

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Luka Bakar

1. Pengertian

Luka bakar adalah suatu trauma yang disebabkan oleh panas arus listrik, bahan kimia dan petir yang mengenai kulit, mukosa dan jaringan yang lebih dalam. Luka bakar yang luas mempengaruhi metabolisme dan fungsi setiap sel tubuh, semua sistem dapat terganggu, terutama sistem kardiovaskuler (Rahayuningsih, 2012).

Luka bakar bisa merusak kulit yang berfungsi melindungi kita dari kotoran dan infeksi. Jika banyak permukaan tubuh terbakar, hal ini bisa mengancam jiwa karena terjadi kerusakan pembuluh darah ketidak-seimbangan elektrolit dan suhu tubuh, gangguan pernafasan serta fungsi saraf (Adibah dan Winasis, 2014).

2. Etiologi

a. Luka Bakar Termal

Luka bakar *termal* (panas) disebabkan oleh karena terpapar atau kontak dengan api, cairan panas atau objek-objek panas lainnya. Penyebab paling sering yaitu luka bakar yang disebabkan karena terpajan dengan suhu panas seperti terbakar api secara langsung atau terkena permukaan logam yang panas (Fitriana, 2014).

b. Luka Bakar Kimia

Luka bakar *chemical* (kimia) disebabkan oleh kontaknya jaringan kulit dengan asam atau basa kuat. Konsentrasi zat kimia, lamanya kontak dan banyaknya jaringan yang terpapar menentukan luasnya injuri karena zat kimia ini. Luka bakar kimia dapat terjadi misalnya karena kontak dengan zat-zat pembersih yang sering dipergunakan untuk keperluan rumah tangga dan berbagai zat kimia yang digunakan dalam bidang industri, pertanian dan militer (Rahayuningsih, 2012).

c. Luka Bakar Elektrik

Luka bakar *electric* (listrik) disebabkan oleh panas yang digerakkan dari energi listrik yang dihantarkan melalui tubuh. Berat ringannya luka dipengaruhi oleh lamanya kontak, tingginya voltage dan cara gelombang elektrik itu sampai mengenai tubuh (Rahayuningsih, 2012). Luka bakar listrik ini biasanya lukanya lebih serius dari apa yang terlihat di permukaan tubuh (Fitriana, 2014).

d. Luka Bakar Radiasi

Luka bakar radiasi disebabkan oleh terpapar dengan sumber radioaktif. Tipe injuri ini seringkali berhubungan dengan penggunaan radiasi ion pada industri atau dari sumber radiasi untuk keperluan terapeutik pada dunia kedokteran. Terbakar oleh sinar matahari akibat terpapar yang terlalu lama juga merupakan salah satu tipe luka bakar radiasi (Rahayuningsih, 2012).

3. Faktor yang mempengaruhi berat ringannya luka bakar

a. Kedalaman luka bakar

Kedalaman luka bakar dilihat dari permukaan kulit yang paling luar. Kedalaman suatu luka bakar terdiri dari beberapa kategori yang didasarkan pada elemen kulit yang rusak seperti pada tabel di bawah ini:

Tabel 2.1 Derajat dan kedalaman luka bakar

Derajat	Kedalaman	Kerusakan	Karakteristik
Satu	Superfisial	Epidermis	Kulit kering, hiperemis, nyeri.
Dua dangkal	Superfisial kedalaman partial (<i>Partial Thickness</i>)	Epidermis dan sepertiga bagian superficial dermis	Bula nyeri
Dua dalam	Dalam- kedalaman partia (<i>Deep partial thickness</i>)	Kerusakan dua pertiga bagian superficial dermis dan jaringan dibawahnya	Seperti marbel, putih dan keras
Tiga	Kedalaman penuh (<i>Full thickness</i>)	Kerusakan seluruh lapisan kulit (dermis dan epidermis) serta lapisan yang lebih	Luka terbatas tegas, tidak ditemukan bula, berwarna kecoklatan, kasar,

		dalam	tidak nyeri
Empat	Subdermal	Seluruh lapisan kulit dan struktur disekitarnya seperti lemak subkutan, fasia, otot dan tulang	Mengenai struktur di sekitarnya

Sumber (Gurnida dan Lilisari, 2011)

b. Luas luka bakar

Terdapat beberapa metode untuk menentukan luas luka bakar meliputi *Rule of nine*, *Lund and Browder* dan *hand palm*. Ukuran luka bakar ditentukan dengan prosentase dari permukaan tubuh yang terkena luka bakar. Akurasi dari perhitungan bervariasi menurut metode yang digunakan dan pengalaman seseorang dalam menentukan luas luka bakar (Gurnida dan Lilisari, 2011).

