



**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI
KUALITAS HIDUP KELUARGA PASIEN LUKA
BAKAR DEWASA RSD DR. SOEBANDI,
JEMBER**

SKRIPSI

Oleh

**Anita Widaad Taqiyyah
Nim 152010101052**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI
KUALITAS HIDUP KELUARGA PASIEN LUKA
BAKAR DEWASA RSD DR. SOEBANDI,
JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kedokteran (S1) dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

Oleh

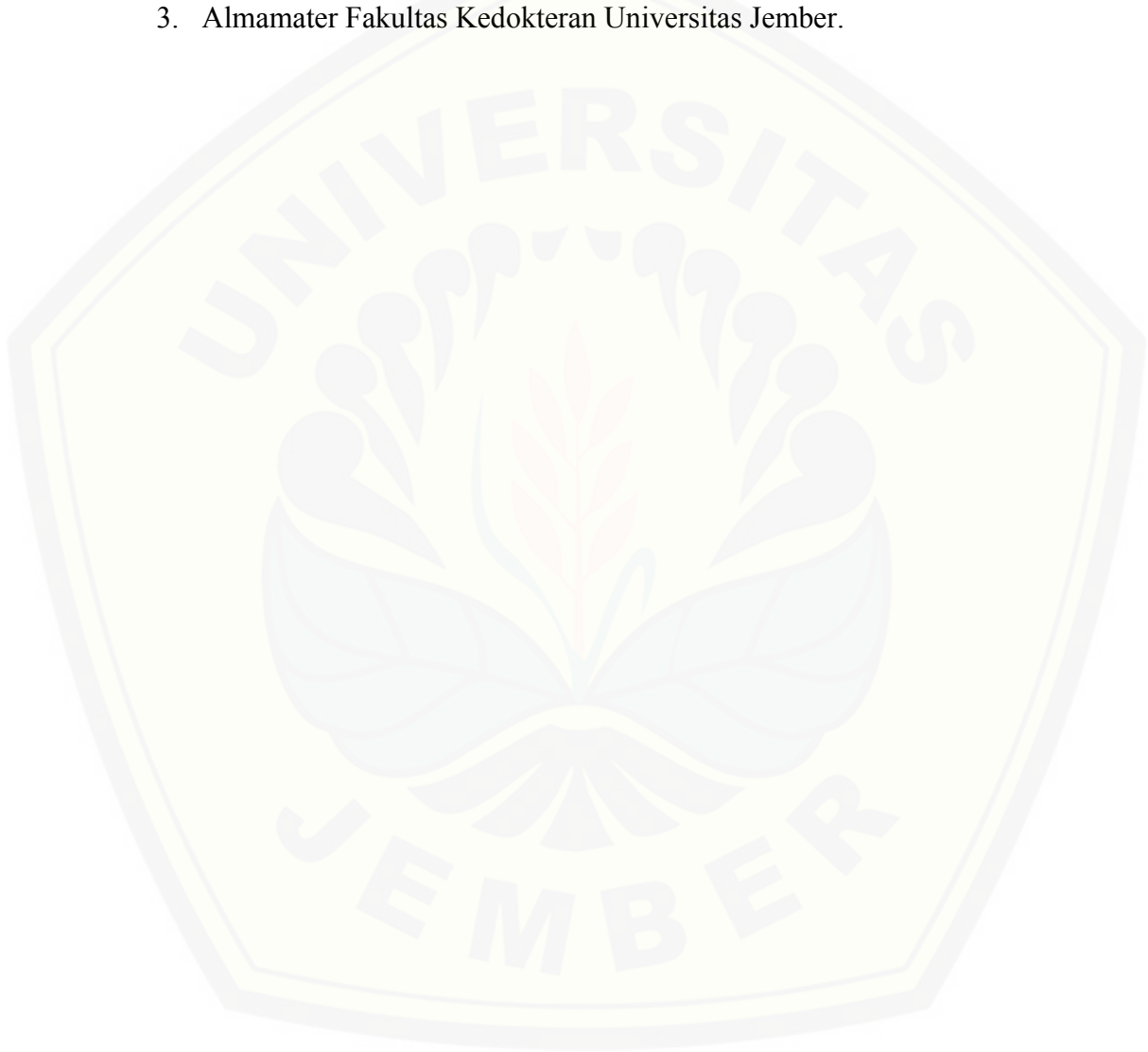
**Anita Widaad Taqiyyah
Nim 152010101052**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya, Ayah Totok Darmadi dan Ibu Widayati.
2. Guru-guruku sejak taman kanak-kanak hingga perguruan tinggi.
3. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember.



MOTO

Bismillah.

Dengan menyebut nama Allah, semua kegiatan pasti bernilai ibadah.



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Anita Widaad Taqiyyah

NIM : 152010101052

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “Analisis Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup Keluarga Pasien Luka Bakar Dewasa RSD dr. Soebandi, Jember” adalah benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata pernyataan ini tidak benar.

Maret, 2019
Yang menyatakan,

(Anita Widaad Taqiyyah)
NIM 152010101052

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI
KUALITAS HIDUP KELUARGA PASIEN LUKA
BAKAR DEWASA RSD DR. SOEBANDI,
JEMBER**

Oleh

**Anita Widaad Taqiyyah
Nim 152010101052**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : dr. Ulfa Elfiah, M. Kes., Sp. BP-RE (K)
Dosen Pembimbing Anggota : dr. Ida Srisurani Wiji A., M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Analisis Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup Keluarga Pasien Luka Bakar Dewasa RSD dr. Soebandi, Jember” telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Senin, 11 Maret 2019

tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua

Anggota I

dr.Pipiet Wulandari, Sp. JP
NIP. 198207202008012013

dr.Inke Kusumastuti, M.Biomed.,Sp.KJ
NIP. 760018039

Anggota II,

Anggota III,

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

dr. Ida Srisurani Wiji A., M.Kes
NIP. 198209012008122001

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember

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

RINGKASAN

Analisis Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup Keluarga Pasien Luka Bakar Dewasa RSD dr. Soebandi, Jember; Anita Widaad Taqiyyah, 152010101052; 2019; Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Luka bakar mempunyai angka morbiditas dan mortalitas cukup tinggi. Sebanyak 70 pasien menderita luka di RSD dr. Soebandi, Jember, pada tahun 2014-2016. Luka bakar merupakan jenis trauma yang memerlukan penatalaksanaan secara cepat dan holistik sejak fase awal hingga fase rehabilitasi. Anggota keluarga dapat dimasukkan sebagai bagian dari perawatan psikososial pasien luka bakar. Proses perawatan pasien luka bakar dapat berdampak terhadap kualitas hidup keluarga. Sosiodemografi keluarga dan nyeri yang dialami pasien memengaruhi kualitas hidup keluarga pasien. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar.

Penelitian ini merupakan analitik observasional dengan desain *cross sectional*. Populasinya yaitu anggota keluarga pasien luka bakar yang telah keluar dari RSD dr. Soebandi, Oktober 2016 - 2018. Sampel diambil secara *total population sampling*. Kriteria inklusi penelitian ini meliputi anggota keluarga pasien luka bakar dewasa yang berusia 18-60 tahun, berlokasi di Jember, dan telah merawat pasien minimal selama 2 minggu. Instrumen yang digunakan berupa rekam medis pasien dan kuesioner WHOQOL-BREF. Analisis yang digunakan yaitu uji *spearman*.

Keluarga yang merawat pasien luka bakar dewasa di RSD dr. Soebandi sebagian besar berjenis kelamin perempuan, telah tamat SMA, tidak bekerja, tidak berpendapatan, dan tidak memiliki riwayat penyakit kronis. Pasien luka bakar yang dirawat oleh keluarga mayoritas pernah dirawat di rumah sakit lebih dari 11 hari dengan tingkat keparahan berat.

Sebagian besar keluarga pasien luka bakar di RSD dr. Soebandi memiliki nilai kualitas hidup > 60 (kategori baik) secara fisik, mental, hubungan sosial, dan lingkungan. Mayoritas keluarga puas dengan pelayanan kesehatan di Jember dan puas dengan transportasi yang ada. Keluarga pasien tetap memiliki waktu luang untuk berekreasi walaupun harus merawat pasien. Beberapa faktor memengaruhi dimensi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar. Dimensi kesehatan fisik keluarga didapatkan berhubungan dengan riwayat penyakit kronis, lama rawat inap pasien, pekerjaan, dan pendapatan ($p < 0,05$). Dimensi psikologi keluarga didapatkan berhubungan dengan jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama rawat inap pasien ($p < 0,05$). Dimensi hubungan sosial dan lingkungan kualitas hidup keluarga pasien luka bakar didapatkan tidak ada faktor yang memengaruhi.

Kesimpulan penelitian ini didapatkan ada beberapa faktor yang memengaruhi dimensi kesehatan fisik dan psikologi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar RSD dr. Soebandi Jember. Peneliti menyarankan untuk meningkatkan kualitas hidup keluarga dengan program peningkatan *self care* keluarga, membentuk *family centered care*, dan mempertimbangkan faktor sosiodemografi keluarga sebagai perawat pasien. Peneliti juga menyarankan bagi penelitian selanjutnya untuk mempertimbangkan desain penelitian kohort agar dapat menilai kualitas hidup keluarga dari waktu ke waktu.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Analisis Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup Keluarga Pasien Luka Bakar Dewasa RSD dr. Soebandi, Jember”. Skripsi ini disusun guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

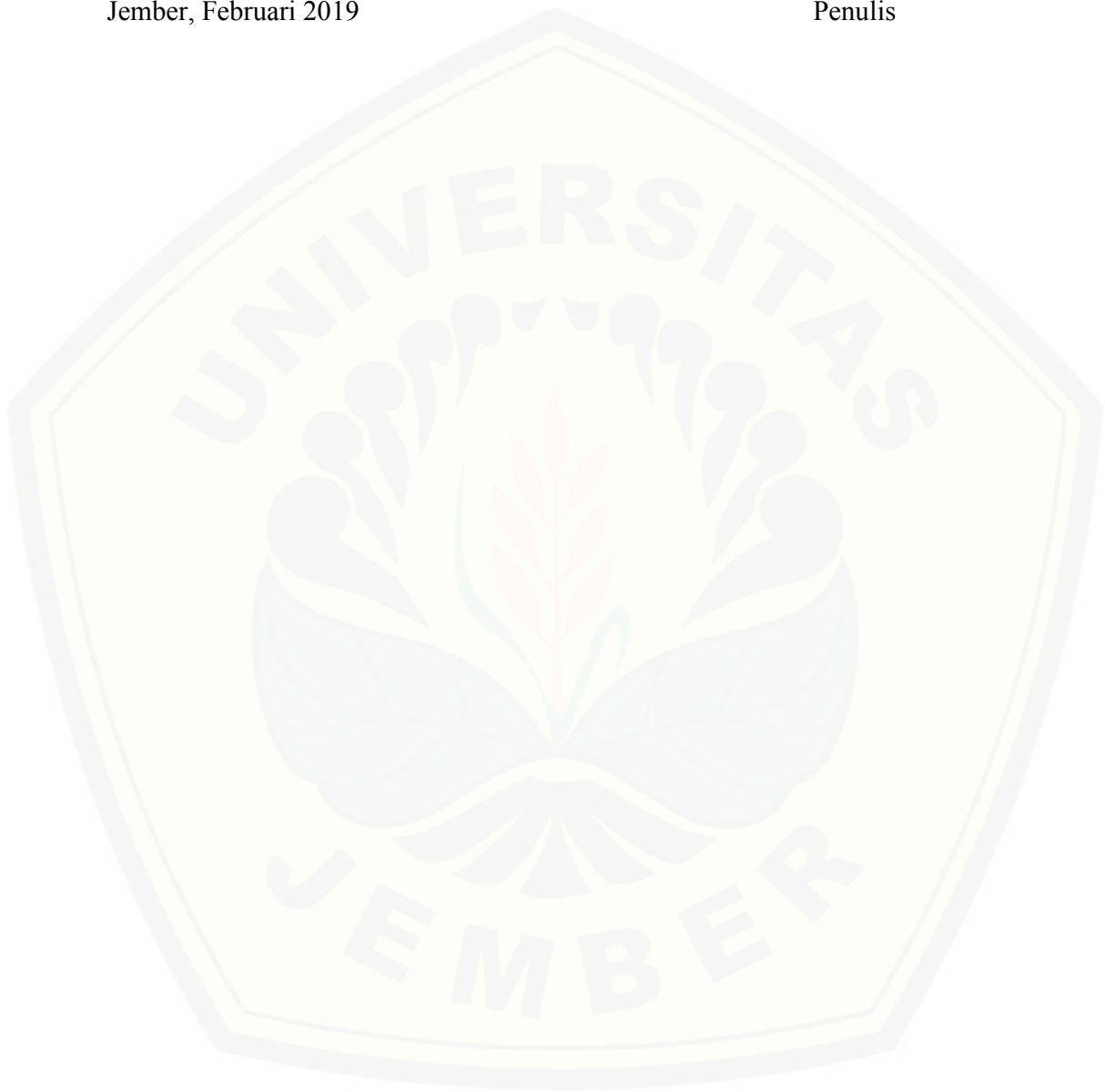
Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terimakasih kepada:

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. Ida Srisurani Wiji A., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran, tenaga, dan perhatian dalam membimbing penulisan tugas akhir ini;
4. dr.Pipiet Wulandari, Sp. JP dan dr.Inke Kusumastuti, M.Biomed.,Sp.KJ selaku Dosen Penguji yang telah memberikan perhatian, 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 Totok Darmadi, Ibu Widayati, dan Anggraeni Puspita Sari yang telah memberikan dukoran moral, materi, dan doa demi terselesaikannya skripsi ini;
8. Teman-temanku Agnelia, Meily, Baity, Elisa, Munaya, Laras, Denaneer, Diana 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,

Jember, Februari 2019

Penulis



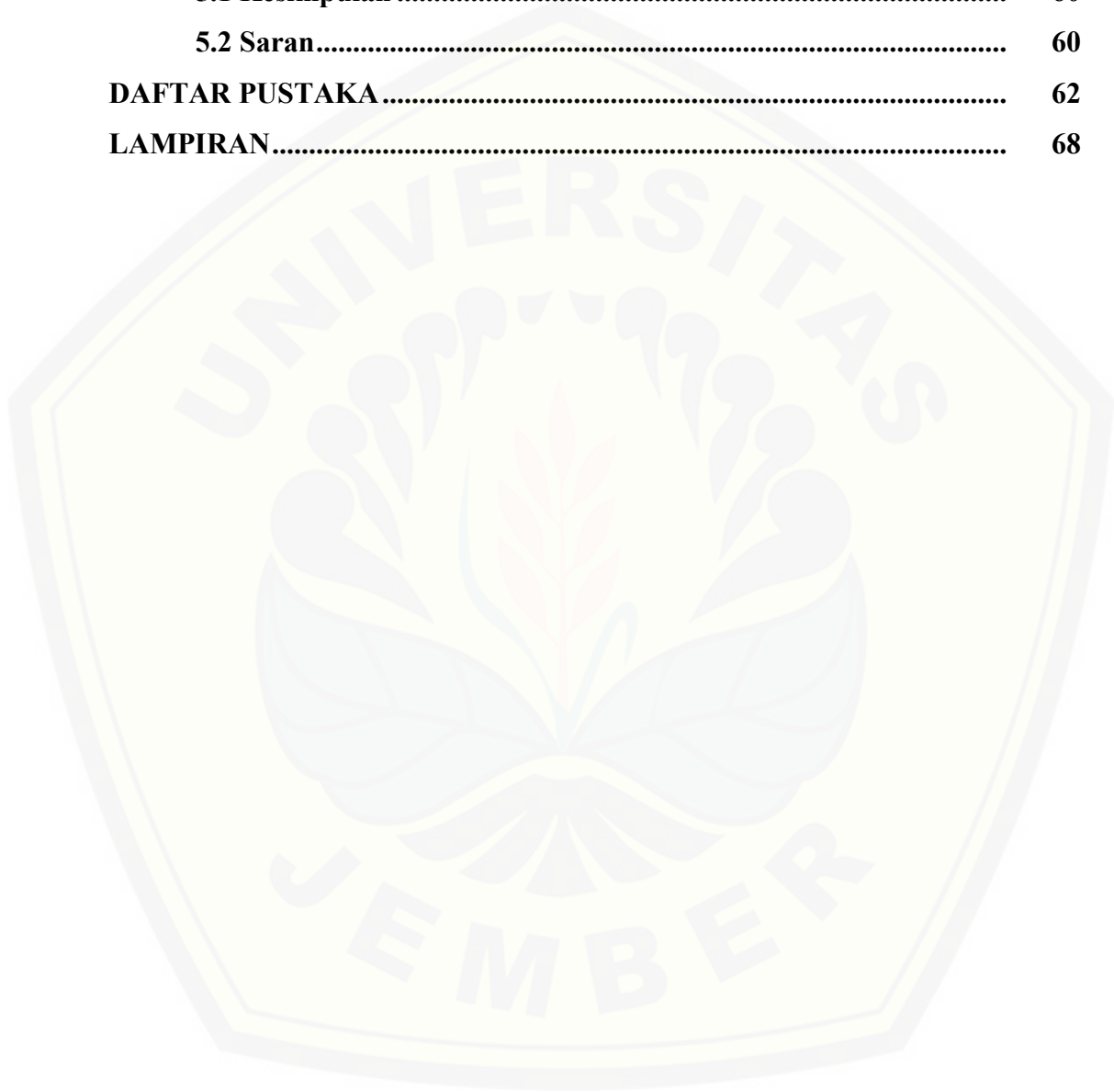
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
PRAKTA	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan Penelitian	2
1.3.1 Tujuan Umum	2
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
1.4.1 Manfaat Bagi Rumah Sakit	3
1.4.2 Manfaat Bagi Keluarga Pasien	3
1.4.3 Manfaat Bagi Peneliti	3
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	4
2.Luka Bakar	4
2.1.1 Definisi	4
2.1.2 Epidemiologi.....	4
2.1.3 Etiologi dan Mekanisme Cedera.....	5
2.1.4 Derajat Kedalaman Luka Bakar.....	6
2.1.5 <i>Total Body Surface Area</i> (TBSA).....	9

2.1.6 Tingkat Keparahan Luka Bakar	10
2.2 Tahapan Penanganan dan Perawatan Luka Bakar.....	12
2.3 Keluarga Pasien Luka Bakar	14
2.3.1 Definisi Keluarga	14
2.3.2 Fungsi Keluarga	14
2.4 Kualitas Hidup Keluarga Pasien Luka Bakar.....	14
2.4.1 Definisi Kualitas Hidup	14
2.4.2 Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup Keluarga Pasien Luka Bakar	16
2.4.3 Pengukuran Kualitas Hidup	19
2.5 Kerangka Konseptual	23
2.6 Hipotesis Penelitian	24
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	25
3.1 Jenis Penelitian	25
3.2 Populasi dan Sampel Penelitian	25
3.3.1 Populasi	25
3.3.2 Sampel.....	25
3.3 Teknik Pengambilan Sampel.....	26
3.4 Besar Sampel	26
3.5 Tempat dan Waktu Penelitian	26
3.6.1 Tempat Penelitian.....	26
3.6.2 Waktu Penelitian	26
3.6 Variabel Penelitian	27
3.7.1 Variabel dependen.....	27
3.7.2 Variabel independen.....	27
3.7 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran.....	27
3.8 Instrumen Penelitian.....	30
3.8.1 Rekam Medis Pasien Luka Bakar	30
3.8.2 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel	30
3.8.1 Lembar Persetujuan.....	30
3.8.2 Lembar Identitas Responden.....	30

3.8.2 Kuesioner WHOQOL-BREF	30
3.9 Prosedur Penelitian	32
3.9.1 Perizinan.....	32
3.8.2 Pengumpulan Data	32
3.10 Pengolahan Data.....	33
3.11 Analisis Data	33
3.11.1 Analisis Univariat.....	33
3.11.2 Analisis Bivariat.....	34
3.12 Alur Penelitian.....	35
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	36
4.1 Hasil.....	36
4.1.1 Karakteristik Sosiodemografi pada Keluarga Pasien Luka Bakar di RSD dr. Soebandi	36
4.1.2 Distribusi Keluarga Pasien Luka Bakar di RSD dr. Soebandi Berdasarkan Riwayat Penyakit Kronis yang Diderita.....	37
4.1.3 Distribusi Keluarga Pasien Luka Bakar di RSD dr. Soebandi Berdasarkan Kondisi Pasien	37
4.1.4 Kualitas Hidup Keluarga Pasien Luka Bakar di RSD dr. Soebandi	38
4.1.5 Hubungan Kualitas Hidup Keluarga dengan Faktor Sosiodemografi	43
4.1.6 Hubungan Kualitas Hidup Keluarga dengan Riwayat Penyakit Kronis yang Diderita	46
4.1.7 Hubungan Kualitas Hidup Keluarga dengan Lama Rawat Inap dan Tingkat Keparahan Luka Bakar Pasien	47
4.2 Pembahasan	49
4.2.1 Kualitas Hidup Keluarga Pasien Luka Bakar di RSD dr. Soebandi Jember.....	50
4.2.2 Dimensi Kesehatan Fisik Keluarga Pasien Luka Bakar dan Faktor yang Memengaruhi.....	51
4.2.3 Dimensi Psikologis Keluarga Pasien Luka Bakar dan Faktor yang Memengaruhi.....	54
4.2.4 Dimensi Hubungan Sosial Keluarga Pasien Luka Bakar dan Faktor yang Memengaruhi.....	56

4.2.5 Dimensi Lingkungan Keluarga Pasien Luka Bakar dan Faktor yang Memengaruhi.....	58
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	59
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....	60
5.1 Kesimpulan	60
5.2 Saran.....	60
DAFTAR PUSTAKA.....	62
LAMPIRAN.....	68



DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Faktor-faktor (Sosiodemografi, Riwayat Penyakit Kronis, Persepsi Kesehatan, dan Rasa Nyeri Pasien) pada Keluarga Pasien Luka Bakar pada Dimensi yang Dipengaruhinya.....	19
2.2 Dimensi WHOQOL-BREF	22
3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	27
4.1 Distribusi Responden Menurut Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, Status Perkawinan, dan Pendapatan	36
4.2 Distribusi Responden Menurut Riwayat Penyakit Kronisnya.....	37
4.3 Distribusi Responden Menurut Lama Rawat Inap dan Tingkat Keparahan Pasien	38
4.4 Hubungan Kualitas Hidup Keluarga Pasien Luka Bakar dengan Faktor Sosiodemografi	44
4.5 Hubungan Kualitas Hidup Keluarga Pasien dengan Riwayat Penyakit Kronis	46
4.6 Hubungan Kualitas Hidup Keluarga dengan Lama Rawat Inap dan Tingkat Keparahan Pasien Luka Bakar	48

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Empat klasifikasi derajat kedalaman luka bakar	7
2.2 Tiga klasifikasi derajat kedalaman luka bakar	8
2.3 Luas luka bakar “ <i>rule of nine</i> ”	10
2.4 Kerangka konseptual	23
3.1 Alur penelitian.....	35
4.1 Dimensi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar berdasarkan kategori baik dan buruk.....	38
4.2 Distribusi aspek dimensi kesehatan fisik keluarga pasien luka bakar..	39
4.3 Distribusi aspek dimensi psikologi keluarga pasien luka bakar.....	40
4.4 Distribusi aspek dimensi hubungan sosial keluarga pasien luka bakar	41
4.5 Distribusi aspek dimensi lingkungan keluarga pasien luka bakar.....	42

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
3.1 <i>Case Report Form</i>	68
3.2 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel	69
3.3 Lembar Persetujuan	70
3.4 Lembar Identitas Responden	71
3.5 Kuesioner Kualitas Hidup WHOQOL-BREF	71
3.6 Tabel Pengubahan Nilai <i>Raw Score</i> ke <i>Transformed Score</i>	76
3.7 Persetujuan Etik Penelitian.....	77
3.8 Surat Rekomendasi BANKESBANGPOL.....	79
3.9 Surat Izin Penelitian dari RSD dr. Soebandi	80
3.10 Rekomendasi Bebas Plagiasi.....	81
4.1 Tabel Distribusi Data Pasien Luka Bakar Oktober 2016 - Oktober 2018.....	82
4.2 Tabel Tabulasi Responden	85
4.3 Analisis Univariat.....	86
4.4 Analisis Korelasi Kualitas Hidup dengan Faktor yang Memengaruhi.	92
4.5 Dokumentasi Penelitian.....	104

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Luka bakar merupakan masalah kesehatan dunia yang mempunyai angka morbiditas dan mortalitas cukup tinggi. Prevalensi luka bakar pada tahun 2013 sebesar 0,7% di Indonesia (Depkes, 2013). Luka bakar juga menjadi beban kesehatan di Kabupaten Jember, Jawa Timur. Sebanyak 70 pasien menderita luka bakar dengan rentang usia anak hingga dewasa di RSD dr. Soebandi, Jember, pada tahun 2014-2016 (Elfiah dan Riasa, 2017).

Luka bakar merupakan jenis trauma yang memerlukan penatalaksanaan secara cepat dan holistik sejak fase awal hingga fase rehabilitasi. Fase rehabilitasi pasien dengan tingkat keparahan berat membutuhkan waktu panjang dan tidak mudah. Tahun pertama diyakini merupakan tahun yang paling berat bagi pasien karena stres akibat nyeri dan ingatan tentang kecelakaan (Moi *et al.*, 2016). Banyak masalah yang akan timbul dapat memengaruhi hidup pasien. Masalah seperti jaringan parut, luasnya luka bakar, derajat luka bakar dan lama rawat inap dapat memengaruhi kualitas hidup pasien (Oh dan Boo, 2017).

Penelitian Bäckström *et al.* (2014) menunjukkan bahwa keluarga menjadi faktor penting bagi kesembuhan pasien luka bakar. Anggota keluarga dapat dimasukkan sebagai bagian dari perawatan psikososial pasien. Keluarga juga berperan dalam perawatan rehabilitasi pasien terutama setelah keluar dari rumah sakit. Menurut New York Presbyterian (2011), keluarga harus mengetahui cara mengatasi nyeri pasien, gejala infeksi, penyembuhan luka, dan bekas luka pasien. Keluarga yang teredukasi dengan baik tentang perawatan, prognosis, dan komplikasi, dapat memberikan hasil kesembuhan pasien yang lebih baik.

Proses perawatan pasien luka bakar dapat berdampak terhadap kualitas hidup keluarga baik secara fisik, psikologis, lingkungan dan sosial. Keluarga mencemaskan pasien akibat trauma yang dialaminya ketika pertama kali datang ke rumah sakit terutama dalam perawatan fase akut luka bakar (Rimmer *et al.*, 2014). Nyeri yang diderita pasien, syok hipovolemik, dan perubahan *body image*

meningkatkan beban perawatan keluarga. Kondisi ini juga dapat menyebabkan keluarga mengalami trauma psikologis (Ozdemir dan Saritas, 2018). Keluarga juga merasa cemas terhadap kesembuhan, kecatatan dan komplikasi yang akan dialami pasien (Bishop *et al.*, 2013). Menurut Nurcahya (2015), apabila keluarga cemas maka akan berdampak pada keputusan yang akan diambil keluarga bagi pasien.

