

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP PENGETAHUAN
DAN SIKAP MASYARAKAT DALAM PENANGANAN LUKA BAKAR
DI DUSUN KEBUMEN KECAMATAN PRINGSURAT
KABUPATEN TEMANGGUNG TAHUN 2025**

SKRIPSI



Shella Oktavia Cahyaningrum

24.0603.0094

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG
2025**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Luka bakar merupakan cedera pada kulit atau jaringan lain yang disebabkan oleh paparan panas, radiasi, sumber listrik dan kontak dengan bahan kimia (Ariyani, 2022). Luka ini termasuk jenis cedera yang sering dijumpai dalam kehidupan sehari-hari, baik di lingkungan rumah tangga, tempat kerja, lalu lintas, maupun saat bencana alam. Insiden luka bakar yang paling umum terjadi pada aktivitas rumah tangga adalah luka bakar termal, umumnya terjadi akibat kontak langsung dengan sumber panas seperti cairan mendidih, uap panas, benda padat panas, atau api (Jeschke et al., 2020). Dampaknya bervariasi, mulai dari luka ringan hingga berat, gangguan atau kecacatan organ, bahkan kematian. Penanganan yang tepat dan cepat sangat penting untuk mencegah komplikasi serius, termasuk infeksi dan kerusakan jaringan lebih lanjut.

Berdasarkan data dari *World Health Organization* (WHO), luka bakar menyebabkan sekitar 180.000 kematian setiap tahun secara global, dengan mayoritas kasus terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Wilayah Asia Tenggara menjadi salah satu kawasan dengan angka kejadian tertinggi, menyumbang sekitar 27% dari total kematian akibat luka bakar di dunia, dan sekitar 70% korbannya adalah perempuan. Kejadian luka bakar sebagian besar terjadi di lingkungan rumah tangga, yang mencapai sekitar 80% (WHO, 2023). Hal ini sejalan dengan pernyataan (Hoemeke et al., 2021), yang juga mengacu pada data WHO dan menyebutkan bahwa 80–90% kasus luka bakar terjadi di rumah. Kondisi tersebut menegaskan pentingnya edukasi pertolongan pertama dalam konteks domestik guna mencegah keparahan cedera serta menurunkan angka morbiditas dan mortalitas akibat luka bakar.

Di Indonesia, angka kejadian luka bakar masih tergolong tinggi dan menjadi masalah kesehatan masyarakat yang memerlukan perhatian serius. Baik dalam skala rumah tangga maupun sektor industri, sekitar 40% kasus luka bakar terjadi

sebagai akibat dari kelalaian, kecelakaan kerja, maupun ketidaktahuan dalam penanganan awal (Alepandi et al., 2022). Luka bakar merupakan salah satu jenis cedera yang tidak hanya menimbulkan dampak fisik berupa kerusakan jaringan kulit, tetapi juga berdampak psikologis dan sosial, terutama apabila menimbulkan kecacatan permanen atau kematian. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi luka bakar di Indonesia tercatat sebesar 0,7% dari total populasi. Angka ini mencerminkan bahwa luka bakar masih menjadi salah satu penyebab cedera yang cukup signifikan, terutama dalam konteks cedera tidak disengaja di lingkungan masyarakat. Luka bakar dapat terjadi di berbagai tempat dan situasi, seperti di rumah tangga akibat alat memasak, di tempat kerja karena bahan kimia atau suhu tinggi, serta di ruang publik yang kurang aman.

Distribusi kasus luka bakar di Indonesia menunjukkan variasi antar wilayah. Provinsi dengan prevalensi tertinggi adalah Papua (2,0%), diikuti oleh Kepulauan Bangka Belitung (1,4%), dan Jawa Tengah (0,6%). Meskipun Jawa Tengah tidak termasuk dalam wilayah dengan prevalensi tertinggi, namun angka tersebut tetap mencerminkan bahwa luka bakar menjadi masalah yang perlu mendapat perhatian, baik dari aspek pencegahan maupun penanganan. Secara lebih spesifik, di Provinsi Jawa Tengah, prevalensi luka bakar menurut jenis kelamin menunjukkan sedikit perbedaan, yakni 1,04% pada laki-laki dan 1,02% pada perempuan (Herlianita et al., 2020). Hal ini menunjukkan bahwa risiko luka bakar tidak mengenal batas usia atau gender, dan dapat dialami oleh siapa saja, baik anak-anak, dewasa, maupun lanjut usia.

Secara epidemiologis, luka bakar paling sering terjadi pada ekstremitas, terutama tangan dan kaki (Jeschke et al., 2020). Risiko tertinggi ditemukan pada aktivitas domestik seperti memasak serta pekerjaan di sektor industri dan konstruksi yang melibatkan sumber panas, bahan kimia, atau listrik. Ibu rumah tangga menjadi kelompok rentan akibat keterlibatannya dalam aktivitas berisiko di lingkungan rumah. Namun, pengetahuan masyarakat terkait pertolongan pertama pada luka bakar masih dipengaruhi oleh mitos dan praktik tradisional yang keliru, seperti penggunaan pasta gigi, mentega, kopi bubuk, atau minyak, yang justru dapat

memperparah luka dan meningkatkan risiko infeksi (Burgess et al., 2016). WHO dan Kementerian Kesehatan RI merekomendasikan penanganan yang sederhana namun efektif, yaitu dengan mendinginkan luka menggunakan air mengalir selama 10–20 menit dan menutupnya dengan kain bersih untuk mencegah kontaminasi.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat mengenai pertolongan pertama pada luka bakar masih rendah. Penelitian yang dilakukan Mutmainah dan Muhaji (2024) di Sleman melaporkan bahwa hanya 23 responden (26,1%) memiliki pengetahuan yang baik. Kustanti dan Widyarani (2023) di Surabaya menemukan bahwa sebagian besar masyarakat masih menggunakan bahan tradisional yang kontraindikatif, dengan hanya 21% memahami tindakan yang benar. Temuan ini menegaskan pentingnya intervensi edukatif dalam meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat terhadap luka bakar.

Fenomena di Kecamatan Pringsurat Kabupaten Temanggung, menunjukkan urgensi dilakukannya penelitian mengenai pengetahuan masyarakat terhadap pertolongan pertama pada luka bakar. Wilayah ini tengah berkembang sebagai kawasan industri sesuai dengan Rencana Tata Ruang Wilayah (RTRW) Kabupaten Temanggung Tahun 2022–2042, khususnya di Desa Kebumen yang dikenal sebagai sentra produksi genteng dan batu bata. Aktivitas produksi tersebut melibatkan proses pembakaran intensif menggunakan bahan bakar kayu dan limbah industri, yang secara langsung meningkatkan risiko terjadinya luka bakar, baik pada para pekerja maupun masyarakat yang tinggal di sekitar area produksi.

Meskipun tingkat risiko cukup tinggi, hingga saat ini belum terdapat penelitian yang secara khusus mengkaji tingkat pengetahuan masyarakat setempat mengenai pertolongan pertama pada luka bakar. Padahal, penanganan awal yang tepat sangat berpengaruh terhadap tingkat keparahan cedera, proses penyembuhan, dan pencegahan komplikasi jangka panjang. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian guna memperoleh gambaran pengetahuan masyarakat terkait

penanganan luka bakar di Dusun Kebumen Kecamatan Pringsurat Kabupaten Temanggung dengan potensi risiko tinggi.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap masyarakat dalam penanganan luka bakar di Dusun Kebumen Kecamatan Pringsurat Kabupaten Temanggung. Hasilnya diharapkan dapat mengisi kesenjangan literatur, menjadi dasar intervensi edukatif, serta berkontribusi dalam penguatan kapasitas masyarakat dalam menghadapi risiko luka bakar, baik di lingkungan domestik maupun area kerja.

B. Rumusan Masalah

Penanganan luka bakar yang tepat pada luka bakar memegang peranan penting dalam mencegah komplikasi lebih lanjut, mengurangi keparahan cedera, serta mempercepat proses penyembuhan. Namun, dalam praktiknya pengetahuan dan sikap masyarakat sering kali masih dipengaruhi oleh mitos atau tindakan yang tidak sesuai dengan standar medis, seperti penggunaan bahan-bahan tradisional yang justru kontraindikasi, misalnya pasta gigi, mentega, atau bubuk kopi.

Dusun Kebumen Kecamatan Pringsurat merupakan wilayah dengan potensi tinggi terhadap kejadian luka bakar, terutama akibat aktivitas industri rumahan seperti pembakaran genteng dan batu bata. Kendati memiliki tingkat risiko yang cukup tinggi, hingga saat ini belum tersedia pengkajian spesifik terkait tingkat pengetahuan masyarakat mengenai pertolongan pertama pada luka bakar.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap masyarakat dalam penanganan luka bakar di Dusun Kebumen Kecamatan Pringsurat Kabupaten Temanggung?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap masyarakat dalam penanganan luka bakar di Dusun Kebumen Kecamatan Pringsurat Kabupaten Temanggung.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik masyarakat sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dalam penanganan luka bakar di Dusun Kebumen, Desa Kebumen, Kecamatan Pringsurat, Kabupaten Temanggung.
- b. Mengetahui tingkat pengetahuan masyarakat terhadap penanganan luka bakar sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan.
- c. Mengetahui sikap masyarakat terhadap penanganan luka bakar sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan.
- d. Menganalisis perbedaan tingkat pengetahuan masyarakat terhadap penanganan luka bakar sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan.
- e. Menganalisis perbedaan sikap masyarakat terhadap penanganan luka bakar sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi ilmiah dalam bidang kesehatan masyarakat, khususnya terkait pengetahuan masyarakat mengenai pertolongan pertama pada luka bakar. Selain itu, temuan penelitian ini dapat menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya dalam pengembangan program edukasi dan pencegahan cedera akibat luka bakar.

2. Praktis

a. Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat mengenai pentingnya penerapan pertolongan pertama yang tepat pada luka bakar, sehingga mampu mencegah komplikasi dan mempercepat penanganan awal secara mandiri.

b. Bagi Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan dalam merancang intervensi edukatif dan promosi kesehatan yang kontekstual, sesuai dengan kebutuhan serta karakteristik masyarakat lokal.

