



**PASCASARJANA**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP  
KUALITAS HIDUP KELUARGA PENDERITA LEUKEMIA  
DI KOTA BANDA ACEH**

**OLEH :**

**NISWATUL KHAIRA**

**NPM: 2107210036**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**BANDA ACEH**

**2024**



**PASCASARJANA**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**

**STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP  
KUALITAS HIDUP KELUARGA PENDERITA LEUKEMIA  
DI KOTA BANDA ACEH**

Tesis ini diajukan sebagai  
salah satu syarat memperoleh gelar  
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

**OLEH :**  
**NISWATUL KHAIRA**  
**NPM: 2107210036**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**BANDA ACEH**

**2024**

## LEMBAR PENGESAHAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Niswatul Khaira

NPM : 2107210036

Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Epidemiologi

Dengan ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul **“STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP KELUARGA PENDERITA LEUKEMIA DI KOTA BANDA ACEH”** benar-benar merupakan hasil karya pribadi dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Apabila di kemudian hari diketahui bahwa tesis ini merupakan hasil dibuat oleh pihak-pihak lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang telah ditetapkan oleh Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh (UNMUHA), termasuk pembatalan hasil sidang tesis atau pembatalan hak atas gelar magister saya. Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya dan tanpa ada paksaan.

Banda Aceh, 28 Oktober 2024

Niswatul Khaira

NPM: 2107210036

## ABSTRAK

**NAMA : NISWATUL KHAIRA**  
**NPM : 2107210036**  
**PRODI : MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT UNMUHA**  
**PEMINATAN : EPIDEMIOLOGI**

**STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP KELUARGA PENDERITA LEUKEMIA DI KOTA BANDA ACEH (vi+88 Halaman, 7 Tabel, 2 Gambar dan 7 Lampiran)**

Pengobatan pada penderita leukemia dapat mempengaruhi kehidupan sehari-hari keluarga yang merawatnya. Beban rawatan yang tinggi dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup yang buruk. Sehingga dalam menangani permasalahan tersebut, maka perlu adanya strategi coping untuk membantu menyelesaikan permasalahan. Penelitian ini bertujuan menganalisis strategi coping dan beban merawat anggota keluarga terhadap kualitas hidup keluarga penderita kanker leukeumia di Rumah Singgah Kota Banda Aceh.

Penelitian ini bersifat deskriptif analitik dengan desain penelitian *Cross Sectional*. Pengumpulan data dilakukan pada 10 Agustus - 10 September 2023 dengan wawancara langsung menggunakan kuesioner. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anggota keluarga penderita leukemia di 5 Rumah Singgah Kota Banda Aceh. Sampel yang diambil sebanyak 55 orang dengan teknik total sampling. Analisis bivariat dan multivariat menggunakan regresi ordinal logistik dengan tingkat kepercayaan 95%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 24 (43,64) responden memiliki kualitas hidup baik dan 31 (56,36) memiliki kualitas hidup kurang baik. Hasil analisis bivariat didapatkan responden yang memiliki kualitas hidup kurang baik cenderung menggunakan strategi coping *emotional focus coping* (65,85%) dibandingkan dengan *problem focus coping* (28,57%) (OR= 4,82 ; 95%CI= 1,27-18,17; p=0,020). Responden yang memiliki beban berat berisiko 11 kali mengalami kualitas hidup kurang baik (OR= 1;10;11 ; 95%CI= 0,002-0,016; p=0,007). Variable dukungan social, *self efficacy*, pendidikan, pekerjaan, pendapatan keluarga, jenis kelamin dan umur juga berhubungan dengan kualitas hidup. Sedangkan variabel yang tidak berhubungan adalah status pernikahan.

Pendapatan keluarga menjadi faktor yang paling dominan berhubungan dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia. Sehingga diharapkan kepada petugas kesehatan dapat menghimbau kepada keluarga pasien kanker dari luar daerah agar dapat memanfaatkan keberadaan rumah singgah untuk mengurangi biaya perawatan.

**Kata Kunci: Kualitas Hidup, Leukemia, Strategi Koping, Beban Merawat. Daftar Kepustakaan: 159 Buah (Tahun 1988 - Tahun 2023).**

## ABSTRACT

**NAME** : NISWATUL KHAIRA  
**NPM** : 2107210036  
**STUDY PROGRAM** : MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT UNMUHA  
**SPECIALTIES** : EPIDEMIOLOGY

**COPING STRATEGIES AND THE BURDEN OF CARING FOR FAMILY MEMBERS ON THE QUALITY OF LIFE OF FAMILIES OF LEUKEMIA SUFFERERS IN BANDA ACEH CITY**

(vi+88 Pages, 7 Tables, 2 Figures and 7 Attachments)

Treatment for leukemia sufferers can affect the daily lives of the families who care for them. A high burden of care can affect poor quality of life. So in dealing with these problems, it is necessary to have coping strategies to help resolve the problem. This study aims to analyze coping strategies and the burden of caring for family members on the quality of life of families of leukemia cancer sufferers in Banda Aceh City Shelter Homes.

This research is descriptive analytical with a cross sectional research design. Data collection was carried out on 10 August - 10 September 2023 by direct interviews using a questionnaire. The population in this study were all family members of leukemia sufferers in 5 Shelter Homes in Banda Aceh City. The samples taken were 55 people using total sampling technique. Bivariate and multivariate analysis used logistic ordinal regression with a confidence level of 95%.

The results showed that 24 (43.64) respondents had a good quality of life and 31 (56.36) had a poor quality of life. The results of bivariate analysis showed that respondents who had poor quality of life tended to use emotional focus coping strategies (65.85%) compared to problem focus coping (28.57%) (OR= 4.82; 95%CI= 1.27- 18.17; p=0.020). Respondents who had heavy burdens were 11 times more likely to experience poor quality of life (OR= 1;10;11; 95%CI= 0.002-0.016; p=0.007). The variables social support, self-efficacy, education, employment, family income, gender and age are also related to quality of life. Meanwhile, the variable that is not related is marital status.

Family income is the most dominant factor related to the quality of life of family members with leukemia. So it is hoped that health workers can appeal to the families of cancer patients from outside the area to take advantage of the existence of halfway houses to reduce treatment costs.

**Keywords:** Quality of Life, Leukemia, Coping Strategy, Burden of Caring.  
**Bibliography:** 159 Pieces (1988 - 2023).

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP  
KUALITAS HIDUP KELUARGA PENDERITA  
LEUKEMIA DI KOTA BANDA ACEH

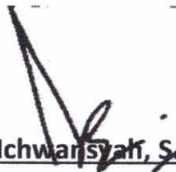
Oleh :

**Niswatul Khaira**  
NPM: 2107210036

Banda Aceh, 02 November 2023

Disetujui oleh:

Pembimbing I



**Fahmi Ichwan Syah, S.Kp, MPH, Ph.D**  
NIP. 19660905 198902 1 001

Pembimbing II



**Rizki Zulfa, MPH**  
NIDN. 0011026803

Disahkan oleh:

Direktur Pascasarjana UNMUHA



**Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM., MSc.HPPF., DLSHTM., PhD.**  
NIP. 19710703 199503 1

**PENGESAHAN KOMITE SIDANG TESIS**

Tesis dengan judul:

**STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP  
KELUARGA PENDERITA LEUKEMIA DI KOTA BANDA ACEH**

Oleh:  
Niswatul Khaira  
NPM: 2107210036

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Komite Sidang Tesis Program Studi  
Magister Kesehatan Masyarakat  
Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh

Banda Aceh, 16 Juli 2024  
Disetujui oleh Komite Sidang Tesis

Pembimbing I : **Fahmi Ichwansyah, S.Kp, MPH, Ph.D**  
NIP. 19660905 198902 1 001



Pembimbing II : **Dr. Zulfan, MH**  
NIDN. 0011026803



Penguji I : **Prof. Asnawi Abdullah, Ph.D**  
NIP. 19710703 199503 1 001



Penguji II : **Meutia Zahara, MSc, Ph.D**  
NIDN. 1303128301



Mengetahui:  
Direktur Pascasarjana UNMUHA



**Prof. Asnawi Abdullah, SKM., MHSM., MSc.HPPF., DLSHTM., Ph.D.**  
NIP. 19710703 199503 1 001

## BIODATA

Nama : Nlswatul Khaira  
Tempat/Tgl.Lahir : Matang Kumbang, 3 Juli 1999  
Alamat : Pucok Alue, Kec. Baktiya, Kab. Aceh Utara  
Pendidikan yang ditempuh : S1 Kesehatan Masyarakat Unmuha  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Publikasi : Strategi koping dan beban merawat anggota keluarga terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah *Subhanahu Wa Ta'ala*, dimana dengan rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan proposal ini dengan judul **“STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP KELUARGA PENDERITA LEUKEMIA DI KOTA BANDA ACEH”**. Tidak lupa pula shalawat dan salam kepada Nabi Muhammad *Shalallahu 'Alaihi Wasallam*, yang telah membawa kita dari alam jahiliyah ke alam yang islamiyah.

Proposal ini merupakan salah satu syarat untuk memenuhi gelar Master Kesehatan Masyarakat di Prodi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh dan secara khusus penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, Msc. HPPF, DLSHTM, Ph.D selaku pembimbing yang telah meluangkan banyak waktu dan tenaga untuk memberi petunjuk, arahan dan bimbingan serta dukungan mulai awal penulisan sampai selesainya proposal ini. Selanjutnya penulis juga menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Aslam Nur, MA selaku Rektor Universitas Muhammadiyah aceh
2. Bapak Prof. Asnawi Abdullah, SKM, MHSM, MSc. HPPF, DLSHTM, Ph.D selaku Direktur Program Studi Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh.
3. Para dosen dan staf Akademik Prodi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh.
4. Semua teman-teman Mahasiswa Prodi Magister Kesehatan Masyarakat yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan proposal ini.
5. Kepada semua pihak yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan proposal ini.

Secara khusus penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada Ayahanda dan Ibunda tercinta beserta keluarga/saudara yang telah memberikan motivasi kepada penulis selama ini. Akhirnya kepada Allah SWT kita sepantasnya berserah diri, tiada satupun yang terjadi tanpa kehendak-Nya. Harapan penulis, semoga proposal ini bermanfaat bagi penulis sendiri maupun bagi segenap pembaca dan masyarakat, Amin.

Banda Aceh, November 2024

Penulis

Niswatul Khaira

## DAFTAR ISI

	Halaman
COVER LUAR	
COVER DALAM	
LEMBAR PENGESAHAN ORISINALITAS .....	i
ABSTRAK .....	ii
ABSTRACT .....	iii
LEMBAR PENGESAHAN TESIS .....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	5
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	6
1.4 Tujuan Penelitian.....	6
1.4.1 Tujuan Umum.....	6
1.4.2 Tujuan Khusus .....	6
1.5 Ruang Lingkup Penelitian .....	7
1.6 Manfaat Penelitian .....	8
1.6.1 Manfaat Teoritis .....	8
1.6.2 Manfaat Praktis.....	8
1.7 Originalitas Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN.....	15
2.1 Kualitas Hidup .....	15
2.1.1 Definisi Kualitas Hidup .....	15
2.1.2 Dimensi Kualitas Hidup.....	16
2.1.3 Alat Ukur Kualitas Hidup.....	19
2.1.4 Faktor- faktor yang mempengaruhi kualitas hidup .....	19
2.2 Faktor-Faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada keluarga penderit leukemia .....	22
2.2.1 Hubungan beban merawat dengan kualitas hidup keluarga penderit leukemia .....	22
2.2.2 Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup keluarga penderit leukemia .....	22
2.2.3 Hubungan <i>self efficacy</i> dengan kualitas hidup anggota penderit leukemia .....	23
2.2.4 Hubungan pendidikan dengan kualitas hidup keluarga penderit leukemia .....	24
2.2.5 Hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup keluarga penderit leukemia .....	25
2.2.6 Hubungan pendapatan keluarga dengan kualitas hidup keluarga penderit leukemia .....	26

2.2.7	Hubungan status pernikahan dengan kualitas hidup keluarga penderita leukemia .....	26
2.2.8	Hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup keluarga penderita kanker.....	26
2.2.9	Hubungan usia dengan kualitas hidup keluarga penderita leukemia .....	27
2.3	Strategi Koping.....	28
2.3.1	Pengertian Strategi Koping.....	28
2.3.2	Jenis-Jenis Strategi Koping .....	29
2.3.3	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Strategi Koping .....	33
2.3.4	Strategi Koping Keluarga .....	34
2.3.5	Kuesioner Strategi Koping (The Ways of Coping) .....	36
2.3.6	Hubungan Strategi Koping dengan Kualitas Hidup Keluarga Penderita Leukemia.....	37
2.4	Konsep Beban Merawat.....	37
2.4.1	Definisi Beban Merawat .....	37
2.4.1	Kuesioner Beban Merawat (Zarit Burden Interview (ZBI)) .....	39
2.5	Konsep Leukemia .....	40
2.5.1	Definisi Leukemia.....	40
2.5.2	Etiologi Leukemia .....	41
2.5.3	Gejala Leukemia.....	42
2.5.4	Pengobatan Leukemia .....	43
2.6	Kerangka Teori .....	46
 BAB III KERANGKA KONSEP .....		47
3.1	Kerangka Konsep .....	47
3.2	Hipotesis Penelitian.....	48
3.3	Variabel Penelitian .....	49
 BAB IV METODOLOGI PENELITIAN .....		52
4.1	Desain Penelitian .....	52
4.2	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	52
4.3	Populasi dan Sampel Penelitian .....	52
4.3.1	Populasi.....	52
4.3.2	Sampel.....	52
4.4	Metode Pengumpulan Data.....	53
4.4.1	Data Primer .....	53
4.4.2	Data Sekunder.....	54
4.5	Rancangan Analisis Data.....	54
4.5.1	Rancangan Analisis Data Univariat.....	54
4.5.2	Rancangan Analisis Data Bivariat .....	54
4.5.3	Rancangan Analisis Data Multivariat .....	54
4.6	Etika Penelitian .....	55
4.6.1	Informed consent .....	55
4.6.2	Anonymity .....	55
4.6.3	Confidentiality (kerahasiaan).....	55

BAB V HASIL PENELITIAN.....	56
5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian.....	56
5.1.1 Rumah Singgah Children Cancer Care Community (C-Four) .....	56
5.1.2 Rumah Singgah Kita.....	56
5.1.3 Rumah Singgah Salihin.....	57
5.1.4 Rumah Singgah Nayla Suni .....	57
5.1.5 Rumah Singgah Blood For Life (BFLF) .....	57
5.2 Hasil Penelitian .....	58
5.2.1 Hasil Analisis Univariat.....	58
5.2.2 Hasil Analisis Bivariat .....	60
5.2.3 Hasil Analisis Multivariat .....	65
BAB VI PEMBAHASAN .....	68
6.1 Pembahasan.....	68
6.1.1 Hubungan Strategi Koping dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia .....	68
6.1.2 Hubungan Beban Merawat dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia .....	70
6.1.3 Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia .....	71
6.1.4 Hubungan Self Efficacy dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia .....	73
6.1.5 Hubungan Pendidikan dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia .....	74
6.1.6 Hubungan Pekerjaan dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia .....	76
6.1.7 Hubungan Pendapatan Keluarga dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia .....	77
6.1.8 Hubungan Status Pernikahan dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia .....	79
6.1.9 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia .....	81
6.1.10 Hubungan Usia dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia.....	82
6.2 Keterbatasan.....	84
BAB VII PENUTUP .....	85
7.1 Kesimpulan.....	85
7.2 Saran.....	87
DAFTAR PUSTAKA.....	67
LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Jumlah pasien kanker di rumah singgah .....	3
Table 2.1	Originalitas Penelitian .....	8
Tabel 2.1	Penjelasan item kuesioner strategi koping.....	36
Tabel 3.4	Definisi Operasional .....	49
Table 5.1	Analisis univariat strategi koping dengan beban merawat anggota keluarga terhadap kualitas hidup keluarga penderita kanker di rumah singgah Kota Banda Aceh .....	58
Table 5.2	Analisis bivariat strategi koping dengan beban merawat anggota keluarga terhadap kualitas hidup keluarga penderita kanker di rumah singgah Kota Banda Aceh .....	60
Table 5.3	Analisis multivariat strategi koping dengan beban merawat anggota keluarga terhadap kualitas hidup keluarga penderita kanker di rumah singgah Kota Banda Aceh .....	65

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori .....	46
Gambar 3.1 Kerangka Konsep .....	47

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Kuesioner Pnelitian

Lampiran 2 Master Tabel

Lampiran 3 Tabel Skor

Lampiran 4 Output Stata

Lampiran 5 Surat Izin Penelitian

Lampiran 6 Surat Keterangan Telah Selesai Menyelesaikan Penelitian

Lampiran 7 Dokumentasi

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit tidak menular yang ditandai dengan adanya sel/jaringan abnormal yang bersifat ganas, tumbuh cepat tidak terkendali dan dapat menyebar ke tempat lain dalam tubuh penderita (Kemenkes RI, 2019). Hal ini disebabkan pertumbuhan sel-sel jaringan tubuh tidak normal yang menginsfiltrasi/merembes dan menekan jaringan tubuh sehingga mempengaruhi organ tubuh (Azwardi *et al.*, 2022). Kanker atau tumor ganas terjadi akibat adanya pertumbuhan sel – sel jaringan tubuh yang tidak normal, disebabkan neoplasania, displasia, dan hiperlasia berlebih (Ariani, 2015).

Menurut data (Globocan, 2021) dari *International agency for research on cancer* yang didirikan oleh *World health organization (WHO)* mencatat jumlah kasus pasien penderita kanker di seluruh dunia pada tahun 2020 menyentuh angka hingga 19,3 juta kasus, dimana jumlah kematian yang disebabkan oleh penyakit kanker tercatat mencapai 10 juta jiwa. Hal itu diperkirakan akan meningkat di tahun 2040 dengan peningkatan jumlah kasus sebesar 30,2 juta.

Di Indonesia penyakit kanker terus meningkat setiap tahunnya, angka kejadian kanker mengalami kenaikan dari tahun 2013, yaitu 1,4 per 1000 penduduk menjadi 1,82 per 1000 penduduk (Risikesdas, 2018), diperburuk lagi dengan 70% kasus di Indonesia diketahui setelah stadium lanjut (Diaty *et al.*, 2022). Data Global Burden of Cancer Study (Globocan) dari World Health Organization (WHO) mencatat, total kasus kanker di Indonesia pada 2020 mencapai 396.914 kasus dan total kematian sebesar 234.511 kasus (GLOBOCAN, 2021). Provinsi Aceh mencatat data

kanker mencapai 1,2 permil pada tahun 2018. Jumlah tersebut tersebar di seluruh rumah sakit yang ada di Aceh. RSUD dr. Zainoel Abidin mencatat angka penderita kanker di Aceh dari tahun ke tahun cenderung mengalami peningkatan.

Leukemia adalah kanker yang paling umum yang diderita oleh anak-anak yang mencakup sebanyak 28% kasus, diikuti oleh kanker otak dan tumor sistem saraf lainnya 27%. Pada tahun 2020 terdapat 474.519 kasus baru dan 311.594 kematian akibat leukemia di seluruh dunia, dengan kejadian paling banyak ditemukan di negara Asia (GLOBOCAN, 2021). Di Indonesia leukemia merupakan kasus terbanyak ke-9 dengan 14.979 kasus baru dan sebanyak 11.530 kematian (ICCC, 2023).

Kanker pada anak merupakan permasalahan yang cukup kompleks, karena tidak hanya anak yang harus menanggung beban namun juga orang tua, lingkungan, sekolah dan lain-lain (Mushyama, 2015). Dikatakan kompleks karena dalam perawatan penyakit Leukemia yang dialami oleh anak sangat memerlukan keterlibatan orang lain di dalamnya seperti tenaga medis, orang tua, keluarga, saudara, sekolah, serta lingkungan di sekitar rumah (Surayya, 2021).

Fasilitas kesehatan yang jauh mengharuskan anggota keluarga untuk singgah di tempat lain agar dekat dengan fasilitas kesehatan seperti rumah sakit yang menerima pelayanan untuk pasien kanker. Seperti yang terjadi di kota Banda Aceh terdapat yayasan yang dibuat untuk singgah bagi anggota keluarga dan pasien. Rumah singgah merupakan tempat yang disediakan bagi pasien kanker yang sedang mengalami rawat jalan untuk mempermudah pasien agar dapat menjangkau rumah sakit yang dirujuk untuk pengobatan pasien (Puspitasari, 2017). Dengan adanya rumah singgah, maka akan mempermudah akses pasien dengan program

pengobatan yang sedang dijalani karena banyak pasien yang datang dari luar kota dan luar pulau.

**Tabel 1.1 Jumlah pasien kanker di Rumah singgah**

No.	Rumah Singgah	Jumlah Pasien Kanker
1	Rumah Kita	8
2	<i>Children Cancer Care Community (C-Four)</i>	29
3	Salihin	6
4	Syahira Nayla Suni	3
5	<i>Blood Life For Life Foundation (BFLF)</i>	9
<b>Total</b>		<b>55</b>

Sumber: Data sekunder dari lima yayasan rumah singgah kota Banda Aceh tahun 2023.

Pasien kanker memiliki berbagai keluhan fisik dan mental yang timbul akibat penyakit itu sendiri maupun akibat pengobatan yang dijalani (Werdani, 2018). Berbagai keluhan yang dihadapi oleh pasien kanker menyebabkan tingginya tingkat ketergantungan pasien kepada orang lain, dalam hal ini adalah anggota keluarga (Kurniawan *et al.*, 2021). Sejumlah 86.6% pasien kanker memiliki ketergantungan pada anggota keluarga dengan tingkatan yang bervariasi, dan jumlah yang terbesar berada pada tingkat ketergantungan berat yaitu 36.7% (Werdani, 2018). Minimnya tingkat kemandirian pasien inilah yang menyebabkan perlu dilakukan pengasuhan secara totalitas.

Ketergantungan yang utama pasien kanker yaitu pada keluarga khususnya orang tua yang berperan sebagai pengasuh. Hal tersebut sesuai dengan salah satu fungsi keluarga menurut (Friedman *et al.*, 2010) yaitu fungsi perawatan kesehatan yang didefinisikan sebagai fungsi untuk mempertahankan kesehatan anggota keluarga agar setiap anggota keluarga dapat menjalankan perannya masing-masing sehingga kesehatan keluarga menjadi maksimal.

Keluarga yang berperan sebagai pengasuh penderita kanker memiliki beberapa permasalahan yang dihadapi yaitu kecemasan (penolakan serta perlakuan negatif dari lingkungan sekitar) dan keterbatasan kemampuan penderita kanker (Fananni, 2021). Masalah lain yang sering muncul adalah beban finansial, karena membutuhkan pengobatan untuk penyakit atau melakukan kemoterapi untuk mengurangi kecenderungan sel kanker untuk menyebar ke bagian tubuh yang lain (Mughtar & Sari, 2021). Permasalahan ini akan memberikan dampak buruk pada kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan penderita dan anggota keluarganya (Klassen *et al.*, 2008).

Dampak lain yang muncul dari permasalahan merawat anggota penderita kanker seperti stres juga dapat mempengaruhi keluarga yang merasakan harus merawat anggota keluarga yang terdiagnosis kanker (Seven *et al.*, 2014). Kondisi yang buruk tersebut akan menimbulkan dampak negatif secara fisik, emosional, sosial finansial dan fungsi. Kondisi negatif dari keluarga sebagai pengasuh ini yang disebut beban pengasuh atau *caregiver burden* (Puspitasari, 2017). Beban pengasuh yang tinggi dapat mempengaruhi kualitas hidup, kesehatan mental, serta produktivitas dari pengasuh tersebut dalam merawat pasien kanker (Chua *et al.*, 2016).

Strategi koping merupakan suatu upaya yang dilakukan untuk mengendalikan, mengurangi, atau menoleransi ancaman yang menyebabkan stres. Strategi koping yang dilakukan oleh keluarga memberikan dampak signifikan pada kondisi psikis, fisik, maupun kualitas hidup anak kanker maupun keluarganya (Geni & Rahmania, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh (Ivana, 2018) menunjukkan bahwa sebanyak 16 responden (30,8%) memilih *problem focused coping* dalam penyelesaian

masalah dan melakukan perencanaan serta tindakan nyata dalam penyelesaian masalah. Stres yang berkelanjutan pada anggota keluarga dapat menyebabkan perubahan kualitas hidup (El-Jawahri *et al.*, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ng *et al.* (2021) keluarga pasien kanker memiliki risiko stres, depresi, kesehatan fisik yang lebih buruk, kualitas psikososial yang lebih rendah, kesehatan umum yang buruk dan bahkan kematian yang lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga pada umumnya. Penelitian mengenai kualitas hidup keluarga penderita kanker juga dilakukan oleh (Choi & Seo, 2019) yang menunjukkan bahwa keluarga penderita kanker dalam fase paliatif menunjukkan memiliki tingkat yang lebih rendah jika dibandingkan dengan populasi umum. Selain itu, tingkat kualitas hidup pada wanita lebih buruk dibandingkan pria dalam lingkup emosional, kualitas hidup yang rendah pada wanita dapat dikaitkan dengan tingginya beban emosional yang dirasakan. Penelitian lain menunjukkan mayoritas strategi koping orang tua dari anak kanker yang sedang melakukan pengobatan kemoterapi adalah *problem focused coping* sebesar 94,7% (Dewi *et al.*, 2021). Orang dengan *problem focused coping* meyakini bahwa suatu upaya yang konstruktif dapat dilaksanakan untuk menangani atau mengubah situasi.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Leukemia merupakan salah satu penyakit kronis yang masih menjadi masalah kesehatan utama termasuk di Aceh. Diagnosa kanker ini tidak hanya mempengaruhi individu, tetapi juga keluarga secara multidimensi. Keluarga adalah sumber dukungan penting bagi penderita kanker, tetapi mereka juga perlu mengatasi tekanan yang dibawa oleh proses pengasuhan dan beban merawat yang tinggi. Keluarga penderita

yang mengalami stres fisik dan mental dapat mempengaruhi kualitas hidup (*QoL*) mereka sehingga dalam menangani hal tersebut, maka perlu adanya strategi coping untuk membantu menyelesaikan permasalahan. Maka dari itu penelitian ini bertujuan untuk menganalisis strategi coping dan beban merawat anggota keluarga terhadap kualitas hidup keluarga penderita kanker leukemia.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

1. Apakah ada hubungan antara jenis strategi coping terhadap kualitas hidup pada keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh setelah dikontrol oleh faktor karakteristik dan variabel lainnya ?.
2. Apakah ada hubungan antara beban merawat anggota keluarga terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh setelah dikontrol oleh faktor karakteristik dan variabel lainnya ?.

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini yaitu untuk menganalisis hubungan strategi coping dan beban merawat anggota keluarga terhadap kualitas hidup pada keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh.

#### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Untuk menganalisis hubungan jenis strategi coping terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh.
2. Untuk menganalisis hubungan beban merawat anggota keluarga terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh.

3. Untuk menganalisis hubungan dukungan sosial terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh.
4. Untuk menganalisis hubungan *self efficacy* terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh.
5. Untuk menganalisis hubungan pendidikan terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh.
6. Untuk menganalisis hubungan pekerjaan terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh.
7. Untuk menganalisis hubungan pendapatan keluarga terhadap kualitas hidup keluarga penderita kanker di Kota Banda Aceh.
8. Untuk menganalisis hubungan status pernikahan terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh.
9. Untuk menganalisis hubungan jenis kelamin terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh.
10. Untuk menganalisis hubungan usia terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh.

### **1.5 Ruang Lingkup Penelitian**

Ruang lingkup penelitian ini menganalisis hubungan strategi koping dan beban merawat anggota keluarga terhadap kualitas hidup dan variabel lainnya yang menjadi faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh.

## **1.6 Manfaat Penelitian**

### **1.6.1 Manfaat Teoritis**

Sebagai penerapan ilmu pengetahuan tentang metode penelitian dan analisis statistik dan hasil penelitian dapat dijadikan kontribusi dalam pengembangan ilmu dan referensi untuk penelitian selanjutnya khususnya tentang kualitas hidup.

### **1.6.2 Manfaat Praktis**

1. Menambah pengalaman dan pengetahuan dalam melakukan proses penelitian, serta dalam menerapkan ilmu yang telah dipelajari.
2. Untuk instansi kesehatan dapat memberikan informasi terkait hubungan strategi coping, beban merawat anggota keluarga dan faktor lainnya dengan kualitas hidup pada keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh, serta dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas hidup penderita dan keluarga penderita kanker dengan pengetahuan coping untuk mengatasi stres.

