



**PENILAIAN KUALITAS HIDUP PASIEN LUKA BAKAR  
PASCA PERAWATAN DI RSD DR. SOEBANDI  
JEMBER BERDASARKAN *SF-36***

**PROPOSAL SKRIPSI**

Oleh  
**Agnellia Maulidya Utami**  
**NIM 152010101012**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**



**PENILAIAN KUALITAS HIDUP PASIEN LUKA BAKAR  
PASCA PERAWATAN DI RSD DR. SOEBANDI  
JEMBER BERDASARKAN SF-36**

**PROPOSAL SKRIPSI**

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

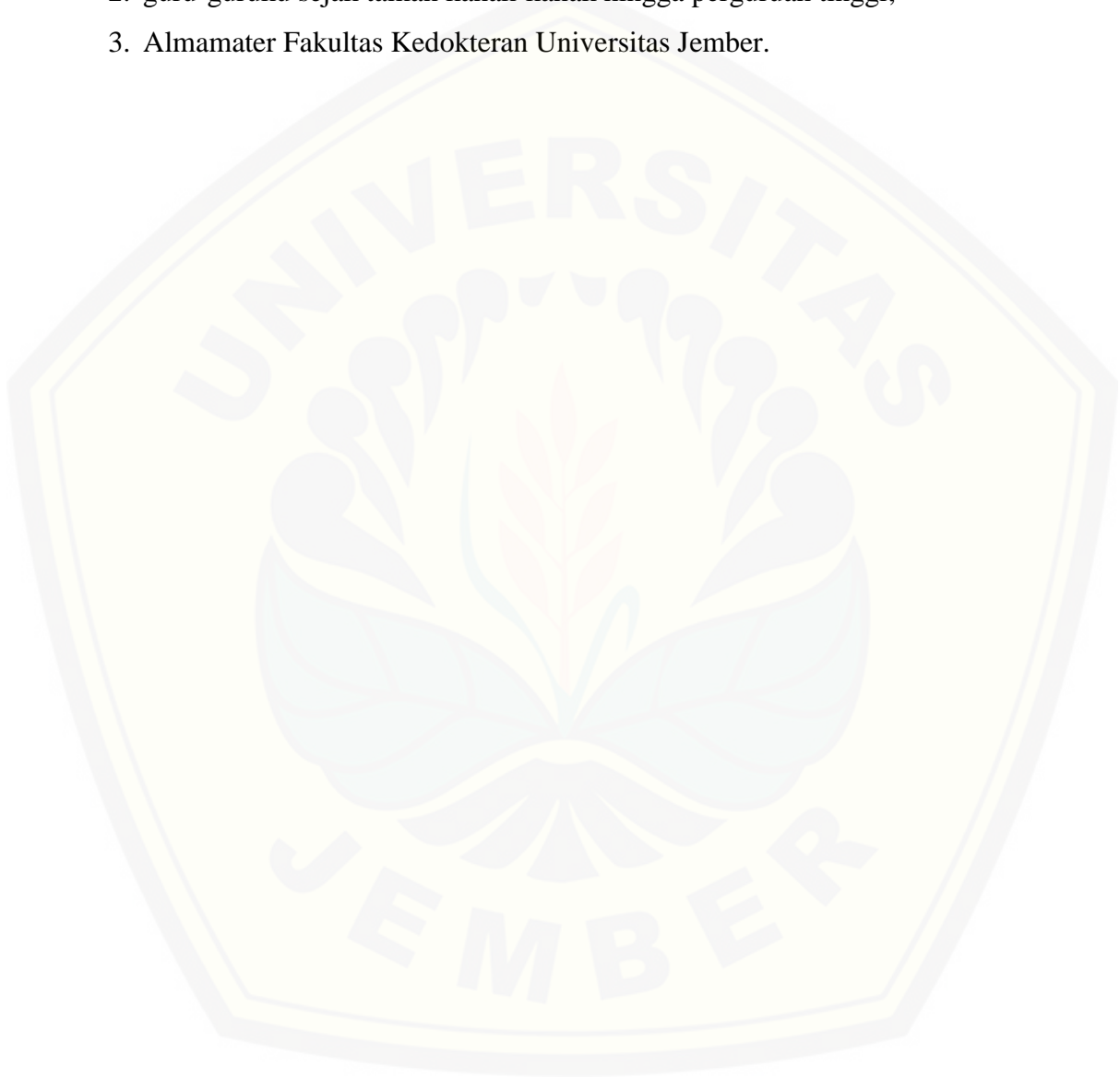
Oleh  
**Agnellia Maulidya Utami**  
**NIM 152010101012**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**

**PERSEMBAHAN**

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua saya, Ayah Agus Prasetyo dan Mama Lilik Wahyuni;
2. guru-guruku sejak taman kanak-kanak hingga perguruan tinggi;
3. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember.



**MOTO**

Even the darkest night will end and the sun will rise. \*)



---

\*) Hugo, Victor. 2007. Les Misérables. London: Vintage Classics.

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Agnellia Maulidya Utami

NIM : 152010101012

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “Penilaian Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar Pasca Perawatan di RSD dr. Soebandi Jember Berdasarkan *SF-36*” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukannya karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, 25 Januari 2019

Yang menyatakan,

(Agnellia Maulidya Utami)

NIM 152010101012

**SKRIPSI**

PENILAIAN KUALITAS HIDUP PASIEN LUKA BAKAR PASCA  
PERAWATAN DI RSD DR. SOEBANDI JEMBER  
BERDASARKAN *SF-36*

Oleh  
Agnellia Maulidya Utami  
NIM 152010101012

Pembimbing

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

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Desie Dwi Wisudanti, M. Biomed

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul “Penilaian Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar Pasca Perawatan di RSD dr. Soebandi Jember Berdasarkan *SF-36*” telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Jumat, 25 Januari 2019

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Tim Penguji,

Ketua,

Anggota I,

dr. Adelia Handoko, M. Si

NIP. 19890101 201404 2 001

dr. Cicih Komariah, Sp. M

NIP. 19740928 200501 2 001

Anggota II,

Anggota III,

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

NIP. 19760719 200112 2 001

dr. Desie Dwi Wisudanti, M. Biomed

NIP. 19821211 200812 2 002

Mengesahkan,  
Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember

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

## RINGKASAN

**Penilaian Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar Pasca Perawatan di RSD dr. Soebandi Jember Berdasarkan SF-36;** Agnellia Maulidya Utami, 152010101012; 2019; Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Luka bakar merupakan penyebab trauma tersering keempat di dunia setelah kecelakaan lalu lintas, terjatuh, dan tindakan kekerasan. Selain itu, luka bakar merupakan penyebab mortalitas ketiga akibat kecelakaan pada seluruh kelompok umur. Angka morbiditas pada luka bakar juga relatif tinggi jika dibandingkan dengan cedera lain. Luka bakar akan menimbulkan berbagai permasalahan dan keterbatasan pada pasien. Permasalahan yang paling sering timbul pada pasien luka bakar adalah terbentuknya kontraktur sehingga menyebabkan deformitas dan keterbatasan ruang gerak. Selain itu, pasien luka bakar juga rentan mengalami depresi dan ansietas akibat luka bakar. Keterbatasan yang timbul baik dalam hal fisik dan psikologis akan berdampak pada kualitas hidup pasien.

Kualitas hidup pasien luka bakar dapat dipengaruhi oleh perawatan yang diterima pasien tersebut selama di rumah sakit. Perawatan pasien luka bakar akan ditentukan oleh derajat keparahan luka bakar yang dialami pasien. Keberhasilan perawatan yang diterima pasien luka bakar akan mempengaruhi kondisi pasien ketika keluar rumah sakit dan juga mempengaruhi kualitas hidup pasien. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara kondisi pasien ketika keluar rumah sakit dengan kualitas hidup pasien luka bakar pasca perawatan di RSD dr. Soebandi Jember. Kondisi pasien ketika keluar dari rumah sakit akan dinilai melalui sisa luas luka bakar pasien ketika keluar rumah sakit.

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan desain *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di ruang rekam medis RSD dr. Soebandi Jember serta di rumah masing-masing pasien pada Desember 2018. Teknik sampling menggunakan total sampling dengan kriteria inklusi sampel: (1) Pasien



berusia 18 – 60 tahun. (2) Pasien dengan riwayat luka bakar maksimal 2 tahun yang lalu. (3) Pasien dengan data rekam medis yang lengkap. (4) Pasien dengan alamat yang lengkap dan berdomisili di Kabupaten Jember. (5) Pasien sudah tidak dirawat inap atau sudah keluar dari rumah sakit sedangkan kriteria eksklusi sampel: (1) Pasien tidak bersedia menandatangani *informed consent*. (2) Pasien dengan alamat yang tidak dapat dijangkau oleh peneliti. (3) Pasien dengan riwayat pulang paksa. (4) Pasien memiliki riwayat gangguan psikiatri pada rekam medis seperti depresi, skizofrenia dan gangguan suasana/perasaan. (5) Pasien memiliki riwayat penyakit kronis lain pada rekam medis seperti diabetes mellitus, TBC, penyakit ginjal kronis, keganasan, hepatitis B dan C, HIV, stroke dan *inflammatory bowel disease*. Data yang terkumpul akan dianalisis menggunakan uji korelasi *Pearson* dan *Spearman*.

Berdasarkan data rekam medis, didapatkan sebanyak 48 kasus pasien luka bakar yang pernah dirawat di RSD dr. Soebandi Jember dalam kurun waktu September 2016 – September 2018. Namun, hanya 13 pasien yang memenuhi kriteria sampel penelitian untuk mengisi lembar kuesioner *SF-36* yang telah disediakan.

Hasil uji korelasi menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kondisi pasien ketika keluar rumah sakit dengan kualitas hidup pasien luka bakar pasca perawatan pada aspek fungsi fisik, nyeri, dan kesehatan mental dengan nilai *p* secara berurutan adalah  $p = 0,043$ ,  $p = 0,046$ ,  $p = 0,033$ . Nilai koefisien korelasi aspek fungsi fisik, nyeri, dan kesehatan mental secara berurutan adalah  $r = -0,569$ ,  $r = -0,561$ ,  $r = 0,593$ , hasil tersebut menunjukkan bahwa kekuatan korelasi yang dimiliki tiap aspek adalah sedang dengan arah korelasi yang negatif. Selain itu hasil dari penelitian ini juga menunjukkan adanya korelasi antara kualitas hidup pasien luka bakar pasca perawatan dengan faktor lain yaitu lama rawat inap dan derajat keparahan luka bakar pasien.

## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Penilaian Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar Pasca Perawatan di RSD dr. Soebandi Jember Berdasarkan *SF-36*”. Skripsi ini disusun guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

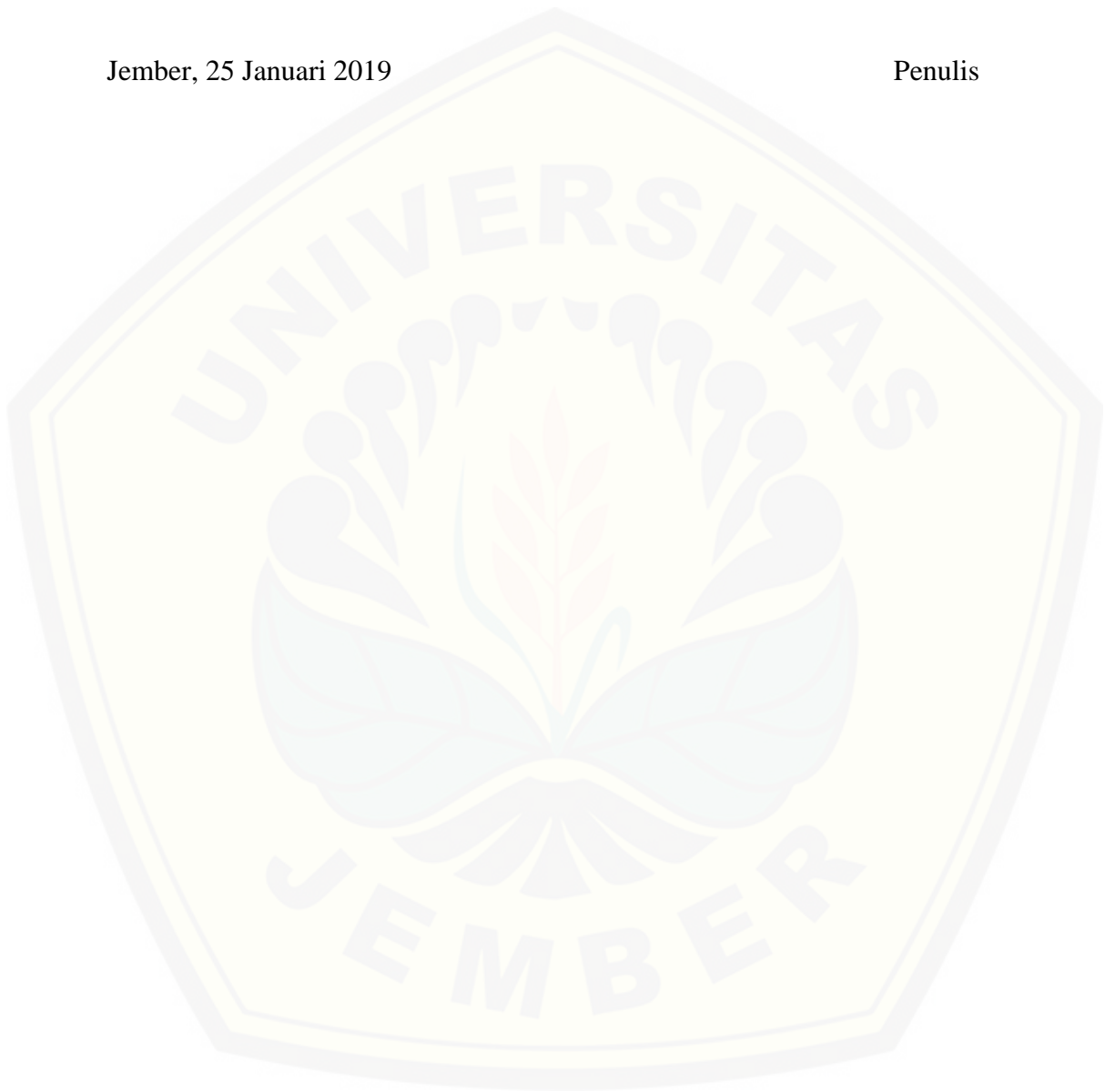
Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terimakasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M. Sc, Ph.D., selaku Rektor Universitas Jember atas segala kesempatan yang diberikan untuk menempuh pendidikan di Universitas Jember;
2. dr. Supangat, M. Kes., Ph.D., Sp. BA., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember atas segala fasilitas dan kesempatan yang diberikan selama menempuh pendidikan kedokteran di Universitas Jember;
3. dr. Ulfa Elfiah, M. Kes., Sp. BP-RE (K) dan dr. Desie Dwi Wisudanti, M. Biomed., selaku Dosen Pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran, tenaga, dan perhatian dalam membimbing penulisan tugas akhir ini;
4. dr. Adelia Handoko, M. Si dan dr. Cicih Komariah, Sp. M., selaku Dosen Penguji yang telah memberikan kritik dan saran dalam penyusunan skripsi ini;
5. Dr. Dr. Yunita Armiyanti, M. Kes., selaku koordinator KTI yang telah menyetujui penyusunan skripsi ini;
6. Ayah Agus Prasetyo dan Mama Lilik Wahyuni yang telah memberikan dukungan moral, materi, dan doa demi terselesaikannya skripsi ini;
7. Chiesa Ridwan Lazuardi yang selalu memotivasi dan memberikan semangat untuk menyelesaikan skripsi ini;
8. Teman-temanku Anita Widaad Taqiyyah dan sejawat Coccyx 2015 yang telah memberikan dukungan serta semangat selama pembuatan skripsi ini;
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, 25 Januari 2019

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN MOTO</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN</b> .....	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>viii</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xvii</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	<b>3</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	<b>3</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	<b>4</b>
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1 Luka Bakar</b> .....	<b>5</b>
2.1.1 Definisi Luka Bakar .....	5
2.1.2 Epidemiologi Luka Bakar .....	5
2.1.3 Etiologi Luka Bakar .....	6
2.1.4 Patofisiologi Luka Bakar .....	7
2.1.5 Luas Luka Bakar .....	8
2.1.6 Klasifikasi dan Gejala Klinis Luka Bakar .....	10
2.1.7 Pemeriksaan Fisik pada Luka Bakar .....	11
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang pada Luka Bakar .....	12
2.1.9 Diagnosis Luka Bakar .....	12
<b>2.2 Tatalaksana dan Perawatan Luka Bakar</b> .....	<b>12</b>
2.2.1 Lama Rawat Inap Pasien Luka Bakar .....	14
<b>2.3 Outcome Luka Bakar</b> .....	<b>15</b>
<b>2.4 Kualitas Hidup</b> .....	<b>16</b>
2.4.1 Definisi Kualitas Hidup .....	16

2.4.2 Pengukuran Kualitas Hidup .....	17
2.4.3 Kualitas Hidup Pasien Pasca Luka Bakar .....	20
<b>2.5 Kerangka Konsep.....</b>	<b>24</b>
<b>2.6 Hipotesis.....</b>	<b>25</b>
<b>BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>26</b>
<b>3.1 Jenis Penelitian.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2 Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>26</b>
<b>3.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....</b>	<b>26</b>
3.3.1 Populasi Penelitian.....	26
3.3.2 Sampel Penelitian .....	26
3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel .....	27
3.3.4 Jumlah Sampel.....	27
<b>3.4 Variabel Penelitian.....</b>	<b>27</b>
3.4.1 Variabel Bebas .....	27
3.4.2 Variabel Terikat .....	27
<b>3.5 Definisi Operasional.....</b>	<b>27</b>
<b>3.6 Instrumen Penelitian .....</b>	<b>29</b>
3.6.1 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel .....	29
3.6.2 Lembar Persetujuan .....	29
3.6.3 Lembar Identitas Sampel .....	29
3.6.4 Kuisioner <i>Short Form Health Survey 36 (SF-36)</i> .....	29
<b>3.7 Prosedur Pengumpulan Data.....</b>	<b>30</b>
3.7.1 Sumber Data .....	30
3.7.2 Teknik Pengumpulan Data.....	30
<b>3.8 Prosedur Penelitian.....</b>	<b>30</b>
3.8.1 Uji Kelayakan Etik.....	30
3.8.2 Perijinan Penelitian .....	30
3.8.3 Pengambilan Data Penelitian .....	31
3.8.4 Pengolahan Data Primer Penelitian .....	32
<b>3.9 Analisis Data.....</b>	<b>32</b>
<b>3.10 Alur Penelitian .....</b>	<b>33</b>
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>34</b>
<b>4.1 Hasil.....</b>	<b>34</b>
4.1.1 Distribusi Karakteristik Sosio-demografi Sampel Penelitian .....	34
4.1.2 Distribusi Karakteristik Luka Bakar Sampel .....	35
4.1.3 Distribusi Tingkat Kualitas Hidup Sampel.....	36
4.1.4 Distribusi Kualitas Hidup Sampel Berdasarkan Kondisi Pasien Ketika Keluar Rumah Sakit.....	40
<b>4.2 Analisis Data.....</b>	<b>41</b>