Kualitas hidup keluarga pasien luka bakar dipengaruhi oleh berbagai faktor baik dari pasien maupun keluarga. Penelitian Ozdemir dan Saritas (2018), di Turki, menemukan kualitas hidup keluarga memiliki perbedaan signifikan terhadap beberapa faktor. Faktor dari keluarga yaitu jenis kelamin, status perkawinan, tingkat edukasi, pendapatan, penyakit kronis, dan persepsi kesehatan. Faktor dari pasien yang memengaruhi secara signifikan yaitu rasa nyeri pasien.

Penelitian mengenai kualitas hidup keluarga pasien luka bakar belum pernah dilakukan di Indonesia. Penelitian ini secara global juga masih sangat terbatas. Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik dan perlu melakukan penelitian yang menggambarkan kualitas hidup keluarga pasien luka bakar dan menjelaskan faktor-faktor yang memengaruhinya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah yang diangkat yaitu “Bagaimana kualitas hidup keluarga dan faktor apa sajakah yang memengaruhi pada pasien luka bakar dewasa RSD dr. Soebandi, Jember? ”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar dewasa RSD dr. Soebandi, Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut.

- a. Mengetahui data kualitas hidup anggota keluarga pasien luka bakar dewasa RSD dr. Soebandi yang meliputi dimensi kesehatan fisik, psikologi, hubungan sosial, dan lingkungan.
- b. Mengetahui data sosiodemografi keluarga pasien luka bakar dewasa RSD dr. Soebandi yang meliputi jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, pendapatan, dan riwayat penyakit kronis.
- c. Mengetahui data lama rawat inap dan tingkat keparahan pasien luka bakar dewasa RSD dr. Soebandi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan kepada Rumah Sakit dan sebagai dasar pembuatan Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam pelayanan dan penanganan pasien luka bakar dan keluarganya secara holistik.

1.4.2 Manfaat Bagi Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi mengenai data kualitas hidup keluarga pasien luka bakar dan faktor yang memengaruhi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar.

1.4.3 Manfaat Bagi Peneliti

Hasil penelitian dapat memberikan informasi tentang kualitas hidup keluarga pasien luka bakar dan menambah pengetahuan peneliti. Hasil penelitian ini bisa dijadikan data pendukung untuk penelitian selanjutnya khususnya tentang kualitas hidup keluarga pasien luka bakar.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Luka Bakar

2.1.1 Definisi

Luka bakar adalah cedera pada kulit atau jaringan lainnya yang disebabkan oleh panas, radiasi, radioaktivitas, listrik, gesekan atau kontak dengan bahan kimia. Terbakarnya kulit akibat radiasi ultraviolet dan kerusakan pernafasan akibat asap juga termasuk dalam luka bakar (Sjamsuhidayat dan Wim, 2017).

Luka bakar merupakan masalah kesehatan utama di negara berpenghasilan rendah dan menengah di mana kematian luka bakar lebih dari 95%. Luka bakar menyumbang angka kematian yang cukup besar di dunia, sekitar 300.000 kematian per tahun. Namun, kematian bukan merupakan satu-satunya masalah. Penderita yang selamat dari luka bakar banyak juga yang mengalami kecacatan pada sisa hidupnya (World Health Organization, 2008).

2.1.2 Epidemiologi

Luka bakar merupakan masalah kesehatan dunia yang mempunyai angka morbiditas dan mortalitas cukup tinggi. Prevalensi luka bakar pada tahun 2013 sebesar 0.7%. Angka ini menurun sebesar 1.5% jika dibandingkan dengan tahun 2008 sebesar 2.2% di Indonesia (Depkes, 2013).

Luka bakar merupakan salah satu beban kesehatan di Kabupaten Jember, Jawa Timur. Berbagai faktor berkontribusi terhadap tingginya insiden luka bakar. Faktor tersebut yaitu area pemukiman yang padat, kurangnya pengetahuan penyebab luka bakar dan minimnya akses ke sumber energi aman. RSD dr. Soebandi mencatat ada sebanyak 70 pasien luka bakar dari tahun 2014 hingga 2016. Pasien tersebut terdiri dari 15 (21,4%) anak dengan rentang usia 1 hingga 15 tahun dan 55 (78,6%) pasien dewasa dengan usia 16-70 tahun. Rasio jenis kelamin pasien perempuan dan laki-laki adalah 1: 2,5. Penyebab luka bakar yang paling banyak terjadi pada orang dewasa adalah akibat api sebesar 55%. Penyebab lain yaitu air panas sebesar 27% dan kontak logam sebesar 9%. Luas luka bakar

pasien dewasa rata rata sebesar 40% dengan distribusi sebanyak 20 pasien, < 25%, 30 pasien, 25-55%, dan 5 pasien, > 55% (Elfiah dan Riasa, 2017).

2.1.3 Etiologi dan Mekanisme Cedera

Rudall dan Green (2010), dan Yasti *et al.* (2015), menyebutkan dalam jurnalnya bahwa luka bakar dapat disebabkan oleh suhu tinggi (termal), bahan kimia, radiasi dan listrik. Penyebab luka bakar yang akan dijelaskan pada tinjauan pustaka ini meliputi suhu tinggi, bahan kimia, dan listrik.

a. Akibat Suhu Tinggi (Termal)

1) Air Panas (*Scald*)

Sekitar 70% luka bakar pada anak disebabkan karena tersiram air panas. Biasa juga terjadi pada lansia. Mekanisme yang umum terjadi ialah akibat tersiram air minum yang panas atau mandi air panas. Tersiram air panas cenderung akan menyebabkan luka bakar superfisial.

2) Api (*flame*)

Api merupakan penyebab luka bakar pada 50% kasus luka bakar pada orang dewasa. Hal ini juga sering dibarengi oleh cedera inhalasi dan trauma. Api membakar lapisan kulit lebih dalam dari dermis atau *full thickness*.

3) Kontak dengan Benda Panas

Luka bakar akibat kontak dengan benda panas akan terjadi apabila benda tersebut sangat panas dan kontaknya cukup lama. Biasanya hal ini terjadi pada penderita epilepsi, pengguna alcohol, narkoba, atau lansia. Kejadian pada orang dewasa berhubungan dengan kecelakaan kerja. Luka bakar kontak juga dapat menyebabkan *full thickness burn*.

b. Akibat Bahan Kimia

Luka bakar karena bahan kimia merupakan hasil kecelakaan kerja. Luka bakar bahan kimia bergantung pada lama terkena paparan bahan kimia tersebut. Bahan kimia bisa masuk ke kulit dan jaringan yang lebih dalam lagi hingga menyebabkan nekrosis jaringan. Reaksi kimia tersebut dapat dihentikan apabila

bahan kimia tersebut dihilangkan. Bahan alkali menyebabkan penetrasi yang lebih dalam dan lebih buruk dibandingkan dengan asam.

c. Akibat Radiasi

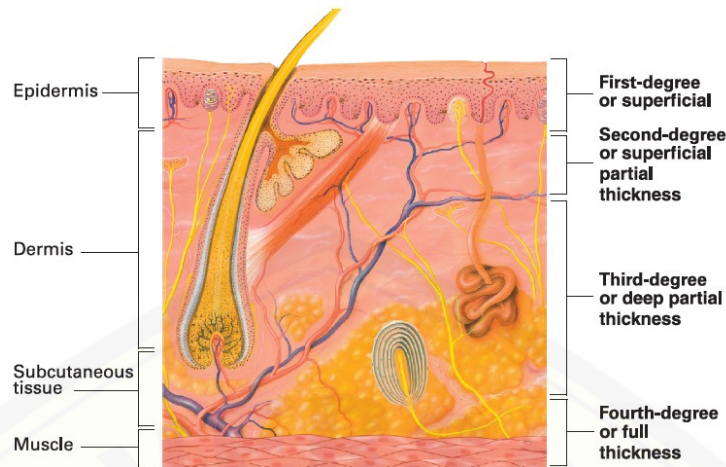
Luka bakar radiasi disebabkan oleh radiasi dosis tinggi yang mirip dengan cedera termal. Luka bakar akibat radiasi dapat berlangsung beberapa hari hingga beberapa minggu. Nyeri progresif dan terus menerus merupakan gejala khas dan masalah yang menantang dalam perawatan pasien. Pasien dengan cedera ini harus dirujuk ke pusat luka bakar.

d. Akibat Listrik

Luka bakar akibat listrik tegangan tinggi memiliki mortalitas yang tinggi. Lewatnya tenaga listrik bervoltase tinggi melalui jaringan menyebabkan perubahan menjadi tenaga panas. Hal ini menyebabkan luka bakar tidak hanya pada kulit dan jaringan subkutis, tetapi semua jaringan pada jalur arus listrik tersebut. Luka bakar akibat tegangan rendah sering diikuti oleh kerusakan jaringan. Kerusakan jaringan tubuh dibedakan dalam dua golongan. Pertama, akibat arus listrik yang melalui jaringan tubuh (*electrical shock*) dan jenis kedua, akibat *electrical flash* atau percikan (gambar 2.1).

2.1.4 Derajat kedalaman luka bakar

Derajat kedalaman luka bakar bergantung pada suhu dan lama kontak dengan sumber luka bakar. Menurut Moss (2010), kedalaman luka bakar dibagi menjadi 4, yaitu, superfisial, *superficial partial-thickness*, *deep partial-thickness*, dan *full-thicknes*. Klasifikasi ini dapat dilihat pada Gambar 2.2.



Gambar 2.2 Empat klasifikasi derajat kedalaman luka bakar (Moss, 2010)

a. Luka bakar superfisial

Luka bakar superfisial meliputi lapisan epidermis. Kulit terlihat merah, kering, nyeri, pucat, dan apabila dipalpasi lebih lunak. Lapisan epidermis akan mengelupas dalam beberapa hari. Pada derajat ini hanya membutuhkan perawatan simptomatik. Biasanya akan sembuh dalam waktu 1 minggu tanpa adanya bekas luka.

b. Luka bakar *superficial partial-thickness*

Luka bakar *superficial partial-thickness* meliputi semua lapisan epidermis dan dermis yang superfisial. Luka terlihat merah, lembab, sangat nyeri. Biasanya ada lepuhan dan sembuh dalam waktu 10-14 hari dengan bekas luka minimal.

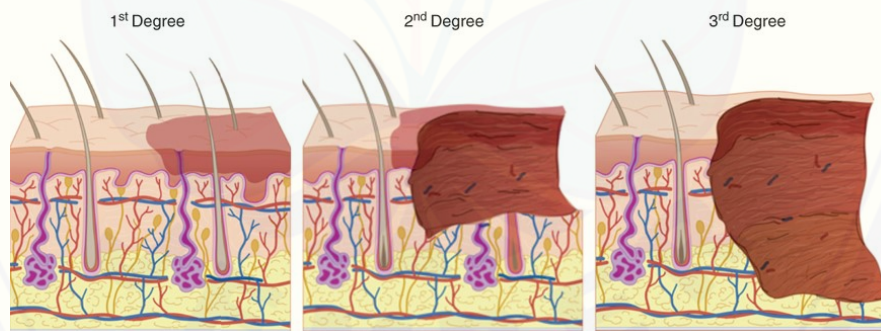
c. Luka bakar *deep partial-thickness*

Luka bakar *deep partial-thickness* meliputi semua epidermis dan sebagian besar dermis. Luka terlihat pucat, kering, dan tidak senyeri *superficial partial-thickness*. Lama penyembuhan membutuhkan waktu sekitar 2-4 minggu. Biasanya menimbulkan bekas luka jaringan parut yang cukup signifikan.

d. Luka bakar *full-thickness*

Luka bakar *full-thickness* mencakup semua epidermis dan dermis. Luka terlihat kering, dan tidak sensitif. Tidak sensitif ini dikarenakan rusaknya saraf-saraf sensorik yang tidak bisa sembuh secara spontan. Luka mungkin melebar ke jaringan subkutan, tendon, otot, atau tulang. Penyebaran yang luas seperti ini tidak jarang membutuhkan tindakan amputasi atau rekonstruksi yang kompleks. Banyak pasien mengalami luka bakar tidak hanya satu derajat tetapi hampir semua derajat kedalaman ada pada tubuh pasien. Pasien yang mengalami luka bakar *full-thickness* sering kali mengalami nyeri seperti luka bakar *partial-thickness*. Alasan ini membuat penanganannya tetap memerlukan manajemen nyeri yang baik.

Menurut Sjamsuhidajat (2017), kedalaman luka bakar ditentukan oleh tingginya suhu dan lamanya pajanan suhu tinggi. Selain api yang langsung mengenai tubuh, baju yang terbakar juga memperdalam luka bakar. Luka bakar dibagi menjadi 3 yaitu luka bakar derajat 1, 2 dan 3 (Gambar 2.3).



Gambar 2.3 Tiga klasifikasi derajat kedalaman luka bakar (Oropello *et al.*, 2017)

Luka bakar derajat 1 hanya mengenai epidermis dan biasanya sembuh dalam 5-7 hari, contohnya, tersengat matahari. Luka tampak sebagai eritema dan ada rasa nyeri atau hipersensivitas setempat.

Luka bakar derajat 2 mengenai lapisan dermis, tetapi masih ada epitel sehat yang tersisa. Epitel yang tersisa seperti sel epitel basal, kelenjar sebacea, kelenjar

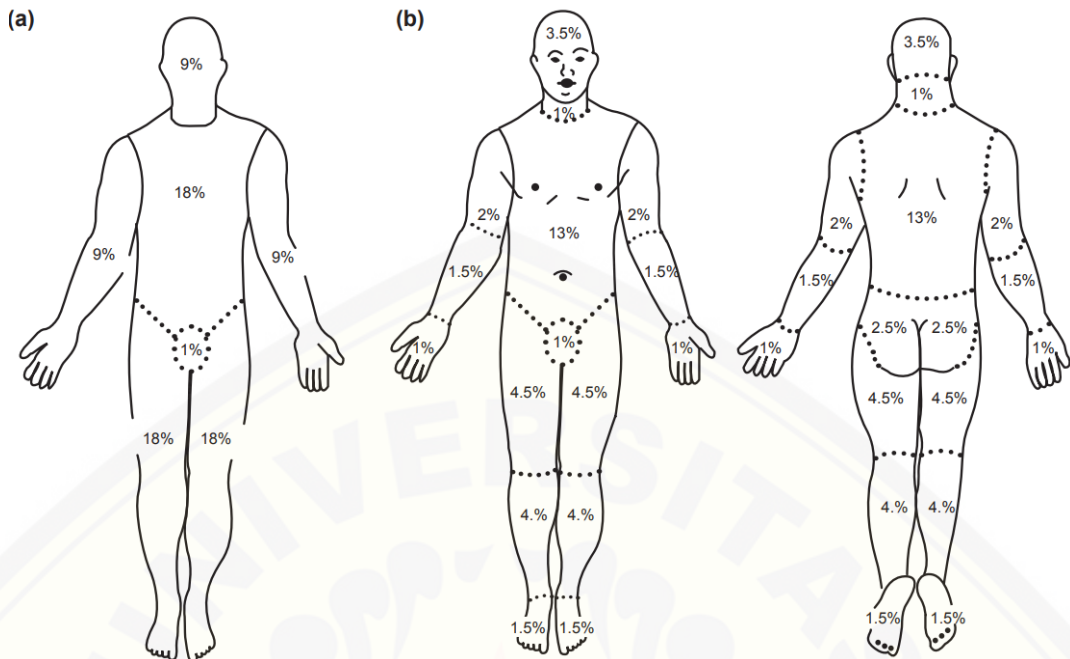
keringat, dan pangkal rambut. Adanya sel epitel dapat membuat luka sembuh sendiri dalam waktu 2-3 minggu. Pada derajat ini dapat ditemui rasa nyeri dan bula berisi cairan karena permeabilitas dinding pembuluh darah meningkat.

Luka bakar derajat 3 mengenai seluruh epidermis dan dermis, mungkin juga subkutis atau organ yang lebih dalam. Pada derajat ini tidak ditemukan epitel hidup yang tersisa yang memungkinkan penyembuhan dari dasar luka. Warna luka pucat abu-abu gelap atau hitam dan permukaan luka lebih rendah dari sekitarnya. Biasanya akan diikuti terbentuknya eskar yang merupakan jaringan nekrosis akibat denaturasi protein jaringan kulit. Tidak ada bula dan tidak ada sensasi nyeri. Biasanya untuk menyembuhkan harus dilakukan *skin grafting*.

2.1.5 *Total Body Surface Area* (TBSA)

Luas luka bakar diwakili oleh persentase *Total Body Surface Area* (TBSA). Ada dua cara umum yang digunakan untuk mengestimasi luas luka bakar yaitu "*Rule of Nines*" dan "*Lund and Browder*". *Rule of Nines* digunakan secara luas di luar rumah sakit karena mudah digunakan. (Moss, 2010).

Luas luka bakar dinyatakan dalam persen terhadap luas seluruh tubuh. Pada orang dewasa digunakan "*Rule of Nines*". Luas luka bakar dihitung 9 % pada setiap regio kepala dan leher, dada, punggung, pinggang dan bokong, dan perut. Luas luka bakar juga dihitung 9 % pada ekstermitas atas kanan, ekstermitas atas kiri, paha kanan, paha kiri, kaki kanan, dan kaki kiri. Luas area genitalia dihitung 1%. Pembagian luas "*Rule of Nines*" dapat dilihat pada Gambar 2.4 (Sjamsuhidayat dan Wim, 2017).



Gambar 2.4 Luas luka bakar “rule of nine” (Yasti *et al.*, 2015)

2.1.6 Tingkat Keparahan Luka Bakar

American Burn Association membagi luka bakar menjadi 3 yaitu luka bakar *minor*(ringan), luka bakar *moderate*(sedang), dan luka bakar *major*(berat), yang dijelaskan sebagai berikut (Yasti *et al.*, 2015).

a. Luka bakar ringan

- 1) luka bakar dengan TBSA < 10% pada orang dewasa,
- 2) luka bakar dengan TBSA < 5 % pada pasien anak-anak atau lansia,
- 3) luka bakar *full thickness* dengan TBSA < 2 %, dan
- 4) pada tingkat keparahan ini pasien dibolehkan untuk dipulangkan atau rawat jalan.

b. Luka bakar sedang

- 1) luka bakar dengan TBSA 10%-20% pada orang dewasa,
- 2) luka bakar dengan TBSA 5% - 10% pada pasien anak-anak atau lansia,
- 3) luka bakar *full thickness* dengan TBSA 2% - 5%,
- 4) cedera akibat tekanan tinggi,
- 5) luka bakar dengan cedera inhalasi,

- 6) luka bakar sirkumferensial,
 - 7) luka bakar dengan predisposisi terjadi infeksi seperti diabetes melitus, anemia bulan sabit, dan
 - 8) pada tingkat keparahan ini pasien harus rawat inap di rumah sakit.
- c. Luka bakar berat
- 1) luka bakar dengan TBSA >20% pada orang dewasa,
 - 2) luka bakar dengan TBSA >10% pada pasien anak-anak atau lansia,
 - 3) luka bakar *full thickness* dengan TBSA >5%,
 - 4) luka bakar akibat tegangan tinggi,
 - 5) luka bakar yang cukup signifikan pada wajah, mata, telinga, genitalia, kaki, tangan, atau persendian,
 - 6) luka bakar dengan cedera trauma seperti fraktur, dan
 - 7) pada tingkat keparahan ini disarankan untuk dibawa ke pusat penanganan luka bakar.

2.2 Tahapan Penanganan dan Perawatan Luka Bakar

Menurut Moss (2010), fase akut perawatan luka bakar berlangsung dari saat cedera sampai luka bakar ditutup. Sebagian besar luka bakar terasa nyeri. Yang paling nyeri adalah luka *superficial partial-thickness* karena ujung saraf sensorik utuh dan bekerja tetapi epidermisnya tidak ada. Sebagian besar pasien memerlukan analgesik. Konsumsi analgesik berbasis opioid juga dibutuhkan bagi pasien yang mengalami nyeri yang berat untuk perawatan luka, terapi fisik, dan tidur.

Fase penyembuhan luka bakar akan ditandai dengan adanya pembentukan jaringan parut. Proses tersebut adalah proses normal, tetapi jumlah pembentukan bekas luka dapat bervariasi setiap pasien. Pasien dan keluarga harus dididikasi tentang perawatan luka bakar. Latihan gerak, manajemen nyeri, gejala infeksi, penyembuhan dan bekas luka, dan prognosis pasien harus didiskusikan dengan keluarga (Moss, 2010).

Ada 3 tahapan penanganan dan perawatan luka bakar yaitu pada fase emergensi, fase akut dan fase rehabilitasi (Rahayuningsih, 2012).

a. Fase Emergensi

Penderita akan mengalami berbagai ancaman gangguan jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi pada fase emergensi. Penanganan pada fase ini dilakukan oleh tenaga kesehatan yaitu dokter dan perawat. Gangguan jalan nafas dapat terjadi segera atau beberapa saat setelah terbakar. Obstruksi jalan nafas masih dapat terjadi dalam 48–72 jam pasca trauma akibat cedera inhalasi. Cedera inhalasi adalah penyebab kematian utama penderita pada fase ini. Pada fase ini sering terjadi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit. Hal ini dikarenakan cedera termal yang berdampak sistemik sehingga dapat menyebabkan syok.

b. Fase Akut

Fase akut dimulai ketika pasien secara hemodinamik telah stabil, permeabilitas kapiler membaik dan telah terjadi diuresis. Fase ini umumnya dianggap terjadi pada 48-72 jam setelah cedera. Fokus penanganan pada fase akut yaitu mengatasi infeksi, perawatan dan penutupan luka, nutrisi, manajemen nyeri, dan terapi fisik.

c. Fase Rehabilitasi

Fase rehabilitasi adalah fase pemulihan dan merupakan fase terakhir dari perawatan luka bakar. Rehabilitasi penderita luka bakar bertujuan untuk meningkatkan kemandirian individu melalui perbaikan fungsi tubuh. Tindakan pada fase ini meliputi penyembuhan luka, pencegahan atau meminimalkan deformitas, hipertrofi jaringan parut, peningkatkan fungsi, dan pemberian dukungan emosional.

Perawatan luka bakar harus secara holistik termasuk perawatan rehabilitasi (*palliative care*). Perawatan luka bakar membutuhkan dokter spesialis perawatan paliatif, dokter spesialis luka bakar, perawat dan keluarga pasien. Semua kejadian luka bakar merupakan kejadian yang tidak diharapkan dan tiba-tiba. Pasien dan keluarga membutuhkan proses

untuk menerima informasi dan komunikasi dengan dokter. Semakin baik dokter mengkomunikasikan dengan pasien dan keluarga maka semakin baik pula pemahamannya (Ray *et al.*, 2017)

Badger dan Royse D (2010), berpendapat bahwa pasien luka bakar membutuhkan dukungan dari orang sekitarnya. Dukungan dari orang sekitarnya dapat mengurangi perasaan malu karena jaringan parut atau perubahan fisik yang dialami pasien. Oleh karena itu, peran keluarga menjadi sangat penting karena keluarga sebagai orang yang paling dekat dengan pasien.

2.3 Keluarga Pasien Luka bakar

2.3.1 Definisi

Keluarga didefinisikan secara luas oleh beberapa ahli. Berikut merupakan definisi keluarga menurut pendapat ahli.

a. Menurut Whall (1987, dalam Friedman, 2010)

Keluarga merupakan dua atau lebih individu yang hidup dalam satu rumah karena ikatan pernikahan atau terkait dengan hubungan darah atau bukan keduanya namun berfungsi sedemikian rupa sehingga mereka menganggap dirinya sebagai keluarga. Mereka saling berinteraksi dan mempunyai peran masing-masing dan menciptakan suatu budaya.

b. Menurut Departemen Kesehatan RI (1988, dalam Friedman, 2010)

“Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan.”

c. Menurut Duvall dan Logan (1986, dalam Friedman, 2010)

Keluarga adalah kelompok orang yang memiliki ikatan pernikahan, kelahiran, atau adopsi dengan tujuan membuat budaya dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial dari tiap orang dalam suatu keluarga.

2.3.2 Fungsi Keluarga pada Pasien Luka Bakar

Keluarga pasien merupakan pemeran utama dalam hal merawat dan mendukung pasien hingga sembuh. Pasien bergantung pada keluarga untuk melakukan kegiatan sehari-hari, merawat penyakitnya, mengurus administrasi, dan berkomunikasi dengan perawat maupun dokter (Mitnick, *et al.*, 2010). Pelaku rawat dapat merawat pada fase akut, setelah rawat inap, atau hingga lebih dari 40 tahun pada pasien dengan kebutuhan perawatan kronis. Empat dari 10 pelaku rawat menghabiskan 5 tahun atau lebih untuk merawat dan mendukung pasien. Lebih dari setengah pelaku rawat merawat selama 8 – 40 jam per minggu (Reinhard *et al.*, 2008)

Bagi pasien luka bakar dewasa, 69% petugas kesehatan berpikir bahwa anggota keluarga pasien harus hadir selama prosedur pergantian *dressing*. Pasien yang ditemani oleh keluarga selama pergantian *dressing* luka akan menurunkan rasa sakit dan kecemasan pasien dibandingkan dengan yang tidak (Bishop *et al.*, 2013).

Keluarga yang jauh dari dokter atau perawat pasien dalam menjalankan peran sebagai pelaku rawat mendapat beban tambahan. Edukasi tentang cara merawat pasien dapat berkontribusi besar pada cara rawat. Keluarga dapat melihat diri mereka sebagai mitra dokter dalam merawat pasien, terutama ketika semakin parahnya kondisi pasien maka peran keluarga pun meningkat (Mitnick *et al.*, 2010).

Keluarga pasien juga merupakan pemegang penuh keputusan atas terapi yang akan dijalani oleh pasien apabila pasien berada pada kondisi kritis. Apabila keluarga mengalami gangguan psikologis seperti cemas karena status kesehatan pasien maka akan berdampak pada keputusan yang akan diambil. Pengambilan keputusan yang tertunda akan merugikan pasien yang seharusnya diberikan tindakan. (Nurchaya, 2015).

2.4 Kualitas Hidup Keluarga Pasien Luka Bakar

2.4.1 Definisi Kualitas Hidup

World Health Organization (2012), mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu dari posisi mereka dalam kehidupan terkait dengan budaya dan

sistem nilai di mana mereka hidup dan dalam hubungannya mencapai tujuan, ekspektasi, dan standar mereka. Konsep ini merupakan cara yang kompleks mengenai kesehatan fisik seseorang, keadaan psikologis, kepercayaan atau spritual, hubungan sosial dan lingkungan mereka.

Kualitas hidup menurut *Centers for Disease and Control and Prevention* adalah konsep multidimensi dalam evaluasi subjektif dari kedua aspek positif dan negatif dalam hidup (CDC, 2016). Hal yang membuat kualitas hidup sulit diukur karena istilah "kualitas hidup" memiliki makna yang beragam. Hampir setiap orang, setiap disiplin akademis, individu dan kelompok mendefinisikannya kualitas hidup secara berbeda.

Kualitas hidup dibagi menjadi banyak dimensi seperti kesehatan, pekerjaan, psikologis, sosial, dan lingkungan. Dimensi kesehatan adalah salah satu dimensi yang penting dari kualitas hidup. Aspek budaya, nilai-nilai, dan spiritual juga merupakan kunci utama dari keseluruhan kualitas hidup yang menambah kompleksitas pengukurannya. CDC (2016) menjelaskan kualitas hidup berkaitan erat dengan kesehatan karena itu terdapat istilah *Health-Related Quality Of Life* (HRQOL). HRQOL adalah keseluruhan komponen kualitas hidup yang ditentukan terutama oleh status kesehatan fisik dan psikologis. WHO juga mendefinisikan kesehatan tidak hanya bila tidak terdapat penyakit, tetapi juga sehat fisik dan psikologis. HRQOL juga berfokus pada perubahan dimensi kesehatan fisik dan psikologis. HRQOL akan dipengaruhi apabila individu terdapat penyakit, penuaan, atau perubahan status fungsional.