E. Ruang Lingkup Penelitian

1. Lingkup Materi

Penelitian ini berfokus pada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap masyarakat dalam penanganan luka bakar.

2. Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari - Juli 2025 yang meliputi penyusunan proposal sampai penyusunan hasil penelitian.

3. Lingkup Tempat

Penelitian dilakukan di lingkungan Dusun Kebumen Kecamatan Pringsurat, Kabupaten Temanggung.

F. Target Luaran

Target luaran dari penulisan skripsi ini adalah publikasi artikel ilmiah pada Journal of Nursing Practice/ JNP, ISSN 2614-3496. DOI: Prefix 10.30994. Link <https://thejnp.org/index.php/jnp>, Universitas STRADA Indonesia.

G. Kaslian Penelitian

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian

NO	JUDUL	METODE PENELITIAN	HASIL	PERBEDAAN
1	Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Warga terhadap Pertolongan Pertama Luka Bakar (Khair & Djajuli, 2023).	Penelitian kuantitatif korelasi dengan desain penelitian cross-sectional, sampel pada penelitian ini sebanyak 110 responden.	Terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan dan perilaku warga terhadap pertolongan pertama luka bakar ($p = 0,003$ dan $p = 0,000$).	Penelitian ini tidak menggunakan intervensi pendidikan kesehatan. Sedangkan penelitian ini menguji pengaruh edukasi terhadap pengetahuan dan sikap masyarakat secara pretest-posttest.
2	Gambaran Pengetahuan Ibu tentang Pertolongan Luka Bakar (Mendrofa et al., 2024).	Penelitian deskriptif kuantitatif dengan desain penelitian cross-sectional, sampel pada penelitian ini sebanyak 58 responden.	Mayoritas ibu memiliki pengetahuan baik (definisi 89,7%; pelaksanaan 69%).	Fokus terbatas pada ibu di klinik dan tidak mengukur sikap atau dilakukan intervensi. Penelitian ini lebih luas dan menggunakan edukasi sebagai intervensi untuk mengukur pengaruh terhadap pengetahuan dan sikap.
3	Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Penanganan Pertama Luka Bakar Di Desa Pejaten Kecamatan Kediri Kabupaten Tabanan Tahun 2021 (Lestari, 2021).	Penelitian deskriptif kuantitatif dengan desain penelitian cross-sectional, sampel pada penelitian ini sebanyak 217 responden, menggunakan kuesioner.	Mayoritas memiliki pengetahuan cukup (45,6%); dipengaruhi oleh pendidikan dan pengalaman luka bakar.	Penelitian ini hanya menggambarkan pengetahuan tanpa intervensi. Sedangkan penelitian ini menganalisis perubahan pengetahuan dan sikap sebelum dan sesudah pendidikan kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Luka Bakar

1. Definisi

Luka bakar merupakan cedera pada jaringan biologis yang terjadi akibat kontak dengan panas, bahan kimia, listrik, atau radiasi (Jeschke et al., 2020). Luka bakar adalah kerusakan koagulatif pada protein dan struktur sel yang dapat memicu reaksi inflamasi akut, serta berisiko menimbulkan komplikasi sistemik jika tidak ditangani dengan tepat (McCann et al., 2022). Luka bakar membutuhkan penanganan yang tepat dan terintegrasi guna mencegah terjadinya gangguan stabilitas fisiologis penderita seperti kehilangan cairan, gangguan pengaturan suhu, dan risiko infeksi (Saputra, 2023).

2. Etiologi

Menurut (Zwierello et al., 2023) penyebab luka bakar sebagai berikut.

a. Thermal Injuries

Cedera thermal umum terjadi di masyarakat, baik pada anak-anak maupun orang dewasa. Cedera ini terjadi akibat kontak dengan sumber panas seperti api, air panas, uap, atau permukaan panas yang dapat menyebabkan trauma jaringan dengan klasifikasi mulai dari derajat I hingga derajat II. Tingkat keparahan luka bakar ditentukan oleh kedalaman luka dan durasi kontak dengan sumber panas.

b. Electrical Injuries

Luka bakar listrik terjadi akibat aliran arus melalui jaringan tubuh yang bersifat konduktif, menimbulkan kerusakan dalam tanpa luka luar yang nyata. Keparahannya dipengaruhi oleh voltase, jenis arus, durasi, dan jalur arus. Arus rendah (<1000 V) dapat menyebabkan aritmia, sedangkan arus tinggi (>1000 V) berisiko menimbulkan komplikasi berat seperti nekrosis, rabdomiolisis, gagal ginjal, hingga kematian. Penanganannya membutuhkan pendekatan

multidisipliner, termasuk resusitasi cairan, pemantauan organ vital, dan intervensi bedah bila diperlukan.

c. *Chemical Injuries*

Luka bakar kimia terjadi akibat paparan bahan kimia korosif, seperti asam kuat (misalnya asam sulfat, asam klorida) atau basa kuat (misalnya natrium hidroksida, amonia). Luka bakar akibat asam umumnya bersifat terlokalisasi dan singkat, menyebabkan denaturasi serta nekrosis protein. Sebaliknya, luka bakar akibat basa bersifat lebih destruktif, menyebabkan nekrosis likuifaksi yang progresif dengan penetrasi jaringan lebih dalam dan efek yang berlangsung lebih lama.

d. *Radiation*

Luka bakar radiasi diakibatkan oleh paparan sinar radiasi alfa (α), beta (β), dan gamma (γ), termasuk sinar ultraviolet (UV), sinar-X, dan sinar gamma. Paparan radiasi yang intens atau berulang dapat merusak DNA dan menimbulkan inflamasi jaringan. Sinar UV dari matahari merupakan penyebab utama luka bakar radiasi superfisial, sedangkan terapi radiasi pada pengobatan kanker dapat menimbulkan luka bakar kronis yang sulit sembuh.

3. Klasifikasi Luka Bakar

Kedalaman luka bakar bergantung pada jenis luka, agen penyebab, suhu, durasi kontak, dan ketebalan kulit yang terlibat. Klasifikasi luka bakar menurut Markiewicz-Gospodarek et al., (2022):

a. Luka bakar derajat I (*Superficial*)

Luka bakar derajat I melibatkan kerusakan pada epidermis dengan gejala kulit kemerahan, bengkak ringan, dan nyeri akibat iritasi ujung saraf sensorik, tanpa pembentukan bula. Penyembuhan terjadi secara spontan dalam 5–10 hari tanpa jaringan parut, meski mungkin muncul perubahan warna kulit seperti hipo- atau hiperpigmentasi.

b. Luka bakar derajat II (*Partial-thickness*)

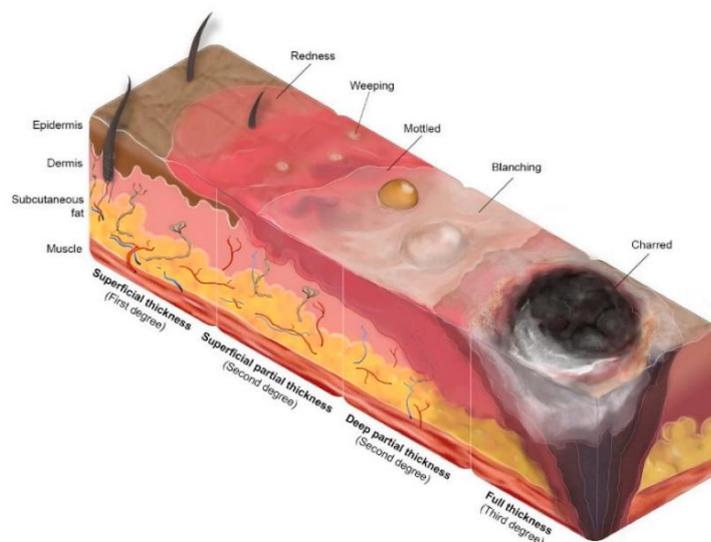
Luka bakar derajat II terjadi kerusakan pada lapisan epidermis dan sebagian permukaan dermis. Luka bakar derajat II dibedakan menjadi dua yaitu:

1) Derajat II Dangkal (*Superficial Partial Thickness*)

Luka bakar ini mengenai epidermis dan sepertiga atas dermis hingga kelenjar sebacea yang ditandai dengan nyeri, edema, dan bula. Penyembuhan berlangsung secara fisiologis dalam 10–14 hari tanpa jaringan parut.

2) Derajat II B Dalam (*Deep Partial Thickness*)

Kerusakan mencapai dua pertiga dermis termasuk retikular. Kulit tampak pucat dengan hiperemis di sekitarnya, bula yang mudah pecah dan terbentuk eskar. Penyembuhan berlangsung lebih dari dua minggu dan berisiko terbentuk jaringan parut.



Gambar 2. 1 Klasifikasi Luka Bakar (Burgess et. al., 2022)

c. Luka bakar derajat III (*Full-thickness burns*)

Kerusakan melibatkan epidermis, dermis hingga subkutan. Kulit tampak pucat, keras, tidak nyeri akibat kerusakan saraf, dan terbentuk eskar. Penanganan memerlukan tindakan bedah seperti *skin grafting* dan perawatan rekonstruktif.

d. Luka bakar derajat IV (*subdermal*)

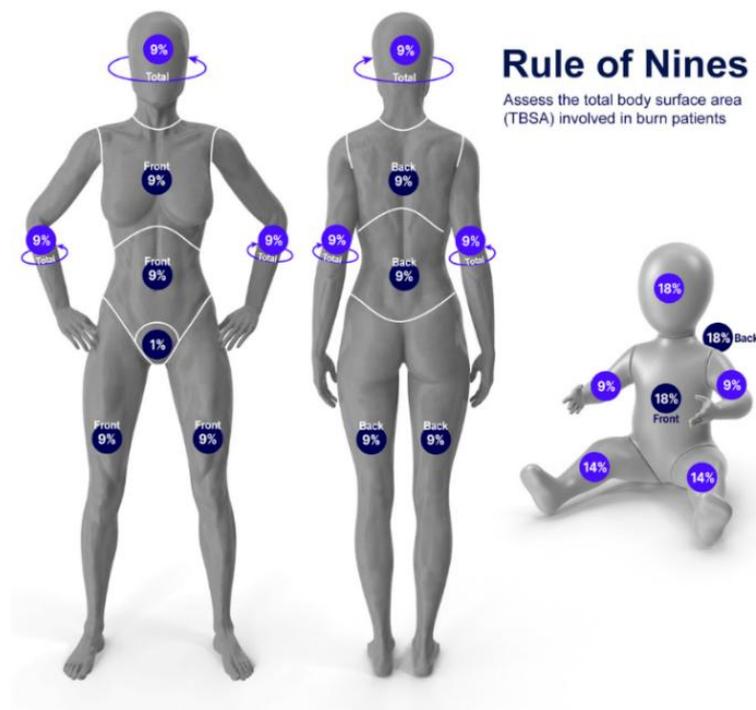
Kerusakan pada seluruh lapisan kulit hingga otot, tendon dan tulang serta menimbulkan kondisi nekrosis lokal. Kulit tampak keabuan, tanpa bula, tidak nyeri, dengan kehilangan sensasi. Penatalaksanaan meliputi perawatan konservatif dan prosedur pembedahan.

