

# PENGALAMAN HIDUP PASIEN DENGAN LUKA BAKAR

*Lived experience of patient with burn injury*

Agus Prasetyo<sup>1</sup> ; Kusman Ibrahim<sup>2</sup> ; Irman Somantri<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Keperawatan, STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap, Indonesia

<sup>2,3</sup>Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran, Bandung, Indonesia

Alamat korespondensi : [prasetyoagus163@gmail.com](mailto:prasetyoagus163@gmail.com)

## ABSTRAK

Luka bakar merupakan salah satu kejadian yang memberikan trauma terhadap pasien. Kondisi ini menyebabkan bukan hanya masalah fisik, tetapi juga masalah psikososial dan spiritual. Perawatan pasien luka bakar telah digambarkan sebagai sesuatu yang mempunyai tantangan dan situasi yang emosional. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi untuk mendapatkan data pengalaman hidup pasien maksimal selama satu tahun sejak kejadian. Data didapatkan dengan wawancara mendalam terhadap 7 informan yang terdiri dari 5 laki-laki dan 2 perempuan, usia antara 27 sampai dengan 49 tahun. Analisis data menggunakan metode Colaizzi. Tema yang dihasilkan meliputi nyeri akut dan kronis selama perawatan luka bakar, keterbatasan aktifitas sehari-hari, keterbatasan dalam ritual keagamaan, perubahan pemenuhan kebutuhan seksual, jenuh dengan perawatan luka yang lama, perubahan pada harga diri, perubahan pada citra tubuh, perubahan pada peran, sumber dukungan dari keluarga dan lingkungan, dukungan petugas kesehatan, mekanisme koping dengan penguatan spiritual dan motivasi terhadap diri sendiri. Hal baru yang ditemukan pada penelitian ini adalah informan mudah mendapatkan dukungan dari keluarga dan lingkungan, dan mekanisme koping yang digunakan informan didasarkan pada penguatan spiritual.

**Kata Kunci :** Fisik, Luka Bakar, Pengalaman Hidup, Psikososial, Spiritual

## ABSTRACT

*Burns is one of the traumatic events to the patient. This condition causes physical, psychosocial and spiritual problems. Burn treatment has been described as a challenges and emotional situations. This study used qualitative methods with phenomenological approach to obtain the data of patients experience maximum for a year since the incident. Data obtained with in-depth interviews to 7 informants consisting of 5 men and 2 women, aged between 27 to 49 years. Data analysis using Colaizzi method. Themes derived from the lived experience of life of patients with burns covering acute and chronic pain during burn care, limitations of daily activities, limitations in the ritual as religious, sexual fulfillment changes, emotional exhaustion of the burn treatment, changes in self-esteem, changes in body image, changes in the roles, sources of support from family and environment, health care workers support, coping mechanisms by strengthening the spiritual and self-motivation. The new insight in this study was tthe informant easy to get support from family and the environment, and coping mechanisms used by informants based on strengthening the spirituality.*

**Keywords :** Burns, Lived experience, Physical, Psychosocial, Spirituality

## PENDAHULUAN

Luka bakar adalah sebuah trauma hasil dari terpapar zat kimia, api, radiasi atau karena aliran listrik. Perpindahan energi dari sumber panas ke tubuh manusia menimbulkan efek-efek secara fisiologis, bahkan pada beberapa kasus mengakibatkan kerusakan pada jaringan secara *irreversible*. Tingkat keparahan luka bakar bervariasi dari kehilangan bagian kecil dari lapisan kulit paling luar sampai dengan yang parah melibatkan seluruh sistem tubuh. Perawatan luka bakar juga bervariasi dari mulai yang sederhana sampai dengan cara pendekatan *invasive*, multi system dan inter disiplin pada lingkungan yang aseptik di sebuah unit luka bakar (LeMone, Burrke, Bauldoff, 2011).

Berdasarkan laporan World Health Organization [WHO] (2004), jumlah kasus luka bakar diperkirakan lebih dari 7,1 juta dengan angka kejadian 110 per 100.000 setiap tahun. WHO memperkirakan 310.000 orang meninggal di seluruh dunia, sebagian besar berada di negara berpenghasilan rendah dan menengah dengan angka kematian global sebesar 4,8 per 100.000 setiap tahun (Othman & Kendrick, 2010). Riset Kesehatan Dasar (2007) menyatakan bahwa di Indonesia sebesar 60% luka bakar terjadi karena kecelakaan rumah tangga, 20% kecelakaan kerja dan 20% sebab-sebab lain. Pasien luka bakar yang dirawat di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung sepanjang tahun 2013 sebanyak 117 kasus dengan berbagai derajat luka bakar yang dialami.

Semua pasien luka bakar harus dibantu untuk beradaptasi secara utuh terhadap kondisi mereka saat di rawat di rumah sakit. Bantuan tersebut dapat berasal dari tim perawatan pada unit perawatan luka bakar, keluarga dan teman pasien, serta masyarakat saat pasien dipulangkan. Seluruh tim perawatan unit luka bakar harus bekerja secara integratif untuk dapat memberi dukungan yang optimal pada pasien. Pengetahuan dan pemahaman yang lebih baik tentang reaksi emosional pasien luka bakar sangat diperlukan untuk tenaga kesehatan memilih pendekatan yang tepat dalam perawatan pasien pada berbagai fase perbaikan psikologis pasien mulai dari masuk rumah sakit sampai dengan fase rehabilitasi (Gilboa, 2000).

Sejalan dengan kemajuan teknologi, banyak pasien luka bakar yang mampu bertahan hidup, keadaan ini menuntut kesiapan perawat karena akan menghadapi perawatan pasien dengan lebih lama. Perawat memainkan peran utama dalam memberikan dukungan psikososial pada pasien. Oleh karena itu pemahaman yang baik pada implikasi psikososial pasien luka bakar dapat memberikan kontribusi untuk tercapainya perawatan yang baik pada pasien (Camhi & Cohn, 2007)

Berangkat dari latar belakang diatas, luka bakar memberikan beberapa keadaan yang harus dihadapi dalam rentang kehidupan pasien yang meliputi dampak biopsikososio dan spiritual akibat mengalami luka bakar, dampak terhadap peran pasien yang sangat individual sesuai posisi

pasien didalam keluarga atau masyarakat, proses pemulihan, adaptasi dan rehabilitasi pasien yang lama dan bervariasi pada masing–masing individu serta luka bakar yang dapat mempengaruhi *quality of life* pada pasien. Oleh karena itu peneliti ingin mendapatkan sebuah pandangan yang lebih dalam dan pengertian yang lebih baik terhadap pengalaman hidup pasien yang menderita luka bakar yang dirawat di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung melalui deskripsi pasien sebagai individu dengan segala kompleksitasnya dalam menghadapi kejadian luka bakar yang dialaminya.