4.2.1 Uji Normalitas <i>Saphiro-Wilk</i> .....	41
4.2.2 Uji Korelasi antara Kondisi Pasien Ketika Keluar Rumah Sakit dengan Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar Pasca Perawatan.....	42
4.2.3 Uji Korelasi antara Derajat Keparahan Luka Bakar dengan Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar Pasca Perawatan .....	44
4.2.4 Uji Korelasi antara Lama Rawat Inap dengan Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar Pasca Perawatan .....	46
<b>4.3 Pembahasan.....</b>	<b>47</b>
<b>BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>55</b>
<b>5.1 Kesimpulan.....</b>	<b>55</b>
<b>5.2 Saran .....</b>	<b>55</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>56</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>64</b>

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
2.1 Klasifikasi luka bakar .....	11
3.1 Definisi operasional .....	28
4.1 Distribusi karakteristik sosio-demografi sampel .....	34
4.2 Distribusi karakteristik luka bakar sampel .....	35
4.3 Uji normalitas data.....	42
4.4 Uji korelasi antara kondisi pasien ketika keluar rumah sakit dengan kualitas hidup pasien luka bakar pasca perawatan.....	43
4.5 Uji korelasi antara derajat keparahan luka bakar dengan kualitas hidup pasien luka bakar pasca perawatan .....	45
4.6 Uji korelasi antara lama rawat inap dengan kualitas hidup pasien luka bakar pasca perawatan .....	46

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1 Luka bakar .....	5
2.2 Tingkat mortalitas akibat luka bakar di dunia .....	6
2.3 Zona luka bakar .....	8
2.4 <i>Wallace rule of nine</i> .....	9
2.5 <i>Lund and browder chart</i> .....	9
2.6 Derajat kedalaman luka bakar .....	10
2.7 <i>Baux score</i> .....	15
2.8 <i>The abbreviated burn severity index (ABSI)</i> .....	15
2.9 Skema komponen kualitas hidup <i>SF-36</i> .....	20
2.10 Kontraktur pada jari tangan .....	21
2.11 Kerangka konsep .....	24
3.1 Alur penelitian .....	33
4.1 Distribusi kualitas hidup aspek kesehatan umum.....	37
4.2 Distribusi kualitas hidup sampel aspek fungsi fisik .....	37
4.3 Distribusi kualitas hidup sampel aspek peran fisik.....	38
4.4 Distribusi kualitas hidup sampel aspek nyeri .....	38
4.5 Distribusi kualitas hidup sampel aspek vitalitas.....	39
4.6 Distribusi kualitas hidup sampel aspek fungsi sosial .....	39
4.7 Distribusi kualitas hidup sampel aspek peran emosional .....	40
4.8 Distribusi kualitas hidup sampel aspek kesehatan mental .....	40
4.9 Distribusi kualitas hidup berdasarkan kondisi pasien ketika keluar rumah sakit.....	41



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
3.1 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel.....	64
3.2 Lembar Persetujuan .....	66
3.3 Lembar Identitas Sampel .....	67
3.4 Kuesioner Kualitas Hidup.....	68
3.5 Lembar Cara Perhitungan Skor .....	73
3.6 Lembar <i>Case Report Form</i> .....	75
4.1 Hasil Uji Normalitas <i>Saphiro-Wilk</i> .....	77
4.2 Hasil Uji Korelasi <i>Pearson</i> antara Kondisi Pasien Keluar Rumah Sakit dengan Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar Pasca Perawatan.....	77
4.3 Hasil Uji Korelasi <i>Spearman</i> antara Derajat Keparahan Luka Bakar dengan Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar Pasca Perawatan .....	80
4.4 Hasil Uji Korelasi <i>Pearson</i> dan <i>Spearman</i> antara Lama Rawat Inap dengan Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar Pasca Perawatan .....	83
4.5 Tabel Data Responden .....	86
4.6 Tabel Daftar Hadir Responden .....	88
4.7 Keterangan Persetujuan Etik.....	89
4.8 Surat Rekomendasi Bakesbangpol .....	90
4.9 Surat Perizinan RSD dr. Soebandi Jember .....	91

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Luka bakar merupakan penyebab trauma tersering keempat di dunia setelah kecelakaan lalu lintas, terjatuh, dan tindakan kekerasan (Abrol *et al.*, 2015). Selain itu, luka bakar merupakan penyebab mortalitas ketiga akibat kecelakaan pada seluruh kelompok umur (Ardabili *et al.*, 2016). *World Health Organization (WHO)* pada tahun 2018 memperkirakan bahwa terdapat 180.000 kematian akibat luka bakar terjadi setiap tahunnya di seluruh dunia, dengan mayoritas terjadi di negara berkembang. Indonesia belum memiliki angka pasti mengenai kejadian luka bakar, hal ini disebabkan karena tidak semua rumah sakit di Indonesia memiliki unit pelayanan luka bakar. Namun berdasarkan data Hasil Riset Kesehatan Dasar (2013), prevalensi luka bakar pada tahun 2013 mengalami penurunan sebesar 1,5%, yaitu pada tahun 2008 prevalensi luka bakar tercatat sebanyak 2,2% sedangkan pada tahun 2013 menjadi 0,7%. Data pasien luka bakar di Kabupaten Jember berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSD dr. Soebandi Jember adalah sebanyak 70 pasien dalam kurun waktu tahun 2014 hingga 2016 (Elfiah dan Riasa, 2017). Angka morbiditas pada luka bakar juga relatif tinggi jika dibandingkan dengan cedera lain (Sjamsuhidajat dan De Jong, 2010).

Luka bakar akan menimbulkan berbagai permasalahan dan keterbatasan pada pasien, baik dalam aspek fisik maupun psikologis yang dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien (Tang *et al.*, 2015). Permasalahan yang paling sering timbul pada pasien luka bakar adalah terbentuknya kontraktur (Oster, 2010). Kontraktur akan menyebabkan deformitas dan keterbatasan ruang gerak sehingga membatasi pasien dalam melakukan aktivitas. Falder *et al.* (2009) menyebutkan permasalahan lain yang timbul adalah munculnya parut hipertrofik dan berkurangnya kekuatan otot sehingga menimbulkan keterbatasan dalam beraktivitas. Selain itu, pasien luka bakar juga akan mengalami gangguan pada sistem sensorisnya seperti nyeri, gatal, dan hilangnya sensasi (Tang *et al.*, 2015). Rasa nyeri akibat luka bakar dilaporkan masih terjadi pada 52% pasien pada 11 tahun pasca luka bakar (Oster, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Winanda *et*

*al.* (2017) menunjukkan bahwa depresi dan ansietas terjadi pada lebih dari 50% pasien pada 6 bulan pasca luka bakar. Depresi, ansietas, dan berkurangnya interaksi sosial akibat kecacatan yang disebabkan luka bakar terjadi pada 20% - 65% pasien luka bakar (Van Loey dan Van Son, 2003).

Keterbatasan yang timbul baik dalam hal fisik dan psikologis akan berdampak pula pada kemampuan pasien untuk dapat kembali bekerja pasca luka bakar. Sebanyak kurang lebih 21% - 50% pasien pasca luka bakar akan mengalami kesulitan dalam melakukan pekerjaannya (McAleavey *et al.*, 2018). Persentase pasien yang tidak dapat kembali bekerja pasca luka bakar berkisar antara 1% - 15% (McAleavey *et al.*, 2018). Ketidakmampuan seseorang pasien untuk dapat kembali bekerja pasca luka bakar merupakan salah satu indikator menunjukkan rendahnya kualitas hidup pasien tersebut (Oster dan Ekselius, 2011).

Kualitas hidup pasien luka bakar dinilai melalui persepsi individu berdasarkan kuesioner *SF-36* yang terdiri dari 8 aspek yaitu fungsi fisik, peran fisik, nyeri, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, peran emosional, dan kesehatan mental (Edgar *et al.*, 2010). Kualitas hidup pasien luka bakar dapat dipengaruhi oleh perawatan yang diberikan pada pasien tersebut. Perawatan pasien luka bakar sangat ditentukan oleh derajat keparahan luka bakar yang dialami pasien, derajat keparahan yang semakin berat akan membutuhkan waktu penyembuhan luka yang semakin panjang sehingga perawatan luka bakar yang diberikan akan cenderung lebih kompleks dan membutuhkan rawat inap yang lebih lama (Jain *et al.*, 2018). Keberhasilan perawatan yang diberikan di rumah sakit akan menentukan kondisi pasien ketika pulang dari rumah sakit dan juga akan berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien tersebut pasca perawatan.

Namun, di Indonesia sendiri hanya terdapat 1 penelitian yang membahas mengenai kualitas hidup dari pasien luka bakar. Mengingat besarnya dampak yang ditimbulkan oleh luka bakar dan terbatasnya jumlah penelitian mengenai kualitas hidup pasien luka bakar, peneliti tertarik untuk mengambil judul penelitian "Penilaian Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar Pasca Perawatan di RSD dr. Soebandi Jember Berdasarkan *SF-36*".

## 1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah terdapat hubungan antara kondisi pasien luka bakar ketika keluar rumah sakit dengan kualitas hidup pasien pasca perawatan di RSD dr. Soebandi Jember?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara kondisi pasien luka bakar ketika keluar rumah sakit dengan kualitas hidup pasien pasca perawatan di RSD dr. Soebandi Jember.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut.

- a. Untuk mengetahui jumlah kejadian luka bakar di RSD dr. Soebandi Jember.
- b. Untuk mengetahui data kondisi pasien luka bakar ketika keluar rumah sakit di RSD dr. Soebandi Jember.
- c. Untuk mengetahui data skor kualitas hidup pasien luka bakar yang pernah di rawat di RSD dr. Soebandi Jember yang terdiri dari 8 aspek yaitu fungsi fisik, peran fisik, nyeri tubuh, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, peran emosional, dan kesehatan mental.
- d. Untuk mengetahui keterlibatan faktor lain dengan kualitas hidup pasien luka bakar pasca perawatan yaitu lama rawat inap dan derajat keparahan luka bakar.

## 1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut.

1. Bagi ilmu pengetahuan, penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai data kejadian luka bakar dan kualitas hidup pasien pasca luka bakar.

2. Bagi instansi terkait, hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan dasar untuk pembuatan *Standard Operating Procedure (SOP)* layanan terhadap pasien luka bakar yang lebih baik, khususnya *SOP* mengenai rehabilitasi.
3. Bagi penelitian lain, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar untuk melakukan penelitian lebih lanjut terhadap topik permasalahan yang sama.



## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Luka Bakar

#### 2.1.1 Definisi Luka Bakar

Luka bakar adalah suatu bentuk kerusakan atau kehilangan jaringan yang disebabkan oleh kontak dengan sumber panas, bahan kimia, dan listrik (Gambar 2.1). Kulit dengan luka bakar akan mengalami kerusakan pada epidermis, dermis, maupun jaringan subkutan tergantung lamanya kontak dengan sumber panas/penyebabnya (Moenadjat, 2003).



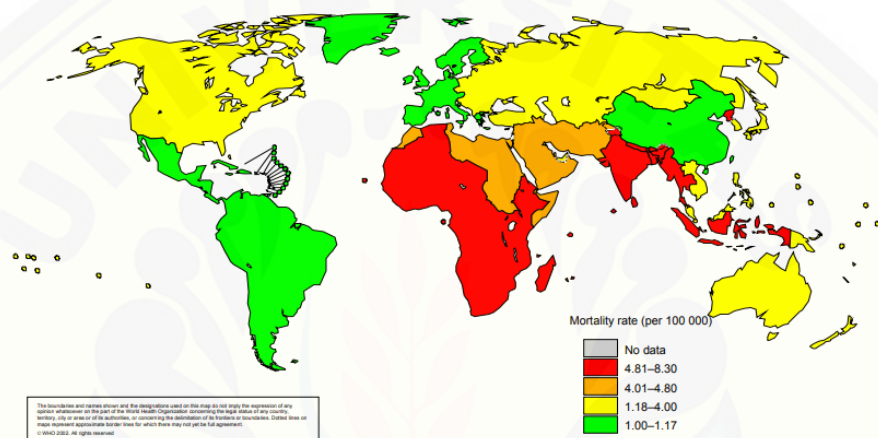
Gambar 2.1 Luka bakar (Spanholtz *et al.*, 2009)

#### 2.1.2 Epidemiologi Luka Bakar

Luka bakar merupakan penyebab trauma tersering keempat di dunia (Abrol *et al.*, 2015). Luka bakar berat menyebabkan morbiditas yang relatif tinggi jika dibandingkan dengan cedera akibat penyebab lain. Biaya yang dibutuhkan untuk penanganan luka bakar pun relatif tinggi (Sjamsuhidajat dan De Jong, 2010).

*World Health Organization (WHO)* pada tahun 2018 memperkirakan bahwa terdapat 180.000 kematian akibat luka bakar terjadi setiap tahunnya di seluruh dunia dengan mayoritas terjadi di negara berkembang. Secara keseluruhan, kurang lebih 60% kejadian luka bakar yang bersifat fatal terjadi di Asia Tenggara (Forjuoh, 2006). Di Amerika Serikat, kurang lebih 250.000 orang mengalami luka bakar setiap tahunnya, dengan 120.000 penderita luka bakar membutuhkan

tindakan penanganan emergensi (Sjamsuhidajat dan De Jong, 2010). Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, prevalensi luka bakar adalah sebanyak 0,7% (Kemenkes RI, 2013). Berdasarkan data WHO pada tahun 2000, angka mortalitas akibat luka bakar di Indonesia dan banyak negara di Asia Tenggara berada dalam kategori merah yang artinya angka mortalitas akibat luka bakar berkisar antara 4,81 – 8.30 per 100.000 populasi (Gambar 2.2). Angka tersebut merupakan yang tertinggi di seluruh dunia (Peden *et al.*, 2002).



Fire-related burn mortality rates (per 100 000 population) in WHO regions, 2000												
Africa		Americas			South-East Asia		Europe		Eastern Mediterranean		Western Pacific	
LMIC	HIC	LMIC	India	Other LMIC	HIC	LMIC	HIC	LMIC	HIC	China	Other LMIC	
5.5	1.3	1.17	8.3	8.2	1.0	4.0	1.5	4.8	1.5	1.1	2.0	

HIC, High-income countries; LMIC, Low- and middle-income countries.

Gambar 2.2 Tingkat mortalitas akibat luka bakar di dunia (Peden *et al.*, 2002)

### 2.1.3 Etiologi Luka Bakar

Hettiaratchy dan Dziewulski (2004) membagi etiologi dan mekanisme terjadinya luka bakar menjadi 3 yaitu luka bakar termal, elektrik, dan kimia.

- Luka bakar termal dapat berupa terbakar api secara langsung, kontak dengan benda panas atau tersiram air panas akibat kecelakaan rumah tangga. Sebanyak 70% kasus luka bakar pada anak diakibatkan oleh air panas sedangkan pada dewasa, sebanyak 50% kasus luka bakar terjadi karena terbakar api secara langsung.
- Luka bakar elektrik terjadi pada 3-4% kasus luka bakar. Arus listrik akan mengalir ke seluruh tubuh dari satu titik ke titik yang lainnya dan

menyebabkan kerusakan terhadap jaringan yang dilalui arus listrik tersebut (Hettiaratchy dan Dziewulski, 2004).

- c. Luka bakar akibat bahan kimia biasanya disebabkan oleh asam kuat dan basa kuat. Luka bakar akibat bahan kimia akan menyebabkan denaturasi protein dan nekrosis koagulasi. Basa kuat cenderung dapat menembus jaringan lebih dalam dan mengakibatkan kerusakan yang lebih parah jika dibandingkan dengan asam kuat (Hettiaratchy dan Dziewulski, 2004).

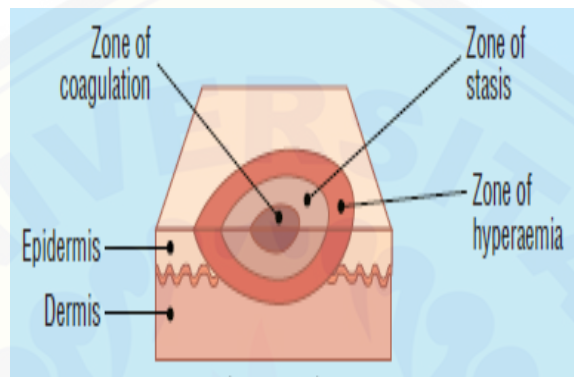
#### 2.1.4 Patofisiologi Luka Bakar

Kulit mampu mentolerir suhu setinggi 44°C selama 6-5 jam sebelum menimbulkan kerusakan yang *irreversible*. Kontak selama 2 detik dengan suhu 65°C sudah mampu menimbulkan luka bakar pada kulit. Denaturasi protein akan mulai terjadi pada suhu lebih dari 44°C (Weaver *et al*, 1993). Kulit yang terpajan suhu tinggi atau terbakar akan menyebabkan destruksi pada epidermis hingga subkutan tergantung lamanya kontak dengan sumber panas. Bagian kulit yang berkontak langsung dengan sumber panas akan mengalami kerusakan jaringan yang paling parah akibat denaturasi protein dan nekrosis koagulasi (Hettiaratchy dan Dziewulski, 2004). Paparan suhu yang tinggi juga mengakibatkan pembuluh kapiler di bawah kulit dan area sekitarnya akan mengalami kerusakan sehingga permeabilitasnya akan meningkat. Hal ini menyebabkan terjadinya kebocoran cairan intravaskular ke interstitial (Garcia-Espinoza *et al.*, 2017). Selain itu pelepasan mediator-mediator pro-inflamasi juga menyebabkan kondisi inflamasi dan ekstrasvasi cairan ke interstitial. Kulit yang rusak juga mengakibatkan evaporasi cairan yang berlebihan karena hilangnya fungsi kulit sebagai *barrier* dan penahan penguapan. Peningkatan permeabilitas vaskular dan peningkatan evaporasi menyebabkan berkurangnya cairan intravena. Syok hipovolemik dapat terjadi jika luas permukaan tubuh yang terkena luka bakar melebihi 20% (Sjamsuhidajat dan De Jong, 2010).

