8.4 Pengolahan Data Primer Penelitian	31
3.9 Analisis Data	32
3.10 Alur Penelitian	33
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	34
4.1 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas.....	34
4.1.1 Hasil Uji Validitas	34
4.1.2 Hasil Uji Reliabilitas.....	35
4.2 Hasil Penelitian.....	35
4.2.1 Karakteristik Subjek Penelitian	35
4.2.2 Data Demografi Responden.....	36
4.2.3 Tingkat Pengetahuan Penanganan Pertama Luka bakar oleh Dokter dan Perawat	39
4.2.4 Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang Penanganan Pertama di Puskesmas oleh Dokter	41

4.2.5 Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang Penanganan Pertama Luka Bakar oleh Perawat	43
4.3 Analisis Data	44
4.3.1 Uji Korelasi Spearman.....	44
4.4 Pembahasan	45
4.4.1 Karakteristik Subjek Penelitian dan Tingkat Pengetahuan Dokter dan Perawat	45
4.4.2 Hubungan Status kepegawaian dan Terhadap Tingkat Pengetahuan.....	47
4.4.3 Hubungan Status kepegawaian dan Terhadap Tingkat Pengetahuan.....	48
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	51
5.1 Kesimpulan.....	51
5.2 Saran	51
DAFTAR PUSTAKA	52
LAMPIRAN	56



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Tingkat Keparahan Pada Luka Bakar	8
Tabel 2.2 Indikasi rujuk diunduh dari EMSB course oleh ANZBA	9
Tabel 3.1 Definisi Operasional	25
Tabel 4.1 Hasil Uji Validitas Instrumen	34
Tabel 4.2 Hasil Uji Reliabilitas	35
Tabel 4.3 Tabel Data Demografi Responden	36
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi dan Persentase Pengetahuan Dokter dan Perawat tentang Penanganan Pertama Luka Bakar	39
Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi dan Persentase Pengetahuan tentang Penanganan Pertama di Puskesmas	40
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Tiap Butir Pertanyaan Pengetahuan Dokter tentang Penanganan Pertama Luka Bakar	41
Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Tiap Butir Pertanyaan Pengetahuan Perawat tentang Penanganan Pertama Luka Bakar	43
Tabel 4.8 Hasil uji korelasi status kepegawaian dan tingkat pengetahuan	44
Tabel 4.9 Hasil uji korelasi pekerjaan sampingan dan tingkat pengetahuan	44

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2. 1 Luka bakar	5
Gambar 2. 2 Angka mortalitas akibat luka bakar di seluruh dunia.....	6
Gambar 2. 3 Gambaran dari <i>superficial partial thickness burn</i>	7
Gambar 2. 4 Gambaran dari <i>full thickness burn</i>	7
Gambar 2. 5 Klasifikasi Derajat Luka Bakar berdasar Kedalaman Luka Bakar .	9
Gambar 2. 6 Kerangka Konsep Penelitian	22
Gambar 2. 7 Alur Penelitian.....	32
Gambar 4.1 Grafik distribusi persebaran subjek penelitian berdasarkan pekerjaan pada responden.....	36
Gambar 4.2 Grafik Data Demografi Responden.....	38
Gambar 4.3 Grafik Dstribusi Tingkat Pengetahuan Dokter dan Perawat	40

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Lembar Kuisisioner	56
Lampiran 2 Persetujuan Komisi Etik FK UNEJ	64
Lampiran 3 Rekomendasi Penelitian Bakesbangpol Jember	65
Lampiran 4 Surat Ijin Uji Validasi Kuisisioner	66
Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan Kab. Jember.....	67
Lampiran 6 Surat Bebas Plagiasi	68
Lampiran 7 Tabel Data Demografi	69
Lampiran 8 Tabel Hasil Uji Validitas	75
Lampiran 9 Tabel Data Skor Kuisisioner	76
Lampiran 10 Hasil Uji Validitas	79
Lampiran 11 Hasil Uji Reliabilitas	84
Lampiran 12 Hasil Uji Korelasi <i>Spearman</i>	76
Lampiran 13 Dokumentasi Kegiatan	87

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Luka bakar (*Combustio*) merupakan salah satu kejadian trauma yang berupa kerusakan dan kehilangan jaringan yang disebabkan oleh paparan api, air panas, zat kimia, listrik, ledakan, dan radiasi (Kara, 2018). Berdasarkan data WHO *Global Burden Disease* tahun 2017 diperkirakan 180.000 orang meninggal akibat luka bakar. Kebanyakan korban meninggal berasal dari negara berkembang seperti Indonesia. Indonesia belum memiliki data epidemiologi untuk luka bakar secara resmi, namun data dari perhimpunan luka bakar di Indonesia menunjukkan pada tahun 2015 terdapat 3.518 kasus luka bakar di 14 rumah sakit besar di Indonesia (Roska *et al*, 2017). Data pasien luka bakar di Kabupaten Jember berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSD dr. Soebandi jember sebanyak 70 pasien dalam kurun waktu 2014 hingga 2016 (Elfiah dan Riasa, 2017).

Angka morbiditas dan mortalitas relatif tinggi pada luka bakar dibandingkan dengan trauma yang lain. Angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi dipengaruhi oleh luas dan dalamnya kulit yang terkena luka bakar, usia pasien, status kesehatan sebelumnya, dan penanganan pertama yang kurang adekuat (Harish *et al.*, 2018). Penanganan pertama yang kurang adekuat dapat menyebabkan terjadinya komplikasi serius. Penanganan pertama luka bakar ini berhubungan erat dengan pengetahuan dokter dan perawat di lapangan (Hatta *et al.*, 2015). Penanganan yang kurang optimal pada fase akut menyebabkan beberapa komplikasi yaitu dapat terjadi cedera inhalasi, edema pada saluran nafas, gangguan keseimbangan sirkulasi cairan dan elektrolit yang berdampak sistemik yang merupakan penyebab kematian utama pada fase akut. Pada fase lanjut banyak penderita yang mengalami kontraktur, jaringan parut yang hipertrofik, keloid, gangguan pigmentasi, dan deformitas akibat penanganan dokter dan perawat yang kurang optimal (Anggowarsito, 2014). Pengetahuan yang cukup baik pada dokter dan perawat sangat penting untuk perawatan pasien secara optimal sehingga dapat menurunkan

morbiditas dan mortalitas pasien luka bakar (Tay *et al.*, 2014). Pengetahuan dapat dipengaruhi beberapa faktor antara lain: usia, pendidikan, informasi yang pernah didapat, pengalaman, dan pekerjaan (Notoatmojo, 2011).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) No 05 tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer dan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomer 11 Tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia, menyatakan bahwa luka bakar masuk ke dalam satu dari 144 jenis penyakit yang harus tuntas ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti di puskesmas terlebih luka bakar derajat satu dan derajat dua. Pasien luka bakar juga tidak boleh langsung berobat ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan tingkat lanjut kecuali dalam keadaan gawat darurat medis atau *emergency* (BPJS, 2014).

Penelitian terkait dengan pengetahuan dokter dan perawat dalam penanganan pertama luka bakar sampai saat ini masih jarang sekali. Berdasarkan penelitian Poi Hoon Tai tahun 2014 mengenai survei pengetahuan penanganan pertama luka bakar oleh tenaga kesehatan di United Kingdom yang menunjukkan pengetahuan dalam penanganan pertama luka bakar oleh tenaga kesehatan masih kurang optimal. Penelitian di Indonesia yang melakukan evaluasi tentang tingkat pengetahuan dokter dan perawat dalam penanganan luka bakar masih sangat terbatas. Terdapat satu penelitian di Indonesia yang dilakukan oleh Henry Septian, namun hanya terbatas tentang tingkat pengetahuan perawat dalam pemberian resusitasi cairan pada luka bakar yang menunjukkan hasil yang kurang optimal. Sehingga dapat disimpulkan bahwa di Indonesia masih sangat terbatas penelitian yang membahas tentang tingkat pengetahuan tenaga kesehatan dalam penanganan pertama pada luka bakar yang lebih luas.

Mengingat pentingnya penanganan pertama luka bakar yang optimal dalam menurunkan morbiditas dan mortalitas pasien luka bakar, serta terbatasnya penelitian dan referensi tentang tingkat pengetahuan dalam penanganan pertama luka bakar oleh dokter dan perawat di Indonesia. Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan Status Pekerjaan Dengan Tingkat Pengetahuan

Tentang Penanganan Pertama Luka Bakar oleh Dokter dan Perawat di Pelayanan Kesehatan Primer”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang diatas, maka rumusan masalah oleh penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan antara status pekerjaan dengan tingkat pengetahuan tentang penanganan pertama luka bakar oleh dokter dan perawat di Puskesmas Kabupaten Jember?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum penelitian ini adalah menganalisis hubungan status pekerjaan dengan tingkat pengetahuan tentang penanganan pertama luka bakar oleh dokter dan perawat di Puskesmas Kabupaten Jember.

1.3.1 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a Mengetahui gambaran data demografi dan tingkat pengetahuan tentang penanganan pertama luka bakar oleh dokter dan perawat di Puskesmas Kabupaten Jember.
- b Mengetahui hubungan antara status kepegawaian, pekerjaan sampingan dengan tingkat pengetahuan tentang penanganan pertama luka bakar oleh dokter dan perawat di Puskesmas Kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut.

a Bagi ilmu Pengetahuan

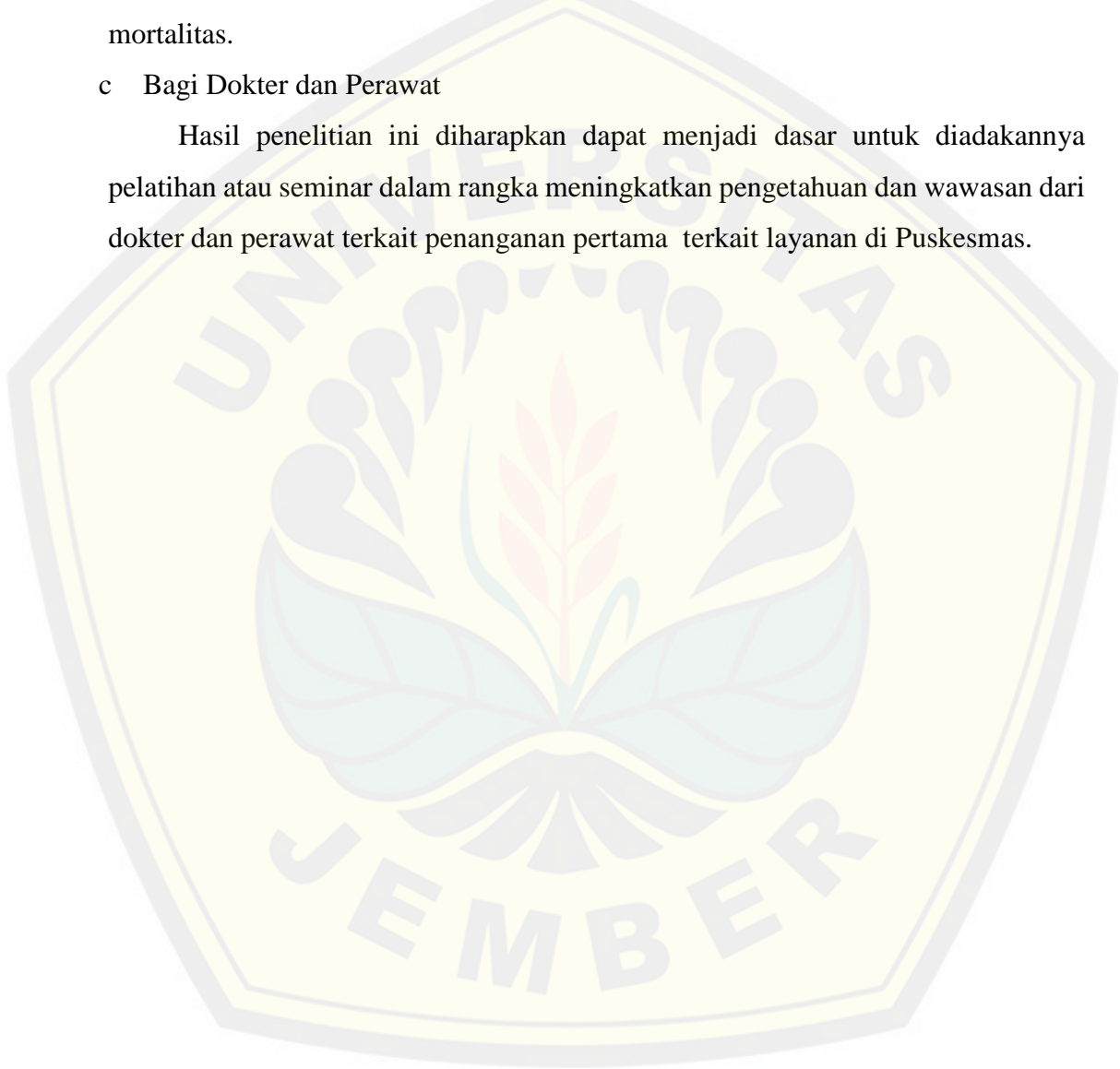
Penelitian ini diharap mampu menjadi bahan kajian serta materi pengembangan untuk tindakan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif pada penanganan luka bakar.

b Bagi instansi terkait

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan dasar untuk pembuatan *Standard Operating Procedure (SOP)* terkait penanganan pertama pasien luka bakar khususnya di puskesmas sehingga pasien luka bakar mendapatkan perawatan optimal yang pada akhirnya diharapkan dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas.

c Bagi Dokter dan Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar untuk diadakannya pelatihan atau seminar dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan wawasan dari dokter dan perawat terkait penanganan pertama terkait layanan di Puskesmas.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Luka Bakar

2.1.1 Definisi Luka Bakar

Luka bakar adalah suatu kondisi rusak atau hilangnya jaringan normal yang disebabkan oleh kontak langsung dengan sumber panas seperti kobaran api, terpapar air panas, kontak dengan benda panas, sengatan listrik, paparan dengan bahan kimia, dan paparan radiasi. Luka bakar dan luka akibat benda panas berkaitan dengan risiko tinggi kematian pada penderita (Kara, 2018).