## **1.7 Originalitas Penelitian**

Berdasarkan hasil studi kepustakaan terdapat beberapa penelitian mengenai hubungan strategi coping, beban merawat anggota keluarga terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia, seperti pada tabel berikut:

**Tabel 1. 2 Originalitas Penelitian**

No	Nama	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1	(C. Wang <i>et al.</i> , 2020)	Quality of life in parents of childhood leukemia survivors. A French Childhood Cancer Survivor Study for Leukemia study	<i>Cross sectional</i>	Orang tua yang merawat penderita leukemia pada anak-anak memiliki kesehatan fisik dan hubungan social yang lebih rendah secara signifikan ( $P < 0,001$ ).	Menggunakan jenis desain penelitian yang sama	Menggunakan kuesioner yang berbeda Penelitian sebelumnya hanya fokus pada kualitas hidup sedangkan Penelitian yang akan dilakukan lebih banyak variabel yang berbeda dari penelitian ini seperti strategi koping, beban merawat pasien, dukungan sosial dan <i>self efficacy</i>
2	(Kilic & Oz, 2019)	Family Caregivers' Involvement in Caring with Cancer and their Quality of Life	Deskriptif	Ada perbedaan yang signifikan secara statistik antara faktor jenis kelamin, status pekerjaan, tingkat pendapatan, dan apakah pengasuh tinggal bersama pasien mereka. Kualitas hidup pengasuh keluarga dipengaruhi secara negatif selama proses pengasuhan ( $p < 0,05$ ).	Menganalisis kualitas hidup anggota keluarga penderita kanker.	Menggunakan kuesioner yang berbeda, kuesioner pada penelitian ini menggunakan QoL-Family Version sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan menggunakan WHOQOL-BREF Pada penelitian yang akan dilakukan akan menganalisis strategi koping Penelitian sebelumnya meneliti pada semua jenis kanker, sedangkan penelitian

No	Nama	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
						ini hanya dilakukan pada anggota keluarga penderita leukemia
3	(Pratami <i>et al.</i> , 2013)	Koping Strategi Dan Kualitas Hidup Pada Pasien Dengan Kanker Ginekologi Yang Menjalani Kemoterapi	non eksperimental dengan desain Korelasional Deskriptif	Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden strategi koping berada dalam kategori sangat baik dan kualitas hidup responden berada dalam kategori baik. Berdasarkan hasil analisis statistik oleh Spearman Rank dengan tingkat signifikansi 95%, $p < 0,05$ diperoleh nilai $p < 0,000$ (nilai $p < 0,05$ ). Hasil ini menunjukkan bahwa ada korelasi yang signifikan antara strategi koping dengan kualitas hidup pada pasien dengan kanker ginekologi yang menjalani kemoterapi.	Menganalisis strategi koping dan kualitas hidup	Responden yang berbeda, dimana responden pada penelitian ini yaitu pasien itu sendiri sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan yang akan dilakukan yaitu anggota keluarga penderita leukemia. Teknik pengambilan sampel yang berbeda Menggunakan kuesioner yang berbeda, pada penelitian ini menggunakan kuesioner kuesioner COPE untuk koping strategi dan kualitas hidup dari kuesioner EORTC QLQ C-30, FACTCx, FACT-O, FACT-En dan FACT-V. Sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan menggunakan WHOQOL-BREF

No	Nama	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
4	(Fananni & Pratikto, 2021)	Strategi Coping Dan Dukungan Sosial Terhadap Psychological Distress Pada Family Caregiver Cancer	<i>Cross sectional</i>	Hasil Penelitian menunjukkan terdapat hubungan positif antara strategi coping, dukungan sosial dan psychological distress pada family caregiver kanker. Psychological distress yang dialami meliputi aspek depresi dan kecemasan. Sedangkan strategi coping yang dilakukan family caregiver meliputi strategi yang berfokus pada masalah (plainful problem solving dan confrontative strategi coping) dan emosi. (distacing, self control, seeking social support, accepting responsibility, escape avoidance, dan positif reappraisal). Dan selain itu family caregiver juga memiliki dukungan social yang didapatkan dari dukungan teman, dukungan keluarga dan dukungan orang terdekat.	Untuk strategi coping menggunakan kuesioner yang sama Desain penelitian	Pada penelitian yang akan dilakukan, peneliti akan menganalisis kualitas hidup beserta variabel lainnya yang tidak terdapat pada penelitian ini seperti beban merawat pasien, <i>self efficacy</i> . Responden pada penelitian ini merupakan penderita leukemia.

No	Nama	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
5	(Rizka <i>et al.</i> , 2021)	Beban <i>family caregiver</i> dalam merawat pasien kanker stadium lanjut	<i>Cross sectional</i>	Rata-rata beban anggota keluarga selama merawat pasien kanker adalah 2,25 yang berarti mereka merasa sedikit terbebani.	Mengukur variable yang sama yaitu beban merawat anggota keluarga Menggunakan desain penelitian yang sama	Menggunakan kuesioner yang berbeda untuk beban merawat Penelitian ini hanya melihat beban merawat anggota saja sedangkan penelitian yang akan dilakukan juga melihat jenis strategi coping dan variable lainnya terhadap kualitas hidup Jenis kanker pada penelitian ini hanya berfokus pada leukemia
6	Dionne-Odom <i>et al.</i> (2019)	Supporting Family Caregivers of Adult and Pediatric Persons with Leukemia	<i>Literature review</i>	Meskipun dalam pengobatan leukemia memiliki perkembangan yang pesat, ketergantungan pada perawatan kompleks yang diberikan oleh anggota keluarga terus meningkat dan, seiring dengan itu, risiko beban mental, fisik, dan ekonomi juga meningkat.	Mengukur variable dukungan social dan social ekonomi	Terdapat beberapa variable lainnya yang akan diukur seperti beban merawat, strategi coping yang digunakan keluarga dalam mengatasi permasalahan yang ditimbulkan karena merawat penderita leukemia.
7	H. Yu <i>et al.</i> (2017)	Factors associated with the quality of life of family caregivers for leukemia patients in China	<i>cross-sectional</i>	Anggota keluarga yang lebih tua, berpendidikan tinggi, tidak memiliki keyakinan agama, menderita tingkat tekanan emosional yang lebih tinggi, dan	- Menggunakan desain penelitian yang sama	Pada penelitian ini ada tambahan variabel seperti strategi coping, beban merawat anggota keluarga,

No	Nama	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
				memberikan perawatan kepada pasien yang lebih muda dan pasien yang tidak memiliki perlindungan asuransi memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan yang lain.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jenis sampel yang sama</li> <li>- Mengukur karakteristik responden yang sama, seperti Pendidikan</li> <li>- Menggunakan kuesioner yang sama yaitu WHOQOL-BREF</li> </ul>	dukungan sosial, <i>self efficacy</i> dan lama rawatan.
8	Yamazaki <i>et al.</i> (2005)	Health-related quality of life of mothers of children with leukemia in Japan		Ibu yang memiliki anak penderita leukemia yang memerlukan perawatan di rumah sakit memiliki HRQOL yang buruk, terutama dalam hal kesehatan mental dan fungsi sosial, serta berisiko lebih besar mengalami depresi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meneliti kualitas hidup dengan sampel yang sama</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penelitian sebelumnya hanya meneliti pada ibu sedangkan penelitian ini kedua orangtuanya</li> <li>- Menggunakan kuesioner yang beda untuk mengukur kualitas hidup</li> <li>- Pada penelitian ini juga melihat beberapa variabel lainnya seperti strategi koping, beban merawat anggota keluarga,</li> </ul>

No	Nama	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Persamaan	Perbedaan
						dukungan sosial, <i>self efficacy</i> dan lama rawatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN KEPUSTAKAAN**

#### **2.1 Kualitas Hidup**

##### **2.1.1 Definisi Kualitas Hidup**

Kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai posisinya dalam kehidupan yang ditinjau dari konteks nilai dan budaya yang mereka anut dan berkaitan dengan harapan, standar hidup, kesenangan dan perhatian mereka (WHO, 2018). Pendapat lain dari Roberto dalam (Husni *et al.*, 2015) yang mendefinisikan kualitas hidup sebagai respon emosi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta dan kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain. Kualitas hidup bersifat objektif dan multidimensi yang artinya lebih dari satu aspek/ dimensi yang dilihat dan dinilai yaitu meliputi status kesehatan fisik, kesejahteraan emosional, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan sekitar (Utami & Hayati, 2018).

Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta dan kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain (Rosa *et al.*, 2022). Kualitas hidup mengacu pada perasaan individu tentang berbagai aspek seperti fisik, emosional serta sosial. Bisa juga dipengaruhi

oleh penyakit kronis, dimana penderita penyakit kronis memiliki kualitas hidup yang lebih buruk daripada orang sehat (Harahap & Nasution, 2018)

Kualitas hidup yang rendah dapat menimbulkan berbagai masalah pada kehidupan, seperti menghambat dalam mempertahankan aktivitas sehari-hari, kurangnya kemandirian serta berdampak pada kualitas hidup baik sekarang maupun di masa depan (Jha *et al.*, 2013), sedangkan kualitas hidup yang baik dapat menjadi ukuran memiliki kesejahteraan hidup yang tinggi (Wangsanata, 2021).

### **2.1.2 Dimensi Kualitas Hidup**

Terdapat empat (4) dimensi yang menjadi parameter dalam penilaian kualitas hidup seseorang dan terdapat beberapa aspek dalam setiap domainnya. Menurut WHO di dalam (Sobar & Suhartini, 2022) penilaian kualitas hidup dengan domain ini disebut dengan WHOQOL-BREF. Empat domain utama tersebut meliputi :

#### **a. Kesehatan Fisik**

Dimensi ini terkait kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Aktivitas yang dilakukan individu akan memberikan pengalaman-pengalaman baru yang merupakan modal perkembangan ke tahap selanjutnya. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, rasa sakit dan ketidaknyamanan, serta kapasitas kerja.

#### **b. Kesehatan Psikologis**

Dimensi ini terkait dengan keadaan mental individu. Keadaan mental mengarah pada mampu atau tidaknya individu menyesuaikan diri terhadap berbagai tuntutan perkembangan, baik tuntutan dari dalam diri maupun dari luar dirinya. Kesejahteraan psikologis mencakup bodily image dan

appearance, perasaan positif, perasaan negatif, self esteem, keyakinan pribadi, konsentrasi, dan gambaran jasmani.

c. Hubungan Sosial

Dimensi ini terkait dengan hubungan antara dua individu atau lebih dimana tingkah laku individu tersebut akan saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki tingkah laku individu lainnya. Hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial, aktivitas seksual. Hubungan sosial terkait akan public self consciousness, yaitu bagaimana individu dapat berkomunikasi dengan orang lain.

d. Lingkungan

Dimensi ini terkait dengan tempat tinggal individu, yaitu keadaan, ketersediaan tempat tinggal untuk melakukan aktivitas, sarana dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber finansial, kebebasan, keamanan, lingkungan rumah, dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang; lingkungan fisik termasuk polusi, kebisingan, lalu lintas, iklim; serta transportasi. Berfokus pada public self consciousness dimana individu memiliki kesadaran dan kepedulian terhadap lingkungan sekitar tempat tinggalnya.

Sedangkan menurut (Ferrans & Powers, 1992) yang dikembangkan berdasarkan *The Quality of Life Index*, menyebutkan kualitas hidup memiliki empat dimensi, yaitu:

a. *Health and Functioning*

Dimensi ini terkait dengan bagaimana individu dapat bermanfaat bagi orang lain, fisik yang bebas dari penyakit, dapat bertanggung jawab dengan apa yang dilakukannya, kesehatan diri, terkait stress atau kecemasan, waktu luang yang dimiliki, kehidupan seks, dan pelayanan kesehatan.

b. *Socioeconomic*

Dimensi ini terkait standar dari kehidupan yang dijalani, pendapatan pribadi yang diperoleh, rumah sebagai tempat berlindung, bekerja atau tidak bekerja, kondisi di Indonesia, teman yang dimiliki, dukungan emosi yang didapat, dan pendidikan.

c. *Psychological / Spiritual*

Dimensi ini terkait kepuasan dalam hidup yang dijalani, kebahagiaan, tujuan dari kehidupan, pikiran yang damai, penampilan pribadi, dan percaya kepada Tuhan.

d. *Family*

Dimensi ini terkait kebahagiaan yang dirasakan keluarga, anak dan pasangan yang dimiliki, serta kesehatan anggota keluarga.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup memiliki bermacam-macam dimensi, yaitu kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Dimensi - dimensi yang dikemukakan oleh *WHOQOL-BREF* akan dijadikan acuan dalam penelitian ini karena memiliki penjelasan yang rinci mengenai dimensi yang terdapat dalam kualitas hidup.

### **2.1.3 Alat Ukur Kualitas Hidup**

Penilaian kualitas hidup dilakukan untuk mengidentifikasi seberapa baik atau buruk seseorang mengalami kualitas hidupnya yang dilihat dari berbagai aspek, seperti kesehatan fisik, kesehatan mental, sosial dan lingkungan. Pengukuran kualitas hidup dapat menggunakan beberapa kuesioner kualitas hidup seperti SF36, WHOQOL, dan FQOL, HRQOL (Conrad *et al.*, 2014)

Dalam penelitian ini kualitas hidup diukur dengan menggunakan kuesioner *World Health Organization Quality of Life-BREF 27 (WHOQOL\_BREF)*. *WHOQOL-BREF* merupakan instrumen yang dikembangkan oleh *World Health Organization (WHO)*. Instrumen ini digunakan untuk menilai kualitas hidup secara umum dan menyeluruh. *WHOQOL-BREF* ini merupakan pembaharuan atau rangkuman dari instrumen sebelumnya yaitu *WHOQOL-100*. Pada instrumen *WHOQOL-100* terdapat 6 domain yaitu (kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spiritualitas). Terdapat pembaharuan dengan adanya penggabungan domain 1 dan 3 serta penggabungan domain 4 dan 6. Oleh karena itu terbentuklah instrumen *WHOQOL-BREF* yang terdiri dari 4 domain utama yaitu kesehatan fisik (6 pertanyaan), kesehatan psikologis (6 pertanyaan), hubungan sosial (3 pertanyaan) dan lingkungan (18 pertanyaan). Instrumen ini terdiri dari 26 pertanyaan dengan satu item yang terdiri dari 24 pertanyaan yang diadopsi dari instrumen *WHOQOL-100* (The World Health Organization Quality of Life (WHO, 1995).

### **2.1.4 Faktor- faktor yang mempengaruhi kualitas hidup**

Kualitas hidup secara langsung dipengaruhi oleh pengalaman positif pengasuhan, pengalaman pengasuhan negatif, dan stres kronis. Sumber daya

ekonomi dan sumber daya sosial memiliki dampak langsung pada kualitas hidup. Menurut (Kumar, 2014) ada beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah sebagai berikut:

a. Umur

Umur sangat mempengaruhi kualitas hidup individu, karena individu yang semakin tua akan semakin turun kualitas hidupnya. Semakin bertambahnya usia, munculnya rasa putus asa akan terjadinya hal-hal yang lebih baik dimasa yang akan datang.

b. Pendidikan

Pendidikan memiliki hubungan positif terhadap kualitas hidup yang menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan pasien maka semakin baik kualitas hidupnya.

c. Status pernikahan

Individu yang telah menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah. Karena pasangan yang menikah akan merasa lebih bahagia dengan adanya pasangan yang selalu menemaninya.

d. Keluarga

Keluarga juga merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Individu yang memiliki keluarga yang utuh dan harmonis akan lebih tinggi kualitas hidupnya. Dikarenakan keluarga dapat memberikan dukungan dan kasih sayang untuk meningkatkan kualitas hidup.

Sedangkan menurut (Idris & Asyanti, 2015) faktor- faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang sebagai berikut:

a. Jenis kelamin

Pria memiliki risiko lebih tinggi untuk memiliki kualitas hidup yang lebih buruk daripada wanita. Ini karena wanita lebih matang secara emosional dan tangguh saat menghadapi tekanan/masalah.

b. Pekerjaan

Pada prinsipnya, seseorang dapat membedakan antara bekerja dan tidak bekerja. Seorang pekerja memiliki kualitas hidup yang lebih baik daripada orang yang menganggur.

c. Perilaku berisiko

Perilaku berisiko seperti merokok, aktivitas fisik rendah, konsumsi alkohol atau kurang serat dapat menjadi faktor penting terjadinya penyakit tidak menular dan gangguan emosi. Penyakit jangka panjang dapat mempengaruhi kualitas hidup.

d. Penyakit kronis

Orang dengan penyakit kronis berisiko memiliki kualitas hidup yang lebih buruk daripada orang tanpa penyakit kronis.

e. Orang dengan masalah kesehatan mental, bahkan gangguan mental ringan, memiliki risiko kualitas hidup yang buruk lebih tinggi dibandingkan dengan orang tanpa gangguan emosional.

f. Situasi keuangan (pendapatan)

Orang dengan status ekonomi yang lebih rendah berisiko lebih besar terhadap kualitas hidup yang buruk daripada orang dengan status ekonomi yang lebih tinggi.

## **2.2 Faktor-Faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup pada keluarga penderita leukemia**

### **2.2.1 Hubungan beban merawat dengan kualitas hidup keluarga penderita leukemia**

Leukemia tidak hanya berdampak buruk terhadap penderitanya tetapi juga dapat berdampak negatif pada kualitas hidup keluarga yang merawatnya (Götze *et al.*, 2014). Keluarga terlibat dalam berbagai aspek dalam perawatan penderita kanker yang mengikuti perkembangan mulai dari membantu dalam pemberian obat sampai dengan berkomunikasi dengan petugas kesehatan yang memerlukan skills yang kompleks serta kemampuan dalam mengambil keputusan dalam pemberian perawatan penderita kanker (Given *et al.*, 2012). Hal ini tentu saja menjadi beban bagi pengasuh, beban merawat penderita kanker yang tinggi dapat menyebabkan stres, gangguan tidur, kelelahan mental dan fisik, yang pada akhirnya dapat mempengaruhi kualitas hidup (Rizka *et al.*, 2021). Ketika kualitas hidup pengasuh menurun, kemampuan mereka untuk memberikan layanan berkualitas tinggi juga dapat melemah, sehingga berdampak negatif pada kesehatan dan kesejahteraan pasien (Dionne-Odom *et al.*, 2019).

### **2.2.2 Hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup keluarga penderita leukemia**

Dukungan sosial adalah bantuan dan motivasi yang diberikan oleh orang lain terhadap seseorang yang berasal dari teman, pasangan dan keluarga. Keluarga merupakan salah satu faktor penting dalam mendukung peningkatan kualitas hidup pasien penyakit kronis. Penelitian yang dilakukan oleh (Novianti & Kusnanto, 2020) terdapat hubungan yang positif dukungan sosial dengan kualitas hidup anggota keluarga dimana dukungan tersebut dapat memberikan motivasi dalam menghadapi

kesulitan dalam merawat penderita kanker dan juga dapat membantu anggota keluarga dalam pengambilan keputusan.

Dukungan sosial dapat memiliki dampak yang signifikan pada kualitas hidup keluarga yang memiliki anggota yang menderita kanker leukimia. Kanker leukimia adalah jenis kanker yang memengaruhi sel-sel darah putih dan dapat memerlukan perawatan medis intensif (Viswanathan *et al.*, 2004). Dukungan sosial dapat membantu keluarga dalam mengatasi stres, kecemasan, dan depresi yang seringkali terjadi pada keluarga penderita leukemia. Adanya dukungan dari teman, keluarga, atau kelompok pendukung dapat meningkatkan kesejahteraan mental mereka (Veach, Nicholas, & Barton, 2013)

Dukungan sosial memainkan peran penting dalam mempengaruhi kualitas hidup pendamping (caregiver) penderita leukemia. Merawat orang yang mengidap kanker adalah tugas yang melelahkan secara emosional dan fisik, dan dukungan sosial dapat membantu pendamping mengatasi tantangan ini. Dalam penelitian (Bevans & Sternberg, 2012), Rata-rata beban family caregiver selama merawat pasien kanker adalah 2,25 yang berarti mereka merasa sedikit terbebani.

### **2.2.3 Hubungan *self efficacy* dengan kualitas hidup anggota penderita leukemia**

*Self efficacy* merupakan tingkat kepercayaan seseorang terhadap kemampuan dirinya untuk melakukan tindakan sehingga mencapai tujuan yang telah ditentukan (Hendrawati *et al.*, 2019). Penelitian R. Streisand *et al.* (2010) dan Lestari *et al.* (2018) menunjukkan bahwa rendahnya efikasi diri juga berpengaruh dalam tingginya tingkat stres yang dialami anggota keluarga yang memiliki anak dengan sakit kronis. Stres yang dialami akan mempengaruhi keluarga dalam manajemen

penyakit penderita (R. Streisand *et al.*, 2010) sehingga hal ini menyebabkan keluarga memiliki efikasi diri yang lebih rendah yang pada akhirnya hal ini berdampak pada kualitas hidup penderita dan keluarga yang lebih buruk.

Hasil penelitian Nurhidayah (2023) diketahui bahwa sebagian besar orang tua dalam merawat anak kanker memiliki efikasi diri yang rendah (70,0%). Penelitian ini menunjukkan sebagian besar orang tua dalam merawat anak kanker memiliki efikasi diri yang rendah pada dimensi *strength* (76,7%), dimensi *magnitude* (73,3%) dan dimensi *generality* (53,3%).

Seseorang dengan efikasi yang kuat percaya bahwa mereka mampu melakukan sesuatu untuk merubah kejadian-kejadian di sekitarnya, sedangkan seseorang dengan efikasi diri rendah menganggap dirinya pada tidak mampu mengerjakan segala sesuatu yang ada disekitarnya. Dalam situasi yang sulit, orang tua atau pendamping dengan efikasi yang rendah cenderung mudah menyerah akibatnya anak merasa tidak tenang, lemah, tidak bersemangat dalam melakukan pengobatan kemoterapi, serta anak akan merasa tidak nyaman selama proses perawatan dan pengobatan. Jika hal ini terjadi selama proses pengobatan kemoterapi dan perawatan, hal ini akan menyulitkan dalam proses penyembuhan penyakit kanker pada anak (Raeder *et al.*, 2019).

#### **2.2.4 Hubungan pendidikan dengan kualitas hidup keluarga penderita leukemia**

Pada umumnya, keluarga dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik, baik secara fisik maupun psikologis. Keluarga penderita kanker yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih

tinggi memiliki skor kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan mereka yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih rendah (Idris & Asyanti, 2015).

Tingkat pendidikan erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan yang dimiliki orang tua atau pendamping pasien kanker. Semakin tinggi pendidikannya maka semakin tinggi tingkat pengetahuannya. Hal tersebut berkaitan dengan pendapat El-Sawy *et al.* (2013), menyatakan bahwa adanya pengetahuan tentang kondisi anak, prognosis, berbagai pendekatan pengobatan dan efek samping pengobatan akan berdampak dalam mempraktikkan perilaku sehat dengan anak leukemia. Namun, masih terdapat juga orang tua yang belum memiliki perawatan yang kurang baik dalam merawat anak leukemia sebagaimana penelitian yang dilakukan (Saraswati *et al.*, 2018), hanya terdapat 13,3% memiliki praktik yang baik dalam merawat anak leukemia serta mengelola efek samping kemoterapi pada anak. Beberapa efek samping yang terjadi pada anak setelah menjalani kemoterapi harus menjadi perhatian dari orang tua, bahwa orang tua dengan anak leukemia membutuhkan lebih banyak pengetahuan dan keterampilan untuk mengelola anak dengan efek samping kemoterapi (Hongjuan Yu *et al.*, 2017).

#### **2.2.5 Hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup keluarga penderita leukemia**

Penelitian yang dilakukan oleh Qan'ir *et al.* (2022) mengungkapkan bahwa keluarga penderita kanker yang bekerja di sektor swasta memiliki kualitas yang rendah dibandingkan dengan mereka yang memiliki pekerjaan lain (pegawai negeri, petani, pengangguran, pelajar). Keluarga penderita kanker yang bekerja di sektor swasta memiliki kendala waktu karena kurangnya kebebasan dan waktu kerja yang lama jika dibandingkan dengan pekerjaan lain. Dengan demikian, bekerja di sektor

swasta membutuhkan perhatian dan perawatan yang cermat untuk meningkatkan kualitas hidup mereka.

#### **2.2.6 Hubungan pendapatan keluarga dengan kualitas hidup keluarga penderita leukemia**

Keluarga dengan pendapatan bulanan yang lebih rendah memiliki beban ekonomi (keuangan) yang lebih besar untuk menangani biaya perawatan dan akses ke fasilitas kesehatan (Vercasson *et al.*, 2020). (Vercasson *et al.*, 2020). Zhu *et al.* (2014) melakukan penelitian dengan membandingkan keadaan ekonomi antara keluarga penderita kanker dan non-kanker. Hasil yang didapatkan signifikan lebih rendah pada keluarga penderita kanker dibandingkan keluarga non-kanker. Hal ini karena anggota keluarga mempertahankan pekerjaan, sementara mereka terlibat dalam pengasuhan pasien kanker sehingga tidak bisa bekerja dengan optimal. Hal tersebut berhubungan dengan pendapatan yang mereka dapatkan.

#### **2.2.7 Hubungan status pernikahan dengan kualitas hidup keluarga penderita leukemia**

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa keluarga yang sudah menikah cenderung memiliki dukungan sosial yang lebih besar dan kualitas hidup yang lebih baik, dibandingkan dengan keluarga yang belum menikah atau bercerai. Keluarga yang sudah menikah memiliki skor kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang belum menikah atau bercerai dan juga status pernikahan mempengaruhi kualitas hidup secara langsung (Geng *et al.*, 2018).

#### **2.2.8 Hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup keluarga penderita kanker**

Perempuan yang menjadi pengasuh bagi penderita kanker memiliki skor kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini dikaitkan

dengan peran tradisional yang diberikan kepada perempuan dalam perawatan dan dukungan keluarga. Perempuan cenderung memiliki tugas dan tanggung jawab yang lebih besar dalam hal perawatan dan dukungan keluarga, yang dapat mempengaruhi kualitas hidup mereka secara negatif (H. A. Lim *et al.*, 2017).

Hasil penelitian Lee *et al.* (2015) menunjukkan jenis kelamin perempuan lebih signifikan dibanding jenis kelamin laki-laki. Hal ini mungkin disebabkan oleh beberapa faktor. Pertama, perempuan biasanya menjalankan peran sebagai pengasuh karena norma-norma sosial. Hal ini mungkin berkontribusi terhadap beban perawatan yang lebih besar pada perempuan dibandingkan laki-laki (Alptekin *et al.*, 2010). Kedua, perempuan umumnya memberikan lebih banyak bantuan pengasuhan dibandingkan laki-laki, yang dapat mengakibatkan risiko morbiditas fisik atau psikologis (Zhu *et al.*, 2014).

### **2.2.9 Hubungan usia dengan kualitas hidup keluarga penderita leukemia**

Keluarga yang lebih tua memiliki skor kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan keluarga yang lebih muda. Hal ini dapat dikaitkan dengan kesehatan yang menurun dan risiko penyakit yang lebih tinggi pada orang yang lebih tua (Meecharoen *et al.*, 2013). Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Wenny Savitri, 2022) menunjukkan usia berpengaruh secara negatif signifikan terhadap skor kualitas hidup, dapat diartikan bahwa setiap peningkatan 1 tahun usia anggota keluarga maka skor kualitas hidup akan semakin menurun sebesar 3.989 sehingga kualitas hidup anggota keluarga akan semakin meningkat.

Hal ini dapat disebabkan oleh beban merawat pasien kanker dirasakan lebih tinggi pada anggota keluarga yang lebih muda (Choi *et al.*, 2016). Studi lain

mengungkapkan bahwa anggota keluarga yang lebih tua memiliki kesehatan mental yang lebih baik daripada yang lebih muda sehingga kualitas hidupnya akan lebih baik (Kim *et al.*, 2016). Selain itu, anggota keluarga dengan usia yang lebih tua lebih memiliki pengalaman beradaptasi terhadap perubahan dalam hidup dan memiliki kemampuan lebih dalam penyelesaian masalah (Effendy *et al.*, 2015). Beberapa studi sebelumnya menunjukkan hasil yang berbeda dimana tidak ditemukan hubungan antara usia dengan kualitas hidup anggota keluarga pasien kanker (Tan *et al.*, 2018), (Yihedego *et al.*, 2020), (Haikel A Lim *et al.*, 2017).

## **2.3 Strategi Koping**

### **2.3.1 Pengertian Strategi Koping**

Banyaknya permasalahan yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari membuat seseorang atau keluarga menjadi kebingungan dan stres, dan menggunakan berbagai cara untuk menghilangkan stres yang sedang dialami. Ketegangan fisik dan emosional yang menyertai stres dapat menimbulkan ketidaknyamanan. Ketidaknyamanan ini membuat individu menjadi termotivasi untuk melakukan sesuatu demi mengurangi atau menghilangkan stres. Usaha yang dilakukan oleh individu tersebut disebut koping (Östlund & Persson, 2014). Koping adalah semua bentuk perilaku dan pikiran (negatif atau positif) yang dapat mengurangi kondisi yang membebani individu agar tidak menimbulkan stres (Maryam, 2017).