## **METODE**

Desain atau rancangan penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin akan timbul selama proses penelitian (Notoatmojo, 2005). Peneliti menggunakan jenis penelitian kualitatif, yaitu suatu pendekatan untuk menyusun pengetahuan yang menggunakan metode riset dengan menekankan subyektifitas dan arti pengalaman individu. Penelitian kualitatif merupakan pendekatan induktif untuk menemukan atau mengembangkan pengetahuan dengan menemukan subyektifitas manusia (Brockopp & Tolsma, 2000). Penelitian kualitatif bertolak dari asumsi bahwa kenyataan itu berdimensi jarak, interaktif dan suatu pertukaran pengalaman sosial yang diinterpretasikan. Penelitian kualitatif lebih bertujuan untuk memahami berbagai fenomena sosial yang ada

dari sudut pandang partisipan (Moleong, 2010).

Pendekatan kualitatif yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif fenomenologi. Deskriptif fenomenologi menuntut pada gambaran yang di teliti dari pengalaman yang biasa dialami sehari–hari, gambaran dari berbagai hal sebagaimana yang dialami oleh orang–orang (Polit&Beck,2006). Fenomenologi merupakan pendekatan dalam penelitian kualitatif yang kritis dan dapat menggali fenomena-fenomena yang ada secara sistematis. Pada pendekatan fenomenologi, yang diteliti adalah pengalaman manusia melalui deskripsi dari masing–masing orang yang menjadi partisipan penelitian, sehingga peneliti dapat memahami pengalaman hidup partisipan (Saryono & Anggraini, 2010).

Dimensi penting dalam fenomenologi adalah bahwa setiap pengalaman manusia terdapat sesuatu yang hakiki, penting dan bermakna, bahwa pengalaman seseorang harus dimengerti dalam konteksnya. Untuk memperoleh esensinya, kita harus mendalami pengalaman itu apa adanya tanpa ada intervensi pandangan, perspektif dari luar. Fenomena yang diterapkan sebagai metode penelitian bertujuan untuk mencari hakikat atau inti dari pengalaman. Sasarannya adalah untuk memahami pengalaman sebagaimana disadari (Semiawan, 2009). Sedangkan Daymond dan Holloway (2008) mengemukakan bahwa inti dari riset fenomenologi adalah gagasan mengenai kehidupan, pemahaman bahwa realitas masing–masing individu hanya dapat dipahami melalui pemahaman terhadap dunia kehidupan individu.

Proses penelitian fenomenologi deskriptif mempunyai 4 tahap, yaitu *bracketing*, *intuiting*, *analyzing*, dan *describing*. Keempat langkah tersebut merupakan satu kesatuan dalam pemahaman arti dan makna menggunakan pendekatan fenomenologi deskriptif dan pelaksanaannya dilakukan secara berurutan. Hal ini untuk menghasilkan pemahaman yang lebih baik dan pengertian yang lebih dalam dari fenomena yang sedang diteliti. (Wojnar & Swanson, 2007).

Informan dalam penelitian yang termasuk kriteria inklusi adalah :

1. Informan dengan diagnosa medis luka bakar derajat II sampai dengan derajat IV.
2. *Total Body Surface Area* (TBSA) lebih dari 25.
3. Kondisi umum dan keluhan fisik akibat luka bakar relatif stabil
4. Mampu berkomunikasi dengan baik dan kooperatif.

Adapun Informan dalam penelitian yang termasuk kriteria eksklusi adalah individu yang termasuk kriteria inklusi namun dengan kondisi yang tidak memungkinkan dalam proses pengumpulan data dimana pasien mengalami penurunan kondisi kesehatan. Kondisi tersebut antara lain keluhan fisik yang belum stabil dan kondisi psikis cemas atau depresi.

Partisipan yang di wawancarai adalah partisipan dengan keluhan fisik yang sudah relatif stabil sehingga memungkinkan untuk dilakukan wawancara. Partisipan adalah pasien

luka bakar yang sudah melewati tiga tahapan dalam kasus luka bakar yaitu fase *emergent*, fase akut dan fase rehabilitatif. Wawancara dilakukan di rumah partisipan untuk mendapatkan suasana yang nyaman sehingga partisipan dapat mengungkapkan pengalamannya dengan lebih terbuka dan leluasa.

Menurut Sugiyono (2009) dalam pengambilan sampel partisipan dilakukan secara purposive, besar partisipan ditentukan oleh pertimbangan informasi. Dengan kata lain yang menjadi kepedulian bagi peneliti kualitatif adalah tuntasnya perolehan informasi dengan keragaman variasi yang ada, bukan pada banyaknya partisipan dan sumber data.

## HASIL

Informan yang berpartisipasi pada penelitian ini sebanyak 7 orang. Informan dengan jenis kelamin lelaki sebanyak 5 orang dan perempuan sebanyak 2 orang. Usia informan berkisar antara 27 tahun sampai dengan 49 tahun. Tingkat pendidikan bervariasi mulai dari SD, SLTP dan SLTA atau sederajat.

Wawancara dilakukan kepada semua informan dan setelah data sudah tersaturasi dengan tidak ditemukannya informasi yang baru, maka kemudian data dianalisis menggunakan metode Colaizzi untuk menghasilkan tema. Tema-tema tersebut dikelompokkan ke dalam empat kategori yang meliputi keluhan fisik akibat luka yang ada dikulit, perubahan aspek psikososial, sumber dukungan bagi pasien dan mekanisme koping mengatasi kondisi luka bakar.