4. Luas Luka Bakar

Penilaian luas luka bakar merupakan langkah penting dalam manajemen awal pasien, terutama dalam menentukan kebutuhan cairan resusitasi, indikasi rujukan ke pusat luka bakar, serta penilaian prognosis. Penghitungan luas luka bakar didasarkan pada estimasi persentase *Total Body Surface Area* (TBSA) yang terdampak. Beberapa metode yang umum digunakan dalam praktik klinis yaitu rule of nine, lund and browder chart, dan hand palm. Setiap metode memiliki tingkat akurasi yang berbeda, bergantung pada karakteristik pasien, kondisi tubuh dan keterampilan klinisi dalam melakukan penilaian.

a. *Rule of Nine*

Metode ini membagi tubuh manusia menjadi beberapa bagian yang masing-masing memiliki nilai 9% atau kelipatannya dari TBSA. Rule of Nine sangat berguna dalam situasi darurat karena cepat dan sederhana. Namun, metode ini kurang akurat untuk anak-anak karena proporsi tubuh anak berbeda dengan orang dewasa, serta tidak memperhitungkan variasi komposisi tubuh seperti pada pasien obesitas (Pangestiwi & Mubarok, 2024).



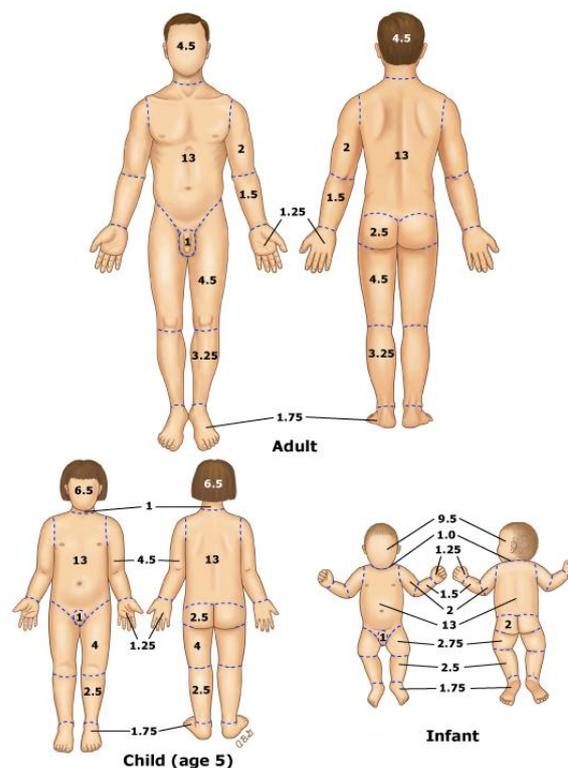
Gambar 2. 2 *Rule of Nine* (Fella, 2025)

b. *Hand Palm*

Metode ini menggunakan luas telapak tangan pasien (termasuk jari-jari) sebagai acuan, di mana satu telapak tangan mewakili sekitar 1% dari TBSA. Metode ini berguna untuk estimasi cepat pada luka kecil atau luka yang tersebar, khususnya di lapangan atau pada situasi tanpa peralatan lengkap. Namun, keakuratannya terbatas dan cenderung digunakan sebagai estimasi awal kasar sebelum dilakukan penilaian lebih lanjut secara klinis (Fella, 2025).

c. *Lund and Browder Chart*

Metode paling akurat dalam menilai luas luka bakar karena memperhitungkan perbedaan proporsi anatomi berdasarkan usia. Misalnya, kepala bayi memiliki persentase yang lebih besar dibandingkan orang dewasa, sedangkan distribusi TBSA pada orang dewasa lebih banyak di ekstremitas bawah. Metode ini menjadi standar di unit gawat darurat dan pusat luka bakar karena akurasinya tinggi dan adaptif pada anak. *American Burn Association* (2020) merekomendasikan penggunaan metode ini, terutama dalam penanganan kasus luka bakar anak.



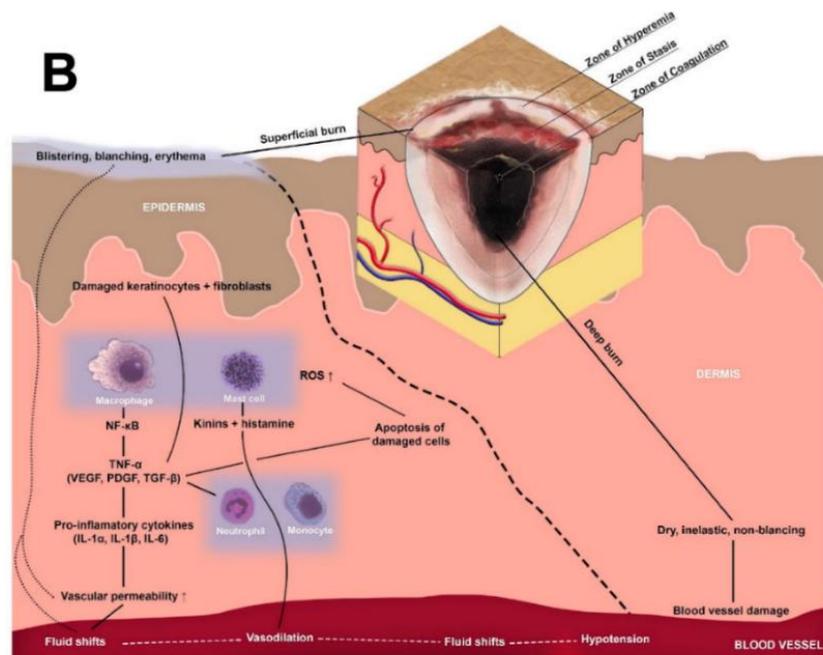
Gambar 2. 3 Lund and Browder Chart (Fella, 2025)

5. Patofisiologi Luka Bakar

Luka bakar dapat memicu respons fisiologis yang kompleks, baik pada tingkat lokal maupun sistemik, yang berdampak pada terganggunya keseimbangan homeostasis tubuh. Respons ini mencakup proses inflamasi, pelepasan mediator sitokin, perubahan hemodinamik, hingga gangguan metabolik yang dapat memperburuk kondisi pasien (Jeschke et al., 2020).

a. Respon Lokal

Efek jaringan lokal ditandai adanya kerusakan jaringan kulit, respon inflamasi akut, serta perubahan vaskular dan neurogenik yang terjadi segera setelah cedera. Jeschke et al. (2020) menyebutkan bahwa pada luka bakar, jaringan dibagi menjadi tiga zona berdasarkan tingkat keparahan kerusakan:



Gambar 2. 4 Respon Lokal Luka Bakar (Burgess et al., 2022)

1) Zona Koagulasi (*zone of coagulation*)

Merupakan area pusat luka yang mengalami kerusakan paling parah, ditandai dengan nekrosis jaringan permanen akibat denaturasi protein. Pada zona ini, sirkulasi darah terhenti sepenuhnya, dan kerusakan bersifat ireversibel.

2) Zona Stasis (*zone of stasis*)

Terletak di sekitar zona koagulasi. Di zona ini terjadi penurunan aliran darah dan kerusakan jaringan bersifat potensial. Jaringan masih dapat pulih atau mengalami nekrosis tergantung pada penanganan medis dan kondisi perfusi lokal.

3) Zona Hiperemia (*zone of hyperemia*)

Merupakan area paling luar dari luka, dengan peningkatan aliran darah akibat respons inflamasi. Jaringan di zona ini umumnya tidak mengalami kerusakan permanen dan dapat pulih secara spontan, asalkan tidak terjadi gangguan perfusi lanjutan seperti hipoperfusi.

b. Respon Sistemik

Luka bakar dengan luas lebih dari 20% *Total Body Surface Area* (TBSA) dapat menimbulkan respon inflamasi sistemik yang berdampak serius terhadap organ tubuh. Reaksi ini berisiko menimbulkan disfungsi multiorgan jika tidak ditangani segera dan tepat (Jeschke et al., 2020). Efek sistemik utama akibat luka bakar berat meliputi:

1) Sistem Kardiovaskular

Terjadi peningkatan permeabilitas kapiler yang menyebabkan kehilangan cairan plasma ke jaringan interstisial, menimbulkan hypovolemia dan risiko syok.

2) Sistem Respiratori

Cidera inhalasi akibat asap atau bahan kimia dapat menyebabkan edema saluran napas dan risiko gagal napas akut.

3) Sistem Imun

Respons inflamasi sistemik menyebabkan gangguan fungsi imun, sehingga pasien rentan terhadap infeksi sistemik dan sepsis. Luka bakar juga menyebabkan immunosupresi, terutama pada limfosit dan neutrofil.

4) Sistem Metabolik

Luka bakar berat memicu hipermetabolisme, yang ditandai dengan adanya peningkatan kebutuhan energi, katabolisme protein, dan memperlambat proses penyembuhan.

5) Sistem Ginjal dan Hati

Hipoperfusi beresiko menyebabkan gagal ginjal akut. Selain itu, hepatomegali dan gangguan fungsi hati juga dapat terjadi akibat sumbatan mikrosirkulasi dan peningkatan beban metabolik.