2.4.2 Faktor yang Memengaruhi Kualitas Hidup Keluarga Pasien Luka Bakar

Kualitas hidup keluarga pasien luka bakar dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik dari pasien maupun keluarga. Penelitian Bäckström *et al.* (2018) menemukan adanya hubungan negatif antara kualitas hidup keluarga dengan gejala gangguan stres pasca trauma (GSPT), *life events* (peristiwa negatif dalam hidup yang membuat stres), dan jangka waktu sejak pasien terkena cedera. Ozdemir dan Saritas (2018) menemukan bahwa kualitas hidup anggota keluarga pasien luka bakar dipengaruhi oleh faktor sosiodemografi keluarga. Faktor tersebut meliputi

jenis kelamin, status perkawinan, tingkat edukasi, dan pendapatan. Riwayat penyakit kronis dan persepsi kesehatan juga berpengaruh. Selain itu, faktor dari pasien yang memengaruhi secara signifikan yaitu rasa nyeri yang diderita pasien. Meskipun begitu berbagai faktor ini memengaruhi dimensi kualitas hidup yang berbeda-beda (Tabel 2.1)

Tabel 2.1 Faktor-faktor (Sosiodemografi, Riwayat penyakit kronis, Persepsi Kesehatan, dan Rasa Nyeri Pasien) pada Keluarga Pasien Luka Bakar pada Dimensi yang Dipengaruhinya (diringkaskan dari Odzemir dan Saritas, 2018)

Faktor Kualitas Hidup	Dimensi Kualitas Hidup			
	Kesehatan Fisik	Psikologi	Hubungan Sosial	Lingkungan
Jenis Kelamin	Tidak berhubungan (p = 0,07)	Berhubungan (p = 0,01)	Tidak berhubungan (p = 0,08)	Tidak berhubungan (p = 0,38)
Status Perkawinan	Berhubungan (p = 0,01)	Berhubungan (p = 0,01)	Tidak berhubungan (p = 0,20)	Berhubungan (p = 0,00)
Tingkat Pendidikan	Tidak berhubungan (p = 0,28)	Berhubungan (p = 0,02)	Berhubungan (p = 0,02)	Berhubungan (p = 0,00)
Pendapatan	Berhubungan (p = 0,01)	Berhubungan (p = 0,01)	Berhubungan (p = 0,02)	Berhubungan (p = 0,00)
Riwayat Penyakit Kronis	Berhubungan (p = 0,02)	Tidak berhubungan (p = 0,89)	Tidak berhubungan (p = 0,89)	Tidak berhubungan (p = 0,15)
Persepsi kesehatan	Berhubungan (p = 0,01)	Berhubungan (p = 0,00)	Berhubungan (p = 0,00)	Berhubungan (p = 0,01)
Rasa Nyeri Pasien	Berhubungan (p = 0,00)	Berhubungan (p = 0,01)	Berhubungan (p = 0,00)	Tidak berhubungan (p = 0,08)

Lebih jauh, penelitian Ozdemir dan Saritas (2018) mendapatkan kualitas hidup wanita lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki. Alasannya karena anggota keluarga yang paling banyak merawat pasien luka bakar adalah dari jenis kelamin perempuan. Ada budaya pada masyarakat Turki bahwa perempuan

bertanggung jawab untuk merawat pasien. Perempuan juga memiliki beban sebagai istri dan ibu. Sifat emosional wanita lebih tinggi dibandingkan laki-laki sehingga lebih mudah mengalami depresi. Sejalan dengan penelitian tersebut, Chappell *et al.*, 2015, menemukan bahwa pelaku rawat perempuan memiliki beban lebih tinggi dibandingkan pelaku rawat laki-laki. Utamanya karena wanita lebih jarang yang bekerja dibandingkan laki-laki sehingga pendapatannya pun lebih sedikit.

Status perkawinan dapat memengaruhi kualitas hidup individu karena adanya dukungan sosial dari pasangan (Patricia dan Irman, 2018). Individu yang menikah cenderung memiliki skor kualitas hidup lebih tinggi daripada yang tidak menikah atau berstatus janda/duda. Kualitas hidup terendah terjadi pada individu dengan status janda/duda (Retnowati dan Satyabakti, 2015).

Faktor lain yang berpengaruh adalah tingkat pendidikan. Individu yang memiliki pendidikan yang tinggi juga memiliki tingkat kualitas hidup yang tinggi (Zamzam *et al.*, 2011). Ozdemir dan Saritas (2018) menyebutkan bahwa pelaku rawat yang telah tamat SMA mempunyai strategi koping yang lebih baik. Tingginya tingkat pendidikan dapat mempermudah seseorang dalam mengatasi kesulitan tentang perawatan pasien. Baumann, *et al.*, 2012, mendapatkan peningkatan level pendidikan akan memperluas kesempatan finansial dan meningkatkan ekonomi keluarga yang mempermudah seseorang untuk menyelesaikan masalahnya serta meningkatkan kepuasan dalam hidup.

Aspek finansial juga tidak kalah penting dalam perawatan pasien luka bakar. Biaya perawatan luka bakar dapat tinggi karena lamanya perawatan dan berbagai komplikasi mungkin terjadi (Sjamsuhidayat dan Wim, 2017). Faktor ini penting untuk diperhitungkan dalam perawatan luka bakar terutama di negara-negara berkembang. Pendapatan yang terbatas jika dibandingkan biaya perawatan luka bakar dapat membuat beban yang sangat berat bagi keluarga dan pasien (Karimi *et al.*, 2015).

Penyakit kronis umumnya memiliki konsekuensi fisik, psikologis, sosial dan finansial yang besar. Mayoritas penyakit kronis berpotensi memperburuk kualitas hidup karena membatasi kapasitas fungsional, produktivitas dan menghabiskan

finansial seseorang (Megari, 2013). Penyakit kronis dapat memengaruhi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar terutama pada dimensi kesehatan fisik. Dimensi fisik dipengaruhi karena individu terbatas untuk melakukan aktivitas (Odzemir dan Saritas, 2018). Sari dan Pramono (2014) menyebutkan adanya penyakit kronis juga mengganggu kontrol perasaan seseorang terhadap dirinya. Seseorang dengan penyakit kronis cenderung membandingkan keadaan dirinya dengan orang lain yang lebih sehat. Penyakit kronis yang dapat memengaruhi kualitas hidup keluarga luka bakar antara lain hipertensi, alergi, rhinitis, diabetes melitus, penyakit jantung koroner, stroke, luka bakar, dan kanker payudara (Cao *et al.*, 2012 dan Megari, 2013).

Faktor lain yang patut dipertimbangkan adalah pekerjaan. Tidak memiliki pekerjaan terutama pada usia dewasa awal akan menurunkan kualitas hidup dan dapat memengaruhi kondisi psikologis individu (Junaidy dan Surjaningrum, 2014). Tidak bekerja pada usia dewasa muda yaitu 20-40 tahun menyebabkan tidak adanya penghasilan yang masuk. Tidak bekerja sering dikaitkan dengan kejadian bunuh diri, kekerasan, dan peningkatan gangguan jiwa pada seseorang (Sadock *et al.*, 2015).

Selain faktor sosiodemografi keluarga, faktor-faktor dari pasien juga berpengaruh terhadap kualitas hidup keluarga. Lama rawat inap pasien merupakan salah satu faktor tersebut. Median lama rawat inap pasien luka bakar di Indonesia sebanyak 414 pasien adalah 11 hari pada tahun 2013-2015 (Wardhana *et al.*, 2017). Semakin panjang lama rawat inap seseorang maka semakin banyak biaya yang dikeluarkan, seperti perawatan, obat-obatan, operasi dan pakaian khusus. Selain itu rasa sakit, tekanan emosional, kehilangan pekerjaan akibat morbiditas pasien berdampak pada keluarga dan teman pasien (Maan *et al.*, 2014).

Selain lama rawat inap, faktor dari pasien yang perlu juga untuk diperhitungkan adalah tingkat keparahan luka bakar. Penanganan luka bakar berat sangat kompleks dan sering membutuhkan perawatan intensif di unit perawatan intensif dalam beberapa hari hingga bulan. Proses rehabilitasi pasca perawatan intensif juga membutuhkan waktu yang lama, dapat lebih dari dua tahun. Korban luka bakar yang berat beresiko pada konsekuensi psikologis dan fisiologis jangka

panjang seperti gangguan stres pasca-trauma, depresi, jaringan parut (*scar*), nyeri dan hilangnya beberapa fungsi tubuh. Luka bakar yang parah merupakan pengalaman yang menyedihkan, tidak hanya bagi pasien tetapi juga anggota keluarga (Gullick *et al.*, 2014). Beban keluarga juga bertambah karena harus membantu pasien beraktivitas sehari-hari, merawat, dan mengantar pasien untuk konsultasi ke rumah sakit (Christiaens *et al.*, 2015). Nyeri luka bakar bervariasi dan berfluktuasi selama rentang pemulihan (Griggs *et al.*, 2017). Rasa nyeri merupakan kondisi dan pengalaman yang paling traumatik bagi pasien luka bakar (Horridge *et al.*, 2010). Kualitas hidup anggota keluarga pada hampir semua aspek dimensi kualitas hidup (kesehatan fisik, psikologi, hubungan sosial kecuali lingkungan) secara negatif berhubungan dengan nyeri pasien (Ozdemir *et al.*, 2018). Luasnya luka bakar dan semakin parahnya luka bakar juga meningkatkan infeksi dan penanganan. Situasi ini bisa menjadi traumatik bagi pasien maupun keluarga yang dapat menyebabkan GSPT. GSPT berhubungan secara negatif pada kualitas hidup pasien maupun keluarga (Bäckström *et al.*, 2014).

2.4.3 Pengukuran Kualitas Hidup

Kualitas hidup umumnya diukur dengan kuesioner, baik bersifat umum ataupun spesifik. Alat ukur kualitas hidup yang bersifat umum dapat digunakan untuk berbagai penyakit, status kesehatan, dan pada tingkat usia yang berbeda. Contoh alat ukur seperti ini yaitu *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF) dan *Short Form Health survey* (SF-36). WHOQOL-BREF merupakan instrumen yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup secara umum. Sedangkan SF-36 merupakan instrumen untuk mengukur kualitas hidup terkait kesehatan seseorang (Nurcahya, 2015).

WHOQOL-BREF adalah instrumen penelitian yang dikembangkan oleh WHO untuk mengukur kualitas hidup seseorang. Kuesioner ini terdiri atas 26 pertanyaan. Instrumen ini memiliki 4 dimensi yaitu dimensi kesehatan fisik, dimensi psikologis, dimensi hubungan sosial, dan dimensi lingkungan. Skala penilaian dari instrumen ini adalah dari 0 hingga 100, dengan 100 merupakan nilai tertinggi (World Health Organization, 2012).

Dimensi – dimensi yang diukur dalam WHOQOL-BREF menurut WHO (2012) dijelaskan sebagai berikut.

a. Dimensi Kesehatan Fisik

Dimensi kesehatan fisik adalah keadaan fisik individu terkait dengan status kesehatannya. Dimensi ini terdiri dari nyeri, ketidaknyamanan, energi, kelelahan, kecukupan tidur, dan istirahat (Tabel 2.2). Dimensi ini menggambarkan nyeri yang dialami seseorang apakah dapat mengganggu kehidupannya. Telah diakui bahwa orang-orang menanggapi rasa nyeri secara berbeda. Setiap orang mempunyai ambang rasa nyeri yang berbeda. Hal ini akan memengaruhi perbedaan kualitas hidup antar individu. Cara mengatasi nyeri pada setiap orangpun berbeda. Individu yang bergantung pada obat-obatan dan bantuan medis akan berbeda kualitas hidupnya dibandingkan dengan orang sehat yang tidak membutuhkan terapi. Dimensi ini juga menggambarkan energi dan kelelahan yaitu tingkat kemampuan yang dimiliki seseorang dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Kelelahan dapat disebabkan oleh penyakit, depresi, atau kebanyakan beban pekerjaan. Kelelahan menyebabkan energi pada seseorang berkurang sehingga dapat memengaruhi kualitas hidup. Kelelahan dapat meningkatkan ketergantungan seseorang terhadap orang lain. Tidur dan istirahat yang merupakan aspek dalam dimensi ini menggambarkan kemampuan yang dimiliki individu untuk tidur atau istirahat tanpa menggunakan obat tidur.

b. Dimensi Psikologis

Dimensi psikologi merupakan keadaan mental seseorang. Dimensi ini meliputi perasaan positif, berpikir, belajar, memori, konsentrasi, harga diri, *body image*, penampilan, dan perasaan negatif yang terdapat dalam diri seseorang (Tabel 2.2). Perasaan positif identik dengan tingkat kepuasan dalam hidup seseorang yang sering dikaitkan dengan kualitas hidup seseorang. Semakin puas dan bahagia hidupnya maka semakin baik kualitas hidupnya. Berpikir, belajar, memori, dan konsentrasi merupakan hal yang mewakili nilai kognitif seseorang. Semakin rendah kognitif seseorang maka semakin sedikit pengetahuan yang dia punya untuk menyelesaikan masalah. Aspek harga diri menggambarkan

bagaimana individu menilai dan bangga atas dirinya sendiri. *Body image* dan penampilan yaitu menggambarkan bagaimana seseorang memandang keadaan tubuh serta penampilannya. Perasaan negatif yaitu menggambarkan adanya perasaan yang tidak menyenangkan yang dimiliki individu.

c. Dimensi Hubungan Sosial

Dimensi hubungan sosial merupakan hubungan antara dua individu atau lebih. Tingkah laku antar individu akan saling memengaruhi, mengubah, atau memperbaiki. Dimensi hubungan sosial meliputi hubungan pribadi, dukungan sosial, dan aktivitas seksual seseorang (Tabel 2.2). Dimensi ini menggambarkan bahwa kasih sayang dari orang terdekat seperti pasangan ataupun keluarga sangat memengaruhi kualitas hidup seseorang. Pada aspek ini juga ditanyakan besar kepuasan yang didapat seseorang atau masalah yang dimiliki dalam merawat orang lain. Kemungkinan pengalaman ini bisa menjadi hal positif atau hal negatif bagi orang tersebut.

d. Dimensi Lingkungan

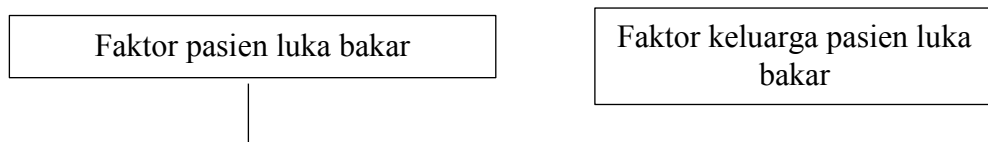
Dimensi lingkungan terdiri dari keamanan dan keselamatan fisik, kebebasan, keuangan, perawatan kesehatan, perawatan sosial, kesempatan untuk mendapatkan informasi, keterampilan, partisipasi, rekreasi, transportasi, lingkungan rumah dan fisik (Tabel 2.2). Keamanan dan keselamatan fisik merupakan aspek yang memengaruhi kebebasan seseorang. Perasaan aman, selamat, dan bebas karena terhindar dari ancaman, kondisi bencana, atau hal lainnya dapat memengaruhi kualitas hidup seseorang. Sumber keuangan seseorang dapat memengaruhi kualitas hidup karena berfokus pada kemampuan orang tersebut dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Lingkungan rumah merupakan aspek tentang bagaimana dan di mana seseorang tersebut tinggal. Perawatan kesehatan dan perawatan sosial merupakan aspek tentang pandangan seseorang dengan kualitas layanan kesehatan dan perawatan sosial di sekitar orang tersebut. Kesempatan untuk memperoleh informasi dan keterampilan berhubungan dengan pengetahuan dan pendidikan yang memiliki relevansi

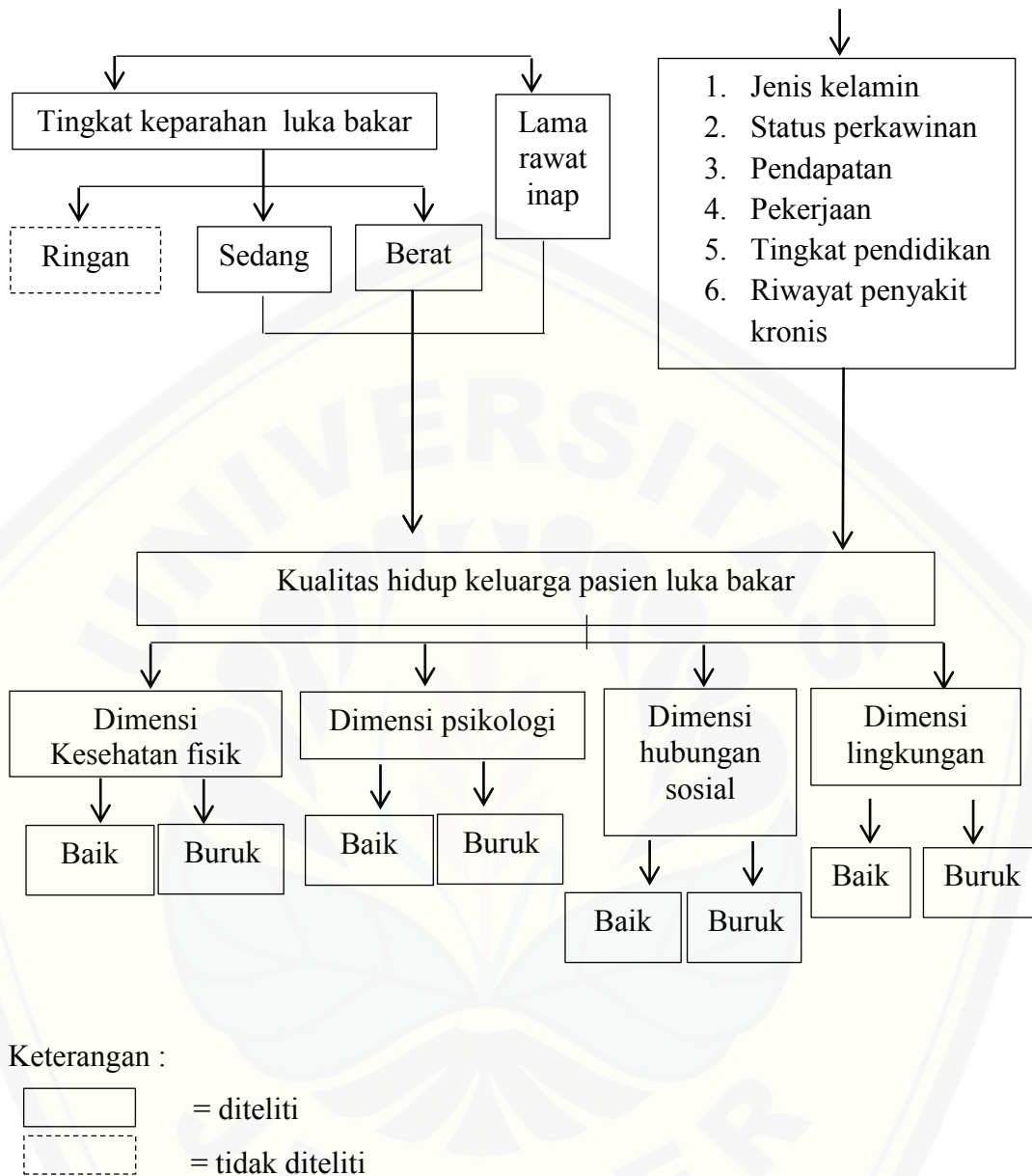
dengan kualitas hidup seseorang. Partisipasi dan rekreasi merupakan salah satu aspek tentang bagaimana seseorang dapat menikmati hidupnya dengan santai. Lingkungan fisik meliputi kebisingan, polusi, iklim dan estetika umum lingkungan. Transportasi merupakan aspek tentang kemudahan mobilitas sehari-hari.

Tabel 2.2 Dimensi WHOQOL-BREF (World Health Organization, 2012)

Dimensi	Aspek
Dimensi 1 = Fisik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri dan ketidaknyamanan 2. Energi dan kelelahan 3. Tidur dan istirahat 4. Mobilisasi 5. Aktivitas sehari-hari 6. Ketergantungan obat atau terapi 7. Kapasitas bekerja
Dimensi 2 = Psikologis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan positif 2. Berpikir, belajar, memori, dan konsentrasi 3. Harga diri 4. <i>Body image</i> dan penampilan 5. Perasaan negatif 6. Spiritual/agama/kepercayaan
Dimensi 3 = Hubungan sosial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan pribadi 2. Dukungan sosial 3. Aktivitas seksual
Dimensi 4 = Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan dan keamanan fisik 2. Lingkungan rumah 3. Sumber keuangan 4. Kesehatan dan kepedulian sosial 5. Kesempatan untuk mendapatkan informasi dan keterampilan baru 6. Partisipasi dan kesempatan untuk berekreasi 7. Lingkungan fisik (polusi/kebisingan/kemacetan/iklim) 8. Transportasi

2.5 Kerangka Konseptual





Gambar 2.5 Kerangka konseptual

2.6 Hipotesis Penelitian

Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah dibahas pada bab ini, maka hipotesa dalam penelitian ini ialah kualitas hidup keluarga pasien luka bakar

dipengaruhi oleh jenis kelamin, tingkat pendidikan, pendapatan, pekerjaan, riwayat penyakit kronis, lama rawat inap pasien, dan tingkat keparahan pasien.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah analitik observasional. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* karena pengukuran variabel dilakukan sekali dalam satu waktu (Sedgwick, 2014).

3.2 Populasi dan Sampel

3.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah seluruh subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan disimpulkan (Sugiyono, 2016). Populasi dalam penelitian ini adalah anggota keluarga pasien luka bakar di RSD dr. Soebandi Jember dari 1 Oktober 2016 sampai 31 Oktober 2018.

3.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian objek penelitian yang diambil dan dianggap dapat mewakili seluruh populasi (Notoatmojo, 2015). Sampel dalam penelitian ini diambil dari populasi dengan kriteria sebagai berikut.

a. Kriteria inklusi

- 1) Sampel merupakan keluarga pasien luka bakar, dengan kriteria pasien:
 - a) usia pasien ≥ 18 tahun saat insiden,
 - b) tingkat keparahan luka bakar sedang dan berat,
 - c) rekam medis pasien lengkap dan jelas.
- 2) Sampel berusia 18-60 tahun.
- 3) Sampel bertempat tinggal di Jember.
- 4) Sampel telah merawat pasien minimal 2 minggu selama di rumah sakit dan atau setelah keluar rumah sakit.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Sampel tidak bersedia untuk dilakukan penelitian.
- 2) Sampel tidak bisa diidentifikasi alamat dan nomer teleponnya.
- 3) Sampel merupakan keluarga pasien luka bakar dengan kriteria pasien:

- a) pasien telah meninggal dunia,
- b) pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus,
- c) pasien keluar rumah sakit karena pulang paksa.

3.3 Teknik Pengambilan Sampel

Metode pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total population sampling*. *Total population sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana populasi yang memenuhi kriteria dimasukkan kedalam sampel penelitian. *Total population sampling* biasanya digunakan pada jumlah kasus yang relatif kecil. (Etikan *et al.*, 2016)

3.4 Besar sampel

Besar sampel pada penelitian ini adalah semua anggota populasi yang memenuhi kriteria inklusi penelitian.

3.5 Tempat dan Waktu Penelitian

3.5.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSD dr. Soebandi Jember dan rumah keluarga pasien luka bakar di Kabupaten Jember.

3.5.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama 1 bulan yaitu pada bulan Desember 2018 sampai dengan Januari 2019.

3.6 Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah suatu nilai dari obek penelitian yang memiliki keberagaman tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2016). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan variabel independen dan variabel dependen.

3.6.1 Variabel dependen (terikat)

Variabel dependen pada penelitian ini adalah kualitas hidup keluarga pasien luka bakar yang meliputi dimensi kesehatan fisik, hubungan sosial, psikologi, dan lingkungan.

3.6.2 Variabel independen (bebas)

Variabel independen pada penelitian ini adalah jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, pendapatan, status perkawinan, riwayat penyakit kronis, lama rawat inap pasien, dan tingkat keparahan luka bakar pasien.

3.7 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Definisi operasional adalah pengertian variabel-variabel yang diteliti yang memuat batasan-batasan ruang lingkupnya agar arah dalam pengukuran atau pengamatan terhadap variabel menjadi jelas (Notoatmodjo, 2015).

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur Pengukuran	Skala
1.	Kualitas hidup	Persepi individu dalam menikmati hidupnya, secara fisik, psikologis, sosial dan lingkungan (World Health Organization, 2012)	Kuesioner WHOQOL-BREF yang terdiri dari 26 pertanyaan. Terdiri dari 4 dimensi (dimensi kesehatan fisik, psikologi, hubungan sosial, dan lingkungan)	Rentang skor setiap dimensi adalah 0-100, dengan skor terbaik adalah 100. Skor terburuk adalah 0.	Ordinal
	Aspek Dimensi Kesehatan Fisik	Kesehatan fisik terdiri dari 7 aspek meliputi nyeri, pengobatan, energi, mobilitas, tidur, istirahat, dan bekerja.	Kuesioner WHOQOL-BREF nomor 3, 4, 10, 15, 16, 17, dan 18	Skala likert	Ordinal
No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur Pengukuran	Skala
	Aspek Dimensi	Keadaan mental terdiri dari 6 aspek	Kuesioner WHOQOL-	Skala likert	Ordinal

Psikologi	yang meliputi spiritual, berpikir, penampilan, harga diri, perasaan positif dan negatif.	BREF nomor 5, 6, 7, 11, 19, dan 26			
Aspek Dimensi Hubungan Sosial	Hubungan sosial terdiri dari 3 aspek yang meliputi hubungan pribadi, dukungan sosial, dan aktivitas seksual.	Kuesioner WHOQOL-BREF nomor 20, 21, dan 22	Skala likert		Ordinal
Aspek Dimensi Lingkungan	Lingkungan terdiri dari 8 aspek yaitu keamanan, keuangan, pelayanan kesehatan, waktu luang, informasi, transportasi, lingkungan fisik dan rumah	Kuesioner WHOQOL-BREF nomor 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 dan 25	Skala likert		Ordinal
2. Jenis kelamin	Jenis kelamin sesuai dengan kartu identitas	Lembar identitas responden	1) Laki-laki 2) Perempuan		Nominal
3. Pendidikan	Pendidikan formal yang ditempuh responden	Lembar identitas responden	1) Tidak bersekolah 2) Tamat SD 3) Tamat SMP 4) Tamat SMA 5) Tamat Sarjana		Ordinal
4. Pekerjaan	Ada atau tidaknya pekerjaan responden	Lembar identitas responden	1) Bekerja 2) Tidak bekerja		Nominal
5. Lama rawat inap	Panjang lama rawat inap pasien luka bakar yang dirawat di rumah sakit	Rekam medis pasien luka bakar di RSD dr. Soebandi	1) Di bawah rata-rata (< 11 hari) 2) Di atas rata-rata (\geq 11 hari)		Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur Pengukuran	Skala
----	----------	----------------------	-----------	-----------------------	-------

6. Tingkat keparahan luka bakar	Tingkat keparahan berdasarkan definisi <i>American Burn Association</i> yang membagi menjadi 3 yaitu ringan, sedang, dan berat.	Rekam medis pasien luka bakar di RSD dr. Soebandi	1) Sedang Luka bakar dengan TBSA 10%-20% / <i>full thickness</i> dengan TBSA 2% - 5%/ cedera tegangan tinggi/ inhalasi/ luka bakar sirkumferensial/ luka bakar dengan predisposisi 2) Berat Luka bakar dengan TBSA >20%/ <i>full thickness</i> dengan TBSA >5%/ akibat tegangan tinggi/ luka bakar yang cukup signifikan pada wajah, mata, telinga, genitalia, kaki, tangan atau persendian/ dengan cedera trauma	Ordinal
7. Riwayat penyakit kronis	Penyakit kronis adalah penyakit yang berkembang waktu lebih dari tiga bulan dan bukan <i>self limiting disease</i> (Megari, 2013)	Lembar identitas responden	1) Ada 2) Tidak ada	Nominal
8. Pendapatan	Upah responden per bulan. Dikategorikan berdasarkan upah minimum pekerja (UMP) Kabupaten Jember 2018 sebesar Rp 1.916.983 (Perugub Jawa Timur Nomor 75 Tahun 2017).	Lembar identitas responden	1) Tidak berpendapatan 2) < UMP Kab. Jember 3) ≥ UMP Kab. Jember	Ordinal

3.8 Instrumen Penelitian

3.8.1 Rekam Medis Pasien Luka Bakar

Data rekam medis di RSD dr. Soebandi Jember pada rentang waktu antara 1 Oktober 2016 sampai 31 Oktober 2018. Data yang dibutuhkan dari rekam medis akan dicatat oleh peneliti pada lembar *case report form* (Lampiran 3.1).