Tabel 1 karakteristik Informan

N o	Infor man	Jenis Kela min	Us ia	Derajat Persentas e Luka bakar	Lengt h of Stay (LOS)
1	Inform an 1	Laki- Laki	44 thn	Grade II AB, 45%	27 Hari
2	Inform an 2	Perem puan	43 thn	Grade II AB, 26%	30 Hari
3	Inform an 3	Laki- laki	27 thn	Grade II AB, 27%	24 Hari
4	Inform an 4	Perem puan	49 thn	Grade II AB, 26%	40 Hari
5	Inform an 5	Laki- laki	47 thn	Grade II AB, 39%	41 Hari
6	Inform an 6	Laki- laki	27 thn	Grade II AB, 27%	31 Hari
7	Inform an 7	Laki- laki	34 thn	Grade II AB, 44%	28 Hari

### Analisis Tema

Tema–temayang teridentifikasi dari hasil penelitian terdiri dari empat kategori tema. Kategori pertama terdiri dari tema nyeri akut dan kronis selama perawatan luka bakar, keterbatasan aktifitas sehari–hari, keterbatasan melakukan ritual keagamaan dan perubahan dalam pemenuhan kebutuhan seksual. Kategori kedua terdiri dari tema jenuh dengan perawatan luka yang lama, perubahan pada harga diri, perubahan pada citra tubuh dan perubahan pada peran. Kategori ketiga terdiri dari tema dukungan keluarga dan lingkungan dan dukungan petugas kesehatan. Kategori keempat terdiri dari tema penguatan spiritual dan motivasi terhadap diri sendiri.

Tema yang dihasilkan pada masing–masing kategori akan dijelaskan berikut ini. Penjelasan akan disertai beberapa ungkapan yang disampaikan oleh ketujuh informan penelitian yang kami tulis dengan inisial P1, P2, P3, P4, P5, P6 dan P7.

### Nyeri akut dan kronis selama perawatan luka bakar

Penelitian ini menemukan sebagian besar informan mengalami nyeri hebat saat diganti balutan sejak dirawat di rumah sakit sampai dengan perawatan luka dirumah. Nyeri hebat yang dirasakan informan digambarkan sangat bervariasi seperti yang diungkapkan oleh beberapa informan berikut ini :

“.... kalau diganti perban teh sakitnya kayak disayat–sayat, nyeri seperti baru dikuliti gitu, panas iya, perihnya juga ada....” (P1)

“....sakitnya kalau ganti perban teh spontan, waduh gitu aja, sakitnya perih ke uluh hati, jedud gitu, kalau ditahan lebih sakit....” (P5)

“.... kalau ganti balutan itu sakitnya seperti diiris iris benda yang tajam, panas....” (P4)

Ket: (teh, jedud ; kata ungkapan dalam bahasa sunda : red)

Beberapa informan juga menyatakan masih merasakan nyeri pada tahap rehabilitasi atau setelah pulang dari rumah sakit. Nyeri yang dialami dalam skala ringan. Intensitas dan karakteristik nyeri yang dialami oleh beberapa informan bervariasi. Berikut beberapa pernyataan informan :

“....sejak pulang dari rumah sakit sampai sekarang nyeri di kulit masih terasa terutama kalau sering bergerak dan berdiri agak lama....” (P7)

“.... keluhanya nyeri dikulit belum bisa hilang total, masih terasa snut snut tiba tiba aja, lebih terasa lagi kalau buat jalan agak lama....” (P5)

Ket : (snut snut ; kata ungkapan sakit dalam bahasa sunda : red)

### **Keterbatasan aktifitas sehari-hari**

Kondisi kulit yang dipenuhi banyak luka juga menyebabkan kesulitan sebagian besar informan dalam memenuhi aktivitas sehari-hari sehingga informan memerlukan bantuan orang lain. Aktifitas tersebut meliputi berdiri, bergerak dan berjalan. Kondisi ini menyebabkan informan mengalami keterbatasan dalam memenuhi kebutuhan seperti makan, minum, mandi dan berpakaian. Berikut beberapa pernyataan informan :

“....lukanya hampir diseluruh tubuh pak jadinya saya masih susah buat bergerak....” (P1)

“....lukanya banyak dan masih basah, jadi susah bergerak, miring nggak bisa, duduk nggak bisa....” (P2)

“....karena semua lukanya belum sembuh benar, keluar kamarnya dipapah sama anak – anak, masih agak puyeng sih, paling jalan merangkak sedikit sedikit....” (P4)

### **Keterbatasan melakukan ritual keagamaan**

Luka yang ada pada kulit informan juga mengakibatkan keterbatasan pada beberapa aktifitas lain. Aktifitas tersebut meliputi aktifitas ritual keagamaan, seperti yang diungkapkan

beberapa informan berikut ini :

“....saya belum solat pak, penginya sih bisa solat nomal lagi gitu, berdiri aja masih belum bisa lama soalnya....” (P3)

“....sejak kena luka bakar kalau sholat cuma isyarat, kalau nggak bisa wudlu ibu ambil dari dinding aja sambil berbaring....” (P4)

### **Perubahan dalam pemenuhan kebutuhan seksual**

Proses perawatan luka bakar dan kondisi kulit yang belum sembuh mengakibatkan adanya perubahan dalam pemenuhan kebutuhan seksual pada informan. Berikut beberapa pernyataan informan :

“....belum mikir, selama empat bulan stop kami nggak ada hubungan intim....” (P2)

“... pas pulang dari hasan sadikin belum bisa berhubungan intim lah, saat itu ya nggak mikir itu dulu...” (P3)

### **Jenuh dengan perawatan luka yang lama**

Informan harus berada didalam ruang perawatan dalam kurun waktu tertentu tidak mengetahui keadaan siang atau malam. Informan juga berpisah dengan keluarga dan kehidupan sosial yang selama ini dijalani. Hal-hal tersebut yang dapat menimbulkan kejenuhan pada informan, seperti ungkapan beberapa informan berikut ini :

“... pas di rawat teh rasanya jenuh kesel, kesalnya teh stres lukanya lama sembuh, sakit semua badan saya....” (P3)

“.... 40 hari disana perasaan saya jenuh walaupun saya apa apa diladenin, tapi sakit ini bikin saya tertekan, nggak sembuh-sembuh, cemas gimana nantinya saya dengan luka ini....” (P4)

“...jenuh pas dirawat di rumah sakit dan lebih jenuh pas pulang dari sana. Kalau jenuh di rumah sakit emang harus dirawat lukanya, tapi kalau jenuh di rumah karena stres nggak bisa ngapa-ngapain....” (P6)

Ket : (teh ; kata ungkapan dalam bahasa sunda : red)

### **Perubahan pada harga diri**

Penampilan pada kulit yang berubah akibat adanya bekas luka menyebabkan munculnya perasaan bahwa informan berbeda secara fisik dengan orang lain. Pada akhirnya ada rasa malu dan minder kepada orang lain seperti yang diungkapkan beberapa informan berikut ini:

“...perasaan malu, minder juga ada dengan bekas lukana....” (P2)

“...kalau masalah penampilan, malu mah ada, minder gitu ada orang “...pada liatin, tapi kesini mah biasa, pake celana buat nutupin yang dikaki sama pakai jaket nutupin luka yang dileher....” (P3)

“...malu ada pak, kulitnya sudah nggak seperti waktu sehat aja, makanya kadang saya males mau keluar rumah, kalau ada orang yang liatin saya, rasanya saya ini orang aneh....” (P6)

Ket : (mah ; kata ungkapan dalam bahasa sunda : red)

### **Perubahan pada citra tubuh**

Informan juga merasakan perubahan penampilan pada kulitnya. Jaringan parut hipertropi yang terbentuk semakin menimbulkan perasaan adanya perubahan penampilan pada tubuh informan.