Kulit yang berkontak dengan sumber panas atau terbakar akan memunculkan respon lokal yang ditandai dengan terbentuknya 3 zona yaitu zona koagulasi, zona stasis, dan zona hiperemis (Gambar 2.6). Zona koagulasi adalah



daerah yang mengalami denaturasi protein sehingga mengakibatkan kerusakan jaringan yang paling parah dan bersifat *irreversible*. Zona koagulasi dikelilingi oleh zona stasis yang ditandai dengan inflamasi dan menurunnya perfusi jaringan sedangkan bagian terluar dari zona stasis adalah zona hiperemis (Hettiaratchy dan Dziewulski, 2004).



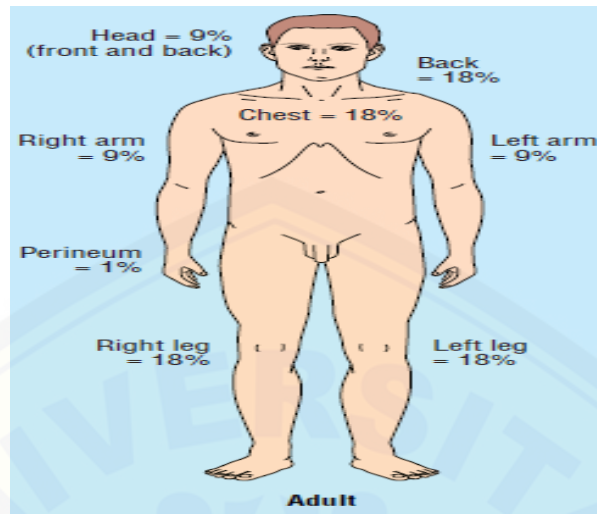
Gambar 2.3 Zona luka bakar (Hettiaratchy dan Dziewulski, 2004)

Respon sistemik yang terjadi pada tubuh akibat luka bakar biasanya akan terjadi ketika luas permukaan tubuh yang terkena luka bakar melebihi 10% (Garcia-Espinoza *et al.*, 2017). Respon sistemik yang terjadi dapat berupa perubahan pada sistem kardiovaskuler, terjadinya hipermetabolisme, dan penurunan pada sistem imun tubuh (Hettiaratchy dan Dziewulski, 2004).

#### 2.1.5 Luas Luka Bakar

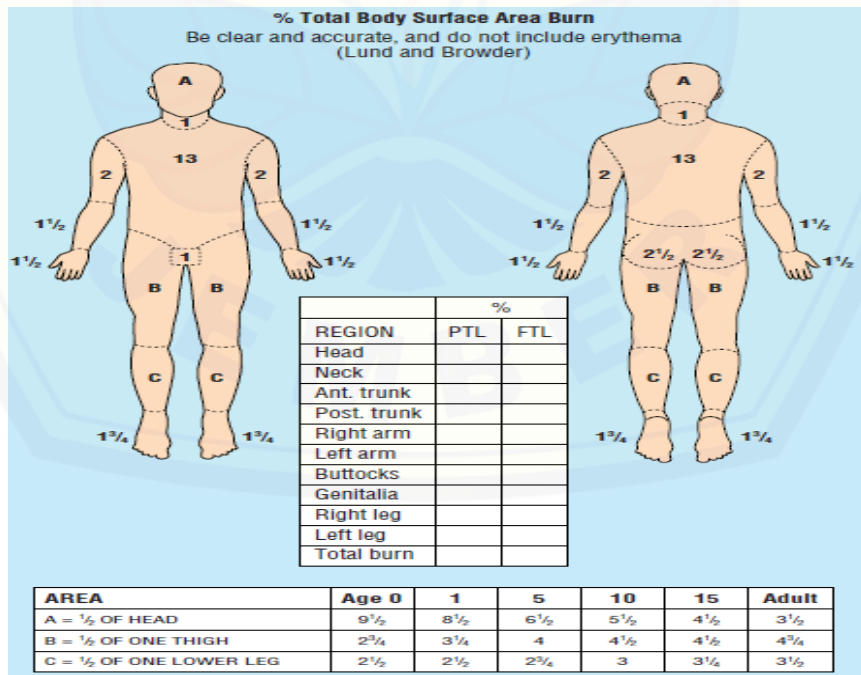
Hettiaratchy dan Papini (2004) dalam jurnalnya menyebutkan bahwa terdapat 3 cara dalam menentukan luas luka bakar yaitu.

- a. *Palmar surface*, metode ini menggunakan telapak tangan pasien, luas satu telapak tangan pasien setara dengan 1% luas permukaan tubuh yang terkena luka bakar.
- b. *Wallace rule of nines*, metode ini merupakan metode yang termudah dan tercepat. Tubuh akan dibagi menjadi beberapa bagian yang luasnya setara dengan 9% luas permukaan tubuh yang terkena luka bakar, namun cara ini kurang akurat jika diterapkan pada pasien anak (Gambar 2.3).



Gambar 2.4 Wallace rule of nines (Hettiaratchy dan Papini, 2004)

- c. *Lund and Browder chart*, jika digunakan secara tepat maka metode ini adalah metode yang paling akurat untuk menghitung luas luka bakar pada permukaan tubuh (Gambar 2.4).



Gambar 2.5 Lund and Browder chart (Hettiaratchy dan Papini, 2004)

### 2.1.6 Klasifikasi dan Gejala Klinis Luka Bakar

Berdasarkan derajat kedalamannya Hettiaratchy dan Papini (2004) membagi luka bakar menjadi 3 (Gambar 2.5) yaitu.

a. Derajat 1 (*Superficial Thickness*)

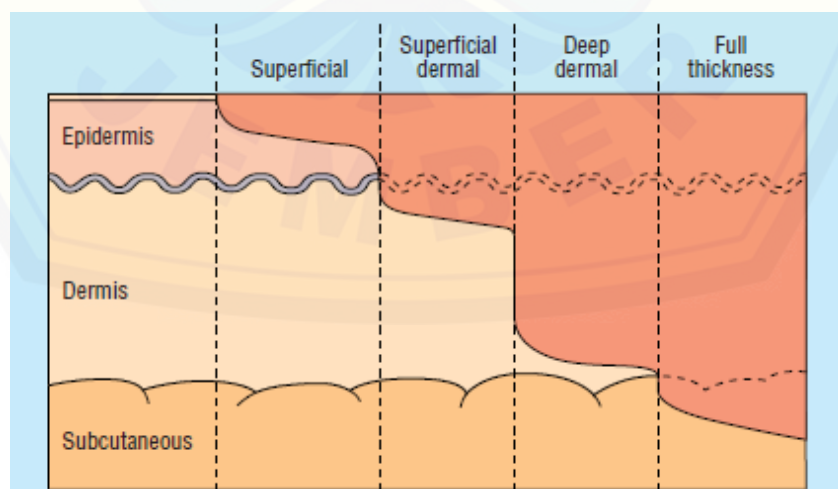
Pada luka bakar derajat 1, luka bakar hanya mengenai area epidermis, ditandai dengan kulit yang berwarna merah dan timbulnya rasa nyeri.

b. Derajat 2 (*Partial Thickness*)

Luka bakar derajat 2 dibedakan lagi menjadi *superficial partial thickness* dan *deep partial thickness*. Pada *superficial partial thickness*, luka bakar mengenai keseluruhan bagian epidermis dan stratum papilare dermis ditandai dengan kulit yang berwarna merah, rasa nyeri, dan timbulnya bula. Sedangkan pada *deep partial thickness*, luka bakar mengenai keseluruhan epidermis dan stratum reticulare dermis ditandai dengan kulit berwarna kemerahan atau putih, berkurangnya rasa nyeri dan sensasi, dengan atau tanpa disertai bula.

c. Derajat 3 (*Full Thickness*)

Pada luka bakar derajat 3, luka bakar meluas hingga ke bagian subkutan bahkan bisa mengenai otot dan juga tulang ditandai dengan kulit yang berwarna kehitaman, kering, dan hilangnya rasa nyeri serta sensasi.



Gambar 2.6 Derajat kedalaman luka bakar (Hettiaratchy dan Papini, 2004)

*American Burn Association* (1990) membagi luka bakar menjadi 3 kategori berdasarkan luas dan kedalaman luka bakar yaitu luka bakar ringan (minor), sedang, dan berat (mayor). Kriteria untuk masing-masing kategori dapat dilihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1 Klasifikasi luka bakar berdasarkan *American Burn Association*

Ringan	Sedang	Berat
Derajat II < 10% (dewasa)	Derajat II 10% - 20% (dewasa)	Derajat II > 20% (dewasa)
Derajat II < 5% (anak)	Derajat II 5% - 10% (anak)	Derajat II > 10% (anak)
Derajat III < 2%	Derajat III 2% - 5%	Derajat III > 5% Luka bakar listrik Luka bakar disertai cedera inhalasi dan trauma lain Luka bakar yang mengenai wajah, mata, tangan, kaki, sendi, dan genitalia

#### 1.1.7 Pemeriksaan Fisik pada Luka Bakar

Pemeriksaan fisik pada luka bakar terdiri dari inspeksi dan palpasi. Inspeksi dan palpasi dilakukan untuk menilai beberapa hal yaitu.

- a. Bula, bula biasanya akan muncul pada luka bakar derajat 2 (Dutch Burn Centre Beverwijk, 2017).
- b. Karakteristik luka bakar, luka bakar biasanya akan menimbulkan warna yang berbeda. Luka bakar derajat 1 biasanya ditandai dengan kulit yang berwarna kemerahan, luka bakar derajat 2 biasanya juga ditandai dengan kulit yang kemerahan atau putih, sedangkan luka bakar derajat 3 biasanya ditandai dengan kulit yang berwarna kehitaman (Dutch Burn Centre Beverwijk, 2017).

- c. *Capillary refill time (CRT)*, CRT dilakukan dengan cara menekan bagian kulit yang terkena luka bakar selama beberapa detik kemudian dinilai waktu berapa lama waktu yang dibutuhkan kulit untuk kembali ke warna semula (Dutch Burn Centre Beverwijk, 2017).
- d. Nyeri, semakin dalam kondisi luka bakar rasa nyeri akan semakin menurun akibat kerusakan serabut saraf (Dutch Burn Centre Beverwijk, 2017).

#### 1.1.8 Pemeriksaan Penunjang pada Luka Bakar

Pemeriksaan penunjang pada luka bakar dapat berupa pemeriksaan laboratorium seperti.

- a. Pemeriksaan leukosit untuk menilai ada tidaknya infeksi.
- b. Pemeriksaan *arterial blood gas* untuk menilai pH darah, PaO<sub>2</sub>, dan PaCO<sub>2</sub> bila ada kecurigaan trauma inhalasi.
- c. Pemeriksaan elektrolit serum.

Selain pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang lain yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan EKG untuk melihat ada tidaknya ventrikular fibrilasi, atrial fibrilasi, atau infark miokard yang biasanya terjadi pada luka bakar listrik (Vande, 2017)

#### 1.1.9 Diagnosis Luka Bakar

Diagnosis luka bakar biasanya ditentukan berdasarkan luas luka bakar dan derajat kedalamannya. Luas luka bakar salah satunya dapat ditentukan melalui metode *wallace rule of nines*, sedangkan derajat kedalaman luka bakar dapat berupa derajat 1, 2, dan 3 (Hettiaratchy dan Papini, 2004).

## 2.2 Tatalaksana dan Perawatan Luka Bakar

Penatalaksanaan dan perawatan pasien luka bakar dibagi ke dalam 3 fase, yaitu.

- a. Fase akut

Tujuan utama fase ini adalah mencegah terjadinya syok hipovolemik.

Upaya penanganan pertama saat terbakar adalah menghentikan kontak

dengan sumber panas secepat mungkin. Setelah sumber panas dihilangkan, irigasi area luka bakar dengan air mengalir minimal 15 menit untuk menurunkan suhu jaringan sehingga kerusakan pada jaringan dapat diminimalisir dan tidak meluas. Tindakan irigasi tidak harus menggunakan air yang steril. Upaya pendinginan dilakukan untuk menghentikan proses koagulasi protein sel di jaringan (Sjamsuhidajat dan De Jong, 2010).

Penanganan awal pada luka bakar berat adalah memastikan patensi dari jalan nafas dan memastikan oksigenasi adekuat. Selanjutnya, luas dan dalamnya luka bakar harus dihitung secara teliti untuk menentukan jumlah cairan yang akan diberikan pada pasien. Cara yang banyak digunakan untuk menghitung kebutuhan cairan pada pasien luka bakar adalah cara Baxter (Garcia-Espinoza *et al.*, 2017).

$$\text{Luas luka bakar (\%)} \times \text{KgBB} \times 4\text{ml}$$

Setengah dari jumlah cairan akan diberikan dalam 8 jam pertama, sisanya diberikan dalam 16 jam berikutnya. Cairan yang diberikan adalah cairan kristaloid seperti ringer-laktat. Status hidrasi pasien luka bakar harus dipantau secara terus-menerus. Keberhasilan resusitasi cairan dapat dipantau melalui diuresis dengan volume urin lebih dari 0,5 mL/kgBB/jam (Garcia-Espinoza *et al.*, 2017).

Pada luka bakar berat, terutama luka bakar derajat tiga yang melingkar pada ekstremitas atau tubuh dapat dilakukan tindakan eskarotomi (lihat Gambar 2.6). Tindakan eskarotomi dilakukan untuk menghindari gangguan sirkulasi akibat penjepitan oleh pembengkakan yang terjadi secara terus menerus. Pada penderita dengan luka bakar derajat dua dan tiga juga dapat dilakukan *skin grafting* untuk menghindari terbentuknya keloid dan parut hipertrofik (Sjamsuhidajat dan De Jong, 2010).

b. Fase sub akut

Fase sub akut berlangsung setelah fase syok teratasi, ditandai dengan keadaan hemodinamik pasien yang stabil dan telah terjadi diuresis. Fokus

utama fase ini adalah mengatasi/mencegah infeksi, perawatan luka, dan nutrisi (Rahayuningsih, 2012).

c. Fase rehabilitasi

Fase terakhir dan merupakan fase pemulihan pasca luka bakar. Tujuan rehabilitasi adalah mencapai perbaikan fungsi yang maksimal sehingga dapat meningkatkan kemandirian dan meminimalisir serta mencegah terjadinya deformitas (Rahayuningsih, 2012). Rehabilitasi telah menjadi fokus intervensi pada berbagai tingkat perawatan luka bakar saat ini. Tindakan rehabilitasi akan berfokus pada mobilisasi sehingga komplikasi jangka panjang dapat dicegah. Biasanya fase rehabilitasi akan berlangsung selama 1 tahun untuk dewasa dan 2-3 tahun untuk anak (Novelli *et al.*, 2009).

#### 2.2.1 Lama Rawat Inap Pasien Luka Bakar

Lama rawat inap dapat menjadi indikator seberapa efisienkah perawatan luka bakar yang telah diberikan (Pereira *et al.*, 2004). Selain itu, lama rawat inap dapat menjadi indikator yang menentukan jumlah biaya pengobatan luka bakar yang harus dikeluarkan. Semakin panjang lama rawat inap pasien luka bakar maka akan semakin meningkatkan beban finansial pasien dan keluarga.

Lama rawat inap yang lebih singkat atau pendek berkaitan dengan *outcome* fungsional yang lebih baik dan kemampuan yang lebih tinggi untuk dapat kembali ke aktivitas yang sama seperti sebelum terjadinya cedera luka bakar (Wasiak *et al.*, 2014). Selain itu lama rawat inap yang lebih panjang juga akan meningkatkan kemungkinan munculnya kontraktur dan *low back pain* akibat imobilisasi (Holavanahalli *et al.*, 2016).

Menurut penelitian yang telah dilakukan oleh Baker *et al.* (1996), lama rawat inap pasien luka bakar memiliki pola bimodal yakni kebanyakan pasien luka bakar akan dirawat selama < 15 hari dan > 28 hari.

### 2.3 Outcome Luka Bakar

*Outcome* luka bakar merupakan status atau keadaan yang dialami pasien setelah menerima perawatan. Penilaian *outcome* luka bakar penting untuk dilakukan sebagai evaluasi dari kualitas pelayanan luka bakar yang telah diberikan (Palmieri, 2014). Menurut Pereira *et al.* (2004) terdapat dua parameter untuk menentukan *outcome* luka bakar yaitu.

a. *Outcome* jangka pendek

*Outcome* jangka pendek dapat dilihat melalui tingkat mortalitas. Mortalitas merupakan parameter yang paling sering digunakan untuk mengukur *outcome*, terutama pada kasus luka bakar. Penurunan tingkat mortalitas merupakan indikator yang sangat berarti. Mortalitas pada luka bakar biasanya disebabkan karena pemahaman mengenai patofisiologi luka bakar yang benar masih rendah (Marshall dan Dimick, 1983). Sistem skoring seperti *Baux Score* (Gambar 2.7) atau *The Abbreviated Burn Severity Index (ABSI)* (Gambar 2.8) telah banyak digunakan untuk memprediksi risiko kematian untuk kasus luka bakar pada semua tingkatan usia (Pereira *et al.*, 2004).

$$\text{Baux score} = (\text{percent body surface burned}) + (\text{patient's age})$$

Gambar 2.7 *Baux score* (Dahal *et al.*, 2015)

Table 1: Value for ABSI score

Full thickness burn	Variable	Score
TBSA Score	Sex	Male 1
1-10		Female 0
11-20	Age (Years)	0-20 1
21-30		21-40 2
31-40		41-60 3
41-50		61-80 4
51-60		80-100 5
61-70		
71-80		
81-90	Inhalation injury	1
91-100		

Table 2: Predicted Threat to life

ABSI burn Score	Threats to life	Probability of survival
2-3	Very low	>99%
4-5	Moderate	98%
6-7	Moderately severe	80-90%
8-9	Serious	50-70%
10-11	Severe	20-40%
12-13	Maximum	<10%

Gambar 2.8 *The abbreviated burn severity index (ABSI)* (Dahal *et al.*, 2015)



b. *Outcome* jangka panjang

*Outcome* jangka panjang dapat dilihat melalui 3 parameter yaitu sebagai berikut.