Menurut Lazarus dan Folkman dalam (Asih *et al.*, 2018) koping merupakan upaya individu mengelola kognisi dan perilaku secara konstan, untuk mengatasi beberapa tuntutan atau menghadapi beberapa kondisi baik internal maupun eksternal yang berubah. Hal ini juga sejalan dengan (Hendriani, 2018) yang mendefinisikan strategi koping adalah strategi yang digunakan individu untuk

melakukan penyesuaian antara sumber-sumber yang dimilikinya dengan tuntutan yang dibebankan lingkungan kepadanya. Bisa dikatakan juga bahwa koping merupakan bentuk pertahanan diri yang dilakukan individu untuk menghindari dari stres ataupun depresi. Dalam membangun perilaku koping diperlakukan sumber daya koping baik yang bersifat fisik maupun non fisik. Sumber daya koping biasanya bersifat subjektif sehingga perilaku koping dapat berbeda antar individu (Kazemi *et al.*, 2021). Cara seseorang melakukan strategi koping berdasar pada sumber daya yang dimiliki, seperti dukungan sosial. Dukungan sosial ini meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada individu yang diperoleh atau diberikan oleh orangtua, saudara atau anggota keluarga lain, teman dan lingkungan masyarakat sekitar.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa strategi koping adalah sebuah cara atau proses yang dilakukan seseorang untuk mengelola perbedaan antara yang dirasakan dengan tuntutan lingkungan atau situasi yang mengancam.

### **2.3.2 Jenis-Jenis Strategi Koping**

Menurut (Lazarus & Folkman, 1984) secara umum membedakan bentuk strategi koping dalam dua klasifikasi *Problem focused coping (PFC)* dan *Emotion Focused Coping (EFC)*.

- a. *Problem focused coping (PFC)* adalah bentuk koping yang cenderung diarahkan dalam upaya untuk mengurangi tuntutan dari situasi yang penuh tekanan, dalam arti koping yang muncul terfokus pada masalah individu yang akan mengatasi stres dengan mempelajari cara-cara keterampilan yang baru. Individu cenderung menggunakan strategi ini ketika individu percaya bahwa

tuntutan dari situasi dapat diubah (Khabibi *et al.*, 2023). *Problem focused coping* memungkinkan individu membuat rencana dan tindakan lebih lanjut serta berusaha menghadapi segala kemungkinan yang akan terjadi untuk memperoleh apa yang telah direncanakan dan diinginkan sebelumnya.

Menurut (Lazarus & Folkman, 1984) pengklasifikasian bentuk perilaku coping yang berorientasi pada *problem focused coping* yaitu:

- *Confrontative coping*

Usaha untuk mengubah keadaan yang dianggap sumber tekanan dengan cara melakukan hal-hal yang bertentangan dengan aturan yang berlaku walaupun terkadang mengalami resiko yang cukup besar.

- *Planfull problem solving*

Individu memikirkan dan mempertimbangkan secara matang beberapa alternatif pemecahan masalah yang mungkin dilakukan, meminta pendapat dan pandangan dari orang lain tentang masalah yang dihadapi, bersikap hati-hati sebelum memutuskan suatu dan mengevaluasi strategi yang pernah dilakukan.

- *Seeking Sosial Support*

Suatu cara yang dilakukan individu dalam menghadapi masalah dengan cara mencari dukungan pada keluarga atau lingkungan sekitar, dapat berupa informasi, bantuan nyata, simpati, maupun perhatian.

b. *Emotion Focused Coping (EFC)* adalah bentuk coping yang diarahkan untuk mengatur respon emosional terhadap situasi yang menekan. Individu dapat mengatur respon emosional dengan pendekatan behavioral dan kognitif.

Contoh dari pendekatan behavioral adalah mencari dukungan emosional dari teman – teman dan mengikuti berbagai aktivitas seperti berolahraga atau menonton televisi yang dapat mengalihkan perhatian individu dari masalahnya. Sementara pendekatan kognitif melibatkan bagaimana individu berfikir tentang situasi yang menekan. Strategi ini adalah satu-satunya cara untuk menerapkan keterampilan koping ketika sumber stres berada di luar kendali orang yang mengalaminya. Caranya dengan mengalihkan fokus dan perhatian dari sumber masalahnya, misalnya dengan sharing atau menulis tentang masalah yang sedang dihadapi, meditasi, atau dengan berdoa. Individu yang menggunakan emotion focused coping dalam penyelesaian masalah cenderung menunjukkan perilaku dengan lebih mengutamakan introspeksi diri daripada sibuk menyalahkan orang lain dan memandang positif masyarakat atau lingkungan di sekitar. Dapat disimpulkan *emotion focused coping* merupakan bentuk koping yang digunakan seseorang dalam menghadapi situasi yang menekan dengan cara mengontrol atau mengatur respon emosi yang muncul sehingga individu mampu menilai secara positif situasi yang terjadi.

Menurut (Lazarus & Folkman, 1984) pengklasifikasian bentuk perilaku koping yang berorientasi pada *emotion focused coping* yaitu:

- *Distancing*

Individu menunjukkan sikap kurang peduli terhadap persoalan yang dihadapi bahkan mencoba melupakan seolah-olah tidak pernah terjadi apa-apa.

- *Self-controlling*

Individu melakukan penyelesaian masalah dengan cara mengendalikan diri, menahan diri, mengatur perasaan, teliti dan tidak tergesa dalam mengambil tindakan.

- *Escape-Avoidance*

Individu berusaha menghindari dari masalah yang dihadapi atau individu berusaha menyanggah atau mengingkari dan melupakan masalah-masalah yang ada pada dirinya.

- *Accepting responsibility*

Usaha untuk menyadari tanggung jawab diri sendiri dalam permasalahan yang dihadapi dan mencoba menerima untuk membuat semua keadaan menjadi lebih baik.

- *Positive reappraisal*

Individu melihat sisi positif dari masalah yang dialami dalam kehidupannya dengan mencari arti atau keuntungan dari pengalaman tersebut serta mengembangkan diri termasuk melibatkan diri dalam hal-hal yang religius.

Jenis koping yang akan digunakan dan dampaknya akan bergantung pada jenis stres atau masalah yang dihadapi (Maryam, 2017). Dalam situasi dinamis yang mungkin konstruktif kemungkinan strategi yang digunakan adalah fokus pada masalah. Namun, dalam situasi yang sulit, seperti kematian pasangan, strategi koping yang digunakan adalah berfokus pada emosi karena memotivasi individu untuk lebih banyak berdoa, bersabar dan pasrah (Khabibi *et al.*, 2023).

### 2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Strategi Koping

Menurut Taylor (2009) dalam (Putri, 2021) strategi koping yang individu dapat dipengaruhi oleh dua faktor. Kedua faktor tersebut terbagi ke dalam faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam diri individu, seperti karakteristik sifat kepribadian dan metode koping yang digunakan. Sedangkan faktor eksternal adalah faktor yang berasal dari luar diri individu, seperti: waktu, uang, pendidikan, kualitas hidup, dukungan keluarga, dan sosial serta tidak adanya stresor lain.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi strategi koping menurut Lazarus dan Folkman dalam (Dewi *et al.*, 2021) antara lain:

- a. Kesehatan Fisik merupakan hal yang penting, karena selama dalam usaha mengatasi stres individu dituntut untuk mengerahkan tenaga yang cukup besar
- b. Keyakinan atau pandangan positif menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan akan nasib (eksternal locus of control) yang mengerahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan (helplessness) yang akan menurunkan kemampuan strategi coping tipe : *problem-solving focused coping*
- c. Keterampilan memecahkan masalah meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan untuk menghasilkan alternatif tindakan, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai, dan pada

akhirnya melaksanakan rencana dengan melakukan suatu tindakan yang tepat.

- d. Keterampilan sosial meliputi kemampuan untuk berkomunikasi dan bertingkah laku dengan cara-cara yang sesuai dengan nilai-nilai sosial yang berlaku di masyarakat.
- e. Dukungan sosial meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada diri individu yang diberikan oleh orang tua, anggota keluarga lain, saudara, teman, dan lingkungan masyarakat sekitarnya.
- f. Materi dukungan meliputi sumber daya berupa uang, barang-barang atau layanan yang biasanya dapat dibeli.

#### **2.3.4 Strategi Koping Keluarga**

Menurut Friedrnan (1998) dalam Prakoso (2020) menjelaskan ada dua tipe strategi koping keluarga yaitu:

- a. Strategi koping internal atau intrafamilial memiliki tujuh strategi koping. Ketujuh strategi tersebut adalah mengandalkan kemampuan sendiri dari keluarga, penggunaan humor, musyawarah bersama (memelihara ikatan kebersamaan), mengartikan masalah, pemecahan masalah secara bersama, fleksibilitas peran dan normalisasi, mengandalkan kemampuan sendiri dan keluarga. Keluarga seringkali melakukan upaya untuk mencari dan mengandalkan sumber-sumber mereka sendiri. Keluarga melakukan ini dengan membuat struktur organisasi yang lebih besar dalam keluarga yaitu dengan membuat jadwal dan tugas rutinitas yang diemban tiap anggota keluarga yang lebih ketat. Hal ini diharapkan agar setiap anggota menjadi lebih

disiplin dan taat. Pada kondisi ini keluarga dapat mengontrolnya, jika berhasil maka akan tercapai integrasi dan ikatan yang lebih kuat. Strategi koping yang khas adalah disiplin diri dikalangan anggota keluarga yang mengalami stres, mereka harus menjaga ketenangan dan dapat memecahkan masalah karena mereka sendiri yang bertanggung jawab terhadap diri sendiri dan keluarganya.

- b. Strategi koping keluarga eksternal atau ektrafamilial. Dalam strategi koping ini, terdapat empat strategi koping. Keempat strategi tersebut adalah mencari informasi, memelihara hubungan aktif dengan komunitas, mencari dukungan sosial dan mencari dukungan spiritual. Keluarga yang mengalami stres memberikan respons secara kognitif dengan mencari informasi yang berhubungan dengan stresor. Hal ini berfungsi untuk menambah perasaan untuk memiliki kontrol terhadap situasi dan mengurangi perasaan takut terhadap sesuatu yang tidak dikenal dan membantu keluarga menilai stresor secara lebih akurat. Memelihara hubungan aktif dengan komunitas, kategori ini berbeda dengan koping yang menggunakan sistem dukungan sosial dimana kategori ini merupakan suatu koping keluarga yang berkelanjutan, jangka panjang dan bersifat umum, bukan sebuah kategori yang dapat meningkatkan stresor spesifik tertentu. Anggota keluarga adalah pemimpin keluarga dalam suatu kelompok, organisasi dan kelompok komunitas. Mencari sistem pendukung sosial dalam jaringan kerja sosial keluarga merupakan strategi koping keluarga eksternal yang utama. Sistem pendukung sosial ini dapat diperoleh dari sistem kekerabatan keluarga, kelompok

profesional, para tokoh masyarakat dan lain-lain yang didasarkan pada kepentingan bersama.

### 2.3.5 Kuesioner Strategi Koping (The Ways of Coping)

penelitian ini menggunakan kuesioner *The Ways of Coping Questionnaire (WCQ)* yang sudah direvisi oleh (Folkman & Lazarus, 1988) untuk melihat jenis strategi koping apa saja yang digunakan seseorang untuk menghadapi masalah yang dihadapi. Kuesioner WCQ terdiri dari 66 item dan hanya 50 item yang diukur. Kuesioner ini terdiri dari 2 kategori yaitu *Problem Focused Coping* (no. 1-18) dan *Emotion Focused Coping* (no. 19-50). *Problem Focused Coping* terdiri dari 3 aspek yaitu *Confrontive Coping*, *Seeking Sosial Support* dan *Planful Problem Solving*. Sedangkan *Emotion Focused Coping* terdiri dari 5 aspek yaitu *Distancing*, *Escape-Avoidance*, *Accepting Responsibility*, *Self-control* dan *Positive Reappraisal*.

**Tabel 2.1 Penjelasan Item Kuesioner Strategi Koping**

Dimensi	Aspek	Jumlah item	No. Item
<i>Problem Focused Coping</i>	<i>Planful Problem Solving.</i>	6	1, 2, 3, 4, 5, 6
	<i>Confrontative Coping</i>	6	7, 8, 9, 10, 11, 12
	<i>Seeking Sosial Support dan</i>	6	13, 14, 15, 16, 17, 18
<i>Emotion Focused Coping</i>	<i>Distancing</i>	6	19, 20, 21, 22, 23, 24
	<i>Self-control</i>	7	25, 26, 27, 28, 29, 30, 31
	<i>Escape-Avoidance</i>	8	32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39
	<i>Accepting Responsibility</i>	4	40, 41, 42, 43
	<i>Positive Reappraisal.</i>	7	44, 45, 46, 47, 48, 49, 50

### **2.3.6 Hubungan Strategi Koping dengan Kualitas Hidup Keluarga Penderita Leukemia**

Strategi koping koping yang digunakan oleh keluarga penderita kanker dapat berpengaruh pada kualitas hidup mereka. Kualitas hidup di sini merujuk pada aspek fisik, psikologis, dan sosial dari kehidupan sehari-hari keluarga. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan (Rana *et al.*, 2019) yang menemukan bahwa keluarga yang merawat pasien kanker memiliki kualitas hidup yang rendah dibandingkan dengan yang tidak. Namun, keluarga yang menggunakan strategi koping yang berfokus pada emosi atau religius memiliki nilai kualitas hidup yang tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa mengambil langkah-langkah yang mudah dalam menghadapi tantangan keluarga lebih efektif dalam meningkatkan kualitas hidup keluarga yang merawat pasien kanker.

## **2.4 Konsep Beban Merawat**

### **2.4.1 Definisi Beban Merawat**

Beban merawat didefinisikan sebagai sejauh mana keluarga dapat merasakan keadaan emosional, kesehatan fisik, kehidupan sosial dan status keuangan mereka dalam proses merawat mereka (Wahyuni, 2017). Beban perawatan (*burden of care*) mengacu pada masalah fisik atau psikologis, kesulitan atau dampak yang dialami oleh pasangan, orang tua, anak atau kerabat anggota keluarga dengan penyakit mental (Devi, 2022).

Beban memiliki dua komponen yaitu biaya obyektif dan biaya subyektif. Beban obyektif mengacu pada tantangan kuantitatif yang dihadapi anggota keluarga dalam kehidupan sehari-hari mereka, seperti biaya keuangan, hilangnya waktu luang, dan

perubahan hubungan sosial. Beban subyektif mengacu pada beban abstrak atau emosional yang dihadapi keluarga akibat sakit (Nurchaya & Utami, 2015).

#### **2.4.1 Definisi Beban Merawat pada Leukemia**

Kanker tidak hanya berdampak buruk terhadap penderitanya tetapi juga dapat berdampak negatif pada kualitas hidup keluarga yang merawatnya (Widari & Serlinda, 2018). Keluarga terlibat dalam berbagai aspek dalam perawatan penderita kanker yang mengikuti perkembangan mulai dari membantu dalam pemberian obat sampai dengan berkomunikasi dengan petugas kesehatan yang memerlukan skills yang kompleks serta kemampuan dalam mengambil keputusan dalam pemberian perawatan penderita kanker (Borges *et al.*, 2017). Hal ini tentu saja menjadi beban bagi pengasuh, beban merawat penderita kanker yang tinggi dapat menyebabkan stres, gangguan tidur, kelelahan mental dan fisik, yang pada akhirnya dapat mempengaruhi kualitas hidup (Rizka *et al.*, 2021). Selain itu keluarga yang merawat pasien kanker dapat membatasi aktivitas dan kebebasan mereka.

Pasien kanker memiliki kebutuhan yang kompleks. Masalah fisik, psikologis, dan sosial yang pasien hadapi tidak hanya berdampak pada dirinya sendiri, tetapi juga pada keluarga (Govina *et al.*, 2015). Berdasarkan hasil penelitian di Indonesia, keluarga membantu menyelesaikan hampir semua masalah penderita, seperti masalah finansial (56%), autonomi (36%), dan psikososial (34%) (Effendy *et al.*, 2015). Kesulitan yang dialami keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang sakit disebut dengan beban *caregiver*, yang meliputi beban fisik, psikologis, sosial, dan keuangan.

Beban fisik yang sering dialami keluarga dapat berupa gangguan tidur, fatigue, dan nyeri. Beban psikologis yang dialami keluarga berupa perasaan tertekan, depresi, cemas, dan perasaan bersalah yang berkaitan dengan keterlibatannya dalam merawat anggota keluarga yang menderita kanker (Rha *et al.*, 2015). Beban sosial yang dialami dapat berupa kehilangan waktu untuk bekerja karena harus merawat keluarganya yang menderita kanker (Surya, 2021). Beban keuangan yang dialami keluarga disebabkan oleh keharusan untuk membayar mahal biaya yang diperlukan untuk perawatan anggota keluarganya yang menderita kanker (Deshields *et al.*, 2012; Rha *et al.*, 2015). Beban merawat yang tinggi dan tidak terselesaikan akan berakibat pada penurunan kualitas hidup baik bagi penderita maupun keluarganya (Rha *et al.*, 2015).

#### **2.4.1 Kuesioner Beban Merawat (Zarit Burden Interview (ZBI))**

Instrumen – instrumen penelitian ini telah diciptakan untuk menilai beban perawatan pengasuh / *caregiver burden*. Instrumen ini menggunakan kuisisioner dari *Zarit Burden Interview*. Kuisisioner *ZBI* merupakan kuisisioner yang dikembangkan oleh Profesor Steven H. Zarit dari Universitas Pennsylvania yang sering digunakan untuk menilai beban perawatan. Instrumen ini sudah diadaptasi dalam berbagai bahasa dan digunakan di berbagai negara. Instrumen beban menggunakan *The Zarit Burden Interview* Versi Indonesia dan telah di modif sesuai dengan keperluan penelitian yang terdiri dari 22 pertanyaan. Instrumen penelitian *caregiver burden* ini telah diuji dengan uji product moment dengan nilai Cronbach alpha 0,931 (Tristiana *et al.*, 2019).

## 2.5 Konsep Leukemia

### 2.5.1 Definisi Leukemia

Leukemia adalah sekelompok penyakit kanker yang memengaruhi sel-sel darah putih dalam tubuh. Sel darah putih adalah bagian penting dari sistem kekebalan tubuh yang berfungsi untuk melindungi tubuh dari infeksi dan penyakit. Namun, dalam leukemia, sel-sel darah putih mengalami mutasi genetik yang membuat mereka tumbuh dan berkembang secara tidak terkontrol (Ghozali *et al.*, 2016).

Leukemia adalah jenis penyakit kanker yang menyerang sel-sel darah putih yang diproduksi oleh sumsum tulang atau *bone marrow* (Ramatillah *et al.*, 2019). Sumsum tulang ini dalam tubuh manusia memproduksi tiga tipe sel darah diantaranya sel darah putih (berfungsi sebagai daya tahan tubuh melawan infeksi), sel darah merah (berfungsi membawa oksigen ke dalam tubuh) dan platelet (bagian kecil sel darah yang membantu proses pembekuan darah) (Ramatillah *et al.*, 2019).

Leukemia umumnya muncul pada diri seseorang sejak dimasa kecilnya. Sumsum tulang tanpa diketahui dengan jelas penyebabnya telah memproduksi sel darah putih yang berkembang tidak normal atau abnormal (Gatri Nurdin, 2020). Normalnya, sel darah putih mereproduksi ulang bila tubuh memerlukannya atau ada tempat bagi sel darah itu sendiri. Tubuh manusia akan memberikan tanda atau signal secara teratur kapankah sel darah diharapkan bereproduksi kembali. Pada kasus Leukimia, sel darah putih tidak merespon kepada tanda/signal yang diberikan. Akhirnya produksi yang berlebihan tidak terkontrol (abnormal) akan keluar dari sumsum tulang dan dapat ditemukan di dalam darah perifer atau darah tepi. Jumlah sel darah putih yang abnormal ini bila berlebihan dapat mengganggu fungsi normal

sel lainnya. Seseorang dengan kondisi seperti ini akan menunjukkan beberapa gejala seperti mudah terkena penyakit infeksi, anemia dan perdarahan (Laila Nur & Marcelyan, 2022).

### **2.5.2 Etiologi Leukemia**

Sebagian besar penderita leukemia tidak dapat diidentifikasi faktor penyebabnya, tetapi ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan leukemia menurut Handayani (2008): Pertama faktor genetik, Insidensi leukemia akut pada anak-anak penderita sindrom Down adalah 20 kali lebih banyak daripada normal. Kelainan pada kromosom 21 dapat menyebabkan leukemia akut. Insidensi leukemia akut juga meningkat pada penderita kelainan kongenital dengan aneuploidi misalnya agranulositosis kongenital, sindrom Ellis van Greveld, penyakit seliak, sindrom Bloom, anemia Fanconi, sindrom Klinefelter dan sindrom trisomi D.

Kedua sinar radioaktif merupakan faktor eksternal yang paling jelas dapat menyebabkan leukemia pada binatang maupun pada manusia. Angka kejadian leukemia mieloblastik akut (AML) dan leukemia granulositik kronis (LGGK) jelas sekali meningkat sesudah sinar radioaktif. Akhir-akhir ini dibuktikan bahwa penderita yang diobati dengan sinar radioaktif akan menderita leukemia pada 6% klien, dan baru terjadi sesudah 5 tahun.

Ketiga virus, beberapa virus tertentu sudah dibuktikan menyebabkan leukemia pada binatang. Sampai sekarang belum dapat dibuktikan bahwa penyebab leukemia pada manusia adalah virus. Meskipun demikian, ada beberapa hasil penelitian yang mendukung teori virus sebagai penyebab leukemia. yaitu enzim reverse transcriptase ditemukan dalam darah manusia. Seperti diketahui enzim ini

ditemukan di dalam virus onkogenik seperti retrovirus tipe C. yaitu jenis virus RNA yang menyebabkan leukemia pada binatang Enzim tersebut menyebabkan virus yang bersangkutan dapat membentuk bahan genetik yang kemudian bergabung dengan genom yang terinfeksi.

### **2.5.3 Gejala Leukemia**

Leukemia adalah jenis kanker darah yang berkaitan dengan pertumbuhan sel darah yang tidak normal di sumsum tulang dan jaringan darah. Gejala leukemia dapat bervariasi tergantung pada jenisnya (leukimia akut atau kronis) dan tahap perkembangannya. Berikut adalah beberapa gejala umum leukemia menurut (Zahroh, 2019):

1. Kelelahan dan lemah

Merasa sangat lelah dan lemah adalah gejala umum leukemia. Kondisi ini dapat berkembang secara bertahap dan menjadi semakin parah.

2. Infeksi berulang

Penderita leukemia memiliki sistem kekebalan yang melemah, sehingga lebih rentan terhadap infeksi bakteri, virus, dan jamur. Infeksi yang sering kembali atau sulit sembuh adalah tanda yang umum.

3. Pendarahan dan mudah memar

Gangguan dalam produksi sel darah putih normal dapat menyebabkan pendarahan gusi, hidung, atau memar yang mudah terjadi. Sel darah merah yang rendah juga dapat menyebabkan anemia, yang dapat membuat kulit pucat dan kelelahan.

4. Pembengkakan kelenjar getah bening

Kelenjar getah bening yang membesar di leher, ketiak, atau selangkangan adalah gejala yang mungkin terjadi.

5. Nyeri tulang dan sendi

Leukemia bisa menyebabkan nyeri pada tulang dan sendi, terutama pada orang yang mengalami leukimia akut.

6. Demam dan berkeringat berlebihan

Gejala ini seringkali terkait dengan infeksi yang mungkin terjadi karena penurunan jumlah sel darah putih normal.

7. Pembengkakan organ

Leukemia dapat menyebabkan pembengkakan hati, limpa, atau bahkan gangguan perut.

8. Penurunan berat badan

Orang dengan leukemia sering mengalami penurunan berat badan yang tidak diinginkan.

9. Gangguan saraf

Beberapa penderita leukemia mengalami gejala seperti sakit kepala, mual, muntah, atau gangguan penglihatan akibat penumpukan sel darah putih di area otak.

10. Gejala umum

Gejala non-spesifik seperti demam, nyeri otot, dan rasa tidak enak badan.

#### **2.5.4 Pengobatan Leukemia**

Pengobatan leukemia sangat tergantung pada jenis leukemia, stadium penyakit, usia, kesehatan umum pasien, dan faktor-faktor lainnya. Ada dua jenis

utama leukemia yaitu leukemia akut dan leukemia kronis. Berikut adalah beberapa metode pengobatan yang umum digunakan untuk mengatasi leukemia menurut (Almeida, 2017):

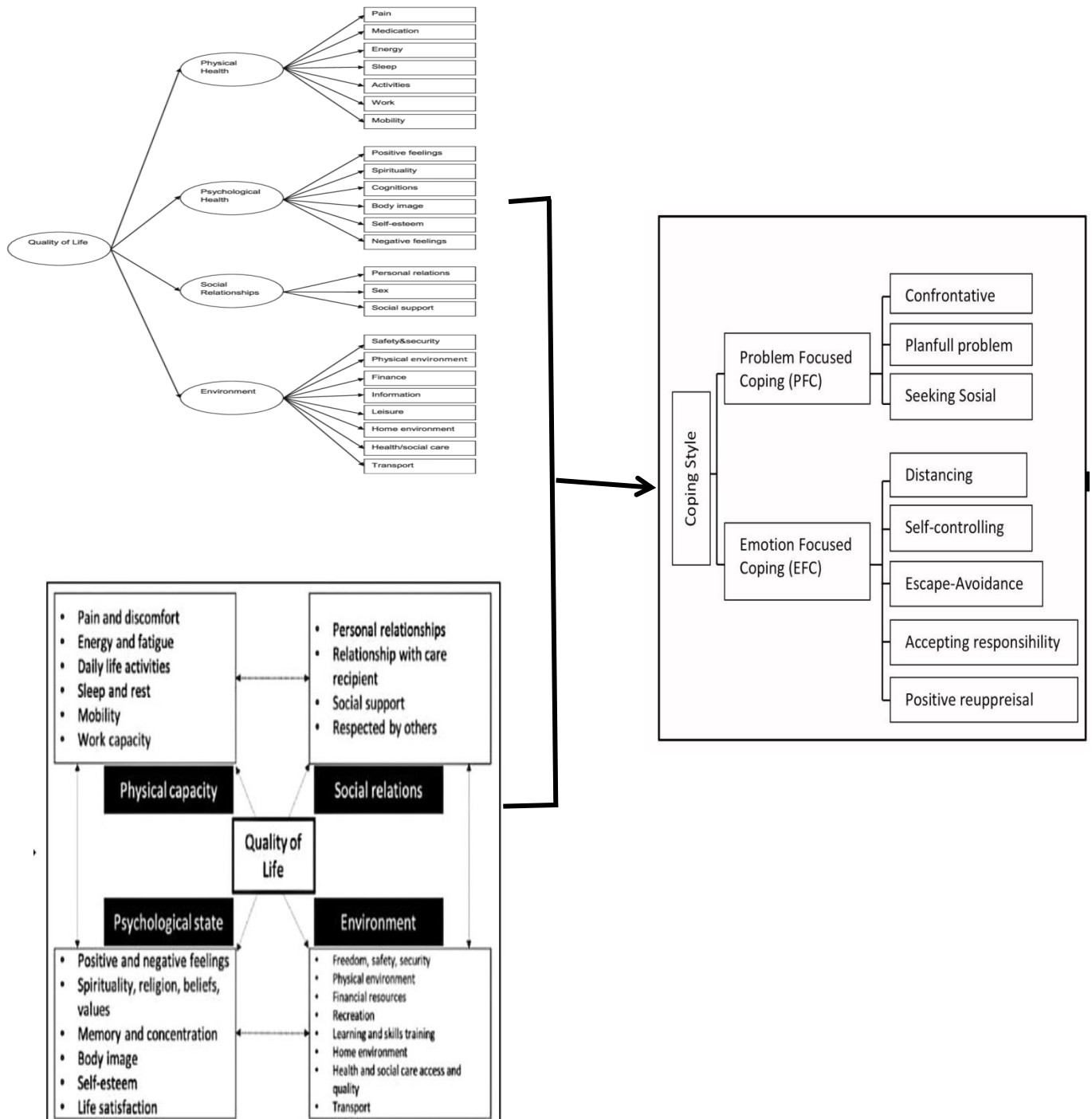
1. Kemoterapi adalah penggunaan obat-obatan khusus untuk membunuh sel-sel kanker. Ini adalah pengobatan utama untuk leukemia akut. Pasien mungkin menjalani beberapa sesi kemoterapi selama periode yang lama.
2. Radioterapi menggunakan sinar-X atau sinar radiasi lainnya untuk merusak sel-sel kanker. Ini dapat digunakan dalam beberapa kasus leukemia, terutama ketika sel-sel kanker terkonsentrasi di satu area tertentu, seperti limpa atau otak.
3. Transplantasi sel punca darah adalah prosedur di mana sel-sel punca darah sehat dari sumsum tulang atau donor digunakan untuk menggantikan sel-sel darah yang sakit atau rusak. Ini adalah pilihan pengobatan yang sering digunakan untuk leukemia yang lebih serius atau ketika pengobatan lainnya tidak efektif.
4. Terapi targeted adalah penggunaan obat-obatan yang dirancang untuk menargetkan komponen khusus dalam sel-sel kanker tanpa merusak sel-sel sehat. Terapi ini digunakan dalam beberapa kasus leukemia kronis.
5. Terapi sel T adalah penggunaan sel-sel T yang diubah secara genetik untuk menyerang sel-sel kanker secara khusus. Ini adalah metode pengobatan inovatif yang digunakan dalam beberapa kasus leukemia.
6. Dokter seringkali menggunakan berbagai metode pengobatan dalam kombinasi, seperti kemoterapi bersama dengan transplantasi sel punca atau

terapi targeted, untuk meningkatkan efektivitas pengobatan dan mengurangi kemungkinan kekambuhan.