“...yaa gini lukanya membekas, jadi penampilan berubah, liat orang pada liatin saya mungkin kasihan mungkin jijik gitu....” (P3)

“...kulitnya sudah berubah jadi takut kalau orang gimana gimana liatin saya....” (P6)

“...bagaimana nanti kulit saya, pastinya berubah nggak bisa seperti dulu lagi....” (P2)

### **Perubahan pada peran**

Peran informan dalam kehidupan berumah tangga juga terpengaruh akibat kondisi luka bakar. Peran sebagai pencari nafkah keluarga pada informan lelaki berpindah pada istri atau keluarga. Perubahan pada peran diri ini diungkapkan oleh beberapa informan sebagai berikut :

“....sejak kejadian sampai sekarang istri saya yang kerja apa aja buat nafkah, saya belum bisa kerja seperti biasa....” (P1)

“...harusnya saya tulang punggung keluarga, untungnya ya saudara banyak yang kasih buat keperluan hidup saya selama saya sakit, sering kasih buat kebutuhan saya.....” (P3)

“....terus karena saya belum bisa bekerja lagi, sekarang kalau kebutuhan di rumah ngandelin dari temen – temen sama saudara aja....”. (P5)

Perubahan pada peran diri juga terjadi pada informan perempuan. Peran sebagai ibu yang merawat anak – anak dan keluarga berubah dengan adanya proses perawatan luka yang lama seperti yang diungkapkan informan berikut :

“...pengin cepat sembuh, pengin rawat anak-anak, masih kecil-kecil, perlu didikan saya dari makan dan segalanya....”(P2)

“....saya kasian anak saya yang kecil dirumah, dirawat sama orang lain, karena yang gede nungguin saya gantian disini....” (P4)

## Dukungan keluarga dan lingkungan

Dukungan keluarga didapatkan oleh sebagian besar informan dalam penelitian ini. Keluarga sangat memberi dukungan sejak informan dirawat di rumah sakit maupun setelah informan pulang ke rumah. Sebagian besar informan mendapatkan dukungan penuh dari keluarga. Negara Indonesia mengakui keluarga sebagai unit terkecil di masyarakat yang mempunyai status yang terhormat dan memiliki fungsi yang optimal bagi masing-masing anggotanya. Dukungan diberikan oleh keluarga dalam bentuk semangat untuk sembuh, merawat informan mulai dari rumah sakit sampai dengan pulang di rumah dan membantu pemenuhan aktifitas sehari-hari selama informan dalam tahap rehabilitasi. Berikut beberapa ungkapan dari informan :

*“...keluarga mah semua bantu saya, anak – anak ikut ngerawat saya, kebutuhan saya dibantuin....”* (P1)

*“...suami menghibur bercanda dengan saya, tertawa bareng gitu....”* (P2)

*“..keluarga saya rasakan sangat mendukung saya, semua ngasih support ke saya, memberi nasehat yang baik-baik, saya jadi semangat..”* (P6)

Ket : (*mah* ; kata ungkapan dalam bahasa sunda :red)

Lingkungan sosial dimana informan tinggal juga memberikan dukungan berupa rasa simpati menjenguk informan, memberikan semangat untuk sembuh dan menerima kembali informan di masyarakat. Kultur sosial budaya di

Indonesia dan adat ketimuran yang menjunjung tinggi rasa saling hormat menghormati menyebabkan informan mendapatkan dukungan sosial yang memadai setelah menderita luka bakar selama masa rehabilitasi.

*“....tetangga baik pada nengok ngasih semangat sembuh, banyak yang datang, tapi saya inget nggak inget gitu siapa saja yang nengok di rumah sakit....”* (P3)

*“....alhamdulillah penuh tetangga pada kesini, berkat dorongan mereka juga yang bikin saya semangat.....”* (P5)

*“....tetangga mah banyak yang datang kerumah, ngasih lah semangat, ada juga yang ngasih bantuan sekedarnya....”*(P7)

Ket : (*mah* ; kata ungkapan dalam bahasa sunda :red)

## Dukungan petugas kesehatan

Tenaga kesehatan juga memberi kontribusi dalam menyediakan dukungan kepada informan selama perawatan luka bakar. Dukungan yang diberikan berupa memberikan perawatan yang baik kepada informan. Dukungan lain berupa semangat untuk sembuh dan pengertian-pengertian tentang proses perawatan pada kondisi luka bakar. Berikut beberapa ungkapan dari informan :

*“....saya dirawat dengan baik, perawatnya sabar ngerawat saya....”* (P1)

*“....perawatnya baik, orangnya mengerti kesakitan saya, ditanya sakit nggak, adem saya, dibuka pelan pelan. Ada juga dokter rehabilitasi, dokternya baik, berusaha semaksimal mungkin biar saya sembuh....”* (P2)



*“...kalau perawat saya rasakan baik, bagus bagus, memperhatikan lah ke pasien dari segi pola makanan, pengontrolan, perawatan luka. Memberi semangat, jangan putus asa, jangan takut istilahnya kita harus yakin sembuh, jangan stres, ngasih nasehat ini dan itu ....”*(P5)

### **Penguatan spiritual**

Beberapa informan dalam penelitian ini melakukan upaya dengan meningkatkan nilai-nilai spiritual sebagai upaya untuk menerima kondisinya sebagai bagian dari rencana Tuhan. Beberapa ungkapan informan adalah sebagai berikut :

*“....saya pikir sabar aja, pasrah sama inget Alloh gitu lah dirasain aja....”*(P3)

*“....saya yakin Alloh punya rencana lain sama saya, mudah– mudahan ada hikmah dibalik kejadian ini....”* (P6)

*“....ini sudah pemberian Alloh, saya menerima yang di kasih Alloh, ini jalan untuk lebih dekat lagi sama Alloh, ....”* (P7)