6) Sistem Saraf

Meskipun jarang, luka bakar dapat menyebabkan ensefalopati, terutama bila disertai hipoksia atau sepsis berat.

6. Pemeriksaan Penunjang Luka Bakar

Pemeriksaan penunjang sangat penting untuk mengevaluasi luas dan kedalaman luka, komplikasi sistemik, serta respons metabolik dan infeksi pada pasien dengan luka bakar sedang hingga berat. Berdasarkan penelitian terkini, pemeriksaan penunjang yang umum dilakukan meliputi:

a. Penilaian Kedalaman dan Luas Luka

Penilaian awal biasanya dilakukan secara visual, namun penelitian terkini menunjukkan bahwa metode non-invasif seperti *Laser Doppler Imaging* (LDI) memiliki akurasi yang lebih tinggi dalam menilai kedalaman luka. LDI mampu membedakan luka bakar superfisial dan dalam dalam 48–72 jam pertama, sehingga membantu keputusan debridement dini (Meikle et al., 2025). Selain itu, ultrasonografi dan termografi inframerah digunakan sebagai alternatif untuk mendeteksi perubahan vaskularitas dan suhu jaringan yang mencerminkan tingkat kerusakan.

b. Pemeriksaan Laboratorium Dasar

pemeriksaan laboratorium diperlukan untuk mengidentifikasi perubahan sistemik akibat luka bakar. Pemeriksaan seperti Darah Lengkap (CBC), elektrolit, ureum, kreatinin, dan gas darah arteri (ABG) digunakan untuk mendeteksi hemokonsentrasi, hipovolemia, atau gangguan pernapasan yang sering terjadi akibat inhalasi asap. Studi oleh Vital et al. (2024) juga menekankan pentingnya biomarker inflamasi seperti prokalsitonin dan laktat dalam mendeteksi sepsis pada pasien luka bakar berat.

c. Kultur Luka dan Darah

Kultur luka dan darah dilakukan untuk mengidentifikasi infeksi, terutama infeksi nosokomial yang umum terjadi di unit perawatan luka bakar. Organisme multiresisten seperti *Acinetobacter baumannii* dan *Pseudomonas aeruginosa* sering ditemukan, sehingga pemeriksaan mikrobiologi menjadi komponen penting dalam pengendalian infeksi (Vital et al., 2024).

d. Pemeriksaan Radiologis

Pemeriksaan radiologis seperti rontgen dada atau CT thorax digunakan pada pasien dengan luka bakar wajah atau kecurigaan aspirasi asap untuk mendeteksi adanya cedera saluran napas atau komplikasi paru. Hal ini mendukung diagnosis dini dan mencegah kegagalan napas yang fatal.

7. Pertolongan Pertama Luka Bakar

Pertolongan pertama yang efektif pada luka bakar sangat penting untuk meminimalkan kerusakan jaringan dan komplikasi lanjutan. Prinsip-prinsip utama telah dikonfirmasi melalui berbagai studi dan guideline internasional, seperti yang dijelaskan dalam *Burns Journal* dan *Resuscitation Guidelines* terbaru:

- a. *Stop the Burning Process*: Hentikan paparan panas segera. Lepaskan pakaian yang terbakar dengan hati-hati (kecuali jika melekat pada kulit). Langkah ini mencegah perluasan kerusakan termal (Tan et al., 2022).
- b. *Cool the Burn*: Dinginkan area luka bakar dengan air mengalir bersuhu 15–25°C selama 20 menit dalam waktu 3 jam sejak kejadian. Hindari penggunaan es karena dapat menyebabkan vasokonstriksi dan kerusakan jaringan tambahan (Chai et al., 2022).
- c. *Protect the Burn*: Tutupi luka dengan kasa steril atau kain bersih tanpa menekan terlalu keras. Tujuannya untuk mencegah infeksi dan mengurangi rasa nyeri (Zideman et al., 2021).
- d. *Prevent Hypothermia*: Hindari pendinginan berlebihan, terutama pada bayi dan anak-anak, dengan tetap menjaga suhu tubuh (Chai et al., 2022).

- e. *Avoid Harmful Remedies*: Jangan gunakan es, pasta gigi, mentega, atau bahan tradisional lainnya karena dapat memperparah cedera dan memperlambat penyembuhan (Burgess et al., 2016).
- f. *Seek Professional Help*: Segera rujuk pasien ke fasilitas kesehatan, terutama bila luka bakar dalam, luas, atau mengenai wajah, saluran napas, tangan, atau genitalia (Tan et al., 2022).

B. Konsep Pengetahuan

1. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) adalah kemampuan individu untuk mengingat kembali (*recall*) nama, kata, inspirasi, rumus, dan sebagainya (Widyawati, 2020). Menurut Notoatmodjo (2021), pengetahuan merupakan hasil dari proses "tahu" yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu melalui pancaindra, yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan sentuhan.

Pengetahuan terbentuk melalui proses belajar bermakna (*meaningful learning*) yang dikaitkan dengan struktur kognitif dalam diri individu sehingga menimbulkan pemahaman yang mendalam. Dalam proses kognitif melibatkan tiga komponen utama yaitu, *Sensory Memory* (Memori Penginderaan), *Working Memory* (Memori Pekerja) dan *Long Term Memory* (Memori Jangka Panjang) (Salsabila, 2017).

Pengetahuan memiliki peran yang sangat penting dalam membentuk sikap dan perilaku individu. Notoatmodjo (2021) menegaskan bahwa Pengetahuan berperan penting dalam membentuk sikap dan perilaku, terutama dalam konteks kesehatan, di mana semakin tinggi pengetahuan seseorang, semakin besar kemungkinannya memiliki perilaku yang positif terhadap pencegahan dan penanganan masalah kesehatan.

2. Tahapan Proses Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2021), tingkat pengetahuan mencerminkan kedalaman dan penguasaan kognitif seseorang, tidak hanya mengetahui, tetapi juga memahami dan

Motivasi internal mendorong individu untuk aktif mencari pengetahuan. Semakin tinggi motivasi, semakin besar kecenderungan untuk memahami informasi.

d. Pengalaman

Pengalaman merupakan sumber belajar efektif karena memberi konteks nyata dalam memahami dan menerapkan pengetahuan. Frekuensi dan sumber informasi juga memengaruhi pemahaman individu terhadap isu kesehatan.

e. Media dan informasi

Media massa merupakan sarana efektif dalam menyampaikan informasi kesehatan, karena mampu menjangkau masyarakat luas dan memberikan edukasi tanpa harus melalui pendidikan formal.

f. Lingkungan Sosial dan Budaya

Lingkungan tempat tinggal, keluarga, serta nilai-nilai budaya yang dianut juga dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Interaksi sosial yang sehat mendorong pertukaran informasi dan pengalaman yang bermanfaat bagi peningkatan pengetahuan individu.

4. Cara memperoleh pengetahuan

Menurut Syapitri et al. (2021), pengetahuan diperoleh melalui dua pendekatan utama, yaitu:

a. Pengalaman Langsung (Empiris)

Pengetahuan yang diperoleh melalui pengalaman langsung, baik melalui observasi, praktik, atau keterlibatan dalam kejadian nyata. Pengalaman langsung cenderung lebih membekas dan menjadi dasar untuk pembentukan sikap serta keterampilan.

b. Informasi dari Luar (Eksternal)

Pengetahuan juga diperoleh melalui edukasi formal (seperti sekolah, pelatihan), media massa, penyuluhan, atau interaksi sosial, di mana individu mendapatkan informasi dari orang lain atau lembaga.

2. Komponen Sikap

Sikap terbentuk melalui interaksi yang membentuk keseluruhan respons individu terhadap suatu objek atau peristiwa. Komponen-komponen tersebut saling melengkapi dan tidak dapat dipisahkan satu sama lain (Notoatmodjo, 2021).

a. Komponen Kognitif

Komponen ini berkaitan dengan aspek pengetahuan, kepercayaan, atau keyakinan individu terhadap objek sikap. Pada tahap ini, seseorang mengumpulkan informasi dan membentuk persepsi tertentu berdasarkan pengalaman atau informasi yang diterima

b. Komponen Afektif

Komponen ini berhubungan dengan aspek perasaan atau emosi yang muncul terhadap objek sikap. Perasaan ini dapat berupa rasa senang, tidak suka, simpati, atau netral, yang kemudian memengaruhi penilaian individu terhadap objek tersebut

c. Komponen Konatif (Perilaku/Tindakan)

Komponen ini mencerminkan kecenderungan atau niat untuk bertindak (*tendency to behave*) sesuai dengan sikap yang dimiliki. Komponen konatif menunjukkan kesiapan dan motivasi seseorang untuk merespons objek sikap dalam bentuk tindakan nyata.

3. Tingkatan Sikap

Sikap tidak hanya dipahami sebagai kecenderungan perasaan atau penilaian terhadap suatu objek, melainkan juga memiliki tahapan perkembangan yang menunjukkan sejauh mana sikap tersebut tertanam dalam diri individu. Tingkatan sikap mencerminkan kedalaman internalisasi sikap serta pengaruhnya terhadap perilaku sehari-hari. Semakin tinggi tingkatan sikap, semakin kuat pula sikap itu melekat dan terintegrasi dalam kepribadian seseorang (Notoatmodjo, 2021).

Adapun tingkatan sikap menurut Notoatmodjo (2021) meliputi:

- a. Menerima (*receiving*), yaitu tahap awal ketika individu menunjukkan kesediaan untuk memperhatikan atau menerima suatu stimulus, meskipun masih bersifat pasif.

- b. Merespon (responding), ditandai dengan keterlibatan aktif, di mana individu mulai memberikan tanggapan terhadap stimulus yang diterima.
- c. Menghargai (valuing), yaitu ketika individu mulai memberikan nilai atau penghargaan terhadap suatu objek sehingga muncul kecenderungan sikap positif.
- d. Mengorganisasi (organization), ketika individu mulai menyusun nilai-nilai yang diyakini sehingga terbentuk sistem nilai yang konsisten dalam dirinya.
- e. Karakterisasi (characterization by a value complex), yaitu tahap tertinggi di mana sikap telah terinternalisasi secara mendalam, menjadi bagian dari kepribadian, serta berperan dalam mengarahkan perilaku individu secara konsisten.