7. Obat pengatur pertumbuhan sel darah: Untuk leukemia kronis, dokter mungkin meresepkan obat-obatan yang membantu mengatur pertumbuhan sel darah yang abnormal.

## 2.6 Kerangka Teori

Adapun kerangka teori yang menjadi landasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

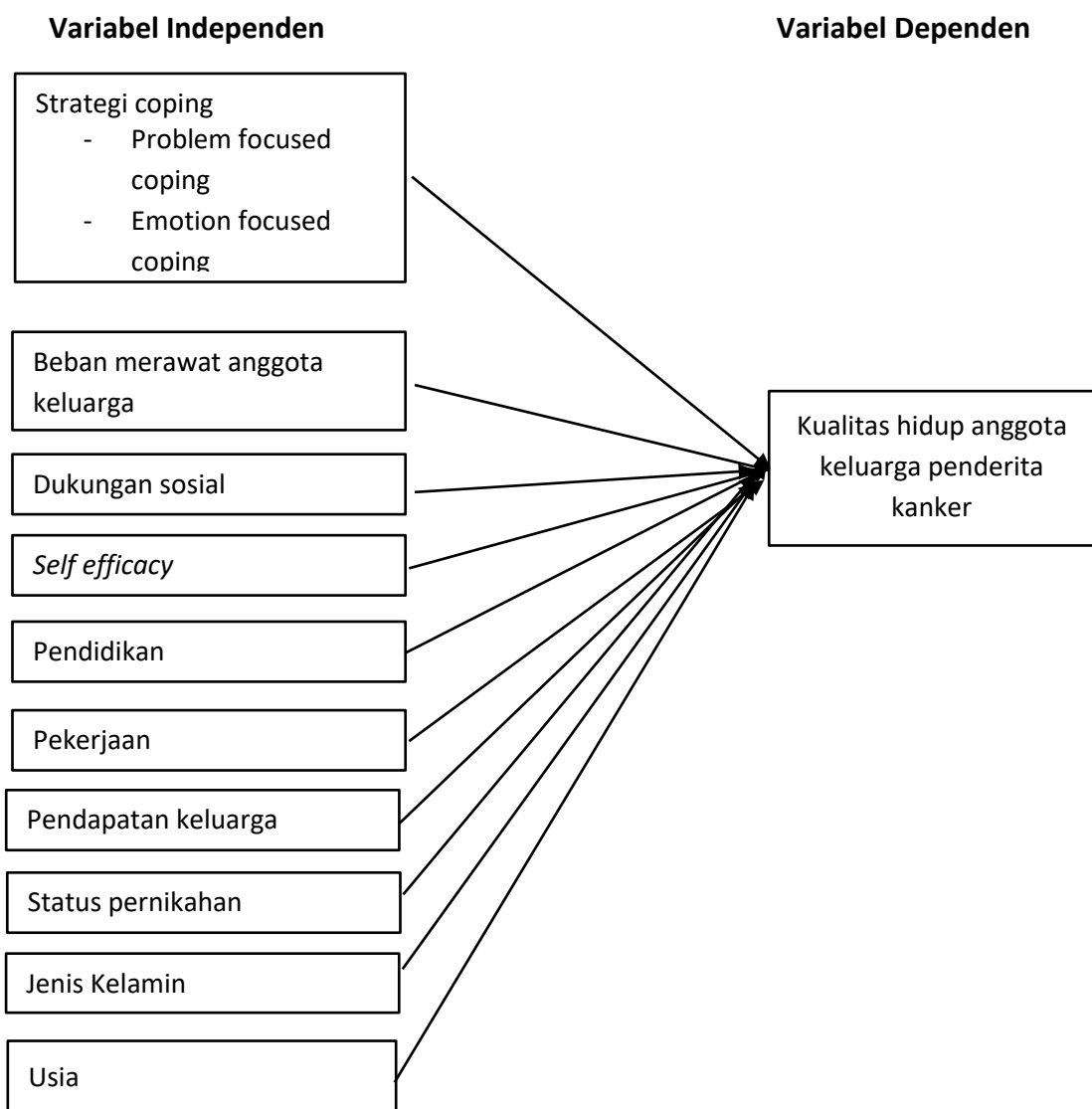


Gambar 2.1 Kerangka teori modifikasi dari (De Mol *et al.*, 2018); (Lazarus & Folkman, 1984) & (Johnson *et al.*, 2021).

**BAB III**  
**KERANGKA KONSEP**

**3.1 Kerangka Konsep**

Berdasarkan kerangka teori yang dikemukakan oleh (Lazarus & Folkman, 1984), (Johnson *et al.*, 2021) dan (De Mol *et al.*, 2018) mengenai strategi coping, beban merawat anggota keluarga dan kualitas hidup keluarga maka kerangka konsep dari penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



**Gambar 3.1 Kerangka Konsep**

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Adapun hipotesis dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara jenis strategi coping terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia.
2. Ada hubungan antara beban merawat anggota keluarga terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia.
3. Ada hubungan antara dukungan sosial terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia.
4. Ada hubungan antara *self efficacy* terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia.
5. Ada hubungan antara jenis kanker terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia.
6. Ada hubungan antara pendidikan terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia.
7. Ada hubungan antara pekerjaan terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia.
8. Ada hubungan antara pendapatan keluarga terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia.
9. Ada hubungan antara status pernikahan terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia.
10. Ada hubungan antara umur terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia.

### 3.3 Variabel Penelitian

Dalam penelitian ini, variabel dibagi menjadi dua yaitu variabel independen dan variabel dependen. Variabel independen terdiri dari sebelas variabel yaitu jenis strategi coping, beban merawat anggota keluarga, dukungan sosial, *self efficacy*, pendidikan, pekerjaan, pendapatan keluarga, status pernikahan, jenis kelamin dan umur. Sedangkan variabel dependen yaitu kualitas hidup keluarga penderita kanker yang meliputi domain fisik, psikologis, sosial dan lingkungan.

### 3.4 Definisi Operasional

**Tabel 3.1 Definisi Operasional**

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Variabel Dependent (terikat)</b>						
1	Kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia	Kualitas hidup keluarga yang merawat atau terlibat dalam perawatan penderita leukemia yang meliputi dimensi fisik, dimensi, psikologis, dimensi hubungan sosial dan dimensi lingkungan	Wawancara	Kuesioner	- Baik - Kurang baik	Ordinal
<b>Variable Independent (bebas)</b>						
1	Strategi koping	Sebuah cara atau proses yang dilakukan seseorang untuk mengelola perbedaan antara yang dirasakan dengan tuntutan lingkungan atau situasi yang mengancam.	Wawancara	Kuesioner	- Prproblem Focused Coping (PFC) - Emotional Focused Coping (EFC)	Ordinal

2	Beban merawat anggota keluarga	Beban atau tekanan yang dialami seseorang yang merawat atau memberikan perawatan kepada anggota keluarganya yang membutuhkan perhatian khusus karena menderita penyakit kanker	Wawancara	Kuesioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada beban</li> <li>- Ringan</li> <li>- Sedang</li> <li>- Berat</li> </ul>	Ordinal
3	Dukungan sosial	Segala sesuatu yang diterima dari lingkungan keluarga dan mempengaruhi tingkah laku penerimanya. Dukungan sosial keluarga terdiri dari dukungan emosional, informasional, instrumental, dan penghargaan/ penilaian	Wawancara	Kusioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendah</li> <li>- Tinggi</li> </ul>	Ordinal
4	Self efficacy	Tingkat kepercayaan seseorang terhadap kemampuan dirinya untuk melakukan tindakan sehingga mencapai tujuan yang telah ditentukan	Wawancara	Kuesioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tinggi</li> <li>- Rendah</li> </ul>	Ordinal
5	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang ditamatkan oleh responden sampai saat penelitian dengan memperoleh ijazah	Wawancara	Kuesioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendah (SMP-SD)</li> <li>- Tinggi (PT-SMA)</li> </ul>	Ordinal
6	Pekerjaan	Kegiatan utama yang dilakukan responden dan mendapat penghasilan atas kegiatan tersebut serta masih dilakukan pada saat di wawancarai	Wawancara	Kuesioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bekerja</li> <li>- Tidak bekerja</li> </ul>	Ordinal
7	Pendapatan keluarga	Jumlah uang yang di peroleh keluarga responden dalam sebulan	wawancara	Kuesioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>\leq</math> UMP</li> <li>- <math>&gt;</math> UMP</li> </ul>	Ordinal

9	Status pernikahan	Keadaan keluarga pasien saat dilakukan penelitian baik belum menikah, menikah, dan bercerai	wawancara	Kuesioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Belum menikah</li> <li>- Menikah</li> <li>- Bercerai</li> </ul>	Nominal
10	Jenis kelamin	Tanda biologis dari responden	Wawancara	Kuesioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laki-laki</li> <li>- perempuan</li> </ul>	Nominal
11	Usia	Usia responden pada saat dilakukan penelitian	Wawancara	Kuesioner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muda (16-25 tahun)</li> <li>- Dewasa (26-35 tahun)</li> <li>- Tua (36-46 tahun)</li> </ul>	Ordinal

## **BAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini bersifat deskriptif analitik dengan desain penelitian *Cross Sectional*, di mana variabel independen dan dependen akan diteliti secara bersamaan pada saat penelitian dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui hubungan jenis strategi koping dan beban merawat anggota keluarga terhadap kualitas hidup keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh.

#### **4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di 5 Rumah Singgah Kota Banda Aceh dan akan dilaksanakan pada bulan Juli 2023.

#### **4.3 Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **4.3.1 Populasi**

Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah seluruh keluarga penderita leukemia yang menempati rumah singgah di lima yayasan kanker yang berjumlah 55 orang yaitu rumah singgah yaitu *Children Cancer Care Community (C-Four)* (29), yayasan rumah kita (8), yayasan salihin (6), yayasan Syahira Nayla Suni (3) dan yayasan *Blood For Life Foundation (BFLF)* (9).

##### **4.3.2 Sampel**

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki sebagian besar dari populasi tersebut dengan metode yang tepat sehingga dapat mewakili populasi yang ada (Siyoto, 2015). Teknik pengambilan sampel yang dilakukan pada penelitian ini adalah *total sampling* yaitu cara mengambil seluruh anggota populasi

untuk mengambil sampel penelitian, sehingga sampel ada penelitian ini berjumlah 55 orang.

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Kriteria inklusi

- a. Keluarga pendamping yang memberikan bantuan perawatan sehari-hari kepada penderita leukemia.
- b. Menempati rumah singgah.
- c. Responden yang mau diwawancarai.

2. Kriteria eksklusi

- a. Keluarga pendamping yang tidak memberikan bantuan perawatan sehari-hari kepada penderita leukemia.
- b. Tidak menempati rumah singgah.
- c. Responden yang tidak mau diwawancarai.

#### **4.4 Metode Pengumpulan Data**

##### **4.4.1 Data Primer**

Data primer adalah data yang diperoleh dari observasi atau peninjauan langsung ke lapangan melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner yang telah disusun sebelumnya. Data primer pada penelitian ini meliputi karakteristik responden, serta variabel-variabel yang akan diteliti terkait dengan strategi koping, beban merawat anggota keluarga dan kualitas keluarga penderita leukemia di Kota Banda Aceh.

#### **4.4.2 Data Sekunder**

Data sekunder adalah data yang diperoleh sebagai penunjang langsung dan pelengkap yang diperoleh dari Riskesdas, pencatatan dan pelaporan berbagai referensi dari jurnal-jurnal yang terkait dengan penelitian ini.

#### **4.5 Rancangan Analisis Data**

Analisa data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan program STATA 14.0. Analisis data pada penelitian ini menggunakan 3 analisis yaitu analisis univariat, bivariat dan multivariat.

##### **4.5.1 Rancangan Analisis Data Univariat**

Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran (deskriptif) setiap variabel, distribusi frekuensi berbagai variabel yang diteliti baik variabel dependen maupun variabel independen. Data yang ditampilkan dalam bentuk tabel frekuensi dan persentase.

##### **4.5.2 Rancangan Analisis Data Bivariat**

Analisa bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependent. Analisis bivariat dalam penelitian ini menggunakan uji regresi logistik dengan tingkat kepercayaan 95%.

##### **4.5.3 Rancangan Analisis Data Multivariat**

Analisa multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel independen yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen. Dalam penelitian ini, analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik berganda. Variabel yang dimasukkan dalam analisis multivariat adalah variabel yang pada analisis bivariat mempunyai nilai  $p < 0,20$ .

## **4.6 Etika Penelitian**

Banyak hal yang harus dipertimbangkan dalam penelitian salah satunya yaitu etika penelitian. Etika yang diperhatikan adalah sebagai berikut

### **4.6.1 Informed consent**

*Informed consent* adalah pernyataan persetujuan atau izin dari subjek yang diberikan dengan bebas, rasional, tanpa paksaan tentang tindakan yang akan diberikan. Dalam hal ini peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Apabila informan setuju maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan yang sudah disediakan oleh peneliti dan jika informan menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap dihormati hak-haknya.

### **4.6.2 Anonymity**

*Anonymity* adalah jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara yang tidak mencantumkan nama informan. Pada hal ini peneliti tidak mencantumkan nama dari setiap informan, namun hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

### **4.6.3 Confidentiality (kerahasiaan)**

*Confidentiality* adalah menjaga informasi dari orang lain yang tidak berhak mengakses. Peneliti merahasiakan identitas informan, dan hanya data-data yang berhubungan dengan penelitian saja yang ditampilkan misalnya seperti data hasil wawancara.

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **5.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian**

##### **5.1.1 Rumah Singgah Children Cancer Care Community (C-Four)**

Komunitas *Children Cancer Care Community (C-Four)* berlokasi di jl. Sepat (di depan SD 35) Lampriet Banda Aceh. Komunitas ini didirikan karena adanya gagasan dan pemikiran dari Ibu Ratna Eliza, awalnya Ibu Ratna membantu proses pengobatan seorang anak penderita kanker Limfoma atau getah bening yang berasal dari Lhokseumawe. Namun setelah tiga bulan lamanya Ibu Ratna mendampingi, anak tersebut meninggal dunia. Kisah itu membuat Ibu Ratna terpacu dengan anak-anak kanker di Aceh yang semakin memprihatinkan.

Pada akhir tahun 2014 Ibu Ratna berinisiatif membentuk sebuah komunitas yang bernama Komunitas Peduli Anak Kanker (KPAK), selama terbentuknya komunitas ini, banyak relawan yang ikut bergabung serta membantu dengan berbagai bantuan dari donator dan hasil penggalangan dana. Namun pada bulan Agustus tahun 2015 KPAK mengganti menjadi *Children Cancer Care Community (C-Four)* berdasarkan akte notaris Nomor C-574. HT. 03. 01. TH-2005 tanggal 19 Desember 2005.

##### **5.1.2 Rumah Singgah Kita**

Rumah Singgah Kita terletak di Jalan Mesjid Tuha Nomor 6 Simpang 7 Ulee Kareng, Banda Aceh. Rumah singgah ini bekerja sama dengan RSUZA dalam menentukan pasien anak yang diinapkan di rumah singgah dimana memprioritaskan pasien anak non infeksi berdasarkan rekomendasi RSUZA. Rumah Kita memiliki 8

kamar tidur berkipas angin dengan jumlah spring bed mencapai 16 unit. Bahkan satu kamar dikhususkan untuk pasien demam memiliki fasilitas AC.

### **5.1.3 Rumah Singgah Salihin**

Rumah singgah yang disediakan anggota Dewan Perwakilan Rakyat Aceh (DPRA), Salihin terletak di jalan Kepiting, No.5, Desa Bandar Baru Kecamatan Kuta Alam Kota Banda Aceh merupakan fasilitas yang sangat penting bagi masyarakat yang membutuhkan tempat tinggal sementara saat berobat ke rumah sakit di Kota Banda Aceh. Rumah Singgah Salihin bertujuan untuk memudahkan warga Bener Meriah dan Aceh Tengah yang membutuhkan tempat tinggal sementara saat berobat ke rumah sakit.

### **5.1.4 Rumah Singgah Nayla Suni**

Rumah Singgah yang beralamat di Jl. Batee Suas No.10 A, Gampong Lambhuk, Kecamatan Ulee Kareng, Kota Banda Aceh dibangun pada tahun 2017 oleh H. Jamal Suni, SE, MM yang merupakan putra asli Meukek, Aceh Selatan. yayasan ini didirikan yang bertujuan untuk membantu masyarakat Aceh kurang mampu yang ingin berobat ke Banda Aceh.

### **5.1.5 Rumah Singgah Blood For Life (BFLF)**

Rumah Singgah BFLF (Blood for Life Foundation) yang berlokasi di Lampriet Kota Banda Aceh adalah tempat tinggal sementara bagi masyarakat kurang mampu yang menderita talasemia, hemofilia, dan kanker anak. Fasilitas Rumah Singgah BFLF menyediakan fasilitas tempat tinggal sementara bagi pasien dan keluarganya. Di sana, kebutuhan makan para penghuni disediakan, mereka dapat memasak sendiri dan BFLF juga menyediakan layanan ambulans gratis.

## 5.2 Hasil Penelitian

### 5.2.1 Hasil Analisis Univariat

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di lima rumah singgah Kota Banda Aceh terhadap 55 anggota keluarga penderita penyakit Leukeumia didapatkan hasil sebagai berikut:

**Tabel 5.1**

**Analisis Univariat Strategi Koping Dan Beban Merawat Anggota Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Keluarga Penderita Kanker di Rumah Singgah Kota Banda Aceh**

No	Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)	Mean (SD)	Min-Max
1	<b>Kualitas Hidup</b>			47 (15,46)	47-96
	Baik	24	43,64		
	Kurang Baik	31	56,36		
2	<b>Strategi Koping</b>				
	PFC	14	25,45	53,29 (8,40)	31-63
	EFC	41	74,55	102,52 (14,61)	69-118
3	<b>Beban Merawat Penderita</b>	6	10,91	43,10 (18,40)	22-62
	Tidak Ada	24	43,64		
	Ringan	12	21,82		
	Sedang	13	23,64		
	Berat				
4	<b>Dukungan Sosial</b>			48,27 (13,52)	22-62
	Tinggi	36	65,45		
	Rendah	19	34,55		
5	<b>Self Efficacy</b>			27,29 (3,26)	21-32
	Tinggi	37	67,27		
	Rendah	18	32,73		
6	<b>Pendidikan</b>				
	PT	18	32,73		
	Menengah	34	61,82		
	Dasar	3	5,45		
7	<b>Pekerjaan</b>				
	Tidak Bekerja	12	21,82		
	Bekerja	43	78,18		
8	<b>Pendapatan</b>			3.143.636 (1.246.739)	1.000.000-6.000.000
	> UMP	21	38,18		
	≤ UMP	34	61,82		
9	<b>Status</b>				
	Belum Kawin	4	7,27		
	Kawin	48	87,27		
	Bercerai	3	5,45		

<b>10</b>	<b>Jenis Kelamin</b>				
	Laki-laki	21	38,18		
	Perempuan	34	61,82		
<b>11</b>	<b>Usia</b>			38,96	24-56
	Muda	6	10,91	(9,37)	
	Dewasa	17	30,91		
	Tua	32	58,18		

Sumber: Data Primer, 2023

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan variable strategi koping tertinggi terdapat pada strategi EFC sebanyak 41 (74,55%) dan terendah pada strategi PFC sebanyak 14 responden (25,45%). Pada variable beban merawat anggota penderita tertinggi pada beban ringan sebanyak 24 responden (43,64%) , diikuti beban berat sebanyak 13 responden (23,64%) , beban sedang sebanyak 12 responden (21,82%) dan terendah tidak ada beban sebanyak 6 responden (10,91%). Pada variable kualitas hidup, sebagian besar memiliki kualitas hidup kurang baik sebesar 31 responden (56,36%), sedikit pada kualitas hidup baik sebesar 24 (43,64%).

Pada variable dukungan sosial terbanyak responden dengan dukungan sosialnya tinggi sebanyak 36 responden (65,45%) dan terendah pada responden dengan dukungan sosialnya rendah sebanyak 19 responden (34,55%). Pada variable *self efficacy*, paling banyak pada *self efficacy* nya tinggi sebesar 37 responden (67,27%) dan sedikit pada *self efficacy* rendah sebanyak 18 responden (32,73%). Pada variable pendidikan sebagian besar berpendidikan menengah sebesar 34 responden (61,82%), sedikit pada pendidikan terakhir PT sebesar 18 responden (32,73%) dan Pendidikan dasar sebesar 3 responden (5,54%). Pada variable pendapatan sebagian besar responden berpendapatan  $\leq$ UMP sebesar 34 responden (61,82%) dan sedikit pada pendapatan  $>$ UMP sebesar 21 responden (38,18%).

Pada variable pekerjaan, sebagian besar responden berkerja sebesar 43 responden (78,18%) dan sedikit yang tidak bekerja sebesar 12 responden (21,82%). Pada variable status, sebagian besar berstatus kawin sebesar 48 responden (87,27%), sedikit pada status belum kawin sebesar 4 responden (7,27%) dan bercerai sebesar 3 responden (5,45%). Pada variable jenis kelamin, sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebesar 34 responden (61,82%) dan sedikit berjenis kelamin laki-laki sebesar 21 responden (38,18%). Pada variable usia, sebagian besar responden berusia tua sebesar 32 responden (58,18%) dan paling sedikit pada dewasa sebesar 17 responden (30,91%) dan tua sebesar 6 responden (10,91%).

### 5.2.2 Hasil Analisis Bivariat

Table 5.2

**Analisis Bivariat Strategi Koping dan Beban Merawat Anggota Keluarga terhadap Kualitas Hidup Keluarga Penderita Kanker di Rumah Singgah Kota Banda Aceh**

No.	Variabel	Kualitas Hidup				OR	95% CI	P-value
		Baik		Kurang Baik				
		n	%	n	%			
1	<b>Strategi Koping</b> PFC EFC	10	71,43	4	28,57	4,82	1,27-18,17	0,020
		14	34,15	27	65,85			
2	<b>Beban Merawat Penderita</b> Tidak Ada Ringan Sedang Berat	4	66,67	2	33,33	1 10 11	0,002-0,016 0,14-6,67 1,02-97,50 1,13-106,43	0,007 1,000 0,048 0,038
		16	66,67	8	33,33			
		2	16,67	10	83,33			
		2	2	11	84,36			
3	<b>Dukungan Sosial</b> Tinggi Rendah	23	63,89	13	36,11	31,84	3,80-266,75	0,001
		1	5,26	18	94,74			
4	<b>Self Efficacy</b> Tinggi Rendah	23	62,16	14	37,84	27,92	3,34-233,46	0,002
		1	5,56	17	94,44			

<b>5</b>	<b>Pendidikan</b>							
	PT	12	66,67	6	33,33			
	Menengah Dasar	12 0	35,29 0,00	22 3	64,71 100	3,67 1	1,09-12,25 <i>empty</i>	0,035 <i>empty</i>
<b>6</b>	<b>Pekerjaan</b>							
	Tidak Bekerja Bekerja	9 15	75,00 34,88	3 28	25,00 65,12	5,59	1,31-23,85	0,020
<b>7</b>	<b>Pendapatan</b>							
	> UMP ≤ UMP	15 9	71,43 26,47	6 25	28,57 73,53	6,94	2,05-23,41	0,002
<b>8</b>	<b>Status</b>							
	Belum Kawin	3	75,00	1	25,00			
	Kawin Bercerai	19 2	39,58 66,67	29 1	60,42 33,33	4,57 1,49	0,03-3,20 0,05-40,63	0,202 0,810
<b>9</b>	<b>Jenis Kelamin</b>							
	Laki-laki Perempuan	13 11	61,90 32,35	8 23	38,10 67,65	3,39	1,09-10,58	0,035
<b>10</b>	<b>Usia</b>							
	Muda	5	83,33	1	16,67		0,004-0,032	0,010
	Dewasa Tua	10 9	58,82 28,13	7 23	41,18 71,88	3,49 12,77	0,33-36,85 1,30-125,06	0,297 0,029

Sumber: Data Primer, 2023.

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa pada variabel strategi koping, kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada yang EFC (65,85%) dibandingkan yang PFC (28,57%). Hasil uji statistik diperoleh terdapat hubungan Strategi Koping dengan kualitas hidup anggota keluarga (OR= 4,82 ; 95%CI= 1,27-18,17; p=0,020), hasil ini menunjukkan anggota keluarga dengan EFC berisiko hampir 5 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan yang PFC.

Pada variabel beban merawat penderita, kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada yang memiliki beban berat (84,36%) dibandingkan yang memiliki beban sedang (83,33%), ringan (33,33%) dan tidak ada beban (33,33%). Hasil uji statistik diperoleh terdapat hubungan beban merawat pasien dengan kualitas hidup anggota keluarga (OR= 1;10;11 ; 95%CI= 0,002-0,016; p=0,007), hasil ini menunjukkan anggota

keluarga dengan beban ringan memiliki risiko sama dengan yang tidak ada beban. Responden yang memiliki beban sedang berisiko 10 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan dengan yang tidak ada beban dan yang memiliki beban berat berisiko 11 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan dengan yang tidak ada beban.

Pada variabel dukungan sosial, kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada yang dukungan sosial rendah (94,74%) dibandingkan yang dukungannya tinggi (36,11%). Hasil uji statistik diperoleh terdapat hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup anggota keluarga (OR= 31,84 ; 95%CI= 3,80-266,75; p=0,001), hasil regresi linier nilai OR= 31,84 artinya setiap peningkatan 1 skor nilai dukungan sosial dapat meningkatkan 32 kali kualitas hidup yang baik, p-value signifikan. Dukungan sosial rendah berisiko hampir 32 kali mengalami kualitas hidup kurang baik .

Pada variabel *self efficacy*, kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada yang *self efficacy* rendah (94,44%) dibandingkan yang *self efficacy* tinggi (37,84%). Hasil uji statistik diperoleh terdapat hubungan *self efficacy* dengan kualitas hidup anggota keluarga (OR= 27,92 ; 95%CI= 3,34-233,46 ; p=0,002), hasil regresi linier nilai OR= 27,92 artinya setiap peningkatan 1 skor nilai *self efficacy* dapat meningkatkan 28 kali kualitas hidup yang baik, p-value signifikan. *Self efficacy* rendah berisiko hampir 30 kali mengalami kualitas hidup kurang baik .

Pada variabel pendidikan, kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada yang berpendidikan terakhir pendidikan dasar (100%) dibandingkan yang pendidikan menengah (64,71%) dan pendidikan tinggi (PT) (33,33%). Hasil uji statistik diperoleh terdapat hubungan pendidikan dengan kualitas hidup anggota keluarga (OR= 3,67

dan 1; 95%CI= 1,09-12,25 ; p=0,035), hasil ini menunjukkan anggota keluarga yang pendidikan terakhir menengah berisiko hampir 4 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan pendidikan terakhir PT dan yang pendidikan terakhir dasar tidak terdapat perbedaan atau memiliki risiko yang sama dengan PT .

Pada variabel pekerjaan, kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada yang bekerja (65,12%) dibandingkan yang tidak bekerja (25%). Hasil uji statistik diperoleh terdapat hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup anggota keluarga (OR= 5,59; 95%CI= 1,31-23,85; p=0,020), hasil ini menunjukkan anggota keluarga yang bekerja berisiko hampir 6 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan tidak bekerja.

Pada variabel pendapatan, kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada pendapatan  $\leq$ UMP (73,53%) dibandingkan  $>$ UPM (28,57%). Hasil uji statistik diperoleh terdapat hubungan pendapatan dengan kualitas hidup anggota keluarga (OR= 6,94; 95%CI= 2,05-23,41; p=0,002), hasil ini menunjukkan anggota keluarga dengan pendapatan  $\leq$ UMP berisiko hampir 7 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan pendapatan  $>$ UMP.