Penguatan spiritual juga dilakukan oleh informan dengan berdoa, ingat kepada Tuhan dan melakukan aktifitas spiritual sesuai kemampuan seperti yang diungkapkan informan berikut :

*“....berdoa aja, pasrah gitu wee, mau gimana lagi, da pengen sembuh. Ini sudah takdir, mungkin yang terbaik buat saya....”*(P5)

*“....sholat cuma isyarat, kalau bacaan-bacaan ayat dzikir alhamdulillah dari awal kejadian ibu lakuin....”* (P4)

*“....saya nambah dengan baca–baca doa atau zikir aja, menguatkan hati biar menambah semangat buat sembuh....”* (P2)

Ket :(wee, da; kata ungkapan dalam bahasa sunda : red)

### **Motivasi terhadap diri sendiri**

Informan pada penelitian ini menggunakan motivasi terhadap diri sendiri dalam menerima kondisi sakitnya. Hal tersebut meliputi perasaan ingin cepat sembuh dan kembali bekerja seperti biasa. Motivasi terhadap diri sendiri juga ditujukan untuk dapat kembali merawat anak–anak dan keluarga. Motivasi ini semakin kuat ketika informan menemukan kembali kebersamaan dengan keluarga setelah pulang dari rumah sakit Berikut beberapa ungkapan informan:

*“.... saya harus kuat menghadapi kejadian ini, ada anak yang masih kecil, di kasih musibah yang begini masih butuh biaya, saya harus kuat....”* (P1)

*“....pengin cepat sembuh, pengin rawat anak-anak, masih kecil-kecil, perlu didikan saya dari makan dan segalanya. Dari situ semangat untuk sembuh ada....”* (P2)

*“....saya bisa cepat sembuh, cari nafkah buat keluarga, karena selama ini keluarga sudah dibikin susah sama saya, jadi saya harus memberikan sesuatu sama keluarga....”* (P6)

### **PEMBAHASAN**

Berikut pembahasan masing–masing tema yang dihasilkan pada penelitian ini.

#### **Nyeri akut dan kronis selama perawatan luka bakar**

Summer et al (2007) menyatakan bahwa nyeri pada pasien luka bakar mempunyai intensitas dan variabilitas sepanjang masa perawatan pada masing–masing tahap penyembuhan. Nyeri akut pada luka bakar merupakan sumber penderitaan bagi pasien dan

menjadi faktor munculnya nyeri kronis serta gangguan stres akibat penyakit. Nyeri dengan skala moderat sampai berat selalu dilaporkan oleh pasien setelah trauma akibat luka bakar. Salah satu alasan terdapatnya intensitas nyeri adalah berhubungan dengan perawatan luka dan terapi rehabilitasi. Sumber utama nyeri hebat pada luka bakar juga sangat beragam di sepanjang tahapan penyembuhan.

### **Keterbatasan aktifitas sehari-hari**

Beberapa informan dalam penelitian ini menyatakan kehilangan kemampuan dalam memenuhi aktifitas sehari-hari. Kondisi ini dirasakan sejak kejadian, saat dirawat di rumah sakit sampai beberapa bulan setelah pulang dari rumah sakit. Procter (2010) menyatakan bahwa pasien luka bakar sering merasakan kehilangan kemampuan dan peran dalam berpartisipasi memenuhi kebutuhan aktifitas sehari-hari.

Altier (2002) melakukan penelitian pada 49 pasien luka bakar untuk mengukur kemampuan dalam fungsi fisik menggunakan instrumen SF-36. Pengukuran fungsi fisik meliputi aktifitas seperti olahraga, naik tangga, membawa barang dan berjalan. Aktifitas sehari-hari seperti bekerja, pemenuhan kegiatan di rumah atau bersekolah juga ikut diukur dalam penelitian ini. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat keterbatasan aktifitas fisik pada pasien luka bakar. Pemenuhan aktifitas sehari-hari juga mengalami penurunan daripada sebelum kejadian luka bakar. Penelitian ini juga menyatakan adanya korelasi negatif antara usia

dan fungsi fisik. Pasien dengan usia lebih tua hanya sedikit lebih terbatas dalam melakukan aktifitas fisik.

### **Keterbatasan melakukan ritual keagamaan**

Beberapa informan dalam penelitian ini juga menyatakan belum bisa melakukan aktifitas spiritual atau ritual keagamaan. Hal ini dikarenakan oleh ketidakmampuan fisik untuk melakukan aktifitas spiritual dan kurangnya pengetahuan tentang melakukan peribadatan di saat sakit. Edward (2001) menyatakan bahwa luka bakar selain dapat merusak organ terluas pada tubuh yaitu kulit, juga dapat memberikan masalah pada fisik, psikologis dan spiritual baik terhadap pasien maupun keluarganya. Masalah spiritual pada pasien luka bakar juga disebabkan karena masih jarang pelayanan kesehatan yang memberikan pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien.

### **Perubahan dalam pemenuhan kebutuhan seksual**

Informan juga melaporkan adanya keterbatasan dalam aktifitas seksual setelah kejadian luka bakar. Beberapa bulan setelah luka bakar informan lebih cenderung tidak memikirkan tentang aktifitas seksual. Hal tersebut dikarenakan rasa malu pada pasangan dan kekhawatiran penurunan fungsi seksual. Park, Choi, Jang dan Oh (2008) melakukan penelitian pada 686 pasien luka bakar untuk mengisi kuesioner tentang masalah psikososial yang mereka hadapi. Hasil penelitian menunjukkan diantaranya adalah adanya

gangguan psikososial berupa kesulitan dalam fungsi seksual, kesulitan tidur dan kehilangan harga diri setelah menderita luka bakar. Parot (2010) menyatakan bahwa penurunan fungsi pada sensasi kulit menimbulkan pemikiran tertentu pada masalah seksual. Pasien lebih memilih untuk tidak memikirkan aktifitas seksual. Pasien luka bakar dengan jenis kelamin perempuan mempunyai tingkat kepuasan terhadap aktifitas seksualitas yang lebih rendah daripada laki – laki.