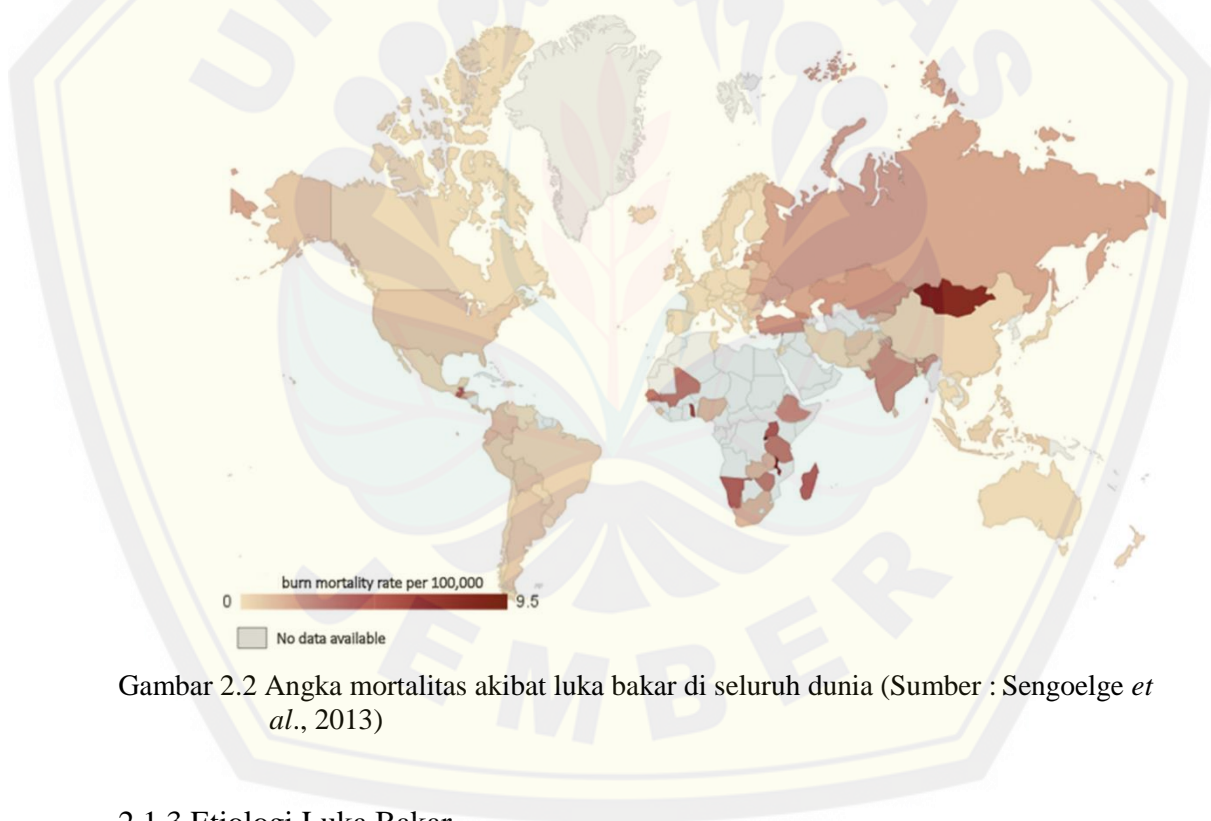
Gambar 2.1 Luka bakar (Sumber: Matsuura *et al.*, 2018)

2.1.2 Epidemiologi Luka Bakar

Berdasarkan data WHO *Global Burden Disease* pada tahun 2018 diperkirakan 180.000 orang meninggal akibat luka bakar, dan 30% pasien berusia kurang dari 20 tahun. Kebanyakan korban meninggal berasal dari negara berkembang, dan 80 persen terjadi di rumah. Indonesia belum memiliki data epidemiologi untuk luka bakar secara resmi, namun data dari perhimpunan luka bakar di Indonesia menunjukkan pada tahun 2015 terdapat 3.518 kasus luka bakar di 14 rumah sakit besar di Indonesia (Roska *et al.*, 2017). Data pasien luka bakar di

Kabupaten Jember berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSD dr. Soebandi jember sebanyak 70 pasien dalam kurun waktu 2014 hingga 2016 (Elfiah dan Riasa, 2017). Kasus kematian akibat luka bakar banyak terjadi di wilayah negara berkembang, seperti Asian tenggara, Afrika, serta Timur Tengah. Dampak jangka panjang dari luka bakar ialah dapat menyebabkan morbiditas pada pasien (WHO, 2008).

Angka Mortalitas pada penderita luka bakar di Indonesia cukup tinggi yaitu 27,6 persen (2012) di RSCM dan 26,41 persen (2012) di RS Dr. Soetomo (Martina dan Wardhana, 2013). Angka mortalitas akibat luka bakar di Indonesia dan beberapa negara di Asia Tenggara lainnya mencapai 0,3-2,6 per 100.000 populasi (Gambar 2.2) (Sengoelge *et al.*, 2013).



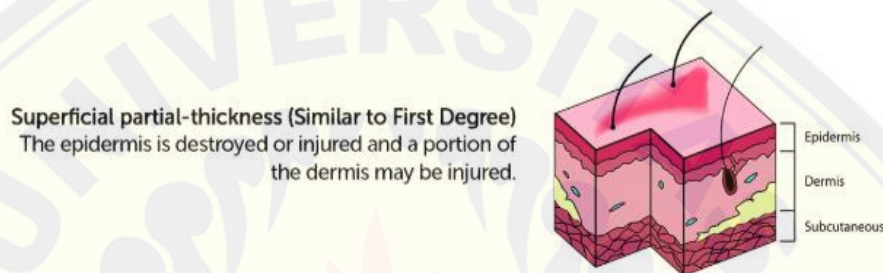
Gambar 2.2 Angka mortalitas akibat luka bakar di seluruh dunia (Sumber : Sengoelge *et al.*, 2013)

2.1.3 Etiologi Luka Bakar

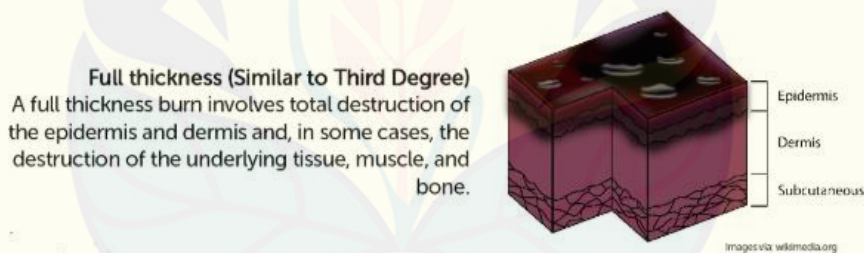
Moenadjat (2009) membagi etiologi luka bakar menjadi 4, yaitu luka bakar thermal, luka bakar akibat bahan kimia, aliran listrik, dan radiasi. Berikut penjelasan etiologi luka bakar:

a. Luka Bakar Thermal

Luka bakar thermal merupakan luka bakar disebabkan oleh paparan panas yang berlebih, seperti kontak langsung dengan air panas (*scald burn*), permukaan benda yang panas, hingga kobaran api (*flame burn*). Luka bakar jenis ini dapat merusak kulit hingga bagian epidermis, sehingga dapat digolongkan sebagai luka bakar grade I (*Superficial Partial Thickness Burn*). Luka bakar jenis ini dapat menyebabkan pasien mengalami luka hingga bagian subkutis, sehingga dapat digolongkan sebagai luka bakar grade III (*Full Thickness Burn*) (Belleza, 2016).



Gambar 2. 3 Gambaran dari superficial partial thickness burn (Sumber: Belleza, 2016)



Gambar 2. 4 Gambaran dari full thickness burn (Sumber: Belleza, 2016)

b. Luka Bakar akibat Bahan Kimia

Luka bakar kimia biasanya disebabkan oleh alkali atau asam kuat yang biasa digunakan dalam bidang industri pembersih yang biasa digunakan untuk keperluan rumah tangga dan industri militer (Moenadjat, 2009).

c. Luka Bakar akibat Aliran Listrik

Listrik dapat menyebabkan kerusakan yang dibedakan akibat dari arus, ledakan dan api. Luka bakar ini dapat dibagi menjadi 2 kategori berdasar kekuatan tegangannya yaitu lebih dari 1.000 volt (*high voltage*) dapat mengakibatkan terbentuknya ulser dan *scars* dan kurang dari 1.000 volt (*low voltage*) luka bakar terbatas pada kulit namun dapat merusak hingga jaringan lebih dalam. Pada kasus

luka bakar akibat sambaran petir, area nekrosis dimulai dari arus masuk dan berjalan mengikuti aliran (Moenadjat, 2009).

d. Luka Bakar akibat Radiasi

Luka bakar ini disebabkan karena paparan dari sumber material radioaktif. Paparan radioaktif dalam dosis tinggi dapat menyebabkan kematian sel mendadak. Jenis *injury* ini disebabkan oleh penggunaan radio aktif untuk keperluan terapeutik dalam dunia industri dan kedokteran. Terpapar matahari dengan waktu yang lama juga akan menyebabkan kerusakan pada kulit (Moenadjat, 2009).

e. Luka Bakar akibat Ledakan

Luka bakar ini disebabkan oleh bahan peledak tinggi seperti, *trinitrotuene* (TNT), *C4*, *dynamite* yang menghasilkan tekanan yang sangat tinggi dan mempunyai suhu sekitar 3000 derajat *Celsius*. Keparahan korban ledakan tergantung pada sifat bahan peledak yang digunakan (Greenwood, 2010)

2.1.4 Klasifikasi dan Gambaran Klinis Luka Bakar

Klasifikasi luka bakar berdasarkan kedalaman luka bakar menjadi 3 derajat (Gambar 2.5). Berikut klasifikasi luka bakar:

a Derajat I: *Superficial Partial Thickness Burn*

Pada derajat ini hanya lapisan epidermis yang mengalami kerusakan yang menimbulkan warna kemerahan dan nyeri di permukaan kulit. Luka bakar pada derajat I akan sembuh dalam 3-6 hari dan tidak menimbulkan jaringan parut saat *remodeling* (Barbara *et al.*, 2013).

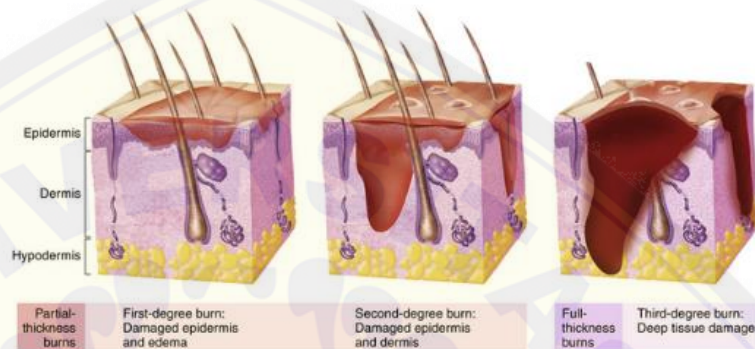
b Derajat II : *Deep Partial Thickness Burn*

Luka bakar pada derajat II melibatkan seluruh lapisan pada epidermis dan sebagian dermis yang akan menimbulkan bula pada kulit, warna kemerahan, sedikit *edema* dan nyeri berat. Namun bila ditangani dengan baik, luka bakar pada derajat II akan sembuh dalam 7 sampai 20 hari dan akan meninggalkan jaringan parut (Barbara *et al.*, 2013).

c Derajat III : *Full Thickness Burn*

Luka bakar pada derajat III menyebabkan kerusakan pada lapisan dalam kulit termasuk tulang, tendon, saraf dan sampai ke jaringan otot. Kulit akan terlihat

kering dan mungkin terdapat bula berdinding tipis, dengan tampilan luka yang beragam dari warna, putih, merah terang sampai tampak seperti arang. Nyeri yang dirasakan terbatas akibat dari hancurnya ujung saraf pada dermis. Penyembuhan luka yang terjadi sangat lama dan mungkin membutuhkan donor kulit (Barbara *et al.*, 2013).



Gambar 2. 5 Klasifikasi Derajat Luka Bakar berdasar Kedalaman Luka Bakar (Sumber: Patton dan Thibodeau, 2013)

American Burn Association tahun 2018 mengklasifikasikan tingkat keparahan pada luka bakar menjadi 3 berdasarkan luas permukaan, penyebab, dan luas luka bakar dilihat dari persentase TBSA, yaitu luka bakar minor (ringan), moderate (sedang), dan mayor (berat) seperti pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Tingkat Keparahannya Pada Luka Bakar

Luka Bakar Ringan	Luka Bakar Sedang	Luka Bakar Berat
1. Luka bakar derajat II < 10% pada dewasa	1. Luka bakar derajat II 10-20% pada orang dewasa	1. Luka bakar derajat II 20% atau lebih pada dewasa
2. Luka bakar derajat II < 5% pada anak – anak atau dewasa tua (>50 th)	2. Luka bakar derajat II 5-10% pada anak - anak atau dewasa tua (>50 th)	2. Luka bakar derajat II 10% atau lebih pada anak – anak atau dewasa tua (>50 th)
3. Luka bakar derajat III < 2%	3. Luka bakar derajat III 2-5%	3. Luka bakar derajat III >5% atau lebih
		4. Luka bakar mengenai tangan, wajah, telinga, mata, kaki dan genitalia/perineum.

(Sumber: American Burn Association, 2018)

2.1.5 Kriteria Rujukan

Menurut Kemenkes RI tentang pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana luka bakar tahun 2019. Terdapat beberapa hal yang harus diperhatikan dalam kasus luka bakar, berikut kriteria rujukan:

- a. Pasien dengan luka bakar dengan luas dan dalam harus mendapatkan perawatan yang lebih intens yaitu dengan merujuk ke RS yang memiliki fasilitas sarana pelayanan luka bakar yang memadai.
- b. Sebelum dilakukan transfer pasien, harus dilakukan assessment segera dan stabilisasi di rumah sakit yang terdekat.
- c. Tata laksana awal mencakup survei primer dan sekunder serta evaluasi pasien untuk kemungkinan rujukan
- d. Seluruh assessment dan tata laksana yang diberikan harus dicatat sebelum dilakukan transfer pasien ke unit luka bakar.
- e. lakukan komunikasi via telepon segera dengan unit tujuan rujuk sebelum transfer pasien ke rumah sakit.

Tabel 2.2 Indikasi rujuk diunduh dari EMSB course oleh ANZBA

No	Kriteria Rujuk
1	Luka bakar lebih dari 10% Total Body Surface Area (TBSA)
2	Luka bakar lebih dari 5% TBSA pada anak
3	Luka bakar full thickness lebih dari 5% TBSA
4	Luka bakar pada area khusus (Wajah, tangan, kaki, genitalia, perineum, sendi utama, dan luka bakar yang mengelilingi ekstremitas serta luka bakar pada dada)
5	Luka bakar dengan trauma inhalasi
6	Luka bakar listrik
7	Luka bakar karena zat kimiawi
8	Luka bakar dengan penyakit yang menyertai sebelumnya
9	Luka bakar yang disertai trauma mayor
10	Luka bakar pada usia ekstrem: anak sangat muda dan orang tua
11	Luka bakar pada wanita hamil
12	Luka bakar bukan karena kecelakaan

2.1.6 Penegakan Diagnosis Luka Bakar

Diagnosis dapat dimulai dengan primary survei. Diagnosis luas luka bakar dan kedalaman luka juga dapat membantu dalam menentukan estimasi resusitasi cairan IV yang dibutuhkan. Derajat kedalaman luka bakar dapat dilihat dari lapisan kulit yang terkena, tergolong menjadi derajat I, II, dan III. Luas permukaan luka bakar dapat ditentukan dengan mengukur persentase *Total Body Surface Area* (TBSA) menggunakan beberapa metode antara lain metode yang digunakan untuk menghitung TBSA luka bakar adalah *Lund and Browder Chart*, *Rule of Nine* dari Wallace, atau rumus telapak tangan (Bittner *et al.*, 2016).