3.8.2 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel

Lembar ini berisi tentang informasi yang harus diketahui oleh calon responden. Lembar penjelasan ini meliputi identitas peneliti, tujuan penelitian, prosedur penelitian, dan sifat kerahasiaan dokumen yang dapat dilihat pada Lampiran 3.2.

3.8.3 Lembar Persetujuan

Lembar ini berisi tentang pernyataan kesediaan sampel untuk menjadi responden dalam penelitian dan kerahasiaan informasi responden. Lembar persetujuan responden dapat dilihat pada Lampiran 3.3.

3.8.4 Lembar Identitas Responden

Lembar identitas responden berisi tentang nama, usia, jenis kelamin, alamat, nomor telepon, pekerjaan, pendapatan, status perkawinan, tingkat pendidikan, dan riwayat penyakit kronis. Lembar ini dapat dilihat pada Lampiran 3.4.

3.8.5 Kuesioner WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF adalah instrumen penelitian yang dikembangkan oleh WHO pada tahun 1998 untuk mengukur kualitas hidup seseorang. WHOQOL-BREF memiliki 4 dimensi yaitu dimensi kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Instrumen ini dapat mengukur dan membedakan kualitas hidup orang sehat dengan orang sakit dilihat dari semua dimensinya. WHOQOL-BREF merupakan kuesioner yang dapat diisi sendiri oleh responden. Apabila responden memiliki keterbatasan dan tidak cukup mampu mengisi sendiri maka harus dilakukan wawancara oleh peneliti (World Health Organization, 2012).

WHOQOL-BREF terdiri dari 26 pertanyaan. Pertanyaan tersebut terdiri dari 24 pertanyaan untuk mengukur 4 dimensi kualitas hidup dan 2 pertanyaan

untuk mengukur kualitas hidup secara umum. Skala penilaian dari instrumen WHOQOL-BREF adalah dari 0 hingga 100, dengan 100 merupakan nilai tertinggi. Penilaian setiap pertanyaan menggunakan skala likert. Skor total setiap dimensi akan dikalikan dengan 4 sehingga membentuk *raw score*. *Raw score* akan ditransformasikan ke dalam skala 0-100 yang dapat dilihat pada Lampiran 3.6.

a. Validitas Kuesioner

Validitas kuesioner WHOQOL-BREF versi Bahasa Indonesia telah diuji pada penelitian Daniati pada pelaku rawat penderita gangguan jiwa oleh 3 ahli. Ahli tersebut yaitu dosen dari Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara yang ahli dalam keperawatan jiwa dan dosen dari Fakultas Keperawatan Universitas Riau. Hasil perhitungan *content validity index* diperoleh nilai 0,93 (Daniati, 2017).

b. Reabilitas Kuesioner

Uji reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Uji reliabilitas dilakukan terhadap pelaku rawat pasien gangguan jiwa di RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan. Hasil analisis diperoleh dengan *cronbach alpha* nilai yaitu 0,77 (Daniati, 2017).

3.9 Prosedur Penelitian

3.9.1 Perizinan

Penelitian ini menggunakan objek penelitian manusia. Oleh karena itu terdapat prosedur yang harus dilewati peneliti sebagai berikut.

- a. Uji kelayakan oleh komisi etik kedokteran. Surat persetujuan oleh komisi etik dapat dilihat pada Lampiran 3.7.
- b. Rekomendasi penelitian oleh Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (BAKESBANGPOL). Surat rekomendasi ini dapat dilihat pada Lampiran 3.8.
- c. Persetujuan oleh RSD dr. Soebandi, Jember (Lampiran 3.9).

- d. Persetujuan pasien terhadap pembukaan rekam medis oleh peneliti melalui dokter penanggung jawab pasien.

3.9.2 Pengumpulan Data

Berikut merupakan sumber dan cara pengambilan data yang akan dilakukan peneliti.

- a. Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer dan data skunder.
- b. Pengambilan data skunder dilakukan lebih dulu karena mengidentifikasi alamat dan nomer telepon pasien dan keluarga pasien. Data sekunder berasal dari rekam medis pasien luka bakar di RSD dr. Soebandi, Jember sesuai dengan kriteria penelitian.
- c. Pembukaan dan pengambilan rekam medis terlebih dahulu meminta izin kepada pasien melalui dokter penanggung jawab pasien. Data sekunder yang diambil peneliti dari rekam medis yaitu alamat pasien dan keluarga, nomer telepon pasien dan keluarga, lama rawat inap pasien, dan tingkat keparahan luka bakar pasien.
- d. Sebelum dilakukannya pengambilan data primer, peneliti menjelaskan tujuan penelitian dan prosedur penelitian kepada responden. Hal ini dilampirkan dalam lembar penjelasan kepada calon sampel.
- e. Peneliti juga memberi waktu kepada sampel untuk berpikir mengenai keputusan keikutsertaan dalam penelitian.
- f. Persetujuan sampel terhadap penelitian ini untuk menjadi responden.
- g. Pengambilan data primer yang berasal dari lembar identitas responden dan kuesioner kualitas hidup WHOQOL-BREF yang diisi oleh responden.
- h. Setelah data terkumpul, maka akan dilakukan pengolahan data dan analisis data.

3.10 Pengolahan Data

Setelah data-data primer terkumpul, data dimasukkan dalam tabel tabulasi untuk proses pengolahan data di antaranya :

- a. *Cleaning*

Tahap *cleaning* adalah tahapan dimana peneliti memeriksa daftar pertanyaan atau kuesioner yang telah diisi oleh responden untuk menghindari dari jawaban ganda atau ada pertanyaan yang belum terjawab.

b. *Coding*

Tahap *coding* adalah tahapan dimana peneliti mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari para responden kedalam kategori untuk mempermudah penelitian.

c. *Entering*

Memasukkan data ke dalam program komputer yaitu SPSS, *Microsoft Excel*, *Microsoft Word*.

3.11 Analisis Data

3.11.1 Analisis univariat

Analisis ini digunakan untuk menjelaskan karakteristik masing-masing variabel yang akan diteliti. Data kategorik akan dijelaskan dalam jumlah dan presentase masing-masing kelompok. Data yang dideskripsikan secara analisis univariat yaitu usia, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, tingkat pendidikan, pendapatan, riwayat penyakit kronis, lama rawat inap pasien, dan tingkat keparahan luka bakar pasien. Data kualitas hidup juga akan dideskripsikan secara persentase setiap dimensi dan aspeknya.

3.11.2 Analisis bivariat

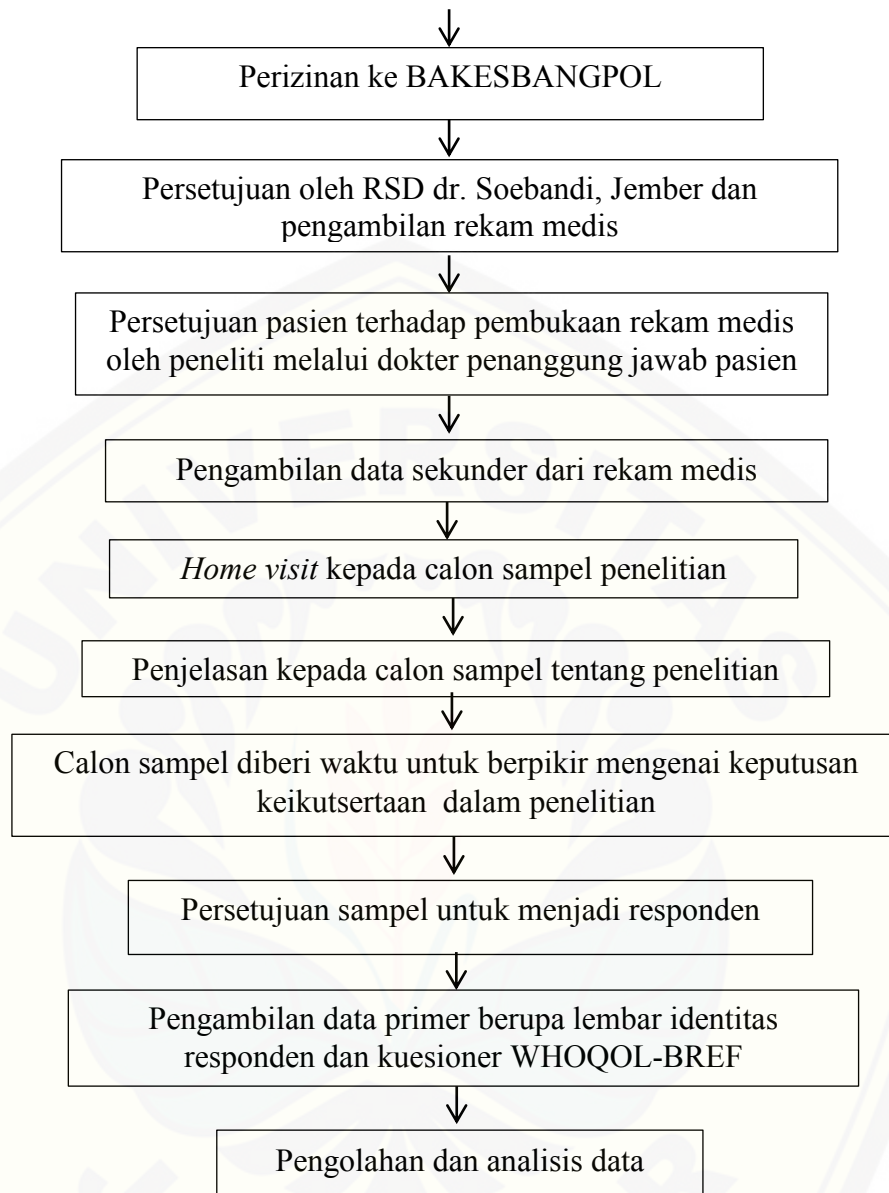
Analisis ini digunakan untuk mengetahui signifikansi antar 2 variabel. Analisis bivariat statistik untuk mengetahui korelasi antar variabel pada penelitian ini digunakan uji *spearman*. Uji *spearman* merupakan uji statistik nonparametrik. Penelitian ini mencari hubungan antara kualitas hidup dengan faktor sosiodemografi dan faktor pasien. Kualitas hidup yang diteliti meliputi dimensi kesehatan fisik, hubungan sosial, lingkungan, dan psikologi serta aspeknya. Faktor sosiodemografi keluarga berupa jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, pendapatan, dan riwayat penyakit kronis. Faktor pasien berupa lama rawat inap pasien dan tingkat keparahan luka bakar pasien.

3.12 Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapat persetujuan oleh komisi etik penelitian Universitas Jember. *Ethical clearance* diperlukan karena manusia sebagai subjek penelitian. Pengambilan data bersifat skunder dan primer. Subjek yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian dan telah mendapat penjelasan dari peneliti diminta untuk mengisi lembar persetujuan/ *informed consent*. Subjek yang tidak bersedia mengikuti penelitian ini berhak untuk menolak. Persetujuan penelitian oleh komisi etik ini dapat dilihat pada Lampiran 3.7.

3.13 Alur Penelitian

Uji kelayakan oleh komisi etik kedokteran



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Data yang diperoleh pada tanggal 1 Oktober 2016 - 31 Oktober 2018 didapatkan 42 pasien luka bakar. Keluarga yang tidak memenuhi kriteria dalam penelitian ini ada 28 keluarga. Data ini telah terlampir pada Lampiran 4.1. Sampel pada penelitian ini didapatkan sebanyak 14 keluarga pasien luka bakar (Lampiran 4.2).

4.1.1 Karakteristik Sosiodemografi Keluarga Pasien Luka Bakar di RSD dr. Soebandi

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan status perkawinan dianalisis secara univariat (Lampiran 4.3). Distribusi karakteristik sosiodemografi sampel ditampilkan pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Distribusi Responden Menurut Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, Status Perkawinan, Pendapatan

Karakteristik	Jumlah (n)	Presentase (%)
Jenis Kelamin		
Perempuan	11	78,6%
Laki-laki	3	21,4%
Umur		
26-35 tahun	3	21,4%
36-45 tahun	6	42,9%
46-55 tahun	5	35,7%
Tingkat Pendidikan		
SD	3	21,4%
SMP/SLTP	4	28,6%
SMA/SLTA	7	50%
Pekerjaan		
Tidak bekerja	9	64,3%
Bekerja	5	35,7%
Status Perkawinan		
Menikah	14	100%
Pendapatan		
Tidak Berpendapatan	9	64,3%
< UMP Jember	3	21,4%
≥ UMP Jember	2	14,3%

Tabel 4.1 menunjukkan keluarga yang merawat pasien mayoritas berjenis kelamin perempuan sebanyak 11 orang (78,6%). Umur keluarga pasien mayoritas golongan umur 36-45 tahun sebanyak 6 orang (42,9%). Mayoritas keluarga pasien

berpendidikan SMA/SLTA (50%). Sebagian besar keluarga pasien tidak bekerja dan tidak berpendapatan sebanyak 9 orang (64,3%). Semua responden telah berstatus menikah (100%).

4.1.2 Distribusi Keluarga Pasien Luka Bakar di RSD dr. Soebandi Berdasarkan Riwayat Penyakit Kronis yang Diderita

Karakteristik responden berdasarkan riwayat penyakit kronis dianalisis secara univariat (Lampiran 4.3). Distribusi karakteristik sampel ditampilkan pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2 Distribusi Responden Menurut Riwayat Penyakit Kronisnya

Riwayat Penyakit Kronis	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tidak ada	11	78,6%
Ada	3	21,4%

Keluarga yang selama ini merawat pasien luka bakar didapatkan 3 orang (21,4%) memiliki riwayat penyakit kronis. Dua orang menderita hipertensi dan satu orang menderita diabetes melitus.

4.1.3 Distribusi Keluarga Pasien Luka Bakar di RSD dr. Soebandi Berdasarkan Lama Rawat Inap dan Tingkat Keparahan Pasien

Keluarga pasien luka bakar didistribusikan berdasarkan kondisi pasien yang mereka rawat. Kondisi pasien dicerminkan dalam bentuk lama rawat inap dan tingkat keparahan luka bakar pasien yang dideskripsikan secara univariat (Lampiran 4.3). Distribusi keluarga berdasarkan lama rawat inap dan tingkat keparahan pasien ditampilkan pada Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Distribusi Responden Menurut Lama Rawat Inap dan Tingkat Keparahan Pasien

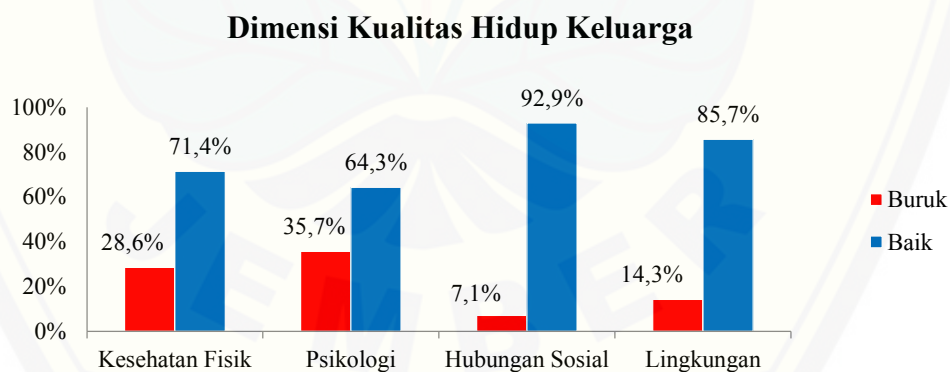
Lama Rawat Inap Pasien	Jumlah (n)	Persentase (%)
Kurang dari rata-rata (< 11 hari)	5	35,7%

Lebih dari rata-rata (≥ 11 hari)	9	64,3%
Tingkat Keparahan Pasien		
Sedang	4	28,6%
Berat	10	71,4%

Berdasarkan Tabel 4.3 didapatkan sebagian besar keluarga memiliki pasien luka bakar dengan lama rawat inap di atas rata-rata (≥ 11 hari) sebanyak 9 orang (64,3%). Luka bakar pasien sebagian besar memiliki tingkat keparahan berat didapatkan pada 10 keluarga (71,4%).

4.1.4 Kualitas Hidup Keluarga Pasien Luka Bakar di RSD dr. Soebandi

Kualitas hidup keluarga pasien luka bakar dinilai menggunakan WHOQOL-BREF. Kuesioner ini memiliki 4 dimensi yaitu kesehatan fisik, psikologi, hubungan sosial, dan lingkungan. Skor dimensi ditampilkan dalam rentang skor 0-100. Menurut Sylva *et al.*, 2014, skor kualitas hidup WHOQOL-BREF memiliki *cut off*, dimana < 60 di kategorikan buruk dan ≥ 60 dikategorikan baik. Distribusi dimensi kualitas hidup berdasarkan kategori baik dan buruk dapat dilihat pada Gambar 4.1.



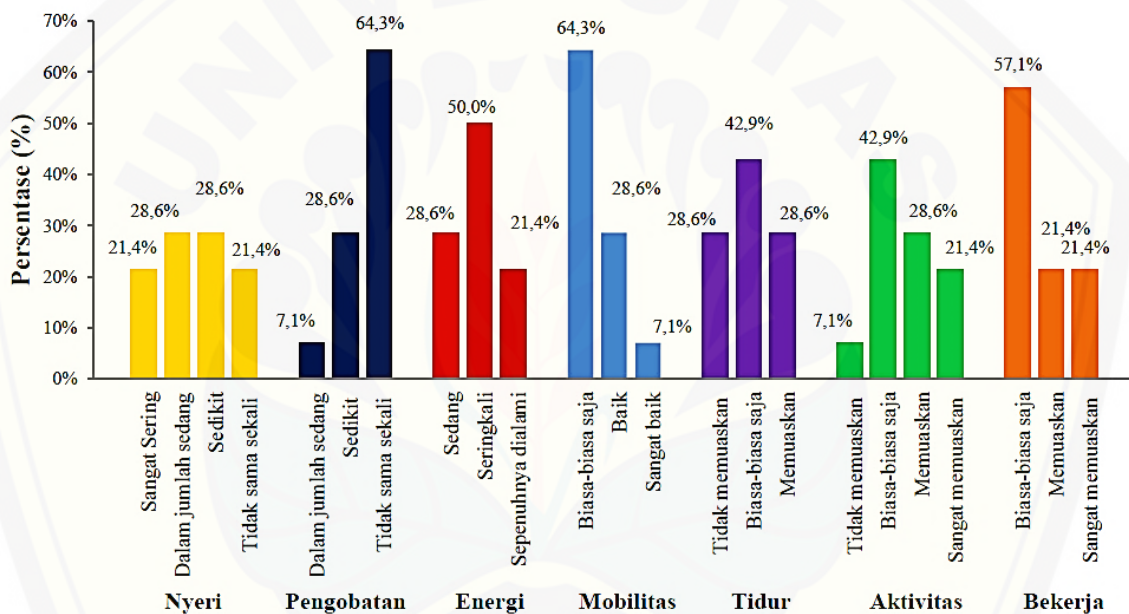
Gambar 4.1 Dimensi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar berdasarkan kategori baik dan buruk

Gambar 4.1 menunjukkan sebagian besar responden memiliki dimensi kualitas hidup yang baik. Hubungan sosial merupakan dimensi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar yang paling banyak didapatkan baik dengan proporsi 92,9% responden. Dimensi lingkungan keluarga didapatkan 85,7% baik dan

14,3% buruk. Kesehatan fisik keluarga didapatkan 71,4% baik dan 28,6% buruk. Dimensi psikologi didapatkan 64,3% baik dan 35,7% buruk.

Setiap dimensi kualitas hidup WHOQOL-BREF memiliki beberapa aspek. Dimensi kesehatan fisik terdiri dari 7 aspek yang meliputi nyeri, pengobatan, energi, mobilitas, tidur, aktivitas, dan bekerja. Distribusi keluarga pasien luka bakar berdasarkan aspek dimensi kesehatan fisik dapat dilihat pada Gambar 4.2.

Distribusi Aspek Dimensi Kesehatan Fisik Keluarga

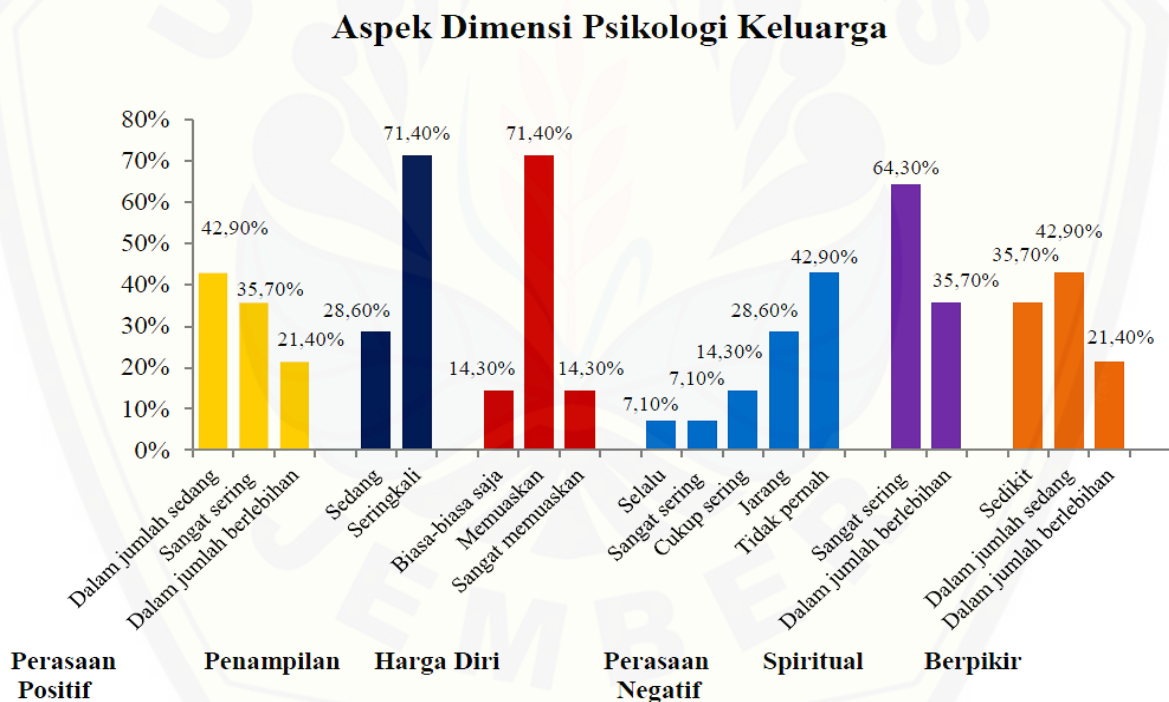


Gambar 4.2 Distribusi aspek dimensi kesehatan fisik keluarga pasien luka bakar

Gambar 4.2, menunjukkan nyeri tidak didapatkan pada 21,4% keluarga. Namun, sebanyak 78,6% keluarga merasa nyeri seperti sakit kepala, nyeri punggung, dan nyeri kaki dengan frekuensi sedikit hingga sangat sering. Sebagian besar keluarga (57,1%) tidak membutuhkan pengobatan sama sekali untuk dapat beraktivitas sehari-hari. Namun, sebanyak 35,6% keluarga membutuhkan pengobatan dalam jumlah sedikit sampai sedang untuk dapat beraktivitas sehari-hari. Semua keluarga pasien (100%) didapatkan memiliki

energi yang cukup bahkan lebih untuk dapat beraktivitas sehari-hari. Mobilitas keluarga pasien didapatkan biasa-biasa saja 64,3 %, baik 28,6%, dan sangat baik pada 7,1 % responden. Mayoritas keluarga pasien (71,4%) merasa biasa-biasa saja dan puas terhadap kualitas tidurnya. Tetapi, sebanyak 28,6% keluarga mengalami tidur yang tidak memuaskan. Mayoritas keluarga (92,9%) biasa-biasa saja dan puas dengan kemampuan yang dimilikinya dalam beraktivitas sehari-hari. Sebanyak 42,8% keluarga merasa puas sampai sangat puas dengan kemampuannya bekerja dan 57,1% merasa biasa-biasa saja.

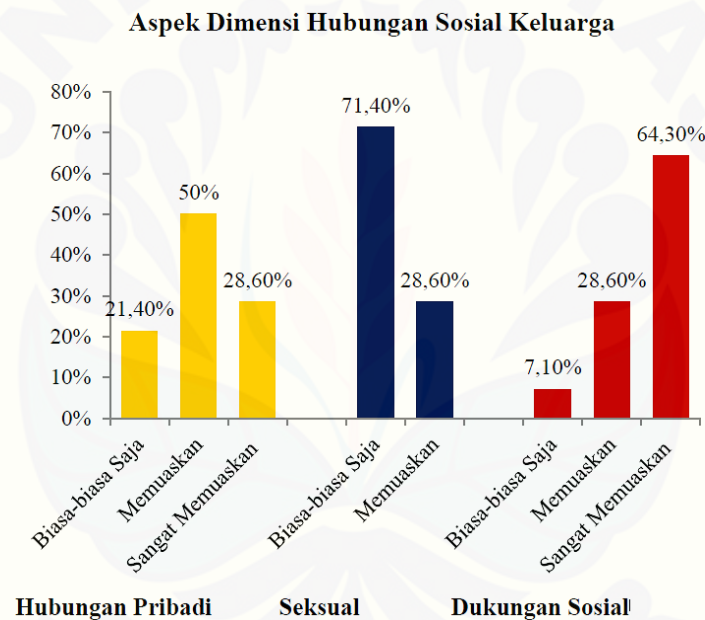
Dimensi psikologi terdiri dari 6 aspek yaitu perasaan positif, negatif, harga diri, penampilan, berpikir dan spiritual. Distribusi keluarga pasien luka bakar berdasarkan aspek dimensi psikologi dapat dilihat pada Gambar 4.3.