1) Metode *rule of nine*

Dasar dari metode ini adalah bahwa tubuh di bagi kedalam bagian-bagian *anatomic*, dimana setiap bagian mewakili 9% kecuali daerah genitalia 1% (lihat gambar 1). Metode ini adalah metode yang baik dan cepat untuk menilai luka bakar menengah dan berat pada penderita yang berusia diatas 10 tahun. Tubuh dibagi menjadi area 9%. Metode ini tidak akurat pada anak karena adanya perbedaan proporsi tubuh anak dengan dewasa.

2) Metode *Hand Palm*

Metode permukaan telapak tangan. Area permukaan tangan pasien (termasuk jari tangan) adalah sekitar 1% total luas permukaan tubuh. Metode ini biasanya digunakan pada luka bakar kecil (Gurnida dan Lilisari, 2011).

3) Metode *Lund and Browde*

Metode ini mengkalkulasi total area tubuh yang terkena berdasarkan lokasi dan usia. Metode ini merupakan metode yang paling akurat pada anak bila digunakan dengan benar

(Gurnida dan Lilisari, 2011). Metode *lund and browder* merupakan modifikasi dari persentasi bagian-bagian tubuh menurut usia, yang dapat memberikan perhitungan yang lebih akurat tentang luas luka bakar yaitu kepala 20%, tangan masing-masing 10%, kaki masing-masing 10%, dan badan kanan 20%, badan kiri 20% (Hardisman, 2014).

c. Lokasi luka bakar (bagian tubuh yang terkena)

Berat ringannya luka bakar dipengaruhi pula oleh lokasi luka bakar. Luka bakar yang mengenai kepala, leher dan dada sering kali berkaitan dengan komplikasi pulmoner. Luka bakar yang mengenai wajah seringkali menyebabkan abrasi kornea. Luka bakar yang mengenai lengan dan persendian seringkali membutuhkan terapi fisik dan *occupasi* dan dapat menimbulkan implikasi terhadap kehilangan waktu bekerja dan atau ketidakmampuan untuk bekerja secara permanen (Rahayuningsih, 2012).

Luka bakar yang mengenai daerah perineal dapat terkontaminasi oleh *urine* atau *feces*. Sedangkan luka bakar yang mengenai daerah torak dapat menyebabkan tidak adekuatnya ekspansi dinding dada dan terjadinya insufisiensi pulmoner (Rahayuningsih, 2012).

d. Mekanisme *injury*

Mekanisme *injury* merupakan faktor lain yang digunakan untuk menentukan berat ringannya luka bakar. Secara umum luka bakar yang mengalami injuri inhalasi memerlukan perhatian khusus. Pada luka bakarelectric, panas yang dihantarkan melalui tubuh, mengakibatkan kerusakan jaringan internal (Rahayuningsih, 2012).

Injury pada kulit mungkin tidak begitu berarti akan tetapi kerusakan otot dan jaringan lunak lainnya dapat terjadi lebih luas khususnya bila injuri *elektrik* dengan *voltage* tinggi. Oleh karena itu *voltage*, tipe arus (*direct* atau *alternating*), tempat kontak dan

lamanya kontak adalah sangat penting untuk diketahui dan diperhatikan karena dapat mempengaruhi morbidity (Rahayuningsih, 2012).

e. Usia

Kelompok terbesar dengan kasus luka bakar adalah anak-anak kelompok usia dibawah 6 tahun bahkan sebagian besar berusia kurang dari 2 tahun. Puncak insiden kedua adalah luka bakar akibat kerja yaitu pada usia 25-35 tahun. Kendatipun jumlah pasien lanjut usia dengan luka bakar cukup kecil, tetapi kelompok ini sering kali memerlukan perawatan pada fasilitas khusus luka bakar. Dalam tahun tahun terakhir ini daya tahan hidup dimana penderita dapat kembali pada keadaan sebelum cedera pada penderita lanjut usia mengalami perbaikan yang lebih cepat dibandingkan dengan populasi umum luka bakar lainnya.

Usia klien mempengaruhi berat ringannya luka bakar. Angka kematiannya (*mortality rate*) cukup tinggi pada anak yang berusia kurang dari 4 tahun, terutama pada kelompok usia 0-1 tahun dan klien yang berusia di atas 65 tahun. Tingginya statistic mortalitas dan morbiditas pada orang tua yang terkena luka bakar merupakan akibat kombinasi dari berbagai gangguan fungsional (seperti lambatnya bereaksi, gangguan dalam menilai, dan menurunnya kemampuan mobilitas), hidup sendiri, dan bahaya-bahaya lingkungan lainnya. Disamping itu juga mereka lebih rentan terhadap injury luka bakar karena kulitnya menjadi lebih tipis, dan terjadi atropi pada bagian-bagian kulit lain. Sehingga situasi seperti ketika mandi dan memasak dapat menyebabkan terjadinya luka bakar (Rahayuningsih, 2012).