2.1.7 Pertolongan Pertama Luka Bakar di Tempat Kejadian

Kecepatan dan ketepatan dalam penanganan pertama harus dilakukan dengan baik sehingga morbiditas dan mortalitas pada penderita dapat dicegah. Pada dasarnya, penanganan pertama kasus luka bakar memiliki prinsip dasar yang sama. Namun, setiap kategori luka bakar memiliki beberapa hal yang perlu ditangani secara khusus (Shrivastava dan Goel, 2010). Menurut Fitriana tahun 2014, pada tindakan penatalaksanaan luka bakar terdapat beberapa prioritas tatalaksana dalam mengatasi kegawatan pasien, diantaranya:

a. Menjauhkan korban dari sumber panas.

Korban luka bakar harus segera dibebaskan dari sumber panas dan dipindahkan ke area yang aman. Lakukan tindakan “*STOP and DROP*” (hentikan dan jatuhkan) untuk memadamkan api pada seluruh benda yang menempel di tubuh korban.

b. Irigasi

Alirkan air biasa ke daerah yang terdapat luka bakar. Jika ada bahan kimia alirkan air terus menerus selama 20 menit atau lebih. Jika pasien mengalami luka bakar ringan, segera lakukan irigasi dengan air mengalir yang bersuhu 8-15 derajat Celcius pada area luka selama 20 menit pada 15 menit pertama pasca paparan sumber panas (Yasti *et al.*, 2015)

c. Lepaskan pakaian dan perhiasan

Jika pakaian pasien masih melekat pada luka bakar segera gunting pakaian yang disekitarnya yang tidak menempel dengan luka bakar. Jangan memaksa untuk melepaskannya.

d. Meredakan Nyeri

Dengan tindakan pendinginan menggunakan air mengalir pada area luka bakar selama 20 menit dan menutupnya dengan bahan yang steril dapat mengurangi rasa nyeri yang timbul (Cox dan Rode, 2015).

e. Jangan memecahkan bula (*blisters*) pada luka bakar.

Tindakan memecahkan bula sedini mungkin masih menjadi perdebatan. Oleh sebab itu, tindakan ini perlu dilakukan oleh tim medis spesialis luka bakar dan tidak boleh dilakukan oleh awam (Shrivastava dan Goel, 2010).

f. Hindari kontaminasi dengan menutup luka bakar

Area luka bakar harus dibungkus dengan bahan yang bersih, kedap udara, kering, dan tentunya dengan bahan yang steril. Selain itu, bahan yang bersifat transparan dapat memudahkan inspeksi luka. Menurut Shrivastava dan Goel tahun 2010 dalam jurnalnya, tujuan dari membungkus luka bakar antara lain:

1. Meminimalisir kontaminasi dengan melindungi luka bakar dari infeksi sekunder.
2. Mengurangi nyeri akibat paparan udara di lingkungan terhadap jaringan saraf yang mengalami kerusakan (pada luka bakar grade II / *Partial Thickness Burn*).
3. Memberikan perlindungan selama transportasi ke rumah sakit.

g. Periksa adakah cedera lainnya

Pada korban yang diduga mengalami trauma pada kepala dan tulang belakang perlu dilakukan immobilisasi secara tepat agar tidak memperparah trauma.

h. Tenangkan korban.

Psikologis korban juga harus diperhatikan, namun keluarga korban juga perlu ditenangkan agar tindakan dapat dilakukan dengan tepat.

i. Rujuk

Rujuk jika pasien mengalami syok hipovolemik dan komplikasi lainnya

2.2 Penanganan Pertama Luka Bakar di Puskesmas

2.2.1 Definisi Penanganan Pertama

Penanganan pertama merupakan pemberian penanganan dengan segera kepada pasien yang sakit atau cedera yang membutuhkan bantuan medis dasar. Medis dasar yang dimaksud adalah tindakan perawatan yang berdasarkan ilmu kedokteran yang mungkin dapat dimiliki oleh orang awam. Pemberian medis dasar ini penolong saat pertama kali tiba di tempat kejadian harus memiliki kemampuan yang terlatih dalam penanganan medis (Shrivastava dan Goel, 2010). Penanganan pertama ini bertujuan untuk menyelamatkan jiwa korban, mencegah kecacatan yang akan timbul, dan memberikan rasa aman dan nyaman untuk menunjang proses penyembuhan (Shrivastava dan Goel, 2010).

2.2.2 Penatalaksanaan Penderita Luka Bakar Fase Akut

Menurut Fitriana (2014) Sebelum melakukan pertolongan pertama, petugas medik diharuskan menggunakan alat pelindung diri (sarung tangan, goggle glass, dan baju pelindung khusus) sebelum menangani pasien. Penatalaksanaan prehospital pasien luka bakar di rumah sakit yaitu dengan *primary survey* dan *secondary survey* antara lain :

1. Survei Primer

Survei Primer terdiri dari *airway*, *breathing*, *circulation*, *disability*, dan *exposure*.

a) *Airway* :

Adanya masalah pada jalan nafas baik aktual maupun potensial karena benda asing, darah, muntah, cairan dan lidah jatuh. Pada kasus luka bakar perlu dicurigai adanya pembengkakan faring/laring akibat cedera inhalasi, biasanya dimanifestasikan dengan suara stridor. Jika terjadi gangguan pada *Airway* setelah memeriksa jalan nafas maka hal yang harus dilakukan adalah

bersihkan jalan nafas dan segera lakukan *head tilt, chin lift* dan *jaw thrust* dan manajemen trauma servikal (Anggowarsito, 2014).

b) *Breathing* dan Ventilasi

Setelah memeriksa saturasi oksigen maka hal yang harus dilakukan berikan O₂ tekanan tinggi (15L/i) dengan masker *non rebreathing*. Adanya kesulitan bernafas, masalah pada pengembangan dada terkait keteraturan dan frekuensinya. Adanya suara nafas tambahan ronchi, wheezing atau stridor (Anggowarsito, 2014).

c) *Circulation* dan Kontrol Pendarahan :

Warna kulit tergantung pada derajat luka bakar, melambatnya *capillary refill time*, hipotensi, mukosa kering, nadi meningkat yang merupakan tanda syok. Setelah pemeriksaan maka hal yang harus dilakukan adalah pemasangan 2 IV *Line* dengan jarum infus besar pada daerah yang tidak mengalami luka bakar (Anggowarsito, 2014).

d) *Disability* (Pemeriksaan Neurologis) :

Perlu dilakukan pemeriksaan neurologis. Bisa terjadi penurunan kesadaran, GCS menurun, ukuran pupil anisokor, reaksi pupil terhadap cahaya negatif (Anggowarsito, 2014).

e) *Exposure*

Suhu tubuh hipotermi, persentase luas luka bakar, adanya injury atau kelainan yang lain.

f) Resusitasi Cairan (*Fluid*):

Resusitasi cairan perlu diberikan secara adekuat. Jumlah cairan diberikan sesuai dengan derajat luka bakar yang mempertimbangkan luas serta kedalaman luka bakar. Pada penanganan perbaikan sirkulasi pada luka bakar dikenal beberapa formula seperti ; *Evans Formula, Brooke Formula, Parkland Formula, Modifikasi Formula, Monafo Formula*. Namun rumus yang sering dipakai yaitu rumus *baxter*: Kebutuhan Cairan = 4 cc x BB (dalam Kg) x Luas Luka Bakar (%).

Pada kasus luka bakar, resusitasi cairan diberikan dengan cairan RL (Ringer Lactate) dengan melalui jalur intravena (ukuran 16 G untuk dewasa),

diutamakan untuk dipasang pada kulit yang tidak terkena luka bakar. Penghitungan jumlah cairan resusitasi yang diberikan pada pasien luka bakar dengan memberikan cairan dengan menggunakan *Parkland Formula* yang dimodifikasi (*Formula Baxter*) yaitu : $RL\ 4cc / KgBB / \% \text{ Luas Luka Bakar} / 24 \text{ jam} + \text{dextran } 500 - 1000 \text{ ml}$ (setelah 18 jam). Setengah pertama dari cairan diberikan 8 jam pertama, dihitung dari awal terjadinya luka bakar. Setengah kedua dari cairan diberikan 16 jam kemudian. Pantau adekuatnya resusitasi dengan melihat urin output, EKG, nadi, tekanan darah, laju pernapasan dan saturasi. Sedangkan parameter keberhasilan dari pemberian resusitasi cairan adalah melalui penilaian *urine output* (UO) pasien luka bakar (Yasti *et al.*, 2015). Resusitasi dapat dikatakan berhasil jika UO pasien luka bakar anak mencapai 1 mL/kgBB/jam (Yasti *et al.*, 2015). Tujuan dari resusitasi cairan salah satunya untuk mencegah syok dengan memberikan cairan yang adekuat tanpa *overload system vaskuler* atau tanpa edema. Selain itu resusitasi cairan juga berfungsi mempertahankan volume dalam sirkulasi karena penting untuk CO, perfusi organ atau jaringan, mencegah terjadinya iskemia pada organ dan komplikasi lainnya. Fungsi yang terakhir adalah mempertahankan perfusi jaringan pada zona stasis dan mencegah luka bakar menjadi lebih luas atau dalam (Yasti *et al.*, 2015).

b. Survei Sekunder

Survei sekunder terdiri dari tiga macam yaitu pemeriksaan fisik / lengkap mulai dari kepala sampai kaki, history, dan prinsip penanganan. Pemeriksaan dilaksanakan setelah kondisi mengancam nyawa diyakini tidak ada atau telah diatasi. Tujuan akhirnya adalah menegakkan diagnosis yang tepat. (Kemenkes, 2019)

1. History

Melakukan penelusuran riwayat kejadian dengan menanyakan hal-hal sesuai dengan A-M-P-L-E.

a) Alergi

Adakah alergi terhadap makanan atau obat-obatan tertentu. Alergi terhadap obat atau makanan dapat dijadikan acuan pada pemberian

terapi obat untuk menghindari adanya reaksi alergi yang dapat memperburuk kondisi pasien.

b) *Medication* (obat-obat yang sedang dikonsumsi)

Mengetahui obat-obat yang dikonsumsi dapat mengindikasikan penyakit penyerta yang diderita pasien serta pertimbangan terhadap interaksi obat terapi yang akan diberikan.

c) *Past medical history* (Riwayat Penyakit)

Merupakan riwayat penyakit yang mungkin pernah diderita pasien sebelum mengalami luka bakar. Resiko kematian akan meningkat jika pasien mempunyai riwayat penyakit kardiovaskuler, paru, DM, neurologis atau penyalahgunaan obat dan alkohol.

d) *Last oral intake*

Masukan oral terakhir, apakah benda padat atau cair. Mengetahui intake oral terakhir dapat dijadikan pertimbangan pada pengkajian resiko aspirasi atau sumbatan jalan nafas.

e) *Environment*

Untuk mengetahui kondisi lingkungan saat pasien mengalami luka bakar dan mengetahui bagaimana mekanisme trauma yang terjadi.

2. Setelah melakukan anamnesis yang ringkas maka dilakukan pemeriksaan *head to toe examination* merujuk pada pemeriksaan sekunder ATLS course (advanced trauma life support). untuk mencari kelainan lain yang ada baik sebelum kejadian sebagai komorbid atau hal-hal yang terjadi saat kejadian sebagai trauma multiple yang dapat menjadi penyulit.

a) Kepala

Bentuk kepala, penyebaran rambut, perubahan warna rambut setelah terkena luka bakar, adanya lesi akibat luka bakar, grade dan luas luka bakar.

b) Leher

Catat posisi trakea dan denyut nadi karotis biasanya meningkat sebagai kompensasi untuk mengatasi kekurangan cairan.

c) Dada

Inspeksi bentuk thorak, irama pernapasan, ireguler, ekspansi dada tidak maksimal, vokal fremitus rendah karena cairan yang masuk ke paru, suara nafas tambahan wheezing, ronkhi, dan sebagainya.

d) Abdomen

Inspeksi bentuk perut dan palpasi adanya nyeri pada area epigastrium yang mengindikasikan adanya gastritis.

e) Ekstremitas

Catat adanya atropi, amati kesimetrisan otot bila terdapat luka bakar pada muskuloskeletal dan kekuatan otot biasanya juga menurun.

Setelah

3. Prinsip Penanganan

- a) Hentikan proses yang menyebabkan luka bakar: lepas semua pakaian, irigasi dengan air, lepaskan kontak elektrik.
- b) Resusitasi cairan harus ditentukan oleh luas luka dan berat badan menggunakan cairan fisiologis dan koloid
- c) Tanda vital biasanya tekanan darah dapat menurun, nadi cepat, hipotermi, dan pernapasan lemah.
- d) Pemasangan nasogastric tube >20% TBSA
- e) Pemasangan kateter urin
- f) Manajemen nyeri
- g) Lanjutkan pemberian ventilator
- h) Pemberian tetanus toksoid
- i) Timbang berat badan
- j) Pencucian luka di kamar operasi
- k) *Escharotomy dan fasciotomy*

Langkah berikutnya adalah selalu melakukan monitoring dan re-evaluasi terhadap status *Airway-Breathing-Circulation*, penurunan kesadaran, resusitasi cairan yang diberikan sudah adekuat atau belum, bila perlu menilai ulang pemeriksaan *imaging* dan catat kualitas produksi dari urin serta diwaspadai terjadinya myoglobinuria (Yasti *et al.*, 2015).

2.2.3 Perawatan pada Luka Bakar

Menurut Kemenkes RI tentang pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana luka bakar tahun 2019. Salah satu manajemen luka bakar adalah penggunaan balutan atau *wound dressing*. Dalam Pemilihan pembalut luka (*dressing*) harus menyerupai fungsi normal kulit yaitu sebagai proteksi, menghindari eksudat, mengurangi nyeri lokal, respon psikologis baik, dan mempertahankan kelembaban dan menghangatkan guna mendukung proses penyembuhan. Penutupan luka dengan pembalut luka modern seperti *Transparent Film Dressing (Cling Film)*, *Foam Dressing*, *Hydrogel*, dan yang terbaru *Nano Crystalline Silver*, memiliki kelebihan mudah dipakai, tidak nyeri saat diganti, bacterial barrier, lembab dan hangat, dan membantu proses penyembuhan luka.

Selain pemasangan balutan, pembersihan luka pada trauma luka bakar juga merupakan salah satu langkah terpenting untuk manajemen dan pencegahan infeksi pada luka serta membantu untuk memulai proses penyembuhan luka. Jika ada luka yang terkontaminasi atau terinfeksi, pembersihan harus dilakukan secara agresif, menyeluruh, dan sesering mungkin untuk menghilangkan *biofilm* yang terdapat pada luka. Namun, dalam beberapa kasus, ketika *biofilm* tidak menanggapi irigasi, eksisi bedah dengan debridement disarankan untuk mencegah terjadinya infeksi yang diinduksi oleh *biofilm*. Hanya jaringan yang mati dan tight debris yang dibuang saat prosedur STSG, kemudian irigasi dilakukan kembali selama beberapa hari dan dinilai ulang untuk kemungkinan debridement lebih lanjut (Kemenkes, 2019).

Dalam melakukan irigasi penggunaan air keran biasa aman dan efektif untuk melakukan pembersihan dan irigasi luka baka. Namun, penelitian juga menemukan bahwa *saline* lebih bermanfaat dibandingkan air keran dalam prosedur irigasi luka bakar. Akan tetapi jenis cairan apapun dapat digunakan untuk pembersihan luka selama cairan tersebut steril atau mempunyai sedikit dekontaminasi. Irigasi cairan pada luka bakar harus dilakukan secara rutin (Kemenkes, 2019).