1) Toleransi terhadap aktivitas fisik (*Exercise Tolerance*)

Aktivitas fisik sehari-hari pada dasarnya membutuhkan integrasi dari kekuatan dan daya tahan otot. Kekuatan otot dan kemampuan fungsional merupakan fokus terpenting dalam rehabilitasi pasien pasca luka bakar. Toleransi terhadap aktivitas fisik dapat dijadikan salah satu parameter untuk menentukan keberhasilan tindakan rehabilitasi pasca luka bakar (Pereira *et al.*, 2004).

2) Kemampuan kembali bekerja (*Return to Work*)

Kemampuan untuk kembali bekerja merupakan tujuan terpenting dari rehabilitasi pasca luka bakar. Kemampuan untuk kembali bekerja dapat merefleksikan kemampuan beradaptasi dengan kondisi yang ada dan kemampuan untuk kembali terlibat secara aktif dalam kehidupan sosial (Dyster-Aas *et al.*, 2004). Rata-rata waktu yang dibutuhkan bagi seseorang untuk dapat kembali bekerja adalah 4,7 minggu – 24 bulan pasca luka bakar dengan persentase yang dapat kembali bekerja adalah 14% - 91% (Oster dan Ekselius, 2011). Sedangkan sebanyak 1% - 15% pasien tidak dapat kembali bekerja (McAleavey, 2018).

3) Kualitas hidup (*Quality of Life*)

Caron *et al.* (2005) menyatakan, kualitas hidup penderita dapat menjadi acuan keberhasilan dari suatu tindakan, intervensi, *treatment* atau terapi yang telah dilakukan. Selain itu, kualitas hidup merupakan parameter yang dapat digunakan untuk menilai *outcome* jangka panjang dari suatu penyakit atau cedera.

## 2.4 Kualitas Hidup

### 2.4.1 Definisi Kualitas Hidup

*World Health Organization (WHO)* mendeskripsikan kualitas hidup sebagai persepsi individu mengenai posisi mereka dalam kehidupan yang sesuai dengan

budaya dan norma yang dianut dalam lingkungan tempat mereka tinggal, serta hubungannya dengan tujuan, harapan, dan standar yang sudah mereka tetapkan. Secara luas kualitas hidup mencakup kondisi kesehatan fisik individu, kondisi psikologis, hubungan sosial dan hubungannya dengan lingkungan tempat tinggal (WHO, 1996).

Ruggeri *et al.*, (2001) dalam jurnalnya menjelaskan bahwa tidak ada satu pun definisi kualitas hidup yang dapat diterima secara universal. Konsep kualitas hidup bersifat subjektif sehingga sangat sulit untuk membangun sebuah konsep yang dapat mendefinisikan dan mengukur kualitas hidup secara general (Theofilou, 2013). Meskipun terdapat banyak perbedaan konsep mengenai kualitas hidup, terdapat satu kesepakatan bahwa kualitas hidup adalah sebuah konsep multidimensi yang mencakup kesejahteraan materiil, fisik, sosial, emosional dan produktivitas (Shek dan Lee, 2007).

Saat ini, banyak penelitian meneliti mengenai kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan atau disebut juga *health-related quality of life (HRQOL)*. Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan secara spesifik menilai aspek-aspek kesehatan yang berhubungan dengan kualitas hidup seseorang (Theofilou, 2013). Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan didefinisikan sebagai kesehatan fisik dan mental yang dirasakan seseorang dari waktu ke waktu (*Center for Disease Control and Prevention*, 2016).

#### 2.4.2 Pengukuran Kualitas Hidup

Saat ini, terdapat lebih dari 1000 instrumen yang secara spesifik dibuat untuk mengukur kualitas hidup. Beberapa diantaranya bersifat generik yang dapat digunakan untuk populasi umum dan beberapa instrumen bersifat spesifik terhadap kondisi tertentu, penyakit tertentu atau yang berkaitan dengan proses patologis tertentu.

Terdapat 2 instrumen yang paling banyak digunakan untuk menilai kualitas hidup pasien pasca luka bakar yaitu *Burn Spesific Health Scale Brief (BSHS-B)* dan *Short Form Health Survey 36 (SF-36)* (Theofilou, 2013). *BSHS-B* kuesioner

spesifik yang dapat digunakan untuk menilai kualitas hidup pasien pasca luka bakar. Namun, kuesioner ini belum diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia.

*SF-36* dikembangkan pertama kali untuk menilai status kesehatan oleh *Medical Outcome Study (MOS)*. *SF-36* dirancang untuk digunakan dalam praktek klinis, penelitian, evaluasi kebijakan kesehatan, dan survei kesehatan (Ware dan Sherbourne, 1992). Edgar *et al.* (2010) dalam jurnalnya menyebutkan bahwa kuesioner *SF-36* memiliki 36 pertanyaan yang terbagi dalam 8 aspek (Gambar 2.9) yaitu.

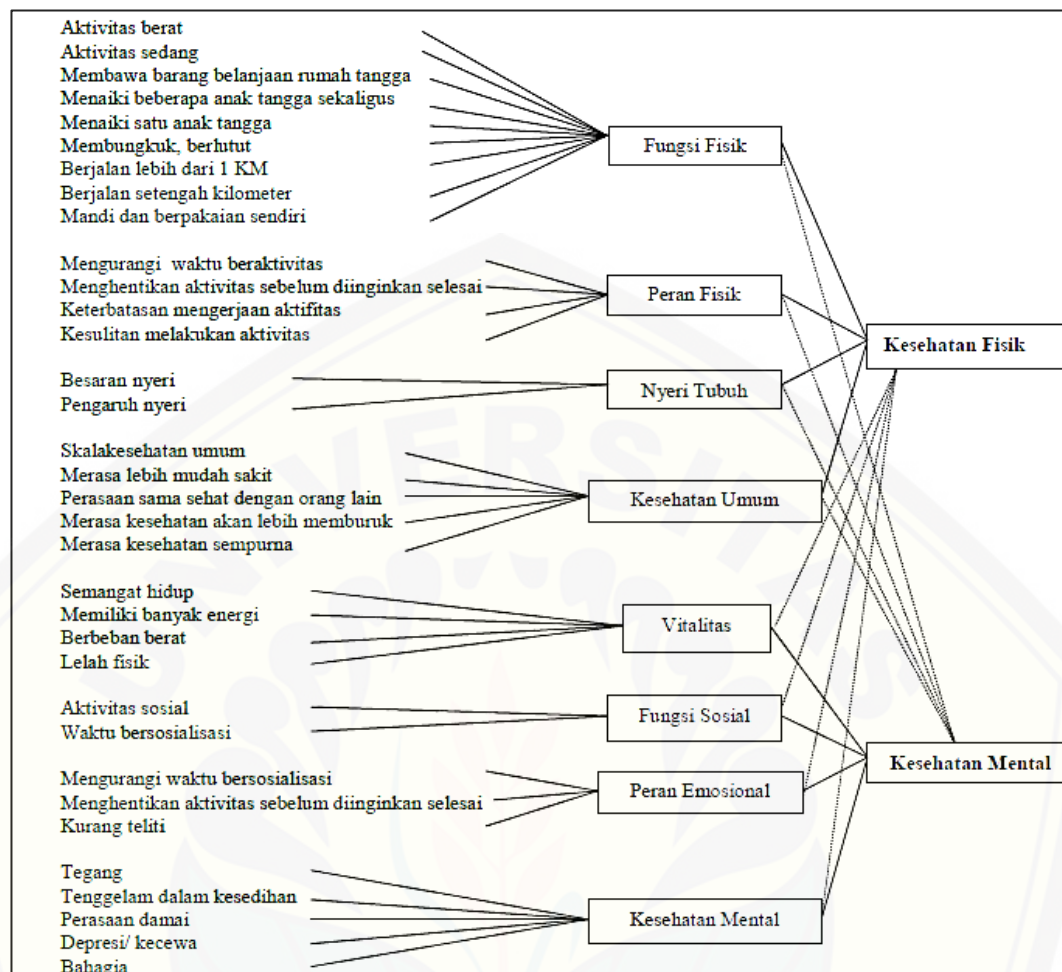
- a. Fungsi Fisik atau *Physical Functioning (PF)*, mengukur sejauh mana gangguan kesehatan dapat membatasi aktivitas fisik, terdiri dari 10 pertanyaan mengenai kemampuan aktivitas fisik seperti menaiki tangga, membungkuk, berlutut, mengangkat benda dll.
- b. Peran Fisik atau *Role Physical (RP)*, terdiri dari 4 pertanyaan mengenai keterbatasan dalam melakukan suatu pekerjaan, bertujuan mengukur keterbatasan aktivitas sehari-hari akibat gangguan fisik.
- c. Nyeri Tubuh atau *Bodily Pain (BP)*, terdiri dari 2 pertanyaan yang bertujuan untuk mengukur nyeri di seluruh tubuh.
- d. Vitalitas atau *Vitality (V)*, terdiri dari 4 pertanyaan yang bertujuan menilai vitalitas hidup, tingkat energi dan kebugaran tubuh.
- e. Fungsi Sosial atau *Social Functioning (SF)*, terdiri dari 2 pertanyaan mengenai kehidupan sosial pasien, bertujuan mengukur keterbatasan aktivitas sosial yang diakibatkan oleh gangguan kesehatan.
- f. Peran Emosional atau *Role Emotional (RE)*, terdiri dari 3 pertanyaan yang bertujuan mengukur sejauh mana keadaan emosi dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari.
- g. Kesehatan Mental atau *Mental Health (MH)*, terdiri dari 5 pertanyaan mengenai kesedihan, kecemasan, atau perasaan lain yang mungkin dialami, bertujuan mengukur kesehatan mental.
- h. Kesehatan Umum atau *General Health (GH)*, terdiri dari 6 pertanyaan untuk menilai status kesehatan secara umum dan keseluruhan.

Setiap aspek akan memiliki rentang skor 0-100, skor 0 menggambarkan tingkat kualitas hidup terendah dan skor 100 menggambarkan tingkat kualitas hidup terbaik (Edgar *et al.*, 2010). Interpretasi skor akhir dari masing-masing aspek kualitas hidup dapat dibagi menjadi kualitas hidup buruk bila skor 0 – 50 dan kualitas hidup baik bila skor 51 – 100 (Jannah, 2015).

Kuesioner *SF-36* dapat digunakan oleh individu yang berusia 18 tahun atau lebih dan pengisian kuesioner akan dilakukan sendiri oleh individu yang bersangkutan atau via wawancara (Ware dan Sherbourne, 1992). Kuesioner ini telah digunakan dalam ribuan survei kesehatan pada populasi umum maupun spesifik dan telah diterjemahkan ke dalam lebih dari 50 bahasa (Theofilou, 2013). Kuesioner *SF-36* telah tervalidasi untuk mengukur kualitas hidup pasien pasca luka bakar (Edgar *et al.*, 2010).

Dalam penelitian yang dilakukan Edgar *et al.* (2010), 4 aspek kualitas hidup dalam kuesioner *SF-36* yaitu aspek keterbatasan aktivitas fisik, nyeri tubuh, fungsi sosial dan peran emosional dapat menyediakan informasi yang lebih sensitif dibandingkan aspek kualitas hidup dari kuesioner *BSHS-B* yang merupakan kuesioner spesifik untuk menilai kualitas hidup pasien luka bakar. Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Meirte *et al.* (2017), hasil penelitian tersebut menjelaskan bahwa kuesioner *SF-36* lebih sensitif dibandingkan kuesioner *BSHS-B* dalam menilai kualitas hidup pasien pasca luka bakar.

Perwitasari (dalam Jannah, 2015) menjelaskan bahwa kuesioner *SF-36* telah diterjemahkan dan divalidasi dalam versi Bahasa Indonesia dan telah banyak digunakan dalam penelitian. Kuesioner ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas dalam Bahasa Indonesia oleh Ana Miftahul Jannah tahun 2015 dalam penelitian dengan judul “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien Tuberkulosis Paru di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Paru Jember”. Hasil uji validitas didapatkan nilai  $r$  hitung 0,422-0,867 sehingga butir pertanyaan dalam kuesioner *SF-36* dianggap valid. Hasil uji reliabilitas didapatkan nilai alpha Cronbach  $\geq 0,70$  sehingga kuesioner *SF-36* dianggap reliabel untuk digunakan sebagai instrumen penelitian.



Gambar 2.9 Skema komponen kualitas hidup SF-36 (Tarigan, 2014)

### 2.4.3 Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar

Kualitas hidup telah menjadi fokus penelitian dalam beberapa dekade terakhir, khususnya pada kasus luka bakar. Biasanya peneliti banyak melakukan penilaian kualitas hidup pasien luka bakar pada bulan ke- 3, 6, 12, dan 24 pasca cedera luka bakar (Spronk *et al.*, 2018).

Pada banyak kasus, konsekuensi serius akibat luka bakar adalah terbentuknya kontraktur yang menyebabkan berkurangnya mobilitas dan kemampuan untuk melakukan kegiatan sehari-hari (Gambar 2.7). Keterbatasan fungsi fisik seperti ketidakmampuan untuk menggunakan pakaian tanpa bantuan, kesulitan berjalan, dan kesulitan melakukan aktivitas berat, memiliki dampak yang besar terhadap kualitas hidup pasien pasca luka bakar (Renneberg *et al.*,

2014). Selain permasalahan dari segi fisik atau motorik, pasien luka bakar juga akan mengalami gangguan pada sistem sensorisnya seperti nyeri, gatal, dan hilangnya sensasi (Tang *et al.*, 2015). Rasa nyeri akibat luka bakar dilaporkan masih terjadi pada 52% pasien pada 11 tahun pasca luka bakar (Oster, 2010).



Gambar 2.10 Kontraktur pada jari tangan (Renneberg *et al.*, 2014)

Rata-rata pasien luka bakar merasakan keterbatasan dalam melakukan kegiatan sehari-hari pada kurun waktu 6 bulan pasca luka bakar. Keluhan psikologis seperti ansietas, penarikan diri dari lingkungan sosial akibat ketidakpuasan terhadap *body image* biasanya akan muncul atau bertahan dalam kurun waktu 1 bulan sampai 12 bulan pasca luka bakar (Novelli *et al.*, 2009). Selain itu, luka bakar akan menginduksi keadaan hipermetabolisme dan inflamasi yang mengganggu kondisi fisiologis tubuh akan bertahan sampai 3 tahun pasca cedera. (Jeschke1 *et al.*, 2011). Beberapa penelitian menyatakan bahwa kualitas hidup seseorang pasca luka bakar dapat ditingkatkan melalui tindakan rehabilitasi dalam bentuk fisioterapi yang dilakukan secara rutin (Tang *et al.*, 2015). Kualitas hidup pasien pasca luka bakar berdasarkan kuesioner *SF-36* akan dinilai melalui 8 aspek yaitu fungsi fisik, peran fisik, nyeri, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, peran emosional, dan kesehatan mental (Edgar *et al.*, 2010). Luka bakar berdampak pada keseluruhan aspek kualitas hidup pasien, pasien pasca luka bakar akan mengalami penurunan skor pada seluruh aspek kualitas hidupnya (Orwelius *et al.*, 2013).