Pada anak dibawah umur 3 tahun penyebab luka bakar paling umum adalah cedera lepuh (*scald burn*). Luka ini dapat terjadi bila bayi dan balita yang tak terurus dengan baik, dimasukkan kedalam bak mandi yang berisi air yang sangat panas dan anak tak mampu keluar dari bak mandi tersebut. Selain itu kulit balita lebih tipis daripada kulit

anak yang lebih besar dan orang dewasa, karenanya lebih rentan cedera. Pada anak umur 3-14 tahun, penyebab luka bakar paling sering karena nyala api yang membakar baju. Kematian pada anak-anak oleh karena daya kekebalan belum sempurna.

4. Proses penyembuhan luka

Krisanty (2009) mengatakan bahwa proses penyembuhan luka bakar terdiri dari 3 fase meliputi fase inflamasi, fase fibroblastik, dan fase maturasi. Adapun proses penyembuhannya antara lain:

a. Fase inflamasi

Fase terjadinya luka bakar sampai 3-4 hari pasca luka bakar. Pada fase ini terjadi perubahan *vascular* dan *proliferasi seluler*. Daerah luka mengalami *agregasi trombosit* dan mengeluarkan *serotonin* serta mulai timbul *epitalisasi*.

b. Fase Fibi Oblastik

Fase yang dimulai pada hari ke 4 sampai 20 pasca luka bakar. Pada fase ini timbul *abrobast* yang membentuk kolagen yang tampak secara klinis sebagai jaringan *granulasi* yang berwarna kemerahan.

c. Fase Maturasi

Proses pematangan kolagen dan terjadi penurunan aktivitas seluler dan vaskuler. Hasil ini berlangsung hingga 8 bulan sampai lebih dari satu tahun dan berakhir jika sudah tidak ada tanda-tanda inflamasi untuk akhir dari fase ini berupa jaringan parut yang berwarna pucat, tipis, lemas tanpa rasa nyeri atau gatal.

5. Managemen Penatalaksanaan

Penanganan luka bakar pada anak dan dewasa pada dasarnya sama hanya akibat yang ditimbulkan dapat lebih serius pada anak. Hal itu disebabkan secara anatomi kulit anak lebih tipis, lebih mudah terjadi kehilangan cairan dan elektrolit serta kemungkinan terjadi hipotermi cukup besar (Hadinegoro, 2014).

Berbagai macam respon sistem organ yang terjadi setelah mengalami luka bakar menuntut perlunya pendekatan antar disiplin Perawat bertanggung jawab untuk mengembangkan rencana perawatan yang didasarkan pada pengkajian data yang merefleksikan kebutuhan fisik dan psikososial klien dan keluarga atau orang lain yang dianggap penting (Rahayuningsih, 2012). Perawatan sebelum di rumah sakit (*prehospital care*). Perawatan sebelum klien dibawa ke rumah sakit dimulai pada tempat kejadian luka bakar dan berakhir ketika sampai di institusi pelayanan emergensi. *Prehospital care* dimulai dengan memindahkan/menghindarkan klien dari sumber penyebab luka bakar dan atau menghilangkan sumber panas (Rahayuningsih, 2012).

a. Penatalaksanaan prehospital

Menurut Rahayuningsih (2012) mengatakan bahwa penanganan pertama pada luka bakar antara lain :

- 1) Menjauhkan penderita dari sumber luka bakar
- 2) Memadamkan pakaian yang terbakar
- 3) Menghilangkan zat kimia penyebab luka bakar
- 4) Menyiram dengan air sebanyak -banyaknya bila karena zat kimia.
- 5) Mematikan listrik atau buang sumber listrik dengan menggunakan objek yang kering dan tidak menghantarkan arus (*nonconductive*).

Fitriana (2014) menyebutkan bahwa pada tindakan penatalaksanaan luka bakar terdapat beberapa prioritas tindakan untuk mengatasi kegawatan pada klien yaitu sebagai berikut :

1) Menghentikan proses pembakaran

Jika menemukan penderita masih dalam keadaan terbakar maka harus segera dilakukan pemadaman dengan cara menyiram dengan air dalam jumlah banyak apabila disebabkan bensin atau minyak. Menggulingkan penderita pada tanah (*drop and roll*) atau menggunakan selimut basah untuk memadamkan api.

Walaupun api sudah mati, luka bakar akan tetap mengalami proses perjalanan pembakaran, untuk mengurangi proses ini luka dapat disiram atau direndam dengan air bersih untuk pendinginan. Perlu diketahui bahwa proses pendalaman ini hanya akan berlangsung selama 15 menit, sehingga apabila pertolongan datang setelah 15 menit, usaha sia-sia dan hanya akan menimbulkan hipotermi. Tidak diperbolehkan sekali-kali mengompres luka bakar dengan kassa air es karena dapat mengakibatkan kerusakan jaringan.

2) Perawatan luka bakar

Luka bakar harus ditutup secepat mungkin untuk memperkecil kemungkinan kontaminasi bakteri dan mengurangi rasa nyeri dengan mencegah aliran udara agar tidak mengenai permukaan kulit yang terbakar.