Pada variabel status pernikahan, kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada status kawin (60,42%) dibandingkan yang berstatus bercerai (33,33%) dan status belum kawin (25%). Hasil uji statistik diperoleh tidak terdapat hubungan status perkawinan dengan kualitas hidup anggota keluarga (OR= 4,57 dan 1,49; 95%CI; 0,03-3,20 dan 0,50-40,63; p=0,202 dan 0,810), hasil ini menunjukkan anggota keluarga dengan status kawin berisiko hampir 5 kali mengalami kualitas hidup kurang baik

dibandingkan dengan yang belum kawin dan yang status bercerai berisiko hampir 1,5 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan dengan status belum kawin.

Pada variabel jenis kelamin, kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada perempuan (67,65%) dibandingkan laki-laki (38,10). Hasil uji statistik diperoleh terdapat hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup anggota keluarga (OR= 3,39; 95%CI; 1,09-10,58; p=0,035), hasil ini menunjukkan anggota keluarga perempuan lebih berisiko 3 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan laki-laki.

Kualitas hidup kurang baik lebih banyak pada usia tua (71,88%) dibandingkan usia muda (16,67%). Hasil uji statistik diperoleh terdapat hubungan usia dengan kualitas hidup anggota keluarga (OR=3,49 dan 12,77; 95%CI; 0,004-0,0032; p=0,010), hasil ini menunjukkan anggota keluarga yang berusia dewasa lebih berisiko hampir 3,5 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan usia muda dan pada usia tua berisiko hampir 13 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan usia muda.

### 5.2.3 Hasil Analisis Multivariat

Tabel 5.3

Analisis Multivariat Strategi Koping dan Beban Merawat Anggota Keluarga terhadap Kualitas Hidup Keluarga Penderita Kanker di Rumah Singgah Kota Banda Aceh

No	Variabel	Model 1		Model 2		Model 3	
		AOR 95% CI	p-value	AOR 95% CI	p-value	AOR 95% CI	p-value
1	<b>Usia</b>						
	Muda						
	Dewasa	3,19(0,09-106,40)	0,516			12,17(0,06-2359,018)	0,352
	Tua	8,37(0,26-262,37)	0,227			9,41(0,057-1538,42)	0,389
2	<b>Jenis Kelamin</b>						
	Laki-laki						
	Perempuan	5,09 (0,89-29,14)	0,067			3,54(0,12-101,92)	0,460
3	<b>Pendapatan</b>						
	> UMP						
	≤ UMP	15,17 (2,18-105,58)	0,006			132,71(0,75-23422.6)	0,064
4	<b>Pekerjaan</b>						
	Tidak Bekerja						
	Bekerja	22,85 (2,58-201,71)	0,005			21,19(0,65-681,35)	0,085
5	<b>Pendidikan</b>						
	PT						
	Menengah	1,82(0,30-10,72)	0,507			14,62(0,13-1613,346)	0,264

	Dasar	1(empty)	empty			1(empty)	
<b>6</b>	<b>Self Efikasi</b> Tinggi Rendah			4,12(0,27-60,44)	0,302	7,44(0,13-1613,346)	0,333
<b>7</b>	<b>Dukungan Sosial</b> Tinggi Rendah			16,12(1,34-193,61)	0,028	22,09(0,15-3184,82)	0,222
<b>8</b>	<b>Beban Merawat Penderita</b> Tidak Ada Ringan Sedang Berat			0,63(0,06-5,88) 7,70(0,59-99,89) 1,99(0,11-34,67)	0,693 0,118 0,635	0,07(0,0006-9,42) 2,98(0,015-583,42) 4,10(0,017-937,82)	0,299 0,685 0,610
<b>9</b>	<b>Strategi Koping</b> PFC EFC			1,87(0,02-1,90)	0,485	0,10(0,001-6,94)	0,052
	<b>Pseudo R2</b>	<b>0,45</b>		<b>0,54</b>		<b>0,63</b>	

Berdasarkan table 5.3 menunjukkan hasil uji statistik multivariat model 1 terlihat variabel pekerjaan paling dominan berhubungan dengan kualitas hidup. Yang tidak bekerja lebih berisiko 23 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan dengan yang bekerja. Hasil uji statistik menunjukkan Pseudo R2 adalah 0,44, artinya pada komponen karakteristik ini mampu memprediksi 45% kualitas hidup.

Pada model 2 terlihat variabel dukungan sosial paling dominan berhubungan dengan kualitas hidup. Dukungan sosial rendah lebih berisiko 16 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan dengan dukungan sosial tinggi. Hasil uji statistik menunjukkan Pseudo R2 adalah 0,54, artinya pada komponen karakteristik ini mampu memprediksi 54% kualitas hidup.

Pada model 3 terlihat variabel pendapatan paling dominan berhubungan dengan kualitas hidup. Pendapatan  $\leq$ UMK lebih berisiko 132 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan dengan pendapatan  $>$ UMK. Hasil uji statistik menunjukkan Pseudo R2 adalah 0,63, artinya pada komponen karakteristik ini mampu memprediksi 63% kualitas hidup.

## BAB VI

### PEMBAHASAN

#### 6.1 Pembahasan

##### 6.1.1 Hubungan Strategi Koping dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia

Hasil penelitian menyatakan bahwa hampir sebagian dari seluruh responden menggunakan strategi koping yang berfokus pada emosi memiliki kualitas hidup kurang baik (65,85%). Menurut Ben dalam (Sumarsih *et al.*, 2022) strategi koping yang berfokus pada emosi akan efektif tergantung pada aspek lingkungan yang menyebabkan stres seperti pada situasi yang tidak dapat dikontrol oleh seseorang. Hal ini dapat disebabkan orang tua yang merawat pasien kanker sering mengalami tingkat kecemasan, depresi, kelelahan, keputusasaan, ketakutan, rasa bersalah, penyesalan, masalah tidur, dan isolasi sosial tingkat tinggi dibandingkan dengan orang tua yang memiliki anak sehat (H. Yu *et al.*, 2017).

Individu yang menggunakan *emotion focused coping* dalam penelitian ini cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah. Hal ini menjelaskan bahwa strategi koping *emotion focused coping* lebih efektif untuk jangka waktu yang singkat (Selly, 2018). Kecenderungan responden penelitian dalam memilih *emotion focused coping* berkaitan dengan kondisi anak dengan asuhan yang kronis. Namun penelitian ini tidak sejalan dengan yang dilakukan oleh (Rana M., 2019) dimana kecenderungan individu yang menggunakan *emotion focused coping* memiliki kualitas hidup yang tinggi yang menunjukkan bahwa mengambil langkah-langkah yang mudah dalam menghadapi tantangan keluarga lebih efektif dalam meningkatkan kualitas hidup keluarga yang merawat anak kanker. Perbedaan ini bisa terjadi karena penelitian ini tidak mengukur hubungan tiap sub strategi koping dengan kualitas hidup.

Sedangkan responden yang cenderung menggunakan *problem focused coping* dalam penelitian ini cenderung memiliki kualitas hidup yang tinggi (28,75). *Problem focused coping* lebih efektif dari pada *emotional focused coping* dalam meningkatkan pengelolaan stres sehingga dapat mengurangi kecemasan (Amartiwi, 2008). Hal ini sejalan dengan oleh penelitian yang dilakukan oleh (Tokem *et al.*, 2015) 30,8% responden yang menggunakan *problem focused coping* memiliki kualitas hidup yang tinggi dan memiliki kemampuan untuk memecahkan masalah yang didampingi dengan pengontrolan emosi sehingga tingkat stres yang ada akan mulai berkurang. Karena itu peran perawat sangat penting dalam mengembangkan dan meningkatkan strategi koping adaptif kepada orang tua anak penderita *acute lymphoblastic leukemia* seperti *problem focused coping*, salah satu bentuk strategi *problem focused coping* adalah dukungan sosial yaitu bentuk dukungan informasi dan emosional dari suami, keluarga, teman, tetangga, teman sesama memiliki anak dengan kanker, tenaga kesehatan, serta bentuk dukungan instrumental dan penilaian dari suami, keluarga, tetangga, teman, tenaga Kesehatan (Selly, 2018).

Peneliti berasumsi sebagian besar responden memilih *problem focused coping* dikarenakan mayoritas jenis kanker yang dialami adalah jenis kanker Leukimia. Leukimia merupakan jenis kanker yang memiliki prognosis yang lebih buruk dan pengobatan yang dijalani memerlukan jangka waktu yang lebih lama. Sehingga responden cenderung fokus untuk menyelesaikan masalahnya dengan tetap.

### **6.1.2 Hubungan Beban Merawat dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia**

Berdasarkan hasil analisis di atas kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada responden yang memiliki beban berat (84,36%) dibandingkan yang memiliki beban sedang (83,33%), ringan (33,33%) dan tidak ada beban (33,33%). Dari hasil uji statistic diperoleh  $p=0,007$  artinya ada hubungan beban merawat dengan kualitas hidup anggota keluarga leukemia dengan  $OR= 1;10;11$  artinya responden yang memiliki beban sedang berisiko 10 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan dengan yang tidak ada beban, sedangkan yang memiliki beban berat berisiko 11 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan dengan yang tidak ada beban.

Penelitian ini sejalan dengan (Fangzhi *et al.*, 2014) dimana kualitas hidup yang lebih rendah ditemukan pada anggota keluarga penderita leukemia di bandingkan dengan populasi umum. Hal ini dikarenakan beban merawat yang berat pada penderita leukemia menyebabkan memburuknya kesehatan fisik, fungsi kekebalan tubuh, dan kesejahteraan finansial, masalah psikologis, gangguan tidur yang berdampak terhadap kualitas hidup yang rendah pada anggota keluarga (Northouse *et al.*, 2012).

Beban merawat merupakan faktor yang berpengaruh dan berdampak negatif terhadap kualitas hidup karena anggota keluarga adalah sumber dukungan utama bagi penderita kanker (Jacobsen *et al.*, 2012). Selain itu, mereka memberikan dukungan psikologis, fisik, emosional, dan finansial bagi penderita kanker (Honea *et al.*, 2008). Lebih dari 40% anggota keluarga berisiko mengalami tekanan dan depresi akibat peran mereka dalam merawat pasien dengan penyakit terminal (P. A. Akpan-Idiok *et al.*, 2020), hal ini dikarenakan setelah diagnosis kanker pada anak, kecemasan

dan stress juga dialami oleh anggota keluarga (Northouse *et al.*, 2010). Penderita leukemia sangat membutuhkan dukungan dan perawatan karena komplikasinya yang diikuti dengan kemoterapi (pansitopenia dan ketidakseimbangan elektrolit. Oleh karena itu, penderita ini harus dirawat di rumah oleh anggota keluarga dan hal ini menimbulkan tekanan mental dan fisik yang besar pada yang merawatnya (Tamayo *et al.*, 2010).

Beban merawat mencakup masalah fisik, emosional, keuangan, dan sosial, dan jika tidak diperhatikan dan tidak ditangani, dapat berdampak buruk pada kesehatan fisik dan mental pemberi perawatan (Honea *et al.*, 2008). Beban merawat yang berat pada anggota keluarga dapat menyebabkan stress yang berdampak negatif pada kualitas hidup anggota keluarga (Northouse *et al.*, 2010). Keterbatasan sumber daya keuangan dapat semakin memperburuk beban berat pengasuh keluarga (Haley, 2003).

### **6.1.3 Hubungan Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia**

Berdasarkan hasil analisis di atas kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada responden dengan dukungan sosial rendah (94,74%) dibandingkan yang dukungan sosialnya tinggi (36,11%). Hasil uji statistik diperoleh terdapat hubungan dukungan sosial dengan kualitas hidup anggota keluarga (OR= 31,84 ; 95%CI= 3,80-266,75; p=0,001), hasil regresi linier nilai OR= 31,84 artinya setiap peningkatan 1 skor nilai dukungan sosial dapat meningkatkan 32 kali kualitas hidup yang baik, p-value signifikan. Dukungan sosial rendah berisiko hampir 32 kali mengalami kualitas hidup kurang baik .

Kualitas hidup tidak hanya berdampak pada penderita yang mengalami kanker, tetapi juga pada anggota keluarga mereka. Kualitas hidup anggota keluarga penderita kanker seringkali lebih rendah dibandingkan mereka yang merawat penderita dengan penyakit kronis lainnya. Penelitian sebelumnya menemukan bahwa anggota keluarga penderita kanker sering mengalami isolasi sosial tingkat tinggi, beberapa di antaranya mungkin tidak muncul pada mereka yang merawat pasien tanpa kanker (Romito *et al.*, 2013).

Penelitian ini sejalan dengan (Fetriyah *et al.*, 2017) yang menunjukkan bahwa dukungan sosial merupakan salah satu yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan ibu yang memiliki anak dengan kanker karena semakin tinggi dukungan sosial yang diterima maka akan semakin rendah tingkat kecemasan ibu yang memiliki anak leukemia.

Dukungan sosial dapat memberikan anggota keluarga pengetahuan tentang pengobatan penyakit, keterampilan pengasuhan yang efektif, bantuan finansial dan material, serta dukungan spiritual, yang dapat membantu mengurangi beban psikologis dan finansial berupa ketidakberdayaan, keputusasaan, dan depresi pasien yang merawat, sehingga mereka dapat mengatasinya dengan tugas pengasuhan dalam kerangka berpikir positif, meningkatkan kepercayaan diri mereka dalam pengasuhan, dan mudah merasakan perubahan positif (Hongjuan Yu *et al.*, 2017). Oleh karena itu, petugas layanan kesehatan memahami dan memperhatikan dukungan sosial anggota keluarga selama interaksi mereka dengan pengasuh dan membimbing mereka untuk memanfaatkan persepsi yang lebih positif dengan

meningkatkan dukungan sosial dan mengurangi persepsi emosi negatif (Chen *et al.*, 2022).

#### **6.1.4 Hubungan Self Efficacy dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia**

Berdasarkan hasil analisis di atas kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada responden yang *self efficacy* rendah (94,44%) dibandingkan yang *Self efficacy* tinggi (37,84%). Hasil uji statistik diperoleh terdapat hubungan *self efficacy* dengan kualitas hidup anggota keluarga (OR= 27,92 ; 95%CI= 3,34-233,46 ; p=0,002), hasil regresi linier nilai OR= 27,92 artinya setiap peningkatan 1 skor nilai *self efficacy* dapat meningkatkan 28 kali kualitas hidup yang baik, p-value signifikan. *Self efficacy* rendah berisiko hampir 30 kali mengalami kualitas hidup kurang baik .

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Randi Streisand *et al.*, 2010) dan (Lestari *et al.*, 2018) menunjukkan bahwa rendahnya efikasi diri turut berpengaruh dalam tingginya tingkat stres yang dialami orangtua yang memiliki anak dengan sakit kronis. Stres yang dialami orangtua akan memengaruhi orang tua dalam manajemen penyakit anak, sehingga akan memperburuk perawatan anak (Randi Streisand *et al.*, 2010). Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Woolfolk & Shaughnessy (2004), menyebutkan bahwa penerapan perawatan berpusat keluarga sangat dipengaruhi oleh kepercayaan akan efikasi diri orangtua. Orangtua yang memiliki efikasi diri yang tinggi diharapkan dapat menjalankan tugasnya dalam menjalani pengobatan kemoterapi pada anak kanker dengan baik.

Penelitian efikasi diri pada orangtua dalam menjalani pengobatan kanker anak di Rumah Kanker Anak Cinta Bandung ini menunjukkan bahwa sebagian besar orangtua dalam menjalani pengobatan kanker anak memiliki efikasi diri tinggi yaitu

sebanyak 23 orang (57,5%). Adapun hampir setengahnya orangtua memiliki efikasi diri rendah yaitu sebanyak 17 orang (42,5%) (Hendrawati *et al.*, 2019). Dengan demikian maka orangtua dengan anak kanker pada penelitian ini memiliki kemampuan atau keyakinan yang tinggi dalam merawat anak dengan kanker. Sehingga hal ini dapat sangat menunjang terhadap proses perawatan, pengobatan, dan penyembuhan anak yang pada akhirnya diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup anak dengan kanker.

Orangtua yang anaknya terdiagnosis penyakit kanker menunjukkan bahwa sebagian besar orangtua memiliki efikasi diri yang tinggi. Efikasi diri yang tinggi pada orangtua dapat membuat anak tenang dan nyaman sebelum menjalani pengobatan dan atau membuat anak nyaman dan tenang selama menjalani prosedur pengobatan, salah satunya kemoterapi. Hal ini membuat kecemasan orangtua menurun selama anak menjalani pengobatan kanker (Harper *et al.*, 2013).

Diagnosa kanker pada anak, terutama anak usia awal memiliki dampak yang negatif terhadap kualitas hidup orangtua. kualitas hidup yang buruk pada orangtua menyebabkan orangtua memiliki efikasi diri yang rendah dalam menjalani pengobatan anak dengan kanker (Johannsen *et al.*, 2022). Pada akhirnya hal ini berdampak terhadap kualitas hidup yang buruk.

#### **6.1.5 Hubungan Pendidikan dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia**

Berdasarkan hasil analisis di atas kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada responden yang berpendidikan terakhir pendidikan dasar (100%) dibandingkan yang pendidikan menengah (64,71%) dan pendidikan tinggi (PT) (33,33%). Dari hasil uji statistic diperoleh  $p=0,035$  artinya ada hubungan pendidikan dengan kualitas hidup

anggota keluarga penderita leukemia dengan  $OR=3,67$  dan 1 artinya responden yang yang pendidikan terakhir menengah berisiko hampir 4 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan pendidikan terakhir PT, sedangkan pendidikan terakhir dasar tidak terdapat perbedaan atau memiliki risiko yang sama dengan PT.

Berdasarkan tingkat pendidikan, hasil ini sejalan dengan penelitian menunjukkan bahwa orang tua yang memiliki kualitas hidup buruk sebagian besar adalah lulusan sekolah dasar (81,8%) (Nurhidayah *et al.*, 2020). Hasil tersebut berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Litzelman *et al.* (2011) menyatakan bahwa orang tua yang berpendidikan tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih buruk karena terlibat aktif dalam proses pengambilan keputusan medis sehingga dapat meningkatkan stres dan menurunkan kualitas hidup.

Muhammad & Risnah (2021) menjelaskan bahwa seseorang yang memiliki latar belakang pendidikan tinggi lebih mudah dalam proses menerima hal-hal baru sehingga pada akhirnya akan lebih mudah pula menyelesaikan persoalan terkait dengan hal-hal baru tersebut. Demikian pula hasil penelitian dari Aini *et al.* (2023) menyebutkan bahwa pendidikan yang dicapai seseorang menjadi faktor determinan produktivitas antara lain, knowledge, skills, abilities, attitude dan behavior yang cukup dalam menjalankan aktivitasnya.

Hasil penelitian tersebut selaras dengan asumsi peneliti bahwa produktivitas seseorang dapat ditunjang oleh pendidikan formal. Pendidikan memberikan pengetahuan bukan saja yang langsung dengan pelaksanaan tugas, tetapi juga landasan untuk mengembangkan diri serta kemampuan memanfaatkan semua

sarana salah satunya pemahaman dalam mengasuh anak selama dalam masa perawatan.

#### **6.1.6 Hubungan Pekerjaan dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia**

Berdasarkan hasil analisis di atas kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada responden yang bekerja (65,12%) dibandingkan yang tidak bekerja (25%). Dari hasil uji statistic diperoleh  $p=0,020$  artinya ada hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia dengan  $OR=5,59$  artinya responden yang yang bekerja berisiko hampir 6 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan tidak bekerja.

Penelitian ini sejalan dengan dengan (Prasetya *et al.*, 2023) yang menyebutkan bahwa orang yang bekerja memiliki kualitas hidup yang buruk karena anggota keluarga yang masih produktif harus rela mengesampingkan pekerjaannya demi merawat keluarganya yang menjadi pasien kanker, sehingga mereka harus menunda bekerja, dipotong gajinya, tidak mendapatkan insentif dalam bekerja, atau berkurang penghasilannya (Pangestu & Karnadi, 2018). Pekerjaan juga dapat menjadi sumber stres tambahan, jika tuntutan pekerjaan sangat besar, seperti memiliki tanggung jawab yang berat, jadwal yang ketat, atau tekanan untuk mencapai target tertentu, hal ini dapat menyebabkan tingkat stres yang tinggi dan berdampak menurunnya kualitas hidup anggota keluarga.

Namun penelitian ini tidak sejalan dengan yang dilakukan oleh Qan'ir *et al.* (2022) mengungkapkan bahwa keluarga penderita kanker yang bekerja memiliki kualitas yang baik dibandingkan dengan mereka yang tidak bekerja, hal ini dikarenakan pekerjaan dapat memberikan sumber pendapatan yang penting untuk

kebutuhan medis dan hidup sehari-hari keluarga. Biaya pengobatan kanker bisa sangat tinggi, dan kestabilan pendapatan dapat memengaruhi akses terhadap perawatan yang tepat.

Penyakit kanker juga berdampak dari aspek produktifitas maupun psikologis terhadap anggota keluarga (Cong *et al.*, 2022). Tidak hanya dari sisi produktifitas yang menurun, kondisi kesehatan mentalpun bisa terganggu, salah satu temuan dalam penelitian diakui dari anggota keluarga yang merasa sedikit putus asa karena tidak kunjung sembuh dalam pengobatan keluarganya, mereka juga takut di masa depan jika kehilangan anaknya yang merupakan penderita kanker. Hal yang sama juga dialami oleh penderita kanker itu sendiri, dimana setelah terdiagnosis kanker, penderita memiliki hari yang hilang dikarenakan harus hospitalisasi, mendapatkan perawatan dan pengobatan atau efek samping yang mempengaruhi produktivitas (Prasetya *et al.*, 2023).

Peneliti berasumsi bahwa anggota keluarga yang bekerja memiliki lebih sedikit waktu untuk bersosialisasi dan mencari dukungan sosial yang dapat mempengaruhi kualitas hidup mereka. Stres dalam menyeimbangkan tanggung jawab pekerjaan dan pengasuhan juga berkontribusi terhadap rendahnya kualitas hidup .

#### **6.1.7 Hubungan Pendapatan Keluarga dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia**

Berdasarkan hasil analisis di atas kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada responden yang pendapatan  $\leq$ UMP (73,53%) dibandingkan  $>$ UPM (28,57%). Dari hasil uji statistic diperoleh  $p=0,002$  artinya ada hubungan pendapatan dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia dengan  $OR=6,94$  artinya responden yang

dengan pendapatan  $\leq$ UMP berisiko hampir 7 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan pendapatan  $>$ UMP.

Hal ini sesuai dengan pernyataan (Dumont *et al.*, 2006), orang tua yang mengalami kesulitan ekonomi mengalami peningkatan beban pengasuhan dan penurunan kualitas hidup. Beban keuangan dapat menyebabkan orang tua mengalami stres sehingga dapat menurunkan kualitas hidup mereka (Santo *et al.*, 2011). Apalagi biaya pengobatan leukemia cukup mahal sehingga dapat menambah beban keuangan keluarga (Klassen *et al.*, 2011). Hacialioglu *et al.* (2010) juga menyatakan bahwa pendapatan yang rendah dapat menyebabkan kualitas pelayanan yang buruk, sedangkan pendapatan yang tinggi dapat mempengaruhi kepuasan hidup secara signifikan (Nurhidayah *et al.*, 2020).

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa keluarga penderita yang merupakan ras atau etnis minoritas dan mereka yang hidup dalam kemiskinan mengalami tekanan yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang kehidupannya lebih baik (Knight *et al.*, 2016). Pelayanan yang diberikan oleh penyedia layanan juga berbeda berdasarkan ras dan pendapatan, seperti halnya persepsi pasien (Ilowite *et al.*, 2018). Pendapatan sangat berpengaruh terhadap pelayanan yang diterima, dimana anggota keluarga dengan pendapatan rendah sering kali diremehkan oleh penyedia layanan.

Peneliti juga berasumsi kualitas hidup anggota keluarga buruk disebabkan karena penghasilan rendah. Namun dengan adanya rumah singgah menjadi salah satu faktor yang mendukung dan membantu keluarga mengurangi pengeluaran biaya untuk membayar tempat tinggal. Tidak semua jenis kanker pengobatannya tercover

oleh BPJS, sehingga dengan adanya rumah singgah dapat sedikit membantu meringankan beban orang tua atau pengasuh.

#### **6.1.8 Hubungan Status Pernikahan dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia**

Berdasarkan hasil analisis di atas kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada status kawin (60,42%) dibandingkan yang berstatus bercerai (33,33%) dan status belum kawin (25%). Dari hasil uji statistic diperoleh  $p=0,202$  dan  $p=0,810$  artinya tidak terdapat hubungan status pernikahan dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia dengan  $OR=4,57$  dan  $1,49$  artinya responden dengan status kawin berisiko hampir 5 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan dengan yang belum kawin dan yang status bercerai berisiko hampir 2 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan dengan status belum kawin.

Penelitian ini sesuai dengan (H. Yu *et al.*, 2017) yang menyatakan bahwa status pernikahan tidak signifikan dalam mempengaruhi kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia. Status pernikahan tidak selalu mencerminkan kemandirian finansial, seseorang yang tidak menikah masih dapat memiliki stabilitas finansial yang memadai untuk mengatasi biaya pengobatan dan kebutuhan sehari-hari. Meskipun pernikahan dapat memberikan dukungan, itu tidak selalu menjamin hubungan yang sehat atau positif. Beberapa pernikahan mungkin mengalami konflik atau ketidakharmonisan yang dapat mempengaruhi kualitas hidup anggota keluarga (Herawati *et al.*, 2018).

Penelitian ini tidak sejalan dengan (Chunfeng Wang *et al.*, 2020) yang menyatakan bahwa anggota keluarga yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih buruk. Hal ini konsisten dengan temuan penelitian lain mengenai anggota

keluarga yang merawat pasien kanker, yang menunjukkan bahwa anggota keluarga yang lebih muda memiliki kualitas hidup yang lebih baik (Shahi *et al.*, 2014). Anggota keluarga yang belum menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi karena memiliki lebih sedikit tanggung jawab dan beban keluarga yang mungkin menjelaskan kualitas hidup mereka yang lebih tinggi.

Pernikahan sering kali dapat memberikan dukungan sosial yang signifikan. Pasangan hidup dapat menjadi sumber dukungan emosional, finansial, dan praktis bagi penderita leukemia (Maharani, 2015). Memiliki pasangan dapat memberikan rasa keamanan dan kenyamanan, yang dapat meningkatkan kualitas hidup. Keluarga yang terlibat secara aktif dalam perawatan dan dukungan dapat menciptakan lingkungan yang lebih positif untuk penderita kanker. Ini dapat berdampak positif pada kualitas hidup anggota keluarga.

Pasangan yang menikah memiliki dukungan finansial satu sama lain, yang dapat membantu mengatasi beban ekonomi dan memperbaiki kualitas hidup. Status pernikahan juga dapat mempengaruhi koneksi sosial seseorang yang memberikan akses ke dukungan lebih luas dari teman dan keluarga yang dapat membantu dalam situasi sulit (Lickona, 2022).

Peneliti berasumsi bahwa status pernikahan tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup karena mayoritas anggota keluarga adalah pasangan (87,27) dari penderita dan sudah menikah. Kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia juga sangat dipengaruhi oleh dukungan medis dan profesional. Faktor-faktor ini dapat menjadi lebih signifikan daripada status pernikahan dalam menentukan kualitas perawatan dan dukungan yang diterima. Beberapa orang yang tidak menikah

mungkin memiliki kualitas hidup yang sangat baik karena dukungan yang kuat dari lingkungan sosial dan keluarga mereka, sementara beberapa orang yang menikah mungkin menghadapi tantangan dan stres.

#### **6.1.9 Hubungan Jenis Kelamin dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia**

Berdasarkan hasil analisis di atas kualitas hidup kurang baik lebih tinggi pada perempuan (67,65%) dibandingkan laki-laki (38,10%). Dari hasil uji statistic diperoleh  $p=0,035$  artinya ada hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia dengan  $OR=3,39$  artinya responden perempuan lebih berisiko 3 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan laki-laki.

Menurut (Ikeu Nurhidayah, 2020) orang tua perempuan yang memiliki anak leukemia sebagian besar mempunyai kualitas hidup buruk (65,2%). Hal tersebut bisa terjadi karena perempuan mempunyai peran utama sebagai pengurus anak, rumah tangga, dan suami. Ketika salah satu anggota keluarga sakit, biasanya perempuanlah yang menjadi perawat utama dalam merawat anggota keluarga yang sakit tersebut, sehingga beban yang ditanggung perempuan pun semakin bertambah dan hal ini dapat berdampak buruk pada kesehatan fisiknya (Hagedoorn *et al.*, 2008). Selain itu, orang tua perempuan juga cenderung memiliki kondisi psikologis yang buruk (56,5%) (Ikeu Nurhidayah, 2020). Hal ini disebabkan karena perempuan juga lebih peka terhadap hubungan emosional, lebih terlibat dalam perasaan, dan lebih memahami orang lain. Sehingga cenderung membuat perempuan larut dalam kesedihan terkait kondisi yang dialami anak-anaknya saat ini, dan hal tersebut dapat menurunkan kesejahteraan psikologisnya (Rich II, 2012).