Gambar 4.3 Distribusi aspek dimensi psikologi keluarga pasien luka bakar
 Gambar 4.3 menunjukkan semua keluarga pasien luka bakar (100%) memiliki perasaan positif dalam jumlah sedang hingga berlebihan. Aspek penampilan dan harga diri pada semua keluarga (100%), menunjukkan mereka menerima penampilan dirinya dan puas dengan dirinya. Sebanyak 42,9% keluarga

tidak pernah mengalami perasaan negatif seperti kesepian putus asa, cemas atau depresi. Namun, sebanyak 57,1% keluarga pasien mengalami perasaan negatif dengan frekuensi jarang hingga selalu. Aspek spiritual didapatkan 100% keluarga menikmati dan bersyukur dengan hidupnya. Kemampuan berpikir didapatkan sebanyak 64,3% keluarga dapat berkonsentrasi dalam jumlah sedang sampai lebih, sedangkan 35,7% keluarga merasa memiliki sedikit kemampuan berkonsentrasi.

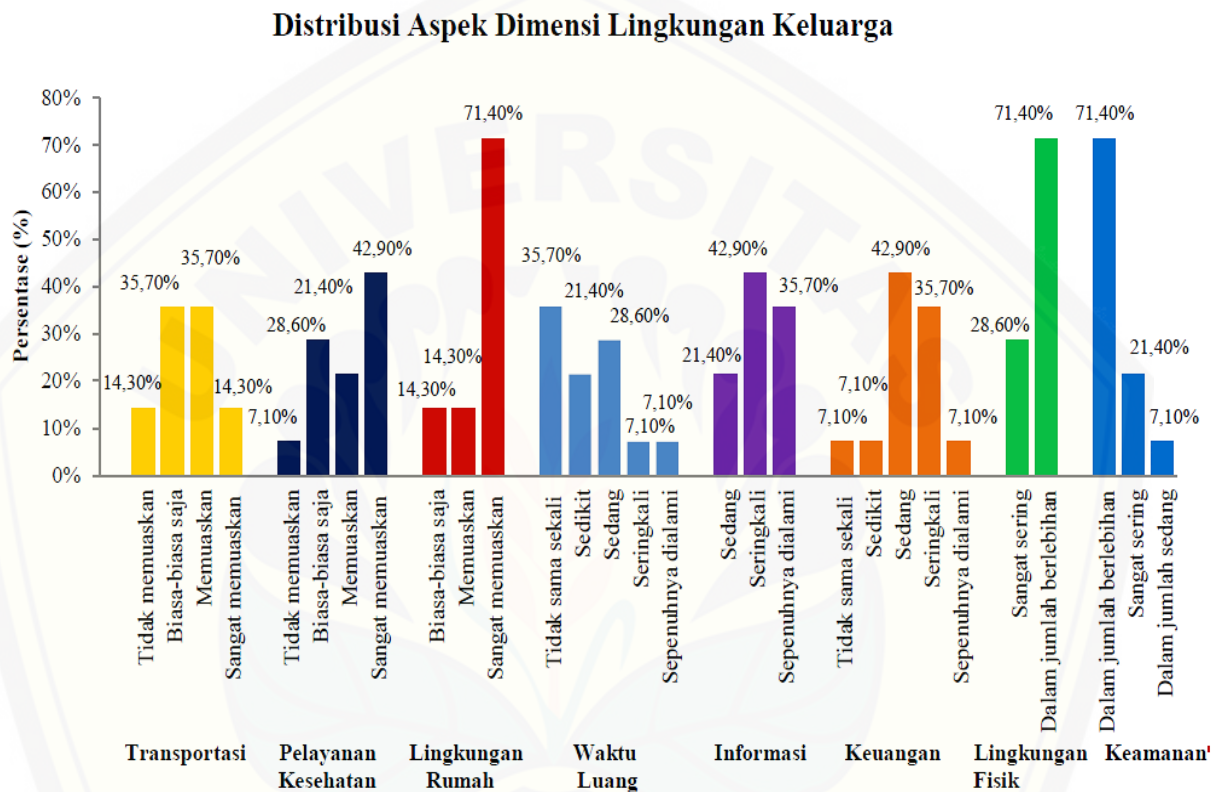
Aspek hubungan sosial terdiri dari 3 aspek yang meliputi hubungan pribadi, hubungan seksual, dan dukungan sosial. Distribusi keluarga pasien luka bakar berdasarkan aspek dimensi hubungan sosial dapat dilihat pada Gambar 4.4.



Gambar 4.4 Distribusi aspek dimensi hubungan sosial keluarga pasien luka bakar

Gambar 4.4 menggambarkan hubungan pribadi keluarga pasien luka bakar didapatkan 21,4% merasa biasa-biasa saja, 50% memuaskan, dan 28,6% sangat memuaskan. Hubungan seksual keluarga 71,4% merasa biasa-biasa saja dan 28,6% memuaskan. Dukungan sosial keluarga pasien luka bakar didapatkan 7,1% merasa biasa-biasa saja, 28,6% memuaskan, dan 64,3% sangat memuaskan.

Aspek lingkungan terdiri dari keamanan, lingkungan rumah, keuangan, pelayanan kesehatan, informasi, waktu luang, lingkungan fisik, dan transportasi. Distribusi keluarga pasien luka bakar berdasarkan aspek dimensi lingkungan dapat dilihat pada Gambar 4.5.



Gambar 4.5 Distribusi aspek dimensi lingkungan keluarga pasien luka bakar

Gambar 4.5 menggambarkan mayoritas keluarga (85,7%) merasa biasa-biasa saja sampai sangat puas dengan transportasi yang ada, sedangkan 14,3% keluarga merasa tidak puas. Mayoritas keluarga (92,9%) merasa biasa-biasa saja sampai sangat puas dengan pelayanan kesehatan yang diterima, sedangkan sebanyak 7,1 % keluarga merasa tidak puas. Lingkungan rumah keluarga pasien

Dimensi Kesehatan Fisik	-0,337	0,239	0,189	0,518	-0,634	0,015	-0,558	0,038
Nyeri	0,423	0,131	0,020	0,947	0,496	0,071	0,469	0,091
Pengobatan	-0,051	0,862	0,033	0,912	0,131	0,655	0,034	0,909
Energi	0,446	0,110	0,144	0,623	-0,784	0,001	-0,720	0,004
Mobilitas	-0,051	0,862	-0,171	0,559	0,022	0,941	-0,058	0,844
Tidur	-0,230	0,428	0,140	0,633	-0,394	0,163	-0,330	0,249
Aktivitas	0,206	0,480	0,474	0,087	-0,196	0,502	-0,061	0,835
Bekerja	0,242	0,405	0,007	0,982	0,186	0,524	0,272	0,348
Dimensi Psikologis	0,534	0,049	0,561	0,037	0,114	0,697	0,189	0,518
Perasaan Positif	0,579	0,030	0,312	0,277	0,178	0,542	0,302	0,295
Spiritual	0,337	0,238	0,121	0,681	0,067	0,821	0,087	0,768
Berpikir	0,347	0,224	0,566	0,035	0,159	0,588	0,223	0,444
Penampilan	0,330	0,249	0,256	0,377	-0,189	0,519	0,092	0,754
Harga Diri	0,326	0,256	0,198	0,497	0,279	0,334	0,331	0,248
Perasaan Negatif	-0,068	0,816	-0,788	0,001	0,137	0,642	0,148	0,613
Dimensi Hubungan Sosial	-0,246	0,396	-0,103	0,726	-0,134	0,647	-0,248	0,393
Hubungan Pribadi	-0,047	0,852	-0,010	0,972	-0,060	0,838	-0,135	0,646
Hubungan Seksual	-0,330	0,249	-0,021	0,942	-0,461	0,089	-0,461	0,097
Dukungan Sosial	0,051	0,862	-0,288	0,317	0,263	0,365	0,197	0,500
Dimensi Lingkungan	0,155	0,596	0,064	0,827	0,089	0,763	0,029	0,921
Keamanan	0,327	0,254	0,259	0,371	-0,233	0,422	-0,130	0,657
Lingkungan Fisik	0,330	0,249	0,021	0,942	0,141	0,630	0,184	0,528
Keuangan	0,115	0,659	0,219	0,452	-0,020	0,947	0,045	0,877
Informasi	-0,093	0,753	-0,284	0,325	0,277	0,337	0,281	0,331
Waktu Luang	0,180	0,539	0,267	0,356	-0,038	0,896	-0,019	0,949
Lingkungan Rumah	-0,109	0,712	0,108	0,713	0,093	0,752	0,013	0,965
Pelayanan Kesehatan	0,183	0,531	-0,421	0,134	0,157	0,593	0,131	0,655
Transportasi	-0,272	0,347	0,025	0,932	-0,233	0,423	-0,195	0,504

Dimensi kesehatan fisik keluarga dipengaruhi oleh pekerjaan ($p = 0,015$). Hubungan antara kesehatan fisik dengan pekerjaan memiliki kekuatan hubungan yang kuat ($r = -0,634$) dan arah hubungan negatif. Arah hubungan negatif ini artinya pelaku rawat pasien luka bakar yang memiliki pekerjaan mempunyai dimensi fisik yang lebih rendah. Pekerjaan memengaruhi kesehatan fisik terutama

pada aspek energi ($p = 0,001$) dengan arah negatif dan kekuatan hubungan yang kuat ($r = -0,784$). Keluarga yang bekerja memiliki aspek energi yang lebih rendah. Hubungan antara kesehatan fisik dengan tingkat pendapatan memiliki kekuatan yang sedang ($r = -0,558$) dan arah hubungan negatif. Arah hubungan negatif ini artinya semakin tinggi pendapatannya maka semakin rendah dimensi kesehatan fisiknya. Pendapatan memengaruhi kesehatan fisik keluarga terutama pada aspek energi ($p = 0,004$) dengan arah negatif dan kekuatan hubungan yang kuat ($r = -0,720$). Semakin tinggi pendapatan keluarga maka semakin rendah aspek energinya. Jenis kelamin dan tingkat pendidikan tidak memengaruhi dimensi kesehatan fisik kualitas hidup keluarga pasien luka bakar karena nilai $p > 0,05$.

Dimensi psikologi keluarga dipengaruhi oleh jenis kelamin dengan nilai $p = 0,049$. Koefisien korelasi dimensi psikologis dengan jenis kelamin didapatkan nilai $r = 0,534$ yang artinya memiliki hubungan yang sedang dan arah positif. Arah positif ini berarti laki-laki memiliki dimensi psikologis yang lebih tinggi. Jenis kelamin memengaruhi psikologi keluarga terutama pada aspek perasaan positif dengan $p = 0,030$. Koefisien korelasinya memiliki $r = 0,579$ yang berarti kekuatannya sedang dengan arah positif. Ini berarti laki-laki memiliki aspek perasaan positif yang lebih tinggi dari pada wanita. Tingkat pendidikan mempengaruhi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar pada dimensi psikologis dengan nilai $p = 0,037$. Koefisien korelasi dimensi psikologis dengan tingkat pendidikan didapatkan nilai $r = 0,561$ yang artinya memiliki hubungan yang sedang dan arah positif. Semakin tinggi tingkat pendidikannya maka semakin tinggi nilai dimensi psikologisnya. Tingkat pendidikan memengaruhi psikologi keluarga terutama pada aspek berpikir ($p = 0,035$) dan perasaan negatif ($p = 0,001$). Koefisien korelasi aspek berpikir dengan tingkat pendidikan memiliki $r = 0,566$ yang berarti kekuatannya sedang dengan arah positif. Ini berarti semakin tinggi tingkat pendidikannya maka semakin tinggi aspek berpikirnya. Koefisien korelasi aspek perasaan negatif dengan tingkat pendidikan memiliki $r = -0,788$ yang berarti hubungannya kuat dengan arah negatif. Ini berarti semakin tinggi tingkat pendidikannya maka semakin rendah aspek perasaan negatifnya.

Sedangkan pendapatan dan pekerjaan keluarga tidak mempengaruhi dimensi psikologi kualitas hidup karena nilai $p > 0,05$.

Dimensi hubungan sosial dan lingkungan tidak dipengaruhi oleh faktor sosiodemografi keluarga karena didapatkan nilai $p > 0,05$. Hasil analisis hubungan kualitas hidup keluarga dengan faktor sosiodemografi dapat dilihat pada Lampiran 4.4.

4.1.6 Hubungan Kualitas Hidup Keluarga dengan Riwayat Penyakit Kronis yang Diderita

Uji korelasi *Spearman* digunakan untuk mencari hubungan antara kualitas hidup keluarga dengan riwayat penyakit kronis. Kualitas hidup keluarga terdiri dari dimensi kualitas hidup dan aspeknya. Hasil uji korelasi kualitas hidup keluarga dengan riwayat penyakit kronis keluarga dapat dilihat pada Tabel 4.5.

Tabel 4.5 Hubungan Kualitas Hidup Keluarga Pasien dengan Riwayat Penyakit Kronis

Kualitas Hidup Keluarga	Riwayat Penyakit Kronis	
	r	p
Dimensi Kesehatan Fisik	0,741	0,002
Nyeri	-0,736	0,003
Pengobatan	-0,741	0,002
Energi	0,446	0,110
Mobilitas	-0,281	0,330
Tidur	0,691	0,006
Aktivitas	0,411	0,144
Bekerja	0,169	0,563
Dimensi Psikologis	0,178	0,543
Perasaan Positif	0,301	0,296
Spiritual	0,026	0,930
Berpikir	0,116	0,694
Penampilan	0,055	0,852
Harga Diri	0,326	0,256
Perasaan Negatif	-0,114	0,698
Dimensi Hubungan Sosial	-0,045	0,879
Hubungan Pribadi	-0,446	0,110
Hubungan Seksual	0,330	0,249
Dukungan Sosial	-0,051	0,862
Dimensi Lingkungan	0,089	0,763

Keamanan	0,027	0,926
Lingkungan Fisik	0,440	0,115
Keuangan	0,023	0,938
Informasi	0,301	0,296
Waktu Luang	-0,090	0,760
Lingkungan Rumah	0,109	0,109
Pelayanan Kesehatan	-0,343	0,230
Transportasi	0,431	0,124

Riwayat penyakit kronis memengaruhi kualitas hidup keluarga pasien pada dimensi kesehatan fisik dengan $p = 0,002$. Hubungannya memiliki kekuatan hubungan yang kuat ($r = 0,741$) dengan arah positif. Hal ini menjelaskan bahwa adanya riwayat penyakit kronis berhubungan dengan menurunnya kesehatan fisik keluarga. Riwayat penyakit kronis memengaruhi kesehatan fisik keluarga terutama pada aspek nyeri ($p = 0,003$), pengobatan ($0,002$), dan tidur ($0,006$). Hubungan nyeri dengan riwayat penyakit kronis memiliki hubungan yang kuat dengan arah negatif ($r = -0,736$). Keluarga dengan riwayat penyakit kronis memiliki rasa nyeri yang lebih tinggi. Hubungan pengobatan dan riwayat penyakit kronis memiliki hubungan yang kuat dengan arah negatif ($r = -0,741$). Keluarga dengan riwayat penyakit kronis memiliki kebutuhan pengobatan yang lebih tinggi. Hubungan tidur dan riwayat penyakit kronis memiliki hubungan yang kuat dengan arah positif ($r = 0,691$). Keluarga dengan riwayat penyakit kronis memiliki kepuasan tidur yang lebih rendah. Hubungan riwayat penyakit kronis dengan dimensi psikologi, hubungan sosial dan lingkungan tidak signifikan karena $p > 0,05$. Hasil analisis hubungan kualitas hidup keluarga dengan riwayat penyakit kronis dapat dilihat pada Lampiran 4.4

4.1.7 Hubungan Kualitas Hidup Keluarga dengan Lama Rawat Inap dan Tingkat Keparahan Pasien Luka Bakar

Uji korelasi *Spearman* digunakan pada analisis untuk mencari hubungan antara kualitas hidup keluarga dengan lama rawat inap dan tingkat keparahan luka bakar pasien. Kualitas hidup keluarga terdiri dari dimensi kualitas hidup dan aspek dimensi kualitas hidup. Hasil uji korelasi kualitas hidup keluarga dengan

lama rawat inap dan tingkat keparahan pasien luka bakar dapat dilihat pada Tabel 4.6.

Tabel 4.6 Hubungan Kualitas Hidup Keluarga dengan Lama Rawat Inap dan Tingkat Keparahan Pasien Luka Bakar

Kualitas Hidup Keluarga	Lama Rawat Inap Pasien		Tingkat Keparahan Luka Bakar	
	r	p	r	p
Dimensi Kesehatan Fisik	-0,615	0,019	-0,163	0,577
Nyeri	0,344	0,299	0,000	1,000
Pengobatan	0,263	0,365	0,162	0,579
Energi	-0,281	0,330	0,149	0,611
Mobilitas	-0,131	0,655	0,162	0,579
Tidur	-0,592	0,026	0,418	0,137
Aktivitas	-0,470	0,090	0,145	0,620
Bekerja	0,041	0,888	-0,220	0,451
Dimensi Psikologis	-0,686	0,007	-0,040	0,891
Perasaan Positif	-0,614	0,019	0,273	0,344
Spiritual	0,244	0,400	-0,189	0,519
Berpikir	0,059	0,840	-0,315	0,272
Penampilan	-0,471	0,089	0,300	0,297
Harga Diri	-0,279	0,334	0,296	0,305
Perasaan Negatif	0,585	0,028	-0,145	0,621
Dimensi Hubungan Sosial	0,093	0,751	0,167	0,569
Hubungan Pribadi	-0,141	0,631	0,085	0,772
Hubungan Seksual	-0,189	0,519	-0,300	0,297
Dukungan Sosial	0,131	0,655	0,441	0,115
Dimensi Lingkungan	-0,517	0,058	-0,019	0,948
Keamanan	-0,466	0,093	-0,074	0,801
Lingkungan Fisik	-0,471	0,089	0,300	0,297
Keuangan	-0,375	0,187	-0,105	0,722
Informasi	-0,238	0,413	0,357	0,210
Waktu Luang	-0,231	0,428	-0,306	0,288
Lingkungan Rumah	-0,465	0,094	0,296	0,305
Pelayanan Kesehatan	0,254	0,380	0,042	0,888
Transportasi	-0,233	0,423	-0,206	0,480

Lama rawat inap pasien memengaruhi dimensi kesehatan fisik dengan nilai $p = 0,019$. Hubungan antara lama rawat inap pasien dengan kesehatan fisik keluarga memiliki hubungan yang kuat dengan arah negatif ($r = -0,615$). Semakin

pendek lama rawat inap pasien maka semakin tinggi kesehatan fisik keluarga. Lama rawat inap memengaruhi kesehatan fisik keluarga terutama pada aspek tidur keluarga ($p = 0,026$). Kekuatan hubungannya didapatkan sedang dengan arah hubungan negatif ($r = -0,592$). Semakin panjang lama rawat inapnya maka semakin rendah kepuasan tidur keluarga.

Lama rawat inap pasien juga didapatkan memengaruhi psikologi keluarga dengan nilai $p = 0,007$. Hubungan antara lama rawat inap pasien dengan dimensi psikologi keluarga memiliki kekuatan hubungan yang kuat dengan $r = -0,686$. Arah hubungan negatif artinya semakin pendek lama rawat inapnya maka semakin tinggi nilai dimensi psikologisnya. Lama rawat inap pasien memengaruhi psikologi keluarga terutama pada aspek perasaan positif ($p = 0,019$) dan negatif ($p = 0,028$). Semakin panjang lama rawat inap pasien maka semakin rendah perasaan positif keluarga ($r = -0,614$). Semakin panjang lama rawat inap pasien maka semakin tinggi perasaan negatif keluarga ($r = 0,585$).

Lama rawat inap tidak mempengaruhi dimensi hubungan sosial dan lingkungan karena didapatkan nilai $p > 0,05$. Tingkat keparahan luka bakar pasien tidak mempengaruhi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar pada semua dimensi karena nilai $p > 0,05$. Hasil analisis hubungan kualitas hidup keluarga dengan lama rawat inap dan tingkat keparahan luka bakar pasien dapat dilihat pada Lampiran 4.4

4.2 Pembahasan

Keluarga yang merawat pasien luka bakar dewasa di RSD dr. Soebandi sebagian besar berjenis kelamin perempuan. Mayoritas berjenis kelamin perempuan karena keluarga yang merawat merupakan istri atau ibu pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian Ozdemir dan Saritas (2018) dan Bäckström *et al.* (2014), yang menemukan pelaku rawat pasien luka bakar mayoritas berjenis kelamin perempuan. Tingkat pendidikan yang mendominasi keluarga yaitu telah tamat SMA. Hal ini sejalan dengan penelitian Bäckström *et al.* (2014), yang mendapatkan rata-rata keluarga pasien telah berpendidikan selama 12 tahun.

Mayoritas keluarga yang merawat pasien luka bakar tidak bekerja dan tidak berpendapatan.

Keluarga pasien luka bakar dewasa di RSD dr. Soebandi sebagian besar tidak memiliki riwayat penyakit kronis. Riwayat penyakit kronis ditemukan hanya pada 3 orang dengan 2 penderita hipertensi dan 1 penderita diabetes melitus. Hal ini sejalan dengan penelitian Ozdemir dan Saritas (2018), yang mendapatkan sebagian besar pelaku rawat pasien tidak memiliki riwayat penyakit kronis. Pasien luka bakar yang dirawat oleh keluarga mayoritas pernah dirawat di rumah sakit lebih dari 11 hari. Tingkat keparahan luka bakar pasien yang dirawat oleh keluarga sebagian besar berat.

4.2.1 Kualitas Hidup Keluarga Pasien Luka Bakar di RSD dr. Soebandi

Sebagian besar keluarga pasien luka bakar di RSD dr. Soebandi memiliki nilai kualitas hidup > 60 (kategori baik) secara fisik, mental, hubungan sosial, dan lingkungan. Temuan ini sejalan dengan penelitian Caro *et al.*, 2018, yang menyebutkan bahwa rata-rata nilai kualitas hidup pelaku rawat pada pasien stroke adalah 62,06 secara dimensi fisik, mental, hubungan sosial dan lingkungan.

Dimensi kesehatan fisik keluarga pasien 71,4% baik dan 28,6% buruk. Mayoritas kesehatan fisik keluarga baik karena keluarga tetap mampu untuk beraktivitas, bekerja, dan kualitas tidurnya baik. Semua keluarga juga memiliki energi yang cukup dalam merawat pasien dan aktivitas sehari-hari. Keluarga juga memiliki kemampuan mobilitas yang baik. Sedangkan 28,6% kesehatan fisik keluarga buruk disebabkan karena keluarga merasa nyeri seperti sakit kepala, nyeri punggung, dan nyeri di kaki sehingga kesusahan tidur dan menimbulkan kualitas tidur yang buruk. Selain itu beberapa keluarga pasien yang merawat juga membutuhkan terapi medis untuk dapat beraktivitas. Bäckström *et al.* (2018) mendapatkan bahwa menurunnya kualitas hidup keluarga pasien luka bakar dapat disebabkan karena kurang tidur.

Dimensi psikologi keluarga pasien luka bakar didapatkan 64,3% baik dan 35,7% buruk. Mayoritas psikologi keluarga didapatkan baik karena keluarga tetap merasa positif dan bersyukur dengan hidup yang meraka jalani. Keluarga juga

menerima penampilannya dan puas terhadap keadaan dirinya. Sebagian besar keluarga pasien juga memiliki kemampuan berpikir yang baik. Psikologi keluarga pasien yang buruk didapatkan karena keluarga sering merasa cemas dan putus asa. Selain itu beberapa keluarga pasien memiliki kemampuan yang terbatas dalam berkonsentrasi. Bäckström *et al.* (2014), menemukan bahwa anggota keluarga pasien luka bakar mengalami kualitas hidup buruk karena kecemasan dan depresi. Kecemasan dan depresi ini dapat berlanjut minimal 1 tahun setelah insiden luka bakar.

Dimensi hubungan sosial keluarga pasien 92,9% baik dan 7,1% buruk. Mayoritas hubungan sosial keluarga pasien baik karena mereka puas dengan banyaknya dukungan yang diterima baik dari teman, pasangan, atau kerabatnya. Hal ini didukung dengan penelitian Bäckström (2013), mendapatkan mayoritas anggota keluarga pasien luka bakar mendapat dukungan sosial dari keluarga, kerabat, dan teman. Sedangkan, hubungan sosial keluarga pasien ada yang buruk (7,1%) karena ia merasa biasa-biasa saja terhadap dukungan yang diterimanya.

Dimensi lingkungan keluarga pasien didapatkan 85,7% baik dan 14,3% buruk. Dimensi lingkungan keluarga pasien baik karena lingkungan fisiknya sehat dan lingkungan rumahnya kondusif, memuaskan, dan aman. Kemudahan informasi juga dialami keluarga pasien. Mayoritas keluarga puas dengan pelayanan kesehatan di Jember dan puas dengan transportasi yang ada. Keluarga pasien tetap memiliki waktu luang untuk berekreasi walaupun harus merawat pasien. Mayoritas keluarga juga memiliki uang yang cukup untuk memenuhi kebutuhan dirinya sendiri. Keluarga pasien yang dimensi lingkungannya buruk disebabkan karena tidak memiliki waktu luang, kesusahan dalam hal transportasi, tidak puas dengan layanan kesehatan, dan tidak memiliki uang yang cukup untuk memenuhi kebutuhannya sendiri.

4.2.2 Dimensi Kesehatan Fisik Keluarga Pasien Luka Bakar dan Faktor yang Memengaruhi

Dimensi kesehatan fisik keluarga pasien luka bakar dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor tersebut yaitu pekerjaan, tingkat pendapatan, riwayat

penyakit kronis, dan lama rawat inap pasien. Sementara itu, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan tingkat keparahan luka bakar pasien tidak memengaruhi kesehatan fisik keluarga.

Pekerjaan memengaruhi kesehatan fisik keluarga pasien. Keluarga pasien yang bekerja memiliki kesehatan fisik yang lebih rendah. Bekerja dapat memengaruhi kesehatan fisik keluarga karena menurunkan energinya sehingga dapat mengalami kelelahan. Rodakowski *et al.*, (2012) berpendapat bahwa pelaku rawat yang bekerja memiliki beban fisik yang lebih karena harus bekerja dan merawat pasien. Penelitian Rose *et al.* (2017), menyebutkan bahwa kelelahan akibat bekerja disebabkan karena kelebihan beban kerja dan berkurangnya waktu tidur. Walaupun, temuan ini tidak sejalan dengan penemuan Junaidy dan Surjaningrum (2014), yang menemukan individu yang tidak bekerja terutama pada usia dewasa awal akan menurunkan kualitas hidupnya.