Perawatan tergantung pada karakteristik dan ukuran dari luka. Tujuan dari semua perawatan luka bakar agar luka segera sembuh rasa sakit yang minimal. Setelah luka dibersihkan dan di debridement, luka ditutup. Penutupan luka ini memiliki beberapa fungsi: pertama dengan penutupan luka akan melindungi luka dari kerusakan epitel dan meminimalkan timbulnya koloni bakteri atau jamur. Kedua, luka harus benar-benar tertutup untuk mencegah evaporasi pasien tidak hipotermi. Ketiga, penutupan luka diusahakan semaksimal mungkin agar pasien merasa nyaman dan meminimalkan timbulnya rasa sakit.

Pilihan penutupan luka sesuai dengan derajat luka bakar. (Holmes & Heimbach, 2005).

a) Luka bakar derajat I, merupakan luka ringan dengan sedikit hilangnya barier pertahanan kulit. Luka seperti ini tidak perlu di balut, cukup dengan pemberian salep antibiotik untuk mengurangi rasa sakit dan melembabkan kulit. Bila perlu dapat

diberi NSAID (Ibuprofen, Acetaminophen) untuk mengatasi rasa sakit dan pembengkakan.

- b) Luka bakar derajat II (superfisial), perlu perawatan luka setiap harinya, pertama-tama luka diolesi dengan salep antibiotik, kemudian dibalut dengan perban katun dan dibalut lagi dengan perban elastik. Pilihan lain luka dapat ditutup dengan penutup luka sementara yang terbuat dari bahan alami (Xenograft (pig skin) atau Allograft (homograft, cadaver skin)) atau bahan sintetis (opside, biobrane, transcyte, integra).
- c) Luka derajat II (dalam) dan luka derajat III, perlu dilakukan eksisi awal dan cangkok kulit (early excision and grafting)

Setelah sembuh dari luka, masalah berikutnya adalah jaringan parut yang dapat berkembang menjadi cacat berat. Kontraktur kulit dapat mengganggu fungsi dan menyebabkan kekakuan sendi atau menimbulkan cacat estetik yang buruk sekali sehingga diperlukan juga ahli ilmu jiwa untuk mengembalikan kepercayaan diri. Permasalahan-permasalahan yang ditakuti pada luka bakar (Yovita, 2010):

- a) Infeksi dan sepsis
- b) Oliguria dan anuria
- c) Oedem paru
- d) ARDS (Adult Respiratory Distress Syndrome)
- e) Anemia
- f) Kontraktur
- g) Kematian

Pengasuhan terhadap anak yang dilakukan oleh seorang ibu tidak hanya berkaitan dengan pemberian asupan makanan dan pengasuhan perilaku saja, tetapi seorang ibu perlu memiliki pengetahuan tentang perawatan terhadap anak ketika dalam kondisi sakit termasuk pengetahuan tentang perawatan luka bakar.

B. Pengetahuan

1. Pengertian pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba (Notoatmodjo, 2010).

Pengetahuan adalah berbagai gejala yang ditemui dan diperoleh manusia melalui pengamatan akal. Pengetahuan muncul ketika seseorang menggunakan akal budinya untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum pernah dilihat atau dirasakan sebelumnya. Menurut epistemologi setiap pengetahuan manusia itu adalah hasil dari berkontakannya dua macam besaran, yaitu benda atau yang diperiksa, diselidiki, dan akhirnya diketahui (obyek), serta manusia yang melakukan pelbagai pemeriksaan, penyelidikan, dan akhirnya mengetahui (mengenal) benda atau hal tadi (Taufik, 2010).

Berdasarkan pengertian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa pengetahuan adalah segala sesuatu yang berhasil diketahui oleh manusia berdasarkan hasil dari penginderaan atau pengamatan akal budi untuk mengenali benda atau kejadian tertentu yang belum diketahui sebelumnya.

2. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan dalam aspek kognitif menurut Notoatmodjo (2007), dibagi menjadi 6 (enam) tingkatan yaitu :

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, dari seluruh bahan yang dipelajari. Tahu ini merupakan tingkat pengertian yang paling rendah.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami ini diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi ke kondisi sebenarnya.

c. Aplikasi(*Aplication*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.

d. Analisis(*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen - komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis(*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian - bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

f. Evaluasi(*Evaluation*)

Evalusi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

3. Pengukuran Pengetahuan

Pengetahuan dapat diukur dengan wawancara atau angket yang menyatakan tentang isi materi yang ingin diukur dari responden (Notoatmodjo, 2007). Pengukuran pengetahuan ini berkaitan dengan pengetahuan tentang penanganan luka bakar pada anak secara benar. Hasil ukur pengetahuan dibedakan menjadi kurang (<56%), cukup (56-79%) dan baik (79,1-100%) (Warijdan dalam Nursalam, 2008).

4. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan (Notoatmodjo, 2007):

a. Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberi respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan berpikir sejauh mana keuntungan yang mungkin akan mereka peroleh dari gagasan tersebut. Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah suatu cita-cita tertentu. Pendidikan dapat mempengaruhi

seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup, terutama dalam memotivasi sikap berperan serta dalam perkembangan kesehatan. Semakin tinggi tingkat kesehatan, seseorang makin menerima informasi sehingga makin banyak pola pengetahuan yang dimiliki.

b. Paparan media massa

Melalui berbagai media baik cetak maupun elektronik berbagai informasi dapat diterima masyarakat, sehingga seseorang yang lebih sering terpapar media massa (TV, radio, majalah, pamflet, dan lain - lain) akan memperoleh informasi yang lebih banyak dibandingkan dengan orang yang tidak pernah terpapar informasi media. Ini berarti paparan media massa mempengaruhi tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang.

c. Ekonomi

Usaha memenuhi kebutuhan pokok (primer) maupun kebutuhan sekunder, keluarga dengan status ekonomi baik akan lebih mudah tercukupi dibandingkan keluarga dengan status ekonomi rendah. Hal ini akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan sekunder. Jadi dapat disimpulkan bahwa ekonomi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang berbagai hal.

d. Hubungan sosial

Manusia adalah makhluk sosial dimana dalam kehidupan saling berinteraksi antara satu dengan yang lain. Individu yang dapat berinteraksi secara *continue* akan lebih besar terpapar informasi. Sementara faktor hubungan sosial juga mempengaruhi kemampuan individu sebagai komunikasi untuk menerima pesan menurut model komunikasi media dengan demikian hubungan sosial dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang tentang suatu hal.

e. Pengalaman

Pengalaman seorang individu tentang berbagai hal biasa diperoleh dari lingkungan kehidupan dalam proses perkembangannya, misalnya sering mengikuti kegiatan. Kegiatan yang mendidik misalnya seminar

organisasi dapat memperluas jangkauan pengalamannya, karena dari berbagai kegiatan tersebut informasi tentang suatu hal dapat diperoleh.

Berdasarkan faktor-faktor tersebut maka dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang meliputi pendidikan, paparan media masa, status ekonomi, hubungan sosial dan pengalaman. Salah satu faktor yang memegang peranan penting terhadap peningkatan pengetahuan seseorang adalah pendidikan, baik pendidikan formal maupun pendidikan informal. Salah satu bentuk dari pendidikan informal dapat dilakukan melalui penyuluhan atau pendidikan kesehatan dalam upaya meningkatkan pengetahuan seseorang tentang pemahaman masalah kesehatan.

Pengetahuan menurut Notoatmodjo (2010) dapat diperoleh dari berbagai cara, seperti pengalaman, paparan informasi, dan lainnya. Salah satu faktor yang memiliki pengaruh besar terhadap peningkatan pengetahuan seseorang adalah pendidikan kesehatan.

C. Pendidikan kesehatan

1. Pengertian pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan. Dilihat dari segi pendidikan, pendidikan kesehatan adalah suatu pedagogik praktis atau praktik pendidikan. Oleh sebab itu konsep pendidikan kesehatan adalah konsep pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Pendidikan kesehatan adalah kegiatan pendidikan kesehatan yang dilakukan dengan penyebaran pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan (Machfoedz, 2007).

Pendidikan kesehatan merupakan kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti tetapi juga mau

dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan (Fitriani, 2011).

Pendidikan kesehatan merupakan suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku, agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan. Hal ini dapat diartikan bahwa pendidikan kesehatan mengupayakan agar perilaku individu, kelompok atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Mubarak (2011) memberikan penjelasan bahwa pengertian lebih luas sebenarnya didapatkan dalam bidang promosi kesehatan, dimana pendidikan dan pendidikan kesehatan merupakan bagian dari promosi kesehatan yang lebih menekankan pada pendekatan edukatif, namun jika promosi kesehatan menekankan pada upaya perubahan atau perbaikan perilaku kesehatan.

Proses pendidikan tersebut berlangsung didalam suatu lingkungan pendidikan atau tempat dimana pendidikan itu berlangsung, biasanya dibedakan menjadi tiga yaitu tri pusat pendidikan yaitu didalam keluarga (pendidikan informal), didalam sekolah (pendidikan formal), dan didalam masyarakat.

Proses pendidikan kesehatan juga mengikuti proses tersebut, dan unsur-unsurnya pun sama. Proses pendidikan kesehatan, yang bertindak selaku pendidik kesehatan disini adalah semua petugas kesehatan dan siapa saja yang berusaha untuk mempengaruhi individu atau masyarakat guna meningkatkan kesehatan mereka. Karena itu individu, kelompok ataupun masyarakat, disamping dianggap sebagai sasaran (obyek) pendidikan, juga dapat berlaku sebagai subyek (pelaku) pendidikan kesehatan masyarakat apabila mereka di ikutsertakan didalam usaha kesehatan masyarakat.