Penelitian ini sejalan dengan (Franks & Stephens, 1992) yang menemukan bahwa meskipun laki-laki memberikan perawatan pada tingkat tertentu seperti keuangan dan tugas-tugas lain, tetapi perempuan melakukan tugas-tugas pengasuhan dengan beban tinggi seperti membantu penderita berpakaian serta lebih banyak memberikan perawatan yang lama dan tanggung jawab lainnya kepada penderita yang sakit kronis daripada laki-laki (Paulina Ackley Akpan-Idiok *et al.*, 2020). Namun, penelitian ini tidak sejalan dengan (Lau *et al.*, 2014; Pathirana *et al.*, 2015) yang menyebutkan bahwa banyak orang tua laki-laki yang memiliki anak dengan leukemia memiliki kualitas hidup yang buruk dibandingkan dengan perempuan, hal ini dikarenakan mereka harus mengurus anak dan terus membiayai biaya perawatan, sehingga dapat menambah beban dan menurunkan kualitas hidup. Menurut (Haikel A Lim *et al.*, 2017), laki-laki mempunyai peran sebagai tulang punggung keluarga, sehingga mereka sulit membagi waktu antara bekerja dan merawat anaknya yang sakit, tidak mudah bagi seorang ayah untuk berperan ganda sebagai pencari nafkah dan membantu istri dalam merawat anak yang sakit (Khoury *et al.*, 2013).

Peneliti berasumsi bahwa faktor yang menurunkan kualitas hidup orang tua yang memiliki anak penderita leukemia adalah kurangnya adaptasi dengan kondisi anaknya dan rasa cemas yang diikuti dengan rasa lelah dan kurang tidur.

#### **6.1.10 Hubungan Usia dengan Kualitas Hidup Anggota Keluarga Penderita Leukemia**

Berdasarkan hasil analisis di atas kualitas hidup kurang baik lebih banyak pada usia tua (71,88%) dibandingkan usia muda (16,67%). Dari hasil uji statistic diperoleh  $p=0,010$  artinya ada hubungan usia dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia dengan  $OR=3,49$  dan  $12,77$  artinya responden yang berusia

dewasa lebih berisiko hampir 3,5 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan usia muda dan pada usia tua berisiko hampir 13 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan usia muda.

Hasil penelitian ini juga selaras dengan Nurhidayah *et al.* (2020) yang menunjukkan bahwa 50% orang tua dalam rentang usia 17-25 tahun (remaja akhir), mengalami kondisi kesehatan psikologis dan kualitas hidup yang buruk. Menurut teori peran sosial, orang tua yang lebih muda mungkin mengalami tekanan yang lebih besar karena mereka harus menyesuaikan diri dengan peran barunya sebagai orang tua. Selain itu, lebih dari 50% orang tua berusia 36-65 tahun mengalami kondisi kesehatan psikologis dan kualitas hidup yang buruk.

Rohmah & Bariyah (2012) menyatakan bahwa pada usia lanjut, individu mungkin saja mengalami perubahan psikososial. Hasil penelitian ini juga mengungkapkan bahwa sebagian besar orang tua pada kategori usia dewasa akhir (36-45 tahun) mengalami kondisi sosial dengan kualitas hidup yang buruk. Pada masa ini individu biasanya mengalami peningkatan aktivitas sosial. Namun orang tua yang mengasuh anak penderita leukemia akan merasa hubungan sosialnya terganggu karena hanya fokus pada kebutuhan pasien sehingga memiliki kualitas hidup yang buruk (Stenberg *et al.*, 2010).

Masa dewasa madya merupakan periode penyesuaian diri terhadap pola-pola kehidupan baru dan harapan-harapan sosial baru. Kategori dewasa madya juga mampu menyesuaikan diri secara mandiri (Ahadiyanto, 2021). Rentang emosi yang matang dapat dikategorikan sudah mencapai tingkat kedewasaan sehingga memberikan respon yang tepat sesuai dengan situasi yang dihadapinya dalam hal ini

sebagai anggota keluarga dari anak penderita Leukemia harus menjalankan tugas merawat dan mendampingi anaknya selama menjalani pengobatan. Dengan demikian diperlukan ketrampilan dalam melakukan komunikasi interpersonal dengan anaknya (Aini *et al.*, 2023).

## **6.2 Keterbatasan**

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, ukuran sampelnya relatif kecil, karena peneliti hanya mengambil kanker yang homogen adalah leukemia. Kedua, responden pada penelitian ini lebih dominan pada perempuan sehingga untuk kualitas hidup yang buruk lebih banyak pada perempuan, dan selanjutnya penelitian ini menggunakan survei *cross-sectional* maka sulit untuk menentukan sebab dan akibat antara variabel sehingga tidak dapat mengatakan apakah variabel independen menyebabkan perubahan pada variabel dependen atau sebaliknya. Meskipun dapat mengamati hubungan antara variabel independen dan dependen, penelitian ini sulit untuk mengontrol faktor-faktor lain yang mungkin memengaruhi hasil.

## BAB VII

### PENUTUP

#### 7.1 Kesimpulan

1. Ada hubungan strategi koping dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia (OR= 4,82 ; 95%CI= 1,27-18,17; p=0,020), anggota keluarga dengan EFC berisiko hampir 5 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan yang PFC dan sebagian besar responden cenderung menggunakan jenis strategi koping *emotional focused coping*;
2. Ada hubungan beban merawat pasien dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia (OR= 1;10;11 ; 95%CI= 0,002-0,016; p=0,007). Responden yang memiliki beban berat berisiko 11 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan dengan yang tidak ada beban;
3. Ada hubungan dukungan social dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia (OR= 31,84 ; 95%CI= 3,80-266,75; p=0,001), responden dengan dukungan rendah berisiko hampir 32 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan dukungan sosial tinggi;
4. Ada hubungan *self efficacy* dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia (OR= 27,92 ; 95%CI= 3,34-233,46 ; p=0,002). Responden yang *self efficacy* rendah berisiko hampir 30 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan *self efficacy* tinggi;
5. Ada hubungan pendidikan dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia keluarga (OR= 3,67 dan 1; 95%CI= 1,09-12,25 ; p=0,035. Responden yang pendidikan terakhir menengah berisiko hampir 4 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan pendidikan terakhir PT;

6. Ada hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia keluarga (OR= 5,59; 95%CI= 1,31-23,85; p=0,020). Responden yang bekerja berisiko hampir 6 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan tidak bekerja;
7. Ada hubungan pendapatan keluarga dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia (OR= 6,94; 95%CI= 2,05-23,41; p=0,002). Responden dengan pendapatan  $\leq$ UMP berisiko hampir 7 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan pendapatan  $>$ UMP;
8. Tidak ada hubungan status pernikahan keluarga dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia (OR= 4,57 dan 1,49; 95%CI; 0,03-3,20 dan 0,50-40,63; p=0,202 dan 0,810). Responden dengan status kawin berisiko hampir 5 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan yang belum kawin dan yang status bercerai berisiko hampir 2 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan dengan status belum kawin;
9. Ada hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia (OR= 3,39; 95%CI; 1,09-10,58; p=0,035). Responden perempuan lebih berisiko 3 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan laki-laki;
10. Ada hubungan usia dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia (OR=3,49 dan 12,77; 95%CI; 0,004-0,0032; p=0,018). Responden yang berusia dewasa lebih berisiko hampir 3,5 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan usia muda dan pada usia tua berisiko hampir 13 kali mengalami kualitas hidup kurang baik dibandingkan usia muda;

11. Dari hasil analisis multivariat didapatkan variabel yang paling dominan adalah variabel pendapatan.

## 7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian, pembahasan dan kesimpulan tersebut, maka disarankan beberapa hal berikut;

### 1. Bagi anggota keluarga penderita leukemia

Penggunaan strategi koping yang sesuai untuk masing-masing anggota keluarga penderita leukemia lebih disarankan menggunakan jenis strategi koping *problem focused coping* karena pengguna *emotional focused coping* lebih efektif mengatasi masalah dengan jangka waktu singkat.

### 2. Bagi Rumah singgah

Menyediakan dukungan psikologis seperti yoga atau meditasi untuk membantu anggota keluarga mengatasi stres dan kecemasan yang muncul selama perjalanan mereka melalui pengobatan kanker sehingga menciptakan kualitas hidup yang lebih baik, serta memperkenalkan rumah singgah kepada masyarakat luas.

### 3. Petugas kesehatan

- a. Memberikan informasi kepada anggota keluarga penderita kanker tentang keberadaan rumah singgah yang tersedia di dekat fasilitas perawatan kanker. Menjelaskan manfaatnya, seperti akomodasi yang terjangkau dan mendukung sehingga dapat membantu mengurangi biaya perawatan, terutama bagi keluarga yang berada di luar daerah.
- b. Petugas kesehatan juga dapat berkolaborasi dengan lembaga sosial atau organisasi amal setempat untuk menyediakan informasi lebih lanjut tentang

bantuan finansial yang mungkin tersedia bagi keluarga yang tinggal di rumah singgah.

- c. Kualitas hidup yang buruk ditemukan pada anggota keluarga penderita leukemia. Oleh karena itu disarankan bagi perawat untuk memberikan asuhan keperawatan secara holistik tidak hanya pada anak tetapi juga keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup.

#### 4. Peneliti selanjutnya

- a. Diharapkan dapat mengambil sampel dengan perbandingan yang sama antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan.
- b. Diharapkan dapat meneliti faktor apa saja yang mempengaruhi pemilihan jenis strategi coping pada anggota keluarga penderita leukemia.
- c. Diharapkan dapat meneliti lebih lanjut hubungan masing-masing sub strategi jenis coping dengan kualitas hidup anggota keluarga penderita leukemia.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahadiyanto N., **Psikologi Perkembangan Dewasa Dan Lanjut Usia**: Sumanto Al Qurtuby; 2021.
- Aini L.N., Kartikaningtias C. & Yustifa E.J.J.I.K.M.C., **Relasi Ibu-Anak Dengan Persepsi Ibu Tentang Tingkat Kecemasan Pada Anak Penderita Leukemia Limfoblastik Akut Yang Menjalani Kemoterapi**, 2023;2(1):37-49.
- Akpan-Idiok P.A., Ehiemere I.O., Asuquo E.F., Chabo J.A.U. & Osuchukwu E.C., **Assessment of burden and coping strategies among caregivers of cancer patients in sub-Saharan Africa**, *World J Clin Oncol*, 2020;11(12):1045-1063.
- Akpan-Idiok P.A., Ehiemere I.O., Asuquo E.F., Chabo J.A.U. & Osuchukwu E.C.J.W.j.o.c.o., **Assessment of burden and coping strategies among caregivers of cancer patients in sub-Saharan Africa**, 2020;11(12):1045.
- Almeida J.A.A., **RUMAH SINGGAH PENDERITA KANKER LEUKEMIA DI YOGYAKARTA**: UAJY; 2017.
- Alptekin S., Gönüllü G., Yücel İ. & Yarış F.J.M.O., **Characteristics and quality of life analysis of caregivers of cancer patients**, 2010;27:607-617.
- Amartiwi A., **Problem Focused Coping Pada Perawat Ditinjau dari Self Efficacy dan Dukungan Sosial** 2008.
- Ariani S., **Stop Kanker** Yogyakarta: Istana Media 2015.
- Asih G.Y., Widhiastuti H. & Dewi R., **Stres kerja**, *Syria Studies*, 2018.
- Azwardi A., Mulyadi M. & Aisyah P.A., **Implementasi Keperawatan Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi dengan Masalah Kecemasan**, *JKM: Jurnal Keperawatan Merdeka*, 2022;2(1):73-80.
- Borges E.L., Franceschini J., Costa L.H.D., Fernandes A.L.G., Jamnik S. & Santoro I.L., **Family caregiver burden: the burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life**, *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2017;43:18-23.
- Chen Q., Xiao X., Zhang Y., Lin C.J.C.M. & Imaging M., **Analysis of the Correlation between the Level of Posttraumatic Growth and Social Support among Caregivers of Children with Acute Leukemia**, 2022;2022.

Choi S. & Seo J., **Analysis of caregiver burden in palliative care: An integrated review**, *Nurs Forum*, 2019;54(2):280-290.

Choi Y.S., Hwang S.W., Hwang I.C., Lee Y.J., Kim Y.S., Kim H.M., *et al.*, **Factors associated with quality of life among family caregivers of terminally ill cancer patients**, 2016;25(2):217-224.

Chua C.K., Wu J.T., Wong Y.Y., Qu L., Tan Y.Y., Neo P.S. & Pang G.S., **Caregiving and Its Resulting Effects-The Care Study to Evaluate the Effects of Caregiving on Caregivers of Patients with Advanced Cancer in Singapore**, *Cancers (Basel)*, 2016;8(11).

Cong Z., Tran O., Nelson J., Silver M., Chung K.J.A.H.E. & Policy H., **Productivity Loss and Indirect Costs for Patients Newly Diagnosed with Early-versus Late-Stage Cancer in the USA: A Large-Scale Observational Research Study**, 2022;20(6):845-856.

Conrad I., Matschinger H., Riedel-Heller S., von Gottberg C. & Kilian R., **The psychometric properties of the German version of the WHOQOL-OLD in the German population aged 60 and older**, *Health and quality of life outcomes*, 2014;12(1):1-15.

Deshields T.L., Rihanek A., Potter P., Zhang Q., Kuhrik M., Kuhrik N. & O'Neill J., **Psychosocial aspects of caregiving: perceptions of cancer patients and family caregivers**, *Supportive Care in Cancer*, 2012;20:349-356.

Devi N.P., **Hubungan Beban Perawatan Dengan Kualitas Hidup Keluarga Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya: stikes hang tuah surabaya**; 2022.

Dewi N.Y., Lestari D.R. & Agustina R., **Hubungan Pusat Kendali dengan Strategi Koping Orang Tua dari Anak Kanker Yang Menjalani Pengobatan Kemoterapi**, *Journal of Holistic Nursing Science*, 2021;8(1):19-30.

Diaty R., Arisa A., Lestari N.C.A., Utami S.W. & Purwanti S., **Pengaruh Umur Ibu yang Beresiko Kanker Serviks dan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Kanker Serviks di Ruang Poli Kandungan RSUD Ulin Banjarmasin**, *JURNAL KEBIDANAN BESTARI*, 2022;6(1):19-25.

Dionne-Odom J.N., Currie E.R., Johnston E.E. & Rosenberg A.R., **Supporting Family Caregivers of Adult and Pediatric Persons with Leukemia**, *Semin Oncol Nurs*, 2019;35(6):150954.

- Dumont S., Turgeon J., Allard P., Gagnon P., Charbonneau C. & Vezina L.J.J.o.p.m., **Caring for a loved one with advanced cancer: determinants of psychological distress in family caregivers**, 2006;9(4):912-921.
- Effendy C., Vernooij-Dassen M., Setiyarini S., Kristanti M.S., Tejawinata S., Vissers K. & Engels Y., **Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds**, *Psycho-Oncology*, 2015;24(5):585-591.
- Effendy C., Vernooij-Dassen M., Setiyarini S., Kristanti M.S., Tejawinata S., Vissers K. & Engels Y.J.P.O., **Family caregivers' involvement in caring for a hospitalized patient with cancer and their quality of life in a country with strong family bonds**, 2015;24(5):585-591.
- El-Jawahri A., Greer J.A., Pirl W.F., Park E.R., Jackson V.A., Back A.L., *et al.*, **Effects of Early Integrated Palliative Care on Caregivers of Patients with Lung and Gastrointestinal Cancer: A Randomized Clinical Trial**, *Oncologist*, 2017;22(12):1528-1534.
- El-Sawy M.M., Ismail G.M., Magdy H. & El-sam'man G.A.J.M.J.C.U., **Knowledge and home practices of caregivers having children with leukemia attending National Cancer Institute Cairo University**, 2013;81(1):601-608.
- Fananni M.R., editor **Hubungan Antara Strategi Coping Terhadap Psychological Distress Pada Family Caregive Kanker**. Prosiding Seminar Nasional Unimus; 2021.
- Fananni M.R. & Pratikto H., **Strategi Coping dan Dukungan Sosia terhadap Psychological Distress pada Family Caregiver Cancer**, *Syntax Literate; Jurnal Ilmiah Indonesia*, 2021;6(2):1105-1120.
- Fananni M.R. & Pratikto H., **Strategi Coping dan Dukungan Sosial terhadap Psychological Distress pada Family Caregiver Cancer**, *Syntax Literate; Jurnal Ilmiah Indonesia*, 2021;6(2):1105-1120.
- Fangzhi Y., Jufang F., Xiuping Z., Hongmei W., Meixia W., Ling T., *et al.*, **Quality of life of family caregivers of patients with advanced cancer and its influencing factors**, 2014;21:1-6.
- Ferrans C.E. & Powers M.J., **Psychometric assessment of the Quality of Life Index**, *Research in nursing & health*, 1992;15(1):29-38.
- Fetriyah U.H., Mulatsih S. & Pangastuti H.S., editors. **Relationship between social supports and Anxiety of mothers treating child with cancer**. 2nd Sari Mulia International

Conference on Health and Sciences 2017 (SMICHS 2017)—One Health to Address the Problem of Tropical Infectious Diseases in Indonesia; 2017: Atlantis Press.

Folkman S. & Lazarus R.S., **Manual for the ways of coping questionnaire**: Consulting Psychologists Press; 1988.

Franks M.M. & Stephens M.A., **Multiple roles of middle-generation caregivers: contextual effects and psychological mechanisms**, *J Gerontol*, 1992;47(3):S123-9.

Friedman M.M., Bowden V.R. & Jones E.G., **Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, teori, dan praktik, alih bahasa, Akhir Yani S, Hamid dkk**, 2010.

Gatri Nurdin G., **Gambaran Hasil Pemeriksaan Darah (Hemoglobin, Leukosit, Eritrosit, Trombosit, Hematokrit) Pada Pasien Leukemia Di Rsud M. Natsir Solok**: Universitas Perintis Indonesia; 2020.

Geng F., Chen X., Xie J., Liu X. & Zhang J., **The impact of marital status on quality of life and survival of patients with non-small cell lung cancer**, *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 2018.

Geni P.L. & Rahmania Q., **Hubungan coping style dan anticipatory grief pada orangtua anak yang didiagnosis kanker**, *Humaniora*, 2013;4(1):241-247.

Ghozali M.F., Eviyanti A.J.K.G.T., Information System, Computer Network, Computing, Electronics, & Control, **Sistem Pakar Diagnosa Dini Penyakit Leukimia Dengan Metode Certainty Factor**, 2016:135-146.

Given B.A., Given C.W. & Sherwood P., **The challenge of quality cancer care for family caregivers**, *Semin Oncol Nurs*, 2012;28(4):205-12.

GLOBOCAN, **Estimates Of Incidence And Mortality Worldwide For 36 Cancers In 185 Countries**, *Global cancer statistics 2020 : GLOBOCAN*, 2021:71(3):209-249.

Globocan. **Global cancer observatory: Cancer today** 2021.

Götze H., Brähler E., Gansera L., Polze N. & Köhler N., **Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care**, *Support Care Cancer*, 2014;22(10):2775-82.

Govina O., Kotronoulas G., Mystakidou K., Katsaragakis S., Vlachou E. & Patiraki E., **Effects of patient and personal demographic, clinical and psychosocial characteristics on**

**the burden of family members caring for patients with advanced cancer in Greece, *European Journal of Oncology Nursing*, 2015;19(1):81-88.**

Hacialioglu N., Özer N., Erdem N. & Erci B.J.E.J.o.O.N., **The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey**, 2010;14(3):211-217.

Hagedoorn M., Sanderman R., Bolks H.N., Tuinstra J. & Coyne J.C.J.P.b., **Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects**, 2008;134(1):1.

Haley W.E., **The costs of family caregiving: implications for geriatric oncology**, *Crit Rev Oncol Hematol*, 2003;48(2):151-8.

Handayani W., **Buku Ajar Asuhan Keperawatan Dgn Gangguan Sistem Hematologi**: Penerbit Salemba; 2008.

Harahap A. & Nasution M., editors. Comparison quality of life patients treated with insulin and oral hypoglycemic drugs. IOP Conference Series: Earth and Environmental Science; 2018: IOP Publishing.

Harper F.W., Peterson A.M., Uphold H., Albrecht T.L., Taub J.W., Orom H., *et al.*, **Longitudinal study of parent caregiving self-efficacy and parent stress reactions with pediatric cancer treatment procedures**, 2013;22(7):1658-1664.

Hendrawati S., Nurhidayah I. & Mardhiyah A., **Self-Efficacy Parents in Undergoing Child Cancer Treatment at the Rumah Kanker Anak Cinta Bandung**, *NurseLine Journal*, 2019;4(1):37-45.

Hendrawati S., Nurhidayah I. & Mardhiyah A.J.N.J., **Self-Efficacy Parents in Undergoing Child Cancer Treatment at the Rumah Kanker Anak Cinta Bandung**, 2019;4(1):37-45.

Hendriani W., **Resiliensi Psikologis Sebuah Pengantar (Edisi Pert)**, *Prenada Media Group*, 2018.

Herawati T., Zubairi B.K., Musthofa M., Tyas F.P.S.J.I.I.K. & Konsumen, **Dukungan sosial, interaksi keluarga, dan kualitas perkawinan pada keluarga suami istri bekerja**, 2018;11(1):1-12.

Honea N.J., Brintnall R., Given B., Sherwood P., Colao D.B., Somers S.C. & Northouse L.L., **Putting Evidence into Practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden**, *Clin J Oncol Nurs*, 2008;12(3):507-16.

Husni M., Romadoni S. & Rukiyati D., **Hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien kanker payudara di instalasi rawat inap bedah RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2012**, *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 2015;2(2):77-83.

ICCC. **Kanker Darah/ Leukemia**, 2023.

Idris M.H.B. & Asyanti S., **Kualitas Hidup Pada Penderita Kanker Dengan Status Sosial Ekonomi Rendah**: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2015.

Ikeu Nurhidayah S.H., Dewi Pratiwi Hasriyadi, **Quality Of Life Of Family Caregivers Of Children With Leukemia: A Descriptive Quantitative Study**, *Belitung Nursing Journal*, 2020;6(2), 52-58.

Ilowite M.F., Al-Sayegh H., Ma C., Dussel V., Rosenberg A.R., Feudtner C., *et al.*, **The relationship between household income and patient-reported symptom distress and quality of life in children with advanced cancer: a report from the PediQUEST study**, 2018;124(19):3934-3941.

Ivana S.a.J., **D Hubungan Coping Stres Terhadap Kualitas Hidup Penderita**, 2018.

Jacobsen P.B., Holland J.C. & Steensma D.P., **Caring for the whole patient: the science of psychosocial care**, *J Clin Oncol*, 2012;30(11):1151-3.

Jha P., Nugent R., Verguet S., Bloom D. & Hum R., **Chronic disease**, *Global Problems, Smart Solutions: Costs and Benefits*, edited by Lomborg B, editor, 2013:137-85.

Johannsen L., Brandt M., Frerichs W., Inhestern L. & Bergelt C., **The impact of cancer on the mental health of patients parenting minor children: A systematic review of quantitative evidence**, *Psychooncology*, 2022;31(6):869-878.

Johnson S.S., Grossman R., Miller J.P., Christfort K., Traylor A.M., Schweissing E., *et al.*, **Knowing well, being well: Well-being born of understanding: The science of teamwork**: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2021. p. 730-749.

Kazemi A., Azimian J., Mafi M., Allen K.-A. & Motalebi S.A., **Caregiver burden and coping strategies in caregivers of older patients with stroke**, *BMC psychology*, 2021;9(1):1-9.

Kemenkes RI. **Beban Kanker di Indonesia (p. 1)**, Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia: 2019.

- Khabibi M., Sugiyo S. & Mulawarman M., **The Effectiveness of Group Counseling on Coping Strategy of Problem Focused Coping and Emotional Focused Coping to Increase the Assertive Behavior**, *Jurnal Bimbingan Konseling*, 2023;12(1):1-6.
- Khoury M.N., Huijjer H.A.-S. & Doumit M.A.A.J.E.J.o.O.N., **Lebanese parents' experiences with a child with cancer**, 2013;17(1):16-21.
- Kilic S.T. & Oz F., **Family Caregivers' Involvement in Caring with Cancer and their Quality of Life**, *Asian Pac J Cancer Prev*, 2019;20(6):1735-1741.
- Kim Y., Shaffer K.M., Carver C.S. & Cannady R.S.J.P.o., **Quality of life of family caregivers 8 years after a relative's cancer diagnosis: follow-up of the National Quality of Life Survey for Caregivers**, 2016;25(3):266-274.
- Klassen A.F., Klaassen R., Dix D., Pritchard S., Yanofsky R., O'Donnell M., *et al.*, **Impact of caring for a child with cancer on parents' health-related quality of life**, *J Clin Oncol*, 2008;26(36):5884-9.
- Klassen A.F., Raina P., McIntosh C., Sung L., Klaassen R.J., O'Donnell M., *et al.*, **Parents of children with cancer: Which factors explain differences in health-related quality of life**, 2011;129(5):1190-1198.
- Knight J.M., Syrjala K.L., Majhail N.S., Martens M., Le-Rademacher J., Logan B.R., *et al.*, **Patient-reported outcomes and socioeconomic status as predictors of clinical outcomes after hematopoietic stem cell transplantation: a study from the Blood and Marrow Transplant Clinical Trials Network 0902 trial**, 2016;22(12):2256-2263.
- Kumar R., Majumdar, A. K. , **Study of Quality of Life (QOL) in Cancer Patients**. *Indian Journal of Palliative Care*, 2014.
- Kurniawan A.R., Ilmi B. & Hiryadi H., **Pengalaman Keluarga Merawat Pasien Kanker Di Kota Tanjung**, *Jurnal Health Sains*, 2021;2(2):135-152.
- Laila Nur I. & Marcelyan L.V., **LAPORAN PRAKTEK KERJA LAPANGAN DI RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA RUANG A1 DEPARTEMEN PENYAKIT DALAM TANGGAL 6 Juni-17 Juni 2022**, 2022.
- Lau S., Lu X., Balsamo L., Devidas M., Winick N., Hunger S.P., *et al.*, **Family life events in the first year of acute lymphoblastic leukemia therapy: a children's oncology group report**, 2014;61(12):2277-2284.

- Lazarus R.S. & Folkman S., **Stress, appraisal, and coping**: Springer publishing company; 1984.
- Lee H.J., Park E.-C., Kim S.J. & Lee S.G.J.A.P.J.o.C.P., **Quality of life of family members living with cancer patients**, 2015;16(16):6913-6917.
- Lestari S., Yani D.I. & Nurhidayah I., **Kebutuhan orang tua dengan anak disabilitas**, *Journal of Nursing Care*, 2018;1(1):50-59.
- Lestari S., Yani D.I. & Nurhidayah I.J.J.o.N.C., **Kebutuhan orang tua dengan anak disabilitas**, 2018;1(1):50-59.
- Lickona T., **Character matters (Persoalan karakter): Bagaimana membantu anak mengembangkan penilaian yang baik, integritas, dan kebajikan penting lainnya**: Bumi Aksara; 2022.
- Lim H.A., Tan J.Y., Chua J., Yoong R.K., Lim S.E., Kua E.H. & Mahendran R., **Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and globally**, *Singapore Med J*, 2017;58(5):258-261.
- Lim H.A., Tan J.Y., Chua J., Yoong R.K., Lim S.E., Kua E.H. & Mahendran R.J.S.m.j., **Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and globally**, 2017;58(5):258.
- Litzelman K., Catrine K., Gangnon R. & Witt W.P.J.Q.o.I.R., **Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: the impact of child characteristics and parental psychosocial factors**, 2011;20:1261-1269.
- Maharani N.N., **Hubungan antara dukungan sosial dengan hardiness pada ibu yang memiliki anak penderita leukemia limfoblastik akut di rumah cinta kanker kota bandung**: Fakultas Psikologi Universitas Islam Bandung (UNISBA); 2015.
- Maryam S., **Strategi coping: Teori dan sumberdayanya**, *Jurnal konseling andi matappa*, 2017;1(2):101-107.
- Meecharoen W., Sirapo-ngam Y., Monkong S., Oratai P. & Northouse L.L., **Factors influencing quality of life among family caregivers of patients with advanced cancer: A causal model**, *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 2013;17(4):304-316.
- Muchtar R. & Sari I.W.W., **HUBUNGAN TINGKAT KETERLIBATAN DAN KUALITAS HIDUP FAMILY CAREGIVER DALAM MERAWAT PASIEN KANKER DI POLI ONKOLOGI**

**RUMAH SAKIT PANEMBAHAN SENOPATI BANTUL:** Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta; 2021.

- Muhammad I. & Risnah R.J.J.P.K.K., **Penyuluhan Kesehatan Berpengaruh Terhadap Pengetahuan Keluarga Tentang Stunting**, 2021;1(2):126-133.
- Mushyama B.G.J.J.R.M.B.D.K., **Dukungan sosial keluarga pada anak penderita kanker darah di Yayasan Kasih Anak Kanker Jogja**, 2015.
- Ng S.M., Fung M.H.Y., Chan J.S.M., Chan C.H.Y. & Chan C.L.W., **Physical activity, confidence and quality of life among cancer patient-carer dyads**, *Sports Med Open*, 2021;7(1):46.
- Northouse L., Williams A.L., Given B. & McCorkle R., **Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer**, *J Clin Oncol*, 2012;30(11):1227-34.
- Northouse L.L., Katapodi M.C., Song L., Zhang L. & Mood D.W., **Interventions with family caregivers of cancer patients: meta-analysis of randomized trials**, *CA Cancer J Clin*, 2010;60(5):317-39.
- Novianti L. & Kusnanto H., **Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kualitas Hidup Keluarga yang Merawat Pasien Kanker**, *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 2020;8(3), 356-363.
- Novrianto R., Marettih A.K.E. & Wahyudi H., **Validitas Konstruk Instrumen General Self Efficacy Scale Versi Indonesia**, *Jurnal Psikologi*, 2019.
- Nurchaya L.M.r. & Utami R.S., **Gambaran Kualitas Hidup Keluarga Pasien Kritis di Intensive Care Unit RSUD Tugurejo Semarang**: Diponegoro University; 2015.
- Nurhidayah I., Hendrawati S. & Hasriyadhi D.P.J.B.N.J., **Quality of life of family caregivers of children with leukemia: A Descriptive Quantitative Study**, 2020;6(2):52-58.
- Nurhidayah I.J.I.J.f.H.S., **SELF EFFICACY ORANG TUA DALAM MERAWAT ANAK KANKER: SEBUAH STUDI KUANTITATIF DI RUMAH SINGGAH KANKER ANAK**, 2023;7(1):43-56.
- Östlund U. & Persson C., **Examining family responses to family systems nursing interventions: An integrative review**, *Journal of Family Nursing*, 2014;20(3):259-286.