Menurut Moi *et al.* (2016), faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup luka bakar antara lain.

a. Tingkat keparahan luka bakar

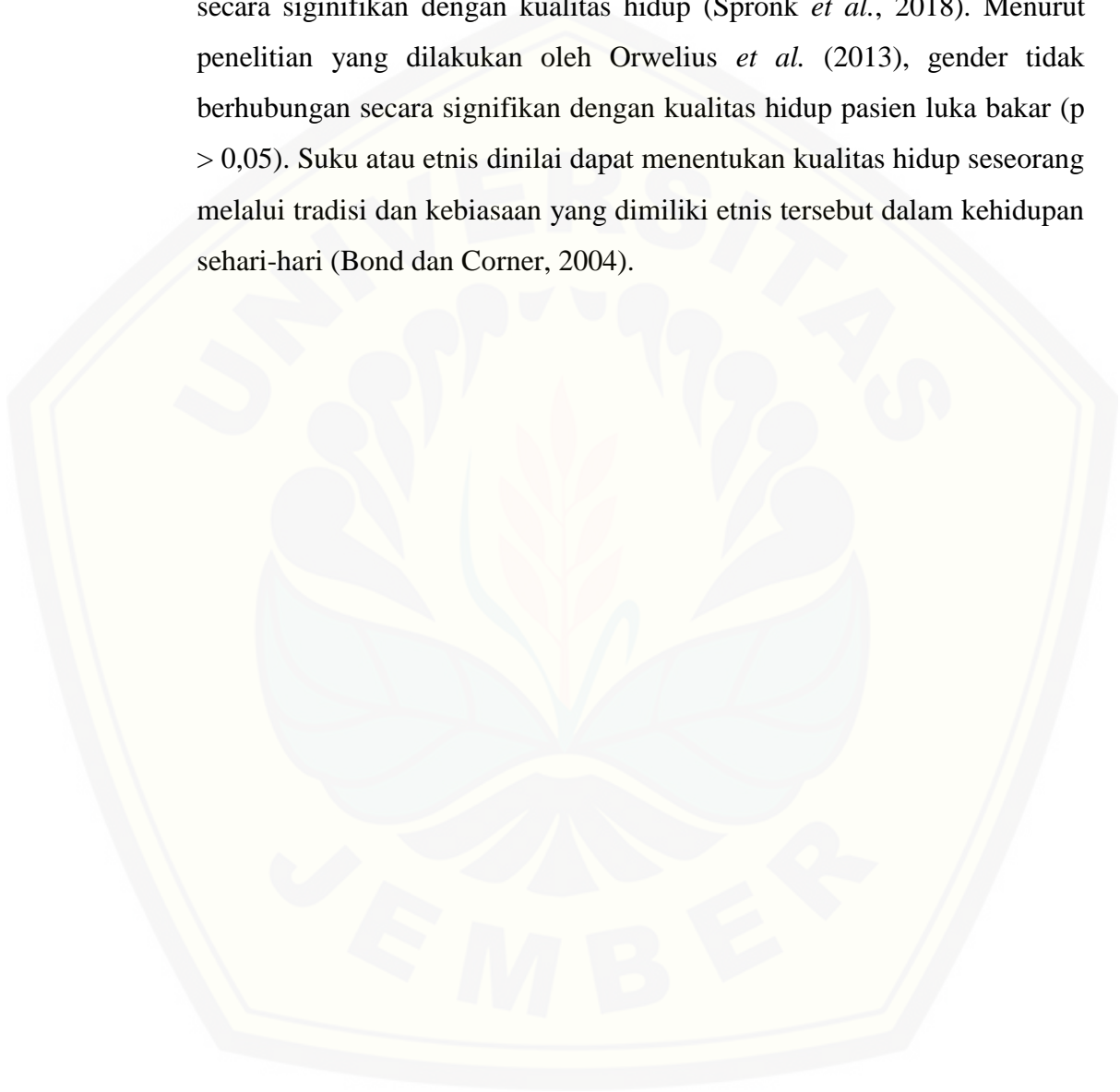
Tingkat keparahan luka bakar dapat dinilai melalui luas permukaan tubuh yang terkena luka bakar, derajat kedalaman luka bakar, derajat keparahan luka bakar, lama masa rawat inap, dan jumlah tindakan pembedahan yang telah diterima pasien (Dyster-Aas *et al.*, 2007). Oster dan Ekselius (2011) dalam jurnalnya mengemukakan bahwa lama rawat inap dan luas luka bakar merupakan parameter yang baik untuk menilai derajat keparahan luka bakar. 13 dari 18 penelitian menyatakan bahwa tingkat keparahan luka bakar berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup pasca luka bakar (Spronk *et al.*, 2018). Penelitian lain menunjukkan bahwa luas luka bakar berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup pasien luka bakar ( $p = 0,002$ ) dan derajat kedalaman luka bakar berhubungan dengan komponen mental ( $p = 0,019$ ) serta fisik ( $p < 0,001$ ) dari kualitas hidup, sedangkan lama rawat inap berhubungan signifikan dengan komponen fisik dari kualitas hidup ( $p = 0,001$ ) (Wasiak *et al.*, 2014). Selain itu semakin berat derajat keparahan dari luka bakar akan semakin lama waktu penyembuhan luka yang dibutuhkan dan semakin meningkatkan kemungkinan timbulnya permasalahan pasca luka bakar seperti meningkatnya kemungkinan timbulnya kontraktur dan parut hipertrofik (Jain *et al.*, 2018)

b. Kondisi psikologis dan penyakit kronis penyerta

Gejala depresi pada pasien luka bakar merupakan kondisi psikologis yang paling sering diteliti. Empat dari enam penelitian menyatakan bahwa terdapat hubungan antara gejala depresi dan penurunan kualitas hidup pasien luka bakar (Spronk *et al.*, 2018). Beberapa penyakit kronis seperti diabetes mellitus, TBC, penyakit ginjal kronis, keganasan, hepatitis B dan C, HIV, stroke dan *inflammatory bowel disease* juga berpengaruh terhadap penurunan kualitas hidup seseorang (Megari, 2013).

c. Sosio-demografi

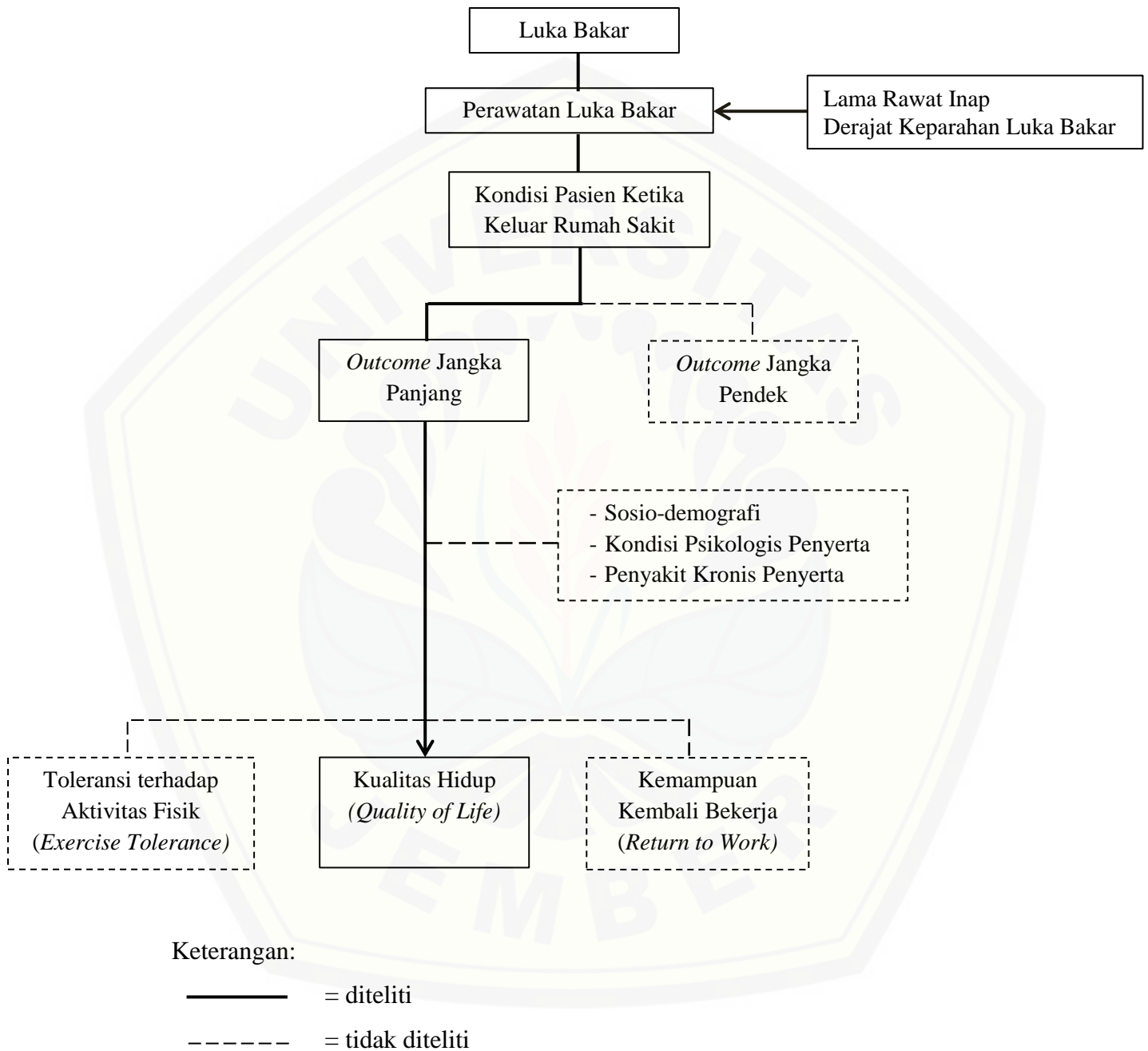
Usia merupakan faktor yang paling sering diteliti, penurunan kualitas hidup dilaporkan terjadi pada lansia > 60 tahun (Khaje-Bishak *et al.*, 2014). Status perkawinan dan tingkat pendidikan tidak berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup (Spronk *et al.*, 2018). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Orwelius *et al.* (2013), gender tidak berhubungan secara signifikan dengan kualitas hidup pasien luka bakar ( $p > 0,05$ ). Suku atau etnis dinilai dapat menentukan kualitas hidup seseorang melalui tradisi dan kebiasaan yang dimiliki etnis tersebut dalam kehidupan sehari-hari (Bond dan Corner, 2004).





### 2.5 Kerangka Konsep

Kerangka konsep dalam penelitian ini dijelaskan dalam Gambar 2.11.



Gambar 2.11 Kerangka konsep

## 2.6 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah terdapat hubungan antara kondisi pasien ketika keluar rumah sakit dengan kualitas hidup pasien luka bakar pasca perawatan di RSD dr. Soebandi Jember.



## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian analitik observasional dengan desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Pengukuran variabel penelitian hanya dilakukan satu kali pada satu waktu (Sugiyono, 2017).

### 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSD dr. Soebandi Jember untuk mengambil data sekunder melalui rekam medis pasien sedangkan pengambilan data primer berupa kualitas hidup pasien akan dilakukan di rumah masing-masing pasien yang dilaksanakan pada Bulan Desember 2018.

### 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan riwayat luka bakar yang pernah dirawat di RSD dr. Soebandi Jember mulai periode September 2016 – September 2018.

#### 3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini diambil dari populasi dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut.

a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien berusia 18 – 60 tahun.
- 2) Pasien dengan riwayat luka bakar maksimal 2 tahun yang lalu.
- 3) Pasien dengan data rekam medis yang lengkap.
- 4) Pasien dengan alamat yang lengkap dan berdomisili di Kabupaten Jember.
- 5) Pasien sudah tidak dirawat inap atau sudah keluar dari rumah sakit.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien tidak bersedia menandatangani *informed consent*.

- 2) Pasien dengan alamat yang tidak dapat dijangkau oleh peneliti.
- 3) Pasien dengan riwayat pulang paksa.
- 4) Pasien memiliki riwayat gangguan psikiatri pada rekam medis seperti depresi, skizofrenia dan gangguan suasana/perasaan.
- 5) Pasien memiliki riwayat penyakit kronis lain pada rekam medis seperti diabetes mellitus, TBC, penyakit ginjal kronis, keganasan, hepatitis B dan C, HIV, stroke dan *inflammatory bowel disease*.

### 3.3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang dilakukan dalam penelitian ini adalah *total sampling*. *Total sampling* adalah teknik pengambilan sampel yang menggunakan seluruh anggota populasi sebagai sampel. Teknik ini sering kali digunakan bila jumlah populasi relatif kecil (Sugiyono, 2017).

### 3.3.4 Jumlah Sampel

Besarnya sampel dalam penelitian ini adalah semua anggota populasi yang memenuhi kriteria eksklusi dan kriteria inklusi dalam penelitian.

## 3.4 Variabel Penelitian

### 3.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas penelitian ini adalah kondisi pasien ketika keluar rumah sakit yang pernah di rawat di RSUD dr. Soebandi Jember mulai mulai periode September 2016 – September 2018.

### 3.4.2 Variabel Terikat

Variabel bebas penelitian ini adalah kualitas hidup pasien luka bakar pasca perawatan di RSD dr. Soebandi Jember.

## 3.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah penarikan batasan yang lebih menjelaskan ciri-ciri spesifik dari suatu konsep. Definisi operasional dapat dilihat pada Tabel 3.1

Tabel 3.1 Definisi operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Kategori Penilaian atau Pengukuran	Skala Data
Perawatan Pasien Luka Bakar	Perawatan yang diterima pasien sesuai dengan keparahan luka bakar yang dialami, berupa lama rawat inap pasien	Rekam Medis	Perawatan luka bakar diukur melalui yaitu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lama rawat inap, dihitung melalui selisih tanggal masuk dan keluar rumah sakit</li> <li>- Derajat keparahan luka bakar berdasarkan <i>American Burn Association</i> dengan kategori: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luka bakar ringan Derajat II &lt;10% (dewasa) Derajat II &lt;5% (anak) Derajat III &lt;2%</li> <li>- Luka bakar sedang Derajat II 10% - 20% (dewasa) Derajat II 5% - 10% (anak) Derajat III 2% - 5%</li> <li>- Luka bakar berat Derajat II &gt;20% (dewasa) Derajat II &gt;10% (anak) Derajat III &gt;5%</li> </ul> </li> <li>Luka bakar listrik</li> <li>Luka bakar disertai trauma inhalasi dan trauma lain</li> <li>Luka bakar yang mengenai wajah, mata, tangan, kaki, dan genitalia</li> </ul>	Rasio  Ordinal
Kondisi pasien ketika keluar rumah sakit	Sisa luas luka bakar pasien ketika keluar rumah sakit	Rekam Medis	Dinilai berdasarkan sisa luas luka bakar pasien ketika keluar rumah sakit yang tertera pada rekam medis	Rasio
Kualitas Hidup	Persepsi individu terhadap kesehatan fisik dan mental yang dirasakan dari waktu ke waktu	Kuesioner <i>SF-36</i>	Terdiri dari 8 aspek yaitu fungsi fisik, peran fisik, nyeri tubuh, kesehatan umum, peran emosional, fungsi sosial, vitalitas, dan kesehatan mental. Setiap aspek memiliki total skor 0-100, dengan interpretasi skor tiap aspek: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ≤50 = kualitas hidup buruk</li> <li>- &gt;50 = kualitas hidup baik (Jannah, 2015)</li> </ul>	Rasio

### 3.6 Instrumen Penelitian

#### 3.6.1 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel

Instrumen ini berisi informasi yang harus diketahui oleh calon sampel, yang meliputi identitas peneliti, tujuan penelitian, prosedur penelitian, kesediaan calon sampel untuk berpartisipasi ataupun menolak menjadi responden, kerahasiaan dokumen dan informasi tambahan lainnya. Lembar penjelasan kepada calon sampel dapat dilihat pada Lampiran 3.1.

#### 3.6.2 Lembar Persetujuan

Instrumen ini berisi pernyataan kesediaan calon sampel untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Lembar persetujuan dapat dilihat pada Lampiran 3.2.

#### 3.6.3 Lembar Identitas Sampel

Instrumen ini berisi data identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, suku, pekerjaan, etiologi luka bakar, lama rawat inap, luas luka bakar, derajat kedalaman luka bakar, derajat keparahan luka bakar, jenis *surgical procedure* dan komplikasi. Lembar identitas sampel dapat dilihat pada Lampiran 3.3.

#### 3.6.4 Kuesioner *Short Form Health Survey 36 (SF-36)*

Kuesioner *SF-36* merupakan kuesioner yang digunakan untuk menilai kualitas hidup seseorang. Kuesioner *SF-36* berisi 36 pertanyaan yang terbagi ke dalam 8 aspek yakni:

- a. Fungsi fisik atau *physical functioning (PF)*
- b. Peran fisik atau *role physical (RP)*
- c. Nyeri tubuh atau *bodily pain (BP)*
- d. Vitalitas atau *vitality (V)*
- e. Fungsi sosial atau *social functioning (SF)*
- f. Peran emosional atau *role emotional (RE)*
- g. Kesehatan mental atau *mental health (MH)*
- h. Kesehatan secara umum atau *general health (GH)*

Setiap aspek memiliki rentang skor 0 – 100 dengan interpretasi skor akhir masing-masing aspek yaitu buruk bila skor 0 – 50 dan baik bila skor 51 – 100 (Jannah, 2015). Kuesioner ini telah diterjemahkan dan divalidasi dalam Bahasa Indonesia. Kuesioner *SF-36* dapat dilihat pada Lampiran 3.4 dan lembar cara perhitungan skor dapat dilihat pada Lampiran 3.5.

### **3.7 Prosedur Pengumpulan Data**

#### **3.7.1 Sumber Data**

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Data primer dalam penelitian ini adalah kualitas hidup pasien yang didapatkan melalui pengisian kuesioner sedangkan data sekunder didapatkan melalui rekam medis di RSD dr. Soebandi Jember.

#### **3.7.2 Teknik Pengumpulan Data**

Pengambilan data sekunder dilakukan di ruang rekam medis RSD dr. Soebandi Jember. Data dikumpulkan dalam bentuk *case report form* yang dapat dilihat pada Lampiran 3.6. Pengambilan data primer dilakukan di rumah pasien, pasien akan diminta untuk mengisi lembar kuesioner *SF-36* yang telah disediakan. Pengisian kuesioner akan dilakukan sendiri oleh pasien dengan pendampingan oleh peneliti.

### **3.8 Prosedur Penelitian**

#### **3.8.1 Uji Kelayakan Etik**

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

#### **3.8.2 Perijinan Penelitian**

Setelah disetujui oleh komisi etik kedokteran, peneliti melakukan perijinan penelitian pada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (BAKESBANGPOL) dan RSD dr. Soebandi Jember untuk melakukan pengambilan data rekam medis.

### 3.8.3 Pengambilan Data Penelitian

#### a. *Informed Consent*

Sebelum dilakukan *home visit* untuk pengambilan data primer, Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) akan menghubungi pasien terkait dengan penelitian yang akan dilakukan. Peneliti akan melakukan *home visit* hanya bila pasien selaku calon sampel bersedia. Sebelum pasien mengisi lembar kuesioner, peneliti akan memberikan lembar penjelasan kepada calon sampel. Lembar ini berisi informasi yang perlu diketahui oleh pasien mengenai penelitian yang akan dilakukan. Jika pasien merasa ada hal yang belum dipahami, pasien diberikan kesempatan untuk menanyakannya kepada peneliti dan peneliti akan memberikan penjelasan mengenai penelitian yang akan dilakukan kepada pasien. Pasien juga diberikan waktu untuk memilih berpartisipasi ataupun menolak berpartisipasi dalam penelitian. Jika pasien memilih untuk berpartisipasi dalam penelitian maka pasien dipersilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan sebagai bukti bahwa pasien bersedia untuk mengikuti penelitian. Lembar persetujuan juga memuat pernyataan bahwa tidak terdapat unsur paksaan yang dialami oleh pasien selama penelitian. Apabila pasien bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian, pasien akan mendapat kompensasi yang pantas.

#### b. Pengambilan Data Primer

Pengambilan data primer dilakukan di rumah masing-masing pasien. Data primer didapat melalui pengisian kuesioner *SF-36* yang dilakukan atas persetujuan pasien dan dilakukan sendiri oleh pasien dengan pendampingan oleh peneliti. Bila pasien tidak dapat membaca dan menulis maka dengan didampingi oleh saksi, peneliti akan membacakan setiap pertanyaan dan menuliskan jawaban yang diberikan oleh pasien. Seluruh kegiatan dalam proses pengambilan data primer dilakukan oleh peneliti yang telah mendapat bimbingan dari dokter.