2.3 Pelayanan Kesehatan Primer

2.3.1 Definisi Pelayanan Kesehatan primer

Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat *non specialistic* (primer) meliputi pelayanan rawat jalan maupun rawat inap. Pelayanan kesehatan primer atau Primary Health care (PHC) merupakan strategi yang dapat digunakan untuk menjamin tingkat minimal dari pelayanan kesehatan bagi semua penduduk. Tujuan dari Pelayanan Kesehatan primer atau *Primary Health care* (PHC) antara lain meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani, Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata bermutu dan berkeadilan, Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan (Rahma *et al.*, 2015). Fasilitas kesehatan yang termasuk faskes tingkat pertama antara lain puskesmas, praktik dokter umum, praktik dokter gigi, klinik umum, RS kelas D pratama (JKN, 2019)

2.3.2 Peran Pelayanan Kesehatan Primer Terhadap Penanganan Luka Bakar

Ada sekitar 144 jenis penyakit yang dapat ditangani di faskes tingkat pertama dan ditanggung oleh bpjs kesehatan. Pada luka bakar dengan derajat 1 dan 2 masuk dalam 144 jenis penyakit yang dapat ditangani di faskes tingkat pertama. 144 penyakit ini harus tuntas dilayani di fasilitas kesehatan primer, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer dan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomer 11 Tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia. Setiap pasien harus memperoleh pelayanan kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Di era jaminan kesehatan nasional pasien dengan diagnosa salah satu penyakit seperti, luka bakar yang masuk diantara 144 jenis penyakit tidak boleh langsung berobat ke rumah sakit atau ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan kecuali dalam keadaan gawat darurat medis atau *emergency* (BPJS, 2014).

2.4 Tingkat Pengetahuan Dokter dan Perawat

2.4.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu setelah seseorang dalam melakukan penginderaan suatu objek tertentu. Penginderaan yang terjadi melalui pancaindra manusia yaitu indra penglihatan, indra penciuman, indra pendengaran, indra rasa, dan indra raba. Pengetahuan juga bisa diartikan sebagai informasi yang terus menerus diperlukan seseorang untuk memahami pengalaman. Pengetahuan dapat dipengaruhi beberapa faktor antara lain: usia, pendidikan, informasi yang pernah didapat, pengalaman, dan pekerjaan (Notoatmojo, 2011).

2.4.2 Definisi Dokter dan Perawat

Dokter adalah lulusan pendidikan kedokteran di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Dokter merupakan tenaga yang ahli dalam bidang kedokteran dengan fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan medis menyeluruh kepada pasien dengan kualitas sebaik-baiknya dengan menggunakan cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran disertai etik yang berlaku serta dapat dipertanggung jawabkan. Dalam masyarakat, dokter dapat bekerja di puskesmas, rumah sakit, ataupun klinik pribadinya (KKI, 2012)

Menurut Undang-Undang Nomor 38 tahun 2014 Perawat adalah seorang dalam bidang kesehatan yang bertugas membantu dokter dalam hal menangani dalam melakukan perawatan pada pasien dan merawat pasien untuk meningkatkan kualitas hidup. Perawat merupakan orang yang bekerja di lingkungan kesehatan sebagai pembantu dokter.

2.4.3 Peran Tenaga Medis Terkait Penatalaksanaan Penanganan Pertama Luka Bakar

Sebagai dokter dan perawat yang berperan sebagai pelayanan kesehatan harus memprioritaskan kualitas hidup pasien sehingga morbiditas dan mortalitas dapat dicegah. Masalah yang sering timbul pada fase *emergency* menyebabkan kesulitan pada tenaga medis dan perawat melakukan perawatan luka bakar pasien

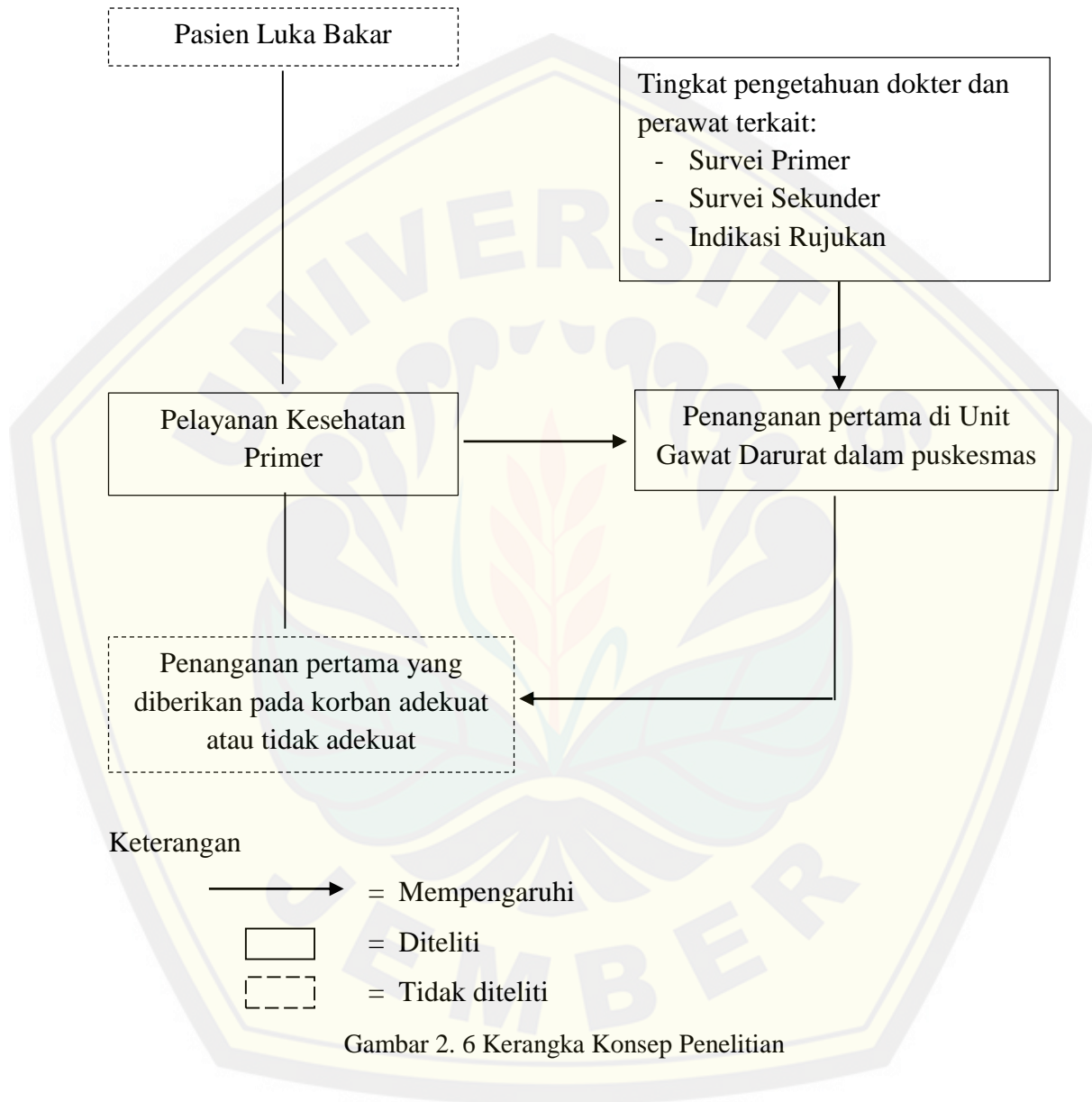
tersebut. Penanganan pertama dari tenaga medis dan paramedis sangat dibutuhkan dalam mengatasi masalah pasien khususnya hemodinamik pasien selama 24-48 jam pertama. Pada penanganan pertama paramedis (perawat) berperan penting dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien luka bakar dengan masalah yang ada. Perawat juga dituntut melakukan pengkajian, evaluasi, serta intervensi. Banyaknya masalah keperawatan yang muncul pada pasien luka bakar berdampak terhadap kesulitan dan kebingungan perawat. Perawat merasa bingung dalam menentukan prioritas masalah yang dihadapi (Harish *et al.*, 2018).

2.4.4 Tingkat Pengetahuan Tenaga Medis dan Paramedis Terkait Penanganan Pertama Pada Luka Bakar

Pengetahuan dalam memberikan penanganan pertama pada kasus luka bakar sangat penting dilakukan untuk mencegah luka berkembang menjadi lebih buruk dan menimbulkan berbagai komplikasi. Luka pada luka bakar bisa menjadi buruk dan menimbulkan komplikasi jika tenaga dan paramedis tidak melakukan tindakan yang adekuat sehingga luka tidak ditangani dengan optimal. Tingkat pengetahuan tenaga medis dan paramedis juga berpengaruh dalam penyembuhan luka pada pasien luka bakar. Perawatan yang dikatakan belum optimal karena masih tingginya angka mortalitas dan morbiditas pada pasien. Dengan pengetahuan tenaga medis dan paramedis yang baik dapat mencegah morbiditas dan mortalitas pada pasien. Fenomena yang muncul adalah adanya kebingungan, mudah mengalami emosi, banyak tindakan yang harus dilakukan menyebabkan tenaga medis dan paramedis tidak memberikan perawatan yang optimal (Tay *et al.*, 2014).

2.5 Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep dalam penelitian ini dapat dijelaskan dalam Gambar 2.6



2.6 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah terdapat hubungan antara status kepegawaian dan pekerjaan sampingan dokter dan perawat dengan tingkat pengetahuan tentang penanganan pertama luka bakar oleh dokter dan perawat di pelayanan kesehatan primer.

BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian analitik. Desain penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antar variabel *independent* dengan variabel *dependent* (Sugiyono, 2009).

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di puskesmas Kabupaten Jember. Waktu penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Oktober 2019 sampai Januari 2020.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh dokter dan perawat di puskesmas Kabupaten Jember.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah dokter dan perawat di puskesmas di Kabupaten Jember dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

a Kriteria inklusi

Kriteria inklusi merupakan persyaratan umum yang harus dipenuhi agar subjek dapat diikutsertakan ke dalam sebuah penelitian. Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi:

1. Dokter dan perawat yang aktif bekerja di Puskesmas.
2. Dokter dan perawat yang aktif di ruang pelayanan Unit Gawat Darurat (UGD), rawat jalan, dan rawat inap.
3. Dokter dan perawat yang bersedia menjadi responden.
4. Dokter dan perawat yang menandatangani lembar *informed consent*.

b Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi merupakan kriteria pengecualian. Kriteria eksklusi digunakan untuk menentukan individu yang harus dikecualikan. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini meliputi:

1. Dokter dan perawat yang tidak bersedia menjadi responden
2. Dokter dan perawat yang bekerja selain di ruang pelayanan Unit Gawat Darurat (UGD), rawat jalan, rawat inap.

3.3.3 Besar Sampel

Pada penelitian ini, populasi seluruh dokter dan perawat di seluruh puskesmas di Jember berjumlah 814 jiwa (Kemenkes RI, 2017). Maka besar sampel dapat diketahui melalui rumus Slovin berikut:

$$n = N / (1 + N e^2)$$

Keterangan:

- n = Jumlah sampel
N = Jumlah seluruh populasi
e = Toleransi error

Perhitungan menggunakan rumus slovin menjadi sebagai berikut:

$$n = 814 / (1 + (814 \times (0,1^2)))$$

$$n = 814 / (1 + (814 \times 0,01))$$

$$n = 814 / (1 + 8,14)$$

$$n = 814 / (9,14)$$

$$n = 89,059081 \approx 90$$

Apabila dibulatkan, maka besar sampel minimal dari 814 populasi pada margin error 10% adalah sebesar 90 sampel.

3.3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang dilakukan dalam penelitian ini dengan metode *cluster random sampling* dimana peneliti melakukan randomisasi terhadap kelompok, bukan terhadap subjek secara individual. Berdasarkan random dari 49 puskesmas di Kabupaten Jember Peneliti memilih 7 puskesmas di Kabupaten

Jember yang akan diacak secara random untuk mewakili sampel. Dengan pertimbangan 3 puskesmas berada di wilayah kota Kabupaten Jember dan 4 puskesmas lainnya berada di wilayah luar kota Kabupaten Jember, dimana penetapan jumlah puskesmas ini didasari atas pertimbangan bahwa jumlah dokter dan perawat dari 7 puskesmas sudah memenuhi dari jumlah sampel minimal yang ditetapkan sebelumnya (Azwar, 2010).

3.4 Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel bebas

Penelitian ini memiliki variabel bebas yaitu status kepegawaian dan pekerjaan sampingan.

3.4.2 Variabel terikat

Variabel terikat pada penelitian ini adalah tingkat pengetahuan tentang penanganan pertama luka bakar oleh dokter dan perawat di pelayanan kesehatan primer.

3.5 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penarikan batasan yang menjelaskan karakteristik spesifik dari suatu konsep pada penelitian. Definisi operasional dapat dilihat pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operational	Akat Ukur	Kategori & Pengukuran	Skala data
Status kepegawaian	Dokter umum dan perawat yang berstatus Pegawai Negeri Sipil dan yang Bukan Pegawai Negeri Sipil	Kuesioner demografi responden	data Pilihan jawaban pada kuesioner berupa: PNS : 2 Non PNS: 1	Nominal
Status pekerjaan	Dokter umum dan perawat yang mempunyai pekerjaan atau usaha tambahan selain bekerja sebagai profesi dokter dan perawat di puskesmas	Kuesioner demografi responden	data Pilihan jawaban pada kuesioner berupa: Punya : 2 Tidak : 1	Nominal
Tingkat pengetahuan dokter dan perawat tentang penanganan luka bakar di pelayanan kesehatan primer.	Segala hal yang diketahui dan tindakan yang dilakukan oleh dokter umum dan perawat tentang tatalaksana luka bakar fase akut terkait penanganan di tingkat puskesmas meliputi primary survey, secondary survey dan indikasi rujukan di Unit Gawat Darurat (UGD) puskesmas.	Terdapat dua kuesioner yang diberikan, yaitu: - Kuesioner I tentang demografi responden (usia, jenis kelamin, pekerjaan, pengalaman mendapat pelatihan luka bakar, pengalaman melakukan pertolongan luka bakar. -Kuesioner II berisi tentang pengetahuan hingga tindakan pertolongan luka bakar, berupa kuesioner tertutup.	dua yang diberikan, yaitu: I skor jika jawaban positif seperti benar, setuju diberi skor 1, sedangkan jika negatif diberi skor 0. Skala ini diberikan dalam pilihan ganda. 13-18: Baik 6-12: Cukup 0-5: Kurang Data yang diperoleh akan diolah dengan <i>Microsoft Excel 2013</i> , dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi	Ordinal

3.6 Instrumen Penelitian

3.6.1 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel

Instrumen pada penelitian ini berisi informasi yang harus diketahui oleh calon sampel, yang berisi tentang identitas peneliti, tujuan penelitian, kepentingan penelitian, prosedur penelitian, kesediaan calon sampel dalam ikut berpartisipasi ataupun menolak menjadi responden, pemberian kompensasi, menjamin kerahasiaan dokumen dan informasi tambahan lainnya karena kuesioner bersifat tertutup.