Gambar 2. 5 Tingkatan Sikap (Notoatmodjo, 2021)

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Sikap

Sikap seseorang terhadap suatu objek atau peristiwa tidak terbentuk secara tiba-tiba, melainkan merupakan hasil interaksi dari berbagai faktor yang memengaruhinya. Menurut Notoatmodjo (2021), terdapat beberapa faktor utama yang berperan dalam pembentukan sikap individu.

a. Pengalaman Pribadi

Pengalaman pribadi sering meninggalkan kesan mendalam dan membentuk sikap individu. Misalnya, individu yang pernah mengalami atau menyaksikan

kasus luka bakar cenderung lebih berhati-hati dan memiliki sikap positif terhadap pentingnya melakukan pertolongan pertama.

b. Pengaruh orang yang dianggap penting

Seseorang cenderung mengikuti pandangan, nilai, maupun perilaku dari individu atau kelompok yang dianggap penting, seperti keluarga, teman sebaya, atau tokoh masyarakat. Hal ini disebabkan adanya kebutuhan untuk diterima dalam kelompok sosial serta memperoleh validasi dari lingkungan terdekat.

c. Media dan informasi

Akses terhadap media, baik cetak, elektronik, maupun digital, memberikan kontribusi besar dalam membentuk opini dan persepsi masyarakat. Media massa berperan dalam menyebarkan pengetahuan, membangun kesadaran, serta memengaruhi sikap, khususnya dalam bidang kesehatan.

d. Lembaga pendidikan dan agama

Pendidikan formal dan nilai-nilai agama turut berperan dalam menanamkan norma serta membentuk sistem nilai individu. Pendidikan memberikan pengetahuan dan keterampilan, sedangkan agama memperkuat keyakinan moral, sehingga keduanya menjadi landasan penting dalam pembentukan sikap terhadap fenomena kehidupan, termasuk dalam penanganan masalah kesehatan.

e. Kebutuhan individu

Dorongan kebutuhan dasar maupun kebutuhan sosial dapat menjadi faktor pendorong terbentuknya sikap tertentu. Individu umumnya akan menunjukkan sikap positif terhadap tindakan yang dianggap mampu memenuhi kebutuhan dan memberikan manfaat bagi dirinya maupun orang lain.

f. Lingkungan sosial dan budaya

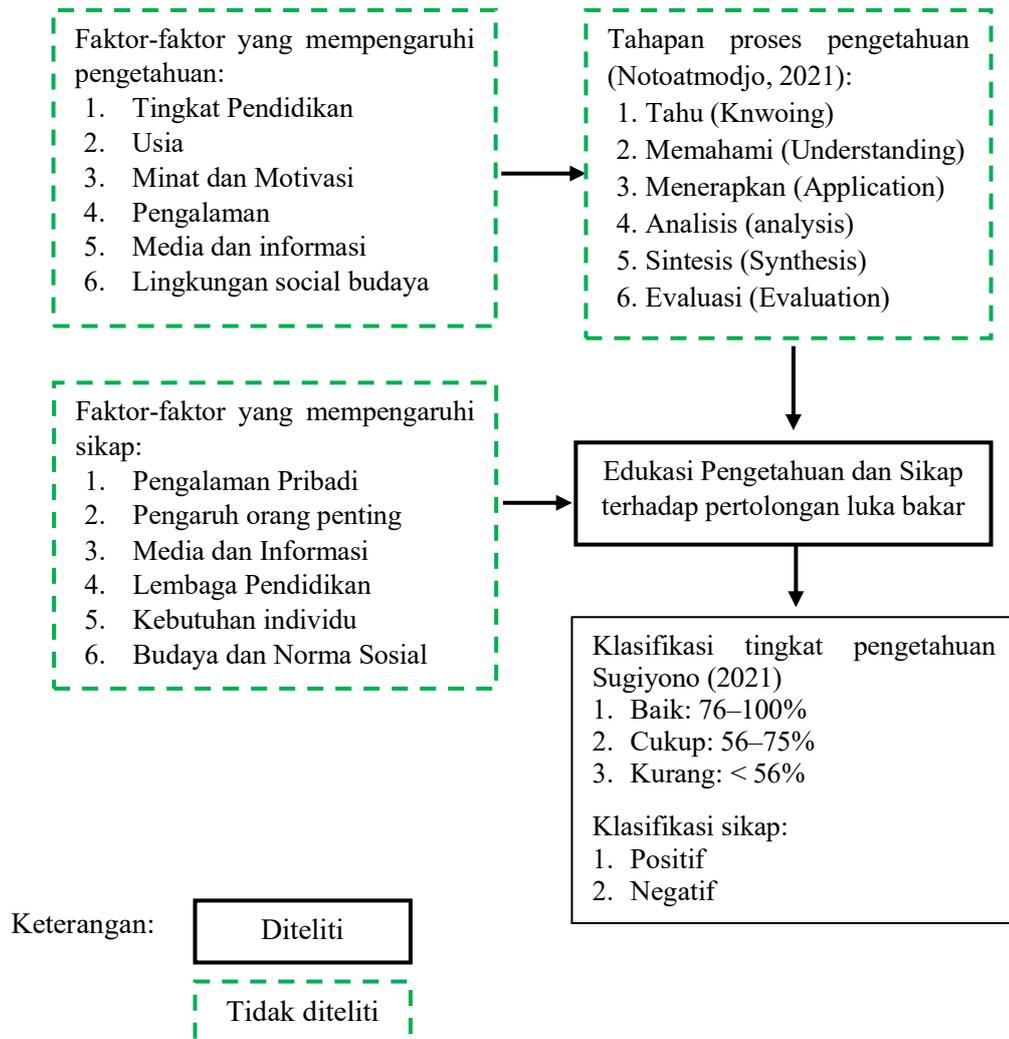
Norma sosial, adat istiadat, serta budaya yang berlaku dalam masyarakat sangat memengaruhi arah pembentukan sikap. Lingkungan sosial yang menekankan pentingnya solidaritas, kepedulian, dan kesehatan masyarakat akan mendorong terbentuknya sikap positif terhadap praktik pertolongan pertama pada luka bakar.

5. Pengukuran Sikap

Sikap bersifat laten (tidak tampak), sehingga memerlukan instrumen pengukuran yang valid dan reliabel. Menurut Notoatmodjo (2021), pengukuran sikap dapat dilakukan dengan:

- a. Skala Likert: responden memberikan tingkat persetujuan pada pernyataan (misal: sangat setuju hingga sangat tidak setuju).
- b. Skala Guttman: pernyataan disusun hierarkis; jawaban setuju pada pernyataan tertentu berarti setuju pada pernyataan sebelumnya.
- c. Skala Semantik Diferensial: responden memilih posisi antara dua kutub sifat yang berlawanan.
- d. Checklist dan Rating Scale: memilih pernyataan yang sesuai dengan keyakinan atau sikapnya.
- e. Wawancara dan Observasi: untuk pengukuran yang lebih mendalam secara kualitatif.

D. Kerangka Teori



Gambar 2. 6 Kerangka Teori

E. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini sebagai berikut.

1. Ha: Terdapat pengaruh yang signifikan antara pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap masyarakat mengenai penanganan luka bakar.
2. H0: tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap masyarakat mengenai penanganan luka bakar.

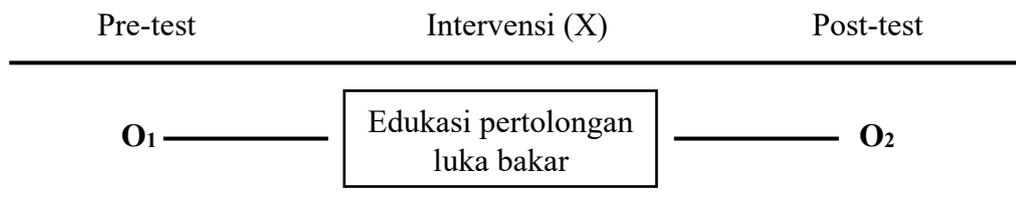
BAB III

METODE PENELITIAN

Pada bab metode penelitian akan dijelaskan secara sistematis mengenai rancangan penelitian, kerangka konsep, definisi operasional penelitian, hipotesis penelitian, populasi dan sample, waktu dan tempat penelitian, instrument penelitian, uji validitas dan reabilitas, etika penelitian.

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini bersifat kuantitatif dengan desain *pre-experimental* dengan rancangan *one group pretest-posttest design*. Pendekatan ini melibatkan satu kelompok sampel yang dilakukan pengukuran sebanyak dua kali, yaitu sebelum dan setelah intervensi edukasi kesehatan (Notoatmodjo, 2020). Desain ini digunakan untuk menilai perubahan tingkat pengetahuan dan sikap responden setelah diberikan edukasi, meskipun tanpa kelompok kontrol. Secara sederhana design penelitian *one group pretest-posttest design* dapat dilihat pada gambar berikut.



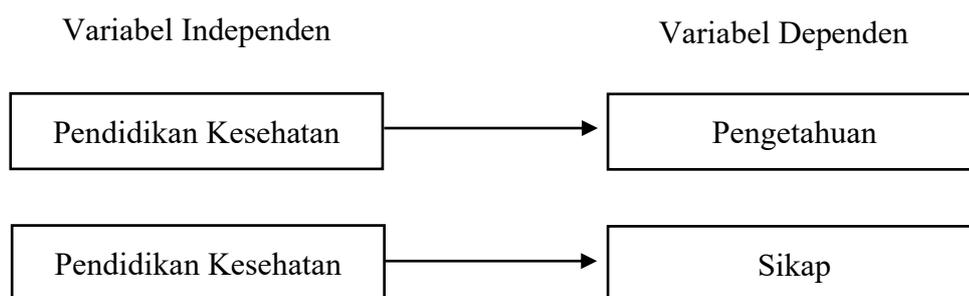
Gambar 3. 1 Rancangan *one group pretest-posttest design*

Keterangan:

- O₁ : *Pre-test* atau pengambilan data awal sebelum diberikan intervensi edukasi pertolongan luka bakar berupa pertanyaan berbentuk kuesioner
- X : Intervensi berupa edukasi pertolongan luka bakar
- O₂ : *Post-test* atau pengambilan data akhir setelah diberikan intervensi edukasi pertolongan luka bakar berupa pertanyaan berbentuk kuesioner, dengan perbandingan hasil *pre-test*

B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian merupakan visualisasi hubungan antara konsep atau variabel yang diteliti (Creswell & Creswell, 2022). Kerangka konsep menggambarkan keterkaitan antara satu konsep dengan konsep lainnya atau antara satu variabel dengan variabel lainnya yang berkaitan dengan masalah penelitian (Polit & Beck, 2021). Dalam penelitian ini, kerangka konsep yang dikembangkan terdiri dari variabel independen (bebas) dan variabel dependen (terikat).