2. Tujuan pendidikan kesehatan

Notoatmodjo (2010) menjelaskan tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan dan mencegah timbulnya penyakit, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi

dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan. Secara umum tujuan dari pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku individu atau masyarakat dibidang kesehatan. Tujuan ini dapat diperinci lebih lanjut antara lain, menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai di masyarakat, menolong individu agar mampu secara mandiri atau kelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat, mendorong pengembangan dan menggunakan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.

Sari (2012) senada dengan pernyataan Notoatmodjo bahwa tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku masyarakat yang tidak sehat menjadi sehat. Tujuan tersebut dapat dicapai dengan anggapan bahwa manusia selalu dapat belajar dan berubah (pada umumnya manusia dalam hidupnya hidupnya selalu berubah berubah untuk menyesuaikan menyesuaikan diri terhadap lingkungan sekitar), perubahan yang terjadi dapat diinduksikan. Pendidikan kesehatan sangat diperlukan sebagai dasar untuk kegiatan dalam kesehatan masyarakat menuju masyarakat sehat jasmani, rohani, sosial dan ekonomi.

3. Proses pendidikan kesehatan

proses pendidikan kesehatan terdapat tiga persoalan pokok yaitu masukan (*input*), proses (*process*), dan keluaran (*output*). Masukan (*input*) dalam pendidikan kesehatan menyangkut sasaran belajar yaitu individu, kelompok dan masyarakat dengan berbagai latar belakangnya. Proses (*process*) adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan dan perilaku pada diri subjek belajar. Dalam proses pendidikan kesehatan terjadi timbal balik berbagai faktor antara lain adalah pengajar, teknik belajar, dan materi atau bahan pelajaran. Sedangkan keluaran (*output*) merupakan kemampuan sebagai hasil perubahan yaitu perilaku sehat dari sasaran didik melalui pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

Peneliti melakukan pelatihan promosi kesehatan dengan sistem modul. Bersamaan dengan saat modul dibagikan, peneliti memberikan penjelasan sesuai dengan yang tertera sekaligus memperagakan sebanyak 1

kali. Setelah itu, para kader kesehatan diminta mempelajari sekaligus mempraktekkannya di rumah. Peneliti mengulangi test lagi setelah dilakukan 3 hari setelah pelatihan promosi kesehatan dilaksanakan (Sulastyawati, 2007).

4. Metode pendidikan kesehatan

Notoatmodjo (2010), metode pembelajaran dalam pendidikan kesehatan dipilih berdasarkan tujuan pendidikan kesehatan, kemampuan perawat sebagai tenaga pengajar, kemampuan individu, kelompok, masyarakat, besarnya kelompok, waktu pelaksanaan pendidikan kesehatan, dan ketersediaan fasilitas pendukung. Metode pendidikan kesehatan dapat bersifat pendidikan individual, pendidikan kelompok, dan pendidikan massa.

Metode yang sering digunakan dalam pendidikan kesehatan yaitu bimbingan dan pendidikan, wawancara yaitu percakapan antara dua orang atau lebih dan berlangsung antara narasumber dan pewawancara, ceramah yaitu pidato yang bertujuan memberikan nasehat dan petunjuk-petunjuk sementara ada audiensi yang bertindak sebagai pendengar, seminar yaitu pertemuan khusus yang memiliki teknis dan akademis yang tujuannya untuk melakukan studi menyeluruh tentang suatu topik tertentu dengan pemecahan suatu permasalahan yang memerlukan interaksi di antara para peserta, symposium yaitu serangkaian pidato pendek yang dilakukan oleh seseorang di depan para peserta, diskusi kelompok yaitu suatu proses yang teratur yang melibatkan sekelompok orang dalam interaksi tatap muka yang informal dengan berbagai pengalaman atau informasi, pengambilan kesimpulan atau pemecahan masalah, *buzz group* yaitu kelompok yang dibagi kedalam beberapa kelompok kecil (sub-groups) masing-masing terdiri dari 3-6 siswa dalam tempo yang singkat untuk mendiskusikan suatu topik atau memecahkan suatu masalah, curah gagasan yaitu satu kelompok untuk menentukan sebuah masalah, dan melalui intervensi yang melibatkan partisipasi, menemukan keputusan kelompok yang terbaik untuk sebuah tindakan untuk menyelesaikannya, forum panel yaitu sekelompok individu

yang membahas topik tentang kelebihan pada masyarakat atau pendengar diskusi, demonstrasi yaitu peragaan atau pertunjukan untuk menampilkan suatu proses terjadinya peristiwa, simulasi yaitu suatu proses peniruan dari sesuatu yang nyata beserta keadaan sekelilingnya, dan permainan peran yaitu sebuah permainan yang para pemainnya memainkan perantokoh-tokoh khayalan dan berkolaborasi untuk merajut sebuah cerita bersama.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses belajar

Kegiatan dalam pendidikan terdapat tiga persoalan pokok yakni masukan (*input*), proses dan keluaran (*output*). Persoalan masukan menyangkut subjek atau sasaran belajar dengan latar belakangnya. Persoalan proses adalah mekanisme atau proses terjadinya perubahan kemampuan pada diri subjek belajar. Di dalam proses terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor, antara lain subjek belajar, alat bantu belajar dan materi atau bahan yang dipelajari (Notoatmodjo, 2007).