3.6.2 Lembar Persetujuan

Pada lembar identitas sampel penelitian ini instrument berisi pernyataan ketersediaan calon sampel untuk menjadi responden.

3.6.3 Kuesioner Demografi

Kuisisioner data demografi memberikan data informasi mengenai data identitas responden meliputi: usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir, pengalaman menerima informasi tentang penanganan luka bakar, pengalaman kerja, pernah melakukan pertolongan pertama luka bakar, pekerjaan sampingan, status kepegawaian. Kuesioner ini digunakan untuk melihat distribusi demografi dari responden.

3.6.4 Kuesioner Pengetahuan

Pada kuesioner ini bertujuan untuk melihat gambaran pengetahuan dokter dan perawat yang disusun dalam bentuk tertutup dengan menggunakan skala guttman yaitu jawaban responden telah dalam 2 pilihan jawaban. pilihan yang digunakan adalah soal pilihan ganda, dengan hasil yang didapat yaitu Benar – Salah. “Benar”, yang bernilai 1 (satu) atau “Salah”, yang bernilai 0 (nol). Banyak pernyataan tentang pengetahuan dokter dan perawat adalah 18 pertanyaan. untuk melihat gambaran umum dari pengetahuan dokter dan perawat dapat dilakukan dengan mencari panjang kelas (p) berdasarkan rumus statistic (Nursalam, 2013) yaitu :

$$p = \frac{\text{range}}{i}$$

Keterangan:

p : Panjang kelas / interval kelas

Range : Rentang kelas (nilai tertinggi - nilai terendah)

I : Banyak kelas

Berdasarkan rumus dari statistik tersebut, maka didapat panjang kelas untuk pengetahuan perawat adalah:

$$p = \frac{\text{range}}{i}$$

$$p = \frac{18 - 0}{3} = \frac{18}{3}$$

$$p = 6$$

Berdasarkan panjang kelas yang didapat maka nilai pengetahuan dari dokter dan perawat adalah:

Kategori Baik : 13-18

Kategori Cukup : 6-12

Kategori Kurang : 0-5

3.7 Uji Validitas dan Reliabilitas

3.7.1 Uji Validitas

Uji validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti uji kehandalan atau kesahihan dari instrument dalam melakukan pengumpulan data. Instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur (Nursalam, 2013). Untuk menguji kevalidan dari suatu data maka perlu dilakukan uji validitas terhadap butir – butir kuesioner. Pada penelitian ini uji validitas dilakukan dengan bantuan program SPSS. Tinggi rendah validitas dari suatu kuesioner dapat dihitung menggunakan metode *Pearson's Product Moment Correlation*, yaitu dengan menghitung korelasi antara skor item pertanyaan dengan skor total. Skor total adalah penjumlahan dari keseluruhan item.

Hasil data dinyatakan valid jika r hitung $>$ r tabel. Jadi apabila korelasi antara skor item dengan skor total lebih besar dari r tabel maka butir pernyataan dalam instrument tersebut dinyatakan valid. Sebaliknya apabila apabila korelasi antara skor item dengan skor total lebih kecil dari r tabel, maka instrument ini dinyatakan tidak valid (Sugiyono, 2009).

3.7.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas merupakan suatu angka indeks yang dapat menunjukkan suatu konsistensi dari alat pengukur di dalam mengukur gejala yang sama. Suatu kuesioner dapat dikatakan reliabel jika jawaban dari seseorang terhadap pernyataan dapat konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Untuk menghitung reabilitas dapat dilakukan menggunakan metode koefisien *Croanbach Alpha*. Uji reabilitas menggunakan *Croanbach Alpha* dapat dilakukan dengan bantuan SPSS.

Jika instrument untuk mengukur masing- masing variabel dikatakan reliable jika memiliki *Croanbach Alpha* lebih besar dari 0,70 (Sugiyono, 2009).

3.8 Prosedur Pengumpulan Data

3.8.1 Sumber Data

Pada penelitian ini sumber data yang digunakan adalah data primer, yaitu data yang diperoleh langsung dari responden melalui kuesioner tertutup.

3.8.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengambilan data primer dalam penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kabupaten Jember, dokter dan perawat yang ada di Puskesmas Kabupaten Jember akan diminta untuk mengisi lembar kuesioner yang telah disediakan. Pengisian kuesioner akan dilakukan sendiri oleh dokter dan perawat yang ada di Puskesmas Kabupaten Jember dengan pendampingan oleh peneliti.

3.9 Prosedur Penelitian

3.9.1 Uji Kelayakan Etik

Pada penelitian ini menggunakan manusia sebagai objek dari penelitian sehingga dalam pelaksanaannya perlu dilakukan uji kelayakan etik oleh Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

3.9.2 Perizinan Penelitian

Setelah mendapat persetujuan dari komisi etik kedokteran, peneliti meminta perizinan penelitian pada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (BAKESBANGPOL) dan melakukan perizinan ke Dinas Kesehatan setempat untuk pengambilan data.

3.9.3 Pengambilan Data Penelitian

a. *Informed Consent*

Sebelum dilakukan pengambilan data di Puskesmas, peneliti akan menghubungi penanggung jawab di Puskesmas terkait penelitian yang akan dilakukan. Peneliti akan melakukan kunjungan jika Puskesmas dan calon sampel bersedia dalam penelitian ini. Sebelum responden mengisi lembar kuesioner, peneliti akan memberikan lembar penjelasan kepada calon responden. Lembar ini akan berisi informasi yang perlu diketahui oleh responden tentang penelitian yang akan dilakukan. Jika responden merasa ada hal yang belum dipahami, responden diberikan kesempatan untuk bertanya kepada peneliti dan peneliti akan memberikan penjelasan mengenai pertanyaan yang ditanyakan oleh responden terkait penelitian ini. Responden juga diberikan waktu untuk memilih akan berpartisipasi ataupun menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Jika responden bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini maka responden dipersilahkan untuk mendatangi lembar persetujuan yang akan dijadikan bukti bahwa responden bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian. Lembar persetujuan juga berisi pernyataan bahwa yang bersangkutan tidak terdapat unsur paksaan yang dialami oleh pasien selama penelitian. Apabila responden bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian, maka responden akan mendapatkan kompensasi yang pantas.

Pada penelitian ini data responden dan puskesmas yang terkait bersifat rahasia yang hanya diketahui oleh peneliti.

b. Pengambilan Data

Pengambilan data dilakukan di Puskesmas Kabupaten Jember. Data didapat melalui pengisian kuesioner yang dilakukan dengan persetujuan dari responden dan dilakukan sendiri oleh responden dengan pendampingan oleh peneliti. Jika terdapat kendala atau ada hal yang perlu ditanyakan dalam pengisian kuesioner maka responden dapat menanyakan kepada peneliti. Seluruh kegiatan dalam pengambilan data dilakukan oleh peneliti yang telah mendapat bimbingan dari dokter dosen pembimbing.

3.9.4 Pengolahan Data Primer Penelitian

Data tentang tingkat pengetahuan dokter dan perawat khususnya dokter dan perawat yang telah terkumpul diolah dengan langkah – langkah berikut:

a) *Editing*

Langkah ini merupakan kegiatan melakukan pemeriksaan kembali kuesioner yang telah diisi oleh responden, meliputi dari kelengkapan isian dan kejelasan jawaban dan tulisan.

b) *Coding*

Langkah ini merupakan pemberian kode pada identitas responden untuk menjaga kerahasiaan identitas responden.

c) *Scoring*

Langkah ini dapat dilakukan dengan memberikan nilai/skor untuk setiap jawaban dari responden.

d) *Processing*

Langkah ini yaitu memasukkan data penelitian ke dalam program komputer untuk diproses.

e) *Cleaning*

Langkah yaitu melakukan pembersihan dan pengecekan kembali data yang telah dimasukkan. Langkah ini diperlukan untuk mengetahui apakah ada kesalahan ketika memasukkan data.

f) *Tabulating*

Penyajian data dalam bentuk table untuk mempermudah peneliti dalam melihat data.

3.10 Analisis Data

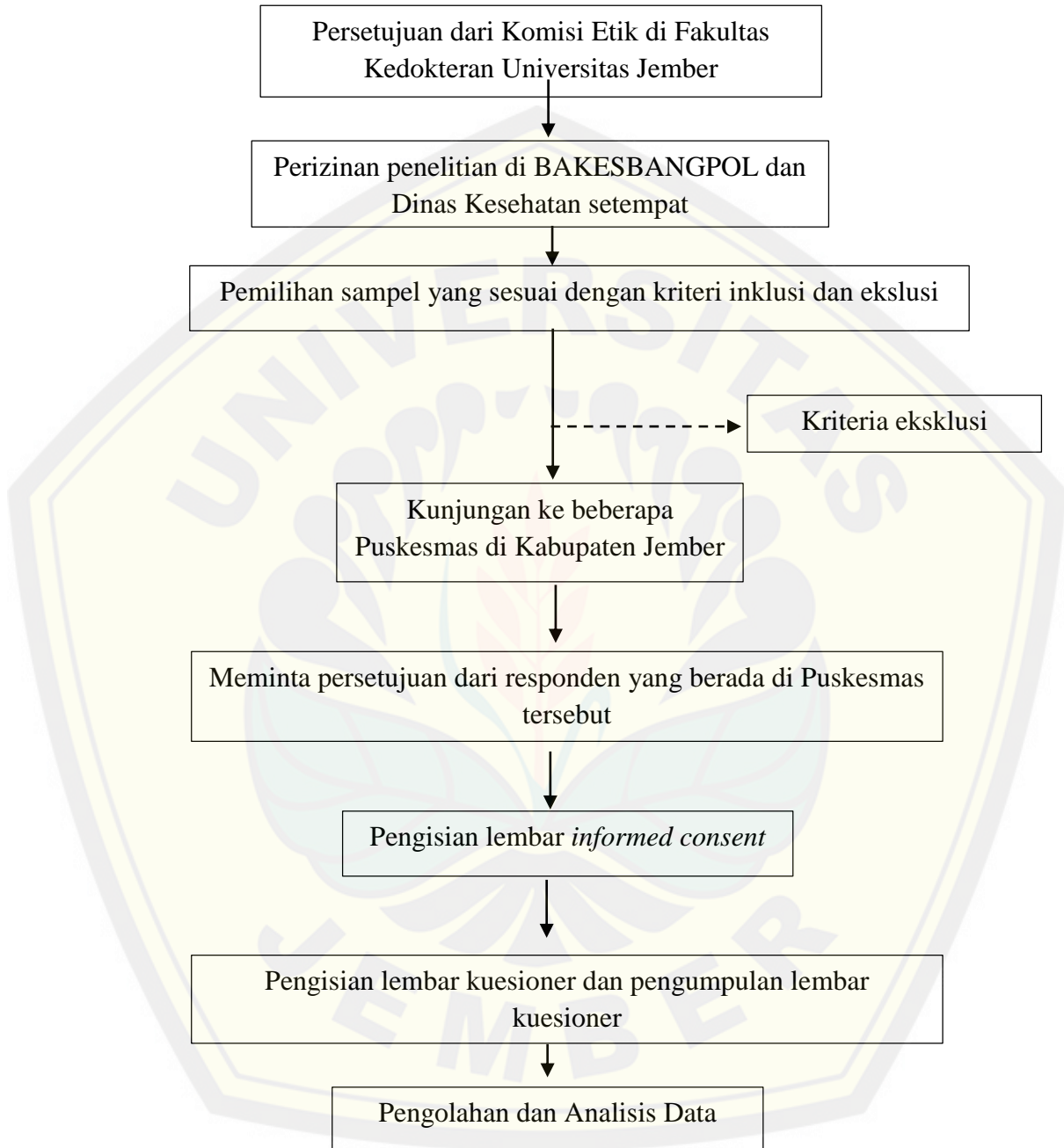
Setelah semua data primer penelitian terkumpul, maka akan dilakukan pengolahan data. Maka analisis data yang digunakan adalah analisis univariat dan bivariat.

a) Analisis univariat merupakan analisis yang bertujuan untuk menjelaskan gambaran serta karakteristik dari data yang dimiliki. Tabel distribusi frekuensi akan ditampilkan sebagai bentuk analisis univariat. Selanjutnya peneliti memasukan data ke dalam komputerisasi yang menggunakan software pengolah data. Pengolahan data statistik dapat menggunakan *software* pengolah data seperti *Microsoft Excel* 2013.

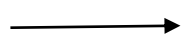
b) Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan dependen dengan skala nominal dan skala ordinal. Uji statistik korelasi dengan menggunakan skala data non parametrik berupa uji *Spearman*. Pengolahan data statistik dapat menggunakan *software* pengolah data seperti SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versi 24.0.

3.11 Alur Penelitian

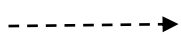
Alur penelitian ini dapat dijelaskan melalui bagan berikut pada Gambar 3.1.



Keterangan



= Alur penelitian



= Dikeluarkan dari penelitian

Gambar 2. 7 Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Tidak terdapat hubungan antara status kepegawaian dengan tingkat pengetahuan tentang penanganan pertama luka bakar oleh dokter perawat.
- b. Terdapat hubungan antara pekerjaan sampingan dengan tingkat pengetahuan tentang penanganan pertama luka bakar. Perawat yang memiliki pekerjaan sampingan memiliki tingkat pengetahuan tentang penanganan pertama luka bakar yang lebih rendah dibanding perawat yang tidak mempunyai pekerjaan sampingan.
- c. Hasil tingkat pengetahuan tentang penanganan pertama luka bakar didapatkan sebanyak 48 orang (53%) dalam kategori baik dan sebanyak 42 orang (47%) dalam kategori cukup.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang sudah dilakukan, saran yang dapat diberikan sebagai berikut:

- a. Penelitian ini terbatas pada populasi dokter dan perawat di wilayah Puskesmas Kabupaten Jember sehingga perlu penelitian dengan populasi selain dari wilayah puskesmas seperti klinik umum maupun rumah sakit yang berada di Kabupaten Jember.
- b. Penelitian selanjutnya disarankan perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan topik penanganan luka bakar yang lebih spesifik dan lebih mendalam agar didapatkan data yang lebih valid.
- c. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dengan adanya pekerjaan tambahan menurunkan tingkat pengetahuan tentang penanganan pertama luka bakar pada perawat, sehingga sebaiknya perawat tidak mempunyai pekerjaan sampingan selain bekerja sebagai profesi perawat di puskesmas.

- d. Hasil penelitian yang menunjukkan katogori baik diharapkan pihak puskesmas yang bersangkutan untuk tetap meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan terutama dalam penanganan pertama luka bakar.