#### c. Pengambilan Data Sekunder

Data diambil melalui rekam medis pasien yang akan direkap dalam bentuk *case report form*. Data yang akan diambil berupa identitas pasien, etiologi



luka bakar, tanggal masuk rumah sakit, tanggal keluar rumah sakit, luas luka bakar, derajat kedalaman luka bakar, jenis *surgical procedure*, komplikasi, dan riwayat penyakit lain.

#### 3.8.4 Pengolahan Data Primer Penelitian

Data kualitas hidup pasien berdasarkan kuesioner *SF-36* yang telah terkumpul diolah dengan langkah sebagai berikut:

a. *Cleaning*

Langkah ini dilakukan untuk memeriksa kembali kuesioner yang telah diisi oleh responden. Apabila terdapat jawaban ganda atau belum diisi maka kuesioner tersebut dianggap gugur.

b. *Coding*

Langkah ini dilakukan melalui pemberian kode pada identitas responden untuk menjaga kerahasiaan identitas responden.

c. *Scoring*

Langkah ini dilakukan dengan cara memberikan skor untuk setiap jawaban responden.

d. *Entering*

Proses memasukkan data penelitian ke dalam program komputer.

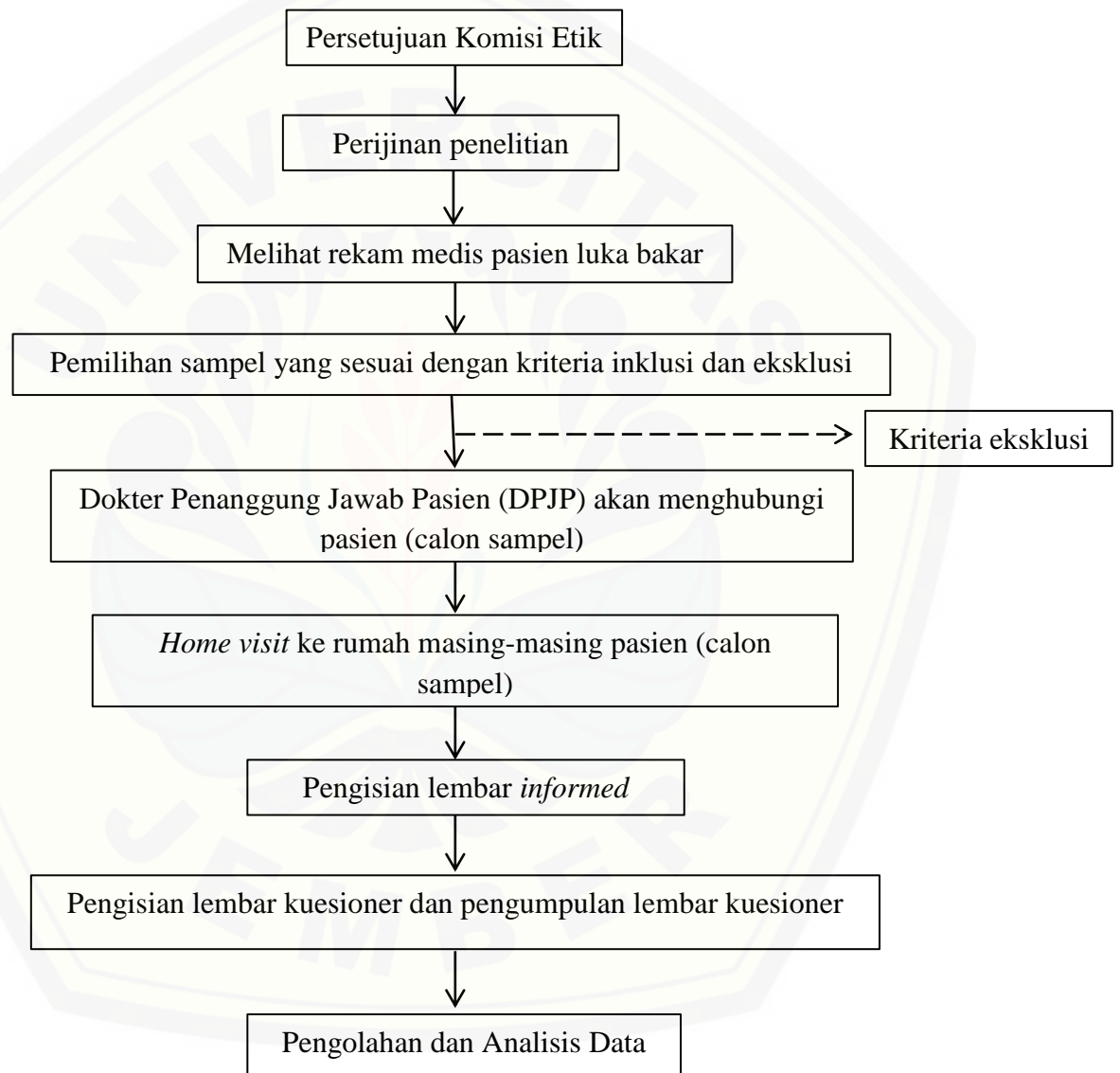
### 3.9 Analisis Data

Setelah semua data penelitian terkumpul, dilakukan pengolahan data. Langkah pertama dilakukan analisis univariat untuk menjelaskan karakteristik sampel, hasil akan ditampilkan dalam bentuk tabel dan grafik. Langkah kedua dilakukan analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antara kondisi pasien luka bakar ketika keluar rumah sakit dengan kualitas hidup pasien pasca perawatan menggunakan uji korelasi *pearson* bila data terdistribusi normal dan menggunakan uji korelasi *spearman* rank bila data tidak terdistribusi normal. Sebelum dilakukan uji korelasi, dilakukan uji normalitas data menggunakan uji *Saphiro-Wilk*. Analisis bivariat menggunakan uji korelasi *pearson* dan *spearman* juga akan dilakukan untuk mengetahui korelasi kualitas hidup pasien pasca

perawatan dengan faktor lain yaitu lama rawat inap dan derajat keparahan luka bakar

### 3.10 Alur Penelitian

Alur penelitian dapat dijelaskan melalui bagan berikut (Gambar 3.1).



#### Keterangan

- > = alur penelitian
- - -> = dikeluarkan dari penelitian

Gambar 3.1 Alur penelitian

## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara kondisi pasien luka bakar ketika keluar rumah sakit dengan kualitas hidup pasien pasca perawatan di RSD dr. Soebandi Jember pada aspek fungsi fisik, nyeri, dan kesehatan mental.

### 5.2 Saran

Adapun saran penulis adalah sebagai berikut.

1. Penelitian lebih lanjut dapat dilakukan untuk mengetahui hubungan kualitas hidup pasien pasca luka bakar dengan jenis kelamin, pekerjaan, etiologi luka bakar, maupun faktor lainnya.
2. Penelitian lebih lanjut dapat dilakukan dengan menggunakan kuesioner *Burn Specific Health Scale Brief (BSHS-B)* yang merupakan kuesioner spesifik untuk menilai kualitas hidup pasien pasca luka bakar

**DAFTAR PUSTAKA**

- Abrol, R. K., S. Mahajan, S. R. Mahajan, M. Chauhan, M. K. R. Singh, M. P. Sharma, dan S. Abrol. 2015. Epidemiology and outcome of burn injuries in tertiary care hospital of northern india. *Int J Res Med Sci.* 3(10): 2711-2713.
- American Burn Association. 1990. Hospital and prehospital resources for optimal care of patients with burn injury: guideline for development and operation of burn centers. *Journal of Burn Care and Research.* 11(2): 97-104.
- Ardabili, F. M., S. Abdi, T. N. Ghezaljah, A. F. Hosseini, dan A. Teymoori. 2016. Evaluation of the effects of patient-selected music therapy on the sleep quality and pain intensity of burn patients. *Medical-Surgical Nursing Journal.* 5(2): 27-34.
- Atchison, N. E., Osgood P. F, Carr D. B, dan Szyfelbeinab, S. K. 1991. Pain during burn dressing change in children: relationship to burn area, depth and analgesic regimens. *Elsevier.* 47(1): 41-45.
- Baker, R. A., S. Jones, C. Sanders, K. Martin-Duffy, H. Berchin, dan S. Valentine. 1996. Degree of burn, location of burn, and length of hospital stay as predictors of psychosocial status and physical functioning. *J Burn Care Rehabil.* 17(4): 327-333.
- Bond, J., dan L. Corner. 2004. Quality of life and older people. Berkshire: Open University Press
- Caron, J., Y. Lecomte, E. Stip, dan S. Renaud. 2005. Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community Mental Health Journal.* 41(4): 399-417.
- Castro, R. J. A., P. C. Leal, R. K. Sakata. 2013. Pain management in burn patients. *Rev Bras Anesthesiol.* 63(1): 149-158.
- Center for Disease Control and Prevention.* 2016. Health-Related Quality of Life (HRQOL). <https://www.cdc.gov/hrqol/>. [Diakses pada 19 September 2018]

- Covinsky, K.E., E. Pierluissi, C. B. Johnston. 2011. Hospitalization-associated disability: “she was probably able to ambulate, but I’m not sure”. *JAMA*. 306(16): 1782-1793.
- Dahal, P., S. Ghimire, N. K. Maharjan, dan S. M. Rai. 2015. Baux’s and abbreviated burn severity score for the prediction of mortality in patients with acute burn injury. *JCMS Nepal*. 11(4):24-27.
- Dutch Burn Centre Beverwijk. 2017. Protocol for the treatment of burns. <http://www.rkz.nl/>. [Diakses pada 19 November 2018].
- Dauber, A., P. F. Osgood, A. J. Breslau, H. L. Vermon, dan D. B Carr. 2002. Chronic persistent pain after severe burns: a survey of 358 burn survivors. *Pain Med*. 3: 6-17.
- Dyster-Aas, J., M. Kildal, M. Willebrand, B. Gerdin, dan L. Ekselius. 2004. Work status and burn spesific health after work-related burn injury. *Burn*. 30: 839-842
- Dyster-Aas, J., M. Kildal, dan M. Willebrand. 2007. Return to work and health-related quality of life after burn injury. *J Rehabil Med*. 39: 49 -55.
- Echevarría-Guanilo, M. E., N. Gonçalves, J. A. Farina, dan L. A. Rossi. 2016. Assessment of health-related quality of life in the first year after burn. *Esc Anna Nery*. 20(1): 155-166
- Edgar, D., A. Dawson, G. Hankey, M. Phillips, dan F. Wood. 2010. Demonstration of the validity of the SF-36 for measurement of the temporal recovery of quality of life outcomes in burns survivors. *Burns*. 36: 1013-1020.
- Elfiah, U. dan N. Riasa. 2017. Epidemiology and Burns Referral in Secondary Burn Unit of Soebandi Hospital, Jember Regency, East Java – Indonesia. *The 11<sup>th</sup> Asia Pasific Burn Congress*. 1-4 April 2017.

- Falder, S., A. Browne, D. Edgar, E. Staples, J. Fong, dan S. Rea. 2009. Core outcomes for adult burn survivors: a clinical overview. *Burns*. 35: 618-641.
- Farhud, D. D. 2015. Impact lifestyle on health. *Iranian Journal of Public Health*. 44(11): 1442-1444.
- Forjuoh, S.N., 2006. Burns in low- and middle-income countries: a review of available literature on descriptive epidemiology, risk factors, treatment, and prevention. *Burns*. 32: 529–537.
- Garcia-Espinoza, J. A., V. B. Aguilar-Aragon, E. H. Ortiz-Villalobos, R. A. Garcia-Manzano, dan B. A. Antonio. 2017. Burns: definition, classification, pathophysiology and initial approach. *Gen Med*. 5(5): 1-5.
- Goel, A. dan P. Shrivastava. 2010. Post-burn scars and scar contractures. *Indian J Plast Surg Supplement*. 43: 63-72.
- Holavanahalli, R. K., P. A. Helm, dan K. J. Kowalske. 2016. Long-term outcomes in patients surviving large burns: the musculoskeletal system. *J Burn Care Res*. 37(4): 243-254.
- Hoogervorst-Schilp, J., M. Langelaan, P. Spreeuwenberg, M. C. de Bruijne, dan C. Wagner. Excess length of stay and economic consequences of adverse events in dutch hospital patients. *BMC Health Services Research*. 15: 531
- Hettiaratchy, S. dan P. Dziewulski. 2004. Pathophysiology and types of burns. *BMJ*. 328: 1427-1429.
- Hettiaratchy, S., dan R. Papini. 2004. Initial management of a major burn: II – assessment and resuscitation. *BMJ*. 329: 101-103.
- Jain, A., S. Rathore, R. Jain, I. D. Gupta, dan G. L. Choudhary. 2018. Assessment of depression and the quality of life in burn patients seeking reconstruction surgery. *Indian J Burns*. 23: 37-42.

- James, A. F., L. J. Heinberg, J. W. Lawrence, A. M. Munster, D. A. Palombo, D. Richter, R. J. Spence, S. S. Stevens, L. Ware, dan T. Muehlberger. 2000. Effect of early body image dissatisfaction on subsequent psychological and physical adjustment after disfiguring injury. *Psychosomatic Medicine*. 62: 576–582
- Jannah, A. M. 2015. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien tuberkulosis paru di poli rawat jalan rumah sakit paru jember. *Skripsi*. Jember: Fakultas Keperawatan Universitas Jember.
- Jeschke1, M. G., G. G. Gauglitz1, G. A. Kulp1, C. C. Finnerty, F. N. Williams, R. Kraft, O. E. Suman, R. P. Mlcak, dan D.N. Herndon. 2011. Long-term persistence of the pathophysiologic response to severe burn injury. *PLoS One*. 6(7): e21245.
- Johnson, L. S., J. W. Shupp, A. R. Pavlovich, J. C. Pezzullo, J. C. Jeng, dan M. H Jordan. 2011. Hospital length of stay—does 1% TBSA really equal 1 day?. *J Burn Care Res*. 32(1):13-9
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). 2013. Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. <http://www.depkes.go.id/>. [Diakses pada 20 September 2018]
- Khaje-Bhisak, Y., L. Payahoo, B. Pourghasem, dan M. A. Jafarabadi. 2014. Assessing quality of life in elderly people and related factors in Tabriz Iran. *J Caring Sci*. 3(4): 257-263.
- Marshall, W. G. Jr., dan A. R. Dimick. 1983 The natural history of major burns with multiple subsystem failure. *J Trauma*. 23: 102-105.
- McAleavey, A. A., K. Wyka, M. Peskin, dan J. Difiede. 2018. Physical, functional, and psychosocial recovery from burn injury are related and their relationship changes over time: a burn model system study. *Burns*. 44(4): 793-799.
- Megari, K. 2013. Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research*. 1(3): 141-148.

- Meirte, J., U. Van-Daele, K. Maertens, P. Moortgat, R. Deleus, dan N. E. Van-Loey. 2017. Convergent and discriminant validity of quality of life measures used in burn population. *Burns*. 43(1): 84-92.
- Moenadjat, Yefta. 2003. Luka Bakar: Pengetahuan Klinis Praktis. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Moi, A. L., E. Haugsmyr, dan H. Heisterkamp. 2016. Long-term study of health and quality of life after burn injury. *Annals of Burns and Fire Disaster*. 29: 295-299.
- Needham, D. L. 2014. Longer stay in hospital ICU has lasting impact on quality of life. <http://www.hopkinsmedicine.org/>. [Diakses pada 1 Januari 2019]
- Novelli, B., D. Melandri, G. Bertolotti, dan G. Vidotto. 2009. Quality of life impact as outcome in burn patients. *G Ital Med Lav Erg*. 31(1): A58-A63.
- Odoch, R., C. Atuhairwe, D. A. L. Titus, E. Agaba, E. Nabankema. 2016. Predictors of length of hospital stay among burns patients in mulago national referral hospital, kampala- uganda. *Journal of Health, Medicine, and Nursing*. 29: 32-39.
- Orwelius, L., M. Willebrand, B. Gerdin, L. Ekselius, M. Fredrikson, dan F. Sjoberg. 2013. Long term health-related quality of life after burns is strongly dependent on pre-existing disease and psychosocial issues and less due to the burn itself. *Burns*. 39: 229-235.
- Oster, C. 2010. Return to work and health-related quality of life after severe burn. *Disertasi*. Uppsala: Faculty of Medicine Uppsala University
- Oster, C., dan L. Ekselius. 2011. Return to work after burn – a prospective study. *Burn*. 37: 1117-1124.
- Palmieri, T. L., R. Przkora, W. J. Meyer, dan G. J. Carrougher. 2014. Measuring burn injury outcomes. *Surg Clin N Am*. 97: 909-916.



- Peden, M., K. McGee, dan G. Sharma. 2002. *The Injury Chart Book: A Graphical Overview of The Global Burden of Injuries*. Geneva: World Health Organization.
- Pereira, C., K. Murphy, dan D. Herndon. 2004. Outcome measures in burn care: is mortality dead. *Burn*. 30: 761-771.
- Rahayuningsih, T. 2012. Penatalaksanaan luka bakar (combustio). *Jurnal Profesi*. 8: 1-13.
- Renneberg, B., S. Ripper, J. Schulze, A. Seehausen, M. Weiler, G. Wind, B. Hartmann, G. Germann, dan A. Liedl. 2014. Quality of life and predictors of long-term outcome after severe burn injury. *J Behav Med*. 37(5): 967-976.
- Ruggeri, M., R. Warner, G. Bisoffi, L. Fontecedro. 2001. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach. *British Journal Of Psychiatry*. 178: 268-275.
- Shahid, F., M. Ismaili, dan S. Khan. 2018. Assessment of quality of life in post burn survivors: A cross-sectional single-center first validation study from Pakistan. *Burns*. 2: 35-42.
- Shek, D. T. L., dan B. M. Lee. 2007. A comprehensive review of quality of life (qol) research in Hong Kong. *The Scientific World Journal*. 7: 1222-1229.
- Sjamsuhidajat, R., dan W. De Jong. 2010. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta: EGC.
- Spanholtz, T. A., P. Theodorou, P. Amini, dan G. Spilker. 2009. Severe burn injuries acute and long term treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 106(38): 607-613.
- Spronk, I., C. M. Legemate, J. Dokter, N. E. E. Van-Loey, M. E. Van-Baar, dan S. Polinder. 2018. Predictors of health-related quality of life after burn injuries: a systematic review. *Critical Care*. 22(160): 1-13.