Keluaran (*output*) merupakan hasil belajar itu sendiri yang terdiri dari kemampuan baru atau perubahan baru pada diri subjek belajar. Guilbert (dalam Notoatmodjo, 2007) mengelompokkan faktor-faktor yang mempengaruhi proses belajar dalam empat kelompok besar yaitu faktor materi, lingkungan, instrumental dan faktor individu pembelajar.

Faktor pertama, materi atau hal yang dipelajari ikut menentukan proses dan hasil belajar. Faktor kedua yakni lingkungan fisik yang antara lain terdiri dari suhu, kelembaban udara dan kondisi setempat, sedangkan faktor lingkungan yang kedua adalah lingkungan sosial, yakni manusia dengan segala interaksinya serta representasinya seperti keramaian atau kegaduhan. Faktor ketiga adalah instrumental terdiri dari perangkat keras seperti perlengkapan belajar dan alat-alat peraga, dan perangkat lunak seperti kurikulum, pengajar atau fasilitator belajar serta metode belajar mengajar (Notoatmodjo, 2007).

Pendidikan kesehatan merupakan suatu usaha untuk menyediakan kondisi psikologis dari sasaran agar mereka berperilaku sesuai dengan tuntutan nilai-nilai kesehatan. Peranan pendidikan kesehatan adalah

melakukan intervensi terhadap faktor perilaku sehingga perilaku individu, kelompok atau masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Green, 1997) menjelaskan bahwa perilaku sendiri dilatarbelakangi atau dipengaruhi oleh tiga faktor pokok yakni faktor-faktor predisposisi (*Predisposing factors*), faktor-faktor pendukung (*enabling factors*) dan faktor-faktor memperkuat atau mendorong (*reinforcing factor*), oleh karena itu pendidikan kesehatan harus diarahkan ketiga faktor pokok tersebut.

6. Faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan

Notoatmodjo (2010), menganalisis bahwa faktor perilaku ditentukan oleh tiga faktor utama :

a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing*)

Faktor predisposisi adalah faktor yang melatarbelakangi perubahan perilaku yang menyediakan pemikiran rasional atau motivasi terhadap suatu perilaku. Faktor ini meliputi pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai, dan sebagainya.

b. Faktor-faktor pendukung (*enabling*)

Faktor pendukung adalah faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku individu atau organisasi termasuk tindakan/ ketrampilan.. Faktor ini meliputi ketersediaan, keterjangkauan sumber daya pelayanan kesehatan, prioritas dan komitmen masyarakat dan pemerintah dan tindakan yang berkaitan dengan kesehatan.

c. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing*)

Faktor pendorong adalah faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Faktor ini memberikan penghargaan/ insentif untuk ketekunan atau pengulangan perilaku. Faktor penguat ini terdiri dari tokoh masyarakat, petugas kesehatan, guru, keluarga dan sebagainya.

7. Sasaran pendidikan kesehatan

Sasaran pendidikan kesehatan adalah masyarakat atau individu baik yang sehat maupun yang sakit. Sasaran pendidikan kesehatan tergantung pada tingkat dan tujuan pendidikan yang diberikan. Lingkungan pendidikan

kesehatan di masyarakat dapat dilakukan melalui berbagai lembaga dan organisasi masyarakat (Notoatmodjo, 2010).

Fitriani (2011) membedakan sasaran pendidikan terdiri dari individu, keluarga, kelompok sasaran khusus dan masyarakat. Kelompok sasaran khusus meliputi kelompok berdasarkan pertumbuhan mulai dari anak sampai manula, dan kelompok yang mempunyai perilaku merugikan kesehatan, kelompok yang ditampung di lembaga tertentu.

D. Anak Usia Pra Sekolah

1. Batasan anak pra sekolah

Batasan anak pra sekolah berdasarkan Mongks dan Haditomo (2007) adalah anak dengan usia antara 3-5 tahun. Wong dkk (2009), menyebutkan bahwa batasan usia anak pra sekolah adalah antara 3 sampai 5 tahun. Anak pada usia ini telah memiliki kontrol fungsi tubuh yang baik, pengalaman periode perpisahan yang pendek dan panjang, kemampuan berinteraksi secara kerja sama dengan anak lain dan penggunaan bahasa untuk simbolisasi mental.

Riyanto (2009), menyebutkan bahwa usia prasekolah diantaranya 3 sampai 5 tahun bertujuan membantu meletakkan dasar ke arah perkembangan sikap, pengetahuan ketrampilan dan daya cipta yang diperlukan untuk anak dalam menyesuaikan diri dengan lingkungannya dan untuk pertumbuhan serta perkembangan selanjutnya.

