

Skripsi

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

Penelitian Keperawatan Medikal Bedah



Oleh:

LISNAWATI
06921039



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

ABSTRAK

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

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BAB V

HASIL PENELITIAN

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

A. Analisa Univariat

1. Pengetahuan

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

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

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

BAB VII

PENUTUP

A. Kesimpulan

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

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

B. Saran

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

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

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

DAFTAR PUSTAKA

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