Pendapatan memengaruhi secara negatif terhadap kualitas hidup keluarga pasien. Semakin tinggi tingkat pendapatan keluarga yang merawat pasien maka semakin rendah kesehatan fisiknya. Semakin tinggi tingkat pendapatan pelaku rawat maka semakin tinggi juga beban kerjanya, sehingga dapat menurunkan energinya. Hasil penelitian ini didukung dengan temuan. Putri dan Purwanti *et al.* (2016), bahwa semakin besar pendapatannya semakin besar jumlah jam kerja seseorang. Jam kerja yang berlebihan dapat menyebabkan kelelahan fisik untuk menjalankan aktivitas sehari-hari. Namun, hasil ini tidak sejalan dengan temuan Ozdemir dan Saritas (2018), yang menunjukkan bahwa semakin tinggi pendapatan individu semakin tinggi nilai dimensi kesehatan fisik keluarga pasien luka bakar.

Riwayat penyakit kronis memengaruhi dimensi kesehatan fisik keluarga terutama pada aspek nyeri, pengobatan, dan tidur. Adanya riwayat penyakit kronis menyebabkan rasa nyeri dan kebutuhan terapi medis yang lebih tinggi pada keluarga pasien. Adanya riwayat penyakit kronis juga menurunkan kepuasan tidur keluarga pasien. Riwayat penyakit kronis responden yang ditemukan yaitu hipertensi dan diabetes. Hal ini sejalan dengan penelitian Ozdemir dan Saritas (2018), dan Megari (2013). Penelitiannya menemukan bahwa penyakit kronis memiliki konsekuensi fisik yang besar sehingga terdapat rasa nyeri yang dapat

menghambat aktivitas penderitanya. Penyakit kronis juga sering membutuhkan obat atau terapi secara terus-menerus.

Lama rawat inap pasien memengaruhi kesehatan fisik keluarga pasien luka bakar terutama pada aspek tidur. Dimensi kesehatan fisik keluarga ditemukan lebih rendah pada responden dengan lama rawat inap di atas rata-rata (≥ 11 hari). Semakin panjang lama rawat inap pasien maka semakin banyak waktu dan energi yang dibutuhkan keluarga untuk menjaga pasien, sehingga waktu tidur keluarga pun berkurang. Hasil ini didukung dengan temuan Bäckström (2014), yang menemukan hubungan antara lama rawat inap dengan kualitas hidup keluarga pasien secara analisis bivariat. Penelitian Choi *et al*, 2014, menemukan semakin panjang lama rawat inap pasien menyebabkan kelelahan pada pelaku rawat. Kelelahan terus menerus dapat menyebabkan kualitas tidur yang buruk, gejala depresi, dan berisiko terhadap kesehatan pelaku rawat.

Jenis kelamin dan tingkat pendidikan tidak memengaruhi dimensi kesehatan fisik keluarga pasien luka bakar RSD dr. Soebandi. Hal ini sesuai dengan temuan penelitian Odzemir dan Saritas (2018). Penelitian Cuthbert *et al*. (2017), menunjukkan jenis kelamin memiliki efek minimal pada kesehatan fisik dan tidak berpengaruh pada tingkat aktivitas fisik pada pelaku rawat. Walaupun pada penelitian Friedemann dan Buckwalter (2014) ditemukan jenis kelamin tidak berhubungan dengan kesehatan fisik, pelaku rawat wanita ditemukan memiliki kesehatan fisik yang kurang optimal jika dibandingkan dengan laki-laki. Tingkat pendidikan tidak memengaruhi dimensi kesehatan fisik keluarga pasien luka bakar. Namun, hasil ini tidak sejalan dengan penelitian Schnitzer *et al*. (2017), yang mendapatkan bahwa pelaku rawat yang lebih tinggi tingkat edukasinya memiliki peluang lebih rendah untuk merasa terbebani secara fisik dengan pengasuhan sehingga status kesehatan mereka baik.

Tingkat keparahan luka bakar pasien menunjukkan hasil yang tidak berhubungan dengan kesehatan fisik keluarga. Tingkat keparahan luka bakar ditentukan juga berdasarkan luas luka bakarnya. Hasil ini didukung dengan temuan Bäckström *et al*. (2014), yang menemukan tidak ada hubungan antara kualitas hidup keluarga dengan luas luka bakar pasien. Walaupun hasil ini berbeda

dengan pendapat Christiaens *et al.* (2015) bahwa luka bakar yang parah menambah beban keluarga karena harus membantu pasien beraktivitas sehari-hari, merawat, dan mengantar pasien untuk konsultasi ke rumah sakit.

4.2.3 Dimensi Psikologis Keluarga Pasien Luka Bakar dan Faktor yang Memengaruhi

Hasil penelitian ini menunjukkan dimensi psikologi keluarga pasien luka bakar dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor tersebut yaitu jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan lama rawat inap pasien. Sementara itu, pekerjaan, pendapatan, riwayat penyakit kronis dan tingkat keparahan luka bakar pasien tidak memengaruhi psikologi keluarga.

Jenis kelamin memengaruhi dimensi psikologis keluarga pasien luka bakar terutama pada aspek perasaan positif. Perempuan memiliki psikologis yang lebih rendah. Psikologi perempuan memiliki perasaan positif lebih rendah karena lebih emosional dibandingkan dengan laki-laki. Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Odzemir dan Saritas (2018). Penelitian Friedemann dan Buckwalter (2014), berpendapat bahwa perempuan menganggap diri mereka memiliki peran sebagai pelaku rawat, anggapan tersebut yang membuat beban stress bagi mereka. Selain itu perempuan lebih emosional jika orang yang mereka sayangi mengalami musibah.

Tingkat pendidikan memengaruhi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar terutama pada aspek berpikir dan perasaan negatif. Keluarga yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki kemampuan berpikir yang lebih tinggi dan perasaan negatif yang lebih rendah. Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Odzemir dan Saritas (2018). Tingginya tingkat pendidikan memudahkan seseorang untuk mengerti informasi termasuk ketika keluarga dididikasi oleh tenaga kesehatan. Semakin paham keluarga dengan kondisi pasien, maka menurunkan tingkat stress keluarga (Odzemir dan Saritas, 2018; Bäckström *et al.*, 2018).

Lama rawat inap memengaruhi dimensi psikologis keluarga pasien luka bakar terutama pada aspek perasaan positif dan negatif. Dimensi psikologi

keluarga yang lebih rendah ditemukan pada responden dengan lama rawat inap di atas rata-rata (≥ 11 hari). Keluarga dengan lama rawat inap pasien di atas 11 hari memiliki perasaan positif yang lebih rendah dan perasaan negatif yang lebih tinggi. Hasil ini didukung dengan temuan Bäckström, tahun 2014, yang menemukan korelasi secara bivariat, antara lama rawat inap dengan kualitas hidup keluarga pasien. Penelitian Choi *et al*, 2014, menemukan semakin panjang lama rawat inap pasien menyebabkan kelelahan, gejala depresi, dan berisiko terhadap kesehatan mental pelaku rawat.

Pekerjaan tidak memengaruhi psikologi keluarga pasien maupun semua aspek psikologi keluarga. Hal ini dapat terjadi karena penelitian ini dilakukan pada keluarga pasien yang telah keluar dari rumah sakit. Semua keluarga pasien baik yang bekerja maupun tidak bekerja merasa sangat bersyukur dengan kesembuhan pasien. Hal ini yang menyebabkan keluarga yang memiliki pekerjaan di luar rumah tidak merasakan beban psikologi yang lebih tinggi dibandingkan yang tidak bekerja. Hal ini didukung dengan penelitian Bäckström *et al.* (2014), yang mendapatkan pekerjaan tidak memengaruhi kualitas hidup keluarga setelah pasien keluar dari rumah sakit. Walaupun, temuan ini tidak sejalan dengan penelitian Juratovac *et al.* (2014) mendapatkan pelaku rawat yang bekerja membutuhkan upaya lebih dalam fisik maupun mental dalam menghadapi beban kerja yang bertambah karena harus merawat pasien sehingga dapat mengalami depresi.

Pendapatan tidak memengaruhi dimensi psikologis kualitas hidup keluarga pasien luka bakar. Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Odzemir dan Saritas (2018). Hasil ini mungkin terjadi karena penelitian sebelumnya dilakukan pada keluarga pasien yang masih dirawat di rumah sakit sehingga keluarga sedang membutuhkan biaya untuk rawat inap dan pengobatan pasien. Sedangkan, penelitian ini dilakukan pada pasien yang telah keluar dari rumah sakit sehingga beban pembiayaan keluarga berkurang. Rawat inap pasien luka bakar menghabiskan biaya yang mahal dan membutuhkan waktu yang panjang (McDermott *et al.*, 2016). Selain itu hasil ini akan lebih signifikan apabila dikaitkan dengan total pendapatan keluarga.

Riwayat penyakit kronis menunjukkan hasil yang tidak signifikan dengan psikologi keluarga pasien. Hasil ini menguatkan temuan Odzemir dan Saritas (2018) bahwa tidak ada hubungan riwayat penyakit kronis dengan psikologis keluarga. Keluarga pasien melihat salah satu anggota keluarganya ada yang sedang mengalami musibah merupakan hal yang menyedihkan bagi mereka. Keluarga yang memiliki riwayat penyakit kronis lebih memperhatikan kondisi pasien luka bakar dibandingkan kondisi dirinya. Sari dan Pramono (2014) berpendapat bahwa seseorang dengan penyakit kronis sering membandingkan dirinya dengan orang di sekitarnya. Shiue dan Sand (2016) berpendapat bahwa pelaku rawat dengan penyakit kronis mengalami masalah kurang tenang dan emosional, sementara itu pelaku rawat tanpa penyakit kronis juga mengalami perasaan sedih dan tidak bahagia.

Tingkat keparahan luka bakar pasien tidak mempengaruhi dimensi psikologis keluarga. Tingkat keparahan luka bakar ditentukan juga berdasarkan luas luka bakarnya. Penelitian sebelumnya, Bäckström *et al.* (2014), mendapatkan hasil luas luka bakar tidak berhubungan dengan kualitas hidup keluarga pasien luka bakar.

4.2.4 Dimensi Hubungan Sosial Keluarga Pasien Luka Bakar dan Faktor yang Memengaruhi

Tujuh faktor yang diteliti tidak ada yang berhubungan dengan dimensi hubungan sosial keluarga pasien luka bakar. Hal ini dapat disebabkan karena mayoritas keluarga pasien memiliki dimensi hubungan sosial yang baik.

Jenis kelamin tidak memengaruhi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar. Baik perempuan ataupun laki-laki mendapatkan dukungan yang sama dari kerabat maupun teman. Temuan ini sejalan dengan penelitian Odzemir dan Saritas (2018). Hasil ini dapat tidak berhubungan dimungkinkan juga karena pelaku rawat pada penelitian ini mayoritas berjenis kelamin perempuan. Penelitian Sharma *et al.* (2016) menemukan pelaku rawat perempuan merasa kehidupannya terganggu akibat merawat pasien.

Tingkat pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan tidak memengaruhi hubungan sosial keluarga pasien luka bakar. Mayoritas keluarga memiliki tingkat pendidikan tamat SMA, tidak bekerja dan tidak memiliki pendapatan. Dukungan sosial banyak diterima oleh keluarga pasien baik yang sosioekonominya rendah maupun tinggi. Hasil ini dapat tidak berhubungan karena ada faktor lain yang memengaruhi yaitu kebudayaan sosial masyarakat di Kabupaten Jember. Kebudayaan gotong royong ketika ada yang sakit masih sangat kuat pada masyarakat pedesaan (Rahman, 2016). Kabupaten Jember terdiri dari banyak desa, sehingga gotong royong dan hubungan sosial masyarakatnya cukup tinggi. Walaupun, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Odzemir dan Saritas (2018). Penelitiannya menemukan pelaku rawat luka bakar yang memiliki tingkat edukasi lebih tinggi memengaruhi status sosioekonomi dan sosialnya di masyarakat sehingga dapat meningkatkan dimensi hubungan sosialnya.

Riwayat penyakit kronis tidak memengaruhi dimensi hubungan sosial keluarga pasien luka bakar. Temuan ini sejalan dengan penelitian Odzemir dan Saritas (2018). Riwayat penyakit kronis keluarga pasien yaitu hipertensi dan diabetes melitus. Penelitian Kaliyaperumal *et al.* (2016), mendapatkan dimensi hubungan sosial kualitas hidup pada 300 pasien hipertensi rata-rata tinggi (83,14 dari 100). Penelitian Kumar *et al.* (2016) menemukan diabetes melitus memiliki hubungan yang lemah pada dimensi hubungan sosial dan lingkungan, tetapi pada dimensi psikologis dan kesehatan fisik memiliki hubungan yang kuat.

Lama rawat inap dan tingkat keparahan pasien tidak berhubungan dengan kualitas hidup keluarga pasien luka bakar. Semua keluarga merasa puas dengan banyaknya dukungan dari kerabat, teman, dan pasangan. Penelitian Bäckström *et al.* (2018) menemukan selama rawat inap anggota keluarga pasien dengan luka bakar mendapatkan dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga dan teman. Tingkat keparahan luka bakar berhubungan dengan luas luka bakar pasien. Penelitian sebelumnya, Bäckström *et al.* (2014), mendapatkan hasil luas luka bakar tidak berhubungan dengan kualitas hidup keluarga pasien luka bakar.

4.2.5 Dimensi Lingkungan Keluarga Pasien Luka Bakar dan Faktor yang Memengaruhi

Tujuh faktor yang diteliti tidak ada yang berhubungan dengan dimensi lingkungan keluarga pasien luka bakar maupun aspeknya. Hal ini dapat terjadi karena mayoritas keluarga pasien memiliki dimensi lingkungan kualitas hidup yang baik. Jenis kelamin tidak memengaruhi dimensi lingkungan keluarga pasien luka bakar. Temuan ini didukung dengan penelitian Odzemir dan Saritas (2018).

Tingkat pendidikan, pendapatan, dan pekerjaan tidak memengaruhi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar. Baik keluarga yang sosioekonominya tinggi atau rendah merasakan kemudahan mengakses informasi mengenai pelayanan kesehatan. Baik yang bekerja atau tidak, sama-sama memiliki waktu luang walaupun harus merawat pasien. Namun, hasil ini berbeda dengan penelitian Odzemir dan Saritas (2018). Hal ini dapat terjadi karena pada penelitiannya memiliki jumlah sampel yang lebih besar (sebanyak 200 sampel). Penelitian Dikici *et al.* (2018) menemukan tingkat pendidikan memengaruhi lingkungan pada status keuangan dan kemudahan aksesibilitas terhadap kebutuhan yang merupakan aspek dari dimensi lingkungan.

Riwayat penyakit kronis tidak memengaruhi dimensi lingkungan keluarga pasien luka bakar. Temuan ini sejalan dengan penelitian Odzemir dan Saritas (2018). Penelitian Kumar *et al.* (2016), menemukan diabetes melitus memiliki hubungan yang lemah pada dimensi hubungan sosial dan lingkungan.

Lama rawat inap dan tingkat keparahan luka bakar pasien tidak memengaruhi dimensi lingkungan keluarga pasien luka bakar maupun aspeknya. Hasil ini dapat terjadi karena penelitian ini dilakukan pada keluarga yang pasiennya telah keluar dari rumah sakit. Aspek keuangan, waktu luang, transportasi, dan juga pelayanan kesehatan tidak menunjukkan perbedaan antara kondisi pasien yang parah dengan yang tidak. Penelitian Maan *et al.* (2014) menyebutkan bahwa lama rawat inap pasien yang semakin panjang dapat menambah beban pengeluaran keluarga karena biaya perawatan di rumah sakit. Sedangkan pada penelitian ini, pasiennya telah keluar dari rumah sakit sehingga keluarga sudah tidak memiliki beban biaya rumah sakit terkait rawat inap pasien.

Penelitian sebelumnya, Bäckström *et al.* (2014), mendapatkan hasil luas luka bakar tidak berhubungan dengan kualitas hidup keluarga pasien luka bakar.

4.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan pada penelitian ini antara lain:

- a. Desain penelitian ini menggunakan *cross sectional* sehingga tidak bisa menerangkan hubungan sebab akibat antar variabel karena subjek penelitian hanya diobservasi sekali saja.
- b. Ada faktor yang tidak diteliti seperti fase penyakit dan total pendapatan keluarga. Fase penyakit dapat diteliti apabila peneliti menilai kualitas hidup keluarga sejak pasien dirawat inap hingga 1 tahun pasca keluar dari rumah sakit. Tetapi faktor ini dapat diteliti apabila desain penelitian kohort. Pendapatan pelaku rawat tidak berhubungan pada dimensi psikologi dan lingkungan, hal ini dapat terjadi karena total pendapatan keluarga memengaruhi. Pelaku rawat yang tidak berpendapatan tetap dapat menerima penghasilan tergantung pada sumber keuangan keluarganya.
- c. Jumlah sampel penelitian ini relatif kecil sebanyak 14 sampel karena banyak pasien yang berlokasi di luar Jember, beberapa rekam medis tidak ditemukan, alamat tidak ditemukan, dan pasien ditemukan telah meninggal dunia. Jumlah sampel yang terbatas ini membuat generalisabilitas yang rendah terhadap populasi.
- d. Kuesioner WHOQOL-BREF kurang spesifik untuk menilai kualitas hidup pelaku rawat. CarGoQOL yang merupakan kuesioner bagi pelaku rawat penderita kanker lebih spesifik untuk menilai kualitas hidup pelaku rawat. Namun, perlu dilakukan validitas dan reabilitas kuesioner ini pada sar pelaku rawat pasien luka bakar terlebih dahulu.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Kesimpulan penelitian ini didapatkan berdasarkan hasil dan pembahasan pada bab sebelumnya dan dapat disimpulkan sebagai berikut.

- a. Ada beberapa faktor yang memengaruhi dimensi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar RSD dr. Soebandi Jember. Dimensi kesehatan fisik keluarga dipengaruhi oleh riwayat penyakit kronis, lama rawat inap pasien, pekerjaan, dan pendapatan. Dimensi psikologis keluarga dipengaruhi oleh jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama rawat inap pasien. Sedangkan pada dimensi hubungan sosial dan lingkungan tidak didapatkan faktor yang memengaruhi.
- b. Kualitas hidup keluarga pasien luka bakar di RSD dr. Soebandi sebagian besar ditemukan baik secara fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.
- c. Keluarga pasien luka bakar RSD dr. Soebandi yang merawat pasien mayoritas berjenis kelamin perempuan, tamatan SMA, tidak bekerja, dan tidak berpendapatan. Sebagian besar keluarga juga tidak memiliki riwayat penyakit kronis.
- d. Lama rawat inap pasien luka bakar di RSD dr. Soebandi, Jember sebagian besar ≥ 11 hari dan tingkat keparahan luka bakar pasien mayoritas berat.

5.2 Saran

Peneliti menyarankan hal-hal berikut terkait dengan hasil dan pembahasan penelitian yang didapatkan.

- a. Meningkatkan *Self Care* Keluarga

Kesehatan fisik keluarga harus dijaga dengan asupan gizi dan pola tidur yang baik setiap hari. Selain itu olahraga 10-20 menit per minggu seperti berjalan dapat mengurangi beban fisik dan mental keluarga.

- b. Dibentuknya *Family Centered Care* di RSD dr. Soebandi, Jember

Family centered care berfungsi sebagai tempat berdiskusi antara sesama pasien, keluarga dan tenaga kesehatan Fungsi wadah ini untuk:

- 1) akses informasi terkait pengalaman perawatan luka bakar,
- 2) sarana pelatihan anggota keluarga mengenai cara perawatan pasien,
- 3) tempat konseling permasalahan keluarga pasien baik dari segi sosioekonomi, psikologi, waktu, dan kelelahan dalam merawat pasien, dan
- 4) edukasi keluarga mengenai *problem solving skill* dan strategi *coping*.

c. Mempertimbangkan Sosiodemografi Pelaku Rawat Pasien Luka Bakar

Tenaga kesehatan maupun keluarga sebaiknya mempertimbangkan sosiodemografi pelaku rawat dalam menentukan pelaku rawat pasien.

- 1) Jenis kelamin pelaku rawat sebaiknya perempuan karena lebih bertanggungjawab dalam merawat pasien. Namun, penyampaian berita buruk lebih disarankan kepada anggota keluarga yang berjenis kelamin laki-laki, karena perempuan lebih emosional.
- 2) Pendidikan pelaku rawat sebaiknya memiliki tingkat pendidikan paling tinggi pada keluarga. Hal ini memudahkan pelaku rawat untuk mengerti hal-hal yang disampaikan oleh tenaga kesehatan.
- 3) Pelaku rawat yang tidak bekerja dan tidak memiliki riwayat penyakit kronis lebih disarankan untuk merawat pasien.

Peneliti menyarankan bagi penelitian selanjutnya untuk mempertimbangkan hal-hal berikut terkait dengan adanya keterbatasan penelitian.

- a. Desain penelitian kohort disarankan agar dapat menilai kualitas hidup keluarga dari waktu ke waktu.
- b. Variabel penelitian yang perlu diteliti yaitu pendapatan total keluarga pasien dan fase penyakit pasien.
- c. Keluarga yang pasiennya sedang dirawat inap dimasukkan dalam sampel penelitian.
- d. Rumah sakit perlu melengkapi data-data rekam medis yang hilang.

DAFTAR PUSTAKA

- Bäckström, J. 2013. Family Members of Patients With Burns: Experiences of A Distressful Episode. *Disertasi*. Uppsala: Universitas Uppsala.
- Bäckström, J., Öster, C., Gerdin, B., Ekselius, L., dan Willebrand, M. 2014. Health-Related Quality of Life in Family Members of Patients With Burns. *Journal of Burn Care & Research*. 35(3): 243–250.
- Bäckström, J., Willebrand, M., Sjöberg, F., dan Haglund, K. 2018. Being a family member of a burn survivor—experiences and needs. *Burns Open*.
- Badger, K., dan Royse, D. 2010. Adult burn survivors' views of peer support: a qualitative study. *Social Work in Health Care*. 49: 299-313.
- Baumann, M., Couffignal, S., Le Bihan, E., dan Chau, N. 2012. Life satisfaction two-years after stroke onset: the effects of gender, sex occupational status, memory function and quality of life among stroke patients (Newsqol) and their family caregivers (Whoqol-bref) in Luxembourg. *BMC Neurology*. 12(105): 1–11.
- Bishop, S. M., Walker, M. D., dan Spivak, I. M. 2013. Family presence in the adult burn intensive care unit during dressing changes. *Crit Care Nurse*. 33:14–24.
- Cao, Y., Tang, X., Yang, L., Li, N., Wu, Y. Q., Fan, W. Y., Liu, J. J. dan Hu, Y. H. 2012. Influence of chronic diseases on health related quality of life in middle-aged and elderly people from rural communities: application of EQ-5D scale on a Health Survey in Fangshan, Beijing. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 33(1): 17-22.
- Caro, C. C., Costa, J. D., dan Da Cruz, D. M. C. 2018. Burden and Quality of Life of Family Caregivers of Stroke Patients. *Occupational therapy in health care*. 32(2): 154-171.
- Cuthbert, C. A., King-Shier, K., Tapp, D., Ruether, D., dan Culos-Reed, S. N. 2017. Exploring Gender Differences in Self-Reported Physical Activity and Health Among Older Caregivers. *Oncol Nurs Forum*. 44(4): 435-445.
- CDC, 2016. HRQOL concepts. <https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>. [diakses 15 Oktober 2018].
- Chappell, N. L., Dujela, C., dan Smith, A. 2015. Caregiver well-being: intersections of relationship and gender. *Research on Aging*. 37(6): 623–645.

- Choi, J., Tate, J. A., Hoffman, L. A., Schulz, R., Ren, D., Donahoe, M. P., dan Sherwood, P. R. (2014). Fatigue in family caregivers of adult intensive care unit survivors. *Journal of pain and symptom management*. 48(3): 353-363.
- Christiaens, W., Van de Walle, E., Devresse, S., Van Halewyck, D., Benahmed, N., Paulus, D., dan Van den Heede, K. 2015. The view of severely burned patients and healthcare professionals on the blind spots in the aftercare process: a qualitative study. *BMC health services research*, 15(1), 302.
- Daniati, R. 2017. Kualitas Hidup Caregiver dalam Merawat Anggota Keluarga dengan Skizofrenia di RS Jiwa Prof. Dr. M. Ildrem Medan. *Skripsi*. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Depkes, 2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Dikici, S. D., Eser, E., Çökmüş, F. P., dan Demet, M. M. 2018. Quality of Life and Associated Risk Factors in Caregivers of Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 1-8.
- Elfiah, U., dan Riasa, N. 2017. SKKD No. 1151/UN25. 5.1/TU. 3/2017. "Epidemiology and Burns Referral in Secondary Burn Unit of Soebandi Hospital, Jember Regency, East Java-Indonesia."
- Etikan, I., Musa, S. A., dan Alkassim, R. S. 2016. Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*. 5(1): 1-4.
- Friedman, Marilyn M. 2010. *Buku ajar keperawatan keluarga : Riset, Teori dan Praktek*. Jakarta : EGC.
- Friedemann, M. L., dan Buckwalter, K. C. 2014. Family caregiver role and burden related to gender and family relationships. *Journal of family nursing*. 20(3): 313-336.
- Griggs, C., Gerverman, J., Bittner, E. A., dan Levi, B. 2017. Sedation and pain management in burn patients. *Clinics in plastic surgery*. 44(3): 535-540.
- Gullick, J. G., Taggart, S. B., Johnston, R. A., dan Ko, N. 2014. The trauma bubble: patient and family experience of serious burn injury. *Journal of Burn Care & Research*. 35(6): 413-427.
- Horridge, G., Cohen, K., dan Gaskell, S. 2010. BurnEd: parental, psychological and social factors influencing a burn-injured child's return to education. *Burns*. 36(5): 630-638.

- Junaidy, D., dan Surjaningrum, E. R. 2014. Perbedaan kualitas hidup pada dewasa awal yang bekerja dan yang tidak bekerja. *Jurnal Psikologi Industri dan Organisasi*. 3(2): 102-107.
- Juratovac, E., dan Zauszniewski, J. A. 2014. Full-time employed and a family caregiver: A profile of women's workload, effort, and health. *Women's Health Issues*. 24(2); e187-e196.
- Kaliyaperumal, S., Hari, S. B., Siddela, P. K., dan Yadala, S. 2016. Assessment of Quality of Life in Hypertensive Patients. *J App Pharm Sci*, 6(5), 143-7.
- Kumar, P., Agarwal, N., Singh, C. M., Pandey, S., Ranjan, A., dan Kumar, K. 2016. Diabetes and Quality of Life – a pilot study. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 5(6): 1143-1147.
- Karimi, H., Motevalian, S. A., Momeni, M., dan Ghadarjani, M. 2015. Financial burden of burn injuries in Iran: a report from the burn registry program. *Annals of burns and fire disasters*. 28(4): 310.
- Karyani, A. K., Rashidian, A., Sefiddashti, S. E., & Sari, A. A. 2016. Self-reported health-related quality of life (HRQoL) and factors affecting HRQoL among individuals with health insurance in Iran. *Epidemiology and health*. 38.
- McDermott, K, W., Weiss, A, J., Elixhauser, A. 2016. Burn-Related Hospital Inpatient Stays and Emergency Department Visits, 2013. Healthcare Cost And Utilization Project. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409513/pdf/Bookshelf_NBK409513.pdf. [Diakses 18 Februari 2018].
- Maan, Z. N., Frew, Q., Din, A. H., Unluer, Z., Smailes, S., Philp, B., El-Muttardi, N., dan Dziewulski, P. 2014. Burns ITU admissions: length of stay in specific levels of care for adult and paediatric patients. *Burns*. 40: 1458 – 1462.
- Megari, K. 2013. Quality of life in chronic disease patients. *Health psychology research*. 1(3): 141-148.
- Mitnick, S., Leffler, C., Hood, V. L., dan American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. 2010. Family caregivers, patients and physicians: ethical guidance to optimize relationships. *Journal of general internal medicine*. 25(3): 255-260.
- Moi A.L., Haugsmyr E., dan Heisterkamp H. 2016. Long-term study of health and quality of life after burn injury. *Annals of Burns and Fire Disasters*. 29(4): 295-299.