### **Jenuh dengan perawatan luka yang lama**

Proses hospitalisasi, keluhan fisik yang menetap lama, tindakan perawatan luka dan tahap rehabilitasi dapat menyebabkan kecemasan dan perasaan tertekan pada korban luka bakar. Kondisi ini akan menyebabkan perasaan jenuh pada keadaan sakit yang diderita pasien. Gilboa (2000) menyatakan bahwa pasien luka bakar yang mendapatkan perawatan di rumah sakit akan merasakan keluhan nyeri secara fisik terutama pada saat ganti balutan dan fisioterapi. Situasi ini biasanya akan berlangsung lama dan akan diikuti oleh perasaan tertekan yang berat yang di tambah dengan kecemasan dan marah pada keadaan. Kondisi tersebut dapat mengarahkan pada perasaan jenuh terhadap keadaan yang dialami.

### **Perubahan pada harga diri**

Perubahan pada penampilan tubuh informan memicu adanya perasaan malu, minder dan takut untuk bersosialisasi. Hal tersebut dapat menimbulkan perubahan pada harga diri infroman. Van Loey dan Van Son

(2003) menyatakan bahwa masalah psikopatologi dan psikososial dapat terjadi pada pasien luka bakar. Kondisi ini dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain karakteristik dari pasien, masalah psikis sebelumnya, dan faktor–faktor selama terjadinya kejadian trauma. Pengkajian perawat harus mencapai pada munculnya kecemasan dan gangguan perasaan akibat perubahan penampilan pada pasien. Gejala seperti malu dan minder pada pasien, masalah citra tubuh, masalah harga diri rendah mungkin dapat ditemukan pada pasien luka bakar.

Thombs et al (2008) menyatakan bahwa pasien luka bakar akan banyak mengalami keluhan fisik akibat trauma yang terjadi pada kulit. Keluhan dapat berupa nyeri sampai dengan perubahan penampilan pada organ kulit akibat luka dan terbentuknya jaringan parut. Kondisi tersebut dapat memicu terjadinya distres psikologis yang meliputi, depresi, kecemasan, marah, gangguan citra tubuh dan harga diri rendah pada pasien.

### **Perubahan pada citra tubuh**

Beberapa informan menyampaikan adanya perubahan pada penampilan tubuh setelah kejadian luka bakar. Perubahan ini menimbulkan perasaan tidak puas terhadap penampilan tubuh saat ini. Lawrence, Fauerbach, Heinberg dan Marion (2004) menyatakan bahwa penerimaan terhadap perubahan penampilan secara mendadak dan dramatis adalah salah satu tantangan yang utama pada penderita luka bakar. Jaringan parut, perubahan penampilan, deformitas dan kehilangan

fungsi yang dihasilkan dari sebuah kejadian luka bakar dapat memicu perubahan perseptual yang signifikan pada citra tubuh. Citra tubuh diartikan sebagai sebuah konsep yang multi dimensional yang berhubungan dengan penampilan fisik seseorang dan fungsi dari persepsi terhadap citra tubuh (*What I think I look like*) serta kepuasan terhadap citra tubuh (*How happy I am with I think I look*).

### **Perubahan pada peran**

Sebagian besar informan mengalami perubahan pada peran diri. Perubahan tersebut meliputi perubahan sebagai pencari nafkah pada informan lelaki dan perubahan peran sebagai ibu pada informan wanita. Perubahan sebagai pencari nafkah terjadi karena kondisi fisik yang masih dalam tahap rehabilitasi. Perubahan tersebut juga diakibatkan oleh kondisi trauma luka bakar itu sendiri yang meliputi luas luka bakar, derajat luka bakar dan kondisi psikologis setelah luka bakar. Dyster-Aas, Kildal dan Willebrand (2007) melakukan penelitian untuk mengetahui faktor kondisi luka bakar dan karakteristik pasien terhadap kembali bekerjanya pasien. Sebanyak 48 pasien yang sebelum kejadian luka bakar telah bekerja diikutkan dalam penelitian. Lama waktu setelah kejadian rata-rata 3.8 tahun. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 31% pasien tidak kembali bekerja. Kembali bekerja pada pasien luka bakar berhubungan dengan lama waktu sejak kejadian, luas dan derajat luka bakar serta karakteristik personal dari pasien.

### **Dukungan keluarga dan lingkungan**

Dukungan yang diberikan oleh keluarga sangat membantu pasien melewati tiap tahap dalam proses penyembuhan luka bakar. Sikap keluarga yang menerima peran pasien sebagai orang yang sedang sakit memberikan perasaan nyaman dan terlindungi. Beberapa informan menyatakan bahwa keluarga ikut membantu pasien dalam latihan bergerak, berjalan dan dalam pemenuhan aktifitas sehari-hari lainnya. Bishop, Walker dan Spivak (2013) melakukan penelitian untuk meningkatkan komunikasi, kesiapan pasien untuk pulang dan kepuasan selama dirawat pada pasien luka bakar dan keluarganya. Penelitian dilakukan dengan mengikutsertakan keluarga pasien selama proses ganti balutan. Efek merugikan dengan kehadiran keluarga diobservasi, pengukuran dari pelaksanaan *patient and family centred care* diobservasi sesuai standarisasi yang telah ada, kejadian infeksi dan respon petugas kesehatan juga diukur. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada efek merugikan dengan adanya keluarga yang dilibatkan dalam perawatan pasien, kepuasan pasien dalam perawatan meningkat dan rerata infeksi tidak meningkat. Respon petugas kesehatan positif terhadap pelaksanaan *patient and family centred care*.

Keluarga adalah sebuah institusi sakral yang dihormati dan dijunjung tinggi dalam sosial budaya masyarakat di Indonesia. Keluarga di Indonesia mempunyai struktur dan fungsi yang kuat dalam kehidupan sehari-hari. Perawatan

yang melibatkan keluarga akan membantu dalam semua aspek perawatan pasien, memudahkan kerjasama antara petugas kesehatan, pasien dan keluarga serta memberikan kepuasan perawatan pada pasien dan keluarga. Mitchell et al (2009) mengevaluasi efek dari *family centred care* dalam membentuk kerjasama antara petugas kesehatan dan keluarga pasien dalam membangun perawatan yang mendasar bagi pasien. Hasil penelitian menyatakan bahwa bekerjasama dengan keluarga pasien meningkatkan rasa hormat, tingkat kolaborasi, memberikan dukungan pada proses perawatan dan meningkatkan secara keseluruhan nilai dalam survey *family centred care*.