- Pangestu S. & Karnadi E.B.J.C.M., **Financial toxicity in Indonesian cancer patients & survivors: How it affects risk attitude**, 2018;5(1):1525887.
- Pathirana T.I., Goonawardena C. & Wijesiriwardane I.J.J.o.t.P.I.o.M., **Quality of life of caregivers and impact on the nuclear family of children with leukaemia in the National Cancer Institute of Sri Lanka**, 2015;2:1-5.
- Prakoso A.G., **Gambaran Strategi Koping Pengidap HIV/AIDS Di Yayasan WPA Turen: Poltekkes RS dr. Soepraoen**; 2020.
- Prasetya D., Layyinah A., Putri S., Rosita E., Nurjanah A.I. & Maftuchan A., **Konsekuensi Finansial Pengobatan Kanker di Indonesia: Studi Kasus Penderita Kanker di Ibu Kota Jakarta**, Perkumpulan PRAKARSA, 2023.
- Pratami N., Prapti N.K.G. & Rahajeng I.M., **KOPING STRATEGI DAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN DENGAN KANKER GINEKOLOGI YANG MENJALANI KEMOTERAPI**, *Coping: Community of Publishing in Nursing*, 2013;5(2):115-120.
- Puspitasari S., **Gambaran beban caregiver keluarga pada pasien kanker di rumah singgah yayasan kanker: UIN Syarif Hidayatullah Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan**, 2017; 2017.
- Putri R.M., **Monograf: coping mechanism**: Bening Media Publishing; 2021.
- Qan'ir Y., Guan T., Idiagbonya E., Dobias C., Conklin J.L., Zimba C.C., *et al.*, **Quality of life among patients with cancer and their family caregivers in the Sub-Saharan region: A systematic review of quantitative studies**, *PLOS Glob Public Health*, 2022;2(3):e0000098.
- Raeder F., Karbach L., Struwe H., Margraf J. & Zlomuzica A.J.F.i.P., **Low perceived self-efficacy impedes discriminative fear learning**, 2019;10:1191.
- Ramatillah D.L., Lucyanawati S., Pangestu A.A. & Kurniatu A.J.B., **Edukasi dan Deteksi Dini Penyakit Leukimia Kepada Masyarakat di RPTRA Tunas Harapan Sunter Jakarta**, 2019;2(2).
- Rana M., Malik M.A. & Saleem T., **Coping strategies and quality of life of the family caregivers of patients with cancer**, *Indian Journal of Palliative Care*, 2019;25(4), 585-589.
- Rana M. M.M.A.S.T., **Coping Strategies And Quality Of Life Of The Family Caregivers Of Patients With Cancer**, *Indian Journal of Palliative Care*, 2019;25(4), 585-589.

- Rha S.Y., Park Y., Song S.K., Lee C.E. & Lee J., **Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates**, *European Journal of Oncology Nursing*, 2015;19(4):376-382.
- Rich II A., **Gender and spirituality: Are women really more spiritual?**, 2012.
- Riskesdas. **Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia**, 2018.
- Rizka Y., Erwin E., Hasneli Y. & Putriana N., **Beban Family Caregiver Dalam Merawat Pasien Kanker Stadium Lanjut**, *Jurnal Ners Indonesia*, 2021;12(1):22-28.
- Rizka Y., Erwin E., Hasneli Y. & Putriana N.J.J.N.I., **Beban Family Caregiver dalam Merawat Pasien Kanker Stadium Lanjut**, 2021;12(1):22-28.
- Rohmah A.I.N. & Bariyah K.J.J.k., **Kualitas hidup lanjut usia**, 2012;3(2).
- Romito F., Goldzweig G., Cormio C., Hagedoorn M. & Andersen B.L.J.C., **Informal caregiving for cancer patients**, 2013;119:2160-2169.
- Rosa Y., Siswandi A., Anggraeni S. & Setiawati O.R., **HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP PADA PENDERITA KANKER PAYUDARA YANG SEDANG MENJALANI KEMOTERAPI DI RS ABDUL MOELOEK BANDAR LAMPUNG 2021**, *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 2022;3(1):280-290.
- Santo E.A.R.d.E., Gaíva M.A.M., Espinosa M.M., Barbosa D.A. & Belasco A.G.S.J.R.L.-A.d.E., **Taking care of children with cancer: evaluation of the caregivers' burden and quality of life**, 2011;19:515-522.
- Saraswati A., Nurhidayah I. & Lukitasari D.J.J.K.S.Y.M., **Hubungan peran orang tua sebagai caregiver dengan kualitas hidup anak kanker di Yayasan Kasih Anak Kanker Indonesia (YKAKI) Bandung**, 2018;6(2):17-30.
- Selly R.P., **HUBUNGAN STRATEGI KOPING DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA ORANG TUA ANAK PENDERITA ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA DI RUANG HEMATOLOGI ONKOLOGI RSUD ULIN BANJARMASIN**, 2018.
- Seven M., Yılmaz S., Şahin E. & Akyüz A., **Evaluation of the quality of life of caregivers in gynecological cancer patients**, *J Cancer Educ*, 2014;29(2):325-32.

- Shahi V., Lapid M.I., Kung S., Atherton P.J., Sloan J.A., Clark M.M. & Rummans T.A.J.J.o.g.o., **Do age and quality of life of patients with cancer influence quality of life of the caregiver?**, 2014;5(3):331-336.
- Siyoto S., Ali Sodik **Dasar Metodologi Penelitian** Yogyakarta: Literasi Media Publishing 2015.
- Sobar S. & Suhartini L., **Pengaruh Coping, Dukungan Keluarga dan Motivasi terhadap Kualitas Hidup Pasien Kanker Serviks**, *Journal of Public Health Education*, 2022;1(4):242-254.
- Stenberg U., Ruland C.M. & Miaskowski C.J.P.o., **Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer**, 2010;19(10):1013-1025.
- Streisand R., Mackey E.R. & Herge W., **Associations of parent coping, stress, and well-being in mothers of children with diabetes: examination of data from a national sample**, *Matern Child Health J*, 2010;14(4):612-7.
- Streisand R., Mackey E.R., Herge W.J.M. & journal c.h., **Associations of parent coping, stress, and well-being in mothers of children with diabetes: examination of data from a national sample**, 2010;14:612-617.
- Sumarsih T., Sulistya C. & Widiyanto B.J.J.I.K.K., **Strategi Koping Keluarga Terhadap Kekambuhan Pasien Gangguan Jiwa Dengan Perilaku Kekerasan**, 2022;18(1):54-59.
- Surayya G., **Peran Keluarga dalam Memberikan Dukungan Sosial Terhadap Anak Penderita Leukemia di Rumah Singgah C-Four Lampriet Kuta Alam Banda Aceh: UIN Ar-Raniry**; 2021.
- Surya R.S., **Pemodelan Kausal Faktor-Faktor Beban Keluarga Dalam Merawat Pasien Kanker Dengan Algoritma S3C-Latent**, 2021.
- Tamayo G.J., Broxson A., Munsell M. & Cohen M.Z., **Caring for the caregiver**, *Oncol Nurs Forum*, 2010;37(1):E50-7.
- Tan J.Y., Molassiotis A., Lloyd-Williams M. & Yorke J.J.E.j.o.c.c., **Burden, emotional distress and quality of life among informal caregivers of lung cancer patients: An exploratory study**, 2018;27(1):e12691.
- Tokem Y., Ozcelik H. & Cicik A.J.C.n., **Examination of the relationship between hopelessness levels and coping strategies among the family caregivers of patients with cancer**, 2015;38(4):E28-E34.

- Tristiana R.D., Triantoro B., Nihayati H.E., Yusuf A. & Abdullah K.L., **Relationship between caregivers' burden of schizophrenia patient with their quality of life in Indonesia**, *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 2019;6:141-148.
- Utami K.C. & Hayati H., **Chewing gum is more effective than saline-solution gargling for reducing oral mucositis**, *Enfermería clínica*, 2018;28:5-8.
- Vercasson C., Auquier P., Michel G., Bertrand Y., Ansoborlo S., Tabone M.D., *et al.*, **Quality of life in parents of childhood leukemia survivors. A French Childhood Cancer Survivor Study for Leukemia study**, *Pediatr Blood Cancer*, 2020;67(10):e28419.
- Viswanathan M., Ammerman A., Eng E., Garlehner G., Lohr K.N., Griffith D., *et al.*, **Community-based participatory research: Assessing the evidence: Summary**, 2004.
- Wahyuni I., **Pendampingan psikososial dalam perawatan paliatif bagi pasien anak dengan kanker di Yayasan Pita Kuning Jakarta**: Fakultas Ilmu dakwah dan Ilmu Komunikasi Universitas Islam Negeri Syarif ...; 2017.
- Wang C., Yan J., Chen J., Wang Y., Lin Y.C., Hu R. & Wu Y., **Factors associated with quality of life of adult patients with acute leukemia and their family caregivers in China: a cross-sectional study**, *Health Qual Life Outcomes*, 2020;18(1):8.
- Wang C., Yan J., Chen J., Wang Y., Lin Y.C., Hu R., *et al.*, **Factors associated with quality of life of adult patients with acute leukemia and their family caregivers in China: a cross-sectional study**, 2020;18(1):1-9.
- Wangsanata S.A., **Konseling sebaya berbasis online guna menjaga kualitas hidup lansia di masa pandemi covid-19**, *KONSELING: Jurnal Ilmiah Penelitian dan Penerapannya*, 2021;2(2):56-60.
- Wenny Savitri S., **Kualitas hidup family caregiver pasien kanker dan faktor-faktor yang memengaruhinya**, *Media Ilmu Kesehatan*, 2022;Vol. 11, No. 2
- Werdani Y.D.W., **Effect of Cancer Related Fatigue to the Level of Independence of Cancer Patients and Caregiver Stress Level**, *Folia Medica Indonesiana*, 2018;54(2):108-112.
- Werdani Y.D.W., **Pengaruh caregiving pada pasien kanker terhadap tingkat caregiver burden**, *Jurnal Ners dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 2018;5(3):249-256.

- WHO, **The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization**, *Soc Sci Med*, 1995;41(10):1403-9.
- WHO, **Prevention and promotion in mental health. Mental health: evidence and research**, *Department of Mental Health and Substance Dependence [Preprint]*. 2018.
- WhoqolGroup, **Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment**, *Psychological medicine*, 1998;28(3):551-558.
- Widari N.P. & Serlinda P.M., **Support System Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Di Yayasan Kanker Indonesia Surabaya**, *Jurnal Keperawatan*, 2018;7(2).
- Woolfolk A. & Shaughnessy M.F.J.E.p.r., **An interview with Anita Woolfolk: The educational psychology of teacher efficacy**, 2004;16(2):153-176.
- Yamazaki S., Sokejima S., Mizoue T., Eboshida A. & Fukuhara S., **Health-related quality of life of mothers of children with leukemia in Japan**, *Qual Life Res*, 2005;14(4):1079-85.
- Yap P., **Validity and reliability of the Zarit Burden Interview in assessing caregiving burden**, *Ann Acad Med Singapore*, 2010;39:758-763.
- Yihedego E., Aga F., Gela D., Boka A.J.C.M. & Research, **Quality of life and associated factors among family caregivers of adult cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia**, 2020:10047-10054.
- Yu H., Li L., Liu C., Huang W., Zhou J., Fu W., *et al.*, **Factors associated with the quality of life of family caregivers for leukemia patients in China**, *Health Qual Life Outcomes*, 2017;15(1):55.
- Yu H., Li L., Liu C., Huang W., Zhou J., Fu W., *et al.*, **Factors associated with the quality of life of family caregivers for leukemia patients in China**, 2017;15:1-11.
- Zahroh R., **Asuhan Keperawatan Pada Kasus Hematologi**: Jakad Media Publishing; 2019.
- Zhu P., Fu J.-F., Wang B., Lin J., Wang Y., Fang N.-N. & Wang D.-D.J.A.P.J.o.C.P., **Quality of life of male spouse caregivers for breast cancer patients in China**, 2014;15(10):4181-4185.

## LAMPIRAN 1

### KUESIONER PENELITIAN STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP KELUARGA PENDERITA KANKER DI KOTA BANDA ACEH

#### I. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Alamat :
3. Umur :
4. Jenis kelamin :
5. Status pernikahan :
6. Pendidikan terakhir :
7. Pendapatan :
8. Hubungan dengan pasien :
9. Ada orang lain yang membantu bapak/ibu/saudara/saudari merawat pasien:
10. Ada anggota keluarga yang dirawat selain pasien :

#### II. IDENTITAS PASIEN

1. Umur pasien :
2. Jenis kelamin pasien :
3. Jenis kanker yang diderita pasien :

#### III. KUALITAS HIDUP (*WHOQOL-BREF*) (WhoqolGroup, 1998)

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup anda. Berikut kuesioner QOL mengenai kualitas hidup.

No.	Pertanyaan	Sangat Buruk	Buruk	Biasa-biasa Saja	Baik	Sangat Baik
1.	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?					

No.	Pertanyaan	Sangat Tidak Puas	Tidak Puas	Biasa-biasa Saja	Puas	Sangat Puas
2.	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?					

Pertanyaan berikut adalah tentang seberapa sering anda telah mengalami hal-hal berikut ini:

No.	Pertanyaan	Tidak Sama Sekali	Sedikit	Dalam Jumlah Sedang	Sangat Sering	Dalam Jumlah Berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?					
4.	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dlm kehidupan sehari-hari anda?					
5.	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?					
6.	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?					
7.	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?					
8.	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dalam kehidupan anda sehari-hari?					
9.	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dgn sarana dan prasarana)					

Pertanyaan berikut ini adalah tentang seberapa penuh anda alami hal-hal berikut ini:

10.	Apakah anda memiliki vitalitas yg cukup untuk beraktivitas sehari-hari?					
-----	---	--	--	--	--	--

11.	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?					
12.	Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?					
13.	Seberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?					
14.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang /rekreasi?					

No.	Pertanyaan	Sangat Buruk	Buruk	Biasa-biasa Saja	Baik	Sangat Baik
15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?					

No.	Pertanyaan	Sangat Tidak Puas	Tidak Puas	Biasa-biasa Saja	Puas	Sangat Puas
16.	Seberapa puaskah anda dengan tidur anda?					
17.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari?					
18.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?					
19.	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?					
20.	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal /sosial anda?					

21.	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?					
22.	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dari teman anda?					
23.	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini?					
24.	Seberapa puaskah anda dengan akses anda pada layanan kesehatan?					
25.	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang harus anda jalani?					

Pertanyaan berikut merujuk pada seberapa sering anda merasakan atau mengalami hal-hal berikut:

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?					

#### IV. SELF EFFICACY (General Self-Efficacy Scale) adaptasi dari (Novrianto *et al.*, 2019)

Keterangan:

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1	Pemecahan soal-soal yang sulit selalu berhasil bagi saya, kalau saya berusaha				
2	Jika seseorang menghambat tujuan saya, saya akan mencari cara dan jalan untuk meneruskannya				

3	Saya tidak mempunyai kesulitan untuk melaksanakan niat dan tujuan saya				
4	Dalam situasi yang tidak terduga saya selalu tahu bagaimana saya harus bertindak				
5	Kalau saya akan menghadapi sesuatu yang baru, saya tahu bagaimana saya dapat menanggulangnya				
6	Untuk setiap problem saya mempunyai pemecahan				
7	Saya dapat menghadapi kesulitan dengan tenang, karena saya selalu dapat mengandalkan kemampuan saya				
8	Kalau saya menghadapi kesulitan, biasanya saya mempunyai banyak ide untuk mengatasinya				
9	Dalam kejadian yang tidak terduga saya kira, saya akan dapat menanganinya dengan baik				
10	Apapun yang terjadi, saya akan siap menanganinya				

**V. BEBAN MERAWAT PASIEN (ZARIT BURDEN INTERVIEW) adaptasi dari (Yap, 2010)**

No	Pertanyaan	Tidak pernah	Jarang	Kadang-Kadang	Sering	Hampir Selalu
1.	Apakah anda merasa bahwa anggota keluarga yang sakit meminta pertolongan lebih banyak dari yang dibutuhkan ?					
2.	Apakah anda merasa kehabisan waktu untuk diri anda sendiri karena harus merawat anggota keluarga yang sakit ?					
3.	Apakah anda merasa tertekan antara merawat anggota keluarga yang sakit dan kewajiban lain dalam keluarga ?					
4.	Apakah anda merasa malu dengan perilaku anggota keluarga yang sakit ?					

5.	Apakah anda merasa marah jika anda berada di dekat anggota keluarga yang sakit ?					
6.	Apakah anda merasa anggota keluarga yang sakit pada saat ini berpengaruh negatif terhadap hubungan anda dengan anggota keluarga lain atau teman-teman ?					
7.	Apakah anda khawatir tentang masa depan anggota keluarga yang sakit ?					
8.	Apakah anda merasa anggota keluarga yang sakit tersebut tergantung pada anda ?					
9.	Apakah anda merasa tegang bila anda berada di dekat anggota keluarga yang sakit tersebut ?					
10.	Apakah anda merasa kesehatan anda terganggu karena merawat/mengurus anggota keluarga yang sakit tersebut ?					
11.	Apakah anda merasa tidak punya cukup kebebasan/keleluasaan pribadi bagi anda karena merawat/mengurus anggota keluarga yang sakit tersebut ?					
12.	Apakah anda merasa bahwa kehidupan sosial anda terganggu karena anda merawat/mengurus anggota keluarga yang sakit tersebut ?					
13.	Apakah anda merasa tidak nyaman bila teman-teman berkunjung karena anda merawat/mengurus anggota keluarga yang sakit tersebut ?					
14.	Apakah anda merasa bahwa anggota keluarga yang sakit tersebut kelihatannya mengharapkan perhatian anda					

	seolah-olah anda adalah satu-satunya orang yang dapat diharapkan ?					
15.	Apakah anda merasa tidak punya cukup uang untuk merawat/mengurus anggota keluarga yang sakit dengan kondisi keuangan anda ?					
16.	Apakah anda merasa tidak mampu merawat anggota keluarga yang sakit tersebut lebih lama lagi ?					
17.	Apakah anda merasa kehilangan kendali terhadap kehidupan anda sejak ada anggota keluarga yang sakit ?					
18.	Apakah anda mengharapkan dapat mengalihkan perawatan anggota keluarga yang sakit tersebut kepada orang lain saja ?					
19.	Apakah anda merasa tidak tahu berbuat apalagi terhadap anggota keluarga yang sakit ?					
20.	Apakah anda merasa harus berbuat lebih banyak lagi untuk anggota keluarga anda yang sakit ?					
21.	Apakah anda merasa dapat melakukan tugas merawat/mengurus anggota keluarga anda yang sakit dengan lebih baik ?					
22.	Secara keseluruhan, seberapa berat beban yang anda rasakan dalam merawat/mengurus anggota keluarga yang sakit ?					

## VI. STRATEGI COPING (*Ways of Coping Questionnaire*) (Folkman & Lazarus, 1988)

### Keterangan:

TP : Tidak Pernah

J : Jarang

KK : Kadang-Kadang

S : Sering

No.	Pertanyaan	Jawaban			
		TP	J	KK	S
1	Saya berusaha fokus dan berkonsentrasi untuk mengerjakan tugas selanjutnya				
2	Saya membuat rencana penyelesaian masalah ini dan mengikuti rencana yang telah saya buat				
3	Saya mencoba mengubah segalanya lebih baik dengan melakukan perubahan				
4	Saya melihat pengalaman yang lalu dan mengambil pelajaran				
5	Saya berusaha ekstra untuk menyelesaikan masalah tersebut				
6	Saya memiliki berbagai macam solusi alternative atas masalah yang saya hadapi				
7	Saya melakukan sesuatu yang awalnya saya kira tidak mampu saya lakukan				
8	Saya melimpahkan tanggung jawab saya ke orang lain agar masalah saya selesai				
9	Saya mengekspresikan kekesalan terhadap orang yang menyebabkan masalah ini				
10	Saya mengacuhkan perasaan yang saya rasakan entah bagaimana caranya				
11	Saya rela mengambil resiko yang besar untuk segera menyelesaikan masalah ini				
12	Saya berjuang untuk memperoleh apa yang saya inginkan				
13	Saya berbicara dengan orang lain untuk mengetahui lebih banyak tentang masalah ini				
14	Saya menerima simpati dan pengertian orang lain				
15	Saya meminta bantuan dari orang lain yang lebih professional untuk membantu mengatasi masalah				
16	Saya berbicara kepada orang-orang yang dapat membantu menyelesaikan masalah ini				
17	Saya mencari saran dari teman-teman				
18	Saya bercerita kepada teman atas apa yang saya rasakan				
19	Saya membuka diri dan menerima kesalahan tersebut atas kesalahan saya				
20	Saya menyimpan masalah ini untuk diri saya sendiri				

21	Saya mencoba untuk tidak terburu-buru dalam mengambil tindakan				
22	Saya tidak ingin orang lain tahu bahwa hal buruk menimpa saya				
23	Saya mencoba tidak mencampuradukan masalah saya dengan hal lain				
24	Saya selalu memikirkan setiap ucapan atau perbuatan yang akan dilakukan agar tidak melakukan kesalahan yang sama				
25	Saya meniru sikap teman/orang lain yang pernah berada di situasi yang sama dengan saya				
26	Saya mengkritik dan menyalahkan diri sendiri				
27	Saya terus-menerus meminta maaf dan memperbaiki Segalanya				
28	Saya menyadari saya sendiri yang membuat permasalahan ini				
29	Saya berjanji tidak akan mengulangi kesalahan yang sama				
30	Saya mengikuti takdir dan mungkin saya hanya kurang Beruntung				
31	Saya terus melangkah selama tidak ada apapun yang terjadi				
32	Saya mencari sisi positif dari masalah tersebut				
33	Saya mencoba melupakan yang telah terjadi				
34	Saya tidak terlalu memikirkan masalah tersebut				
35	Saya tidak mau ambil pusing dengan terlalu serius memperlakukan hal ini				
36	Saya lebih kreatif dan terinspirasi karena masalah ini				
37	Saya yakin masalah dapat mengubah dan membuat saya berkembang menjadi pribadi yang seutuhnya				
38	Saya merasa lebih baik ketika saya turut menyelesaikan masalah ini				
39	Saya mampu menyelesaikan masalah tersebut karena kehendak Tuhan				
40	Saya mengingat kembali kejadian lalu dan menemukan hal terpenting dalam hidup saya				
41	Saya mengubah diri saya sendiri menjadi pribadi yang lebih baik setelah masalah ini selesai				
42	Saya berdoa kepada Tuhan untuk membuat hal ini menjadi lebih baik				
43	Saya berharap ada keajaiban untuk menyelesaikan masalah Ini				
44	Saya tidur lebih lama dari biasanya dan berharap saat bangun tidur masalah saya telah selesai				
45	Saya berusaha membuat diri saya nyaman dengan makan, minum, nonton film atau bermeditasi				
46	Saya menghindari orang-orang jika ada masalah				
47	Saya menyalahkan orang lain atas kejadian ini				

48	Saya tidak percaya bahwa masalah ini terjadi				
49	Saya berharap masalah ini segera berakhir				
50	Saya membayangkan bahwa hal ini dapat lewat begitu saja				

**VII. DUKUNGAN SOSIAL (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)) adaptasi dari (Fananni & Pratikto, 2021)**

**Keterangan:**

**STS** : Sangat Tidak Sesuai

**TS** : Tidak Sesuai

**ATS** : Agak Tidak Sesuai

**N** : Netral

**AS** : Agak Sesuai

**S** : Sesuai

**SS** : Sangat Sesuai

No.	Pertanyaan	Jawaban					
		STS	TS	ATS	AS	S	SS
1	Ada seseorang yang selalu siap ketika saya butuhkan						
2	Saya dapat berbagi suka dan duka dengan seseorang						
3	Keluarga saya selalu berusaha untuk membantu saya						
4	Saya mendapatkan bantuan dan dukungan emosional yang saya butuhkan dari keluarga saya						
5	Ada seseorang yang menjadi sumber kenyamanan bagi saya						
6	Teman-teman berusaha sungguh untuk membantu saya						
7	Saya dapat mengandalkan teman-teman ketika terjadi hal-hal yang tidak diinginkan						
8	Saya dapat menceritakan permasalahan yang saya hadapi dengan keluarga saya						
9	Saya memiliki teman-teman untuk berbagi suka dan duka						
10	Terdapat seseorang dalam hidup saya yang peduli mengenai perasaan saya						

11	Keluarga saya mau membantu saya untuk membuat keputusan						
12	Saya dapat menceritakan permasalahan yang sedang saya hadapi dengan teman-teman saya I						

TABEL SKOR

No.	Variabel penelitian	No. urut penelitian	SKOR					Pengkategorian Skor
			SB	B	BBS	B	SB	
<b>Variabel Dependen</b>								
1	Kualitas hidup	1	1	2	3	4	5	- Kurang = 0-25 - Cukup = 26-50 - Baik = 51-75 - Sangat baik = 76-100
			STP	TP	BBS	P	SP	
		2	1	2	3	4	5	
			TSS	S	DJS	SS	DJB	
		3	5	4	3	2	1	
		4	5	4	3	2	1	
		5	1	2	3	4	5	
		6	1	2	3	4	5	
		7	1	2	3	4	5	
		8	1	2	3	4	5	
		9	1	2	3	4	5	
		10	1	2	3	4	5	
		11	1	2	3	4	5	
		12	1	2	3	4	5	
		13	1	2	3	4	5	
		14	1	2	3	4	5	
			SB	B	BBS	B	SB	
		15	1	2	3	4	5	
			STP	TP	BBS	P	SP	
		16	1	2	3	4	5	
		17	1	2	3	4	5	
		18	1	2	3	4	5	
		19	1	2	3	4	5	
		20	1	2	3	4	5	
		21	1	2	3	4	5	
		22	1	2	3	4	5	
23	1	2	3	4	5			
24	1	2	3	4	5			
25	1	2	3	4	5			
	TP	J	CS	SS	S			
26	5	4	3	2	1			
<b>Variabel Independen</b>								
No.	Variabel penelitian	No. Urut penelitian	SKOR				Pengkategorian Skor	
			TP	J	KK	S		
2	Strategi koping	1	1	2	3	4	- Penilaian <i>Problem Focused Coping</i> : $\frac{\sum \text{Skor pada PFC} \times 100\%}{\sum \text{Skor maksimal PFC}}$	
		2	1	2	3	4		
		3	1	2	3	4		
		4	1	2	3	4		