Sugiyono. 2017. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: CV. Alfabeta.

Summer, G. J., K. A Puntillo, C. Miaskowski, P. G. Green, dan J. D. Levine. 2007. Burn injury pain: the continuing challenge. *The Journal of Pain*. 8(7): 522-548.

Tahir, S. M., M. M. Memon, S. A. Ali, dan S. Rasheed. 2011. Health related quality of life after burns: are we really treating burns. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 23(2): 152-156.

Tarigan, S. M. M. U. 2014. Hubungan indeks komorbiditas dengan kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien osteoarthritis lutut simptomatik. *Tesis*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Tang, D., C. W. P. Li-Tsang., R. K. C. Au., K. Li., X. Yi., L. Liao., H. Cao., Y. Feng, dan C. Liu. 2015. Functional outcomes of burn patients with or without rehabilitation in mainland china. *Hongkong Journal of Occupational Therapy*. 26: 15-23.

Theofilou, P. 2013. Quality of life: definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*. 9(1): 150-162.

Van Loey, N. E. E dan M. J. M. Van Son. 2003. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars epidemiology. *Am J Clin Dermatol*. 4(4): 245-272.

Vande, V. H. 2017. Electrical burn injuries. <http://emedicine.medscape.com/>. [Diakses pada 19 November 2018]

Ware, J. E. Jr., dan C. D. Sherbourne. 1992. The mos 36-item short-form health survey (sf-36): i. conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 30(6): 473-483.

Wasiak, J., S. J. Lee, E. Paul, P. Mahar, B. Pfitzer, A. Spinks, H. Cleland, dan B. Gabbe. 2014. Predictors of health status and health-related quality of life 12 months after severe burn. *Burns*. 40: 568-574.

- Weaver, A. M., H. N. Himel, dan R. F. Edlich. 1993. Immersion scald burns: strategies for prevention. *J Emerg Med.* 11(4): 397-402.
- Winanda, R. A., I. Kusumadewi, A. Wardhana, T. Wiguna, N. W. Raharjanti. 2017. The association between psychopathology and quality of life in burn patients at dr. Cipto Mangunkusumo hospital Jakarta. *Jurnal Plastik Rekonstruksi.* 2: 105-112.
- World Health Organization. 1996. WHOQOL: Measuring quality of life. <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>. [Diakses pada 18 September 2018]
- World Health Organization. 2015. Facts about burn, bulletin of the world health organization. <http://www.who.int/>. [Diakses pada 20 September 2018]
- World Health Organization. 2018. Burns. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns/>. [Diakses pada 12 Juli 2018]
- Zorita, L. A., L. Blanes, D. F. Veiga, F. S. Agosto, dan L. M. Ferreira. 2016. Health-related quality of life and self-esteem among burn patients. *Wounds.* 28(1): 27-34.

## LAMPIRAN

### Lampiran 3.1 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel

#### LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON SAMPEL

Saya Agnellia Maulidya Utami, mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember sedang melakukan penelitian dengan judul “Penilaian Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar Pasca Perawatan di RSD dr. Soebandi Jember Berdasarkan *SF-36*”. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara kondisi pasien ketika keluar rumah sakit dengan kualitas hidup pasien luka bakar pasca perawatan di RSD dr. Soebandi Jember. Penelitian ini dalam pelaksanaannya memerlukan data sekunder berupa data rekam medis pasien. Pengambilan data rekam medis dilakukan di ruang rekam medis RSD dr. Soebandi Jember. Kemudian data primer diambil melalui pengisian kuesioner secara langsung oleh pasien. Pengambilan data rekam medis Anda sebelumnya telah disetujui oleh dokter penanggung jawab pasien.

Anda memenuhi kriteria inklusi yang dibutuhkan dalam penelitian ini sehingga peneliti meminta Anda untuk menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan. Apabila Anda bersedia untuk berpartisipasi, Anda akan diminta untuk mengisi dan menandatangani lembar persetujuan serta mengisi beberapa pertanyaan yang ada dalam kuesioner yang telah disiapkan. Manfaat dari penelitian ini adalah Anda dapat mengetahui kondisi kualitas hidup Anda pasca luka bakar. Anda dapat menolak untuk terlibat dalam penelitian ini. Apabila Anda memutuskan untuk terlibat, Anda juga memiliki hak untuk mengundurkan diri sewaktu-waktu. Apabila Anda tidak mengikuti instruksi yang telah diberikan oleh peneliti maka Anda akan dikeluarkan dari penelitian ini. Semua data penelitian hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan akan dijamin kerahasiaannya sehingga tidak memungkinkan orang lain untuk mengetahui identitas Anda. Setelah penelitian ini selesai, data milik responden akan dimusnahkan. Prosedur dalam penelitian ini tidak memiliki risiko yang membahayakan bagi Anda.

Anda diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas terkait dengan penelitian ini. Jika sewaktu-waktu Anda membutuhkan penjelasan, Anda dapat menghubungi Agnellia Maulidya Utami pada nomor 082332584628



**Lampiran 3.2 Lembar Persetujuan****LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Menyatakan bersedia untuk menjadi responden penelitian dari:

**Nama : Agnellia Maulidya Utami**

**Fakultas : Kedokteran Universitas Jember**

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

**2. dr. Desie Dwi Wisudanti, M. Biomed**

Dengan judul "Penilaian Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar Pasca Perawatan di RSD dr. Soebandi Jember Berdasarkan *SF-36*". Semua penjelasan telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan telah dijawab oleh peneliti. Saya dapat mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa adanya sanksi. Saya mengerti bahwa semua data atau catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan.

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

No. Responden : .....

Tanggal/Bulan/Tahun:.....

Tanda Tangan

(.....)

**Lampiran 3.3 Lembar Identitas Sampel****PENILAIAN KUALITAS HIDUP PASIEN LUKA BAKAR PASCA  
PERAWATAN DI RSD DR. SOEBANDI JEMBER  
BERDASARKAN SF-36**

No. Responden: ..... Tanggal pengisian data: .....

**IDENTITAS PASIEN**

1. Nama :
2. Usia :
3. Jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan
4. Suku :
5. Pekerjaan : Bekerja / Tidak Bekerja
6. Penyebab luka bakar :
7. Lama rawat inap :
8. Luas area luka bakar :
9. Derajat kedalaman luka bakar :
10. Derajat keparahan luka bakar : ringan / sedang / berat
11. Jenis surgical terapi :

Diisi oleh:.....

### Lampiran 3.4 Kuesioner Kualitas Hidup

#### Kuesioner SF-36

Diisi oleh: .....

Tanggal pengisian:.....

Semua pertanyaan di bawah ini harus dijawab dengan memberi tanda centang (√) pada satu jawaban yang Anda anggap benar dan sesuai dengan kondisi yang Anda rasakan saat ini. Setiap pertanyaan yang kurang dimengerti dapat ditanyakan pada peneliti.

1. Secara umum, bagaimana pendapat Anda mengenai kondisi kesehatan Anda saat ini ?

- 1 - Sempurna
- 2 - Sangat baik
- 3 - Baik
- 4 - Cukup
- 5 - Buruk

2. Dibandingkan dengan satu tahun lalu, bagaimana kondisi kesehatan Anda saat ini ?

- 1 – Saat ini jauh lebih baik daripada satu tahun lalu
- 2 – Saat ini agak lebih baik daripada satu tahun lalu
- 3 – Sama saja dengan satu tahun lalu
- 4 – Saat ini agak lebih buruk daripada satu tahun lalu
- 5 – Saat ini jauh lebih buruk daripada satu tahun lalu



## Panduan untuk nomor 3-12

Pertanyaan berikut berhubungan dengan kegiatan-kegiatan yang mungkin Anda lakukan sehari-hari. Apakah kondisi kesehatan Anda saat ini membatasi Anda untuk melakukan kegiatan-kegiatan tersebut? Jika ya, sejauh apa?

No	Pertanyaan	Ya, sangat membatasi (1)	Ya, sedikit membatasi (2)	Tidak Membatasi (3)
3.	Aktifitas yang menguras energi, seperti berlari, mengangkat beban berat, melakukan olah raga berat.			
4.	Aktifitas ringan seperti mendorong meja, menyapu, jogging/jalan santai			
5.	Membawa barang keperluan sehari-hari, seperti tas, barang belanjaan			
6.	Menaiki beberapa anak tangga sekaligus			
7.	Menaiki satu demi satu anak tangga			
8.	Berlutut, bersujud atau membungkuk			
9.	Berjalan lebih dari 1 km			
10.	Berjalan < 1 km			
11.	Berjalan 100 m			
12.	Mandi dan memakai baju sendiri.			

## Panduan untuk nomor 13-16

Selama 4 minggu terakhir apakah Anda memiliki masalah berikut ini yang disebabkan oleh kondisi kesehatan fisik Anda?

No	Pertanyaan	Ya (1)	Tidak (2)
13.	Waktu Anda dalam bekerja dan beraktivitas berkurang		
14.	Pekerjaan terpaksa dihentikan sebelum terselesaikan		
15.	Terbatas pada beberapa macam pekerjaan atau aktivitas saja		
16.	Mengalami kesulitan dalam melakukan pekerjaan atau aktifitas lain (misalnya membutuhkan waktu yang lebih lama untuk menyelesaikan aktivitas dari yang seharusnya)		

Petunjuk untuk nomor 17-19

Selama 4 minggu terakhir, apakah Anda mengalami masalah berikut yang disebabkan oleh keadaan emosi Anda (seperti merasa sedih/tertekan atau cemas)?

No	Pertanyaan	Ya (1)	Tidak (2)
17.	Mengurangi jumlah waktu Anda dalam melakukan pekerjaan atau aktifitas lain		
18.	Pekerjaan terpaksa dihentikan sebelum terselesaikan		
19.	Tidak dapat melakukan pekerjaan atau kegiatan lain secermat/seteliti biasanya		

20. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa besar kesehatan fisik Anda dan masalah emosional mengganggu aktifitas sosial Anda dengan keluarga, teman, tetangga?

- 1 - Tidak mengganggu sama sekali
- 2 - Sedikit mengganggu
- 3 - Cukup mengganggu
- 4 - Mengganggu
- 5 - Sangat mengganggu

21. Seberapa berat nyeri yang Anda rasakan selama 4 minggu terakhir?

- 1 - Tidak ada nyeri
- 2 - Nyeri sangat ringan
- 3 - Nyeri ringan
- 4 - Nyeri sedang
- 5 - Nyeri berat
- 6 - Nyeri sangat berat

22. Dalam 4 minggu terakhir, seberapa besar rasa sakit/nyeri mengganggu pekerjaan Anda sehari-hari (termasuk pekerjaan diluar rumah dan pekerjaan didalam rumah) ?

- 1 - Tidak mengganggu sedikitpun
- 2 - Sedikit mengganggu
- 3 - Cukup mengganggu
- 4 - Mengganggu
- 5 - Sangat mengganggu

Petunjuk untuk nomor 23-31

Pertanyaan-pertanyaan di bawah ini mengenai bagaimana perasaan Anda dalam 4 minggu terakhir.

No	Pertanyaan	Setiap Saat (1)	Hampir Setiap Saat (2)	Sering (3)	Kadang-Kadang (4)	Jarang (5)	Tidak Pernah (6)
23.	Apakah Anda merasa sangat bersemangat dalam beraktivitas?						
24.	Apakah Anda merasa gelisah atau gugup?						
25.	Apakah Anda merasa sangat tertekan dan tak ada yang membuat Anda bahagia?						
26.	Apakah Anda merasa tenang dan damai?						
27.	Apakah Anda merasa memiliki banyak tenaga/energi?						
28.	Apakah Anda merasa putus asa dan sedih ?						
29.	Apakah Anda merasa bosan?						
30.	Apakah Anda merasa bahagia?						
31.	Apakah Anda merasa cepat lelah?						

32. Dalam 4 minggu terakhir seberapa sering kesehatan fisik Anda dan masalah emosi mempengaruhi kegiatan sosial Anda (seperti mengunjungi teman, saudara dan lain-lain) ?

- 1 - Selalu  
 2 - Sering  
 3 - Kadang-kadang  
 4 - Sangat jarang  
 5 - Tidak pernah

Panduan untuk nomor 33-36

Menurut Anda, sejauh mana kebenaran pernyataan berikut menggambarkan keadaan kesehatan Anda.

No	Pertanyaan	Benar Sekali (1)	Benar (2)	Tidak Tahu (3)	Salah (4)	Salah Sekali (5)
33.	Saya merasa lebih mudah sakit dibandingkan orang lain					
34.	Saya sama sehatnya seperti orang lain yang saya kenal					
35.	Saya merasa kesehatan saya makin memburuk					
36.	Kesehatan saya sangat baik					

### Lampiran 3.5 Lembar Cara Penghitungan Skor

Langkah pertama konversi jawaban dari setiap pertanyaan menggunakan tabel di bawah ini

Nomor dari tiap pertanyaan	Nilai jawaban asli	Nilai yang telah ditentukan
1,2,20,22,34,36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	1	0
	2	50
	3	100
13,14,15,16,17,18,19	1	0
	2	100
21,23,26,27,30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
24,25,28,29,31	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
32,33,35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

Langkah kedua, jumlahkan skor setiap pertanyaan yang ada dalam masing-masing aspek kualitas hidup kemudian bagi dengan jumlah pertanyaan dalam aspek tersebut untuk mendapatkan skor masing-masing aspek kualitas hidup.

Aspek	Jumlah Pertanyaan	Nomor Pertanyaan	Skor Setiap Aspek Kualitas Hidup
<i>Physical Functioning (PF)</i>	10	3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	
<i>Role Physical (RP)</i>	4	13 14 15 16	
<i>Role Emotional (RE)</i>	3	17 18 19	
<i>Vitality (V)</i>	4	23 27 29 31	
<i>Mental Health (MH)</i>	5	24 25 26 28 30	
<i>Social Functioning (SF)</i>	2	20 32	
<i>Bodily Pain (BP)</i>	2	21 22	
<i>General Health (GH)</i>	6	1 2 33 34 35 36	

## Lampiran 3.6 Lembar Case Report Form

## CASE REPORT FORM

Inisial responden    Nomor responden    Tanggal   -   -

## Identitas responden

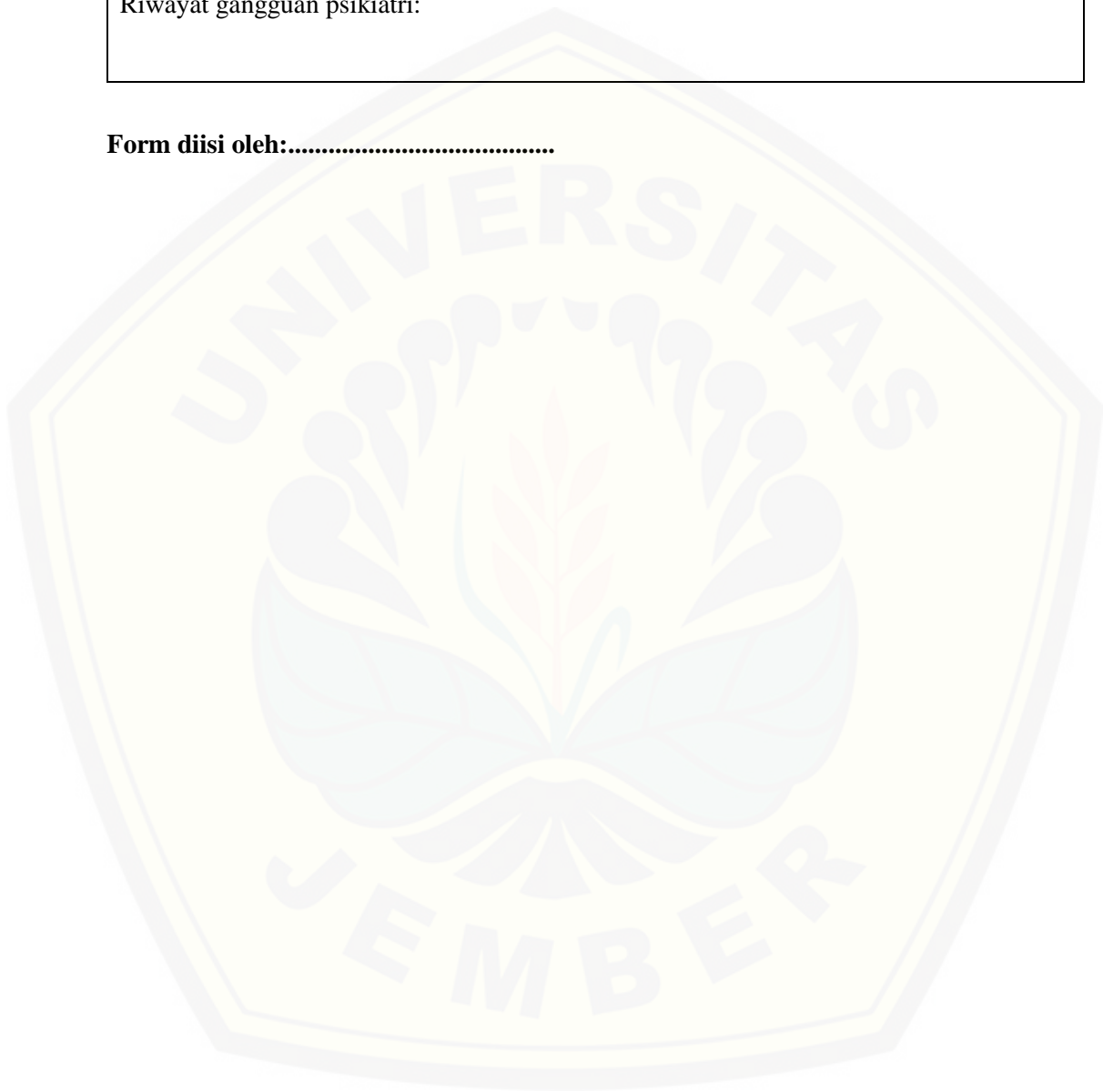
Nama lengkap:
Usia:
Jenis kelamin: <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan: <input type="checkbox"/> Bekerja <input type="checkbox"/> Tidak Bekerja
Alamat:
Nomor Telpn:

## Riwayat luka bakar

Etiologi luka bakar : <input type="checkbox"/> Termal <input type="checkbox"/> Scald <input type="checkbox"/> Elektrik <input type="checkbox"/> Kimia	
Ket.	
Regio: <input type="checkbox"/> Kepala <input type="checkbox"/> Wajah <input type="checkbox"/> Badan <input type="checkbox"/> Tangan <input type="checkbox"/> Kaki <input type="checkbox"/> Genitalia	
Luas luka bakar:	Derajat keparahan luka bakar
Derajat kedalaman:	<input type="checkbox"/> Ringan <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Berat
Tanggal masuk rumah sakit:	Lama rawat inap: <input type="text"/> hari
Tanggal keluar rumah sakit:	
Jenis Terapi Surgical	
Komplikasi <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> ARDS <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Hipoalbumin <input type="checkbox"/> Early kontraktur	
Vital sign hari pertama rawat inap	
HR <input type="text"/> x/menit	RR <input type="text"/> x/menit
TD <input type="text"/> mmHG	T <input type="text"/> °C
Vital sign hari terakhir rawat inap	
HR <input type="text"/> x/menit	RR <input type="text"/> x/menit
TD <input type="text"/> mmHG	T <input type="text"/> °C

**Riwayat penyakit dahulu**

Riwayat penyakit kronis:	
<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Penyakit ginjal kronis <input type="checkbox"/> Keganasan <input type="checkbox"/> Hepatitis B
<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> <i>Inflammatory bowel disease</i>
Riwayat gangguan psikiatri:	

**Form diisi oleh:.....**



Lampiran 4.1 Hasil Uji Normalitas *Saphiro-Wilk*

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Sisa Luas Luka Bakar	,177	13	,200 <sup>*</sup>	,938	13	,431
Kesehatan Umum	,104	13	,200 <sup>*</sup>	,984	13	,993
Fungsi Fisik	,172	13	,200 <sup>*</sup>	,948	13	,574
Peran Fisik	,218	13	,092	,852	13	,030
Nyeri	,185	13	,200 <sup>*</sup>	,932	13	,360
Vitalitas	,183	13	,200 <sup>*</sup>	,942	13	,478
Fungsi Sosial	,280	13	,006	,879	13	,068
Peran Emosional	,277	13	,007	,811	13	,009
Kesehatan Mental	,256	13	,020	,870	13	,052

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Lampiran 4.2 Hasil Uji Korelasi *Pearson* Kondisi Pasien Ketika Keluar Rumah Sakit dengan Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar Pasca Perawatan

Correlations			
		Sisa Luas Luka Bakar	Kesehatan Umum
Sisa Luas Luka Bakar	Pearson Correlation	1	-,141
	Sig. (2-tailed)		,646
	N	13	13
Kesehatan Umum	Pearson Correlation	-,141	1
	Sig. (2-tailed)	,646	
	N	13	13

## Correlations

		Sisa Luas Luka Bakar	Fungsi Fisik
Sisa Luas Luka Bakar	Pearson Correlation	1	-,569 <sup>*</sup>
	Sig. (2-tailed)		,043
	N	13	13
Fungsi Fisik	Pearson Correlation	-,569 <sup>*</sup>	1
	Sig. (2-tailed)	,043	
	N	13	13

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

## Correlations

		Sisa Luas Luka Bakar	Peran Fisik
Sisa Luas Luka Bakar	Pearson Correlation	1	,081
	Sig. (2-tailed)		,792
	N	13	13
Peran Fisik	Pearson Correlation	,081	1
	Sig. (2-tailed)	,792	
	N	13	13

## Correlations

		Sisa Luas Luka Bakar	Nyeri
Sisa Luas Luka Bakar	Pearson Correlation	1	-,561 <sup>*</sup>
	Sig. (2-tailed)		,046
	N	13	13
Nyeri	Pearson Correlation	-,561 <sup>*</sup>	1
	Sig. (2-tailed)	,046	
	N	13	13

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

## Correlations

		Sisa Luas Luka Bakar	Vitalitas
Sisa Luas Luka Bakar	Pearson Correlation	1	,141
	Sig. (2-tailed)		,647
	N	13	13
Vitalitas	Pearson Correlation	,141	1
	Sig. (2-tailed)	,647	
	N	13	13

## Correlations

		Sisa Luas Luka Bakar	Fungsi Sosial
Sisa Luas Luka Bakar	Pearson Correlation	1	,133
	Sig. (2-tailed)		,666
	N	13	13
Fungsi Sosial	Pearson Correlation	,133	1
	Sig. (2-tailed)	,666	
	N	13	13

## Correlations

		Sisa Luas Luka Bakar	Peran Emosional
Sisa Luas Luka Bakar	Pearson Correlation	1	-,039
	Sig. (2-tailed)		,900
	N	13	13
Peran Emosional	Pearson Correlation	-,039	1
	Sig. (2-tailed)	,900	
	N	13	13

**Correlations**

		Sisa Luas Luka Bakar	Kesehatan Mental
Sisa Luas Luka Bakar	Pearson Correlation	1	-,593 <sup>*</sup>
	Sig. (2-tailed)		,033
	N	13	13
Kesehatan Mental	Pearson Correlation	-,593 <sup>*</sup>	1
	Sig. (2-tailed)	,033	
	N	13	13

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

**Lampiran 4.3 Hasil Uji Korelasi *Spearman* antara Derajat Keparahan Luka Bakar dengan Kualitas Hidup Pasien Luka Bakar Pasca Perawatan**

**Correlations**

		Derajat Keparahan Luka Bakar	Kesehatan Umum
Derajat Keparahan Luka Bakar	Correlation Coefficient	1,000	,122
	Sig. (2-tailed)	.	,691
	N	13	13
Kesehatan Umum	Correlation Coefficient	,122	1,000
	Sig. (2-tailed)	,691	.
	N	13	13

**Correlations**

		Derajat Keparahan Luka Bakar	Fungsi Fisik
Derajat Keparahan Luka Bakar	Correlation Coefficient	1,000	-,601 <sup>*</sup>
	Sig. (2-tailed)	.	,030
	N	13	13
Fungsi Fisik	Correlation Coefficient	-,601 <sup>*</sup>	1,000
	Sig. (2-tailed)	,030	.
	N	13	13

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

**Correlations**

		Derajat Keparahan Luka Bakar	Peran Fisik	
Spearman's rho	Derajat Keparahan Luka Bakar	Correlation Coefficient	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,470	
		N	13	
	Peran Fisik	Correlation Coefficient	-,470	1,000
		Sig. (2-tailed)	,105	.
		N	13	13

**Correlations**

		Derajat Keparahan Luka Bakar	Nyeri	
Spearman's rho	Derajat Keparahan Luka Bakar	Correlation Coefficient	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,671*	
		N	13	
	Nyeri	Correlation Coefficient	-,671*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,012	.
		N	13	13

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

**Correlations**

		Derajat Keparahan Luka Bakar	Vitalitas	
Spearman's rho	Derajat Keparahan Luka Bakar	Correlation Coefficient	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,089	
		N	13	
	Vitalitas	Correlation Coefficient	,089	1,000
		Sig. (2-tailed)	,773	.
		N	13	13

## Correlations

		Derajat Keparahan Luka Bakar	Fungsi Sosial	
Spearman's rho	Derajat Keparahan Luka Bakar	Correlation Coefficient	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,316	
		N	13	
	Fungsi Sosial	Correlation Coefficient	-,316	1,000
		Sig. (2-tailed)	,294	.
		N	13	13

## Correlations

		Derajat Keparahan Luka Bakar	Peran Emosional	
Spearman's rho	Derajat Keparahan Luka Bakar	Correlation Coefficient	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,382	
		N	13	
	Peran Emosional	Correlation Coefficient	-,382	1,000
		Sig. (2-tailed)	,198	.
		N	13	13

## Correlations

		Derajat Keparahan Luka Bakar	Kesehatan Mental	
Spearman's rho	Derajat Keparahan Luka Bakar	Correlation Coefficient	1,000	
		Sig. (2-tailed)	,565*	
		N	13	
	Kesehatan Mental	Correlation Coefficient	-,565*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,044	.
		N	13	13

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

**Lampiran 4.4 Hasil Uji Korelasi *Pearson* dan *Spearman* antara Lama Rawat Inap dengan Kualitas Hidup Pasca Luka Bakar**

Correlations

		Lama Rawat Inap	Kesehatan Umum
Lama Rawat Inap	Pearson Correlation	1	-,207
	Sig. (2-tailed)		,497
	N	13	13
Kesehatan Umum	Pearson Correlation	-,207	1
	Sig. (2-tailed)	,497	
	N	13	13

Correlations

		Lama Rawat Inap	Fungsi Fisik
Lama Rawat Inap	Correlation Coefficient	1,000	-,565*
	Sig. (2-tailed)	.	,044
	N	13	13
Fungsi Fisik	Correlation Coefficient	-,565*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,044	.
	N	13	13

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

Correlations

		Lama Rawat Inap	Peran Fisik
Lama Rawat Inap	Correlation Coefficient	1,000	-,599*
	Sig. (2-tailed)	.	,031
	N	13	13
Peran Fisik	Correlation Coefficient	-,599*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,031	.
	N	13	13

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

**Correlations**

		Lama Rawat Inap	Nyeri
Lama Rawat Inap	Pearson Correlation	1	-,106
	Sig. (2-tailed)		,729
	N	13	13
Nyeri	Pearson Correlation	-,106	1
	Sig. (2-tailed)	,729	
	N	13	13

**Correlations**

		Lama Rawat Inap	Vitalitas
Lama Rawat Inap	Pearson Correlation	1	-,387
	Sig. (2-tailed)		,191
	N	13	13
Vitalitas	Pearson Correlation	-,387	1
	Sig. (2-tailed)	,191	
	N	13	13

**Correlations**

		Lama Rawat Inap	Fungsi Sosial
Lama Rawat Inap	Pearson Correlation	1	-,166
	Sig. (2-tailed)		,587
	N	13	13
Fungsi Sosial	Pearson Correlation	-,166	1
	Sig. (2-tailed)	,587	
	N	13	13



**Correlations**

		Lama Rawat Inap	Peran Emosional
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	-,397
	Lama Rawat Inap Sig. (2-tailed)	.	,179
	N	13	13
	Correlation Coefficient	-,397	1,000
	Peran Emosional Sig. (2-tailed)	,179	.
	N	13	13

**Correlations**

		Lama Rawat Inap	Kesehatan Mental
Lama Rawat Inap	Pearson Correlation	1	-,056
	Sig. (2-tailed)		,856
	N	13	13
Kesehatan Mental	Pearson Correlation	-,056	1
	Sig. (2-tailed)	,856	
	N	13	13

Lampiran 4.5 Tabel Data Responden

No	Usia	Suku	Jenis Kelamin	Pekerjaan	Etiologi	Regio	Luas	Kedalaman	Keparahan	Lama Rawat Inap	Jumlah Surgical Terapi	Surgical Terapi	Komplikasi	Kondisi Pulang	Kualitas Hidup SF-36							
															KU	FF	PF	N	V	FS	PE	KM
1	59	Jawa	P	Tidak bekerja	Scald	R. Thorax dan R. Femur	17%	II AB	Sedang	18 hari	2	Debridement, skin graft	Hipoalbumin	Membaik, sisa 2%	42	70	50	80	40	88	67	80
2	28	Madura	L	Bekerja	Elektrik	R. Capitis	4%	II	Berat	14 hari	2	Debridement, skin flap	-	Membaik, sisa 1%	75	70	50	68	70	88	67	68
3	53	Madura	P	Tidak bekerja	Termal	R. Antebrachii, manus, dan pedis	5%	II B	Berat	4 hari	-	-	-	Membaik, sisa 4%	63	75	50	68	65	88	67	76
4	48	Madura	L	Bekerja	Termal	R. Thorax dan R. Femur	18%	II AB	Berat	31 hari	2	Debridement, skin graft	-	Membaik, sisa 3%	67	65	25	68	75	50	33	80
5	28	Madura	P	Tidak bekerja	Termal	R. Facialis, Ekstrimitas superior dan inferior	31%	II AB	Berat	17 hari	2	Debridement, skin graft	SIRS	Membaik, sisa 6%	50	70	25	58	75	88	33	80
6	47	Dayak	L	Bekerja	Scald	R. Pedis	8%	II A	Berat	10 hari	-	-	Sepsis	Membaik, sisa 2%	50	70	50	78	50	63	67	48
7	31	Jawa	L	Bekerja	Termal	R. Capitis, Ekstrimitas superior dan inferior	36,5%	II AB	Berat	30 hari	4	Debridement	Hipoalbumin, SIRS	Membaik, sisa 7%	58	65	25	58	65	88	67	64
8	45	Jawa	L	Tidak Bekerja	Elektrik	-	12%	III	Berat	17 hari	3	Amputasi Debridement	Anemia, Hipoalbumin, Sepsis	Membaik, sisa 1%	30	50	25	35	65	75	67	52

9	35	Jawa	L	Bekerja	Termal	R. Facialis	3%	II	Berat	5 hari	-	-	-	Membaik, sisa 2%	79	80	100	68	100	100	100	80
10	38	Jawa	L	Bekerja	Kimia	R. Facialis, colli, dan bahu	5%	II B	Berat	4 hari	-	-	-	Membaik, sisa 4%	71	80	100	78	90	75	100	78
11	49	Jawa	P	Tidak bekerja	Scald	R. Antebrachii dan femur	18%	II AB	Sedang	8 hari	2	Debrideme nt	-	Membaik, sisa 8,5%	25	90	75	68	70	75	67	78
12	23	Madu ra	L	Bekerja	Kimia	R. Antebrachii	7%	II A	Ringan	5 hari	-	-	-	Membaik, sisa 5%	100	100	100	100	100	100	100	100
13	41	Jawa	L	Bekerja	Termal	R. Femur	20%	II AB	Sedang	52 hari	4	Debrideme nt, Skin graft, Escharoto my	SIRS, Anemia	Membaik, sisa 5%	54	80	75	80	60	88	100	80

Lampiran 4.6 Tabel Daftar Hadir Responden

**DAFTAR HADIR PENGISIAN KUESIONER**

No	Nomor Responden	TTD
1	C06	
2	C18	
3	C20	
4	C01	
5	C17	
6	C03	
7	C02	
8	C13	
<del>9</del>	<del>C09</del>	<del></del>
<del>10</del>	<del>C14</del>	<del></del>
<del>11</del>	<del>C04</del>	<del></del>
12	C08	
13	C21	
14	C07	
15	C22	
16	C28	
17		
18		
19		
20		

23/2019  
/01

**Lampiran 4.7 Keterangan Persetujuan Etik**

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER  
KOMISI ETIK PENELITIAN  
Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Telp/Fax (0331) 337877 Jember  
68121 – Email : fk\_unej@telkom.net

---

**KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK**  
*ETHICAL APPROVA*  
Nomor : 1.197/1125.1.11/KE/2018

Komisi Etik, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

*The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Jember University. With regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :*

**HUBUNGAN LAMA RAWAT INAP DAN DERAJAT KEPARAHAN LUKA BAKAR DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN PASCA LUKA BAKAR DI RSD DR. SOEBANDI JEMBER**

Nama Peneliti Utama : Agnellia Maulidya Utami  
*Name of the principal investigator*

NIM : 152010101012

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember  
*Name of institution*

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.  
*And approved the above mentioned proposal.*

Jember, 22 November 2018  
Ketua Komisi Etik Penelitian



dr. Rini Riyanti, Sp.PK



## Lampiran 4.8 Surat Rekomendasi Bakesbangpol


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

---

Kepada  
 Yth. Sdr. Dir. RSD dr. Soebandi  
 Kab. Jember  
 di - JEMBER

**SURAT REKOMENDASI**  
 Nomor : 072/2883/415/2018  
 Tentang  
**PENELITIAN**

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;  
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember Nomor tanggal 30 Nopember 2018 : 2847/UN25.1.11/LT/2018 perihal Permohonan Ijin Penelitian

**MEREKOMENDASIKAN**

Nama / NIM. : Agnellia Maulidya Utami /152010101012  
 Instansi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegol Boto Jember  
 Keperluan : Mengadakan Penelitian terkait dengan judul "Hubungan Lama Rawat Inap dan Derajat Keparahan Luka Bakar Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Luka Bakar di RS dr. Soebandi Jember"  
 Lokasi : RSD dr. Soebandi  
 Waktu Kegiatan : Desember 2018

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

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

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember  
 Tanggal : 03-12-2018  
 An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK  
 KABUPATEN JEMBER  
 Sekretaris  
  
 Drs. HERU WIDODO  
 Pembina Tk. I  
 NIP. 196112241988121001

Tembusan :  
 Yth. Sdr. : 1. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember;  
 2. Yang Bersangkutan.

## Lampiran 4.9 Surat Perizinan RSD dr. Soebandi Jember

 **PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER**  
Jl.Dr.Soebandi 124 Telp. (0331) 487441 – 422404 Fax. (0331) 487564  
**JEMBER** 

---

Jember, 12 Desember 2018

Nomor : 423.4/ 3370 /610/2018  
Sifat : Penting  
Perihal : Permohonan Penelitian

Kepada  
Yth. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember  
Jln.Kalimantan No.37  
Di  
**JEMBER**

Menindak lanjuti surat permohonan saudara Nomor :  
2847/UN25.1.11/LT/2018 Tanggal 30 Nopember 2018 perihal tersebut pada  
pokok surat, dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami  
menyetujui permohonan saudara untuk **Ijin Penelitian** di RSD dr. Soebandi  
Jember, kepada :

Nama : Agnellia Maulidya Utami  
NIM : 152010101012  
Fakultas : Fakultas Kedokteran UNEJ  
Judul Penelitian : Hubungan lama rawat Inap dan derajat keparahan  
luka bakar dengan kualitas hidup Pasien pasca luka  
bakar di RSD dr.Soebandi Jember

Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi dengan  
Bidang Diklat.  
Demikian untuk diketahui,atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

  
Direktur  
  
dr.Hendro Soelistijono.MM.M.Kes  
NIP.19660418 200212 1 001

Tembusan Yth:  
1. Ka.Bag/Kabid/Ka.Inst.terkait ....  
2. Ka.Ru terkait .....

3. Arsip