2. Perkembangan anak pra sekolah

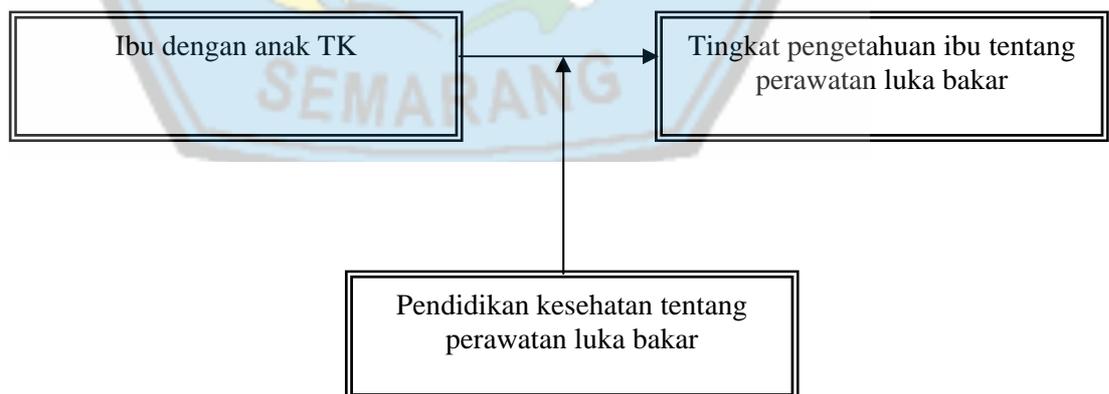
Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan yang menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa, sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya (Nurihsam dan Agustin, 2008).

Wong dkk (2009), menyebutkan perkembangan adalah perubahan dan perluasan secara bertahap perkembangan tahap kompleksitas dari yang lebih rendah ke yang lebih tinggi, peningkatan dan perluasan kapasitas seseorang melalui pertumbuhan maturasi serta pembelajaran. Pola tumbuh kembang bersifat jelas dapat diprediksi, kontinyu, teratur, dan progresif, pola atau kecenderungan ini juga bersifat universal dan mendasar bagi semua individu, namun unik dalam hal cara dan waktu pencapaiannya.

Anak usia prasekolah telah menunjukkan perkembangan yang telah matang. Kemampuan berjalan, berlari, memanjat dan melompat seharusnya sudah dapat dilaksanakan dengan baik pada anak usia 36 bulan. Kemampuan mengkoordinasikan mata-tangan dan otak sudah dapat terlihat dengan baik. Keterampilan motorik halus juga nampak dari keterampilan anak dalam menggambar, berpakaian dan kesiapan dalam belajar kemandirian untuk memasuki masa sekolah (Wong dkk, 2009).

E. Kerangka Teori

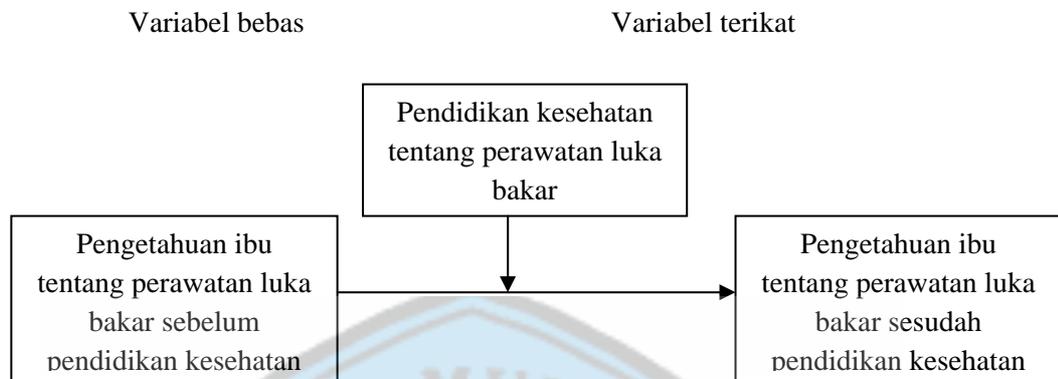
Berdasarkan teori-teori dari tinjauan pusaka di atas maka dapat dibuat kerangka teori sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Notoatmodjo (2010), Wong dkk (2009)

B. Kerangka Konsep



Skema : 2.2 kerangka konsep

C. Variabel Penelitian

Variabel penelitian dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Variabel independen (Variabel bebas) dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan tentang perawatan luka bakar
- b. Variabel dependen (Variabel terikat) dalam penelitian ini adalah pengetahuan ibu tentang perawatan luka bakar.

D. Hipotesis

Ada perbedaan rerata pengetahuan tentang perawatan luka bakar pada anak sebelum dan setelah pendidikan kesehatan