DAFTAR PUSTAKA

- Anggowarsito, J. L. 2014. LUKA bakar sudut pandang dermatologi. 6.
- American Burn Association. 2018. *Advanced Burn Life Support*. American College of Surgeons, pp.79-86
- Azwar, Saifuddin. 2010 *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Barbara AB, Glen G, Marjorie S. 2013. Willard and spackman's occupational therapy. Edisi ke-12. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Bittner, et al. (2016). Acute and Perioperative Care of The Burn-Injured Patient. *Anesthesiology*, 122 (2), pp. 448-464
- Belleza, M. 2016. Burn Injury. *Burn Injury Nursing Care Management and Study Guide*.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). 2014. Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial BPJS.
- Cox SG, Martinez R, Glick A, Numanoglu A, Rode H. A review of community management of paediatric burns. *Burns* 2015;41:1805–10.
- Elfiah, U. dan N. Riasa. 2017. Epidemiology and Burns Referral in Secondary Burn Unit of Soebandi Hospital, Jember Regency, East Java – Indonesia. *Program book*. Taiwan: The 11th Asia Pacific Burn Congress Towards Holistic Care for Burn Recovery. 1-4 april.
- Fitriana, R.N. (2014). Hubungan *self efficiacy* Dengan Tingkat Pengetahuan Ibu Dalam Penanganan Pertama Luka Bakar Pada Anak Usia Pra-Sekolah Di Desa Jombor Bendosari Sukoharjo. Artikel. Stikes Kusuma Husada Surakarta.
- Greenwood, J. E. 2010. Burn injury and explosions: an australian perspective. 9:12.
- Goel, A. dan P. Shrivastava. 2010. Post-burn scars and scar contractures. *Indian Journal of Plastic Surgery*. 43(3):63.
- Harish, V., N. Tiwari, O. M. Fisher, Z. Li, dan P. K. M. Maitz. 2019. First aid improves clinical outcomes in burn injuries: evidence from a cohort study of 4918 patients. *Burns*. 45(2):433–439.

- Hatta, R. D., K. A. Pamungkas, dan D. P. Nugraha. 2015. PROFIL pasien kontraktur yang menjalani perawatan luka bakar di rsud arifin achmad periode januari 2011 – desember 2013. 2:5.
- Hettiaratchy, S. dan R. Papini. 2004. Initial management of a major burn: ii— assessment and resuscitation. *BMJ*. 329(7457):101–103.
- Henry S.P. 2016. Pengetahuan dan Sikap Perawat tentang Pemberian Cairan Pada Pasien Luka Bakar di RSUD Dr. Pirngadi Medan. Skripsi. Fakultas Keperawatan. Universitas Sumatera Utara: Medan
- Indonesian Wound Ostomy Continence Nurse Association. 2016. Level dan Kompetensi Perawat.
- Kara, Y. A. 2018. *Burn Etiology and Pathogenesis*. Dalam Hot Topics in Burn Injuries. Editor S. P. Kartal dan D. Bayramgürler. InTech.
- Kattan, A. E., F. AlShomer, A. K. Alhujayri, A. Addar, dan A. Aljerian. 2016. Current knowledge of burn injury first aid practices and applied traditional remedies: a nationwide survey. *Burns & Trauma*. 4(1):37.
- Konsil Kedokteran Indonesia. 2012. Standar Kompetensi Dokter Indonesia. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia. Diakses pada tanggal 03 November 2019 dari http://www.kki.go.id/assets/data/arsip/SKDI_Perkonsil_11_maret_13.pdf.
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Luka Bakar. Jakarta: mart Kemenkes RI. Diakses pada tanggal 25 Oktober 2019 dari http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/KMK_No_HK_01_07_-MENKES-555-2019_ttg_Pedoman_Nasional_Pelayanan_Kedokteran_Tata_Laksana_Luka_Bakar.pdf.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. Data Dasar Puskesmas Provinsi Jawa Timur. Jakarta: Kemenkes RI. Diakses pada tanggal 15 Oktober 2019 dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/data-dasar-puskesmas/2017/15.%20Data%20Dasar%20Puskesmas%20Jatim%202017.pdf>
- Kubang Kerian Nursing College, Kubang Kerian, Kelantan, Malaysia, R. Ab Latif, M. Z. Mat Nor, dan School of Medical Sciences, Health Campus, Universiti Sains Malaysia, Kubang Kerian, Kelantan, Malaysia. 2019. Stressors and coping strategies during clinical practice among diploma nursing students. *Malaysian Journal of Medical Sciences*. 26(2):88–98.

- Masinambow, C. dan R. Taroreh. 2017. ANALISIS perbandingan kinerja pegawai pns dan non pns di politeknik negeri manado. 9.
- Martina, N. R. dan A. Wardhana. 2013. Mortality analysis of adult burn patients. *Jurnal Plastik Rekonstruksi*. 2(2)
- Matsuura, H., A. Osuka, H. Ogura, M. Ueyama, dan T. Shimazu. 2018. A case report of severe potassium hydroxide (alkaline) burn with hyperkalemia. *Journal of Clinical Case Reports*. 08(01)
- Moenadjat Y. 2009. Luka bakar masalah dan tata laksana. Jakarta: Balai Penerbit FKUI. Hlm 90-110
- McWilliams, T., J. Hendricks, D. Twigg, dan F. Wood. 2015. Burns education for non-burn specialist clinicians in western australia. *Burns*. 41(2):301–307.
- Muzaputri, G. 2008. Hubungan Karakteristik Individu dan Faktor Organisasi dengan Kinerja Perawat di RSUD Langsa Nangroe Aceh Darussalam. (Tesis). Jakarta: Universitas Indonesia.
- Notoatmojo S. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta: Rineka Cipta; 2011
- Notoatmojo, S. 2010. Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka cipta
- Nursalam. 2013. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, Dan Instrumen Penelitian Keperawatan. Edisi2. Jakarta:Salemba Medika
- Patton KT, Thibodeau GA. Anatomy & Physiology. 8th ed. St. Louis: Mosby; 2013:193.)
- Rahma, A., S. P. Arso, dan A. Suparwati. 2015. IMPLEMENTASI fungsi pokok pelayanan primer puskesmas sebagai gatekeeper dalam program jkn (studi di puskesmas juwana kabupaten pati). 3:11.
- Roska, T. P., S. Sahati, A. D. Fitrah, N. Juniarti, dan N. Djide. 2018. Efek sinergitas ekstrak kulit jeruk (*citrus sinensis* l) pada patch bioselulosa dalam meningkatkan penyembuhan luka bakar. *Jurnal Farmasi Galenika (Galenika Journal of Pharmacy)*. 4(2):87.
- Sengoelge, M., B. Elling, L. Laflamme, dan M. Hasselberg. 2013. Country-Level Economic Disparity and Child Mortality Related to Housing and Injuries: A Study in 26 European Countries. *Preventive Medicine Reports*. 19 (5): 311–315.
- Sugiyono. 2017. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung:CV. Alfabeta

- Saefullah, M. dan Stik. Indramayu. 2013. Pengaruh Status Kepegawaian Terhadap Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap. 9.
- Sugiyono, 2009. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D. Bandung Alfabeta.
- Shrivastava P., dan Goel, A. 2010. Pre-Hospital Care in Burn Injury. *Indian Journal of Plastic Surgery Supplement* , 43: 15-22.
- Tay, P. H., R. Pinder, S. Coulson, dan J. Rawlins. 2013. First impressions last... a survey of knowledge of first aid in burn-related injuries amongst hospital workers. *Burns*. 39(2):291–299.
- UU Republik Indonesia Nomor 38. 2014. Tentang Keperawatan. Diakses pada tanggal 03 November 2019 dari <https://kemenkopmk.go.id/sites/default/files/produkhukum/UU%20Nomor%2038%20Tahun%202014.pdf>.
- World Health Organization. 2018. Burn. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burn/>. [Diakses pada 03 Oktober 2019]
- Yosep, I. (2011). Keperawatan Jiwa. Bandung: PT Refika Aditama.
- Yasti, A. C. 2015. Guideline and treatment algorithm for burn injuries. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*
- Yulia, S., A. Y. S. Hamid, dan M. Mustikasari. 2012. Peningkatan pemahaman perawat pelaksana dalam penerapan keselamatan pasien melalui pelatihan keselamatan pasien. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. 15(3):185–192.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel

LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON SAMPEL

Saya Moch Luthfan Fahmi Masduqie, mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember sedang melakukan penelitian terkait judul “Analisis Tingkat Pengetahuan Tentang Penanganan Pertama Luka Bakar Oleh Dokter dan Perawat di Pelayanan Kesehatan Primer”. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui tingkat pengetahuan dokter dan perawat khususnya dalam melakukan penanganan pertama luka bakar terutama di pelayanan kesehatan primer. Kepentingan dari penelitian ini yaitu dengan mengetahui tingkat pengetahuan dokter dan perawat diharapkan akan diadakannya pelatihan atau seminar dalam rangka meningkatkan pengetahuan dari dokter dan perawat dalam melakukan penanganan pertama luka bakar, sehingga diharapkan angka morbiditas dan mortalitas akan ditekan. Penelitian ini dalam pelaksanaannya memerlukan data primer yang diambil melalui pengisian kuesioner secara langsung oleh responden. Anda memenuhi kriteria inklusi yang dibutuhkan dalam penelitian ini sehingga peneliti meminta Anda untuk menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan. Apabila Anda bersedia untuk berpartisipasi, Anda akan diminta untuk mengisi dan menandatangani lembar persetujuan serta mengisi beberapa pertanyaan yang ada didalam kuesioner yang telah disiapkan. Anda dapat menolak untuk terlibat dalam penelitian ini. Apabila Anda memutuskan untuk terlibat, Anda juga berhak untuk mengundurkan diri sewaktu-waktu. Semua data penelitian termasuk data responden dan puskesmas terkait hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan akan dijamin kerahasiaannya sehingga tidak memungkinkan orang lain untuk mengetahui identitas Anda karena kuesioner yang diberikan peneliti bersifat tertutup atau rahasia. Setelah penelitian ini selesai, data milik responden akan dimusnahkan. Prosedur dalam penelitian ini tidak memiliki risiko yang membahayakan bagi Anda dan peneliti akan memberikan kompensasi terhadap responden.

Anda diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas terkait dengan penelitian ini. Jika sewaktu-waktu Anda membutuhkan penjelasan, Anda dapat menghubungi Moch Luthfan Fahmi Masduqie pada nomor 082338606788.



LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Menyatakan Bersedia menjadi responden penelitian dari:

Nama : Moch Luthfan Fahmi Masduqie

Fakultas : Kedokteran Universitas Jember

Pembimbing : 1. dr. Ulfa Elfiah, M. Kes., Sp. BP-RE (K) Burn

2. Dr. dr. Dina Helianti, M. Kes

Dengan judul “Hubungan Status Pekerjaan Dengan Tingkat Pengetahuan Tentang Penanganan Pertama Luka Bakar Oleh Dokter dan Perawat di Pelayanan Kesehatan Primer”. Semua penjelasan yang telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan telah dijawab oleh peneliti. Saya dapat mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa adanya sanksi. Saya mengerti bahwa semua data meliputi nama responden, puskesmas yang bersangkutan atau catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan.

Demikian secara sukarela dan tanpa ada unsur paksaan dari siapapun, saya bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

No. Responden :.....

Tanggal/Bulan/Tahun:.....

Tanda Tangan

(.....)

Tingkat Pengetahuan Tentang Penanganan Pertama Luka Bakar Pada Dokter dan Perawat di Pelayanan Kesehatan Primer Kabupaten Jember

Instrumen ini terdiri dari dua bagian, yaitu :

1. Kuesioner yang berkaitan dengan data demografi responden / subjek.
2. Kuesioner pengetahuan dokter dan perawat terdiri dari 18 pertanyaan.

1. Kuesioner Data Demografi

Petunjuk Pengisian:

1. Semua pertanyaan harus diberi jawaban
2. Beri tanda centang (\checkmark) pada kotak yang disediakan
3. Setiap pertanyaan dijawab hanya dengan 1 jawaban yang sesuai menurut responden.
4. Bila ada yang kurang dimengerti dapat ditanyakan kepada peneliti.

No. Responden:

1. Usia :
2. Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan
3. Agama :
4. Pekerjaan : Dokter / Perawat
5. Pendidikan Terakhir :
6. Lama pengalaman kerja :tahun/bulan
7. Mendapat pelatihan / Informasi tentang pertolongan pertama luka bakar?
Pernah Tidak
8. Melakukan pertolongan pertama luka bakar?
Pernah Tidak
9. Mempunyai pekerjaan tambahan / sampingan?
Punya Tidak
10. Status Pekerjaan di Puskesmas?
Honorir PNS Lain-lain

Tanggal dan tempat pengisian data:.....

2. Kuesioner Tingkat Pengetahuan Dokter dan Perawat Tentang Penangan Pertama di Puskesmas pada Luka Bakar

Jawablah pertanyaan berikut dengan memberikan tanda silang (x) pada jawaban yang benar.

Pengetahuan tentang survei primer :

1. Langkah – langkah apa yang harus dilakukan bila anda mendapatkan pasien dengan luka bakar di UGD?

- a) Melakukan survei primer dan survei sekunder
- b) Melakukan perawatan pada luka
- c) Menjauhkan korban dari tempat kejadian dan sumber api

2. Bagaimana menurut anda urutan yang benar dalam penanganan luka bakar pada survei primer?

- a) Melakukan pemeriksaan Airway, Breathing, Circulation, Dissability Exposure
- b) Melakukan pemeriksaan Circulation, Airway, Breathing, Dissability, Exposure, Resusitasi cairan
- c) Melakukan pemeriksaan Airway, Breathing, Circulation, Dissability, Exposure, Resusitasi cairan

3. Jika ada pasien datang dengan luka bakar menurut anda apa yang harus diperhatikan saat melakukan pemeriksaan jalan nafas (*Airway*)?

- a) Cek patensi jalan nafas dan fiksasi tulang servikal
- b) Memeriksa saturasi oksigen
- c) Memeriksa waktu pengisian kapiler

4. Jika ada pasien datang dengan luka bakar menurut anda tindakan apa yang dilakukan saat terjadi gangguan pada jalan nafas?

- a) Pemasangan IV Line dengan jarum infus besar pada daerah yang tidak mengalami luka bakar
- b) Membersihkan jalan nafas, segera melakukan *head tilt*, *chin lift*, dan *jaw thrust*, hindari melakukan hiperfleksi atau hiperekstensi kepala dan leher
- c) Memberikan O₂ tekanan tinggi (15L/i) dengan masker *non rebreathing*

5. **Jika ada pasien datang dengan luka bakar menurut anda tindakan yang paling mungkin dilakukan jika terdapat obstruksi jalan napas pada pasien luka bakar di Faskes tingkat 1?**
 - a) Krikotirotomi (Membuka/ melubangi membran krikotiroidia)
 - b) Trakeostomi (Prosedur pembedahan dengan membuat sayatan pada leher bagian depan)
 - c) Eskarotomi (Prosedur pembuangan jaringan yang mati)
6. **Jika ada pasien datang dengan luka bakar menurut anda apa yang harus diperhatikan saat melakukan pemeriksaan penafasan (*Breathing*)?**
 - a) Memeriksa waktu pengisian kapiler
 - b) Gangguan pada jalan nafas
 - c) Inspeksi dada, pastikan pergerakan dada adekuat dan simetris
7. **Menurut anda apa yang harus diperhatikan saat melakukan pemeriksaan sirkulasi pasien luka bakar?**
 - a) Memeriksa adanya tanda tanda syok, cek nadi sentral, cek tekanan darah.
 - b) Melihat gangguan pada jalan nafas
 - c) Melihat pergerakan rongga dada
8. **Jika ada pasien datang dengan luka bakar menurut anda apa tanda tanda jika pasien mengalami gangguan sirkulasi?**
 - a) Waktu pengisian kapiler normal kembali <2 detik
 - b) Waktu pengisian kapiler normal kembali >2 detik
 - c) Pasien mengalami hipoksia dan hiperventilasi/hipoventilasi
9. **Menurut anda apa yang harus diperhatikan saat melakukan pemeriksaan kesadaran pada pasien luka bakar?**
 - a) Memeriksa waktu pengisian kapiler
 - b) Pengecekan kesadaran dengan Glasgow Coma Scale (GCS)
 - c) Memeriksa warna kulit
10. **Menurut anda apa tujuan pemberian resusitasi cairan pada pasien luka bakar?**
 - a) Mempertahankan fungsi organ dan mencegah komplikasi
 - b) Adanya peningkatan tekanan vena sentral dan sindrom kompartmen
 - c) Disatu sisi mengisi defisi air intravaskuler dan disisi lain mencegah potensi kelebihan air

11. Bagaimanakah cara menentukan pemberian cairan pada pasien luka bakar berdasarkan persentase luas luka bakar menurut rumus baxter?