Lingkungan sosial dan hubungan dengan masyarakat mempunyai manfaat yang besar bagi pemulihan pasien luka bakar. Respon lingkungan kepada pasien saat kembali ke rumah memberikan efek yang baik bagi pemulihan psikososial pasien, sehingga pasien merasa diterima di masyarakat. Badger dan Royse (2010) mengevaluasi peran dari dukungan sosial terhadap 30 pasien luka bakar pada rehabilitasi psikososial. Peneliti menekankan efek positif pada status kesehatan terutama pada persepsi diterima dan bergabung kembali dengan masyarakat. Efek tersebut tidak bersifat situasional akan tetapi dapat memiliki efek sepanjang kehidupan pasien.

### **Dukungan petugas kesehatan**

Pasien luka bakar berhubungan dengan berbagai macam petugas kesehatan selama

perawatan di rumah sakit. Dukungan yang diberikan oleh petugas kesehatan sangat membantu dalam proses pemulihan pasien baik secara fisik maupun psikologis. Dukungan fisik dapat berupa perawatan luka, fisioterapi, pembedahan, dan tindakan lainnya. Sementara itu dukungan psikologis dapat berupa memberikan semangat, pendidikan kesehatan dan dukungan mental lainnya. Perawat adalah petugas kesehatan yang paling lama berhubungan dengan pasien setiap harinya sehingga kedudukan perawat sangat penting dalam memberi dukungan bagi pasien. Greenfield (2010) menyatakan perawatan pasien luka bakar yang optimal membutuhkan pendekatan multidisipliner. Hasil perawatan pasien yang positif sangat tergantung dari komposisi tim perawatan luka bakar dan kolaborasi yang baik antar tim. Perawat berada di pusat kegiatan tim tersebut yang merupakan koordinator bagi semua aktifitas perawatan pasien. Kompleksitas dan keterlibatan multisistem pada kebutuhan perawatan pasien luka bakar menuntut perawat mempunyai pengetahuan yang baik terhadap kegagalan organ yang multisistem, teknik perawatan kritis, pemeriksaan diagnostik dan ketrampilan dalam memberikan terapi rehabilitasi dan psikososial. Pada saat yang sama, perawat juga dituntut mempunyai keahlian dalam perawatan luka baik luka yang spontan ataupun luka grafting, pencegahan infeksi dan pengelolaan nyeri.

### **Penguatan spiritual**

Sosial budaya masyarakat Indonesia yang

religius memberikan efek yang baik pada mekanisme koping ketika seseorang menghadapi masalah. Informan dalam penelitian menggunakan mekanisme terhadap penguatan spiritual dalam menghadapi kondisi sakitnya. Berdoa, pasrah dan menganggap semua kejadian sebagai takdir merupakan cara informan dalam menghadapi kejadian luka bakar yang dialami. Forta dan Zanini (2013) menyatakan bahwa kondisi yang tertekan pada seseorang akan memicu penggunaan beberapa mekanisme koping sesuai fokus dan metode yang dimiliki oleh individu. Mekanisme koping diartikan sebagai suatu pendekatan atau koping yang berfokus pada pemecahan masalah. Smith, Smith, Rainey dan DelGiorno (2006) menyatakan bahwa kepribadian dan mekanisme koping pasien luka bakar seharusnya menjadi panduan dalam rencana keperawatan. Faktor sosio kultural memainkan peran penting dan mempengaruhi keputusan pasien dalam memilih mekanisme koping.

Budaya masyarakat Indonesia dan pendidikan agama secara formal dan informal yang didapatkan individu sejak kecil menyebabkan aspek spiritualitas melekat erat pada individu. Keluarga juga berperan dalam mengarahkan mekanisme koping individu sejak dini dengan aspek spiritualitas. Kekuatan spiritual adalah segala sesuatu yang menyinggung tentang hubungan manusia dengan sumber kekuatan hidup atau yang maha memiliki segala kekuatan. Craven dan Himle (2007) juga

menjelaskan bahwa spiritualitas adalah kualitas atau kehadiran dari proses meresapi atau memaknai, integritas dan proses yang melebihi keutuhan biopsikososial dimana suatu kualitas dari proses menjadi lebih religius, berusaha mendapatkan inspirasi, penghormatan, perasaan kagum, memberi makna dan tujuan yang dilakukan oleh individu yang percaya maupun yang tidak percaya kepada Tuhan.

### **Motivasi terhadap diri sendiri**

Onyishi and Okongwu (2013) menyatakan bahwa dukungan terhadap proses penyembuhan tidak hanya bergantung pada pemberi pelayanan akan tetapi yang lebih penting lagi adalah bergantung pada pasien itu sendiri. Pasien harus mampu untuk menghilangkan respon dari lingkungan dan kondisi yang tidak menguntungkan. Hal ini menjelaskan kepribadian memainkan peranan penting dalam hal melihat kepuasan hidup dari sudut pandang seseorang.

Beberapa informan tidak menempatkan perubahan penampilan setelah luka bakar sebagai hambatan dalam menjalani hidup. Mekanisme koping spiritualitas dan motivasi yang tinggi membuat pasien mengalami peningkatan pada berbagai aspek kehidupan sehari-hari mulai dari pemenuhan aktifitas sehari-hari sampai dengan ritual keagamaan. Corry, Pruzinky dan Ramsey (2009) menyatakan bahwa pasien luka bakar yang lebih memikirkan pada hal perubahan penampilan akan lebih mempunyai hasil perawatan yang kurang baik dari pada pasien luka bakar yang tidak menempatkan faktor

perubahan penampilan sebagai sesuatu yang sangat penting dipikirkan. Terdapat hubungan yang signifikan pada resiko ketidakpuasan terhadap perubahan penampilan terhadap efek negatif pada kualitas hidup pasien.

## KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menemukan hal baru yang jarang ditemukan dari hasil penelitian sebelumnya. Hal tersebut adalah informan dapat memperoleh dukungan sosial yang adekuat selama menderita luka bakar. Dukungan sosial ini didapatkan dari keluarga dan lingkungan dimana informan tinggal. Dukungan dari keluarga mudah didapatkan oleh informan dimungkinkan karena sosial budaya masyarakat Indonesia yang menempatkan keluarga sebagai lembaga yang sakral dan mempunyai fungsi-fungsi keluarga yang optimal untuk memenuhi kebutuhan anggotanya. Karakteristik masyarakat Indonesia yang masih memegang adat ketimuran dan menjunjung tinggi rasa hormat menghormati dan empati menyebabkan informan juga mudah mendapatkan dukungan dari lingkungan dimana informan tinggal.