Gambar 3. 2 Kerangka Konsep

C. Definisi Operasional Penelitian

Tabel 3. 1 Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Pengukuran	Skala
Tingkat pengetahuan masyarakat terhadap penanganan luka bakar	Tingkat pemahaman responden mengenai pertolongan pertama pada luka bakar, meliputi definisi, penyebab, klasifikasi, luas luka, prinsip pertolongan pertama, serta cara penanganannya	Kuesioner pengetahuan dengan skala <i>Guttman</i> (jawaban benar-salah) sebanyak 14 item.	Jawaban benar = 1 Jawaban salah = 0 Hasil dikategorikan: • Baik (76-100%) • Cukup (56-75%) • Kurang ($\leq 55\%$)	Interval
Sikap masyarakat terhadap pertolongan luka bakar	Respons kognitif dan konatif masyarakat terhadap pertolongan pertama luka bakar, mencakup kesediaan menerima, merespon, menghargai, hingga kecenderungan bertindak.	Kuesioner sikap dengan skala <i>Guttman</i> (jawaban sebanyak 6 item).	Jawaban benar = 1 Jawaban salah = 0 Hasil dikategorikan: • Positif ($\geq 76\%$) • Negatif ($< 76\%$)	Interval
Pendidikan Kesehatan penanganan Luka Bakar	Intervensi berupa pemberian edukasi tentang pertolongan pertama luka bakar melalui ceramah, diskusi, dan leaflet.	Lembar observasi keterlibatan pretest dan posttest.	Skor perubahan (Δ) sebelum dan sesudah intervensi. Peningkatan skor menunjukkan efektivitas.	Nominal

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi merupakan keseluruhan subjek atau individu yang memiliki karakteristik tertentu dan memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dijadikan objek penelitian (Nursalam, 2020). Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat yang berdomisili di Dusun Kebumen Kecamatan Pringsurat Kabupaten Temanggung berjumlah 110 orang.

2. Sampel

Sampel merupakan sebagian dari populasi yang diteliti dan dianggap dapat mewakili karakteristik seluruh populasi (Notoatmodjo, 2021). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *non probability sampling* dengan metode *random sampling*, yaitu pemilihan sampel yang dilakukan secara acak. Seluruh subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi diikutsertakan secara berurutan hingga jumlah sampel yang dibutuhkan terpenuhi (Polit & Beck, 2021). Penelitian ini menetapkan beberapa kriteria untuk menentukan subjek yang layak menjadi sampel. Kriteria inklusi merupakan syarat yang harus dipenuhi oleh responden untuk dapat diikutsertakan dalam penelitian.

a. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Responden berusia lebih dari 15 tahun.
- 2) Responden bersedia menjadi partisipan penelitian, yang ditunjukkan dengan kesediaan mengisi lembar persetujuan (*informed consent*).

b. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Responden yang tidak mengisi kuesioner secara lengkap.
- 2) Responden yang berhalangan mengikuti seluruh rangkaian kegiatan penelitian, seperti edukasi dan pengisian posttest.

Besar sampel dalam penelitian ini ditentukan menggunakan rumus Slovin, yaitu:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan:

n : Jumlah Sampel

N : Jumlah Populasi

e : Tingkat Signifikansi yang digunakan yaitu 10% atau 0,1

Dengan jumlah populasi sebanyak 110 responden dan tingkat signifikansi 10%, maka perhitungan jumlah sampel adalah sebagai berikut.

$$n = \frac{110}{1 + 110 (0,1)^2} = 52,38 \approx 52 \text{ responden}$$

Untuk mengantisipasi kemungkinan adanya data yang tidak lengkap, rusak, atau responden yang tidak dapat menyelesaikan seluruh rangkaian penelitian (drop out), maka peneliti menambahkan cadangan sampel sebesar 10% dari total sampel awal. Koreksi ini dilakukan menggunakan rumus fraksi drop out sebagai berikut.

$$n = \frac{n'}{1 - f}$$

Keterangan:

n' : Jumlah sampel berdasarkan estimasi rumus solvon

n : Jumlah sampel yang dikoreksi

f : Proporsi drop out yang diperkirakan (10% = 0,1)

Jadi jumlah sampel minimum setelah ditambahkan dengan fraksi droup out sebagai berikut.

$$n = \frac{52}{1 - 0,1} = 57,78 \approx 58 \text{ responden}$$

Dengan demikian, jumlah sampel akhir yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebanyak 58 responden.

E. Waktu dan Tempat Penelitian

1. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Januari – Juli 2025, yang mencakup beberapa tahapan, yaitu: penyusunan proposal, seminar proposal, revisi proposal, pelaksanaan penelitian, analisis data, penyusunan hasil penelitian, serta pelaksanaan ujian akhir skripsi.

2. Tempat Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan di Dusun Kebumen, Kecamatan Pringsurat, Kabupaten Temanggung.

F. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuesioner. Terdapat tiga jenis kuesioner yang digunakan, yaitu:

a. Kuesioner Karakteristik Responden

Kuesioner ini digunakan untuk menggambarkan data demografis responden yang meliputi: nama, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan riwayat pernah mengalami luka bakar.

b. Kuesioner Pengetahuan

Kuesioner ini digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan responden mengenai penanganan luka bakar. Instrumen disusun dengan mengadopsi kuesioner dari penelitian Lestari (2021) yang terdiri dari 14 pernyataan dengan pilihan jawaban “Ya” atau “Tidak” menggunakan skala *Guttman*. Penilaian kuesioner apabila jawaban “Ya” diberi skor 1 dan jawaban “Tidak” diberi skor 0. Tingkat pengetahuan responden dikategorikan sebagai berikut.

Tabel 3. 2 Tingkat Pengetahuan Responden

Skor	Presentase (%)	Kategori
11-14	76–100%	Baik
8-10	56–75%	Cukup
≤ 7	≤ 55%	Kurang

c. Kuesioner Sikap

Kuesioner ini digunakan untuk mengetahui sikap responden terhadap penanganan luka bakar. Instrumen disusun berdasarkan adopsi dari penelitian Lestari (2021) dan terdiri dari 6 pernyataan dengan pilihan jawaban “Ya” atau “Tidak”, menggunakan skala *Guttman*. Penilaian kuesioner apabila jawaban “Ya” diberi skor 1 dan jawaban “Tidak” diberi skor 0. Sikap dapat dinilai dengan dua kategori yaitu positif dan negatif. Dapat dikategorikan positif jika presentase ($\geq 50\%$) dan dikatakan negative jika presentase ($<50\%$).

2. Metode Pengumpulan Data

Menurut Nursalam (2020), pengumpulan data merupakan proses pendekatan kepada subjek penelitian dan proses perolehan informasi yang relevan sesuai dengan karakteristik dan kebutuhan penelitian. Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data dilakukan melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

- a. Peneliti mengajukan surat izin permohonan penelitian yang telah mendapatkan rekomendasi dari Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang.
- b. Peneliti menyerahkan surat izin kepada Kepala Dusun Kebumen, Desa Kebumen, Kecamatan Pringsurat, Kabupaten Temanggung, sebagai lokasi penelitian.
- c. Peneliti menentukan responden menggunakan teknik *non-probability sampling* dengan metode *random sampling*, berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditentukan sebelumnya..
- d. Peneliti melakukan sosialisasi kepada masyarakat mengenai maksud, tujuan, dan manfaat dari penelitian. Setelah penjelasan diberikan, peneliti meminta kesediaan calon responden untuk berpartisipasi dengan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). Partisipasi bersifat sukarela tanpa adanya paksaan.
- e. Peneliti membagikan lembar *pretest* secara langsung kepada responden guna mengukur pengetahuan dan sikap awal terhadap pertolongan pertama pada luka bakar.

- f. Setelah pengisian *pretest*, peneliti memberikan edukasi kesehatan tentang penanganan luka bakar. Edukasi disampaikan sesuai materi yang telah disusun dan dibagikan dalam bentuk leaflet.
- g. Setelah edukasi diberikan, responden diminta untuk mengisi lembar *posttest* guna mengukur perubahan pengetahuan dan sikap setelah intervensi.
- h. Peneliti mengumpulkan kembali seluruh lembar kuesioner pretest dan posttest, kemudian melakukan tabulasi dan analisis data sesuai prosedur statistik yang telah ditentukan.
- i. Peneliti melakukan analisis dan interpretasi data untuk dilakukan pembahasan secara ilmiah sesuai dengan rumusan masalah dan tujuan penelitian.

G. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji Validitas

Menurut Notoadmodjo (2021), validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur mampu mengukur apa yang seharusnya diukur. Dalam penelitian ini, instrumen yang digunakan berupa kuesioner yang diadaptasi dari penelitian oleh Lestari (2021). Kuesioner tersebut telah melalui proses uji validitas pada penelitian sebelumnya.

2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dilakukan menggunakan metode *Cronbach's Alpha* dengan nilai berkisar antara 0 hingga 1. Skala ini dikelompokkan ke dalam lima kategori yang sama, sehingga ukuran kemantapan alpha dapat diinterpretasikan sebagai berikut.