- a) Dewasa : 1-2 cc x kgBB x LB melalui Intravena
- b) Dewasa : 2-4 cc x kgBB x LB melalui Intravena
- c) Dewasa : 2-6 cc x kgBB x LB melalui Intravena

12. Bagaimanakah cara pemberian cairan pada pasien luka bakar?

- a) Setengah pertama dari jumlah cairan diberikan pada 8 jam pertama dan setengah cairan sisanya diberikan dalam 16 jam selanjutnya.
- b) Setengah pertama dari jumlah cairan diberikan pada 6 jam pertama dan setengah cairan sisanya diberikan dalam 18 jam selanjutnya.
- c) 2 jam pertama dari jumlah cairan diberikan pada 8 jam pertama dan setengah cairan sisanya diberikan dalam 16 jam selanjutnya.

Pengetahuan tentang survei sekunder :

13. Menurut anda apa yang harus diperhatikan saat melakukan pemeriksaan fisik pada survei sekunder pasien luka bakar?

- a) Melakukan pemeriksaan *Airway, Breathing, Circulation, Dissability, Exposure*
- b) Evaluasi pemeriksaan dari kepala sampai kaki seperti posisi trakea, denyut nadi karotis, irama pernapasan, bentuk perut, kekuatan otot
- c) Pemeriksaan kesadaran

14. Hal hal penting apa yang harus diperhatikan saat melakukan anamnesis pada survei sekunder?

- a) Menanyakan usia pasien
- b) Menanyakan status pekerjaan
- c) Menanyakan hal-hal sesuai dengan riwayat alergi, obat-obatan yang dikonsumsi, riwayat penyakit, riwayat makanan terakhir, kondisi lingkungan saat kejadian.

15. Jika ada pasien datang dengan luka bakar menurut anda apa yang harus diperhatikan sebelum dilakukan pembalutan luka pada pasien luka bakar?

- a) Luka bakar dibersihkan dan membuang kulit yang mati
- b) Amankan pasien dari tempat kejadian
- c) Lepaskan pakaian pasien yang terkena luka bakar

Pengetahuan tentang indikasi rujukan:**16. Menurut Anda kapan pasien dengan luka bakar harus dirujuk?**

- a) Pasien dengan luka bakar kompleks
- b) Pasien dengan luka bakar fase akut
- c) Jika pasien dewasa

17. Dibawah ini pernyataan yang paling tepat dalam indikasi rujukan adalah?

- a) Luka bakar yang melibatkan daerah wajah, tangan, kaki, genital, perineum, sendi besar, ekstremitas dan dada dengan luka bakar melingkar.
- b) Luka bakar akibat terkena air mendidih
- c) Luka bakar akibat dari paparan sinar matahari

18. Jika ada pasien luka bakar datang ke UGD puskesmas disertai dengan trauma multiple apa yang anda lakukan?

- a) Diam saja
- b) Merujuk
- c) Menangani terlebih dahulu dengan survei sekunder

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Etik FK UNEJ

KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVESITAS JEMBER
MEDICAL FACULTY OF JEMBER UNIVERSITY

KETERANGAN LAYAK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION
"ETHICAL EXEMPTION"

No.1.355/H.25.1.11/KE/2020

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Moch Luthfan fahmi Masduqie
Principal In Investigator

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Negeri
Jember
Name of the Institution

Dengan judul:
Title
"Tingkat Pengetahuan Tentang Penanganan Pertama Pre Hospital Luka Bakar Oleh Dokter dan Perawat di Pelayanan Kesehatan Primer"


"Level of Knowledge about the Pre Hospital First Aid of Burn Injury on Doctors and Nurses in Primary Health Care"

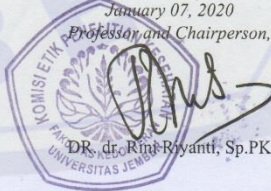
Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 07 Januari 2020 sampai dengan tanggal 07 Januari 2021.

This declaration of ethics applies during the period January 07, 2020 until January 07, 2021.

January 07, 2020
Professor and Chairperson,

DR. dr. Rini Riyanti, Sp.PK



Lampiran 3 Surat Rekomendasi Penelitian BAKESBANGPOL

 **PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -
 JEMBER

SURAT REKOMENDASI
 Nomor : 072/156/415/2020
 Tentang
PENELITIAN

Dasar : 1. Permendagri RI Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Permendagri RI Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember Nomor : 208/UN25.1.11/LT/2020 perihal Rekomendasi

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Moch. Luthfan Fahmi Masduqie / 162010101060
 Instansi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
 Keperluan : Mengadakan penelitian tugas akhir dengan judul : "Tingkat Pengetahuan tentang Penanganan Pertama Pre Hospital Luka Bakar oleh Dokter dan Perawat di Pelayanan Kesehatan Primer"
 Lokasi : Dinas Kesehatan dan Puskesmas Se - Kabupaten Jember
 Waktu Kegiatan : Januari s/d Pebruari 2020

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 21-01-2020
 An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabin. Kajian Strategis dan Politis


 ACHMAD DAVID F., S.Sos
 Pembina
 NIP. 19690912199602 1001

Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Dekan Fak. Kedokteran Univ. Jember;
 2. Yang Bersangkutan.

Lampiran 4 Surat Ijin Uji Validasi Kuisisioner



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEDOKTERAN
Jalan Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Jember 68121
Telepon 0331-337877-Faximile 0331-337877
E-mail : fk@unej.ac.id

Nomor : **296** /UN25.1.11/LT/2020
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

24 JAN 2020

Yth. Kepala Puskesmas Banjarsengon
Kabupaten Jember

Dalam rangka penelitian tugas akhir mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember tersebut dibawah ini :

Nama : **Moch. Luthfan Fahmi Masduqie**
NIM : 162010101060
Angkatan Tahun : 2016
Judul Skripsi : **Tingkat Pengetahuan tentang Penanganan Pertama Pre Hospital Luka Bakar oleh Dokter dan Perawat di Pelayanan Kesehatan Primer**
Pelaksanaan : Januari 2020

Dengan ini kami mengajukan permohonan dapatnya mahasiswa tersebut diatas di ijinakan melakukan uji validasi kuisisioner di **Puskesmas Banjarsengon Kabupaten Jember**.

Demikian permohonan ini, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.



Dr. Arif Cahayana N.M., Ph.D
NIP. 19820309 200812 2 002



Lampiran 5 Surat Rekomendasi Ijin Penelitian Dinas Kesehatan Kab. Jember



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN

JL.Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624 JSC FAI: (0331) 425222
Website : dinkes.jemberkab.go.id , E-mail : dinas.kesehatan@jemberkab.go.id

JEMBER

Kode Pos 68111

Nomor : 440 / 4414 / 311/ 2020
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Penelitian

Kepada : Jember, 23 Januari 2020
Yth. Sdr. Kepala Bidang Yankes
Dinas Kesehatan Kab. Jember
Plt. Kepala Puskesmas Se - Kabupaten
Jember
di -
Kabupaten Jember

Menindak Lanjuti Surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten
Jember Nomor: 072/156/2019 Tanggal 21 Januari 2020, Perihal Penelitian, dengan ini harap
Saudara dapat memberikan Data seperlunya kepada :

Nama / NIM : Moch. Luthfan Fahmi Masduqie / 162010101060
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 kampus Tegal Boto Jember
Fakultas : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
Keperluan : ➤ Melaksanakan Penelitian Terkait, Tingkat Pengetahuan
Tentang Penanganan Pertama Pre Hospital Luka Bakar
oleh Dokter dan Perawat di Pelayanan Kesehatan Primer.

Waktu Pelaksanaan : 23 Januari 2020 s/d 23 Februari 2020

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Kegiatan Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan
4. **Menyerahkan hasil kegiatan studi terkait dalam bentuk Softcopy / CD ke Sub Bag Program dan Informasi Dinas Kesehatan Kab. Jember**

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

An. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER
Sekretaris



TRILAKSONO TITOT, SH, M.Si

Pembina Tk.I

NIP. 19620602 199203 1 006

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

Lampiran 5 Surat Bebas Plagiasi

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEDOKTERAN**

Alamat : Jalan Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto, Kotak Pos Jember 68121
Telp/Fax. (0331) 337877, 324446, *Faksimili (0331) 337877
E mail : fk@unej.ac.id/Laman://www.fk.unej.ac.id

SURAT REKOMENDASI BEBAS PLAGIASINomor : **483** /UN25.1.11/PT/2020

Komisi Bimbingan KTI dan Publikasi, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya peningkatan kualitas dan originalitas karya tulis ilmiah mahasiswa berupa skripsi, telah melakukan pemeriksaan plagiasi atas skripsi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember di bawah ini:

Nama : **Moch Luthfan Fahmi Masduqie**
NIM. : 162010101060
Angkatan : 2016

Judul Skripsi : **Tingkat Pengetahuan Tentang Penanganan Pertama *Pre Hospital* Luka Bakar Oleh Dokter dan Perawat di Pelayanan Kesehatan Primer**

Bersama ini kami merekomendasikan dan menyatakan “**Bebas Plagiasi**”

Demikian surat rekomendasi ini, atas perhatian saudara kami mengucapkan terima kasih.



Mengetahui,
Wakil Dekan I

dr. Ancah Caesarina Novi M. Ph.D
NIP. 19820309 200812 2 002

07 FEB 2020

Komisi Bimbingan KTI & Publikasi
Ketua,

Dr. dr. Yunita Armiyanti, M.Kes
NIP. 19740604 200112 2 002

Lampiran 6 Tabel Data Demografi

No. Responden	Usia	JK	Agama	Pekerjaan	Pendidikan terakhir	PPLB	MPPLB	LK	PT	SP
A1	42	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A2	34	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A3	32	P	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A4	36	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A5	25	P	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	TIDAK	PERNAH	<5TH	Punya	PNS
A6	27	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Punya	Non PNS
A7	37	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	Non PNS
A8	30	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	Non PNS
A9	35	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A10	32	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Punya	Non PNS
A11	29	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A12	36	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A13	36	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	TIDAK	>5TH	Tidak Punya	Non PNS
A14	37	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Punya	Non PNS
A15	32	P	Islam	Dokter	S1 PROFESI DOKTER	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A16	39	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS

Lanjutan Tabel Data Demografi

A17	36	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	Non PNS
A18	32	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A19	30	P	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	Non PNS
A20	24	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	<5TH	Tidak Punya	PNS
A21	27	P	Islam	Dokter	S1 PROFESI DOKTER	PERNAH	PERNAH	<5TH	Punya	PNS
A22	48	L	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A23	37	P	Islam	Dokter	S1 PROFESI DOKTER	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A24	20	L	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	TIDAK	<5TH	Punya	PNS
A25	30	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Punya	Non PNS
A26	35	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A27	29	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Punya	Non PNS
A28	40	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A29	24	P	Islam	Dokter	S1 PROFESI DOKTER	PERNAH	PERNAH	<5TH	Punya	Non PNS
A30	25	P	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	TIDAK	TIDAK	>5TH	Punya	PNS
A31	37	P	Islam	Dokter	S1 PROFESI DOKTER	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A32	52	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A33	37	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A34	53	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS

Lanjutan Tabel Data Demografi

A35	38	P	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A36	26	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	<5TH	Tidak Punya	Non PNS
A37	26	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	<5TH	Tidak Punya	Non PNS
A38	33	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	Non PNS
A39	30	L	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	Non PNS
A40	33	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	Non PNS
A41	30	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	<5TH	Tidak Punya	PNS
A42	28	L	Islam	Dokter	S1 PROFESI DOKTER	TIDAK	PERNAH	<5TH	Punya	PNS
A43	52	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A44	26	P	Islam	Dokter	S1 PROFESI DOKTER	PERNAH	PERNAH	<5TH	Punya	Non PNS
A45	52	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A46	42	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	TIDAK	>5TH	Punya	PNS
A47	29	L	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A48	40	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	TIDAK	>5TH	Punya	PNS
A49	39	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Punya	Non PNS
A50	38	P	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A51	34	P	Non muslim	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS

Lanjutan Tabel Data Demografi

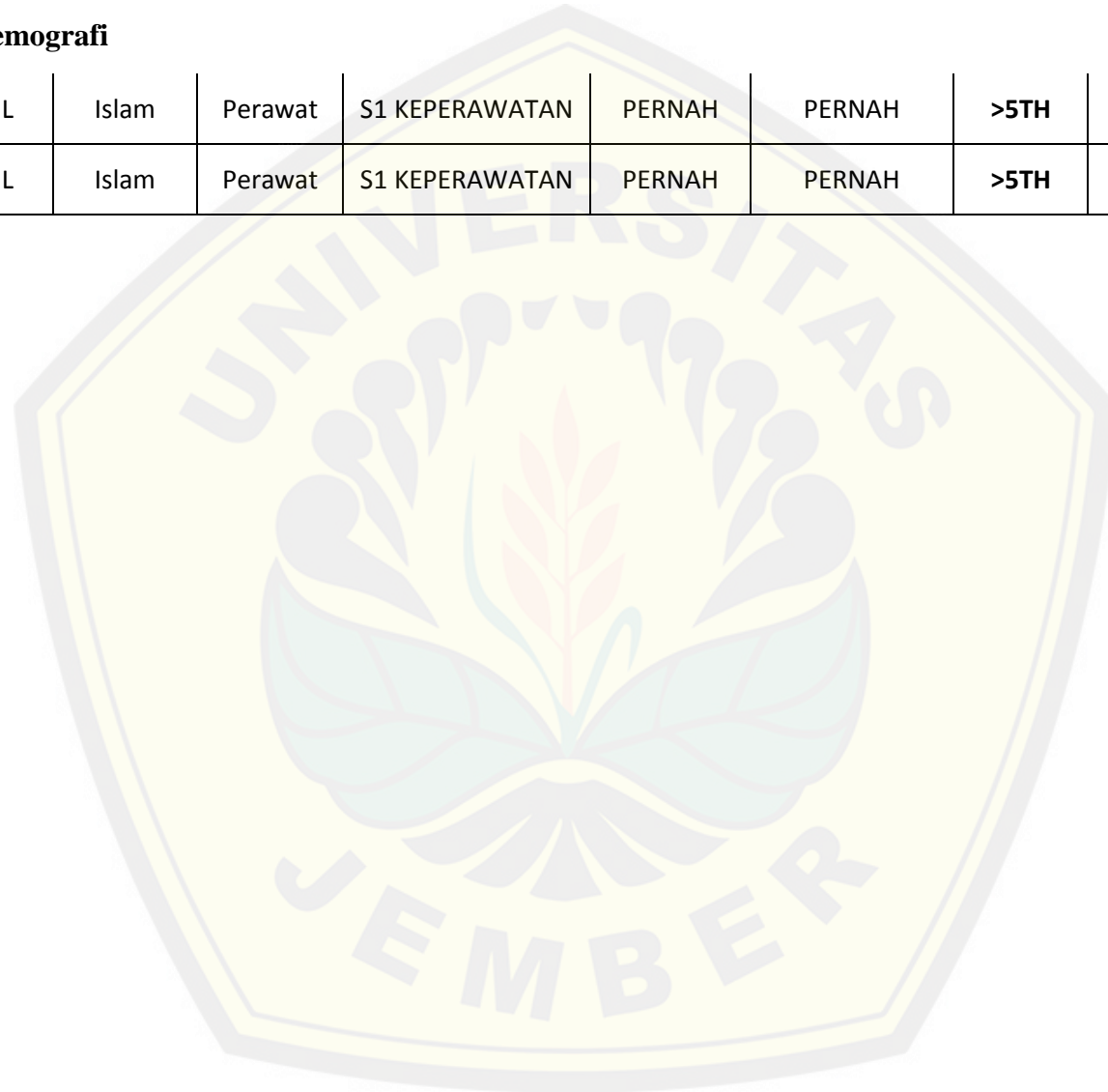
A52	31	P	Islam	Dokter	S1 PROFESI DOKTER	TIDAK	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A53	29	L	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A54	35	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	Non PNS
A55	38	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A56	26	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A57	27	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	<5TH	Tidak Punya	PNS
A58	23	L	Non muslim	Dokter	S1 PROFESI DOKTER	PERNAH	PERNAH	<5TH	Punya	Non PNS
A59	41	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A60	29	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	Non PNS
A61	24	P	Islam	Dokter	S1 PROFESI DOKTER	PERNAH	PERNAH	<5TH	Punya	Non PNS
A62	34	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A63	36	L	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A64	37	P	Islam	Dokter	S1 PROFESI DOKTER	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A65	28	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Punya	Non PNS
A66	33	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Punya	Non PNS
A67	46	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS

Lanjutan Tabel Data Demografi

A68	41	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	Non PNS
A69	39	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A70	39	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A71	54	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A72	30	L	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A73	27	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	Non PNS
A74	36	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A75	38	L	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A76	37	P	Islam	Dokter	S1 PROFESI DOKTER	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS
A77	26	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	>5TH	Punya	Non PNS
A78	27	P	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	TIDAK	TIDAK	>5TH	Punya	PNS
A79	39	P	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A80	50	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A81	34	P	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A82	37	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A83	40	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	Non PNS
A84	35	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A85	38	P	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	PNS
A86	31	L	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	<5TH	Tidak Punya	Non PNS
A87	29	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	TIDAK	PERNAH	<5TH	Punya	Non PNS
A88	34	P	Islam	Perawat	DIII Keperawatan	PERNAH	PERNAH	>5TH	Punya	Non PNS

Lanjutan Tabel Data Demografi

A89	32	L	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	Non PNS
A90	46	L	Islam	Perawat	S1 KEPERAWATAN	PERNAH	PERNAH	>5TH	Tidak Punya	PNS



Lampiran 7 Tabel Hasil Uji Validitas

No res	s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8	s9	s10	s11	s12	s13	s14	s15	s16	s17	s18	total
A1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
a2	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	15
A3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
A4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
A6	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4
A7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
A10	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
A11	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	7
A12	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	8
A13	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	8
A14	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	5
A15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
A16	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
A17	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	5
A18	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	11
A19	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3
A20	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	9

Lampiran 8 Tabel Data Skor Kuisisioner

NO	Survei Primer										Survei Sek						IR		Total	Ket
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
A1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	17	Baik	
A2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	13	Baik
A3	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	14	Baik
A4	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	12	Cukup
A5	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	13	Baik
A6	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	14	Baik
A7	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	12	Cukup
A8	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	14	Baik
A9	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	12	Cukup
A10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	15	Baik
A11	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	12	Cukup
A12	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	13	Baik
A13	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	12	Cukup
A14	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	13	Baik
A15	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	16	Baik
A16	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	12	Cukup
A17	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	12	Cukup
A18	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	12	Cukup
A19	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	13	Baik
A20	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	11	Cukup
A21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	16	Baik
A22	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	15	Baik
A23	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	Baik
A24	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	15	Baik
A25	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	13	Baik
A26	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	12	Cukup
A27	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	14	Baik
A28	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	13	Baik
A29	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	15	Baik
A30	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	13	Baik
A31	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	15	Baik
A32	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	13	Baik
A33	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	12	Cukup
A34	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	10	Cukup
A35	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	11	Cukup
A36	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	12	Cukup
A37	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	10	Cukup

Lanjutan Tabel Skor

A38	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	9	Cukup
A39	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	11	Cukup
A40	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	15	Baik
A41	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	11	Cukup
A42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Baik
A43	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	12	Cukup
A44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	16	Baik
A45	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	12	Cukup
A46	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	14	Baik
A47	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	14	Baik
A48	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	12	Cukup
A49	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	12	Cukup
A50	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	12	Cukup
A51	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	15	Baik
A52	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	16	Baik
A53	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	13	Baik
A54	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	11	Cukup
A55	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	13	Baik
A56	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	13	Baik
A57	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	12	Cukup
A58	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	16	Baik
A59	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	12	Cukup
A60	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	9	Cukup
A61	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Baik
A62	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	14	Baik
A63	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	11	Cukup
A64	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	16	Baik
A65	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	11	Cukup
A66	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	10	Cukup
A67	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	11	Cukup
A68	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	14	Baik
A69	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	11	Cukup
A70	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	16	Baik
A71	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	11	Cukup
A72	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	13	Baik
A73	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	11	Cukup
A74	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	13	Baik
A75	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	11	Cukup
A76	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	16	Baik
A77	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	11	Cukup
A78	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	13	Baik

Lanjutan Tabel Skor

A79	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	15	Baik
A80	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	13	Baik
A81	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	16	Baik
A82	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	11	Cukup
A83	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	Baik
A84	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	13	Baik
A85	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	11	Cukup
A86	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	13	Baik
A87	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	11	Cukup
A88	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	9	Cukup
A89	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	11	Cukup
A90	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	15	Baik



Lampiran 9 Hasil Uji Validitas

Correlations

Correlations

		s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8	s9	s10	s11	s12	s13	s14	s15	s16	s17	s18	Total
s1	Pearson Correlation	1	.816**	.314	.500*	.905**	.346	.408	.905**	.905**	.577**	.524*	.704**	.408	.577**	.905**	.734**	.905**	.905**	.888**
	Sig. (2-tailed)		.000	.177	.025	.000	.135	.074	.000	.000	.008	.018	.001	.074	.008	.000	.000	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s2	Pearson Correlation	.816**	1	.471*	.408	.739**	.236	.667**	.903**	.903**	.471*	.599**	.903**	.667**	.471*	.739**	.899**	.739**	.903**	.905**
	Sig. (2-tailed)	.000		.036	.074	.000	.317	.001	.000	.000	.036	.005	.000	.001	.036	.000	.000	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s3	Pearson Correlation	.314	.471*	1	.367	.242	.424	.171	.390	.390	.182	.099	.390	.171	.424	.242	.560*	.242	.390	.459*
	Sig. (2-tailed)	.177	.036		.112	.303	.063	.471	.089	.089	.444	.678	.089	.471	.063	.303	.010	.303	.089	.042
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s4	Pearson Correlation	.500*	.408	.367	1	.553*	.866**	.357	.452*	.452*	.866**	.419	.452*	.357	.866**	.553*	.367	.553*	.452*	.687**
	Sig. (2-tailed)																			
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Lanjutan Uji Validitas

	Sig. (2-tailed)	.025	.074	.112		.011	.000	.122	.045	.045	.000	.066	.045	.122	.000	.011	.112	.011	.045	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s5	Pearson Correlation	.905**	.739**	.242	.553*	1	.406	.492*	.818**	.818**	.638**	.601**	.616**	.492*	.406	1.000	.664**	.798**	.818**	.864**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.303	.011		.076	.027	.000	.000	.002	.005	.004	.027	.076	.000	.001	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s6	Pearson Correlation	.346	.236	.424	.866**	.406	1	.236	.290	.290	.733**	.303	.290	.236	.733**	.406	.424	.406	.290	.547*
	Sig. (2-tailed)	.135	.317	.063	.000	.076		.317	.215	.215	.000	.195	.215	.317	.000	.076	.063	.076	.215	.012
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s7	Pearson Correlation	.408	.667**	.171	.357	.492*	.236	1	.533*	.533*	.471*	.899**	.533*	1.000	.236	.492*	.599**	.492*	.533*	.695**
	Sig. (2-tailed)	.074	.001	.471	.122	.027	.317		.015	.015	.036	.000	.015	.000	.317	.027	.005	.027	.015	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s8	Pearson Correlation	.905**	.903**	.390	.452*	.818**	.290	.533*	1	.798**	.522*	.453*	.798**	.533*	.522*	.818**	.811**	.818**	.798**	.877**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.089	.045	.000	.215	.015		.000	.018	.045	.000	.015	.018	.000	.000	.000	.000	.000

Lanjutan Uji Validitas

N		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s9	Pearson Correlation	.905**	.903**	.390	.452*	.818**	.290	.533*	.798**	1	.522*	.664**	.798**	.533*	.522*	.818**	.811**	.818**	1.000**	.907**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.089	.045	.000	.215	.015	.000		.018	.001	.000	.015	.018	.000	.000	.000	.000	.000
N		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s10	Pearson Correlation	.577**	.471*	.182	.866**	.638**	.733**	.471*	.522*	.522*	1	.545*	.522*	.471*	.733**	.638**	.424	.638**	.522*	.737**
	Sig. (2-tailed)	.008	.036	.444	.000	.002	.000	.036	.018	.018		.013	.018	.036	.000	.002	.063	.002	.018	.000
N		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s11	Pearson Correlation	.524*	.599**	.099	.419	.601**	.303	.899**	.453*	.664**	.545*	1	.453*	.899**	.303	.601**	.538*	.601**	.664**	.730**
	Sig. (2-tailed)	.018	.005	.678	.066	.005	.195	.000	.045	.001	.013		.045	.000	.195	.005	.014	.005	.001	.000
N		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s12	Pearson Correlation	.704**	.903**	.390	.452*	.616**	.290	.533*	.798**	.798**	.522*	.453*	1	.533*	.522*	.616**	.811**	.616**	.798**	.817**
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.089	.045	.004	.215	.015	.000	.000	.018	.045		.015	.018	.004	.000	.004	.000	.000
N		20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Lanjutan Uji Validitas

s13	Pearson Correlation	.408	.667**	.171	.357	.492*	.236	1.000**	.533*	.533*	.471*	.899**	.533*	1	.236	.492*	.599**	.492*	.533*	.695**
	Sig. (2-tailed)	.074	.001	.471	.122	.027	.317	.000	.015	.015	.036	.000	.015		.317	.027	.005	.027	.015	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s14	Pearson Correlation	.577**	.471*	.424	.866**	.406	.733**	.236	.522*	.522*	.733**	.303	.522*	.236	1	.406	.424	.638**	.522*	.668**
	Sig. (2-tailed)	.008	.036	.063	.000	.076	.000	.317	.018	.018	.000	.195	.018	.317		.076	.063	.002	.018	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s15	Pearson Correlation	.905**	.739**	.242	.553*	1.000**	.406	.492*	.818**	.818**	.638**	.601**	.616**	.492*	.406	1	.664**	.798**	.818**	.864**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.303	.011	.000	.076	.027	.000	.000	.002	.005	.004	.027	.076		.001	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s16	Pearson Correlation	.734**	.899**	.560*	.367	.664**	.424	.599**	.811**	.811**	.424	.538*	.811**	.599**	.424	.664**	1	.664**	.811**	.851**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.010	.112	.001	.063	.005	.000	.000	.063	.014	.000	.005	.063	.001		.001	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s17	Pearson Correlation	.905**	.739**	.242	.553*	.798**	.406	.492*	.818**	.818**	.638**	.601**	.616**	.492*	.638**	.798**	.664**	1	.818**	.864**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.303	.011	.000	.076	.027	.000	.000	.002	.005	.004	.027	.076		.001	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Lanjutan Uji Validitas

	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.303	.011	.000	.076	.027	.000	.000	.002	.005	.004	.027	.002	.000	.001		.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
s18	Pearson Correlation	.905**	.903**	.390	.452*	.818**	.290	.533*	.798**	1.000	.522*	.664**	.798**	.533*	.522*	.818**	.811**	.818**	1	.907**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.089	.045	.000	.215	.015	.000	.000	.018	.001	.000	.015	.018	.000	.000	.000		.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Total	Pearson Correlation	.888**	.905**	.459*	.687**	.864**	.547*	.695**	.877**	.907**	.737**	.730**	.817**	.695**	.668**	.864**	.851**	.864**	.907**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.042	.001	.000	.012	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.001	.000	.000	.000	.000	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Lampiran 10 Hasil Uji Reliabilitas

Reliability

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.962	18

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
s1	9.45	41.208	.871	.958
s2	9.55	41.208	.891	.958
s3	9.60	44.358	.400	.965
s4	9.15	43.503	.653	.961
s5	9.40	41.411	.843	.958
s6	9.20	44.063	.500	.963

Lanjutan Uji Reliabilitas

s7	9.35	42.661	.654	.961
s8	9.50	41.316	.858	.958
s9	9.50	41.105	.893	.957
s10	9.20	42.905	.705	.960
s11	9.30	42.537	.694	.960
s12	9.50	41.737	.790	.959
s13	9.35	42.661	.654	.961
s14	9.20	43.326	.630	.961
s15	9.40	41.411	.843	.958
s16	9.60	41.726	.829	.959
s17	9.40	41.411	.843	.958
s18	9.50	41.105	.893	.957

Lampiran 11 Hasil Uji Korelasi Status kepegawaian dan Pekerjaan sampingan dengan Tingkat Pengetahuan Penanganan Pertama Luka Bakar oleh Dokter dan Perawat di Pelayanan Kesehatan Primer

Nonparametric Correlations

			Status kepegawaian	Tingkat Pengetahuan
Spearman's rho	Status kepegawaian	Correlation Coefficient	1.000	.113
		Sig. (2-tailed)	.	.289
		N	90	90
	Tingkat Pengetahuan	Correlation Coefficient	.113	1.000
		Sig. (2-tailed)	.289	.
		N	90	90

Nonparametric Correlations

			Pekerjaan sampingan	Tingkat Pengetahuan
Spearman's rho	Pekerjaan sampingan	Correlation Coefficient	1.000	-.438**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	90	90
	Tingkat Pengetahuan	Correlation Coefficient	-.438**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	90	90

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Lampiran 12 Dokumentasi Kegiatan

Contoh Pengambilan Sampel di beberapa Puskesmas