Hal baru lain yang ditemukan pada penelitian ini adalah mekanisme koping berupa penguatan spiritual yang belum ditemukan pada penelitian-penelitian sebelumnya. Kultur religius yang dimiliki masyarakat Indonesia menyebabkan individu sudah mengenal aspek-aspek spiritualitas sejak usia dini. Pengenalan aspek ini bisa didapatkan melalui pendidikan-pendidikan formal dan informal sehingga

individu sudah terpapar dengan mekanisme koping penguatan spiritual dalam menghadapi masalah. Hal ini pula yang dimungkinkan dari sebagian besar informan tidak ditemukan tanda-tanda *post traumatic stress disorder* selama penelitian dan observasi oleh peneliti.

Dukungan yang diberikan oleh perawat telah dimulai sejak pasien dirawat di rumah sakit. Dukungan tersebut meliputi penanganan nyeri akibat prosedur perawatan luka antara lain dengan tehnik distraksi, relaksasi dan terapi musik. Perawat juga telah memberikan semangat, motivasi dan *counseling* kepada pasien untuk memenuhi kebutuhan psikososial pasien selama di rumah sakit.

## UCAPAN TERIMAKASIH

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada pihak RSUP Dr.Hasan Sadikin Bandung yang telah memberikan ijin penelitian ini. Ucapan terimakasih juga kami sampaikan kepada STIKES Al-Irsyad Al-Islamiyyah Cilacap dan Jurnal Kesehatan Al- Irsyad (JKA) yang telah bersedia memuat hasil penelitian ini.

## RUJUKAN PUSTAKA

- Altier, A, Forget A.M, Choiniea, M. 2002. Long-term adjustment in burn victims: a matched control study. *Psychological Medicine*, 32, p : 677-685
- Badger, K., & Royse, D. 2010. Adult burn survivor's views of peer support: a qualitative study. *Social Work in Health Care*, 49, 299- 313.
- Bishop, S.M, Walker, M.D, Spivak, M. 2013 Family Presence in the Adult Burn Intensive Care Unit During Dressing Changes. *Crit Care Nurse*, 33:14-24.

- Brockopp, D.Y, Tolsma. 2000. *Dasar-dasar riset keperawatan*. Ed.2. Jakarta. EGC
- Camhi, C., Cohn N. 2007. Working with patients who have big burns: Exploring the perspective of senior medical staff of different professional groups. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*. Vol.28.no.1. pp 187 – 94
- Corry, N, Pruzinsky T, Rumsey T. 2009. Quality of life and psychosocial adjustment to burn injury: Social functioning, body image, and health policy perspectives. *International Review of Psychiatry* ; 21(6): 539–548
- Craven R.F, Himle, C.J. 2007. *Fundamental of Nursing : Human health and function* (3rd ed). Philadelphia : Lippincott
- Daymond, C & Holloway, I. 2008. *Metode – metode riset kualitatif dalam public relations dan marketing communications*. Yogyakarta. Penerbit Bentang
- Dyster-Aas, J.D., Kildal, M. Willebrand, M. 2007. Return to work and health-related quality of life after burn injury. *J Rehabil Med* 39: 49–55
- Edward, J. 2001. Managing minor burns effectively. *Practice Nursing*. Vol.12. Issue 9. P : 361 – 265
- Frota,P, Zanini, D.S. 2013. Coping, Personality Traits and Social Support in Severe Burn Survivors. *Psychology* 2013. Vol.4, No.12, 1059-1063.
- Gilboa, D. L. 2001. Term Psychosocial adjustment after burnt injury. *Burns* 27. 335 – 341.
- Lawrence,W. Fauerbach, J A. Heinberg, L; Marion. 2004. Visible vs Hidden Scars and Their Relation to Body Esteem. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*: Volume 25 - Issue 1 - pp 25- 32
- LeMone, P, Burke, K, Bauldoff, G. 2011. *Medical Surgical Nursing*. Critical thinking in patient care. 2011. 5th ed. Pearson. USA.
- Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *Am J Crit Care*. 2009;18:543-552
- Moleong, L.J. 2010. *Metode penelitian kualitatif*. Ed.Rev. Bandung. PT. Remaja Rosdakarya.
- Notoatmojo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Onyishi, I. E., & Okongwu, O. E. 2013. Personality and social support as predictors of life satisfaction of Nigerian prisons officers. *The So- cial Sciences*, 8, 5-12.
- Othman, N., Kendrick, D. 2010 Epidemiologi Luka Bakar di Wilayah Mediterania Timur: review sistematis. *Jurnal BM Public Health*, 10 (83): 85-98.
- Park, S.Y, Choi, K.A, Jang, Y.C, Oh, S.K. 2008. The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns*. Volume 34. Issue 1.p : 24–31
- Parot, Y, Esmail, S. 2010. Burn survivors' perceptions regarding relevant sexual education strategies. *Health Education* Vol. 110 No. 2. p : 84-97
- Polit, D.F & Beck, C.T. 2006. *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal and Utilization*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Procter, F. 2010 Rehabilitation of the burn patient. *Indian J Plast Surg* Supplement 1. Vol 43
- Saryono, Anggraini, M.D. 2010. *Metode penelitian kualitatif dalam bidang kesehatan*. Yogyakarta. Muha Medika.



- Semiawan, C.R. 2009. *Metode penelitian kualitatif*. Jakarta PT. Gramedia Widisarana.
- Smith, J. S., Smith, K. R., Rainey, S. L., & DelGiorno. J. 2006. The psychology of burn care. *Journal of Trauma Nursing*, 13, 105-106.
- Streubert, HJ, Carpenter DJ. 1999. *Qualitative research in nursing ; Advance the humanistic Imperative*. Philadepia. Lippincot
- Sugiyono. 2009. *Metode penelitian kuantitatif dan kualitatif dan R & D*. Bandung. CV Alfabeta
- Summer, G.J, Puntillo, K.A, Miaskowski, C, Green, P.G, Levine, J.D. 2007. Burn Injury Pain: The Continuing Challenge. *The Journal of Pain*. Volume 8, Issue 7. P: 533-548
- Thombs, B. D., Notes, L. D., Lawrence, J. W., Magyar- Russell, G., Bresnick, M. G., & Fauerbach, J. A. 2008. From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 205–212.
- Van Loey, N.E.E, Van Son, M.J.M. 2003. Pscopathology and Psychological Problems in Patients with Burns scar; Epidemiology and management. *American Journal of Clinial Dermatology*.
- Wojnar, D.M, Sqanson, K.M. 2007. Phenomenology ; An Exploration. *J Holist Nurs*; 25; 172