- Moss, L. S. 2010. Treatment of the burn patient in primary care. *Advances in skin & wound care*. 23(11): 517-524.
- New York Presbyterian. 2011. Hospital William Randolph Hearst Burn Center Parent and Caregiver Guide. https://www.nyp.org/pdf/burn_center/WRH_Burn_Center_Parent_and_Caregiver_Guide_Final.pdf [Diakses 20 Oktober 2018].
- Notoatmodjo, S. 2015. *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta.
- Nurchaya, L. M., dan Utami, R. S. 2015. Gambaran Kualitas Hidup Keluarga Pasien Kritis di Intensive Care Unit RSUD Tugurejo Semarang. *Skripsi*. Semarang : Universitas Diponegoro.
- Oh, H., dan Boo, S. 2017. Quality of life and mediating role of patient scar assessment in burn patients. *Burns*. 43(6): 1212-1217.
- Oropello, J. M., dan Guzman, E. P. 2017. Chapter 61: Critical Care of Burn Patients <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1944§ionid=143520899>. [Diakses tanggal 9 November 2017]
- Ozdemir, A., dan Saritas, S. 2018. Is the quality of life of turkish burn patient's family affected during acute care? *International Journal of Caring Sciences*. 11(2): 996-1005.
- Patricia, H., dan Irman, V. 2018. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada caregiver klien skizofrenia. *JIK-Jurnal Ilmu Kesehatan*. 1(2): 42-49.
- Perugub Jawa Timur Nomor 75 Tahun 2017. *Upah Minimum Kabupaten/Kota di Propinsi Jawa Timur*. 17 November 2017.
- Putri, N. M., dan Purwanti, E, Y. 2012. Analisis penawaran tenaga kerja wanita menikah dan faktor yang mempengaruhinya di kabupaten Brebes. *Disertasi*. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Poluan, M. A., Kalesaran, A. F., dan Ratag, B. T. 2017. Hubungan Antara Hipertensi Dengan Kualitas Hidup Pada Penduduk Di Kelurahan Kinilow Kecamatan Tomohon Utara Kota Tomohon. *Media Kesehatan*. 9(3).
- Rahayuningsih, T. 2012. Penatalaksanaan luka bakar (combustio). *Profesi (Profesional Islam): Media Publikasi Penelitian*. 8.
- Rahman, A. 2016. Perubahan Budaya Bergotong Royong Masyarakat Di Desa Santan Tengah Kecamatan Marangkayu. *eJournal Sosiatri-Sosiologi*. 4(1): 86-99.

- Ray, D. E., Karlekar, M. B., Crouse, D. L., Campbell, M., Curtis, J. R., Edwards, J., dan Weissman, D. E. 2017. Care of the critically ill burn patient: An overview from the perspective of optimizing palliative care. *Annals of the American Thoracic Society*. 14(7): 1094-1102.
- Reinhard, S. C., Given, B., Petlick, N. H., dan Bemis, A. 2008. Supporting family caregivers in providing care, in: *Patient safety and quality an evidence-based handbook for nurses*. Rockville: Dept. of Health and Human Services.
- Retnowati, N., dan Satyabakti, P. 2015. Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup penderita diabetes melitus di puskesmas tanah kalikedinding. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 3(1): 57-68.
- Rose, D. M., Seidler, A., Nübling, M., Latza, U., Brähler, E., Klein, E. M., dan König, J. 2017. Associations of fatigue to work-related stress, mental and physical health in an employed community sample. *BMC psychiatry*. 17(1): 167.
- Rimmer, R. B., Bay, R. C., Sadler, I. J., Alam, N. B., Foster, K. N., dan Caruso, D. M. 2014. Parent vs burn-injured child self-report. *Journal of Burn Care & Research*. 35(4): 296-302.
- Rudall, N., dan Green, A. 2010. Burns Clinical Features and Prognosis. *Clinical Pharmacist*. 2: 245-246.
- Rodakowski, J., Skidmore, E. R., Rogers, J. C., & Schulz, R. 2012. Role of Social Support in Predicting Caregiver Burden. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 93(12): 2229-2236.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., dan Ruiz, P. 2015. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Edisi ke 11. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sari, N. K., dan Pramono, A. 2014. Status gizi, penyakit kronis, dan konsumsi obat terhadap kualitas hidup dimensi kesehatan fisik lansia. *Journal of Nutrition College*. 3(1): 83-89.
- Schnitzer, S., Oedekoven, M., Amin-Kotb, K., Gellert, P., Balke, K., dan Kuhlmeij, A. (2017). Caregivers'burden and Education Level: Does Subjective Health Mediate The Association? *Innovation in aging*. 1: 447.
- Sedgwick, P. (2014). Cross sectional studies: advantages and disadvantages. *BMJ: British Medical Journal (Online)*: 348.
- Sharma, N., Chakrabarti, S., dan Grover, S. 2016. Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. *World journal of psychiatry*. 6(1): 7-17

- Shiue, I., & Sand, M. 2016. Quality of life in caregivers with and without chronic disease: Welsh Health Survey, 2013. *Journal of Public Health*. 39(1): 34-44.
- Siahaan, S. D. 2014. Profil penderita luka bakar akibat listrik di BLU RSUD Prof. Dr. Rd Kandou Manado periode Agustus 2009– Agustus 2012. *e-CliniC*. 2(1).
- Silva, P. A. B., Soares, S. M., Santos, J. F. G., dan Silva, L. B. 2014. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Revista de saude publica*. 48: 390-397.
- Siwiutami, F., Purwanti, O. S., dan Ns, M. K. 2017. Gambaran Kualitas Hidup Pada Penyandang Diabetes Melitus Di Wilayah Puskesmas Purwosari Surakarta. *Skripsi*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Sjamsuhidajat, R dan Wim, D. J. 2017. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi 4. Jakarta: EGC
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: PT Alfabet.
- Wardhana, A., Basuki, A., Prameswara, A. D. H., Rizkita, D. N., Andarie, A. A., dan Canintika, A. F. 2017. The epidemiology of burns in Indonesia's national referral burn center from 2013 to 2015. *Burns Open*. 1(2): 67-73.
- World Health Organization. 2012. Programme on mental health : WHOQOL user manual, 2012 revision. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/77932> [diakses 15 Oktober 2018].
- World Health Organization. 2008. A WHO plan for burn prevention and care. <http://www.who.int/iris/handle/10665/97852>. [diakses 15 Oktober 2018].
- Yastı, A. Ç., Şenel, E., Saydam, M., Özok, G., Çoruh, A., dan Yorgancı, K. 2015. Guideline and treatment algorithm for burn injuries. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 21(2): 79-89.
- Zamzam, R., Midin, M., Hooi, L. S., Yi, E. J., Ahmad, S. N., Azman, S. F., dan Borhanudin, M. S. 2011. Schizophrenia in Malaysian families_ A study on factors associated with quality of life of primaryfamily caregivers. *Int J Ment Health Syst*. 5(16): 1–16.

LAMPIRAN

Lampiran 3.1 Case Report Form

CASE REPORT FORM

No. Rekam Medis pasien Tanggal - -

Identitas pasien

Nama lengkap :		
Usia :	Tahun	
Alamat :		
Nomor Telpon :		

Identitas keluarga

Nama lengkap :		
Usia :	Tahun	
Alamat :		
Nomor Telpon :		

Riwayat luka bakar pasien

Regio luka bakar :	<input type="checkbox"/> Kepala <input type="checkbox"/> Wajah <input type="checkbox"/> Tangan <input type="checkbox"/> Kaki <input type="checkbox"/> Genitalia <input type="checkbox"/> Badan		
Luas luka bakar :			
Derajat kedalaman luka :			
Tingkat keparahan luka bakar :	<input type="checkbox"/> Ringan <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Berat		
Tanggal masuk rumah sakit :	Lama rawat inap:		
Tanggal keluar rumah sakit :	<input type="text"/> hari		

Lampiran 3.2 Lembar Penjelasan kepada Calon Sampel

LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON SAMPEL

Saya Anita Widaad Taqiyyah dengan NIM 152010101052 merupakan Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember. Saya merupakan asisten **dr. Ulfa Elfiah, M.Kes., Sp.BP-RE (K)** (dokter penanggung jawab pasien luka bakar di RSD. dr. Soebandi, Jember). Saya telah mendapatkan persetujuan dari beliau untuk melakukan penelitian tentang kualitas hidup keluarga pasien luka bakar dewasa di RSD dr. Soebandi, Kabupaten Jember. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor apa sajakah yang dapat memengaruhi kualitas hidup keluarga pasien luka bakar di RSD dr. Soebandi, Jember.

Anda termasuk keluarga pasien luka bakar dewasa yang termasuk dalam kriteria penelitian. Dalam hal ini, peneliti meminta Anda untuk menjadi sukarelawan dalam penelitian ini. Manfaat bagi Anda apabila ikut dalam penelitian ini yaitu Anda dapat mengetahui skor kualitas hidup Anda. Peneliti juga akan mengedukasi Anda tentang bagaimana cara merawat pasien luka bakar dengan baik pada fase rehabilitasi. Apabila Anda bersedia ikut dalam penelitian ini, Anda akan diminta untuk mengisi dan mendatangi lembar persetujuan dan menjawab beberapa pertanyaan penelitian, kemudian mengikuti prosedur penelitian ini.

Anda bebas untuk menolak ikut serta dalam penelitian dan apabila Anda telah memutuskan untuk ikut serta, Anda juga bebas untuk mengundurkan diri sewaktu-waktu. Apabila Anda tidak mengikuti instruksi yang diberikan oleh peneliti, Anda dapat dikeluarkan sewaktu-waktu dari penelitian ini.

Semua data dalam penelitian ini diperlakukan secara rahasia sehingga orang lain tidak mengetahui identitas Anda. Semua berkas mencantumkan identitas Anda hanya digunakan untuk kepentingan pengolahan data.

Apabila penelitian ini telah selesai, data milik responden akan dimusnahkan. Anda akan diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu Anda membutuhkan penjelasan, Anda dapat menghubungi Anita Widaad Taqiyyah, Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada nomor 082150401593.

Lampiran 3.3 Lembar Persetujuan**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : _____

Alamat : _____

Menyatakan bersedia untuk menjadi subyek penelitian dari :

Nama : Anita Widaad Taqiyyah

Fakultas : Kedokteran Universitas Jember

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

2. dr. Ida Srisurani Wiji A., M.Kes

Dengan judul penelitian “Analisis Faktor Kualitas Hidup Keluarga Pasien Luka Bakar Dewasa di RSD dr. Soebandi, Jember”. Semua penjelasan telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila masih memerlukan penjelasan, saya akan mendapat jawaban dari peneliti. Dengan mendatangi formulir ini, saya setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

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

No. Responden : Tanggal/Bulan/Tahun :

Tanda Tangan Peneliti	Tanda Tangan Keluarga
(.....)	(.....)

Lampiran 3.4 Lembar Identitas Responden**ANALISIS FAKTOR KUALITAS HIDUP KELUARGA PASIEN LUKA
BAKAR DEWASA DI RSD dr. SOEBANDI, JEMBER**

No. Responden :..... Tanggal Pengisian Data:.....

Saudara diminta mengisi pertanyaan berikut dengan mengisi kuesioner atau memilih salah satu jawaban yang menurut saudara paling sesuai dengan diri Anda

IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Tanggal Lahir :
3. Usia :
4. Durasi merawat pasien :
5. Alamat :
6. Nomer telepon :
7. Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*
8. Tingkat Pendidikan :*
 - a. Tidak Bersekolah
 - b. Tamat SD
 - c. Tamat SLTP/SMP
 - d. Tamat SLTA/SMA
 - e. Tamat Sarjana
9. Status Perkawinan : Menikah/ Belum menikah*
10. Bekerja : Iya/ Tidak *
11. Pendapatan perbulan :
12. Riwayat penyakit kronis :

*** Lingkari jawaban Anda**

Lampiran 3.5 Kuesioner Kualitas Hidup WHOQOL-BREF

KUESIONER KUALITAS HIDUP WHOQOL-BREF

No. Responden :..... Tanggal Pengisian Data:.....

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan Anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup Anda. Saya akan membacakan setiap pertanyaan kepada Anda, bersamaan dengan pilihan jawaban. **Pilihlah jawaban yang menurut Anda paling sesuai.** Jika Anda tidak yakin tentang jawaban yang akan Anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran pertama yang muncul pada benak Anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik.

Camkanlah dalam pikiran Anda segala standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian Anda. Pertanyaan ini akan Anda jawab berdasarkan kehidupan Anda pada empat minggu terakhir.

No	Pertanyaan	Sangat Buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat baik
1.	Bagaimana menurut Anda kualitas hidup Anda?	1	2	3	4	5

No	Pertanyaan	Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
2.	Seberapa puas Anda terhadap kesehatan Anda?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang **seberapa sering** Anda telah mengalami hal-hal berikut ini dalam empat minggu terakhir.

No	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Sedikit	Dalam jumlah sedang	Sangat sering	Dalam jumlah berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik Anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan Anda?	1	2	3	4	5
4.	Seberapa sering Anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari Anda?	1	2	3	4	5
5.	Seberapa jauh Anda menikmati hidup Anda?	1	2	3	4	5

6.	Seberapa jauh Anda merasa hidup Anda berarti?	1	2	3	4	5
7.	Seberapa jauh Anda mampu berkonsentrasi?	1	2	3	4	5
8.	Secara umum, seberapa aman Anda rasakan dalam kehidupan sehari-hari?	1	2	3	4	5
9.	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dengan sarana dan prasarana)?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut adalah tentang **seberapa penuh** Anda telah mengalami hal-hal berikut ini dalam empat minggu terakhir.

No	Pertanyaan	Tidak sama sekali	Sedikit	Sedang	Seringkali	Sepenuhnya dialami
10.	Apakah Anda memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari?	1	2	3	4	5
11.	Apakah Anda dapat menerima penampilan tubuh Anda?	1	2	3	4	5
12.	Apakah Anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan Anda?	1	2	3	4	5
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan Anda dari hari ke hari?	1	2	3	4	5
14.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang /rekreasi?	1	2	3	4	5

No	Pertanyaan	Sangat buruk	Buruk	Biasa-biasa saja	Baik	Sangat Baik
15.	Seberapa baik kemampuan Anda dalam bergaul?	1	2	3	4	5

No	Pertanyaan	Sangat tidak memuaskan	Tidak memuaskan	Biasa-biasa saja	Memuaskan	Sangat memuaskan
16.	Seberapa puaskah Anda dengan tidur Anda?	1	2	3	4	5

17.	Seberapa puasah Anda dengan kemampuan Anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan Anda sehari-hari?	1	2	3	4	5
18.	Seberapa puasah Anda dengan kemampuan Anda untuk bekerja?	1	2	3	4	5
19.	Seberapa puasah Anda terhadap diri Anda?	1	2	3	4	5
20.	Seberapa puasah Anda dengan hubungan personal / sosial anda?	1	2	3	4	5
21.	Seberapa puasah Anda dengan kehidupan seksual Anda?	1	2	3	4	5
22.	Seberapa puasah Anda dengan dukungan yg anda peroleh dari teman anda?	1	2	3	4	5
23.	Seberapa puasah Anda dengan kondisi tempat Anda tinggal saat ini?	1	2	3	4	5
24.	Seberapa puasah Anda dengan akses Anda pada layanan kesehatan?	1	2	3	4	5
25.	Seberapa puasah Anda dengan transportasi yg harus Anda jalani?	1	2	3	4	5

Pertanyaan berikut merujuk pada **seberapa sering** anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut dalam empat minggu terakhir.

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Jarang	Cukup sering	Sangat sering	Selalu
26.	Seberapa sering Anda memiliki perasaan negatif seperti ' <i>feeling blue</i> ' (kesepian), putus asa, cemas dan depresi?	1	2	3	4	5

[Tabel berikut ini harus dilengkapi setelah wawancara selesai]

	<i>Equations for computing domain</i>	<i>Raw score</i>	<i>Transformed scores*</i>
			0-100
<i>Domain 1</i>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$++++++.....		
<i>Domain 2</i>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$+++++		
<i>Domain 3</i>	$Q20 + Q21 + Q22$++		
<i>Domain 4</i>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$++++++..... +.....		

Lampiran 3.6 Tabel Pengubahan Nilai *Raw Score* ke *Transformed Score*

DOMAIN 1		
Raw score	Trasnformed scores	
	4-20	0-100
7	4	0
8	5	6
9	5	6
10	6	13
11	6	13
12	7	19
13	7	19
14	8	25
15	9	31
16	9	31
17	10	38
18	10	38
19	11	44
20	11	44
21	12	50
22	13	56
23	13	56
24	14	63
25	14	63
26	15	69
27	15	69
28	16	75
29	17	81
30	17	81
31	18	88
32	18	88
33	19	94
34	19	94
35	20	100

DOMAIN 2		
Raw score	Trasnformed scores	
	4-20	0-100
6	4	0
7	5	6
8	5	6
9	6	13
10	7	19
11	7	19
12	8	25
13	9	31
14	9	31
15	10	38
16	11	44
17	11	44
18	12	50
19	13	56
20	13	56
21	14	63
22	15	69
23	15	69
24	16	75
25	17	81
26	17	81
27	18	88
28	19	94
29	19	94
30	20	100

DOMAIN 3		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
3	4	0
4	5	6
5	7	19
6	8	25
7	9	31
8	11	44
9	12	50
10	13	56
11	15	69
12	16	75
13	17	81
14	19	94
15	20	100

DOMAIN 4		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
8	4	0
9	5	6
10	5	6
11	6	13
12	6	13
13	7	19
14	7	19
15	8	25
16	8	25
17	9	31
18	9	31
19	10	38
20	10	38
21	11	44
22	11	44
23	12	50
24	12	50
25	13	56
26	13	56
27	14	63
28	14	63
29	15	69
30	15	69
31	16	75
32	16	75
33	17	81
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100

Lampiran 3.7 Persetujuan Etik Penelitian

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 APPROVAL

Nomor : 1219 /H25.1.11/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 :

**ANALISIS KUALITAS HIDUP KELUARGA DAN FAKTOR-FAKTOR YANG
MEMPENGARUHI PADA PASIEN LUKA BAKAR DEWASA RSD dr. SOEBANDI,
JEMBER**

Nama Peneliti Utama : Anita Widaad Taqiyah.
Name of the principal investigator

NIM : 152010101052

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
Name of institution

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

Jember, 26-12-2018
Ketua Komisi Etik Penelitian


dr. Rini Riyanti, Sp.PK

Tanggapan Anggota Komisi Etik

(Diisi oleh Anggota Komisi Etik, berisi tanggapan sesuai dengan butir-butir isian diatas dan telaah terhadap Protokol maupun dokumen kelengkapan lainnya)

Review Proposal :

- Subyek penelitian menandatangani informed content
- Saran = adanya kompensasi bagi subyek penelitian
- Peneliti mendapat ijin dari institusi tempat penelitian
- Peneliti mengambil data rekam medik, yang dibutuhkan saja untuk penelitian
- Nama subyek penelitian dlm data penelitian diamankan.
- Peneliti menjaga kerahasiaan data rekam medik
- Apabila memungkinkan = adanya kompensasi bagi keluarga subyek penelitian
- Hasil penelitian dilaporkan kembali pd institusi tempat penelitian

Jember, 26-12-2018

Reviewer

Nama : dr. Rini Riyanti, Sp.PK

Lampiran 3.8 Surat Rekomendasi BAKESBANGPOL

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

Kepada
 Yth. Sdr. Direktur RSD. dr. Soebandi Jember
 di - JEMBER

SURAT REKOMENDASI
 Nomor : 072/04/415/2019

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 tanggal 31 Desember 2018 Nomor : 3123/UN25.1.11/LT/2018 perihal Permohonan Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Anita Widaad Taqiyyah / 152010101052
 Instansi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
 Keperluan : Mengadakan penelitian untuk penyusunan skripsi dengan judul :
 "Analisis Kualitas Hidup Keluarga dan Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pada Pasien Luka Bakar Dewasa RSD. dr. Soebandi Jember"
 Sampel Data : Pasien Luka Bakar SMF Bedah RSD. dr. Soebandi Jember
 Lokasi : RSD. dr. Soebandi Jember
 Waktu Kegiatan : Januari 2019

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 : 02-01-2019
 An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK


 Sekretaris
 Drs. HERI WIDODO
 Pembina Tk. I
 NIP. 19611224 198812 1 001

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

Lampiran 3.9 Surat Izin Penelitian dari RSD dr. Soebandi

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

JEMBER

Jember, 17 Januari 2019

Nomor : 423.4/1097 /610/2019
Sifat : Penting
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

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

Menindak lanjuti surat permohonan saudara Nomor :
3123/UN25.1.11/LT/2018 Tanggal 31 Desember 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 : Anita Widaad Taqiyah
NIM : 152010101052
Fakultas : Fakultas Kedokteran UNEJ
Judul Penelitian : Analisis kualitas hidup keluarga dan faktor –
Faktor yang mempengaruhi pada pasien luka
Bakar dewasa RSD dr.Soebandi Jember

Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi
dengan Bidang Diklat

Demikian untuk diketahui,atas perhatiannya kami sampaikan
terima kasih.

 Direktur
Wadir SDM & Pendidikan
Drg. Hef Setyoargo, SH.M.Kes
NIP. 19650214 199203 1 007

Tembusan Yth:

1. Ka.Bag/Kabid/Ka.Inst.terkait
2. Ka.Ru terkait
3. Arsip

Lampiran 3.9 Rekomendasi Bebas Plagiasi**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGIDAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEDOKTERAN**

Jl. Kalimantan I/37 Kampus Tegal Boto. Telp. (0331) 337877, Fax (0331) 324446
Jember 68121.

REKOMENDASI BEBAS PLAGIASI

Nomor : 86 /H25.1.11/KBSI/2019

Komisi bimbingan Skripsi dan Ilmiah, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya peningkatan kualitas dan originalitas karya tulis ilmiah mahasiswa berupa skripsi, telah melakukan pemeriksaan plagiasi atas skripsi yang berjudul :

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI KUALITAS HIDUP
KELUARGA PASIEN LUKA BAKAR DEWASA RSD DR. SOEBANDI, JEMBER**

Nama Penulis : Anita Widaad Taqiyyah
NIM. : 152010101052
Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Telah menyetujui dan dinyatakan "**BEBAS PLAGIASI**"

Surat Rekomendasi ini dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 26 Februari 2019
Komisi Bimbingan Skripsi & Ilmiah
Ketua,

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

Lampiran 4.1 Tabel Distribusi Data Pasien Luka Bakar Oktober 2016-Oktober 2018

No	Alamat	Tahun Inside n	Usia (th)	Etiologi luka bakar	Regio	Luas luka bakar	Derajat luka bakar	Tingkat keparahan luka bakar	Kondisi Pulang	Lama rawat inap	Keterangan (Alasan tereksklusi)
P01	Jember	2018	59	Scald	Thoraks, Femur	17%	II AB	Sedang	Membaik, sisa 2%	18 hari	
P02	Jember	2018	53	Termal	Manus dan Pedis	5%	II B	Berat	Membaik, sisa 4%	4 hari	
P03	Jember	2018	24	Scald	Ekst. superior & inferior	14%	II B	Sedang		2 hari	Pulang paksa
P04	Jember	2018	48	Termal	Thoraks, Femur	18%	II AB	Sedang	Membaik, sisa 3%	31 hari	
P05	Jember	2018	28	Termal	Facialis, Eks. superior & inferior	31%	II AB	Berat	Membaik, sisa 6%	17 hari	
P06	Jember	2018	47	Scald	Pedis	8%	II A	Berat	Membaik, sisa 2%	10 hari	
P07	Jember	2018	30	Elektrik	-	-	II-III	Berat		19 hari	Alamat tidak ditemukan
P08	Jember	2018	32	Scald	Thoraks, Eks. inferior	20%	II B	Sedang	Membaik, sisa 4%	11 hari	
P09	Jember	2018	44	Termal	Facialis, Capitis, Eks. superior & inferior	20%	II AB	Berat	Membaik, sisa 5%	12 hari	
P10	Jember	2017	21	Termal	Seluruh tubuh	92%				1 hari	Meninggal setelah ditemui
P11	Jember	2017	28	Elektrik	Capitis	4%	II	Berat	Membaik, sisa 1 %	14 hari	
P12	Jember	2017	41	Termal	Antebrachii, Femur	10%	II B	Sedang	Membaik, sisa 5%	10 hari	Pulang paksa

No	Alamat	Tahun Insiden	Usia (th)	Etiologi luka bakar	Regio	Luas luka bakar	Derajat luka bakar	Tingkat keparahan luka bakar	Kondisi Pulang	Lama rawat inap	Keterangan (Alasan tereksklusi)
P13	Jember	2017	31	Termal	Capitis, Eks. superior & inferior	36,50 %	II AB	Berat	Membaik, sisa 7%	30 hari	
P14	Jember	2017	40	Scald	Inguinalis, Eks. inferior	36%	II AB	Berat		29 hari	Pulang Paksa
P15	Jember	2017	60	Termal	Thoraks & abdomen	50%	II AB	Berat		13 hari	Alamat tidak ditemukan
P16	Jember	2017	38	Scald	Facialis & Thoraks	5%	II B	Berat	Membaik, sisa 4%	4 hari	
P17	Jember	2017	49	Scald	Brachii & Femoris	18%	II AB	Sedang	Membaik, sisa 8,5%	8 hari	
P18	Jember	2017	23	Scald	Eks. Superior	7%	II A	Ringan		5 hari	Tingkat keparahan pasien ringan
P19	Jember	2017	41	Termal	Ekstrimitas Inferior	20%	II AB	Sedang	Membaik, sisa 5%	52 hari	
P20	Jember	2016	36	Scald	Lengan atas, tungkai	73%	II B	Berat		21 hari	DM
P21	Jember	2016	57	Termal	-	53%	II AB	Berat		10 hari	Meninggal setelah ditemui
P22	Jember	2016	44	Termal	Lengan, Badan, Genitalia	43%	II A	Berat		15 hari	Meninggal setelah ditemui
P23	Jember	2016	45	Elektrik	-	12%	III	Berat	Membaik, sisa 1 %	17 hari	
P24	Jember	2016	32	Termal	Brachii, Cruris, Pedis	37%	II AB	Berat		20 hari	DM
P25	Jember	2016	35	Kimia (spirtus)	R. Facialis	3%	II	Berat	Membaik, sisa 2 %	5 hari	