Tabel 3. 3 Nilai Koefisien *Cronbach's Alpha*

Nilai <i>Cronbach's Alpha</i>	Interpretasi
0,00 – 0,20	Kurang Reliabel
0,21 – 0,40	Agak Reliabel
0,41 – 0,60	Cukup Reliabel
0,61 – 0,80	Reliabel
0,81 – 1,00	Sangat Reliabel

Sumber: (Sugiyono, 2019)

Berdasarkan hasil analisis menggunakan program SPSS, diperoleh hasil nilai koefisien *Cronbach's Alpha* pengetahuan sebesar 0,656 pada 14 item pertanyaan dan hasil koefisien *Cronbach's Alpha* sikap sebesar 0,629 pada 6 item pertanyaan. Berdasarkan kriteria interpretasi, nilai tersebut termasuk dalam kategori reliabel sehingga kuesioner pengetahuan dan sikap dinyatakan memiliki konsistensi internal yang baik dan layak digunakan dalam penelitian (Sugiyono, 2019).

H. Metode Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

Menurut Notoatmodjo (2021), pengolahan data merupakan proses memperoleh informasi dalam bentuk angka atau data mentah yang kemudian diolah menjadi informasi yang bermakna dan dapat dianalisis sesuai dengan tujuan penelitian. Dalam penelitian ini, pengolahan dan analisis data dilakukan melalui beberapa tahapan sistematis sebagai berikut:

a. *Editing*

Editing adalah tahap awal yang dilakukan untuk memeriksa kembali kelengkapan, kejelasan, dan konsistensi data yang diperoleh dari setiap responden. Data yang diedit mencakup data karakteristik responden, hasil pengisian kuesioner pretest dan posttest pengetahuan, serta kuesioner pretest dan posttest sikap. Setelah proses editing selesai, data kemudian disiapkan untuk ditabulasi.

b. *Coding*

Coding merupakan proses pemberian kode numerik pada setiap kategori jawaban responden. Pemberian kode ini bertujuan untuk memudahkan proses entri dan pengolahan data menggunakan aplikasi IBM *SPSS Statistics* 27. Berikut adalah kode variabel yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel 3. 4 Coding Data

Karakteristik	Kategori	Kode
Usia Responden	15 – 24	1
	25 – 34	2
	35 – 44	3
	45 – 54	4
Jenis Kelamin Responden	Laki-laki	1
	Perempuan	2
Pendidikan Responden	SD	1
	SMP	2
	SMA	3
	Diploma	4
	Sarjana	5
Pekerjaan Responden	IRT	1
	Buruh	2
	Petani	3
	Wiraswasta	4
	Karyawan	5
	Swasta	6
	PNS	7
Pernah mendapat edukasi tentang penanganan luka bakar	Tidak Bekerja	
	Ya	1
Pernah mengalami luka bakar	Tidak	2
	Ya	1
Bagian tubuh yang pernah mengalami luka bakar	Tidak	2
	Kepala	1
	Dada	2
	Perut	3
	Tangan	4
	Kaki	5
Pengetahuan	Paha	6
	Ya	1
Sikap	Tidak	2
	Ya	1
	Tidak	2

c. *Data Entry*

Data entry merupakan proses memasukkan data hasil kuesioner ke dalam sistem pengolahan menggunakan perangkat lunak *IBM Statistic SPSS 27*. Langkah ini bertujuan untuk mempermudah analisis statistik, baik deskriptif maupun inferensial.

2. Analisa Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan secara kuantitatif dengan tujuan untuk mengolah dan menginterpretasikan data yang diperoleh dari kuesioner pretest dan posttest. Analisis dilakukan secara bertahap sesuai dengan tujuan penelitian, sebagai berikut:

a) Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan masing-masing variabel penelitian secara tunggal. Data yang dianalisis meliputi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, riwayat luka bakar), tingkat pengetahuan, dan sikap masyarakat sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Hasil analisis disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi, persentase, nilai mean, median, dan standar deviasi.

b) Uji Normalitas

Uji normalitas dilakukan untuk mengetahui apakah data pengetahuan dan sikap masyarakat sebelum dan sesudah intervensi berdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas dilakukan menggunakan Kolmogorov–Smirnov karena jumlah sampel dalam penelitian ini lebih dari 50 responden, yaitu sebanyak 58. Hasil uji menunjukkan bahwa nilai signifikansi semua variabel $\text{sig.} < 0,05$, sehingga data tidak berdistribusi normal.

Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui perbedaan tingkat pengetahuan dan sikap masyarakat sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan. Sebelum dilakukan uji bivariat, terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data. Uji normalitas digunakan untuk menentukan jenis uji statistik yang sesuai. Karena jumlah sampel penelitian lebih dari 50 responden, maka uji normalitas dilakukan dengan Kolmogorov–Smirnov Test. Apabila data berdistribusi normal ($p > 0,05$), maka uji parametrik yang digunakan adalah Paired t-test untuk data berpasangan. Namun apabila data tidak berdistribusi normal ($p < 0,05$), maka digunakan uji non-parametrik yaitu Wilcoxon Signed Rank Test (Habibzadeh, 2024).

I. Etika Penelitian

Etika merupakan aspek yang sangat penting dalam pelaksanaan penelitian, khususnya ketika melibatkan manusia sebagai subjek. Menurut Notoadmodjo (2021), etika penelitian adalah seperangkat prinsip moral yang wajib dipatuhi oleh peneliti untuk melindungi hak, martabat, dan kesejahteraan partisipan penelitian. Oleh karena itu, dalam penelitian yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh edukasi kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap masyarakat dalam penanganan luka bakar ini, peneliti secara konsisten menerapkan prinsip-prinsip etika yang berlaku dalam penelitian kesehatan masyarakat. Pelaksanaan etika penelitian dalam studi ini meliputi:

1. *Ethical Clearance*

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang, dengan nomor surat: 0306/KEPK-FIKES/II.3.AU/F/2025. Persetujuan ini diperoleh sebelum pelaksanaan penelitian dilakukan, sebagai bentuk legalitas dan kelayakan etis dari rancangan penelitian.

2. *Informed Consent*

Sebelum pengumpulan data dilakukan, peneliti memberikan penjelasan secara lengkap kepada masyarakat Dusun Kebumen yang menjadi calon responden mengenai tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian. Responden yang bersedia berpartisipasi diminta menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) dan mengikuti pengisian kuesioner secara sukarela, tanpa paksaan dari pihak manapun.

3. *Anonymity*

Untuk menjaga identitas responden, peneliti tidak mencantumkan nama pribadi dalam kuesioner maupun dalam pelaporan hasil penelitian. Setiap responden diberikan kode (misalnya: R1 hingga R58) agar identitas tetap terjaga dan tidak dapat diidentifikasi secara langsung.

4. Confidentiality

Seluruh informasi yang diperoleh dari responden dijamin kerahasiaannya. Hasil penelitian hanya ditampilkan dalam bentuk data kelompok yang bersifat umum.

5. Justice dan Veracity

Prinsip keadilan (justice) dan keterbukaan (veracity) diterapkan dengan memberikan kesempatan yang adil bagi masyarakat untuk berpartisipasi dalam penelitian, serta menyampaikan informasi secara jujur dan transparan. Peneliti juga menjunjung tinggi kejujuran dan ketelitian dalam seluruh proses penelitian, dari perencanaan hingga pelaporan.

6. Beneficence

Peneliti berkomitmen untuk memaksimalkan manfaat dari penelitian ini, yaitu meningkatkan pengetahuan dan sikap masyarakat dalam penanganan luka bakar. Penelitian ini juga dirancang untuk tidak menimbulkan risiko atau kerugian bagi responden selama maupun setelah kegiatan penelitian berlangsung.

Dengan penerapan prinsip-prinsip etika tersebut, penelitian ini diharapkan berjalan sesuai dengan kaidah ilmiah dan menjunjung tinggi hak, keamanan, serta integritas responden sebagai partisipan penelitian.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap 58 responden di Dusun Kebumen, Kecamatan Pringsurat, Kabupaten Temanggung, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Karakteristik Responden

Sebagian besar responden berada pada rentang usia 15–24 tahun, berjenis kelamin Perempuan, tingkat pendidikan menengah dan bekerja di sektor informal, seperti ibu rumah tangga, buruh, dan karyawan swasta. Mayoritas responden pernah mengalami luka bakar di tangan dan kaki. Karakteristik ini mengindikasikan bahwa populasi memiliki risiko tinggi terhadap luka bakar, namun belum sepenuhnya memiliki pengetahuan dan pengalaman dalam penanganan luka secara tepat.

2. Peningkatan Pengetahuan Setelah Pendidikan Kesehatan

Tingkat pengetahuan masyarakat meningkat setelah diberikan pendidikan kesehatan. Hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan terdapat perbedaan signifikan antara pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi. Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan mampu meningkatkan pemahaman masyarakat tentang penanganan luka bakar.

3. Perubahan Sikap Masyarakat terhadap Penanganan Luka Bakar

Sikap positif Masyarakat meningkat setelah diberikan pendidikan Kesehatan. Hasil uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan terdapat perubahan sikap yang signifikan. Temuan ini menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan melalui pendidikan kesehatan juga diikuti oleh perbaikan sikap masyarakat terhadap penanganan luka bakar.

4. Efektivitas Intervensi Pendidikan Kesehatan

Intervensi pendidikan kesehatan efektif sebagai strategi promotif-preventif untuk meningkatkan kapasitas responden dalam penanganan luka bakar, sehingga mengurangi risiko komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup.

B. Saran

1. Bagi Masyarakat

Masyarakat diharapkan proaktif mencari dan memahami informasi mengenai pertolongan pertama pada luka bakar melalui media digital, layanan kesehatan, maupun penyuluhan tenaga kesehatan. Pengetahuan yang diperoleh hendaknya diterapkan dalam kehidupan sehari-hari untuk menangani luka bakar pada diri sendiri maupun orang sekitar guna meminimalkan risiko komplikasi akibat penanganan yang tidak tepat.