		5	1	2	3	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penilaian <i>Emotion Focused Coping</i>: <math>\frac{\Sigma \text{Skor pada EFC} \times 100\%}{\Sigma \text{Skor maksimal EFC}}</math></li> <li>- Penilaian aspek strategi koping: tingginya jumlah skor respon pada suatu aspek menunjukkan tingginya nilai aspek strategi koping pada subjek.</li> </ul>
		6	1	2	3	4	
		7	1	2	3	4	
		8	1	2	3	4	
		9	1	2	3	4	
		10	1	2	3	4	
		11	1	2	3	4	
		12	1	2	3	4	
		13	1	2	3	4	
		14	1	2	3	4	
		15	1	2	3	4	
		16	1	2	3	4	
		17	1	2	3	4	
		18	1	2	3	4	
		19	1	2	3	4	
		20	1	2	3	4	
		21	1	2	3	4	
		22	1	2	3	4	
		23	1	2	3	4	
		24	1	2	3	4	
		25	1	2	3	4	
		26	1	2	3	4	
		27	1	2	3	4	
		28	1	2	3	4	
		29	1	2	3	4	
		30	1	2	3	4	
		31	1	2	3	4	
		32	1	2	3	4	
		33	1	2	3	4	
		34	1	2	3	4	
		35	1	2	3	4	
		36	1	2	3	4	
		37	1	2	3	4	
		38	1	2	3	4	
		39	1	2	3	4	
		40	1	2	3	4	
		41	1	2	3	4	
		42	1	2	3	4	
		43	1	2	3	4	
		44	1	2	3	4	
		45	1	2	3	4	
		46	1	2	3	4	

		47	1	2	3	4		
		48	1	2	3	4		
		49	1	2	3	4		
		50	1	2	3	4		
No.	Variabel penelitian	No. urut penelitian	SKOR				Pengkategorian Skor	
			SS	S	TS	STS		
3	<i>Self efficacy</i>	1	4	3	2	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tinggi : jika skor <math>\geq</math> 25 dari median</li> <li>- Rendah : jika skor <math>&lt;</math> 25 dari median</li> </ul>	
		2	4	3	2	1		
		3	4	3	2	1		
		4	4	3	2	1		
		5	4	3	2	1		
		6	4	3	2	1		
		7	4	3	2	1		
		8	4	3	2	1		
		9	4	3	2	1		
				10	4	3		2
No.	Variabel penelitian	No. urut penelitian	SKOR					Pengkategorian Skor
			TP	J	KK	S	HS	
4	Beban merawat penderita	1	1	2	3	4	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada bebab/sedikit = 0-20</li> <li>- Beban ringan hingga sedang =21-40</li> <li>- Beban sedang hingga berat = 41-60</li> <li>- Beban berat = 61-88</li> </ul>
		2	1	2	3	4	5	
		3	1	2	3	4	5	
		4	1	2	3	4	5	
		5	1	2	3	4	5	
		6	1	2	3	4	5	
		7	1	2	3	4	5	
		8	1	2	3	4	5	
		9	1	2	3	4	5	
		10	1	2	3	4	5	
		11	1	2	3	4	5	
		12	1	2	3	4	5	
		13	1	2	3	4	5	
		14	1	2	3	4	5	
		15	1	2	3	4	5	
		16	1	2	3	4	5	
		17	1	2	3	4	5	
		18	1	2	3	4	5	
		19	1	2	3	4	5	
		20	1	2	3	4	5	
		21	1	2	3	4	5	
				22	1	2	3	
No.	Variabel penelitian	No. urut penelitian	SKOR					Pengkategorian Skor
			STS	TS	ATS	AS	S	

5	Dukungan sosial	1	1	2	3	4	5	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tinggi : jika skor <math>\geq</math> 36 dari median</li> <li>- Rendah : jika skor <math>&lt;</math> 36 dari median</li> </ul> <p>Skor pada skala MSPSS yang lebih tinggi menunjukkan tingkat dukungan sosial yang lebih tinggi.</p>
		2	1	2	3	4	5	6	
		3	1	2	3	4	5	6	
		4	1	2	3	4	5	6	
		5	1	2	3	4	5	6	
		6	1	2	3	4	5	6	
		7	1	2	3	4	5	6	
		8	1	2	3	4	5	6	
		9	1	2	3	4	5	6	
		10	1	2	3	4	5	6	
		11	1	2	3	4	5	6	
		12	1	2	3	4	5	6	

. \*UNIVARIAT

.  
. summ kualitash1 umur1 pendapatan1 self1 dukungan1 beban1 pfc efc

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
kualitash1	55	61.52727	15.46544	47	96
umur1	55	38.96364	9.37286	24	56
pendapatan1	55	3143636	1246739	1000000	6000000
self1	55	27.29091	3.26413	21	32
dukungan1	55	48.27273	13.52426	22	62
beban1	55	43.10909	18.35622	13	76
pfc	55	53.29091	8.401218	31	63
efc	55	102.5273	14.61589	69	118

. tab kualitashidup

kualitashid up	Freq.	Percent	Cum.
Baik	24	43.64	43.64
Kurang Baik	31	56.36	100.00
Total	55	100.00	

. tab umur

umur	Freq.	Percent	Cum.
Muda	6	10.91	10.91
Dewasa	17	30.91	41.82
Tua	32	58.18	100.00
Total	55	100.00	

. tab jk

jk	Freq.	Percent	Cum.
Laki-laki	21	38.18	38.18
Perempuan	34	61.82	100.00
Total	55	100.00	

. tab status

status	Freq.	Percent	Cum.
Belum Kawin	4	7.27	7.27
Kawin	48	87.27	94.55
Bercerai	3	5.45	100.00
Total	55	100.00	

. tab pendapatan

pendapatan	Freq.	Percent	Cum.
>UMP	21	38.18	38.18
≤UMP	34	61.82	100.00
Total	55	100.00	

. tab pekerjaan

pekerjaan	Freq.	Percent	Cum.
Tidak Bekerja	12	21.82	21.82
Bekerja	43	78.18	100.00
Total	55	100.00	

. tab pendidikan

pendidikan	Freq.	Percent	Cum.
PT	18	32.73	32.73
Menengah	34	61.82	94.55
Dasar	3	5.45	100.00
Total	55	100.00	

. tab self

self	Freq.	Percent	Cum.
Tinggi	37	67.27	67.27
Rendah	18	32.73	100.00
Total	55	100.00	

. tab dukungan

dukungan	Freq.	Percent	Cum.
Tinggi	36	65.45	65.45
Rendah	19	34.55	100.00
Total	55	100.00	

. tab beban

beban	Freq.	Percent	Cum.
Tidak ada	6	10.91	10.91
Ringan	24	43.64	54.55
Sedang	12	21.82	76.36
Berat	13	23.64	100.00
Total	55	100.00	

. tab coping

coping	Freq.	Percent	Cum.
PFC	14	25.45	25.45
EFC	41	74.55	100.00
Total	55	100.00	

. \*BIVARIAT

. tab umur kualitashidup, row

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>

umur	kualitashidup		Total
	Baik	Kurang Ba	
Muda	5 83.33	1 16.67	6 100.00
Dewasa	10 58.82	7 41.18	17 100.00
Tua	9 28.13	23 71.88	32 100.00
Total	24 43.64	31 56.36	55 100.00

. regress kualitashidup umur1

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	55
Model	1.60018508	1	1.60018508	F(1, 53)	=	7.11
Residual	11.9270876	53	.22503939	Prob > F	=	0.0101
Total	13.5272727	54	.250505051	R-squared	=	0.1183
				Adj R-squared	=	0.1017
				Root MSE	=	.47438

kualitashi~p	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
umur1	.0183661	.0068875	2.67	0.010	.0045515	.0321806
_cons	-.1519723	.2758793	-0.55	0.584	-.705316	.4013714







. tab pendapatan kualitashidup, row

Key
<i>frequency</i> <i>row percentage</i>

pendapatan	kualitashidup		Total
	Baik	Kurang Ba	
>UMP	15 71.43	6 28.57	21 100.00
≤UMP	9 26.47	25 73.53	34 100.00
Total	24 43.64	31 56.36	55 100.00

. logit kualitashidup pendapatan, or

Iteration 0: log likelihood = -37.67643  
 Iteration 1: log likelihood = -32.23221  
 Iteration 2: log likelihood = -32.213006  
 Iteration 3: log likelihood = -32.213002  
 Iteration 4: log likelihood = -32.213002

Logistic regression	Number of obs	=	55
	LR chi2(1)	=	10.93
	Prob > chi2	=	0.0009
Log likelihood = -32.213002	Pseudo R2	=	0.1450

kualitashidup	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
pendapatan	6.944444	4.305804	3.13	0.002	2.059975	23.41062
_cons	.4	.1932184	-1.90	0.058	.1551996	1.030931

Note: \_cons estimates baseline odds.

. tab pekerjaan kualitashidup, row

Key
<i>frequency</i> <i>row percentage</i>

pekerjaan	kualitashidup		Total
	Baik	Kurang Ba	
Tidak Bekerja	9 75.00	3 25.00	12 100.00
Bekerja	15 34.88	28 65.12	43 100.00
Total	24 43.64	31 56.36	55 100.00

. logit kualitashidup pekerjaan, or

Iteration 0: log likelihood = -37.67643  
 Iteration 1: log likelihood = -34.565069  
 Iteration 2: log likelihood = -34.55715  
 Iteration 3: log likelihood = -34.557147

Logistic regression	Number of obs	=	55
	LR chi2(1)	=	6.24
	Prob > chi2	=	0.0125
Log likelihood = -34.557147	Pseudo R2	=	0.0828

kualitashidup	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
pekerjaan	5.599997	4.141065	2.33	0.020	1.314451	23.85784
_cons	.3333335	.2222223	-1.65	0.099	.0902426	1.231251

Note: \_cons estimates baseline odds.

. tab pendidikan kualitashidup, row

Key
<i>frequency</i> <i>row percentage</i>

pendidikan	kualitashidup		Total
	Baik	Kurang Ba	
PT	12 66.67	6 33.33	18 100.00
Menengah	12 35.29	22 64.71	34 100.00
Dasar	0 0.00	3 100.00	3 100.00
Total	24 43.64	31 56.36	55 100.00

. logit kualitashidup pendidikan, or

Iteration 0: log likelihood = -37.67643  
 Iteration 1: log likelihood = -33.908195  
 Iteration 2: log likelihood = -33.901008  
 Iteration 3: log likelihood = -33.901008

Logistic regression	Number of obs	=	55
	LR chi2(1)	=	7.55
	Prob > chi2	=	0.0060
Log likelihood = -33.901008	Pseudo R2	=	0.1002

kualitashidup	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
pendidikan	4.308018	2.462307	2.56	0.011	1.405275	13.20668
_cons	.4618159	.2271212	-1.57	0.116	.1761359	1.210849

Note: \_cons estimates baseline odds.



. logit kualitashidup self, or

Iteration 0: log likelihood = -37.67643  
 Iteration 1: log likelihood = -28.8519  
 Iteration 2: log likelihood = -28.406434  
 Iteration 3: log likelihood = -28.402861  
 Iteration 4: log likelihood = -28.402858

Logistic regression	Number of obs	=	55
	LR chi2(1)	=	18.55
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -28.402858	Pseudo R2	=	0.2461

kualitashidup	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
self	27.9285	30.25737	3.07	0.002	3.340925	233.4686
_cons	.6086957	.2063351	-1.46	0.143	.3132281	1.182877

Note: \_cons estimates baseline odds.

. tab dukungan kualitashidup, row

Key
<i>frequency</i>
<i>row percentage</i>

dukungan	kualitashidup		Total
	Baik	Kurang Ba	
Tinggi	23 63.89	13 36.11	36 100.00
Rendah	1 5.26	18 94.74	19 100.00
Total	24 43.64	31 56.36	55 100.00



. regress kualitashidup beban1

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	55
Model	1.73386202	1	1.73386202	F(1, 53)	=	7.79
Residual	11.7934107	53	.222517183	Prob > F	=	0.0073
				R-squared	=	0.1282
				Adj R-squared	=	0.1117
Total	13.5272727	54	.250505051	Root MSE	=	.47172

kualitashi~p	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]	
beban1	.0097617	.003497	2.79	0.007	.0027475	.0167759
_cons	.1428167	.1636237	0.87	0.387	-.1853708	.4710043

. logit kualitashidup i.beban, or

Iteration 0: log likelihood = -37.67643  
 Iteration 1: log likelihood = -30.153016  
 Iteration 2: log likelihood = -30.083442  
 Iteration 3: log likelihood = -30.083359  
 Iteration 4: log likelihood = -30.083359

Logistic regression	Number of obs	=	55
	LR chi2(3)	=	15.19
	Prob > chi2	=	0.0017
Log likelihood = -30.083359	Pseudo R2	=	0.2015

kualitashidup	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
beban						
Ringan	1	.9682458	-0.00	1.000	.149909	6.670714
Sedang	10	11.61895	1.98	0.048	1.025636	97.50049
Berat	11	12.73774	2.07	0.038	1.136898	106.43
_cons	.5	.4330127	-0.80	0.423	.0915815	2.729808

Note: \_cons estimates baseline odds.

. tab coping kualitashidup, row

Key
<i>frequency</i> <i>row percentage</i>

coping	kualitashidup		Total
	Baik	Kurang Ba	
PFC	10 71.43	4 28.57	14 100.00
EFC	14 34.15	27 65.85	41 100.00
Total	24 43.64	31 56.36	55 100.00

. logit kualitashidup coping, or

Iteration 0: log likelihood = -37.67643  
 Iteration 1: log likelihood = -34.701432  
 Iteration 2: log likelihood = -34.697831  
 Iteration 3: log likelihood = -34.697831

Logistic regression	Number of obs	=	55
	LR chi2(1)	=	5.96
	Prob > chi2	=	0.0147
Log likelihood = -34.697831	Pseudo R2	=	0.0791

kualitashidup	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
coping	4.821428	3.264593	2.32	0.020	1.27887	18.17712
_cons	.4	.2366432	-1.55	0.121	.1254534	1.275374

Note: \_cons estimates baseline odds.

. \*MULTIVARIAT

.  
. \*MODEL 1 KARAKTERISTIK

. logit kualitashidup i.umur jk pendapatan pekerjaan i.pendidikan, or

note: 2.pendidikan != 0 predicts success perfectly  
2.pendidikan dropped and 3 obs not used

Iteration 0: log likelihood = -35.889655  
Iteration 1: log likelihood = -20.142269  
Iteration 2: log likelihood = -19.856718  
Iteration 3: log likelihood = -19.854857  
Iteration 4: log likelihood = -19.854856

Logistic regression	Number of obs	=	52
	LR chi2(6)	=	32.07
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -19.854856	Pseudo R2	=	0.4468

kualitashidup	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
umur					
Dewasa	3.195123	5.714853	0.65	0.516	.095943 106.4049
Tua	8.376251	14.72017	1.21	0.227	.2674076 262.3769
jk	5.050665	4.521603	1.81	0.070	.873597 29.20021
pendapatan	15.26713	15.15821	2.75	0.006	2.180863 106.8775
pekerjaan	23.00507	25.61161	2.82	0.005	2.595247 203.9241
pendidikan					
Menengah	1.830264	1.659494	0.67	0.505	.309551 10.82169
Dasar	1	(empty)			
_cons	.0011529	.0026487	-2.94	0.003	.0000128 .104062

Note: \_cons estimates baseline odds.



. \*MODEL 3

.  
. logit kualitashidup umur1 i.umur jk pendapatan pekerjaan i.pendidikan self dukungan be  
> ban1 i.beban coping, or

note: 2.pendidikan != 0 predicts success perfectly  
2.pendidikan dropped and 3 obs not used

Iteration 0: log likelihood = -35.889655  
Iteration 1: log likelihood = -13.680836  
Iteration 2: log likelihood = -11.160612  
Iteration 3: log likelihood = -8.9925728  
Iteration 4: log likelihood = -8.4965534  
Iteration 5: log likelihood = -8.3951334  
Iteration 6: log likelihood = -8.3931191  
Iteration 7: log likelihood = -8.3930819  
Iteration 8: log likelihood = -8.3930819

Logistic regression	Number of obs	=	52
	LR chi2(14)	=	54.99
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -8.3930819	Pseudo R2	=	0.7661

kualitashidup	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
umur1	.5421962	.1780489	-1.86	0.062	.2848622 1.031996
umur					
Dewasa	3216.585	71197.8	0.36	0.715	4.64e-16 2.23e+22
Tua	549750.4	1.27e+07	0.57	0.566	1.31e-14 2.30e+25
jk	979.2256	4405.75	1.53	0.126	.1449242 6616443
pendapatan	1.71e+07	1.57e+08	1.82	0.068	.2885086 1.02e+15
pekerjaan	110009.7	663468.7	1.92	0.054	.8087851 1.50e+10
pendidikan					
Menengah	52820.8	341615	1.68	0.093	.165088 1.69e+10
Dasar	1	(empty)			
self	237.8194	1247.581	1.04	0.297	.0081454 6943527
dukungan	33667.18	219574.1	1.60	0.110	.0945698 1.20e+10
beban1	.5252099	.1744299	-1.94	0.053	.273928 1.007
beban					
Ringan	3.001242	16.97482	0.19	0.846	.000046 195721.4
Sedang	8.16e+08	8.39e+09	2.00	0.046	1.447189 4.60e+17
Berat	5.27e+15	9.47e+16	2.01	0.044	2.570944 1.08e+31
coping	.0009441	.0040421	-1.63	0.104	2.14e-07 4.163036
_cons	.4980228	11.19887	-0.03	0.975	3.60e-20 6.89e+18

Note: \_cons estimates baseline odds.

Note: 7 failures and 10 successes completely determined.

## SURAT IZIN PENELITIAN



PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH  
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
TERAKREDITASI "UNGGUL" LAM-PTKes SK No.0012/LAM-PTKes/Akr.Bd/Mag/XI/2021  
Jl. Kampus Muhammadiyah No. 93, Batoh, Lueng Bata, Banda Aceh 23245  
Telp/Fax: 0651-31053 / 0651-31053  
Website: <http://mkm.unmuha.ac.id> | E-mail: [mkm@unmuha.ac.id](mailto:mkm@unmuha.ac.id)

No : 219/UM.MKM.M/VIII/2023  
Lamp : -  
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Banda Aceh, 10 Agustus 2023

Kepada Yth.  
**Pimpinan Rumah Singgah Blood For Life Foundation (BFLF)**  
di  
Tempat

Dengan Hormat,

1. Sehubungan dengan proses penyusunan tesis yang merupakan salah satu syarat kelulusan pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh, maka kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data penelitian terhadap mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

N a m a : **Niswatul Khaira**  
NPM : 2107210036  
Peminatan : Epidemiologi  
Judul Tesis : **"STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP KELUARGA PENDERITA KANKER DI KOTA BANDA ACEH"**

2. Demikianlah kami sampaikan, atas bantuan dan perhatiannya kami ucapkan terima kasih.



**Dr. Radhiah Zakaria, MSc**  
ND. 217/UM.MKM.M/ND/VIII/2023



No : 219.a/UM.MKM.M/VIII/2023

Banda Aceh, 10 Agustus 2023

Lamp : -

Hal : Permohonan Izin Penelitian


Kepada Yth.  
**Pimpinan Rumah Singgah Kita**  
di  
Tempat

Dengan Hormat,

1. Sehubungan dengan proses penyusunan tesis yang merupakan salah satu syarat kelulusan pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh, maka kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data penelitian terhadap mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

N a m a : **Niswatul Khaira**  
NPM : 2107210036  
Peminatan : Epidemiologi  
Judul Tesis : **"STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP KELUARGA PENDERITA KANKER DI KOTA BANDA ACEH"**

2. Demikianlah kami sampaikan, atas bantuan dan perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Direktur,  
  
**Dr. Rahhiah Zakaria, MSc**

ND. 217/UM.MKM.M/ND/VIII/2023



**PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**  
**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**  
TERAKREDITASI "UNGGUL" LAM-PTKes SK No.0012/LAM-PTKes/Akr.Bd/Mag/XI/2021  
Jl. Kampus Muhammadiyah No. 93, Batoh, Lueng Bata, Banda Aceh 23245  
Telp/Fax: 0651-31053 / 0651-31053  
Website: <http://mkm.unmuha.ac.id> | E-mail: [mkm@unmuha.ac.id](mailto:mkm@unmuha.ac.id)

No : 219.b/UM.MKM.M/VIII/2023

Banda Aceh, 10 Agustus 2023

Lamp : -

Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.

**Pimpinan Rumah Singgah Syahira Nayla Suni**

di

Tempat

Dengan Hormat,

1. Sehubungan dengan proses penyusunan tesis yang merupakan salah satu syarat kelulusan pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh, maka kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data penelitian terhadap mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

N a m a : **Niswatul Khaira**  
NPM : 2107210036  
Peminatan : Epidemiologi  
Judul Tesis : **"STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP KELUARGA PENDERITA KANKER DI KOTA BANDA ACEH"**

2. Demikianlah kami sampaikan, atas bantuan dan perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Direktur,  
  
**Dr. Radhiah Zakaria, MSc**

ND. 217/UM.MKM.M/ND/VIII/2023



**PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**  
**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**  
TERAKREDITASI "UNGGUL" LAM-PTKes SK No.0012/LAM-PTKes/Akr.Bd/Mag/XI/2021  
Jl. Kampus Muhammadiyah No. 93, Batoh, Lueng Bata, Banda Aceh 23245  
Telp/Fax: 0651-31053 / 0651-31053  
Website: <http://mkm.unmuha.ac.id> | E-mail: [mkm@unmuha.ac.id](mailto:mkm@unmuha.ac.id)

No : 219.c/UM.MKM.M/VIII/2023

Banda Aceh, 10 Agustus 2023

Lamp : -

Hal : Permohonan Izin Penelitian


Kepada Yth.  
**Pimpinan Rumah Singgah Salihin**  
di  
Tempat

Dengan Hormat,

1. Sehubungan dengan proses penyusunan tesis yang merupakan salah satu syarat kelulusan pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh, maka kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data penelitian terhadap mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

N a m a : **Niswatul Khaira**  
NPM : 2107210036  
Peminatan : Epidemiologi  
Judul Tesis : **"STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP KELUARGA PENDERITA KANKER DI KOTA BANDA ACEH"**

2. Demikianlah kami sampaikan, atas bantuan dan perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Direktur,  
  
**Dr. Radmah Zakaria, MSc**

ND. 217/UM.MKM.M/ND/VIII/2023



**PASCASARJANA UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH ACEH**  
**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**  
TERAKREDITASI "UNGGUL" LAM-PTKes SK No.0012/LAM-PTKes/Akr.Bd/Mag/XI/2021  
Jl. Kampus Muhammadiyah No. 93, Batoh, Lueng Bata, Banda Aceh 23245  
Telp/Fax: 0651-31053 / 0651-31053  
Website: <http://mkm.unmuha.ac.id> | E-mail: [mkm@unmuha.ac.id](mailto:mkm@unmuha.ac.id)

No : 219.d/UM.MKM.M/VIII/2023

Banda Aceh, 10 Agustus 2023

Lamp : -

Hal : Permohonan Izin Penelitian

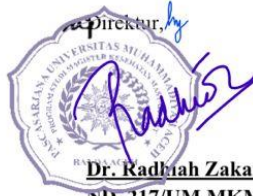
Kepada Yth.  
**Pimpinan Rumah Singgah C-Four Aceh**  
di  
Tempat

Dengan Hormat,

1. Sehubungan dengan proses penyusunan tesis yang merupakan salah satu syarat kelulusan pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh, maka kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data penelitian terhadap mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

N a m a : **Niswatul Khaira**  
NPM : 2107210036  
Peminatan : Epidemiologi  
Judul Tesis : **"STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP KELUARGA PENDERITA KANKER DI KOTA BANDA ACEH"**

2. Demikianlah kami sampaikan, atas bantuan dan perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

  
**Dr. Radhiah Zakaria, MSc**

ND. 217/UM.MKM.M/ND/VIII/2023



No : 219.e/UM.MKM.M/VIII/2023

Banda Aceh, 10 Agustus 2023

Lamp : -

Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.

**Pimpinan Rumah Singgah Pasien/Pendamping Kabupaten Aceh Jaya**

di

Tempat

Dengan Hormat,

1. Sehubungan dengan proses penyusunan tesis yang merupakan salah satu syarat kelulusan pada Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Aceh, maka kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data penelitian terhadap mahasiswa yang tersebut di bawah ini:

N a m a : **Niswatul Khaira**  
NPM : 2107210036  
Peminatan : Epidemiologi  
Judul Tesis : **"STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP KELUARGA PENDERITA KANKER DI KOTA BANDA ACEH"**

2. Demikianlah kami sampaikan, atas bantuan dan perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Direktor  
  
**Dr. Radhiah Zakaria, MSc**

ND. 217/UM.MKM.M/ND/VIII/2023

**SURAT TELAH MENYELESAIKAN PENELITIAN**



**RUMAH SINGGAH  
SYAHIRA NAYLA SUNI**

**Jln. Batee Suasa No. 10 A Gampong Lambhuk Kec. Ulee Kareng Kota Banda Aceh**

**SURAT KETERANGAN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, Pengurus Rumah Singgah Syahira Nayla Suni, dengan ini menerangkan bahwa:

**Nama : Niswatul Khaira**

**NIM : 2107210036**

**Prodi : Kesehatan Masyarakat**

**Jurusan : Magister Kesehatan Masyarakat**

Benar yang nama tersebut telah melakukan Penelitian di Rumah Singgah Syahira Nayla Suni untuk keperluan penyusunan tesis yang berjudul: **"STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP KELUARGA PENDERITA KANKER DI KOTA BANDA ACEH"**,

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Banda Aceh, 20 September 2023

Pengurus Rumah Singgah Syahira Nayla Suni,

  
(.....)



# C-FOUR

## CHILDREN CANCER CARE COMMUNITY ACEH

Jl. Sepat No. 3 LAMPRIET - BANDA ACEH Phone | 0821-4168-0202 Email | [info@childrencancercommunitya.com](mailto:info@childrencancercommunitya.com)

### SURAT KETERANGAN PENELITIAN

No : 09/ C-Four / IX / 2023

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, Founder Children Cancer Care Community ( C-FOUR ) Aceh, dengan ini menerangkan bahwa :

NAMA : NISWATUL KHAIRA  
NIM : 2107210036  
PRODI : KESEHATAN MASYARAKAT  
JURUSAN : MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

Benar yang nama tersebut di atas telah melakukan Penelitian di Lembaga C-Four di Jalan Sepat No 3 Lampriet untuk keperluan penyusunan tesis yang berjudul : "STRATEGI KOPING DAN BEBAN MERAWAT ANGGOTA KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP KELUARGA PENDERITA KANKER DI KOTA BANDA ACEH".

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



Banda Aceh, 19 September 2023  
Founder C-Four Aceh,

Ratna Eliza, SE





## DARAH UNTUK ACEH

Jl. Mesjid Tuha No. 6, Simpang Tujuh, Desa le Masen Ulee Kareng  
Kota Banda Aceh Kode Pos : 23117 Telp 08116829244  
[www.darahuntukaceh.or.id](http://www.darahuntukaceh.or.id) email : admin@darahuntukaceh.or.id

### SURAT KETERANGAN PENELITIAN

No. 71/YDUA/IX/2023

Yayasan Darah Untuk Aceh yang diwakilkan oleh :

Nama : Nurjannah Husien  
Jabatan : Direktur Eksekutif

Menerangkan bahwa :

Nama : Niswatul Khaira  
NPM : 2107210036  
Prodi : Kesehatan Masyarakat

Benar yang bersangkutan telah melakukan penelitian di Rumah Kita yang merupakan bagian dari Yayasan Darah Untuk Aceh untuk keperluan penyusunan tesis yang berjudul: **"Strategi Koping Dan Beban Merawat Anggota Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Keluarga Penderita Kanker Di Kota Banda Aceh"**.

Demikian surat keterangan ini dibuat, agar dapat dipergunakan seperlunya.

Banda Aceh, 21 September 2023

  
Nurjannah Husien  
Direktur Eksekutif



# BLOOD FOR LIFE FOUNDATION

Jl. Kepiting No. 5 Bandar Baru, Kec. Kuta Alam – Banda Aceh, 23126  
Telp. 0823-7080-9008 Email : bloodforlifefoundation@gmail.com

---

---

## SURAT KETERANGAN

Nomor : 065/BFLF/IX/2023

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Michael Octaviano, S.STP  
Jabatan : Ketua Blood For Life Foundation (BFLF)  
Alamat : Gampong Lampriet, Kota Banda Aceh

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Niswatul Khaira  
NIM : 2107210036  
Jurusan : Kesehatan Masyarakat  
Instansi : Universitas Muhammadiyah Aceh (UNMUHA)

Saudara yang tersebut namanya diatas benar telah melakukan penelitian ilmiah mulai di Lembaga Sosial BFLF Indonesia (Banda Aceh) dalam rangka penyusunan tesis dengan judul ***“Strategi Koping dan beban merawat anggota keluarga terhadap kualitas hidup keluarga penderita kanker di kota Banda Aceh”***

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya dan dapat dipergunakan seperlunya.

Banda Aceh, 20 September 2023

**KETUA UMUM**

  
**(MICHAEL OCTAVIANO, S. STP)**

## DOKUMENTASI