No	Alamat	Tahun Insiden	Usia (th)	Etiologi luka bakar	Regio	Luas luka bakar	Derajat luka bakar	Tingkat keparahan luka bakar	Lama rawat ina	Keterangan (Alasan tereksklusi)
P26	Situbondo	2018	55	Termal	Badan	42%	II AB	Berat	12 hari	Tidak di Jember
P27	Situbondo	2018	27	Termal	-	28%	II	Berat	2 hari	Tidak di Jember
P28	Situbondo	2018	27	Termal	Facialis, Eks. superior & inferior	35%	II-III	Berat	8 hari	Tidak di Jember
P29	Situbondo	2018	40	Termal	Facialis, Eks. superior & inferior	34,5%	II AB	Berat	4 hari	Tidak di Jember
P30	Situbondo	2017	50	Scald	Femoris	2%	II AB	Ringan	6 hari	Tidak di Jember dan tingkat keparahan pasien ringan
P31	Bondowoso	2017	28	Termal	Brachii, Cruris	37%	II B	Berat	7 hari	Tidak di Jember
P32	Bondowoso	2017	30	Elektrik	Antebrachii, Manus, dan Eks. inferior	8%	III	Berat	9 hari	Tidak di Jember
P33	Bondowoso	2017	22	-	-	4%	II	Ringan	4 hari	Tidak di Jember dan tingkat keparahan pasien ringan
P34	Bondowoso	2016	43	Elektrik	Tangan, Kaki, Badan	58%	II AB	Berat	8 hari	Tidak di Jember

No	Alamat	Tahun Insiden	Usia (th)	Etiologi luka bakar	Regio	Luas luka bakar	Derajat luka bakar	Tingkat keparahan luka bakar	Lama rawat inap	Keterangan (Alasan tereksklusi)
P35	Banyuwangi	2016	55	Scald	Femoris, Cruris, Thoraks, Humerus	25%	II A	Berat	24 hari	Tidak di Jember
P36	Lumajang	2017	59	Termal	Thorax, Ekstrimitas inferior	30%	II B	Berat	41 hari	Tidak di Jember
P37	Lumajang	2016	25	Elektrik	-	3%	II	Berat	13 hari	Tidak di Jember
P38	Probolinggo	2017	37	Termal	Facialis dan Thorakalis	38%	II AB	Berat	33 hari	Tidak di Jember
P39	-	-	28	-	-	31%	II	-	27 hari	Rekam medis tidak ditemukan
P40	-	-	53	-	-	5%	II	-	23 hari	Rekam medis tidak ditemukan
P41	-	-	39	-	-	4%	II	-	7 hari	Rekam medis tidak ditemukan
P42	-	-	39	-	-	28%	II	-	17 hari	Rekam medis tidak ditemukan

Lampiran 4.2 Tabel Tabulasi Responden

No	JK	Usia (th)	Durasi Merawat (bulan)	Status Perkawinan	Pendidikan	Pekerjaan	Pendapatan	Riwayat Penyakit Kronis	Lama Rawat Inap Pasien (hari)	Tingkat Keparahn Luka Bakar Pasien	Kualitas Hidup Keluarga Pasien							
											Kesehatan Fisik		Psikologis		Hubungan Sosial		Lingkungan	
R01	P	37	4	Menikah	SLTA/SM A	Tidak bekerja	Tidak Ada	Tidak Ada	31	Sedang	69	Baik	69	Baik	81	Baik	75	Baik
R02	P	51	12	Menikah	SD	Bekerja	900.000	Ada	30	Berat	50	Buruk	56	Buruk	81	Baik	81	Baik
R03	L	29	1	Menikah	SLTA/SM A	Bekerja	3.500.000	Tidak Ada	8	Sedang	69	Baik	88	Baik	69	Baik	88	Baik
R04	P	47	2	Menikah	SLTA/SM A	Tidak Bekerja	Tidak Ada	Tidak Ada	10	Berat	75	Baik	81	Buruk	81	Baik	100	Baik
R05	P	33	1	Menikah	SLTA/SM A	Tidak bekerja	Tidak Ada	Tidak Ada	4	Berat	75	Baik	75	Baik	81	Baik	69	Baik
R06	P	54	12	Menikah	SLTA/SM A	Tidak bekerja	Tidak Ada	Tidak Ada	5	Berat	88	Baik	75	Baik	50	Buruk	69	Baik
R07	L	33	8	Menikah	SD	Bekerja	2.400.000	Tidak Ada	17	Berat	69	Baik	69	Baik	69	Baik	69	Baik
R08	P	40	4	Menikah	SLTP/SMP	Tidak Bekerja	Tidak Ada	Ada	52	Sedang	50	Buruk	56	Buruk	69	Baik	56	Buruk
R09	P	25	5	Menikah	SLTP/SMP	Tidak bekerja	Tidak Ada	Tidak Ada	18	Sedang	75	Baik	63	Buruk	75	Baik	81	Baik
R10	P	45	7	Menikah	SLTP/SMP	Bekerja	200.000	Tidak Ada	17	Berat	56	Buruk	56	Buruk	69	Baik	56	Buruk
R11	P	38	1,5	Menikah	SD	Tidak bekerja	Tidak Ada	Tidak Ada	4	Berat	75	Baik	69	Baik	94	Baik	88	Baik
R12	P	29	3	Menikah	SLTP/SMP	Tidak bekerja	Tidak Ada	Tidak ada	14	Berat	75	Baik	56	Buruk	75	Baik	69	Baik
R13	L	38	5	Menikah	SLTA/SM A	Bekerja	800.000	Ada	11	Berat	50	Buruk	81	Baik	81	Baik	75	Baik
R14	P	40	4,5	Menikah	SLTA/SM A	Tidak Bekerja	Tidak ada	Tidak ada	12	Berat	69	Baik	56	Buruk	94	Baik	69	Baik

Lampiran 4.3 Analisis Univariat

Sociodemografi Keluarga

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Perempuan	11	78,6	78,6	78,6
	Laki-laki	3	21,4	21,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0	
Total		14	100,0		

Tingkat Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tamat Sd	3	21,4	21,4	21,4
	Tamat SMP/SLTP	4	28,6	28,6	50,0
	Tamat SMA/SLTA	7	50,0	50,0	100,0
	Total	14	100,0	100,0	
Total		14	100,0		

Pendapatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak berpendapatan	9	64,3	64,3	64,3
	< UMP Jember	3	21,4	21,4	85,7
	> UMP Jember	2	14,3	14,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	
Total		14	100,0		

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak bekerja	9	64,3	64,3	64,3
	Bekerja	5	35,7	35,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	
Total		14	100,0		

Riwayat Penyakit Kronis

Riwayat Penyakit Kronis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	3	21,4	21,4	21,4
	Tidak ada	11	78,6	78,6	100,0
	Total	14	100,0	100,0	
Total		14	100,0		

Lama Rawat Inap Pasien**Lama Rawat Inap Pasien**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<11 hari	5	35,7	35,7	35,7
	≥ 11 hari	9	64,3	64,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	
Total		14	100,0		

Tingkat Keparahan Pasien Luka Bakar**Tingkat Keparahan Luka Bakar Pasien**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sedang	4	28,6	28,6	28,6
	Berat	10	71,4	71,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0	
Total		14	100,0		

Kualitas Hidup Keluarga Pasien Luka Bakar**Dimensi Kesehatan Fisik**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	4	28,6	28,6	28,6
	Baik	10	71,4	71,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0	
Total		14	100,0		

Dimensi Psikologi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	5	35,7	35,7	35,7
	Baik	9	64,3	64,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0	
Total		14	100,0		

Dimensi Hubungan Sosial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	1	7,1	7,1	7,1
	Baik	13	92,9	92,9	100,0
	Total	14	100,0	100,0	
Total		14	100,0		

Dimensi Lingkungan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruk	2	14,3	14,3	14,3
	Baik	12	85,7	85,7	100,0
	Total	14	100,0	100,0	
Total		14	100,0		

Aspek Kesehatan Fisik Kualitas Hidup Keluarga**Nyeri**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sangat sering	3	21,4	21,4	21,4
Dalam jumlah sedang	4	28,6	28,6	50,0
Sedikit	4	28,6	28,6	78,6
Tidak sama sekali	3	21,4	21,4	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Pengobatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dalam jumlah sedang	1	7,1	7,1	7,1
Sedikit	4	28,6	28,6	35,7
Tidak sama sekali	9	64,3	64,3	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Energi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sedang	4	28,6	28,6	28,6
Seringkali	7	50,0	50,0	78,6
Sepenuhnya dialami	3	21,4	21,4	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Mobilitas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Biasa-biasa saja	9	64,3	64,3	64,3
Baik	4	28,6	28,6	92,9
Sangat baik	1	7,1	7,1	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Tidur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak memuaskan	4	28,6	28,6	28,6
Biasa-biasa saja	6	42,9	42,9	71,4
Memuaskan	4	28,6	28,6	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Aktivitas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak memuaskan	1	7,1	7,1	7,1
Biasa-biasa saja	6	42,9	42,9	50,0
Memuaskan	4	28,6	28,6	78,6
Sangat memuaskan	3	21,4	21,4	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Bekerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Biasa-biasa saja	8	57,1	57,1
	Memuaskan	3	21,4	78,6
	Sangat memuaskan	3	21,4	100,0
	Total	14	100,0	

Aspek Psikologi Kualitas Hidup Keluarga**Perasaan Positif**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dalam jumlah sedang	6	42,9	42,9
	Sangat sering	5	35,7	78,6
	Dalam jumlah berlebihan	3	21,4	100,0
	Total	14	100,0	

Spiritual

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat sering	9	64,3	64,3
	Dalam jumlah berlebihan	5	35,7	100,0
	Total	14	100,0	

Berpikir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sedikit	5	35,7	35,7
	Dalam jumlah sedang	6	42,9	78,6
	Dalam jumlah berlebihan	3	21,4	100,0
	Total	14	100,0	

Penampilan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sedang	4	28,6	28,6
	Seringkali	10	71,4	100,0
	Total	14	100,0	

Harga Diri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Biasa-biasa saja	2	14,3	14,3
	Memuaskan	10	71,4	85,7
	Sangat memuaskan	2	14,3	100,0
	Total	14	100,0	

Perasaan Negatif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Selalu	1	7,1	7,1
	Sangat sering	1	7,1	14,3
	Cukup sering	2	14,3	28,6
	jarang	4	28,6	57,1
	Tidak pernah	6	42,9	100,0
	Total	14	100,0	100,0

Aspek Hubungan Sosial Kualitas Hidup Keluarga**Hubungan Pribadi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Biasa-biasa saja	3	21,4	21,4
	Memuaskan	7	50,0	71,4
	Sangat memuaskan	4	28,6	100,0
	Total	14	100,0	100,0

Seksual

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Biasa-biasa saja	10	71,4	71,4
	Memuaskan	4	28,6	100,0
	Total	14	100,0	100,0

Dukungan Sosial

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Biasa-biasa saja	1	7,1	7,1
	Memuaskan	4	28,6	35,7
	Sangat memuaskan	9	64,3	100,0
	Total	14	100,0	100,0

Aspek Lingkungan Kualitas Hidup Keluarga**Keamanan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dalam jumlah sedang	1	7,1	7,1
	Sangat sering	3	21,4	28,6
	Dalam jumlah berlebihan	10	71,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0

Lingkungan Fisik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sangat sering	4	28,6	28,6
	Dalam jumlah berlebihan	10	71,4	100,0
	Total	14	100,0	100,0

Keuangan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak sama sekali	1	7,1	7,1	7,1
Sedikit	1	7,1	7,1	14,3
Sedang	6	42,9	42,9	57,1
Seringkali	5	35,7	35,7	92,9
Sepenuhnya dialami	1	7,1	7,1	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Informasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sedang	3	21,4	21,4	21,4
Seringkali	6	42,9	42,9	64,3
Sepenuhnya dialami	5	35,7	35,7	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Waktu Luang

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak sama sekali	5	35,7	35,7	35,7
Sedikit	3	21,4	21,4	57,1
Sedang	4	28,6	28,6	85,7
Seringkali	1	7,1	7,1	92,9
Sepenuhnya dialami	1	7,1	7,1	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Lingkungan Rumah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Biasa-biasa saja	2	14,3	14,3	14,3
Memuaskan	2	14,3	14,3	28,6
Sangat memuaskan	10	71,4	71,4	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Pelayanan Kesehatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak memuaskan	1	7,1	7,1	7,1
Biasa-biasa saja	4	28,6	28,6	35,7
Memuaskan	3	21,4	21,4	57,1
Sangat memuaskan	6	42,9	42,9	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Transportasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak memuaskan	2	14,3	14,3	14,3
Biasa-biasa saja	5	35,7	35,7	50,0
Memuaskan	5	35,7	35,7	85,7
Sangat memuaskan	2	14,3	14,3	100,0
Total	14	100,0	100,0	

Lampiran 4.4 Analisis Korelasi antara Kualitas Hidup Keluarga Pasien dengan Faktor yang Memengaruhi

Analisis Korelasi antara Dimensi Kesehatan Fisik Keluarga dengan Faktor yang Memengaruhi

Correlations

		Dimensi Kesehatan Fisik	Jenis Kelamin	Riwayat Penyakit Kronis	Tingkat Pendidikan	Pekerjaan	Pendapatan	Lama Rawat Inap Pasien	Tingkat Keparahan Luka Bakar Pasien	
Spearman's rho	Dimensi Kesehatan Fisik	Correlation Coefficient	1,000	-,337	,741**	,189	-,634*	-,558*	-,615*	,163
		Sig. (2-tailed)	.	,239	,002	,518	,015	,038	,019	,577
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Jenis Kelamin	Correlation Coefficient	-,337	1,000	-,152	,070	,701**	,786**	,026	-,055
		Sig. (2-tailed)	,239	.	,605	,811	,005	,001	,930	,852
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Riwayat Penyakit Kronis	Correlation Coefficient	,741**	-,152	1,000	,188	-,337	-,228	-,389	,055
		Sig. (2-tailed)	,002	,605	.	,520	,238	,433	,169	,852
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Tingkat Pendidikan	Correlation Coefficient	,189	,070	,188	1,000	-,241	-,230	-,342	-,128
		Sig. (2-tailed)	,518	,811	,520	.	,406	,429	,232	,663
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Pekerjaan	Correlation Coefficient	-,634*	,701**	-,337	-,241	1,000	,977**	,244	,141
		Sig. (2-tailed)	,015	,005	,238	,406	.	,000	,400	,630
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Pendapatan	Correlation Coefficient	-,558*	,786**	-,228	-,230	,977**	1,000	,174	,069
		Sig. (2-tailed)	,038	,001	,433	,429	,000	.	,553	,814
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
Lama Rawat Inap Pasien	Correlation Coefficient	-,615*	,026	-,389	-,342	,244	,174	1,000	-,141	
	Sig. (2-tailed)	,019	,930	,169	,232	,400	,553	.	,630	
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	
Tingkat Keparahan Luka Bakar Pasien	Correlation Coefficient	,163	-,055	,055	-,128	,141	,069	-,141	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,577	,852	,852	,663	,630	,814	,630	.	
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	

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

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

Pasien	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	-,446	,446	,144	-,784**	-,720**	-,281	,149	1,000	-,305	,663**	,435	-,152	-	-,383
Energi	Sig. (2-tailed)	,110	,110	,623	,001	,004	,330	,611	.	,288	,010	,120	,603	,050	,176
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Mobilitas	Correlation Coefficient	-,051	-,281	-,171	,022	-,058	-,131	,162	-,305	1,000	-,361	-,330	-,082	,097	,442
	Sig. (2-tailed)	,862	,330	,559	,941	,844	,655	,579	,288	.	,205	,249	,782	,742	,114
Tidur	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	-,230	,691**	,140	-,394	-,330	-,592*	,418	,663**	-,361	1,000	,459	-,223	-	-,610*
Aktivitas	Sig. (2-tailed)	,428	,006	,633	,163	,249	,026	,137	,010	,205	.	,099	,443	,016	,020
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Bekerja	Correlation Coefficient	,206	,411	,474	-,196	-,061	-,470	,145	,435	-,330	,459	1,000	,483	-,028	-,095
	Sig. (2-tailed)	,480	,144	,087	,502	,835	,090	,620	,120	,249	,099	.	,080	,925	,747
Nyeri	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	,242	,169	,007	,186	,272	,041	-,220	-,152	-,082	-,223	,483	1,000	-,009	-,001
Pengobatan	Sig. (2-tailed)	,405	,563	,982	,524	,348	,888	,451	,603	,782	,443	,080	.	,976	,996
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Nyeri	Correlation Coefficient	,423	-,736**	,020	,496	,469	,344	,000	-,533*	,097	-	-,028	-,009	1,000	,789**
	Sig. (2-tailed)	,131	,003	,947	,071	,091	,229	1,000	,050	,742	,016	,925	,976	.	,001
Pengobatan	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	-,051	-,741**	,033	,131	,034	,263	,162	-,383	,442	-	-,095	-,001	,789**	1,000
Pengobatan	Sig. (2-tailed)	,862	,002	,912	,655	,909	,365	,579	,176	,114	,020	,747	,996	,001	.
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14

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

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

Analisis Korelasi antara Dimensi Psikologi Keluarga dengan Faktor yang Memengaruhi

		Correlations							
		Dimensi Psikologi	Jenis Kelamin	Riwayat Penyakit Kronis	Tingkat Pendidikan	Pekerjaan	Pendapatan	Lama Rawat Inap Pasien	Tingkat Keparahan Luka Bakar Pasien
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,534*	,178	,561*	,114	,189	-,686**	-,040
	Sig. (2-tailed)	.	,049	,543	,037	,697	,518	,007	,891
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	,534*	1,000	-,152	,070	,701**	,786**	,026	-,055
	Sig. (2-tailed)	,049	.	,605	,811	,005	,001	,930	,852
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	,178	-,152	1,000	,188	-,337	-,228	-,389	,055
	Sig. (2-tailed)	,543	,605	.	,520	,238	,433	,169	,852
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	,561*	,070	,188	1,000	-,241	-,230	-,342	-,128
	Sig. (2-tailed)	,037	,811	,520	.	,406	,429	,232	,663
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	,114	,701**	-,337	-,241	1,000	,977**	,244	,141
	Sig. (2-tailed)	,697	,005	,238	,406	.	,000	,400	,630
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	,189	,786**	-,228	-,230	,977**	1,000	,174	,069
	Sig. (2-tailed)	,518	,001	,433	,429	,000	.	,553	,814
	N	14	14	14	14	14	14	14	14
Correlation Coefficient	-,686**	,026	-,389	-,342	,244	,174	1,000	-,141	
Sig. (2-tailed)	,007	,930	,169	,232	,400	,553	.	,630	
N	14	14	14	14	14	14	14	14	
Correlation Coefficient	-,040	-,055	,055	-,128	,141	,069	-,141	1,000	
Sig. (2-tailed)	,891	,852	,852	,663	,630	,814	,630	.	
N	14	14	14	14	14	14	14	14	

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

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

Luka Bakar Pasien	Sig. (2-tailed)	,852	,852	,663	,630	,814	,630	.	,344	,519	,272	,297	,305	,621
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	,579*	,301	,312	,178	,302	-,614*	,273	1,000	,178	,207	,673**	,533*	-,481
Perasaan Positif	Sig. (2-tailed)	,030	,296	,277	,542	,295	,019	,344	.	,542	,478	,008	,050	,082
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	,337	,026	,121	,067	,087	,244	-,189	,178	1,000	-,059	-,189	-,279	,020
Spiritual	Sig. (2-tailed)	,238	,930	,681	,821	,768	,400	,519	,542	.	,840	,519	,334	,947
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	,347	,116	,566*	,159	,223	,059	-,315	,207	-,059	1,000	,105	,160	-,239
Berpikir	Sig. (2-tailed)	,224	,694	,035	,588	,444	,840	,272	,478	,840	.	,721	,585	,411
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	,330	,055	,256	-,189	-,092	-,471	,300	,673**	-,189	,105	1,000	,296	-,290
Penampilan	Sig. (2-tailed)	,249	,852	,377	,519	,754	,089	,297	,008	,519	,721	.	,305	,315
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	,326	,326	,198	,279	,331	-,279	,296	,533*	-,279	,160	,296	1,000	-,507
Harga Diri	Sig. (2-tailed)	,256	,256	,497	,334	,248	,334	,305	,050	,334	,585	,305	.	,064
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	-,068	-,114	-,788**	,137	,148	,585*	-,145	-,481	,020	-,239	-,290	-,507	1,000
Perasaan Negatif	Sig. (2-tailed)	,816	,698	,001	,642	,613	,028	,621	,082	,947	,411	,315	,064	.
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient													

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

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

Analisis Korelasi antara Dimensi Hubungan Sosial dengan Faktor yang Memengaruhi

Correlations

		Dimensi Hubungan Sosial	Jenis Kelamin	Riwayat Penyakit Kronis	Tingkat Pendidikan	Pekerjaan	Pendapatan	Lama Rawat Inap Pasien	Tingkat Keparahan Luka Bakar Pasien	
Spearman's rho	Dimensi Hubungan Sosial	Correlation Coefficient	1,000	-,246	-,045	,072	-,268	-,332	-,019	,264
		Sig. (2-tailed)	.	,396	,879	,807	,353	,246	,948	,361
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Jenis Kelamin	Correlation Coefficient	-,246	1,000	-,152	,070	,701**	,786**	,026	-,055
		Sig. (2-tailed)	,396	.	,605	,811	,005	,001	,930	,852
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Riwayat Penyakit Kronis	Correlation Coefficient	-,045	-,152	1,000	,188	-,337	-,228	-,389	,055
		Sig. (2-tailed)	,879	,605	.	,520	,238	,433	,169	,852
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Tingkat Pendidikan	Correlation Coefficient	,072	,070	,188	1,000	-,241	-,230	-,342	-,128
		Sig. (2-tailed)	,807	,811	,520	.	,406	,429	,232	,663
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Pekerjaan	Correlation Coefficient	-,268	,701**	-,337	-,241	1,000	,977**	,244	,141
		Sig. (2-tailed)	,353	,005	,238	,406	.	,000	,400	,630
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Pendapatan	Correlation Coefficient	-,332	,786**	-,228	-,230	,977**	1,000	,174	,069
		Sig. (2-tailed)	,246	,001	,433	,429	,000	.	,553	,814
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Lama Rawat Inap Pasien	Correlation Coefficient	-,019	,026	-,389	-,342	,244	,174	1,000	-,141
		Sig. (2-tailed)	,948	,930	,169	,232	,400	,553	.	,630
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	
Tingkat Keparahan Luka Bakar Pasien	Correlation Coefficient	,264	-,055	,055	-,128	,141	,069	-,141	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,361	,852	,852	,663	,630	,814	,630	.	
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	

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

Analisis Korelasi antara Aspek Dimensi Hubungan Sosial dengan Faktor yang Memengaruhi

Correlations

			Jenis Kelamin	Riwayat Penyakit Kronis	Tingkat Pendidikan	Pekerjaan	Pendapatan	Lama Rawat Inap Pasien	Tingkat Keparahan Luka Bakar Pasien	Hubungan Pribadi	Seksual	Dukungan Sosial
Spearman's rho	Jenis Kelamin	Correlation Coefficient	1,000	-,152	,070	,701**	,786**	,026	-,055	-,047	-,330	,051
		Sig. (2-tailed)	.	,605	,811	,005	,001	,930	,852	,873	,249	,862
		N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Riwayat Penyakit Kronis	Correlation Coefficient	-,152	1,000	,188	-,337	-,228	-,389	,055	-,446	,330	-,051
		Sig. (2-tailed)	,605	.	,520	,238	,433	,169	,852	,110	,249	,862
		N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Tingkat Pendidikan	Correlation Coefficient	,070	,188	1,000	-,241	-,230	-,342	-,128	-,010	-,021	-,288
		Sig. (2-tailed)	,811	,520	.	,406	,429	,232	,663	,972	,942	,317
		N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Pekerjaan	Correlation Coefficient	,701**	-,337	-,241	1,000	,977**	,244	,141	-,060	-,471	,263
		Sig. (2-tailed)	,005	,238	,406	.	,000	,400	,630	,838	,089	,365
		N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Pendapatan	Correlation Coefficient	,786**	-,228	-,230	,977**	1,000	,174	,069	-,135	-,461	,197
		Sig. (2-tailed)	,001	,433	,429	,000	.	,553	,814	,646	,097	,500
		N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Lama Rawat Inap Pasien	Correlation Coefficient	,026	-,389	-,342	,244	,174	1,000	-,141	-,141	-,189	,131
		Sig. (2-tailed)	,930	,169	,232	,400	,553	.	,630	,631	,519	,655
		N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Tingkat Keparahan Luka Bakar	Correlation Coefficient	-,055	,055	-,128	,141	,069	-,141	1,000	,085	-,300	,441
		Sig. (2-tailed)	,852	,852	,663	,630	,814	,630	.	,772	,297	,115

Pasien	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	-,047	-,446	-,010	-,060	-,135	-,141	,085	1,000	,149	,353
Hubungan Pribadi	Sig. (2-tailed)	,873	,110	,972	,838	,646	,631	,772	.	,611	,215
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Seksual	Correlation Coefficient	-,330	,330	-,021	-,471	-,461	-,189	-,300	,149	1,000	,162
	Sig. (2-tailed)	,249	,249	,942	,089	,097	,519	,297	,611	.	,579
Dukungan Sosial	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Correlation Coefficient	,051	-,051	-,288	,263	,197	,131	,441	,353	,162	1,000
Sosial	Sig. (2-tailed)	,862	,862	,317	,365	,500	,655	,115	,215	,579	.
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14

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

Analisis Korelasi antara Dimensi Lingkungan dengan Faktor yang Memengaruhi

Correlations

		Dimensi Lingkungan	Jenis Kelamin	Riwayat Penyakit Kronis	Tingkat Pendidikan	Pekerjaan	Pendapatan	Lama Rawat Inap Pasien	Tingkat Keparahan Luka Bakar Pasien	
Spearman's rho	Dimensi Lingkungan	Correlation Coefficient	1,000	,155	,089	,068	,019	,049	-,437	-,121
		Sig. (2-tailed)	.	,596	,763	,819	,949	,868	,118	,681
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Jenis Kelamin	Correlation Coefficient	,155	1,000	-,152	,070	,701**	,786**	,026	-,055
		Sig. (2-tailed)	,596	.	,605	,811	,005	,001	,930	,852
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Riwayat Penyakit Kronis	Correlation Coefficient	,089	-,152	1,000	,188	-,337	-,228	-,389	,055
		Sig. (2-tailed)	,763	,605	.	,520	,238	,433	,169	,852
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Tingkat Pendidikan	Correlation Coefficient	,068	,070	,188	1,000	-,241	-,230	-,342	-,128
		Sig. (2-tailed)	,819	,811	,520	.	,406	,429	,232	,663
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Pekerjaan	Correlation Coefficient	,019	,701**	-,337	-,241	1,000	,977**	,244	,141
		Sig. (2-tailed)	,949	,005	,238	,406	.	,000	,400	,630
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
	Pendapatan	Correlation Coefficient	,049	,786**	-,228	-,230	,977**	1,000	,174	,069
		Sig. (2-tailed)	,868	,001	,433	,429	,000	.	,553	,814
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
Lama Rawat Inap Pasien	Correlation Coefficient	-,437	,026	-,389	-,342	,244	,174	1,000	-,141	
	Sig. (2-tailed)	,118	,930	,169	,232	,400	,553	.	,630	
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	
Tingkat Keparahan Luka Bakar Pasien	Correlation Coefficient	-,121	-,055	,055	-,128	,141	,069	-,141	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,681	,852	,852	,663	,630	,814	,630	.	
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	

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

Lampiran 4.5 Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Foto salah satu responden saat diwawancarai oleh peneliti



Gambar 2. Foto salah satu responden saat diwawancarai oleh peneliti



Gambar 3. Foto salah satu responden saat diwawancarai oleh peneliti