2. Bagi Pemerintah Desa dan Puskesmas

Pemerintah desa bersama tenaga kesehatan, khususnya di wilayah kerja Puskesmas Pringsurat, disarankan meningkatkan kegiatan promotif dan preventif melalui edukasi komunitas berupa pelatihan, simulasi pertolongan pertama, penyediaan media edukatif, dan penyuluhan rutin. Kegiatan ini penting terutama di wilayah dengan risiko tinggi terjadinya luka bakar akibat aktivitas domestik maupun pekerjaan informal.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian lanjutan disarankan menggunakan waktu jangka panjang untuk menilai keberlanjutan efek pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap, dan praktik masyarakat. Selain itu, metode kualitatif diperlukan untuk menggali persepsi, hambatan, serta faktor yang memengaruhi penerapan pertolongan pertama luka bakar, dan penelitian di wilayah dengan kondisi sosial ekonomi berbeda juga penting untuk memperluas relevansi program edukasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alepani, M., Wahyudi, J. T., Tiranda, Y., & Selatan, S. (2022). *Efektivitas Pemberian Aloe vera pada Proses Penyembuhan Luka Bakar : Literature Review*. 2, 15–29.
- Ariyani, A. D. (2022). Asuhan Keperawatan pada Pasien Luka Bakar. In E. Nurwidiyanti (Ed.), *Keperawatan Medikal Bedah* (pp. 427–430). Media Sains Indonesia.
- Banapon, M., Soelistyowati, E., & Anugrahini, H. N. (2019). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Perilaku Pertolongan Pertama Luka Bakar Prehospital Pada Kader Di Wilayah Puskesmas Pacar Keling Surabaya. *Jurnal Keperawatan*, 13(03). <https://www.nersbaya.poltekkesdepkes-sby.ac.id/index.php/nersbaya/article/view/7>
- Burgess, Cameron, C. M., Cuttle, L., Tyack, Z., & Kimble, R. M. (2016). Inaccurate, inadequate and inconsistent: A content analysis of burn first aid information online. *Burns*, 42(8), 1671–1677. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2016.09.017>
- Chai, H., Chaudhari, N., Kornhaber, R., Cuttle, L., Fear, M., Wood, F., & Martin, L. (2022). No Chemical burn to the skin: A systematic review of first aid impacts on clinical outcomes. *Burns*, 48(7), 1527–1543. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305417922001139>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. David. (2022). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. In *SAGE Publications* (6th ed.). SAGE. <https://doi.org/10.4324/9780429469237-3>
- Fella, P. (2025). *Total Body Surface Area Calculations in Burns*. <https://www.theplasticsfella.com/total-body-surface-area-in-burns/>
- Habibzadeh, F. (2024). Data Distribution: Normal or Abnormal? *Journal of Korean Medical Science*, 39(3), 1–8. <https://doi.org/10.3346/jkms.2024.39.e35>
- Herlianita, R., Ruhyanudin, F., Wahyuningsih, I., Husna, C. H. Al, Ubaidillah, Z., Theovany, A. T., & Pratiwi, Y. E. (2020). Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap sikap dan praktik pada pertolongan pertama penanganan luka bakar. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 14(2), 163–169. <https://doi.org/10.33024/hjk.v14i2.2825>
- Hoemeke, L., Korn, J., Meyers, N., & Nakarmi, K. (2021). *A Burning Issue*. Think Global Health. Council on Foreign Relations. <https://www.thinkglobalhealth.org/article/burning-issue>
- Jeschke, M. G., van Baar, M. E., Choudhry, M. A., Chung, K. K., Gibran, N. S., & Logsetty, S. (2020). Burn injury. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1). <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0145-5>
- Khair, M., & Djajuli, I. I. (2023). *Hubungan Pengetahuan dan Perilaku Warga*

- terhadap Pertolongan Pertama Luka Bakar*. 9(2020), 28–34.
- Kustanti, C., & Widyarani, L. (2023). Program Pelatihan Pertolongan Pertama Kegawatan Luka Bakar Di Lingkungan Rumah Tangga. *KREATIVITAS PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT*, 6(1), 212–218.
- Lestari, D. P. D. (2021). *Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Penanganan Pertama Luka Bakar Di Desa Pejaten Kecamatan Kediri Kabupaten Tabanan Tahun 2021*. Institusi Teknologi dan Kesehatan Bali.
- Lestari, Nugraha, S., & Fitria, A. (2023). Efektivitas pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap masyarakat. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 14(1).
- Markiewicz-Gospodarek, A., Koziół, M., Tobiasz, M., Baj, J., Radzikowska-Büchner, E., & Przekora, A. (2022). Burn Wound Healing: Clinical Complications, Medical Care, Treatment, and Dressing Types: The Current State of Knowledge for Clinical Practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph19031338>
- McCann, C., Watson, A., & Barnes, D. (2022). Major burns: Part 1. Epidemiology, pathophysiology and initial management. *BJA Education*, 22(3), 94–103. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2021.10.001>
- Meikle, B., Simons, M., Meirte, J., Miller, K., Kimble, R., & Tyack, Z. (2025). Electronic and paper delivery of parent proxy and children’s report of two scar-specific patient-reported outcome measures (Brisbane Burn Scar Impact Profile and Patient and Observer Scar Assessment Scale): An equivalence study. *Burns*, 51(2). <https://doi.org/10.1016/j.burns.2024.107359>
- Mendrofa, P. J., Gaol, R. L., & Ginting, N. (2024). *Gambaran Pengetahuan Ibu Tentang Pertolongan Pertama Luka Bakar di Klinik Romana Tanjung Anom Tahun 2024*. 2(4).
- Murashcenkova, N. V. (2023). Social Axioms and Individual Values as Predictors of CO VID-19 Fear among University Students from Countries with Different Government Strategies for Managing the Pandemic. *Psychology in Russia: State of the Art*, 16(1), 44–65. <https://doi.org/10.11621/pir.2023.0103>
- Mutmainah, P., & Muhaji. (2024). Pengaruh Penyuluhan Pertolongan Pertama Kegawat Daruratan Luka Bakar Terhadap Tingkat Pengetahuan Masyarakat Pundung Nogotirto Sleman Yogyakarta. *Seroja Husada Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1(6), 112–119. <https://doi.org/10.572349/verba.v2i1.363>
- Notoatmodjo, S. (2021). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nugroho, B., & Pratiwi., S. (2022). Pengaruh edukasi kesehatan terhadap sikap masyarakat. *Jurnal Promosi Kesehatan*, 10(2), 88–96.

- Nursalam. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.
- Pangestiwi, F. C., & Mubarok, A. H. (2024). Seorang Laki-Laki Usia 24 Tahun dengan Combustio Grade II A 3% Pedis Dextra Et Sinistra. *Proceeding Universitas Muhammadiyah Surakarta (CME FK UMS)*.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Prasetyo, A., Hani, U., & Wulandari, S. (2022). Faktor yang mempengaruhi efektivitas pendidikan kesehatan di masyarakat. *Jurnal Keperawatan Global*, 5(2), 67–75.
- Rahmawati, I., & Setiawan, H. (2023). Pengaruh media edukasi terhadap pemahaman masyarakat. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 11(2), 75–82.
- Salsabila, N. H. (2017). Proses Kognitif dalam Pembelajaran Bermakna. *Konferensi Nasional Penelitian Matematika Dan Pembelajarannya II, Knppm Ii*, 434–443.
http://hdl.handle.net/11617/8830%0Ahttps://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/8830/PM-23_Nilza_Humaira_Salsabila_hal_434-443.pdf?sequence=1#:~:text=Proses kognitif adalah suatu proses,memori untuk menjadi sebuah pengetahuan.
- Saputra, D. (2023). Tinjauan Komprehensif tentang Luka Bakar Dan Penanganannya. *Journal Scientific Universitas Andalas Padang*, 207–218.
<http://journal.scientific.id/index.php/sciena/issue/view/12>
- Sari, M. (2024). Sikap masyarakat terhadap program kesehatan: faktor dan pengaruhnya. *Jurnal Keperawatan Terapan*, 12(1), 55–63.
- Setiawan, Lela Aini, Sri Muliawati, Dea Mega Arini, & Siti Zulaiha. (2023). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Metode Demonstrasi Terhadap Skor Keterampilan Pertolongan Pertama Luka Bakar Pada Warga Di Rt. 027 Kelurahan 13 Ulu Palembang. *Jurnal Kesehatan : Jurnal Ilmiah Multi Sciences*, 13(1), 39–47. <https://doi.org/10.52395/jkjims.v13i1.361>
- Sugiyono. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Syapitri, R., Nugroho, D., & Santoso, A. (2021). Metode-metode dalam Memperoleh Pengetahuan: Kajian Teoretis dan Aplikasinya. *Urnal Pendidikan Dan Pengajaran*, 54(1), 23–35.
- Tan, H. M. G., Chung, L., Chong, X. Y., Joethy, J., & Chong, S. J. (2022). A simple mnemonic, B.U.R.N.S., for burns first aid. *Burns*, 48(4), 841–845.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030541792100320X>
- Verawati, & Erlin, A. N. (2021). *Gambaran Pengetahuan Masyarakat tentang Penanganan Pertama Luka Bakar di Kelurahan Baktijaya Kota Depok*. 8, 77–88.
- Vital, M., Woltemate, S., Schlüter, D., Krezdorn, N., Dieck, T., Dastagir, K., Bange,

- F. C., Ebadi, E., Vogt, P. M., Knegeendorf, L., & Baier, C. (2024). Molecular epidemiology, microbiological features and infection control strategies for carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* in a German burn and plastic surgery center (2020–2022). *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, *13*(1). <https://doi.org/10.1186/s13756-024-01459-5>
- Wahyuni, A., Sulastri, E., & Adi, N. (2020). Efektivitas penyuluhan kesehatan dengan metode interaktif. *Jurnal Promkes*, *8*(2), 134–142.
- WHO. (2023). *Burns – Key Facts*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- Widyawati. (2020). *Pendidikan dan Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Keperawatan* (H. Sihotang & F. A. Rizki (eds.)). STIKES Binalita Sudama Medan.
- Zideman, D. A., Singletary, E. M., Borra, V., Cassan, P., Cimpoesu, C. D., De Buck, E., Djärv, T., Handley, A. J., Klaassen, B., Meyran, D., Oliver, E., & Poole, K. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: First aid. *Resuscitation*, *161*, 270–290. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.013>
- Zwierello, W., Piorun, K., Skórka-Majewicz, M. S.-M., Maruszewska, A., Antoniewski, J., & Gutowska, I. G. (2023). Burns: Classification, Pathophysiology, and Treatment: A Review. *International Journal of Molecular Sciences*. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijms24043749>